



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**RUJUKAN KASUS KEGAWATDARURATAN OBSTETRI  
NEONATAL OLEH BIDAN DESA KE PUSKESMAS MAMPU  
PONED DI KABUPATEN BOGOR TAHUN 2009**

**TESIS**

**PRASTYANI  
0806443364**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM PASCA SARJANA ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
DEPOK  
JULI 2010**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**RUJUKAN KASUS KEGAWATDARURATAN OBSTETRI  
NEONATAL OLEH BIDAN DESA KE PUSKESMAS MAMPU  
PONED DI KABUPATEN BOGOR TAHUN 2009**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister  
Kesehatan Masyarakat**

**PRASTYANI  
0806443364**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM PASCA SARJANA ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
KEKHUSUSAN MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN  
DEPOK  
JULI 2010**

**Universitas Indonesia**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.**

**Nama : Prastyani**  
**NPM : 0806443364**  
**Tanda Tangan : **  
**Tanggal : 6 Juli 2010**



## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Prastyani

NPM : 0806443364

Mahasiswa Program : S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat

Tahun Akademik : 2008

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

“ Rujukan Kasus Kegawatdaruratan Obstetri Neonatal Oleh Bidan Desa ke Puskesmas Mampu Poned di Kabupaten Bogor Tahun 2009 “

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 6 Juli 2010



(Prastyani)

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Prastyani  
NPM : 0806443364  
Program Studi : S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Judul Tesis : Rujukan Kasus Kegawatdaruratan Obstetri Neonatal oleh Bidan Desa ke Puskesmas Mampu PONE D di Kabupaten Bogor Tahun 2009

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. dr. Hendrik M. Taurany, MPH (  )

Penguji : dr. Mieke Savitri, M.Kes (  )

Penguji : Ede Surya Darmawan, SKM, MDM (  )

Penguji : dr. Fusia Meidiawaty, MH.Kes (  )

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 6 Juli 2010

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Kesehatan Masyarakat Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terimakasih kepada :

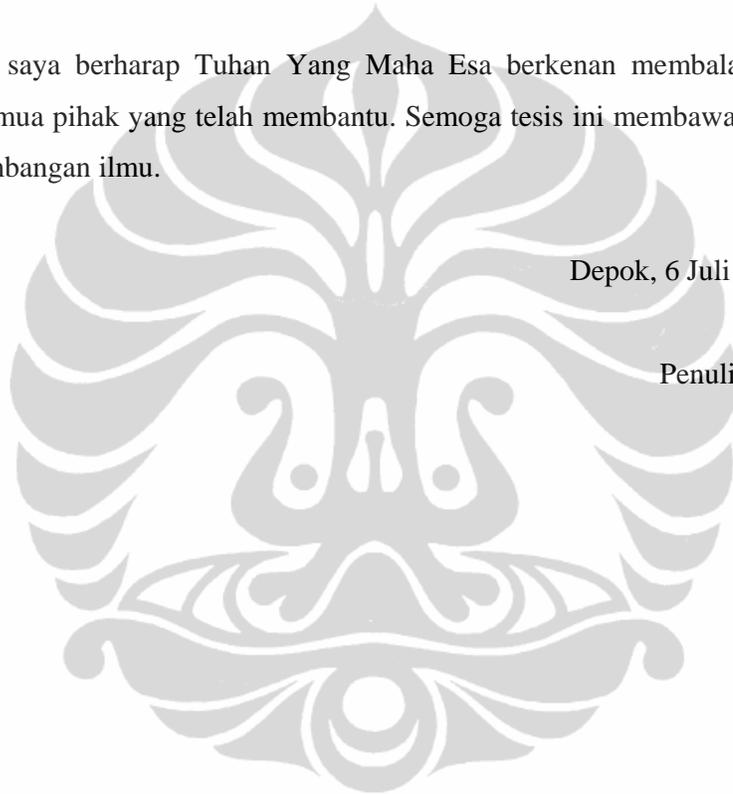
- (1) Bambang Wispriyono, PhD, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia;
- (2) Adang Bachtiar, dr, MPH, DrPH, selaku Ketua Departemen Administrasi Dan Kebijakan Kesehatan Universitas Indonesia;
- (3) Hendrik M. Taurany, dr, MPH, Dr, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini;
- (4) Mieke Savitri, dr, M.Kes dan Ede Surya Darmawan, SKM, MDM, selaku Dewan Penguji;
- (5) Tri Wahyu Harini, drg, MM, M.Kes, selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor yang telah memberikan ijin untuk penelitian;
- (6) Wiwik Widiastuty, dr, selaku Kepala Bidang Bina Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor;
- (7) Fusia Meidiawaty, dr, MH.Kes, selaku Kepala Program Kesehatan Ibu Dan Anak Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan;
- (8) Kepala Puskesmas dan bidan koordinator serta bidan desa di puskesmas Cigombong, Cileungsi, Parung, dan Jasinga yang telah bersedia menjadi informan dalam membantu usaha memperoleh data yang saya perlukan;
- (9) Seluruh dosen beserta staf Departemen Administrasi Dan Kebijakan Kesehatan Universitas Indonesia;

- (10) Seluruh teman seangkatan dan sepeminatan yang telah membantu memberikan saran dan masukan untuk perbaikan tesis ini;
- (11) Orang tua, keluarga dan asisten special saya yang telah memberikan bantuan dukungan material dan moral;
- (12) Pendamping hati yang selalu ada dan memberi arti dari awal usia kedewasaan sampai sekarang; dan
- (13) Sahabat yang telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan tesis ini.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, 6 Juli 2010

Penulis



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Prastyani

NPM : 0806443364

Program Studi : S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat

Departemen : Administrasi Dan Kebijakan Kesehatan

Jenis karya : Tesis

demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

“Rujukan Kasus Kegawatdaruratan Obstetri Neonatal Oleh Bidan Desa ke Puskesmas Mampu PONEB di Kabupaten Bogor Tahun 2009 “

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada tanggal : 6 Juli 2010  
Yang Menyatakan

  
( Prastyani)

## ABSTRAK

Nama : Prastyani  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Judul : Rujukan Kasus Kegawatdaruratan Obstetri Neonatal Oleh Bidan Desa ke Puskesmas Mampu PONE di Kabupaten Bogor Tahun 2009

Tesis ini membahas rujukan kasus kegawatdaruratan Obstetri Neonatal oleh Bidan Desa ke Puskesmas mampu PONE di Kabupaten Bogor. Penelitian ini adalah penelitian kualitatif. Hasil Penelitian menyarankan bahwa setiap bidan desa harus tinggal di desa dan mendapatkan pelatihan APN dan PPGDON; puskesmas harus membuat sosialisasi dan pembinaan khusus untuk kegiatan PONE; Dinas Kesehatan harus memenuhi kebutuhan Sumber Daya Manusia (SDM) khusus untuk petugas PONE melalui mutasi dan promosi yang tepat; memenuhi kebutuhan sarana dan pembinaan terjadwal secara rutin; membuat penilaian kinerja Puskesmas mampu PONE sebagai tolak ukur keberhasilan kegiatan PONE di Kabupaten Bogor; memberikan bantuan biaya transportasi kepada masyarakat miskin yang akan dirujuk.

Kata kunci : Sistem Rujukan Bidan desa, Puskesmas Mampu PONE

## ABSTRACT

Name : Prastyani  
Study Program : Public Health Science  
Title : The Referral case of an Obstetric and Neonatal  
Emergency by village Midwives to the PONED  
Preliminary Health Center in Bogor District 2009.

The focus of this study is the referral case of an obstetric and neonatal emergency by village midwives to the PONED preliminary health Center in Bogor District. This research is a qualitative study. This study results come up with some suggestions. Every midwife need to stay in the rural district and get the training PPGDON and training APN; PHC should make some socialization and coaching program related to PONED activities; Health Department in Bogor must fulfill the need of PONED human resources by some mutation and promotion; in addition, the supervision facility and observation need to be scheduled regularly; some indicator of success have to be developed in order to measure the PONED performance effectively; besides, the cost of transportation also should be allocated to protect the poor.

Keyword : Midwife Referral System, PONED Preliminary Health Center

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS</b> .....	ii
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	iii
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	v
<b>HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI</b> .....	vi
<b>ABSTRAK</b> .....	vii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	x
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	i
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xi
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	v
<b>DAFTAR LAIN</b> .....	xv
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	1
1.1 Latar belakang.....	1
1.2 Perumusan Masalah.....	7
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	7
1.4 Tujuan Penelitian.....	7
1.5 Manfaat Penelitian.....	8
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	8
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	10
2.1 Perilaku Kesehatan.....	10
2.1.1 Konsep Perilaku.....	10
2.1.2 Perilaku Kesehatan.....	11
2.1.3 Domain Perilaku Kesehatan.....	12
2.1.4 Determinan Perilaku.....	16
2.2 Bidan.....	20
2.2.1 Peranan Bidan Dalam Sistem Kesehatan Nasional.....	20
2.2.2 Bidan di Pedesaan.....	22
2.3 Sistem Rujukan.....	23
2.4 Kematian Ibu Maternal dan Kematian Perinatal.....	26
2.4.1 Kematian Ibu Maternal.....	26
2.4.2 Kematian Perinatal.....	27
2.5 Puskesmas Mampu PONED.....	28
2.5.1 Pengertian Puskesmas.....	28
2.5.2 Pengertian PONED.....	28
2.5.3 Kebijakan Puskesmas Mampu PONED.....	29
2.5.4 Pengembangan PONED.....	31
2.6 PONEK.....	37
2.7 Perbedaan Antara Pelayanan Dasar, Esensial, dan Emergensi.....	37
<b>BAB 3 KERANGKA PIKIR DAN DEFINISI ISTILAH</b> .....	39
3.1 Kerangka Pikir.....	39
3.2 Definisi Istilah.....	43
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN</b> .....	60

4.1	Rancangan dan Jenis Penelitian.....	60
4.2	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	60
4.3	Informan Penelitian.....	60
4.4	Prosedur Pengumpulan Data.....	61
4.4.1	Metode Pengumpulan Data.....	61
4.4.2	Instrumen Pengumpulan Data.....	61
4.4.3	Uji Coba Instrumen.....	62
4.4.4	Jenis Informasi yang Dikumpulkan.....	62
4.4.5	Informed Consent.....	65
4.4.6	Pengumpulan Data.....	65
4.4.7	Validasi Informasi.....	66
4.5	Pengolahan Data.....	66
<b>BAB 5</b>	<b>HASIL PENELITIAN.....</b>	<b>67</b>
5.1	Gambaran Umum Puskesmas Mampu Poned.....	67
5.1.1	Keadaan Geografis dan Demografis.....	67
5.1.2	Fasilitas dan Tenaga Kesehatan.....	67
5.1.3	Gambaran Kesehatan Ibu dan Bayi.....	68
5.2	Faktor Predisposisi.....	69
5.2.1	Pendidikan.....	69
5.2.2	Lama Bekerja.....	70
5.2.3	Pelatihan.....	72
5.2.4	Pengetahuan Tentang Puskesmas Mampu Poned....	72
5.2.5	Pengetahuan Tentang Kegawatdaruratan Obstetri dan Neonatal.....	74
5.2.6	Pengetahuan Tentang Sistem Rujukan Kasus Kegawatdaruratan Obstetri dan Neonatal.....	76
5.3	Faktor Pemungkin.....	79
5.3.1	Ketersediaan Petugas di Puskesmas Mampu Poned.	79
5.3.2	Ketersediaan Sarana Dan Fasilitas di Puskesmas Mampu Poned.....	82
5.3.3	Kemampuan Petugas di Puskesmas Mampu Poned..	86
5.3.4	Jarak Puskesmas Mampu Poned.....	90
5.3.5	Biaya Persalinan di Puskesmas Mampu Poned.....	91
5.4	Faktor Penguat.....	93
5.4.1	Sosialisasi Adanya Puskesmas Mampu Poned.....	93
5.4.2	Dukungan Keluarga Ibu Hamil.....	95
5.4.3	Dukungan Tokoh Masyarakat yang Dipercaya.....	96
5.4.4	Dukungan Petugas Kesehatan Swasta.....	97
<b>BAB 6</b>	<b>PEMBAHASAN.....</b>	<b>99</b>
<b>BAB 7</b>	<b>KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>11</b>
7.1	Kesimpulan.....	6
7.2	Saran.....	11
		6
		11
		9
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>		<b>12</b>
		1
<b>LAMPIRAN.....</b>		<b>12</b>

## DAFTAR TABEL

<b>Tabel</b>	<b>Judul Tabel</b>	<b>Halaman</b>
I.1	Jumlah Ibu Maternal yang Dirujuk ke Puskesmas Mampu PONEC di Kabupaten Bogor Tahun 2009.....	4
1.2	Jumlah Neonatal yang Dirujuk ke Puskesmas Mampu PONEC di Kabupaten Bogor Tahun 2009.....	5
3.2	Daftar Istilah.....	43
5.1	Gambaran Umum Puskesmas Mampu PONEC di Kabupaten Bogor Tahun 2009.....	67
5.2	Fasilitas dan Tenaga Kesehatan Puskesmas Mampu PONEC di Kabupaten Bogor Tahun 2009.....	68
5.3	Hasil Cakupan Program KIA Puskesmas Mampu PONEC di Kabupaten Bogor Tahun 2009.....	68
5.4	Lama Bekerja Informan Bidan di Desa di Kabupaten Bogor Tahun 2010.....	71
5.5	Jumlah Bidan Desa yang Mendapatkan Pelatihan di Kabupaten Bogor Tahun 2010.....	72
5.6	Jumlah dan Jenis Pelatihan Petugas di 4 Puskesmas Mampu PONEC di Kabupaten Bogor Tahun 2010.....	82
5.7	Kelengkapan Sarana dan Fasilitas di Puskesmas Mampu PONEC di Kabupaten Bogor Tahun 2010.....	85
5.8	Jenis Kemampuan Pelayanan Puskesmas Mampu PONEC di Kabupaten Bogor Tahun 2010.....	88
5.9	Macam Protap Penanganan Kasus Obstetri Neonatal yang Terpasang di Puskesmas Mampu PONEC di Kabupaten Bogor Tahun 2010.....	89
5.10	Pengelolaan Pencatatan dan Pelaporan di Puskesmas	

## DAFTAR GAMBAR

<b>Gambar</b>	<b>Judul Gambar</b>	<b>Halaman</b>
2.1	Bagan Asumsi Determinan Perilaku Manusia.....	17
2.2	<i>This of Prerede-proceed model includes additional lines and arrows to outline a theory of causal relationship and order of causation feedback loops for the three sets of factors influencing behavior.....</i>	19
2.3	Mekanisme Rujukan PONE D.....	34
2.4	Perbedaan Antara Pelayanan Dasar, Esensial dan Emergensi.....	38
3.1	Kerangka Pikir Sistem Rujukan Kasus Kegawatdaruratan Obstetri Neonatal oleh Bidan di Desa ke Puskesmas mampu PONE D.....	41

## DAFTAR LAMPIRAN

<b>Lampiran</b>	<b>Judul Lampiran</b>	<b>Halaman</b>
1	Instrumen Pedoman Wawancara Mendalam (PW-I) bagi Bidan di Desa.....	124
2	Instrumen Pedoman Wawancara Mendalam (PW-2) bagi Kordinator Bidan Desa.....	127
3	Instrumen Pedoman Wawancara Mendalam (PW-3) bagi Koordinator PONED.....	129
4	Instrumen Pedoman Wawancara Mendalam (PW-4) bagi Kepala Puskesmas.....	131
5	Instrumen Pedoman Wawancara Mendalam (PW-5) bagi Kepala Seksi Program KIA Dinas Kesehatan.....	133
6	Lembar Cheklist (LC-1) Peralatan dan Fasilitas di Puskesmas mampu PONED.....	135
7	Matrik Hasil Wawancara Mendalam Informan Bidan di Desa Kabupaten Bogor Tahun 2010.....	142
8	Matrik Hasil Wawancara Mendalam Informan Koordinator Bidan Desa Kabupaten Bogor Tahun 2010	165
9	Matrik Hasil Wawancara Mendalam Informan Koordinator PONED Kabupaten Bogor Tahun 2010.....	168
10	Matrik Hasil Wawancara Mendalam Informan Kepala Puskesmas Kabupaten Bogor Tahun 2010.....	171
11	Matrik Hasil Wawancara Mendalam Informan Kepala Seksi Program KIA Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2010.....	174

## DAFTAR LAIN

### Daftar Arti Lambang

% : Persen  
/ : Atau

### Daftar Singkatan

PONED : Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar  
PONEK : Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif  
SDKI : Survey Demografi Kesehatan Indonesia  
AKI : Angka Kematian Ibu  
AKB : Angka Kematian Bayi  
BdD : Bidan di Desa  
AMP : Audit Maternal Perinatal  
CFR : *Case Fertility Rate*  
KPD : Ketuban Pecah Dini  
HPP : *Hemorrhage Post Partum*  
HAP : *Hemorrhage Ante Partum*  
HEG : *Hyperemesis Gravidarum*  
ASI : Air Susu Ibu  
PKK : Pendidikan Kesejahteraan Keluarga  
KIE : Komunikasi Informasi Edukasi  
KB : Keluarga Berencana  
KIA : Kesehatan Ibu dan Anak  
WHO : *World Health Organization*  
PUS : Pasangan Usia Subur  
Balita : Bayi di Bawah Lima Tahun  
SDM : Sumber Daya Manusia  
ANC : *Antenatal Care*  
TT : Toxoid Tetanus  
KMS : Kartu Menuju Sehat  
PPGDON : Pertolongan Pertama keGawatdaruratan Obstetri dan Neonatal  
GDON : keGawatdaruratan Obstetri dan Neonatal  
APN : Asuhan Persalinan Normal  
IBI : Ikatan Bidan Indonesia  
IDAI : Ikatan Dokter Anak Indonesia

POGI : Persatuan Obstetri Ginekologi Indoensia

### Daftar Istilah

- K1 : Kunjungan pertama kali ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya
- K4 : Kunjungan ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya ke petugas kesehatan minimal 4 kali selama kehamilan, dengan syarat minimal 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II, dan 2 kali pada trimester III
- 7T : Pelayanan pemeriksaan ibu hamil yang meliputi timbang berat badan, pengukuran tinggi fundus, pengukuran tekanan darah, mendapatkan suntikan TT, dan mendapatkan tablet besi, tes penyakit menular seksual serta temu wicara dalam rangka persiapan rujukan
- P4K : Program Perencanaan dan Pencegahan Komplikasi adalah upaya percepatan penurunan Angka Kematian Ibu dan Neonatal di Indonesia dimana persalinan di fasilitas kesehatan menjadi elemen kunci bagi keberhasilan program, selain mobilisasi masyarakat dan pemberdayaan keluarga, registrasi ibu hamil dan jaminan pembiayaan persalinan.

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **I.1 Latar belakang**

Masih tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia merupakan suatu masalah yang sejak tahun 1990an yang mendapatkan perhatian besar dari berbagai pihak di dalam maupun luar negeri (Depkes, 2004). Menurut SDKI (1997), AKI di Indonesia mencapai 334/100.000 kelahiran hidup pada tahun 1995 dan Angka Kematian Bayi (AKB) 46/1000 kelahiran hidup. Data terakhir pada tahun 2007 sudah menunjukkan kemajuan yang cukup berarti yakni AKI 228/100.000 kelahiran hidup dan AKB 34/1000 kelahiran hidup (Depkes, 2008).

Penyebab utama kematian ibu menurut SDKI (2001), dikelompokkan menjadi penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung biasanya erat dengan kondisi kesehatan ibu sejak proses kehamilan, proses persalinan, dan pasca persalinan seperti perdarahan (28 %), infeksi (11 %), komplikasi perurperium (8 %), partus macet/lama (5 %), abortus (5 %), trauma obstetri (5 %), emboli obstetri (5 %), dan lain-lain (11 %). Sedangkan penyebab tidak langsung lebih terkait dengan kondisi sosal ekonomi, geografis serta perilaku budaya masyarakat yang terangkum dalam 4 T “terlalu” (terlalu tua, terlalu muda, terlalu banyak, terlalu sering) dan 3 Terlambat (terlambat mengambil keputusan, terlambat membawa, dan terlambat mendapatkan pelayanan); seperti anemia (51 %), terlalu muda <20 tahun (10,3 %), terlalu tua >35 tahun (11 %), terlalu dekat jaraknya <24 bulan (15 %) dan <36 bulan (6 %) (Depkes, 2008).

Sedangkan penyebab utama kematian perinatal adalah prematur/BBLR (Berat Badan Lahir Rendah), kelainan kongenital, asfiksia neonatorum, insufisiensi plasenta, perlukaan kelahiran, dan lain-lain (Wiknjosastro dkk, 2006)

Sesuai komitmen global Indonesia menetapkan target penurunan AKI menjadi 75 % dari kondisi tahun 1990 atau 115/100.000 kelahiran hidup dan penurunan AKB menjadi 35/1000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (Depkes, 2004). Dan target terbaru berdasarkan Millenium Development Goals (MDGs)

Depkes (2007) dalam Tarzon (2009) yaitu menurunkan AKI menjadi 102/100.000 kelahiran hidup dan AKB 15/1000 kelahiran hidup.

Untuk mencapai target yang telah ditetapkan digunakan pendekatan baru yaitu *Making Pregnancy Safer* (MPS) yang sejak tahun 1990 yang dianjurkan oleh WHO sebagai bagian dalam program *safe motherhood*. Upaya *safe motherhood* menganggap bahwa setiap kehamilan mengandung resiko, walaupun kondisi kesehatan ibu sebelum dan selama kehamilan dalam keadaan baik. Sedangkan 3 fokus kegiatan (pesan kunci) MPS yaitu; 1) setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih; 2) setiap komplikasi obstetri dan neonatal mendapatkan pelayanan yang adekuat; 3) setiap wanita subur mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran (Depkes, 2004).

Hal yang perlu diingat adalah bahwa komplikasi dalam kehamilan dan persalinan tidak dapat diduga atau diramalkan sebelumnya, kira-kira 90% kematian ibu terjadi disaat sekitar persalinan dan kira-kira 95% penyebab kematian ibu adalah komplikasi obstetri yang sering tidak dapat diperkirakan sebelumnya (Saifuddin A.B. 2002). Dan salah satu penyebab lambatnya penurunan AKI di Indonesia adalah karena sebagian besar persalinan (54%) masih dilakukan di rumah (SDKI, 2007). Kebiasaan untuk melahirkan di rumah yang masih sangat dominan tersebut akan memberikan resiko yang lebih tinggi bagi kematian ibu dan bayi. Maka salah satu pemecahan masalah penurunan AKI dan AKB dilakukan melalui intervensi yang terbukti efektif di Srilangka yaitu semua persalinan harus di fasilitas kesehatan (Kementrian Kesehatan RI, 2010).

Persalinan di fasilitas kesehatan harus didukung oleh tenaga kesehatan yang kompeten, fasilitas kesehatan yang memenuhi standart operasional, manajemen program yang efektif dan dukungan penuh dari semua pengampu (Stakeholder) terkait (Kementrian Kesehatan RI, 2010).

Hal ini sesuai dengan kebijakan MPS dan kebijakan Depkes sebelumnya bahwa ibu hamil harus berada sedekat mungkin pada sarana pelayanan obstetri emergensi dasar dan puskesmas sebagai tempat rujukan terdekat dari desa sebagai Pembina bidan di desa, diharapkan mampu melaksanakan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) (Depkes, 2004). Pembentukan puskesmas

mampu Poned merupakan bagian upaya mempercepat penurunan AKI. Poned juga merupakan pelayanan untuk menanggulangi kasus-kasus kegawatdaruratan obstetri dan neonatal. Poned dilaksanakan oleh puskesmas dengan tempat perawatan atau rawat inap. Puskesmas mampu Poned menerima rujukan dari tenaga atau fasilitas kesehatan ditingkat desa atau masyarakat dan merujuk ke rumah sakit bila diperlukan (Depkes, 2004).

Di kabupaten Bogor jumlah ibu hamil pada tahun 2007 merupakan terbesar di provinsi Jawa Barat. Jumlah kematian ibu maternal pada tahun 2007 menempati urutan ke dua yaitu mencapai 84/88.633 kelahiran hidup, sedangkan tahun 2008 mencapai 83/93.795 kelahiran hidup, tahun 2009 mencapai 87/96.479 kelahiran hidup. Kematian ibu maternal pada tahun 2009 disebabkan karena kasus perdarahan (35,7%), hipertensi dalam kehamilan (27,3%), infeksi (8,3%) dan lain-lain (28,6%) (Dinkes Kabupaten Bogor, 2009).

Sedangkan jumlah kematian neonatal pada tahun 2009 mencapai 339/96.479 kelahiran hidup. Kematian neonatal pada tahun 2009 disebabkan karena BBLR (43,3%), asfiksia (27,7%), tetanus (2,4%), infeksi (6,5%), masalah laktasi (1,8%) dan lain-lain (18,3%) (Dinkes Kabupaten Bogor, 2009).

Untuk cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan sendiri baru mencapai 68,39% dari keseluruhan ibu hamil. Hal ini juga berarti persalinan oleh tenaga kesehatan di kabupaten Bogor masih rendah jika dibandingkan dengan target Indonesia Sehat 2010 yaitu cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan 90% di wilayah kerja puskesmas. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan perlu mencapai optimal agar dapat dijaring dan ditangani semua kasus resiko tinggi dan komplikasi obstetri (Depkes, 2004).

Dalam upaya menurunkan jumlah kematian ibu maternal dan neonatal di kabupaten Bogor, Dinas kesehatan kabupaten Bogor memasukkan penurunan AKI dan AKB sebagai tujuan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) tahun 2009, dengan strategi: 1) meningkatkan akses pelayanan melalui sarana, prasarana, dan sumber daya; 2) meningkatkan partisipasi warga (Dinkes Kabupaten Bogor, 2009).

Berbagai program kesehatan KIA juga telah dilakukan untuk menurunkan AKI dan AKB di Kabupaten Bogor antara lain seperti peningkatan cakupan

kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, deteksi dini resiko tinggi, dan rujukan pada kelompok resti yang ditemukan (Dinkes Kabupaten Bogor, 2009).

Termasuk salah satu upayanya yaitu merintis pembentukan puskesmas mampu PONEDED dikembangkan dari puskesmas yang telah mempunyai sarana perawatan atau rawat inap yang tersebar di seluruh wilayah kerja kabupaten Bogor. Jumlah puskesmas yang dikembangkan menjadi puskesmas mampu PONEDED di kabupaten Bogor ada 4 puskesmas meliputi di wilayah timur yaitu puskesmas Cileungsi, di wilayah tengah yaitu puskesmas Cigombong dan puskesmas Parung, serta di wilayah barat yaitu puskesmas Jasinga. Hal ini sesuai dengan kebijakan dalam pengembangan PONEDED yakni distribusi PONEDED untuk satu wilayah kabupaten/kota minimal 4 puskesmas mampu PONEDED dengan sebaran merata (Depkes, 2004).

Jumlah rujukan kasus obstetri di puskesmas mampu PONEDED di kabupaten Bogor, berikut disajikan tabel tentang jumlah rujukan ibu maternal tahun 2009.

Tabel I.1 Jumlah Ibu Maternal yang Dirujuk ke Puskesmas Mampu PONEDED di Kabupaten Bogor Tahun 2009.

Puskesmas Mampu PONEDED	Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar		
	Sasaran (seluruh ibu hamil)	Jumlah rujukan ke PONEDED	% dari seluruh sasaran ibu hamil
Cigombong	2.328	422	18,1%
Cileungsi	5.683	210	3,7%
Parung	2.849	417	14,6%
Jasinga	2.666	356	13,3%

Sumber : Laporan Tahunan Program KIA Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2009 “telah diolah kembali”

Berdasarkan tabel I.1 dapat diketahui bahwa jumlah rujukan kasus obstetri ke puskesmas mampu PONEDED pada tahun 2009 berdasarkan wilayah kerjanya, kecuali puskesmas Cigombong rata-rata masih belum mencapai sasaran pelayanan emergensi yang di perkirakan yaitu 15% dari seluruh ibu hamil yang ada (Depkes,2004). Secara keseluruhan kasus obstetri yang dirujuk ke puskesmas mampu PONEDED ada 1.405 orang atau 10,4% dari jumlah sasaran yaitu seluruh ibu hamil di wilayah kerja puskesmas mampu PONEDED yaitu 13.458. Data yang

digunakan merupakan data jumlah ibu maternal yang dirujuk ke puskesmas mampu PONEC bukan merupakan data penilaian kinerja kegiatan PONEC.

Jumlah rujukan neonatal ke puskesmas mampu PONEC dapat dilihat pada tabel 1.2 di bawah ini.

Tabel I.2 Jumlah Neonatal yang Dirujuk ke Puskesmas Mampu PONEC di Kabupaten Bogor Tahun 2009.

	Puskesmas mampu PONEC			
	Jasinga	Parung	Cileungsi	Cigombong
Jumlah yang dirujuk	13	20	3	0

Sumber : Laporan Tahunan Program KIA Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2009

Sedangkan berdasarkan tabel I.2 diketahui jumlah rujukan kasus neonatal ke puskesmas mampu PONEC masih sangat kecil yakni baru mencapai 36 neonatal.

Dari hasil jumlah kegiatan puskesmas mampu PONEC diatas dapat dikatakan bahwa meskipun di wilayah kabupaten Bogor sudah ada puskesmas mampu PONEC, tetapi belum dimanfaatkan secara optimal. Pemanfaatan yang dimaksud adalah jumlah kasus obstetri dan neonatal yang dirujuk ke puskesmas mampu PONEC baik yang oleh Bdd (bidan desa) ataupun masyarakat.

Bidan terutama bidan di desa adalah salah satu inisiator dari proses pemanfaatan pelayanan, dimana pendapatnya sangat dipertimbangkan dalam pengambilan keputusan seseorang untuk meminta pertolongan atau pelayanan kesehatan. Bidan di desa sangat erat hubungannya dengan puskesmas. Penempatan bidan di desa memberikan harapan baru dalam upaya mendekatkan pelayanan kesehatan di tengah masyarakat dan berangsur-angsur menggantikan peran dukun (Manuaba, 1998). Bidan di desa dapat memberikan pelayanan langsung kepada ibu hamil/ibu bersalin/ibu nifas baik yang datang sendiri ataupun dirujuk oleh kader maupun dukun dan dapat merujuk ke puskesmas PONEC maupun RS mampu PONEK dengan persiapan memadai (Depkes, 2004).

Rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONEC oleh bidan desa dipengaruhi beberapa faktor yang menurut teori Green dan Kreuter (2005) dalam Tarzon (2009), meliputi predisposisi (sosiodemografi), *enabling* (pemungkin), dan *reinforcing* (penguat).

Pada Studi kuantitatif yang dilakukan Hardian Tarzon (2009) mengenai perilaku bidan di desa dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONEB berdasarkan teori Lawrence Green, ditemukan bahwa faktor predisposisi yang berhubungan yaitu pengetahuan tentang puskesmas mampu PONEB dan sistem rujukan, pengalaman terhadap fasilitas rujukan, pendidikan. Sedangkan faktor pemungkin yang berhubungan yaitu pengetahuan tentang ketersediaan petugas terlatih PONEB, dan waktu tempuh dari desa ke puskesmas mampu PONEB, serta faktor penguat yang berhubungan yaitu dukungan keluarga.

Demikian juga studi yang dilakukan Supriyatnataris D (2007), studi kualitatif juga menemukan bahwa keputusan untuk merujuk persalinan adalah keluarga (suami dan orang tua), apakah dirujuk atau tidak dirujuk pertimbangan utama keluarga adalah dana (biaya/uang) walaupun ada Askeskin atau SKTM, namun keluarga tidak mampu untuk biaya operasional menunggu di tempat rujukan. Selain itu hasil studi juga memberikan informasi seluruh kasus persalinan dalam penelitian datang ke bidan di desa (BdD) sudah dalam kondisi yang tidak memungkinkan untuk dirujuk (fase aktif).

Sedangkan hasil studi Nafsiah (2006), studi kualitatif tentang kinerja puskesmas mampu PONEB di kabupaten Indramayu menghasilkan bahwa jumlah petugas PONEB, pendidikan, pelatihan yang belum memadai dapat menjadi penyebab rendahnya kinerja para BdD khususnya dalam melakukan rujukan. Pengetahuan BdD mengenai PONEB juga dapat memengaruhi rujukan.

Berdasarkan fakta di atas, dengan adanya dukungan BdD yang mampu mendeteksi resiko tinggi dan komplikasi serta memberikan pertolongan pertama dalam kegawatdaruratan obstetri neonatal dengan disertai terbentuk dan berfungsinya puskesmas mampu PONEB akan mendekatkan pelayanan emergensi obstetri dan neonatal ke sasaran yaitu ibu dan bayinya yang mengalami komplikasi kehamilan maupun persalinan sehingga penyelamatan jiwa ibu dan bayinya dapat ditangani secara cepat dan tepat. Dengan demikian diharapkan akan mampu membantu menurunkan angka kematian ibu maternal dan neonatal di wilayah kabupaten Bogor.

## I.2 Perumusan Masalah

Dari uraian di atas menunjukkan bahwa rujukan kasus obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONE D di kabupaten Bogor pada tahun 2009 masih kurang dari 15% dari keseluruhan ibu hamil, yang menunjukkan belum optimalnya pemanfaatan PONE D oleh B d D dan masyarakat. Penelitian ini dilakukan hanya pada B d D karena B d D berada dekat dengan masyarakat dan erat hubungannya dengan puskesmas. Rujukan kasus obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONE D dipengaruhi faktor predisposisi B d D sebagai perujuk, faktor pemungkin yaitu petugas puskesmas mampu PONE D sebagai pemberi pelayanan, dan faktor penguat sebagai pemberi dukungan. Sehingga rumusan masalah dalam penelitian ini adalah belum diperolehnya informasi secara mendalam mengenai faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor penguat dari B d D yang memengaruhi rujukan kasus obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONE D di kabupaten Bogor tahun 2009.

## I.3 Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah di atas, maka pertanyaan penelitian adalah Bagaimanakah faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat memengaruhi rujukan kasus obstetri neonatal oleh bidan desa ke puskesmas mampu PONE D di kabupaten Bogor tahun 2009 ?

## I.4 Tujuan Penelitian

### I.4.1 Tujuan Umum

Diperolehnya informasi mendalam mengenai rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal oleh bidan desa ke puskesmas mampu PONE D di kabupaten Bogor tahun 2009.

### I.4.2 Tujuan Khusus

I.4.2.1 Diperolehnya informasi tentang faktor predisposisi yang meliputi pendidikan, pelatihan, pengetahuan tentang puskesmas mampu PONE D, pengetahuan kegawatdaruratan obstetri neonatal, pengetahuan sistem rujukan ke puskesmas mampu PONE D yang memengaruhi rujukan kasus

kegawatdaruratan obstetri neonatal bidan desa ke puskesmas mampu PONE D di kabupaten Bogor tahun 2009.

I.4.2.3 Diperole hnya informasi tentang faktor pemungkin yang meliputi ketersediaan petugas, sarana dan fasilitas, kemampuan petugas, jarak, dan biaya di puskesmas mampu PONE D yang memengaruhi rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal oleh bidan desa ke puskesmas mampu PONE D di kabupaten Bogor tahun 2009.

1.4.2.4 Diperole hnya informasi tentang faktor penguat antara lain sosialisasi dan dukungan yang memengaruhi rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal bidan desa ke puskesmas mampu PONE D di kabupaten Bogor tahun 2009.

## I.5 Manfaat Penelitian

### I.5.1 Manfaat Aplikatif

1.5.1.1 Merupakan umpan balik bagi kinerja puskesmas mampu PONE D dalam upaya meningkatkan pelayanan PONE D melalui rujukan bidan di desa, sekaligus mengetahui kendala nyata dalam implementasiannya, sehingga dapat digunakan untuk evaluasi dan pengembangan kebijakan dan strategis baru bagi Depkes sesuai dengan era desentralisasi yang berhubungan peningkatan rujukan ke puskesmas mampu PONE D.

1.5.1.2 Sebagai masukan kepada Dinas Kesehatan tentang pentingnya penilaian kinerja di puskesmas mampu PONE D yang sampai saat ini belum ada, sehingga menjadi panduan bagi puskesmas untuk pelayanan PONE D.

## I.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk menggali secara mendalam mengenai rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal oleh bidan desa ke puskesmas mampu PONE D di kabupaten Bogor tahun 2009. Mengingat konsep pembentukan PONE D merupakan bagian upaya mempercepat penurunan AKI dan AKB.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif, dilakukan di wilayah kerja Dinas kesehatan kabupaten Bogor dengan informan kunci yaitu bidan di desa, di 4 puskesmas mampu PONE D. Kemudian ditambahkan informasi dari

informan pendukung yaitu kepada koordinator bidan desa, koordinator PONEB, Kepala puskesmas, dan Kepala seksi program KIA Dinas Kesehatan serta observasi langsung di lapangan untuk melihat kesesuaian data.

Data yang digunakan yaitu data primer dan sekunder. Data primer diperoleh langsung dari responden dengan peneliti sendiri sebagai instrument dengan menggunakan pedoman wawancara mendalam dan alat perekam sebagai alat pengumpulan data. Sedangkan data sekunder diperoleh dari telaah dokumen di puskesmas maupun PONEB maupun di Dinas kesehatan kabupaten Bogor. Penelitian ini dilakukan dari bulan April sampai dengan Mei 2010.



## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Perilaku Kesehatan

##### 2.1.1 Konsep Perilaku

Perilaku dari pandangan biologis adalah merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Jadi, perilaku manusia pada hakikatnya adalah suatu aktivitas dari pada manusia itu sendiri. Atau yang dimaksud perilaku (manusia) adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2003).

Perilaku dan gejala perilaku yang tampak pada kegiatan organisme tersebut dipengaruhi oleh faktor genetik dan lingkungan. Hereditas atau faktor keturunan adalah merupakan konsepsi dasar atau modal untuk perkembangan perilaku makhluk hidup itu untuk selanjutnya. Sedangkan lingkungan adalah merupakan kondisi atau merupakan lahan untuk perkembangan perilaku tersebut. Suatu mekanisme pertemuan antara kedua faktor tersebut dalam rangka terbentuknya perilaku disebut proses belajar (*Learning process*).

Perilaku menurut Skinner (1938) dalam Soekidjo Notoadmodjo (2003) merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau refleksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespon, maka teori Skinner ini disebut teori “S-O-R” atau stimulus-Organisme-Respon. Skinner membedakan adanya dua respon yaitu:

1. *Respondent respon atau reflexive*, yakni respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus semacam ini disebut *eliciting stimulation* karena menimbulkan respon-respon yang relatif tetap.
2. *Operant respon atau instrumental respon*, yakni respon yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu. Perangsang ini disebut *reinforcing stimulation* atau *reinforcer*, karena memperkuat respon.

Secara lebih operasional perilaku dapat diartikan suatu respon organisme atau seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari luar subjek tersebut. Respon ini terbentuk dua macam, yakni:

1. Bentuk pasif adalah respon internal, yaitu yang terjadi di dalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat terlihat oleh orang lain, misalnya berpikir, tanggapan atau sikap batin dan pengetahuan.
2. Bentuk aktif, yaitu apabila perilaku itu jelas dapat diobservasi secara langsung.

Pengetahuan dan sikap adalah merupakan respon seseorang terhadap stimulus atau rangsangan yang masih bersifat terselubung dan disebut '*covert behavior*'. Sedangkan tindakan nyata seseorang sebagai respon seseorang terhadap stimulus (*Practice*) adalah merupakan '*overt behavior*' (Notoadmodjo, 2003).

#### 2.1.2 Perilaku kesehatan

Perilaku kesehatan pada dasarnya adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, serta lingkungan (Notoadmodjo, 2003).

Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan adalah respon seseorang terhadap sistem pelayanan kesehatan baik sistem pelayanan kesehatan modern maupun tradisional. Perilaku ini menyangkut respon terhadap fasilitas pelayanan, cara pelayanan, petugas kesehatan, dan obat-obatannya, yang terwujud dalam pengetahuan, sikap dan penggunaan fasilitas, petugas, dan obat-obatan (Notoadmodjo, 2003).

Robert Kwick (1974) dalam Notoadmodjo (2003) menyatakan bahwa perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari. Perilaku tidak sama dengan sikap. Sikap adalah hanya suatu kecenderungan untuk mengadakan tindakan terhadap suatu objek, dengan suatu cara yang menyatakan adanya tanda-tanda untuk menyenangkan atau tidak menyenangkan objek tersebut. Sikap hanyalah sebagian dari perilaku manusia.

Perubahan-perubahan perilaku dalam diri seseorang dapat diketahui melalui persepsi. Persepsi adalah sebagai pengalaman yang dihasilkan melalui

panca indra. Setiap orang mempunyai persepsi yang berbeda, meskipun mengamati terhadap objek yang sama.

Faktor-faktor yang memengaruhi terbentuknya perilaku dibedakan menjadi dua, yakni faktor intern dan ekstern.

Faktor intern mencakup: pengetahuan, kecerdasan, persepsi, emosi, motivasi dan sebagainya yang berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar. Sedangkan faktor ekstern meliputi lingkungan sekitar, baik fisik maupun non fisik seperti: iklim, manusia, sosial-ekonomi, kebudayaan, dan sebagainya.

Becker (1979) dalam Notoatmodjo (2003) mengajukan klasifikasi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (*health related behavior*) sebagai berikut :

- a. Perilaku kesehatan (*health behavior*), yaitu hal-hal yang berkaitan dengan tindakan atau kegiatan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Termasuk juga tindakan-tindakan untuk mencegah penyakit, kebersihan perorangan, memilih makanan, sanitasi, dan sebagainya.
- b. Perilaku sakit (*illness behavior*), yakni segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh seseorang individu yang merasa sakit, untuk merasakan dan mengenal keadaan kesehatannya atau rasa sakit. Termasuk di sini juga kemampuan atau pengetahuan individu untuk mengidentifikasi penyakit, penyebab penyakit, serta usaha-usaha mencegah penyakit tersebut.
- c. Perilaku peran sakit (*the sick role behavior*), yakni segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit untuk memperoleh kesembuhan. Perilaku ini disamping berpengaruh terhadap kesehatan/kesakitannya sendiri, juga berpengaruh terhadap orang lain, terutama kepada anak-anak yang belum mempunyai kesadaran dan tanggungjawab terhadap kesehatannya.

