

GAMBARAN CAKUPAN PELAYANAN KESEHATAN MATERNAL DAN NEONATAL PADA PESERTA JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN DI PROVINSI JAWA BARAT (ANALISIS DATA PWS KIA DAN JPSBK TAHUN 2004)

Wahyu P Nugraheni*, Trihono**, dan Sri Nurwati***

ABSTRACT

The Maternal Mortality Rate in Indonesia was 373/100.000 per live birth (SDKI 2002). It is the highest in South East Asia. The Infant Mortality Rate was 40/1000 per live birth, the highest compared among ASEAN countries. The Human Development Index in West Java year 2002 was 0.658 and at 17th rank out of 30 provinces which was better than East Java in which at 25th. But rank was higher compared with others provinces in Java-Bali: Banten, Bali, Central Java, DI Jogjakarta, and DKI Jakarta. The Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (JKMM) is an intervention program to increase economic gap and to achieve higher coverage of childbirth care by midwives for the poor families. In the other side, there was no information on the influence of JKMM to coverage of childbirth care by midwives for the poor families, especially the information about moving up of childbirth care from traditional birth attendants (TBA) to midwives.

The research was an evaluation study with across sectional approach. The research was done at 3 Districts in West Java (Garut, Sumedang and Sukabumi). The data consist of secondary data (PWS KIA) and primer data (by in-depth interview). The Bivariate Analysis was done on the secondary data to determine factors that related between independent variable and dependent variable.

Results of the research showed that there were no significant different between coverage of childbirth care by midwives (LINAKES) at health centers with the higher poor proportion people and the lower poor proportion people groups. It showed that the JKMM program not different in the coverage childbirth care by midwives between the poor people and the non-poor people. The geographic factors (longer distance, cost of transportation, longer time from village to health center) were significant different in childbirth care by midwives. The health centers with good geographic conditions had better coverages of childbirth by midwives compared with the health center with hard geographic situation ($p < 0.01$).

Key words: *childbirth care by midwives, poverty, geographic factors*

LATAR BELAKANG

Kualitas sumber daya manusia Indonesia masih sangat memprihatinkan. Laporan UNDP (United Nation Development Programme) pada tahun 2004 menunjukkan bahwa Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Indonesia pada tahun 2002 adalah 0,692 dan berada pada urutan ke-111 dari 177 negara. Salah satu indikator yang menentukan IPM adalah umur harapan hidup waktu lahir, yang merupakan ukuran dari status kesehatan masyarakat.

Indikator derajat kesehatan masyarakat lainnya menunjukkan gambaran serupa. Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia adalah 373 per 100.000 kelahiran

hidup, merupakan yang tertinggi di Asia Tenggara. Angka Kematian Bayi (AKB) adalah 40 per 1000 kelahiran hidup, juga tertinggi bila dibandingkan negara-negara ASEAN lainnya.

Indeks Pembangunan Manusia Provinsi Jawa Barat pada tahun 2002 sebesar 0,658 dan berada di urutan ke-17 dari 30 provinsi, lebih baik dari Jawa Timur yang berada pada urutan ke-25 tetapi tertinggal dibanding provinsi lainnya di kawasan Jawa-Bali yaitu: Banten, Bali, Jateng, DI Yogyakarta dan DKI Jakarta. Namun bila dilihat komponen kesehatan (harapan dan hidup waktu lahir), Provinsi Jawa Barat ternyata paling tertinggal (Tabel 1).

* Peneliti Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan, Badan Litbangkes, Jalan Percetakan Negara 23A, Jakarta

** Peneliti Puslitbang Ekologi dan Status Kesehatan, Badan Litbangkes, Jalan Percetakan Negara 29, Jakarta

*** Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, Departemen Kesehatan RI, Jalan HR Rasuna Said Blok X5, Kav. 4-9, Kuningan, Jakarta

Indikator status kesehatan masyarakat lainnya juga menunjukkan bahwa Jawa Barat tertinggal. Angka kematian bayi dan angka kematian balita di Jawa barat adalah 50 dan 64,67. Sementara itu di Jawa Barat cakupan program KIA pada tahun 2003 paling rendah se-Jawa Bali yaitu kunjungan antenatal I (K1) 75,09%, kunjungan antenatal IV (K4) 68,49% dan persalinan tenaga kesehatan (Linakes) 56,78%. Angka tersebut menggambarkan bahwa kesenjangan antara K1 dan linakes di Provinsi Jawa Barat paling tinggi dibanding provinsi lain di Jawa Bali. Ini menunjukkan bahwa masyarakat yang telah sadar periksa kehamilan ke petugas kesehatan, ternyata masih banyak yang kelahirannya tidak ditolong petugas kesehatan.

