

**IMPLEMENTASI KEBIJAKAN SISTEM JAMINAN KESEHATAN IBU HAMIL
DALAM RANGKA MEMPERCEPAT PENCAPAIAN
MILLENIUM DEVELOPMENT GOALS - MDG'S
DI KOTA BANJARMASIN, KALIMANTAN SELATAN**

Oleh : Anis Suroyo
Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin

Abstract

Maternal and child health is one of the Millennium Development Goals MDG's 2015 global agreement targeting the maternal mortality rate in Indonesia can be reduced to 102 per 100,000 live births in 2015. Efforts to suppress AKI continue to be pursued, including the provision of health services for pregnant women. In 2014, the government began implementing a National Health Insurance (JKN) nationally. Implementation of the JKN program causes Delivery Guarantee (Jampersal) for pregnant women deleted. The deletion encourage local governments to be creative pressing AKI with JKN program and the Regional Health Insurance (Jamkesda). Policy of Implementation Security System Maternal Health in Banjarmasin, which inhibits MCH program because the program JKN knows no territorial, pregnant women can choose the health care she likes, while the MCH program is monitoring the health of pregnant women by the cantonal ie PWS-KIA for evaluation and program planning region. The cause of the mortality rate among pregnant women in the city of Banjarmasin is due late in delivery to the referral occurs as a result of factors helper (service providers at a basic level), delayed detection of high risk so that the condition of pregnant women who were referred is severe enough, and too late to reach health care at the level of referral services. Lack of adequate resources, facilities and infrastructure that do not support and quality of service at referral level is a factor causing delay in rescue efforts maternal health. JKN program bureaucratic system does not support MCH programs, thus largely independent midwives are reluctant to deal with pregnant women / mothers give birth this was due to a convoluted bureaucracy and services / approved rates are too low in accordance with Law of the Ministry of health No 59, 2014.

Key words: implementation of policies, health insurance pregnant women.

Latar Belakang

Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah sebuah sistem jaminan sosial yang ditetapkan di Indonesia dalam UU No. 40 Tahun 2004. Jaminan sosial ini adalah salah satu bentuk perlindungan sosial yang diselenggarakan oleh negara guna menjamin warga negaranya untuk memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak. Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) ini mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk di Indonesia, termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Baik institusi pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta dapat memberikan layanan untuk program tersebut selama mereka menandatangani sebuah kontrak kerja sama dengan pemerintah. Kementerian Kesehatan tengah mengupayakan suatu regulasi berupa peraturan menteri, yang akan menjadi payung hukum untuk mengatur antara lain pelayanan kesehatan, pelayanan kesehatan tingkat pertama, dan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan.

Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan BPJS

Ketenagakerjaan. Jaminan Sosial adalah bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya dengan layak. Dengan demikian, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Kematian ibu adalah kematian perempuan pada saat hamil atau kematian dalam kurun waktu 42 hari sejak terminasi kehamilan tanpa memandang lamanya kehamilan atau tempat persalinan, yakni kematian yang disebabkan oleh kehamilannya atau pengelolaannya, bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan, terjatuh, dll (Utomo 1985). Angka kematian ibu (AKI) adalah banyaknya kematian perempuan pada saat hamil atau selama 42 hari sejak terminasi kehamilan tanpa memandang lama dan tempat persalinan, yang disebabkan karena kehamilannya atau pengelolaannya, dan bukan karena sebab-sebab lain, per 100.000 kelahiran hidup.

Millennium Development Goals (MDG's) atau Tujuan Pembangunan Millenium, adalah sebuah paradigma pembangunan global yang dideklarasikan/Konferensi Tingkat Tinggi Millenium oleh 189 negara anggota Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB) di New York pada September 2000. Semua negara yang hadir dalam pertemuan tersebut berkomitmen untuk mengintegrasikan *MDG's* sebagai bagian dari program pembangunan nasional dalam upaya menangani penyelesaian terkait dengan isu-isu yang sangat mendasar tentang pemenuhan hak asasi dan kebebasan manusia, perdamaian, keamanan, dan pembangunan Indonesia harus berusaha mencapai target-target yang telah ditentukan pada kesepakatan tersebut pada 2015. Untuk mencapai tujuan *MDG's* 2015 diperlukan koordinasi, kerjasama, serta komitmen dari seluruh pemangku kepentingan, terutama pemerintah (nasional dan lokal).