### 2.1.3 Domain Perilaku Kesehatan

Perilaku manusia itu sangat kompleks dan mempunyai ruang lingkup yang sangat luas. Benyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku itu kedalam 3 domain (ranah/kawasan), meskipun kawasan-kawasan

tersebut tidak mempunyai batas yang jelas dan tegas. Terdiri dari Ranah (*cognitive domain*), ranah afektif (*affective domain*), ranah psikomotor (*psychomotor domain*) (Notoatmodjo, 2003).

Dalam perkembangan selanjutnya oleh para ahli pendidikan, dan untuk kepentingan pengukuran hasil pendidikan, ketiga domain ini diukur dari:

a. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan adalah merupakan hasil "tahu", dan ini terjadi setelah seorang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*).

Penelitian Rogers (1974) dalam Notoatmodjo (2003), mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan , yakni:

- a) *Awareness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
- b) *Interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut. Di sini sikap subjek sudah mulai timbul.
- c) *Evaluation* (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- d) *Trial*, dimana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.
- e) *Adoption*, dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Namun demikian dari penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahaya perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap tersebut di atas.

Pengetahuan yang dicakup didalam domain kognitif mempunyai 6 tingkat, yakni:

1. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, "tahu" ini adalah merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih didalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesisis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

## 6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

### b. Sikap (*Attitude*)

Sikap adalah merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi adalah merupakan “predisposisi” tindakan atau perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka tingkah laku yang terbuka. Jadi sikap merupakan reaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek (Notoatmodjo, 2003).

Sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan yakni :

#### 1. Menerima (*Receiving*)

Menerima, diartikan bahwa orang (objek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan objek.

#### 2. Merespons (*Responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, lepas pekerjaan itu benar atau salah adalah berarti orang menerima ide tersebut.

#### 3. Menghargai (*Valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi setiap tingkat tiga.

#### 4. Bertanggung jawab (*Responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah merupakan sikap yang paling tinggi.

c. Praktek atau Tindakan

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk terwujudnya sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Tingkat-tingkat Praktek yaitu:

1. Persepsi (*Perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktek tingkat pertama.

2. Respon Terpimpin (*Guided Respon*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktek tingkat dua.

3. Mekanisme (*Mecanism*)

Apabila seorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan maka ia sudah mencapai praktek tingkat tiga.

4. Adaptasi (*Adaptation*)

Adaptasi adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasinya sendiri tanpa mengurangi kebenaran tindakannya tersebut.

2.1.4 Determinan Perilaku

Meskipun perilaku adalah bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang), namun dalam memberikan respon sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang bersangkutan. Hal ini berarti bahwa meskipun stimulusnya sama bagi beberapa orang, namun respon tiap-tiap orang berbeda. Faktor-faktor yang membedakan respons terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku (Notoatmodjo, 2003). Determinan perilaku ini dapat dibedakan menjadi dua yaitu :

- a. Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat *given* atau bawaan, misalnya: tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin dan sebagainya.
- b. Determinan atau faktor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

Dari uraian diatas dapat dirumuskan bahwa perilaku adalah merupakan totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang, yang merupakan hasil bersama atau *resultante* antara berbagai faktor, baik faktor internal maupun faktor eksternal (Notoatmodjo, 2003).

Faktor pengalaman, keahlian, sarana fisik, sosio-budaya masyarakat merupakan faktor-faktor yang memengaruhi sikap, pengetahuan, persepsi, keinginan, kehendak, motivasi dan niat hingga akhirnya terbentuk suatu perilaku. Sebagaimana yang diasumsikan oleh Spranger, kepribadian seseorang ditentukan oleh salah satu nilai budaya yang dominan pada diri orang tersebut (Notoatmodjo, 2003).



Gambar 2.1 Bagan Asumsi Determinan Perilaku Manusia (Notoatmodjo, 2003)

Faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk dibatasi karena perilaku merupakan resultansi dari berbagai faktor, baik internal maupun eksternal (lingkungan) (Notoatmodjo, 2003).

Beberapa teori lain yang telah dicoba untuk mengungkap determinan perilaku dari analisis faktor-faktor yang memengaruhi perilaku khususnya perilaku

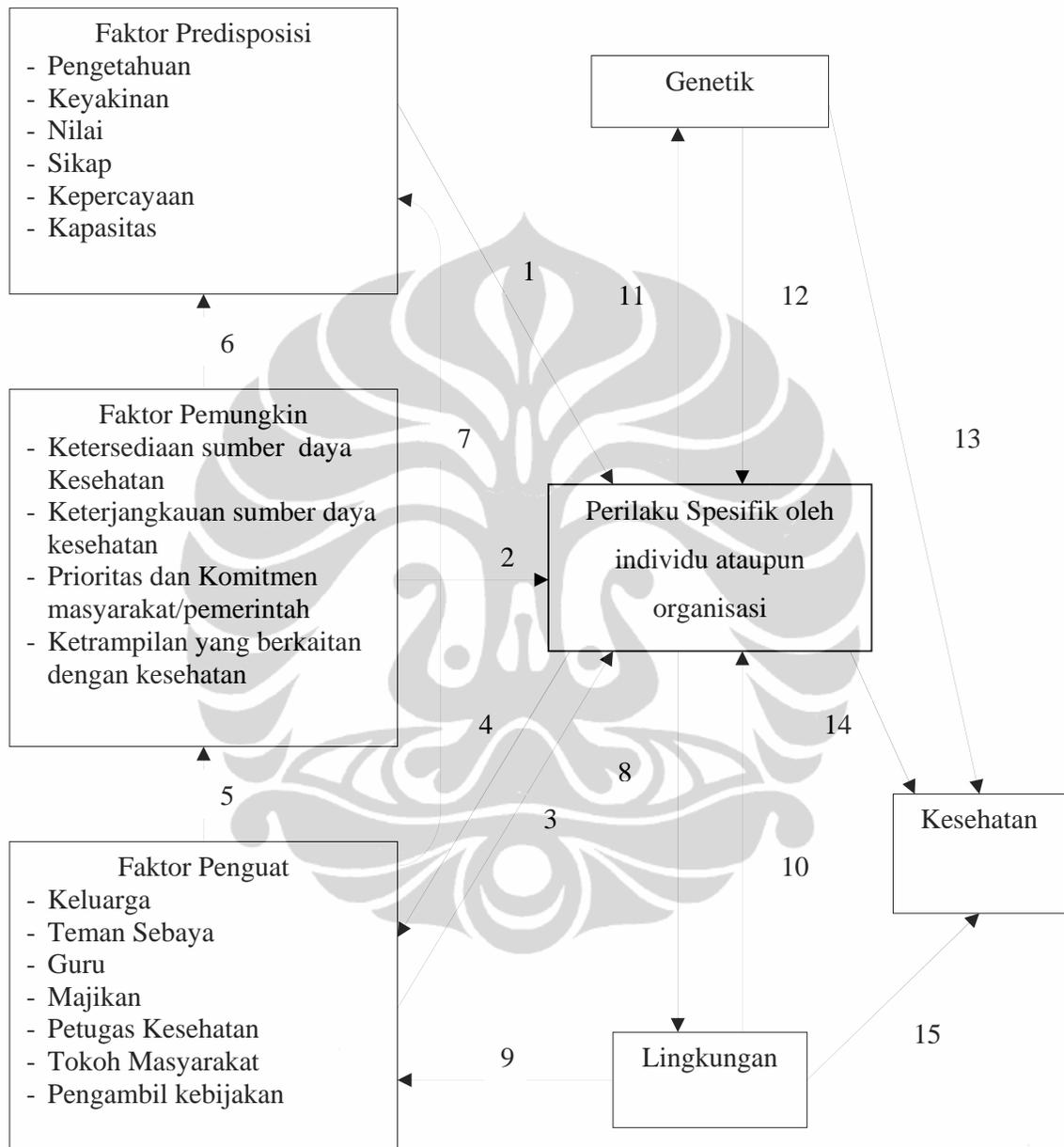
yang berhubungan dengan kesehatan, antara lain teori Green dan Kreuter (2005) (Tarzon, 2009).

Menurut teori Green dan Kreuter (2005) dalam Tarzon (2009) terdapat tiga faktor utama yang dapat memengaruhi perilaku kesehatan seseorang yang sebelumnya dapat terbentuk karena pengaruh genetik dan lingkungan. Faktor tersebut meliputi faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*), faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*).

Faktor predisposisi meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai. Faktor tersebut akan berpengaruh terhadap motivasi individu ataupun kelompok untuk bertindak. Selain faktor tersebut, sosiodemografi dan ekonomi juga merupakan faktor predisposisi perilaku seseorang yaitu meliputi status seseorang, usia, jenis kelamin, ras, besar keluarga, pendapatan, pendidikan, tempat tinggal, serta data kependudukan.

Faktor pemungkin meliputi ketersediaan fasilitas atau sarana kesehatan dalam hal ini fasilitas yang mendukung seseorang untuk dapat berperilaku positif terhadap sesuatu. Faktor pemungkin lainnya adalah pemanfaatan pelayanan kesehatan serta kemampuan tenaga kesehatan dalam memberikan informasi dan memberikan bantuan, kebijakan ataupun peraturan perundangan yang mendukung. Selain faktor yang telah dipaparkan diatas terdapat faktor penguat yang juga berpengaruh terhadap perilaku yaitu adanya dukungan dari keluarga, teman sebaya, guru-guru, pimpinan, perilaku tenaga kesehatan, serta peran pengambil kebijakan.

Berikut kerangka teori faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku kesehatan menurut Green dan Kreuter (2005):



Catatan : Garis utuh menunjukkan pengaruh langsung dan garis putus-putus menunjukkan akibat sekunder, nomor menunjukkan kira-kira urutan terjadinya tindakan

Gambar 2.2 *This of Precede-proceed model includes additional lines and arrows to outline a theory of causal relationship and order of causation feedback loops for the three sets of factors influencing behavior* (Green dan Kreuter (2005) dalam Tarzon (2009)).

## 2.1 Bidan

Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau kemampuan melalui pendidikan dibidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan (UU Kesehatan no 36 tahun 2009 pasal 1).

Bidan adalah orang yang telah menjalani program pendidikan kebidanan yang diakui, dikenal di daerah tempat dia berada, dan telah menyelesaikan dengan baik segala studi kebidanan, serta telah memenuhi kualifikasi untuk didaftarkan dan atau secara resmi diberi lisensi untuk mempraktekkan kebidanan (Varney's Midwifery 3 rd.ed, 2004).

### 2.1.1 Peranan Bidan dalam Sistem Kesehatan Nasional

Peranan bidan dalam masyarakat sebagai tenaga terlatih pada Sistem Kesehatan Nasional adalah sebagai berikut (Manuaba, 1998):

#### 1. Memberikan pelayanan sebagai tenaga terlatih

Di Indonesia persalinan dukun terbesar 75% sampai 80% terutama di daerah pedesaan. Persalinan. Pertolongan oleh dukun menimbulkan berbagai masalah dan penyebab utama tingginya angka kematian dan kesakitan ibu dan perinatal. Memperhatikan angka kematian ibu dan perinatal dapat dikemukakan bahwa sebagian besar terjadi pada saat pertolongan dan kematian ibu dan perinatal masih dapat dicegah, maka bidan memegang peranan penting untuk meningkatkan pelayanan yang menyeluruh dan bermutu di tengah masyarakat.

Pelayanan kesehatan yang patut dilaksanakan bidan: 1) meningkatkan upaya pengawasan ibu hamil; 2) meningkatkan gizi ibu hamil dan ibu menyusui; 3) meningkatkan penerimaan gerakan KB; 4) meningkatkan kesehatan lingkungan; 5) meningkatkan sistem rujukan; 6) meningkatkan penerimaan imunisasi ibu hamil dan bayi.

Selain itu bidan juga melakukan pengawasan kehamilan dan menetapkan: 1) kehamilan, persalinan, dan postpartum dengan resiko tinggi; 2) kehamilan, persalinan, dan postpartum yang meragukan; 3) kehamilan, persalinan, dan postpartum dengan resiko rendah.

## 2. Meningkatkan pengetahuan kesehatan masyarakat

Pendidikan masyarakat memegang peranan penting yang meliputi: 1) pentingnya arti pengawasan kehamilan; 2) mengajarkan tentang makanan yang berpedoman pada “empat sehat” dan “lima sempurna”; 3) pentingnya arti imunisasi tetanus toksoid ibu hamil; 4) pentingnya arti pelaksanaan keluarga berencana; 5) mengarahkan kemana persalinan dilakukan untuk mendapatkan *well born baby*; 6) pengawasan post partum dan persiapan untuk merawat bayi dan menyusui; 7) pentingnya arti memberikan ASI selama 2 tahun dan rawat gabung.

Pendidikan kesehatan ibu hamil dapat dilakukan pada waktu: 1) pengawasan hamil di puskesmas atau pondok bersalin desa dan praktik bidan swasta; 2) saat menyelenggarakan posyandu; 3) melalui pertemuan berkala atau kursus pada PKK (Pendidikan Kesejahteraan Keluarga); 4) pada saat memberikan penyuluhan khusus; 5) pada saat melakukan kunjungan rumah.

Tujuan pendidikan kesehatan masyarakat ini adalah untuk: a) meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan; b) mengarahkan masyarakat memilih tenaga kesehatan terlatih; c) meningkatkan pengertian masyarakat tentang imunisasi, keluarga berencana, dan gizi sehingga mengurangi ibu hamil dengan anemia.

## 3. Meningkatkan penerimaan gerakan keluarga berencana

Dalam pelaksanaan gerakan keluarga berencana bidan dapat mengambil bagian penting yaitu: a) memberikan KIE dan motivasi; b) memberikan pelayanan dan pemeriksaan peserta KB.

## 4. Memberikan pendidikan “dukun beranak”

Peranan dukun beranak sulit ditiadakan karena masih mendapat kepercayaan masyarakat dan tenaga terlatih yang masih belum mencukupi. Dukun beranak masih dapat dimanfaatkan untuk ikut serta memberikan pertolongan persalinan. Kerja sama bidan di desa dengan dukun beranak perlu dijalin dengan baik melalui: a) pendidikan dukun yang berkaitan dengan tanda bahaya kehamilan dan persalinan serta postpartum, teknik pertolongan persalinan sederhana tetapi bersih dan higienis, perawatan dan pemotongan tali pusat, perawatan neonatus, perawatan ibu postpartum, meningkatkan

kerjasama dalam bentuk rujukan ke bidan atau puskesmas; b) diikutsertakan dalam gerakan keluarga berencana seperti membagikan kondom, membagikan pil KB, melakukan rujukan KB; c) memberikan kesempatan untuk melakukan pertolongan persalinan dengan resiko rendah; d) meningkatkan sistem rujukan yang mantap.

Dengan penempatan bidan di desa diharapkan peranan dukun akan semakin berkurang sejalan dengan makin tingginya pendidikan dan pengetahuan masyarakat dan tersedianya fasilitas kesehatan,

#### 5. Meningkatkan sistem rujukan

Salah satu kelemahan pelayanan adalah pelaksanaan rujukan yang kurang cepat dan tepat. Rujukan bukanlah berarti suatu kekurangan, tetapi satu tanggung jawab yang tinggi dan mendahulukan kepentingan masyarakat. Kelancaran rujukan dapat menjadi faktor yang menentukan untuk menurunkan angka kematian ibu dan perinatal. Tindakan rujukan ditujukan pada mereka yang tergolong dalam resiko tinggi. Dengan demikian, rujukan menjadi harapan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu.

#### 2.1.2 Bidan di Pedesaan (Bidan Desa)

Kendala yang memberatkan upaya memberikan pelayanan bermutu dan menyeluruh dipengaruhi oleh situasi geografis negara dengan kepulauan yang terbentang luas dan keadaan sosial, yaitu pendidikan yang rendah, ekonomi lemah sehingga masyarakat berorientasi pada pertolongan dukun (Manuaba, 1998).

Bidan di desa (BdD) menurut Depkes (1995) dalam supriyatnataris (2007) adalah seorang wanita yang telah mengikuti dan menyelesaikan pendidikan kebidanan yang telah diakui pemerintah dan lulus ujian sesuai persyaratan yang berlaku, diwajibkan tinggal serta bertugas melayani masyarakat di wilayah kerjanya meliputi satu sampai dua desa.

Sesuai dengan fungsinya, bidan di desa bekerja sama dengan masyarakat untuk membuat pondok bersalin desa (polindes). Bidan desa sangat erat hubungannya dengan puskesmas. Penempatan bidan di desa memberikan harapan baru dalam upaya mendekatkan pelayanan kesehatan di tengah masyarakat dan berangsur-angsur menggantikan peranan dukun (Manuaba, 1998).

Tugas bidan desa berorientasi pada tiga konsep dasar yaitu: 1) pendidikan (pendidikan kepada masyarakat dan pendidikan kepada dukun beranak); 2) pelayanan kepada masyarakat; 3) pencatatan dan pelaporan.

Pendidikan kepada masyarakat meliputi kesehatan keluarga dan program keluarga berencana, kesehatan lingkungan, peningkatan gizi, pentingnya melakukan pengawasan antenatal, pentingnya persalinan dengan tenaga terlatih, pentingnya imunisasi balita dan ibu hamil, pendidikan tentang payudara dan ASI, kesehatan reproduksi remaja dan lansia.

Pendidikan kepada dukun beranak meliputi penyaringan hamil dengan resiko tinggi/rendah/meragukan, ikut serta membantu pelaksanaan gerakan KB, sterilitas saat pemotongan tali pusat, resusitasi neonatus yang baik, menetapkan untuk melakukan rujukan, membantu masyarakat untuk mengikuti program pemerintah dalam pelaksanaan posyandu, melaporkan kegiatan KIA.

Sedangkan pelayanan kepada masyarakat yaitu melakukan pemeriksaan hamil dengan menetapkan kehamilan dengan resiko rendah/tinggi/meragukan, pertolongan persalinan pada kehamilan resiko rendah, mempergunakan partograf WHO dalam pertolongan persalinan, melakukan vaksinasi ibu hamil dan balita, melakukan rujukan untuk hamil resiko tinggi/persalinan pada garis waspada/neonatus dengan resiko tinggi, melakukan kunjungan rumah ibu setelah bersalin/pemeliharaan kesehatan keluarga/pemeliharaan ibu dan bayi/memberikan nasehat makanan ibu dan bayi, memperhatikan kesehatan lingkungan, pengawasan dukun beranak, pengawasan tumbuh kembang balita, pengawasan terhadap peran serta masyarakat.

Pencatatan dan pelaporan meliputi pencatatan ibu hamil/balita/dan PUS, evaluasi keikutsertaan masyarakat dalam posyandu, pencatatan kesehatan balita dan kesehatan sekolah, merencanakan berbagai kegiatan kesehatan, imunisasi, pemetaan wilayah.

### 2.3 Sistem Rujukan

Yang dimaksud sistem rujukan di Indonesia seperti yang telah dirumuskan dalam SK Menteri Kesehatan RI No. 32 tahun 1972 ialah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan yang melaksanakan pelimpahan tanggungjawab

timbang balik terhadap satu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal dalam arti dari unit yang berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu atau secara horizontal dalam arti antar unit-unit yang setingkat kemampuannya (Aswar, 1996).

Dalam sistem rujukan perlu dibedakan adanya 3 bentuk pelayanan, yakni (Notoatmodjo, 2003) :

1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama (*primary health care*):

Pelayanan kesehatan jenis ini diperlukan untuk masyarakat yang sakit ringan dan masyarakat yang sehat untuk meningkatkan kesehatan mereka atau promosi kesehatan. Oleh karena jumlah kelompok ini di dalam suatu populasi sangat besar (lebih kurang 85%), pelayanan yang diperlukan oleh kelompok ini bersifat pelayanan kesehatan dasar (*basic health services*), atau juga merupakan pelayanan kesehatan primer atau utama (*primary health care*). Bentuk pelayanan ini di Indonesia adalah Puskesmas, Puskesmas pembantu, Puskesmas keliling, dan Balkesmas.

2. Pelayanan kesehatan tingkat kedua (*secondary health services*):

Pelayanan kesehatan jenis ini diperlukan oleh kelompok masyarakat yang memerlukan perawatan inap, yang sudah tidak dapat ditangani pelayanan kesehatan primer. Bentuk pelayanan ini misalnya Rumah Sakit tipe C dan D, dan memerlukan tersedianya tenaga - tenaga spesialis.

3. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (*tertiary health services*):

Pelayanan kesehatan ini diperlukan oleh kelompok masyarakat atau pasien yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan sekunder. Pelayanan sudah kompleks, dan memerlukan tenaga-tenaga super spesialis. Contoh di Indonesia: Rumah Sakit tipe A dan B.

Dari batasan tersebut dapat dilihat bahwa hal yang dirujuk bukan hanya pasien saja tapi juga masalah-masalah kesehatan lain, teknologi, sarana, bahan-bahan laboratorium dan sebagainya. Di samping itu, rujukan tidak berarti berasal dari fasilitas yang lebih rendah ke fasilitas yang lebih tinggi, tetapi juga dapat

dilakukan di antara fasilitas-fasilitas kesehatan yang setingkat. Secara garis besar rujukan dibedakan menjadi dua, yakni:

#### 1. Rujukan Medik

Rujukan ini berkaitan dengan upaya penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan pasien. Disamping itu juga mencakup rujukan pengetahuan (konsultasi medis), dan bahan-bahan pemeriksaan.

#### 2. Rujukan Kesehatan Masyarakat

Rujukan ini berkaitan dengan upaya pencegahan penyakit (preventif) dan peningkatan kesehatan (promosi). Rujukan ini mencakup rujukan teknologi, sarana dan operasional.

Manfaat sistem rujukan dalam Azwar (1996) yaitu:

- a. Dari sudut pandang pemerintah sebagai penentu kebijakan kesehatan
  - 1) Membantu penghematan dana, karena tidak perlu menyediakan berbagai macam peralatan kedokteran pada setiap sarana kesehatan.
  - 2) Memperjelas sistem pelayanan kesehatan, karena dapat hubungan kerja antara berbagai sarana kesehatan.
  - 3) Memudahkan pekerjaan administrasi, terutama pada aspek perencanaan.
- b. Dari sudut masyarakat sebagai pemakai jasa pelayanan
  - 1) Meringankan biaya pengobatan, karena dapat dihindari pemeriksaan yang sama secara berulang-ulang.
  - 2) Mempermudah masyarakat dalam mendapatkan pelayanan, karena telah diketahui dengan jelas fungsi dan wewenang setiap sarana pelayanan masyarakat.
- c. Dari sudut kalangan kesehatan sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan.
  - 1) Memperjelas jenjang karier tenaga kesehatan dengan sebagai akibat positif lainnya seperti semangat kerja ketekunan dan dedikasi.
  - 2) Membantu peningkatan dan keterampilan yakni melalui kerjasama yang terjalin.

- 3) Memudahkan dan atau meringankan beban tugas, karena setiap sarana kesehatan mempunyai tugas dan kewajiban tertentu.

## 2.4 Kematian Ibu Maternal dan Kematian Perinatal

### 2.4.1 Kematian Ibu Maternal

Menurut WHO kematian maternal ialah kematian seorang wanita waktu hamil atau dalam 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan oleh sebab apapun, terlepas dari tuanya kehamilan dan tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan (Wiknjosastro, 2006).

Hasil dari beberapa studi serta pengamatan atas peristiwa kematian maternal, mengungkapkan bahwa penyebab utama kematian dikelompokkan menjadi penyebab langsung dan penyebab tidak langsung (Depkes, 2008).

#### 1. Penyebab langsung

Penyebab langsung biasanya terkait erat dengan kondisi kesehatan ibu sejak proses kehamilan, proses persalinan, dan pasca persalinan. Resiko kematian ibu maternal dapat terjadi sejak awal kehamilan hingga pasca persalinan (nifas) dengan resiko paling tinggi terjadi pada periode persalinan. Penyebab utama yang secara langsung menyebabkan kematian ibu maternal adalah timbulnya perdarahan, eklamsia, dan infeksi serta komplikasi *peurperium*.

Pada siklus kehamilan, fokus pelayanan diarahkan pada pelayanan kesehatan ibu hamil atau antenatal care (ANC) yang dilakukan sejak awal kehamilan. Melalui proses ANC yang berkualitas perkembangan kesehatan bumil (ibu hamil) setiap saat bisa dipantau dan secara dini dapat dilakukan intervensi untuk mengeliminir berbagai faktor resiko kejadian kematian ibu maternal. Pemantauan ANC dilakukan pada pelayanan K1 sebagai aksesibilitas ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan dan K4 sebagai mutu terhadap pelayanan kesehatan terhadap ibu hamil.

Ibu hamil dengan status K4, sedikitnya telah mendapatkan pelayanan 7T (timbang berat badan, pengukuran tinggi fundus, pengukuran tekanan darah, mendapatkan suntikan TT, dan mendapatkan tablet besi, tes penyakit menular seksual serta temu wicara dalam rangka persiapan rujukan) selama minimal 4

kali kunjungan mulai dari trimester I sebanyak 1 kali, trimester II satu kali, dan trimester III sebanyak 2 kali. Dengan demikian faktor resiko terkait dengan anemia, perdarahan, eklamsi, infeksi atau beberapa faktor resiko tidak langsung lainnya dapat dicegah termasuk dengan melakukan rujukan ke tingkat pelayanan yang lebih lengkap.

Pada siklus persalinan, fokus pelayanan diarahkan pada peningkatan aksesibilitas serta kualitas pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan. Melalui penanganan oleh tenaga kesehatan dengan kompetensi dimaksud, diharapkan berbagai faktor risiko kematian dalam proses persalinan seperti perdarahan persalinan, eklamsi, infeksi dan sebagainya dapat ditangani dengan benar sehingga tidak menimbulkan kematian ibu maternal.

## 2. Penyebab Tidak Langsung

Sedangkan penyebab tidak langsung lebih terkait dengan kondisi sosial, ekonomi, geografi serta perilaku budaya masyarakat yang terangkum dalam 4T terlalu (terlalu tua, terlalu muda, terlalu banyak, terlalu sering/rapat) dan 3 terlambat (terlambat mengambil keputusan, terlambat membawa, dan terlambat mendapat pelayanan).

### 2.4.2 Kematian Perinatal

Sekarang kematian bayi dianggap sebagai ukuran yang lebih baik serta peka untuk menilai kualitas pelayanan kebidanan. Untuk itu digunakan angka kematian perinatal (*perinatal mortality rate*). Kematian perinatal yang terdiri atas jumlah anak yang tidak menunjukkan tanda-tanda hidup waktu dilahirkan, ditambah dengan jumlah anak yang meninggal dalam minggu pertama dalam kehidupannya, untuk 1000 kelahiran (Wiknjosastro, 2006).

Penyebab kematian perinatal adalah prematuritas (sebagian besar bayi yang meninggal dalam minggu pertama ialah bayi premature), kelahiran kongenital, asfiksia neonatorum, insufisiensi plasenta, perlukaan kelahiran dan lain-lain.

Kecenderungan penurunan jumlah kematian perinatal dapat dicapai disamping dengan membuat persalinan seaman-amannya bagi bayi dengan

mengusahakan agar janin dalam kandungan dapat hidup dalam kondisi yang sebaik-baiknya.

Penurunan angka kematian perinatal berlangsung lebih lambat, penyebabnya ialah karena kesehatan serta keselamatan janin dalam uterus sangat tergantung dari keadaan dan kesempurnaan bekerjanya sistem dalam tubuh ibu yang mempunyai fungsi untuk menumbuhkan hasil konsepsi dari mudigah menjadi janin cukup bulan.

Dua hal yang banyak menentukan penurunan kematian perinatal ialah tingkat kesehatan gizi wanita dan mutu pelayanan kebidanan yang tinggi.

## 2.5 Puskesmas Mampu PONE

### 2.5.1. Pengertian Puskesmas

Puskesmas adalah suatu unit pelaksana fungsional yang berfungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan serta pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan kegiatannya secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan pada suatu masyarakat yang bertempat tinggal dalam suatu wilayah tertentu (Azwar, 1996).

Jika ditinjau dari sistem pelayanan kesehatan di Indonesia, maka peranan kesehatan Indonesia. Ini disebabkan karena peranan dan kedudukan puskesmas di Indonesia adalah amat unik, sebagai sarana pelayanan kesehatan terdepan di Indonesia, maka puskesmas kecuali bertanggung jawab dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat, juga bertanggung jawab dalam menyelenggarakan pelayanan kedokteran (Azwar, 1996).

### 2.5.2. Pengertian PONE

PONE (Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar) merupakan pelayanan untuk menanggulangi kasus-kasus kegawatdaruratan obstetri dan neonatal yang meliputi segi:

1. Pelayanan Obstetri : pemberian oksitosin par enteral, antibiotika par enteral dan sedative parenteral, pengeluaran plasenta manual/kuret serta pertolongan persalinan menggunakan Vakum Ekstraksi/Forceps Ekstraksi.

2. Pelayanan Neonatal: resusitasi untuk bayi asfiksia, pemberian antibiotic parenteral, pemberian bicnat intraumbilical/Phenobarbital untuk mengatasi ikterus, pelaksanaan thermal control untuk mencegah hipotermia dan penanggulangan gangguan pemberian nutrisi.

PONED dilaksanakan Puskesmas dan menerima rujukan dari oleh tenaga fasilitas kesehatan di tingkat Desa atau masyarakat dan merujuk ke rumah sakit.

### 2.5.3. Kebijakan Puskesmas Mampu PONED

Ketersediaan pelayanan kedaruratan untuk ibu hamil beserta janinnya sangat menentukan kelangsungan hidup ibu dan bayi baru lahir. Misalnya, perdarahan sebagai sebab kematian langsung terbesar dari ibu bersalin perlu mendapat tindakan dalam waktu kurang dari 2 jam, dengan demikian keberadaan puskesmas mampu PONED menjadi sangat strategis:

#### 1. Kriteria

Puskesmas mampu PONED yang merupakan bagian dari jaringan pelayanan obstetri dan neonatal di kabupaten/kota sangat spesifik daerah, namun untuk menjamin kualitas, perlu ditetapkan beberapa kriteria pengembangan :

- a. Puskesmas dengan sarana pertolongan persalinan diutamakan Puskesmas dengan tempat perawatan/ puskesmas dengan ruang rawat inap.
- b. Puskesmas sudah berfungsi/pertolongan persalinan.
- c. Mempunyai fungsi sebagai sub senter rujukan :
  - 1) Melayani sekitar 50.000 - 100.000 penduduk yang tercakup oleh Puskesmas (termasuk penduduk di luar wilayah puskesmas PONED).
  - 2) Jarak tempuh dari lokasi pemukiman sasaran, pelayanan dasar dan puskesmas biasa ke puskesmas mampu PONED paling lama 1 jam dengan transportasi umum setempat, mengingat waktu pertolongan hanya 2 jam untuk kasus perdarahan.
- d. Jumlah dan jenis tenaga kesehatan yang perlu tersedia, sekurang-kurangnya seorang dokter dan seorang bidan terlatih GDON dan seorang perawat terlatih PPGDON. Tenaga tersebut bertempat tinggal di sekitar lokasi Puskesmas mampu PONED

- e. Jumlah dan jenis sarana kesehatan yang perlu tersedia sekurang-kurangnya :
- 1) Alat dan obat
  - 2) Ruang tempat menolong persalinan.
  - 3) Ruang ini dapat memanfaatkan ruang yang sehari-hari digunakan oleh pengelola program KIA.
  - 4) Luas minimal 3 x 3 m
  - 5) Ventilasi dan penerangan yang memenuhi syarat
  - 6) Suasana aseptik bisa dilaksanakan
  - 7) Tempat tidur minimal dua buah dan dapat dipergunakan untuk melaksanakan tindakan
  - 8) Air bersih tersedia
  - 9) Kamar mandi/WC tersedia
- f. Jenis pelayanan yang diberikan dikaitkan dengan sebab kematian ibu yang utama yaitu pendarahan, eklamsi, infeksi, partus lama, abortus dan sebab kematian neonatal yang utama yaitu asfiksia, tetanus neonatorum dan hipotermi.
2. Penanggung jawab PONED  
Penanggung jawab puskesmas mampu PONED adalah dokter.
3. Dukungan Pihak Terkait:  
Dalam pengembangan PONED harus melibatkan secara aktif pihak-pihak terkait seperti :
- a. Dinas kesehatan kabupaten/kota
  - b. Rumah Sakit kabupaten/kota
  - c. Organisasi Profesi: IBI, IDAI, POGI, IDI
  - d. Lembaga Swadaya masyarakat (LSM).
4. Distribusi PONED :  
Untuk satu wilayah kabupaten/kota minimal ada 4 puskesmas mampu PONED dengan sebaran yang merata. Jangkauan pelayanan kesehatan diutamakan gawat darurat obstetri neonatal (GDON) di seluruh kabupaten/kota.

## 5. Kerjasama PONED :

Pada lokasi yang berbatasan dengan kabupaten/kota lain perlu dilakukan kerjasama antara kedua kabupaten/kota tersebut.

### 2.5.4. Pengembangan PONED

#### a) Persiapan

##### a. Diseminasi Informasi

Agar semua pihak yang terkait mempunyai persepsi yang sama dalam melaksanakan kegiatan-kegiatan dalam mengembangkan PONED dan adanya komitmen lintas program yang disepakati bersama melalui pertemuan-pertemuan yang melibatkan, Dinas Kesehatan Kabupaten dan RS kabupaten/kota (SpOG dan SpA).

Dalam pertemuan tersebut perlu dibahas upaya-upaya untuk meningkatkan pelayanan KIA dalam mencapai target Indonesia Sehat 2010, sebagai berikut :

##### 1) Cakupan Pelayanan Kebidanan :

- a) K1 harus  $\geq 95\%$  dan K4  $\geq 90\%$  pada akhir tahun.
- b) Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (PN) 90 % tahun di wilayah kerja puskesmas.
- c) Cakupan penanganan komplikasi obstetri dan neonatal (PK) minimal.

Target cakupan tersebut diatas disesuaikan dengan kondisi setempat. Adapun upaya-upaya untuk peningkatan cakupan pelayanan obstetri antara lain adalah pendataan sasaran dan pencatatan kelahiran serta kematian ibu dan bayi baru lahir, upaya yang mendorong masyarakat agar memanfaatkan pelayanan kesehatan ibu baik di bidan di desa maupun di puskesmas, serta upaya pemberdayaan masyarakat untuk mengenali tanda bahaya/resiko tinggi obstetri.

2) Perkiraan Jumlah Komplikasi Obstetri

Perkiraan jumlah komplikasi obstetri dan neonatal per tahun di wilayah Kabupaten/kota akan dapat memberikan gambaran mengenai persiapan yang diperlukan untuk menanganinya.

3) Tenaga

a) Jumlah dan jenis tenaga di puskesmas yang dapat memberikan pelayanan kebidanan dan neonatal yaitu minimal seorang dokter, bidan dan perawat termasuk pengaturan penempatan, pemanfaatan dari fungsi mereka dalam melaksanakan pelayanan kebidanan dan neonatal.

b) Tenaga tersebut diatas sudah terlatih PONED.

c) Semua tenaga tersebut harus siap memberi pelayanan kegawatdaruratan selama 24 jam dengan didukung oleh RS PONEK yang siap melayani rujukan selama 24 jam.

4) Kerjasama Dinkes Kabupaten/Kota dan RS di Kabupaten/Kota

5) Logistik

6) Dana

b. Membangun Kesepakatan

Terjadi persamaan persepsi tentang kebutuhan puskesmas mampu PONED dalam rangka mendekatkan pelayanan GDON kepada sasaran, dalam rangka mempercepat penurunan AKI. Dari berbagai pertemuan analisis tim kabupaten/kota tersebut, diharapkan terbentuk kesepakatan menyangkut upaya-upaya pelayanan KIA.

c. Pelatihan Klinis Obstetri-Neonatal Berbasis Kompetensi

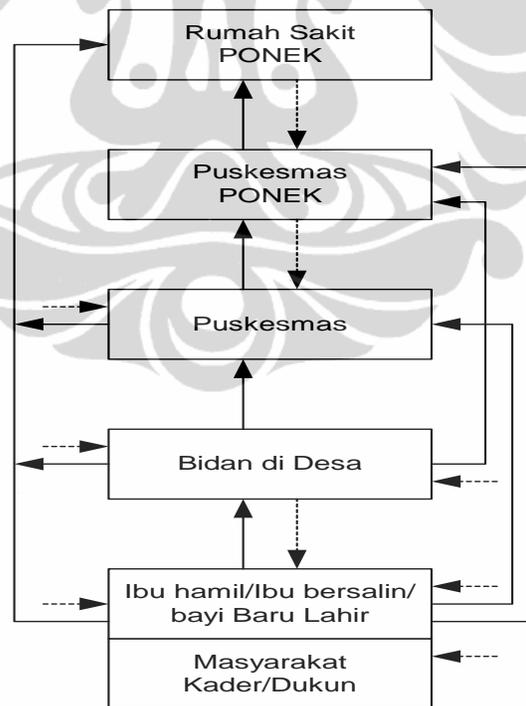
Dalam melaksanakan PONED di puskesmas diperlukan kompetensi/keterampilan yang sesuai dengan pelayanan yang diberikan baik untuk ibu maupun untuk bayinya. Pelaksana PONED di puskesmas harus menguasai 85% dari langkah-langkah baku yang terdapat pada modul "Keterampilan Klinik".

- a) Pelaksanaan PONED
- a Persiapan Pelaksanaan
- Dalam tahap ini ditentukan :
- 1) Biaya operasional PONED
  - 2) Lokasi pelayanan emergensi di puskesmas
  - 3) Pengaturan petugas dalam memberikan pelayanan gawat darurat obstetri dan neonatal.
  - 4) Format-format : Rujukan, Pencatatan dan pelaporan sesuai format.
- b Sosialisasi
- Dalam sosialisasi ini yang perlu diketahui oleh masyarakat antara lain adalah jenis pelayanan yang diberikan dan biaya pelayanan. Pemasaran sosial dapat dilaksanakan antara lain oleh petugas kesehatan dan sektor terkait, dari tingkat kecamatan sampai ke desa, Dukun/Kader dan Satgas GSI melalui berbagai forum yang ada seperti rapat koordinasi tingkat kecamatan/desa, lokakarya mini dan kelompok pengajian dan lain-lainnya.
- c Alur Pelayanan di PONED
- Setiap kasus emergensi yang datang ke puskesmas mampu PONED harus langsung ditangani, setelah itu baru pengurusan administrasi (pendaftaran), pembayaran, → alur pasien.
- Pelayanan gawat darurat obstetri dan neonatal yang diberikan harus mengikuti prosedur tetap (protap).
- d Pelaksanaan Rujukan
- 1) Masyarakat dapat langsung ke fasilitas pelayanan untuk mendapatkan pelayanan PPGDON.
  - 2) Bidan di desa memberikan pelayanan langsung kepada ibu hamil/ibu bersalin/ibu nifas baik yang datang sendiri ataupun dirujuk oleh kader maupun dukun. Selain memberikan pertolongan persalinan, bidan di desa dapat merujuk ke puskesmas, puskesmas mampu PONED maupun RS mampu PONEK dengan persiapan yang memadai.
  - 3) Puskesmas yang belum mampu PONED, sekurang-kurangnya mampu memberikan PPGDON terhadap ibu hamil/bersalin/nifas yang datang secara langsung ataupun yang dikirim oleh dukun/kader dan bidan di

desa serta mempersiapkan rujukan ke puskesmas mampu PONEK dan RS mampu PONEK.

- 4) Puskesmas mampu PONEK dapat memberikan pelayanan kepada ibu hamil/bersalin/nifas yang datang sendiri maupun yang dirujuk oleh kader/dukun, bidan di desa dan puskesmas. Komplikasi yang tidak bisa ditangani di puskesmas mampu PONEK dirujuk ke RS mampu PONEK.
- 5) RS PONEK memberikan pelayanan kepada ibu hamil/bersalin/nifas yang datang sendiri ataupun yang dirujuk oleh kader/dukun, puskesmas dan puskesmas mampu PONEK.

Bila mungkin RS PONEK diberitahu sebelumnya tentang kedatangan kasus yang akan dirujuk. Disamping itu rujukan dapat merupakan rujukan pengetahuan melalui pembinaan SpOG/SpA mengunjungi Puskesmas PONEK/ Non PONEK/PPGDON



Keterangan :  
 —————> Rujukan  
 - - - - -> Umpan Balik Rujukan

Gambar 2.3 Mekanisme Rujukan PONEK (Depkes, 2004)

a) Pencatatan dan Pelaporan

a) Pencatatan

Dalam pelaksanaan PONEC ini diperlukan pencatatan yang akurat baik dalam tingkat kabupaten/kota (RS PONEC) maupun di tingkat Puskesmas.

