



UNIVERSITAS INDONESIA

**STUDI SOSIOLOGIS
IMPLEMENTASI PROGRAM JAMINAN
PERSALINAN
Studi Kasus Kabupaten Majalengka, Jawa Barat**

TESIS

**INDAH MEITASARI
1106117000**

**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
PROGRAM PASCA SARJANA SOSIOLOGI**

**DEPOK
JUNI 2013**

ABSTRAK

Nama : Indah Meitasari
 Program Studi : Sosiologi
 Judul : Studi Sosiologis Implementasi Program Jaminan
 Persalinan,
 Studi Kasus Kabupaten Majalengka Jawa Barat.

Tesis ini membahas implementasi Program Jaminan Persalinan (Jampersal) di Kabupaten Majalengka Jawa Barat. Jampersal adalah kebijakan Kementerian Kesehatan RI dalam memberikan layanan kesehatan dan persalinan bagi ibu hamil di fasilitas kesehatan. Tujuannya menurunkan angka kematian ibu dan mempercepat pencapaian target MDGs tahun 2015. Penelitian ini adalah Penelitian Kualitatif. Bertujuan untuk mendeskripsikan pengorganisasian Jampersal yang merupakan kewajiban negara dalam memenuhi hak sosial warga. Kurangnya sumberdaya medis dan permasalahan birokrasi dalam implementasi Program Jampersal dapat mengurangi hak ibu untuk mendapatkan layanan kesehatan. Kapital sosial melalui organisasi dan perkumpulan lokal serta Kemitraan Bidan dan Dukun dapat memberi dukungan terhadap pelaksanaan Program Jampersal.

Kata Kunci : Negara, Kebijakan Sosial, Jampersal. Kapital Sosial

ABSTRACT

Name : Indah Meitasari
 Study Program : Sociology
 Title : Sociological Study The Implementation of Program
 Jaminan Persalinan in Majalengka, West Java. A case
 Study.

This thesis discusses the implementation of Program Delivery Guarantee (Jampersal) in Majalengka, West Java. Jampersal is the policy of the Ministry of Health in providing health care for pregnant women and childbirth in a medical facility. The goal is to reduce maternal mortality and accelerate the achievement of the MDGs by 2015. This research is the qualitative research. Aims to describe the organization of Jampersal which is the State's obligation to fulfill the social rights of citizens. The lack of medical resources and bureaucratic problems in implementation Jampersal Program can reduce maternal rights to health care. Social capital through local organizations, associations and the Partnership Midwives and Traditional Birth Attendant can provide support for the implementation of Jampersal Program.

Key Words : State, Social Policy, Jampersal, Social Capital

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Salah satu cita-cita bangsa Indonesia yang tertuang dalam Pembukaan Undang–Undang Dasar 1945 adalah memajukan kesejahteraan umum. Untuk itu, setiap warga negara berhak untuk mendapatkan kehidupan yang sejahtera lahir dan batin. Hal ini diperkuat dalam Pasal 28 H ayat (1) yang menyebutkan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Selanjutnya pada Pasal 34 ayat (3) ditegaskan bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Pasal 5 ayat (1) menegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan. Selanjutnya pada ayat (2) ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Kemudian ayat (3) menyatakan bahwa setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya. Selanjutnya pada pasal 6 ditegaskan bahwa setiap orang berhak mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan. Untuk menjamin terpenuhinya hak hidup sehat bagi seluruh penduduk termasuk penduduk miskin dan tidak mampu, pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan sumber daya di bidang kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

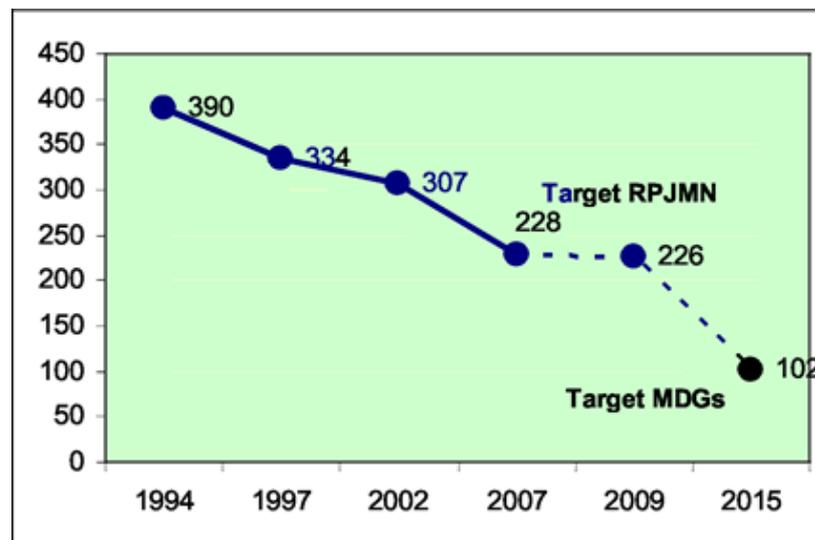
Berdasarkan *Millennium Development Goals* atau disingkat dalam bahasa Inggris *MDGs* adalah Deklarasi Milenium hasil kesepakatan kepala negara dan perwakilan dari 189 negara Perserikatan Bangsa-bangsa (PBB) yang mulai dijalankan pada September 2000, berupa delapan butir tujuan untuk dicapai pada tahun 2015. Targetnya adalah tercapai kesejahteraan

rakyat dan pembangunan masyarakat pada 2015. Meningkatkan kesehatan ibu merupakan salah satu tujuan MDGs.¹

Indikator kesehatan ibu dapat dilihat berdasarkan Angka Kematian Ibu (AKI). Di Indonesia masih cukup tinggi. Berdasarkan Survei Demografi Kesehatan Indonesia 2007 menunjukkan bahwa angka kematian ibu masih sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini masih tinggi dan jauh dari target dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) maupun tujuan pembangunan milenium (MDGs). Targetnya adalah pada tahun 2015, AKI 102 per 100.000 kelahiran hidup. (Petunjuk Teknis Jampersal, 2011, h 6). Oleh karena itu, penurunan angka kematian ibu menjadi sasaran pelayanan kesehatan yang tidak bisa ditunda lagi.

Gambar 1.1.1

**ANGKA KEMATIAN IBU PER 100.000 KELAHIRAN HIDUP
DI INDONESIA TAHUN 1994-2007**



¹ Delapan butir tujuan MDGs :

1. Menanggulangi kemiskinan dan kelaparan
2. Mencapai pendidikan dasar untuk semua
3. Mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan
4. Menurunkan angka kematian anak
5. Meningkatkan kesehatan ibu hamil
6. Memerangi HIV/AIDS, malaria, dan penyakit menular lainnya
7. Memastikan kelestarian lingkungan hidup
8. Mengembangkan kemitraan global untuk pembangunan

Kematian ibu merupakan salah satu indikator baik buruknya tingkat pelayanan kesehatan. Tinggi atau rendahnya tingkat kesehatan masyarakat dapat dilihat dari tinggi atau rendahnya angka kematian ibu pada saat melahirkan. Di negara maju seperti Australia, Inggris, Selandia Baru dan beberapa negara maju lainnya pelayanan kesehatan publik di organisir oleh lembaga pelayanan kesehatan publik yang diorganisir oleh lembaga *National Health Service* yang menyediakan perawatan kesehatan gratis bagi warga negaranya. Pelayanan kesehatan publik ini sebagian besar ditujukan bagi warga kurang mampu. (Suharto, 2007, h 17)

Negara-negara berkembang pada umumnya masih berhadapan dengan masalah kematian ibu melahirkan (maternal). Secara global, setiap tahun diperkirakan separuh dari satu juta wanita meninggal saat melahirkan. Gambaran ini diperoleh dari Safe Motherhood Conference di Nairobi, Kenya pada tahun 1987. Kematian ini banyak disebabkan karena *haemorrhage* (pendarahan), infeksi dan komplikasi akibat aborsi. (Fikree, Worley, et al, 2007, h 1).

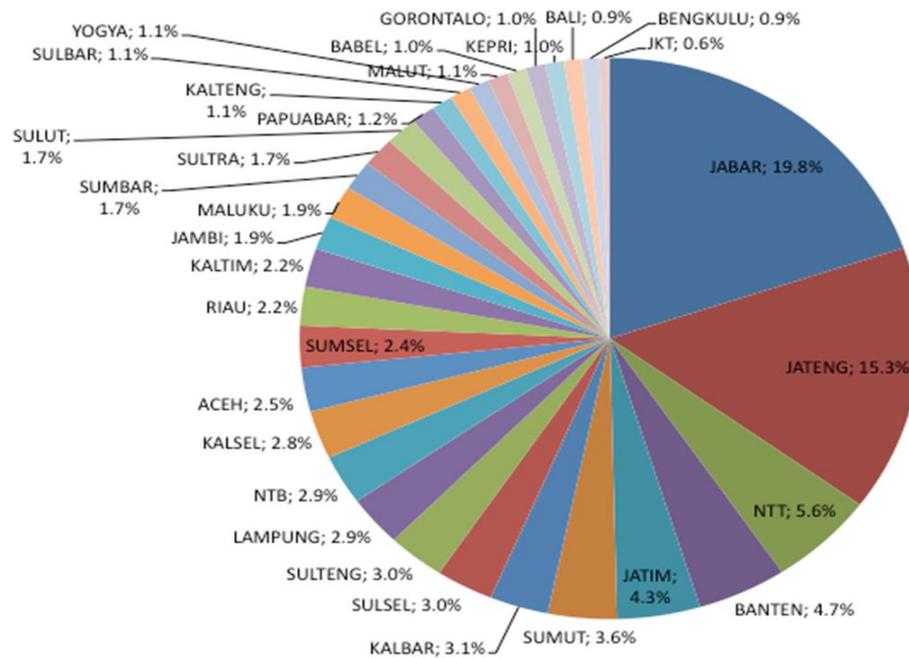
Di Indonesia, upaya penurunan AKI difokuskan pada penyebab langsung kematian ibu yang terjadi, yakni 90% pada saat persalinan dan perdarahan (28%), eklamsia (24%), infeksi (11%), dll. Namun juga faktor lainnya yang sangat berpengaruh di antaranya terlambat dalam pemeriksaan kehamilan, terlambat dalam memperoleh pelayanan persalinan dari tenaga kesehatan dan terlambat sampai di fasilitas kesehatan pada saat dalam keadaan emergensi. Salah satu upaya pencegahannya adalah melakukan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan, sesuai dengan Standar Pelayanan Program Kesehatan Ibu dan Anak. (Petunjuk Teknis Jampersal, 2011, h 6)

Berdasarkan wilayah provinsi, Dari 33 provinsi, terdapat 5 provinsi tertinggi proporsi kematian ibu di Indonesia (2010) yakni 50% dari total 11.534 kematian. Provinsi tersebut adalah Jawa Barat 19,8%, Jawa Tengah 15,3%, NTT 5,6%, Banten 4,7% dan Jawa Timur 4,3%. Sedangkan bila

ditambah menjadi 14 provinsi, maka menyumbang 75% angka kematian ibu di Indonesia.

Gambar 1.1.2

PROPORSI KEMATIAN IBU MENURUT PROVINSI, 2010



Sumber :

Laporan rutin KIA, 2010 & koreksi jumlah kematian ibu dengan AKI menurut SDKI 2007.

Upaya penurunan angka kematian ibu melalui Program Jaminan Persalinan (Jampersal) merupakan kebijakan yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan RI yang tercantum dalam SK Menkes No. 2652/Menkes/Per/XII/2011. Jaminan Persalinan merupakan pelayanan kesehatan dengan cakupan pemeriksaan kehamilan, persalinan, pelayanan kesehatan pasca melahirkan atau nifas, termasuk KB serta pemeriksaan bayi baru lahir. Dengan Jampersal ini diharapkan masyarakat dapat mengakses pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas.

Program Jampersal yang tertuang dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan tersebut merupakan salah satu kewajiban yang harus dijalankan pemerintah dalam pemenuhan hak setiap warga negara untuk mendapatkan

layanan kesehatan, terutama para wanita dan ibu hamil. Berkaitan dengan hak, maka Marshall (1983) dalam *Citizenship and Social Class*, membagi kewarganegaraan menjadi tiga bagian, yakni pertama, hak sipil yang berhubungan dengan kebutuhan individu untuk kemerdekaan dan kebebasan mengemukakan pendapat, pemikiran dan keyakinan yang merupakan bagian dari ranah keadilan. Kedua, hak politik, yakni hak untuk berpartisipasi dalam kegiatan politik, memilih dan dipilih, dikaitkan dengan institusi parlemen atau dewan dari pemerintahan setempat. Ketiga, hak sosial yang merupakan hak untuk mendapatkan kesejahteraan ekonomi dan jaminan sosial untuk meraih kehidupan yang beradab merujuk pada standar kehidupan masyarakat yang berlaku. (Held, 1983, h 249).

Berkenaan dengan Jampersal, maka program ini dapat dikategorikan dalam hak sosial warga negara untuk mendapatkan jaminan sosial berupa layanan kesehatan. Ada peran negara melalui Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang berkewajiban untuk memenuhi hak warga negaranya berkenaan dengan pemberian layanan kesehatan.

1.2 Rumusan Permasalahan

Berdasarkan hukum yang terdapat di Indonesia, setiap warga negara mempunyai hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Hak ini tentunya harus dipenuhi oleh negara, dalam hal ini Kementerian Kesehatan yang bertanggungjawab dalam memberikan pelayanan kesehatan, salah satunya adalah dengan mengeluarkan kebijakan Jaminan Persalinan (Jampersal). Yang penyelenggaraannya sudah dilaksanakan pada awal tahun 2011.

Untuk memenuhi target MDGs tahun 2015, pemerintah berupaya untuk menurunkan angka kematian ibu dari 228 (2007) menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup. Salah satu upaya tersebut adalah persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan. Hal ini untuk menghindari keterlambatan bila terjadi komplikasi. Menurut Direktur Bina Kesehatan Ibu, dr. Ina Hernawati MPH (2011), ada 3 terlambat yang harus diatasi. Pertama, terlambat mengenal tanda bahaya dan mengambil keputusan. Kedua,

terlambat merujuk ke fasilitas kesehatan. Ketiga, terlambat mendapat penanganan di fasilitas rujukan yang berkaitan dengan kesiapan UGD.

Berkaitan dengan persalinan di fasilitas kesehatan, berdasarkan data provinsi di Pulau Jawa-Bali tahun 2010, persentase ibu melahirkan di tempat persalinan, di Jawa Barat sebanyak 44,3% melahirkan di rumah/lainnya. Sedangkan yang melahirkan di fasilitas kesehatan sebanyak 53,4% sisanya 0,3% melahirkan di Polindes/Poskedes (Pondok Bersalin Desa/Pos Kesehatan Desa).

Tabel 1.2.1

Persentase Ibu Melahirkan (anak terakhir) Menurut Tempat Persalinan Lima tahun terakhir dan Provinsi di Pulau Jawa Bali 2010

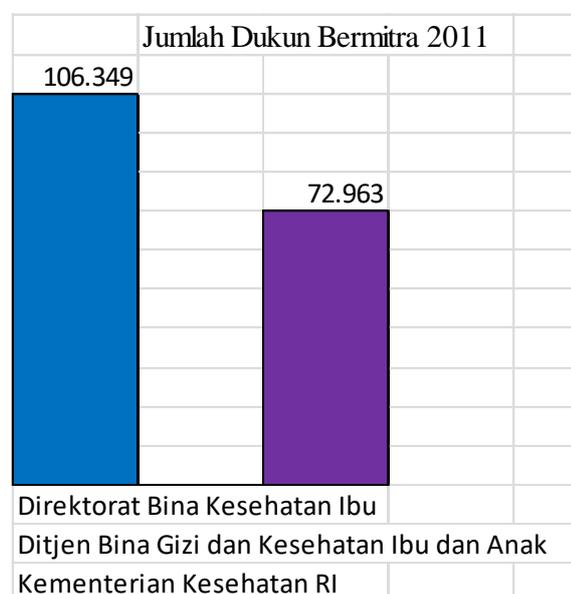
No	Provinsi	Fasilitas Kesehatan	Pelayanan Kesehatan	
			Polindes/ Poskedes	Rumah/lainnya
1.	DKI Jakarta	94,4	0	5,6
2.	Jawa Barat	53,4	0,3	46,3
3.	Jawa Tengah	67,6	0,4	32
4.	DI Yogyakarta	94,5	0,3	5,2
5.	Jawa Timur	81,3	2,8	15,8
6.	Banten	55,9	0	44,1
7.	Bali	89,3	1,6	9,1
Sumber: Riskedas 2010				

Persalinan di fasilitas kesehatan (Rumah sakit, Puskesmas, Klinik Bersalin, Rumah Bidan) bila tidak mampu secara ekonomi dapat menjadi beban untuk pembiayaannya, sehingga seringkali memilih untuk melahirkan di rumah dengan bantuan anggota keluarga atau dukun bersalin. Program Jampersal mengatasi kendala finansial, sehingga para ibu dapat menikmati layanan kesehatan bebas biaya. Namun ternyata bukan hanya masalah biaya semata. Salah satu kendalanya adalah masih banyak para ibu yang mempercayakan dukun bersalin untuk membantu persalinan, sedangkan hal ini dapat membahayakan ibu, terutama bila terjadi komplikasi dan telat mendapatkan pertolongan emergensi.

Seringkali program kesehatan menemui kegagalan karena dicoba untuk dijalankan hanya semata-mata berpedoman pada pertimbangan medis yang 'kaku'. Salah satu program yang belum mencapai sasaran sebagaimana yang diharapkan adalah pertolongan persalinan. Hampir diseluruh Indonesia masih banyak persalinan yang ditolong oleh dukun. (Anggorodi, 2009, h 10). Dukun yang membantu persalinan seringkali disebut dukun beranak, dukun bayi atau paraji. Dukun kebanyakan merupakan orang-orang yang cukup dikenal didesa, dianggap sebagai orang-orang tua yang dapat dipercaya dan sangat besar pengaruhnya pada keluarga yang mereka tolong. (Rina Anggorodi, 2009 h 11).

Salah satu faktor yang turut mempengaruhi terjadinya kematian ibu adalah faktor pelayanan yang sangat dipengaruhi oleh kemampuan dan keterampilan tenaga kesehatan sebagai penolong pertama pada persalinan. Masih tingginya persalinan di rumah dan masalah yang berkaitan dengan budaya dan perilaku turut menyumbang tingginya angka kematian ibu. Penanganan persalinan oleh tenaga non kesehatan atau dukun memiliki peluang lebih besar untuk terkena infeksi atau perawatan pasca persalinan yang kurang baik dibandingkan dengan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan seperti dokter, bidan maupun tenaga paramedis. (BPS Kabupaten Bandung, 2009)

Gambar 1.2.3



Dari data rutin Program Kesehatan ibu tahun 2011, tercatat ada 106.349 dukun. Namun sebanyak 72.963 (68,6%) dukun telah bermitra dengan bidan. Kemitraan Bidan dan Dukun juga merupakan upaya untuk menyelamatkan ibu dan bayi baru lahir. Menempatkan bidan sebagai penolong persalinan dan mengalihfungsikan peran dukun dari penolong persalinan menjadi mitra bidan dalam perawatan ibu dan bayi pada aspek non medisnya. Ditargetkan pada tahun 2015, sebanyak 85% dukun bermitra dengan bidan. (Direktorat Bina Kesehatan Ibu, h 1).

Salah satu keberhasilan dari suatu program layanan kesehatan adalah dukungan dari masyarakat. Kesiapan warga dalam membantu persalinan sangat dibutuhkan bagi ibu yang hendak melahirkan. Adanya Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) diharapkan mampu meningkatkan akses kesehatan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas dan memiliki kesadaran hidup sehat (lihat lampiran 1). Desa Siaga, Poskedes dan Posyandu, PKK adalah institusi dari kelompok masyarakat yang terdapat diseluruh provinsi.

Berdasarkan realitas ini, pelaksanaan Jampersal dapat melibatkan kelompok masyarakat agar dapat terjangkau oleh ibu hamil. Kelompok masyarakat merupakan komunitas yang memiliki tujuan yang sama dalam membantu layanan persalinan. Sebagai contoh adanya rukun warga yang menyiapkan kendaraan sebagai ambulans desa, komunitas suami siaga, komunitas donor darah, kader Posyandu, kader PKK dan sebagainya. Semua ini merupakan kapital sosial dari warga yang saling bekerja sama untuk mewujudkan harapan yang sama.

Berkaitan dengan ibu hamil yang lebih mempercayakan tenaga non kesehatan seperti dukun bersalin, maka terlihat adanya nilai, norma dan kepercayaan dalam memutuskan dimana dan siapa yang membantu memeriksa kesehatan dan persalinan. Oleh karena itu peran masyarakat turut mendukung agar para ibu mendapat pelayanan kesehatan yang berkualitas di fasilitas kesehatan. Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) serta kemitraan antara bidan dan dukun merupakan bentuk kapital sosial yang

berasal dari kelompok masyarakat yang saling mendukung dan bekerja sama dalam meningkatkan kesehatan masyarakat. Kapital sosial ini tentu dapat mendukung program jaminan persalinan.

Negara mempunyai kewajiban untuk menyediakan jaminan kesehatan yang termasuk didalamnya jaminan persalinan, sedangkan warganegara mempunyai hak

untuk mendapatkan jaminan tersebut. Jaminan ini tentunya lebih ditujukan kepada warga negara yang berasal dari kelas sosial tidak mampu. Kelas sosial ini sebagai bagian dari sistem yang berkaitan dengan inequality atau ketidakadilan yang didasarkan pada serangkaian ide, kepercayaan dan nilai. (Marshall, 1983, h 254).

Terdapat hubungan antara negara dengan warga negara berdasarkan hak dan kewajiban. Bila negara dapat memenuhi kewajibannya dengan baik maka diharapkan hak ibu sebagai warga negara dapat terpenuhi. Peran komunitas masyarakat merupakan kapital sosial yang dapat membantu pelaksanaan jaminan persalinan. Maka asumsinya dengan adanya dukungan kapital sosial dari warga, maka implementasi program jaminan persalinan dapat dimanfaatkan secara maksimal oleh para ibu sehingga dapat mengurangi angka kematian ibu sesuai dengan target MDGs 2015.

Jawa Barat merupakan wilayah dengan proporsi angka kematian terbesar di Indonesia. Dalam Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat tahun 2011, Jawa Barat memiliki misi antara lain meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. Dengan misi ini diharapkan adanya peningkatan upaya kesehatan yang mampu mendukung akses dan memberdayakan masyarakat untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Dari 5 wilayah Kabupaten/kota di Jawa Barat, terdapat wilayah dengan angka kematian ibu tertinggi, yakni : Kabupaten Majalengka, Kota Tasikmalaya, Kabupaten Indramayu, Kabupaten Cianjur dan Kabupaten Tasikmalaya. Berdasarkan data tersebut, maka rasio angka kematian ibu tertinggi di Jawa Barat adalah Kabupaten Majalengka. (Lampiran 2 dan 3). Berdasarkan Tabel 1.4 tahun 2009 angka kematian ibu di Majalengka

sebanyak 223,21, lalu mengalami penurunan pada tahun 2010 menjadi 133,25. Tahun 2011 angka kematian ibu di Majalengka meningkat menjadi 209,5 per 100.000 kelahiran hidup.

Tabel 1.2.4

Angka Kematian Ibu di Kabupaten Majalengka		
Tahun 2005-2011		
Tahun	AKI	Sumber
2005	147,9	
2006	147,6	BPS Kab Majalengka
2007	197,17	
2008	148,36	
2009	223,21	
2010	133,25	Tabel 7 Profil Kesehatan tahun 2010
2011	209,5	Tabel 8 Profil Kesehatan tahun 2011
Sumber: Tabel 3.4		
Profil Kesehatan Majalengka 2011		

Tingginya angka kematian ibu, tidak hanya berkaitan dengan masalah medis. Faktor sosial budaya menjadi salah satu penyebab tingginya angka kematian ibu. Kemitraan bidan dan dukun serta dukungan upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat merupakan kapital sosial yang sangat berperan dalam mendukung Program Jaminan Persalinan agar dapat menurunkan angka kematian ibu.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Penelitian ini secara sosiologis ingin melihat proses pelaksanaan jaminan persalinan untuk menurunkan angka kematian ibu. Maka pertanyaannya adalah: **Bagaimana pengorganisasian Jampersal dilaksanakan dalam memenuhi hak sosial ibu untuk mendapatkan layanan kesehatan?** Berdasarkan hal ini, maka pertanyaan turunannya adalah **bagaimana peran kapital sosial dalam mendukung implementasi program Jaminan Persalinan?**

1.4 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan pengorganisasian Jampersal dalam memenuhi hak sosial para ibu untuk mendapatkan layanan kesehatan serta untuk mendeskripsikan bekerjanya kapital sosial dalam mendukung implementasi program Jaminan Persalinan.

1.5 Signifikansi Penelitian

Signifikansi dari penelitian ini secara teoritis ingin memberi sumbangan yang bermanfaat terhadap konsep-konsep yang digunakan sehingga lebih diperoleh pemahaman konsep yang lebih mendalam. Secara praktis penelitian ini dapat memberikan sumbangan pengetahuan dan informasi terhadap penyelenggaraan Program Jampersal di tanah air.

BAB II.

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kerangka Konsep

2.1.1 Negara

Amenta dan Young mendefinisikan *state* atau negara mengikuti tradisi Max Weber sebagai rangkaian organisasi politik, militer, hukum, dan birokrasi yang mengerahkan otoritas politik dan pengendalian paksaan atas orang-orang dengan lingkup teritori yang sudah ditentukan. *State* juga terlibat dalam tindakan atau *policy* termasuk pajak, kegiatan sosial, kebijakan regulasi, perkantoran, legitimasi, pengikatan, sandaran oleh organisasi yang telah disebutkan terdahulu.

“Following in the tradition of Max Weber, we define “state” as sets of political, military, judicial, and bureaucratic organizations that exert political authority and coercive control over people living within the borders of well-defined territories. State engage in action or “policy” including taxation, social spending and regulatory policy, that is official, legitimate, binding, and based by aforementioned organizations”. (Amenta and Young, 2007, h 1).

Negara bukan suatu bentuk yang disatukan, tetapi merupakan fenomena multidimensi. Pada hakekatnya melintasi waktu dan ruang. Intervensi negara masuk kedalam kehidupan sosial dan ekonomi dan mengalami perubahan bentuk melalui waktu yang panjang. (Held, 1983. h ix).

Negara yang dimaksud dalam penelitian ini adalah Negara Kesatuan Republik Indonesia, sebagai pemilik otoritas dalam membuat kebijakan yang menjangkau seluruh rakyat dalam satu kesatuan wilayah Indonesia. Pemerintah mewakili negara dalam membuat kebijakan kesehatan, yakni Program Jaminan Persalinan melalui Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

2.1.2 Kebijakan Sosial

Kebijakan sosial mempunyai tujuan untuk meningkatkan kesejahteraan manusia dan memenuhi kebutuhannya melalui pendidikan, kesehatan,

perumahan dan jaminan sosial. Sebagai tujuan, maksud dan ide, kebijakan dapat ditemui dalam bentuk kebijakan resmi pemerintah seperti peraturan atau petunjuk yang memiliki kekuatan hukum untuk dilaksanakan. (Blakemore and Griggs, 2007, h 1).

Blakemore dan Griggs 2007, memberi contoh kaitan antara kebijakan sosial dan disiplin ilmu. Dalam Sosiologi, penelitian kebijakan sosial adalah meneliti norma-norma, nilai-nilai dan penekanan sosial yang berpengaruh pada hubungan antara sistem kesejahteraan dan kelompok-kelompok yang berbeda. Sebagai contoh alasan bagi ketidaksetaraan rasial dalam mendapatkan pelayanan sosial. (h 5)

Tittmuss menggunakan istilah “administrasi sosial” yang biasa digunakannya dalam menulis tentang kebijakan sosial berupa ketetapan kolektif bagi individu melalui kegiatan yang berhubungan dengan kesejahteraan dan aspek lain dari kehidupan sosial. Kegiatan ini berkaitan dengan pelayanan sosial yang digunakan untuk memperbaiki kondisi kehidupan individu dalam lingkup relasi keluarga dan kelompok. Merupakan mesin administrasi yang mengorganisir dan memberi dispensasi berbagai bentuk bantuan sosial. Berhubungan dengan kebutuhan dan adanya hubungan timbal balik antar anggota komunitas dalam penyediaan pelayanan sebagai bagian dari komunitasnya. (Lewis, Gewirtz et al, 2000, h. 4).

Kebijakan sosial juga senantiasa diartikan sebagai kebijakan publik, karena berkaitan dengan pengelolaan sumber daya publik : “Kebijakan sosial merupakan salah satu bentuk Kebijakan Publik yang mengatur urusan kesejahteraan sosial. Kebijakan (policy) adalah sebuah instrumen pemerintahan, bukan saja dalam arti *government* yang hanya menyangkut aparatur negara, melainkan pula *governance* yang menyentuh pengelolaan sumber daya publik. Kebijakan pada intinya merupakan keputusan-keputusan atau pilihan-pilihan tindakan yang secara langsung mengatur pengelolaan dan pendistribusian sumber daya alam, finansial dan manusia demi kepentingan Publik, yakni rakyat banyak, penduduk, masyarakat atau warga negara”. (Suharto 2007, h 3).

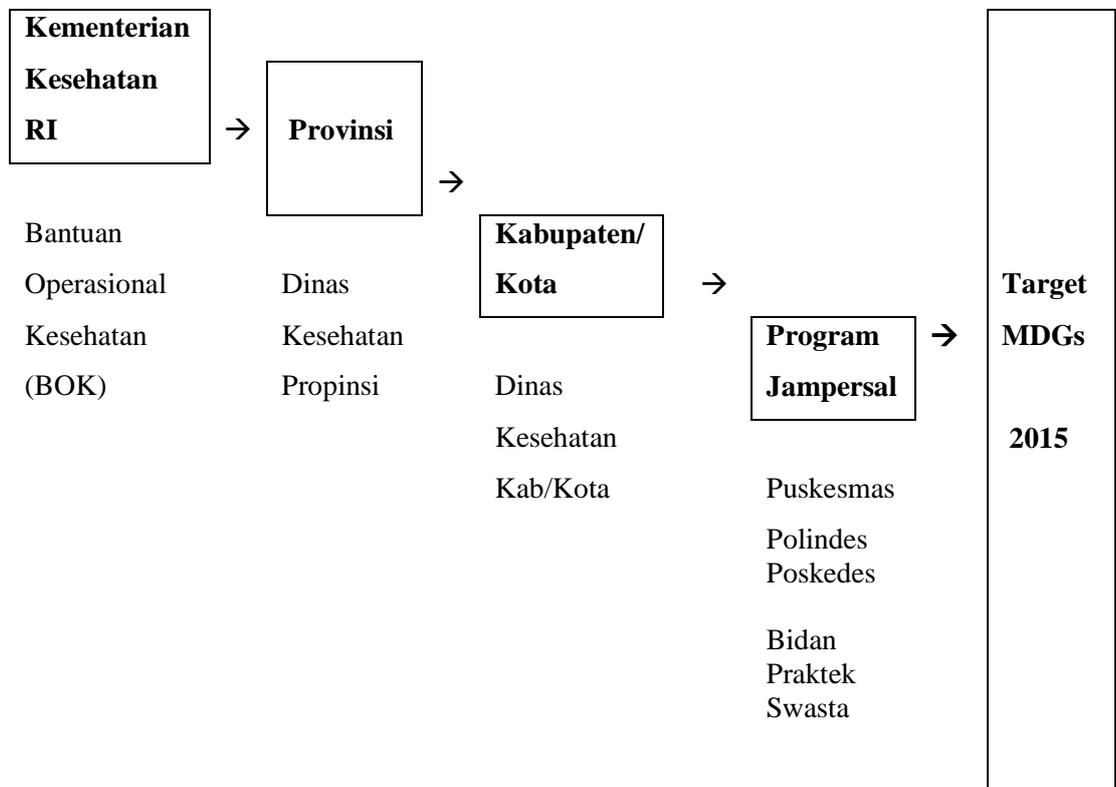
Ada keterkaitan antara Kebijakan Sosial dengan pemerintah, menurut Mary Daly, konsep pemerintahan dikembangkan secara luas dalam relasinya antara kebijakan sosial dan pemerintah yang diartikan sebagai ‘organisasi dari tindakan kolektif’. Alasan yang berkaitan dengan hal ini, pertama, dihubungkan dengan studi yang dilakukan oleh para peneliti kebijakan sosial yang berkaitan dengan administrasi kebijakan sosial dan implementasinya. Ada satu hal yang tidak dapat dihindari dalam pemerintah, yakni antara agen dan organisasi yang terlibat dalam pemberian pelayanan, bagaimana cara mereka menjalankannya, saling bekerja sama dan bagaimana struktur relasi diantara mereka. Kedua, meningkatnya perhatian yang harus dikerjakan pemerintah berkaitan dengan hal penempatan atas agenda yang relevan mengenai negara sejahtera, yakni perubahan peran negara dan hubungan antara warga negara dengan negara. (Berkel dan Borghi, 2008 h 331).

Berkenaan dengan Program Jaminan Persalinan, ada suatu hubungan antara agen dan organisasi yang terlibat dalam pemberian pelayanan, kerja sama dan adanya struktur relasi diantara mereka. Adanya struktur dan organisasi mulai dari pemerintah pusat, pemerintah provinsi, dan pemerintah daerah serta ada agen yang terlibat dalam pemberian pelayanan, mulai dari kepala puskesmas, dokter, bidan, perawat dan petugas non medis. Semua unsur yang berada dalam struktur dan organisasi ini terlibat dalam proses pelayanan, hingga dapat diterima oleh ibu hamil dan ibu bersalin.

Kebijakan sosial dalam penelitian ini berkaitan dengan Program Jampersal berkaitan yang merupakan sistem kesejahteraan. Dibuat oleh pemerintah melalui keputusan menteri yang menyangkut pengaturan sumber daya manusia, anggaran, dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) hingga pemanfaatannya oleh para ibu. Administrasi sosial yang berkaitan dengan Jampersal adalah bagaimana pelayanan kebijakan tersebut dijalankan, mulai dari pemerintah pusat, pemerintah provinsi, pemerintah daerah hingga ke Puskesmas dan menjangkau para ibu hamil. Disini mencakup pula bagaimana para bidan praktek swasta yang bekerja sama dengan pemerintah, mengajukan klaim biaya persalinan ibu kepada puskesmas dan selanjutnya

Puskesmas mengajukan klaim kepada Dinas Kesehatan Kabupaten, dan seterusnya. Ada proses hirarki dan birokrasi dalam layanan kesehatan Jaminan Persalinan.

Gambar 2.1.2.1
Pelaksanaan Program Jampersal



Seperti yang dikemukakan oleh Blakemore dan Griggs, bahwa penelitian Sosiologi mengenai kebijakan sosial meneliti norma-norma, nilai-nilai dan penekanan sosial yang berpengaruh pada hubungan antara sistem kesejahteraan dan kelompok-kelompok yang berbeda. Dalam penyediaan pelayanan persalinan di beberapa wilayah di Indonesia, masih banyak warga yang belum memanfaatkan layanan kesehatan untuk persalinan. Persalinan yang dilakukan di sarana pelayanan kesehatan dapat menurunkan risiko kematian ibu, karena ditempat tersebut persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan dan tersedia sarana kesehatan yang memadai.

Hasil Riskedas 2010 menggambarkan bahwa presentasi ibu melahirkan di fasilitas kesehatan adalah 55,4%. Sedangkan 43,2% lainnya melahirkan di rumah atau tempat lain, Diantara ibu yang melahirkan di rumah, 40,2% ditolong oleh tenaga non kesehatan terutama dukun. Berkaitan dengan hal ini, dimana para ibu lebih menyukai menggunakan jasa persalinan melalui dukun, maka ada norma, nilai dan penekanan sosial yang terinternalisasi dalam lingkungan para ibu. Nilai-nilai ini akan menjadi cakupan penelitian ini.

2.1.3 Hak Sosial dan Hak Sejahtera

Hak asazi manusia merupakan konsep yang berkaitan dengan hak warga negara. Bahwa setiap warga negara berhak mendapatkan kebutuhan dasar kehidupannya sesuai dengan deklarasi hak asazi manusia yang menyangkut hak atas ekonomi, sosial dan budaya. Penerapannya melalui kebijakan sosial berkaitan dengan kewarganegaraan. Scotland 2001, dalam pandangannya mengenai Human Right Act, melihat hal ini merupakan sistem hukum yang tidak saja mengenai hak positif tetapi juga merupakan suatu edukasi publik berupa nilai-nilai etis seperti harga diri individu, kesamaan dan kesempatan untuk semua. Nilai-nilai dasar ini tidak datang dengan sendirinya melainkan perlu dinyatakan dan ditegaskan sehingga membuat setiap orang memahami siapa dirinya dan mendapat perlakuan dengan cara-cara yang sama. (Johnson, 2004, h 113).

Berkaitan dengan hak, maka Marshall (1950) dalam *Citizenship and Social Class* membagi kewarganegaraan menjadi tiga bagian, yakni pertama, hak sipil yang berhubungan dengan kebutuhan individu untuk kemerdekaan dan kebebasan mengemukakan pendapat, pemikiran dan keyakinan yang merupakan bagian dari ranah keadilan. Kedua, hak politik, yakni hak untuk berpartisipasi dalam kegiatan politik, memilih dan dipilih, dikaitkan dengan institusi parlemen atau dewan dari pemerintahan setempat. ketiga, hak sosial merupakan hak untuk mendapatkan kesejahteraan ekonomi dan jaminan sosial untuk meraih kehidupan yang beradab merujuk pada standar kehidupan masyarakat yang berlaku. (Held, 1983, h ix).

Marshall memperluas ide tentang *Citizenship* untuk merujuk hak sosial yang dikaitkan dengan kesejahteraan. Ide ini digunakan untuk suatu status umum dan inklusif dimana setiap warga memiliki hak untuk mendapatkan layanan sosial dan publik. (Mullard dan Spicker, 1998 h 202).

Hak Sosial merupakan hak untuk mendapatkan kesejahteraan ekonomi dan jaminan sosial untuk meraih kehidupan yang beradab merujuk pada standar kehidupan masyarakat yang berlaku. Berkenaan dengan Jampersal yang merupakan bagian dari jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas), maka program ini dapat dikategorikan dalam hak sosial warga negara untuk mendapatkan jaminan sosial, khususnya layanan kesehatan. Ada hubungan antara para ibu sebagai warga negara yang memiliki hak pelayanan kesehatan dan persalinan dengan pemerintah sebagai pihak yang berkewajiban untuk memenuhi hak warga negaranya.

