

SISTEM PELAKSANAAN PONED DI PUSKESMAS KABUPATEN PATI

Umami Kulsum¹,

Email : ummikulsum27@gmail.com

STIKES Muhammadiyah Kudus

Jl. Ganesha 1 Purwosari Kudus .Telp/Fax (0291) 437218 / 442993

Abstrak

Kasus kematian ibu bersalin di Kabupaten Pati dalam tiga tahun terakhir cenderung meningkat pada tahun 2009 sampai 2011, padahal di kabupaten Pati sudah terdapat 3 puskesmas PONED. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pelaksanaan puskesmas PONED di Kabupaten Pati. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam, FGD dan observasi. Informan utama sejumlah 6 orang terdiri dari dokter, bidan dan perawat pelaksana PONED. Informan triangulasi sebanyak 21 orang terdiri dari kepala puskesmas, bidan desa, Seksi Kesehatan Dasar dan Rujukan Dinas Kesehatan Kabupaten Pati, serta ibu hamil dan atau ibu bersalin resiko tinggi yang dirawat di puskesmas PONED. Teknik analisis data dengan menggunakan analisis isi. Hasil penelitian menunjukkan dari aspek input, pelaksanaan PONED di puskesmas X terkendala oleh kurangnya komitmen dari tenaga dokter untuk shift jaga, sedangkan di puskesmas Y dokter tidak percaya diri dalam menangani kasus kegawatan. Dari aspek proses, sosialisasi terhadap pelaksana PONED di puskesmas X belum dilaksanakan, sedangkan di puskesmas Y sudah dilaksanakan dengan baik. Dari segi output, jumlah kasus yang diterima di Puskesmas X lebih sedikit dibandingkan puskesmas Y yang baru aktif tiga bulan terakhir, dan *response time* di Puskesmas X kurang karena berkaitan dengan tidak adanya dokter selain shift pagi. Tidak ada kasus kematian dan kesakitan akibat penanganan di puskesmas PONED dalam waktu satu tahun terakhir. Disimpulkan bahwa permasalahan dalam pelaksanaan puskesmas PONED di puskesmas X adalah ketenagaan karena dokter tidak jaga shift selain pagi, tidak ada sosialisasi dan komunikasi dari kepala puskesmas kepada pelaksana PONED, sedangkan di puskesmas Y terkendala dokter tidak percaya diri dalam menangani kasus kegawatan.

Kata Kunci : *Sistem, Pelaksanaan, Puskesmas, PONED.*

1. Pendahuluan

Kasus kematian ibu bersalin di Kabupaten Pati dalam tiga tahun terakhir cenderung meningkat dari tahun ke tahun, dimana tahun 2009 sebanyak 12 kasus kematian ibu (AKI 65,43/100.000 KH), meningkat menjadi 21 kasus pada tahun 2010 (AKI 105/100.000 KH). Sedangkan pada tahun 2011 kasus kematian ibu sebanyak 24 kasus (AKI 123/100.000 KH).⁴⁻⁶ Penyebab kematian di kabupaten Pati diantaranya karena perdarahan (19%), eklamsi (38%), dan sebab lain 43% (jantung 33%, TBC 5%, atonia uteri 5%). Dari 24 kasus kematian ibu pada tahun 2011 sebanyak 20 kasus kematian terjadi di rumah sakit, 3 kasus kematian terjadi di rumah dan 1 kasus kematian terjadi di jalan saat menuju rumah sakit. Dari 20 kasus kematian ibu yang terjadi di rumah sakit sebanyak 10 kasus kematian terjadi dalam waktu kurang dari 48 jam setelah dirujuk dan 10 kasus kematian terjadi dalam waktu lebih dari 48 jam setelah dirujuk.

Sejalan dengan prioritas Pembangunan Kesehatan 2010-2014 yang tertuang dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan yaitu meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan serta adanya Revitalisasi pelayanan Kesehatan Dasar

maka upaya terobosan untuk mempercepat penurunan AKI dan AKB adalah dengan mendekatkan akses masyarakat kepada pelayanan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal. Puskesmas sebagai ujung tombak pembangunan kesehatan diharapkan dapat menjadi tempat rujukan terdekat yang mampu memberikan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED).¹⁻²

Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) adalah pelayanan untuk menanggulangi kasus-kasus kegawatdaruratan obstetri dan neonatal yang meliputi ibu hamil, ibu bersalin maupun nifas dengan komplikasi obstetri yang mengancam jiwa ibu maupun janinnya. Sasaran pelayanan kegawatdaruratan diperkirakan 28% dari ibu hamil, namun komplikasi yang mengancam nyawa ibu sering muncul secara tiba-tiba, tidak selalu bisa diramalkan sebelumnya, sehingga ibu hamil harus berada sedekat mungkin pada sarana PONED.³ Dengan mendekatkan PONED di tingkat Puskesmas, diharapkan sebab langsung kematian ibu dan neonatal dapat ditangani secara dini. Untuk dapat memenuhi kebutuhan pelayanan kegawatdaruratan di seluruh wilayah kabupaten/ kota diperlukan minimal 4

puskesmas mampu PONE D yang berfungsi baik.⁴

Kabupaten Pati mempunyai 29 Puskesmas, dimana 6 Puskesmas merupakan puskesmas perawatan/rawat inap, yaitu Puskesmas Pucakwangi II, Puskesmas Batangan, Puskesmas Juwana, Puskesmas Jakenan, Puskesmas Gembong dan Puskesmas Margoyoso I. Dari 6 Puskesmas rawat inap tersebut terdapat 3 Puskesmas rawat inap yang ditetapkan sebagai Puskesmas PONE D yaitu Puskesmas Juwana, Puskesmas Jakenan dan Puskesmas Margoyoso I. Penetapan Puskesmas PONE D berdasarkan adanya tenaga yang sudah terlatih PONE D dan jarak Puskesmas dengan rumah sakit.⁵

Pelaksanaan PONE D pada kedua Puskesmas yang berjalan tersebut selayaknya perlu dilakukan evaluasi. Di Kabupaten Pati belum pernah dilakukan penelitian tentang evaluasi PONE D. Evaluasi merupakan suatu proses untuk menyediakan informasi tentang sejauh mana suatu kegiatan tertentu telah dicapai, bagaimana perbedaan pencapaian itu dengan suatu standar tertentu untuk mengetahui apakah ada selisih diantara keduanya, serta bagaimana manfaat yang telah dikerjakan itu bila dibandingkan dengan harapan-harapan yang ingin diperoleh.⁶ Evaluasi program kesehatan dilaksanakan berdasarkan suatu pendekatan sistem yang mencakup unsur sistem yang membentuknya, dan variabel di dalamnya, meliputi input, proses dan output. Menurut Azwar, untuk kepentingan praktis, ruang lingkup evaluasi tersebut dapat dibedakan atas tiga kelompok, yaitu evaluasi terhadap masukan (*input*), proses (*process*), dan keluaran (*output*).⁷ Penelitian ini bertujuan mengetahui pelaksanaan Puskesmas PONE D dilihat dari pendekatan sistem, meliputi unsur masukan (*input*), proses (*process*) dan keluaran (*output*).

Berdasarkan uraian tersebut, ingin diteliti tentang bagaimana pelaksanaan pelayanan PONE D di Puskesmas wilayah Kabupaten Pati.

2. Metode Penelitian

Jenis penelitian yang dilakukan menggunakan rancangan observasional dengan pendekatan kualitatif. Subjek penelitian dalam penelitian ini adalah tim pelaksana PONE D dari 2 puskesmas sebagai informan utama. Sebagai informan triangulasi adalah 2 kepala puskesmas PONE D, 14 bidan desa, 4 ibu hamil dan atau ibu bersalin resiko tinggi yang dirawat di puskesmas PONE D dan Seksi Kesehatan

Dasar dan Rujukan Dinas Kesehatan Kabupaten Pati.

Data yang diambil dalam penelitian ini adalah data primer melalui wawancara mendalam dengan informan utama dan informan triangulasi menggunakan pedoman wawancara, FGD dengan informan triangulasi serta observasi sarana prasarana PONE D, sedangkan data sekunder melalui telaah dokumen pelaporan penanganan kasus kegawatan. Setelah pengumpulan data selesai dilaksanakan maka data dianalisis menggunakan metode analisis isi (*content analysis*).

3. Hasil dan Pembahasan

Aspek Output

Sejak tahun 2012 hingga saat dilakukan penelitian puskesmas X sudah menerima 16 kasus kegawatan. Puskesmas Y baru aktif sebagai PONE D mulai bulan Maret 2013 karena sebelumnya vacum, dan sampai saat dilakukan penelitian sudah menerima 15 kasus kegawatan. Jenis kegawatan yang diterima bervariasi, diantaranya ketuban pecah dini (KPD), letak sungsang, partus lama, partus macet, fetal distress, hipertensi kehamilan, pre eklamsi, perdarahan, hiperemesis dan panggul sempit. Disamping kegawatan yang diterima, puskesmas PONE D juga sudah banyak menangani persalinan normal.