Format-format yang digunakan adalah yang sudah baku seperti:

- 1) Pencatatan dalam, Sistem Informasi Manajemen Puskesmas/SP2TP.
- 2) KMS ibu hamil/buku KIA
- 3) Register Kohor Ibu dan Bayi
- 4) Partograf
- 5) Format AMP

b) Pelaporan

Pelaporan hasil kegiatan dilakukan secara berjenjang dengan menggunakan format yang terdapat pada buku Pedoman AMP, yaitu :

- 1) Laporan dari RS kabupaten/kota ke Dinkes kabupaten/kota (Form RS).  
Laporan bulanan ini berisi informasi mengenai kesakitan dan kematian (serta sebab kematian) ibu dan bayi baru lahir.  
Laporan dari Puskesmas ke Dinkes kabupaten/kota (form Puskesmas)  
Laporan bulanan ini berisi informasi yang sama seperti di atas, dan jumlah kasus yang dirujuk ke RS kabupaten/kota.
- 2) Laporan dari Dinkes Kabupaten/Kota ke tingkat propinsi/Dinkes Propinsi  
Laporan triwulanan ini berisi informasi mengenai kasus ibu dan neonatal yang ditangani oleh RS kabupaten/kota dan puskesmas, serta tingkat kematian dari tiap jenis komplikasi/gangguan.

a) Pemantauan dan evaluasi

a) Pemantauan

Pemantauan dilakukan secara berjenjang dan melalui :

- 1) Pemanfaatan laporan  
Laporan yang diterima diolah dan dianalisa
- 2) Umpan Balik:  
Hasil analisa laporan di umpan balik kemudian lalu dikirimkan tiga bulan sekali dari Dinas Kesehatan kabupaten/kota ke RS PONEC dan

puskesmas mampu PONED atau diberikan melalui pertemuan review program KIA secara berkala di kabupaten/kota yang melibatkan Dinkes kabupaten/kota, RS PONEK dan puskesmas mampu PONED. Umpan balik ini diberikan dengan tujuan untuk menindaklanjuti berbagai masalah yang ditemukan dalam pelaksanaan PONED.

b. Supervisi

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 :

- 1) Dinkes Propinsi supervisi ke kabupaten/kota dan puskesmas PONED
- 2) Dinkes kabupaten/kota/RS kabupaten/kota ke Puskesmas

Aspek yang disupervisi adalah :

- 1) Aspek teknis medis (kebidanan dan neonatal) oleh RS-PONEK
- 2) Aspek administrasi/managerial oleh pengelola program KIA.

c. Evaluasi

Evaluasi PONED juga dilakukan secara berjenjang dan dilaksanakan setiap semester berupa evaluasi tengah tahun dan evaluasi akhir tahun. Kegiatan evaluasi ini sebaiknya dilaksanakan melalui pertemuan evaluasi yang sudah ada yaitu evaluasi KIA. Hasil evaluasi disampaikan kepada pihak terkait baik lintas program maupun lintas sektor, untuk mencari pemecahan masalah dan tindak lanjut.

Adapun aspek yang dievaluasi adalah :

1) Masukan :

Tenaga, dana, sarana obat dan alat di tingkat puskesmas dan desa, format-format pencatatan dan pelaporan, prosedur tetap PONED, jumlah dan kualitas pananganan yang telah ada termasuk *Case Fatality Rate* (CFR).

2) Proses

Pelayanan yang diberikan, kemampuan, keterampilan dan kepatuhan terhadap protap PONED, tenaga pelaksana, frekuensi pertemuan AMP di kabupaten/ kota dalam satu tahun.

3) Luaran.

a) Kuantitas

Cakupan pelayanan KIA di puskesmas mampu PONED tersebut, jumlah dan jenis kasus yang dilayani

b) Kualitas

*Case Fatality Rate* (CFR) dari tiap kasus komplikasi yang terjadi pada ibu dan bayi, proporsi tiap jenis kesakitan ibu dan bayi.

2..6. PONEK (Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komprehensif)

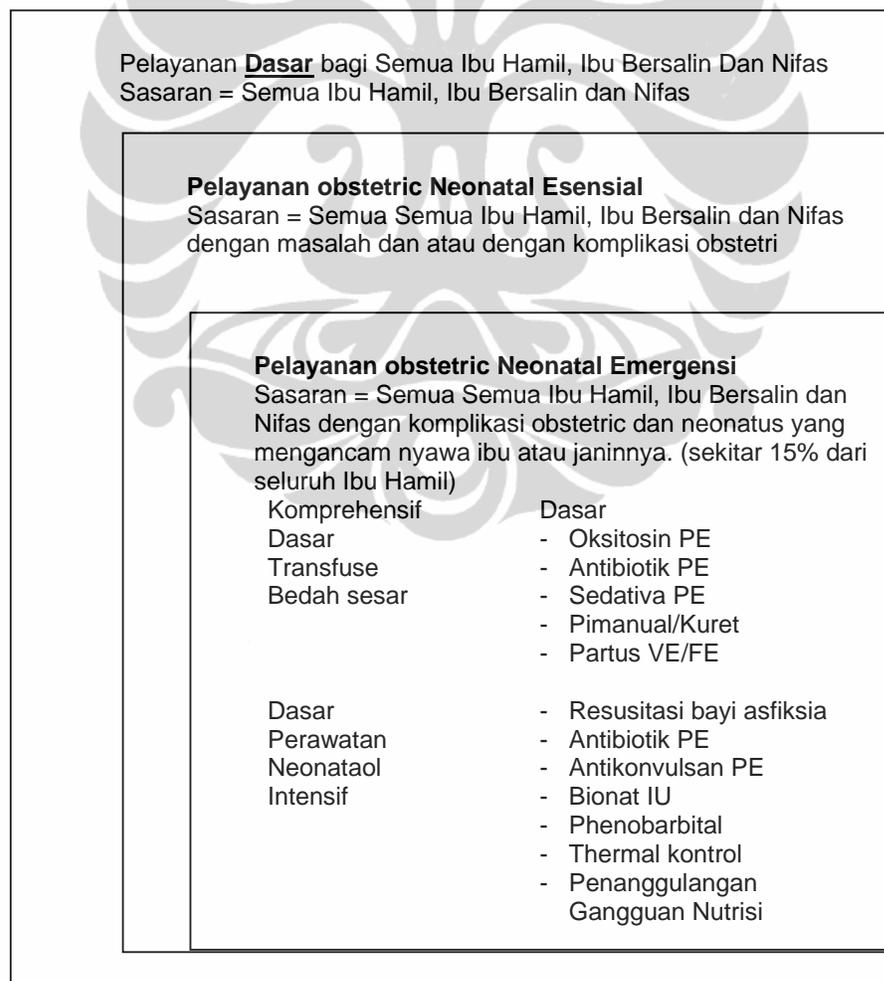
PONEK Kegiatannya di samping mampu melaksanakan seluruh pelayanan PONED, di RS Kabupaten/kota untuk aspek obstetri ditambah dengan melakukan transfusi dan bedah sesar. Sedangkan untuk aspek neonatus ditambah dengan kegiatan melaksanakan perawatan neonatal dengan kegiatan perawatan neonatal untuk aspek secara intensif oleh bidan/perawat terlatih emergensi (tidak berarti perlu NICU) setiap saat. PONEK dilaksanakan di RS Kabupaten/kota dan menerima rujukan dari oleh tenaga atau fasilitas kesehatan di tingkat desa dan masyarakat atau rumah sakit.

2.7. Perbedaan Antara Pelayanan Dasar, Esensial, dan Emergensi

Secara konseptual, telah disepakati bahwa pelayanan yang harus diberikan kepada semua ibu disebut pelayanan dasar, yaitu pelayanan kesehatan minimal bagi ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas. Agar bisa melalui kehamilan dengan sebaik-baiknya, Ibu hamil sekurang-kurangnya menerima pemeriksaan hamil 4 kali sesuai standar dengan distribusi satu kali pemeriksaan pada trimester 1, satu kali pada trimester 2 dan dua kali pada trimester 3. Termasuk didalam pelayanan ini adalah deteksi tanda bahaya/resiko tinggi sedini mungkin, serta pemberian informasi tentang upaya menjaga kehamilan dan mempersiapkan persalinan agar

berakhir dengan baik. Ibu bersalin ditolong oleh tenaga kesehatan dengan pelaksanaan manajemen aktif kala III dan ibu nifas minimal menerima 3 kali pelayanan nifas yaitu pada hari ke tiga, minggu ke dua dan ke enam.

Bagi kelompok ibu tertentu diperlukan pelayanan esensial, yaitu pelayanan bagi ibu dengan kehamilan bermasalah, yang memiliki komplikasi atau potensial memiliki komplikasi. Sedangkan pelayanan emergensi adalah serangkaian prosedur untuk pelayanan penyelamatan jiwa ibu dan atau bayinya yang mengalami komplikasi serius. Sasaran pelayanan emergensi ini diperkirakan 15% dari ibu/hamil, namun komplikasi yang mengancam nyawa ibu atau bayinya sering muncul secara tiba-tiba, tidak selalu bisa diramalkan. Oleh karena itu peningkatan akses kepada pelayanan emergensi ini akan mempercepat penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) secara bermakna.



Gambar 2.4 Perbedaan Antara Pelavanoan Dasar. Esensial dan Emergensi (Denkes. 2004)

## BAB 3

### KERANGKA PIKIR DAN DEFINISI ISTILAH

#### 3.1 Kerangka Pikir

PONED merupakan salah satu bagian upaya untuk mempercepat penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) melalui peningkatan akses ibu hamil kepada pelayanan emergensi dasar. Pelaksanaan terdepan dari PONED yaitu bidan desa (BdD) yang merupakan tenaga kesehatan yang paling dekat dengan ibu hamil. Jika dalam proses kehamilan, persalinan, dan nifas ditemukan tanda-tanda kegawatdaruratan obstetri neonatal, bidan desa dapat melakukan rujukan ke puskesmas yang telah mampu PONED untuk dapat memberikan pertolongan pertama, sebelum dirujuk ke PONEK jika diperlukan. Untuk itu penelitian ini ingin menggali hal-hal apa saja yang mempengaruhi rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal oleh bidan desa ke puskesmas mampu PONED.

Adanya rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONED merupakan hasil perilaku dari bidan desa. Berdasarkan teori-teori yang telah dikemukakan pada bab sebelumnya perilaku adalah respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang), namun dalam memberikan respon sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2003). Perilaku seseorang menurut teori Green dan Kreuter (2005) dalam Tarzon (2009) ditentukan oleh tiga faktor yaitu faktor predisposisi, faktor *enabling* (pemungkin) dan faktor *reinforcing* (penguat).

Berdasarkan teori Green dan Kreuter (2005), studi Nafsiah (2006), studi Supriyantaris D (2007), studi Hardian Tarzon (2009), maka faktor predisposisi meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, sosiodemografi dan ekonomi yang meliputi status seseorang, usia, jenis kelamin, ras, besar keluarga, pendapatan, pendidikan, tempat tinggal serta data kependudukan. Pada penelitian ini faktor predisposisi yang diteliti yaitu pengetahuan, dan sosiodemografi antara lain pendidikan dengan ditambahkan faktor pelatihan yang

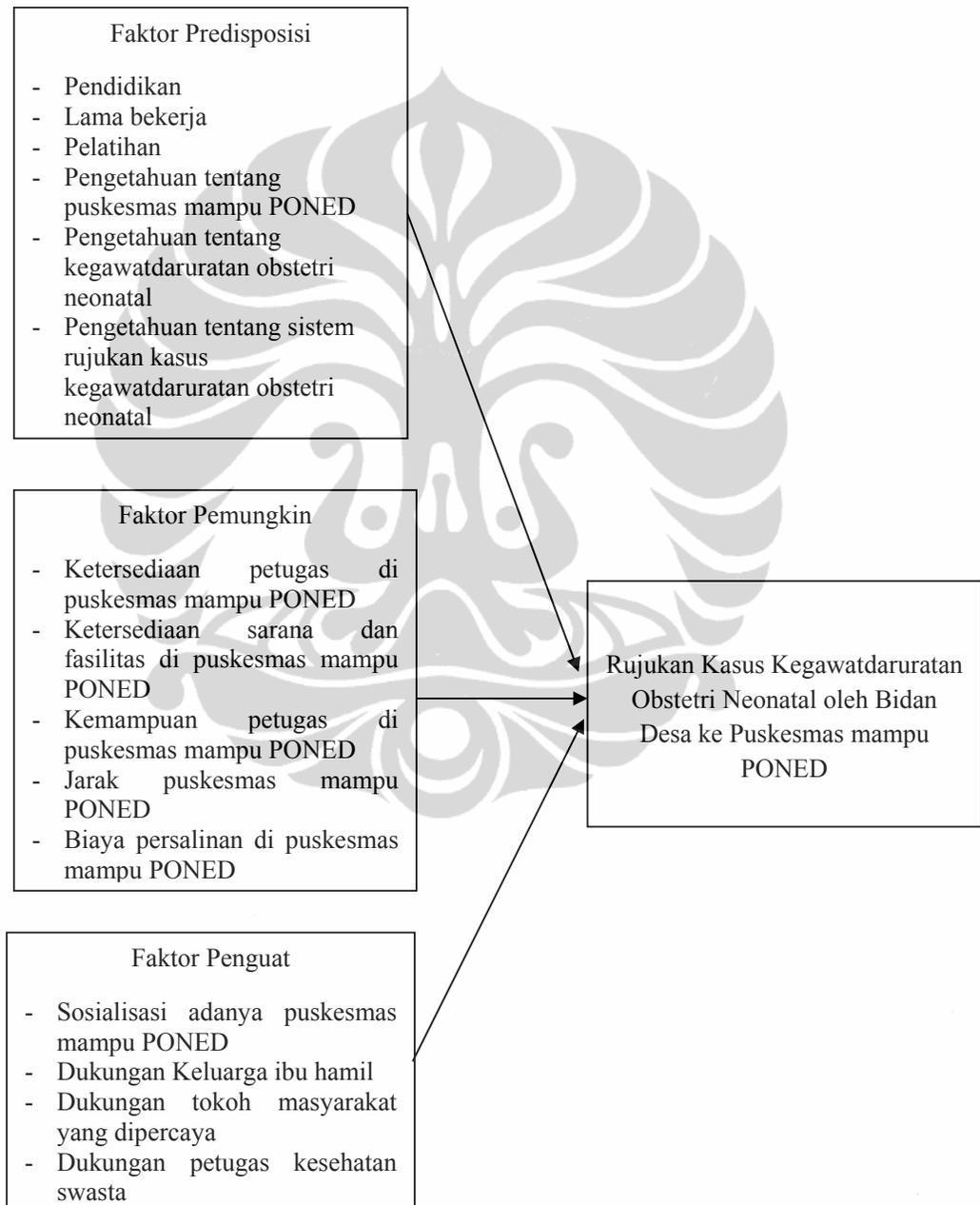
pernah diikuti, lama bekerja bisa sama atau berbeda pada setiap bidan desa tetapi dapat berbeda dalam menggambarkan dasar rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONEC. Sedangkan faktor kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, jenis kelamin, usia, ras, besar keluarga, pendapatan, tempat tinggal serta kependudukan tidak diteliti karena hasilnya kemungkinan sama pada setiap bidan desa.

Faktor pemungkin meliputi ketersediaan sumber daya kesehatan, keterjangkauan sumber daya kesehatan, ketrampilan yang berkaitan dengan kesehatan, prioritas dan komitmen masyarakat atau pemerintah. Faktor pemungkin yang diteliti yaitu ketersediaan sumber daya kesehatan yang meliputi ketersediaan petugas PONEC dan ketersediaan sarana serta fasilitas PONEC, keterjangkauan sumber daya kesehatan meliputi keterjangkauan puskesmas PONEC berdasarkan jarak dan keterjangkauan berdasarkan biaya di PONEC, serta kemampuan petugas PONEC. Karena faktor tersebut menjadi penguat dan berhubungan langsung dengan rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal oleh bidan desa. Sedangkan faktor prioritas dan komitmen masyarakat/pemerintah tidak diteliti karena pengaruhnya tidak langsung dan prosesnya panjang terhadap rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal.

Faktor penguat meliputi adanya dukungan dari keluarga, teman sebaya, guru-guru, pimpinan, perilaku tenaga kesehatan serta peran pengambil keputusan. Faktor penguat yang diteliti yaitu dukungan keluarga, dukungan tokoh masyarakat dalam hal ini dukun yang berada paling dekat dengan ibu hamil serta terlibat langsung dalam keputusan rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONEC. Selain itu kedua dukungan tersebut dapat diintervensi langsung oleh bidan desa. Dukungan tersebut akan terjadi jika ada faktor penguat lainnya berupa sosialisasi tentang Puskesmas mampu PONEC. Sedangkan peran serta pengambil keputusan, dukungan petugas kesehatan, dukungan teman sebaya, guru-guru, pimpinan tidak diteliti karena tidak berperan langsung terhadap keputusan rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal oleh bidan desa ke puskesmas mampu PONEC.

Berdasarkan dari uraian di atas. Bila digambarkan dalam kerangka pikir sebagai berikut:

Gambar 3.1 Kerangka Pikir Rujukan Kasus Kegawatdaruratan Obstetri Neonatal oleh Bidan Desa ke Puskesmas Mampu Poned



Berdasarkan kerangka pikir pada gambar 3.1 dapat dijelaskan:

1. Faktor predisposisi yaitu pendidikan, lama bekerja, pelatihan, pengetahuan tentang puskesmas mampu PONEB, pengetahuan tentang kegawatdaruratan obstetri neonatal, pengetahuan tentang sistem rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal bidan desa dapat mempengaruhi keputusan rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal oleh bidan desa ke puskesmas mampu PONEB.
2. Faktor pemungkin yaitu ketersediaan petugas di puskesmas mampu PONEB, ketersediaan sarana dan fasilitas di puskesmas mampu PONEB, kemampuan petugas di puskesmas mampu PONEB, jarak puskesmas mampu PONEB, biaya persalinan di puskesmas mampu PONEB menjadi pertimbangan yang mempengaruhi bidan desa untuk merujuk kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONEB.
3. Faktor penguat yaitu dilakukannya sosialisasi adanya pelayanan di puskesmas mampu PONEB disertai adanya dukungan dari keluarga ibu hamil, dukungan tokoh masyarakat yang dipercaya seperti dukun menjadi pendukung yang mempengaruhi kecepatan keputusan bidan desa untuk merujuk kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal oleh bidan di desa ke puskesmas mampu PONEB. Selain itu dukungan petugas swasta dalam merujuk dan menerima rujukan dari dan atau ke puskesmas mampu PONEB akan memengaruhi kecepatan penanganan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal.

## 3.2 Definisi Istilah

NO	Daftar Istilah	Definisi	Hasil Ukur	Instrumen	Informan				
					BdD	Bikor BdD	Koor Poned	Kepala PKM	Kepala Program KIA
1	Rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas mampu Poned	<p>-Jumlah penanganan masalah yang membahayakan nyawa ibu hamil, ibu bersalin dan nifas yang dirujuk oleh bidan di desa atau masyarakat ke puskesmas mampu Poned dengan perkiraan sasaran pelayanan emergensi sekitar 15% dari seluruh ibu hamil.</p> <p>-Jumlah penanganan masalah yang</p>	<p>- &lt; 15 % seluruh ibu hamil = kurang baik rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas mampu Poned.</p> <p>- ≥ 15 % seluruh ibu hamil = baik rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas mampu Poned.</p> <p>- 100% kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal tertangani selamat atau dirujuk ke rumah sakit dengan tindakan pra rujukan dan tepat waktu.</p>	Observasi dokumen	-	-	-	-	-

		membahayakan nyawa bayi umur 0-28 hari dibandingkan dengan sasaran yaitu jumlah bayi umur 0-28 hari yang mengalami masalah.							
2	Bidan di Desa	Seseorang yang telah menyelesaikan studi kebidanan dan telah lulus seleksi penerimaan pegawai Dinas kesehatan yang ditandai dengan SK Bupati untuk ditempatkan di wilayah kerja kabupaten	-	-	-	-	-	-	-
3	Pendidikan	Jenjang formal terakhir yang diselesaikan oleh bidan sampai dengan dilakukan penelitian.	- Harus D3 Kebidanan	Wawancara dengan bantuan pedoman wawancara mendalam, alat	√	√	√	√	√

				perekam dan catatan					
4	Lama bekerja	Rentang waktu yang dilewati bidan dalam satu pekerjaan yang memengaruhi pola pikir, cara bertindak, dan membuat keputusan dalam menghadapi masalah.		Wawancara dengan bantuan pedoman wawancara mendalam, alat perekam dan catatan,	√	√	√	√	√
5	Pelatihan	Suatu kegiatan yang dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan bidan dalam melaksanakan tanggungjawab dalam menangani masalah kegawatdaruratan ibu dan bayi.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bdd : terlatih APN, PPGDON</li> <li>- Bidan Poned : terlatih Poned dan GDON</li> </ul>	Wawancara dengan bantuan pedoman wawancara mendalam, alat perekam dan catatan, dengan observasi dokumen	√	√	-	-	-

6	Pengetahuan tentang puskesmas mampu PONED	<p>Wawasan yang dimiliki bidan tentang pelayanan puskesmas yang sesuai dengan ilmu dan bisa dipertanggungjawabkan secara ilmiah meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengertian</li> <li>- Kemampuan pelayanan PONED</li> <li>- Jumlah dan jenis tenaga PONED</li> </ul>	<p>- Puskesmas mampu PONED adalah puskesmas yang memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan obstetri neonatal emergensi dasar langsung kepada ibu hamil, bersalin, nifas dan neonatal dengan komplikasi yang mengancam jiwa ibu dan neonatal.</p> <p>- Kemampuan puskesmas mampu PONED harus bisa memberikan 6 pelayanan obstetri emergensi dasar yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberian oksitosin parenteral</li> <li>2. Pemberian antibiotik parenteral</li> <li>3. Pemberian sedatif parenteral pada tindakan</li> </ol>	Wawancara dengan bantuan pedoman wawancara mendalam, alat perekam dan catatan	√	√	-	-	-
---	---	--	--	---	---	---	---	---	---

			<p>kuret digital dan plasenta manual, kuratif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Pengeluaran plasenta manual</li> <li>5. Melakukan kuretase, plasenta manual, dan kompresi manual</li> <li>6. Partus dengan tindakan ekstrasi vacum dan ekstrasi forcep</li> </ol> <p>Dan 6 pelayanan neonatal emergensi dasar yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resusitasi bayi asfiksia</li> <li>2. Pemberian antibiotik parenteral</li> <li>3. Bicnat IU</li> <li>4. Pemberian Phenobarbital</li> <li>5. Kontrol suhu</li> <li>6. Penanggulangan gizi</li> </ol> <p>- Jumlah dan jenis tenaga tim</p>						
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

			PONED yang perlu tersedia sekurang-kurangnya 1 dokter dan 1 bidan (D3 kebidanan) terlatih PONED/GDON, dan 1 perawat terlatih PPGDON. Tinggal disekitar puskesmas mampu PONED dan tersedia 24 jam.						
7	Pengetahuan tentang kegawatdaruratan obstetri neonatal	Wawasan yang dimiliki oleh bidan dalam mengenali setiap penyakit, penyulit, penyerta dan komplikasi dalam kehamilan, persalinan dan nifas yang apabila tidak segera ditangani akan mengancam keselamatan ibu dan bayinya yang dapat mengakibatkan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kasus kegawatdaruratan osbtetri ialah kasus obsteri yang apabila tidak segera ditangani akan berakibat kematian ibu dan janinnya.</li> <li>- Penyebab utama dengan manifestasi klinik kegawatdaruratan berbeda-beda:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kasus Perdarahan: dapat bermanifestasi mulai dari perdarahan berwujud</li> </ol> </li> </ul>	Wawancara dengan bantuan pedoman wawancara mendalam, alat perekam dan catatan	√	√	-	-	-

		kematian.	<p>bercak, merembes, profus samapi syok</p> <p>2. Kasus infeksi dan sepsis: dapat bermanifestasi mulai dari pengeluaran cairan pervaginam yang berbau, air ketuban hijau, demam sampai syok.</p> <p>3. Kasus hipertensi dan preeklamsi/eklamsi: dapat bermanifestasi mulai dari keluhan sakit/pusing kepala, bengkak, penglihatan kabur, kejang-kejang, sampai koma/pingsan/tidak sadar</p> <p>4. Kasus persalinan macet: lebih mudah dikenal yaitu apabila kemajuan persalinan tidak</p>						
--	--	-----------	---	--	--	--	--	--	--

			<p>berlangsung sesuai dengan batas waktu yang normal sesuai patograf dan resiko terjadinya ruptur uteri</p> <p>5. Kasus neonatal seperti kondisi/tanda-tanda :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BBLR <math>\leq</math> 2000 gram</li> <li>- Bayi tidak mau minum asi</li> <li>- Tangan dan kaki bayi serba dingin</li> <li>- Bayi mengalami gangguan/ kesulitan bernafas</li> <li>- Bayi mengalami atau diduga perdarahan</li> <li>- Bayi mengalami kejang-kejang</li> <li>- Bayi mengalami gejala ikterus yang meningkat</li> </ul>						
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bayi mengalami gangguan cerna</li> <li>- Bayi menunjukkan tanda infeksi berat</li> <li>- Bayi menyandang kelainan bawaan</li> </ul>						
8	Pengetahuan tentang sistem rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal	<p>Wawasan bidan tentang keputusan apabila dalam proses melahirkan ibu dan bayinya mengalami masalah dan membutuhkan fasilitas dan keahlian yang lebih memadai, meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mekanisme rujukan dari tingkat masyarakat dan puskesmas hingga rumah sakit</li> <li>2. Prosedur pelaksanaan rujukan</li> </ol>	<p>- Mekanisme rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Masyarakat dapat langsung ke fasilitas kesehatan</li> <li>2. Bidan di desa dapat memberikan pelayanan langsung kepada bumil, bersalin, nifas yang datang sendiri ataupun di rujuk oleh kader maupun dukun.</li> <li>3. Jika ditemukan masalah yang menyebabkan kegawatdaruratan ibu dan</li> </ol>	Wawancara dengan bantuan pedoman wawancara mendalam, alat perekam dan catatan	√	√	√	√	√

			<p>bayi dapat merujuk ke puskesmas mampu PONEK ataupun RS mampu PONEK</p> <p>4. Puskesmas yang belum mampu PONEK sekurang-kurangnya mampu memberikan PPGDON serta menyiapkan rujukan ke puskesmas mampu PONEK dan RS mampu PONEK</p> <p>5. Puskesmas mampu PONEK dapat memberikan pelayanan sesuai dengan kewenangan dan kemampuan, jika komplikasi tidak dapat ditangani di puskesmas mampu PONEK dirujuk ke</p>						
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

			<p>RS mampu PONEK</p> <p>6. RS mampu PONEK memberikan pelayanan kepada bumil, bersalin nifas yang datang sendiri atau dirujuk.</p> <p>- Prosedur pelaksanaan rujukan yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Komunikasi antara yang merujuk dengan tempat yang dirujuk, bisa melalui telepon</li> <li>2. Persiapan rujukan yang memadai seperti pemberian identifikasi data bumil/bersalin/nifas/ bayi, ijin rujukan atau tindakan lain yang akan dilakukan, transportasi rujukan.</li> <li>3. Penerangan kepada orang</li> </ol>						
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

			<p>tua atau keluarga mengenai masalah yang ditemukan atau diduga</p> <p>4. Stabilisasi keadaan ibu atau bayi seperti pemberian O2, pemberian cairan infus, pemberian obat-obatan.</p>						
9	Ketersediaan petugas di puskesmas mampu PONED	Terpenuhinya jumlah dan kualitas satu kelompok yang diberikan tanggungjawab dalam satu instansi pelayanan kesehatan dalam menangani masalah kegawatdaruratan ibu dan bayinya.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Harus ada minimal 1 dokter penanggungjawab yang telah terlatih PONED dan GDON</li> <li>- Harus ada minimal 1 bidan (D3 kebidanan) terlatih PONED dan GDON</li> <li>- Harus ada minimal 1 perawat (D3 keperawatan) terlatih PPGDON</li> <li>- Ketiga tenaga kesehatan harus tinggal disekitar PONED atau ada 24 jam.</li> </ul>	Wawancara dengan bantuan pedoman wawancara mendalam, alat perekam dan catatan dan dengan observasi dokumen	√	-	√	√	√

10	Ketersediaan sarana dan fasilitas di puskesmas mampu PONED	Penyediaan barang-barang fisik yang tidak habis pakai ataupun yang habis pakai oleh suatu instansi yang diberikan tanggungjawab dalam pelayanan kesehatan menangani kegawatdaruratan ibu dan bayinya.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sarana dan fasilitas terpenuhi dan berfungsi sesuai dengan lampiran.</li> <li>- Sarana dan fasilitas berasal dari propinsi, sedangkan untuk operasional PONED berasal dari operasional puskesmas.</li> </ul>	Wawancara dengan bantuan pedoman wawancara mendalam, alat perekam dan catatan, dengan observasi dokumen	√	-	√	√	√
11	Kemampuan petugas di puskesmas mampu PONED	Potensi dan keterampilan yang ditandai keberhasilan penanganan selamat atau dirujuk dengan tindakan pra rujukan dan tepat waktu.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mampu memberikan 12 pelayanan puskesmas mampu PONED sesuai kasus dan protap</li> <li>- tepat tindakan dan tepat waktu ditangani ataupun dirujuk</li> </ul>	Wawancara dengan bantuan pedoman wawancara mendalam, alat perekam, catatan dan dengan observasi dokumen	√	-	√	√	-

12	Jarak puskesmas mampu Poned	Rentang waktu yang dibutuhkan seseorang untuk menjangkau fasilitas kesehatan	- Jarak tempuh dari lokasi pemukiman ke puskesmas mampu Poned paling lama 1 jam	Wawancara dengan bantuan pedoman wawancara mendalam, alat perekam dan catatan	√	-	-	-	-
13	Biaya persalinan di puskesmas mampu Poned	Rupiah yang harus dibayar sebagai ganti terhadap kegiatan atau pelayanan yang telah diberikan oleh petugas Poned.	- Tarif di puskesmas mampu Poned sesuai dengan PERDA No.13 tahun 2003 tentang peraturan tarif pelayanan. - Bantuan biaya untuk asuransi kesehatan bagi keluarga miskin dalam memperoleh pelayanan kesehatan seperti ANC, PNC, pelacakan kasus dan kematian, persalinan dan kunjungan kasus resti tanpa dipungut biaya dengan menggunakan	Wawancara dengan bantuan pedoman wawancara mendalam, alat perekam dan catatan	√	√	√	√	√

			Jamkesda, Jamkesmas. - Menyediakan bantuan transportasi dan biaya lainnya yang dibutuhkan dalam rujukan kasus kegawatdaruratan ibu dan bayinya						
14	Sosialisasi adanya puskesmas mampu PONED	Kegiatan yang dilakukan untuk memberikan informasi, komunikasi dan edukasi kepada masyarakat atau pihak-pihak yang terkait mengenai adanya pelayanan kegawatdaruratan ibu dan bayinya di puskesmas.	- Terlaksananya pertemuan-pertemuan seperti rapat koordinasi, lokakarya mini dan lain-lain yang membahas puskesmas mampu PONED antara lain adalah jenis pelayanan yang diberikan dan biaya perawatan oleh petugas kesehatan dan sektor terkait dari kecamatan sampai desa antara lain dukun/kader, Satgas GSI.	Wawancara dengan bantuan pedoman wawancara mendalam, alat perekam dan catatan	√	√	√	√	√

15	Dukungan keluarga ibu hamil	Dorongan dari seseorang yang mempunyai ikatan darah yang menjadi penentu keputusan dan bertanggungjawab secara moril dan materil terhadap ibu dan bayi yang ditemukan atau diduga terdapat masalah kesehatan	- Adanya kerjasama dalam mempersiapkan rujukan kegawatdaruratan seperti persiapan transportasi dan biaya yang diperlukan.	Wawancara dengan bantuan pedoman wawancara mendalam, alat perekam dan catatan	√	√	√	-	-
16	Dukungan tokoh masyarakat yang dipercaya	Dorongan dari seseorang atau kelompok yang pendapatnya selalu menjadi pertimbangan dan mempengaruhi pembuat keputusan dalam tindakan kesehatan terhadap ibu dan bayi yang ditemukan atau diduga terdapat masalah kesehatan.	- Terbentuknya sistem penguat rujukan kasus kegawatdaruratan ibu dan bayi seperti adanya kemitraan bidan dan dukun yang didukung masyarakat, terbentuknya sistem transportasi untuk rujukan (ambulance desa), adanya pembiayaan kesehatan ibu seperti tabulin, dasolin.	Wawancara dengan observasi dokumen	√	√	-	-	-

17	Dukungan petugas kesehatan swasta	Dorongan dari seseorang atau instansi non pemerintah daerah dalam pelayanan kegawatdaruratan ibu dan bayinya.	- Menerima dan merujuk ibu dan bayinya yang mengalami masalah kegawatdaruratan ke maupun dari puskesmas PONED.	Wawancara dengan bantuan pedoman wawancara mendalam, alat perekam dan catatan	√	√	-	-	-
----	-----------------------------------	---	--	---	---	---	---	---	---

## **BAB 4 METODE PENELITIAN**

### 4.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini yaitu penelitian kualitatif. Pendekatan kualitatif dipilih karena sesuai dengan tujuan penelitian yaitu untuk mendapatkan penjelasan yang mendalam mengenai faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat yang mempengaruhi rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal oleh bidan desa (BdD) sebagai perujuk ke puskesmas mampu PONED mengingat masih banyak hal yang perlu digali mengenai rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal. Sehingga hasilnya dapat menjadi bahan pengembangan pelaksanaan rujukan ke puskesmas mampu PONED.

### 4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di empat puskesmas mampu PONED di wilayah kerja Dinas Kesehatan kabupaten Bogor yaitu di wilayah barat puskesmas Jasinga, di wilayah tengah puskesmas Parung dan puskesmas Cigombong dan di wilayah timur puskesmas Cileungsi.

Penelitian dilakukan pada bulan April sampai dengan Mei 2010 yang meliputi pengambilan data pada bulan april dan mei, pengolahan data dan analisis data pada bulan juni 2010.

### 4.3 Informan Penelitian

1. Informan kunci dalam penelitian ini adalah Bidan desa (BdD) sebanyak 3 bidan desa yang berada di wilayah kerja empat puskesmas mampu PONED dengan kriteria yang pernah merujuk ataupun tidak pernah merujuk, telah atau belum APN, mampu atau tidak mampu GDON, dengan wilayah desa binaan terdekat, sedang dan terjauh dari puskesmas.

Kemudian untuk melengkapi informasi, maka informan pendukung penelitian ini terdiri dari:

1. Koordinator bidan desa di wilayah kerja puskesmas mampu PONED: 1 informan dari masing-masing wilayah puskesmas mampu PONED, keseluruhan jumlah informan 4 orang.
2. Koordinator PONED di wilayah kerja puskesmas mampu PONED: 1 informan dari masing-masing wilayah puskesmas mampu PONED, keseluruhan jumlah informan 4 orang.
3. Kepala puskesmas: 1 informan dari masing-masing wilayah kerja puskesmas mampu PONED, keseluruhan jumlah informan 4 orang.
4. Kepala Seksi Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) Dinas Kesehatan : 1 informan

#### 4.4 Prosedur Pengumpulan Data

##### 4.4.1 Metode Pengumpulan Data

Metode dalam penelitian ini dengan wawancara mendalam dengan bantuan panduan wawancara, *tape recorder* untuk merekam proses wawancara dan alat pencatat untuk menuliskan secara lengkap. Sedangkan observasi dilakukan sebagai pelengkap data sekaligus untuk melihat kesamaan antara kenyataan dan informasi yang diberikan dengan menggunakan lembar *checklist*.

##### 4.4.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah peneliti sendiri dengan dibantu 2 bidan swasta dengan menggunakan pedoman wawancara mendalam untuk masing-masing informan dan ditambahkan lembar *checklist* khusus untuk melihat keberadaan dan berfungsinya peralatan dan fasilitas di puskesmas mampu PONED. Pedoman wawancara menggunakan modifikasi Supriyatnataris D (2007) yang telah dikembangkan.

#### 4.4.3 Uji Coba Instrumen

Pedoman wawancara diuji cobakan kepada BdD yang berada di luar wilayah kerja puskesmas mampu PONE

#### 4.4.4 Jenis Informasi yang dikumpulkan

Jenis informasi dari sumber data dan metode pengumpulan data dalam penelitian ini dapat dilihat pada matrik di bawah ini:

Tabel 4.1. Matrik Pengumpulan Data

Sumber Data	Jumlah	Kriteria Informan	Metode Pengumpulan Data	Jenis Informasi
BdD	3 informan dari masing-masing wilayah puskesmas mampu PONE .	BdD yang pernah merujuk ataupun yang tidak pernah merujuk ke puskesmas mampu PONE. BdD yang telah atau belum APN. BdD yang mampu atau tidak mampu GDON Desa binaan terdekat, sedang dan terjauh	Wawancara mendalam	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pendidikan</li> <li>2. Lama bekerja</li> <li>3. Pelatihan</li> <li>4. Pengetahuan tentang puskesmas mampu PONE</li> <li>5. Pengetahuan tentang kegawatdaruratan obstetri neonatal</li> <li>6. Pengetahuan tentang sistem rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal.</li> <li>7. Ketersediaan petugas di puskesmas mampuPONE</li> <li>8. Ketersediaan sarana dan fasilitas di puskesmas mampu PONE</li> <li>9. Kemampuan petugas di puskesmas mampu PONE</li> <li>10. Jarak puskesmas mampu PONE</li> <li>11. Biaya persalinan di puskesmas mampu PONE</li> <li>12. Sosialisasi adanya puskesmas mampu PONE.</li> <li>13. Dukungan keluarga ibu hamil</li> <li>14. Dukungan tokoh masyarakat yang di percaya</li> <li>15. Dukungan petugas kesehatan swasta</li> </ol>
Koordinator bidan	1 informan dari masing-		Wawancara mendalam	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sistem rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri</li> </ol>

desa	masing puskesmas mampu PONED.			<p>neonatal oleh Bidan di desa ke Puskesmas mampu PONED.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Pengetahuan yang harus dimiliki oleh Bidan di desa dalam mendeteksi kegawatdaruratan obstetri neonatal yang membutuhkan rujukan ke PONED/ PONEK</li> <li>3. Pembinaan Bidan oleh Puskesmas.</li> <li>4. Pelatihan yang sudah didapatkan oleh bidan di desa yang berkaitan dengan kegawat daruratan obstetri neonatal.</li> <li>5. Jumlah dan pendidikan bidan di desa.</li> <li>6. Sosialisasi adanya puskesmas mampu PONED kepada masyarakat melalui Bidan di desa.</li> <li>7. Dukungan tokoh masyarakat dalam kasus obstetri neonatal yang akan dirujuk ke PONED.</li> <li>8. Dukungan petugas kesehatan swasta</li> </ol>
Koordinat or PONED	1 informan dari masing-masing puskesmas mampu PONED		Wawancara mendalam dan lembar Chek list	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sistem rujukan kasus kegawat daruratan obstetri neonatal oleh bidan di desa ke Puskesmas mampu PONED.</li> <li>2. Kemampuan petugas PONED dalam menangani rujukan kegawat daruratan obstetri neonatal.</li> <li>3. Pembinaan petugas Puskesmas mampu PONED oleh Dinas Kesehatan.</li> <li>4. Pelatihan yang sudah didapatkan oleh petugas PONED berkaitan dengan kegawat daruratan obstetri neonatal.</li> <li>5. Jumlah dan pendidikan petugas mampu PONED.</li> <li>6. Peralatan dan fasilitas seperti</li> </ol>

				<p>alat dan obat di Puskesmas mampu PONED khususnya untuk kegiatan kebidanan dan PPGDON.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Biaya persalinan di puskesmas mampu PONED.</li> <li>8. Sosialisasi PONED kepada Bidan di desa dan masyarakat.</li> <li>9. Dukungan Bidan di desa dalam rujukan kegawat daruratan obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONED.</li> </ol>
Kepala puskesmas	1 informan dari masing-masing puskesmas mampu PONED		Wawancara mendalam	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sistem rujukan kasus kegawat daruratan obstetri neonatal oleh bidan di desa ke Puskesmas mampu PONED.</li> <li>2. Jumlah dan pendidikan Bidan Desa.</li> <li>3. Jumlah dan pendidikan petugas PONED.</li> <li>4. Pengelolaan peralatan dan fasilitas khususnya untuk kegiatan kebidanan dan PPGDON (PONED).</li> <li>5. Biaya persalinan di Puskesmas mampu PONED.</li> <li>6. Sosialisasi adanya Puskesmas mampu PONED kepada masyarakat.</li> </ol>
Kepala Seksi KIA	1 orang		Wawancara mendalam	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bentuk pembinaan kepada Bidan di Desa.</li> <li>2. Upaya pembinaan Puskesmas PONED.</li> <li>3. Sistem rujukan dari Bidan di Desa ke Puskesmas mampu PONED.</li> <li>4. Sosialisasi tentang Puskesmas mampu PONED kepada Bidan di Desa dan Masyarakat.</li> <li>5. Kebijakan penunjukan Puskesmas menjadi Puskesmas mampu PONED.</li> <li>6. Kebijakan tentang SDM, sarana dan prasarana di</li> </ol>

				Puskesmas mampu PONED. 7. Kebijakan tentang biaya persalinan di Puskesmas mampu PONED. 8. Kebijakan pendanaan kegiatan puskesmas mampu PONED. 9. Perkembangan program penguatan sistem rujukan dari Bidan di desa ke puskesmas mampu PONED. 10. Upaya yang dilakukan untuk menurunkan kematian ibu neonatal.
--	--	--	--	--

#### .4.4.5 Informed consent

Sebelum dilakukan wawancara mendalam, informan diminta persetujuannya untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian. Disampaikan juga bahwa segala informasi yang disampaikan akan dijaga kerahasiannya. Informan berhak untuk ikut atau tidak ikut dalam kegiatan penelitian.

#### 4.4.6 Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam dan observasi di lapangan. Wawancara mendalam akan dilakukan lima tahap yaitu:

##### 1. Tahap Pertama

Tahap pertama dilakukan kepala puskesmas dengan menggunakan pedoman wawancara mendalam (PW-4), untuk menggali informasi tentang mekanisme rujukan persalinan, pembinaan BdD, pembinaan PONED, dan kebijakan SDM PONED dan Biaya persalinan di puskesmas PONED. Sehingga diketahui informasi faktor-faktor yang berkaitan dengan rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal. Pada tahap ini ditanyakan kepada informan siapa untuk mendapatkan informasi sesuai kriteria.