Meski sudah banyak upaya yang dilakukan, namun pelayanan maternal dan neonatal belum secara optimal dimanfaatkan oleh masyarakat. Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan secara nasional baru mencapai 70%, lebih rendah dari targetnya yang 80%. Di Provinsi Jawa Barat, cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan lebih rendah dari rata-rata nasional yaitu hanya 56%. Salah satu sebabnya adalah kesenjangan ekonomi, yaitu tiadanya biaya pada saat ibu membutuhkan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal, khususnya persalinan di saat ibu hamil melahirkan bayinya.

Perhatian kepada keluarga miskin sebenarnya sudah ada sejak beberapa puluh tahun yang lalu, manifestasinya berupa pemberian surat keterangan miskin bagi yang tidak mampu membayar pelayanan kesehatan di rumah sakit. Berdasarkan surat keterangan ini rumah sakit akan memberikan keringanan biaya perawatan yang bersangkutan. Model ini diterapkan secara lokal, bergantung pada kesediaan dan belas kasihan rumah sakit.

Kebijakan pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin dijamin oleh pemerintah secara nyata mulai dilaksanakan tahun 1998, setelah negeri ini pada tahun 1997 dilanda krisis ekonomi yang berkelanjutan sehingga jumlah keluarga miskin bertambah besar.

Sejak tahun 1998 pemerintah meluncurkan program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPSBK) dengan menggunakan dana pinjaman dari Bank Pembangunan Asia. Sejumlah dana disalurkan langsung kepada provider yaitu Puskesmas dan bidan di desa, untuk membiayai pelayanan kesehatan dasar bagi keluarga miskin, termasuk pelayanan kesehatan maternal oleh bidan di desa.

Tahun 1999, program JPSBK dilanjutkan dengan beberapa penambahan program, antara lain pemberantasan penyakit menular, revitalisasi posyandu, pemberian makanan tambahan bagi anak umur 24–59 bulan, sosialisasi, pelatihan petugas dan penanganan keluhan terhadap pelaksanaan program JPS-BK.

Sementara program tersebut berjalan, pada tahun 2001 pemerintah juga meluncurkan program Penanggulangan Dampak Pengurangan Subsidi Energi Bidang Kesehatan (PDPSE-BK) untuk pelayanan kesehatan di RS/BP4/BKMM, penyediaan obat pelayanan kesehatan dasar dan vaksinasi Hepatitis B di Puskesmas dan jaringannya. Dana diambil dari pengalihan dana subsidi BBM. Program ini pada tahun 2002 berganti nama menjadi Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PKPS-BBM Bidkes).

Pada tahun 2003, keseluruhan program pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin sejak dari bidan di desa, Puskesmas dan rujukan ke rumah sakit, ditetapkan sebagai PKPS BBM Bidkes, dengan dana rupiah murni yang keseluruhannya berasal dari pengalihan subsidi BBM.

Pada tahun 2003 PKPS BBM Bidkes dilengkapi dengan uji coba penyaluran dana PKPS BBM Bidkes melalui mekanisme pra-bayar berupa program pemeliharaan kesehatan keluarga miskin (JPK Gakin) di 25 kabupaten/kota.

Pada tahun 2005 diberlakukan kebijakan baru, semua bentuk pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin ditanggung oleh pemerintah, dan pengelolaan dananya diserahkan kepada PT Askes Indonesia, melalui program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM). Sebanyak lebih dari 36 juta penduduk miskin di seluruh Indonesia menjadi peserta JPKMM yang preminya dibayar oleh pemerintah sebesar Rp5.000,00/bulan/orang atau Rp60.000,00/tahun/orang.

Pada semester 2 tahun 2005 kebijakan berubah. Untuk pelayanan kesehatan dasar, dana langsung diserahkan ke Puskesmas yang dapat digunakan untuk rawat inap dan rawat jalan di puskesmas serta kegiatan promotif dan preventif lainnya, sementara rawat inap di rumah sakit diserahkan ke PT Askes yang dikelola dengan sistem klaim.

JKMM dirancang sebagai salah satu bentuk intervensi mengurangi kesenjangan ekonomi ini, sehingga diharapkan dapat meningkatkan cakupan

pertolongan persalinan bagi keluarga miskin. Namun belum diketahui seberapa besar pengaruh JPKMM ini terhadap cakupan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal, khususnya pergeseran pertolongan persalinan dari dukun bayi kepada bidan.