Kematian dan kesakitan pada ibu hamil dan bersalin merupakan masalah yang besar di negara miskin dan berkembang, seperti di Indonesia. Kematian dan kesakitan ibu sebenarnya dapat dikurangi atau dicegah dengan berbagai usaha perbaikan dalam bidang pelayanan kesehatan obstetri. Pelayanan kesehatan tersebut dinyatakan sebagai bagian integral dari pelayanan dasar yang terjangkau seluruh masyarakat. Kegagalan dalam penanganan kasus kedaruratan obstetri umumnya disebabkan oleh kegagalan mengenal risiko kehamilan, keterlambatan rujukan, kurangnya sarana yang memadai untuk perawatan ibu hamil dengan risiko tinggi, maupun pengetahuan tenaga medis, paramedis, dan penderita dalam mengenal kehamilan risiko tinggi, secara dini, masalah dalam pelayanan obstetri, maupun kondisi ekonomi.

AKI adalah salah satu indikator pembangunan negara dan merupakan salah satu target yang masih sulit dicapai di Indonesia. Target *MDG's* 2015 ialah menurunkan AKI menjadi 102/100.000 kelahiran hidup, namun hingga 2007 AKI di Indonesia masih 228/100.000 kelahiran hidup, sehingga diperlukan kerja keras untuk mencapai target tersebut. Hasil Survei Demografi dan Kesehatan (2012) menunjukkan tingkat kematian ibu meningkat tajam dibanding survei yang dilakukan pada 2007 silam. Survei menemukan fakta bahwa terdapat kematian ibu melahirkan sebanyak 359 per 100 ribu kelahiran. Indonesia memiliki angka kematian ibu tertinggi dibandingkan dengan negara-negara anggota *Assosiation of South East Asian Nations*. Walaupun faktor risiko komplikasi kehamilan dan cara pencegahan pada ibu hamil telah diketahui, pelayanan antenatal dan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan telah cukup tinggi, tetapi jumlah kematian ibu dan bayi masih tetap tinggi.

Dalam rangka meningkatkan kemampuan pengelola dan pelaksana program KIA pada tingkat kabupaten/kota dan puskesmas, pengelola program KIA harus mampu mengolah data KIA guna memperkuat manajemen program, sebagai bahan perencanaan dan monitoring program KIA di kabupaten/kota. Sebagian besar data KIA sudah tersedia di lapangan walaupun ada keterbatasan beberapa data yang terkait dengan kematian ibu

dan anak serta penyebabnya. Namun demikian, data KIA tersebut sering kali belum atau tidak digunakan untuk membuat perencanaan, monitoring dan evaluasi program KIA berdasarkan data. Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) merupakan program nasional yang telah dilaksanakan sejak 1990-an. Sampai saat ini seluruh kabupaten/kota telah melaksanakan secara rutin dan melaporkannya ke pusat melalui provinsi.

Menteri Kesehatan prihatin pada tingginya angka kematian ibu dan angka kematian bayi di Indonesia. Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012, AKI mencapai 359 per 100 ribu kelahiran hidup. Dalam survei yang sama, 5 tahun lalu, AKI hanya 228 per 100 ribu kelahiran hidup (SDKI 2007).

Pada 2014, pemerintah meluncurkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuan JKN adalah mempermudah masyarakat mengakses pelayanan kesehatan yang bermutu dengan jalan melakukan perubahan dalam sistem pembiayaan kesehatan. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia dimulai sejak 1 Januari 2014. JKN mempunyai tujuan yang terkait dengan keadilan kesehatan. UU SJSN No. 40 Tahun 2004 pasal 2 menyatakan bahwa kebijakan ini mempunyai tujuan meningkatkan keadilan sosial bagi rakyat Indonesia.

Pemerintah menghapus program Jaminan Persalinan untuk ibu hamil mulai 2014. Program itu dilebur di dalam JKN. Ibu hamil yang ingin mendapat layanan gratis diminta mendaftar sebagai peserta. Belum tentu semua ibu hamil berhak memperoleh JKN dapat mengakses layanan difasilitas kesehatan dari Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK) pemerintah atau swasta yang mempunyai perjanjian kerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Layanan kesehatan tetap akan mengenakan biaya jika pasien tidak menunjukkan kartu kepersertaan JKN dan memperoleh manfaat Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Pada program Jampersal seluruh ibu hamil bisa mengakses, namun untuk JKN hanya bagi peserta yang sudah mendaftar dan penerima Jamkesmas. Ibu hamil yang ingin mendapat layanan gratis diminta mendaftar sebagai peserta JKN.

