



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**FAKTOR - FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
RUJUKAN KASUS KEGAWATDARURATAN OBSTETRI  
NEONATAL OLEH BIDAN DESA KE PUSKESMAS PONED  
DI KABUPATEN MALUKU TENGAH  
TAHUN 2012**

**SKRIPSI**

**LUSIA ATILDA PATTIANAKOTTA  
1006820562**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS  
DEPOK  
JUNI 2012**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**FAKTOR - FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
RUJUKAN KASUS KEGAWATDARURATAN OBSTETRI  
NEONATAL OLEH BIDAN DESA KE PUSKESMAS PONED  
DI KABUPATEN MALUKU TENGAH  
TAHUN 2012**

**SKRIPSI**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh  
gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

**LUSIA ATILDA PATTIANAKOTTA  
1006820562**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS  
DEPOK  
JUNI 2012**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Lusia Atilda Pattianakotta

NPM : 1006820562

Tanda Tangan :



Tanggal : 19 Juni 2012

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Lusia Atilda Pattianakotta  
NPM : 1006820562  
Mahasiswa Program : Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Tahun Akademik : 2010

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

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN RUJUKAN KASUS KEGAWADARURATAN OBSTETRI NEONATAL OLEH BIDAN DESA KE PUSKESMAS PONED DI KABUPATEN MALUKU TENGAH TAHUN 2012.**

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, 19 Juni 2012



Lusia Atilda Pattianakotta

## HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :  
Nama : Lusia Atilda Pattianakotta  
NPM : 1006820562  
Program Studi : Kebidanan Komunitas  
Judul Skripsi : Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan  
Rujukan Kasus Obstetri Neonatal Ke Puskesmas  
PONED Di Kabupaten Maluku Tengah Tahun  
2012.

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Kebidanan Komunitas Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : dr. Adang Bachtiar, MPH., DSc

*(Adang Bachtiar)*

Penguji : Drs. Anwar Hasan, MPH

*(Anwar Hasan)*

Penguji : DR. Sudibyo Supardi, Apt, Mkes

*(Sudibyo Supardi)*

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 19 Juni 2012

## KATA PENGANTAR

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

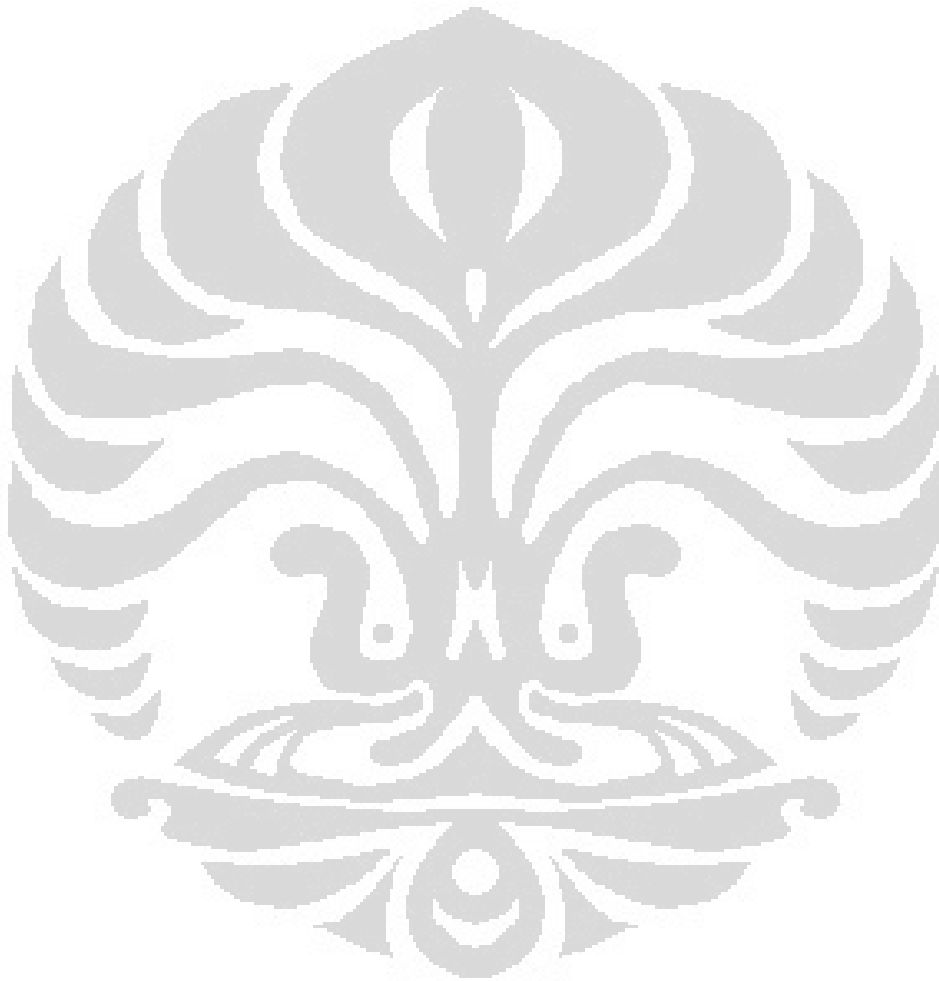
- (1) dr. Adang Bachtiar, MPH, DSc, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini.
- (2) Drs. Anwar Hasan, MPH dan DR. Sudibyo Supardi, Apt, Mkes, yang telah bersedia menjadi penguji dan memberikan saran yang bermanfaat bagi penulisan skripsi ini.
- (3) Seluruh dosen Kebidanan Komunitas Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang telah memberikan bantuan dan dukungan.
- (4) Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah yang telah memberikan izin kepada saya untuk mengikuti pendidikan di Universitas Indonesia.
- (5) Kepala Bidang Kesehatan Keluarga beserta staf yang turut membantu dalam pengambilan data dan penelitian.
- (6) Seluruh Bidan desa yang bertugas di Puskesmas Pelauw, Puskesmas Tehoru, Puskesmas Wahai yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.
- (7) Orang tua, suami tercinta Lucky serta anak terkasih Imanuella Cassy dan kakak – kakak yang kusayangi yang telah memberikan dukungan doa, material dan moral guna menyelesaikan skripsi ini.
- (8) Rekan – rekan bidan Komunitas Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia atas kebersamaan, bantuan dan dukungan kepada saya.

Serta semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu namun telah banyak membantu hingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Akhir kata, saya berharap Tuhan

Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu.  
Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

Depok, 19 Juni 2012

Penulis



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

---

Sebagai sivitas akademika Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Lusia Atilda Pattianakotta  
NPM : 1006820562  
Program Studi : Kebidanan Komunitas  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis Karya : Skripsi

demikian demi pengembangan ilmu pengetahuan menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia hak Bebas Royalti Noneksklusif (**Non – exclusive Royalty – free Right**) atas karya ilmiah saya yang berjudul :  
“Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Rujukan Kasus Kegawatdaruratan Obstetri Neonatal Oleh Bidan Desa ke Puskesmas PONED di Kabupaten Maluku Tengah Tahun 2012”.