Dari jumlah kasus kegawatan yang diterima tersebut yang berhasil ditangani di puskesmas PONE D lebih sedikit dibandingkan jumlah kasus yang dirujuk lagi ke Rumah Sakit. Jumlah kasus yang berhasil ditangani di puskesmas X ada 3 kasus, yaitu 1 kasus persalinan lama, 1 kasus persalinan sungsang dan 1 kasus KPD, sedangkan jumlah kasus yang berhasil ditangani di puskesmas Y ada 2 kasus yaitu 1 kasus hipertensi kehamilan dan 1 kasus hiperemesis. Sebelum dirujuk lagi ke RS, di puskesmas PONE D dilakukan penanganan awal terlebih dahulu.

“...Jumlah kasus yang diterima kadang tidak dicatat. Tahun 2012 kasus yang diterima partus normal 26. Kegawatannya partus lama 4, partus macet 1, fetal distres 2, KPD 4, perdarahan 1 dan preeklamsi 2. Itu yang kasus kegawatdaruratan yang berhasil ditangani partus lama 1, yang lainnya dirujuk lagi ke RS. Yang 2013 ini kemaren ada persalinan sungsang dan KPD berhasil ditangani....”

Dalam waktu satu tahun terakhir di Puskesmas X dan Puskesmas Y tidak ada kasus kematian ataupun kesakitan akibat penanganan di puskesmas PONE D.

“...Alhamdulillah yang bisa kita tangani ya selamat, yang tidak bisa kita tangani kita rujuk mbak. Dan kalau memang ada kasus kegawatan pada sore atau malam hari ya bidan langsung merujuk ke RS wong memang tidak ada dokter standby.....”

Waktu merespon untuk menangani kasus kegawatan di Puskesmas X masih tergolong kurang. Hal ini dikarenakan karena tidak ada dokter yang standby pada sore dan malam. Jika ada kasus kegawatan sore dan malam hari yang menangani adalah tenaga yang jaga, sementara dokter hanya via telepon, dan jika dirasa tidak bisa menangani kasus kegawatan tanpa dokter maka pasien dirujuk ke RS. Hal ini menyebabkan waktu untuk menangani kasus kegawatan lebih lama karena hanya konsultasi dan akhirnya dirujuk lagi. Meskipun demikian jika ada kasus kegawatan di pagi hari langsung ditangani dokter, karena semua dokter jaga pagi. Demikian juga jika ada pesalinan normal, langsung ditangani dengan baik oleh bidan yang bertugas.

“...Dokternya masih oncall mbak, kalau pagi ada dokternya semua karena jaga IGD, rawat inap, pusling. Kalau siang sore malam ya on call, sebatas konsultasi via telp.....”

“...Kalau partus normal ya sudah dikerjakan yang jaga rawat inap, dokter jaga, bidan jaga ada. Tapi kalau patologis segera menghubungi tim PONE D. Cepet mbak karena sebelum merujuk ke puskesmas bidan desa menghubungi puskesmas dan puskesmas menghubungi dokter dan bidan jaga PONE D jd pasien sampai dsini ti m jaga PONE D sudah siap. Penanganan ya memang untuk memutuskan kegawatan itu tok.....”

Di Puskesmas Y jika ada partus normal langsung ditangani bidan yang jaga, namun jika ada kasus kegawatan bidan desa yang akan merujuk ke PONE D terlebih dahulu koordinasi dengan pihak PONE D dan pihak PONE D menghubungi dokter dan tim PONE D, sehingga saat pasien datang semua tim sudah siap menangani.

Aspek Input

Tenaga belum mencukupi, meskipun ada satu informan yang menyatakan bahwa tenaga sudah mencukupi. Semua informan

utama di Puskesmas X menjawab bahwa tenaga yang tersedia untuk pelayanan PONE D belum mencukupi, karena tenaga dokter yang tersedia hanya ada 3 orang dan setiap pagi semua dokter jaga pagi dan merangkap jadwal shift PONE D untuk siang dan malam, sehingga jika ada kasus kegawatan siang atau malam hari yang akan dirujuk ke PONE D, sering dokter tidak datang ke PONE D dan hanya konsultasi via telepon. Sementara untuk tenaga bidan dirasa belum mencukupi karena untuk pertolongan persalinan harus dengan peraturan empat tangan atau dua bidan, sedangkan selama ini setiap shift siang dan malam bidan hanya ada satu. Untuk tenaga perawat belum mencukupi karena perawat yang terlatih baru satu orang.

“...Kalau dikatakan mencukupi kok kurang ya mbak karena dokter 3 itu merangkap pagi. Jadi pagi itu jaga nanti ditambah shift poned lagi kan kurang mbak.....”