Upaya menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi di provinsi Kalimantan Selatan telah dilakukan, antara lain dengan penempatan bidan di desa sebagai bentuk kebijakan pemerintah dalam meningkatkan status kesehatan ibu, terutama untuk mempercepat penurunan AKI, dikembangkannya sistem Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA), serta dilakukannya kerja sama lintas sektoral, antara lain dengan pelaksanaan Gerakan Sayang Ibu (GSI) dan Gerakan Reproduksi Keluarga Sejahtera (GRKS).

Kematian ibu di Kalimantan Selatan pada 2010 sebanyak 109 kematian dan pada 2013 jumlah kematian ibu hamil sebanyak 105 orang. Hal ini terlihat dalam tabel berikut:

:
Tabel Kasus Kematian Ibu hamil per Kabupaten/Kota di Kalimantan Selatan
dari 2010 - 2013

No	Kabupaten	Th 2010	Th 2011	Th 2012	Th 2013
1-	Banjarmasin	14	13	14	17
2.	Banjar	16	12	14	13
3.	Tanahumbu	10	12	7	11
4.	Hulu Sunagi Utara	14	14	18	10
5.	Hulu Sungai Selatan	10	12	7	10
6.	Barito Kuala	10	10	7	9
7.	Tabalong	1	4	9	7
8.	Tanah Laut	8	7	9	6
9.	Hulu Sungai Tengah	3	7	4	6
10.	Tapin	11	8	10	5
11.	Banjar Baru	1	5	6	5
12.	Kota Baru	8	10	-	4
13.	Balangan	3	6	5	2
	Total	109	120	110	105

Sumber: Laporan Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan Th 2013

Tabel diatas memperlihatkan bahwa Provinsi Kalimantan Selatan selama tahun 2010-2013 terdapat kasus kematian ibu di semua kabupaten. Adapun dari hasil laporan tersebut penyebab kematian ibu adalah perdarahan (39 %), infeksi (6 %), eklamsi (24 %), dan lain- lain (32 %).

Kota Banjarmasin sebagai ibu kota Provinsi Kalimantan Selatan justru mempunyai angka kematian ibu yang cukup tinggi pada 2013, yaitu sebesar 17 orang atau urutan pertama tertinggi di Kalimantan Selatan. Hal ini terlihat dalam tabel berikut ini:

Tabel : Kasus Kematian Ibu Hamil dan Jumlah Ibu Melahirkan di Kota Banjarmasin dari 2009-2013

	Tahun	Kasus Kematian Ibu Hamil	Jml Ibu melahirkan
1.	2009	16	11.723
2.	2010	14	11.902
3.	2011	12	12.507
4.	2012	14	11.949
5.	2013	17	12.248

Sumber: Data Profil Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin Tahun 2013

Tabel diatas menunjukkan bahwa angka kematian ibu hamil dan ibu melahirkan tertinggi pada 2013. Adapun dari hasil laporan tersebut penyebab kematiannya terbanyak adalah eklamsi/keracunan kehamilan, penyakit penyerta, perdarahan, dan emboli air ketuban. Berdasarkan data tersebut AKI Kota Banjarmasin tahun 2013 sekitar 139 per 100 ribu kelahiran hidup. Hal ini menunjukkan bahwa AKI tahun 2013 masih tinggi diatas target MDG's 102 per 100 ribu kelahiran hidup pada 2015. Upaya pemerintah untuk mencapai target MDG's tahun 2015 yang berkaitan menekan AKI menarik untuk dikaji

karena hasil temuan SDKI 2012 menunjukkan bahwa AKI meningkat, rata-rata angka kematian ibu tercatat mencapai 359 per 100 ribu kelahiran hidup. Upaya tersebut menjadi semakin sulit karena pada tahun 2014 Pemerintah Pusat justru menghapus program Jampersal. Berdasarkan latar belakang di muka, dapat diidentifikasi berbagai masalah sebagai berikut. 1. Bagaimana Implementasi kebijakan Sistem Jaminan Kesehatan Ibu Hamil di Kota Banjarmasin? 2. Apa saja faktor-faktor penyebab masih tingginya angka kematian ibu hamil di Kota Banjarmasin? 3. Bagaimana model implementasi Kebijakan Sistem Jaminan Kesehatan Ibu Hamil di Kota Banjarmasin untuk menurunkan angka kematian ibu hamil?