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalimedia dan mempublikasikan 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 : 19 Juni 2012  
Yang menyatakan



(Lusia Atilda Pattianakotta)



## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

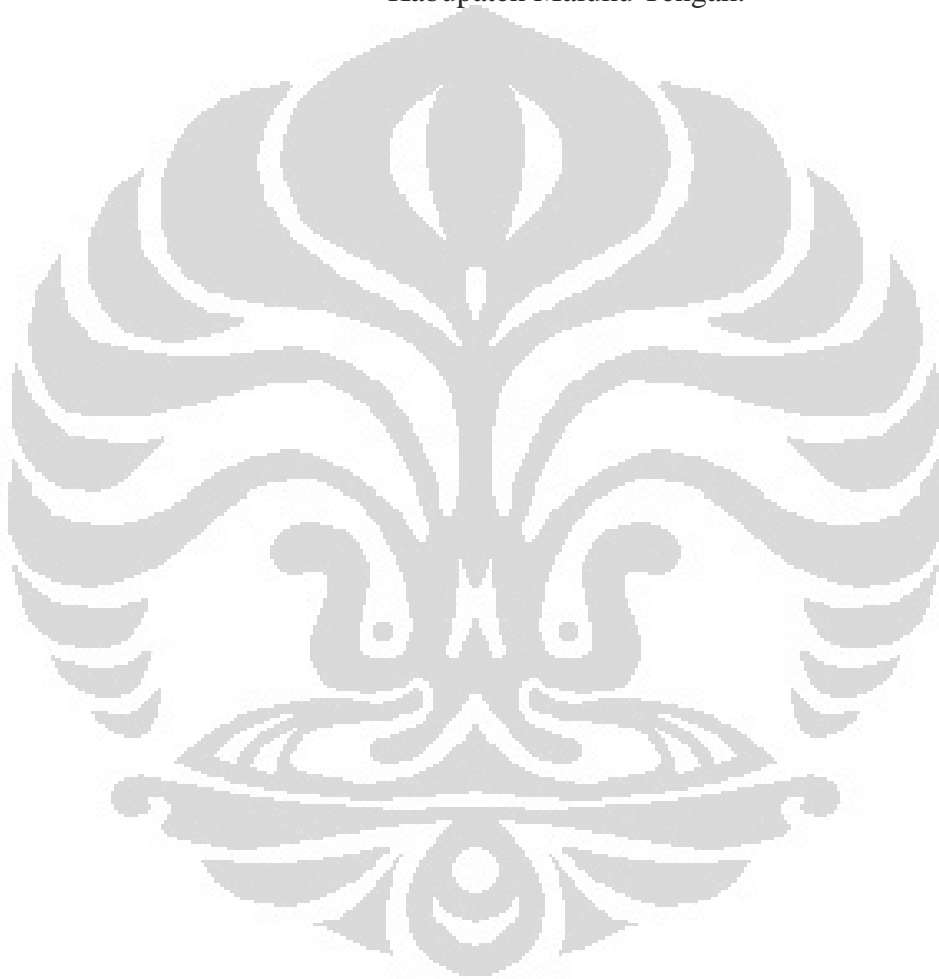
Nama : Lusia Atilda Pattianakotta.  
Tempat Tanggal Lahir : Hutumuri, 12 Maret 1983.  
Jenis Kelamin : Perempuan.  
Agama : Kristen Protestan.  
Alamat : Jl. Abdullah Soulissa Kota Masohi, kabupaten Maluku, Provinsi Maluku.  
No Hp : 081343248413  
e-mail : [nusahulawano@yahoo.co.id](mailto:nusahulawano@yahoo.co.id)

**Riwayat pendidikan**

1987-1988 : TK Kristen Rehoboth Yayasan PKPM Kotamadya Ambon - Maluku.  
1988-1990 : SD Kristen Rehoboth Yayasan PKPM Kotamadya Ambon - Maluku.  
1990-1994 : SD Kristen 1 Tiouw Yayasan PKPM Kecamatan Saparua Kabupaten Maluku Tengah – Maluku.  
1994-1995 : SMP Negeri 1 Saparua Kecamatan Saparua Kabupaten Maluku Tengah – Maluku.  
1995-1997 : SMP Negeri 2 Kotamadya Ambon - Maluku.  
1997-2000 : SMU Kristen Urimessing Yayasan PKPM Kotamadya Ambon – Maluku.  
2000-2003 : Akademi Kebidanan Provinsi Maluku.  
2010-2012 : Mahasiswa Peminatan Kebidanan Komunitas Fakultas kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

## **Riwayat Pekerjaan**

- 2004-2005 : Bidan Mercy Corps di Puskesmas Lafa Kecamatan  
Tehoru Kabupaten Maluku Tengah.
- 2005-2007 : Bidan Puskesmas Tulehu Kecamatan Tulehu  
Kabupaten Maluku Tengah.
- 2007-sekarang : Staf Bidang Kesehatan Keluarga Dinas kesehatan  
Kabupaten Maluku Tengah.



## ABSTRAK

Nama : Lusia Atilda Pattianakotta  
Program Studi : Kebidanan Komunitas  
Judul : Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan  
Rujukan Kasus Kegawatdaruratan Obstetri  
Neonatal Oleh Bidan desa ke Puskesmas  
PONED di Kabupaten Maluku Tengah  
Tahun 2012.

Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* yang bertujuan untuk mengetahui faktor – faktor yang berhubungan dengan rujukan kasus kegawatdaruratan oleh bidan desa ke puskesmas PONED di Kabupaten Maluku Tengah. Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif. Hasil penelitian menyarankan kepada puskesmas PONED yaitu memperbaiki manajemen program agar lebih baik yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, pemantauan dan pengendalian serta penilaian. Sedangkan saran untuk Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah selain memperbaiki manajemen program juga mengembangkan puskesmas rawat inap yang telah memenuhi persyaratan menjadi puskesmas PONED sehubungan dengan Maluku Tengah merupakan daerah kepulauan yang mempunyai tantangan terbesar yaitu keadaan alam dan letak geografi yang tidak mendukung.

Kata Kunci : Bidan desa, rujukan, obstetri neonatal, PONED

## ABSTRACT

Name : Lusia Atilda Pattianakotta  
Study Program : Community midwifery  
Title : Factors – factors associated with obstetric & neonatal referral cases by midwives to the health center PONE in the district of central Maluku years 2012.

This study uses cross-sectional design that aims to determine factors - factors related to the reference case of emergency by the midwife to the health center in Central Maluku District PONE. The study was a quantitative study. The results suggest that health centers improve the management PONE the program for the better that includes planning, organizing, mobilization, monitoring and control and assessment. As for advice to the Central Maluku District Health Office in addition to improving the management of the program is also developing inpatient centers that have met the requirements of a health center with respect PONE Central Maluku archipelago is an area that has the biggest challenge is the natural and geographical circumstances that does not support.

Keywords : Midwife in the village, referral, obstetric, neonatal, PONE.