Semua informan utama dari kedua Puskesmas menyatakan bahwa semua informan utama sudah mengikuti pelatihan PONE D. Pelatihan PONE D yang diikuti bertujuan untuk mendukung keterampilan tenaga PONE D. Dalam pelatihan tersebut terdiri dari teori dan praktik. Namun pelatihan tersebut praktiknya tidak ke pasien tetapi ke phantom. Idealnya pelatihan PONE D untuk praktiknya tidak hanya praktik phantom saja tetapi terjun langsung pasien juga. Selain sudah terlatih PONE D, tenaga PONE D juga terlatih dalam pelatihan yang berkaitan dengan pelayanan PONE D, diantaranya pelatihan BBLR, pemasangan dan pencabutan IUD, APN, dan imunisasi. Pelatihan tentang PONE D dirasa sudah mencukupi, namun jika ada pelatihan lagi lebih baik tetap mengikuti untuk menambah pengalaman dan meningkatkan keterampilan tenaganya. Selain berbagai pelatihan yang dibutuhkan untuk mendukung PONE D adalah pengalaman di Rumah Sakit.

“...Dokternya yang terlatih 2. Bidannya yang pelatihan bu Jw, bu Mn, bu Jm. Pelatihannya dapat teori dan praktek, prakteknya itu tidak ke pasien tapi ke pantom. Saya rasa pelatihannya harusnya untuk praktek tidak hanya ke pantom saja tapi harus ke pasien juga. Pelatihan yang dibutuhkan ya PONE D saja cukup yang penting pengalaman di RS....”

“...Dikatakan memenuhi ya udah memenuhi, dikatakan belum ya kalau ada pelatihan bisa ikut. Kita sudah pelatihan PONE D, BBLR, pemasangan dan pencabutan IUD, APN sudah. Tapi kalau masih ada pelatihan ya masih mau karena untuk menambah pengalaman. Kalau pelatihan tidak mengusulkan tapi jatah ditunjuk dari Dinas. Pelatihan untuk PONE D yang penting sudah APN sebagai syarat untuk bidan. Disini bidannya rata-rata sudah APN....”

Kedua Puskesmas PONED sudah tersedia sarana prasarana. Tiga informan menyatakan sarana prasarana yang tersedia sudah lengkap, dua informan menyatakan alat sudah lengkap, namun ruangan kurang memadai, dan satu informan menyatakan ruangan khusus PONED belum ada, selama ini PONED masih jadi satu dengan rawat inap. Informan di Puskesmas X menyatakan bahwa alat sudah tersedia lengkap, namun pelaksanaannya terkendala dokter tidak *standby*, dan ada beberapa alat yang belum pernah dipakai, misalnya vacuum, forsep, dan alat kuret. Untuk obat-obatan sudah mencukupi. Ruangannya PONED di Puskesmas X sudah tersedia, namun kurang memadai karena tidak ada ventilasi dan tidak terpasang AC, sedangkan ruang PONED dekat dengan tempat parkir. Selain itu ruangan untuk persalinan dan nifas tidak terpisah, dan jadi satu dengan ruang administrasi PONED, sedangkan ruangan persalinan harus terpisah karena harus steril.

“...Selama ini masih kurang, ruangan kurang, ruangnya itu tidak ada ventilasinya, kalau tidak ada ventilasinya kan harusnya ber AC, tapi ya tidak berAC, biar tidak pengap, apalagi sebelahnya kan tempat parkir. Untuk alatnya sudah ada tapi belum dipakai, seperti vacum, forsep, kuret. Untuk obatnya mencukupi...”
 “...Alat lengkap, cuman dokternya itu yang kurang. Tempatnya kurang layak, untuk persalinan dan nifas kan harusnya terpisah tapi ini belum. Ruang partus harusnya steril, tidak boleh tercampur dengan alat dan administrasi....”

Terkait dengan ketersediaan dan sumber dana, informan utama maupun informan triangulasi kepala puskesmas menyatakan bahwa pendanaan PONED tersedia yaitu dari jampersal, jamkesmas dan jamkesda. Seksi Kesehatan dan Rujukan DKK menyampaikan pendanaan PONED berasal dari APBD II lewat DAK Dinas. Dana PONED yang diperoleh dari jampersal dianggap sudah mencukupi, karena dana tersebut adalah jasa pelayanan, sedangkan alat dan obat-obatan sudah disediakan dari Dinas Kesehatan. Dana tersebut dianggap mencukupi tetapi dengan batasan. Tidak semua pelayanan dijamin dengan jampersal. Jampersal tidak menjamin sampai pembelian kendil, underpad, pampers/softek besar. Jadi untuk barang-barang tersebut pasien harus membawa sendiri, atau jika tidak pasien akan ditarik biaya untuk peralatan tersebut.