Kajian Pustaka

PWS-KIA

Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) adalah sistem pencatatan dan pelaporan sebagai alat manajemen program KIA untuk memantau cakupan pelayanan KIA di suatu wilayah (puskesmas/kecamatan) secara terus-menerus, agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat terhadap desa yang cakupan pelayanan KIA nya masih rendah (Depkes, 2010). Dalam upaya penurunan angka kematian ibu dan anak di Indonesia, sistem pencatatan dan pelaporan merupakan komponen yang sangat penting. Selain sebagai alat untuk memantau kesehatan ibu hamil, bayi baru lahir, bayi, dan balita, juga untuk menilai sejauh mana keberhasilan program serta sebagai bahan untuk membuat perencanaan di tahun-tahun berikutnya. Sistem pencatatan dan pelaporan dimulai dengan mencatat seluruh ibu hamil, bayi baru lahir, bayi, dan balita yang ada di suatu desa

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)

SJSN adalah sebuah sistem jaminan sosial yang ditetapkan di Indonesia melalui Undang-Undang No. 40 Tahun 2004. Jaminan sosial ini adalah salah satu bentuk perlindungan sosial yang diselenggarakan oleh Negara Republik Indonesia guna menjamin warga negaranya untuk memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak, sebagaimana ditegaskan dalam Deklarasi PBB tentang HAM 1948 dan konvensi ILO No.102 Tahun 1952.

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) (*National Social Security System*) adalah sistem penyelenggaraan program negara dan pemerintah untuk memberikan perlindungan sosial, agar setiap penduduk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak, menuju terwujudnya kesejahteraan sosial bagi seluruh penduduk Indonesia. Jaminan sosial diperlukan apabila terjadi hal-hal yang tidak dikehendaki yang dapat mengakibatkan hilangnya atau berkurangnya pendapatan seseorang, baik karena memasuki usia lanjut atau pensiun, maupun karena gangguan kesehatan, cacat, kehilangan pekerjaan, dan lain sebagainya.

MDG's

Millenium Development Goal's (MDG's) pada dasarnya mewujudkan komitmen internasional yang dibuat di Perserikatan Bangsa-Bangsa Dunia pada konferensi Summits dan global sepanjang tahun 1990-an, seperti KTT dunia untuk anak, konferensi dunia tentang pendidikan untuk Semua 1990 di Jomtien. Konferensi PBB tentang Lingkungan dan Pembangunan 1992 di Rio de Janeiro, dan KTT Dunia untuk Pembangunan Sosial 1995 di Copenhagen. Kemudian, pada Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) *millenium* Perserikatan Bangsa-bangsa (PBB) bulan September 2000 di New York, sebanyak 189 negara anggota PBB yang sebagian besar diwakili oleh kepala pemerintahan, termasuk

presiden Indonesia, sepakat untuk menandatangani Deklarasi *Millenium* yang diadopsi dari komitmen sebelumnya.

Deklarasi *millenium* inilah yang berisi *Millenium Development Goal's/MDG's As a follow-up to the commitments made in the Millenium Summit, each signatory country is expected to prepare a Millennium Development Goal's Report/MDG's* (Sebagai tindak lanjut dari komitmen yang dibuat dalam *millenium Summit*, setiap negara penandatanganan diharapkan untuk mempersiapkan *Millenium Development Goal's Report*). Deklarasi *Millenium* 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 yang mengarah pada sasaran *Millenium Development Goal's (MDG's)*.

Indonesia merupakan salah satu dari 189 negara penandatanganan tujuan pembangunan *millenium* atau *Millenium Development Goal's (MDG's)*. Tujuan pembangunan *millenium* berisikan tujuan kuantitatif yang mesti dicapai dalam jangka waktu tertentu, terutama persoalan penanggulangan kemiskinan pada tahun 2015. Masing-masing tujuan *MDG's* terdiri dari target-target yang memiliki batas pencapaian minimum. Hal ini berarti Indonesia harus berusaha mencapai target-target yang telah ditentukan pada kesepakatan tersebut pada 2015 mendatang. Untuk mencapai tujuan *MDG's* tahun 2015 diperlukan koordinasi, kerjasama serta komitmen dari seluruh pemangku kepentingan, terutama pemerintah (nasional dan lokal), kaum akademika, media, sektor swasta, komunitas donor, dan masyarakat sipil.