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vii
ABSTRAK.....	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	viii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
<b>BAB I. PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	6
1.3. Pertanyaan Penelitian.....	6
1.4. Tujuan penelitian.....	7
1.4.1 Tujuan Umum.....	7
1.4.2 Tujuan khusus.....	7
1.5. Manfaat Penelitian.....	8
1.6. Ruang Lingkup .....	8
<b>BAB II. TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>10</b>
2.1. Sistim Rujukan.....	10
2.2. Kematian Ibu Maternal dan Perinatal.....	13
2.2.1 Kematian Ibu Maternal.....	13
2.2.2 Kematian Perinatal.....	13
2.3. Puskesmas Mampu PONED.....	14
2.3.1 Pengertian PONED.....	15
2.2.3 Puskesmas mampu PONED.....	15
2.2.4 Kebijakan PONED.....	16
2.2.5 Langkah Pembangunan PONED.....	17
2.2.6 Pelaksanaan PONED.....	19
2.2.7 Pencatatan dan Pelaporan.....	22

2.2.8 Pemantauan dan Evaluasi.....	22
2.4 Perilaku Kesehatan.....	24
2.5 Faktor – faktor yang berhubungan dengan rujukan kasus kegawadaruratan obstetri neonatal oleh bidan desa.....	28
2.5.1 Faktor Predisposisi.....	28
2.5.2 Faktor pemungkin.....	29
2.5.3 faktor Penguat.....	30
<b>BAB III KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL.....</b>	<b>32</b>
3.1 Kerangka Konsep.....	2
3.2 Definisi Operasional.....	34
3.3 Hipotesis.....	38
<b>BAB IV METODOLOGI PENELITIAN.....</b>	<b>39</b>
4.1. Jenis Penelitian.....	39
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	39
4.3 Populasi dan Sampel.....	39
4.4 Instrumen Penelitian.....	39
4.5 Pengembangan Alat Ukur.....	40
4.6 Pengumpulan Data.....	40
4.7 Pengolahan dan Analisa Data.....	40
4.7.1 Pengolahan Data.....	40
4.7.2 Analisis Data.....	41
<b>BAB V HASIL PENELITIAN.....</b>	<b>43</b>
5.1 Gambaran Umum.....	43
5.1.1 Geografi.....	43
5.1.2 Administrasi Pemerintahan.....	43
5.1.3 Sumber daya Kesehatan.....	44
5.2 Gambaran Pelaksanaan Rujukan.....	46

5.3 Analisis Univariat.....	46
5.3.1 Pendidikan.....	47
5.3.2 Pengetahuan Puskesmas Poned.....	47
5.3.3 Pengetahuan tentang obstetri neonatal.....	47
5.3.4 Masa kerja.....	48
5.3.5 Ketersediaan Petugas Kesehatan.....	48
5.3.6 Sarana prasarana.....	49
5.3.7 Waktu.....	49
5.3.8 Sosialisasi.....	49
5.3.9 Dukungan Keluarga.....	50
5.3.10 Dukungan Teman Sejawat.....	50
5.3.11 Dukungan Pimpinan/Atasan.....	51
5.4 Analisis Bivariat.....	51
5.4.1 Pendidikan.....	51
5.4.2 Pengetahuan Puskesmas Poned.....	52
5.4.3 Pengetahuan tentang obstetri neonatal.....	53
5.4.4 Masa kerja.....	53
5.4.5 Ketersediaan Petugas Kesehatan.....	54
5.4.6 Sarana prasarana.....	55
5.4.7 Waktu Tempuh.....	55
5.4.8 Sosialisasi.....	56
5.4.9 Dukungan Keluarga.....	57
5.4.10 Dukungan Teman Sejawat.....	57
5.4.11 Dukungan Pimpinan/Atasan.....	58
<b>BAB VI PEMBAHASAN.....</b>	<b>60</b>
6.1 Keterbatasan Penelitian.....	60
6.2 Hasil Penelitian.....	60
6.2.1 Rujukan Kasus Obstetri Neonatal Oleh Bidan Desa Ke Puskesmas Poned.....	60
6.2.2 Pendidikan.....	62

5.2.3 Pengetahuan Puskesmas PONED.....	63
5.2.4 Pengetahuan tentang obstetri neonatal.....	64
5.2.5 Masa kerja.....	65
5.4.5 Ketersediaan Petugas Kesehatan.....	67
5.4.6 Sarana prasarana.....	68
5.4.7 Waktu Tempuh.....	69
5.4.8 Sosialisasi.....	71
5.4.9 Dukungan Keluarga.....	73
5.4.10 Dukungan Teman Sejawat.....	74
5.4.11 Dukungan Pimpinan/Atasan.....	75
<b>BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>77</b>
7.1 Kesimpulan.....	77
7.2 Saran.....	77
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>81</b>
<b>LAMPIRAN</b>	



## DAFATR GAMBAR

Gambar 2.1	Alur rujukan kegawatdaruratan obstetri neonatal.....	12
Gambar 2.2	Mekanisme rujukan PONED.....	21
Gambar 2.3	<i>Health Program Planning An Educational and Ecological Approach Fourth Edition.....</i>	26
Gambar 3.2	Kerangka konsep.....	27
Gambar 5.1.2	Peta wilayah kerja puskesmas Kabupaten Maluku Tengah....	43



## DAFTAR TABEL

Tabel 5.1.2 Wilayah kerja Puskesmas PONED di Kabupaten Maluku Tengah Tahun 2012.....	44
Tabel 5.1.3 Ketersediaan tenaga kesehatan yang terlatih PONED di Puskesmas PONED di Kabupaten Maluku Tengah Tahun 2012.....	45
Tabel 5.1.4 Jumlah kasus obstetri neonatal dan tujuan rujukan obstetri neonatal di Kabupaten Maluku Tengah Tahun 2012.....	46
Tabel 5.2.1 Distribusi pelaksanaan rujukan kasus obstetri neonatal di Kabupaten Maluku Tengah Tahun 2012.....	46
Tabel 5.3.1 Distribusi pendidikan Bidan Desa Puskesmas PONED di Kabupaten Maluku Tengah Tahun 2012.....	47
Tabel 5.3.2 Distribusi pengetahuan Bidan Desa Puskesmas PONED di Kabupaten Maluku Tengah Tahun 2012.....	47
Tabel 5.3.3 Distribusi pengetahuan obstetri neonatal Bidan Desa Puskesmas PONED di Kabupaten Maluku Tengah Tahun 2012.....	48
Tabel 5.3.4 Distribusi Masa kerja Bidan Desa Puskesmas PONED di Kabupaten Maluku Tengah Tahun 2012.....	48
Tabel 5.3.5 Distribusi ketersediaan petugas kesehatan Puskesmas PONED di Kabupaten Maluku Tengah Tahun 2012... ..	48
Tabel 5.3.6 Distribusi sarana prasarana Puskesmas PONED di Kabupaten Maluku Tengah tahun 2012.....	49
Tabel 5.3.7 Distribusi waktu tempuh Bidan Desa ke Puskesmas PONED di Kabupaten Maluku Tengah Tahun 2012....	49
Tabel 5.3.8 Distribusi sosialisasi Puskesmas PONED di Kabupaten Maluku Tengah Tahun 2012.....	49

Tabel 5.3.9	Distribusi dukungan keluargatentang Puskesmas PONED di Kabupaten Maluku Tengah tahun 2012.....	50
Tabel 5.3.10	Distribusi dukungan teman sejawat tentang Puskesmas PONED di Kabupaten maluku Tengah Tahun 2012.....	50
Tabel 5.3.11	Distribusi dukungan pimpinan/atasan tentang Puskesmas PONED di Kabupaten maluku Tengah tahun 2012.....	51
Tabel 5.4.1	Hubungan antara faktor pendidikan dengan rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal oleh bidan desa ke puskesmas PONED di Kabupaten Maluku Tengah Tahun 2012 .....	51
Tabel 5.4.2	Hubungan antara faktor pengetahuan tentang puskesmas PONED dengan rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal oleh bidan desa ke puskesmas PONED di Kabupaten Maluku Tengah tahun 2012.....	52
Tabel 5.4.3	Hubungan antara faktor pengetahuan tentang obstetri neonatal dan sistim rujukan dengan rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal oleh bidan desa ke puskesmas PONED di Kabupaten Maluku Tengah tahun 2012 .....	53
Tabel 5.4.4	Hubungan antara masa kerja dengan rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal oleh bidan desa ke puskesmas PONED di Kabupaten Maluku Tengah tahun 2012.....	53
Tabel 5.4.6	Hubungan antara ketersediaan petugas kesehatan terlatih dengan rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas PONED di Kabupaten Maluku Tengah tahun 2012.....	54
Tabel 5.4.7	Hubungan antara ketersediaan sarana prasarana dengan rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas PONED di Kabupaten Maluku Tengah tahun 2012 .....	55