“...PONED itu pendanaanya ya ikut jampersal mbak”
 “...Ya dana dari jampersal itu ya mencukupi mbak tapi dengan batasan, contohnya jampersal itu tidak menjamin sampai pembelian kendil, underpad, pampers/softek besar, jadi untuk barang2 itu ya ibu bawa sendiri kalau tidak ya ditarik biaya untuk itu....”

“...Ada, semua persalinan harus di puskesmas. Kalau kita bisa tangani ya kita tangani, kalau tidak ya kita rujuk lagi. Penentuan PONED ditunjuk dari Dinas dan sudah ada SK nya. Peraturan untuk tim PONED harus selalu siap untuk sift atau jaga....”

“...Ada, kalau dari pusat PONED sangat ditekankan, dan menunjuk untuk pelatihan, Kalau dari Dinas kita dimintai self assessment, koreksi yang kurang apa kemudian diusulkan. Kalau dari Puskesmas, sosialisasi bidan desa dan bidan praktik swasta persalinan dengan penyulit sebisa mungkin di PONED. Untuk pelaksanaan PONED nya ada jadwal, dokter yang jaga sesuai di rawat inap, bidan dan perawat jaga PONED. Sistemnya on call, bidan desa sebelum merujuk ke puskesmas koordinasi ke puskesmas dan puskesmas telp tim yang jadwal PONED, jadi pasien sampai di puskesmas tim PONED sudah datang....”

Regulasi dalam pelaksanaan puskesmas PONED sudah jelas, terdapat SK dalam penetapan puskesmas PONED. Peraturan untuk tim PONED adalah harus siap untuk jaga dan komitmen dari bidan desa jika ada persalinan dengan penyulit dirujuk ke puskesmas PONED.

“...Selama ini masih kurang, ruangan kurang, ruangnya itu tidak ada ventilasinya, kalau tidak ada ventilasinya kan harusnya ber AC, tapi ya tidak berAC, biar tidak pengap, apalagi sebelahnya kan tempat parkir. Untuk alatnya sudah ada tapi belum dipakai, seperti vacum, forsep, kuret. Untuk obatnya mencukupi....”
 “...Alat lengkap, cuman dokternya itu yang kurang. Tempatnya kurang layak, untuk persalinan dan nifas kan harusnya terpisah tapi ini belum. Ruang partus harusnya steril, tidak boleh tercampur dengan alat dan administrasi....”

Aspek Proses

Sosialisasi diterima dari Dinas Kesehatan melalui pertemuan kepala puskesmas / rapat pimpinan di Dinas Kesehatan setiap bulan, pemberi sosialisasi tim dari semua seksi dari Dinas Kesehatan. Sosialisasi dari Dinas kesehatan dilakukan pada setiap kesempatan diantaranya pertemuan IBI, pertemuan bidan koordinator, pertemuan dokter, pertemuan perawat, bahkan saat kegiatan dari provinsi.

“....Kalau dari dinas ke sini tidak ada sosialisasi, langsung ditunjuk sebagai PONED, langsung pelatihan. Kalau sosialisasi ke bidan lewat lokmin, pertemuan kader, pertemuan dukun bayi. Kalau ke desa lewat rakor, yang memberikan sosialisasi kepala puskesmas. Kalau lokmin pemberi sosialisasi kepala puskesmas, Kalau ke kader pemberi sosialisasinya tim, bidan dan promkes, gizi...”

“....Kalau dari Dinas Kesehatan melalui pertemuan kepala puskesmas di dinas kesehatan tiap bulan, kalau dari Puskesmas ke bidan biasanya pada pertemuan bidan tiap hari Jum’at, ada lokmin lintas sektor, kita undang camat, kodim, kepolisian polsek, kepala desa se-kecamatan J. Ya dari Dinas itu tim mbak, jadi tidak hanya kesga saja, kan sekalian. Kalo yang ke masyarakat itu bidan desa. Kalau lokmin lintas sektor yang memberi sosialisasi pak kepala puskesmas...”