Indonesia dan 189 negara lainnya telah menyepakati 8 sasaran *millenium*, yaitu: 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 (mengurangi rasio kematian ibu dalam proses melahirkan); 6) memerangi HIV/AIDS, malaria, dan penyakit menular lainnya; 7) memastikan kelestarian lingkungan hidup; 8) mengembangkan kemitraan global untuk pembangunan. Lahirnya delapan butir sasaran *MDG's* ini menjadi pintu gerbang negara-negara dunia memupuk kesadaran bahwa ada tanggung jawab untuk menjaga keutuhan dunia bersama.

Kerangka Konseptual Penelitian

Dalam penelitian ini model yang akan di pakai adalah: Model George C Edwards III, fokus penelitian lebih tertuju pada lembaga atau organisasi BPJS (Badan Pelaksana Jaminan Sosial) berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia No.24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan yang bertujuan mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan kesehatan.

Penelitian ini lebih menekankan pada unsur-unsur pokok dalam sebuah organisasi, terutama komunikasi, sumber daya, struktur birokrasi, dan disposisi. Sementara, model yang paling detail membahas permasalahan ini adalah model George C Edwards III. Dinas Kesehatan sebagai pengelola program KIA dan Jaminan Kesehatan Kota Banjarmasin diharapkan mampu mengkomunikasikan dan mengintegrasikan kedua program tersebut dengan jelas, akurat, dan konsisten sesuai dengan UU RI No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional sehingga dapat dilaksanakan/diimplementasikan dengan baik.

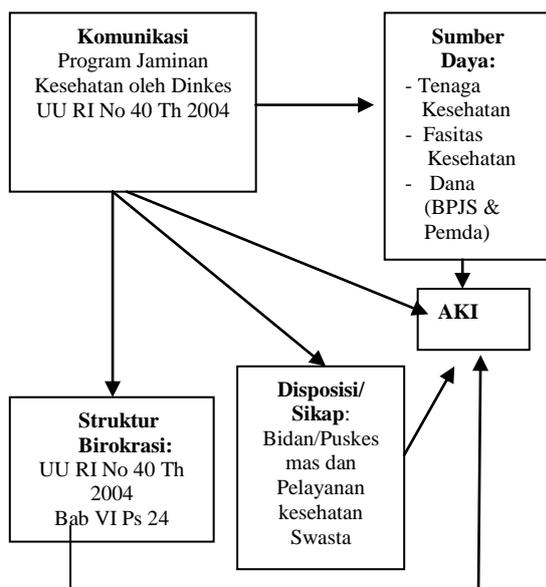
Pelaksana program KIA meliputi dokter, bidan, puskesmas, RSUD dan pelayanan kesehatan swasta. Maka penyedia layanan kesehatan bagi ibu hamil dapat memantau kesehatan ibu selama kehamilannya hingga masa nifas. Disposisi atau sikap pelaksana

merupakan kunci keberhasilan terhadap pelaksanaan program KIA yang didukung oleh program jaminan kesehatan sebagai sumber daya program KIA, khususnya sumber daya bagi ibu hamil dari keluarga miskin untuk memperoleh layanan kesehatan. Struktur birokrasi didasarkan pada *standard operating procedure* yang mengatur tata aliran pekerjaan dan pelaksanaan program KIA dan jaminan kesehatan sesuai dengan peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

Dari uraian di atas, dapat dipahami bahwa keberhasilan implemmentasi kebijakan sangat dipengaruhi oleh berbagai variabel atau kualitas proses dan hasil implementasi kebijakan, dan secara langsung atau tidak langsung dipengaruhi oleh interaksi timbal balik antara kualitas faktor komunikasi, struktur birokrasi, sumber daya, dan disposisi aparat pelaksana, sehingga dapat mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan itu sendiri.

Program Perlindungan Jaminan Kesehatan untuk Ibu Hamil di Kota Banjarmasin dapat berjalan sesuai dengan yang di harapkan, secara skematis model yang akan dipakai dalam penelitian ini mengacu pada Model Implementasi Kebijakan Publik Edward III penjelasannya digambarkan sebagai berikut:

Kerangka Konsep Penelitian



Sumber : Mengadopsi Model Implentasi Kebijakan Edward III

Metode Penelitian

Ditinjau dari jenis datanya, pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan deskriptif kualitatif. Jenis penelitian deskriptif kualitatif yang digunakan pada penelitian ini dimaksudkan untuk memperoleh informasi, sehingga dapat diperoleh pemahaman tentang kebijakan sistem jaminan kesehatan untuk Ibu Hamil, sesuai dengan situasi dan kondisi di Kota Banjarmasin.