Tabel 5.4.8	Hubungan antara waktu tempuh dengan rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas PONED di Kabupaten Maluku Tengah tahun 2012.....	55
Tabel 5.4.9	Hubungan antara sosialisasi dengan rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas PONED di Kabupaten Maluku Tengah tahun 2012.....	56
Tabel 5.4.10	Hubungan antara dukungan keluarga dengan rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas PONED di Kabupaten Maluku Tengah tahun 2012.....	57
Tabel 5.4.11	Hubungan antara dukungan teman sejawat dengan rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas PONED di kabupaten Maluku Tengah tahun 2012.....	57
Tabel 5.4.12	Hubungan antara dukungan pimpinan/atasan dengan rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas PONED di Kabupaten Maluku Tengah tahun 2012.....	58

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

AKI dan AKB merupakan indikator untuk mengetahui derajat kesehatan suatu negara yang mencerminkan kesejahteraan suatu bangsa. Menurut hasil berbagai survei, tinggi rendahnya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) disuatu Negara dapat dilihat dari kemampuan untuk memberikan pelayanan obstetric dan neonatal yang bermutu dan menyeluruh (Jurnal Kesmas, 2007). Angka Kematian Ibu di Indonesia berjumlah 228/100.000 KH dan AKB 34/1000 KH (Depkes, 2008). Angka tersebut juga masih sangat tinggi jika dibandingkan dengan target yang harus dicapai pada target *Millenium Development Goals* (MDGs) yaitu menurunkan AKI menjadi 102/100.000 KH dan AKB menjadi 15/1000 KH pada tahun 2015 (Depkes, 2007).

Penyebab utama kematian ibu di Indonesia secara langsung adalah perdarahan 42 %, Eklampsia 13 %, Komplikasi Abortus 11 %, Infeksi 10 %, dan Persalinan lama 9 %. Penyebab langsung biasanya erat dengan kondisi kesehatan ibu sejak proses kehamilan, proses persalinan, dan pasca persalinan.

Sedangkan penyebab tidak langsung lebih terkait dengan kondisi sosial ekonomi, geografis serta perilaku budaya masyarakat yang terangkum dalam 4 T “Terlalu” (terlalu tua, terlalu muda, terlalu banyak, terlalu sering) dan 3 Terlambat yaitu yang pertama, terlambat mengambil keputusan, baik secara individu, keluarga atau keduanya. Faktor yang mempengaruhi fase ini adalah terlambat mengenali kehamilan dalam situasi gawat, jauh dari fasilitas kesehatan, biaya, persepsi mengenai kualitas dan efektifitas dari perawatan kesehatan. Kedua adalah terlambat mencapai fasilitas pelayanan kesehatan.

Faktor yang mempengaruhi adalah lama pengangkutan, kondisi jalan, biaya transportasi. Ketiga adalah terlambat mendapatkan pelayanan yang adekuat. Menurut WHO dalam depkes, 2007 keterlambatan ini dipengaruhi oleh kelengkapan peralatan di tempat rujukan, ketersediaan obat, dan ketersediaan tenaga yang terlatih. Keterbatasan akses pada pertolongan persalinan oleh tenaga terampil dan sistem rujukan yang tidak memadai mengakibatkan hampir 40 % wanita melahirkan tanpa pertolongan tenaga kesehatan terampil, dan 70 % tidak mendapatkan pelayanan pasca persalinan dalam waktu 6 minggu setelah persalinan. Kualitas pelayanan oleh tenaga kesehatan yang tidak memadai menyebabkan lebih dari 200.000 kematian ibu setiap tahun.

Sedangkan penyebab utama kematian perinatal adalah prematur/BBLR (Berat Badan Lahir Rendah), kelainan kongenital, asfiksia neonatorum, insufisiensi plasenta, perlukaan kelahiran (Wiknjosastro dkk, 2006). Angka kematian neonatal masih belum menunjukkan penurunan yang bermakna jika dibandingkan dengan penurunan AKB. Data SDKI tahun 2007 menunjukkan angka kematian neonatal 19/1000 kelahiran hidup (BPS, 2007).

Tampaknya tidak mudah mencapai target MDGs mengingat sistem pelayanan obstetri neonatal emergensi yang masih lemah, yang belum mampu menjangkau tepat waktu semua kasus komplikasi maternal dan neonatal. Berbagai usaha untuk mencapai target telah dilakukan, di antaranya program *Safe Motherhood* pada tahun 1988, Gerakan Sayang Ibu pada tahun 1996, Gerakan Nasional Kehamilan yang Aman atau *Making Pregnancy Saver* (MPS) pada tahun 2001. Tiga fokus kegiatan (pesan kunci) MPS yaitu pertama, setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan yang terlatih; kedua, setiap komplikasi obstetri neonatal mendapatkan pelayanan yang adekuat; ketiga, setiap wanita subur mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran (Depkes, 2004).

Menurut Saifuddin A.B. 2002, komplikasi dalam kehamilan dan persalinan tidak dapat diduga atau diramalkan sebelumnya. Kira-kira 90 % kematian ibu terjadi di saat sekitar persalinan dan kira-kira 95 % penyebab kematian ibu adalah komplikasi obstetri yang sering tidak dapat diperkirakan sebelumnya dan 54% persalinan masih dilakukan di rumah.

Selain itu hal yang perlu diingat adalah persalinan yang dilakukan di fasilitas kesehatan juga harus didukung oleh tenaga kesehatan yang kompeten, fasilitas kesehatan yang memenuhi standart operasional, manajemen program yang efektif dan dukungan penuh dari semua stakeholder terkait (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Semua hal yang disampaikan diatas berpengaruh dan mempunyai peranan penting dalam terjadinya kematian ibu dan bayi yang berdampak terhadap lambatnya penurunan AKI dan AKB di Indonesia (SDKI, 2007).

Pengembangan puskesmas rawat inap menjadi puskesmas PONED merupakan realisasi dari MPS dimana puskesmas tersebut mampu memberikan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi dasar (PONED). PONED merupakan pelayanan untuk menanggulangi kasus-kasus kegawatdaruratan obstetri dan neonatal. Puskesmas PONED menerima rujukan dari tenaga atau fasilitas kesehatan ditingkat desa atau masyarakat dan merujuk ke rumah sakit bila diperlukan. Adanya puskesmas mampu PONED diharapkan dapat mencegah terjadinya kematian ibu dan bayi atau paling tidak dapat melakukan pengelolaan kasus dengan komplikasi tertentu di wilayah kerjanya sesuai dengan tingkat kewenangan dan kemampuannya. Puskesmas mampu PONED menjadi tempat rujukan terdekat dari desa sebagai pembina bidan di desa sehingga ibu hamil dan ibu bersalin mempunyai akses yang dekat dengan fasilitas kesehatan. Walaupun puskesmas PONED sebagai sub-center rujukan namun masih mempunyai keterbatasan yaitu fasilitas yang ada belum didukung oleh sumber daya yang memadai sehingga kompetensi petugas dan kualitas pelayanan obstetri dan neonatal umumnya masih dibawah standar. Selain itu faktor jarak dan geografis

pun menjadi penghambat utama akses pelayanan obstetri dan neonatal (Jurnal Kesmas,2007).