2.1.4 Kapital Sosial.

Istilah *Social Capital* atau kapital sosial menurut Coleman adalah kemampuan orang-orang untuk bekerja bersama dalam kelompok. Istilah ini mengalami perluasan oleh Fukuyama, yakni kerja sama sosial untuk tujuan yang sama dan didasari pada norma dan nilai bersama. Kerja sama sosial ini dapat dilihat nyata dalam relasi sosial. (Fukuyama 2002, h 27). Putnam merujuk istilah kapital sosial untuk hubungan antara individu dengan jaringan sosial yang memiliki norma-norma timbal balik serta adanya rasa saling percaya. (2000, h 19).

Ide dasar teori kapital sosial menurut Putnam (2000) adalah jaringan sosial yang memiliki nilai. Jaringan ini dapat meningkatkan produktivitas (baik individu maupun kolektif), termasuk kontak sosial yang berpengaruh pada produktivitas individu dan kelompok. (h 19). Kapital sosial memiliki keduanya, aspek individu dan aspek kolektif. Putnam juga menekankan adanya jaringan sosial yang dikaitkan dengan norma gotong royong, yang berbeda bentuk, ukuran dan kegunaan. (h 21).

Bourdieu mengemukakan bahwa jaringan sosial tidak diperoleh begitu saja, melainkan dikonstruksikan melalui penanaman strategis yang

diorientasikan bagi hubungan sosial yang diinstitusionalisasikan. Dapat digunakan sebagai sumber yang dipercaya dan bermanfaat. (Portes, Alejandro, 1998, h 1).

Woolcock dan Narayan mengemukakan bahwa konsep kapital sosial diartikan sebagai norma-norma dan jaringan yang membuat masyarakat bertindak secara kolektif. Definisi sederhana ini memberikan beberapa makna, yang pertama terkait dengan sumber, yakni adanya saling percaya diantara mereka dan rasa timbal balik. Kedua sebagai dimensi yang berbeda yakni mengakui bahwa komunitas dapat memiliki akses untuk mendapatkan sesuatu secara lebih atau kurang. Sebagai contoh, *the poor* dapat berupaya untuk meningkatkan apa yang ingin diperolehnya atau “*get by*”, tetapi mereka dapat mengalami kekurangan dari kelompok *nonpoor* untuk mendapatkannya, “*get ahead*”. Yang ketiga, berkaitan dengan komunitas sebagai unit analisa dalam penelitian kapital sosial. (2000, h 228-229).

Menurut Woolcock dan Narayan (2000), penelitian mengenai kapital sosial dapat dikategorikan dalam empat perspektif, yakni pandangan mengenai : Komunitarian, Jaringan, Institusi dan Sinergi:

Komunitarian melihat kelompok yang ada dalam masyarakat. Merupakan kapital sosial yang kehadirannya senantiasa memberi pengaruh positif untuk kesejahteraan komunitas. Adanya kelompok lokal yang bersifat homogen yang berupaya untuk memperjuangkan kepentingan seluruh anggota. Perspektif ini penting untuk menganalisa kemiskinan dengan memusatkan penekanan pada ikatan sosial dalam membantu mengatasi kemiskinan dan kerentanan (h 229).

Jaringan, berusaha memperhitungkan dua sisi, baik atas maupun bawah. Penekanan vertikal maupun horizontal sama pentingnya. Melihat masyarakat dan relasi didalamnya dan antara unsur organisasi seperti kelompok komunitas dan perusahaan. Kuatnya ikatan hubungan antar komunitas terletak pada keluarga dan identitas komunitas serta tujuan bersama. (h 230).

Institusional, merupakan kekuatan jaringan komunitas yang diperluas sebagai produk politis, legal dan dalam lingkup institusional. Kapasitas

kelompok sosial untuk bertindak dalam kepentingan kelompok tergantung pada kualitas institusi formal kelompoknya. Pandangan institusional yang kuat ditujukan pada kebijakan makroekonomi yang dipusatkan pada lemahnya dan kurangnya komponen mikroekonomi. Kebebasan, hak dan kemerdekaan harus dijamin oleh negara. Birokrasi yang koheren dan kompeten membutuhkan waktu yang lebih cepat dan tepat untuk membangun dan menghasilkan keuntungan demi mengatasi kemiskinan dibandingkan kepentingan perusahaan. (h 234).

Sinergi, yakni berusaha untuk memadukan dorongan pekerjaan yang timbul dari jaringan-jaringan dan institusi. (h 235). Woolcock menunjukkan bahwa suatu kisaran hasil pembangunan menunjukkan berbagai tipe dan kombinasi kapasitas komunitas dan berfungsinya negara. Narayan menyatukan ide utama dari *bridging* kapital sosial dan hubungan negara-masyarakat serta mengusulkan bahwa perbedaan intervensi diperlukan bagi kombinasi pemerintahan dan *bridging* kapital sosial dalam suatu kelompok, komunitas atau masyarakat. Dalam masyarakat (komunitas) dengan pemerintahan yang baik dan *bridging* kapital sosialnya tinggi maka saling melengkapi antara negara dan masyarakat membuat kemakmuran ekonomi dan tatanan sosial yang baik. (h 237)

Konsep lain yang terdapat dalam Kapital Sosial adalah ***Bonding*** dan ***Bridging***. Sutrisno (2010), berdasarkan konsep dari Putnam (2000, h 22 dalam Szreter 2002), bahwa *bonding* didalam kapital sosial dapat membantu untuk menggerakkan semangat solidaritas dan kerjasama didalam kelompok sedangkan *bridging* dapat digunakan untuk menghubungkan kelompok dengan berbagai sumberdaya yang ada diluar jaringan mereka. *Bonding* hanya akan memperkuat loyalitas terhadap kelompok, sedangkan *bridging* akan menciptakan kerjasama kolektif agar anggota kelompok mendapatkan nilai dan keuntungan baru yang tidak dapat diperoleh sendiri atau tidak tersedia didalam jaringan *bonding* mereka. Dengan demikian *bonding* bersifat mengikat kedalam, sedangkan *bridging* dapat menjembatani kelompok lain diluar kelompoknya.

Tabel berikut merupakan rangkuman yang menjadi elemen kunci dari empat perspektif kapital sosial dan perkembangannya serta arahan kebijakannya.

Tabel 2.1.4.1
Empat Pandangan Kapital Sosial

Perspektif	Pelaku	Arahan Kebijakan
Pandangan Komunitas		
Perkumpulan Lokal	Kelompok Komunitas	Kecil adalah indah
	Organisasi Relawan	Mengakui aset sosial golongan tidak mampu
Pandangan Jaringan		
Ikatan Komunitas	Pengusaha	Densentralisasi
Bonding dan Bridging	Kelompok Bisnis	Menciptakan zona perusahaan
	Kelompok Pialang	Jembatan Perbedaan Sosial
Pandangan Institusional		
Institusi politis dan sah	Sektor Swasta dan Publik	Mengakui kebebasan sipil dan politis
		Lembaga Transaransi dan Akuntabilitas
Pandangan Sinergi		
Jaringan Komunitas dan Hubungan negara-masyarakat	Kelompok Komunitas, masyarakat sipil, negara, perusahaan	Bersama memproduksi, melengkapi Partisipasi, pertalian, peningkatan kapasitas dan skala organisasi lokal

Sumber : Woolcock dan Narayan, h 239

Putnam dan Fukuyama di tahun 1990 mengemukakan bahwa kapital sosial merupakan suatu hal yang diidentikkan dengan struktur sosial dan relasi, yang tindakannya sebagai “lem” sosial untuk memfasilitasi interaksi manusia dalam komunitas. (Roche, Martin. *Social Policy and Social Capital*, 2004, h 97).

Dalam konteks sosiologi, Lawang, Robert (2005) mengatakan bahwa meningkatkan kapital sosial sama dengan memperkuat struktur sosial dalam tataran makro, mezo dan mikro yang fungsional bagi individu dan kelompok. Hampir semua ahli mengatakan bahwa integrasi sosial internal dapat menjadi tambatan untuk mendorong daya kerja kolektif (gotong royong) yang produktif, tetapi hasilnya akan lebih tinggi lagi kalau struktur

internal itu didukung oleh struktur sosial mezo dan makro (generalized) yang memiliki kekuatan hukum adat atau posistif. (h 254,255)

Daya kerja yang kolektif dan produktif dalam implementasi Program Jampersal harus didukung oleh struktur sosial dalam tatanan makro, mezo dan mikro. Kebijakan sosial tingkat Kementerian Kesehatan RI, dan selanjutnya dijalankan oleh Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten merupakan tatanan makro. Tatanan mezo, merupakan lanjutan dari pelaksanaan kebijakan pada tingkat layanan kesehatan di fasilitas kesehatan, seperti Puskesmas yang melibatkan tenaga medis dan paramedis. Sedangkan pada tatanan mikron berkaitan dengan partisipasi para ibu yang mendapatkan layanan kesehatan dan persalinan. Ketiga tingkatan tatanan ini dapat mendukung kapital sosial melalui sistem kelembagaan yang ada di desa, yang memiliki kekuatan hukum.

Sistem kelembagaan desa, didapatkan melalui Desa siaga (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. 2010) yang memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri. Berfungsi sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar, penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan, surveillance berbasis masyarakat yang meliputi gizi, penyakit, dan perilaku sehingga masyarakatnya menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat.

Peran serta masyarakat memberikan peran penting dalam keberhasilan pembangunan kesehatan. Pentingnya peran serta masyarakat diperkuat dalam Undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, yang tertuang dalam pasal 167, tentang pengelolaan kesehatan melibatkan peran serta dan pemberdayaan masyarakat.

Salah satu bentuk upaya kesehatan yang menjadi binaan dari Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan RI adalah Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang lebih banyak ditujukan kepada pembinaan kesehatan keluarga, khususnya kesehatan ibu dan anak. Adanya pos kesehatan desa (poskesdes) atau pondok bersalin desa (polindes) dan pos pelayanan terpadu (posyandu) merupakan bentuk

dukungan masyarakat yang dibina oleh pemerintah. Peran kelompok masyarakat seperti Tim Penggerak PKK dan Forum Masyarakat Desa (FMD) merupakan kapital sosial yang ada pada Desa Siaga.

2.2 Studi Terdahulu

2.2.1 Assesment GAVI-HSS dan Kementerian Kesehatan RI 2011

Studi yang berkaitan dengan persalinan telah dilakukan oleh Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia bekerja sama dengan Global Alliance for Vaccines and Immunization Health System (GAVI-HSS) pada tahun 2011. Studi ini mengambil tempat di Provinsi Banten (Kemenkes RI, 2011) :

Dalam meningkatkan kelangsungan hidup ibu, terdapat tiga komponen yang menjadi sasaran, yaitu peningkatan penggunaan tenaga kesehatan terampil di fasilitas kesehatan, peningkatan kualitas pelayanan, dan mengimplementasi rujukan yang tepat (dan efektif). Komponen tersebut saling terkait satu sama lain, dimana membuat ibu melahirkan dengan persalinan tenaga kesehatan terampil di fasilitas harus disertai dengan rujukan yang tepat (dan efektif), ketika rujukan diperlukan. Dalam kaitannya dengan kebijakan penempatan bidan desa, menempatkan bidan desa juga harus disertai dengan kompetensi bidan yang cukup. Sehingga, pemempatan bidan di setiap desa yang belum memiliki bidan desa sesuai dengan harapan agar pelayanan kesehatan yang merata dapat terwujud. Dari data yang ada meskipun proporsi rata – rata penempatan bidan desa sudah tinggi, namun persoalan kematian ibu di Banten dari waktu ke waktu belum menunjukkan penurunan yang signifikan.

Masih tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia yaitu sebanyak 208/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 melatarbelakangi beragamnya program pemerintah untuk mengatasi masalah tersebut. Salah satu diantaranya ialah kemitraan bidan dan dukun. Kemitraan ini didasari pada kenyataan bahwa masih banyaknya masyarakat yang memilih dukun paraji sebagai penolong pertama persalinan disebabkan potensi yang dimilikinya seperti kedekatannya dengan masyarakat; memiliki ilmu praktek

persalinan yang menghargai nilai-nilai sosial dan budaya; pelayanan yang lebih lengkap (termasuk mengurut dan mencuci); kedudukannya sebagai orang yang ditua-kan sehingga memiliki pengaruh yang besar dan sangat dipercaya di masyarakat; dan dianggap lebih sabar dan telaten dalam pelayanan persalinan. Potensi ini melahirkan persepsi rasa nyaman dan aman di kalangan ibu hamil dan masyarakat. Potensi ini juga yang tampaknya memberikan kewenangan pada dukun paraji sebagai pihak yang memutuskan apakah seorang ibu perlu dirujuk ke tenaga kesehatan atau tidak. Di lain pihak, tidak bisa dipungkiri, ada banyak kematian ibu dan bayi disebabkan oleh dukun paraji, termasuk didalamnya karena terlambat mengambil keputusan dan merujuk ke fasilitas kesehatan.

Desa Siaga merupakan desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri. Dalam bidang kesehatan ibu dan anak, pemberdayaan masyarakat ini diharapkan mampu membangun sebuah sistem kesiagaan masyarakat dalam upaya mengatasi situasi gawat darurat terkait kehamilan dan persalinan.

Di wilayah Provinsi Banten terdapat 1092 (71,4%) desa siaga, sehingga masih ada 25,6% desa yang belum terbentuk menjadi desa siaga. Hal ini perlu didorong mengingat desa siaga sebagai komunitas kesehatan yang berbasis masyarakat akan mampu meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan. Salah satu kriteria dari desa siaga adalah adanya pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa adalah pondok persalinan desa (Polindes), dan pos kesehatan desa (Poskesdes). Adapun kriteria lain desa siaga adalah adanya forum masyarakat desa, adanya pelayanan kesehatan dasar, adanya UKBM Mandiri yang dibutuhkan masyarakat, dibina puskesmas PONED, memiliki sistem surveilans (faktor risiko dan penyakit) berbasis masyarakat, memiliki sistem kewaspadaan dan kegawatdaruratan bencana berbasis masyarakat, memiliki sistem pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat, memiliki lingkungan yang sehat, dan masyarakatnya berperilaku hidup bersih dan sehat. Polindes atau pondok Bersalin Desa adalah bangunan yang dibangun dengan bantuan dana

pemerintah dan partisipasi masyarakat desa untuk tempat pertolongan persalinan dan pemondokan ibu bersalin, sekaligus tempat tinggal Bidan di desa.

Dari studi yang dilakukan sebelumnya, dapat dilihat keterkaitan dengan penelitian yang akan dilakukan mengenai implementasi Program Jampersal. Berdasarkan tiga komponen yang menjadi sasaran, yaitu peningkatan penggunaan tenaga kesehatan terampil di fasilitas kesehatan, peningkatan kualitas pelayanan, dan mengimplementasi rujukan yang tepat (dan efektif), persentase cakupan kunjungan ibu hamil (K4) di Indonesia tahun 2011 sebanyak 88,27%. Sedangkan untuk Provinsi Jawa Barat sebanyak 91,24%. Jumlah ini melebihi target persentase cakupan di Indonesia, yakni 90% (Lampiran 4).

Bila dilihat dari Cakupan kunjungan ibu hamil di Kabupaten Majalengka, sebanyak 86,01% memeriksakan kehamilannya di fasilitas kesehatan (Lampiran 5). Angka ini masih dibawah presentasi cakupan nasional. Dengan melihat hasil cakupan di tahun 2011, maka target tersebut belum tercapai.

Persentase Ibu melahirkan berdasarkan tempat persalinan di Jawa Barat, sebanyak 53,4% di fasilitas kesehatan, 0,3% di Polindes/Poskedes, sedangkan 46,3% di rumah/lainnya. Melihat persentase para ibu hamil melahirkan di rumah, Wakil Menteri Kesehatan Ali Ghufron Mukti pada lokakarya “Pelayanan Kebidanan”, mengatakan bahwa sebanyak 43 persen tempat bersalin ibu masih di rumah. Hal ini berarti bukan di fasilitas kesehatan, polindes atau poskedes. Sebesar 51,9% persalinan di rumah dibantu bidan dan 40% dibantu dukun. Di Indonesia, dukun menjadi mitra dalam persalinan. Persalinan jangan di rumah dan harus ditolong bidan. (Kompas.com, 21 Mei 2012)

Pondok Bersalin Desa (Pondok Bersalin Desa) adalah bangunan yang dibangun dengan bantuan dana pemerintah dan partisipasi masyarakat desa untuk tempat pertolongan persalinan dan pemondokan ibu bersalin, sekaligus tempat tinggal bidan di desa. Namun tampaknya kurang dimanfaatkan oleh para ibu. Hanya 0,3% yang melakukan persalinan di Polindes.

Tampaknya perlu ada peningkatan dalam mengupayakan agar para ibu dapat melahirkan di fasilitas kesehatan dengan tenaga kesehatan, Upaya tersebut dapat dilakukan oleh komunitas yang ada di desa setempat, dengan melibatkan bidan, tokoh masyarakat atau tokoh agama dan dukun. Kemitraan bidan dan dukun harus terus ditingkatkan. Upaya ini merupakan cakupan yang akan dilihat dalam penelitian.

2.2.2 Studi *Impact Population Reference Bureau* tahun 2007 mengenai bidan menetap membantu mencegah kematian ibu melahirkan ketika hambatan finansial dihilangkan (Impact, 2007):

Pada tahun 1989, pemerintah pernah mengeluarkan program bidan masuk desa yang bertujuan untuk menurunkan angka kematian ibu pada saat melahirkan. Berdasarkan hal ini, para bidan itu harus tinggal di desa dimana dia ditempatkan dalam suatu komunitas. Sebelumnya, tahun 1996, sebanyak 54.000 bidan telah dilatih dan ditempatkan sebagai tenaga terampil. Dan sebenarnya seluruh desa sudah memiliki bidan yang ditugaskan ditempat. Kehadiran mereka meningkatkan pelayanan di desa. Tetapi hal ini tidak jelas, apakah merupakan hasil dari sumber yang diinvestasikan. Dalam beberapa kasus kematian, pada tahun 2005, *Global Research Initiative*, menguji efek dari program dalam kasus kematian ibu dan ibu-ibu yang *survive* di dua daerah di Pulau Jawa.

Bahwa daerah *urban* memiliki tenaga kebidanan yang cukup, sedangkan di daerah *rural* tidak. Di daerah perkotaan hampir setiap lingkungan tetangga memiliki bidannya sendiri. Tetapi di daerah terpencil, satu bidan harus melayani 5 desa. Ternyata banyak bidan yang memilih tinggal di daerah perkotaan. Hanya 29 persen dari desa yang memiliki bidan setempat. Di desa yang tanpa bidan, rata-rata 20 persen perempuan melahirkan dengan dibantu tenaga terampil (*skilled attendant*), meski di desa tersebut terdapat lebih dari 6 bidan untuk 10.000 penduduk. Hanya 60 persen perempuan memanfaatkan pelayanan tenaga terlatih. Dari data ini sedikitnya satu bidan menetap yang berhubungan dengan meningkatnya penggunaan tenaga terampil pada saat melahirkan dan memiliki tiga atau lebih bidan

dalam satu desa yang dikaitkan dengan setengah dari resiko kematian ibu bila dibandingkan dengan desa tanpa bidan menetap.

Hasil dari skala kecil studi kualitatif menunjukkan bahwa kapasitas klinis bidan terlatih untuk melakukan penanganan *emergency obsteric* masih terbatas. Data menunjukkan bahwa bidan terlatih membuat keputusan untuk memberi rujukan ketika terjadi keadaan darurat. Hal ini menunjukkan manajemen keadaan darurat secara klinis dibawah standar, mereka melaksanakannya didasari atas standar penanganan yang ada dan terhalangi oleh ketidakcukupan pengetahuan dan keterampilan.

Perempuan di desa dengan seorang bidan menetap, tetap memiliki hambatan pelayanan. Hambatan ini dapat berupa sosio-kultural, finansial dan pendidikan, Impact data memperlihatkan sebanyak 67 persen perempuan melahirkan di rumah dengan seorang tenaga melahirkan tradisional atau *traditional birth attendant* (TBA). Bidan terlatih baru dipanggil ketika terjadi komplikasi. Sebanyak 33 persen perempuan melahirkan dengan bidan terlatih. Sebanyak 62 persen tinggal di kota dan 23 persen tinggal di desa. Pilihannya adalah biaya, tradisi, dan jaringan keluarga yang sudah terbiasa dengan TBA. Biaya melahirkan dengan TBA jauh lebih murah, sekitar US\$7 (Rp 63.000) bila dibandingkan dengan bidan terlatih US\$ 23 (Rp 207.000).

Berdasarkan Profil Kesehatan Kabupaten Majalengka 2011, angka kematian ibu di Kabupaten Majalengka, sebanyak 209,5 per 100.000 kelahiran hidup (lampiran 6), maka jumlah ini cukup besar dibandingkan dengan wilayah lainnya di

Provinsi Jawa Barat. Dengan hasil Studi Impact yang mengungkapkan bahwa 67 persen perempuan melahirkan di rumah dengan bantuan seorang tenaga melahirkan tradisional, maka penelitian mengenai implementasi program Jampersal ini mencoba untuk melihat apakah program tersebut dapat dilaksanakan secara maksimal di Majalengka dengan memanfaatkan sumberdaya tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan.

Berdasarkan Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat 2011, rasio bidan terhadap puskesmas terdapat 9-10 orang bidan bekerja di Puskesmas. Disamping jumlah yang masih sedikit, faktor penyebaran masih merupakan

masalah, sehingga rasio bidan dengan puskesmas pun masih belum merata. Rasio tenaga bidan terhadap jumlah penduduk yaitu 1 bidan melayani 4235 orang. Untuk Kabupaten Majalengka, 1 bidan melayani 2264 orang.

Tabel 2.2.2.1
Rasio Tenaga Bidan dan Perawat di Puskesmas
Provinsi Jawa Barat

Kabupaten/Kota	Rasio Bidan/penduduk	Rasio Bidan/Puskesmas	Rasio Perawat/penduduk	Rasio Perawat/Puskesmas
Kab. Bogor	6381	7,54	9724	4,95
Kab. Sukabumi	5130	8,02	8400	4,90
Kab Cianjur	3854	12,76	6644	7,40
Kab Bandung	9097	8,67	10184	5,13
Kab. Garut	4414	8,67	3266	11,72
Kab. Tasikmalaya	2939	14,53	3820	11,18
Kab. Ciamis	2860	10,50	3267	9,19
Kab. Kuningan	2194	13,00	4171	6,84
Kab. Cirebon	2616	14,38	2502	15,04
Kab. Majalengka	2264	16,94	2979	12,87
Kab. Sumedang	2887	12,06	3157	11,03
Kab Indramayu	3139	11,02	2943	11,76
Kab. Subang	3538	10,55	2,406	15,5
Kab Purwakarta	3159	13,75	4908	8,85
Kab. Karwang	3712	12,17	4,022	11,23
Kab. Bekasi	4358	15,77	6,366	10,79
Kab. Bandung barat	4706	10,55	2,408	15,4
Kota Bogor	8568	4,71	7506	5,5
Kota Sukabumi	4542	4,47	2494	8,13
Kota Bandung	12643	2,64	8622	3,88
Kota Cirebon	2204	6,23	2000	6,86
Kota Bekasi	11836	6,48	10756	7,13
Kota Cimahi	1010	42,00	1154	36,77
Kota Tasikmalaya	4905	6,60	3303	9,8
Kota Banjar	3569	5,00	1733	10,3
Jawa Barat	4235	9,91	4718	8,9

Sumber: Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat Tahun 2011

Diharapkan seluruh pertolongan persalinan ditangani oleh tenaga kesehatan yang mempunyai kemampuan dan keterampilan dalam pertolongan persalinan, dengan tetap melibatkan dukun pada kegiatan terbatas dan tidak membahayakan ibu dan bayinya. Menurut Direktorat Bina Kesehatan. (2011), kemitraan bidan dengan dukun dapat saling menguntungkan dengan prinsip keterbukaan, kesetaraan dan kepercayaan dalam upaya untuk menyelamatkan ibu dan bayi baru lahir.

2.2.3 Motivasi Bidan serta Dukun Bayi dalam Pelaksanaan Program Kemitraan Pertolongan Persalinan di Kabupaten Bangka. (2010). Tesis, Boy Yandra. Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat. Program Pascasarjana, Universitas Gadjah Mada.

Perhatian global terhadap permasalahan angka kematian ibu cukup tinggi yang ditunjukkan oleh munculnya kesepakatan global yang diwujudkan dalam bentuk deklarasi *Millenium Development Goals (MDG's)*. *MDG's* telah diratifikasi oleh Indonesia dan telah diterjemahkan dalam target MDG's Indonesia tahun 2015 untuk angka kematian ibu adalah 124 per 100.000 kelahiran hidup. Ditinjau dari kondisi tahun 2007 (228 per 100.000 kelahiran hidup), maka target yang harus dicapai di tahun 2015 tersebut memberi konsekuensi perlunya upaya dan komitmen yang kuat.

Provinsi Bangka Belitung memiliki tingkat kematian ibu yang masih cukup tinggi seperti daerah lain di Indonesia, meskipun tingkat pencapaiannya lebih baik dibandingkan dengan rata-rata nasional. Angka kematian ibu di Provinsi Bangka Belitung pada tahun 2007 mencapai 172,10 per 100.000 kelahiran hidup. Angka tersebut meningkat kembali menjadi 189,31 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2008. Profil Dinas Kesehatan Provinsi Babel 2009 menunjukkan bahwa terjadi penurunan AKB pada tahun 2008, dari semula 1,2 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 menjadi 1,01 per 1000 kelahiran hidup dengan rata-rata nasional 26 per 1000 kelahiran hidup.

Berbagai upaya percepatan penurunan angka kematian ibu dilakukan melalui berbagai strategi, salah satu yang paling krusial adalah melalui peningkatan kontak ibu hamil dan ibu bersalin terhadap sarana atau tenaga kesehatan terampil namun masih mengalami peningkatan angka kematian hal ini disebabkan karena meningkatnya pencatatan dan pelaporan sehingga lebih banyak kasus kematian ibu yang terdata baik di instansi pemerintah maupun swasta serta dukun. Masih tingginya jumlah kematian ibu di Bangka Belitung disebabkan oleh banyak faktor.

Penyebab medis kematian ibu yang paling banyak adalah perdarahan 15 orang, eklampsia 8 orang, dan infeksi 23 orang. Penyebab non medis kematian ibu di antaranya adalah kualitas pelayanan ibu dan bayi baru lahir yang masih rendah. Selain itu, kematian ibu disebabkan oleh 3 T, yaitu terlambat mengambil keputusan, terlambat merujuk, terlambat menangani, dan masih kurangnya kesadaran masyarakat untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan. Target peningkatan kontak tersebut meliputi pelayanan antenatal (K1) mencapai 95%, pelayanan antenatal (K4) mencapai 90%, dan persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terampil 90% dari seluruh ibu hamil.

Dikaitkan dengan strategi peningkatan kontak ibu hamil dan ibu bersalin terhadap sarana dan tenaga kesehatan, maka bidan memiliki peran yang sangat penting. Kebijakan dalam peningkatan kuantitas bidan, kualitas bidan dan penempatan bidan di daerah akan memberikan pengaruh kontribusi dalam peningkatan cakupan pelayanan yang maksimal. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan menjadi bagian penting dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi.

Data pertolongan persalinan tenaga nakes dan non nakes di Dinas Kesehatan Provinsi Bangka Belitung tahun 2006-2008 menunjukkan terjadi peningkatan persentase pertolongan oleh tenaga kesehatan. Meskipun terus mengalami peningkatan namun belum mampu mencapai target 90%. Hanya terdapat 2 dari 7 kabupaten di Provinsi Babel yang telah melampaui target, yaitu Kabupaten Bangka dan Pangkalpinang.

Masih rendahnya tingkat pertolongan oleh tenaga kesehatan di Provinsi Bangka Belitung yang masih mengemuka adalah masih tingginya kepercayaan yang diberikan sebagian masyarakat terhadap dukun bayi. Persalinan oleh dukun bayi disebabkan oleh pelayanan dukun lebih sabar, biaya murah, dan penempatan petugas kesehatan yang tidak merata. Permasalahan tersebut terjadi di sebagian besar wilayah di Provinsi Babel. Seperti halnya di wilayah Provinsi Bangka Belitung yang lain, Kabupaten Bangka juga mengalami permasalahan keterbatasan tenaga bidan. Jumlah tenaga bidan tahun 2009 mencapai 132 orang dan dukun 119 orang dengan jumlah desa yang harus dilayani adalah 69 desa, penyebaran yang kurang

merata, menyebabkan beberapa wilayah di Kabupaten Bangka mengalami kekurangan bidan.

Permasalahan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan juga terjadi di Kabupaten Bangka, salah satu wilayah administratif di Provinsi Bangka Belitung. Angka cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan tahun 2007 di Kabupaten Bangka baru mencapai 5.807 bumil (86,7%) dan persalinan oleh dukun 891 (13,3%) dari 6.698 sasaran bumil (Dinkes Bangka, 2008).

Permasalahan masih tingginya peran dukun dalam pertolongan persalinan di Kabupaten Bangka telah menjadi perhatian dan mendorong inovasi dalam bentuk program kemitraan dukun bayi dan bidan dimulai padatahun 2008 di seluruh puskesmas. Dasar pemikiran pengembangan program terkait dengan masih tingginya kepercayaan masyarakat terhadap dukun, keterbatasan tenaga dan keterbatasan infrastruktur.

Pemberdayaan masyarakat dalam penanganan persalinan aman menjadi dasar pengembangan program di samping pengembangan lain seperti ambulan desa, sosialisasi, peningkatan keterampilan dan lain sebagainya. Dukungan kebijakan pemerintah kabupaten terlihat dari alokasi anggaran operasional setiap bulan sebesar Rp 25.000., dan insentif dana JKSS (Jaminan Kesehatan Sepintu Sedulang) bagi dukun bayi yang bersedia membawa ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya kepetugas kesehatan per kunjungan. Hal ini tidak membuat ketertarikan dukun bayi pada 3 puskesmas yang cakupannya kurang. Dukungan anggaran operasional juga didukung oleh berbagai kegiatan promosi dan sosialisasi dalam berbagai tingkatan baik kabupaten, kecamatan/puskesmas dan desa. Pelatihan diberikan baik kepada bidan maupun dukun dalam pengelolaan kemitraan maupun dalam aspek teknis pertolongan persalinan aman. Perbaikan pengelolaan juga dilakukan di tingkat dinas kesehatan.

Program kemitraan pada prinsipnya merupakan bentuk kerjasama *referral* dari dukun ke tenaga kesehatan. Dukun bertugas untuk mengantarkan ibu melahirkan kepada bidan dan membantu bidan dalam persalinan. Kepada bidan, Dinas Kesehatan Kabupaten Bangka menyepakati standar pertolongan persalinan sebesar Rp 600.000.,-Rp 750.000., sebagai jasa persalinan meliputi

4 kali pemeriksaan selama kehamilan, persalinan, dan perawatan setelah melahirkan dan apabila pertolongan didampingi dukun bayi, bidan wajib memberikan imbalan biaya persalinan pasien tersebut kepada dukun bayi sebesar Rp 200.000,- Rp 250.000., Selain kesepakatan imbalan dalam bentuk uang, sanksi kepada dukun yang dibuat tertulis dan ditandatangani oleh camat, lurah, kepala puskesmas, bidan koordinator dan dukun bayi, apabila membantu sendiri tanpa melibatkan bidan. Masing-masing sanksi tiap puskesmas berbeda seperti di Puskesmas Sungailiat pelarangan untuk membantu pertolongan persalinan, pelarangan membantu pertolongan persalinan dengan denda meteril diberikan oleh Puskesmas Riau Silip dan sanksi yang diberikan oleh Puskesmas Belinyu penutupan pertolongan persalinan yang dilakukan oleh dukun.

Evaluasi terhadap penerapan program kemitraan menunjukkan peningkatan persentase persalinan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Sebanyak 91,11% ibu telah melaksanakan persalinan dengan pertolongan tenaga kesehatan pada tahun 2009. Berdasarkan laporan tahun 2009, sebanyak 539 bumil (8,89%) masih ditolong oleh dukun bayi.

Dengan demikian, belum seluruh wilayah di Kabupaten Bangka yang mampu melaksanakan program kemitraan dengan optimal. Sebanyak 3 puskesmas (Puskesmas Belinyu, Riau Silip dan Sungailiat), belum mampu mencapai cakupan 90% (Dinkes Bangka, 2009). Laporan Evaluasi Dinkes Bangka menyebutkan bahwa, masih ada beberapa wilayah yang memiliki program kemitraan, namun belum berjalan dengan baik terkait dengan masalah komitmen baik dari pihak dukun maupun dari pihak bidan.

Berkaitan dengan Program Jampersal, bahwa dengan adanya jaminan persalinan diharapkan peran dukun berkurang dalam membantu persalinan ibu. Para ibu hamil tentu dapat melahirkan di fasilitas kesehatan tanpa dikenai biaya. Sedangkan melahirkan dengan bantuan paraji dikenai biaya. Pilihan di fasilitas kesehatan seperti puskesmas dapat mengurangi kematian ibu bila terjadi komplikasi. Bila ternyata masih ada para ibu yang ingin melahirkan dengan paraji maka diharapkan paraji tersebut sudah bermitra dengan bidan.

2.3 Kerangka Pemikiran

Seperti yang telah dikemukakan sebelumnya, bahwa ada hukum dan perundang-undangan yang merupakan salah satu bentuk kebijakan, yakni Undang-undang Dasar 45 Pasal 28 H ayat (1) yang menyebutkan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Selanjutnya pada Pasal 34 ayat (3) ditegaskan bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Dan Undang-undang no 36 tentang Kesehatan. Undang-undang ini merupakan landasan konstitusional kebijakan. Lalu kebijakan tersebut diterapkan pada lembaga penyelenggara, yakni Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dengan mengeluarkan Program Jaminan Persalinan melalui Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 2652/Menkes/Per/XII/2011.

Jaminan Persalinan adalah layanan kesehatan untuk ibu dengan cakupan pada pelayanan kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan KB pasca persalinan. Penerima manfaat Jaminan Persalinan mencakup seluruh sasaran yang belum memiliki jaminan persalinan yang dapat menggunakan pelayanan di seluruh fasilitas kesehatan tingkat pertama pemerintah (puskesmas dan jaringannya) dan swasta serta fasilitas kesehatan tingkat lanjutan (Rumah Sakit) pemerintah dan swasta (berdasarkan rujukan) di rawat inap kelas III.

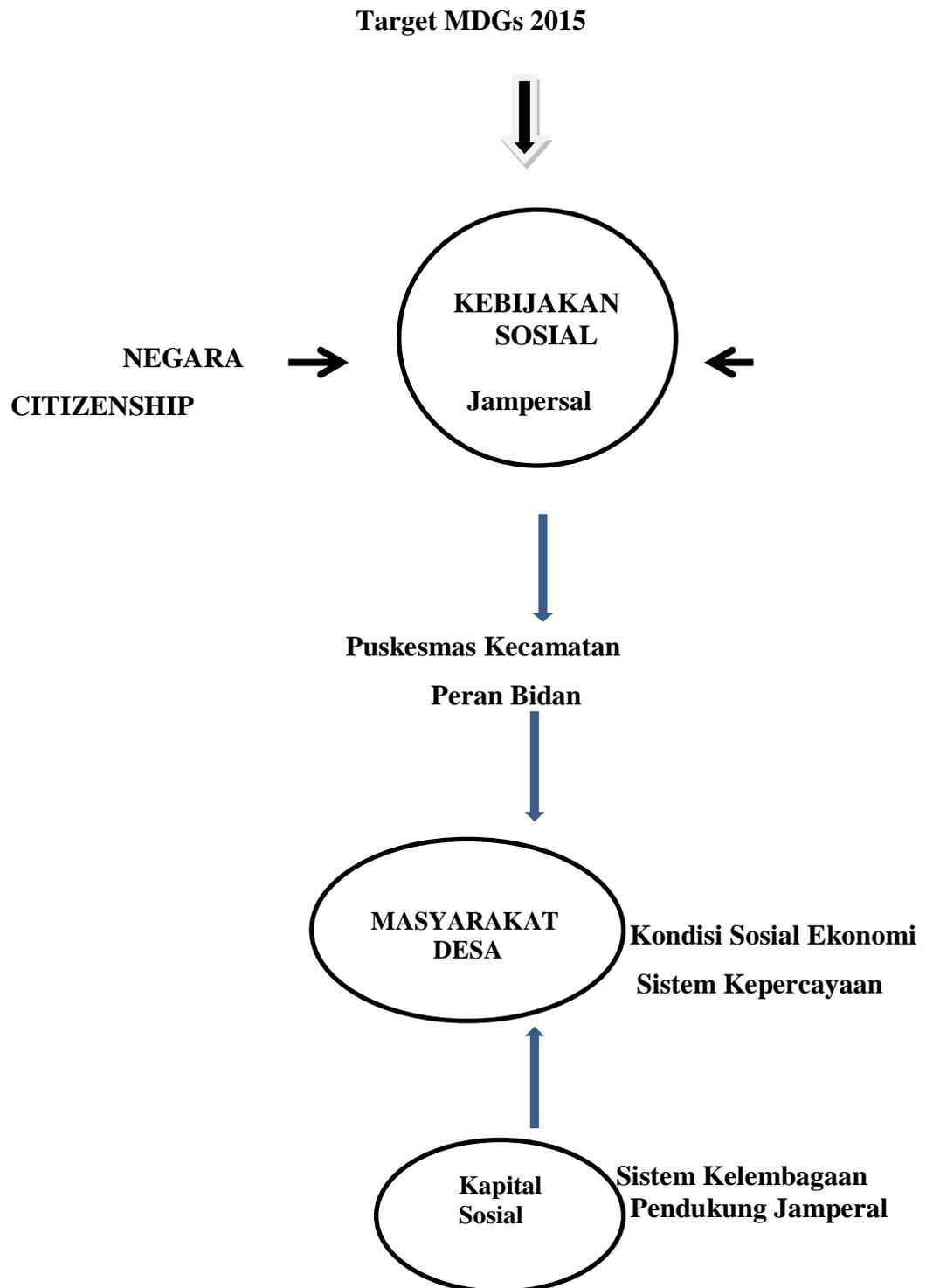
Berkaitan dengan kebijakan Program Jaminan Persalinan, maka negara, dalam hal ini Kementerian Kesehatan mempunyai kewajiban dan bertanggungjawab untuk melindungi warganya dalam memberikan pelayanan kesehatan terutama kesehatan ibu yang akan melahirkan. Sedangkan ibu sebagai warga negara mempunyai hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, berupa pelayanan jaminan persalinan. diharapkan angka kematian ibu menurun dari 228 pada tahun 2007 menjadi 102 dan angka kematian bayi menurun dari 34 pada tahun 2007 menjadi 23 sesuai target MDGs tahun 2015.