Pendekatan deskriptif kualitatif dalam penelitian ini dilaksanakan melalui fakta yang ada, berdasarkan hasil pelaporan berupa data kematian ibu hamil pada 2013 di Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin.

Hasil Penelitian

Berdasarkan pembahasan hasil penelitian, dapat ditarik beberapa kesimpulan berikut.

- 1) Implementasi Kebijakan Sistem Jaminan Kesehatan Ibu Hamil di Kota Banjarmasin justru menghambat program KIA karena program JKN tidak mengenal kewilayahan, ibu hamil dapat memilih pelayanan kesehatan yang disukainya, sedangkan program KIA adalah melakukan pemantauan kesehatan ibu hamil berdasarkan kewilayahan yaitu PWS-KIA. Pengelolaan program KIA pada prinsipnya bertujuan memantapkan dan meningkatkan jangkauan serta mutu pelayanan KIA, secara efektif dan efisien. Sehingga Implementasi Kebijakan Sistem Jaminan Sosial Kesehatan Ibu Hamil di Kota Banjarmasin sudah dikerjakan tetapi belum efektif.
- 2) Faktor-faktor yang menyebabkan masih meningkatnya angka kematian ibu hamil di Kota Banjarmasin adalah:
 - sistem rujukan dari rumah ke puskesmas/bidan praktek mandiri dan ke rumah sakit belum berjalan optimal. Hal tersebut disebabkan oleh: (a) keterlambatan deteksi resiko tinggi, sehingga kondisi ibu hamil yang dirujuk sudah cukup parah; (b) keterlambatan penanganan di rumah sakit.
 - sistem birokrasi program JKN yang tidak mendukung program KIA, sehingga sebagian besar bidan praktek mandiri enggan menangani ibu hamil/ibu melahirkan hal ini disebabkan birokrasi berbelit-belit dan jasa/tarif yang disetujui terlalu rendah sesuai dengan UU No.59 Tahun 2014.
- 3) Model Implementasi Sistem Jaminan Kesehatan Ibu Hamil di fasilitas pelayanan kesehatan Kota Banjarmasin untuk menurunkan angka kematian ibu hamil adalah melaksanakan sistem JKN dengan meningkatkan komunikasi antar petugas dalam hal deteksi resiko tinggi ibu hamil, sitem birokrasi yang dapat mendukung sistem *reward*/pembayaran yang jelas sesuai wilayah kerja dan sikap petugas yang konsisten dalam memberikan layanan kesehatan kepada ibu hamil.

Daftar Pustaka

- Agustino, Leo. 2006. *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Alfabeta: Bandung
- Aika, Fibriana, 2007. *Faktor – Faktor Risiko Yang Mempengaruhi Kematian Maternal (Studi Kasus di Kabupaten Cilacap)*
- Anderson, J.E. 1979, *Public Plicy Making*, New York Holt Rinehart and Winston, Praeger
- Anderson, J.E. 1994, *Public policy Making* . London: Nelson.
- Ariningrum R, Aryastami NK. 2008. "Studi Kualitatif Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi setelah penerapan KW-SPM di Kabupaten Badung, Tanah Datar, dan Kota Kupang", *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. Vol. 11. No. 1, pp. 33–43.
- Bungin, Burhan ,2003,2007, 2010, *Penelitian Kualitatif*, Jakart: Kencana
- Barclay, L. 2008. Woman and midwives: position, problems and potential. *Midwifery*, Vol. 24. No. 1, pp. 13–21
- Caroline, Damanik, 2009. *Millenium Development Goals*, Kompas
- Djaja, S, Mulyono, L, Afifah T, 2003. Penyebab Kematian Maternal di Indonesia, Survei Kesehatan Rumah Tangga 2001. *Majalah Kedokteran Atmajaya* vol 2 No. 3, 2003: 191-202