“....Selalu mengingatkan di setiap kesempatan, pertemuan bidan koordinator, pertemuan dokter, perawat, rapim, undangan dari Dinas Provinsi.... “

Sosialisasi yang dilakukan puskesmas ke bidan dan masyarakat meliputi kegiatan lokakarya mini, pertemuan kader, pertemuan dukun bayi, puskesmas keliling, pertemuan bidan desa setiap hari Jumat, dan melalui rapat koordinasi kecamatan. Sosialisasi kepada kader diberikan oleh tim yang terdiri dari bidan, petugas promosi kesehatan dan petugas gizi. Dalam rapat koordinasi kecamatan pemberi sosialisasi adalah kepala puskesmas, dengan mengundang dari berbagai sektor diantaranya camat, kodim, polsek dan kepala desa. Sosialisasi juga dilakukan oleh bidan desa kepada masyarakat ketika ibu hamil diperiksa, posyandu, pertemuan PKK, pertemuan RT dan kegiatan yasinan. Sosialisasi dari kepala puskesmas X kepada pelaksana PONED tidak dilaksanakan. Sedangkan di puskesmas Y setiap minggu ada sosialisasi dan komunikasi dari kepala puskesmas untuk membangun komitmen bersama dalam pelayananan PONED.

Supervisi terkait PONED dari Dinas kesehatan sudah ada namun waktu dan frekuensinya tidak menentu, berkisar antara 1 kali sampai 2 kali. Supervisi dari Dinas Kesehatan juga dilakukan saat puskesmas mengadakan lokakarya mini di puskesmas dengan mengundang dari pihak Dinas Kesehatan. Selain dari Dinas kesehatan ada juga supervisi dari Provinsi, dengan frekuensi sekitar 3 kali dalam setahun, namun waktunya tidak pasti, karena supervisi tersebut tidak hanya di satu puskesmas.

“....Dari dinas, setiap tahun sekali, tapi tidak pasti bulan apa. Dari provinsi setahun 3x, tidak pasti bulannya, soale mau kemana terus mampir...”

“...Kita gabung mbak, barengan semua program puskesmas, kalau supervisi khusus PONED tidak ada, minimal 1 tahun 1x, ya untuk evaluasi. Jadwal tidak tentu, tapi Dinas memberitahu ke puskesmas kalau ada supervisi.. Harusnya minimal 1 tahun 2x yaitu awal dan akhir tahun....”

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan utama dan informan triangulasi dapat disimpulkan bahwa dari aspek input, tenaga dokter di puskesmas X belum mencukupi dan tidak ada jadwal shift dokter untuk siang dan malam hari. Ruang khusus untuk PONED di puskesmas X tidak memenuhi syarat. Pendanaan puskesmas PONED dari jampersal dan dirasa sudah mencukupi. Regulasi sudah ada dan jelas. Berdasarkan aspek proses, sosialisasi dan supervisi sudah dilaksanakan. Dari aspek output, jumlah kasus kegawatan yang diterima puskesmas X lebih sedikit dibandingkan kasus yang diterima puskesmas Y. *Response time* di puskesmas X masih kurang. tidak ada kasus kematian dan kesakitan akibat penanganan di puskesmas PONED dalam waktu satu tahun terakhir.

Pembahasan

Aspek Output

Rendahnya jumlah kasus kegawatan yang diterima Puskesmas X dibandingkan puskesmas Y dikarenakan kurangnya tenaga dokter dan dokter tidak shift selain pagi hari karena domilisi jauh dari puskesmas. Kurangnya komitmen dari dokter serta tidak adanya sosialisasi dan komunikasi dari kepala puskesmas terhadap pelaksana PONED juga menyebabkan dokter tidak bersedia standby di puskesmas PONED selain shift pagi. Jenis kegiatan puskesmas mampu PONED adalah pelayanan antenatal, partus normal, plasenta manual, pra rujukan (untuk partus lama, perdarahan antepartum, perdarahan postpartum, preeklamsia, eklamsia, infeksi nifas, sepsis, sepsis neonatorum, kejang, hipoglikemi, tetanus neonatorum, trauma lahir, kelainan kongenital, sindroma gangguan nafas), laboratorium, resusitasi bayi, pelayanan nifas, pelayanan interval, kuretase, pemberian antibiotika IM dan IV, pemberian infus pada kasus tertentu, pemberian vacuum ekstraksi, perawatan incubator (untuk ikterus, BBLR, hipotermi), dan rujukan dini, berencana dan tepat waktu baik untuk ibu maupun bayinya.⁸

Puskesmas PONED merupakan salah satu upaya untuk menekan angka kematian ibu dan bayi. Dalam sistem rujukan kegawatdaruratan maternal dan neonatal mengacu pada prinsip utama, yaitu: kecepatan dan ketepatan tindakan, efisien, efektif dan sesuai dengan kemampuan kewenangan tenaga dan fasilitas pelayanan. Setiap kasus dengan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal yang datang ke puskesmas PONED harus langsung dikelola sesuai dengan prosedur tetap. Setelah dilakukan stabilisasi kondisi pasien, kemudian ditentukan apakah pasien akan dikelola di tingkat puskesmas PONED atau dilakukan rujukan ke Rumah Sakit PONEK atau rumah sakit terdekat yang memiliki kemampuan untuk mendapatkan pelayanan lanjutan sesuai dengan tingkat kegawatdaruratannya.¹