Ada hubungan antara negara (*state*) dengan warga negara (*citizen*), hubungan yang berkenaan dengan hak dan kewajiban ini dinamakan *citizenship*. Negara membuat kebijakan sosial (*social policy*) untuk meningkatkan kesejahteraan warga antara lain kebijakan layanan kesehatan melalui Program Jampersal.

Implementasi Program Jampersal yang akan dilihat adalah pelaksanaan kebijakan di Dinas Kesehatan Kabupaten, UPTD Puskesmas Kecamatan, dan Pelaksana kegiatan di lingkup kecamatan dan desa, yakni Bidan Puskesmas, Bidan Praktek Mandiri dan Bidan Desa.

Didalam pelaksanaan program tersebut, masyarakat memiliki kontribusi untuk menunjang keberhasilan program. Dukungan masyarakat melalui upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat merupakan kapital sosial (*Social Capital*) yang terdiri komunitas-komunitas yang memiliki jaringan, institusi dan saling bersinergi. Kapital Sosial ini sangat bermanfaat dalam penyelenggaraan Program Jampersal.

Gambar 2. 3.1
KERANGKA PEMIKIRAN



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini ingin melihat bagaimana implementasi Program Jaminan Persalinan di Kabupaten Majalengka, Jawa Barat. Berdasarkan data SDKI 2007, proporsi angka kematian ibu di Provinsi Jawa Barat, tertinggi, yakni 19,8%. Bila dilihat dari Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat tahun 2011, dari 26 Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, sebanyak 851 ibu meninggal dunia dari 915.280 kelahiran hidup, atau 93 per 100.000 kelahiran hidup.(Lampiran 2)

Majalengka merupakan wilayah di Provinsi Jawa Barat yang memiliki rasio angka kematian ibu tertinggi, yakni 209,5 per 100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan hal ini, peneliti mengambil lokasi di Kecamatan Cikijing, Kabupaten Majalengka. Karena dari 1073 kelahiran hidup, terdapat 6 kasus kematian ibu dari jumlah keseluruhan 43 kasus. Berdasarkan rasio, Kecamatan Cikijing merupakan wilayah yang tertinggi angka kematian ibu di Kabupaten Majalengka, yakni 55,92 per 10.000 kelahiran hidup.

Kecamatan Cikijing adalah salah satu kecamatan di Kabupaten Majalengka. Teletak di Wilayah Selatan Kabupaten Majalengka. Terdiri dari 15 desa, yakni :

Desa Cisoka, Desa Sindangpanji, Desa Cikijing, Desa Cidulang, Desa Sukamukti, Desa Kasturi, Desa Banjaransari, Desa Sindang. Desa Sukasari, Desa Sunalari, Desa Bagjasari, Desa Jagasari, Desa Cilangcang, Desa Kancana dan Desa Cipulus.

Fokus lokasi yang akan diteliti adalah Desa Sukasari. Alasan pemilihan desa ini karena termasuk desa siaga aktif. Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat yang dimiliki Desa Sukasari sebagai desa siaga aktif diasumsikan dapat mendukung keberhasilan Program Jampersal.

TABEL 3.1
ANGKA KEMATIAN IBU DI MAJALENGKA TAHUN 2011

No	Kabupaten Majalengka		Jumlah	Jumlah	Rasio
	Kecamatan	Puskesmas	Lahir Hidup	Kematian	per-10.000
1.	Lemahsugih	Lemahsugih	1123	1	8,90
2.	Bantarujeg	Bantarujeg	722	0	-
3.	Cikijing	Cikijing	1073	6	55,92
4.	Cingambul	Cingambul	751	0	-
5.	Talaga	Talaga	790	2	25,32
6.	Banjaran	Banjaran	383	1	26,11
7.	Argapura	Argapura	555	2	36,04
8.	Maja	Maja	919	2	21,76
9.	Majalengka	Majalengka	624	0	-
		Munjul	535	0	-
10.	Cigasong	Cigasong	652	2	30,67
11.	Sukahaji	Sukahaji	446	2	44,84
		Salagedang	293	1	34,13
12.	Rajagaluh	Rajagaluh	526	3	57,03
13.	Sindangwangi	Sindangwangi	526	0	-
14.	Leuwimunding	Waringin	1109	1	9,02
15.	Palasah	Waringin	785	2	25,48
16.	Jatiwangi	Jatiwangi	744	0	-
		Loji	619	2	32,31
17.	Kasokandel	Kasokandel	773	2	25,87
18.	Panyingkiran	Panyingkiran	503	0	-
19.	Kadipaten	Kadipaten	773	3	38,81
20.	Kertajati	Kertajati	391	1	25,58
		Sukamulya	348	3	86,21
21.	Jatitujuh	Jatitujuh	507	1	19,72
		Panongan	318	0	-
22.	Ligung	Ligung	1025	1	9,76
23.	Sumberjaya	Sumberjaya	968	2	20,66
24.	Malausma	Malausma	821	1	12,18
25.	Dawuan	Balida	702	2	28,49
26.	Sindang	Sindang	222	0	-
	Jumlah		20526	43	20,95

Data diolah dari Tabel 8 Profil Kesehatan Majalengka 2011 (lampiran 6).

3.2 Pendekatan Penelitian

Metode penelitian yang digunakan adalah Pendekatan Kualitatif dengan menggunakan strategi penelitian Studi Kasus. Menurut Creswell (2007), studi kasus memungkinkan peneliti untuk mengeksplorasi lebih mendalam sebuah *event*, program, kegiatan, proses yang melibatkan satu atau lebih individu. (h 78). Alasan penggunaan metode ini adalah ingin menggali lebih jauh mengenai Program Jampersal dengan melihat keseluruhan aktivitas, proses dan individu yang terlibat didalamnya. Eksplorasi program Jampersal diperlukan untuk mengetahui bagaimana implementasi program tersebut di wilayah yang berdasarkan rasio, memiliki angka kematian ibu tertinggi, dalam hal ini Kecamatan Cikijing Kabupaten Majalengka. Beberapa kasus kematian ibu di Desa Sukasari, Kecamatan Cikijing memerlukan eksplorasi lebih jauh kegiatan Program Jampersal di puskesmas atau fasilitas kesehatan lainnya dengan menggali informasi dari para ibu hamil dan bersalin, bidan, paraji dan tokoh masyarakat desa.

Penelitian Kualitatif dimulai dengan asumsi pandangan dunia berdasarkan kacamata teoritis dan studi dengan penyelidikan permasalahan penelitian yang benyangkut makna yang ada pada wilayah individu atau kelompok untuk suatu permasalahan sosial atau manusia (*human*). (Creswell, 2007, h 37). Dipilihnya penelitian kualitatif ini untuk menekankan pentingnya memahami bagaimana seseorang menginterpretasikan berbagai kejadian yang dialaminya dalam kehidupan mereka.

Penelitian kualitatif berusaha melihat kehidupan sosial dari berbagai sudut pandang dan menjelaskan bagaimana orang-orang membangun identitasnya. (Neuman, *Social Research Methods*, 1991, h 146). Sasaran Program Jampersal adalah partisipasi ibu hamil dan/ atau bersalin dalam mendapatkan layanan kesehatan di fasilitas kesehatan. Hal ini membutuhkan data yang menyangkut makna, minat, harapan dan tujuan para ibu dalam program Jampersal, serta bagaimana lingkungan turut terlibat dalam partisipasi ibu. Oleh karena itu dibutuhkan metode dan teknik penelitian yang dapat menggali keterangan dari para informan. Dalam melaksanakan metode ini, menggunakan teknik wawancara mendalam, observasi dan studi dokumen.

3.2.1 Wawancara Mendalam (*indepth Interview*)

Metode *indepth interview* dipilih dalam rangka menghimpun berbagai informasi dari sejumlah *key informan* yang dianggap akan memberikan informasi penting terhadap penelitian ini. Salah satu tujuan Program Jampersal dikeluarkan oleh pemerintah adalah untuk menurunkan angka kematian ibu saat persalinan. Riset kualitatif ini membutuhkan penggalian data terhadap apa yang terjadi, berkaitan dengan kasus kematian ibu, pelayan kesehatan dan persalinan. Pemahaman mengenai apa yang terjadi pada seorang ibu hamil atau bersalin dikaitkan dengan Program Jampersal, tentu memiliki persoalan yang tidak dapat dijelaskan hanya berdasarkan angka atau jumlah kasus semata. Tentunya membutuhkan wawancara yang dapat menggali informasi mengenai apa yang diketahui, dirasakan dan dialami oleh para informan berkaitan dengan implementasi program Jampersal.

Sesuai dengan tujuan dan ruang lingkup studi, diputuskan memilih informan di tiga tingkatan. **Tingkat pertama**, adalah mewakili pengelola kebijakan, untuk mendapatkan data sekunder, dalam hal ini adalah dinas kesehatan yang diwakili oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat dan Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka, Jawa Barat. Untuk memperkuat data sekunder yang berkaitan dengan tenaga kesehatan, akan diwawancarai ketua dan pengurus Ikatan Bidan Indonesia Kabupaten Majalengka. **Tingkat kedua**, adalah pelaksana lapangan di Puskesmas Cikijing, Kepala Desa Sukasari untuk mendapatkan data sekunder di wilayah Cikijing, khususnya Desa Sukasari. Sementara pada **tingkat terakhir**, yang berkaitan dengan pelaksanaan Jampersal di lokasi penelitian, yakni para ibu, bidan dan paraji. Komunitas yang merupakan bagian dari Kapital Sosial juga termasuk dalam kelompok yang ingin diwawancarai. Seperti tokoh masyarakat yang tergabung dalam Forum Masyarakat Desa, Kader Posyandu dan Ketua PKK.

Dengan mewawancarai ketiga tingkatan ini, diharapkan dapat memberikan gambaran tentang implementasi Program Jampersal. Informan

yang diwawancarai adalah :

1. Bidan Puskesmas, Bidan Desa dan Bidan Praktek Mandiri, masing-masing 1 orang. Jumlah : 3 orang
2. Ibu hamil sebanyak 5 orang
3. Dukun paraji, sebanyak 2 orang.
4. Tokoh atau ketua kelompok komunitas : 2 orang

Bidan merupakan ujung tombak dalam layanan kesehatan dan proses persalinan yang dilakukan di fasilitas kesehatan. Pemilihan bidan yang akan dijadikan informan, berdasarkan tempat dimana mereka bertugas. Yakni bidan Puskesmas kecamatan, Bidan Desa Sukasari dan Bidan Praktek Mandiri yang berada di wilayah Kecamatan Cikijing. Jumlahnya masing-masing satu orang.

Pemilihan ibu hamil sebagai informan, diperoleh melalui Ibu Pamong (isteri kepala desa yang merangkap sebagai Ketua Tim Penggerak PKK), yang memiliki data ibu hamil. Tiga orang ibu ditemui saat pemeriksaan kehamilan di Posyandu, sedangkan 2 ibu lainnya ditemui di rumahnya berdasarkan informasi dari Ibu Pamong.

Paraji diperoleh berdasarkan informasi dari bidan desa. Bidan desa menjadi penghubung dan memberi petunjuk arah jalan menuju kediaman paraji. Jumlah paraji di Desa Sukasari, terdiri dari 3 orang, sebanyak 2 orang sudah bermitra dengan paraji dan satu orang belum bermitra. Adapun paraji yang ditemui terdiri dari 2 orang, yakni paraji yang bersedia bermitra dengan bidan dan paraji yang tidak bersedia bermitra dekan bidan.

Tokoh masyarakat yang menjadi informan dalam penelitian ini, berkaitan dengan informasi yang ingin digali mengenai kapital sosial di Desa Sukasari. Untuk itu tokoh yang diwawancarai adalah Ketua Forum Masyarakat Desa Sukasari dan Kepala Desa Sukasari.

3.2.2 Observasi

Observasi merupakan pantauan langsung pelaksanaan Jampersal di daerah studi. Hal ini dilakukan untuk memperkaya informasi mengenai

dukungan kapital sosial terhadap Implementasi Program Jampersal. Observasi dilakukan di Posyandu Blok Sukamanik Desa Sukasari, Cikijing, Kabupaten Majalengka sebagai wilayah studi.

Posyandu merupakan salah satu bentuk kegiatan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang merupakan salah satu modal masyarakat desa dalam pembangunan kesehatan. Observasi ini dilakukan untuk melihat proses layanan kesehatan ibu hamil, yang melibatkan bidan dan kader Posyandu dengan memperhatikan bagaimana mereka bekerja sama dalam melayani para ibu, seperti kegiatan mencatat, menimbang dan pelayanan lainnya. Selain itu dalam observasi ini memperhatikan juga sarana fisik yang ada di posyandu, bangunan dan lingkungan disekitarnya.

Selain di Posyandu, secara umum observasi dilakukan di Desa Sukasari dengan memperhatikan latar belakang warga desa. Aspek yang dilihat mencakup kondisi sosial, ekonomi dan budaya. Observasi juga melihat fasilitas fisik (sarana dan prasarana) yang dimiliki warga desa, serta memperhatikan sumberdaya manusia yang ada dalam membentuk perkumpulan sosial serta kegiatan kebersamaan yang mereka lakukan.

3.2.3 Studi Dokumen

Selain wawancara mendalam dan observasi, data juga didapatkan dari dokumen yang berkaitan dengan Jampersal, terutama tentang Petunjuk Jampersal yang disusun oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Selain hal tersebut, dokumen lain seperti peraturan daerah dan laporan-laporan dinas kesehatan tentang pelaksanaan Jampersal merupakan data yang bermanfaat dalam menunjang penelitian.

Data mengenai Profil Kesehatan Jawa Barat dan Profil Kesehatan Kabupaten Majalengka 2011, diperoleh dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. Profil Kesehatan di wilayah UPTD Puskesmas Kecamatan Majalengka 2011 dan Peraturan Bupati diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka. Namun ada keterbatasan yang menyangkut dokumen realisasi dana jampersal dan beberapa dokumen lain yang mencakup data hasil

pelayanan Jamkesmas dan Jampersal yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka. Data-data ini sulit diperoleh dan hanya diperbolehkan mencatatnya saja.

3.2.4 Tahap Analisa Data

Penelitian kualitatif ini berusaha memahami implementasi Program Jampersal berdasarkan gambaran, peristiwa dan data-data yang diperoleh di lapangan. Menurut Gorman dan Clayton (1997) yang dikutip oleh Santana K, Setiawan dalam Menulis Ilmiah Metodologi Penelitian Kualitatif, bahwa riset kualitatif memroses pencarian gambaran data dari konteks kejadiannya langsung. Sebagai upaya melukiskan peristiwa seperti kenyataannya, yang berarti membuat pelbagai kejadiannya seperti merekat, dan melibatkan perspektif (peneliti) yang partisipatif dalam kejadiannya, serta menggunakan penginduksian dalam menjelaskan gambaran fenomena yang diamatinya. (h 46).

Tahap analisa data merupakan proses mencari dan mengatur secara sistematis data-data yang didapat di lapangan, sehingga membantu dalam menggambarkan penemuan-penemuan yang ada di lapangan. Data yang terkumpul diproses melalui tahap sebagai berikut (Creswell 2007, h 163):

Ada empat bentuk analisa data dan interpretasi dalam penelitian studi kasus:

1. Pengumpulan Kategori : peneliti mengumpulkan data yang berhubungan dengan permasalahan dan isu yang relevan yang akan muncul.

Diawali dengan pengumpulan data dan informasi yang berkaitan dengan kebijakan sosial. Isu relevan yang muncul adalah tingginya angka kematian ibu saat persalinan, sehingga data-data dikumpulkan berkaitan dengan hal tersebut. Kategori pengumpulan data Kapital Sosial yang ada di desa, berdasarkan informasi yang diperoleh dari para informan mengenai kegiatan, kerja sama dan perkumpulan lokal yang ada di Desa Sukasari. Dari data-data ini kemudian dikategorikan, perkumpulan lokal yang merupakan kapital sosial, dilihat dari dukungannya terhadap Program Jampersal.

2. Interpretasi Langsung : peneliti studi kasus melihat pada contoh/kejadian nyata dan menggambarkan pemahaman. Memproses penarikan data dan menempatkannya berdasarkan permasalahannya.

Peneliti pada tahap ini sudah mengetahui adanya permasalahan yang terdapat dalam implementasi program Jampersal. Pada tingkat kabupaten, Puskesmas, maupun pelaksana kegiatan seperti bidan dan paraji. Lalu menginterpretasikan, bahwa terdapat permasalahan yang berhubungan dengan birokrasi, perbedaan antara kebijakan pemerintah pusat dan kebijakan pemerintah daerah serta permasalahan yang menyangkut sumber daya manusia. Interpretasi yang menyangkut partisipasi ibu dalam Program Jampersal, dilihat dari permasalahan bahwa masih adanya para ibu yang kurang bersedia melakukan persalinan di fasilitas kesehatan.

3. Mempolakan dan mencari keterkaitan hubungan antara dua atau beberapa kategori. Peneliti kemudian dapat mencari kesamaan dan perbedaan diantara kasus-kasus.

Pola yang dilakukan oleh peneliti, berkaitan dengan Program Jampersal adalah (a) Kebijakan Sosial dan Implementasi Jampersal. Yang termasuk dalam pola ini adalah yang berhubungan dengan program Jampersal (pusat dan daerah), sistem pelayanan, tarif dan realisasi dana, serta peran pelaksana Program Jampersal. (b) Kapital Sosial dan Keberhasilan Jampersal. Dari pola ini dilihat organisasi atau perkumpulan lokal yang ada, solidaritas warga, sistem nilai dan norma yang semuanya mendukung keberhasilan Program Jampersal.

4. Mengembangkan generalisasi naturalistik dari penganalisaan data. Generalisasi ini dapat dipelajari dari kasus yang ada di masyarakat bagi diri mereka sendiri atau untuk penerapan bagi suatu populasi berdasarkan kasus-kasus.

Permasalahan yang terjadi di Desa Sukasari, juga dapat menggambarkan permasalahan yang sama di desa lain di wilayah Kecamatan Cikijing. Generalisasi ini dapat diketahui melalui data dan informasi yang diperoleh dari Puskesmas Cikijing dan Kecamatan Cikijing.

3.2.5 Proses Penelitian

Jaminan persalinan dibuat oleh pemerintah melalui Kementerian Kesehatan Republik Indonesia untuk menekan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) yang masih tinggi di Indonesia dengan mendorong tercapainya tujuan MDGs 4 dan 5, yakni mengurangi angka kematian bayi/anak dan meningkatkan kesehatan ibu hamil. Disamping itu, penjarangan kehamilan dan pembatasan kehamilan menjadi bagian yang penting yang tidak terpisahkan dari Program Jampersal sehingga pengaturan mengenai Keluarga Berencana diatur secara mendetil.

3.2.5.1 Batasan Penelitian.

Penelitian mengenai implementasi Program Jampersal ini lebih memfokuskan penelitian pada hal-hal yang berkaitan dengan peningkatan kesehatan ibu hamil dalam menurunkan Angka Kematian Ibu. Karena keterbatasan waktu dan kesempatan, yang berkaitan dengan Angka Kematian Bayi dan Keluarga Berencana tidak dibahas lebih jauh dalam penelitian ini, meski keduanya penting untuk diteliti. Mudah-mudahan dalam kesempatan lain dapat diadakan penelitian tentang kedua hal tersebut dalam kaitannya dengan Jampersal.

Fasilitas kesehatan yang dilihat dalam penelitian ini dibatasi pada tingkat kecamatan, yakni Puskesmas Kecamatan. Sedangkan pada tingkat rumah sakit umum, rumah sakit swasta dan klinik bersalin tidak termasuk dalam cakupan penelitian ini. Tenaga Kesehatan terdiri dari tenaga medis (dokter, dokter spesialis) dan paramedis (perawat, bidan). Dalam penelitian mengenai Jaminan Persalinan, tenaga kesehatan yang diteliti adalah bidan. Meski tidak menutup kemungkinan adanya wawancara dengan dokter puskesmas.

3.2.5.2 Proses Penelitian

Proses pengumpulan data dalam penelitian ini, berusaha mengikuti prosedur atau ketentuan yang ada terkait dengan izin penelitian. Adanya hambatan birokrasi dialami oleh peneliti ketika harus turun lapangan ke

Puskesmas Kecamatan Cikijing. Dimulai dari mengurus surat izin ke Sumber Daya Kesehatan, lalu ke Kesatuan Bangsa dan Politik (Kesbangpol) serta Surat izin Dinas Kesehatan (Dinkes) Kabupaten Majalengka. Prosedur sudah dilakukan, namun surat yang ditandatangani oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten tidak berhasil diperoleh, meski Kesbangpol sudah mengeluarkan surat izin.

Ketika harus ke Puskesmas Cikijing, petugas Puskesmas mengatakan bahwa peneliti tidak dapat memperoleh data, bila tidak membawa surat dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten meskipun sudah memperoleh izin dari Kesbangpol yang dikeluarkan oleh Pemerintah Kabupaten Majalengka.

Kesulitan mendapatkan data kesehatan tingkat kecamatan yang berada di Puskesmas Kecamatan Cikijing dan Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka, membuat peneliti turun lapangan terlebih dahulu, dengan mewawancarai para informan. Data akhirnya diperoleh setelah penelitian lapangan berlangsung. Upaya yang dilakukan peneliti adalah menghubungi Dinkes Provinsi Jawa Barat dengan menyampaikan keluhan mengenai sulitnya mendapatkan data sekunder. Melalui bantuan petugas Dinkes Provinsi Jawa Barat, akhirnya, peneliti dapat bertemu langsung dengan Kepala Dinas dan memperoleh data yang dibutuhkan menyangkut Profil Kesehatan UPTD Puskesmas Kecamatan Cikijing serta data lainnya. Sebagai lembaga pemerintah yang menjalankan program suatu kebijakan, selayaknya membuka akses seluasnya bagi para peneliti dalam memperoleh data yang dibutuhkan.

BAB IV

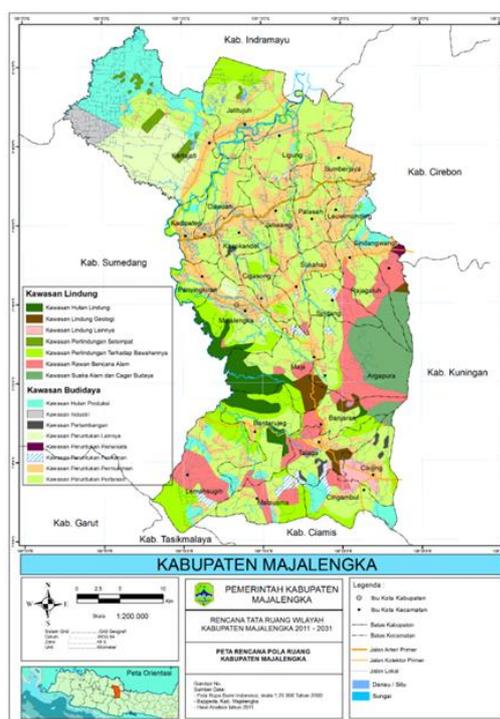
GAMBARAN UMUM WILAYAH

4.1 Gambaran Umum Wilayah Kabupaten Majalengka

Kabupaten Majalengka terletak di kawasan timur Provinsi Jawa Barat, Indonesia. Ibukotanya adalah Majalengka. Kabupaten ini berbatasan dengan Kabupaten Indramayu di utara, Kabupaten Cirebon dan Kabupaten Kuningan di timur, Kabupaten Ciamis dan Kabupaten Tasikmalaya di selatan, serta Kabupaten Sumedang di barat.

GAMBAR 4.1.1

PETA WILAYAH KABUPATEN MAJALENGKA



Kabupaten Majalengka secara administratif terdiri atas 26 Kecamatan, yakni : Kecamatan Sindang, Dawuan, Malausma, Sumberjaya, Ligung, Jatitujuh, Kertajati, Kadipaten, Panyingkiran, Kasokandel, Jatiwangi, Palasah, Leuwimunding, Sindangwangi, Rajagaluh, sukahaji, Cigasong, Majalengka, Maja, Argapura, Banjaran, Talaga, Cingambul dan Lemahsugih. Dari 26 Kecamatan, terdapat dengan 323 Desa dan 13 Kelurahan.

4.2. Kependudukan

Berdasarkan Profil Kesehatan Kabupaten Majalengka tahun 2011 yang diambil dari data BPS Majalengka tahun 2012, jumlah Penduduk Majalengka sebanyak 1.171.864 jiwa atau mengalami kenaikan $\pm 0,56\%$ dibandingkan tahun 2010. Jumlah penduduk laki-laki 585.940 atau 50,01% dan penduduk perempuan sebanyak 585.924 atau 49,99%. Jumlah penduduk miskin selama kurun waktu 2006-2010 terus mengalami penurunan, yakni dari 255,9 ribu jiwa pada tahun 2006 menjadi 181,1 ribu jiwa pada tahun 2010 atau turun sekitar 74,8 ribu jiwa (6,18%).

Dari sektor pendidikan, angka melek huruf di Kabupaten Majalengka dari tahun 2006-2011 menunjukkan kenaikan, dari tahun 2010 sebanyak 90,09% naik menjadi 98,18% pada tahun 2011. Prosentasi penduduk berdasarkan pendidikan yang ditamatkan dari tahun 2004-2010, penduduk yang berpendidikan SD semakin kecil persentasenya, namun prosentase penduduk yang tidak sekolah masih cukup besar.

Tabel 4.2.1

Persentase Penduduk Usia 10 Tahun Ke Atas Kabupaten Majalengka Menurut Jenjang Pendidikan Yang Ditamatkan Tahun 2006-2010

Jenjang Pendidikan	2006	2007	2008	2009	2010*)
Tidak Punya Ijazah SD	23,53	23,89	26,7	23,31	12,84
SD	49,95	47,10	45,0	45,85	55,43
SLTP	15,20	15,37	15,7	16,03	17,54
SLTA	6,38	9,28	10,2	10,64	10,86
D1/D3	1,43	2,10	1,0	1,73	1,24
Universitas	1,16	2,20	1,4	2,44	2,09

Sumber: Badan Pusat Statistik Kabupaten Majalengka, Tahun 2011

Tingkat pendidikan masyarakat Kabupaten Majalengka dapat dikaitkan dengan kemampuan dalam menyerap dan menerima informasi bidang kesehatan, kemampuan untuk berperan serta dalam pembangunan dalam

bidang kesehatan serta mempunyai pengaruh terbesar dalam penurunan angka kematian bayi.

Berdasarkan analisis indikator makro Kabupaten Majalengka, salah satu indikator yang dapat dijadikan acuan untuk menilai tingkat pendidikan adalah indeks pendidikan. Pada tahun 2010 baru mencapai 78,59. Angka melek huruf pada tahun 2010 mencapai sebesar 95,09 dan rata-rata lama sekolah sebesar 6,95 (tamat SD). (Profil Kesehatan Kabupaten Majalengka 2011 h 24). Angka ini masih dibawah Provinsi Jawa Barat, yakni Angka Melek Huruf Tahun 2011 mencapai 96,48 persen dan rata-rata lama sekolah pada tahun 2011 adalah 8,2 tahun. (Profil Kesehatan Jawa Barat 2011, h 20).

Mata pencaharian penduduk Majalengka pada tahun 2010, terbanyak di sektor pertanian 37,03 persen, sedangkan disektor perdagangan 23,91 persen, sektor industri pengolahan 15,05 persen, dan jasa lainnya 12,37 persen. Gambaran penduduk Majalengka berdasarkan jenis pekerjaan, dapat ditunjukkan dari sebaran penduduk yang bekerja menurut lapangan usaha, seperti pada Tabel berikut ini.

Tabel 4. 2.2
Persentase Penduduk Usia 10 Tahun Ke Atas Kabupaten Majalengka
Yang Bekerja Menurut Lapangan Usaha, Tahun 2006-2010

No.	Lapangan Usaha	2006	2007	2008	2009	2010
1.	Pertanian	31,24	37,61	37,53	33,85	37,03
2.	Pertambangan dan Penggalian	0,67	0,35	0,42	0,39	0,83
3.	Industri Pengolahan	19,39	13,94	13,90	14,73	15,05
4.	Listrik, gas dan air minum	0,10	0,24	0,24	0,31	0,17
5.	Konstruksi	5,36	5,35	5,50	5,79	5,55
6.	Perdagangan	26,65	26,61	26,65	25,16	23,91
7.	Angkutan dan Komunikasi	5,80	5,47	5,51	6,33	4,57
8.	Keuangan	0,51	1,19	1,25	0,84	0,53
9.	Jasa-jasa Lainnya	10,27	9,23	9,00	12,60	12,37

Sumber: Badan Pusat Statistik Kabupaten Majalengka, Tahun 2011

4.3 Situasi Derajat Kesehatan

Salah satu indikator derajat kesehatan yang digunakan secara luas adalah umur harapan hidup waktu lahir, yang mencerminkan lamanya usia seorang bayi baru lahir diharapkan hidup. Indikator ini telah ditentukan sebagai salah satu tolok ukur terpenting dalam menghitung dan menentukan indeks mutu hidup atau indeks pembangunan manusia. Beberapa faktor yang mempengaruhi angka ini selain dari faktor kesehatan, antara lain mencakup ekonomi, pendidikan dan geografis.

Tabel 4.3.1

Umur Harapan Hidup Waktu Lahir (UHH) Di Kabupaten Majalengka, 2006-2010	
Tahun	UHH
2006	65,3
2007	65,57
2008	65,82
2009	66,09
2010	66,35
Sumber: Buku Analisis Makro Kab. Majalengka Tahun 2011	

Perhitungan umur harapan hidup waktu lahir dengan proyeksi estimasi didasarkan pada perubahan umur harapan hidup waktu lahir dari tahun ke tahun serta dari sensus penduduk yang dilaksanakan setiap 10 tahun, dan asumsi tingkat penurunan bayi dan balita. Umur harapan hidup Tahun 2010 mencapai 66,35. Angka tersebut mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya yaitu Tahun 2009 mencapai 66,09. Dibandingkan dengan Provinsi Jawa Barat Tahun 2010, angka tersebut belum mencapai target. Untuk Jawa Barat, UHH tahun 2010 adalah 68,2

4.4 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Prinsip “Lebih Baik Mencegah daripada Mengobati” serta pelaksanaan perilaku hidup bersih dan sehat secara langsung maupun tidak langsung berpengaruh terhadap penanggulangan kesehatan. Indikator PHBS tatanan

rumah tangga, mencakup 10 aspek, yakni : ibu bersalin dengan tenaga kesehatan, pemberian ASI untuk balita, adanya jaminan pemeliharaan kesehatan, aktivitas fisik setiap hari, tidak merokok, makan dengan izi berimbang, ketersediaan air bersih, adanya jamban, tingkat kepadatan hunian serta lantai rumah bukan dari tanah.

Penerapan PHBS di rumah tangga diharapkan mengurangi resiko terjadinya kematian bayi karena tidak ditolong oleh tenaga kesehatan, meningkatkan daya tahan tubuh bayi dengan ASI, pencegahan penyakit degeneratif dengan beolahraga, mengkonsumsi makanan bergizi. Pencegahan penyakit pernafasan dengan tidak merokok dan tinggal di tempat yang tidak terlalu padat hunian. Ketersediaan air bersih, jamban dan lantai mengurangi risiko kejadian penyakit berbasis lingkungan, seperti diare, penyakit kulit dll.

Berdasarkan Profil Kesehatan Majalengka 2011, hingga saat ini penyakit infeksi saluran pernafasan dan diare masih merupakan penyebab kematian bayi yang cukup besar di Majalengka. Dari data Evaluasi Program Promosi Kesehatan Tahun 2011, pendataan PHBS tatanan rumah di Kabupaten Majalengka dilakukan juga pendataan yang bersifat menyeluruh di seluruh desa, bermitra dengan PKK yang menggerakkan Kadasma (Kader Desa Wisma) sebagai tenaga pendata diseluruh desa di wilayah Kabupaten Majalengka. Ternyata Tahun 2010, dari 327.015 rumah tangga, baru 61.007 (29,47%) yang telah berperilaku hidup bersih dan sehat, sedangkan pada tahun 2011, naik menjadi 71.917 atau 33,16% rumah sehat. Berarti prosentase kenaikannya hanya mencapai 4 % pada tahun 2011.

4.5 Upaya Kesehatan

Berbagai faktor yang menentukan kualitas pelayanan kesehatan antara lain sarana fisik, tenaga kesehatan, alat penunjang pelayanan kesehatan, obat-obatan dan standar pelayanan kesehatan. Kemudahan akses ke sarana pelayanan kesehatan berhubungan dengan berbagai faktor, antara lain jarak tempat tinggal dan waktu tempuh ke sarana kesehatan, serta status sosial ekonomi dan budaya.

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar tahun 2007 di Jawa Barat, rata-rata jarak ke sarana pelayanan kesehatan, responden menyatakan 48,1% kurang dari 1 km dengan 72,2% responden memerlukan waktu tempuh kurang dari 15 menit. Sedangkan tingkat pemanfaatan Posyandu di masyarakat Jawa Barat 28,4%. Dari jumlah responden yang tidak memanfaatkan Posyandu, sebanyak 65,7% menyatakan tidak membutuhkan keberadaan Posyandu.

Upaya kesehatan dapat berjalan dengan baik bila didukung seluruh sumber daya yang ada. Di Kabupaten Majalengka, dukungan sarana kesehatan terdiri dari Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling dan Rumah Sakit. Namun ada pula sarana kesehatan yang melibatkan peran serta masyarakat, yaitu Polindes, Posyandu, Pos Obat Desa dan Wahana Pelayanan Kesehatan Dasar, Institusi Kesehatan Swasta dan sebagainya serta sarana lainnya seperti penyediaan alat penunjang pelayanan kesehatan serta obat esensial yang seharusnya tersedia di sarana kesehatan. (Profil Kesehatan Majalengka 2011, h 27).

4.6. Pola Kematian

Pola kematian pada umumnya diklasifikasikan kedalam kematian bayi, kematian balita, kematian ibu dan kematian kasar (semua golongan umur). Berkaitan dengan kematian ibu, didasari pada angka kematian ibu yang disebabkan karena kehamilan atau persalinan pada setiap 100.000 kelahiran hidup. Angka ini berguna untuk menggambarkan status gizi dan kesehatan ibu, kondisi kesehatan lingkungan serta tingkat pelayanan kesehatan terutama untuk ibu pada saat hamil, melahirkan dan masa nifas. Angka ini juga berkontribusi pada angka harapan hidup secara keseluruhan sebagai indikator pembangunan manusia. (Profil Kesehatan Majalengka 2011, h 30).

Di Kabupten Majalengka pada tahun 2011, jumlah kematian ibu sebanyak 43 orang, dengan jumlah kelahiran hidup sebanyak 20.256 orang. Berarti angka kematian ibu per100.000 kelahiran hidup sebanyak 209,5. Beberapa faktor yang mempengaruhi AKI secara langsung antara lain status gizi, anemia pada kehamilan.

Kondisi yang mempengaruhi kematian ibu adalah tiga terlambat dan empat terlalu,² serta faktor mendasar lainnya seperti tingkat pengetahuan dan pendidikan ibu, kesehatan lingkungan fisik maupun budaya, keadaan ekonomi keluarga dan pola kerja didalam rumah tangga. Adanya pandangan masyarakat bahwa ibu hamil, melahirkan dan menyusui adalah proses alami, menyebabkannya tidak mendapat perlakuan khusus, seperti dibiarkan dan membiarkan diri untuk bekerja berat, makan dengan gizi dan porsi yang kurang memadai.

Berkaitan dengan permasalahan tiga terlambat, bahwa terlambat dalam mengambil keputusan sangat erat kaitannya dengan tingkat pengetahuan keluarga dan ibu. Terlambat merujuk, berkaitan dengan kemudahan akses, biaya, manajemen transportasi desa (ambulans desa). Terlambat menangani menyangkut masalah sistem pelayanan, ketenagaan, sarana dan prasarana penunjang.

Di Kabupaten Majalengka, berdasarkan Evaluasi Program KIA sampai Desember 2011, kematian ibu sebanyak 43 kasus. Menurut penyebab terdiri dari : hipertensi dalam kehamilan 15 orang (34,17%), perdarahan 7 orang (17,07%), infeksi 6 orang (14,63%), penyakit jantung 6 orang (14,6%), penyakit paru 4 orang (9,76%), penyakit hipertensi 3 orang (7,2%) dan partus lama 1 orang (2,43%). Kematian ibu menurut waktu terjadinya kematian adalah kematian ibu hamil 10 orang (23,25%), ibu melahirkan 4 orang (9,30%) dan kematian ibu nifas 29 orang (67,66%). Sementara itu kematian ibu menurut tempat kematian adalah 8 orang meninggal di rumah (18,60%), 34 orang meninggal di rumah sakit (RSUD Majalengka, RSUD Cideres, RSUD 45 Kuningan, RS Mitra Plumbon dan RSU Gunung Jati Cirebon) serta 1 orang (2,32%) meninggal dalam perjalanan ke rumah sakit.

4.7 Desa Sukasari sebagai Desa Siaga

² Tiga Terlambat : Terlambat mengenal tanda bahaya dan mengambil keputusan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan dan terlambat mendapatkan pertolongan di fasilitas kesehatan. Empat Terlalu: Terlalu muda punya anak (kurang dari 20 tahun), terlalu banyak melahirkan anak (jumlah anak lebih dari tiga), terlalu rapat jarak melahirkan (kurang dari 2 tahun), dan terlalu tua untuk mempunyai anak (di atas 35 tahun, resiko tinggi).

Desa Siaga adalah desa/kelurahan yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta keamauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri. (Buku Pedoman Desa Siaga Aktif. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat 2010).

Berdasarkan Surat Keputusan Kepala Desa Sukasari Kecamatan Cikijing Nomor 141.1/02.SK.KEP.DES/2008 tentang Pembentukan Forum Masyarakat Desa Siaga, bahwa dalam rangka pencapaian visi Majalengka sehat, Jawa Barat sehat dan Indeks Pembangunan Manusia 80, maka dikembangkan desa/kelurahan siaga sebagai basis berkembangnya desa/kelurahan sehat. Bahwa salah satu indikator desa siaga yaitu adanya Forum Masyarakat Desa, yang mempunyai tugas dan tanggung jawab memfasilitasi, memotivasi serta menggerakkan masyarakat dalam :

1. Mengembangkan upaya kesehatan dasar dan sistem rujukan
2. Mengembangkan upaya kesehatan berbasis masyarakat seperti :
Posyandu, Pos Kesehatan Desa, Warung Obat Desa dll.
3. Melaksanakan sistem pengamatan penyakit dan faktor resiko berbasis Masyarakat.
4. Siap siaga bencana dan kedaruratan kesehatan
5. Mewujudkan perilaku hidup bersih dan sehat
6. Menciptakan terwujudnya Keluarga Sadar Gizi

Cikijing terdiri dari 15 desa. Desa merupakan pemerintahan terendah di Kecamatan Cikijing, yang terdiri dari 70 dusun, 376 Rukun Tetangga (RT) dan 115 Rukun Warga (RW). Dari 15 desa, hanya Desa Sukasari yang termasuk dalam klasifikasi Desa Swasembada. Sedangkan desa lainnya termasuk dalam klasifikasi Desa Swakarya³.