##### 2. Tahap kedua

Tahap kedua dilakukan pada koordinator bidan desa mengenai faktor-faktor yang berhubungan dalam merujuk kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONED dengan menggunakan pedoman wawancara mendalam (PW-2). Pada tahap ini ditanyakan

kepada informan bidan desa siapa untuk mendapatkan informasi sesuai kriteria.

### 3. Tahap Ketiga

Tahap ketiga dilakukan pada bidan di desa untuk menggali faktor-faktor yang berhubungan dalam merujuk kasus obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONEC dengan menggunakan pedoman wawancara mendalam (PW -I).

### 4. Tahap Kelima

Tahap keempat dilakukan pada koordinator PONEC untuk menggali faktor-faktor di puskesmas mampu PONEC yang berhubungan dalam merujuk kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal dengan menggunakan pedoman wawancara mendalam (PW-3) dan lembar *checklist* (LC1)

### 5. Tahap Kelima

Tahap kelima dilakukan kepada kepala seksi KIA dengan menggunakan pedoman wawancara mendalam (PW-5) untuk mengkonfirmasi informasi yang sudah didapat pada sebelumnya

### Validasi Informasi

Oleh karena pengambilan informan dalam penelitian kualitatif jumlahnya tidak terstruktur, maka agar validitas terjaga perlu dilakukan beberapa uji validitas yang disebut triangulasi. Uji validitas dalam penelitian ini adalah dengan triangulasi metode dengan menggunakan metode wawancara mendalam (WM) dan observasi.

### 4.5 Pengolahan Data

Informasi yang didapatkan dari hasil wawancara mendalam dikelompokkan berdasarkan kriteria awal berdasarkan faktor predisposisi, faktor pemungkin, faktor penguat yang mempengaruhi rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal oleh bidan desa ke puskesmas mampu PONEC. Kemudian dibuat dalam matrik untuk dianalisa.

## BAB 5

### HASIL PENELITIAN

#### 5.1 Gambaran Umum Puskesmas Mampu PONED

##### 5.1.1 Keadaan Geografis dan Demografis

Kabupaten Bogor merupakan salah satu wilayah yang berbatasan langsung dengan ibukota RI, memiliki luas wilayah 299.019,06 H yang terbagi menjadi 40 kecamatan, 428 kelurahan dan 411 desa. Dengan batas wilayah sebelah utara dengan kabupaten Bekasi, sebelah barat dengan kabupaten Lebak (propinsi Banten), sebelah barat daya dengan kabupaten Tangerang, sebelah timur dengan kabupaten Karawang, sebelah timur laut dengan kabupaten Purwakarta, sebelah selatan dengan Sukabumi, sebelah tenggara dengan kabupaten Cianjur dan sebelah tengah dengan Kotamadya Bogor.

Puskemas yang ditunjuk sebagai puskesmas mampu PONED sejak tahun 2004 -2005 di kabupaten Bogor adalah UPTD Cigombong, UPTD Cileungsi, UPTD Parung, UPTD Jasinga. Gambaran umum puskesmas dapat dilihat dalam tabel 5.1 dibawah ini:

Tabel 5.1 Gambaran Umum Puskesmas Mampu PONED di Kabupaten Bogor Tahun 2009

Informasi	Puskesmas Mampu PONED			
	Cigombong	Cileungsi	Parung	Jasinga
Letak Wilayah di Kabupaten Bogor	Tengah	Timur	Tengah	Barat
Jumlah Penduduk	83.151 jiwa	202.968 jiwa	101.736 jiwa	95.223 jiwa
Jumlah Desa Binaan	9 Desa	12 Desa	9 Desa	16 Desa

##### 5.1.2 Fasilitas dan Tenaga Kesehatan

Fasilitas dan tenaga kesehatan di puskesmas mampu PONED dapat dilihat dalam tabel 5.2 dibawah ini:

Tabel 5.2 Fasilitas dan Tenaga Kesehatan Puskesmas Mampu PONE D di Kabupaten Bogor Tahun 2009.

Informasi	Puskesmas Mampu PONE D			
	Cigombong	Cileungsi	Parung	Jasinga
Menjadi Mampu PONE D	2004	2005	2004	2005
Puskesmas UPF	2	3	2	3
Puskesmas Pembantu	1	4	-	3
Polindes	5	3	-	-
Pusling	1	1	1	1
Dokter	7	9	5	4
Bidan Koordinator	1	1	1	1
Bidan	17	23	13	16
Perawat	11	19	-	14

### 5.1.3 Gambaran Kesehatan Ibu dan Bayi

Hasil cakupan program KIA tahun 2009 yang berhubungan dengan pelayanan puskesmas mampu PONE D dapat dilihat pada tabel 5.3 dibawah ini.

Tabel 5.3 Hasil Cakupan Program KIA Puskesmas Mampu PONE D di Kabupaten Bogor Tahun 2009.

Informasi	Puskesmas Mampu PONE D			
	Cigombong	Cileungsi	Parung	Jasinga
Jumlah sasaran ibu hamil	2.328	5.683	2.849	2.666
Cakupan K1	1.251 (53,74%)	4.253 (74,84%)	2.527 (88,70%)	1.649 (61,85%)
Cakupan K4	1.305 (56,06%)	3.873 (68,15%)	2.059 (72,27%)	1.541 (57,80%)
Jumlah ibu bersalin	2.278	5.561	2.788	2.609
Jumlah ibu bersalin di Nakes	1.133 (49,74%)	3.924 (70,57%)	2.170 (77,83%)	1.399 (53,63%)
Kematian ibu	2	3	0	4
Penyebab kematian ibu	- Perdarahan :1 - Lainnya : 1	- Hipertensi :3	-	- Perdarahan: 2 - Infeksi : 1 - Lainnya: 1
Kematian Bayi	5	10	2	23
Penyebab kematian Bayi	- BBLR : 1 - Asfiksia : 4	- BBLR : 7 - Asfiksia: 3	- Asfiksia : 2	- BBLR: 8 - Asfiksia: 5 - Infeksi: 3

				- Masalah Laktasi : 1 - Lainnya: 6
--	--	--	--	--

## 5.2 Faktor predisposisi

Informan dalam penelitian adalah 12 bidan desa yang berada di 4 puskesmas mampu PONEB yaitu (1) puskesmas Cigombong, (2) puskesmas Cileungsi, (3) puskesmas Parung, (4) puskesmas Jasinga. Sebelumnya peneliti melakukan wawancara mendalam dengan kepala puskesmas dan koordinator bidan desa tentang maksud dan tujuan serta kriteria informan bidan desa dalam penelitian.

### 5.2.1 Pendidikan

#### 5.2.1.1 Puskesmas Cigombong

Hasil wawancara mendalam dengan 3 informan bidan desa didapatkan bahwa informan berpendidikan D3 Kebidanan. Hasil konfirmasi dengan koordinator bidan desa menjelaskan bahwa semua bidan desa sudah D3 Kebidanan. Koordinator bidan desa juga menjelaskan jumlah bidan desa masih kurang, seharusnya disesuaikan dengan luas wilayah.

Hasil konfirmasi dengan kepala puskesmas yang menyatakan jumlah bidan desa cukup sesuai dengan Dinas Kesehatan 1 desa satu bidan. Hal ini sesuai dengan hasil telaah dokumen dari laporan tahunan Dinas Kesehatan yang mencatat jumlah bidan desa 9 orang sama dengan jumlah desa yaitu 9 desa, dan seluruh bidan desa tinggal di desa.

#### 5.2.1.2 Puskesmas Cileungsi

Hasil wawancara mendalam dengan 3 informan bidan desa didapatkan bahwa informan berpendidikan D3 Kebidanan. Hasil konfirmasi dengan koordinator bidan desa juga didapatkan bahwa jumlah dan pendidikan bidan desa sudah mencukupi, sesuai keputusan Dinas Kesehatan satu desa satu bidan desa.

Sedangkan hasil konfirmasi dengan kepala puskesmas mengatakan untuk pendidikan bidan desa minimal D3 kebidanan dan masih ada beberapa yang harus pendidikan lagi, jumlah bidan desa sudah cukup. Hasil telaah dokumen dari laporan tahunan Dinas kesehatan di dapatkan jumlah bidan desa 12 orang sama

dengan jumlah desa yaitu 12 desa. Jumlah bidan yang tinggal di desa ada 7 bidan. Hal ini berarti masih ada bidan desa yang tidak tinggal di desa.

#### 5.2.1.3 Puskesmas Parung

Hasil wawancara mendalam dengan 3 informan bidan desa didapatkan bahwa informan berpendidikan D3 Kebidanan. Hasil konfirmasi dengan koordinator bidan desa didapatkan bahwa semua bidan desa sebagian besar sudah D3 Kebidanan dengan jumlah bidan desa yang cukup.

Sedangkan hasil konfirmasi dengan kepala puskesmas mengatakan jumlah bidan desa mau tidak mau satu desa satu bidan desa, rata-rata berpendidikan D3 dan yang belum D3 sedang pendidikan. Dari hasil telaah dokumen dari laporan tahunan Dinas kesehatan didapatkan jumlah bidan desa 8 orang belum sama dengan jumlah desa yaitu 9 desa, dan seluruhnya bidan tinggal di desa. Hal ini berarti jumlah bidan desa di parung masih kurang.

#### 5.2.1.4 Puskesmas Jasinga

Hasil wawancara mendalam dengan 3 informan bidan desa didapatkan bahwa informan berpendidikan D3 Kebidanan. Hasil konfirmasi dengan koordinator bidan desa didapatkan jumlah bidan desa masih kurang karena masih ada bidan sukarelawan, pendidikan bidan desa sebagian besar sudah D3 dan sebagian sedang pendidikan untuk penyetaraan serta jumlah ideal bidan desa satu desa satu bidan desa atau sesuai dengan luas wilayah.

Hasil konfirmasi dengan kepala puskesmas mengatakan bahwa jumlah bidan desa ada 16 bidan yang sebenarnya sangat kurang dengan penduduk yang banyak dan juga geografis yang kurang mendukung, untuk pendidikan bidan sudah D3 dan yang belum D3 sedang pendidikan.

Hasil telaah dokumen dari laporan tahunan Dinas kesehatan didapatkan jumlah bidan desa ada 16 orang termasuk bidan sukarela sama dengan jumlah desa yaitu 16 desa, dan bidan yang tinggal di desa 13 orang. Hal ini berarti jumlah bidan desa di Jasinga masih kurang dan ada bidan desa yang tidak tinggal di desa.

#### 5.2.2 Lama Bekerja

Puskesmas Cigombong dari 3 informan didapatkan bahwa lama bekerja menjadi bidan desa antara 1-2 tahun dengan rata-rata menolong persalinan dalam satu bulan 1-3 kali/bulan.

Puskesmas Cileungsi dari 3 informan didapatkan lama bekerja menjadi bidan desa yaitu rata-rata 2 tahun dengan rata-rata menolong persalinan dalam satu bulan adalah 2-4 kali / bulan.

Puskesmas Parung dari 3 informan didapatkan lama bekerja menjadi bidan desa antara 2-3 tahun dan 1 informan lama bekerja 18 tahun karena desa yang tidak ada bidan desanya sehingga merangkap menjadi bidan puskesmas. Rata-rata menolong persalinan dalam satu bulan 5-10 kali/bulan.

Puskesmas Jasinga dari 3 informan didapatkan 1 informan lama bekerja menjadi bidan desa 5 bulan dan 2 informan lama bekerja menjadi bidan desa 4 dan 8 tahun dengan rata-rata menolong persalinan dalam satu bulan 2-12 kali/bulan.

Lama bekerja menjadi bidan di desa seluruh informan dapat dilihat pada tabel 5.4 di bawah ini:

Tabel 5.4 Lama Bekerja Informan Bidan di Desa di Kabupaten Bogor Tahun 2010.

Lama Bekerja	Jumlah
5 bulan	1
1 tahun	1
2 tahun	6
3 tahun	1
4 tahun	1
8 tahun	1
18 tahun	1
Jumlah keseluruhan Informan	12

Dari tabel 5.4 didapat lama bekerja bidan di desa yang menjadi informan antara 5 bulan sampai dengan 18 tahun. Bidan yang mempunyai lama kerja 18 tahun adalah bidan yang bertugas di puskesmas yang merangkap menjadi bidan di desa karena ada salah satu desa yang tidak ada bidan di desa. Rata-rata

persalinan yang ditolong informan bidan di desa dalam satu bulan terakhir antara 1 sampai dengan 12 persalinan.

### 5.2.3 Pelatihan

12 informan dari puskesmas Cigombong, puskesmas Cileungsi, puskesmas Parung, puskesmas Jasinga didapatkan yaitu 9 orang belum pernah mengikuti pelatihan persalinan maupun pelatihan kegawatdaruratan ibu dan bayi., 1 orang pernah mengikuti pelatihan asfiksia, 1 orang pernah mengikuti pelatihan PPGDON dan asfiksia, 1 orang pernah mengikuti pelatihan APN, PPGDON dan asfiksia.

Hal ini sesuai hasil konfirmasi dengan 4 koordinator bidan di desa yang menyatakan bahwa belum semua bidan di desa mendapatkan pelatihan APN ataupun PPGDON. Hasil telaah dokumen dari laporan tahunan program KIA Dinas Kesehatan didapatkan bidan desa yang telah mendapatkan pelatihan dapat dilihat pada tabel 5.5 di bawah ini.

Tabel 5.5 Jumlah Bidan Desa yang Mendapatkan Pelatihan di Kabupaten Bogor Tahun 2010

Puskemas Mampu PONED	Pelatihan	
	Telah APN	Telah GDON
Cigombong	5	6
Cileungsi	4	4
Parung	2	5
Jasinga	5	7

Dari tabel 5.5 menggambarkan bahwa belum semua bidan desa di 4 puskesmas mampu PONED mendapatkan pelatihan APN dan PPGDON.

### 5.2.4 Pengetahuan tentang puskesmas mampu PONED

#### 5.2.4.1 Puskesmas Cigombong

Hasil wawancara mendalam dengan 3 informan di puskesmas Cigombong didapatkan PONED untuk menjaring supaya masyarakat melahirkan di puskesmas, tersedia 24 jam menangani kegawatdaruratan obstetri neonatal

emergensi dasar seperti perdarahan, retensio plasenta kalau untuk bayi paling asfiksia, kalau tidak bisa di rujuk.

Selain itu Poned juga merupakan pelayanan untuk kasus-kasus yang tidak bisa ditangani di rumah atau di desa, seperti yang dikemukakan informan 2:

*“pelayanan untuk kasus-kasus yang tidak bisa ditangani di rumah atau di desa”*

Sedangkan 1 informan menyatakan lain yaitu puskesmas menangani persalinan yang normal-normal, induksi, karena tidak ada dokter obgynnya, Pelayanan ANC, persalinan, KB dan imunisasi.

#### 5.2.4.2 Puskesmas Cileungsi

Hasil wawancara mendalam dengan 3 informan di puskesmas Cileungsi didapatkan Poned adalah pelayanan emergensi obstetri neonatal. Pelayanan kegawatdaruratan/emergensi dasar bisa mengatasi seperti manual plasenta, asfiksia, HPP, sungsang, distosia bahu, perdarahan ringan, partus lama, BBLR, resusitasi awal, eklamsi, preeklamsi. Vakum tidak dilakukan karena tidak ada dokter *obgyn*, seperti yang dikemukakan oleh informan 1:

*“vakum tidak bisa dikerjakan karena tidak ada dokter obgyn”*

Selain itu di puskesmas Poned ada bidan terlatih dan ada dokter terlatih, seperti yang dikemukakan oleh informan 2:

*“ada bidan terlatih...ada dokter terlatih”*

#### 5.2.4.3 Puskesmas Parung

Hasil wawancara mendalam dengan 3 informan di puskesmas Parung, didapatkan puskesmas Poned adalah rumah sakit kecil. Selain itu Poned setingkat di bawah rumah sakit. Pelayanan Poned yaitu: perdarahan, REB, HPP. Sedangkan 1 informan menyatakan Poned hanya mampu menangani persalinan normal, seperti yang dikemukakan oleh informan 2:

*“Poned hanya mampu menangani persalinan normal”*

Tenaga yang ada di Poned semua bidan termasuk bidan desa, ada dokter walaupun belum Poned.

#### 5.2.4.4 Puskesmas Jasinga

Hasil wawancara mendalam dengan 3 informan di puskesmas Jasinga, didapatkan Poned adalah tempat merujuk pasien yang tidak bisa tertangani di desa atau bida dibidang sebagai pertolongan pertama buat bidan, bisa melayani KPD, partus lama, preeklamsi ringan, kuret. Seperti yang dikemukakan oleh informan 2:

*“Poned bisa dibidang sebagai pertolongan pertama buat bidan desa”*

Tenaga yang ada di Poned semua bidan termasuk bidan desa, ada dokter walaupun belum dokter umum.

Di puskesmas mampu Poned tersedia ada dokter yang wewenang pelayanan oksitosin drip dan alat ada segala macam serta oksigen juga ada, seperti yang dikemukakan oleh informan 3:

*“Ada dokter yang wewenang drip...alat ada segala macam, oksigen ada”*

#### 5.2.5 Pengetahuan tentang kegawatdaruratan obstetri dan neonatal

##### 5.2.5.1 Puskesmas Cigombong

Hasil wawancara mendalam dengan 3 informan di puskesmas Cigombong, didapatkan kegawatdaruratan obstetri neonatal adalah kegawatdaruratan ibu, resiko tinggi dalam persalinan yang bisa terdeteksi jika sering ke posyandu.

Kegawatdaruratan obstetri yang dimaksud adalah preeklamsi, eklamsi, perdarahan atau kasus patologis lainnya contohnya ibu hamil dengan 4T terlalu tua, terlalu banyak melahirkan, terlalu sering, terlambat waktu merujuk, perdarahan, retensio plasenta sedangkan neonatal seperti asfiksia atau kegagalan bernafas. Seperti yang dikemukakan oleh informan 3:

*“kegawatdaruratan obstetri itu kegawatdaruratan ibu contohnya ibu hamil dengan 4T terlalu tua, terlalu banyak melahirkan, terlalu sering, terlambat waktu merujuk, perdarahan, retensio plasenta sedangkan neonatal seperti asfiksia atau kegagalan bernafas”*

Kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal yang harus dirujuk adalah kalau patologis yang paling sering adalah perdarahan dan asfiksia.

Hasil konfirmasi dengan koordinator bidan desa menjelaskan bahwa pengetahuan yang dimiliki oleh bidan desa dalam mendeteksi kegawatdaruratan neonatal yang membutuhkan rujukan ke puskesmas mampu PONEC cukup karena selalu diingatkan untuk merujuk ke PONEC.

#### 5.2.5.2 Puskesmas Cileungsi

Hasil wawancara mendalam dengan 3 informan di puskesmas Cileungsi, didapatkan kegawatdaruratan obstetri neonatal adalah karena ada resiko bersalin, tanda bahaya ibu bersalin dan tanda bahaya kehamilan.

Kegawatdaruratan obstetri yang dimaksud berdasarkan penemuan tentang resiko seperti kehamilan yang berisiko seperti 4 T terlalu muda, terlalu sering, terlalu tua, jarak terlalu dekat dan tensi tinggi. Seperti yang dikemukakan oleh informan 1:

*“kegawatdaruratan misalkan kehamilan yang berisiko jadi banyak misalkan 4T terlalu muda, terlalu sering, terlalu tua, jarak terlalu dekat dan tensi tinggi”*

Kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal yang harus dirujuk seperti tensi tinggi disertai 4T, perdarahan, kasus kesulitan dalam melahirkan seperti sungsang dan ekstrasi kaki, retensio plasenta, manual plasenta, kepala tidak maju yang harus divakum.

Hasil konfirmasi dengan koordinator bidan desa menjelaskan bahwa pengetahuan yang dimiliki oleh bidan desa dalam mendeteksi kegawatdaruratan neonatal yang membutuhkan rujukan ke puskesmas mampu PONEC sudah bagus karena apabila bidan desa tidak dapat menangani langsung dirujuk ke PONEC.

#### 5.2.5.3 Puskesmas Parung

Hasil wawancara mendalam dengan 3 informan di puskesmas Parung, didapatkan kegawatdaruratan obstetri neonatal adalah dilihat dari situasi dan kondisi pasien yang membutuhkan tindakan segera, biasanya dilihat dari ibu yang bermasalah dengan persalinan. Seperti yang dikemukakan oleh informan 3:

*“kegawatdaruratan dilihat dari ibu yang bermasalah dengan persalinan”*

Kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal yang harus dirujuk adalah kasus perdarahan, PEB, HPP, partus lama, HAP, robekan porsio dan asfiksia pada bayi.

Hasil konfirmasi dengan koordinator bidan desa menjelaskan bahwa pengetahuan yang dimiliki oleh bidan desa dalam mendeteksi kegawatdaruratan neonatal yang membutuhkan rujukan ke puskesmas mampu PONED sudah bagus, sebagai tolak ukurnya adalah belum pernah adanya masalah kebidanan yang berasal dari kesalahan bidan desa.

#### 5.2.5.4 Puskesmas Jasinga

Hasil wawancara mendalam dengan 3 informan di puskesmas Jasinga, didapatkan kegawatdaruratan obstetri neonatal adalah kalau ibu hamil atau pasien yang dinilai resiko terdeteksi dan tidak terdeteksi tidak bisa lahir normal.

Kegawatdaruratan obstetri yang dimaksud adalah misalnya gawat janin, perdarahan ibunya dan retensio plasenta. Seperti yang dikemukakan oleh informan 2:

*“kegawatdaruratan misalnya gawat janin, perdarahan ibunya, Retplas”*

Kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal yang harus dirujuk adalah letak sungsang, his jelek, perdarahan, retensio plasenta, partus lama dan PEB.

Hasil konfirmasi dengan koordinator bidan desa menjelaskan bahwa pengetahuan yang dimiliki oleh bidan desa dalam mendeteksi kegawatdaruratan neonatal yang membutuhkan rujukan ke puskesmas mampu PONED sudah bagus karena bidan desa semuanya adalah petugas PONED karena tidak ada petugas khusus PONED.

### 5.2.6 Pengetahuan tentang sistem rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal

#### 5.2.6.1 Puskesmas Cigombong

Hasil wawancara mendalam dengan 3 informan di puskesmas Cigombong, didapatkan sistem rujukan adalah dari bidan di desa terus ke puskesmas, kalau tidak bisa ditangani di puskesmas dirujuk ke RS. Kewenangan bidan hanya persalinan normal atau fisiologis, seperti yang dikemukakan informan 3:

*“kalau di desa yang fisiologis, kalau patologis di PONEK, kalau tidak bisa dirujuk lagi ke rumah sakit”*

Hal ini sesuai hasil konfirmasi dengan bidan koordinator bidan desa, koordinator PONEK dan kepala puskesmas menjelaskan sistem rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONEK yaitu adanya masalah persalinan tidak dapat ditangani oleh bidan di desa, dirujuk ke PONEK atau ke PONEK apabila tidak dapat ditangani PONEK.

Prosedur melakukan rujukan dengan: 1)menyiapkan dulu pasiennya; 2)memperbaiki KU yaitu infuse harus siap sedia.

Jika ada kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal, informan tetap merujuk ke puskesmas PONEK terlebih dahulu, tetapi jika jarak anatar puskesmas dan rumah sakit lebih dekat ke rumah sakit maka bidan akan langsung merujuk ke rumah sakit.

Sistem rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal menurut bidan desa ke puskesmas mampu PONEK di Cigombong sudah bagus karena ada dokter PONEK dan bidan senior, seperti yang dikemukakan oleh informan 3:

*“semua proaktif, terutama senior-seniornya, ada bidan koordinator sekabupaten yang di sini, ada dokter PONEK kalau kita merujuk langsung gesit”*

#### 5.2.6.2 Puskesmas Cileungsi

Hasil wawancara mendalam dengan 3 informan di puskesmas Cileungsi, didapatkan, sistem rujukan yaitu kasus yang resiko atau bahaya yang tidak bisa ditangani oleh bidan karena tidak kompetensi atau tidak memungkinkan dirujuk ke PONEK atau RS. Seperti yang dikemukakan oleh informan 1:

*“kalau kita tidak kompetensi atau tidak memungkinkan menolong ibu kita langsung rujuk ke PONEK”*

Konfirmasi koordinator bidan desa, koordinator PONEK dan kepala puskesmas menjelaskan sitem rujukan biasanya dari bidan desa langsung ke PONEK dan untuk kegawatdaruratan biasanya bidan sudah tahu pasti tidak mampu ditangani di PONEK maka langsung dirujuk kerumah sakit.

Prosedur melakukan rujukan: 1)telepon ke Poned apakah bisa mengatasi atau tidak; 2)menyiapkan transportasi; 3)Inform consent ke keluarga; 4)menyiapkan format rujukan; 5)Patograf.

Jika ada kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal, informan biasanya ke puskesmas dulu, kalau menurut bidan desa bisa ke Poned dirujuk ke Poned, kalau tidak langsung ke Poned, Paling ke RS swasta karena RS rujukan jauh. Sistem rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal menurut bidan desa ke puskesmas mampu Poned di Cileungsi sudah baik menurut pengalaman bidan desa.

### 5.2.6.3 Puskesmas Parung

Hasil wawancara mendalam dengan 3 informan di puskesmas Parung, didapatkan, sistem rujukan adalah apabila pasien dinilai tidak mampu ditangani oleh bidan desa kemudian dirujuk ke Poned atau rumah sakit. Selain itu sistem rujukan adalah kehamilan beresiko dari paraji langsung dirujuk ke bidan desa atau ke Poned ataupun ke RS, seperti yang dikemukakan informan 1:

*“kehamilan beresiko dari paraji langsung dirujuk ke bidan desa atau Poned ataupun rumah saki”*

Konfirmasi dengan koordinator bidan desa, koordinator Poned dan kepala puskesmas dijelaskan sistem rujukan yaitu dari bidan desa mendeteksi adanya masalah yang tidak tertangani di rujuk ke Poned kemudian apabila sudah diluar wewenang bidan maka pasien dirujuk kerumah sakit.

Prosedur melakukan rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal: 1)konsul kebidan koordinator melalui telepon ke Poned dulu; 2)langsung pasien dibawa ke Poned; 3) disiapkan kelengkapan Jamkesmas atau SKKM.

Jika ada kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal, informan akan merujuk ke Poned karena jalurnya dekat jadi dibawa ke Poned dulu; 2)kalau kondisi pasien sangat gawat langsung dirujuk ke rumah sakit terdekat; 3) dilihat kemampuan teman yang piket kalau dinilai mampu pasti dibawa ke Poned dahulu; 4)kalau pagi ke puskesmas Poned akan tetapi kalau sore dan malam langsung dirujuk kerumah sakit karena tidak ada dokternya.

Sistem rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal menurut bidan desa ke puskesmas mampu PONE D di Parung cukup baik, karena kalau terlewat pasti merujuk ke PONE D tapi karena tidak melewati PONE D bidan desa lebih suka langsung merujuk ke RS, atau kalau tidak sekedar dikonsulkan saja ke bidan koordinator.

#### 5.2.6.4 Puskesmas Jasinga

Hasil wawancara mendalam dengan 3 informan di puskesmas Jasinga, didapatkan, sistem rujukan adalah pasien kasus persalinan yang tidak dapat ditangani di desa baru dirujuk dibawa ke puskesmas. seperti yang dikemukakan oleh informan 2:

*“kasus persalinan yang tidak bisa ditangani di desa dibawa ke puskesmas”*

Konfirmasi koordinator bidan PONE D dan koordinator bidan desa menjelaskan sistem rujukan dari bidan di desa langsung ke PONE D, kebanyakan pasien tidak mau dirujuk kerumah sakit atau PONE K. Konfirmasi kepala puskesmas menjelaskan sistem rujukan dari paraji kebidan desa, kemudian dibawa PONE D, dan untuk rujukan kerumah sakit masyarakat ini sangat susah karena faktor ekonomi, dan pengetahuan yang kurang juga jarak rumah sakit rujukan sangat jauh.

Prosedur melakukan rujukan yaitu 1) disiapkan alat-alat infuse; 2) alat persalinan; 3) perlengkapan Jamkesmas seperti KTP, KK untuk yang punya; dan 4) perlengkapan ibunya.

Jika ada kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal, informan ke puskesmas PONE D, karena RS jauh. Sistem rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal menurut bidan desa ke puskesmas mampu PONE D di Jasinga baik karena memang RS jauh sekali.

### 5.3 Faktor Pemungkin

#### 5.3.1 Ketersediaan petugas di Puskesmas mampu PONE D

#### 5.3.1.1 Puskesmas Cigombong

Jumlah petugas yang bertugas di puskesmas mampu PONE D Cigombong sudah mencukupi dengan pendidikan sebagian besar sudah D3 Kebidanan, kecuali bidan senior yang masih D1 tetapi sekarang sedang kuliah untuk penyetaraan. Semua yang bertugas di PONE D berjumlah kurang lebih 18 orang, seperti yang dikemukakan oleh informan 1:

*“cukup, kalau tidak salah bidan ada 15 dan dokter 4”*

Diperoleh informasi bahwa bidan desa juga mendapat jadwal di PONE D untuk menambah kemampuan bidan desa. Hal ini sesuai hasil konfirmasi dengan koordinator PONE D yang menyatakan petugas sudah cukup dan rata-rata sudah D3 Kebidanan. Petugas yang bertugas di PONE D belum semuanya mendapatkan pelatihan APN, PPGDON.

Petugas yang ada di puskesmas mampu PONE D berjaga 24 jam, dokter PONE D setiap pagi ada, kalau sore atau malam *oncall*. Dokter PONE D bertempat tinggal cukup jauh dari puskesmas Cigombong, seperti yang dikemukakan oleh informan 3:

*“ada 24 jam, kalau pagi dokter ada, sore dan malam oncall, dokter rumahnya jauh”*

Menurut bidan desa jumlah petugas yang ada di puskesmas Cigombong sudah cukup ideal.

#### 5.3.1.1 Puskesmas Cileungsi

Jumlah petugas yang bertugas di puskesmas mampu PONE D Cileungsi cukup memadai dengan pendidikan sudah D3 Kebidanan. Tetapi masih kurang karena yang berjaga hanya satu, selain itu bidan desa juga mendapatkan piket di PONE D, seperti yang dikemukakan oleh informan 1:

*“bidan di desa juga jaga di PONE D”*

Hasil konfirmasi dengan koordinator PONE D dan kepala puskesmas yang menyatakan petugas sudah mencukupi dan sebagian besar sudah D3

Kebidanan. Petugas yang bertugas di PONEB belum semuanya mendapatkan pelatihan APN, PPGDON.

Petugas yang ada di puskesmas mampu PONEB berjaga 24 jam, dokter PONEB dan bidan senior setiap pagi ada, kalau sore atau malam *oncall*. Dokter PONEB bertempat tidak begitu jauh dari puskesmas Cileungsi, seperti yang dikemukakan oleh informan 2:

*“ada 24 jam, dokter atau bidan oncall ”*

Menurut bidan desa jumlah petugas yang ada di puskesmas Cileungsi jumlah ideal petugas PONEB harusnya yang bertugas 2 orang, satu merawat ibunya dan satu merawat bayinya, sehingga bidan desa tidak harus mendapatkan jadwal di PONEB.

#### 5.3.1.3 Puskesmas Parung

Jumlah petugas yang bertugas di PONEB menurut informan bidan desa masih kurang karena tidak ada dokter PONEB, bidan desa masih merangkap jaga di PONEB, seperti yang dikemukakan oleh informan 3:

*“kurang karena tidak ada dokter PONEBnya...bidan desa merangkap jaga di PONEB”*

Konfirmasi koordinator PONEB dan kepala puskesmas menjelaskan jumlah tenaga di PONEB saat ini ada 4 orang bidan. Dan masih dibantu oleh bidan desa untuk jaga di PONEB dan petugas masih memegang program Puskesmas. Sedangkan untuk pendidikan petugas sudah ada yang D4, D3 dan sedang pendidikan penyetaraan D3.

Petugas yang ada di puskesmas mampu PONEB berjaga 24 jam. Jumlah ideal petugas PONEB ada petugas PONEB sendiri, ada bidan desa sendiri agar lebih fokus dan tidak memegang program KIA juga harus ada dokter PONEB.

#### 5.3.1.4 Puskesmas Jasinga

Jumlah petugas yang bertugas di PONEB masih kurang tenaganya karena tidak ada dokter PONEB, jadi kepala puskesmas dan dokter puskesmas

menjadi dokter PONEB. Selain itu tidak ada bidan khusus PONEB jadi bidan desa yang bergantian jaga di PONEB, seperti yang dikemukakan oleh informan 2:

*“kurang tenaga...tidak ada dokterPONEB,jadi kepala puskesmas dan dokter puskesmas menjadi dokter PONEB”*

Konfirmasi koordinator PONEB menyatakan Jumlah petugas PONEB sangat kurang karena petugas PONEB tidak ada. Hal ini juga dipertegas dengan hasil konfirmasi kepala puskesmas menyatakan Selama ini tidak ada petugas khusus PONEB, petugas PONEB adalah bidan desa itu sendiri.

Petugas yang ada di puskesmas mampu PONEB berjaga 24 jam walaupun tidak ada dokter PONEB tetapi kepala puskesmas bisa *oncall*, karena rumahnya dekat.

Jumlah ideal petugas yang ada di puskesmas mampu PONEB menurut bidan desa harus ada petugas khusus untuk di PONEB, supaya bidan di desa lebih fokus ke desa.

Hasil telah dokumen dari laporan tahunan Dinas Kesehatan didapatkan jumlah dan jenis pelatihan seperti pada tabel 5.6 di bawah ini:

Tabel 5.6 Jumlah dan Jenis Pelatihan Petugas di 4 Puskesmas Mampu PONEB di Kabupaten Bogor Tahun 2010.

Jenis Pelatihan	Jumlah Peserta			
	Cigombong	Cileungsi	Parung	Jasinga
PONEB	1 dokter 1 bidan	1 dokter 1 bidan	1 bidan	1 bidan
APN	1 dokter 5 bidan	6 bidan	4 bidan	1 bidan
PPGDON	3 bidan	3 bidan	4 bidan	7 bidan
Afiksia	8 bidan	3 bidan	2 bidan	5 bidan
BBLR	4 bidan	3 bidan	1 bidan	-

Dari tabel 5.6 Maka dapat disimpulkan bahwa secara jumlah dan pelatihan petugas PONEB masih kurang, jadi secara umum yang memenuhi kriteria puskesmas mampu PONEB adalah puskesmas Cigombong dan puskesmas Cileungsi.

### 5.3.2 Ketersediaan sarana dan fasilitas di Puskesmas mampu PONE

#### 5.3.2.1 Puskesmas Cigombong

Ketersediaan sarana dan fasilitas di puskesmas mampu PONE Cigombong sudah cukup, saat dibutuhkan ada, untuk obat-obatan yang tidak ada bisa diresepkan ke pasien seperti vitamin K, sesuai yang dikemukakan oleh informan 3:

*“obat-obatan kadang-kadang masih kurang contoh vit K sudah beberapa bulan tidak ada, padahal bayi baru lahir harus disuntik vit K”*

Konfirmasi dengan koordinator PONE didapatkan bahwa peralatan dan fasilitas sudah bagus karena PONE selalu diutamakan. Sedangkan hasil konfirmasi kepala puskesmas peralatan dan fasilitas menjadi satu dengan perawatan.

Menurut bidan desa sarana yang harus ada untuk penguat sistem rujukan dari bidan desa adalah ambulance desa dan dokter *obgyn*.

#### 5.3.2.2 Puskesmas Cileungsi

Ketersediaan sarana dan fasilitas di puskesmas mampu PONE Cileungsi menurut informan bidan desa menyatakan sudah cukup. Tetapi vakum rusak dan inkubator tidak ada karena adanya yang biasa, sesuai yang dikemukakan oleh informan 1:

*“vakum rusak, inkubator tidak ada, adanya yang biasa”*

Konfirmasi dengan koordinator PONE menjelaskan bahwa peralatan masih banyak yang kurang, sebagian peralatan sudah rusak, sterilisator beli sendiri karena rusak. Hal ini dipertegas dengan hasil konfirmasi dengan kepala puskesmas menjelaskan sarana dan fasilitas yang ada masih kurang bisa dibayangkan kurang lengkap tapi selalu mengajukan setiap bulan.

Menurut bidan desa sarana yang harus ada untuk penguatan sistem rujukan dari desa ke puskesmas mampu PONE adalah dokter *obgyn*, alat-alat khusus penanganan BBLR dan asfiksia.

### 5.3.2.3 Puskesmas Parung

Ketersediaan sarana dan fasilitas di puskesmas mampu PONED Parung menurut informan bidan desa sudah mencukupi standar puskesmas, untuk pertolongan kegawatdaruratan persalinan dan neonatal. sesuai yang dikemukakan oleh informan 3:

*“sudah mencukupi, untuk pertolongan kegawatdaruratan persalinan dan neonatal”*

Konfirmasi dengan koordinator PONED menjelaskan bahwa sarana dan fasilitas kurang dan ada yang rusak, untuk peralatan habis pakai yang tidak diberikan Dinas dikenakan pada pasien. Hal ini dipertegas dengan hasil konfirmasi dengan kepala puskesmas menjelaskan untuk peralatan yang rusak sudah dilaporkan ke Dinas dan belum ada penggantian. Apabila kebutuhan mendesak diadakan dari Puskesmas dengan menggunakan dana operasional Puskesmas. Seperti infuse set makro diadakan sendiri karena Dinas tidak menyediakan, begitu juga dengan Vit K.

Menurut bidan desa sarana yang harus ada untuk penguat sistem rujukan: 1)uang; 2)ambulance desa; 3)SDM di PONED dan pelatihan untuk petugas PONED.

### 5.3.2.4 Puskesmas Jasinga

Ketersediaan sarana dan fasilitas di puskesmas mampu PONED Jasinga cukup mendukung, tapi infusan dari Dinas kecil-kecil tidak terpakai, kateter tidak tersedia, suction rusak tempat tidur rusak, seperti yang dikemukakan oleh informan 3:

*“cukup mendukung,tapi infusan dari Dinas kecil-kecil tidak terpakai, kateter tidak tersedia, suction rusak, tempat tidur meleot ibu hamil takut jatuh”*

Konfirmasi dengan koordinator PONED menjelaskan bahwa banyak peralatan yang rusak, dan fasilitas penunjang banyak yang kurang, ada inkubator

baru tapi tidak tahu cara penggunaannya, infus set hanya ada yang micro. Hasil konfirmasi dengan kepala puskesmas juga didapatkan banyak peralatan yang rusak, dan kurang, dopler ada tapi rusak sudah mengajukan dua kali tapi belum ada perbaikan atau penggantian, APN kit masih kurang tapi ada alat baru inkubator.

Menurut bidan desa sarana yang harus ada untuk penguat rujukan; 1)SDM di PONEB; 2)dana stimulant; 3)ambulance gratis bagi warga yang tidak mampu.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dan observasi lembar *chek list* LC-1 (terlampir) di empat puskesmas mampu PONEB, dapat dilihat pada tabel 5.7 di bawah ini:

Tabel 5.7 Kelengkapan Sarana dan Fasilitas di Puskesmas Mampu PONEB di Kabupaten Bogor tahun 2010

No	Jenis alat utama tindakan	Puskesmas Mampu PONEB							
		Cigombong		Cileungsi		Parung		Jasinga	
		ada	berfungsi	ada	berfungsi	ada	berfungsi	ada	berfungsi
1	Kuret	√	√	√	Tidak dipakai	√	Tidak dipakai	√	Rusak
2	Vakum	√	Rusak	√	rusak	√	Tidak dipakai	√	Rusak
3	Oksitosin	√	√	√	√	√	√	√	√
4	Antibiotik	√	√	√	√	√	√	√	√
5	MGSO4 (sedatif)	√	√	√	√	√	√	√	√
6	Resusitasi bayi -stetoskop bayi	×	×	√	√	√	√	×	×
	-suction	√	√	√	×	√	√	√	Rusak
7	Inkubator	√	√	×	×	√	√	√	√
8	Dopler	√	√	√	rusak	√	√	×	×
9	Vit K	×	×	×	×	×	×	×	×
10	Kateter	×	×	×	×	×	×	×	×
11	Abocath no. 14 & 16	×	×	×	×	×	×	×	×
12	Partus bed	√	√	√	Rusak	√	√	√	Rusak
13	Tiang	√	√	√	Rusak	√	√	√	Rusak

infuse								
--------	--	--	--	--	--	--	--	--

Berdasarkan tabel 5.7 diatas dapat disimpulkan bahwa sarana dan fasilitas yang ada di Puskesmas mampu PONED belum lengkap dan ada alat yang rusak.

### 5.3.3 Kemampuan petugas di Puskesmas mampu PONED

#### 5.3.3.1 Puskesmas Cigombong

Kemampuan petugas di puskesmas mampu PONED Cigombong dalam mendiagnosis dan menangani kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal menurut informan bidan desa sudah kompeten, sudah terlatih dan sudah cukup baik serta sudah sesuai protap. Hal ini sesuai dengan hasil konfirmasi koordinator PONED menyatakan kemampuan petugas PONED cukup bagus dan sudah sesuai protap.

Menurut informan bidan desa ada tindakan yang tidak dilakukan di PONED seperti intraumbilical, vakum, resusitasi hanya tahap awal, untuk beberapa tindakan harus ada asisten seperti tindakan PEB, plasenta manual, pemberian oksitosin, seperti yang dikemukakan oleh infroman 1:

*“untuk tindakan PEB, plasenta manual, pemberian oksitosin parenteral tidak semua bisa harus ada temennya”*

#### 5.3.3.2 Puskesmas Cileungsi

Kemampuan petugas di puskesmas mampu PONED Cileungsi dalam mendiagnosis dan menangani kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal menurut informan bidan desa menyatakan senior sudah mampu, yunior belum mampu, tergantung yang jaga. Kemampuan petugas PONED untuk masalah bayi bisa menangani asfiksia bayi baru lahir, BBLR belum karena butuh inkubator khusus, biasanya untuk menghangatkan bayi.