Cakupan kunjungan untuk pemeriksaan kehamilan pertama (K1) dan ke-4 (K4), serta pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, Provinsi Jawa Barat juga paling rendah dibandingkan dengan provinsi lain di Jawa Bali yaitu 75,09% K1, 68,49% K2 dan 56,78% Linakes. Penelitian ini berupaya memberikan gambaran pengaruh JKMM terhadap cakupan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal dan faktor-faktor yang mempengaruhi cakupan pelayanan kesehatan maternal neonatal di provinsi Jawa Barat.

Hasil penelitian ini bermanfaat untuk memberikan masukan bagi Depkes dalam memperbaiki kebijakan penyelenggaraan JKMM, bagi dari segi konsep maupun implementasinya di lapangan dan memberi masukan bagi pemerintah daerah setempat dalam memperbaiki pelaksanaan JKMM di lapangan, agar hasil yang dicapai dapat lebih optimal.

BAHAN DAN METODA

Penelitian ini merupakan studi evaluasi menggunakan disain potong lintang, dengan membandingkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan antara kelompok masyarakat yang menjadi peserta JKMM dan masyarakat yang bukan peserta JKMM. Data yang dikumpulkan meliputi dua jenis data yaitu data primer (dengan wawancara mendalam kepada pimpinan puskesmas) dan data sekunder yaitu data Pemantauan Wilayah Setempat Kematian Ibu dan Anak (PWS KIA) dan laporan JPSBK tahun 2004. Sampel pada penelitian ini adalah semua Puskesmas di Kabupaten Garut, Sumedang dan Sukabumi, namun dari 62 puskesmas tersebut hanya 57 puskesmas yang dianalisis karena memiliki data yang lengkap. Responden untuk data kualitatif/wawancara mendalam adalah kepala puskesmas yang terpilih (3 orang kepala puskesmas untuk mewakili sejumlah puskesmas yang ada).

Variabel bebas penelitian ini yaitu proporsi jumlah masyarakat miskin dibanding seluruh penduduk

puskesmas, faktor geografi dan faktor sumber daya manusia. Adapun variabel terikatnya meliputi: Cakupan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal (cakupan K1 dan K4, Cakupan Linakes dan Cakupan KN2). Analisis data dilakukan dengan cara melakukan korelasi bivariat antara faktor-faktor yang mempengaruhi cakupan pelayanan kesehatan maternal (K1, K4, linakes, KN2) untuk mengetahui besarnya pengaruh masing-masing faktor terhadap cakupan pelayanan kesehatan maternal (K1, K4, linakes dan KN2) secara keseluruhan. Sedangkan wawancara dan diskusi dengan petugas di tingkat kabupaten dan puskesmas digunakan untuk memperjelas hasil temuan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kabupaten Garut berbatasan dengan Kabupaten Bandung dan Cianjur pada sebelah barat, dengan Kabupaten Sumedang pada sebelah utara, dengan Kabupaten Tasikmalaya pada sebelah timur, dan langsung dengan Samudera Indonesia pada sebelah selatan.

Sampai dengan tahun 2003, jumlah puskesmas di Kabupaten Garut sebanyak 62 buah, terdiri dari 12 puskesmas dengan tempat perawatan (DTP) dan 50 puskesmas biasa. Dengan demikian rasio puskesmas terhadap penduduk adalah 1 puskesmas: 35.058 penduduk. Angka ini masih lebih tinggi dari standar nasional yaitu 1 puskesmas: 30.000, dan ini berarti bahwa jumlah puskesmas masih kurang. Jumlah puskesmas pembantu yang ada sebanyak 117 buah, dan puskesmas keliling sebanyak 31 buah yang semuanya merupakan kendaraan roda empat. Gambaran data sarana/prasarana di wilayah Kabupaten Garut sudah cukup baik. Secara rinci gambaran tersebut dapat dilihat dalam tabel 1.

Ditinjau dari segi geografis dan ketersediaan sumber daya, tampak bahwa Kabupaten Sumedang lebih baik dibandingkan 2 kabupaten lainnya. Analisis perbandingan antar kabupaten dengan Anova – Bonferoni menunjukkan bahwa Kabupaten Sumedang memang setingkat lebih maju dibanding 2 kabupaten lainnya.