Sistem rujukan yang dinyatakan dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 023 tahun 1972 adalah sistem penyelenggaraan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab secara timbal balik atas masalah kesehatan yang timbul pada pelayanan kesehatan yang lebih rendah secara vertikal maupun pada pelayanan yang setingkat secara horisontal kepada pelayanan kesehatan yang lebih mampu (Purnomo, 2003).

Beberapa masalah dalam sistem rujukan kesehatan maternal dan neonatal di 10 kabupaten SMP-FA (Safe Motherhood Partnership and Family Approach) yaitu : pertama, penerima pertama pasien bukan tenaga medis terlatih. Kedua, dokter dan bidan sebagai tenaga terlatih justru berada di lini belakang. Ketiga, prosedur penerima rujukan yang lambat karena birokrasi pelaporan. Keempat, bank darah rumah sakit belum berfungsi sebagai tempat antara penyimpanan darah. Kelima, belum tersedianya unit transfusi darah di semua kabupaten/kota. Keenam, keterbatasan pelayanan pemeriksaan penunjang karena keterbatasan SDM, sarana dan prasarana. Ketujuh, keterbatasan puskesmas dalam melakukan tindakan. Kedelapan, secara umum dikatakan bahwa puskesmas sudah tidak melakukan pertolongan persalinan normal maupun melakukan beberapa tindakan yang sebenarnya masih dalam kewenangan puskesmas seperti ekstraksi vakum/forceps dan curetage. Kesembilan, umpan balik surat rujukan. Kesepuluh, petunjuk pelaksanaan sistem rujukan yang tidak baku. Kesebelas, belum terdapat persepsi yang sama tentang prosedur tindakan diantara petugas pelaksana pelayanan kesehatan maternal dan neonatal. Kedua belas, pengetahuan masyarakat tentang kegawatdaruratan maternal dan neonatal. Ketiga belas, kemampuan ibu dalam mengambil keputusan. Keempat belas, konsekuensi finansial sebagai dampak proses rujukan (Depkes, 2007).

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 diharapkan mampu

**Universitas Indonesia**



mendeteksi resiko tinggi dan komplikasi serta memberikan pertolongan pertama dalam kegawatdaruratan obstetri neonatal dengan disertai berfungsinya puskesmas mampu PONED. Maka dengan demikian akan mendekatkan pelayanan emergensi obstetri 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.

Angka kematian ibu di Kabupaten Maluku Tengah yang tercatat dalam tiga tahun terakhir mengalami fluktuasi yaitu 139/100.000 KH di tahun 2009 kemudian mengalami kenaikan di tahun 2010 yang berjumlah 140/100.000 KH dan selanjutnya angka tersebut menurun kembali menjadi 117/100.000 KH di tahun 2010. Sedangkan untuk angka kematian bayi mengalami fluktuasi juga yaitu di tahun 2009 berjumlah 12/1000 KH yang selanjutnya mengalami kenaikan di tahun 2010 dengan jumlah 22/1000 KH dan kembali mengalami penurunan di tahun 2011 dengan jumlah 14/1000 KH. Data ini diperoleh hanya melalui hasil pencatatan pada unit-unit pelayanan kesehatan dimasyarakat, bukan melalui suatu hasil survey atau penelitian yang dilakukan khusus untuk mendapatkan data tersebut sehingga diperkirakan masih banyak data kematian ibu yang tidak tercakup dalam sistem pencatatan ini (Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah tahun 2009 s/d 2011).

Kabupaten Maluku Tengah memiliki tiga puskesmas perawatan yang telah dikembangkan menjadi puskesmas PONED yaitu puskesmas Tehoru, puskesmas Wahai, dan puskesmas Pelauw. Dari data yang tercatat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah tahun 2009 s/d 2011 didapatkan deteksi risiko tinggi di ketiga puskesmas PONED adalah 296 kasus yang terdeteksi baik itu oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat. Kemudian dari kasus risiko tinggi yang ditemukan terdapat 18 kasus obstetri yang dirujuk dan untuk kasus neonatal tidak ada yang dirujuk. Sedangkan komplikasi yang ditangani oleh ketiga puskesmas PONED yang ada di Kabupaten Maluku Tengah dari tahun 2009 s/d 2010 berjumlah 60 kasus obstetri dan 24 kasus neonatal. Komplikasi obstetri yang dimaksud adalah kesakitan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas yang dapat mengancam jiwa ibu dan/atau bayi. Sedangkan neonatus dengan komplikasi

**Universitas Indonesia**

adalah neonatus dengan penyakit dan kelainan yang dapat menyebabkan kesakitan, kecacatan, dan kematian. Namun karena minimnya sistim pencatatan dan pelaporan Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah maka tidak diketahui secara pasti tujuan rujukan kasus obstetri neonatal dengan komplikasi di Kabupaten Maluku Tengah.

Dari data survey awal penelitian yang dilakukan untuk bidan desa di ketiga wilayah kerja puskesmas PONED didapatkan data tentang tujuan rujukan kasus obstetri dan neonatal dengan komplikasi oleh bidan desa pada tahun 2011 yaitu dari 155 kasus obstetri dan neonatal yang ditemukan dirujuk ke puskesmas setempat 1 kasus, ke puskesmas PONED sebanyak 22 kasus, ke rumah sakit kabupaten 26 kasus, ke rumah sakit di luar kabupaten sebanyak 19 kasus dan 80 kasus yang ditangani sendiri oleh bidan setempat tanpa dirujuk ke fasilitas kesehatan.

Mengingat bidan desa berada dekat dengan masyarakat dan erat hubungannya dengan puskesmas, maka semua kasus yang dirujuk dari desa pun diharapkan melalui arah rujukan yang sesuai dengan aturan yang berlaku karena seringkali pasien rujukan tidak mendapatkan penanganan yang adekuat sebelum dirujuk ke RS dimana pasien tersebut tidak mendapat tindakan pra rujukan yang seharusnya didapatkan di puskesmas PONED. Dengan demikian seyogyanya puskesmas PONED dijadikan sebagai fasilitas rujukan yang paling utama bagi bidan desa dan puskesmas yang ada di sekitarnya dalam penanganan kasus obstetri dan neonatal mengingat fungsi dari puskesmas PONED yaitu mendekatkan pelayanan emergensi obstetri dan neonatal ke sasaran yaitu ibu dan bayi yang mengalami komplikasi kehamilan maupun persalinan dan penyakit atau kelainan pada neonatus sehingga penyelamatan jiwa ibu dan bayi dapat ditangani secara cepat dan tepat yang berdampak pada penurunan angka kematian ibu dan bayi di Kabupaten Maluku Tengah.

## 1.2 Rumusan Masalah

Dari uraian diatas menunjukkan bahwa masih banyak kasus komplikasi obstetri neonatal yang ditangani sendiri oleh bidan desa, masih banyak bidan desa yang melakukan rujukan langsung ke RS di dalam maupun di luar Kabupaten Maluku Tengah. Maka permasalahan pada penelitian ini adalah masih kurangnya rujukan kasus obstetri dan neonatal dengan komplikasi oleh bidan desa ke puskesmas PONED di Kabupaten Maluku Tengah sehingga dianggap perlu untuk melakukan penelitian tentang “ Faktor-faktor yang berhubungan dengan rujukan kasus kegawadaruratan obstetri neonatal oleh Bidan desa ke puskesmas PONED di kabupaten Maluku Tengah tahun 2012“.