Tindakan yang dilakukan sudah sesuai protap meskipun kadang bervariasi tidak harus melewati protap A bidan langsung ke protap B

disesuaikan kondisi tetapi tetap mengacu ke protap seperti yang dikemukakan oleh informan 2:

*“Tergantung yang jaga, kadang bervariasi tidak melewati protap A, kita langsung ke protap B sesuai kondisi tetapi tetap mengacu ke protap”*

Konfirmasi dengan koordinator PONEB menjelaskan selama ini petugas sudah mampu menangani rujukan dan sudah sesuai protap.

#### 5.3.3.3 Puskesmas Parung

Kemampuan petugas di puskesmas mampu PONEB Parung dalam mendiagnosis dan menangani kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal yang dirujuk beda tipis karena bidan desa juga jaga di PONEB maka tidak bisa menilai kemampuan petugas PONEB, sesuai yang dikemukakan oleh informan 3:

*“bidan desa juga jaga di PONEB maka tidak bisa menilai kemampuan petugas PONEB”*

Tindakan yang dilakukan di PONEB sudah sesuai dengan protap. Hasil konfirmasi dengan koordinator PONEB menjelaskan kemampuan petugas PONEB sudah cukup dalam menangani rujukan dan sudah sesuai protap

#### 5.3.3.4 Puskesmas Jasinga

Kemampuan petugas di puskesmas mampu PONEB Jasinga dalam mendiagnosis dan menangani kasus kegawatdaruratan yang dirujuk sesuai kemampuan bidan yang jaganya, kalau dinilai tidak mampu *oncall* sesama bidan desa atau dokternya. Karena yang berjaga bidan di desa maka bidan senior membantu bidan junior atau bisa hubungi senior atau dokternya, sesuai yang dikemukakan oleh informan 2:

*“karena yang jaga bidan desa, senior bantu yang junior, kalau yang jaga junior bisa hubungi senior atau dokternya”*

Hasil konfirmasi dengan koordinator PONE D tentang kemampuan petugas PONE D mengatakan sudah baik dan pelaksanaan sudah sesuai protap

Berdasarkan observasi dengan menggunakan lembar *chek list* LC-1 (terlampir) didapatkan kemampuan pelayanan puskesmas mampu PONE D seperti pada tabel 5.8 di bawah ini:

Tabel 5.8 Jenis Kemampuan Pelayanan Puskesmas Mampu PONE D di Kabupaten Bogor Tahun 2010

No	Kemampuan PONE D	Puskesmas Mampu PONE D			
		Cigombong	Cileungsi	Parung	Jasinga
1	Pemberian oksitosin parenteral	√	√	√	√
2	Pemberian antibiotik parenteral	√	√	√	√
3	Pemberian sedative parenteral	√	√	√	√
4	Pengeluaran plasenta manual	√	√	√	√
5	Kuret	√	×	×	×
6	Vakum ekstrasi	×	×	×	×
7	Resusitasi bayi asfiksia	√	×	×	√
8	Pemberian antibiotik parenteral	√	√	√	√
9	Pemberian bicnat intraumbilical	×	×	×	×
10	Pemberian Phenobarbital	×	×	×	×
11	Pelaksanaan <i>thermal control</i> untuk mencegah hipotermi	√	√	√	√
12	Penanggulangan gangguan pemberian nutrisi	√	√	√	√

Dari tabel 5.8 didapatkan bahwa dari 4 puskesmas mampu PONE D di Kabupaten Bogor belum mampu melaksanakan 12 pelayanan yang harus ada dan mampu di puskesmas yang ditunjuk mampu PONE D.

1. Puskesmas Cigombong didapatkan 9 pelayanan mampu PONE D yang sudah dilakukan, vakum tidak dilakukan karena 4 bulan telah rusak, pemberian

bicnat IU/Phenobarbital belum pernah dilakukan karena jika indikasi tersebut langsung dirujuk.

2. Puskesmas Cileungsi didapatkan 7 pelayanan mampu PONED yang telah diberikan, sedangkan kuret, vakum, pemberian IU/phenobarbital, resusitasi bayi asfiksia tidak dilakukan.
3. Puskesmas Parung didapatkan 7 pelayanan mampu PONED yang telah dilakukan, sedangkan kuret, vakum, pemberian IU/phenobarbital, resusitasi bayi asfiksia tidak dilakukan.
4. Puskesmas Jasinga didapatkan 8 pelayanan mampu PONED yang telah dilakukan, sedangkan kuret, vakum, pemberian IU/Phenobarbital tidak dilakukan.

Sedangkan hasil observasi terhadap macam protap yang terpasang di ruangan puskesmas mampu PONED dapat dilihat pada tabel 5.9 di bawah ini:

Tabel 5.9 Macam Protap Penanganan Kasus Obstetri Neonatal yang Terpasang di Puskesmas Mampu PONED di Kabupaten Bogor Tahun 2010.

No	Macam Protap	Terpasang			
		Cigombong	Cileungsi	Parung	Jasinga
1	Pengelolaan infeksi nifas	-	-	√	-
2	Pengelolaan perdarahan post partum a. kompresi bimanual uterus b. Kompresi aorta abdominalis c. Penjahitan robekan porsio	√	√	√	√
3	Plasenta manual	√	√	√	√
4	Pengelolaan Preeklamsi dan eklamsi	√	-	√	-
5	Pengelolaan distosio bahu	-	-	-	-
6	Ekstrasi vakum	√	-	-	-
7	Kuretase	√	-	-	-
8	Letak sungsang	√	-	-	-
9	Oksitosin drip	√	-	√	√
10	Resusitasi pada bayi asfiksia	√	√	√	√
11	Pemasangan infuse melalui vena umbilical	-	-	-	-
12	Kewaspadaan universal	√	√	√	√

Dari tabel 5.9 didapatkan bahwa belum semua protap penanganan kasus dan tindakan kegawatdaruratan obstetri neonatal terpasang di puskesmas mampu PONED.

Untuk pengelolaan pencatatan di 4 puskesmas mampu PONED sudah lengkap dapat dilihat pada tabel 5.10 dibawah ini:

Tabel 5.10 Pengelolaan Pencatatan dan Pelaporan di Puskesmas Mampu PONED di Kabupaten Bogor Tahun 2010

No	Pengelolaan Pencatatan dan Pelaporan	Puskesmas Mampu PONED			
		Cigombong	Cileungsi	Parung	Jasinga
1	Pengisian regester kohort ibu	√	√	√	√
2	Pengisian regester kohort bayi	√	√	√	√
3	Pengisian buku rujukan	√	√	√	√
4	Pengisian formulir rujukan maternal dan neonatal	√	√	√	√
5	Pengisian partograf	√	√	√	√
6	Pengisian informed consent setiap akan melakukan tindakan	√	√	√	√
6	Laporan LB3 KIA	√	√	√	√
7	Laporan pelaksanaan puskesmas mampu PONED	√	√	√	√

Dari tabel 5.10 didapatkan bahwa pengelolaan pencatatan dan pelaporan di 4 puskesmas mampu PONED sudah lengkap.

#### 5.3.4 Jarak Puskesmas mampu PONED

##### 5.3.4.1 Puskesmas Cigombong

Jarak puskesmas mampu PONED menurut informan bidan desa dekat dengan tempat tinggal masyarakat, masih terjangkau kurang lebih 20 menit, seperti yang dikemukakan oleh informan 2:

*“masih terjangkau  $\pm$  20 menit, paling jauh ongkos ojek 30 ribu.”*

#### 5.3.4.2 Puskesmas Cileungsi

Jarak puskesmas mampu PONEB menurut informan bidan desa dekat dan terjangkau dengan tempat tinggal masyarakat, paling lama 20 menit, seperti yang dikemukakan oleh informan 3:

*“masih terjangkau  $\pm$  20 menit”*

#### 5.3.4.3 Puskesmas Parung

Jarak puskesmas mampu PONEB menurut informan bidan desa dekat dari puskesmas, kendalanya adalah pada daerah yang berada di dalam, kalau ke PONEB harus putar arah, seperti yang dikemukakan oleh informan 3:

*“lumayan dekat tapi kalau ke PONEB harus putar arah”*

#### 5.3.4.4 Puskesmas Jasinga

Jarak puskesmas mampu PONEB menurut informan bidan desa dekat, tidak jauh kalau naik motor hanya 15-20 menit, seperti yang dikemukakan oleh informan 3:

*“tidak terlalu jauh, 15 menit tidak terlalu pedalaman dan jalannya bagus, kalau naik ojek hanya 5 ribu”*

#### 5.3.5 Biaya persalinan di Puskesmas mampu PONEB

##### 5.3.5.1 Puskesmas Cigombong

Biaya persalinan di puskesmas mampu PONEB Cigombong menurut informan bidan desa sudah memakai tarif PERDA dengan harga persalinan normal 200 ribu dan patologis sekitar 400 ribu, seperti yang dikemukakan oleh informan 3:

*“melahirkan normal 200 ribu, patologis sesuai PERDA 400 ribu”*

Tetapi harga persalinan normal tidak pasti 200 ribu, karena tergantung pemakaian alat habis pakai seperti memakai infuse.

Untuk biaya persalinan keluarga miskin kalau punya Jamkesmas atau Jamkesda gratis dan kalau melahirkan di bidan nanti bidan di desa mengklaim ke puskesmas.

Hasil konfirmasi dengan koordinator PONEC dan diperkuat hasil konfirmasi dengan kepala puskesmas menyatakan Biaya persalinan disesuaikan dengan PERDA, perbedaan tarif pada persalinan normal dengan persalinan patologis. Keluarga miskin dapat menggunakan Jamkesmas, Jamkesda, SKKM, untuk bersalin ditenga kesehatan. Ada penambahan biaya makan pada rawat inap untuk ibu bersalin yang menginap karena di PERDA tidak tercantum.

#### 5.3.5.2 Puskesmas Cileungsi

Biaya persalinan di puskesmas mampu PONEC Cileungsi menurut informan bidan desa murah, sesuai puskesmas/PERDA yang membedakan tergantung tindakan yang diberikan dan untuk patologis 800 ribu. Selain itu bidan yang menolong di PONEC mendapat uang jasa, seperti yang dikemukakan oleh informan 1:

*“ada jatah buat bidan”*

Untuk biaya persalinan keluarga miskin ada Jamkesmas, dilengkapi kartu-kartu Jamkesmas seperti KTP, KK, kartu Jamkesmas.

Konfirmasi koordinator PONEC dan kepala puskesmas menjelaskan semua diperlakukan sama seperti tarif PERDA dan untuk pelayanan keluarga miskin bisa diklaim ke Jamkesmas dan Jamkesda baik persalinan di PONEC dan bidan desa.

#### 5.3.5.3 Puskesmas Parung

Biaya persalinan di puskesmas mampu PONEC Parung menurut informan bidan desa terjangkau oleh masyarakat, persalinan normal sekitar 300 ribu dan patologis tergantung tindakan yang diberikan, seperti yang dikemukakan oleh informan 3:

*“terjangkau oleh masyarakat, sekitar 200 ribu untuk normal, patologis tergantung tindakan yang diberikan”*

Untuk biaya persalinan keluarga miskin kalau pasien tidak bisa bayar, bidan desa melengkapi registrasi seperti, partograf, KK, KTP dan segala macam persyaratan yang kemudian diklaimkan ke Puskesmas. selain itu didapatkan bahwa Ibu hami tidak sampai 10% yang mendapat jamkesmas karena Jamkesda merupakan duplikat data dari Jamkesmas sehingga tidak tepat sasaran.

Hasil konfirmasi dengan koordinator PONE D didapatkan bahwa biaya persalinan di PONE D sudah terjangkau oleh masyarakat karena berpatokan pada PERDA, sekitar 500 ribu untuk persalinan normal, keluarga miskin tetap terlayani dengan jaminan Jamkesmas, Jamkesda, dan SKKM. Konfirmasi kepala puskesmas menjelaskan Biasanya Puskesmas memakai tarif Perda, dan untuk keluaruga miskin dapat menggunakan Jamkesmas, Jamkesda, SKKM, dengan menyertakan KTP dan KK untuk mendapatkan pelayanan gratis

#### 5.3.5.4 Puskesmas Jasinga

Biaya persalinan di puskesmas mampu PONE D Jasinga menurut informan bidan desa terjangkau tidak terlalu mahal karena ada keringanan, tarif persalinan saja 150 ribu dan persalinan patologis 250 ribu belum tindakan-tindakan serta bidan hanya mendapat 50 ribu setiap menolong persalinan, sesuai yang dikemukakan oleh informan 3:

*“persalinan saja 150 ribu, persalinan patologis 250 ribu, belum tindakan-tindakan, bidan hanya mendapatkan 50 robu setiap nolong”*

Untuk biaya persalinan keluarga miskin ada Jamkesmas asal lengkap kelengkapannya, kalau tidak punya biasanya sementara dari desa, KTP sementara, KK sementara.

Hasil konfirmasi dengan koordinator PONE D menjelaskan biaya persalinan disesuaikan dengan tarif PERDA, tetapi ada penambahan untuk jasa bidan dan tambahan obat-obatan. Keluarga miskin diterima di PONE D dan sudah gratis karena ditanggung oleh jamkesmas, Jamkesda, atau menggunakan SKKM. Hal ini sesuai dengan hasil konfirmasi kepala puskesmas yang menjelaskan untuk tarif persalinan berdasar tarif PERDA no 13 tahun 2003. dan untuk masyarakat yang tidak mampu dapat menggunakan Jamkesmas, Jamkesda, dan SKKM karena kebanyakan sangat keberatan dengan tarif Puskesmas.

## 5.4 Faktor Penguat

### 5.4.1 Sosialisasi adanya Puskesmas mampu Poned

#### 5.4.1.1 Puskesmas Cigombong

Sosialisasi adanya puskesmas mampu Poned oleh bidan desa telah dilakukan melalui posyandu, kemudian ditambahkan oleh informan 2 sosialisai melalui pertemuan desa, koordinasi antara desa dan kader, bidan desa, Babinkab, melalui posyandu, dan program P4 K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi).

Hasil konfirmasi dengan koordinator bidan desa, koordinator Poned dan kepala puskesmas menjelaskan sosialisasi memang telah dilakukan melalui Korwil, Kordes, minggon di kecamatan, Lokmin, Lokbul, pertemuan bidan, pertemuan kader dan pada saat posyandu.

#### 5.4.1.2 Pukesmas Cileungsi

Sosialisasi adanya puskesmas mampu Poned oleh bidan desa telah dilakukan dalam posyandu dan penyuluhan ibu hamil, sesuai dengan informan 3:

*“sudah dilakukan dalam posyandu”*

Hasil konfirmasi dengan koordinator bidan desa dan koordinator Poned menjelaskan sosialisasi Poned dilakukan dengan menyebar *leaflet*, pelayanan ANC, pertemuan kader, pertemuan bidan-bidan setiap bulan. sedangkan hasil konfirmasi dengan kepala puskesmas menjelaskan sosialisasi dilakukan secara bertahap mulai dari tingkat kecamatan pada waktu minggon, mengikuti rapat-rapat desa, pertemuan kader dan pertemuan bidan desa setiap minggu.

#### 5.4.1.3 Puskesmas Parung

Sosialisasi adanya puskesmas mampu Poned oleh bidan desa telah dilakukan pada waktu posyandu dan langsung disampaikan kepada ibu hamil, saat pertemuan kader dan Pertemuan paraji, seperti yang dikemukakan oleh informan 3:

*“pada saat pertemuan kader, pertemuan paraji”*

Hasil konfirmasi dengan koordinator PONE D dan koordinator bidan desa menjelaskan sosialisasi dilakukan pada saat pertemuan bidan, pertemuan kader, posyandu dan pada saat ibu hamil periksa ANC.

Sedangkan hasil konfirmasi dengan kepala puskesmas menjelaskan sosialisasi lintas sektor dilakukan pada saat minggon di kecamatan, pertemuan bidan desa untuk penyampaian masalah-masalah yang ada di desa, melalui posyandu di sosialisasikan Puskesmas PONE D pada ibu hamil untuk lebih sering kontak dengan tenaga kesehatan. Dan pemeriksaan kehamilan trimester 3 yang sering luput dari pengawasan.

#### 5.4.1.4 Puskesmas Jasinga

Sosialisasi adanya puskesmas mampu PONE D oleh bidan desa telah dilakukan sejak pertama dibangun melalui pembagian brosur, pertemuan dengan desa dan posyandu. Sosialisasi juga dilakukan kepada ibu hamil waktu posyandu, ke pak lurah, ke kader, dan ke dukun, sesuai yang dikemukakan oleh informan 3:

*“sudah sosialisasi ke ibu hamil waktu posyandu, ke pak lurah, ke kader, ke dukun”*

Hasil konfirmasi dengan koordinator bidan desa, koordinator PONE D dan kepala puskesmas menjelaskan PONE D disosialisasikan pada saat pertemuan bidan, pertemuan kader, pertemuan paraji setiap bulan sekali, dan pada saat pemeriksaan kehamilan.

#### 5.4.2 Dukungan keluarga ibu hamil

##### 5.4.2.1 Puskesmas Cigombong

Dukungan keluarga terhadap ibu hamil yang mengalami masalah kegawatdaruratan yang membutuhkan rujukan ke PONE D menurut informan bidan desa masih kurang, karena masih kebiasaan yang ke paraji walaupun sudah diberikan Jamkesda, kalau tidak mempunyai maka dianjurkan membuat SKKM supaya tidak bayar. Hal ini karena pola pikir mereka kalau sama paraji baik ditungguin dan di suapin.

Sedangkan keluarga yang bersedia dirujuk atau tidak keberatan karena mereka melihatnya untuk keselamatan bayi dan ibunya dengan bentuk dukungan seperti mencarikan angkutan ke puskesmas.

#### 5.4.2.2 Puskesmas Cileungsi

Dukungan keluarga terhadap ibu hamil yang mengalami masalah kegawatdaruratan yang membutuhkan rujukan ke PONEB menurut informan bidan desa baik, menyerahkan ke bidan dan mencarikan kendaraan. Meskipun kadang ada yang tidak setuju dengan yang banyak.

#### 5.4.2.3 Puskesmas Parung

Dukungan keluarga terhadap ibu hamil yang mengalami masalah kegawatdaruratan yang membutuhkan rujukan ke PONEB menurut informan bidan desa ada yang mendukung ada yang tidak.

Dukungan keluarga ibu hamil yang mendukung tidak ada masalah karena keluarga tetap memanggil bidan walaupun tidak tinggal ditempat.

#### 5.4.2.4 Puskesmas Jasinga

Dukungan keluarga terhadap ibu hamil yang mengalami masalah kegawatdaruratan yang membutuhkan rujukan ke PONEB menurut informan bidan desa kurang mendukung, karena pasien menginginkan di desa saja, dirumah masing-masing, lama mengambil keputusan, dan tidak ada biaya transportasi. Sedangkan keluarga yang mendukung menyebutnya rumah sakit kecil.

### 5.4.3 Dukungan tokoh masyarakat yang dipercaya

#### 5.5.3.1 Puskesmas Cigombong

Dukungan tokoh masyarakat terhadap rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal oleh bidan desa ke puskesmas mampu PONEB Cigombong sebagian ada yang mendukung ada yang tidak. Menurut informan 1 "*Bidan di panggil kalau dukun sudah tidak bisa, ibaratnya sisa dukun*".

Selain itu susah dilakukan pendekatan karena terbentur tradisi dan kepercayaan yang masih menganut paham kuno, paraji masih menolong persalinan karena dekat dengan masyarakat sedangkan bidan desa jauh.

Hasil konfirmasi dengan koordinator bidan desa menyatakan dukungan tokoh masyarakat bagus, ditunjukkan dengan peningkatan rujukan ke PONED dari desa meskipun ada yang tidak merujuk

#### 5.5.3.2 Puskesmas Cileungsi

Dukungan tokoh masyarakat terhadap rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal oleh bidan desa ke puskesmas mampu PONED Cileungsi mendukung, kalau ada yang persalinan sering memanggil bidan, selain itu banyak bidan swasta meskipun masih ada yang ke dukun.

Hasil konfirmasi dengan koordinator bidan desa mengatakan tokoh masyarakat ada yang mendukung ada yang tidak.

#### 5.5.3.3 Puskesmas Parung

Dukungan tokoh masyarakat terhadap rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal oleh bidan desa ke puskesmas mampu PONED ada yang mendukung dan ada yang tidak walaupun masih sering persalinan ditolong oleh dukun.

Hasil konfirmasi dengan koordinator bidan desa menyatakan tokoh masyarakat ada yang mendukung ada yang tidak bentuk dukungan tidak ada.

#### 5.5.3.4 Puskesmas Jasinga

Dukungan tokoh masyarakat terhadap rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal oleh bidan desa ke puskesmas mampu PONED mendukung karena Desa siaga sudah jalan, jadi punya ambulance desa dan semua mendukung, bapak lurahnya mendukung dengan bentuk dukungan kapanpun bersedia jika dibutuhkan. Kendalanya dari desa, inginnya mengatur. Dukun mendukung, kalau tidak ke paraji ke puskesmas saja pasti ada bidannya.

Hasil konfirmasi dengan koordinator bidan desa menjelaskan tokoh masyarakat mendukung karena apabila bidan desa tidak ada ditempat langsung

dirujuk ke PONEB. Tetapi ada yang tidak mendukung, misalkan seperti hasil rapat setuju tetapi tidak ada kelanjutan, dukun ada yang ke bidan kalau sudah gawat.

#### 5.5.4 Dukungan petugas kesehatan swasta

##### 5.5.4.1 Puskesmas Cigombong

Dukungan petugas kesehatan swasta terhadap rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal menurut informan bidan desa ada yang mendukung ada yang tidak, seringnya langsung kerumah sakit.

Hasil konfirmasi dengan koordinator bidan desa menjelaskan petugas kesehatan swasta mendukung dengan menghadiri pertemuan bulanan dengan puskesmas.

##### 5.5.4.2 Puskesmas Cileungsi

Dukungan petugas kesehatan swasta terhadap rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal menurut informan bidan desa menjelaskan dukungan petugas kesehatan swasta kurang mendukung karena banyak bidan swasta yang langsung merujuk ke RS swasta karena biasanya dapat imbalan.

Hasil konfirmasi dengan koordinator bidan desa ada yang mendukung dengan merujuk ke PONEB dan ada yang tidak mendukung.

##### 5.5.4.3 Puskesmas Parung

Dukungan petugas kesehatan swasta terhadap rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal menurut informan bidan desa mendukung karena setiap bulan harus menyerahkan laporan ke puskesmas dan tiap bulan ada pertemuan.

Hasil konfirmasi dengan koordinator bidan desa menjelaskan ada yang mendukung ada yang tidak dan bentuk dukungan tidak ada

##### 5.5.4.4 Puskesmas Jasinga

Dukungan petugas kesehatan swasta terhadap rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal menurut informan bidan desa menjelaskan

tidak ada tenaga kesehatan swasta, paling ke Poned, paling dokter puskesmas atau bidan desa yang buka di rumah. Kalau ke rumah sakit jauh.

Hasil konfirmasi dengan koordinator bidan desa menyatakan tidak tahu karena tidak ada bidan swasta ataupun klinik swasta.



## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

#### 6.1 Keterbatasan Penelitian

Pada penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif yang mempunyai subjektivitas tinggi dari peneliti sendiri sebagai instrument dalam penelitian sehingga mempunyai keterbatasan sebagai berikut:

1. Hasil penelitian tidak dapat digeneralisasikan
2. Menggali secara mendalam masalah rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal oleh bidan desa ke puskesmas mampu PONED yang masih kurang dari sasaran pelayanan emergensi yang diperkirakan yaitu sekitar 15 % dari seluruh ibu hamil yang ada di kabupaten Bogor.

#### 6.2 Pendidikan

Fasilitas kesehatan primer dimana hanya tersedia tenaga kesehatan tunggal sebagai pelaksana asuhan persalinan maka tenaga kesehatan tersebut adalah bidan. Bidan yang bekerja di fasilitas kesehatan harus memiliki ijazah D3 Kebidanan, SIP bidan, sertifikat berkualifikasi sebagai APN dan PPGDON serta pelaksana teknologi kontrasepsi (Kementrian Kesehatan RI, 2010).

Dari hasil penelitian di 4 empat puskesmas mampu PONED didapatkan bahwa bidan desa di puskesmas Cigombong semua sudah D3 Kebidanan sedangkan di puskesmas Cileungsi, puskesmas Parung, puskesmas Jasinga sebagian besar sudah D3 Kebidanan dan yang masih D1 sedang pendidikan untuk penyetaraan, hal ini sesuai dengan UU kesehatan no. 36 tahun 2009 pasal 1 bahwa tenaga kesehatan yang dimaksud adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau kemampuan melalui pendidikan dibidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Dari hasil penelitian juga didapatkan bahwa jumlah bidan desa di puskesmas Cigombong cukup dengan seluruh bidan desa tinggal di desa; puskesmas Cileungsi jumlah bidan desa cukup dan dari 12 bidan desa yang berada

di 12 desa hanya 7 bidan yang tinggal di desa; puskesmas Parung jumlah bidan desa 8 bidan belum sama dengan jumlah desa yaitu 9 desa, seluruhnya bidan desa tinggal di desa; puskesmas Jasinga jumlah bidan desa 16 termasuk bidan sukarela sama dengan 16 desa, dan hanya 13 bidan desa yang tinggal di desa. Hal ini belum sesuai dengan kebijakan Dinas Kesehatan kabupaten Bogor yang menetapkan minimal jumlah bidan desa sama dengan jumlah desa dan harus tinggal di desa

Dengan memiliki kualifikasi yang diisyaratkan, jumlah cukup dan tinggal di desa sebagai pelaksana asuhan atau pelayanan kesehatan ibu diharapkan mampu memberikan pelayanan yang berkualitas dengan salah satunya yaitu mampu mengenali secara dini kondisi yang dapat membahayakan ibu dan bayinya yang memerlukan rujukan segera dengan cepat dan tepat ke fasilitas kesehatan yang lebih mampu yaitu salah satunya ke puskesmas mampu PONED.

Dengan demikian Dinas kesehatan diharapkan mampu memenuhi kebutuhan bidan desa di puskesmas Cileungsi, puskesmas Parung, puskesmas Jasinga sesuai dengan jumlah desa, pendidikan yang diisyaratkan, dan bidan desa harus tinggal di desa.

### 6.3 Lama Bekerja

Pengalaman kerja akan mempengaruhi kinerja seseorang (Gibson, 1996). Lama bekerja menjadi bidan di desa di kabupaten Bogor antara 5 bulan sampai dengan 18 tahun dengan rata-rata persalinan yang ditolong dalam satu bulan terakhir antara 1 sampai dengan 12 persalinan.

Menurut Simamora (2004) menjelaskan kinerja masa lalu memberikan beberapa indikasi kemampuan. Hal ini dapat mengindikasikan kemampuan bidan di desa dalam memberikan asuhan persalinan dan mengenali kegawatdaruratan yang terjadi saat persalinan yang dipengaruhi oleh lama bekerja masih kurang.

Pengalaman bekerja bidan desa yang rata-rata masih baru, sebaiknya sering dilakukan pelatihan baik yang diadakan oleh Dinas Kesehatan maupun oleh puskesmas dengan sharing ilmu antara bidan senior dan junior serta dokter PONED sebagai penanggungjawab.

Dengan pendidikan yang memenuhi kualifikasi dan berpengalaman diharapkan menjadi tenaga kesehatan yang terampil dan dapat diandalkan dalam asuhan persalinan sesuai standart, lebih dikenal oleh tokoh masyarakat ataupun masyarakat sehingga menjalin kemitraan dalam penyelenggaraan kesehatan ibu, khususnya dukungan jika ada kasus yang membutuhkan rujukan segera.

#### 6.4 pelatihan

Pendidikan dan pelatihan dimaksudkan untuk membina profesionalitas pegawai dalam rangka meningkatkan kualitas tenaga kesehatan (Depkes, 2008).

Sebagian bidan di desa belum mendapatkan pelatihan, hal ini dapat diartikan kurangnya pelatihan akan mempengaruhi kemampuan bidan desa dalam memberikan pertolongan pertama dalam rujukan kegawatdaruratan obstetri neonatal karena menurut Simamora, 2006 pelatihan mempunyai fokus untuk memberikan keahlian yang memberikan manfaat bagi organisasi secara cepat, dalam hal ini adalah rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal.

Sebaiknya setiap bidan di desa dibekali pelatihan persalinan dan kegawatdaruratan seperti APN dan GDON sebagai upaya meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan agar dapat menjangkau dan menangani semua kasus resiko tinggi dan komplikasi obstetri yang tidak dapat diramalkan yang diketahui lebih banyak terjadi pada saat persalinan serta melakukan rujukan jika diperlukan. Melalui pendidikan dan pelatihan, diharapkan kebutuhan dan kekurangan dapat dipenuhi, sehingga dapat melaksanakan tugasnya dengan cepat dan benar (Atmodiwiro, 2002).

#### 6.5 Pengetahuan tentang puskesmas mampu PONED

Pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu”, dan terjadi setelah seorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Jadi pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*) (Notoatmodjo, 2003). Tindakan seseorang dalam hal ini adalah rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONED.

Pengetahuan bidan di desa tentang puskesmas mampu PONE D masih kurang, rata-rata bidan di desa tidak mengetahui secara pasti 12 kemampuan pelayanan yang harus ada di puskesmas mampu PONE D. Hal ini dikarenakan karena belum semua bidan di desa mendapatkan pelatihan, tentunya akan mempengaruhi rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONE D.

Seharusnya bidan desa mempunyai pengetahuan tentang Puskesmas mampu PONE D sebagai berikut: puskesmas mampu PONE D adalah puskesmas yang memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan obstetri neonatal emergensi dasar langsung kepada ibu hamil, bersalin, nifas dan neonatal dengan komplikasi yang mengancam jiwa ibu dan neonatal (Depkes, 2004).

Kemampuan puskesmas mampu PONE D harus bisa memberikan 6 pelayanan obstetri emergensi dasar yaitu (Depkes, 2004):

1. Pemberian oksitosin parenteral
2. Pemberian antibiotik parenteral
3. Pemberian sedatif parenteral pada tindakan kuret digital dan plasenta manual, kuratif
4. Pengeluaran plasenta manual
5. Melakukan kuretase, plasenta manual, dan kompresi manual
6. Partus dengan tindakan ekstraksi vakum dan ekstraksi forcep

Dan 6 pelayanan neonatal emergensi dasar yaitu:

1. Resusitasi bayi asfiksia
2. Pemberian antibiotik parenteral
3. Pemberian Phenobarbital
4. Bicnat IU
5. kontrol suhu
6. Penanggulangan gizi

Jumlah dan jenis tenaga kesehatan sebagai tim PONE D yang perlu tersedia sekurang-kurangnya 1 dokter dan 1 bidan (D3 kebidanan) terlatih PONE D/GDON, dan 1 perawat terlatih PPGDON. Tinggal di sekitar puskesmas mampu PONE D dan tersedia 24 jam. Dan jumlah dan jenis sarana yang perlu tersedia sekurang-kurangnya:

1. Alat dan obat untuk 12 pelayanan PONED tidak boleh kurang dan masih berfungsi
2. Ruangan tempat menolong persalinan
3. Air bersih, kamar mandi, wc

Kurangnya pengetahuan bidan desa tentang puskesmas mampu PONED tentunya akan mempengaruhi keputusan dalam rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONED. Sebaiknya bidan desa dibekali pedoman tentang puskesmas mampu PONED sehingga memudahkan dalam menentukan arah rujukan.

#### Pengetahuan tentang kegawatdaruratan obstetri neonatal

Pengetahuan bidan di desa tentang kegawatdaruratan obstetri neonatal sudah baik, meskipun pengetahuan kegawatdaruratan pada neonatal hanya yang sering ditemui, yaitu mencakup pengertian, tanda dan gejala kegawatdaruratan obstetri neonatal yang perlu dirujuk ataupun tidak, hal ini dikarenakan semua bidan desa berlatar belakang pendidikan D3 kebidanan.

Pengetahuan tentang Kasus kegawatdaruratan obstetri ialah kasus obstetri yang apabila tidak segera ditangani akan berakibat kematian ibu dan janinnya. Penyebab utama dengan manifestasi klinik kegawatdaruratan berbeda-beda (Saifudin, A.B, dkk. 2002):

1. Kasus Perdarahan: dapat bermanifestasi mulai dari perdarahan berwujud bercak, merembes, profus samapi syok
2. Kasus infeksi dan sepsis: dapat bermanifestasi mulai dari pengeluaran cairan pervaginam yang berbau, air ketuban hijau, demam sampai syok.
3. Kasus hipertensi dan preeklamsi/eklamsi: dapat bermanifestasi mulai dari keluhan sakit/pusing kepala, bengkak, penglihatan kabur, kejang-kejang, samapi koma/pingsan/tidak sadar
4. Kasus persalinan macet: lebih mudah dikenal yaitu apabila kemajuan persalinan tidak berlangsung sesuai dengan batas waktu yang normal sesuai patograf dan resiko terjadinya rupture uteri
5. Kasus neonatal seperti kondisi/tanda-tanda BBLR  $\leq$  2000 gram, Bayi tidak mau minum asi, tangan dan kaki bayi terba dingin, bayi mengalami

gangguan/ kesulitan bernafas, bayi mengalami atau diduga perdarahan, bayi mengalami kejang-kejang, bayi mengalami gejala ikterus yang meningkat, bayi mengalami gangguan cerna, bayi menunjukkan tanda infeksi berat, bayi menyandang kelainan bawaan.

Diharapkan pengetahuan yang telah dimiliki bidan desa semakin bertambah dengan adanya pelatihan sehingga penjangkaran resiko tinggi dan komplikasi yang membutuhkan rujukan khususnya ke puskesmas mampu PONEK meningkat.

#### Pengetahuan tentang sistem rujukan

Pengetahuan tentang sistem rujukan. Sistem rujukan adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab timbal balik terhadap suatu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertical dalam arti dari unit yang berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu atau secara horizontal dalam arti antar unit-unit yang setingkat kemampuannya (Aswar, 1996).

Mekanisme rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal yaitu (Depkes, 2004):

1. Masyarakat dapat langsung ke fasilitas kesehatan
2. Bidan di desa dapat memberikan pelayanan langsung kepada bumil, bersalin, nifas yang datang sendiri ataupun dirujuk oleh kader maupun dukun.
3. Jika ditemukan masalah yang menyebabkan kegawatdaruratan ibu dan bayi dapat merujuk ke puskesmas mampu PONEK ataupun RS mampu PONEK
4. Puskesmas yang belum mampu PONEK sekurang-kurangnya mampu memberikan PPGDON serta menyiapkan rujukan ke puskesmas mampu PONEK dan RS mampu PONEK
5. Puskesmas mampu PONEK dapat memberikan pelayanan sesuai dengan kewenangan dan kemampuan, jika komplikasi tidak dapat ditangani di puskesmas mampu PONEK dirujuk ke RS mampu PONEK
6. RS mampu PONEK memberikan pelayanan kepada bumil, bersalin nifas yang datang sendiri atau dirujuk.

Sedangkan Prosedur pelaksanaan rujukan yaitu (Saifudin, A, B, 2002):

1. Komunikasi antara yang merujuk dengan tempat yang dirujuk, bisa melalui telepon
2. Persiapan rujukan yang memadai seperti pemberian identifikasi data bumil/bersalin/nifas/ bayi, ijin rujukan atau tindakan lain yang akan dilakukan, transportasi rujukan.
3. Penerangan kepada orang tua atau keluarga mengenai masalah yang ditemukan atau diduga
4. Stabilisasi keadaan ibu atau bayi seperti pemberian O<sub>2</sub>, pemberian cairan infus, pemberian obat-obatan.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan pengetahuan bidan desa tentang sistem rujukan sudah baik meliputi alur dan prosedur melakukan rujukan. Tetapi dalam menentukan kemana harus merujuk sebagian besar merujuk ke puskesmas mampu PONED dulu, tetapi sebagian akan merujuk ke puskesmas mampu PONED melihat siapa petugas PONED yang sedang berjaga, jika menurut penilaian bidan desa petugas yang PONED yang berjaga mampu menangani berdasarkan pengalaman sebelumnya atau informasi via telepon maka akan dirujuk ke PONED. Alasan lain adalah jika pagi atau jam kerja puskesmas bidan akan merujuk ke PONED karena ada dokter dan bidan senior, tapi kalau sore atau malam telepon dulu menanyakan petugas yang piket di PONED.

Seharusnya puskesmas yang telah ditunjuk sebagai rujukan yang paling dekat dengan masyarakat yang mampu PONED harus mampu menyediakan dan memberikan pelayanan kegawatdaruratan obstetri neonatal selama 24 jam dan dengan petugas yang berjaga karena petugas sudah sesuai dengan kualifikasi yang diisyaratkan.

#### Ketersediaan petugas di puskesmas mampu PONED

Petugas atau sumber daya manusia merupakan salah satu faktor utama yang mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan organisasi (Gasperz, 2003). Tidak terkecuali juga puskesmas mampu PONED.

Jumlah dan jenis tenaga kesehatan yang perlu tersedia sekurang-kurangnya tim PONED harus ada minimal 1 dokter penanggungjawab yang telah terlatih PONED dan GDON, harus ada minimal 1 bidan (D3 kebidanan) terlatih PONED dan GDON, harus ada minimal 1 perawat (D3 keperawatan) terlatih PPGDON dan ketiga tenaga kesehatan harus tinggal disekitar PONED atau ada 24 jam (Depkes, 2004).

Kualifikasi pendidikan sudah cukup memadai, karena semua hampir berpendidikan D3 kebidanan, sedangkan yang berpendidikan D1 sedang menyelesaikan studi D3 kebidanan. Ada juga yang berpendidikan D4.

Secara jumlah dan pelatihan masih kurang, jadi secara umum yang memenuhi kriteria puskesmas mampu PONED adalah puskesmas Cigombang hal ini di tunjukan dengan jumlah rujukan ke PONED yang baik. Sedangkan 2 puskesmas yang lain yaitu puskesmas Parung dan puskesmas Jasinga belum memenuhi kriteria menjadi puskesmas PONED karena bidan desa yang menjadi petugas di PONED, tentunya hal ini mengurangi penjangingan persalinan oleh linakes dan resiko tinggi dan komplikasi yang memerlukan rujukan. Sedangkan puskesmas Cileungsi meskipun sudah dokter dan bidan, tetapi masih banyak yang junior sehingga menjadi pertimbangan rujukan ke PONED.

Berdasarkan hal tersebut sebaiknya Dinas Kesehatan yang menjadi pembuat kebijakan mutasi, promosi, pengadaan SDM seharusnya mengkaji dan bekerja sama dengan bidang BINKESMAS dalam menetukannya, sehingga penunjukan puskesmas menjadi puskesmas mampu PONED sudah memenuhi kriteria sebagai rujukan terdekat untuk masyarakat atau tenaga kesehatan ditingkat desa tidak terkecuali swasta.

#### Ketersediaan sarana dan fasilitas di puskesmas mampu PONED

Perbekalan kesehatan yang diperlukan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan meliputi sediaan farmasi, alat kesehatan dan perbekalan lainnya (UU Kesehatan no 23 tahun 1992 pasal 60). Dalam pelayanan puskesmas mampu PONED, sarana dan fasilitas harus tersedia dengan lengkap. Sarana dan fasilitas terpenuhi dan berfungsi sesuai dengan lampiran untuk 12 pelayanan yang diberikan oleh puskesmas mampu PONED. Sarana dan fasilitas berasal dari

provinsi, sedangkan untuk operasional PONED berasal dari operasional puskesmas.

Jaminan ketersediaan sarana, peralatan dan pasokan yang memadai adalah syarat untuk melaksanakan pelayanan kesehatan agar sesuai dengan standart yang telah ditetapkan. Apabila persyaratan ini tidak terpenuhi maka hal tersebut menimbulkan kesenjangan kinerja-kualitas pelayanan. Petugas kompeten, tidak dapat melakukan unjuk kinerja yang memadai apabila sarana dan pasokan untuk menyelenggarakan pelayanan yang berkualitas tidak dapat dipenuhi oleh pemilik dan pengelola fasilitas kesehatan tersebut (Kementrian Kesehatan RI, 2010).

Sarana dan fasilitas di empat puskesmas mampu PONED yang ada saat ini belum lengkap, hal ini juga dapat mempengaruhi rujukan kasus obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONED. Selain itu permintaan ke dinas kesehatan terlalu lama dan sering tidak diberikan dan jalan keluarnya untuk obat-obatan yang utama puskesmas mengadakan sendiri dengan di bebaskan ke pasien. Menurut Wijono (2004) mengatakan bahwa agar hasil pelaksanaan kegiatan jasa pelayanan kesehatan dapat bermutu perlu direncanakan sebaik-baiknya, diantaranya adalah kelengkapan fasilitas, peralatan kedokteran dan obat-obatan yang cukup dan bermutu sehingga memberi kepuasan pada tenaga medis dan paramedis pelaksana pelayanan kesehatan.

Sebaiknya Dinas kesehatan melakukan penilaian terpenuhinya sumberdaya, peralatan dan pasokan yang disyaratkan seperti mengevaluasi pengelolaan perbekalan yang ada di puskesmas minimal 1 tahun sekali melalui Dana Alokasi Khusus (DAK). Pengelolaan perbekalan kesehatan yang berupa farmasi dan alat kesehatan dilaksanakan dengan memperhatikan pemenuhan kebutuhan, kemanfaatan, harga, dan faktor yang berkaitan dengan pemerataan penyediaan perbekalan kesehatan (UU Kesehatan no 23 tahun 1992 pasal 61). Dengan demikian diharapkan menguatkan rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONED.