Tabel 1. Gambaran sarana kesehatan dan prasarana di Kabupaten Sumedang, Garut, dan Sukabumi tahun 2004

Variabel	Sumedang	Sukabumi	Garut	Keterangan
Jumlah puskesmas	32	56	62	
Jumlah puskesmas dianalisis	32	49	57	
Cakupan K1	82,84%	91,98%	89,30%	Rata-rata
Cakupan K4	75,26%	78,17%	78,89%	Rata-rata
Persalinan oleh nakes	62,94%	53,64%	51,34%	Rata-rata
Cakupan KN2	81,56%	80,19%	78,53%	Rata-rata
Proporsi penduduk miskin	15,14%	22,69%	26,50%	Rata-rata
Jarak terjauh desa – puskesmas	9 km	13 km	9 km	Median
Transport termahal desa – puskesmas	20.000,00	40.000,00	20.000,00	Median
Waktu terlama desa – puskesmas	60 menit	75 menit	60 menit	Median
Ratio bidan/100.000 penduduk	43,00	18,40	19,74	Rata-rata
Ratio BDD/100.000 penduduk	22,94	9,26	12,04	Rata-rata
Ratio paraji/100.000 penduduk	78,57	100,51	89,41	Rata-rata
Ratio paraji/bidan	3,44	14,73	9,48	Rata-rata

Hubungan antar variabel dependen

Analisis hubungan antar variabel dependen menunjukkan bahwa ada hubungan sebagai berikut:

Tabel 2. Korelasi antara cakupan K1, K4, KN2, dan linakes

	Cakupan K4	Cakupan KN2	Cakupan linakes
Cakupan K1	0.858 **	0.544 **	0.360 **
Cakupan K4		0.631 **	0.424 **
Cakupan KN2			0.504 **

***) bermakna dengan $p < 0,01$

Melihat adanya hubungan antar variabel dependen yang bermakna dengan kekuatan sedang sampai kuat, maka analisis dapat diringkaskan dengan menggunakan 2 variabel dependen saja, yaitu:

1. Cakupan linakes (persalinan oleh tenaga kesehatan) sebagai indikator pelayanan kesehatan maternal
2. Cakupan KN2 (kunjungan neonatal 2) sebagai indikator kesehatan neonatal.

Pengaruh JKMM pada cakupan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal

Semua variabel bebas akan dilakukan uji t terhadap cakupan pelayanan kesehatan maternal dan

neonatal antara kelompok keluarga miskin dan bukan keluarga miskin. Namun karena data yang diambil dari laporan JPSBK ternyata tidak bagus validitas dan reliabilitasnya, maka dibuatlah proksi indikator, yaitu proporsi penduduk miskin, dengan asumsi bila tidak ada paket JKMM, daerah dengan penduduk miskin yang banyak mempunyai cakupan yang lebih rendah. Data sebelum krisis menunjukkan bahwa cakupan linakes pada kelompok 20% termiskin adalah 19,9%, kelompok 20% terkaya adalah 66,7% dengan rata-rata sebesar 42,1%.

Hasil analisis korelasi antara proporsi penduduk miskin dan cakupan linakes dan KN2 ternyata tidak ada hubungan ($p > 0,05$). Secara tidak langsung dapat dikatakan bahwa cakupan linakes dan KN2 antara puskesmas dengan proporsi penduduk miskin yang banyak sama dengan puskesmas dengan proporsi penduduk miskin yang sedikit.

Bila proporsi penduduk miskin dikategorisasikan menjadi 2, proporsi banyak ($> 20\%$) dan proporsi sedikit ($\leq 20\%$), dengan uji beda rata-rata (uji t) hasilnya adalah sebagai berikut.

Hasil uji t cakupan linakes dan KN2 puskesmas dengan proporsi penduduk miskin banyak dibandingkan puskesmas dengan proporsi penduduk miskin sedikit. Selengkapnya dapat dilihat dalam tabel 3.

Tabel 3. Hasil uji t cakupan linakes dan KN2 puskesmas di Kabupaten Garut, Sukabumi, dan Sumedang

Cakupan	Proporsi penduduk miskin	Jumlah Puskesmas	Rata-rata	Kemaknaan
Cakupan linakes	> 20%	66	53.89	p > 0,05
	≤ 20%	72	55.79	
Cakupan KN3	> 20%	66	79.66	p > 0,05
	≤ 20%	72	80.10	

Gambaran ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara cakupan linakes pada puskesmas dengan proporsi penduduk miskin tinggi dengan yang rendah. Ini menunjukkan bahwa adanya program JKMM telah mampu meniadakan kesenjangan cakupan linakes antara penduduk miskin dan non-miskin.