Desa Sukasari meraih prestasi, baik dari tingkat kecamatan, kabupaten hingga tingkat provinsi. Dan saat ini mempunyai target ke tingkat nasional.

³ Berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia, Desa Swakarsa adalah desa yg sudah agak longgar adat-istiadatnya karena pengaruh luar, mengenal teknologi pertanian, dan taraf pendidikan warganya relatif lebih tinggi dibandingkan dengan desa lainnya; sedangkan Desa Swasembada adalah desa yg lebih maju dari desa swakarya dan tidak terikat lagi oleh adat-istiadat yg ketat.

Penghargaan yang pernah diraih Desa Sukasari adalah :

1. Tahun 2005 Desa terbaik Satu, tingkat Kecamatan Cikijing
2. Tahun 2006 Desa terbaik Satu, tingkat Kabupaten Majalengka
3. Tahun 2006 Desa terbaik Satu, tingkat Wilayah III Cirebon
4. Tahun 2011 Desa terbaik Dua, tingkat Provinsi Jawa Barat.

Karena prestasinya itulah Desa Sukasari dipercaya menjadi tuan rumah penyelenggaraan acara-acara pemerintahan mulai tingkat Kecamatan, Kabupaten dan Propinsi, bahkan pada tahun 1985 pernah ditunjuk sebagai tuan rumah penyelenggaraan Temu Konsultasi Nasional Kejar Paket A, oleh Dirjen Pendidikan Luar Sekolah Departemen Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia, yang kala itu diikuti 27 Provinsi. Adapun Program Program Pemerintah yang sudah diserap oleh Desa Sukasari adalah :

1. P2MPD Tahun 2005
2. PPK Tahun 2006
3. PNPM Generasi Sehat Dan Cerdas Tahun 2009-2011
4. Program Desa Mandiri Dalam Perwujudan Desa Peradaban Tahun 2010
5. PNPM Mandiri Perdesaan 2010-2011.

Program-program Pemerintah yang sudah dilaksanakan tersebut, telah memberikan perubahan yang cukup signifikan pada kondisi Desa Sukasari, karena makin lengkapnya ketersediaan infrastruktur yang akan menunjang tercapainya kemajuan dan keberhasilan pembangunan bidang : Kesehatan, Pendidikan, Sosial Keagamaan, Ekonomi dan Pemerintahan.

4.7.1 Tingkat Pendidikan dan Pekerjaan Penduduk Desa Sukasari

Peningkatan Pembangunan bidang pendidikan dilaksanakan dalam upaya pencapaian program Wajib Belajar pendidikan dasar 9 tahun melalui pendidikan formal maupun non formal, serta terus mendorong dan meningkatkan kesadaran warga masyarakat untuk terus melanjutkan sekolah baik ke SLTA atau ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi/perguruan tinggi.

Komposisi penduduk berdasarkan jenjang pendidikan yang ditamatkan sampai tahun 2011, pendidikan Sekolah Dasar (SD) yaitu sebanyak 1.540 orang atau 29 persen, SLTP sebanyak 970 orang atau 18,5 persen, SLTA

sebanyak 237 orang atau 5 persen D1/D3 sebanyak 35 orang atau 0,7 persen dan Universitas atau perguruan tinggi sebanyak 24 orang atau 0,45 persen.

Tabel 4.7.1.1
Jumlah dan Persentase Penduduk Menurut jenjang Pendidikan

JENJANG PENDIDIKAN	PENDUDUK MENURUT JENJANG PENDIDIKAN YANG DITAMATKAN (%)					
	2009		2010		2011	
SD	2.268	25%	2.170	27%	2.270	29 %
SLTP	920	17.48%	945	17.86%	970	18.5%
SLTA	221	4.199%	229	4.33%	237	5 %
D1 /D3	25	0.47%	29	0.54%	35	7%
Universitas	19	0.36%	22	0.4%	24	0.45%

Sumber : Profil Desa Sukasari Tahun 2011

Berdasarkan Kelompok umur, yang harus mendapatkan jenjang pendidikan mulai dari Sekolah Dasar sampai dengan Perguruan Tinggi. Usia 7-12 tahun yaitu sebanyak 854 orang, yang diikuti oleh usia 13-15 tahun sebesar 390 orang dan usia 16-18 tahun sebesar 289 orang dan usia 19 – 24 tahun 409 orang.

Jumlah tenaga kerja tahun 2011 sebanyak 1.792 orang dan tenaga kerja produktif sebanyak 1.811 yang tersebar dalam berbagai sektor, diantaranya sektor pertanian merupakan sektor yang paling banyak menyerap tenaga kerja yaitu sekitar 1.289 orang atau 71 persen, sektor perdagangan 128 orang atau 7.14 persen, dan industri pengolahan 59 orang atau 3.3 persen. Secara kuantitatif dibandingkan dengan tahun 2010 jumlah pengangguran berkurang sebanyak 5 persen.

Berdasarkan Profil Kecamatan Cikijing tahun 2011, pembangunan dalam upaya pengentasan kemiskinan berupa bantuan pemerintah untuk keluarga pra sejahtera. Untuk Desa Sukasari, dari 1453 Kepala Keluarga

(KK), terdapat 508 KK yang termasuk dalam kategori miskin. Dan dari jumlah tersebut, sebanyak 460 penduduk miskin, mendapat bagian beras miskin. Pengentasan Kemiskinan melalui Program Keluarga Harapan sebanyak 83 KK. Untuk Jamkesmas, wilayah Sukasari terdapat 2437 penduduk yang memiliki kartu Jamkesmas.

BAB V
KEBIJAKAN SOSIAL
DAN IMPLEMENTASI PROGRAM JAMPERSAL

5.1 Kebijakan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Pemerintah pusat, melalui Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mengeluarkan kebijakan berupa Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2562/MENKES/PER/XII/2011 tentang Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan. Peraturan ini dibuat dalam rangka menurunkan angka kematian ibu dan anak serta untuk mempercepat pencapaian MDGs. Kebijakan tersebut menetapkan bahwa setiap ibu yang melahirkan, biaya persalinannya ditanggung oleh pemerintah melalui Program Jaminan Persalinan (Jampersal).

Program Jampersal memiliki landasan hukum yang menjamin terpenuhinya hak hidup sehat bagi seluruh penduduk termasuk penduduk miskin dan tidak mampu. Pemerintah bertanggungjawab atas ketersediaan sumber daya di bidang kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan.

Manfaat yang diterima oleh penerima Jampersal terbatas pada pelayanan kehamilan, persalinan, pelayanan nifas (sampai 42 hari pasca persalinan) termasuk KB pasca persalinan dan pelayanan bayi baru lahir (sampai dengan usia 28 hari). Pelaksanaan pelayanan Jampersal mengacu pada standar pelayanan Kesehatan Ibu dan anak (KIA).

Berdasarkan Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan, pengelolaan Jampersal dilakukan pada setiap jenjang pemerintahan (pusat, provinsi dan kabupaten/kota) yang merupakan bagian integral dari Jamkesmas dan dikelola mengikuti tata kelola

Jamkesmas⁴. Penerima manfaat Jampersal mencakup seluruh sasaran yang belum memiliki jaminan persalinan, dan tidak hanya mencakup masyarakat miskin saja.

Penerima manfaat Jampersal didorong untuk mengikuti program KB pasca persalinan, dengan membuat surat pernyataan. Memanfaatkan pelayanan diseluruh fasilitas kesehatan tingkat pertama pemerintah (puskesmas dan jaringannya) dan swasta serta fasilitas kesehatan tingkat lanjutan (Rumah Sakit) pemerintah dan swasta (berdasarkan rujukan) di rawat inap kelas III.

Fasilitas kesehatan tingkat pertama swasta seperti Bidan Praktik Mandiri⁵, Klinik Bersalin, Dokter praktik yang berkeinginan ikut serta dalam program ini harus mempunyai Perjanjian Kerja Sama⁶ dengan Dinas kesehatan Kabupaten/Kota selaku Tim Pengelola Jamkesmas dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) atas nama pemerinah daerah setempat yang mengeluarkan ijin praktiknya. Sedangkan untuk fasilitas kesehatan tingkat lanjutan baik pemerintah maupun swasta harus mempunyai perjanjian kerja sama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota selaku Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Kabupaten/Kota yang diketahui oleh Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK Provinsi.

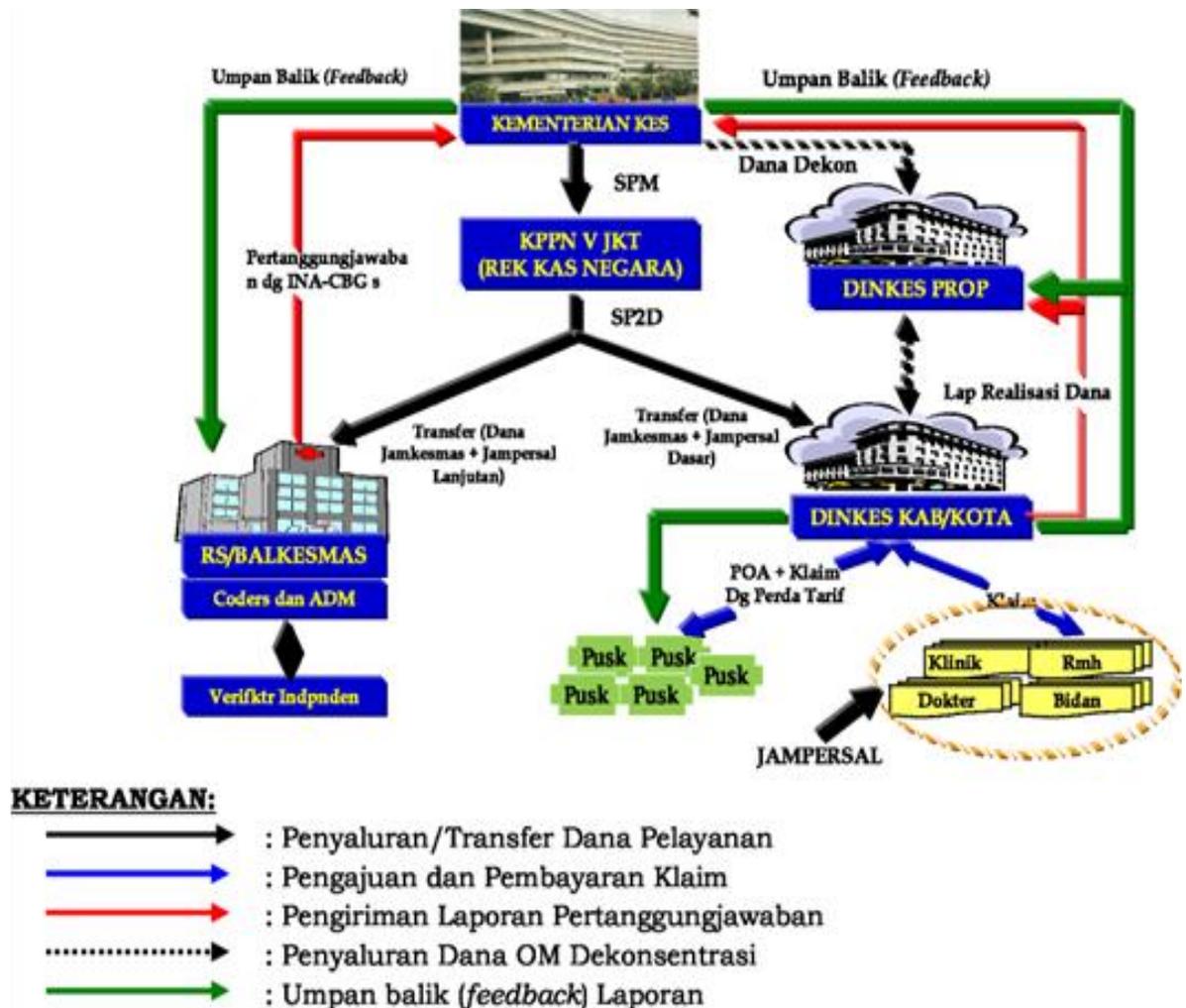
⁴ Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) adalah jaminan perlindungan untuk pelayanan kesehatan secara menyeluruh mencakup pelayanan promotif, preventif serta kuratif dan rehabilitatif yang diberikan secara berjenjang bagi masyarakat/peserta yang iurannya dibayar pemerintah.

⁵ Bidan Praktik Mandiri adalah praktik bidan swasta perorangan.

⁶ Perjanjian Kerja Sama adalah dokumen perjanjian yang ditandatangani bersama antara Dinas Kesehatan selaku Tim Pengelola Kabupaten/Kota dengan penanggung jawab institusi fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta yang mengatur hak dan kewajiban para pihak dalam Jampersal.

Gambar 5.1.1

**PENYALURAN DAN PERTANGGUNGJAWABAN
DANA JAMKESMAS/JAMPERSAL**



Sumber: Petunjuk Teknis Jampersal

PeraturanMenkes RI No 2562/Menkes/Pe/XII/2011

Pembayaran atas pelayanan Jampersal dilakukan dengan cara klaim. Pada daerah lintas batas, fasilitas kesehatan yang melayani sasaran Jampersal dari luar wilayahnya, tetap melakukan klaim kepada Tim Pengelola/Dinas Kesehatan setempat dan bukan pada daerah asal sasaran Jampersal tersebut.

Bidan Desa dalam wilayah kerja Puskesmas yang melayani Jampersal diluar jam kerja Puskesmas yang berlaku di wilayahnya, dapat menjadi Bidan

Praktek Mandiri sepanjang yang bersangkutan memiliki surat ijin praktik dan mempunyai Perjanjian Kerjasama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota selaku Tim Pengelola Jamkesmas dan BOK atas nama Pemerintah Daerah.

Tabel 5.1.2
Besaran Tarif Pelayanan Jampersal Pada Pelayanan Dasar
Besaran Biaya Cakupan Jampersal

No.	Tindakan	Frek	Tarif (Rp)	Jumlah	Ket
1	Pemeriksaan kehamilan (ANC)	4 kali	20.000	80.000	Mengikuti Pedoman KIA
2	Persalinan normal	1 kali	500.000	500.000	Untuk Jasa Medis dan Akomodasi Pasien, maksimum 24 pasca persalinan
3	Pelayanan ibu nifas dan bayi baru lahir.	4 kali	20.000	80.000	Mengikuti Pedoman KIA
4	Pelayanan pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan neonatal.	1 kali	100.000	100.000	Mengikuti Pedoman KIA
5	a. Pelayanan penanganan perdarahan pasca keguguran, persalinan per vaginam dengan tindakan emergensi dasar. Pelayanan rawat inap untuk komplikasi selama kehamilan, persalinan dan nifas serta bayi baru lahir	1 kali	650.000	650.000	Hanya dilakukan di Puskesmas PONED yang mempunyai tenaga yang berkompeten dan fasilitas yang menunjang
	Pelayanan rawat inap untuk bayi baru lahir sakit	1 kali	Sesuai tarif rawat inap Puskesmas Perawatan yang berlaku	Sesuai tarif rawat inap Puskesmas Perawatan yang berlaku	Hanya dilakukan di Puskesmas Perawatan

	Pelayanan Tindakan Pasca Persalinan (misal Manual Plasenta)	1 kali	150.000	150.000	Hanya dilakukan oleh tenaga terlatih (mempunyai surat tugas).
6	KB Pasca persalinan: a. Jasa pemasangan alat kontrasepsi (KB): 1) IUD dan Implant 2) Suntik b. Penanganan Komplikasi KB pasca Persalinan	1 Kali 1 Kali	60.000 10.000 100.000	60.000 10.000 100.000	a. Termasuk jasa dan penyediaan obat-obat komplikasi b. Pelayanan Kontap di RS
7	Transport Rujukan	Setiap Kali (PP)	Besaran biaya transport sesuai dengan Standar Biaya Umum (SBU) APBN, Standar biaya transportasi yang berlaku di daerah		Biaya transport rujukan adalah biaya yang dikeluarkan untuk merujuk pasien, sedangkan biaya tugas dan pendampingan dibebankan kepada Pemda

Sumber: Petunjuk Teknis Jampersal
Peraturan Menkes RI No 2562/Menkes/Pe/XII/2011

Pelayanan Jampersal diselenggarakan dengan pelayanan terstruktur berjenjang berdasarkan rujukan dan prinsip portabilitas dengan demikian Jampersal tidak mengenal batas wilayah. Untuk menjamin kesinambungan dan pemerataan pelayanan, Tim Pengelola Jamkesmas Pusat dapat melakukan realokasi dana antar kabupaten/kota, dengan mempertimbangkan penyerapan dan kebutuhan daerah serta disesuaikan dengan ketersediaan dana yang ada secara nasional.

Pengorganisasian kegiatan Jampersal dimaksudkan agar pelaksanaan manajemen kegiatan Jampersal dapat berjalan secara efektif dan efisien. Pengelolaan kegiatan dilaksanakan secara bersama-sama antara pemerintah, pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota. Dalam pengelolaan Jampersal dibentuk Tim Pengelola di tingkat pusat, tingkat provinsi dan tingkat kabupaten/ kota. Terintegrasi dengan kegiatan Jamkesmas dan BOK.

5.1.2 Pendanaan Jaminan Persalinan

Pendanaan berdasarkan Petunjuk Teknis Jampersal, merupakan bagian integral dari pendanaan Jamkesmas, sehingga pengelolaannya pada Tim Pengelola/Dinas Kesehatan Kab/Kota tidak dilakukan secara terpisah baik untuk pelayanan tingkat lanjutan/rujukan. Pengelolaan dana Jamkesmas di pelayanan tingkat pertama/ pelayanan dasar dilakukan oleh Dinas Kesehatan selaku Tim Pengelola Jamkesmas Tingkat Kabupaten/Kota sedangkan pelayanan tingkat lanjutan/rujukan dilakukan oleh Rumah Sakit. Transpor rujukan ibu hamil resiko tinggi, komplikasi kebidanan dan komplikasi neonatal pasca persalinan bagi penerima manfaat Jampersal di pelayanan kesehatan dasar dibiayai dengan dana dalam program ini, mengacu pada Standar Biaya Umum APBN, standar biaya transportasi yang berlaku di daerah.

Sumber dana Jampersal bersumber dari APBN Kementerian Kesehatan yang dialokasikan pada Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) Sekretariat Ditjen Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan. Alokasi dana Jamkesmas pelayanan kesehatan dasar di Kabupaten/Kota diperoleh atas perhitungan jumlah masyarakat miskin dan tidak mampu sebagai sasaran Jamkesmas. Sedangkan alokasi dana Jampersal di kabupten/kota diperhitungkan berdasarkan proyeksi jumlah ibu hamil peserta Jamkesmas dan sasaran ibu hamil (penerima manfaat Jampersal) dikalikan total besaran biaya paket pelayanan persalinan tingkat pertama.

Dana Jamkesmas dan Jampersal yang menjadi satu kesatuan secara utuh untuk pelayanan dasar di Puskesmas dan jaringannya serta lanjutan di Rumah Sakit, disalurkan langsung dari bank operasional Kantor Perbendaharaan Negara (KPPN) Jakarta V ke : 1. Rekening Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sebagai penanggungjawab program atas nama institusi dan dikelola Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota untuk pelayanan kesehatan dasar dan persalinan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. 2. Rekening Rumah Sakit/Balai Kesehatan untuk pelayanan

persalinan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan yang menjadi satu kesatuan dengan dana pelayanan rujukan.

Dana yang telah menjadi pendapatan/penerimaan fasilitas kesehatan (Puskesmas), untuk penggunaan dan pemanfaatannya mengikuti ketentuan peraturan perundang-undangan. Besaran jasa pelayanan persalinan sebagaimana dimaksud minimal sebesar 75% dibayarkan kepada pemberi pelayanan dengan memperhatikan maksud pemberian insentif agar terjadi akselerasi tujuan program dan tujuan MDGs, terutama pencapaian penurunan angka kematian ibu bersalin.

5.2 Kebijakan Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka

Jasa Pelayanan Jaminan Persalinan pada Unit Pelaksanaan Teknis Dinas (UPTD) Puskesmas di lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka diatur melalui Peraturan Bupati Majalengka Nomor 8 tahun 2012 berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2562/Menkes/Per/XII/2011 tentang Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan. Dengan pertimbangan : Bahwa kesehatan adalah hak fundamental setiap warga sehingga setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya dan negara bertanggungjawab agar masyarakat terpenuhi untuk mendapatkan hak hidup sehat termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Dalam rangka meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan dalam upaya mempercepat pencapaian Millenium Development Goal's (MDGs).

Ketentuan umum dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan : Daerah adalah Kabupaten Majalengka. Pemerintah adalah Pemerintah Pusat. Bupati adalah Bupati Majalengka. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka. Kepala Dinas Kesehatan adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka. Unit Pelaksanaan Teknis Dinas Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut UPTD Puskesmas adalah Unit Pelaksanan Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka yang menyelenggarakan pembangunan kesehatan disuatu wilayah kerja,

berkedudukan dibawah Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka di Wilayah Kecamatan dan dipimpin oleh seorang Kepala UPTD.

5.2.1. Tarif Pelayanan

Besaran tarif pelayanan persalinan seluruh sasaran Jampersal mengacu pada Peraturan Menteri kesehatan Republik Indonesia No. 2562/Menkes/PER/XII/2011 tentang petunjuk Teknis Pelayanan Jaminan Persalinan. Mekanisme pelayanan dan pengelolaan dana Jampersal sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Terhadap tenaga medis dan/atau paramedis pada UPTD Puskesmas yang melakukan pelayanan persalinan kepada pasien yang dijamin oleh Jampersal diberikan jasa pelayanan. Besarnya jasa pelayanan berdasarkan Petunjuk Teknis Pelayanan Jampersal, ditetapkan sebesar 75% (tujuh puluh lima persen) dari dana yang telah menjadi pendapatan/penerimaan fasilitas kesehatan/UPTD Puskesmas.

Tabel 5.2.1.1

Rincian Jasa Pelayanan Jaminan Persalinan Pada UPTD Puskesmas di Lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka

No	Jenis Pelayanan	Tarif (Rp)	Jasa pelayanan (Rp)
1.	Pemeriksaan Kehamilan (ANC)	20.000/1x	15.000/1x
2.	Persalinan Normal	500.000	375.000
3.	Pelayanan ibu nifas dan bayi baru lahir	20000/1x	15.000/1x
4.	Pelayanan Pra rujukan pada komplikasi kebidanan dan neonatal	100.000	75.000
5.	a. Pelayanan penanganan perdarahan pasca keguguran, persalinan pervaginam dengan tindakan emergensi dasar, Pelayanan rawat inap untuk komplikasi selama kehamilan, persalinan dan nifas serta bayi baru lahir	650.000	487.000
	b. Pelayanan rawat inap untuk bayi baru lahir	sesuai tarif rawat inap yang berlaku	
	c. Pelayanan tindakan pasca persalinan	150.000	112.500
6.	KB Pasca Persalinan:		
	a. Jasa pemasangan alat kontrasepsi:		
	1. IUD dan Implant	60.000	45.000
	2. Suntik	10.000	7500
	b. Penanganan Komplikasi KB Pasca Persalinan	1.000.000	75.000
7.	Transpor Rujukan	Disesuaikan dengan standar biaya transportasi yang berlaku didaerah	

Pendapat pimpinan **Ikatan Bidan Indonesia (IBI) Majalengka** tentang jasa pelayanan :

Kalau ibu melahirkan di Puskesmas, mendapatkan Jasa Pelayanan 75% sesuai Peraturan Bupati. Sedangkan sisanya (25%) masuknya ke Pemda. Tapi dari jumlah tersebut sebenarnya.. ga segini, ada pemotongan.

Maksud dari pernyataan diatas adalah ketika seorang ibu bersalin di Puskesmas, maka bidan yang membantu persalinan mendapatkan *fee*. Jumlahnya berdasarkan Peraturan Kemenkes RI, sejumlah Rp 500.000 (Tabel 5.1.2.2). Untuk Kabupaten Majalengka jumlahnya disesuaikan dengan Peraturan Bupati Majalengka, mendapatkan Rp 375.000 (Tabel 5.2.1.1). Namun dari jumlah tersebut, ternyata harus mendapat potongan lagi, jumlahnya ditentukan oleh Kepala Puskesmas. Sehingga pemotongan insentif bidan, tidak hanya dilakukan oleh Dinas Kesehatan, tetapi juga oleh Puskesmas.

5.2.2 Realisasi Dana Jampersal

Berdasarkan jumlah data pasien, baik Jamkesmas maupun Jampersal dibuat laporan realisasi penyerapan dana berdasarkan dana yang sudah diluncurkan oleh pemerintah pusat. Dari total dana yang diluncurkan pada tahun 2012, sejumlah Rp 12.786.449.440, yang terserap sebanyak Rp 7.389.954.433. Berdasarkan jumlah tersebut, berarti yang terserap sebanyak 58%.

Tabel 5.2.2
Pelaporan Pemanfaatan Jamkesmas dan Jampersal 2012

Jamkesmas/Jampersal	Rp
Luncuran I	3.839.208.440
Luncuran II	5.112.738.000
Luncuran III	-
Luncuran IV	3.834.553.000
Total	12.786.499.440
Realisasi Jamkesmas :	
Rawat Jalan	2.300.082.600
Rawat Inap	765.087.500
Sub Total I	3.065.170.100
Realisasi Jampersal :	
ANC (Pemeriksaan Kehamilan)	379.330.000
PNC (Pemeriksaan Nifas)	439.963.333
Persalinan Normal	2.793.750.000
Pra Rujukan	60.400.000
Emergensi Dasar	483.750.000
Transpor Rujukan	133.955.000
Pelayanan KB	33.628.000
Sub Total II	4.324.776.333
Jumlah yang terealisasi	7.389.946.433
(Sub Total I + sub Total II)	

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka

Wawancara dengan petugas **Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat:**

Realisasi Keuangan, dari Rp12,78 miliar, terealisasi Rp7,39 miliar. Dari segi administrasi keuangan, ada 2 indikator penilaian:

Indikator program: apabila kunjungan ibu hamil (ANC) dan perawatan pasca melahirkan (PNC) kurang dimanfaatkan, tetapi persalinan normal (Pn) dengan memanfaatkan Jampersal. Maka cenderung dapat dikatakan efisiensi. Bila indikatornya realisasi nominal keuangan, tentunya penyerapannya perlu diperhatikan. Yang bermasalah adalah capaian indikatornya jelek (ANC, PNC dan Pn) berarti dana kurang dimanfaatkan. Antara cakupan indikator program dan realisasi fisik keuangan tidak bisa dikorelasikan.

Dalam pelaksanaannya, dana Jampersal yang diluncurkan bersamaan dengan dana Jamkesmas sehingga efektifitas penggunaan dana Jampersal

tidak bisa hanya dilihat berdasarkan dana yang terserap. Alokasi dana Jamkesmas di kabupaten diperoleh atas perhitungan jumlah masyarakat miskin dan tidak mampu. Sedangkan alokasi dana Jampersal di kabupaten diperhitungkan berdasarkan estimasi proyeksi jumlah ibu hamil peserta Jamkesmas dan sarasaran ibu hamil yang belum memiliki jaminan, dikalikan total besaran biaya paket pelayanan persalinan tingkat pertama. (Petunjuk Teknis Jampersal, h 21). Bila data sesuai dengan jumlah yang ada, tetapi hanya terserap sebagian, dapat saja disebabkan karena memang tingkat kesehatan ditahun 2011 cukup baik sehingga jumlah pasien berkurang. Sisa dana pada rekening tim pengelola Jamkesmas Kabupaten yang tidak digunakan atau tersalurkan sampai dengan akhir tahun anggaran, harus disetorkan ke kas negara. Namun yang bermasalah adalah pendataan untuk pasien penerima Jamkesmas. Bila pasien miskin tidak terdata maka tidak memiliki kartu Jamkesmas, sehingga ketika sakit tidak dapat memanfaatkan dana Jamkesmas. Kalau Jampersal hanya membutuhkan KTP dan Kartu Keluarga sebagai persyaratannya, maka setiap ibu berhak mendapatkan layanan kesehatan kehamilan dan persalinan.

5.3 Implementasi Program Jampersal di Kabupaten Majalengka

Pelayanan Jamkesmas dan Jampersal dilakukan di Puskesmas, Bidan Praktik Swasta dan Rumah Sakit Daerah. Berikut ini adalah data hasil pelayanan Jamkesmas dan Jampersal tahun 2012 di Puskesmas yang berada di Kabupaten Majalengka. Terdapat 14769 pelayanan kesehatan ibu hamil yang mencakup pemeriksaan kehamilan, persalinan dan pelayanan pasca persalian. Pelayanan ini sebenarnya terbagi atas dua jenis pelayanan, yaitu Jamkesmas dan Jampersal. Namun karena sumber dananya satu, maka dalam data digabung. Untuk pelayanan rujukan terhadap penerima manfaat Jampersal sebanyak 727 kasus.

Tabel 5.3.1
Data Hasil Pelayanan Jamkesmas-Jampersal Puskesmas
Di Kabupaten Majalengka Tahun 2012

No	Puskesmas	Rawat		Jampersal	Jampersal
		Jalan	Inap	Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin	Pelayanan Rujukan
1	Maja	27606	1740	1318	78
2	Malausma	9885	0	927	0
3	Leuwimunding	9080	0	354	0
4	Argapura	6804	0	1005	0
5	Rajagaluh	16908	2891	877	0
6	Kadipaten	6081	0	10	0
7	Lemahsugih	6666	0	1444	65
8	Sindangwangi	2321	0	154	1
9	Loji	9385	0	325	3
10	Salagedang	3324	0	263	0
11	Cigasong	9703	0	330	0
12	Talaga	8794	1338	531	20
13	Munjul	7067	0	199	0
14	Panongan	7953	0	276	146
15	Jatiwangi	23626	1052	677	82
16	Sindang	8773	0	132	0
17	Sumberjaya	5495	1918	182	22
18	Cikijing	10.696	2209	2021	109
19	Balida	13729	0	235	0
20	Banjaran	6347	0	39	0
21	Bantarujeg	6389	1984	217	40
22	Sukamulya	3672	0	212	53
23	Cingambul	10547	0	1741	0
24	Panyingkiran	6876	0	21	0
25	Sukahaji	13005	0	201	0
26	Majalengka	19961	0	35	0
27	Ligung	14757	542	625	39
28	Jatitujuh	7353	1408	107	69
29	Kasokandel	15902	0	141	0
30	Kertajati	12605	0	0	0
31	Waringin	10276	0	170	0
	Kabupaten	321586	15082	14769	727

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka

Berdasarkan Peraturan Bupati Majalengka nomor 8 tahun 2012, tentang Jasa Pelayanan Jaminan Persalinan di Lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka, bahwa terhadap tenaga medis dan/atau paramedis pada puskesmas yang melakukan pelayanan persalinan kepada pasien yang dijamin oleh Jampersal, diberikan uang insentif jasa pelayanan. Besarnya

ditetapkan 75% dari dana yang telah menjadi pendapatan/penerimaan fasilitas kesehatan.

Besarnya jasa pelayanan persalinan di lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten sebesar 75% sesuai dengan ketentuan pemerintah pusat dimaksudkan agar terjadi akselerasi tujuan program dan tujuan MDGs, terutama pencapaian penurunan angka kematian ibu bersalin. Berarti jasa pelayanan yang menjadi insentif dokter dan/atau paramedis sebesar Rp 375.000 (75% dari Rp 500.000). Sedangkan 25% masuk ke kas daerah. Namun kenyataannya, dokter atau bidan tidak mendapatkan sejumlah tersebut, melainkan mendapat pemotongan berdasarkan kebijakan Kepala Puskesmas yang jumlahnya berbeda-beda untuk tiap Puskesmas. Sehingga ada yang hanya menerima sejumlah Rp 80.000 untuk tiap bantuan persalinan yang dia lakukan.

Menko Kesra Agung Laksono dalam Kompas.com (15 Mei 2012) mendesak agar daerah tidak lagi memotong dana layanan jasa persalinan bidan yang ikut program Jaminan Persalinan (Jampersal). Pemotongan uang Jampersal milik bidan mengganggu program nasional dalam upaya menekan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB). Pemotongan ini juga merusak program Internasional MDG's.

Ada kerancuan mengenai pemotongan sebesar 25%, disatu pihak Menko Kesra mendesak agar daerah tidak memotong jasa persalinan bidan, tetapi dilain pihak ada yang berpandangan bahwa hal tersebut diatur dalam Petunjuk Teknis Jampersal yang dikeluarkan oleh Kemenkes RI. Berikut ini pendapat salah satu pimpinan Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung Barat sebagai perbandingan:

“Bidan yang membantu persalinan ibu yang menggunakan Jampersal, di institusi pemerintah memang wajib menyetorkan 25 persen dari jasa yang mereka terima. Itu berlaku bagi semua bidan se-Indonesia sesuai dengan juknis (petunjuk teknis) Kementerian Kesehatan. Jadi bukan dipotong,” kata Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinkes KBB dr.Nur Listiyaningsih, Mkes. Setoran tersebut disampaikan ke kas daerah setelah mereka menerimanya. Namun bagi bidan yang melakukan prakteknya sendiri, ketentuan itu tidak berlaku sehingga mereka akan menerima utuh jasa pelayanan Jampersal sebesar Rp500 ribu. (JPNN.com, 12/2 2013)

Menurut Ketua Umum Ikatan Bidan Indonesia (IBI) Harni Koesno, kendati pusat telah menetapkan ongkos persalinan bidan Jampersal Rp660 ribu per pelayanan, namun pada prakteknya ongkos jasa yang diterima bidan hanya sekitar Rp300 ribu. Pemotongan dana ini akibat adanya Perda yang memasukkan ongkos layanan Jampersal sebagai PAD (Pendapatan Asli Daerah). (poskotanews.com 15/5 2012).

Berdasarkan kenyataan ini, pengorganisasian Jampersal tampaknya cenderung mengalami penyimpangan dengan adanya pemotongan dana insentif bagi tenaga medis/paramedis yang membantu persalinan. Untuk pemotongan sebanyak 25% diatur dalam Petunjuk Teknis Pelaksanaan Jampersal yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan. Namun pemotongan tersebut merupakan pendapatan/penerimaan fasilitas kesehatan (Puskesmas), bukan untuk kas daerah. Ketentuan pemotongan untuk kas daerah tidak ada dalam petunjuk teknis Jampersal, termasuk pemotongan yang dilakukan oleh pimpinan Puskesmas.

Berdasarkan Petunjuk Teknis Jampersal, Kemenkes RI Nomor 2562/MENKES/PER/XII/2011, terdapat ketentuan sebagai berikut (h 33-34):

Setelah Puskesmas dan jaringannya serta fasilitas kesehatan lainnya (swasta yang bekerjasama), melakukan pelayanan kesehatan dan mendapatkan pembayaran klaim dari Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota, maka status dana tersebut berubah **menjadi pendapatan/penerimaan fasilitas kesehatan**.

Selanjutnya untuk penggunaan dan pemanfaatannya **mengikuti ketentuan peraturan perundang-undangan**. Besaran jasa pelayanan persalinan sebagaimana dimaksud diatas, **minimal sebesar 75% dibayarkan kepada pemberi pelayanan** dengan memperhatikan maksud pemberian insentif agar terjadi akselerasi tujuan program dan tujuan MDGs, terutama pencapaian penurunan kematian ibu bersalin.

Pengaturan sebagaimana yang dimaksud tentang besaran jasa pelayanan, **diatur melalui peraturan Bupati/Walikota atas usulan Kepala Dinas Kesehatan** yang didasari atas surat Keputusan Menteri Kesehatan tentang petunjuk dan pelaksanaan ini.

Jasa pelayanan persalinan Jampersal berdasarkan Peraturan Bupati Majalengka Nomor 8 tahun 2012, Bab VI pasal 6 menyatakan bahwa :

- (1) Terhadap Tenaga medis dan/atau paramedis pada UPTD Puskesmas yang melakukan pelayanan persalinan kepada pasien dijamin oleh Jampersal **diberikan jasa pelayanan.**
- (2) Besarnya jasa pelayanan dimaksud pada ayat (1) berdasarkan peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 2562/Menkes/PER/XII/2011 tentang Petunjuk Teknis Pelayanan Jaminan Persalinan **ditetapkan sebesar 75% dari dana yang telah menjadi pendapatan/penerimaan fasilitas kesehatan/UPTD Puskesmas.**

Berdasarkan kedua peraturan, baik dari Kemenkes RI maupun Bupati Majalengka yang menyangkut jasa pelayanan persalinan sebesar 75% sudah mengikuti ketentuan yang berlaku. Pemotongan tersebut diambil dari pendapatan puskesmas. **Berarti 25% dari pemotongan seharusnya menjadi pendapatan Puskesmas, bukan menjadi pemasukan kas daerah.** Puskesmas yang mengurus klaim dan fasilitas kesehatan Jampersal tidak mendapatkan bagian untuk pemasukan. Hal ini mungkin yang menyebabkan pihak puskesmas memotong kembali uang jasa pelayanan bidan/dokter, karena pendapatannya masuk ke kas daerah.

Berdasarkan penuturan petugas **Dinas kesehatan Kabupaten Majalengka :**

Aturan Kemenkes dan Kemendagri ada tumpang tindih. Kalau pelayanan kesehatan, masuknya ke kas daerah. Bupati ga salah, semua ada peraturannya. Kita ga semena-mena memberikan uang. Kaitan dengan Kemendagri adalah kas daerah.

Berkaitan dengan pemotongan jasa pelayanan Jampersal, Wakil Menteri Kesehatan, Ali Ghuffron mengatakan bahwa target MDGs pada tahun 2015 nanti, AKI menjadi 102 per 100 ribu kelahiran hidup. Tingginya kematian ibu di Indonesia, mayoritas disebabkan rendahnya pertolongan persalinan yang dilakukan tenaga medis. Oleh sebab itu, diharapkan daerah bisa mendukung program Jampersal dengan tidak mengeluarkan Peraturan Daerah (Perda) yang mencantumkan pembayaran layanan Jampersal masuk sebagai Pendapatan Asli Daerah (PAD). “Berharap agar Kementerian Dalam Negeri dapat segera membenahi perda-perda yang menghambat jalannya program Jampersal,” kata Ghuftron. (Vien Dimiyati. Jurnas.com. 16/5 2012).