### 6.7 Kemampuan petugas di puskesmas mampu PONE

Kinerja SDM adalah hasil kerja karyawan baik dari segi kualitas maupun kuantitas berdasarkan standar kerja yang telah ditentukan. Kinerja SDM ini akan tercapai apabila didukung oleh atribut individu (kemampuan dan keahlian) (Mangkunegara, 2005). Menurut Gibson (1987) dalam Ilyas (2002) kemampuan dan ketrampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu, yang dalam hal ini pelayanan terhadap rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONE.

Puskesmas mampu PONE diharapkan mampu memberikan 12 pelayanan puskesmas mampu PONE sesuai kasus dan protap, tepat tindakan dan tepat waktu ditangani ataupun dirujuk. Puskesmas mampu PONE yang ada saat ini dinilai belum mampu PONE dan dipaksakan mampu PONE dengan segala keterbatasan SDM, sarana dan fasilitas.

Kompetensi petugas pelaksana pelayanan kesehatan ibu menurut tingkat fasilitas kesehatan (Kementrian Kesehatan RI, 2010):

1. Pelayanan kesehatan ibu ditingkat komunitas: kompeten melaksanakan standart pelayanan ibu terutama APN dan PPGDON.
2. Pelayanan kesehatan ibu di tingkat kecamatan: kompeten melaksanakan APN dan PONE.
3. Pelayanan kesehatan ibu di tingkat kabupaten/kota: kompeten melaksanakan APN dan PONEK – penatalaksanaan klinik dan perawatan khusus (*hight-care unit/level I dan II*).
4. Pelayanan kesehatan ibu di tingkat propinsi/ibu kota: kompeten melaksanakan APN dan PONEK- penatalaksanaan klinik dan perawatan khusus (*intensive care unit /level III*).

Untuk itu diperlukan koordinasi kebutuhan SDM khusus PONE kepada Dinas Kesehatan khususnya bidang BINKESMAS dan SDM untuk strategi penempatan SDM secara fungsi dan kapasitas di puskesmas, karena tersedianya sarana kesehatan yang diperlukan dan petugas yang kompeten merupakan jaminan untuk pelayanan prima persalinan dan PPGDON mulai dari tingkat fasilitas kesehatan lini depan atau tingkat komunitas hingga ke fasilitas rujukan. Petugas kompeten PPGDON di tingkat bawah sekalipun, harus mampu memenuhi waktu

tanggap darurat, resusitasi-stabilitas, dan melakukan rujukan segera (Kementrian kesehatan RI, 2010). Maka adanya penyengaran melalui pelatihan APN dan PPGDON secara berkala dan merata ke semua SDM di semua lini pelayanan kesehatan juga menjadi sangat penting.

Petugas yang kompeten APN-PPGDON dan tim medis puskesmas PONED, akan sangat menentukan keluaran penatalaksanaan pasien gawatdarurat obstetri neonatal karena mereka mampu mengenali secara dini kondisi yang dapat membahayakan pasien dan melakukan upaya-upaya untuk menyelamatkan, termasuk merujuk pasien secara optimal dan tepat waktu. Jaminan ketersediaan tenaga dan kemampuan untuk memberikan pelayanan secara purna-waktu merupakan syarat utama bagi upaya penyelamatan ibu hamil atau bersalin dan neonatal (Kementrian Kesehatan RI, 2010).

Upaya peningkatan kemampuan dan keterampilan tenaga kesehatan tersebut dapat dikembangkan melalui dukungan dana dekonsentrasi (Kepmenkes, 2010).

#### 6.8. Jarak Puskesmas mampu PONED

Jarak puskesmas mampu PONED tidak jauh dari masyarakat di wilayah binaan bidan desa. Klarifikasi berdasarkan hasil wawancara dengan bidan yang berada di desa terjauh, sedang dan dekat dengan UPTD masing-masing.

Hal ini sesuai bahwa jarak tempuh dari lokasi pemukiman ke puskesmas mampu PONED paling lama 1 jam. Misalnya perdarahan sebagai sebab kematian langsung terbesar dari ibu bersalin perlu mendapatkan tindakan dalam waktu kurang dari 2 jam, dengan demikian keberadaan puskesmas mampu PONED menjadi strategis (Depkes, 2004).

Dengan demikian dapat disimpulkan jarak tidak menjadi faktor yang mempengaruhi rujukan kasus kegawatdaruratan obtetri neonatal ke puskesmas mampu PONED. Tetapi yang mempengaruhi adalah jarak rujukan ke fasilitas yang lebih lengkap yaitu RS PONEK, yang di kabupaten Bogor hanya ada 2 RS rujukan dengan jarak yang jauh karena letaknya di cibinong dan ciawi, sehingga pengampu program dan fasilitas pelayanan kesehatan rujukan, harus melakukan upaya pemberdayaan fasilitas kesehatan primer atau lini depan karena dapat memberikan banyak keuntungan, diantaranya (Kementrian Kesehatan RI, 2010):

1. Mendekatkan pelayanan bagi masyarakat, pengenalan dini tanda bahaya kehamilan/persalinan serta melakukan rujukan optimal dan tepat waktu.
2. Mengurangi waktu mencari pertolongan, hari rawat inap dan penggunaan kamar operasi di rumah sakit rujukan.
3. Mengurangi biaya pelayanan, waktu tempuh dan tanggap darurat di fasilitas kesehatan rujukan.
4. Meningkatkan kompetensi petugas dan kelengkapan sarana di fasilitas kesehatan.
5. Mengurangi kasus yang tidak perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan karena dapat ditangani di fasilitas pelayanan kesehatan setempat.

#### 6.9. Biaya persalinan di puskesmas mampu PONED

Biaya / tarif / price adalah harga dalam nilai uang yang harus dibayarkan oleh konsumen untuk memperoleh atau mengkonsumsi suatu komoditi, yaitu barang atau jasa (Kotler, 2001).

Tarif di puskesmas mampu PONED sesuai dengan PERDA No.13 tahun 2003 tentang peraturan tarif pelayanan. Bantuan biaya untuk asuransi kesehatan bagi keluarga miskin dalam memperoleh pelayanan kesehatan seperti ANC, PNC, pelacakan kasus dan kematian, persalinan dan kunjungan kasus resti tanpa dipungut biaya dengan menggunakan Jamkesda, Jamkesmas. Menyediakan bantuan transportasi dan biaya lainnya yang dibutuhkan dalam rujukan kasus kegawatdaruratan ibu dan bayinya

Biaya Puskesmas mampu PONED belum sesuai perda meskipun murah dan terjangkau jika dibandingkan dengan biaya persalinan ke dukun atau ke swasta. Hal lain yang membendakan adalah kondisi ibu persalinan apakah ada tambahan tindakan-tindakan atau ada patologis. Selain itu ada obat atau alat habis pakai yang habis di puskesmas dibebankan ke pasien.

Untuk keluarga miskin sudah ada Jamkesmas dan Jamkesda dan masyarakat sudah tahu, tetapi tidak sedikit pemilik kartu Jamkesmas dan Jamskesda tidak tepat sasaran terutama untuk ibu hamil dan bersalin. Hambatan lainnya adalah biaya transportasi, dan biaya keluarga yang menunggu ibu bersalin yang dirujuk.

Sedangkan hasil konfirmasi dengan kepala bidang KIA bahwa sebenarnya biaya persalinan di PONEB lebih dari PERDA, yang sesuai PERDA yang di setorkan ke Dinas kesehatan karena kenyataannya biaya tidak sesuai PERDA, Hambatan lainnya adalah biaya transportasi, dan biaya keluarga yang menunggu ibu bersalin yang dirujuk.

Jadi dapat disimpulkan biarpun sudah ada Perda no 23 tahun 2003 tentang tarif pelayanan, Jamskesda dan Jamskesmas untuk keluarga miskin tetapi belum meningkatkan rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONEB. Karena yang menjadi masalah adalah (1) tarif PERDA no 13 tahun 2003 belum seluruhnya diterapkan oleh bidan desa atau puskesmas mampu PONEB; (2) biaya transportasi dan biaya keluarga saat menunggu ibu bersalin yang dirujuk, perlu dipertimbangkan adanya biaya stimulant untuk program bantuan biaya perjalanan bagi masyarakat tidak mampu yang membutuhkan rujukan.

#### 6.10. Sosialisasi adanya puskesmas mampu PONEB

Dalam sosialisasi ini yang perlu diketahui oleh masyarakat antara lain jenis pelayanan yang diberikan dan biaya pelayanan. Pemasaran sosial dapat dilaksanakan antara lain oleh petugas kesehatan dan sektor terkait, dari tingkat kecamatan sampai desa (Depkes, 2004). Terlaksananya pertemuan-pertemuan seperti rapat koordinasi, lokakarya mini dan lain-lain yang membahas puskesmas mampu PONEB antara lain adalah jenis pelayanan yang diberikan dan biaya perawatan oleh petugas kesehatan dan sektor terkait dari kecamatan sampai desa antara lain dukun/kader, Satgas GSI.

Hasil penelitian didapatkan bahwa sosialisasi adanya pelayanan dan biaya puskesmas sudah dilaksanakan di Puskesmas mampu PONEB Cigombong, Puskesmas mampu PONEB Cileungsi, Puskesmas mampu PONEB Parung, Puskesmas mampu PONEB Jasinga melalui posyandu, pertemuan kader, pertemuan di kecamatan bersamaan dengan pembahasan program-program lainnya.

Jadi dapat disimpulkan bahwa sosialisai sudah dilakukan tetapi rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal masih kurang, jadi diperlukan sosialisai

khusus untuk membahas puskesmas mampu PONEB tidak bercampur dengan agenda yang lain. Hal ini terjawab dengan adanya dukungan pemerintah pusat akan bertambah lagi dengan diluncurkannya Bantuan Operasional Kesehatan (BOK). Tujuan BOK yaitu meningkatkan akses dan pemerataan pelayanan kesehatan masyarakat melalui kegiatan promotif dan preventif untuk mewujudkan pencapaian target SPM bidang kesehatan pada tahun 2015, dengan sasaran BOK adalah masyarakat di wilayah kerja puskesmas. Dana BOK digunakan untuk pembiayaan berbagai kegiatan yang meliputi (Kepmenkes, 2010):

1. Pembayaran transport petugas puskesmas, Pustu, dan Poskesdes.
2. Pembayaran transport kader, dukun, dan masyarakat yang terlibat dalam proses pelayanan kesehatan maupun pertemuan manajemen.
3. Operasional Posyandu (transport, ATK).
4. Operasional Poskesdes (transport, ATK, fotokopi, rapat-rapat di desa/ kelurahan).
5. Pembelian bahan kontak
6. Penggandaan dan ATK dalam rangka lokakarya mini
7. Pembelian konsumsi rapat dalam rangka lokakarya mini
8. Uang penginapan bila diperlukan sesuai peraturan yang berlaku (untuk desa terpencil/sulit terjangkau).
9. Uang harian bila diperlukan sesuai peraturan yang berlaku (untuk desa terpencil/sulit terjangkau).
10. Pembelian bahan PMT penyuluhan.

#### 6.11. Dukungan Keluarga

Menurut Depkes RI (1988) dalam Effendy (1998) keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

Alasan keluarga sebagai unit pelayanan menurut Ruth B Freeman (1981) dalam Effendy (1998):

1. Keluarga sebagai unit utama masyarakat dan merupakan lembaga yang menyangkut kehidupan masyarakat.

2. Keluarga sebagai suatu kelompok dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan atau memperbaiki masalah-masalah kesehatan dalam kelompoknya.
3. Masalah-masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan, dan apabila salah satu anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan akan berpengaruh terhadap anggota keluarga lainnya.
4. Dalam memelihara kesehatan anggota keluarga sebagai individu (pasien), keluarga tetap berperan sebagai pengambilan keputusan dalam memelihara kesehatan para anggotanya.
5. Keluarga merupakan perantara yang efektif dan mudah untuk berbagai upaya kesehatan masyarakat.

Dalam mengatasi masalah kesehatan yang terjadi pada keluarga, yang mengambil keputusan dalam pemecahannya adalah tetap kepala keluarga atau anggota keluarga yang dituakan, merekalah yang menentukan masalah dan kebutuhan keluarga.

Daftar pengambil keputusan tersebut adalah:

1. Hak dan tanggung jawabnya sebagai kepala keluarga.
2. Kewenangan dan otoritas yang telah diakui oleh masing-masing anggota keluarga.
3. Hak dalam menentukan masalah dan kebutuhan pelayanan terhadap keluarga/anggota keluarga yang bermasalah

Dukungan keluarga terhadap rujukan kasus kegawatdaruratan obsterti neonatal di Puskesmas mampu Poned, adanya kerjasama kendalanya yaitu mempersiapkan rujukan kegawatdaruratan seperti persiapan transportasi dan biaya yang diperlukan sehingga lebih memilih paraji yang bisa datang ke rumah. Hal ini berkaitan dengan tingkat pendapatan masyarakatnya seperti yang di kemukakan oleh kepala program KIA.

Sehingga dapat disimpulkan dukungan keluarga akan meningkat selain ada jaminan pelayanan gratis juga jaminan bantuan biaya transportasi dan biaya keluarga yang menunggu saat di rujuk.

## 6.12 Dukungan Tokoh masyarakat

Dukungan tokoh masyarakat terhadap rujukan kasus obstetri neonatal kurang baik, karena hanya bersifat dukungan secara vokal dan kurang secara motorik, atau bersifat abu-abu. Untuk dukun atau paraji tetap melakukan persalinan, meskipun ada pendampingan biasanya dukun atau paraji melakukan pendampingan jika paraji telah menemukan masalah.

Kesimpulannya belum terbentuknya sistem penguat rujukan kasus kegawatdaruratan ibu dan bayi seperti adanya kemitraan bidan dan dukun yang didukung masyarakat, terbentuknya sistem transportasi untuk rujukan (ambulance desa), adanya pembiayaan kesehatan ibu seperti tabulin, dasolin. Sehingga perlu sosialisasi dalam bentuk nyata tentang PONEID ketokoh masyarakat, yaitu keseluruhan biaya mulai transport sampai dengan pelayanan rujukan, adanya dana stimulant dan lain-lain.

Selain itu program adanya upaya desa siaga dan kemitraan bidan-dukun juga belum berjalan sebagai mana yang diharapkan.

Program kemitraan bidan-dukun merupakan salah satu program sebagai upaya untuk meningkatkan cakupan persalinan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan definisi kemitraan bidan-dukun sendiri adalah suatu bentuk kerjasama bidan dan dukun 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 dan dukun serta melibatkan seluruh unsure/elemen masyarakat yang ada (<http://www.kesehatanibu.depkes.go.id>).

Tetapi kendalanya kemitraan antara bidan-dukun sampai sekarang belum berjalan sesuai dengan program yang dicanangkan. Karena keberhasilan dari kegiatan kemitraan bidan-dukun adalah ditandai dengan adanya kesepakatan antara bidan dan dukun dimana akan selalu merujuk setiap ibu hamil dan bersalin yang datang, serta akan membantu bidan dalam merawat ibu setelah bersalin dan bayinya. Sementara bidan sepakat untuk memberikan sebagian penghasilan dari menolong persalinan yang dirujuk oleh dukun kepada dukun yang merujuk

dengan besar yang bervariasi, dan kesepakatan tersebut dituangkan dalam peraturan tertulis disaksikan oleh pimpinan daerah setempat (kepala desa, camat) (<http://www.kesehatanibu.depkes.go.id>).

#### 6.13 Dukungan petugas kesehatan swasta

Adanya rumah sakit yang menawarkan pelayanan yang lebih baik, fasilitas yang lebih lengkap dan tarif yang lebih kompetitif dapat memengaruhi jumlah rujukan ke puskesmas mampu PONEK kurang dari 15 % dari sasaran seluruh ibu hamil seperti puskesmas Cileungsi dan puskesmas Parung.

Sebaiknya dukungan swasta bukan hanya dalam bentuk laporan ke Dinas kesehatan, tapi menerima dan merujuk ibu dan bayinya yang mengalami masalah kegawatdaruratan ke puskesmas mampu PONEK maupun RS mampu PONEK. Selain itu pemberian *fee* atau imbalan dari instansi swasta ke bidan yang merujuk ke rs swasta sebaiknya di fasilitasi oleh Dinas kesehatan sehingga tidak merugikan pasien.

Di wilayah Puskesmas Jasinga yang tidak terdapat petugas kesehatan swasta sebaiknya diperkuat rujukan ke puskesmas mampu PONEK dengan memenuhi syarat SDM, sarana dan fasilitas.

## **BAB 7**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### 7.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang dilakukan di puskesmas mampu PONE D tentang rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal oleh bidan desa ke puskesmas mampu PONE D didapatkan:

1. Pendidikan bidan desa di puskesmas Cigombong sudah D3 Kebidanan dengan jumlah bidan desa sama dengan jumlah desa; puskesmas Cileungsi, puskesmas Parung, puskesmas Jasinga sebagian besar sudah berpendidikan D3 Kebidanan dan yang berpendidikan D1 sedang pendidikan untuk penyetaraan dengan jumlah bidan desa kurang dari jumlah desa serta ada bidan desa yang tidak tinggal di desa ,hal ini memengaruhi rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONE D.
2. Lama bekerja bidan desa di puskesmas Cigombong, puskesmas Cileungsi, puskesmas Parung, puskesmas Jasinga rata-rata bidan masih baru, hal ini memengaruhi kemampuan mengenali kegawatdaruratan obstetri neonatal yang memerlukan ke puskesmas mampu PONE D.
3. Bidan desa di puskesmas Cigombong, puskesmas Cileungsi, puskesmas Parung, puskesmas Jasinga belum mendapatkan pelatihan APN dan atau pelatihan PPGDON padahal bidan desa mendapat tugas di PONE D, hal ini dapat memengaruhi rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONE D.
4. Pengetahuan bidan desa tentang puskesmas mampu PONE D di puskesmas Cigombong, puskesmas Cileungsi, puskesmas Parung, puskesmas Jasinga masih kurang karena bidan desa tidak mengetahui secara pasti 12 kemampuan pelayanan yang harus ada di puskesmas mampu PONE D, hal ini memengaruhi keputusan merujuk ke puskesmas mampu PONE D.
5. Pengetahuan bidan di desa di puskesmas Cigombong, puskesmas Cileungsi, puskesmas Parung, puskesmas Jasinga tentang kegawatdaruratan obstetri neonatal sudah baik tetapi untuk kegawatdaruratan neonatal hanya sebatas

kasus yang sering terjadi seperti asfiksi, hal ini akan memengaruhi rujukan kasus kegawatdaruratan neonatal ke puskesmas mampu PONE D.

6. Pengetahuan bidan desa di puskesmas Cigombong, puskesmas Cileungsi, puskesmas Parung, puskesmas Jasinga tentang sistem rujukan ke puskesmas mampu PONE D baik karena kasus yang tidak bisa ditangani oleh bidan di desa dirujuk ke puskesmas mampu PONE D, tetapi keputusan merujuk atau tidak ke puskesmas PONE D melihat siapa petugas yang berjaga terlebih dahulu. Hal ini dapat memengaruhi rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONE D.
7. Petugas PONE D yang ada di puskesmas Cigombong, puskesmas Cileungsi, puskesmas Parung, puskesmas Jasinga tersedia 24 jam. Puskesmas Cigombong dan Cileungsi mempunyai dokter dan petugas PONE D khusus PONE D, selain itu dokter dan bidan senior tidak tinggal di sekitar PONE D tetapi memungkinkan untuk *oncall*. Sedangkan puskesmas Parung dan puskesmas Jasinga tidak mempunyai petugas khusus PONE D dan yang bertugas di PONE D yaitu bidan desa. Hal ini memengaruhi keputusan rujuk bidan desa ke puskesmas mampu PONE D.
8. Sarana dan fasilitas di puskesmas Cigombong, puskesmas Cileungsi, puskesmas Parung, puskesmas Jasinga belum lengkap, ada tapi rusak, ada tapi tidak digunakan, seperti di puskesmas jasinga walaupun alat ada tetapi tidak ada SDM yang bisa mepergunakannya seperti pemberian inkubator tanpa ada pelatihan penggunaannya dari Dinas Kesehatan.
9. Petugas mampu PONE D di puskesmas Cigombong, puskesmas Cileungsi, puskesmas Parung, puskesmas Jasinga belum mampu memberikan 12 pelayanan yang sesuai dengan syarat mampu PONE D, hal ini mengindikasikan bahwa puskesmas mampu PONE D yang ada belum mampu disebut puskesmas mampu PONE D.
10. Jarak puskesmas mampu PONE D di puskesmas Cigombong, puskesmas Cileungsi, puskesmas Parung, puskesmas Jasinga jika dibandingkan dengan wilayah daerah binaan bidan di desa tidak terlalu jauh, hal ini tidak memengaruhi rujukan kasus kegawatdaruratan ke puskesmas mampu PONE D.

11. Biaya persalinan di puskesmas mampu PONE D di puskesmas Cigombong, puskesmas Cileungsi, puskesmas Parung, puskesmas Jasinga belum secara keseluruhan sesuai dengan PERDA no.13 tahun 2003 mengenai tarif pelayanan kesehatan karena berbeda pada setiap puskesmas, tarif yang berbeda akan memengaruhi rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONE D.
12. Sosialisasi adanya puskesmas mampu PONE D di puskesmas Cigombong, puskesmas Cileungsi, puskesmas Parung, puskesmas Jasinga sudah dilaksanakan melalui posyandu, pertemuan kader, pertemuan dukun, pertemuan kecamatan, tetapi belum menunjukkan hasil karena sosialisasi PONE D digabung dengan pembahasan program-program lain sehingga tidak fokus dan akan memengaruhi pengetahuan masyarakat mengenai rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONE D .
13. Dukungan keluarga terhadap rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONE D di puskesmas Cigombong, puskesmas Cileungsi, puskesmas Parung, puskesmas Jasinga masih belum baik, dikarenakan adanya kendala yaitu persiapan transportasi dan biaya yang diperlukan selama menunggu kelahiran, meskipun sudah punya Jamkesda atau Jamskesma sehingga memilih paraji yang bisa datang ke rumah.
14. Dukungan tokoh masyarakat di puskesmas Cigombong, puskesmas Cileungsi, puskesmas Parung, puskesmas Jasinga masih kurang, karena hanya bersifat dukungan secara vokal atau bersifat tidak jelas, dukun atau paraji melakukan pendampingan dengan bidan jika paraji telah menemukan masalah pasien telah gawat.
15. Dukungan petugas kesehatan swasta di Cigombong, puskesmas Parung, masih kurang karena dukungan diberikan hanya karena harus membuat laporan ke puskesmas atau ke dinas kesehatan, di puskesmas Cileungsi masih kurang karena memberikan *fee* atau imbalan kepada bidan yang merujuk ke rumah sakit tersebut, sedangkan di puskesmas Jasinga tidak ada petugas swasta yang ada dokter puskesmas atau bidan desa yang membuka praktek dirumah. Hal ini tentunya memengaruhi rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONE D.

## 7.2 Saran

### 1. Bidan

- a. Ada Bidan PONEB tersendiri sehingga bidan desa bisa selalu tinggal di desa, membuka pelayanan kesehatan di rumah diluar jam kerja puskesmas bersama dengan dukun sesuai program dengan tetap sebagai bidan di desa bukan bidan swasta.
- b. Kreatif dengan mengadakan acara-acara kesehatan khusus ibu hamil, bersalin dan nifas selain di posyandu bersama dengan dukun dan masyarakat.

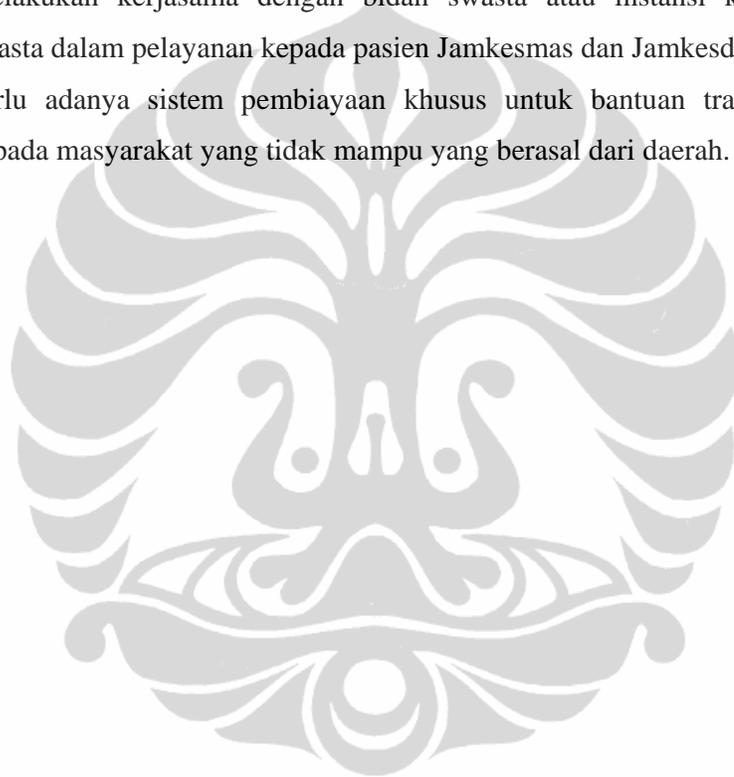
### 2. Puskesmas

- a. Bersama bidan di desa-dukun-masyarakat membuat program kemitraan bidan-dukun sesuai dengan panduan program dengan syarat utama yaitu saling menguntungkan.
- b. Melakukan *refreshing* saat pertemuan bidan di puskesmas dengan adanya pelatihan mandiri oleh bidan yang telah PONEB dan PPGDON.
- c. Kesamaan program kerja antara puskesmas UPTD dengan puskesmas UPF karena indikator keberhasilan UPF menjadi satu secara administratif dengan UPTD, jika upaya kesehatan yang dilakukan antara UPF berbeda dan hasilnya buruk, maka akan mempengaruhi cakupan secara keseluruhan menjadi buruk.
- d. Mensosialisasikan dan menjalankan program P4 K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) kepada masyarakat yang diakhiri dengan rujukan ke PONEB/PONEK jika ada masalah.

### 3. Dinas Kesehatan

- a. Sebaiknya setiap bidan yang bertugas di desa dibekali dengan pelatihan tentang persalinan dan kegawatdaruratan supaya meningkatkan kompetensi dalam mengenali kegawatdaruratan obstetri neonatal.
- b. Petugas di puskesmas mampu PONEB harus ada tersendiri dan dengan kemampuan seperti harus ada dokter terlatih PONEB, bidan terlatih PPGDON, perawat terlatih GDON melalui mutasi dan promosi petugas yang mempunyai kualifikasi yang diisyaratkan PONEB, sehingga bidan di desa lebih fokus pada desa binaannya.

- c. Adanya evaluasi terhadap kelengkapan dan berfungsinya saran dan fasilitas di puskesmas mampu PONEB minimal setiap 6 bulan sekali, sehingga pemeliharaan, perbaikan, penggantian sarana yang rusak atau alat/obat habis pakai yang kurang dapat tertangani.
- d. Membuat sistem penilaian kinerja puskesmas sebagai tolak ukur keberhasilan kegiatan PONEB menjalankan fungsinya sebagai rujukan pertama dan terdekat dengan masyarakat.
- e. Melakukan kerjasama dengan badan swasta atau instansi kesehatan swasta dalam pelayanan kepada pasien Jamkesmas dan Jamkesda.
- f. Perlu adanya sistem pembiayaan khusus untuk bantuan transportasi kepada masyarakat yang tidak mampu yang berasal dari daerah.



## DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, Azrul .(1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan*.Jakarta. Binarupa Aksara.
- Atmodiwiro, Soebagio. (2002). *Manajemen Pelatihan*. Jakarta. PT. Ardadizya
- Depkes, R.I. (2008). *Profil Kesehatan Indonesia 2007*. 28 Agustus 2009  
<http://www.depkes.go.id>.
- Depkes, R.I. (2008). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat Tahun 2007*. 28 Agustus 2009.  
<http://www.depkes.go.id>.
- Depkes, R.I. (2004). *Pedoman Pengembangan Pelayanan Obstetri-Neonatal Emergency Dasar (PONED)*. Jakarta. Ditjen Binkesmas.
- Dirjen Binkesmas. ( Juli 2009). *Buku Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu Dan Anak Edisi Tahun 2009*. 22 Juni 2010.  
<http://www.kesehatanibu.depkes.go.id>
- Dinkes Kabupaten Bogor. (2009). *Buku Saku Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor 2008*. Bogor. Dinkes Kabupaten Bogor.
- Dinkes Kabupaten Bogor. (2010). *Laporan Tahunan Program KIA Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor 2009*. Dinkes Kabupaten Bogor.
- Effendy,Nasrul. (1998). *Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta. EGC.
- Gaspersz,V. (2003). *Total Quality Manajemen*. Jakarta. PT Gramedia Pustaka Utama.
- Ilyas, Yaslis. (2002). *Kinerja:Teori, Penilaian dan Penelitian, Cetakan Ketiga*. Jakarta. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI.
- Kresno, Sudarti dkk. (1998). *Aplikasi Penelitian Kualitatif dalam Pemantauan dan Evaluasi Program Kesehatan*. FKM UI Bekerjasama Dengan Pusat Data Kesehatan Departemen Kesehatan RI.
- Mangkunegara, A.P. (2005). *Evaluasi Kinerja SDM*. Bandung. Refika Aditama
- Manuaba, I.B. (1998). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta. EGC.

- Midwiry 3 rd.ed, Varney. (2004). *Ilmu Kebidanan*. Bandung. Intermedia Publisher.
- Nafsiah, Sri Kartika Wulan. (2006). *Analisis Kualitatif Kinerja Puskesmas Mampu PONEW Widasari dan Sidang Kabupaten Indramayu Tahun 2005*. Depok. Tesis Program Pasca SarjananFakultas Kesehatan Masyarakat UI.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2003). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta. PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta. PT Rineka Cipta.
- .(5 April 2010). *Program Kemitraan Bidan Dukun..* 22 Juni 2010.  
<http://www.kesehatanibu.depkes.go.id>
- .(21 Maret 2010) *Rangkuman Rencana Tindak Lanjut Dan Rekomendasi Pemantapan Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Ibu Di Fasilitas Kesehatan*. 6 Juli 2010.  
<http://www.kesehatanibu.depkes.go.id>
- Kemntrian Kesehatan RI. (22 April 2010). *Petunjuk Teknis Penggunaan Bantuan Operasional Kesehatan*. Jakarta. 22 Juni 2010.  
<http://www.kesehatanibu.depkes.go.id>
- Kemntrian Kesehatan RI. (2010). *Pedoman Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Ibu Di Fasilitas Kesehatan*. Jakarta. Dirjen Binkesmas. 22 Juli 2010.  
<http://www.kesehatanibu.depkes.go.id>
- Saifuddin, A.B, dkk. (2002). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
- Saifuddin A.B, dkk. (2001). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
- Undang-Undang RI No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan*. 7 Juli 2010.  
[Http://komisiinformasi.go.id/assets/data/arsip/UU\\_36\\_Tahun\\_2009.pdf](Http://komisiinformasi.go.id/assets/data/arsip/UU_36_Tahun_2009.pdf)
- Simamora, Henry. (2006). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Edisi III. Cetakan kedua. Yogyakarta. Aditya Media.
- Simamora, Henry. (2004). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Edisi III. Cetakan Pertama. Yogyakarta. Bagian Penerbitan STIE YKPN.

Supriyatnataris, D. (2007). *Analisis Bidan di Desa yang Tidak Merujuk Persalinan dengan Gawat Janin ke Puskesmas Mampu PONED di Kabupaten Cirebon Tahun 2006-2007*. Depok. Tesis Program Pasca SarjananFakultas Kesehatan Masyarakat UI.

Tarzon, H. (2009). *Perilaku Bidan di Desa dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED di Kbupaten Lebong Proponsi Bengkulu*. Depok. Tesis Program Pasca SarjananFakultas Kesehatan Masyarakat UI.

Wiknjosastro, Hanifa., Saifuddin, A.B., Rachimhadhi, T. (2006). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.



**INSTRUMEN PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM (PW- 1)  
BAGI BIDAN DI DESA**

Nama Pewawancara	
Nama Pencatat	
Tanggal Wawancara	
Tempat Wawancara	

<b>KARAKTERISTIK INFORMAN</b>	
Nama/ Inisial	
Lama bekerja bidan di desa di.....	
Pendidikan	
Pelatihan persalinan dan kegawatdaruratan yang pernah diikuti	
Rata-rata menolong persalinan dalam satu bulan	

**I. Petunjuk Umum**

1. Memperkenalkan pewawancara, pencatat, dan perekam
2. Menjelaskan maksud dan tujuan wawancara
3. Meminta Kesediaan untuk diwawancara

**II. Petunjuk Wawancara Mendalam**

1. Wawancara ini dilakukan oleh peneliti dan dibantu pencatat dan perekam
2. Informasi bebas untuk menyampaikan pendapat, pengalaman, sarana dan komentar
3. Pendapat, pengalaman, sarana dan komentar sangat bernilai
4. Jawaban tidak ada yang salah dan tidak ada yang benar, karena wawancara ini tujuannya untuk penelitian
5. Pendapat, pengalaman, sarana dan komentar tersebut dijamin kerahasiaannya
6. Wawancara ini direkam dengan menggunakan tape recorder untuk membantu ingatan pewawancara dan pencatat.

**III. Pelaksanaan**

**A. Perkenalan**

1. Memperkenalkan pewawancara, pencatat dan perekam
2. Menjelaskan maksud dan tujuan wawancara
3. Meminta kesediaan untuk diwawancara

**B. Topik Bahasan**

1. Pengetahuan tentang puskesmas mampu PONE D
  - 1) Apa yang saudara ketahui tentang puskesmas mampu PONE D? Mencakup: pengertian, kemampuan pelayanan PONE D, jumlah dan jenis tenaga PONE D.
2. Pengetahuan tentang kegawatdaruratan obstetri dan neonatal
  - 1) Apa yang saudara ketahui tentang kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal?
  - 2) Kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal seperti apa saja yang harus dirujuk?
3. pengetahuan tentang sistem rujukan
  - 1) Apa yang saudara ketahui tentang sistem rujukan khususnya rujukan obstetri neonatal?
  - 2) Bagaimanakah prosedur melakukan rujukan, khususnya kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal?
  - 3) Jika ada kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal, kemanakah saudara akan merujuk?
  - 4) Bagaimanakah pandangan atau pendapat saudara terhadap rujukan kasus obstetri neonatal dari bidan di desa ke puskesmas mampu PONE D yang telah ada?
4. Ketersediaan petugas di puskesmas mampu PONE D
  - 1) Bagaimanakah menurut saudara, jumlah dan jenis pendidikan petugas yang ada di puskesmas mampu PONE D?
  - 2) Apakah petugas yang ada di puskesmas mampu PONE D berjaga 24 jam? Apakah dokter PONE D tinggal di sekitar PONE D?
  - 3) Bagaimanakah menurut saudara, jumlah ideal petugas yang ada di puskesmas mampu PONE D?
5. Ketersediaan sarana dan fasilitas di puskesmas mampu PONE D
  - 1) Bagaimanakah menurut saudara, sarana dan fasilitas seperti alat dan obat di puskesmas mampu PONE D khususnya untuk kegiatan kebidanan dan PPGDON?
  - 2) Untuk penguatan sistem rujukan dari desa ke puskesmas mampu PONE D/RS PONE K, menurut saudara sarana apa yang harus ada?
6. Kemampuan petugas di puskesmas mampu PONE D
  - 1) Bagaimanakah kemampuan petugas di puskesmas mampu PONE D dalam mendiagnosis dan menangani kasus obstetri neonatal yang di rujuk? apakah sudah sesuai protap?
7. Jarak puskesmas mampu PONE D
  - 1) Bagaimanakah jarak puskesmas PONE D jika dibandingkan dengan tempat tinggal masyarakat di wilayah desa binaan bidan di desa?
8. Biaya persalinan di puskesmas mampu PONE D
  - 1) Bagaimanakah biaya persalinan di puskesmas PONE D?
  - 2) Bagaimanakah biaya persalinan bagi keluarga miskin?
9. Dukungan keluarga ibu hamil
  - 1) Bagaimanakah dukungan keluarga dalam kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal yang akan di rujuk ke PONE D? Jika ya/tidak mendukung, seperti apa bentuknya?

10. Dukungan tokoh masyarakat yang di percaya
  - 1) Bagaimanakah dukungan tokoh masyarakat seperti perangkat desa, kader, dukun dalam rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke PONED?
11. Dukungan petugas swasta
  - 1) Bagaimanakah dukungan petugas swasta atau instansi swasta terhadap rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONED?

C. Penutup

1. Mengucapkan terimakasih



**FORMULIR PERSETUJUAN  
INSTRUMEN PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM (PW-2)  
BAGI KOORDINATOR BIDAN DESA**

Nama Pewawancara	
Nama Pencatat	
Tanggal Wawancara	
Tempat Wawancara	

<b>KARAKTERISTIK INFORMAN</b>	
Nama/ Inisial	
Lama Bekerja	
Lama bekerja sebagai Bikor di.....	
Pendidikan	

**I. Petunjuk Umum**

1. Memperkenalkan pewawancara, pencatat, dan perekam
2. Menjelaskan maksud dan tujuan wawancara
3. Meminta Kesediaan untuk diwawancara

**II. Petunjuk Wawancara Mendalam**

1. Wawancara ini dilakukan oleh peneliti dan dibantu pencatat dan perekam
2. Informasi bebas untuk menyampaikan pendapat, pengalaman, sarana dan komentar
3. Pendapat, pengalaman, sarana dan komentar sangat bernilai
4. Jawaban tidak ada yang salah dan tidak ada yang benar, karena wawancara ini tujuannya untuk penelitian
5. Pendapat, pengalaman, sarana dan komentar tersebut dijamin kerahasiaannya
6. Wawancara ini direkam dengan menggunakan tape recorder untuk membantu ingatan pewawancara dan pencatat.

**III. Pelaksanaan**

**A. Perkenalan**

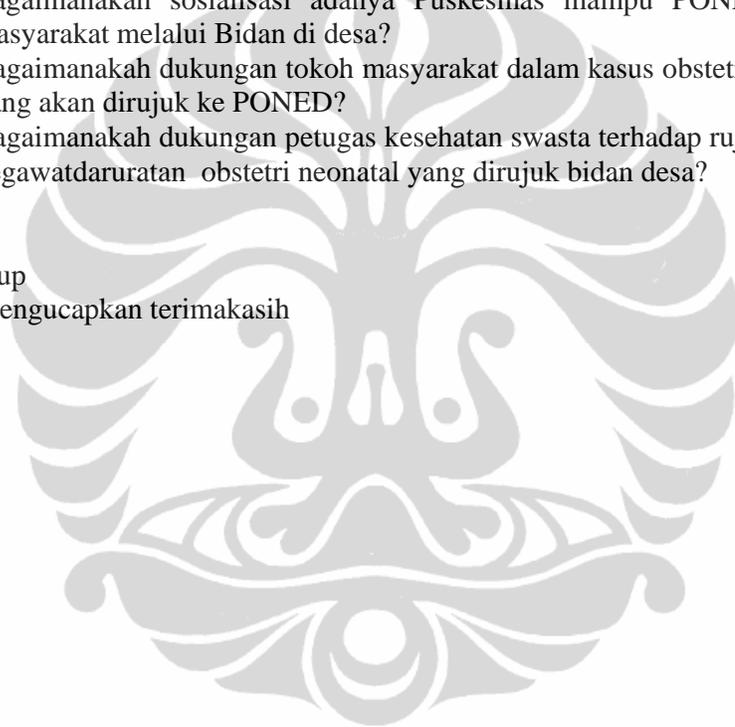
1. Memperkenalkan pewawancara, pencatat dan perekam
2. Menjelaskan maksud dan tujuan wawancara
3. Meminta kesediaan untuk diwawancara

## B. Topik Bahasan

1. Bagaimanakah system rujukan kasus kegawat daruratan obstetric neonatal dari Bidan di desa ke Puskesmas mampu PONEK?
2. Bagaimanakah Pengetahuan dimiliki oleh Bidan di desa dalam mendeteksi kegawat daruratan obstetric neonatal yang membutuhkan rujukan ke PONEK/ PONEK?
3. Bagaimanakah pembinaan Bidan oleh Puskesmas?
4. Pelatihan apa saja yang sudah didapatkan oleh bidan di desa yang berkaitan dengan kegawat daruratan obstetric neonatal? Apakah semua bidan sudah mendapatkan pelatihan tersebut?
5. Bagaimanakah jumlah dan pendidikan bidan di desa? Apakah sudah mencukupi? Jika belum, berapa jumlah idealnya?
6. Bagaimanakah sosialisasi adanya Puskesmas mampu PONEK kepada masyarakat melalui Bidan di desa?
7. Bagaimanakah dukungan tokoh masyarakat dalam kasus obstetric neonatal yang akan dirujuk ke PONEK?
8. Bagaimanakah dukungan petugas kesehatan swasta terhadap rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal yang dirujuk bidan desa?

## C. Penutup

1. Mengucapkan terimakasih



**FORMULIR PERSETUJUAN  
INSTRUMEN PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM (PW-3)  
BAGI KOORDINATOR PONED**

Nama Pewawancara	
Nama Pencatat	
Tanggal Wawancara	
Tempat Wawancara	

<b>KARAKTERISTIK INFORMAN</b>	
Nama/ Inisial	
Lama Bekerja	
Lama bekerja di PONED.....	
Pendidikan	

**I. Petunjuk Umum**

1. Memperkenalkan pewawancara, pencatat, dan perekam
2. Menjelaskan maksud dan tujuan wawancara
3. Meminta Kesediaan untuk diwawancara

**II. Petunjuk Wawancara Mendalam**

1. Wawancara ini dilakukan oleh peneliti dan dibantu pencatat dan perekam
2. Informasi bebas untuk menyampaikan pendapat, pengalaman, sarana dan komentar
3. Pendapat, pengalaman, sarana dan komentar sangat bernilai
4. Jawaban tidak ada yang salah dan tidak ada yang benar, karena wawancara ini tujuannya untuk penelitian
5. Pendapat, pengalaman, sarana dan komentar tersebut dijamin kerahasiaannya
6. Wawancara ini direkam dengan menggunakan tape recorder untuk membantu ingatan pewawancara dan pencatat.