- Dunn, William. 2003. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik* (Edisi Kedua, Cetakan Kelima). Yogyakarta: Gadjadara University
- Duckitt dan Harrington, 2005. *Risk Factors for Preeclampsia at Antenatal Booking: Systematic Review of Controlled Studies*.
- Ekowati, Lilik Roro Mas. 2009. *Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi Kebijakan atau Program* (Suatu Kajian Teoritis dan Praktis), Surakarta: Pustaka Cakra
- Ergo A, Eichler R, Koblinsky M, & Shah N. 2011. *Strengthening Health Systems to Improve Maternal, Neonatal and Child Health Outcomes: A Framework*, USAID. Washington DC, USA.
- Friedrick, Carl J. 1963. *Man and Government*, New York: McGraw Hill
- Fitra, 2010, *Analisis Anggaran Daerah di Indonesia: Kajian Pengelolaan APBD di 41 Kabupaten/kota*
- Haedar, Akib. 2010. Implementasi Kebijakan: Apa, Mengapa, dan Bagaimana. *Jurnal Administrasi Publik*, Volume 1 No. 1
- Homer CSE, Passant L, Brodie PM, Kildea S, Leap N, Pincombe J, Thorogood C. 2009. The role of the midwife in Australia: views of women and midwives. *Midwifery*. Vol. 25 No. 6, pp. 673–681
- Indiahono, D. 2009. *Kebijakan Publik Berbasis, Dynamic Policy Analysis*. Yogyakarta:, Gava Media
- Juliartha, Edward. 2009. *Model Implementasi Kebijakan Publik*. Jakarta: Trio Rimba Persada
- Moleong, Lexy J, 2007. *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Bandung: Remaja Rosdakarya
- MHLW (Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan) 1999, *Annual Report on Health and Welfare*, Tokyo: MHLW.
- Mardijanto, D, dan Hasanbasri, M, 2005. "Evaluasi Manajemen Terpadu Balita Sakit di Kabupaten Pekalongan". *JMPK* Vol. 08/01. Hal. 49-54
- Moeloek, Djuwita Nila F 23/07/2012, *MDG'S Indonesia Sehat 2015*
- Mukti, A.G. 2001. "Kemampuan dan kemauan Membayar Premi Asuransi di Kabupaten Gunung Kidul", *Jurnal manajemen Pelayanan kesehatan*, 4(02), 55-59
- Pakpahan, Rudy Hendra dan Sihombing, Eka N.A.M. 2012. "Hadirnya Negara di tengah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial". Vol 9. No 2 Juli 2012. Hal 163-174
- Purwoko, Bambang, 7 Juli 2012, *Implementasi Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) untuk Kesejahteraan Rakyat: Antara Harapan dan Tantangan* .
- Senewe, F.P., 2006. *Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Penyakit Komplikasi Persalinan, 3 Tahun Terakhir di Indonesia*, Jakarta: Felys, Litbang, Percetakan Negara No. 29, www.depkes.go.id. : Sabtu, 28 April 2007.
- Simbolon, Demson, 2013. Determinan Konsep Pelayanan KIA di RS Pemerintah Indonesia (Analisis Data Risfaskes 2011). *Jurnal kebijakan Kesehatan Indonesia No 04*
- Spicker, Paul, 1995, *Social Policy: Themes and Approaches*, London: Prentice-Hall
- Subarsono, A.G, 2005. *Analisis Kebijakan Publik Konsep Teori dan Aplikasi*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Sugiyono, 2007. *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*, Bandung: Alfabeta, 2007
- Suharsimi Arikunto, 2002. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, Jakarta: Rineka Cipta
- Suharto Edi, 2008, *Kebijakan Sosial sebagai Kebijakan Publik*, Bandung: Alfa Beta.
- Sumhaberata, 2000. Profil Penderita Preeklamsi-Eklamsi, Artikel Kesehatan Reproduksi
- Thoha, Miftah dan Dharma, 2002. *Menyoal Birokrasi Publik*. Jakarta: Balai Pustaka.

- Trisnantoro, L, 2005. Desentralisasi Kesehatan di Indonesia dan Perubahan Fungsi Pemerintah : 2001-2003. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Utomo, Budi.2007. Tantangan Pencapaian *Millennium Development Goal* bidang kesehatan di Indonesia.
- van Meter, D.S., and van Horn, 1978. *The Policy Implementation Process A Conceptual Framework, Administration and Society*.
- Vania C. Estina, Ellya R. Delima, Rimonta F. Gunanegara, 2010. Karakteristik Penderita Preeklamsi dan Eklamsi yang Dirawat Inap di Rumah Sakit Immanuel Bandung Periode Tahun 2006 – 2008, *JKM*. Vol.9 No.2.
- Walvaren G. Telfer M., Rowley J, Ronsmans C.2000, Maternal mortality in rural gambia: level, causes and contributing factors, *Bulletin of WHO* Vol 78 No. 5. 2000 : 603-613.
- Wahab, Solichin Abdul. 2008. *Analisis Kebijaksanaan: Dari Formulasi Ke Implementasi Kebijaksanaan Negara*, Jakarta: Bumi Aksara.
- Widodo. Joko. 2008. *Analisis Kebijakan Publik (Konsep dan Aplikasi Proses Kebijakan Publik)* Cetakan Kedua. Malang:Bayumedia Publishing.
- Winarno, Budi. 2007. *Kebijakan Publlik Teori dan Proses*, Edisi Revisi. Yogyakarta: Media Pressindo.
- Yuna Farhan, 2011, *Kebijakan Publik Berbasis HAM dalam Fungsi Anggaran*, dalam Buku Panduan Pembuatan Kebijakan Publik Berbasis Hak Asasi Manusia (HAM) untuk Anggota Legislatif, Demos