Dari berbagai pernyataan ini tampaknya ada pertentangan antara pemerintah pusat dan daerah yang menyangkut dana insentif jasa pelayanan. Pemerintah pusat melalui Wakil Menteri Kesehatan menghendaki agar dana insentif tersebut diberikan kepada tenaga medis/paramedis sesuai dengan ketentuan dalam petunjuk teknis Pelaksanaan Jampersal. Bukan disalurkan untuk pemerintah daerah.

5.4 Implementasi Jampersal di UPTD Puskesmas Kecamatan Cikijing

Berdasarkan Laporan Evaluasi Tahunan Puskesmas Cikijing tahun 2012, bahwa visi Puskesmas Cikijing sesuai dengan visi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, yakni “Tercapainya Masyarakat Jawa Barat yang Mandiri untuk Hidup Sehat” dan visi Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka, yaitu “Terwujudnya masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat menuju kabupaten Majalengka Religius, Maju dan Sejahtera. Dari pengamatan langsung ke Puskesmas Cikijing terpampang pada dinding, Visi Puskesmas Cikijing yakni “Cikijing Sehat Menuju Indonesia Sehat” dengan Misi : 1. Menggerakkan pembangunan Kecamatan Cikijing, 2. Mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga 3. Memelihara dan meningkatkan mutu pelayanan, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan bagi masyarakat Kecamatan Cikijing. 4. Memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka, Puskesmas Cikijing berupaya mendukung pemerintah dalam memberikan pelayanan kesehatan dan penyelenggaraan manajemen puskesmas.

Gambar 5.4.1
Puskesmas Cikijing



Salah satu upaya dalam mendukung visinya, Puskesmas Cikijing melaksanakan program kesehatan antara lain dalam bentuk **Promosi Kesehatan yang bertujuan melakukan pemberdayaan masyarakat** melalui upaya promotif/penyuluhan kesehatan baik individu kelompok maupun masyarakat. Bentuk kegiatan yang dilakukan adalah : 1. Penyebarluasan informasi kesehatan melalui berbagai media, misalnya penyuluhan kesehatan. 2. Pembentukan Desa Siaga. 3. Penyuluhan PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat). 4. Mendukung UKBM (Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat).

5.5 Tiga Terlambat dan Empat Terlalu

Berdasarkan data kesehatan Desa Sukasari yang diambil dari Profil Desa dan Kelurahan di Kecamatan Cikijing tahun 2011, kesehatan masyarakat antara lain dilihat berdasarkan kategori: Kualitas ibu hamil, kualitas bayi dan kualitas persalinan. Jumlah ibu hamil : 71 orang, dari jumlah tersebut, melakukan pemeriksaan di : Posyandu 49 orang, Puskesmas 9 orang, dokter praktek 3. (Sisanya tidak ada keterangan, apakah memeriksakan kehamilan atau tidak). Jumlah ibu melahirkan sebanyak 78 orang. Pertolongan persalinan : ditolong dokter 2 tindakan, ditolong bidan 63 tindakan dan ditolong perawat 5 tindakan, (sisanya tidak ada keterangan mengenai siapa yang menolong persalinan).

Berdasarkan data di Puskesmas Kecamatan Cikijing tahun 2011, jumlah kematian ibu sebanyak 6 kasus, yakni di Desa Bagjasari, Desa Sindang Panji, Desa Sukamukti, Desa Kasturi, Desa Cipulus dan Desa Sukasari. Masing-masing desa terdapat 1 kasus kematian.

Tahun 2012, kematian ibu di Kecamatan Cikijing, terdapat 4 kasus : Desa Cidulang, Desa Cikijing, Desa Banjaransari dan Desa Sukasari. Masing-masing 1 kasus kematian ibu. Tahun 2013, terdapat 1 kasus kematian ibu di Desa Sukasari. Penuturan **Dokter Puskesmas** :

Jumlah ibu bersalin disini banyak. Setelah adanya Jampersal semakin banyak lagi. Tingkat kesadaran penduduk untuk memeriksakan kehamilannya di tenaga kesehatan cukup tinggi. Jumlah kelahiran di Puskesmas Cikijing dengan jumlah 317 pada tahun 2012 merupakan yang tertinggi di Kabupaten Majalengka. Bahkan disini, dusun terpencil, seperti di Ciinjuk, Desa Cipulus memiliki tingkat kesadaran yang tinggi untuk melakukan persalinan di Puskesmas. Justru desa yang dekat puskesmas masih senang melahirkan dengan bantuan paraji.

Mengenai kematian ibu, semuanya meninggal di rumah sakit karena **terlambat mendapat pertolongan**. Ketika terjadi komplikasi pasien segera dirujuk ke rumah sakit. Beberapa kasus, pasien diantar paraji ke puskesmas setelah terjadi pendarahan. **Dokter Puskesmas** :

Pasien datang kesini dengan pendarahan hebat, ketika paraji ditanya “..mak kunaon, ini kumaha.. pendarahan banyak.. paraji cuma bilang te naon-naon.. ah ga apa-apa..”. Paraji yang membantu persalinan terkadang tidak merasa bersalah, padahal resiko pendarahan dapat menyebabkan kematian ibu.

Menurut dokter puskesmas selanjutnya, kalau bidan dan dokter ada ikatan hukum sedangkan paraji tidak pernah mendapat sanksi atau teguran. Sehingga terjadi 6 kasus kematian ibu, th 2011 dan 4 kasus tahun 2012. Tetapi semuanya meninggal di rumah sakit setelah dirujuk dari Puskesmas. Cikijing termasuk penyumbang AKI tertinggi, sehingga Puskesmas Cikijing termasuk puskesmas binaan.

Mengenai peristiwa kematian ibu saat persalinan, **Tokoh Masyarakat** Cikijing menuturkan sebagai berikut:

Saya sempat menyaksikan peristiwa kematian ibu. Sebagai Ketua Forum Masyarakat Desa, saya diminta menemani pasien rujukan ke rumah

*sakit. Pulang dari rumah sakit, saya membawa 2 jenazah, yakni Ibu dan bayinya. Rumah sakit terlambat menanganinya. Kalau dari Cikijing lebih dekat ke Rumah sakit di Kuningan, sehingga pasien dibawa ke RS swasta di Kuningan (yang terdekat). Di Rumah Sakit swasta ada sekat-sekat pembiayaan, ada porsinya. Maksimal menanganinya 5 atau 10 ibu. Kalau rumah sakit umum, tidak ada. Jadi awalnya yang dilihat dananya dulu (porosi). Kejadiannya 6 bulan yang lalu, pasien dirujuk dengan surat rujukan bidan. **Tiba di rumah sakit, tidak cepat** ditangani, bahkan sampai 3 jam baru mendapat penanganan. Pasien didiamkan saja di ruangan. Keluarga tidak diberitahu. Setelah lama menunggu baru diberitahu bahwa pasien harus dioperasi. Terlambat penanganan, akhirnya ibu dan bayinya meninggal.*

Minimnya tenaga medis, terutama dokter kandungan, sering dikeluhkan oleh Warga Cikijing. Sehingga bila terjadi emergensi yang mengharuskan dokter mengoperasi ibu hamil, dokter kandungan tidak ada di tempat. Disamping itu letak geografis wilayah Cikijing jauh dari pusat Kota Majalengka, sehingga pasien gawat darurat lebih sering dirujuk ke wilayah Kuningan atau Cirebon. Ada kendala sistem rujukan dan komunikasi, ketika pihak puskesmas menghubungi RS, kurang ditanggapi oleh rumah sakit setempat, sehingga pasien terlambat tertangani.

Berikut ini penuturan pimpinan **IBI Majalengka** mengenai **Program Jampersal dan minimnya tenaga medis** khususnya spesialis kebidanan di Majalengka:

***Program Jampersal diluncurkan tidak diikuti dengan persiapan tenaga dan prasarannya.** Khususnya di Majalengka, ada kasus dimana pasien tiba di rumah sakit lalu ditolak. Yang enak dalam hal ini adalah bupati, tinggal meluncurkan program gratis..gratis..sehat..sehat. Seharusnya rumah sakit, kelas 3-nya dibangun dahulu, lalu ditambah SPOGnya (dokter kebidanan). “Disini kan cuma 1 orang untuk seabreg-abreg, masa dia harus kerja 24 jam?”. Saya selaku organisasi profesi, sudah mengusulkan, tidak saja ke Dinas Kesehatan, tetapi juga ke bupati dan bahkan ke gubernur. Karena bidan juga repot harus mendampingi pasien sampai ke rumah sakit rujukan. Sampai di Cirebon dimarahi oleh dokter disana, katanya “Majalengka mah biasa.. ga ada dokternya”.*

Kurang merata distribusi tenaga kesehatan. Di RSU Majalengka hanya memiliki 1 orang SPOG dan seorang lagi di RSU Cideres, jadi hanya ada 2 SPOG di Kabupaten Majalengka. Yang satu orang sudah pensiun, tapi karena tenaganya masih dibutuhkan, jadi diperpanjang masa kerjanya. Di Majalengka juga tidak ada dokter anestesi dan dokter jantung. Dokter anak

dan dokter penyakit dalam, masing-masing 1 orang. Menurut Ketua IBI Majalengka, hal ini menyebabkan angka kematian ibu paling banyak. Banyak yang tidak mengerti bahwa disini kekurangan tenaga medis.

Pendapat petugas **Dinas Kesehatan Provinsi Jawa barat:**

*Dokter kandungan di Majalengka hanya 2 orang, karena ada beberapa yang pensiun. RS Umum Daerah ada 2, di Majalengka dan Cideres. RSUD daerah lain terkonsentrasi ke daerah perbatasan, ke Cirebon atau ke Kuningan Majalengka terkonsentrasi oleh orang-orang (kota) Majalengka saja. Sedangkan. Pasien meninggal di RS kalau rujukannya terlambat, sehingga tidak tertolong. Kalau ibu hamil resiko tinggi, perencanaan persalinan harus baik. Dan ada persiapan perencanaan komplikasi. Saat persalinan harus langsung ke RS. Kalau rujukan gawat darurat, si ibu kondisinya baik-baik saja ketika hamil.. begitu proses persalinan, terjadi kegawatdaruratan. Petugas harus cepat mendeteksi dan menolong sesuai penanganan kegawatdaruratan di tingkat pelayanan dasar dan harus dirujuk tepat waktu dan tepat tempat. Masalahnya, **tenaga medis terbatas, lalu emergensi penuh**. Sampai pasien ngomong “yang penting ditolong meski dilorong”.*

Disamping adanya keterbatasan tenaga medis, faktor geografis yang menyangkut jarak tempuh, juga menjadi alasan mengapa penduduk di Wilayah Cikijing lebih memilih rumah sakit di wilayah Kabupaten Kuningan. Penduduk yang tinggal di perbatasan wilayah Kabupaten Majalengka, cenderung memilih untuk memeriksakan kesehatan dan mendapatkan layanan kesehatan di kota atau wilayah yang terdekat dengan tempat tinggalnya.

Mengenai kematian ibu pada saat persalinan, **Ibu Pamong** (Isteri Kepala Desa) mengatakan:

Kasus kematian awal tahun 2013 ada 1 orang. Disebabkan karena anak dalam kandungannya nyungsang, tapi si ibu ga mau melahirkan di rumah sakit. Bidan dipanggil, oleh bidan tetap disarankan ke rumah sakit.. dia ga mau ke rumah sakit, maunya melahirkan di rumah. Pas dibawa udah terlambat. Dia memang dari awal tidak mau persalinan di RS (Puskesmas). Kesalahannya, karena dari awal sudah ketahuan hamil resiko tinggi. Tetapi dia merasa, cukup panggil bidan, dipikirkannya selamat.. tapi bayinya ga bisa keluar-keluar.. Terlambat mengambil keputusan akhirnya meninggal dunia..

Kasus dimana ibu hamil beresiko tinggi yang memiliki indikasi rujuk sering dianggap *sepele* (bukan hal yang penting). Termasuk oleh para ibu hamil. Bidan sampai harus “menjemput bola”, bidannya ke rumah dan

senantiasa mengawasi para ibu resiko tinggi. Penyebabnya adalah Tiga Terlambat dan Empat Terlalu (lihat Pola Kematian hal 50). Keterlambatan untuk dibawa ke rumah sakit berkaitan dengan kesepakatan keluarga ibu hamil, yang terlambat mengambil keputusan dalam merujuk ke rumah sakit. Juga adanya kepercayaan para ibu terhadap paraji, sehingga ketika komplikasi, keadaan ibu sering telambat penanganan. Terlambat mencapai fasilitas kesehatan berkaitan dengan transportasi (tidak adanya ambulans desa) dan jarak tempuh dari rumah ke fasilitas kesehatan (jauh dari rumah sakit), sedangkan terlambat dalam penangan, berkaitan dengan sumber daya manusia dan kesiapan pendukung lainnya misalnya donor darah dan sebagainya.

Empat Terlalu adalah keadaan dimana para ibu hamil terlalu muda untuk punya anak, terlalu banyak melahirkan anak dan terlalu rapat jarak melahirkan anak serta terlalu tua untuk mempunyai anak. Keadaan ini membuat ibu hamil beresiko tinggi . Berdasarkan data Puskesmas Cikijing tahun 2012, masih banyak ibu hamil resiko tinggi, yakni 160 ibu. Dari jumlah ini, sebanyak 59 ibu hamil ini mendapat binaan dari Puskesmas (kunjungan dari team Puskesmas). Ibu hamil resiko tinggi berkaitan dengan adanya norma dan nilai dalam masyarakat. (Pembahasan mengenai hal ini dapat dilihat pada halaman 122).

5.6 Peran Bidan dalam Implementasi Program Jampersal

Program Jampersal dilaksanakan secara berjenjang, dan berstruktur. Pemerintah berkewajiban untuk memenuhi hak para ibu dalam mendapatkan layanan kesehatan. Implementasi Program Jampersal berkaitan dengan sumberdaya yang pengorganisasiannya diatur oleh pemerintah, dari pusat hingga daerah. Ada 3 aktor yang sangat berperan dalam mendukung keberhasilan program Jampersal ini, yakni : (1). Bidan Puskesmas (2). Bidan Praktek Mandiri (3) Bidan Desa. Adanya birokrasi yang menghambat peran ketiga aktor tersebut, dapat mempengaruhi hak sosial para ibu hamil dalam mendapatkan layanan kesehatan dan persalinan .

5.6.1. Peran Bidan Puskesmas

Bidan merupakan ujung tombak keberhasilan Program Jampersal. Pertolongan dan kesiapsiagaan bidan dalam memberi layanan kesehatan ibu hamil dan membantu proses persalinan sangat mendukung upaya penurunan angka kematian ibu. Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan RI membuat kebijakan berupa insentif untuk bidan dalam rangka akselerasi pencapaian tujuan MDGs, yakni mengurangi angka kematian ibu. Namun dalam pelaksanaannya ada ketidaksesuaian pendapatan insentif yang seharusnya menjadi hak bidan untuk mendapatkan uang jasa pelayanan. Ketidaksesuaian ini adalah pemotongan uang jasa pelayanan. Pemotongan ini dilakukan oleh Dinas Kesehatan yang digunakan untuk pemasukan kas daerah. Pemotongan juga dilakukan Puskesmas, untuk mendapatkan pemasukan.

Dikatakan oleh pimpinan **IBI Majalengka**:

“Kalau yang bertugas di Puskesmas Poned⁷, bidan harus ikut ketentuan sesuai dengan Jampersal yang dikeluarkan melalui Peraturan Bupati, namun perolehannya bervariasi, tergantung Kepala Puskesmas. “Kalau dulu mah cuma dapat 80ribu untuk (klaim) persalinan. Yang diberikannya hanya 40% (dari tarif jasa pelayanan, yang waktu itu 350 ribu). Kini jumlahnya sudah naik, tapi pemotongan ya tetap ada.. ditambah dipotong lagi oleh Kepala Puskesmas.. Disini mah biasa dipotong..dipotong.. kasihan bidannya, padahal kerjanya ga itungan waktu.”

Mengenai pemotongan jasa insentif, hal ini juga dikemukakan oleh bidan puskesmas, menurutnya tidak ada transparansi mengenai berapa sebenarnya yang diperoleh bila membantu persalinan. Sedangkan menurut petugas Dinas Kesehatan, pemotongan itu berdasarkan ketentuan Kemendagri, bahwa ada dana insentif bidan yang masuk ke kas daerah. Pendapat **Bidan Puskesmas** yang bertugas di wilayah Kabupaten Majalengka:

“Secara resmi 375ribu, per-pasien setelah dipotong 25%. Tapi disini terkadang bidan cuma dapat 80.000. Kita ga pernah dapat transparansi. Kan banyak sekali persalinan. Setahun aja ada 100 pasien lebih. Baru dicairkan 6 bulan, sekaligus. Dari Dinkes dipotong, puskesmas dipotong. Padahal kita sering kerja tengah malam.. waktu

⁷ Poned (Pusat Obsteri Neonatal Emergensi Dasar) adalah Puskesmas dengan kelengkapan fasilitas untuk persalinan.

ditanya, sebenarnya dapatnya berapa? Kepala Puskesmas bilang gini “Udah ga perlu tahu, pokoknya segini terima aja..”

Pendapat pegawai **Dinas Kesehatan Kabupaten** mengenai pemotongan *fee* bidan :

“Ada uang jasa yang masuk, jadi ada bias dalam melakukan pelayanan. Ribut-ributnya nilai nominalnya yang didapat.. koq cuma segini..? Masuknya ke kas daerah. Aturan Kemenkes dan Kemendagri ada tumpang tindih. Kalau pelayanan kesehatan.. masuknya ke kas daerah. Bupati ga salah, semua ada peraturannya. Kaitannya dengan Kemendagri adalah kas daerah. Kita ga semena-mena memberikan uang.. ke Mendagri.. bicara kas daerah. Tatanan dibawah, bidan hanya dapat sekian.. Bupati bilang, “kan situ PNS, sebagai PNS kan sudah dibayar”. Padahal bidan seperti from zero to hero, kalau ibu dan bayi selamat, seperti pahlawan, tapi kalau ada yang meninggal, menjadi from hero to zero”.

Bupati mengatakan bahwa sebagai PNS, bidan tidak perlu lagi mendapat insentif, karena sudah dibayar pemerintah. Pandangan Bupati mengenai insentif bidan ini kurang sesuai dengan tujuan pembuat kebijakan Jampersal, yakni sebagai akselerasi percepatan target MDGs dalam menurunkan angka kematian ibu. Seperti yang disampaikan oleh Petugas Dinas Kesehatan Kabupaten, bahwa bidan seperti pahlawan, *from Zero to Hero* bila berhasil menyelamatkan ibu dan bayi saat persalinan, dan sebaliknya bila tidak berhasil. Hal ini menunjukkan bahwa tugas bidan sebagai aktor utama penyelamat ibu saat persalinan. Tugas dan tanggungjawabnya sangat besar. Oleh karena itu kesejahteraan bidan sudah selayaknya harus diperhatikan. Kementerian Kesehatan sudah tepat bila bidan diberi insentif, namun dalam pelaksanaannya di pemerintahan daerah, harus sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan.

Berdasarkan ketentuan yang terdapat pada petunjuk teknis pelaksanaan Jampersal, pemotongan sebesar 25% dari insentif bidan puskesmas seharusnya menjadi pemasukan Puskesmas. Namun kenyataannya pemotongan insentif tersebut untuk pemerintah daerah, sehingga pimpinan Puskesmas harus memotong kembali insentif bidan, untuk mendapatkan pemasukan puskesmas.

Ada masalah yang berkaitan dengan birokrasi. Bahwa pemerintah daerah memiliki otoritas dalam membuat kebijakan yang menyangkut alokasi dana insentif jasa pelayanan bagi tenaga medis dan paramedis (dalam penelitian ini adalah tenaga bidan). Ada kesepakatan antara Pemerintah Daerah dengan Kementerian Dalam Negeri, bahwa pemotongan tersebut, untuk kas daerah. Hal ini diutarakan oleh petugas Dinas Kesehatan Majalengka, bahwa kalau pelayanan kesehatan masuknya ke kas daerah, kaitannya adalah ke Kemendagri.

Bupati seharusnya turut membantu pencapaian target MDGs, dengan mengalokasikan pembiayaan yang memadai untuk kesehatan melalui APBD dan melakukan pengawalan pelaksanaan Jamkesmas dan Jampersal. Akselerasi pencapaian MDG selanjutnya menjadi prioritas pemerintah daerah, dengan melakukan fasilitasi penempatan tenaga strategis kesehatan di wilayah terpencil, tertinggal dan perbatasan. Kebijakan pemerintah daerah yang memotong uang insentif bidan puskesmas merupakan kebijakan yang kontra produktif dalam akselerasi pencapaian target MDGs 2015 yang berkaitan dengan penurunan angka kematian ibu.

5.6.2 Peran Bidan Praktek Mandiri (BPM)

Di Kabupaten Majalengka juga tersedia pelayanan persalinan Jampersal yang dilayani oleh Bidan Praktek Mandiri atau dikenal juga dengan nama Bidan Praktek Mandiri (BPM) yang mempunyai perjanjian kerjasama (MOU) dengan Dinas Kesehatan Kabupaten. Dari jumlah 485 jumlah BPM yang terdaftar, sebesar 36,97% atau sebanyak 189 BPM yang memiliki MOU untuk memberikan pelayanan Jampersal. Hasil pelayanan ini dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.6.2.1
Hasil Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin
Di BPM MOU kabupaten Majalengka Tahun 2012

No	Bulan	ANC	PNC	Persalinan Normal	Pra Rujukan	Rujukan	Tindakan Pasca Persalinan	IUD + Implant	Suntik	Total
1	Januari	1475	1647	349	38	34	15	9	195	3762
2	Februari	1058	1151	260	16	14	15	11	139	2664
3	Maret	1280	1332	293	28	25	17	8	142	3125
4	April	875	940	200	26	28	22	8	101	2200
5	Mei	1461	1639	366	24	25	42	9	222	3788
6	Juni	1600	1795	393	31	28	43	7	224	4121
7	Juli	1290	1485	306	32	24	26	15	188	3366
8	Agustus	1078	1312	288	14	21	35	3	175	2926
9	September	1029	1233	261	23	26	38	14	126	2750
10	Oktober	1424	1711	380	47	32	65	10	201	3870
11	November	1340	1388	321	37	41	54	10	98	3289
12	Desember	1219	962	316	27	27	68	4	15	2638
	Total	15129	16595	3733	343	325	440	108	1826	38499

Keterangan: ANC (Ante Natal Care), yakni pemeriksaan Kehamilan

PNC (Post Natal Care), yakni pelayanan nifas

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka

Berdasarkan data para ibu yang mendapatkan layanan kesehatan di BPS, jumlah keseluruhan sebanyak 38.499 kali. Baik yang melakukan persalinan normal, ANC, PNC, tindak pra rujukan, tindak pasca persalinan dan pelayanan KB. Untuk persalinan normal pada tahun 2012 yang menggunakan Jampersal sebanyak 3733.

Untuk tahun 2013, Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka tidak mengeluarkan kebijakan MOU (kerjasama) kepada Bidan Praktek Mandiri. Jadi, MOU yang masa berlakunya setahun sekali, tidak diperpanjang pada tahun 2013. Para ibu yang hendak mengikuti Program Jampersal di Bidan praktek mandiri, sudah tidak bisa lagi, sehingga harus di Puskesmas atau Rumah Sakit Umum Daerah.

Menurut salah satu petugas **Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat**, hal itu untuk mengoptimalkan cakupan pelayanan Jampersal, khususnya di Puskesmas PONEB. Beberapa Puskesmas, tidak terlalu banyak cakupannya, padahal sarana dan fasilitas layanan kesehatan sudah disediakan.

Ada beberapan bidan praktek mandiri yang menanyakan hal ini ke kami. Kemungkinan yang terjadi di daerah adalah cakupan layanan untuk Jampersal lebih banyak tertarik ke bidan praktek daripada Puseksmas, kan sayang kalau Puskesmas Poned sudah dibangun, tapi cakupannya sedikit. Sehingga untuk beberapa daerah, bidan praktek mandiri tidak lagi diperpanjang kerja samanya dengan Dinas Kesehatan setempat untuk Jampersal.

Adanya “persaingan” antara Bidan Praktek Mandiri (BPM) dengan Puskesmas terjadi, ketika para ibu lebih menyukai melahirkan dengan bantuan bidan di tempat bidan praktek dibandingkan persalinan di Puskesmas. Bila sama-sama gratis, maka tempat praktek bidan lebih dipilih, karena membuat para ibu lebih merasa nyaman, ruangnya lebih tersendiri, tidak seperti di Puskesmas dengan layanan kesehatan dasar (kelas 3), disamping itu para ibu biasanya sudah mengenal bidan sebelumnya.

Berikut penuturan **Bidan Praktik Mandiri**, yang juga **Pengurus IBI** Majalengka:

*Kalau ibu-ibu disuruh pilih mau melahirkan dimana, ya tentunya dia pilih disini (BPM), saya tuh udah dari tahun 80an jadi bidan. Saya udah pensiun jadi bidan Puskesmas, sekarang saya di rumah aja, buka praktek dan sebagai pengurus IBI membina bidan-bidan muda. Menjadi bidan tuh harus mau dibangunin kapan apa, meski lagi tidur lelap. Dulu, suami saya yang antar saya sampai ke pelosok-pelosok, naik motor, mana jalannya terjal, belum diaspal. Dengan kondisi saya juga lagi hamil waktu itu. Kini pemerintah mengeluarkan Program Jampersal kurang lebih 2 tahun lalu, banyak bidan yang turut menandatangani kerja sama dengan Dinkes, tapi kalau saya sih gak ikut (kerja sama).. saya tuh udah capek sebenarnya. Tapi menurut bidan-bidan yang ikut kerjasama, Jampersal itu berjalan dengan baik, **banyak ibu hamil yang memilih melahirkan di bidan praktek mandiri, karena kan sifatnya lebih kekeluargaan, kamarnya juga ga rame-rame. Cuma awalnya mereka (bidan) bingung ngisi-ngisinya.. (formulir pengajuan klaim dan pengurusan administrasi lainnya). Untuk dana yang diklaim sih katanya sesuai.. cuma emang perlu proses, waktunya sekitar 1-2 bulanan lah kira-kira..***

Berkaitan dengan dana Jampersal, bila Bidan Praktek Mandiri bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten, maka dalam hal pengajuan klaim, bidan praktek mengajukan ke Dinas Kesehatan Majalengka. Dana ini sepenuhnya menjadi pendapatan bidan. Jumlahnya sesuai dengan Tarif Jampersal. Bidan mendapatkan tarif penuh tanpa pemotongan dari Dinas

Kesehatan. Hal ini juga disetujui oleh para bidan praktek, bahwa mereka menerima sesuai dengan jumlah klaim. Dengan tidak diperpanjang lagi kontrak perjanjian kerjasama, maka pilihan ibu untuk persalinan dengan memanfaatkan Program Jampersal hanya di Puskesmas Poned atau Rumah Sakit yang bekerja sama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten.

Masa berlaku perjanjian kerjasama BPM dengan Dinas Kesehatan berlangsung selama satu tahun, sehingga kontrak perjanjiannya harus diperpanjang setiap awal tahun. Namun untuk tahun 2013, perjanjian kerjasama tersebut tidak diperpanjang lagi. Menurut petugas dinas kesehatan, hal ini untuk memaksimalkan cakupan layanan di Puskesmas Poned.

Berdasarkan ketentuan dalam petunjuk teknis pelayanan Jampersal, bahwa pelayanan Jampersal dilaksanakan secara terstruktur berjenjang berdasarkan rujukan dan prinsip portabilitas yang tidak mengenal batas wilayah. Tujuan ini tentunya menghendaki agar akses para ibu untuk mendapatkan layanan Jampersal lebih mudah, sehingga ibu dapat melakukan persalinan di fasilitas kesehatan dan dilakukan oleh tenaga kesehatan.

Dengan tidak diperpanjang lagi kerjasama dengan bidan praktek mandiri, maka pilihan ibu untuk melakukan persalinan di fasilitas kesehatan dengan tenaga kesehatan semakin berkurang pilihannya. Bila sebelumnya dapat memilih melahirkan di rumah bidan praktek, kini hanya di Puskesmas (yang memiliki fasilitas bersalin). Hal ini mengurangi hak sosial para ibu untuk mendapatkan layanan kesehatan dan persalinan sesuai dengan pilihan yang ada berdasarkan ketentuan kebijakan pemerintah.

Ada “persaingan” antara Puskesmas dengan BPM. Bahwa para ibu cenderung lebih senang melahirkan di BPM dari pada di Puskesmas. Menurut pengurus IBI, hal ini karena pelayanan di tempat praktek bidan lebih bersifat kekeluargaan, karena bidan tinggal disekitar lokasi ibu hamil, sehingga lebih dikenal. Dan proses persalinan dilakukan di rumah bidan jadi lebih terasa nyaman bagi ibu hamil. Namun “persaingan” antara BPM dengan Puskesmas itu tentunya tidak harus menghentikan perjanjian kerjasama sepihak, oleh dinas kesehatan.

Bila insentif jasa pelayanan bidan puskesmas mendapatkan pemotongan dari Dinas Kesehatan dan Puskesmas, maka untuk BPM para bidan mendapatkan dana insentif yang utuh. Bidan bekerja sendiri ditempat prakteknya, tidak bekerja di Puskesmas, sehingga tidak harus mendapat pemotongan. Hal ini sesuai dengan ketentuan yang ada pada petunjuk teknis pelaksanaan Jampersal. Kenyataan ini dapat saja menyebabkan pemasukan untuk kas daerah berkurang.

Peran BPM tidak saja berkaitan dengan kesediaannya bekerja sama dengan Dinas Kesehatan, tetapi juga adanya kerelaannya membantu persalinan ibu, ketika perjanjian tidak dilanjutkan pada tahun 2013. Tidak diperpanjang perjanjian kerjasama ini menyebabkan para bidan harus mengikhlaskan biaya persalinan, bila pasien tidak mampu :

*Kalau saya menyangkan bila kebijakan tersebut dihapus, tujuannya kan menekan angka kematian ibu. Jadi seharusnya para ibu hamil lebih punya pilihan melahirkan di fasilitas kesehatan, seperti di BPM. Apalagi bidan disini kan sudah dikenal di lingkungannya. Nah, yang jadi masalah, kontrak perjanjian sudah tidak diperpanjang lagi, para bidan masih tetap menerima para ibu melahirkan (melalui Program Jampersal). **Kan ga bisa tiba-tiba ibu mau melahirkan dengan membawa KTP dan KK (persyaratan ikut Jampersal), mereka tahunya bidan masih ikut Jampersal..** masa bidan harus nolak pasien dengan mengatakan, "bu sekarang harus bayar ya, kan sekarang saya udah gak kerja sama lagi dengan Jampersal.." Ya udah bidannya mah tinggal gimana pasiennya aja.. **kalau mampu yang dikenakan bayaran.. kalau ga mampu ya tetap harus dibantu..** meski udah ga bisa klaim lagi ke Dinkes".*

Persoalan ketidakberlanjutan perjanjian kerjasama, bukan hanya masalah cakupan persalinan di Puskesmas semata, melainkan bidan praktek yang sudah siap sedia membantu persalinan melalui Jampersal, harus menanggung biaya pasien yang tidak mampu, karena ketidakinginannya menolak pasien.

Berdasarkan kenyataan ini, ada mekanisme pasar dimana pilihan ibu lebih suka di BPM dan ada "paksaan" dari pemerintah daerah untuk menghentikan perjanjian kerja sama, terkait dengan cakupan layanan di Puskesmas. Kapital sosial dimiliki oleh para bidan praktek mandiri yang mau bekerja sama dengan dinas kesehatan dalam mendukung program jaminan persalinan. Hal ini memberi kemudahan bagi para ibu untuk mengakses

layanan Jampersal, namun pemerintah daerah mengabaikan potensi yang ada pada BPM, terlihat dari cakupan layanannya. Dari 189 BPM melayani 38499 ibu hamil dengan diantaranya 3733 membantu proses persalinan. Tentunya hal ini turut mendukung keberhasilan Program Jampersal.

5.6.3 Peran Bidan Desa

Program Jampersal membutuhkan peran bidan desa dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi ibu hamil hingga ke pelosok desa. Kegiatannya ini berhadapan dengan paraji yang sudah dipercaya secara turun temurun oleh masyarakat desa. Oleh karena itu, peran bidan desa sangat besar dalam melakukan pendekatan kepada paraji

Bidan Desa menjalankan tugasnya sebagai Pegawai Tidak Tetap di Puskesmas. Tinggal di Desa Sukasari, dan melayani kegiatan pemeriksaan ibu hamil di rumahnya sebagai petugas kesehatan Poskesdes, juga menjalankan tugas untuk kegiatan Posyandu dari dusun ke dusun dengan mengendarai sepeda motor yang dikemudikannya sendiri. Selayaknya untuk daerah yang demikian luas tersebut, diperlukan 3 atau 4 orang bidan desa. Bidan desa seorang diri harus memberi layanan kesehatan di wilayah desa yang luas. Terdiri 5 dusun, yakni Dusun Raksabumi, Parentah, Sarimanik, Sukapancar dan Malongpong. Dengan total luas 211,36 ha, berada pada dataran tinggi yang sebagian besar meliputi persawahan, dan perkebunan. Jumlah penduduk: 1453 Kepala Keluarga (KK), dengan 508 KK kategori miskin.

Bidan menempati rumahnya bersama suaminya dan seorang anak usia 1 tahun, serta kerabatnya yang membantu untuk mengasuh anak, ketika sedang bertugas. Diluar kegiatan Posyandu, bidan juga harus piket sesuai jadwal di Puskesmas. Kegiatan Posyandu merupakan bagian dari Program Promosi Kesehatan Puskesmas Cikijing yang dilaksanakan diluar Gedung Puskesmas.

Bidan Desa melaksanakan tugasnya sebagai bidan di rumah yang ditempatinya. Bidan hanya menerima pemeriksaan kehamilan. Bila ada ibu yang hendak bersalin, disarankan untuk langsung ke Puskesmas. Biasanya Bidan Desa akan mendampingi. Untuk pemeriksaan kehamilan, bidan desa

lebih memfokuskan ke Posyandu yang memiliki empat blok di Desa Sukasari. Seminggu sekali Bidan Desa menjalankan tugasnya untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi ibu hamil dan ibu yang memiliki bayi atau balita. Masing-masing blok Posyandu mengadakan kegiatan pemeriksaan sebulan sekali.

Dalam kunjungan ke Blok Sarimanik, Desa Sukasari Kecamatan Cikijing dapat dilihat bahwa kegiatan Posyandu terselenggara dengan baik, yang tidak hanya memberikan pelayanan kepada ibu balita, tetapi juga ibu hamil untuk pemeriksaan kandungan. Blok Sarimanik terletak di dataran tinggi dengan jalan aspal menanjak terjal yang sebagian jalannya rusak. Lokasi penyelenggaraan terletak di Bale Kampung, yang disaksikan oleh Lurah Sarimanik. Menurut Lurah, sebagian besar penduduk Sarimanik berprofesi sebagai petani penggarap. Hanya sebagian kecil bekerja di kota sebagai pedagang dan berjualan. Pemberitahuan kegiatan posyandu yang terselenggara sebulan sekali ini, dilakukan melalui pengeras suara yang terdapat di masjid, tidak jauh dari Bale Kampung.

Gambar 5.6.3.1. Bidan Desa



Sumber: Dokumen Peneliti, 13 April 2013

Salah satu faktor yang sangat mempengaruhi terjadinya kematian ibu maupun bayi adalah faktor pelayanan yang dipengaruhi oleh kemampuan dan kecakapan tenaga kesehatan sebagai penolong pertama saat persalinan.

Jampersal menekankan bahwa setiap persalinan hendaknya dibantu oleh tenaga terlatih. Dalam hal ini petugas medis, yakni bidan atau dokter.

Berikut ini ungkapan **Pengurus IBI Majalengka** :

Disatu sisi bidan dituntut profesional.. tapi di pihak lain kurang berimbang.. take and give-nya.. Banyak bidan-bidan baru yang kinerjanya masih kurang baik. Sekolah bidan kan banyak. SDM sangat penting. Ada bidan yang nilainya pas-pasan. Asal aja direkrut. Saya pengurus IBI merasa prihatin, banyak STIKES (Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan) yang tidak memikirkan kualitas SDM. Kalau kurang baik, bagaimana kerjanya baik? karena langsung kerja ke masyarakat. Kita harus membinaa.. terus. Sampai dimana pembinaannya? ada yang sudah dibina tapi tidak bisa. IBI mengadakan pembinaan baik teori maupun praktek. Ada yang nilainya 80, ada juga yang 30. Bagaiman mau kerja baik, kalau kualitasnya tidak baik. Dahulu untuk menjadi bidan, harus sekolah keperawatan, baru kebidanan. Sekarang lulus SMA bisa langsung ke STIKES. Jadi bidan yang lulus STIKES usianya masih duapuluhan. Lalu mereka ditempatkan dipelosok desa, terkadang dia belum punya rasa percaya diri menghadapi masyarakat. Jelas aja para ibu maunya dengan paraji. Udah dikenal dan merasa udah percaya.

Adanya penurunan kualitas bidan saat ini karena bidan tidak lagi memperoleh pendidikan formal dalam bidang keperawatan terlebih dahulu. Melainkan langsung dari SMA dapat mengikuti sekolah kebidanan sehingga lulusan bidan berusia muda dan kurang memiliki bekal ilmu yang mencukupi. Oleh karena itu Ikatan Bidan Indonesia memberikan pembinaan kepada bidan-bidan yang baru lulus. Hal ini untuk meningkatkan kompetensi bidan.

Penuturan Bidan Desa :

Saya sudah bertugas disini lebih dari 2 tahun, usia 24 tahun. Sebagai bidan PTT (Pegawai Tidak Tetap) yang ditempatkan oleh Puskesmas. Sebelumnya saya magang di rumah seorang bidan yang buka praktek mandiri. Naluri membantu persalinan sudah ada dalam diri saya, karena nenek saya dahulunya paraji. Kerja sama dengan paraji dalam membantu persalinan cukup bermanfaat. Paraji dapat menenangkan ibu. Tapi yang repot ada paraji yang tidak mau kerja sama dengan bidan. Dia yang harus menolong persalinan, kita ga boleh campur tangan. Padahal, bila masih ada yang melahirkan dengan paraji, saya yang ditegur Puskesmas. Ini kenapa koq daerah sini masih banyak yang melahirkan dengan paraji?