**III. Pelaksanaan**

**A. Perkenalan**

1. Memperkenalkan pewawancara, pencatat dan perekam
2. Menjelaskan maksud dan tujuan wawancara
3. Meminta kesediaan untuk diwawancara

## B. Topik Bahasan

1. Bagaimanakah system rujukan kasus kegawat daruratan obstetric neonatal ke Puskesmas mampu PONED ?
2. Bagaimanakah kemampuan petugas PONED dalam menangani rujukan kegawat daruratan obstetric neonatal? Apakah sudah sesuai pttotap?
3. Bagaimanakah pembinaan petugas Puskesmas mampu PONED oleh Dinas Kesehatan?
4. Pelatihan apa saja yang sudah didapatkan oleh petugas PONED berkaitan dengan kegawat daruratan obstetric neonatal? Apakah semua petugas PONED mendapatkan pelatihan tersebut?
5. Bagaimanakah jumlah dan pendidikan petugas mampu PONED? Apakah sudah mencukupi? Jika belum berapakah jumlah idealnya?
6. Bagaimanakah menurut saudara, peralatan dan fasilitas seperti alat dan obat diPuskesmas mampu PONED? Khususnya untuk kegiatan kebidanan dan PPGDON?
7. Bagaimanakah biaya persalinan diPuskesmas mampu PONED? Apakah ada perbedaan biaya antara persalinan dalam jam kerja dengan diluar jam kerja?
8. Bagaimanakah biaya persalinan bagi keluarga miskin?
9. Bagaimanakah dukungan Bidan di desa dalam rujukan kegawat daruratan obstetric neonatal ke puskesmas mampu PONED?

## C. Penutup

1. Mengucapkan terimakasih

**FORMULIR PERSETUJUAN  
INSTRUMEN PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM (PW-4)  
BAGI KEPALA PUSKESMAS**

Nama Pewawancara	
Nama Pencatat	
Tanggal Wawancara	
Tempat Wawancara	

<b>KARAKTERISTIK INFORMAN</b>	
Nama/ Inisial	
Lama bekerja sebagai Ka. PKM di.....	
Pendidikan	

**I. Petunjuk Umum**

1. Memperkenalkan pewawancara, pencatat, dan perekam
2. Menjelaskan maksud dan tujuan wawancara
3. Meminta Kesediaan untuk diwawancara

**II. Petunjuk Wawancara Mendalam**

1. Wawancara ini dilakukan oleh peneliti dan dibantu pencatat dan perekam
2. Informasi bebas untuk menyampaikan pendapat, pengalaman, sarana dan komentar
3. Pendapat, pengalaman, sarana dan komentar sangat bernilai
4. Jawaban tidak ada yang salah dan tidak ada yang benar, karena wawancara ini tujuannya untuk penelitian
5. Pendapat, pengalaman, sarana dan komentar tersebut dijamin kerahasiaannya
6. Wawancara ini direkam dengan menggunakan tape recorder untuk membantu ingatan pewawancara dan pencatat.

**III. Pelaksanaan**

**A. Perkenalan**

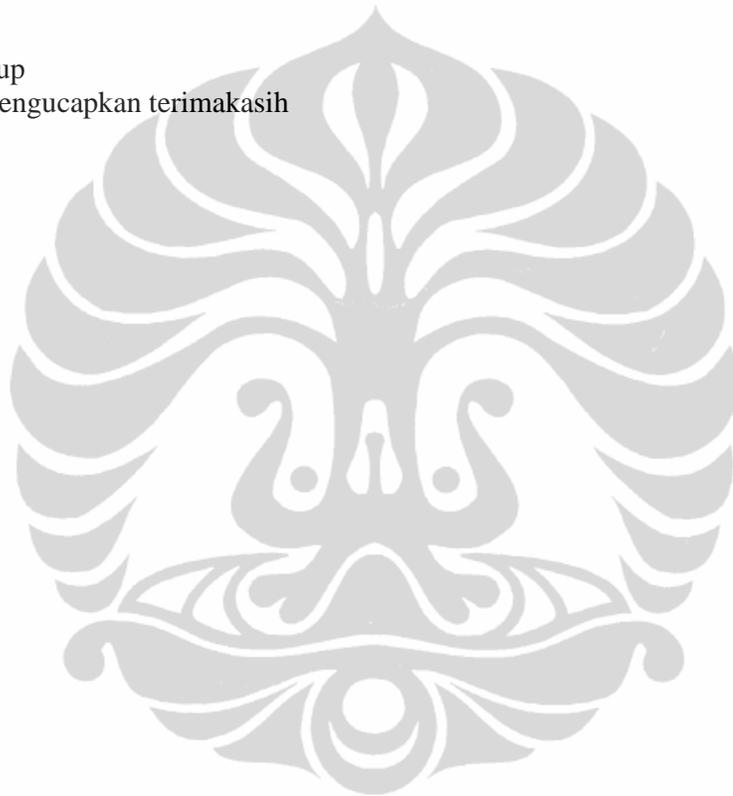
1. Memperkenalkan pewawancara, pencatat dan perekam
2. Menjelaskan maksud dan tujuan wawancara
3. Meminta kesediaan untuk diwawancara

## B. Topik Bahasan

1. Bagaimanakah system rujukan kasus kegawat daruratan obstetric neonatal ke Puskesmas mampu PONED?
2. Bagaimanakah jumlah dan pendidikan Bidan Desa?
3. Bagaimanakah Jumlah dan pendidikan petugas PONED?
4. Bagaimanakah pengelolaan peralatan dan fasilitas khususnya untuk kegiatan kebidanan dan PPGDON (PONED)?
5. Bagaimanakah biaya persalinan diPuskesmas mampu PONED ?
6. Bagaimanakah sosialisasi adanya Puskesmas mampu PONED kepada masyarakat?

## C. Penutup

1. Mengucapkan terimakasih



**FORMULIR PERSETUJUAN  
INSTRUMEN PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM (PW- 5)  
BAGI KEPALA SEKSI PROGRAM KIA DINAS KESEHATAN**

Nama Pewawancara	
Nama Pencatat	
Tanggal Wawancara	
Tempat Wawancara	

<b>KARAKTERISTIK INFORMAN</b>	
Nama/ Inisial	
Lama bekerja sebagai Kepala seksi program KIA di.....	
Pendidikan	

**I. Petunjuk Umum**

1. Memperkenalkan pewawancara, pencatat, dan perekam
2. Menjelaskan maksud dan tujuan wawancara
3. Meminta Kesiapan untuk diwawancara

**II. Petunjuk Wawancara Mendalam**

1. Wawancara ini dilakukan oleh peneliti dan dibantu pencatat dan perekam
2. Informasi bebas untuk menyampaikan pendapat, pengalaman, sarana dan komentar
3. Pendapat, pengalaman, sarana dan komentar sangat bernilai
4. Jawaban tidak ada yang salah dan tidak ada yang benar, karena wawancara ini tujuannya untuk penelitian
5. Pendapat, pengalaman, sarana dan komentar tersebut dijamin kerahasiaannya
6. Wawancara ini direkam dengan menggunakan tape recorder untuk membantu ingatan pewawancara dan pencatat.

**III. Pelaksanaan**

**A. Perkenalan**

1. Memperkenalkan pewawancara, pencatat dan perekam
2. Menjelaskan maksud dan tujuan wawancara
3. Meminta kesiapan untuk diwawancara

## B. Topik Bahasan

1. Bagaimanakah bentuk pembinaan kepada Bidan di Desa?
2. Bagaimanakah upaya pembinaan Puskesmas PONEB?
3. Bagaimanakah system rujukan dari Bidan di Desa ke Puskesmas mampu PONEB?
4. Bagaimanakah sosialisasi tentang Puskesmas mampu PONEB kepada Bidan di Desa dan Masyarakat?
5. Bagaimanakah kebijakan penunjukan Puskesmas menjadi Puskesmas mampu PONEB?
6. Bagaimanakah kebijakan tentang SDM, sarana dan prasarana di Puskesmas mampu PONEB?
7. Bagaimanakah kebijakan tentang biaya persalinan di Puskesmas mampu PONEB?
8. Bagaimanakah kebijakan pendanaan kegiatan puskesmas mampu PONEB?
9. Sejauh manakah perkembangan program penguatan system rujukan dari Bidan di desa ke puskesmas mampu PONEB?
10. Apakah upaya yang dilakukan untuk menurunkan kematian ibu dan neonatal di Kabupaten Bogor?

## C. Penutup

1. Mengucapkan terimakasih

**LEMBAR CHEKLIST (LC-1)  
PERALATAN DAN FASILITAS DI PUSKESMAS MAMPU PONED**

**1. Fasilitas Puskesmas mampu PONED**

No	Jenis Fasilitas	Ada (√)	Berfungsi (√)
1	Ambulance		
2	Ruang tindakan		
3	Ruang perawatan		
4	Ruang tunggu		
5	Persediaan air mengalir		
6	Kamar mandi dan wc		
7	Alat komunikasi		

**2. Peralatan dan Obat Puskesmas mampu PONED**

**Pemeriksaan Kehamilan**

No	Alat-alat	Standar	Ada (√)	Berfungsi (√)
1	Tempat tidur	1		
2	Partus bed	1		
3	Tensimeter	1		
4	Stetoskop I	1		
5	Stetoskop Monoaura	1		
6	Timbangan dewasa	1		
7	Pengukur tinggi badan	1		
8	Sprei atau alat plastic	1		
9	Lampu atau <i>spotlight</i>	1		
10	Meja alat	1		
11	Lemari obat	1		
12	Meteran dan LILA	1		
13	Sarung tangan	1		
14	Tempat kapas cebok	1		
15	Fetal phone/Doptone	1		

**Persalinan Normal**

No	Alat-alat	Standar	Ada (√)	Berfungsi (√)
1	Sterilisator	1		
2	Partus bed	1		
3	Bak instrument & tutup	1		
4	Apron plastik atau celemek	1		
5	Mangkok metal kecil	2		
6	Kateter metal atau nelaton	1		
7	<i>Needleholder</i> /pemegang jarum	1		

8	Gunting episiotomi	1		
9	Klem tali pusat & gunting	1		
10	Pita tali pusat	1		
11	Jarum otot & jarum kulit	1		
12	Pinset anatomis	1		
13	Pinset chirurgis	1		
14	Sarung tangan	2 ps		
15	<i>Doek steril</i>	2ps		
16	Benang catgut cromic no.0	1m		
17	Benang catgut cromic no.2.0	1m		
18	Bengkok 500 cc	2		
19	Pispot sodok 500 cc	2		
20	Bak plastik tempat plasenta	1		
21	Kacamata pelindung (terhadap HIV/AIDS)	1		
<b>OBAT-OBATAN</b>				
1	Alcohol 70%			
2	Salep mata			
3	Tetrasiklin			
4	Betadin			
5	Solution 5%			
6	Oksitosin Inj			
7	Ergomentrin Inj			
8	Bayclin			
9	Sprit 3 & 5 cc			
10	Lidokain			

**Laboratorium Sederhana**

No	Alat-alat	Standar	Ada (√)	Berfungsi (√)
1	Hb meter steril	1		
2	Tabung reaksi	1		
3	Penjepit tabung reaksi	1		
4	Lampu spiritus	1		
5	Sarana test periksa darah	2		
<b>OBAT-OBATAN</b>				
1	HCL 0,1			
2	Tes kehamilan			

**Kuret**

No	Alat-alat	Standar	Ada (√)	Berfungsi (√)
1	Bak instrument+ tutup 40 x 50 ( <i>stanless steel</i> )	1		
2	Apron/plastic/celemek	1		
3	Mangkok metal kecil	1		
4	Bed ginekologi	1		

5	Speculum (sims/Kristelle) besar	1 set		
6	Sonde uterus (sims)	1		
7	Bougie (hegar/Hank)	1 set		
8	Sendok kuret tajam (sims/Blumm) Sendok kuret tumpul	1 set		
9	Tang abortus (Winter)	1		
10	Tenaculum (Barrett/Braun)	1		
11	Tampon Tag (Bozemann)	1		
12	Tiang infuse	1		
13	Kateter metal	1		
14	Sarung tangan	1 ps		
15	Oksigen kecil & regulator	1		
16	Vulsellum forceps (Teale)	1m		
<b>OBAT-OBATAN</b>				
1	Oksitosin inj			
2	Methergin inj			
3	Tramadol inj			
4	Valium inj			
5	Pethidin inj			

**Plasenta Manual**

No	Alat-alat	Standar	Ada (√)	Berfungsi (√)
1	Abbocath no.14	1		
2	Abbocath no.16	1		
3	Sarung tangan panjang	1ps		
<b>OBAT-OBATAN</b>				
1	Oksitosin inj			
2	Cairan infuse			
3	Diazepam tablet 5 mg			
4	Ampisilin 500 mg kaplet			
5	Gentamycin 80 mg inj			

**Pemberian Antibiotik**

No	obat	Standar	Ada (√)	Berfungsi (√)
1	Ampisillin 1000 mg inj			
2	Ampisilin 500 mg kaplet			
3	Gentamycin 80 mg inj			

**Pemberian MgSO4**

No	Alat-alat	Standar	Ada (√)	Berfungsi (√)
1	Tempat tidur	1		
2	Tensimeter	1		
3	Stetoskop	1		

4	Infuse set	1		
5	Sput 10 cc	2		
6	plester			
OBAT-OBATAN				
1	MgSO4 20% dan 40%			
2	Dextrose 5 %			
3	Calcium Glukosa inj			
4	Cairan infuse larutan A2			

**Pemberian cairan**

No	Alat-alat	Standar	Ada (√)	Berfungsi (√)
1	Abboath Vena Kateter no.14	1		
2	Abboath Vena Kateter no.16	1		
3	Tiang infuse	1		
4	Kateter Foley no.22	1		
5	Urine bag	1		
6	Infuse set	1		
7	Plester			
OBAT-OBATAN				
1	Cairan infuse NaCL 0,9%			
2	Dextrose 5%			
3	Dextrose 40%			

**Tindakan Resusitasi Bayi**

No	Alat-alat	Standar	Ada (√)	Berfungsi (√)
1	Stetoskop bayi	1		
2	Thermometer bayi	1		
3	Timbangan bayi	1		
4	Penghisap lender & pipa plastic	3		
5	Baju kanguru	2		
6	Infuse set pediatric	2		
7	Wing needle no.27			
8	Sonde lambung ( <i>disposable</i> )			
9	Ambu bag	1		
10	Lampu pemanas	1		
11	Inkubator			
OBAT-OBATAN				
1	Cairan infuse RL			
2	Cairan infuse NaCL 0,9%			
3	PP 50.000 U			
4	ATS 10.000 U			

**Vakum Ekstraksi**

No	Alat-alat	Standar	Ada (√)	Berfungsi (√)
1	Bak instrument+ tutup	1		
2	Apron/plastic/celemek	1		
3	Mangkok metal kecil	1		
4	Doppler	1		
5	Spekulum cocor bebek	1		
6	Spekulum L (Doyen)	1		
7	Spekulum sims besar			
8	Klem tali pusat	2		
9	Tampon tag	4		
10	Vakum ekstraktor	1		
11	Bengkok 500 cc	1		
12	Pispot sodok	1		
13	Kocher	2		
14	Klem chiruegis tidak bergerigi	2		
15	Meja bayi	1		
16	Kateter metal	1m		
17	Kateter foley	1		
18	Needle holder atau pemegang jarum	1		
19	Gunting episiotomi	1		
20	Jarum kulit	1		
21	Jarum otot	1		
22	Pinset anatomis	1		
23	Pinset chirugis	1		
24	Sarung tangan	1		
25	Benang catgut plain no.0	1		
26	Benang catgut chromic no.2.0	1		
27	Lampu pemanas/lampu biru	1		
28	Speculum vaginal (Hamilton)	1		
29	Stetoskop Monoannual	1		
30	Klem chirugis bergerigi (kocher)	1		
31	Ambu bag	1		
<b>OBAT-OBATAN</b>				
1	Oksitosin inj			
2	Methergin inj			
3	Ergometrin inj			
4	Ampisillin 500 mg kaplet			
5	Ampisillin 1000 mg inj			
6	Gentamisin 80 mg inj			

**Tindakan Pra Rujukan**

No	Alat-alat	Standar	Ada (√)	Berfungsi (√)
1	Abbocath Vena Kateter no.14	1		
2	Abbocath Vena Kateter no.16	1		
3	Tiang infuse	1		
4	Kateter Netalon	1		
5	Infuse set	1		
<b>OBAT-OBATAN</b>				
1	Cairan infuse RL Diazepam inj			
2	Dextrose 5%			
3	Dextrose 40%			
4	PP 50.000 U			
5	Bicarbonas Natricus (Meylon)			

**3. Macam Protap Penanganan Kasus Obstetri Neonatal**

No	Macam Protap	Ada (√)
1	Pengelolaan infeksi nifas	
2	Pengelolaan perdarahan post partum a. kompresi bimanual uterus b. Kompresi aorta abdominalis c. Penjahitan robekan porsio	
3	Plasenta manual	
4	Pengelolaan Preeklamsi dan eklamsi	
5	Pengelolaan distosia bahu	
6	Ekstrasi vakum	
7	Kuretase	
8	Letak sungsang	
9	Oksitosin drip	
10	Resusitasi pada bayi asfiksia	
11	Pemasangan infuse melalui vena umbilical	
12	Kewaspadaan universal	

**4. Pengelolaan Pencatatan dan Pelaporan**

No	Pengelolaan Pencatatan dan Pelaporan	Ada (√)
1	Pengisian regester kohort ibu	
2	Pengisian regester kohort bayi	
3	Pengisian buku rujukan	
4	Pengisian formulir rujukan maternal dan neonatal	
5	Pengisian partograf	

6	Pengisian informed consent setiap akan melakukan tindakan	
6	Laporan LB3 KIA	
7	Laporan pelaksanaan puskesmas mampu PONED	

#### 5. Jenis Pelayanan Puskesmas mampu PONED

No	Kemampuan PONED	Ada (√)
1	Pemberian oksitosin parenteral	
2	Pemberian antibiotik parenteral	
3	Pemberian sedative parenteral	
4	Pengeluaran plasenta manual	
5	Kuret	
6	Vakum ekstrasi	
7	Resusitasi bayi asfiksia	
8	Pemberian antibiotik parenteral	
9	Pemberian bicnat intraumbilical	
10	Pemberian Phenobarbital	
11	Pelaksanaan <i>thermal control</i> untuk mencegah hipotermi	
12	Penanggulangan gangguan pemberian nutrisi	

**MATRIK HASIL WAWANCARA MENDALAM  
INFORMAN BIDAN DI DESA  
KABUPATEN BOGOR TAHUN 2010**

No	Pertanyaan	Jawaban Informan		
		Puskesmas mampu PONED Cigombong		
		Informan 1	Informan 2	Informan 3
	Pendidikan	D3 Kebidanan	D3 Kebidanan	D3 Kebidanan
	Lama bekerja sebagai bidan di desa	± 1 tahun	2 tahun	± 2 tahun
	Pelatihan persalinan dan kegawatdaruratan yang pernah diikuti	Belum	Asfiksia	Belum
	Rata-rata menolong persalinan dalam satu bulan	2 kali	1 kali	2-3 kali
1.	Pengetahuan tentang puskesmas mampu PONED			
	1. Apa saudara ketahui tentang puskesmas mampu PONED? Mencakup: pengertian, kemampuan pelayanan PONED, jumlah dan jenis tenaga PONED.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Puskesmas menangani persalinan yang normal-normal, induksi, karena tidak ada dokter obgynnya.</li> <li>- Pelayanan ANC, persalinan, KB, imunisasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pelayanan untuk kasus-kasus yang tidak bisa ditangani di rumah atau di desa.</li> <li>- Pelayan KIA, perdarahan postpartum, retensio plasenta, dan lain-lain.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PONED: untuk menjangkau masyarakat supaya melahirkan di puskesmas.</li> <li>- 24 jam menangani kegawatdaruratan</li> <li>- Melayani kegawatdaruratan obstetri neonatal emergensi dasar seperti perdarahan, retensio plasenta kalau untuk bayi paling asfiksia, kalau tidak bisa di rujuk.</li> </ul>

2.	Pengetahuan tentang kegawatdaruratan obstetri dan neonatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obstetri kegawatdaruratan adalah yang resti dalam persalinan yang bisa terdeteksi jika sering ke posyandu</li> </ul>	kegawatdaruratan seperti pre-eklamsi, eklamsi, infeksi, perdarahan, atau kasus patologis lainnya	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kegawatdaruratan obstetri itu kegawatdaruratan ibu contohnya ibu hamil dengan 4T terlalu tua, terlalu banyak melahirkan, terlalu sering, terlambat waktu merujuk, perdarahan, retensio plasenta.</li> <li>- Kalau neonatal seperti asfiksia atau kegagalan bernafas.</li> </ul>
	1. Apa yang saudara ketahui tentang kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal?			
	2. Kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal seperti apa saja yang harus di rujuk?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PEB</li> <li>- Suspect bayi besar yang diketahui dari TFU</li> </ul>	Kalau patologis.	Yang paling sering perdarahan dan asfiksia.
3.	Pengetahuan tentang sistem rujukan	Kewenangan bidan Cuma sampai persalinan normal kalau misalnya ada yang sudah patologis atau pasien gawat yang sudah tidak bisa menolong, harus di rujuk.	Kalau di desa yang fisiologis, kalau patologis di PONED, ada format rujukannya. Kalau tidak bisa dirujuk lagi ke RS bersama bidannya.	Dari bidan di desa terus ke puskesmas, setelah di sini dilihat dulu kalau misalkan masih bisa kita tangani, kita tangani kalau tidak berat, pasien dengan bidan di desa dan keluarga merujuk ke RS.
	1. Apa yang saudara ketahui tentang sistem rujukan, khususnya rujukan obstetri neonatal?			
	2. Bagaimanakah prosedur melakukan rujukan, khususnya kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal?			
	3. Jika ada kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal kemanakah saudara akan merujuk?	Disiapin pasiennya dulu, terus di bawa ke puskesmas	Memperbaiki KU yaitu infuse harus siap sedia.	Disiapkan pasiennya terus langsung dirujuk
		Harus Ke puskesmas PONED dulu	Tetep ke puskesmas PONED.	Ke puskesmas dulu, kalau bisa ditangani di puskesmas. Tetapi Tergantung, dilihat dulu jaraknya kalau lebih dekat ke RS langsung ke RS.

	4. Bagaimanah pandangan atau pendapat saudara terhadap rujukan kasus obstetri neonatal dari bidan di desa ke puskesmas mampu PONE D yang telah ada?	Bagus terus cepat tidak lama.	Sudah bagus, karena yang tidak bisa ditangani di rumah langsung di rujuk ke puskesmas.	Semua pro aktif, terutama senior-seniornya, ada bidan koordinator sekabupaten yang di sini, ada dokter ponednya kalau kita merujuk langsung gesit.
4.	Ketersediaan petugas di puskesmas mampu PONE D			
	1. Bagaimanakah menurut saudara, jumlah dan jenis pendidikan petugas yang ada di puskesmas mampu PONE D?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cukup, kalau tidak salah bidan ada 15, dokter ada 4.</li> <li>- Banyak yang SI bidannya, sisanya masih kuliah.</li> <li>- Bidan di desa juga mendapat jadwal di PONE D</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cukup karena ada <math>\pm</math> 18 bidan.</li> <li>- Bidan di desa juga jaga di PONE D untuk menambah kemampuan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mencukupi, ada dokter PONE D dan bidan di sini D3 kecuali bidan senior yang masih D1, tetapi sekarang udah pada kuliah untuk penyetaraan.</li> <li>- Bidan desa juga mendapat giliran di PONE D</li> </ul>
	2. Apakah petugas yang ada di puskesmas mampu PONE D berjaga selama 24 jam? Apakah dokter PONE D tinggal di sekitar PONE D?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasti ada 24 jam</li> <li>- Dokter tiap pagi ada, kalau sore dan malem <i>oncall</i></li> <li>- Bidan selalu ada dan ada juga yang <i>oncall</i> untuk membantu.</li> <li>- Bidan di desa mendapat tugas juga di PONE D.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ada 24 jam</li> <li>- Cukup, karena ada bidan desa yang <i>oncall</i> juga</li> <li>- Kalau pagi dokter ada, sore dan malam <i>oncall</i>, dokter rumahnya agak jauh.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ada 24 jam, satu shift ada 2 orang gabung dengan perawatan.</li> <li>- Dokter <i>oncall</i>, tapi rumahnya cukup jauh dari sini.</li> </ul>
	3. Bagaimanah menurut saudara jumlah ideal petugas yang ada di puskesmas mampu PONE D?	Sudah cukup	Sudah cukup	Yang sekarang sudah cukup kalau mau ditambahin tidak apa-apa.

5.	<p>Ketersediaan sarana dan fasilitas di pukesmas mampu PONED</p> <p>1. Bagaimanakah menurut saudara, sarana dan fasilitas seperti alat dan obat di puskesmas mampu PONED khususnya untuk kegiatan kebidanan dan PPGDON?</p> <p>2. Untuk penguatan sistem rujukan dari desa ke puskesmas mampu PONED/ RS PONEK, menurut saudara sarana yang harus ada?</p>	<p>Sudah lengkap, kalau misalkan tidak ada bisa diresepin tapi jarang</p> <p>Ada dokter obgyn di puskesmas.</p>	<p>Tidak ada masalah, saat butuh ada</p> <p>Ambulance desa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sarana harusnya cukup dan lumayan sesuai standart semua.</li> <li>- Obat-obatan kadang-kadang masih kurang contoh vitamin K sudah beberapa bulan tidak ada, padahal bayi baru lahir harus disuntik vitamin K.</li> </ul> <p>Ambulance untuk rujukan</p>
6.	<p>Kemampuan petugas di puskesmas mampu PONED</p> <p>1. Bagaimanakah Kemampuan petugas di puskesmas mampu PONED dalam mendiagnosis dan menangani kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal yang di rujuk? Apakah sudah sesuai protap?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sudah kompeten</li> <li>- Sudah pinter-pinter</li> <li>- Menolong persalinan yang normal dan induksi.</li> <li>- Untuk tindakan seperti PEB, plasenta manual, pemberian oksitosin parenteral tidak semua bisa, harus ada temannya</li> <li>- Tidak ada tindakan vakum</li> <li>- Resusitasi bayi tahap awal</li> <li>- Inshaallah sesuai protap</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sepertinya sudah terlatih, sudah bagus, yang perlu di rujuk ya dirujuk yang bisa ditolong di puskesmas ya di puskesmas.</li> <li>- Sudah sesuai protap</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sudah cukup baik karena banyak bidan senior.</li> <li>- Kegawatdaruratan untuk bayi baru asfiksia, kalau vena umbilical jarang dilakukan.</li> <li>- Sudah sesuai protap</li> </ul>

7.	<b>Jarak Puskesmas mampu PONED</b> 1. Bagaimanakah jarak puskesmas mampu PONED jika dibandingkan dengan tempat tinggal masyarakat diwilayah desa binaan bidan di desa?	Dekat sekali	Masih terjangkau, ± 20 menit, paling jauh ongkos ojek 30 ribu.	Dekat, tapi ada satu daerah yang jauh banget
8.	<b>Biaya persalinan di puskesmas mampu PONED</b> 1. Bagaimanakah biaya persalinan di puskesmas mampu PONED?  2. Bagaimanakah biaya persalinan bagi keluarga miskin?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pakai tarif perda</li> <li>- Kalau normal 200 ribuan tidak pasti, kan ada yang normal tapi tidak memakai infuse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Murah, terjangkau tetapi tetap sesuai persalinannya</li> <li>- Tarif bukan alasan ke linakes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melahirkan normal 200 ribu.</li> <li>- Patologis sesuai perda 400 ribu.</li> <li>- Di bidan desa 350 ribu untuk normal.</li> </ul>
9.	<b>Sosialisasi adanya puskesmas mampu PONED</b> 1. Bagaimanakah sosialisasi adanya pelayanan persalinan dan kegawatdaruratannya di puskesmas mampu PONED?	- Melalui posyandu	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Baik sekali, Melalui pertemuan desa, koordinasi antara desa dan kader, bidan desa, Babinkab.</li> <li>- Melalui posyandu, dan program P4 K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikais).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melalui posyandu</li> <li>- Keibu hamil</li> </ul>

10.	<p>Dukungan Keluarga ibu hamil</p> <p>1. Bagaimanakah dukungan keluarga dalam kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal yang akan di rujuk ke Poned? Jika ya/tidak mendukung, seperti apa bentuknya?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pada mau, tidak keberatan karena mereka melihatnya untuk keselamatan bayi dan ibunya.</li> <li>- Mencarikan angkutan ke puskesmas</li> </ul>	Kurang, masih bersalin ke paraji/dukun	Kurang, karena masih kebiasaan yang ke paraji walaupun sudah di kasih Jamkesda, kalau gak punya disuruh membuat SKKM supaya gak bayar. Karena pola pikir mereka kalau sama paraji baik katanya ditungguin dan di suapin.
11.	<p>Dukungan tokoh masyarakat yang di percaya</p> <p>1. Bagaimanakah dukungan tokoh masyarakat yang di percaya seperti dukun dalam rujukan kasus obstetri neonatal ke Poned?</p>	Kalau untuk dukungan ada yang mendukung ada yang tidak, tergantung. Tetapi sudah di sosialisasikan. Bidan di panggil kalau dukun sudah tidak bisa, ibaratnya sisa dukun.	- Susah pendekatan, karena terbentur tradisi dan kepercayaan yang masih menagnut sistem paham kuno.	Paraji masih menolong persalinan karena dekat dengan masyarakat sedangkan bidan di desa jauh. Kalau ada yang gawat baru memanggil bidan.
12.	<p>Dukungan petugas kesehatan swasta</p> <p>1. Bagaimanakah dukungan petugas atau instansi swasta terhadap rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas mampu Poned?</p>	Ada yang mendukung ada yang tidak. Seringnya langsung ke rumah sakit.	Ada yang mendukung ada yang tidak kebanyakan langsung ke rumah sakit.	Kebanyakan langsung ke rumah sakit.

No	Pertanyaan	Jawaban Informan		
		Puskesmas mampu PONED Cileungsi		
		Informan 1	Informan 2	Informan 3
	Pendidikan	D3 Kebidanan	D3 Kebidanan	D3 Kebidanan
	Lama bekerja sebagai bidan di desa	2 tahun	2 tahun	2 tahun
	Pelatihan persalinan dan kegawatdaruratan yang pernah diikuti	Belum	Belum	Belum
	Rata-rata menolong persalinan dalam satu bulan	2-4 kali	4 kali	2 kali
1.	<p>Pengetahuan tentang puskesmas mampu PONED</p> <p>1. Apa saudara ketahui tentang puskesmas mampu PONED? Mencakup: pengertian, kemampuan pelayanan PONED, jumlah dan jenis tenaga PONED.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PONED: rujukan emergensi dasar.</li> <li>- Pelayanan KB, pemeriksaan kehamilan, imunisasi</li> <li>- Vakum tidak bisa dikerjakan karena tidak ada dokter obgyn.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PONED: pelayanan obstetri neonatal mestinya</li> <li>- Pelayanan kegawatdaruratan dasar bisa mengatasi seperti manual plasenta, asfiksia, HPP, sungsang, distosia bahu, perdarahan ringan, partus lama, BBLR, resusuitasi awal, eklamsi preeklamsi,</li> <li>- Ada bidan terlatih</li> <li>- Ada dokter terlatih</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PONED: pelayanan emergensi obstetri neonatal</li> <li>- Pelayanan persalinan dan kasus kegawatdaruratan obstetri seperti retensio plasenta, partus induksi, eklamsi</li> </ul>
2.	<p>Pengetahuan tentang kegawatdaruratan obstetri dan neonatal</p> <p>1. Apa yang saudara ketahui tentang kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kegawatdaruratan misalkan kehamilan yang berisiko, jadi banyak misalkan seperti 4 T terlalu muda, terlalu sering, terlalu tua,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kegawatdaruratan berdasarkan penemuan tentang resiko</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kegawatdaruratan karena ada resiko ibu bersalin, tanda bahaya ibu bersalin, tanda bahaya kehamilan</li> </ul>

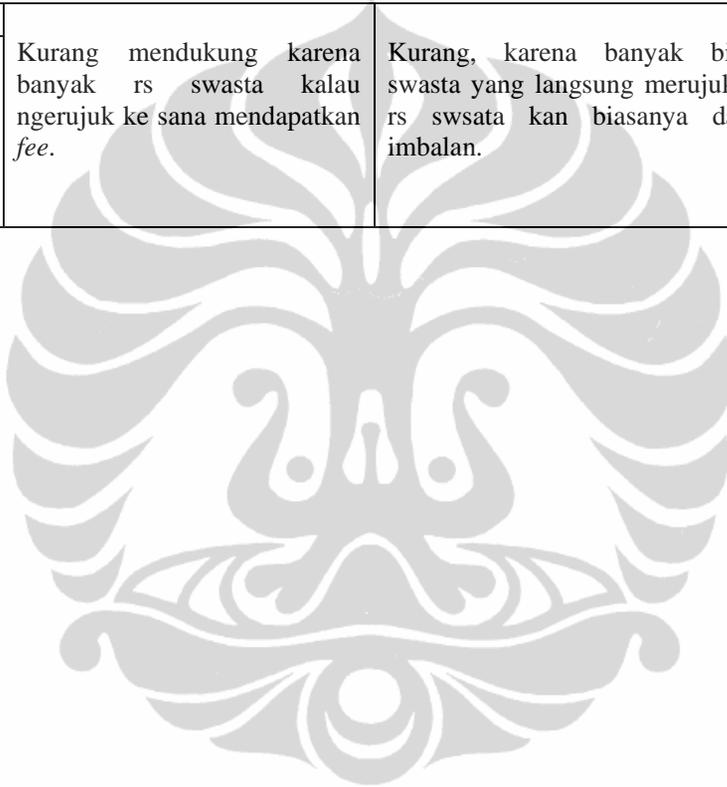
		jarak terlalu dekat, tensi tinggi		
	2. Kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal seperti apa saja yang harus di rujuk?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tensi tinggi disertai 4T</li> <li>- Perdarahan</li> <li>- Kepala tidak maju yang harus di vakum atau dioperasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perdarahan</li> <li>- Kasus-kasus kesulitan dalam melahirkan</li> <li>- Retensio plasenta ke RS</li> <li>- Manual plasenta</li> <li>- Asfiksia</li> <li>- BBLR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sungsang</li> <li>- Perdarahan</li> <li>- Retensio plasenta</li> <li>- Ekstrasi kaki</li> </ul>
3.	Pengetahuan tentang sistem rujukan			
	1. Apa yang saudara ketahui tentang sistem rujukan, khususnya rujukan obstetri neonatal?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kalau kita tidak kompetensi menolong ibu kita langsung rujuk ke PONED</li> <li>- Kalau tidak memungkinkan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tau kegawatdaruratannya terus kita merujuk ke PONED</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kasus yang resiko atau bahaya yang tidak bisa ditangani oleh bidan dirujuk ke PONED atau RS</li> </ul>
	2. Bagaimanakah prosedur melakukan rujukan, khususnya kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informasi sama keluarga</li> <li>- Siapin surat rujukan</li> <li>- Inform consent dengan keluarga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Telepon ke PONED apakah bisa mengatasi atau tidak</li> <li>- Menyiapkan transportasi</li> <li>- Inform consent ke keluarga</li> <li>- Format rujukan</li> <li>- Patograf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inform consent ke keluarga</li> <li>- Telepon dulu ke PONED</li> <li>- Format rujukan</li> <li>- Patograf</li> </ul>
	3. Jika ada kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal kemanakah saudara akan merujuk?	Ke PONED soalnya membuat laporan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dilihat dulu kapasitas PONED kalau kita kira PONED bisa mengatasi, pasti di rujuk ke PONED.</li> <li>- Dilihat standar-standar bidan di PONED</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Biasanya ke puskesmas dulu</li> <li>- Kalau menurut kita bisa ke PONED kita rujuk ke PONED, kalau tidak langsung ke PONED.</li> <li>- Paling ke RS swasta karena RS rujukan jauh</li> </ul>

	4. Bagaimanah pandangan atau pendapat saudara terhadap rujukan kasus obstetri neonatal dari bidan di desa ke puskesmas mampu PONED yang telah ada?	Sudah baik	Sudah baik, pasti di rujuk ke PONED, tergantung yang jaga dan kondisi pasien.	Sudah baik menurut pengalaman.
4.	Ketersediaan petugas di puskesmas mampu PONED			
	1. Bagaimanakah menurut saudara, jumlah dan jenis pendidikan petugas yang ada di puskesmas mampu PONED?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cukup memadai, D3 semuanya.</li> <li>- Tapi masih kurang karena yang berjaga hanya satu.</li> <li>- Bidan di desa juga jaga di PONED</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dokter hanya satu untuk kebidanan jadi repot</li> <li>- Konsul via telepon ke dokter atau bidan senior</li> <li>- Bidan di desa piket di PONED</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cukup, tetapi pengennya bertambah karena jaga sendiri</li> </ul>
	2. Apakah petugas yang ada di puskesmas mampu PONED berjaga selama 24 jam? Apakah dokter PONED tinggal di sekitar PONED?	Ada 24 jam, bidan desa juga piket. Dokter <i>oncall</i> , rumahnya tidak begitu jauh.	Ada 24 jam, dokter atau bidan senior <i>oncall</i> .	Ada 24 jam, ada bidan yang piket, bisa <i>oncall</i> .
	3. Bagaimanah menurut saudara jumlah ideal petugas yang ada di puskesmas mampu PONED?	Harusnya yang bertugas 2 orang, satu urusin ibunya dan satu urusin bayinya	Petugas PONED ada dan cukup jadi bidan desa tidak ikut piket.	Petugas ada sendiri
5.	Ketersediaan sarana dan fasilitas di pukesmas mampu PONED			
	1. Bagaimanakah menurut saudara, sarana dan fasilitas seperti alat dan obat di puskesmas mampu PONED khususnya untuk kegiatan kebidanan dan PPGDON?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kurang lengkap</li> <li>- Vakum rusak</li> <li>- Incubator tidak ada, adanya yang biasa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sudah mencukupi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sarana cukup</li> </ul>

	2. Untuk penguatan sistem rujukan dari desa ke puskesmas mampu PONED/ RS PONEK, menurut saudara sarana yang harus ada?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dokter obgyn</li> <li>- USG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alat-alat khusus penanganan BBLR dan asfiksia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dokter obgyn</li> </ul>
6.	<p>Kemampuan petugas di puskesmas mampu PONED</p> <p>1. Bagaimanakah Kemampuan petugas di puskesmas mampu PONED dalam mendiagnosis dan menangani kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal yang di rujuk? Apakah sudah sesuai protap?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Senior sudah mampu</li> <li>- Yang junior belum mampu</li> <li>- Kalau masalah bayi bisa menangani asfiksia, bayi baru lahir</li> <li>- BBLR belum karena butuh incubator khusus.</li> <li>- Menghangatkan bayi</li> <li>- Selama ini sudah sesuai protap</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tergantung yang jaga</li> <li>- Kadang bervariasi, tidak harus melewati protap A, kita langsung ke protap B sesuai kondisi tetapi tetap mengacu ke protap.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sesuai dengan protap</li> </ul>
7.	<p>Jarak Puskesmas mampu PONED</p> <p>1. Bagaimanakah jarak puskesmas mampu PONED jika dibandingkan dengan tempat tinggal masyarakat diwilayah desa binaan bidan di desa?</p>	Dekat	Dekat, terjangkau	Dekat, paling lama 20 menit
8.	<p>Biaya persalinan di puskesmas mampu PONED</p> <p>1. Bagaimanakah biaya persalinan di puskesmas mampu PONED?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sesuai perda</li> <li>- Yang membedakan tindakan</li> <li>- Ada jatah buat bidan</li> <li>- Kalau yang patologis 800 ribu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Murah, untuk persalinan standart tergantung tindakan yang diberikan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Murah, sesuai puskesmas</li> </ul>

	2. Bagaimanakah biaya persalinan bagi keluarga miskin?	Ada Jamkesmas dan Jamkesda	- Jamkesmas, dilengkapi kartu-kartu Jamkesmas seperti KTP, KK, kartu Jamkesmas	- Ada Jamkesmas
9.	Sosialisasi adanya puskesmas mampu PONED			
	1. Bagaimanakah sosialisasi adanya pelayanan persalinan dan kegawatdaruratannya di puskesmas mampu PONED?	- Pas posyandu	- Tiap posyandu - Penyuluhan ke ibu hamil	- Sudah dilakukan dalam posyandu
10.	Dukungan Keluarga ibu hamil			
	1. Bagaimanakah dukungan keluarga dalam kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal yang akan di rujuk ke PONED? Jika ya/tidak mendukung, seperti apa bentuknya?	Ada yang mau ada yang tidak: - Kalau yang mau langsung setuju di rujuk - Kalau yang tidak setuju alasannya begilah begitulah	- Baik, menyerahkan ke bidan - Mencarikan kendaraan	- Mendukung
11.	Dukungan tokoh masyarakat yang di percaya			
	1. Bagaimanakah dukungan tokoh masyarakat yang di percaya seperti dukun dalam rujukan kasus obstetri neonatal ke PONED?	Mendukung, kalau ada yang persalinan sering bidan di panggil	Mendukung, selain itu kan banyak bidan dan RS swasta.	Mendukung, kadang masih ada yang ke dukun.