## 1.3. Pertanyaan Penelitian

1. Berapa persen faktor predisposisi yang terdiri dari pendidikan, masa kerja, pengetahuan tentang puskesmas PONED, pengetahuan kegawatdaruratan obstetri neonatal dan sistem rujukan oleh bidan desa dalam melakukan rujukan kasus kegawadaruratan obstetri neonatal ke puskesmas PONED di Kabupaten Maluku Tengah Tahun 2012?
2. Berapa persen faktor pemungkin yang terdiri dari ketersediaan petugas terlatih di puskesmas PONED, sarana dan fasilitas serta waktu tempuh oleh bidan desa dalam melakukan rujukan kasus kegawadaruratan obstetri neonatal ke puskesmas PONED di Kabupaten Maluku Tengah Tahun 2012?
3. Berapa persen faktor penguat yang terdiri dari sosialisasi, dukungan keluarga, dukungan teman sejawat dan dukungan pimpinan oleh bidan desa dalam melakukan rujukan kasus kegawadaruratan obstetri neonatal ke puskesmas PONED di Kabupaten Maluku Tengah Tahun 2012?
4. Apakah ada hubungan faktor predisposisi dengan rujukan kasus kegawadaruratan obstetri neonatal oleh bidan desa ke puskesmas PONED di Kabupaten Maluku Tengah Tahun 2012?

5. Apakah ada hubungan faktor pemungkin dengan rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal oleh bidan desa ke puskesmas PONED di kabupaten Maluku Tengah tahun 2012?
6. Apakah ada hubungan faktor penguat dengan rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal oleh bidan desa ke puskesmas PONED di kabupaten Maluku Tengah tahun 2012?

#### 1.4. Tujuan Penelitian

##### 1.4.1 Tujuan Umum

Diketuainya gambaran dan faktor-faktor yang berhubungan dengan rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal oleh Bidan desa ke puskesmas PONED di kabupaten Maluku Tengah tahun 2012.

##### 1.4.2 Tujuan Khusus

1. Diketuainya gambaran faktor predisposisi yang terdiri dari pendidikan, masa kerja, pengetahuan tentang puskesmas PONED, pengetahuan kegawatdaruratan obstetri neonatal dan sistem rujukan dapat mempengaruhi bidan desa dalam melakukan rujukan kasus kegawadaruratan obstetri neonatal ke puskesmas PONED di Kabupaten Maluku Tengah Tahun 2012.
2. Diketuainya gambaran faktor pemungkin yang terdiri dari ketersediaan petugas terlatih di puskesmas PONED, sarana dan fasilitas serta waktu tempuh dapat mempengaruhi bidan desa dalam melakukan rujukan kasus kegawadaruratan obstetri neonatal ke puskesmas PONED di Kabupaten Maluku Tengah Tahun 2012.
3. Diketuainya gambaran faktor penguat yang terdiri dari sosialisasi, dukungan keluarga, dukungan teman sejawat dan dukungan pimpinan dapat mempengaruhi bidan desa dalam melakukan rujukan kasus kegawadaruratan obstetri neonatal ke puskesmas PONED di Kabupaten Maluku Tengah Tahun 2012.
4. Diketuainya faktor predisposisi yang berhubungan dengan rujukan kasus kegawadaruratan obstetri neonatal oleh bidan di desa ke puskesmas PONED di Kabupaten Maluku Tengah Tahun 2012.

**Universitas Indonesia**

5. Diketuainya faktor pemungkin yang berhubungan dengan rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal oleh bidan di desa ke puskesmas PONED di kabupaten Maluku Tengah tahun 2012.
6. Diketuainya faktor penguat yang berhubungan dengan rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal oleh bidan di desa ke puskesmas PONED di kabupaten Maluku Tengah tahun 2012.

#### 1.5. Manfaat Penelitian

##### 1. Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber referensi mengenai hal hal yang berkaitan dengan rujukan dari desa ke puskesmas.

##### 2. Bagi Dinas Kesehatan :

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu masukan untuk evaluasi program dalam rangka peningkatan kinerja puskesmas PONED melalui rujukan bidan di desa, sekaligus mengetahui kendala nyata dalam rujukan yang dilakukan.

#### 1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan rujukan kasus kegawatdaruratan oleh bidan di desa ke puskesmas PONED di kabupaten Maluku Tengah tahun 2012. Penelitian akan dilaksanakan mulai dari bulan Februari - Mei 2012, dengan menggunakan data primer melalui kuesioner yang diisi secara mandiri oleh responden dan data sekunder dari pelaporan bidan di desa serta pelaporan di Dinas Kesehatan Kabupaten.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Sistem Rujukan**

Yang dimaksud dengan sistem rujukan di Indonesia yang telah dirumuskan dalam SK Menteri Kesehatan RI NO. 32 tahun 1972 ialah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan yang melaksanakan pelimpahan tanggungjawab timbal balik terhadap satu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal dalam arti dari unit yang berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu atau secara horisontal dalam arti antar unit-unit yang setingkat kemampuannya (Azwar,1996).

Rujukan maternal dan neonatal adalah sistem rujukan yang dikelola secara strategis, proaktif, pragmatis dan koordinatif untuk menjamin pemerataan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal yang paripurna dan komprehensif bagi masyarakat yang membutuhkannya terutama ibu dan bayi baru lahir, dimanapun mereka berada dan berasal dari golongan ekonomi manapun, agar dapat dicapai peningkatan derajat kesehatan ibu hamil dan bayi melalui peningkatan mutu dan keterjangkauan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal di wilayah mereka berada (Depkes, 2006).