Kecepatan dan ketepatan tindakan merupakan prinsip utama yang harus selalu diperhatikan dalam menangani kasus kegawatan. Semua kasus kegawatan obstetric neonatal yang datang ke puskesmas PONED harus langsung dikelola sesuai dengan prosedur tetap, dan jika tidak bisa ditangani di puskesmas PONED harus segera dirujuk ke RS PONEK, dengan melakukan stabilisasi kondisi pasien terlebih dahulu. Bila mungkin RS PONEK diberitahu sebelumnya tentang kedatangan kasus yang akan dirujuk.^{1,9} Tidak adanya dokter *standby* pada jadwal shift di puskesmas X menyebabkan response time lama.

Aspek Input

Untuk dapat melaksanakan fungsi dan menyelenggarakan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi dasar, dibutuhkan sumber daya manusia (SDM) yang mencukupi baik dalam jumlah dan mutunya. Pola ketenagaan minimal harus dimiliki oleh puskesmas PONED adalah seorang dokter, seorang bidan dan/ atau seorang perawat yang sudah terlatih PONED. Tenaga tersebut berada di puskesmas PONED sebagai satu tim yang sudah terlatih PONED dan mengabdikan minimal 2 tahun. Dalam rangka meningkatkan pelayanan suatu organisasi kesehatan maka ketersediaan dan kecukupan unsur manusia sebagai unsur inti yang membentuk organisasi sangat penting. Yanti dalam penelitiannya menyampaikan bahwa tenaga bidan mendominasi pelayanan PONED yaitu sebanyak 41,7%. Hal ini menunjukkan bahwa bidan memegang peranan yang penting dalam meningkatkan pelayanan PONED karena jumlahnya paling besar dibandingkan petugas kesehatan yang lain.^{1,10,11} Rasa percaya diri yang kurang dalam menangani kasus kegawatan di puskesmas Y menyebabkan pelaksanaan PONED kurang optimal.

Ketersediaan sarana prasarana merupakan faktor penentu kinerja sebuah kebijakan dan merupakan salah satu faktor pendukung terlaksananya pelayanan pada puskesmas PONED. Hasil penelitian ini senada dengan penelitian yang dilakukan Handayani yang menunjukkan bahwa kurangnya peralatan dan lamanya proses realisasi dari pengusulan alat mendorong pihak puskesmas mengambil kebijakan untuk mengatasi permasalahan sarana prasarana dengan swadaya puskesmas. Penelitian yang dilakukan Tirza juga senada dengan hasil penelitian ini dimana puskesmas mempunyai peralatan tetapi karena tidak ada dokter maka tidak berani mengambil resiko.^{1,10,12-14}

Dalam pengembangan puskesmas PONED perlu adanya analisis terhadap sumber dana yang digunakan, apakah pengalokasian dana secara keseluruhan diutamakan untuk upaya akselerasi penurunan Angka Kematian Ibu (AKI). Di samping itu perlu dipertimbangkan potensi penerahan dana dari sumber manapun baik pemerintah maupun swasta sesuai kemampuan setempat serta peran serta masyarakat misalnya dana swadaya masyarakat. Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian Nurdiana dimana dana yang digunakan dalam PONED adalah dana jampersal dan sudah mencukupi sehingga memudahkan pembiayaan pasien yang mengalami kasus kegawatan maternal maupun neonatal.¹⁵

Regulasi atau kebijakan adalah aturan tertulis yang merupakan keputusan formal organisasi, yang bersifat mengikat, yang mengatur perilaku dengan tujuan untuk menciptakan tata nilai baru dalam masyarakat. Dalam kegiatan PONED, SOP atau protap merupakan dasar hukum tertulis yang harus diikuti saat melaksanakan tindakan kegawatdaruratan. Regulasi atau kebijakan pada umumnya bersifat problem solving dan proaktif. Berbagai contoh kebijakan adalah Undang-Undang, Peraturan pemerintah, Keppres, Kepmen, Perda, keputusan Gubernur, Keputusan Bupati dan keputusan Direktur. Setiap kebijakan bersifat mengikat dan harus dilaksanakan oleh obyek kebijakan.¹³

Aspek Proses

Dalam sosialisasi puskesmas PONED yang perlu diketahui oleh masyarakat adalah jenis pelayanan yang diberikan dan biaya pelayanan, sehingga pemanfaatan puskesmas PONED oleh masyarakat semakin meningkat. Pemasaran sosial dapat dilaksanakan oleh petugas kesehatan dan sektor terkait, dari tingkat kecamatan sampai ke desa, seperti dukun/ kader

dan Satgas GSI melalui berbagai forum yang ada seperti rapat koordinasi tingkat kecamatan/desa, lokakarya mini dan kelompok pengajian dan lain-lainnya.^{1,9} Dalam pelaksanaan PONEB diperlukan adanya sosialisasi dan komunikasi dari kepala puskesmas terhadap tim pelaksana PONEB. Kurangnya sosialisasi tersebut di puskesmas X menyebabkan pelaksanaan PONEB tidak berjalan dengan optimal.