12	<p><b>Dukungan petugas kesehatan swasta</b></p> <p>1. Bagaimanakah dukungan petugas atau instansi swasta terhadap rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONED?</p>	<p>Kurang mendukung karena banyak rs swasta kalau ngerujuk ke sana mendapatkan <i>fee</i>.</p>	<p>Kurang, karena banyak bidan swasta yang langsung merujuk ke rs swasta kan biasanya dapet imbalan.</p>	<p>Kurang mendukung, jarang ada yang merujuk ke PONED.</p>
----	--	--	--	--



No	Pertanyaan	Jawaban Informan		
		Puskesmas mampu PONED Parung		
		Informan 1	Informan 2	Informan 3
	Pendidikan	D3 Kebidanan	D3 Kebidanan	D3 Kebidanan
	Lama bekerja sebagai bidan di desa	3 tahun	2 tahun	18 tahun Merangkap bidan puskesmas, karena ada salah satu desa yang tidak ada BdD
	Pelatihan persalinan dan kegawatdaruratan yang pernah diikuti	Belum	Belum	Belum
	Rata-rata menolong persalinan dalam satu bulan	5 kali	5 kali	7-10 kali
1.	Pengetahuan tentang puskesmas mampu PONED			
	1. Apa saudara ketahui tentang puskesmas mampu PONED? Mencakup: pengertian, kemampuan pelayanan PONED, jumlah dan jenis tenaga PONED.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PONED adalah rumah sakit kecil</li> <li>- Pelayanan PONED seperti perdarahan, PEB, HPP</li> <li>- Tenaga semua bidan termasuk bidan desa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kegawat daruratan berarti sesuatu yang membutuhkan tindakan segera</li> <li>- PONED itu setingkat dibawah rumah sakit.</li> <li>- Pelayanan partus normal, perdarahan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PONED hanya mampu menangani persalinan normal.</li> <li>- Ada dokter walaupun belum PONED.</li> <li>- Sarana sudah memadai</li> </ul>
2.	Pengetahuan tentang kegawatdaruratan obstetri dan neonatal			
	1. Apa yang saudara ketahui tentang kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kegawatdaruratan dilihat dari situasi dan kondisi pasien.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kegawat daruratan dilihat dari kondisi pasien yang membutuhkan tindakan segera</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kegawat daruratan dilihat dari ibu yang bermasalah dengan persalinan.</li> </ul>

	2. Kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal seperti apa saja yang harus di rujuk?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perdarahan</li> <li>- PEB</li> <li>- HPP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perdarahan</li> <li>- PEB</li> <li>- Retplas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partus lama</li> <li>- Robekan porsio</li> <li>- HAP</li> <li>- HPP</li> <li>- Asfiksia pada bayi</li> </ul>
3.	Pengetahuan tentang sistem rujukan			
	1. Apa yang saudara ketahui tentang sistem rujukan, khususnya rujukan obstetri neonatal?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kehamilan beresiko dari paraji langsung dirujuk ke bidan desa atau PONED, atapun ke rumah sakit.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dinilai tidak mampu ditangani oleh bidan desa kemudian dirujuk ke PONED atau rumah sakit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rujukan pesien yang sudah tidak dapat ditangani di desa.</li> </ul>
	2. Bagaimanakah prosedur melakukan rujukan, khususnya kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsul ke bidan koordinator</li> <li>- Telepon ke PONED dulu.</li> <li>- Langsung pasien dibawa ke PONED atau ke rumah sakit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Telepon ke koordinator</li> <li>- Langsung di bawa ke PONED atau rumah sakit.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kalau pagi telepon dulu</li> <li>- Bawa langsung pasien ke PONED.</li> <li>- Kelengkapan Jamkesmas atau SKKM.</li> </ul>
	3. Jika ada kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal kemanakah saudara akan merujuk?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Karena jalurnya dekat jadi dibawa ke PONED dulu.</li> <li>- Kalau kondisi pasien sangat gawat langsung di rujuk ke rumah sakit terdekat.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dilihat kemampuan teman yang piket kalau sekiranya mampu pasti dibawa ke PONED dulu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kalau pagi ke puskesmas PONED akan tetapi kalau sore dan malam langsung dirujuk kerumah sakit karena tidak ada dokternya.</li> </ul>
	4. Bagaimanah pandangan atau pendapat saudara terhadap rujukan kasus obstetri neonatal dari bidan di desa ke puskesmas mampu PONED yang telah ada?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sudah baik, apabila ada masalah di desa langsung dirujuk.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sudah baik, kalau dirasa PONED mampu pasti dirujuk ke PONED.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cukuplah, kalau misalkan terlewat pasti merujuk ke PONED tapi karena saya tidak melewati jadi saya lebih suka merujuk ke RS. Atau kalau tidak sekedar dikonsulkan saja kekoordinator PONED.</li> </ul>

4.	Ketersediaan petugas di puskesmas mampu PONE			
	1. Bagaimanakah menurut saudara, jumlah dan jenis pendidikan petugas yang ada di puskesmas mampu PONE?	- Sebenarnya sudah cukup kalau petugasnya mau.	Jelas kurang	- Kurang karena tidak ada dokter PONEnya - Bidan desa masih merangkap jaga di PONE.
	2. Apakah petugas yang ada di puskesmas mampu PONE berjaga selama 24 jam? Apakah dokter PONE tinggal di sekitar PONE?	Ada 24 jam, dokter tidak ada	Ada 24 jam, tidak ada dokter.	Ada 24 jam, dokter tidak ada
	3. Bagaimanah menurut saudara jumlah ideal petugas yang ada di puskesmas mampu PONE?	Petugas PONE cukup 4 orang.	Petugas PONE kurang apabila tanpa bidan desa.	- Ada petugas PONE sendiri, ada bidan desa sendiri agar lebih fokus kedesa. Dan juga tidak memegang program KIA. - Harus ada dokter PONE -
5.	Ketersediaan sarana dan fasilitas di puskesmas mampu PONE			
	1. Bagaimanakah menurut saudara, sarana dan fasilitas seperti alat dan obat di puskesmas mampu PONE khususnya untuk kegiatan kebidanan dan PPGDON?	- Sudah cukup	- Standar Puskesmas - Di cukup-cukupkan.	- Sudah mencukupi, untuk pertolongan kegawatdaruratan persalinan dan neonatal.
	2. Untuk penguatan sistem rujukan dari desa ke puskesmas mampu PONE/RS PONEK, menurut saudara sarana yang harus ada?	- Uang	- Ambulance desa.	- SDM di PONE - Pelatihan untuk petugas PONE

6.	Kemampuan petugas di puskesmas mampu PONED	- beda tipis, karena sesuai dengan protap	- sudah mampu karena sudah bidan. - Sudah sesuai dengan SOP	Karena bidan desa juga jaga di PONED maka tidak bisa menilai kemampuan petugas PONED.
7.	Jarak Puskesmas mampu PONED	Dekat dari Puskesmas.	Dekat dibelakang Puskesmas, kemdalanya adalah daerah yang agak didalam.	Lumayan dekat tapi kalau ke PONED harus putar arah.
8.	Biaya persalinan di puskesmas mampu PONED	- Terjangkau	- Terjangkau	Tejangkau oleh masyarakat. Persalinan normal sekitar 300 rb, patologis tergantung tindakan yang diberikan.
	2. Bagaimanakah biaya persalinan bagi keluarga miskin?	- Kalau pasien tidak bisa bayar, kita melengkapi registrasi seperti, partograf, KK. KTP dan segala macam kemudian diklaimkan ke Puskesmas.	- Kalau pasien tidak bisa bayar, kita melengkapi registrasi seperti, partograf, KK, KTP dan segala macam kemudian diklaimkan ke Puskesmas	- Ibu hami tidak sampai 10% yang mendapat jamkesmas - Jamkesda duplikat data jamkesmas sehingga tidak tepat sasaran.

9.	<p>Sosialisasi adanya puskesmas mampu PONED</p> <p>1. Bagaimanakah sosialisasi adanya pelayanan persalinan dan kegawatdaruratannya di puskesmas mampu PONED?</p>	<p>- Pas lagi Posyandu - Langsung ke ibu hamil</p>	<p>- pas Posyandu</p>	<p>- Pada saat pertemuan kader - Pertemuan paraji</p>
10.	<p>Dukungan Keluarga ibu hamil</p> <p>1. Bagaimanakah dukungan keluarga dalam kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal yang akan di rujuk ke PONED? Jika ya/tidak mendukung, seperti apa bentuknya?</p>	<p>- Ada yang mendukung ada yang tidak.</p>	<p>- Ada yang mendukung ada yang tidak</p>	<p>Tidak ada masalah keluarga tetap memanggil bidan walaupun tidak tinggal ditempat.</p>
11.	<p>Dukungan tokoh masyarakat yang di percaya</p> <p>1. Bagaimanakah dukungan tokoh masyarakat yang di percaya seperti kepala desa, kader, dukun dalam rujukan kasus obstetri neonatal ke PONED?</p>	<p>Mendukung walaupun masih saring persalinan ditolong oleh dukun.</p>	<p>Ada yang mendukung ada yang tidak.</p>	<p>Mendukung karena masih mencari bidan desa kalau ada masalah persalinan.</p>
12	<p>Dukungan petugas kesehatan swasta</p> <p>1. Bagaimanakah dukungan petugas atau instansi swasta terhadap rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONED?</p>	<p>Mendukung karena setiap bulan bidan swasta menyerahkan laporan ke puskesmas.</p>	<p>Mendukung karena setiap bulan ada pertemuan.</p>	<p>Mendukung untuk rujukan kasus gawatdarurat dan memberikan fasilitas untuk rujukan bila tidak mampu menangani.</p>

No	Pertanyaan	Jawaban Informan		
		Puskesmas mampu PONEJ Jasinga		
		Informan 1	Informan 2	Informan 3
	Pendidikan	D3 Kebidanan	D3 Kebidanan	D3 Kebidanan
	Lama bekerja sebagai bidan di desa	8 tahun	5 bulan	4 tahun
	Pelatihan persalinan dan kegawatdaruratan yang pernah diikuti	PPGDON Asfiksia	Belum	Belum
	Rata-rata menolong persalinan dalam satu bulan	8-10 kali	2 kali	12 kali
1.	<p>Pengetahuan tentang puskesmas mampu PONEJ</p> <p>Apa saudara ketahui tentang puskesmas mampu PONEJ? Mencakup: pengertian, kemampuan pelayanan PONEJ, jumlah dan jenis tenaga PONEJ.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PONEJ : puskesmas yang bisa misalnya pasiennya hist tidak ada, KPD, pembukaan tidak maju-maju</li> <li>- Ada infusan</li> <li>- Ada oksigen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PONEJ bisa dibidang sebagai pertolongan pertama buat bidan desa</li> <li>- Ada persalinan, bisa kuret</li> <li>- Ada dokter walaupun dokter umum.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PONEJ tempat merujuk pasien yang tidak bisa tertangani di desa</li> <li>- Bisa melayani KPD, partus lama, preeklamsi ringan.</li> <li>- Ada dokter yang wewenang drip oxy</li> <li>- Alat ada segala macam, oksigen ada.</li> </ul>
2.	<p>Pengetahuan tentang kegawatdaruratan obstetri dan neonatal</p> <p>1. Apa yang saudara ketahui tentang kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal?</p> <p>2. Kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal seperti apa saja yang harus di rujuk?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kegawatdaruratan kalau pasien sudah dinilai resiko</li> <li>- Letak sungsang</li> <li>- His jelek</li> <li>- Perdarahan</li> <li>- Retensio plasenta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kegawatdaruratan misalnya gawat janin, perdarahan ibunya, retplas</li> <li>- Perdarahan</li> <li>- Retplas langsung di rujuk</li> </ul>	<p>Kalau ibu hamil resiko terdeteksi dan tidak terdeteksi tidak bisa lahir normal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Partus lama</li> <li>- Kemungkinan PEB</li> </ul>

3.	<p>Pengetahuan tentang sistem rujukan</p> <p>Apa yang saudara ketahui tentang sistem rujukan, khususnya rujukan obstetri neonatal?</p> <p>Bagaimanakah prosedur melakukan rujukan, khususnya kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal?</p> <p>Jika ada kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal kemanakah saudara akan merujuk?</p> <p>Bagaimanakah pandangan atau pendapat saudara terhadap rujukan kasus obstetri neonatal dari bidan di desa ke puskesmas mampu PONED yang telah ada?</p>	<p>- Pasien yang tidak tertangani di desa baru di rujuk.</p> <p>- Disiapin Jamkesmas atau surat keterangan tidak mampu dan lain sebagainya KTP, KK</p> <p>Ke puskesmas PONED, karena RS jauh. Nanti minta surat rujukannya.</p> <p>Baik, masyarakatnya sudah pada ngerti, sudah pada mandiri pelayanan seperti ibu hamil.</p>	<p>Kasus persalinan yang tidak bisa ditangani di desa dibawa ke puskesmas.</p> <p>- Alat-alat infuse - Alat persalinan - Perlengkapan Jamkesmas seperti KTP, KK untuk yang punya. - Perlengkapan ibunya</p> <p>- Ke puskesmas PONED dulu, karena ikut piket di PONED. - Enak ada PONED, ditangani dokter jadi bidan aman. - Menunjuk ke RS jauh takutnya ada apa-apa di jalan.</p> <p>Enak, melidungi bidan di desa, kalau tidak ada PONED kesulitan</p>	<p>Rujukan pasien yang tidak tertangani di desa kita rujuk</p> <p>- Kalau pasiennya gakin otomatis di minta rujukan dari desa SKKM - Kalau punya Jamkesmas</p> <p>Pasti ke puskesmas mampu PONED dulu. Mungkin kalau harus dirujuk lagi ke RS. Tapi untuk rujuk ke RS jauh banget.</p> <p>Baik karena memang RS jauh banget.</p>
----	--	---	--	--

4.	Ketersediaan petugas di puskesmas mampu PONE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Petugasnya tidak ada</li> <li>- Bidan desa piket di PONE, pengennya bidan desa tinggal di desa fokus ke desa aja.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kurang tenaganya</li> <li>- Tidak ada dokter PONE, jadi kepala puskesmas dan dokter puskesmas menjadi dokter PONE.</li> <li>- Tidak ada bidan khusus PONE.</li> <li>- Bidan di desa yang bergantian jaga di PONE untuk mendapat pengalaman.</li> </ul>	Masih kurang karena tidak ada dokter PONE dan bidan khusus PONE.
	2. Apakah petugas yang ada di puskesmas mampu PONE berjaga selama 24 jam? Apakah dokter PONE tinggal di sekitar PONE?	Ada 24 jam, tidak ada dokter PONE, tapi kepala puskesmas yang <i>oncall</i> , rumahnya dekat.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ada 24 jam</li> <li>- Bisa <i>oncall</i> dekat.</li> <li>- Ada bidan sendiri perawat dua, saling Bantu dengan perawatan.</li> <li>- Konsultasi via telepon atau on call dokter atau bidan senior</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ada 24 jam</li> <li>- kalau dokter <i>oncall</i> dekat rumahnya.</li> </ul>
	3. Bagaimanah menurut saudara jumlah ideal petugas yang ada di puskesmas mampu PONE?	Pengennya di PONE ada bidan tersendiri jangan mengambil dari bidan desa.	Ada petugas khusus untuk di PONE, supaya bidan di desa lebih fokus ke desa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Harus ada petugas PONE sendiri</li> <li>- Bidan desa khusus budan di desa, karena pas bidan desa jaga di PONE, ketika ada yang persalinan bidan tidak, ke PONE tidak mau akhirnya ke paraji.</li> </ul>

5.	<p>Ketersediaan sarana dan fasilitas di pukesmas mampu PONED</p> <p>1. Bagaimanakah menurut saudara, sarana dan fasilitas seperti alat dan obat di puskesmas mampu PONED khususnya untuk kegiatan kebidanan dan PPGDON?</p> <p>2. Untuk penguatan sistem rujukan dari desa ke puskesmas mampu PONED/ RS PONEK, menurut saudara sarana yang harus ada?</p>	<p>- Memang segitunya PONED</p> <p>- Ada incubator baru</p> <p>- Meja sama bed partus minta diganti</p> <p>- Penghisap lendir yang listrik belum ada</p> <p>- Suction rusak</p> <p>- SDM di PONED</p> <p>- Dana stimulant</p>	<p>- Alat sudah mencukupi</p> <p>- Buat asfiksia sudah ada</p> <p>- Bukan sekedar alat</p> <p>- keterampilan yang utama</p>	<p>- Cukup mendukung</p> <p>- Tapi infusan dari dinas keci-kecil tidak terpakai.</p> <p>- Kateter tidak tersedia</p> <p>- Suction rusak</p> <p>- Tempat tidur meleot, ibu hamil takut jatuh</p> <p>- SDM</p> <p>- Ambulance gratis bagi warga tidak mampu.</p>
6.	<p>Kemampuan petugas di puskesmas mampu PONED</p> <p>1. Bagaimanakah Kemampuan petugas di puskesmas mampu PONED dalam mendiagnosis dan menangani kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal yang di rujuk?</p>	<p>Sudah dilakukan semampu bidan desa yang jaga disini.</p>	<p>- karena yang jaga bidan desa, senior Bantu yang junior</p> <p>- kalau yang jaga junior bisa hubungi senior atau dokternya</p>	<p>- Sesuai kemampuan bidan yang jaganya, kalau sekiranya tidak mampu on call temen atau dokternya.</p> <p>- Karena yang jaga kan bidan di desa</p>
7.	<p>Jarak Puskesmas mampu PONED</p> <p>2. Bagaimanakah jarak puskesmas mampu PONED jika dibandingkan dengan tempat tinggal masyarakat di wilayah desa binaan bidan di desa?</p>	<p>- Dekat.</p> <p>- Naik motor paling Rp.2000</p>	<p>- Tidak jauh, 15 menit tidak terlalu pedalaman dan jalannya bagus.</p> <p>- Kalau naik ojek hanya 5 ribu</p>	<p>- Paling jauh Kalau naik motor Cuma 15-20 menit</p>

8.	<p>Biaya persalinan di puskesmas mampu PONED</p> <p>1. Bagaimanakah biaya persalinan di puskesmas mampu PONED?</p>	<p>Tidak ada masalah, terjangkau.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada kendala, tidak terlalu mahal</li> <li>- Ada keringanan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persalinan saja 150 ribu</li> <li>- Persalinan patologis 250 ribu</li> <li>- Belum tindakan-tindakan</li> <li>- Bidan hanya mendapat 50 ribu setiap nolong</li> </ul>
	<p>2. Bagaimanakah biaya persalinan bagi keluarga miskin?</p>	<p>Iya tidak ada masalah, sudah pada mengerti misalnya punya Jamkesmas datang saja ke puskesmas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ada Jamkesmas asal lengkap kelengkapannya</li> <li>- Kalau tidak punya biasanya sementara dari desa, KTP sementara, KK sementara.</li> </ul>	<p>Ada Jamkesmas</p>
9.	<p>Sosialisasi adanya puskesmas mampu PONED</p> <p>1. Bagaimanakah sosialisasi adanya pelayanan persalinan dan kegawatdaruratannya di puskesmas mampu PONED?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertama dibangun sudah di sosialisasikan dikasih brosur</li> <li>- Pertemuan dengan desa.</li> <li>- posyandu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ke ibu hamilnya saja, karena di kampung tidak ada posyandu, tidak ada timbangan</li> </ul>	<p>Sudah sosialisasi ke ibu hamil waktu posyandu, ke pak lurah, ke kader, ke dukun.</p>
10.	<p>Dukungan Keluarga ibu hamil</p> <p>1. Bagaimanakah dukungan keluarga dalam kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal yang akan dirujuk ke PONED? Jika ya/tidak mendukung, seperti apa bentuknya?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengennya di desa saja, di rumah masing-masing.</li> <li>- Kurang mendukung</li> </ul>	<p>Mendukung, mereka bilang PONED itu RS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lama mengambil keputusan</li> <li>- Tidak ada biaya transportasi</li> </ul>

11.	<p>Dukungan tokoh masyarakat yang di percaya</p> <p>1. Bagaimanakah dukungan tokoh masyarakat yang di percaya seperti kepala desa, kader, dukun dalam rujukan kasus obstetri neonatal ke PONED?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Semuanya bagus</li> <li>- Peran serta masyarakat bagus</li> <li>- Dukun sudah mau pendampingan sama bidan</li> <li>- Kader kurang mendukung suka pada mengeluh.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kendalanya dari desa, inginnya mengatur.</li> <li>- Dukun mendukung, kalau gak keparaji ke puskesmas saja pasti ada bidannya.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desa siaga sudah jalan, jadi punya ambulance desa</li> <li>- Jadi semua mendukung, bapak lurahnya enak kapanpun bersedia</li> </ul>
12	<p>Dukungan petugas kesehatan swasta</p> <p>1. Bagaimanakah dukungan petugas atau instansi swasta terhadap rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONED?</p>	<p>Tidak ada swasta, paling ke PONED, paling dokter puskesmas atau bidan desa yang buka di rumah. Kalau rumah sakit jauh sekali.</p>	<p>Tidak ada bidan swasta, ada juga bidan desa buka di rumah, jadi ngedukung bisa titip pasien kalau daerahnya berdekatan.</p>	<p>Di Jasinga tidak ada bidan swasta atau RS swasta, jadi bidan desa.</p>

**MATRIK HASIL WAWANCARA MENDALAM  
INFORMAN KOORDINATOR BIDAN DESA  
KABUPATEN BOGOR TAHUN 2010**

NO	Pertanyaan	Jawaban Informan			
		KB 1	KB 2	KB3	KB 4
	Pendidikan	D3	D3	D1 (kuliah)	D1 (kuliah)
	Lama Bekerja	20 tahun	10 tahun	7,5 tahun	10 tahun
	Lama bekerja sebagai koordinator bidan desa	12 tahun	3 tahun	1 tahun	5 tahun
1	Bagaimanakah system rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal dari Bidan di desa ke Puskesmas mampu PONEDED?	Adanya masalah persalinan tidak dapat ditangani oleh bidan di desa, dirujuk ke PONEDED atau ke PONEK apabila tidak dapat ditangani PONEDED.	Adanya masalah didesa, bidan desa membuat rujukan kemudian dibawa ke PONEDED, atau Rumah sakit.	Dari Bidan didesa mendeteksi adanya masalah yang tidak tertangani di rujuk ke PONEDED kemudian apabila sudah diluar wewenang bidan maka pasien dirujuk kerumah sakit.	Dari bidan di desa langsung ke PONEDED, kebanyakan pasien tidak mau dirujuk kerumah sakit atau PONEK.
2	Bagaimanakah Pengetahuan dimiliki oleh Bidan di desa dalam mendeteksi kegawat daruratan obstetric neonatal yang membutuhkan rujukan ke PONEDED/PONEK?	Cukup, karena selalu diingatkan untuk merujuk ke PONEDED	Sudah bagus karena apabila bidan desa tidak dapat menangani langsung dirujuk ke PONEDED.	Sudah bagus, sebagai tolak ukurnya adalah belum pernah adanya masalah kebidanan kesalahan dari bidan di desa	Sudah bagus, bidan desa semuanya adalah petugas PONEDED karena tidak ada petugas khusus PONEDED
3	Bagaimanakah pembinaan Bidan oleh Puskesmas?	Puskesmas mengadakan pertemuan setiap 2 minggu sekali setiap ada kasus dan	Puskesmas mengadakan pertemuan setiap hari jum'at untuk evaluasi	Adanya pertemuan bidan desa 3 bulan sekali dan pemeriksaan laporan	Puskesmas mengadakan pertemuan satu kali dalam satu bulan.

		lokbul setiap bulannya.	bidan di desa.	oleh kepala puskesmas setiap bulannya.	
4	Pelatihan apa saja yang sudah didapatkan oleh bidan di desa yang berkaitan dengan kegawatdaruratan obstetri neonatal? Apakah semua bidan sudah mendapatkan pelatihan tersebut?	Semua Bidan desa belum mendapatkan pelatihan kegawatdaruratan obstetri neonatal.	Asfiksia dan BBLR akan tetapi secara keseluruhan belum hanya sebagian saja.	APN, PPGDON. Sebagian ada yang sudah pelatihan ada yang belum.	APN, PPGDON, Menegement Asfiksi, BBLR, Sebagian belum pelatihan, dan belum merata.
5	Bagaimanakah jumlah dan pendidikan bidan di desa? Apakah sudah mencukupi? Jika belum, berapa jumlah idealnya?	Jumlah Bidan desa masih kurang, seharusnya disesuaikan dengan luas wilayah. Semua Bidan di desa sudah D3.	Sudah mencukupi, sesuai keputusan dinas satu desa satu bidan desa, sebagian besar sudah D3.	Sudah cukup. Sebagian besar sudah D3.	Kurang, karena masih ada bidan sukarelawan, pendidikan bidan desa sebagian besar sudah D3 sebagian sedang pendidikan untuk penyetaraan. Jumlah idealnya satu desa satu Bidan desa, atau sesuai dengan luas wilayah.
6	Bagaimanakah sosialisasi adanya Puskesmas mampu PONED kepada masyarakat melalui Bidan di desa?	Disosialisasikan setiap ada pertemuan kader dan minggon di kecamatan, lokbul	Sudah disosialisasikan kemasyarakat setiap Posyandu dan kepada Ibu hamil yang ANC di Puskesmas. Juga dengan pertemuan kader.	Sosialisasi dilakukan saat posyandu dan pertemuan kader.	Sosialisasi sudah dilakukan setiap Posyandu
7	Bagaimanakah dukungan tokoh masyarakat dalam kasus obstetri neonatal yang akan dirujuk ke PONED?	Bagus, ditunjukan dengan peningkatan rujukan ke PONED dari desa, meskipun ada yang tidak merujuk.	Ada yang mendukung ada yang tidak.	Ada yang mendukung ada yang tidak. bentuk dukungan tidak ada	Mendukung Karena apabila Bidan desa tidak ada ditempat langsung dirujuk ke PONED. Tetapi ada

					yang tidak mendukung, misalkan seperti hasil rapat setuju tetapi tidak ada kelanjutan, dukun ada yang kebidan kalau sudah gawat.
8	Bagaimanakah dukungan petugas kesehatan swasta terhadap rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal yang dirujuk bidan desa?	Mendukung dengan menghadiri pertemuan bulanan dengan puskesmas.	Ada yang mendukung dengan merujuk pasien ke PONED, ada yang tidak mendukung.	Mendukung, mau menerima kalau ada ruangan dan pasiennya mampu membayar.	Tidak tahu, karena tidak ada bidan swasta ataupun klinik swasta.

**MATRIK HASIL WAWANCARA MENDALAM  
INFORMAN KOORDINATOR PONED  
KABUPATEN BOGOR TAHUN 2010**

NO	Pertanyaan	Jawaban Informan			
		KP 1	KP 2	KP 3	KP 4
	Pendidikan	SKM	D4	D4	D1 (Kuliah) Merangkap sebagai Bidan Koordinator Bidan Desa
	Lama Bekerja	20tahun	19 tahun	+20 tahun	10 tahun
	Lama bekerja sebagai koordinator PONED	6 tahun	5 tahun	6 tahun	5 tahun
1	Bagimanakah system rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONED?	Kader menemukan masalah di desa, dari kader kebidan desa kemudian dirujuk ke PONED dan apabila tidak tertangani segera dirujuk ke PONEK	Bidan desa tidak dapat menangani masalah kemudian dirujuk ke PONED, PONEK tidak mampu menangani rujuk ke PONEK	Pasien langsung dibawa ke PONED oleh bidan desa.	Ada masalah di desa kemudian dibawa ke PONED, apabila PONED tidak mampu menangani dirujuk ke rumah sakit terdekat.
2	Bagaimanakah kemampuan petugas PONED dalam menangani rujukan kegawatdaruratan obstetri neonatal? Apakah sudah sesuai protap?	Kemampuan petugas PONED cukup bagus dan sudah sesuai protap.	Selama ini petugas sudah mampu menangani. Pelaksanaan kegiatan PONED sudah sesuai dengan protap	Kemampuan petugas PONED sudah cukup dalam menangani rujukan dan sudah sesuai protap.	Kemampuan petugas sudah baik, dan pelaksanaan sudah sesuai protap
3	Bagaimanakah pembinaan petugas Puskesmas mampu PONED oleh Dinas Kesehatan?	Setahun sekali dari Dinas kesehatan datang ke puskesmas atau petugas PONED datang ke Dinas untuk membicarakan masalah	Pembinaan Dinas Kesehatan kurang karena pelatihan jarang dan pengadaan sarana dan prasarana kurang.	Dukungan dari Dinas sangat kurang, pelatihan sedikit, alat-alat banyak yang kurang dan juga tenaga petugas kurang	Tidak tahu, karena tidak ada petugas PONED selain Koordinator PONEK, Sebelumnya ada dari dinas datang supervise tapi belum

		dan hambatan-hambatan di PONED.		juga belum ada tindaklanjut.	ada tindaklanjut dari Dinas.
4	Pelatihan apa saja yang sudah didapatkan oleh petugas PONED berkaitan dengan kegawatdaruratan obstetri neonatal? Apakah semua petugas PONED mendapatkan pelatihan tersebut?	Sebagian petugas sudah mendapatkan pelatihan APN, PPGDON, Asfiksi dan BBLR, tapi belum merata.	Sebagian petugas PONED sudah ada yang mendapat pelatihan PPGDON, APN, Asfiksi dan BBLR, akan tetapi belum semua bidan mendapat pelatihan secara merata.	Belum semua petugas mendapatkan pelatihan baik PPGDON, APN, BBLR dan Asfiksia.	Sebagian besar petugas sudah PPGDON, APN, BBLR dan Asfiksia. Akan tetapi masih ada petugas yang sama sekali belum mendapat pelatihan.
5	Bagaimanakah jumlah dan pendidikan petugas mampu PONED? Apakah sudah mencukupi? Jika belum berapakah jumlah idealnya?	Jumlah petugas sudah cukup, dan rata-rata sudah D3.	Jumlah petugas PONED sudah mencukupi, dan pendidikan sebagian petugas sudah D3	Jumlah petugas sudah mencukupi dan sebagian petugas PONED sudah D3. Karena bidan desa menjadi petugas PONED.	Jumlah petugas PONED sangat kurang karena petugas PONED tidak ada, jumlah ideal petugas PONED empat orang bidan yang sudah terlatih.
6	Bagaimanakah menurut saudara, peralatan dan fasilitas seperti alat dan obat di Puskesmas mampu PONED? Khususnya untuk kegiatan kebidanan dan PPGDON?	Peralatan dan fasilitas sudah bagus karena PONED selalu diutamakan.	Peralatan masih banyak yang kurang, sebagian peralatan sudah rusak, sterilisator beli sendiri karena rusak.	Sarana dan prasarana kurang dan ada yang rusak, untuk peralatan habis pakai yang tidak diberikan Dinas dikenakan pada pasien.	Banyak peralatan yang rusak, dan fasilitas penunjang banyak yang kurang, ada inkubator baru tapi tidak tahu cara penggunaannya. Infus set hanya ada yang micro.
7	Bagaimanakah biaya persalinan di Puskesmas mampu PONED? Apakah ada perbedaan biaya antara	Biaya persalinan disesuaikan dengan perda, perbedaan tarif pada persalinan normal dengan persalinan patologis.	Biaya partus normal tidak ada perbedaan tarif dan sesuai dengan tarif perda, yang	Biaya persalinan di PONED sudah terjangkau oleh masyarakat karena	Disesuaikan dengan tarif perda, tetapi ada penambahan untuk jasa bidan, tambahan obat-

	persalinan dalam jam kerja dengan diluar jam kerja?		membedakan mungkin adanya tindakan. Itupun disesuaikan dengan perda.	berpatokan pada perda, sekitar 500 ribu untuk persalinan normal	obatan.
8	Bagaimanakah biaya persalinan bagi keluarga miskin?	Keluarga miskin dapat menggunakan Jamkesmas, Jamkesda dan SKKM untuk persalinan ditenga kesehatan	Keluarga miskin tetap ditangani dengan bantuan Jamkesmas, jamkesda dan JKKM.	Keluarga miskin tetap terlayani, dengan jaminan Jamkesmas, Jamkesda, dan SKKM	Keluarga miskin diterima di PONEB dan sudah gratis karena ditanggung oleh jamkesmas, Jamkesda, atau menggunakan SKKM.
9	Bagaimanakah sosialisasi PONEB kepada Bidan di desa dan masyarakat?	Sosialisasi dilakukan saat lokmin, lokbul, pertemuan bidan, pertemuan kader dan pada saat posyandu.	Sosialisasi PONEB dilakukan dengan menyebarkan pelayanan pertemuan pertemuan bidan-bidan setiap bulan.	Sosialisasi dilakukan pada saat pertemuan bidan, Posyandu dan pada saat ibu hamil periksa ANC.	PONEB disosialisasikan pada saat pertemuan bidan, pertemuan kader, pertemuan paraji, dan pada saat pemeriksaan kehamilan

**MATRIK HASIL WAWANCARA MENDALAM  
INFORMAN KEPALA PUSKESMAS  
KABUPATEN BOGOR TAHUN 2010**

NO	Pertanyaan	Jawaban Informan			
		PKM 1	PKM 2	PKM 3	PKM 4
	Pendidikan	S1 Kedokteran	S1 Kedokteran	S1 Kedokteran	S1 Kedokteran
	Lama Bekerja Sebagai Kepala PKM. PONE	17 tahun	5 tahun	5 Bulan	9 tahun
1	Bagaimanakah system rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke Puskesmas mampu PONE?	Masalah yang kira-kira tidak mampu ditangani oleh bidan desa dirujuk ke PONE.	Biasanya dari bidan desa langsung ke PONE dan untuk Kegawat darurat biasanya bidan sudah tahu pasti tidak mampu ditangani di PONE maka langsung dirujuk kerumah sakit.	Bidan desa atau Pembina desa menerima rujukan dari paraji, dan biasanya tidak tertangani oleh bidan dan kemudian dirujuk ke Puskesmas selanjutnya baru dirujuk ke rumah sakit terdekat.	Rujukan dari paraji kebidan desa, kemudian dibawa PONE, dan untuk rujukan kerumah sakit masyarakat ini sangat susah karena faktor ekonomi, dan pengetahuan yang kurang juga jarak rumah sakit rujukan sangat jauh.
2	Bagaimanakah jumlah dan pendidikan Bidan Desa?	Jumlah bidan di PONE sudah cukup. Sesuai yang dari Dinas satu desa satu Bidan desa. Untuk pendidikan ada dicatat bu Tri.	Untuk pendidikan Bidan desa minimal harus D3 kebidanan, dan masih ada beberapa yang harus lagi pendidikan, jumlah bidan desa sudah cukup.	Untuk jumlah Bidan desa mau tidak mau satu desa, satu bidan desa. Dan rata-rata pendidikan D3 yang belum D3 sedang pendidikan D3.	Jumlah bidan desa ada 16 bidan yang sebenarnya sangat kurang dengan penduduk yang banyak dan juga geografis yang kurang mendukung. Dan untuk pendidikan bidan sudah D3, yang belum D3 sedang pendidikan D3.

3	Bagaimanakah Jumlah dan pendidikan petugas PONED?	Jumlah petugas PONED sudah cukup. Untuk pendidikan ada di catatan bu Tri.	Jumlah bidan cukup. Untuk pendidikan. Setiap tahun mereka meningkatkan pendidikan dengan biaya sendiri, sekarang sih sudah D3, dan D4.	Jumlah tenaga di PONED saat ini ada 4 orang bidan. Dan masih dibantu oleh bidan desa untuk jaga di PONED dan petugas masih memegang program Puskesmas. Sedangkan untuk pendidikan petugas sudah ada yang D4, D3 dan sedang pendidikan penyetaraan D3.	Selama ini tidak ada petugas khusus PONED, petugas PONED adalah bidan desa itu sendiri.
4	Bagaimanakah pengelolaan peralatan dan fasilitas khususnya untuk kegiatan kebidanan dan PPGDON (PONED)?		Sarana dan fasilitas yang ada masih kurang bisa dibilang kurang lengkap. Tapi selalu mengajukan tiap bulan.	Untuk peralatan yang rusak sudah dilaporkan keDinas dan belum ada penggantian. Apabila kebutuhan mendesak diadakan dari Puskesmas dengan menggunakan dana operasional Puskesmas. Seperti infuse set makro diadakan sendiri karena dinas tidak menyediakan, begitu juga dengan Vit K.	Banyak peralatan yang rusak, dan kurang. Dopler ada tapi rusak sudah mengajukan dua kali tapi belum ada perbaikan atau penggantian, APN kit masih kurang tapi ada alat baru incubator.
5	Bagaimanakah biaya persalinan di Puskesmas mampu PONED ?	Biaya persalinan disesuaikan dengan Perda dari Depkes dan Jamkesmas.	Semua diperlakukan sama seperti tarif Perda dan untuk pelayanan keluarga miskin bisa diklaim ke Jamkesmas, Jamkesda. Baik persalinan di PONED dan Bidan desa.	Biasanya Puskesmas memakai tarif Perda, dan untuk keluaruga miskin dapat menggunakan Jamkesmas, Jamkesda, SKKM, dengan menyertakan KTP dan KK untuk mendapatkan pelayanan gratis.	Untuk tarif persalinan berdasar tarif perda no 13 tahun 2003. Untuk masyarakat yang tidak mampu dapat menggunakan Jamkesmas, Jamkesda, dan SKKM karena kebanyakan sangat keberatan dengan

					tarif Puskesmas.
6	Bagaimanakah sosialisasi adanya Puskesmas mampu PONEB kepada masyarakat?	Sosialisasi pada waktu Korwil, Kordes dan minggon.	Sosialisasi dilakukan secara bertahap mulai dari tingkat Kecamatan pada waktu minggon, mengikuti rapat-rapat desa, pertemuan kader dan pertemuan bidan desa setiap minggu.	Sosialisasi lintas sektor dilakukan pada saat minggon di kecamatan, pertemuan Bidan desa untuk penyampaian masalah-masalah yang ada di desa, melalui posyandu di sosialisasikan Puskesmas poned pada ibu hamil untuk lebih sering kontak dengan tenaga kesehatan. Dan pemeriksaan kehamilan trimester 3 yang sering luput dari pengawasan.	Sudah disosialisasikan melalui Posyandu, setiap pertemuan kader, pertemuan paraji setiap bulan sekali di Puskesmas.

**MATRIK HASIL WAWANCARA MENDALAM  
INFORMAN KEPALA SEKSI PROGRAM KIA DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN BOGOR TAHUN 2010**

No	Pertanyaan	Jawaban informan
1	Bagaimanakah bantuk pembinaan kepada Bidan di Desa?	Dinas tidak langsung membina Bidan desa tetapi melalui UPT, dengan memakai kebijakan-kebijakan dari Dinas Kesehatan, dan Dinas mengadakan pertemuan rutin dengan Koordinator 2-3 kali setahun, yaitu dengan memberikan masukan materi yang baru, seperti pada awal tahun itu membicarakan apa yang akan dikerjakan setahun kedepan dan evaluasi yang telah dikerjakan dan apa hasilnya, dan seharusnya bidan koordinator menyampaikan hal tersebut pada bidan desa.
2	Bagaimanakah upaya pembinaan Puskesmas PONED?	Dinas juga mengadakan evaluasi kegiatan Puskesmas PONED, juga mengadakan pertemuan dengan PONED keseluruhan, dari pertemuan tersebut dapat dilihat sarana dan prasarana apa yang dibutuhkan.
3	Bagaimanakah system rujukan dari Bidan di Desa ke Puskesmas mampu PONED?	Sebenarnya bidan desa sudah cukup berhati-hati, bahwa sudah diluar kemampuan bidan, diluar wewenang bidan biasanya bidan akan merujuk ke Puskesmas PONED. Dan masalahnya apabila keluarga tidak mau dirujuk maka bidan akan menolong semampunya dari pada keparaji.
4	Bagaimanakah sosialisasi tentang Puskesmas mampu PONED kepada Bidan di Desa dan Masyarakat?	Sosialisasi Dinas melalui kepala UPTD itu mensosialisasikan ke jejaringnya, makanya dengan luas wilayah Bogor tidak mungkin mengcover semuanya makanya digunakan system.
5	Sejauh manakah perkembangan program penguatan system rujukan dari Bidan di desa ke puskesmas mampu PONED?	Kalau membicarakan program sudah semua banyak faktor yang mempengaruhi, kalau faktor internal itu sudah sesuai dengan peraturan dan kompetensi petugas, walaupun ada keterlambatan juga dari kita (bidan desa) tapi lebih pada masyarakatnya yang

		berat untuk dirujuk walaupun sudah ada Jamkesmas, Jamkesmas masalahnya siapa yang menanggung biaya transport seperti angkutan atau ambulance siapa yang mau mendanai.
6	Bagaimanakah kebijakan tentang SDM, sarana dan prasarana di Puskesmas mampu PONEDED?	Kebijakan SDM ada dikepegawaian, kadang kita sudah minta tapi itukan kebijakan kepegawaian, kadang dokter yang ditempatkan di PONEDED dan mendapat pelatihan PONEDED lalu dipindah dengan alasan promosi jadi ya kita tidak dapat berbuat apa-apa.
7	Bagaimanakah kebijakan pendanaan kegiatan puskesmas mampu PONEDED?	Pendanaan puskesmas silahkan Tanya pada bagian pelayanan medik
8	Bagaimanakah kebijakan penunjukan Puskesmas menjadi Puskesmas mampu PONEDED?	Syarat-syaratnya ada dipanduan PONEDED, yang pertama harus ada rawat inapnya, dan sekaligus menjadi Puskesmas UPTD.
9	Bagaimanakah kebijakan tentang biaya persalinan di Puskesmas mampu PONEDED?	Kebijakan biaya persalinan mengacu pada perda no 13 tahun 2003
10	Apakah upaya yang dilakukan untuk menurunkan kematian ibu dan neonatal di Kabupaten Bogor?	Pembinaan bidan koordinator, pelatihan, kemitraan dengan dukun paraji, sudah punya desa siaga, dan pembinaan lintas sektor, akhirnya kembali pada analisa situasi yang ada dengan hanya 2 rumah sakit PONEK yang tidak mencukupi, tetapi sudah bekerja sama dengan rumah sakit swasta.