Melihat bidan desa yang ditempatkan di Desa Sukasari, tampaknya punya kecakapan dan pengalaman dalam membantu persalinan. Ketika berada di posyandu, bidan desa nampak bisa menyatu dengan para ibu dan tidak tampak dalam dirinya rasa keraguan atau canggung. Memberi pengarahan bagi para ibu dan menyuntik bayi dilakukannya dengan hati-hati dan cermat. Bahkan dengan tegas bidan menyarankan pada ibu hamil untuk melahirkan di puskesmas.

Status bidan di desa yang termasuk dalam bidan Pegawai Tidak Tetap (PTT), tidak sebanding dengan tugas yang diembannya sebagai bidan yang bertanggungjawab atas kesehatan ibu hamil dan bantuan persalinan bagi para ibu di desa. Sudah selayaknya status sebagai PTT diperhatikan. Berikut mengenai beratnya tugas yang diemban oleh bidan desa. Penuturan **Bidan Praktek Mandiri** Desa Sukasari mengenai **peran bidan desa:**

Saya sebelum buka praktek disini, terlebih dahulu menjadi bidan desa lalu sampai sekarang menjadi bidan Puskesmas. Benar-benar perjuangan menjadi bidan desa. Tidak ada kendaraan, dan harus berjalan kaki. Ke Sarimanik yang jalannya menanjak, juga ke Malongpong nun jauh disana, arah ke Ciamis. Hanya ada 3 bidan desa untuk 15 desa dalam satu kecamatan. Perjuangan benar dulu tuh, tahun 93. Saya bidan desa angkatan pertama disini. Sudah gitu tiap desa belum tentu ada Posyandu, jadi bawa kader Posyandu dari sini. Untung ibu-ibu Pamong (aparatur desa) bersedia bantu. Jadi lumayan untuk pencatatan dan nimbang bayi. Sekarang sudah ada bidan desa di setiap desa. Tapi satu desa pun untuk sendiri juga luas sekali wilayahnya. Mana masih muda-muda dan baru. Saya masih terus membina tiap ada bidan baru.

Faktor geografis wilayah yang jauh dan minimnya tenaga kesehatan mungkin menjadi salah satu alasan bagi para ibu untuk melahirkan dengan bantuan paraji. Tapi menurut bidan desa, bahwa masalah kendaraan dan jarak tempuh bukan merupakan suatu masalah yang utama. Tetapi kesadaran penduduk disini untuk melahirkan dengan bantuan tenaga kesehatan yang masih kurang.

Penuturan **Bidan Desa** mengenai **tingkat kesadaran ibu untuk melahirkan di fasilitas kesehatan:**

Disini mah kesadaran ibu-ibu masih rendah. Udah aja, kalo melahirkan tinggal panggil tukang ojek trus jemput paraji untuk ke rumah. Soal jarak yang jauh dengan Puskesmas sih ga soal, kalo kemana-mana sekarang gampang.. jalanan jauh tapi kan disini (Dusun Sukapancar) udah di aspal. Mak C (paraji) tuh terkenal, kalau ada yang melahirkan, meski tinggal di Dusun Sarimanik (yang jauh dari Sukapancar) tapi Mak C tetap dicari. Bahkan ibu-ibu yang di Sarimanik lebih banyak yang dengan Mak C daripada yang tinggal di Sukapancar.

Berdasarkan penturan bidan desa, masalah yang dihadapi olehnya, terutama dalam meningkatkan kesadaran para ibu hamil untuk melahirkan di fasilitas kesehatan ,antara lain Puskesmas dan ditolong oleh tenaga kesehatan.

5.7 Program Jampersal dan Pemenuhan Hak Sosial Para Ibu

Program Jaminan Persalinan merupakan instrumen pemerintahan, tidak saja dalam pengertian *government* yang menyangkut aparatur negara, melainkan pula *governance* yang menyentuh pengelolaan sumber daya publik. Kebijakan pada intinya merupakan keputusan-keputusan atau pilihan-pilihan tindakan yang secara langsung mengatur pengelolaan dan pendistribusian sumber daya, khususnya sumberdaya manusia demi kepentingan publik, yakni para ibu sebagai warga negara Indonesia.

Government yang dimaksud disini adalah aparatur negara mulai dari Kementerian Kesehatan RI, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka hingga ke Puskesmas yang berkaitan dengan Bantuan Operasional Kesehatan. Selanjutnya pelaksanaan Jampersal turun sampai ke Polindes, Bidan Desa atau Bidan Praktek Mandiri hingga akhirnya menyentuh kelompok sasaran yakni para ibu. *Governance* dalam hal ini adalah pengaturan pelaksanaan dan pendistribusian sumber daya yang melibatkan tenaga medis seperti dokter SPOG, dokter umum, bidan dan perawat serta tenaga non medis.

Minimnya tenaga medis menjadi salah satu kendala implementasi Program Jampersal. Penuturuan Ikatan Bidan Majalengka yang menyatakan bahwa jumlah tenaga medis, khususnya SPOG (Dokter Spesialis Kebidanan) hanya 2 orang di rumah sakit umum Majalengka, membuat para ibu hamil

yang membutuhkan penanganan tindak lanjut pada saat persalinan, terkendala oleh minimnya dokter spesialis kebidanan. Sehingga harus dirujuk ke rumah sakit di luar daerah, seperti Cirebon atau Kuningan. Petugas Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat mengatakan bahwa kekurangan tersebut karena ada beberapa dokter yang pensiun dan hingga kini belum ada penggantinya. Proses pengorganisasian Jampersal dalam pendistribusian tenaga medis, paramedis dan non medis terhambat minimnya sumberdaya yang disediakan oleh pemerintah, khususnya pemerintah daerah. Meski permohonan sudah diajukan oleh Ketua IBI Majalengka ke Dinas Kesehatan, Bupati dan Gubernur, namun hingga kini belum terealisasi. Hak sosial para ibu hamil untuk mendapatkan layanan kesehatan dan persalinan dapat terganggu karena minimnya tenaga medis. Bila hal ini tidak diperhatikan, maka dapat menghambat pencapaian target MDGs dalam menurunkan angka kematian ibu pada tahun 2015.

Menurut Blakemore dan Griggs 2007, ada kaitan antara kebijakan sosial dan disiplin ilmu. Dalam Sosiologi, penelitian kebijakan sosial adalah meneliti norma-norma, nilai-nilai dan penekanan sosial yang berpengaruh pada hubungan antara sistem kesejahteraan dan kelompok-kelompok yang berbeda. (h 5).

Norma adalah standar perilaku yang dibuat dan dipertahankan dalam suatu masyarakat. Untuk menjadi signifikan, norma harus ditaati dan dimengerti bersama. Nilai adalah konsepsi kolektif dari apa yang dianggap baik, diinginkan dan pantas atau buruk, tidak diinginkan, dan tidak pantas dalam suatu budaya. (Schaefer, Sosiologi, 2010, h 73). Penekanan sosial dapat terjadi ketika perilaku tidak sesuai dengan norma atau nilai. Berkaitan dengan Jampersal, sebagai kebijakan sosial maka norma dan nilai disini didasarkan pada MDGs bahwa salah satu tujuannya adalah meningkatkan kesehatan ibu hamil. Tingginya angka kematian ibu di Indonesia dianggap tidak sesuai dengan norma dan nilai yang berlaku secara umum (Internasional). Hal ini mendorong pemerintah untuk menurunkan AKI dari 228 per-100.00 kelahiran hidup menjadi 102 per-100.000 kelahiran hidup

pada tahun 2015. Adanya penekanan sosial untuk memenuhi target MDGs ini, membuat negara mengeluarkan Kebijakan Jampersal.

Adanya norma-norma, nilai-nilai dan penekanan sosial yang berpengaruh pada hubungan antara sistem kesejahteraan dan kelompok-kelompok yang terdapat dalam kebijakan Jaminan Persalinan. Sistem Pengorganisasian Jampersal meliputi institusi pemerintah, mulai dari Bupati, Dinas Kesehatan dan institusi pemberi layanan kesehatan, antara lain Puskesmas. Adanya perbedaan norma dan nilai yang dianut oleh birokrasi dapat mempengaruhi sistem kesejahteraan. Hal ini terjadi ketika berkaitan dengan pemotongan insentif jasa pelayanan bidan. Norma dan nilai bagi pembuat kebijakan adalah bahwa insentif jasa pelayanan dapat meningkatkan akselerasi pencapaian target MDGs, namun oleh pemerintah daerah dan Kementerian Dalam Negeri dianggap sebagai Pendapatan Asli Daerah. Penekanan sosial dapat terjadi bila ada penolakan oleh kelompok masyarakat seperti Ikatan Profesi Bidan terhadap pemotongan insentif tersebut.

Hal serupa terjadi pada Bidan Praktek Mandiri, dimana perjanjian kerja sama sudah tidak diperpanjang lagi pada tahun 2013. Perbedaan norma dan nilai terjadi ketika pemerintah daerah melalui Dinas Kesehatan memberi alasan bahwa hal tersebut untuk meningkatkan cakupan persalinan di Puskesmas. Namun dapat saja terjadi bahwa keputusan ini berkaitan dengan pemasukan kas daerah. BPM tidak mendapatkan pemotongan, karena bekerja di tempat prakteknya sendiri. Bila bidan Puskesmas, harus mendapat pemotongan untuk pemasukan Puskesmas. Maka apabila pilihan ibu lebih banyak ke BPM dari pada Puskesmas, tentu akan mengurangi pemasukan ke Puskesmas maupun ke kas daerah.

Ketidakberlanjutan kerjasama BPM dengan Dinas Kesehatan Kabupaten dapat mengurangi hak sosial ibu dalam mendapatkan pilihan layanan kesehatan dan persalinan di fasilitas kesehatan. BPM sudah tidak melakukan perjanjian kerjasama dengan dinas kesehatan, namun para bidan tetap melayani para ibu hamil tidak mampu yang datang untuk memeriksa kehamilan atau persalinan, meski sudah tidak lagi kerja sama dalam Program

Jampersal. Tujuan para bidan praktek mandiri dalam membantu ibu hamil (meski tidak dapat mengklaim lagi dananya ke Dinas Kesehatan), merupakan *agent of health* yang turut mendukung kesehatan ibu sebagai akselerasi pencapaian target MDGs.

Bidan Desa menghadapi kendala luasnya wilayah geografis desa. Desa Sukasari seluas 211,36 ha berada di dataran tinggi yang sebagian besar meliputi persawahan dan perkebunan, dengan 1453 KK, dan sebanyak 508 KK kategori miskin. Untuk luas wilayah tersebut dan banyaknya cakupan ibu yang harus dilayani, selayaknya harus ada 2 atau 3 bidan yang bertugas, agar para ibu dapat terlayani dengan baik. Bidan desa sebaiknya juga tinggal di Polindes (Pondok Bersalin Desa) atau Poskesdes (Pos Kesehatan Desa), agar memiliki otoritas atau keleluasaan untuk memberi pertolongan ibu saat persalinan. Saat ini bidan hanya memeriksa ibu hamil, sedangkan persalinan disarankan untuk dilakukan di fasilitas kesehatan, dalam hal ini Puskesmas.

BAB VI

KAPITAL SOSIAL

6.1 Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM)

UKBM sebagai wahana pemberdayaan masyarakat yang dibentuk atas dasar kebutuhan masyarakat. Dikelola oleh, dari, untuk dan bersama masyarakat dengan bimbingan Puskesmas. Bentuk UKBM diantaranya Posyandu dan Poskedes. Wujud peran serta masyarakat dapat dilihat dari peran aktif kader, tokoh masyarakat yang meliputi RT dan RW. Awal pendirian UKBM adalah pembentukan Desa Siaga, dimana kondisi masyarakat desa memiliki kemampuan dalam menemukan permasalahan yang ada, kemudian merencanakan dan melakukan pemecahannya sesuai potensi yang dimilikinya serta selalu siap siaga dalam menghadapi masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan. (Dinas Kesehatan Jawa Barat, 2010, Pedoman Desa Siaga Aktif).

Desa Sukasari dalam rangka pengembangan Desa Siaga, membentuk Forum Masyarakat Desa (FMD) yang diprakarsai oleh Kepala Desa melalui Surat Keputusan Kepala Desa Nomor : 141.1/02. SK. Kep. Des/2008. Dengan struktur organisasi susunan kepengurusan Kepala Desa sebagai Pelindung, dan dibawahnya adalah ketua, lalu wakil ketua, bendahara dan sekretaris. Memiliki 7 orang anggota. Pembina Teknis FMD adalah Bidan Desa, selaku Pembina Kesehatan Desa.

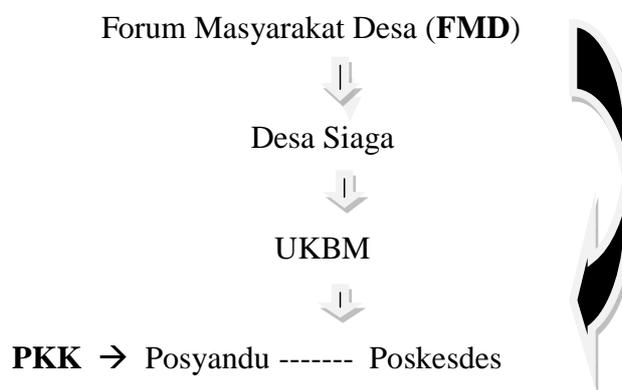
Dengan adanya pembentukan Desa Siaga, diharapkan penduduk desa dapat mengakses layanan kesehatan, dan turut aktif menembangkan UKBM yang ada, seperti Posyandu dan Poskedes. Disamping itu penduduk memiliki perilaku hidup bersih dan sehat. Bila komponen ini terpenuhi, maka Desa Siaga Sukasari merupakan Desa Siaga Aktif.

Desa Sukasari memiliki pemberdayaan masyarakat yang sudah lama terbentuk sebelum Desa Siaga didirikan tahun 2006, melalui kegiatan ibu-ibu PKK (Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga) dengan kegiatan utama Posyandu. PKK dikelola oleh para ibu aparat desa (Ibu Pamong) dengan

ketuanya, Ibu Kepala Desa. Sedangkan Poskesdes didirikan tahun 2006 pada saat akan diadakan perlombaan Desa Peradaban Provinsi Jawa Barat.

Berkaitan dengan Program Jaminan Persalinan, UKBM Posyandu yang dikelola oleh Tim Penggerak PKK dan Poskesdes yang diprakarsai oleh Forum Masyarakat Desa, merupakan kapital sosial dalam mendukung kesehatan ibu dan anak.

Gambar 6.1.1.1
UKBM Desa Sukasari



Keterangan Gambar:

Forum Masyarakat Desa (FMD) dibentuk berdasarkan Surat Keputusan Kepala Desa Nomor 141.1/02.SK. Kep Des/2008 dalam rangka pelaksanaan Desa Siaga. FMD merupakan salah satu indikator Desa Siaga dalam rangka pencapaian visi Majalengka Sehat, Jawa Barat Sehat.

FMD mempunyai tugas dan tanggung jawab memfasilitasi, memotivasi serta menggerakkan masyarakat salah satunya dalam mengembangkan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM). Salah satu bentuk upaya kesehatan adalah pembinaan kesehatan keluarga, khususnya kesehatan ibu dan anak. Adanya Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) dan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) merupakan bentuk dukungan masyarakat dalam menunjang pelaksanaan Program Jampersal. seperti Posyandu dan

Poskesdes. Pendirian Posyandu Desa Sukasari diprakarsai oleh Tim Penggerak PKK yang diketuai oleh Isteri Kepala Desa (Ibu Pamong). Sedangkan Poskesdes didirikan oleh FMD, diketuai oleh Tokoh Masyarakat Desa.

Desa Siaga berkaitan dengan adanya UKBM. Mengenai Desa Siaga, **tokoh masyarakat** Desa Sukasari mengatakan sebagai berikut:

Desa siaga disini termasuk kategori aktif. Ini program Dinkes. Tahun 2006 lagi semarak-maraknya Desa Siaga sehingga dimunculkan dan dilombakan antar desa. Saya pernah mewakili Desa Sukasari tingkat provinsi, dan berhasil meraih juara 2. Masalah desa siaga, secara kesiagaan sudah siaga dari dulu.. tapi kalau dari segi keadministrasian, baru diadakan menjelang lomba. Awalnya kita ada partisipasi warga dalam bentuk iuran kesehatan, iuran kematian atau bencana. Cuma ketika dilombakan semuanya diadakan untuk memenuhi kriteria, termasuk pembangunan Polindes. Semua swadaya masyarakat. Ketika desa siaga sudah dinyatakan bagus, ya sudah ditinggalkan. Padahal, bupati yang dahulu menjabat, datang dan langsung melihat. Kita dikasih dana 1,2 juta pertahun untuk pembinaan desa siaga. Kalau sekarang, dana sudah tidak ada. Program Desa Siaga sudah ditinggalkan, tidak ada pembinaan dan tidak ada pengakuan lagi.

Lomba Desa Peradaban diikuti oleh desa-desa yang terdapat di wilayah Provinsi Jawa Barat. Desa Sukasari mempersiapkan diri sebagai desa siaga aktif dengan berbagai kriteria yang dibutuhkan, antara lain mendirikan Polindes yang memberikan pelayanan kesehatan untuk ibu hamil dan persalinan, sekaligus tempat dimana bidan desa tinggal. Pembangunan Polindes merupakan wujud peran serta masyarakat dengan melibatkan tokoh masyarakat, aparat RT/RW, Karang Taruna dan para kader. Dana yang digunakan untuk membangun Polindes merupakan swadaya dari masyarakat.

Desa Sukasari akhirnya menjadi juara kedua, dalam lomba tersebut. Memperoleh hadiah sejumlah satu milyar rupiah dari Gubernur Jawa Barat. Dana tersebut digunakan untuk pembangunan Gelanggang Olah Raga, Pembangunan Balai Desa (menyatu dengan bangunan Kantor Kepala Desa) dan membuat saluran irigasi dengan memasang pipa dari sumber mata air Cisarangge di puncak bukit sampai ke Dusun Malongpong yang jauhnya 3,6 kilometer. Dusun Malongpong merupakan salah satu dusun yang letaknya

paling jauh dari pusat desa Sukasari. Kawasan Dusun Malongpong merupakan daerah persawahan yang belum memiliki saluran irigasi. Dengan pembangunan saluran air, kini dusun Malompong sudah memiliki sumber air bersih dan juga memiliki saluran irigasi untuk mengairi 30 hektar sawah, meski masih ada 100 hektar sawah yang masih merupakan sawah tadah hujan.

Pada tahun 2011, Polindes yang sudah didirikan kurang dimanfaatkan sebagaimana tujuan awal didirikan. Kini bahkan merupakan bangunan multi fungsi untuk berbagai kegiatan, seperti Posyandu, PKK dan Pusat Informasi Intelektual Konseling Remaja (PIKR). Dengan adanya perubahan kebijakan pembangunan desa, bangunan Polindes yang awalnya untuk pelayanan kesehatan dan persalinan bagi ibu hamil, lebih berfungsi menjadi PAUD atau Pendidikan Anak Usia Dini dan untuk kegiatan lain seperti PKK. Namun kini, dengan penggantian Kepala Desa yang baru, akan diaktifkan kembali fungsi pelayanan kesehatan dengan membangun Pos Kesehatan Desa (Poskesdes), yang tidak saja melayani para ibu hamil dalam pemeriksaan kehamilan dan persalinan, juga berfungsi untuk melayani kesehatan masyarakat. Poskesdes ini kemungkinan nantinya terletak satu bangunan dengan Kantor Kepala Desa Sukasari.

Gambar 6.1.1.2
Kantor Kepala Desa Sukasari



Sumber: Dokumen Peneliti, 16 April 2013

6.1.2 Peran Forum Masyarakat Desa dalam mendukung Program Jampersal

Pembentukan Forum Masyarakat Desa Sukasari merupakan komunitas yang terdiri dari berbagai unsur didalam masyarakat seperti Kepala Desa, TP PKK. Para anggota FMD terdiri dari tokoh masyarakat sebagai ketua, seorang ibu PKK sebagai bendahara, sekretaris dari aparat desa. Dan para anggota FMD sebanyak 7 orang terdiri dari aparat desa, 4 orang dan TP PKK sebanyak 3 orang. Bidan Desa sebagai pembina teknis FMD. Tujuh anggota FMD, masing-masing membawahi bidang : Layanan Kesehatan Dasar, Pengembangan UKBM, Pengamatan Penyakit, Penanggulangan Kegawatdaruratan dan Bencana, Penyehatan Lingkungan dan Pengembangan PHBS, Pengembangan Kadarzi.

Kegiatan yang dilakukan berkaitan dengan pengembangan desa sebagai Desa Siaga, antara lain melakukan musyawarah masalah kesehatan masyarakat. Bersama-sama mencari solusi pemecahan masalah, merencanakan serta melaksanakan kegiatan yang sudah disepakati. Salah satu hasil yang pernah dilakukan oleh FMD adalah pembangunan saluran air yang mengairi Dusun Malongpong. Tujuan ini adalah untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat warga, khususnya warga Dusun Malongpong dalam mendapatkan air bersih dan meningkatkan kesejahteraan penduduk dengan adanya saluran irigasi yang mengairi 30 hektar sawah penduduk.

FMD mengadakan pertemuan kurang lebih satu bulan sekali untuk membahas permasalahan, khususnya masalah kesehatan yang dapat dideteksi secara dini. Misalnya ketika adanya warga menderita penyakit demam berdarah, maka diadakan musyawarah dengan kesepakatan agar membagikan Bubuk Abate pada warga untuk membasmi nyamuk pembawa penyakit demam berdarah.

Gambar 6.1.2.1
FORUM MASYARAKAT DESA



Sumber: Dokumen Peneliti, 16 April 2013

Ada kerja sama didalam FMD dengan saling memberikan informasi permasalahan yang terjadi di desa serta mencari penyelesaiannya merupakan hal yang senantiasa dilakukan. Kegiatan lain yang dilakukan oleh FMD adalah memberi pengetahuan kepada warga desa mengenai pengetahuan tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Kegiatan ini terutama dilakukan di Desa Malongpong yang letaknya terjauh dari pusat desa. Dimana warga sekitarnya kurang memahami kebersihan lingkungan, sehingga membuang kotoran di halaman rumah yang merupakan empang. Menurut ketua FMD, memerlukan waktu yang lama dalam memberi pengertian kepada warga. Disamping itu kurangnya air bersih dan sarana irigasi untuk sawah, menjadi pusat perhatian utama FMD. Sehingga dibangun saluran air dari mata air Cisarange sejauh 3,6 kilometer untuk keperluan air bersih dan irigasi sawah penduduk Malongpong.

Pembentukan Poskesdes (dahulu Polindes atau Pondok Bersalin Desa) merupakan hasil Forum Masyarakat Desa. Bertujuan untuk mendekatkan pelayanan kesehatan dasar setiap hari bagi masyarakat desa serta sebagai sarana untuk mempertemukan upaya masyarakat dan dukungan pemerintah.

Pelayanan Poskesdes meliputi upaya promotif, preventif dan kuratif sesuai dengan kewenangannya yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan (terutama bidan) dengan melibatkan kader kesehatan. (Kementerian Kesehatan RI, 2012, Poskesdes, h 5)

Pendirian Poskesdes di Desa Sukasari berawal ketika Desa Sukasari diikutsertakan dalam lomba Desa Peradaban. Salah satu kriterianya adalah memiliki Poskesdes. Lalu dibentuk kerjasama antar warga dengan dana swadaya masyarakat untuk mendirikan Poskesdes. Bidan desa beserta keluarganya tinggal di Poskesdes. Namun kini, fokus kebijakan pembangunan desa berubah, dari awalnya pembangunan kesehatan, menjadi pendidikan. Sehingga tempat Poskesdes berubah fungsi menjadi PAUD (Pendidikan Anak Usia Dini). Ketika terjadi pergantian bidan desa, bidan yang baru tidak tinggal di Poskesdes, tetapi tinggal di rumahnya dengan menerima pemeriksaan kehamilan di rumah. Untuk persalinan, para ibu hamil langsung disarankan ke fasilitas kesehatan.

Bangunan Poskesdes terletak disamping balai desa atau Kantor Kepala Desa. Dahulunya adalah Polindes (Pondok Bersalin Desa), tempat dimana bidan desa tinggal. Pada saat pendiriannya melibatkan partisipasi masyarakat dalam pembangunan. Dananya dari swadaya masyarakat desa. Berikut ini penuturan dari **Tokoh Masyarakat** berkaitan dengan Poskesdes:

Ada tumpang tindih. Saya dulu yang merencanakan ada Poskesdes. Tidak ada bantuan, sehingga mutlak dananya dari warga untuk pembangunan Poskesdes. Kemudian Poskesdes “terusir” akibat adanya kegiatan baru, yakni PAUD (Pendidikan Anak Usia Dini). Kebijakan pemerintah desa dapat berlainan. Kalau dulu kan basicnya kesehatan karena dibentuk berdasarkan desa siaga. Secara keorganisasian sekarang ditinggalkan.. karena basicnya beralih ke pendidikan, lalu PAUD didirikan. Sekarang kebijakan baru beralih lagi ke Poskesdes. Sedangkan ruangan sudah tidak ada. Secara kegiatan, tetap berjalan, di rumah Bidan Desa, yang seharusnya diselenggarakan di Poskesdes. Tumpang tindih terjadi, ketika ada kegiatan Posyandu atau PKK, “terpaksa” PAUD diluar dahulu. Kini ada juga kegiatan remaja PIKR jadi saling bergantian. Data-data yang terpampang di dinding membaaur, ada data PKK, Posyandu, PIKR dan PAUD.

Partisipasi masyarakat melalui Forum Masyarakat Desa, cukup berjalan baik, adanya bantuan dari pemerintah melalui PNPM Generasi Sehat dan

Cerdas tahun 2009-2011 merupakan hasil upaya FMD dengan mengajukan permohonan ke fasilitator kecamatan untuk mendapatkan bantuan dana layanan kesehatan dan persalinan bagi ibu hamil. Setiap ibu hamil mendapatkan sejumlah uang untuk biaya persalinan. Saat itu belum ada Program Jampersal.

Berikut ini penuturan seorang anggota FMD yang menjadi **Kader Pemberdaya Masyarakat Desa** :

Kami mengajukan proposal ke Fasilitator Kecamatan untuk Program Pemberdayaan Nasional Masyarakat Mandiri (PNPM Mandiri), waktu itu pas ada program Generasi Sehat dan Cerdas. Alhamdulillah kita dapat bantuan, cuma sulitnya kan disini menghadapi masyarakat untuk penyaluran, apalagi berkaitan dengan bantuan tunai. Sasarannya sudah pasti keluarga miskin. Disalurkan sesuai petunjuk operasional, kita pakai patokan itu aja. Realisasinya berjalan baik. kalau realisasi ga bagus, kita bisa kena “dis” (diskualifikasi, tidak mendapat bantuan lagi nantinya). pernah saya di protes sama yang ga dapat bantuan.. kirain bantuannya kita ambil. Padahal sih, kita kerja ikhlas aja, yang gaji kita kan Allah. Gaji kita sajuta : Sabar, Jujur, Tawakal. Asumsinya mereka, kalau ada yang ga dapat bantuan dipikirnya kita yang ambil.

Mengenai ada yang tidak mendapat bantuan, kader mengatakan bahwa setiap persalinan, mendapatkan Rp 400.000 dan setiap pemeriksaan mendapatkan dana Rp 40.000. Semua itu dengan menunjukkan kupon bukti pemeriksaan yang ditempel di buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak). Ketentuan untuk mendapatkannya adalah bahwa ibu hamil harus memeriksakan diri ke Posyandu sebanyak 4 kali ketika hamil, dan persalinan dibantu bidan. Tetapi para ibu disini memeriksakan kehamilan melalui bidan, namun ketika persalinan dibantu oleh paraji. Padahal ketentuannya tidak boleh, sehingga ibu tersebut tidak mendapatkan dana persalinan. beberapa ibu marah-marah, sampai akhirnya kader di demo. Mereka berpikir bahwa uang tidak diserahkan, terus diambil oleh kader. Padahal ketentuannya harus ikut program pemerintah, dimana baik pemeriksaan kehamilan maupun persalinan semua harus dengan bidan. Semua uang yang tidak disalurkan, dikembalikan ke penanggung jawab operasional kecamatan.

Dari kegiatan yang dilakukan oleh FMD Desa Sukasari, tampaknya FMD merupakan kumpulan masyarakat lokal yang mendukung program pemerintah, meski waktu itu belum ada Program Jampersal, namun dukungan

dan kepedulian terhadap kesehatan ibu dan bayi cukup baik. Keberhasilan mengupayakan PNPM Generasi Sehat dan upaya peningkatan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat dengan mengupayakan air bersih serta pembuatan saluran irigasi, merupakan salah satu bentuk peran serta FMD dalam pembangunan kesehatan masyarakat desa.

6.1.3 Peran Tim Penggerak PKK dalam mendukung Program Jampersal

Tim Penggerak PKK memiliki peran penting dalam mendukung Program Jampersal melalui kegiatan Posyandu. Dukungan ini berasal dari para Ibu Pamong (isteri-isteri aparat desa) yang mengajak beberapa ibu untuk aktif dalam kegiatan PKK dengan menjadi Kader Posyandu. Semua TP PKK merupakan kader Posyandu (tetapi tidak semua kader Posyandu, merupakan TP PKK). Keberadaan Posyandu sudah menyatu dan menjadi bagian dalam kehidupan masyarakat desa. Pendiriannya pada tahun 1986, diawali dengan kegiatan perbaikan gizi dalam meningkatkan kesehatan anak. Kegiatannya hanya melakukan penimbangan bayi dan pemberian asupan makanan tambahan bergizi, seperti bubur kacang hijau. Namun setelah mendapatkan pembinaan dari pemerintah melalui Puskesmas, memiliki 10 Program PKK. Di depan pagar yang menjadi pusat kegiatan PKK, terpampang tulisan mengenai 10 Program Pokok PKK.

Gambar 6.1.3.1
PKK DESA SUKASARI



Sumber: Dokumen Peneliti, 17 April 2013

Kesepuluh Program PKK tersebut adalah : (1) Penghayatan dan Pengamalan Pancasila. (2) Gotong Royong (3) Pangan (4) Sandang (5) Perumahan (6) Pendidikan dan Ketrampilan (7) Kesehatan (8) Pengembangan Kehidupan Berkoperasi (9) Kelestarian Lingkungan Hidup (10) Perencanaan Sehat. Dari kesepuluh Program Pokok PKK, butir ke-7 mengenai Kesehatan memiliki salah satu kegiatan utama, yakni Posyandu.

Menurut Tim Penggerak PKK Blok Desa, Desa Sukasari, Ibu Upit bahwa untuk Program Kesehatan terdapat pada Kelompok Kerja (Pokja) 4 dengan perhatian khusus ditujukan untuk kesehatan ibu dan anak, pasangan usia subur, ibu hamil dan ibu menyusui. Tujuannya mendekatkan sistem pelayanan kesehatan pada kelompok sasaran ini, melalui Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu).

Awal keikutsertaan menjadi kader Posyandu adalah ketika tahun 2003 diundang Kecamatan untuk mengikuti pelatihan kepemudaan tingkat Kabupaten. Satu kecamatan diwakili 2 orang, yakni dari Desa Sukasari dan Desa Cidulang. Pelatihan berlangsung di Kantor Kabupaten Majalengka.

Setelah mengikuti pelatihan kader, dirinya memberi pelatihan ke desa-desa lain di Wilayah Kecamatan Cikijing.

Pertemuan TP PKK diadakan secara rutin sebulan sekali di Kecamatan yang diikuti oleh para kader Posyandu dari desa. Pertemuan juga diadakan untuk para kader posyandu tingkat dusun yang diadakan berbeda waktunya, mengingat jumlah kader keseluruhan cukup banyak. Jumlah Posyandu yang ada di Kecamatan Cikijing sebanyak 58 posyandu, dengan 252 kader. Disamping kegiatan pertemuan rutin sebulan sekali di Kecamatan, terutama di Posyandu Blok Desa, diadakan acara arisan yang berlangsung pada hari yang sama ketika penyelenggaraan posyandu berlangsung. Peserta arisan adalah keseluruhan ibu-ibu TP PKK. Yang menang arisan, dipotong sejumlah Rp 20.000 yang digunakan untuk pemberian makanan tambahan balita. Puskesmas melakukan pembinaan dengan memberikan dana Revitalisasi Posyandu setahun sekali yang diberikan kepada bendahara Posyandu, sejumlah Rp 1 juta. Dana tersebut digunakan untuk biaya operasional Posyandu dan dapat dipakai bila ibu hamil mengalami emergensi atau keadaan darurat pada saat persalinan.

Posyandu diselenggarakan sebulan sekali secara bergiliran di tiap dusun (blok). Ada 4 blok yakni Blok Desa, Blok Sukapancar, Blok Sarimanik dan Blok Malongpong. Sehingga dalam sebulan ada 4 kali penyelenggaraan. Para ibu kelompok sasaran tidak pungut iuran. Obat-obatan dan Vaksin dari Puskesmas, Para kader mendapat uang transpor sejumlah Rp.40.000 yang berasal dari PLKB (Penyuluh Keluarga Berencana, BKKBN).

Posyandu merupakan salah satu bentuk upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh untuk dan bersama masyarakat, guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk penurunan angka kematian ibu dan angka kematian bayi. (Kementerian Kesehatan RI, Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu, 2011, h 2).

Posyandu merupakan bentuk integrasi kegiatan bersama antara Kementerian Kesehatan RI, Kepala BKKBN dan Kementerian Dalam Negeri.

Pengelolaannya dilakukan oleh Kelompok Kerja Operasional Posyandu yang merupakan tanggung jawab antara masyarakat dengan Pemda. (Kementerian Kesehatan RI, h 7)

Dalam Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu, yang termasuk dalam sasaran Pelayanan Posyandu adalah bayi, anak balita, ibu hamil melahirkan, nifas dan menyusui. Fungsinya sebagai wadah pemberdayaan masyarakat dalam alih informasi dan keterampilan dari petugas kepada masyarakat dan antar sesama masyarakat dan sebagai wadah untuk mendekatkan pelayanan kesehatan dasar yang semuanya bertujuan untuk penurunan angka kematian ibu dan angka kematian bayi. (h 13).

Desa Sukasari memiliki 6 blok Posyandu, yang diketuai oleh seorang kader. Keenam blok tersebut adalah : Blok Kulisi, Blok Parentah, Blok Raksabumi, Blok Sarimanik, Blok Sukapancar dan Blok Malompong. Tiga blok dijadikan satu, dengan nama Blok Desa, yakni: Kulisi, Parentah dan Raksabumi. Sehingga semuanya kini menjadi 4 blok: Blok Desa, Blok Sarimanik, Blok Sukapancar dan Blok Malompong.

Ibu Pamong sebagai Ketua Tim Penggerak PKK berbicara tentang perannya sebagai Kader PKK merangkap Kader Posyandu:

Kader posyandu, Kader PKK disini semua sama (orang-orangnya). Kalau PKK kegiatannya lebih ke penyuluhan tentang KB. Disamping itu turut aktif memberikan penjelasan kepada ibu-ibu hamil untuk rajin-rajin ke Posyandu, ke Bidan Desa.

Ibu Pamong, yang juga sebagai isteri Kepala Desa, turut aktif memberikan penyuluhan kepada para ibu hamil agar melahirkan di puskesmas, untuk itu dirinya sering melakukan penyuluhan, bahkan kunjungan ke rumah ibu hamil. Saat ditemui, Ibu Pamong bersedia mengantarkan ke rumah ibu hamil yang kehamilannya memiliki resiko tinggi (usia diatas 40 tahun, dan kehamilan anak ke 6). Saat itu beliau tidak hanya memberikan penyuluhan tentang Jampersal, tetapi juga tentang program KB, bahkan suami ibu hamil yang ada pada saat itu ditegur dan terus dibujuk agar ikut KB steril.

Posyandu Desa Sukasari saat pembentukannya ditetapkan berdasarkan musyawarah masyarakat desa. Strukturnya bersifat fleksibel, sehingga dapat

dikembangkan sesuai dengan kebutuhan, situasi dan permasalahan serta sumber daya yang ada. Pendiriannya diprakasai oleh para ibu pamong yang tergabung dalam tim penggerak PKK. Strukturnya sederhana, hanya ketua, sekretaris, bendahara dan kader posyandu sebagai anggota.

Gambar 6.1.3.2.
SUASANA DI POSYANDU



Sumber: Dokumen Peneliti saat kegiatan Posyandu berlangsung di Desa Sarimanik, 17 April 2013

Mengenai Pokja (Kelompok Kerja), ibu-ibu PKK membawahi 4 Pokja, yakni. Pokja 1 yang berkaitan dengan Kematian dan Pendidikan, Pokja 2 yang berkaitan dengan Ekonomi, Pokja 3 yang berkaitan dengan Lingkungan dan Pokja 4 yang berkaitan dengan Kesehatan. Untuk Posyandu, berada di Pokja 4. Mengenai Kader Poyandu, **Kepala Desa** mengatakan :

Ada pembinaan kader dari Dinas Kesehatan dan BKKBN melalui Puskesmas untuk kegiatan Posyandu. Disini ada 23 kader, tetapi yang aktif sejumlah 13 orang. Ada uang binaan dari dari kabupaten melalui PLKB (Petugas Lapangan Keluarga Berencana). Sebulan sekali dapat 40 ribu per orang.

Kader posyandu merupakan relawan yang berasal dari masyarakat Desa Sukasari yang bersedia, mampu dan memiliki waktu untuk menyelenggarakan kegiatan Posyandu. Jumlahnya yang tidak banyak seringkali melibatkan ibu-ibu pamong (isteri aparat desa) untuk terjun langsung dalam kegiatan posyandu. Berikut ini penuturan **Kader Posyandu** mengenai Kegiatan Posyadu di Desa Sukasari:

Disini Kader Posyandu merangkap Kader PKK. Bersatu di Pokja 4, seharusnya sih terpisah, tapi cari orang-orangnya kan susah. Jadi semua kebanyakan bersama ibu pamong (isteri aparat desa). Untuk masalah penjangkaran KB dibantu petugas dari PLKB (Petugas Lapangan Keluarga Berencana) dan pelaksana ibu-ibu pamong dan petugas kesehatan. Saya membantu pencatatan dan penimbangan. Untuk pemeriksaan ibu hamil, dibantu bidan desa. Gak semua kader PKK di Posyandu. Kegiatan dilakukan satu bulan sekali.