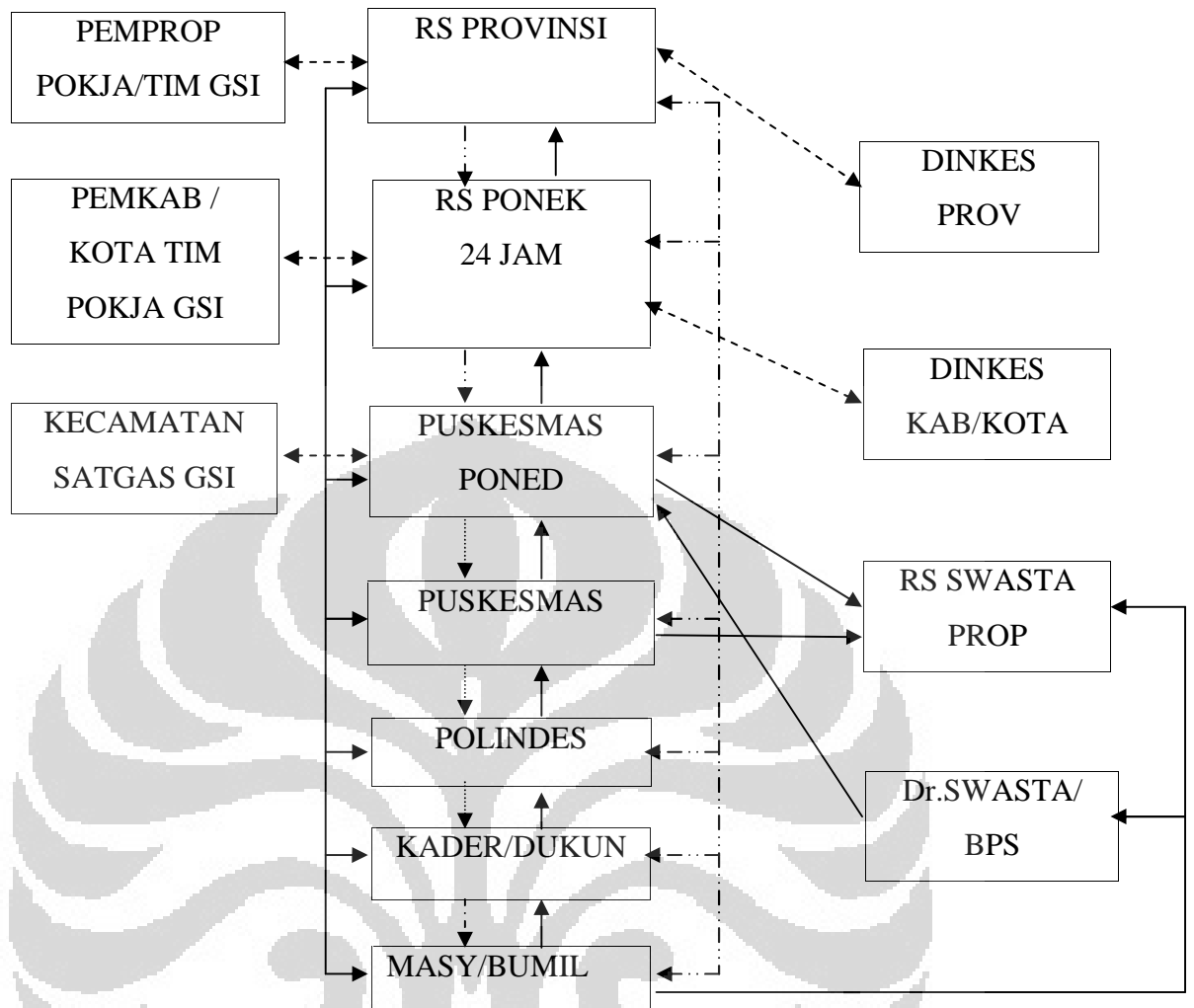
Sistem rujukan pelayanan kegawatdaruratan maternal dan Neonatal mengacu pada prinsip utama kecepatan dan ketepatan tindakan, efisien, efektif dan sesuai dengan kemampuan dan kewenangan fasilitas pelayanan. Setiap kasus dengan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal yang datang ke puskesmas PONED harus langsung dikelola sesuai dengan prosedur tetap sesuai dengan buku acuan nasional pelayanan kesehatan maternal dan neonatal.

Setelah dilakukan stabilisasi kondisi pasien, kemudian ditentukan apakah pasien akan dikelola di tingkat puskesmas mampu PONEK atau dilakukan rujukan ke RS pelayanan obstetri dan neonatal emergensi komprehensif (PONEK) untuk mendapatkan pelayanan yang lebih baik sesuai dengan tingkat kegawatdaruratannya (Depkes RI, 2007) dengan alur sebagai berikut :

1. Masyarakat dapat langsung memanfaatkan semua fasilitas pelayanan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal (PPGDON).
2. Bidan di desa dan polindes dapat memberikan pelayanan langsung terhadap ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat. Selain menyelenggarakan pelayanan pertolongan persalinan normal, bidan di desa dapat melakukan pengelolaan kasus dengan komplikasi tertentu sesuai dengan tingkat kewenangan dan kemampuannya atau melakukan rujukan pada puskesmas, puskesmas mampu PONEK dan RS PONEK sesuai dengan tingkat pelayanan yang sesuai.
3. Puskesmas non-PONEK sekurang-kurangnya harus mampu melakukan stabilisasi pasien dengan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal yang datang sendiri maupun yang dirujuk oleh kader/dukun/bidan di desa sebelum melakukan rujukan ke puskesmas mampu PONEK dan RS PONEK.
4. Puskesmas mampu PONEK memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan langsung kepada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat, bidan di desa dan puskesmas. Puskesmas mampu PONEK dapat melakukan pengelolaan kasus dengan komplikasi tertentu sesuai dengan tingkat kewenangan dan kemampuannya atau melakukan rujukan pada RS PONEK.
5. RS PONEK 24 jam memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan PONEK langsung terhadap ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat, bidan di desa, puskesmas, puskesmas mampu PONEK.

6. Pemerintah provinsi/kabupaten melalui kebijakan sesuai dengan tingkat kewenangannya memberikan dukungan secara manajemen, administratif maupun kebijakan anggaran terhadap kelancaran PPGDON. Ketentuan tentang persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan dapat dituangkan dalam bentuk peraturan daerah sehingga deteksi dini kelainan pada persalinan dapat dilakukan lebih awal dalam upaya pencegahan komplikasi kehamilan dan persalinan.
7. Pokja/satgas GSI merupakan bentuk nyata kerjasama lintas sektoral ditingkat provinsi dan kabupaten untuk menyampaikan pesan peningkatan kewaspadaan masyarakat terhadap komplikasi kehamilan dan persalinan serta kegawatdaruratan yang mungkin timbul oleh karenanya. Dengan penyampaian pesan melalui berbagai instansi/institusi lintas sektoral, maka dapat diharapkan adanya dukungan nyata masyarakat terhadap sistem rujukan PONEK 24 jam.
8. RS swasta, rumah bersalin, dan dokter/bidan praktek swasta dalam sistem rujukan PONEK 24 jam diharuskan melaksanakan peran yang sama dengan RS PONEK 24 jam, puskesmas mampu PONEK dan bidan dalam jajaran pelayanan rujukan. Institusi ini diharapkan dapat dikoordinasikan dalam kegiatan pelayanan rujukan PONEK 24 jam sebagai kelengkapan pembinaan pra RS.





Gambar 2.1 Alur Rujukan kegawatdaruratan Obstetri dan Neonatal

Sumber : Pedoman sistem rujukan maternal dan neonatal di tingkat kabupaten/kota (Depkes RI, 2007)

Keterangan:

———— : Rujukan

- - - - - : Umpan balik rujukan

..... : Koordinasi

## 2.2 Kematian Ibu Maternal dan kematian Perinatal

### 2.2.1 Kematian Ibu Maternal

Menurut WHO kematian maternal ialah kematian seorang wanita waktu hamil atau dalam 24 hari sesudah berakhirnya kehamilan oleh sebab apapun, terlepas dari tuanya kehamilan dan tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan (Prastyani, 2010).

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 dengan resiko paling tinggi terjadi pada periode persalinan. Penyebab utamanya adalah perdarahan, eklampsia dan infeksi serta komplikasi puerperium.

#### 2. Penyebab Tidak Langsung

Penyebab tidak langsung lebih terkait dengan kondisi sosial, ekonomi, geografi serta perilaku budaya masyarakat yang terangkum dalam 4T (terlalu tua/muda, terlalu banyak, terlalu sering) dan 3T (terlambat mengambil keputusan, terlambat mencapai fasilitas pelayanan kesehatan, dan terlambat mendapatkan pelayanan yang adekuat).

### 2.2.2 Kematian Perinatal

Kematian perinatal adalah kematian pada anak yang tidak menunjukkan tanda – tanda hidup waktu dilahirkan, ditambah dengan jumlah anak yang meninggal dalam minggu pertama dalam kehidupannya (Prastyani, 2010).

Penyebab kematian perinatal yaitu karena prematuritas ( sebagian besar bayi yang meninggal dalam minggu pertama ialah bayi prematur), kelahiran kongenital, asfiksia neonaturum, insufisiensi plasenta, perlukaan kelahiran dan lain –lain.