Berdasar hasil di atas sebaiknya program JKMM terus dilanjutkan dan khusus untuk ibu hamil dan bayinya dilakukan penjaminan pelayanan kesehatan ibu dan anak oleh pemerintah, bukan hanya kepada keluarga miskin tetapi seluruh ibu hamil dan bayi, baik yang miskin maupun yang tidak miskin. Pengembangan JAKESIBA (jaminan kesehatan ibu dan bayi) merupakan salah satu terobosan untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi.

Faktor-faktor yang mempengaruhi cakupan linakes

Analisis kenormalan distribusi pada variabel independen menunjukkan bahwa hampir semua variabel independen berdistribusi tidak normal, sehingga perlu dilakukan kategorisasi, setiap variabel dependen dibagi menjadi 2 kelompok, rendah dan tinggi. Uji beda rata-rata (uji t) menunjukkan gambaran sebagai berikut.

Pada tabel 4 tampak bahwa jumlah puskesmas tidak konsisten, hal ini dikarenakan puskesmas tidak mengisi isian dengan lengkap variabel yang ada dalam instrumen. Sehingga angka diatas berdasarkan hasil kelengkapan isian dari masing-masing puskesmas.

Tampak bahwa faktor geografi (yang dinilai dari proksi indikator: jarak terjauh, biaya transport termahal dan waktu tempuh terlama antara desa dan Puskesmas) membuat perbedaan yang bermakna terhadap cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan. Puskesmas dengan keadaan geografi yang lebih baik cenderung mempunyai cakupan linakes yang lebih tinggi dibandingkan puskesmas dengan kondisi geografi yang buruk (p < 0,01).

Keberadaan bidan, bidan di desa dan paraji juga menimbulkan perbedaan yang bermakna terhadap cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan. Puskesmas dengan ratio bidan dan bidan di desa yang

Tabel 4. Faktor-faktor yang membedakan cakupan linakes di Kabupaten Sukabumi, Garut, dan Sumedang (Hasil uji t)

Variabel	Kategori	Jumlah Puskesmas	Rata-rata cakupan	Kemaknaan
Jarak terjauh desa - puskesmas	> 15 km	50	49,15	p < 0,01
	≤ 15 km	91	58,66	
Transport termahal desa - puskesmas	> 30.000,00	57	50,25	p < 0,01
	≤ 30.000,00	79	58,35	
Waktu terlama desa - puskesmas	> 90 menit	53	47,25	p < 0,01
	≤ 90 menit	89	60,03	
Ratio bidan/penduduk	≤ 15/100.000	48	46,06	p < 0,01
	> 15/100.000	92	59,91	
Ratio bidan di desa/penduduk	≤ 10/100.000	56	49,55	p < 0,01
	> 10/100.000	84	58,91	
Ratio paraji/penduduk	> 100/100.000	39	45,99	p < 0,01
	≤ 100/100.000	102	58,64	
Ratio paraji/bidan	> 10	43	46,17	p < 0,01
	≤ 10	96	59,44	

tinggi akan mempunyai cakupan linakes yang lebih tinggi dibandingkan puskesmas dengan ratio bidan/bidan di desa yang rendah. Sebaliknya untuk ratio paraji dan ratip paraji/bidan di desa, puskesmas dengan ratio tinggi cenderung mempunyai cakupan linakes yang lebih rendah dibandingkan dengan puskesmas dengan ratio rendah ($p < 0,01$).

Menguatkan analisis statistik di atas, berdasarkan hasil wawancara mendalam dan pengamatan di lapangan banyak faktor yang menyebabkan ibu hamil tidak melahirkan ke tenaga kesehatan. Ada beberapa kesenjangan yang membuat mereka tidak menghubungi petugas kesehatan antara lain:

1. Kesenjangan geografis, kondisi geografis yang sulit seperti kepulauan, pegunungan atau daerah terisolir, membuat mereka sulit mendapatkan akses ke pelayanan kesehatan.
2. Kesenjangan sosial budaya, ada beberapa wilayah yang mempunyai tradisi, budaya atau adat yang kuat untuk melahirkan dengan dukun bayi atau ditolong oleh anggota keluarga yang lain.
3. Kesenjangan pengetahuan, karena pengetahuan ibu yang terbatas membuat mereka tidak tahu harus ke mana sewaktu melahirkan, sehingga cenderung mengikuti kebiasaan yang berlaku di daerah setempat.
4. Kesenjangan ekonomi, bila keluarga tergolong tidak mampu, mereka tidak memiliki uang untuk membayar biaya pelayanan kesehatan dan biaya

transportasi, sehingga meskipun secara geografis mudah, tetapi besarnya ongkos membuat mereka tidak mendatangi sarana pelayanan kesehatan.