Gambar 6.1.3.3

POSYANDU BLOK SARIMANIK



Sumber: Dokumen Pribadi. 17 April 2013

Hasil Observasi Kegiatan Posyandu Blok Sarimanik:

Posyandu dimulai Pukul 9 pagi hingga siang hari setelah semua para ibu selesai diperiksa. Bidan desa yang bertugas memeriksa para ibu dengan dibantu petugas pencatat 2 orang, dan seorang kader. Tepat pukul 9, bidan datang dengan mengendarai sepeda motor sambil membawa termos berisi vaksin untuk imunisasi. Sebagian para ibu sudah menunggu. Dan mulai mendaftarkan ketika meja pendaftaran dibuka. Dipojok depan tempat posyandu dilaksanakan, terdapat alat penimbang bayi yang berupa kain putih digantungkan ke alat timbang. Sedangkan di bagian belakang Bale Kampung ada ruang periksa sederhana untuk ibu hamil.

Gambar 6.1.3.4 RUANG PERIKSA UNTUK IBU HAMIL DI POSYANDU



Sumber : Dokumen Peneliti, 17 April 2013

Kegiatan di Posyandu diawali dengan pendaftaran bayi, yaitu dengan menuliskan nama bayi pada KMS (Kartu Menuju Sehat). Sedangkan pendaftaran untuk ibu hamil dengan menuliskan nama ibu hamil pada formulir atau register ibu hamil. Kegiatan selanjutnya adalah menimbang bayi dan mencatatkan hasilnya pada secarik kertas yang akan dipindahkan pada KMS. Terakhir mengisi KMS atau memindahkan catatan hasil penimbangan balita dari secarik kertas kedalam KMS. Tugas-tugas ini dilakukan oleh kader Posyandu, yang saat itu berjumlah 3 orang. Jumlah yang hadir saat itu 34 ibu.

Berkaitan dengan ibu hamil, bidan desa bertugas melakukan pemeriksaan kehamilan, pemberian tablet zat besi, dan penyuluhan gizi serta kesehatan ibu. Tidak lupa bidan dengan tegas menyarankan agar ibu melahirkan di puskesmas, bukan dirumah dengan bantuan paraji.

6.2 Kemitraan Bidan dan Dukun

Salah satu faktor yang sangat mempengaruhi terjadinya kematian ibu dan bayi adalah faktor pelayanan yang dipengaruhi oleh kemampuan dan keterampilan tenaga kesehatan sebagai penolong pertama pada persalinan. Oleh karena itu Program Jampersal menekankan bahwa setiap persalinan hendaknya ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih. “Menurut hasil penelitian dari 97 negara bahwa ada korelasi yang signifikan antara pertolongan persalinan dengan kematian ibu. Semakin tinggi cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan disuatu wilayah akan diikuti penurunan kematian ibu di wilayah tersebut”. (Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Pelaksanaan Kemitraan Bidan dan Dukun. 2008 h 2).

Gambar 6.2.1

KEMITRAAN BIDAN DAN DUKUN



Sumber : Dokumen Peneliti, 17 April 2013

Komplikasi dan kematian ibu pada saat persalinan banyak disebabkan karena pertolongan persalinan belum semua dilakukan oleh tenaga kesehatan. Data dari Puskesmas Cikijing Tahun 2012, cakupan persalinan dengan tenaga kesehatan sebesar 95,63%. Sedangkan sisanya sekitar 4,37% persalinan dengan dibantu paraji. Sedangkan pada tahun 2011, sebanyak 5% persalinan dibantu paraji. Angka ini menunjukkan adanya perbaikan. Namun masih diperlukan upaya mengatasi masalah tersebut, diantaranya dengan mengadakan kemitraan bidan dengan dukun paraji, dimana dukun paraji tidak boleh menolong persalinan, tetapi yang menolong persalinan adalah bidan. Paraji sebagai pendamping bidan. Jumlah paraji yang bermitra dengan bidan, untuk wilayah Cikijing sebanyak 14. Untuk Desa Sukasari dari 3 paraji, ada 1 orang paraji yang tidak mau bekerjasama dengan bidan. Bidan yang sangat berperan disini adalah bidan desa.

Menurut Dokter Puskesmas Cikijing, masih banyak yang melakukan persalinan dengan paraji, tetapi selalu diupayakan untuk bermitra. Kalau paraji terlalu keras dilarang, mereka semakin berani. Bentuk kemitraan hanya memberikan informasi bahwa kalau ada yang melahirkan, sebaiknya jangan melakukan pertolongan terhadap ibu bersalin sendiri, namun hubungi bidan. Saling membantu antara bidan dan paraji. Kepercayaan ibu hamil terhadap paraji di Desa Sukasari cukup tinggi sehingga harus dilakukan sosialisasi yang optimal, agar ibu hamil jangan melahirkan dengan bantuan paraji, sebaiknya proses persalinan di puskesmas dengan bantuan bidan. Mengenai Program Jampersal yang memberikan bantuan persalinan gratis juga harus diupayakan sosialisasinya.

Adanya Sinergi Kemitraan Bidan dan Dukun terlihat dari keberadaan dukun bayi sebagai orang kepercayaan dalam menolong persalinan. Sosok yang dihormati dan berpengalaman. Paraji sangat dibutuhkan keberadaannya. Berbeda dengan keberadaan bidan yang rata-rata masih muda dan belum seluruhnya mendapatkan kepercayaan dari masyarakat. Sehingga perlu dicari suatu kegiatan yang dapat membuat kerjasama yang saling menguntungkan antara bidan dengan dukun paraji. Dengan demikian kematian ibu dan bayi diharapkan dapat diturunkan dengan menggunakan pola kemitraan bidan dan

dukun. (Kemenkes RI, 2008, Pedoman Pelaksanaan Kemitraan Bidan dan Dukun, h 2).

Mengenai Jampersal dan **peran bidan dan dukun** dalam menolong persalinan, **Ibu Pamong (Ibu Kepala Desa)** mengatakan :

Memang sebagian para ibu lebih suka pakai paraji, tapi tetap dibantu bidan. Kalau tinggalnya dekat dengan bidan, ya biasanya ditolong bidan. Paraji cuma bantu ngurut-ngurut aja dan menenangkan ibu.. kita kan suka ga sabar... nanti setelah lahir dibantu bidan, baru paraji mandiin bayi. Disini parajinya Mak N. Tidak ada kerjasama tertulis, tetapi seperti sudah ada kesepakatan, kalau yang menolong persalinan bidan, dan setelahnya (masa nifas) baru paraji yang bantu si ibu untuk mijet-mijet.

Kemitraan yang dimaksud oleh dokter puskesmas, sebatas kemitraan non formal, tidak ada bentuk perjanjian tertulis. Hanya ada kesepakatan tak tertulis mengenai peran bidan dan dukun dalam membantu persalinan. Hal ini juga diungkapkan oleh Mak N, bahwa dirinya tidak pernah mendapat uang jasa dari bidan bila membantu persalinan, tetapi ibu bersalin yang memberikan imbalan, baik kepada bidan maupun kepada dirinya.

Mengenai peran paraji dalam membantu persalinan, **Pengurus IBI** mengatakan :

Kalau dulu Puskesmas mengadakan pelatihan untuk paraji. Namun kini tidak lagi, karena sudah ada bidan desa. Jadi semua persalinan diharapkan dibantu oleh bidan. Sebenarnya paraji kalau kita dapat bekerja sama, sangat membantu. dia seperti asisten kita saja, bisa dimintakan tolong untuk persiapan persalinan. kehadirannya mendampingi ibu hamil dapat membantu menenangkan ibu. Disini pentingnya bidan pendekatan ke paraji.. duh berat juga ya tugas bidan, udah nulungin ibu, juga pendekatan ke paraji.

Berdasarkan pernyataan ini, bahwa antara bidan dan paraji terjadi hubungan yang saling membutuhkan. Kerja sama diantara mereka dapat saling membantu dalam proses persalinan ibu. Sehingga perlu adanya kemitraan diantara mereka. Peran Bidan Desa dalam hal ini sangat besar, tidak saja dalam meningkatkan kesadaran pada ibu-ibu hamil untuk melahirkan di fasilitas kesehatan. Bidan desa juga harus melakukan pendekatan kepada paraji agar dapat saling bekerja sama dalam membantu proses persalinan.

Menurut Pedoman Pelaksanaan Kemitraan Bidan dan Dukun, pengertian Kemitraan disini adalah suatu bentuk kerjasama yang saling menguntungkan dengan prinsip keterbukaan, kesetaraan dan kepercayaan dalam upaya untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Dengan menempatkan bidan sebagai penolong persalinan dan mengalihfungsikan dukun dari penolong persalinan menjadi mitra dalam merawat ibu dan bayi pada masa nifas, dengan berdasarkan kesepakatan yang telah dibuat antara bidan dengan dukun serta melibatkan seluruh unsur/elemen masyarakat yang ada. (h4)

Dalam Kemitraan Bidan dan Dukun, banyak hal yang harus dipersiapkan. Puskesmas Cikijing dalam hal ini baru sebatas memberi pengertian kepada dukun paraji. Kemitraan yang terjalin bersifat nonformal. Tidak ada kesepakatan tertulis. Sedangkan berdasarkan pedoman kemitraan, kesepakatan melibatkan unsur elemen masyarakat, dari tingkat kecamatan yang diwakili Puskesmas sampai tingkat desa yang diwakili antara lain oleh aparat desa, tokoh agama, tokoh masyarakat, kader PKK. Bahkan di beberapa daerah, kemitraan mencakup kesepakatan pemberian imbalan kepada dukun.

Di Kabupaten Bangka, dukun bertugas untuk mengantarkan ibu melahirkan kepada bidan dan membantu bidan dalam persalinan. Kepada bidan, Dinas Kesehatan Kabupaten Bangka menyepakati standar pertolongan persalinan sebesar Rp 600.000-750.000 sebagai jasa persalinan meliputi 4 kali pemeriksaan selama kehamilan, persalinan dan perawatan setelah melahirkan (belum ada Jampersal). Apabila persalinan didampingi dukun, bidan wajib memberikan imbalan biaya persalinan pasien tersebut kepada dukun bayi sebesar Rp 200.000-Rp 250.000. Selain kesepakatan imbalan dalam bentuk uang, ada sanksi bila dukun membantu sendiri tanpa melibatkan bidan, berupa denda yang harus diberikan ke Puskesmas. Kesepakatan ini dibuat tertulis dan ditandatangani oleh camat, lurah, kepala puskesmas, bidan koordinator dan dukun. (Yandra, Boy, 2010. Motivasi Bidan serta Dukun Bayi dalam pelaksanaan Program Kemitraan Pertolongan Persalinan di Kabupaten Bangka).

Dengan konsep kemitraan berdasarkan perjanjian tertulis, maka berdasarkan imbalan, kedua belah pihak mendapatkan keuntungan. Tentunya

tidak ada kekhawatiran bagi paraji bahwa penghasilannya berkurang bila bidan turut membantu persalinan. Sebaliknya bidan mendapatkan informasi dari dukun bila ada ibu yang hendak bersalin. Kesepakatan seperti di Kabupaten Bangka, belum ada di wilayah Kecamatan Cikijing, Majalengka. Pembagian upah membantu persalinan terbatas pada pemberian dari ibu bersalin, baik untuk bidan maupun untuk paraji. Namun, untuk setiap persalinan di Desa Sukasari disarankan oleh bidan agar dilakukan di Puskesmas atau fasilitas kesehatan lainnya.

6.3 Dukungan Kapital Sosial dalam Implementasi Program Jampersal

Desa Sukasari memiliki kapital sosial yang mendukung pelaksanaan program Jaminan Persalinan. Dukungan ini terdapat pada Forum Masyarakat Desa (FMD), Tim Penggerak PKK (TP PKK) dan Kemitraan Bidan Dan Dukun. Bila dilihat dari kapital sosial yang ada pada masyarakat Desa Sukasari, ada sifat gotong royong dan tanggung jawab yang dimiliki oleh masyarakat untuk mencapai tujuan dan harapan bersama. Seperti yang dikemukakan oleh Coleman (1988, h 102) bahwa kapital sosial adalah kegiatan orang-orang yang dilakukan bersama. *“people are always doing things for each other”*. Bentuk kapital sosial ini terdiri dari dua elemen: kepercayaan pada lingkungan sosial yang bermakna adanya kewajiban dan kegiatan sebagai wujud dari kewajiban yang diemban.

Secara umum, penduduk Desa Sukasari memiliki tujuan untuk membangun desanya dan hal ini dapat dilihat dari kegiatan yang dilakukan bersama dalam mewujudkan kesehatan masyarakat desa. Ada nilai dan norma yang disepakati bersama dalam kerja sama yang mereka lakukan. Hal seperti ini dikemukakan oleh Fukuyama yang dapat dilihat nyata dalam relasi sosial. (Fukuyama, 2002, h 27)

Tabel berikut ini menggambarkan dukungan kapital sosial masyarakat Desa Sukasari:

Tabel 6.3.1
Dukungan Kapital Sosial dalam Implementasi Program Jampersal

No.	Kapital Sosial	Uraian
1.	Forum Masyarakat Desa	<p>Jaringan dan institusi dalam rangka pengembangan Desa Siaga, berdasarkan Surat Edaran Mendagri.</p> <p>Tujuan Bersama : Pembangunan Kesehatan Desa</p> <p>Partisipasi dalam UKBM : Posyandu, PHBS dan PNPM Mandiri Generasi Sehat</p> <p>Norma dan Nilai : Gotong Royong Kepercayaan : Dana Swadaya pembangunan sarana kesehatan dan saluran irigasi serta air bersih</p>
2.	Tim Penggerak PKK	<p>Perkumpulan lokal : ibu-ibu Pamong Tujuan Bersama : Peningkatan Kesejahteraan Keluarga</p> <p>Norma dan Nilai : Gotong royong, Sukarelawan Posyandu Kepercayaan : Pengumpulan dana untuk Posyandu</p>
3.	Kemitraan Bidan dan Dukun	<p>Tujuan Bersama : Menyelamatkan ibu saat persalinan Kepercayaan : Membangun kerja sama dengan pembagian tugas, saling berbagi ilmu dan pengalaman. Adanya rasa percaya dari paraji terhadap bidan, karena bidan memiliki keturunan paraji.</p>

Keterangan Tabel 6.3.1 :

FMD sebagai Kapital Sosial

Pembentukan FMD berkaitan dengan **jaringan dan institusi** dalam rangka pengembangan Desa Siaga. Berdasarkan Surat Edaran Menteri Dalam Negeri nomor 140/1508/SJ tahun 2011 yang ditujukan kepada seluruh Gubernur, Bupati dan Walikota seluruh Indonesia untuk menyelenggarakan pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif di wilayah masing-masing.

Demikian pula Kementerian Kesehatan mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1529 Tahun 2010 tentang Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif bahwa keaktifan posyandu merupakan salah satu kriteria untuk mencapai Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.

Seperti yang dikemukakan oleh Putnam, bahwa dalam kapital sosial adanya aset yang mengutamakan jalinan pertautan warga atau *civic engagement*. Sebagai contoh, adanya organisasi non pemerintah yang keanggotanya bersifat lokal. (Beck and Fleming 2005, h 260). Dalam masyarakat Desa Sukasari, adanya jaringan FMD yang terdiri dari tokoh masyarakat, aparat desa, dan kader PKK serta Kader Pemberdaya Masyarakat merupakan **komunitas masyarakat desa** yang merupakan kapital sosial dalam mendukung pembangunan kesehatan di desa. Adanya **partisipasi warga** dalam mendukung Program Jampersal melalui Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) dalam rangka pembentukan Desa Siaga. Kriteria desa siaga aktif antara lain adanya Posyandu, Poskesdes dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

Kerjasama yang terjalin dalam FMD merupakan upaya saling membantu untuk mencapai tujuan. Seperti yang dikemukakan oleh Putnam (Beck and Fleming 2005), bahwa norma gotong royong dan kepercayaan diantara anggota masyarakat merupakan fokus yang dapat membuat sistem sosial terpelihara, dengan adanya kohesi dan tatanan sosial serta integrasi dalam masyarakat. (h 260). **Ada norma dan nilai** yang dimiliki bersama, yakni gotong royong ketika membangun Poskesdes untuk meraih predikat desa peradaban dalam perlombaan Desa Siaga. Kegiatan ini mempererat solidaritas dan jalinan ikatan diantara anggota FMD. **Tingkat kepercayaan** tumbuh dalam komunitas FMD. Adanya dana dan partisipasi tenaga yang disiapkan dalam pembangunan Poskesdes dan pembuatan saluran irigasi serta saluran air bersih merupakan salah satu unsur kepercayaan diantara mereka

FMD juga **menjalin kerja sama dengan institusi pemerintah** (yang bersifat vertikal), yakni Kecamatan Cikijing untuk mendapatkan bantuan tunai program PNPM Mandiri, Generasi Sehat. Bantuan ini diupayakan oleh kader FMD dengan mengajukan proposal permohonan ke fasilitator kecamatan.

Keberhasilan mendapatkan bantuan ini turut mendukung para ibu hamil dalam pemeriksaan kehamilan dan persalinan dalam bentuk bantuan tunai. Keberhasilan ini secara umum menjadikan kapital sosial sebagai suatu cara untuk menghasilkan sesuatu yang sehat, ekonomi yang stabil dan masyarakat yang bersatu. *“Social Capital in general becomes a means of producing healthy, economically stable and cohesive community”*. (Putnam dalam Boeck dan Fleming, 2005 h 260)

Tim Penggerak PKK sebagai Kapital Sosial

Tim Penggerak PKK melalui kegiatan Posyandu mendukung program Jaminan Persalinan dengan menyediakan pelayanan pemeriksaan kesehatan untuk ibu hamil. Dukungan ini merupakan kapital sosial dalam implementasi Program Jampersal. Keanggotaan Tim PKK berasal dari **perkumpulan lokal** yang terdiri dari para isteri aparat desa atau ibu-ibu pamong, yang diketuai oleh Ibu Kepala Desa. Sebagai kader Posyandu, Tim Penggerak PKK yang turut terlibat dalam memberi penyuluhan mengenai kesehatan.

Dalam perspektif yang disampaikan oleh Woolcock dan Narayan (2000), bahwa kapital sosial komunitarian berasal dari organisasi lokal, seperti klub, perkumpulan-perkumpulan, dan kelompok warga. (h 229). Dan pandangan Sinergi dalam kapital sosial, berusaha mencoba untuk memadukan pekerjaan yang muncul dari jaringan-jaringan yang berasal dari institusi. (h 235). **Sinergi** terjalin dalam kerjasamanya antara perkumpulan lokal TP PKK dengan BKKBN dalam memberikan penyuluhan KB bagi ibu pasca persalinan. **Kerjasama** terjalin didalam kelompok TP PKK dengan menyelenggarakan kelas ibu hamil. Penyuluhan ini diberikan oleh para kader dan ibu Pamong yang telah mendapat pembekalan dari PLKB, BKKBN di Majalengka.

Ibu Kepala Desa turut mengajak para ibu agar melahirkan di fasilitas kesehatan tanpa bayar melalui Program Jampersal. Pengumpulan Dana sehat melalui tabulin dan dasolin (tabungan ibu bersalin dan dana sosial bersalin) cukup berjalan dengan baik, ada juga dana untuk kematian, bencana yang sifatnya untuk keadaan darurat. Hal ini merupakan **unsur kepercayaan** yang

ada dalam TP PKK. Prinsip saling membantu terlihat disini, seperti yang dikemukakan oleh Hanifan dalam Woolcock dan Narayan (2000), bahwa kapital sosial terlihat dalam kehidupan sehari-hari, melalui kebaikan, persahabatan, simpati, pergaulan sosial yang terjalin antar keluarga, antar tetangga sehingga membentuk unit sosial. (h 228).

Ada kerja sama sosial yang terjalin dalam komunitas Tim Penggerak PKK. Relasi sosial terlihat dengan kedekatan diantara mereka terutama dalam kegiatan arisan. **Adanya norma dan peraturan yang dijalankan**, yakni gotong royong dalam membantu pelaksanaan Posyandu. Bila seorang anggota memenangkan arisan, maka uang yang diperoleh, disisihkan sejumlah Rp 20.000 untuk kegiatan Posyandu.

Tim Penggerak PKK sebagai kelompok komunitas saling memberi dukungan untuk **tujuan bersama** yakni meningkatkan kesejahteraan keluarga. Kesamaan tujuan ini memperkuat ikatan dalam kelompok. Sebagai kader Posyandu, aktif memberikan penyuluhan kesehatan dan teribat dalam melayani ibu hamil dan balita. Adanya Kelas Ibu Hamil dengan berbagai kegiatan, seperti senam ibu hamil, peragaan cara merawat bayi baru lahir, dan penyuluhan persiapan persalinan merupakan kegiatan yang menunjang kesehatan ibu dan bayi. Tentunya kegiatan ini mendukung Program Jampersal sebagai salah satu upaya untuk menurunkan angka kematian ibu, bayi dan balita. *“Communitarians, who look at the number and density of these groups in a given community, hold that social capital is inherently good, that more is better, and that its presence always has a positive effect on community’s welfare”* (Woolcock dan Narayan, 2000 h. 229).

Tim Penggerak PKK **bersifat institusional**. Pandangan institusional menurut Woolcock dan Narayan merupakan kekuatan jaringan komunitas yang diperluas sebagai produk politis, legal dan dalam lingkup institusional. (h 234). Dalam penyelenggaraan Posyandu berkoordinasi dengan Puskesmas dan BKKBN. Posyandu tidak saja berada di (pusat) desa, tetapi juga di beberapa dusun. **Jaringan** horizontal terjalin antar kader, dari desa lain, bahkan dari kecamatan lain. Pertemuan yang diadakan di kecamatan dalam temu kader, merupakan kegiatan yang dapat memperluas jaringan komunitas.

Kemitraan Bidan dan Dukun sebagai Kapita Sosial

Menurut Coleman (1988), kapital sosial didefinisikan oleh fungsinya. Terdiri atas beberapa aspek struktur sosial yang memfasilitasi tindakan dari para pelaku. Konsepsi ini termasuk dalam paradigma tindakan rasional. Ada tiga bentuk kapital sosial yang berkaitan dengan tindakan, yakni kewajiban dan harapan, saluran informasi dan norma sosial. Seperti kapital lainnya, kapital sosial bersifat produktif yang memungkinkan meraih tujuan nyata melalui tindakan yang mereka lakukan. Bentuk kapital sosial ini merupakan struktur relasi antara pelaku dan pelaku lainnya "*Social Capital inheres in the structure of relations between actors and among actors*". (h 98).

Dalam implementasi program Jampersal, ada aktor yang sangat berperan, yakni bidan yang melibatkan aktor lainnya, yakni paraji. Ada **unsur kepercayaan** yang menyangkut **pembagian peran dan tanggung jawab**. Didalam kemitraan, terjalin pengertian melalui informasi yang dilakukan oleh bidan bahwa peran dukun paraji tidak kalah penting dengan perannya dahulu. Proses "perubahan" peran dukun menuju peran barunya yang berbeda, memerlukan adaptasi dan hubungan interpersonal yang baik antara bidan dan dukun. Adanya tujuan untuk menyelamatkan ibu dan bayi saat persalinan, merupakan norma sosial yang mereka sepakati bersama.

Paraji diberikan wawasan dalam bidang kesehatan ibu dan bayi baru lahir, terutama tentang tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta persiapan yang harus dilakukan oleh keluarga dalam menyongsong kelahiran bayi. Mekanisme kerja sama dan **tujuan bersama** dalam membantu persalinan merupakan kapital sosial yang ada dalam masyarakat. Kapital sosial ini terjalin karena adanya pendekatan bidan terhadap paraji, dan kesadaran paraji untuk **bekerja sama** dengan bidan untuk menyelamatkan ibu hamil dalam proses persalinan.

Adanya **saling percaya** antara bidan dan paraji, terjalin di Desa Sukasari, yakni antara Bidan Desa yang masih muda dan Paraji Mak Nih yang sudah dipercaya warga desa. Bidan desa meski masih muda tapi

memiliki latar belakang pendidikan kebidanan memberikan pengetahuan dan wawasan dibidang kesehatan kepada paraji. Disamping itu, bidan desa merupakan keturunan paraji (neneknya adalah paraji), sehingga memiliki naluri untuk membantu persalinan dan mudah melakukan pendekatan dengan paraji. Sedangkan paraji dengan pengalamannya menghadapi ibu hamil serta sudah dipercaya oleh penduduk turut membantu dalam menenangkan ibu dalam proses persalinan. Bentuk kerjasama ini merupakan **sinergi** dalam kapital sosial.

6.4 Solidaritas Sosial dan Kerjasama dalam Kapital Sosial

Konsep lain yang terdapat dalam Kapital Sosial adalah *Bonding* dan *Bridging*. Bahwa *bonding* didalam kapital sosial dapat membantu menggerakkan semangat solidaritas dan kerjasama didalam kelompok, sedangkan *bridging* dapat digunakan untuk menghubungkan kelompok dengan berbagai sumberdaya yang ada diluar jaringan mereka.

Bonding* didalam TP PKK** melalui arisan menggerakkan semangat solidaritas. Kuatnya ikatan dapat dilihat dari kerelaannya berbagi ketika peserta arisan yang menang menyisihkan sebagian uang arisan untuk kegiatan posyandu. Sedangkan ***Bridging tercipta dalam bentuk kerjasama kolektif ketika ada penyuluhan atau pelatihan yang melibatkan kelompok TP PKK dari desa lain, serta temu kader di Kecamatan maupun Kabupaten. Kader Posyandu yang juga merupakan TP PKK menyertakan anggotanya untuk mengikuti Pelatihan kader di Kabupaten mewakili desa. Ada jalinan relasi dan sinergi antar kader Posyandu, sehingga para ibu TP PKK mendapatkan nilai dan keuntungan yang dapat meningkatkan sumber daya (*human capital*) dalam mendukung Program Jampersal.

Adanya kerjasama dengan BKKBN merupakan bentuk **bridging** yang dilakukan oleh TP PKK melalui pelatihan mengenai penyuluhan KB bagi kader Posyandu. Perolehan uang transpor bagi kader posyandu merupakan hasil kerjasama dengan BKKBN.

FMD sebagai kapital sosial memiliki tujuan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. ***Bonding* didalam FMD** terjalin karena adanya

semangat untuk meraih juara ketika diadakan lomba desa peradaban. Fokus kegiatannya tidak hanya untuk kesehatan ibu dan anak saja tetapi untuk kesehatan penduduk secara umum dengan memberikan pengarahannya untuk perilaku hidup bersih dan sehat. Fokus kegiatan lainnya adalah meningkatkan kesejahteraan penduduk dengan membangun saluran air bersih dan irigasi. Poskesdes yang awalnya dibangun untuk memenuhi persyaratan desa siaga kurang berjalan dengan baik, karena adanya perubahan arah kebijakan pembangunan desa. Namun hal ini dapat menunjukkan kuatnya ikatan organisasi yang ada dalam FMD sebagai kapital sosial..

Kesediaan masyarakat untuk bahu-membahu melalui gotong royong dan swadaya dalam membangun Poskesdes merupakan kapital sosial yang patut diperhitungkan. **Bonding** yang terjalin didalam FMD ini juga menumbuhkan **rasa solidaritas** untuk membantu penduduk desa yang kekurangan sarana air bersih dan irigasi. **Bridging** FMD juga tercipta melalui jalinan kerja sama dengan institusi pemerintah, yakni Kecamatan Cikijing untuk mendapatkan bantuan tunai program PNPM Mandiri, Generasi Sehat. Bantuan ini diupayakan oleh kader FMD dengan mengajukan proposal permohonan ke fasilitator kecamatan. Keberhasilan mendapatkan bantuan ini turut mendukung para ibu hamil dalam pemeriksaan kehamilan dan persalinan dalam bentuk bantuan tunai.

Kemitraan antara Bidan dan dukun merupakan bentuk **bridging** dalam kapital sosial yang dapat meningkatkan kemampuan dalam *human capital* ketika mereka bekerja sama dalam memberi bantuan ibu saat persalinan. Bidan dapat memperoleh pengalaman dari paraji dalam menenangkan ibu saat persalinan, sedangkan paraji dapat mengetahui informasi mengenai penanganan persalinan yang memenuhi standar atau kriteria medis dari bidan.

6.5 Sistem Nilai dan Norma Sosial Masyarakat Desa Sukasari

6.5.1 Mempercayakan bantuan persalinan pada paraji

Di Kecamatan Cikijing, Majalengka, khususnya di Desa Sukasari, masih ada ibu-ibu hamil yang mempercayakan proses persalinan dengan bantuan dukun atau lebih dikenal paraji untuk wilayah Jawa Barat. Paraji

dikenal sebagai orang kepercayaan dalam menolong persalinan, sosok yang dihormati dan berpengalaman, berbeda dengan keberadaan bidan yang rata-rata masih muda dan belum sepenuhnya mendapat kepercayaan dari masyarakat.

Ada 3 paraji di Desa Sukasari Mak C di Dusun Sukapancar, Mak N di Desa Sukasari (pusat desa), dan Mak I di Malongpong. Dari ketiga paraji, yang belum bermitra hanya Mak C. Bidan Desa mengatakan bahwa ketika Mak C membantu persalinan, dia tidak mau melibatkan bidan. Dalam hal ini bidan tidak dipanggil untuk membantu persalinan ibu, sedangkan paraji lainnya bersedia kerjasama.

Berikut ini adalah penturan Mak C (usia sekitar 65 tahun), dukun paraji yang enggan bermitra dengan bidan:

Sanes ema nu nyuhunkeun, tapi maranehana nu dongkap mapagkeun ema kadie. Bukan emak yang minta, tapi mereka yang dateng kesini jemput emak. Kalau ada yang mau melahirkan emak siap dateng jam berapa aja dijemput. Ibu-hamil biasanya suka pada sawaka ke emak. Tapi sebenarnya bukan hanya bantu melahirkan aja, tapi juga mijit bayi, mijit ibu, juga uapin (sauna). Ituh, kalau bayinya sudah puput (tali pusarnya), ibunya diuapin pakai rempah-rempah. Dikurung pakai sarung.

Ketika ditemui di rumahnya di Dusun Sukapancar yang jaraknya cukup jauh dari pusat desa, dibutuhkan waktu sekitar 25 menit untuk menuju ke rumah Mak C. Jalan menuju kesana menanjak curam dan sempit. Meski sudah diaspal, namun hanya dapat dilalui oleh satu mobil. Bila berpapasan dengan kendaraan roda empat dari arah berlawanan, tentunya tidak bisa. Sehingga salah satunya harus mengalah mundur, padahal tepi jalan cukup curam. Ketika berhasil bertemu dengan Mak C, beliau langsung memasang wajah serius dan mengatakan bahwa bukan dirinya yang mau (membantu persalinan), tetapi orang-orang yang mencarinya. Menurut bidan desa yang saat itu ikut menemani, tampaknya Mak C, tidak mau disalahkan kalau dia yang membantu ibu bersalin tanpa melibatkan bidan, karena para ibu yang menghendakinya. Saat bertemu, Mak C tampak khawatir ketika berbicara, tetapi akhirnya beliau mau terbuka dan bersedia bercakap-cakap.

Mengenai keterampilan yang dimilikinya, **Paraji yang tidak mau bermitra dengan bidan**, Mak C mengatakan:

Emak tuh bantu ibu-ibu melahirkan udah lama.. gara-garanya sering diajak emaknya emak (paraji juga) ngeliat. Trus lama-lama nurun ke emak. Pas emaknya emak meninggal. Langsung emak turun. Awalnya takut, tapi malamnya dimimpiin, supaya nerusin... Tahu-tahu pas ada yang minta tolong mau melahirkan, emak langsung bisa, setelah baca-baca.. Bacaannya (doa) diajarkan emak..

Mengenai metode persalinan yang dikhawatirkan tidak sesuai dengan prinsip medis, misalnya peralatan tidak steril, dsb. Mak C mengatakan bahwa sebelum membantu persalinan, peralatan sudah digodog (direbus) terlebih dahulu. Sebelumnya jaman dahulu, pakai bilah bambu untuk memotong tali pusar. Tentang Panglai, Mak C mengatakan bahwa hal itu tergantung kepercayaan masing-masing, saya tidak ikut menyarankan. Kalau untuk makanan, disarankan tidak makan kacang-kacangan, terutama kacang merah, nanti anak yang lahir bisa kembung perutnya. Selain itu saran emak adalah minum minyak kelapa menjelang proses persalinan, agar lancar bayinya keluar.

Selanjutnya mengenai partisipasi ibu untuk ikut Jampersal, **Ibu Pamong** mengatakan:

Ibu hamil disini sekarang ada 12 orang dari 3 dusun. Dari beragam usia kehamilan, Semuanya sdh ikut jampersal. Udah pada ngerti, jadi mereka sudah memanfaatkannya.. ibu selalu bilang mending jampersal, kan gratis.. daripada pakai paraji kan harus bayar ..

Menurut dokter Puskesmas Cikijing, dari 15 desa di Kecamatan Cikijing, terdapat 14 paraji yang sudah bermitra dengan bidan. Desa Sukasari terdapat 3 paraji. Namun dalam tabel berikut hanya 2 paraji yang tercantum. (Mak C belum dapat diajak bekerja sama, jadi beliau tidak masuk dalam tabel berikut). Dan kemungkinan ada juga paraji di lain desa yang belum bermitra dengan bidan.

Salah satu **paraji yang bermitra dengan bidan** adalah Mak N, menurutnya, dia tidak membantu persalinan, hanya bantu memijatkan ibu yang hendak melahirkan.

Emak mah tos henteu nulungan ngelahirkeun ngan satosna wae mangmijetkeun”. Setelah persalinan, emak bantu memandikan bayi, lalu merawat ibu dengan ngurut-ngurut aja. Bidan nulungan ngelahirkeun. Emak pernah sempat tanpa bantuan bidan, tapi emak dipanggil pas bayinya udah mau lahir. Kabarjolan tiheula.

Paraji Mak N, dalam menanggapi proses persalinan ibu hamil, senantiasa melibatkan bidan. Sudah ada kesepakatan tidak tertulis diantara mereka, bahwa paraji membantu menenangkan ibu saat melahirkan dan membantu pada saat nifas (memijat ibu, membersihkan bayi, dsb). Sedangkan bidan membantu persalinan.

Tabel 6.5.1.1

Jumlah Paraji Bermitra di Kecamatan Cikijing

No.	Nama Desa	Jumlah Paraji
1	Sindang	0
2	Banjaransari	3
3	Bajasari	2
4	Cikijing	1
5	Sunalari	2
6	Cidulang	1
7	Sukasari	2
8	Cilancang	1
9	Cipulus	0
10	Kancana	0
11	Sindangpanji	0
12	Cisoka	0
13	Jagasari	2
14	Sukamukti	0
15	Kasturi	0
	Jumlah	14

Sumber: Profil Kesehatan Puskesmas Cikijing

Jumlah paraji yang bermitra menurut catatan Puskesmas Cikijing tahun 2011, jumlahnya sebanyak 14 orang. Berdasarkan data yang terdapat dalam Profil Kecamatan Cikijing, jumlah dukun paraji sebanyak 22 orang. Jumlah tersebut adalah jumlah keseluruhan, berarti dari jumlah yang ada, masih ada 8 paraji yang belum bermitra. Paraji yang belum bermitra ini masih terus diupayakan oleh para bidan untuk bekerja sama. Tampaknya perlu pula diberi pemahaman yang benar mengenai gizi dan ilmu kesehatan kepada paraji, agar tidak ada mitos atau pemahaman yang salah mengenai kehamilan dan proses

persalinan. Kemitraan Bidan dan Dukun memegang peranan penting dalam membantu persalinan dan menurunkan angka kematian ibu.

6.6 Ibu Hamil Resiko Tinggi dan Bantuan Persalinan dengan Paraji

Masih adanya norma dan nilai dalam masyarakat dapat mempengaruhi tingginya angka kematian ibu. Berdasarkan data di Puskesmas Cikijing, masih banyak ibu hamil beresiko tinggi (resti). Dari 160 ibu hamil resti, sebanyak 59 ibu yang mendapat binaan dari puskesmas (kunjungan). Berdasarkan informasi dokter puskesmas, masih banyak yang tidak mempedulikan kesehatan ibu hamil resiko tinggi sehingga bidan puskesmas harus mengadakan kunjungan untuk pembinaan. “4 terlalu” yang menjadi penyebab ibu beresiko tinggi untuk hamil masih terjadi, yakni terlalu tua usia ibu, terlalu muda usia ibu, terlalu sering melahirkan serta terlalu dekat jarak kelahiran. Prinsip banyak anak banyak rejeki masih menjadi nilai dan norma yang dianut oleh sebagian masyarakat.

Masih ada sistem kepercayaan yang dianut oleh sebagian penduduk Cikijing, khususnya di Desa Sukasari yang menghendaki pertolongan persalinan dengan bantuan paraji. Hal ini terlihat dari wawancara ibu hamil yang mengatakan bahwa secara turun temurun, keluarganya sudah menggunakan jasa paraji untuk bantuan persalinan. Selain dipercaya, paraji membuat rasa nyaman ketika persalinan, karena tidak harus meninggalkan rumah. Selain itu perawatan persalinan oleh paraji bersifat menyeluruh, tidak saja pada saat persalinan, tetapi sebelum dan sesudahnya, termasuk membantu ibu memandikan bayi. Hal ini dikemukakan oleh **Ibu hamil resiko tinggi**, yang melahirkan dengan bantuan paraji, dengan usia bayi 4 bulan. Usia Ibu Imas 40 tahun dengan jumlah anak 5 orang.

Lahiran anak saya semuanya dengan paraji di bumi (rumah), tinggal nyuruh tukang ojek manggilin Mak C. Terus udah deh dia bantuin sambil ngurut- ngurut dan baca-baca (doa). Kalau dulu anak saya yang ke-1 sampai ke-2 pas saya lahiran pake bakar-bakar. Hehe.. ga tahu, katanya supaya rame, baju baju bekas atau apalah gitu dikumpulin trus dibakar depan rumah. Tapi itu dulu, parajinya udah meninggal. Sekarang mah, ga pake gitu-gitu lagi... yang penting sih aman aja pake paraji. Emak saya juga ga apa2 dulu, selamat aja.

Kan ini juga emak saya yang ngasih tahu.. ga repot koq kalau dirumah..Ntar dia bantuin juga ngerawat bayi, mandiin bayi, udah gitu nanti kita diuapin pas bayinya puput (tali pusar bayi putus).