Sumber Undang-Undang dan Peraturan

- Departemen Kesehatan RI, 2001. Rencana Strategis Nasional *Making Pregnancy Safer* di Indonesia 2001-2010, Jakarta
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 279/Menkes/SK/IV/2006 tentang *Pedoman Penyelenggaraan Upaya Keperawatan Kesehatan Masyarakat Di Puskesmas*, Jakarta.
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 515/Menkes/SK/III/2011 tentang Penerima Dana Penyelenggaraan Jamkesmas dan Jampersal di pelayanan dasar untuk tiap kabupaten/kota.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Juli 2012, Jaminan Persalinan Upaya Terobosan Kementerian keshatan dalam Percepatan Pencapaian Target *MDG*’S, Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2562/Menkes/XII/2011 tentang Jaminan Persalinan
- Peraturan Presiden RI No 12 Tahun 2013, tentang Jaminan Kesehatan Nasional
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 59Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
- Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
- Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin2013, *Profil Kesehatan Kota Banjarmasin*, Pemerintah Kota Banjarmasin Dinas Kesehatan.

Sumber Makalah

- Badan Litbangkes. 2008. *Laporan Hasil Riskesdas-Indonesia tahun 2007*, Jakarta.2010. Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010, Jakarta

Badan Litbangkes , 28 Agustus 2012, *Implementasi Jaminan Persalinan*
Departemen Kesehatan RI, 2001. Rencana Strategis Nasional *Making Pregnancy Safer* di
Indonesia 2001-2010, Jakarta
Departemen Kesehatan RI, 2003. Dirjen Binkesmas. *Upaya Penurunan AKI di Indonesia*.
Makalah untuk Kelompok Kerja MDG's.
Tety R,dkk, 2012, Sasaran yang memanfaatkan Jampersal pada pelayanan persalinan di
fasilitas kesehatan.

Sumber Internet

Bappenas 2009, *Meningkatkan Kesehatan Ibu*, www.bappenas.go.id
GOI-UNICEF, 2000. *Challenges for a New Generation: The Situation of Children and
Women in Indonesia*, Jakarta, 3 September 2012, Sambutan Wakil Presiden RI
Pembukaan *Asia Pacific Development Summit 2012* http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/mi_goals.asp.
Laporan MDG' Indonesia.htm. <http://www.bappenas.go.id>
Tujuan Pembangunan *Millenium.htm*. [Http://www.UNDP.com](http://www.UNDP.com)

Jurnal

Biswajit, PaulBijeeyani Mohapatra, dan Krishna Kar, Mei 2013, *Maternal Deaths in a
Tertiary Health Care Centre of Odisha: An In-depth Study Supplemented by
Verbal Autopsy*
Elsey Harrison, 2013, *Maternal Mortality In Nigeria: Reducing Rates Through Education
July 29, 2013 · by prospectjournalucsd · in Academic, Africa, Education,
Opinion, Public Health*
“Meeting the MDGs in South East Asia: Lessons & Challenges from the MDG
Acceleration Framework”, Biplove Choudhary, Programme Specialist UNDP
Asia Pacific Regional Centre, paper presented in Escap/ADB/UNDP sub-
regional accelerated achievement of MDGs & the Post 2015 Development
Agenda in South East Asia, 21-23 November 2012, UNCC Bangkok, Thailand
UNICEF-BPS, 2000. *Multi-Indicator Survey on the Education and Health of Mothers and
Children, Indonesia, 2000*
United Nations, 2003: *Indicators for Monitoring the Millenium Development Goals:
Definitions, Rationale, Concept and Sources*.
WHO in Indonesia, 2002. *The Millennium Development Goals for Health: A review of the
indicators*, Jakarta.
Women Research Institute , *Mencari Ujung Tombak Penurunan Angka Kematian Ibu di
Indonesia*, 2011