Supervisi dilakukan secara berjenjang dan terpadu dengan pihak terkait seperti RS-PONEK serta sesuai kebutuhan. Supervisi fasilitatif dilakukan oleh SpOG dan SpA bersama pengelola program KIA propinsi/ kabupaten/kota berdasarkan prioritas dan masalah yang ada, misalnya adanya kematian ibu atau neonatal yang dilayani. Supervisi berjenjang dilakukan oleh Dinkes Propinsi yang supervisi ke kabupaten/kota dan puskesmas PONEB; Dinkes kabupaten/kota / RS kabupaten/kota ke puskesmas. Aspek yang disupervisi adalah aspek teknis medis (kebidanan dan neonatal) oleh RS-PONEK; aspek administrasi/ manajerial oleh pengelola program KIA (meliputi kemitraan dengan pihak terkait dalam rangka penggerakan sasaran, pencatatan dan pelaporan, rujukan, peningkatan peran serta masyarakat, perencanaan puskesmas PONEB, pergerakan pelaksanaan puskesmas dan pengaturan tenaga).^{1,9}

4. Kesimpulan

Dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan PONEB di puskesmas X terkendala oleh dokter tidak bersedia jaga selain shift pagi. Tidak adanya dokter standby juga mempengaruhi response time lama, karena penanganan pasien hanya konsultasi dengan dokter dan akhirnya pasien dirujuk ke RS lagi. Di puskesmas Y terkendala oleh kurangnya rasa percaya diri dari tenaga tim PONEB dalam menangani kasus kegawatan.

5. Daftar Pustaka

- [1] Kemenkes RI. *Pedoman Manajemen Puskesmas PONEB*. Denpasar: Kemenkes RI; 2011.
- [2] Depkes RI. *Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar*. Jakarta: Depkes RI; 2007.
- [3] Wijaya, K. *Evaluasi Persiapan Puskesmas Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONEB) di*

Kabupaten Brebes. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2012;1(2); 72-81.

- [4] Depkes RI. *Pedoman Sistem Rujukan Maternal dan Neonatal di Tingkat Kabupaten/ Kota*. Jakarta: Depkes RI; 2006.
- [5] Dinas Kesehatan Kabupaten Pati. *Profil Kesehatan Kabupaten Pati Tahun 2011*. Pati: DKK Pati; 2011.
- [6] Desita, UE. *Evaluasi Pelaksanaan Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar (PONEB) di Puskesmas Karang Malang Semarang*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2012;1(2);126-132.
- [7] Kusumanegara, S. *Model dan Aktor Dalam Proses Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Gava Media; 2010.
- [8] WHO dan Departemen Kesehatan Republik Indonesia. *Pelatihan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar*. Jakarta: 2007.
- [9] Depkes RI. *Pedoman Pengembangan Pelayanan Obstetri-Neonatal Emergensi Dasar (PONEB)*. Jakarta: Depkes RI; 2002.
- [10] Satrianegara, Fais M & Siti Saleha. *Buku Ajar Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan serta Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika; 2009.
- [11] Yanti. *Hubungan antara Pengetahuan Masyarakat Pengguna dengan Pemanfaatan PONEB Puskesmas Rawat Inap Simo Kabupaten Boyolali (Tesis)*. Bandung: Universitas Padjajaran; 2007.
- [12] Handayani, Sri. *Analisis Pelaksanaan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONEB) di Puskesmas PONEB Kabupaten Kendal (Tesis)*. Semarang: Universitas Diponegoro; 2010.
- [13] Tirza, Vivianri. *Analisis Manajemen Sistem Pelayanan Kegawatdaruratan Obstetri di Puskesmas PONEB Wilayah Kabupaten Kupang (Tesis)*. Semarang: Universitas Diponegoro; 2011.

- [14] WHO dan Depkes RI. *Pelatihan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar*. Jakarta: 2007.
- [15] Nurdiana. *Analisis Mutu Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) oleh Petugas di Puskesmas Lau Kabupaten Maros Propinsi Sulawesi Selatan (Tesis)*. Semarang: Universitas Diponegoro; 2012