Dari hasil wawancara dengan Ibu IM diatas, bahwa dengan usianya yang 40 tahun serta melahirkan anak ke-5, tampaknya ibu IM tidak mengalami permasalahan saat persalinan dengan bantuan paraji. Padahal dengan usia 40 tahun untuk kelahiran anak ke 5 tentu berbahaya karena termasuk kategori ibu hamil resiko tinggi. Bantuan paraji tidak hanya saat persalinan saja, bahkan pada saat nifas dengan membantu memandikan bayi, termasuk sauna untuk ibu. Berkaitan dengan Program Jampersal dan persalinan dengan bantuan paraji, **Kader Posyandu** Desa Sukasari mengatakan :

Masih banyak yang tidak tahu Jampersal dan masih ada yang mau melahirkan dengan bantuan paraji. Saya sering ditegur pihak Puskesmas. Katanya, “kenapa masih banyak yang ke paraji?”. Saya bilang kan saya ga bisa door to door datengin satu persatu ibu-ibu hamil, yang penting kan udah dikasih tahu di Posyandu. Periksa kehamilan di bidan atau puskesmas, tapi giliran melahirkannya dengan paraji. Pas melahirkan, kalau dukunnya ga sanggup, trus minta tolong bidan.. trus langsung dibawa ke puskesmas.. Padahal udah diurus ikut jampersal. Tapi kalau dikasih tahu, katanya biarin mau kemana juga (tempat melahirkan), kan uangnya uang kita.. terserah kita mau (melahirkan) dimana..

Mengenai keengganan para ibu melahirkan di Puskesmas karena merasa lebih nyaman melahirkan dirumah. Disamping itu paraji sudah dianggap seperti keluarga, dipercaya secara turun temurun. Mengenai biaya persalinan, mereka sudah menyiapkan sejumlah uang untuk dapat melahirkan di rumah dengan bantuan paraji. Tampaknya uang bukanlah suatu hal yang menjadi permasalahan, karena meskipun gratis di Puskesmas, tetapi sebagian ibu tetap memilih persalinan dengan bantuan paraji.

Yang dikhawatirkan adalah bila ibu memiliki faktor resiko tinggi (restri) dalam kehamilannya, misalnya usia sudah terlalu tua, maka harus diberi kesadaran agar persalinan dilakukan di puskesmas untuk menghindari terjadinya komplikasi. Namun tingkat kesadaran para ibu resiko tinggi mengenai hal ini rendah. Hal ini dikemukakan oleh **kader posyandu**:

Mengenai Jampersal.. utk melahirkan di puskesmas dengan layanan kelas 3. Ada beberapa ibu yang ga mau.. maunya minimal kelas 2. Kita yang ngurusnya kan ga enak.. trus si ibu bilang “biarin aja kita bayar”. Kalau untuk biaya melahirkan.. antara mampu dan ga mampu, disiapin dananya. Yang repot adalah ibu melahirkan dengan resti (resiko tinggi). Otomatis harus melahirkan di rumah sakit. Tingkat kesadaran ibu-ibu resti tuh sulit.. maunya melahirkan di rumah. Padahal kondisinya resti. Kadang-kadang mengarahkan masyarakat utk sadar sulit..

Yang sulit adalah memberi pengertian kepada ibu dengan resiko tinggi bila hamil, tapi sebenarnya para suami juga harus diberi pengertian. Namun ternyata hal ini juga tidak dimiliki oleh suami ibu hamil. Berikut ini merupakan hasil wawancara dengan salah **ibu hamil resiko tinggi** lainnya.

Ibu Hamil MI, usia 43 tahun. Hamil putera ke 6 dengan usia kandungan 5 bulan. Jumlah anak sudah 5 orang, tetapi masih “nambah” satu lagi. Putera-puterinya sudah bersekolah sekolah dan bahkan ada yang sudah kuliah : yang pertama kuliah di Universitas, anak kedua di SMK, anak ketiga di SMP , anak keempat SD dan terakhir masih TK. Jadi, putera-puterinya ada di setiap jenjang tingkatan sekolah. Ibu MI memeriksakan kehamilan di Posyandu. Selama kehamilan, sudah 3 kali periksa. Beliau juga sudah pernah mendengar tentang Jampersal dari bidan. Bidan menyarankan melahirkan di Puskesmas. Mengenai persyaratan Jampersal, dia tidak tahu, tetapi menurutnya cukup dengan buku KIA. (Ibu MI tidak tahu bahwa persyaratan untuk ikut Jampersal harus meyeritakan foto copy KTP dan KK)

Niat melahirkan nanti, sesuai saran bidan desa, di puskesmas dengan bidan. Selama ini melahirkan 5 anak sebelumnya, di rumah dengan bantuan paraji dan bidan. Dulu bidannya Mak O dan Mak Y, tapi sudah meninggal, kalau sekarang dengan Mak N. Berikut penuturan Ibu MI, **ibu hamil dengan resiko tinggi** :

“Kalau lahiran anak pertama sama ke lima.. lahir di rumah semua.. udah kabrojolan mules2 trus babar.. “Tiap lahiran selalu dengan paraji dan bidan.. kalau dengan paraji mah enak, ada yang nyuci dan mandiin. Tiap pagi datang, ngemandiin bayi.. kalau bidan kan selesai ngebantu (proses persalinan), trus udah aja.. Makanya ngelahirkan tuh enak sama bidan dan paraji. Sekarang parajinya Mak N. Tapi kan kalau sekarang disaranin lahiran di Puskesmas, jadi ya, nanti sama bidan aja di Puskesmas.”

Mengenai kesadaran suami terhadap bahaya resiko tinggi bila isteri mengandung, Suami ibu MI (yang saat itu ada di rumah dan mendampingi) mengatakan:

Dari awal, program saya punya anak 6, piling (feeling) saya bakal punya anak 6. Sebenarnya dia udah 4 tahun pakai IUD, trus saya suruh buka. Isteri saya sih katanya udah op (off, maksudnya tidak mau lagi). Pabriknya tutup. Tapi kalo tutup ya saya pindah rumah aja.. hehe.. (maksudnya kawin lagi).

Ketika ditanya, “apakah tidak kasihan sama ibu, usia sudah 43 tahun, tetapi masih ingin menambah anak? Mengapa bapak tidak KB saja ikut MOP (program KB steril untuk suami), apakah bapak masih menganut prinsip banyak anak banyak rejeki?”

“Usia isteri 43th, .. Insya Allah ga apa-apa.. selamat. Kalau saya ikut MOP, ntar dulu, saya tanya temen-teman saya dulu, apakah ada yang udah pernah atau belum. Saya kan punya teman-teman yang suka kumpul dimesjid, tapi sepertinya belum ada yang mau ikut MOP. Kalau banyak anak banyak rejeki sih.. emang setiap anak ada rejekinya masing-masing. Ga hanya sekarang, nanti kalau sudah besar kan anak bisa membawa rejeki“

Sebenarnya bukan saja para ibu yang tidak peduli dengan keselamatan dirinya bila hamil diusia yang “rawan”, tetapi juga tingkat kesadaran suami yang rendah dalam hal ini. Ada ketidakpedulian suami terhadap isteri. Meski isteri sudah tidak mau punya anak lagi, tetapi suami tetap memaksakan isterinya untuk hamil lagi.

Perlu adanya sosialisasi dan edukasi terhadap pasangan suami isteri penduduk Desa Sukasari mengenai keluarga berencana dan usia kehamilan yang sehat. Sosialisasi dan edukasi ini melibatkan Forum Masyarakat Desa, TP PKK dan petugas Puskesmas Program Promosi Kesehatan serta Penyuluh KB. Hal ini didasari adanya sistem kepercayaan yang dianut oleh pasangan suami isteri yang menghendaki memiliki banyak anak (banyak anak banyak rejeki) tanpa mengkhawatirkan usia isteri yang sudah tidak muda lagi untuk mengandung. Terlihat adanya kekurangan pengetahuan dan kesadaran mengenai bahaya kehamilan resiko tinggi. Norma dan nilai yang ditanamkan

oleh Puskesmas mengenai “Tiga Terlambat dan Empat Terlalu” kurang disosialisasikan secara optimal.

6.7 Sistem kepercayaan : Sawaka dan Panglai

Ada sistem kepercayaan yang juga dianut oleh sebagian penduduk Desa Sukasari, yakni Sawaka dan Panglai. Sawaka adalah istilah untuk menitipkan proses kelahiran bayi pada paraji, biasanya dengan memberikan beberapa kilogram beras dan atau seekor ayam pada saat usia kandungan 7 bulan. Sedangkan Panglai adalah tolak bala berupa peniti dengan irisan jahe yang disematkan pada pakaian dalam ibu hamil. Tentang keterlibatan paraji dan sawaka dalam mempersiapkan persalinan, kader posyandu mengatakan:

Ibu-ibu disini rajin periksa kehamilan ke posyandu atau bidan, tapi pas tujuh bulan usia kehamilan suka dititipin ke paraji, istilahnya sawaka. Jadi paraji merasa harus membantu persalinan lewat dia. Kalau udah dititipkan, ya udah berarti melahirkan dengan paraji. Tapi klo komplikasi baru “teriak”. Pernah ada kejadian lucu, pas ibu yang ditolong paraji dibawa puskesmas ketika terjadi komplikasi. Setelah ibu dan bayi selamat, lalu ditanya oleh petugas puskesmas tentang apa yang dilakukan paraji saat itu, kata si ibu, “paraji pakai selongsong (bambu) untuk niup-niup”..

Tabel berikut ini adalah hasil wawancara dengan para ibu yang baru melahirkan (dengan usia anak dibawah 8 bulan), yang menyangkut kepercayaan mereka tentang orang yang membantu saat proses persalinan

Tabel 6.7.2
Hasil wawancara dengan Ibu yang memiliki bayi

No	Nama Ibu	Usia Ibu (th)	Usia Bayi (bulan)	Tahu/Tidak Jampersal	Tempat Persalinan	Bantuan Persalinan	Keterangan
1.	WT	28	2	Tidak	Klinik	SPOG, Majalengka	Anak Kedua
2.	MA	30	7	Tidak	Klinik	SPOG, luar kota	Anak Kedua
3.	KK	32	8	Tidak	Rumah	Paraji	tiga anak sebelumnya lahir dengan bantuan paraji
4.	CC	25	8	Tidak	Rumah	Paraji	Anak Pertama
5.	DF	25	4	Tidak	Rumah	paraji	Belum sempat ke Puskesmas, bayi sdh lahir
6.	IM	40	9	Tidak	Rumah	Paraji	Jumlah anak 5 orang Semua dengan bantuan paraji
7.	AN	20	9	Tahu	Puskesmas	Bidan	Anak Pertama
8.	AT	19	9	Tahu	Rumah Sakit	SPOG, luar kota	Anak Pertama
9.	LD	27	5	Tahu	Rumah	Paraji	Anak I dan 2 lahir dengan bantuan paraji

Sumber : Hasil wawancara dengan para ibu yang memiliki bayi di Posyandu

Tabel berikut ini adalah hasil wawancara dengan ibu hamil, yang menyangkut rencana tempat persalinan dan siapa yang dipercaya untuk membantu saat persalinan:

Tabel 6.7.3
Wawancara dengan Ibu hamil

No	Nama Ibu	Usia Ibu	Usia Hamil	Tahu/Tidak Jampersal	Rencana tempat bersalin	Pertolongan Persalinan	Keterangan
1.	AE	20	7	Tahu	Puskesmas	Bidan	anak pertama
2.	ES	21	8	Tahu	Rumah	Bidan dan Paraji	anak pertama
3.	YN	19	9	Tahu	Bidan Praktek	Bidan	anak pertama
4.	DD	38	8	Tahu	Bidan Praktek	Bidan	anak ketiga anak1 dan2 lahir bantuan paraji

Sumber : Hasil wawancara dengan ibu hamil di Posyandu

Proses kelahiran seharusnya sudah dapat diprediksi kapan waktunya bila rajin periksa kehamilan. Diminggu terakhir jelang persalinan seharusnya ibu sudah mempersiapkan diri. Beberapa ibu mengatakan bahwa dia menggunakan paraji, karena sudah terlanjur bayinya mau lahir. Ibu dengan resiko tinggi seharusnya melahirkan di Puskesmas atau Rumah Sakit. Dari

tabel 6.7.2 terdapat seorang ibu usia 40 tahun yang melahirkan anak ke 5, tentu saja memiliki resiko tinggi bila melahirkan di rumah dengan bantuan paraji. Namun ternyata ibu tersebut melahirkan dengan bantuan paraji, meski beresiko. Pengetahuan para ibu tentang Jampersal minim, bahkan ada yang sepertinya belum pernah mendengar istilah tersebut. Tapi ketika ditanya mengenai apakah mengetahui bahwa melahirkan di puskesmas gratis, mereka mengangguk dan mengetahui hal tersebut.

Dari tabel 6.7.3 wawancara dengan ibu hamil di Posyandu, semua ibu mengatakan tahu mengenai Jampersal, tapi tidak semuanya ingin melahirkan di fasilitas kesehatan. Masih ada seorang ibu yang berencana melahirkan di rumah dengan bantuan bidan dan paraji.

Adanya **sawaka** bagi paraji yang sudah bermitra dengan bidan, maka sawaka diartikan bahwa bila saat melahirkan tiba, dia harus segera memanggil bidan atau ikut menemani ke puskesmas. Tapi bila paraji yang tidak mau kerja sama dengan bidan, maka proses kelahiran bayi ditanganinya sendiri.

Mengenai kepercayaan saat kehamilan dan merawat balita juga masih tertanam dalam kehidupan para ibu hamil.. Berikut penuturan **Kader Posyandu**:

Ibu-ibu saat hamil, suka pakai panglai (peniti dengan jahe yang disematkan ke pakaian dalam) ..masih ada juga yang percaya, katanya biar aman dan selamat. Kadang pakai gunting kecil di baju.. Bayi juga ada yang pakai kalung jimat.. ada dukun khusus bayi supaya ga rewel atau cacingan. Biasanya kombinasi kalung dan jamu. Bangle dan temulawak, dicekok. Padahal kadang bayi dibawah garis merah, gizi buruk. Ibunya ga mau kalau dibilang bayinya kurang gizi. Kalau dikasih tahu baik-baik suka tersinggung, akhirnya ga mau lagi datang ke posyandu.. padahal harus disadari dan dikasih pembinaan..

Di Posyandu, ketika kegiatan berlangsung, beberapa ibu hamil turut memeriksakan kehamilannya pada bidan. Ketika ditanya apakah mereka memakai panglai? Mereka sambil tertawa perlahan mengatakan bahwa dirinya memakai panglai untuk berjaga-jaga saja.

Gambar 6.7.4**Panglai**

Disamping keempat ibu hamil dari tabel di atas, ada seorang ibu yang tidak hadir di Posyandu namun berhasil ditemui di rumahnya, mengatakan bahwa dirinya ingin tetap melahirkan di rumah dengan bantuan paraji, meski tahu bahwa program jampersal gratis di fasilitas kesehatan. **Ibu hamil:**

Saya mah mau melahirkan di rumah aja. Nanti sama Mak N (paraji) Disini (dirumah) lebih enak daripada harus melahirkan di Rumah Sakit. Yah namanya juga dirumah sendiri..

Gambar 6.7.5**IBU HAMIL DAN SUAMI**

Sumber : Dokumen Peneliti, 18 April 2013

Para ibu biasa menyebut puskesmas dengan sebutan rumah sakit. Lebih jauh ketika ditanya mengapa lebih nyaman? alasannya adalah dirinya tidak mau meninggalkan suami dan anaknya yang masih berusia 4 tahun. Melahirkan di rumah menurutnya lebih nyaman. Mengenai melahirkan dengan paraji menurutnya tidak apa-apa. “Ibu saya dari dulu juga pakai paraji kalau melahirkan”. Ibu yang sedang hamil 6 bulan ini juga menggunakan “pelindung” panglai yang disematkan dibalik bajunya. Katanya untuk berjaga-jaga saja. Kehidupan keluarga ini tampaknya hidup cukup, mereka memiliki usaha konveksi kerudung yang memiliki beberapa mesin jahit. Suaminya tampak juga hadir saat ditemui.

Melihat sistem kepercayaan yang sudah terinternalisasi pada beberapa penduduk desa, tentunya hal ini dapat menghambat implementasi program Jampersal. Disatu sisi, masyarakat desa memiliki kapital sosial yang cukup baik, namun disisi lain, sebagian penduduk masih percaya pada nilai dan norma yang kurang mendukung keberhasilan Jampersal, yakni masih percaya bantuan paraji dalam persalinan dengan cara menitipkan pada paraji, atau sawaka, dan masih percaya adanya panglai. Beberapa ibu dengan usia diatas 40 tahun tampaknya kurang memikirkan keselamatan dirinya. Namun hal ini bukan hanya karena kehendak ibu hamil semata, tetapi karena suami yang kurang peduli pada keselamatan isteri.

Masih dianutnya sistem kepercayaan, dapat disebabkan karena tingkat pendidikan penduduk Desa Sukasari masih rendah. Berdasarkan Profil Desa Sukasari tahun 2011, bahwa jumlah penduduk yang tamat Universitas, berjumlah 0,45%, lulusan D1,D3 sebanyak 7%, lulusan SLTA, sebanyak 5%. Yang terbanyak adalah lulus SD 29% dan SLTP 18,5%. Rendahnya tingkat pendidikan dan kurangnya sosialisasi mengenai Jampersal dapat menyebabkan rendahnya tingkat pemahaman ibu mengenai kesehatan kehamilan dan persalinan, sehingga masih ditemui kasus kematian ibu di Desa Sukasari. Program Jampersal harus disosialisasikan secara optimal. Arahan kebijakan pemerintah daerah dapat memanfaatkan potensi Kapital Sosial yang ada, agar implementasinya dapat terselenggara dengan baik.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Program Jaminan persalinan merupakan hak bagi warga, khususnya para ibu dalam mendapatkan layanan kesehatan. Hal ini sesuai dengan Undang-undang Dasar 1945, pasal 28 H ayat 1 dan Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. Bahwa kesehatan merupakan hak azasi. Kementerian Kesehatan RI mengeluarkan kebijakan sosial jampersal agar para ibu dapat melakukan persalinan dan perawatan kesehatan yang berkenaan dengan kehamilan dan persalinan tanpa dikenai biaya. Oleh karena itu upaya yang dilakukan untuk mendukung Program Jampersal harus diperjuangkan. Para ibu hamil dan ibu bersalin sebagai *target group* mempunyai hak untuk mendapatkan layanan kesehatan dan persalinan di fasilitas kesehatan yang tercakup didalam Program Jampersal.

Fasilitas Kesehatan

Fasilitas Kesehatan seharusnya dapat dijangkau oleh *target group* dari kota hingga pelosok pedesaan di seluruh tanah air. Untuk wilayah kota besar dimana Puskesmas dengan fasilitas yang lengkap serta tenaga medis dan paramedis yang jumlahnya memadai mudah ditemui. Namun untuk wilayah tertentu di Indonesia, masalah kurangnya tenaga medis dan paramedis sangat memprihatinkan. Banyak kasus dimana para ibu harus kehilangan nyawanya saat persalinan karena kurangnya tenaga medis terutama spesialis kebidanan (SPOG), ketika terjadi komplikasi.

Fasilitas kesehatan yang seharusnya ada disetiap desa adalah Poskesdes. Letaknya yang berada di dalam desa, tentu membuat para ibu mudah mengakses layanan kesehatan. Namun sayangnya Poskesdes Desa Sukasari kurang berfungsi dengan maksimal karena adanya perubahan arah kebijakan pembangunan desa, yang sebelumnya berorientasi pada kesehatan, lalu beralih pada pendidikan dengan mengalihfungsikan bangunan Poskesdes

menjadi PAUD (Pendidikan Anak Usia Dini). Tentunya hal ini menghambat ibu dalam memperoleh haknya untuk mendapatkan layanan kesehatan.

Kebijakan Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah

Pemotongan Jasa Pelayanan Jampersal yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka dan Pimpinan Puskesmas terhadap tenaga medis atau paramedis dalam mendapatkan uang insentif jasa pelayanan harus diperhatikan agar tidak mengambil hak yang seharusnya diperoleh oleh bidan. Pemberian insentif jasa pelayanan merupakan pendapatan diluar penghasilan yang diperoleh sebagai pegawai Puskesmas. Sesuai ketentuan yang berlaku, sebanyak 75% untuk pemberi pelayanan, sedangkan 25% untuk penghasilan puskesmas. Berdasarkan Petunjuk teknis Jaminan Persalinan, hal ini dimaksudkan agar terjadi akselerasi tujuan program dan tujuan MDGs, terutama pencapaian penurunan angka kematian ibu.

Ada ketidaksesuaian dalam hal pembagian tarif jasa pelayanan. Bahwa yang seharusnya 25% menjadi pemasukan puskesmas, namun secara birokrasi ada penyimpangan dimana 25% untuk kas pemerintah daerah. Dan bahkan dianggap sebagai Pendapatan Asli Daerah, karena ada kesepakatan bersama antara Pemerintah Daerah dengan Kementerian Dalam Negeri. Sehingga Puskesmas tidak mendapatkan pemasukan sebagai penyedia tempat (fasilitas kesehatan). Keadaan ini yang menyebabkan terjadinya pemotongan jasa pelayanan. Pimpinan puskesmas membuat kebijakan untuk memotong dana yang seharusnya diterima oleh bidan yang jumlahnya berbeda-beda tergantung kebijakan Puskesmas.

Pemenuhan Hak Sosial

Hak ibu sebagai kelompok target untuk mendapatkan layanan kesehatan kurang terpenuhi, karena ada mata rantai birokrasi yang menghambat. Bila pemasukan puskesmas dari Jampersal dianggap sebagai pemasukan asli daerah, maka Puskesmas tidak memiliki otoritas pengelolaan keuangan untuk memaksimalkan pelayanan kesehatan. Sehingga Program Promosi Kesehatan

kurang berjalan secara optimal. Hal ini dapat dilihat pada Desa Sukasari dimana Poskesdes kurang mendapat pembinaan dari Puskesmas.

Berkaitan dengan pemotongan insentif bidan oleh Puskesmas seharusnya tidak perlu dilakukan. Bidan puskesmas merupakan ujung tombak dalam upaya meningkatkan kesehatan ibu dan mencegah kematian ibu pada saat persalinan. Jangkauan wilayah yang luas dan banyaknya para ibu yang dilayani, merupakan beban tugas yang diemban oleh bidan. Waktu dan tenaganya harus disiapkan selama 24 jam dalam membantu persalinan. Bila terjadi pemotongan insentif, tentunya bidan kurang maksimal dalam memberikan pelayanan, sehingga berpengaruh pada kelompok sasaran.

Ketidakberlanjutan kerjasama Bidan Praktek Mandiri (BPM) dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka dapat mengurangi hak sosial ibu dalam mendapatkan pilihan layanan kesehatan dan persalinan di fasilitas kesehatan.

Kapital Sosial Desa Sukasari

Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat sebagai perwujudan dari kriteria Desa Siaga, dapat terlaksana dengan baik karena adanya dukungan dari masyarakat melalui Forum Masyarakat Desa dan Tim Penggerak PKK. Kedua perkumpulan ini merupakan Kapital Sosial yang mendukung implementasi Program Jampersal, melalui Posyandu yang memberikan layanan pemeriksaan kesehatan untuk ibu hamil dan bayi. Dukungan Kapital Sosial juga dimiliki oleh Kemitraan Bidan dan Dukun yang saling bekerjasama dalam memberi bantuan persalinan.

Tim Penggerak PKK merupakan perkumpulan para isteri aparat desa yang bertugas menjadi kader Posyandu. Kekuatan ikatan kelompok lokal ini terjalin karena ada tujuan dan harapan yang sama untuk mewujudkan kesejahteraan keluarga yang salah satunya melalui program PKK bidang kesehatan. Posyandu merupakan kegiatan yang dilaksanakan oleh TP PKK berjalan dengan baik. Karakteristik adanya prosyandu yang berjalan dengan baik ini membuat Desa Sukasari termasuk dalam kategori Desa Siaga Aktif.

Forum Masyarakat Desa merupakan kelompok masyarakat desa yang mampu membuat jaringan dan bersinergi dengan insitusi pemerintah. Disetujuinya pengajuan proposal ke fasilitator kecamatan untuk mendapatkan bantuan tunai bagi setiap persalinan ibu, merupakan keberhasilan *bridging* yang dilakukan oleh FMD. Ikatan yang kuat didalam FMD, terjalin karena ada rasa kebersamaan ketika bergotong royong dalam membangun Poskesdes dan saluran air bersih serta irigasi. Nilai dan norma gotong royong ini yang menyatukan mereka. Hal ini merupakan kapital sosial yang paling menonjol dalam FMD.

Bentuk Kemitraan Bidan dan Dukun di Desa Sukasari sudah ada, meski bukan dalam bentuk formal (kesepakatan atau perjanjian tertulis). Namun dua dari tiga paraji, sudah memiliki kesepakatan untuk bekerja sama dengan bidan, bahwa proses persalinan hanya boleh dilakukan oleh bidan. Sedangkan paraji terbatas pada pelayanan nifas atau memandikan bayi. Keberadaan paraji sangat dibutuhkan oleh para ibu yang hendak bersalin.

Paraji sudah dipercaya turun temurun dan bahkan sudah dianggap kerabat dekat. Adanya sawaka (menitipkan) ketika usia kehamilan 7 bulan menunjukkan bahwa ada budaya yang sudah terinternalisasi dalam masyarakat. Meski sudah mendapat penyuluhan mengenai Jampersal oleh Ibu pamong dalam pelaksanaan Posyandu, namun budaya tersebut tetap ada. Paraji tetap merasa harus membantu ibu bersalin, bila sudah mendapat sawaka. Bagi bidan, paraji memiliki fungsi tersendiri, bahkan bidan merasa terbantu bila paraji dapat menenangkan ibu dalam proses persalinan. Sehingga baik bidan maupun paraji sebaiknya harus saling bekerja sama. Oleh karena itu konsep Kemitraan Bidan dan Dukun dapat diupayakan agar terealisasi secara formal melalui dukungan tokoh masyarakat, dan puskesmas. Forum Masyarakat Desa dapat menjadi fasilitator dalam mewujudkan Kemitraan Bidan dan Dukun.

Kemitraan Bidan dan Dukun dalam mendukung Program Jaminan Persalinan dapat terlihat fungsinya apabila Poskesdes sudah berjalan dengan baik. Bidan Desa yang bertugas di Poskesdes, tentu memiliki otonomi untuk memberikan layanan kesehatan, terutama untuk persalinan. Dan sebagai

“wakil” Puskesmas, tentu menjalankan tugasnya dalam mendukung Program Jampersal. Insentif jasa pelayanan bagi bidan dan dukun dapat dibuat berdasarkan kesepakatan dengan melibatkan tokoh masyarakat melalui Forum Musyawarah Desa. Misalnya bila bidan mengajak ibu hamil untuk memeriksakan kehamilan dan melakukan proses persalinan di Poskesdes, tentu ada pembagian uang jasa. Jumlahnya dapat disepakati bersama, sehingga paraji tidak merasa pekerjaannya diambil alih oleh bidan. Bila belum ada Poskesdes tentunya sulit terjalin kerjasama antara bidan dan dukun, sehingga ibu hamil lebih memilih melahirkan di rumah dengan bantuan paraji.

Nilai dan Norma Sosial.

Prinsip banyak anak banyak rejeki masih menjadi nilai dan norma yang dianut oleh sebagian masyarakat. Hal ini dapat dilihat dari masih adanya penduduk yang memiliki jumlah anak yang banyak, dan ibu hamil dalam usia diatas 35 tahun. Tolak bala melalui penggunaan “panglai” juga masih dijalankan oleh para ibu hamil. Berkaitan dengan hal ini maka Kapital Sosial harus berjalan dalam masyarakat. Komunitas yang ada seperti tim penggerak PKK dapat dimanfaatkan untuk memberi pemahaman kepada masyarakat desa, berkaitan dengan norma dan nilai yang tidak sesuai dengan prinsip kesehatan.

7.2 Saran

Minimnya sumberdaya yang menyangkut tenaga medis dan paramedis, khususnya di Kabupaten Majalengka harus diatasi segera mungkin dengan penempatan yang merata hingga ke seluruh wilayah Kabupaten Majalengka. Organisasi ikatan profesi Ikatan Bidan Indonesia (IBI) sudah menyuarakan hal tersebut, namun belum terealisasi, padahal Program Jampersal merupakan kebijakan populer. Berbagai slogan dan iklan layanan masyarakat di pelosok wilayah sudah disosialisasikan, bahwa para ibu dapat melahirkan gratis melalui Program Jampersal. Namun tampaknya pemerintah Kabupaten Majalengka kurang memperhatikan dukungan sumber daya tenaga kesehatan dalam mensukseskan Program Jampersal.

IBI juga harus lebih kuat dalam menyuarakan aspirasi bidan agar tidak terjadi pemotongan insentif jasa layanan kesehatan yang tidak sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Disamping itu perlu menyuarakan agar kerjasama Bidan Praktek Mandiri dengan Dinas Kesehatan Kabupaten tidak diputuskan sepihak, mengingat peran BPM cukup tinggi dalam mendukung Program Jampersal.

Perlu adanya Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) tingkat Kabupaten yang berorientasi pada hak azasi manusia, terutama pemenuhan hak kesehatan ibu. Tujuannya adalah untuk mengukur kepedulian pemerintah agar kebijakan yang dijalankan sesuai dengan kualitas pelayanan kesehatan dan hak azasi manusia. Disamping itu LSM berfungsi sebagai kontrol sosial yang diperlukan untuk mengkaji apakah proses yang melibatkan berbagai pihak (*stakeholder*) berjalan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Sehingga komitmen pemerintah dalam pemenuhan hak para ibu dapat terwujud.

Saran yang berhubungan dengan dukungan kapital sosial dalam Program Jampersal adalah pembentukan Forum Peduli Kesehatan Ibu dan Anak (FPKIA) yang merupakan forum partisipatif masyarakat dalam pencegahan kematian ibu dan bayi. Dengan mengadakan pertemuan rutin bulanan yang melibatkan forum-forum yang telah ada. Kelompok masyarakat yang tergabung dalam FMD, TP PKK, Kader Posyandu dsb. Forum ini sebaiknya mengikutsertakan bidan. Tujuannya adalah membahas permasalahan kesehatan ibu dan anak dengan mempelajari laporan dari kelompok masyarakat tersebut dan berupaya mengatasi permasalahan atauantisipasi penanganan bila ada ibu hamil resiko tinggi atau terjadi komplikasi.

Menghidupkan komunitas calon donor darah, dengan kesiapsiagaan penuh dari orang terdekat ibu hamil, terutama suami dan sanak keluarganya untuk menjadi pendonor darah. Perlu adanya sarana transportasi “ambulans desa” yang merupakan kendaraan milik warga yang siap antar ke fasilitas kesehatan rujukan. Untuk mencegah keterlambatan, sebaiknya dibuat perjanjian atau amanat kesepakatan mengenai kesediaan ibu hamil dan keluarganya untuk segera membawa ibu hamil ke rumah sakit bila terjadi

gawat darurat. Hal ini disebabkan adanya beberapa kasus yang disampaikan oleh dokter puskesmas, bahwa sulit dan lamanya tercapai kesepakatan didalam keluarga untuk membawa ke rumah sakit bila terjadi komplikasi.

Hasil Forum Peduli Kesehatan Ibu dan Anak ini, memuat rencana kegiatan yang sebaiknya disosialisasikan ditempat umum atau tempat yang biasa dikunjungi warga, dengan menempelkannya di papan pengumuman, seperti yang terdapat di balai desa. Dengan demikian warga desa dapat saling membantu dan mengingatkan agar tercapai kewaspadaan dalam upaya meningkatkan kesehatan ibu dan mencegah kematian ibu saat persalinan. Berharap dengan dukungan kapital sosial yang sudah terwujud di Desa Sukasari, dapat meningkatkan kesehatan ibu hamil dan kewaspadaan terhadap resiko tinggi kehamilan, sehingga kasus-kasus kematian ibu tidak terjadi lagi.

DAFTAR PUSTAKA

BUKU

Blakemore, Ken, Griggs, Edwin. (2007). *Social Policy an Introduction*. Open University Press. McGraw Hill Education.

Creswell, John W (2007). *Qualitative Inquiry & Research Design*. 2nd Ed. Sage Publication .

Dean, Hartley. (2000). *Social Policy and Human Rights: Re-thinking the Engagement*. *Social & Policy*. The Open University.

Edi Suharto PhD. (2007). *Kebijakan Sosial*. Penerbit Alfabeta, Bandung.

Held, David. (1983). *States and Society*. Basil Blackwell Ltd.

Lawang, Robert MZ. *Kapital Sosial dalam Perspektif Sosiologik*. 2005. FISIP UI Press.

Lewis, Gail; Gewirt, Sharon, et al, ed. (2000). *Rethinking Social Policy*. Sage Publication

Mullard, Maurice dan Spicker, Paul (1998). *Social Policy in a Changing Society*.
Routledge.

Neuman, W. Lawrence .(1991). *Social Research Methods. Qualitative and Quantitative approaches* (5thed) Pearson Education.

Niegel, Johnson. *Social Policy & Society*. (2004). Cambridge University Press.

Putnam, Robert D. (2000) *Bowling Alone*. Simon & Schuster.

Rik van Berkel, Borghi, Vando .(2008). *Introduction: The Governance of Activation*.
Social & Policy. Cambridge University Press.

Roche, Martin (2004). *Social Policy and Social Capital :A Clear Case of putting Merit before Method*. Social Policy and Society. Cambridge University Press.

Rokx, Claudia; Giles, John, et al, ed (2010). *New Insight into the Provision of Health Services in Indonesia*. World Bank.

Santana K, Septiawan. (2010). *Menulis Ilmiah*. Yayasan Pustaka Obor Indonesia.

Schaefer, Richard T (2012). *Sosiologi. Sociology*. Ed 12, Salemba Humanika.

JURNAL

Amenta, Edwin dan Young, Michael P. (1999). Democratic and Social Movemenets : Theoretical Arguments and Hypothesis. *Social Problems*. (Vol 46. No.2).

Anggorodi, Rina, Dukun Bayi Dalam Persalinan oleh Masyarakat Indonesia, (2009), *Makara* (vol 13 no. 1).

Berkel, Rik van dan Borghi, Vando.(2008) Introduction : The Governance of Activation. *Social Policy and Society* 7:3

Boeck, Thilo dan Fleming, Jennie. (2005). Social Policy- A Help or Hindrance to Social Capital. *Social Policy & Society* 4:3

Coleman, James.(1988). Social Capital in the Creation of Human Capital. *The American Journal of Sociology*. Vol 94.

Fikree, Fariyal F; Worley, Heidi et al, ed. Delivering Safer Motherhood: Sharing the Evidence. Impact. *Population Reference Bureau*. February 2007.

Fukuyama, Francis. (2002). Social Capital and Development: The Coming Agenda. *SAIS Review* (vol.XXII no.1).

Portes, Alejandro.(1998). Social Capital: Its origin and Applications in Modern Sociology. *Sociology Annual Review*.

Woolcock, Michael; Narayan, Deepa. (2000). Social Capital: Implications for Development Theory, Research, and Policy. *The World Bank Reasearch Observer* (vol 15 no 2).

DOKUMEN LEMBAGA

Departemen Kesehatan RI. Ditjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat (1990).

Peningkatan Peran Serta Masyarakat, Panduan bagi Petugas Puskesmas.

Departemen Kesehatan RI. Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya

Manusia Kesehatan. (2007). *Rencana Pelaksanaan Pencapaian Sasaran VI khususnya Bidan.*

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat (2010). *Buku Pedoman Desa Siaga Aktif.*

Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA, Provinsi Banten. Kementerian Kesehatan RI (2011). *Assessment GAVI-HSS.*

Direktorat Bina Kesehatan Ibu (2011). Kementerian Kesehatan RI. *Kemitraan Bidan dan Dukun.* Factsheet.

Hernawati, Ina. (2011). *Analisis Kematian Ibu di Indonesia tahun 2010. Berdasarkan Data SDKI, Riskedas dan Laporan Rutin KIA.* Pertemuan Teknis Kesehatan Ibu. Bandung 5 April 2011.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Petunjuk Teknis Jampersal.* Nomor 2562/Menkes/Per/XII/2011.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2012). *Petunjuk Teknis Pengembangan dan Penyelenggaraan Pos Kesehatan Desa.*

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2008). *Pedoman Pelaksanaan Kemitraan Bidan dan Dukun.*

Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2010.

Peraturan Bupati Majalengka. *Jasa Pelayanan Jaminan Persalinan pada UPTD Puskesmas di lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka.* Nomor 8 tahun 2012

Profil Kesehatan Jawa Barat 2011

Profil Kesehatan Majalengka 2011

Profil Kesehatan Kecamatan Cikijing 2012

Profil Kecamatan Cikijing 2012

Profil Desa Sukasari 2012

Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan

TESIS

Sutrisno, Budi (2011). *Pengaruh PNPM Mandiri Perkotaan terhadap peningkatan Kapital Sosial Masyarakat*. Tesis. Program Studi Pascasarjana Sosiologi. Universitas Indonesia.

Yandra, Boy (2010). *Motivasi Bidan serta Dukun Bayi dalam pelaksanaan Program Kemitraan Pertolongan Persalinan di Kabupaten Bangka*. Tesis. Progam Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat. Universitas Gadjah Mada.

PUBLIKASI ELEKTRONIK :

Pemerintah meluncurkan Jampersal untuk Turunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi. Kementerian Kesehatan RI. 15 Maret 2012
www.depkes.go.id/index.php/berita/press-release/1454-pemerintah-luncurkan-jampersal-untuk-turunkan-angka-kematian-ibu-dan-bayi.html

Badan Litbangkes Paparkan Hasil Sementara Studi Evaluatif Implementasi Jaminan Persalinan Tahun 2012. Kementerian Kesehatan RI. 11 Januari 2013
www.kesehatanibu.depkes.go.id/archives/category/berita-jampersal

Menteri Kesehatan Mengharapkan Para Bidan Sukseskan Jampersal. Kementerian Kesehatan RI 27 November 2012
<http://www.kesehatanibu.depkes.go.id/archives/277>
<http://www.poskota.co.id/berita-terkini/2011/11/27/warga-banyak-belum-tahu-jampersal>

43 Persen Persalinan Masih di Rumah. kompas.com. 21 Mei 2012
<http://www.health.kompas.com/read/2012/05/21/08013013/43.Persen.Persalinan.Masih.Di.Rumah>

Bidan Wajib Setor Jasa Jampersal, Jawa Pos National Network. 12 Februari 2013
<http://www.jpnn.com/read/2013/02/12/158000/Bidan-Wajib-Setor-Jasa-Jampersal>

Menko Kesra Desak Daerah Stop Potong Uang Jasa Bidan. Pos Kota Online, 15 Mei 2012.

<http://www.poskotanews.com/2012/05/15/menko-kesra-desak-daerah-stop-potong-uang-jasa-bidan/>

Dimiyati, Vien. *Insentif untuk Bidan Disunat, Program MDG's Rusak.* Jurnal Nasional. 18 Mei 2012

<http://www.jurnas.com/news/61132>