Pada tabel 5 menunjukkan bahwa semua variabel independen berhubungan bermakna dengan cakupan linakes. Berdasar hasil di atas, disarankan hal-hal sebagai berikut:

1. Faktor geografi terbukti berpengaruh terhadap cakupan linakes. Memperbaiki kondisi geografis dengan membuka jalan dan transportasi bukanlah tugas sektor kesehatan, namun demikian sektor kesehatan bisa berperan untuk mengurangi kesenjangan ini dengan cara:
 - Menempatkan bidan di desa, untuk ini diusulkan agar dilakukan rekrutmen bidan sebagai pegawai negeri dan menempatkannya di semua desa di tanah air. Jadi model kontrak sebaiknya diganti dengan pengangkatan sebagai pegawai negeri, agar kita bisa menempatkan di desa secara permanen.
 - Mengembangkan berbagai bentuk dana sehat, dana amal sehat, tabungan ibu bersalin (tabulin) dan sejenisnya, agar meski jauh dan sulit tetapi biaya transport bisa dibantu dari dana tersebut.
2. Faktor ratio bidan di desa juga terbukti menentukan, sehingga usulan diatas menjadi sangat kuat dasarnya.
3. Faktor ratio paraji juga terbukti menentukan, paraji yang lebih banyak membuat mereka lebih dekat

Tabel 5. Hasil uji χ^2 masing-masing variabel independen dengan cakupan linakes

Variabel	Kategori	Cakupan linakes				Kemaknaan (p Value)
		≤ 60%		> 60%		
Jarak terjauh desa - puskesmas	> 15 km	39	78,0%	11	22,0%	p < 0,01
	≤ 15 km	44	48,4%	47	51,6%	
Transport termahal desa - puskesmas	> 30,000,00	40	70,2%	17	29,8%	p < 0,05
	≤ 30,000,00	40	50,6%	39	49,4%	
Waktu terlama desa - puskesmas	> 90 menit	42	79,2%	11	20,8%	p < 0,01
	≤ 90 menit	42	47,2%	47	52,8%	
Ratio bidan/penduduk	≤ 15/100,000	38	79,2%	10	20,8%	p < 0,01
	> 15/100,000	45	48,9%	47	51,1%	
Ratio bidan di desa/ penduduk	≤ 10/100,000	40	71,4%	16	28,6%	p < 0,05
	> 10/100,000	43	51,2%	41	48,8%	
Ratio paraji/penduduk	> 100/100,000	32	82,1%	7	17,9%	p < 0,01
	≤ 100/100,000	52	51,0%	50	49,0%	
Ratio paraji/bidan	> 10	35	81,4%	8	18,6%	p < 0,01

dengan ibu hamil. Untuk mengatasi hal ini langkah tambahan yang perlu dilakukan adalah:

- Membuat kemitraan bidan – paraji menjadi suatu kesisteman, yang semestinya dimasukkan dalam paket JKMM. Artinya paket ibu bersalin itu biayanya termasuk untuk paraji yang menjadi pendamping bidan.

Dalam kemitraan tersebut, paraji dialihkan ke perawatan bayi sedangkan persalinan sepenuhnya ditangani bidan.

DAFTAR PUSTAKA

- Addai I, 1998. Demographic and sociocultural factors influencing use of maternal health services. *Afr J Reprod Health*, Apr; 2(1): 73–80.
- Bennett S, Gilson L, 2001. *Health Financing: designing and implementing pro-poor policies*. DFID Health systems resource centre Indonesia.
- Indonesia. Departemen Kesehatan, 2003. *Profil Kesehatan Reproduksi Indonesia 2003*. Indonesia, Jakarta.
- Indonesia. Departemen Kesehatan, 2003. *Investasi Kesehatan untuk Pembangunan Ekonomi*. Jakarta.
- Indonesia. Departemen Kesehatan, 2003. *Kajian Sistem Pembiayaan Pendataan dan Kontribusi APBD untuk Kesinambungan Pelayanan Keluarga Miskin*. Jakarta.
- Indonesia. Departemen Kesehatan, 2003. *Pedoman Pelaksanaan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PKPS BBM Bidkes)*. Jakarta.