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

Kasus kegawadaruratan obstetri dan neonatal ialah kasus obstetri dan neonatal yang apabila tidak segera ditangani akan berakibat kematian ibu dan janinya. Penyebab utama dengan manifestasi klinik kegawadaruratan berbeda – beda (Saifudin, AB, dkk, 2002) :

1. Kasus perdarahan dapat bermanifestasi mulai dari perdarahan berwujud bercak, merembes, profus sampai 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, bnegkak, penglihatan kabur, kejang-kejang sampai koma/pingsan/tidak sadar
4. Kasus persalinan macet lebih mudah dikenal yaitu apabila kemajuan persalinan tidak berlangsung sesuai dengan batas waktu yang normal sesuai partograf dan resiko terjadinya ruptur uteri
5. Kasus neonatal seperti kondisi atau tanda – tanda BBLR 2000 gram, bayi tidak mau minum ASI, tangan dan kaki bayi teraba dingin, bayi mengalami gangguan/kesulitan bernapas, 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.

## 2.3 Puskesmas PONED

### 2.3.1 Pengertian Puskesmas

Puskesmas adalah 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).

Ada beberapa kriteria umum Puskesmas sebagai unit pelaksana teknis dinas (UPTD) dari Dinas Kesehatan kabupaten/kota yaitu sebagai berikut : 1) tidak melaksanakan fungsi pengaturan, pembinaan dan perizinan ; 2) mempunyai misi atau/tugas pokok yang jelas dan tidak berduplikasi atau tumpang tindih dengan unit organisasi lainnya ; 3) harus didukung oleh tiga faktor yaitu : sumberdaya manusia, anggaran, sarana/prasarana kerja ; 4) memiliki rencana, program dan kegiatan pengembangan yang berkelanjutan (Trihono,2002).

### 2.3.2 Pengertian PONED

PONED (Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar) menurut Depkes (2004) merupakan pelayanan untuk menanggulangi kasus-kasus kegawatdaruratan obstetri dan neonatal yang meliputi segi :

1. Pelayanan Obstetri : pemberian oksitosin parenteral, antibiotika parenteral dan sedative parenteral, pengeluaran plasenta manual/kuret serta pertolongan persalinan menggunakan vakum ekstraksi/forceps ekstraksi.
2. Pelayanan Neonatal : resusitasi untuk bayi asfiksia, pemberian antibiotik parenteral, pemberian bicnat intarumbilical/phenobarbital untuk mengatasi ikterus, pemeriksaan thermal control untuk mencegah hipotremia dan penanggulangan gangguan pemberian nutrisi.

### 2.3.3 Puskesmas PONED

Puskesmas PONED memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan langsung terhadap ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat, bidan desa dan puskesmas. Puskesmas PONED dapat melakukan pengelolaan kasus dengan komplikasi tertentu sesuai dengan tingkat kewenangan dan kemampuannya atau melakukan rujukan pada RS PONEK (Depkes RI, 2004).

#### 2.3.4 Kebijakan Poned

Kebijakan pembentukan puskesmas Poned disebabkan karena komplikasi obstetri harus segera ditangani dalam waktu kurang dari 2 jam, misalnya perdarahan yang harus ditangani kurang dari 2 jam, sehingga perlu adanya fasilitas kesehatan yang mudah dijangkau. Menurut pedoman pengembangan Poned (Depkes RI, 2004) disebutkan mengenai kebijakan Puskesmas mampu Poned yaitu :

##### 1. Kriteria

- a. Puskesmas dengan sarana pertolongan persalinan diutamakan puskesmas dengan tempat perawatan/puskesmas dengan ruang rawat inap.
- b. Puskesmas sudah berfungsi untuk pertolongan persalinan.
- c. Mempunyai fungsi sebagai subcenter rujukan :
  - 1) Melayani sekitar 50.000-100.000 penduduk yang tercakup oleh puskesmas (termasuk penduduk di luar wilayah kerja puskesmas mampu 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 yang terlatih GDON dan seorang perawat terlatih PPGDON. Tenaga tersebut bertempat tinggal disekitar lokasi puskesmas mampu Poned.
- e. Jumlah dan jenis sarana kesehatan yang perlu tersedia sekurang-kurangnya :
  - 1) Alat dan obat pendukung
  - 2) Ruangan tempat menolong persalinan
    - a) Luas minimal 3x3 m
    - b) Ventilasi dan penerangan yang memenuhi persyaratan
    - c) Sarana aseptik bisa dilaksanakan
    - d) Tempat tidur minimal 2 buah dan dapat dipergunakan untuk melaksanakan tindakan.

- f. Air bersih tersedia
- g. Kamar mandi/wc tersedia
- h. Jenis pelayanan yang diberikan dikaitkan dengan kematian ibu yang utama yaitu perdarahan, eklampsia, infeksi, partus lama, abortus dan sebab kematian neonatal yang utama yaitu asfiksia, tetanus neonatorum dan hipotermi.

## 2. Penanggungjawab PONED

Penanggungjawab puskesmas PONED adalah seorang dokter

## 3. Dukungan pihak terkait

Pihak terkait dalam pengembangan PONED yaitu Dinas Kesehatan kabupaten/kota, RS kabupaten/kota, organisasi profesi yaitu IDI, IBI, POGI, IDAI dan lembaga swadaya masyarakat.

## 4. Distribusi PONED

Tiap kabupaten minimal ada 4 puskesmas mampu PONED dengan sebaran yang merata. Jangkauan pelayanan kesehatan diutamakan gawat darurat obstetri dan neonatal diseluruh wilayah kabupaten kota.

## 5. Kerjasama PONED

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

### 2.3.5 Langkah pengembangan PONED

#### 1. Persiapan

##### a. Diseminasi Informasi

Tujuan dari diseminasi informasi adalah agar semua pihak yang terkait dengan PONED mempunyai persepsi yang sama dalam melaksanakan kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan pengembangan PONED, dan agar pengembangan PONED bisa optimal dan adanya komitmen lintas program Dinas Kesehatan kabupaten, RS kabupaten yang akan melibatkan para dokter spesialis kandungan dan spesialis anak.

Upaya yang dilakukan oleh puskesmas mampu PONED untuk meningkatkan cakupan pelayanan KIA dalam wilayah kerjanya yaitu :

1) Cakupan pelayanan kebidanan (dalam satu tahun) dalam wilayah kerja Puskesmas :

- K1 harus 95 % dan K4 90 %
- Kunjungan neonatal 7-28 hari 90 %
- Cakupan pertolongan oleh tenaga kesehatan 90 %
- Cakupan penanganan komplikasi obstetri dan neonatal 100 %
- Cakupan penanganan komplikasi obstetri dan neonatal yang selamat 100 %

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

- 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.
- Tenaga tersebut diatas sudah terlatih PONED
- Semua tenaga tersebut harus siap memberi pelayanan kegawatdaruratan selama 24 jam dengan didukung oleh RS PONEK yang siap melayani rujukan selama 24 jam.

2. Membangun kesepakatan

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

### 3. Pelatihan klinis obstetri dan neonatal berbasis kompetensi

Dalam melaksanakan PONED diperlukan kompetensi/ketrampilan yang sesuai dengan pelayanan yang diberikan baik untuk ibu maupun untuk bayinya, sehingga semua pelayanan PONED harus menguasai minimal 85% dari langkah-langkah baku yang terdapat pada modul “Ketrampilan Klinik”.

#### 2.3.6 Pelaksanaan PONED

##### 1. Persiapan pelaksanaan

Dalam tahap ini ditentukan biaya operasional PONED, lokasi pelayanan emergensi di puskesmas, pengaturan petugas dalam memberikan pelayanan gawat darurat obstetri dan neonatal, format-format rujukan, pencatatan dan pelaporan.

##### 2. Sosialisasi

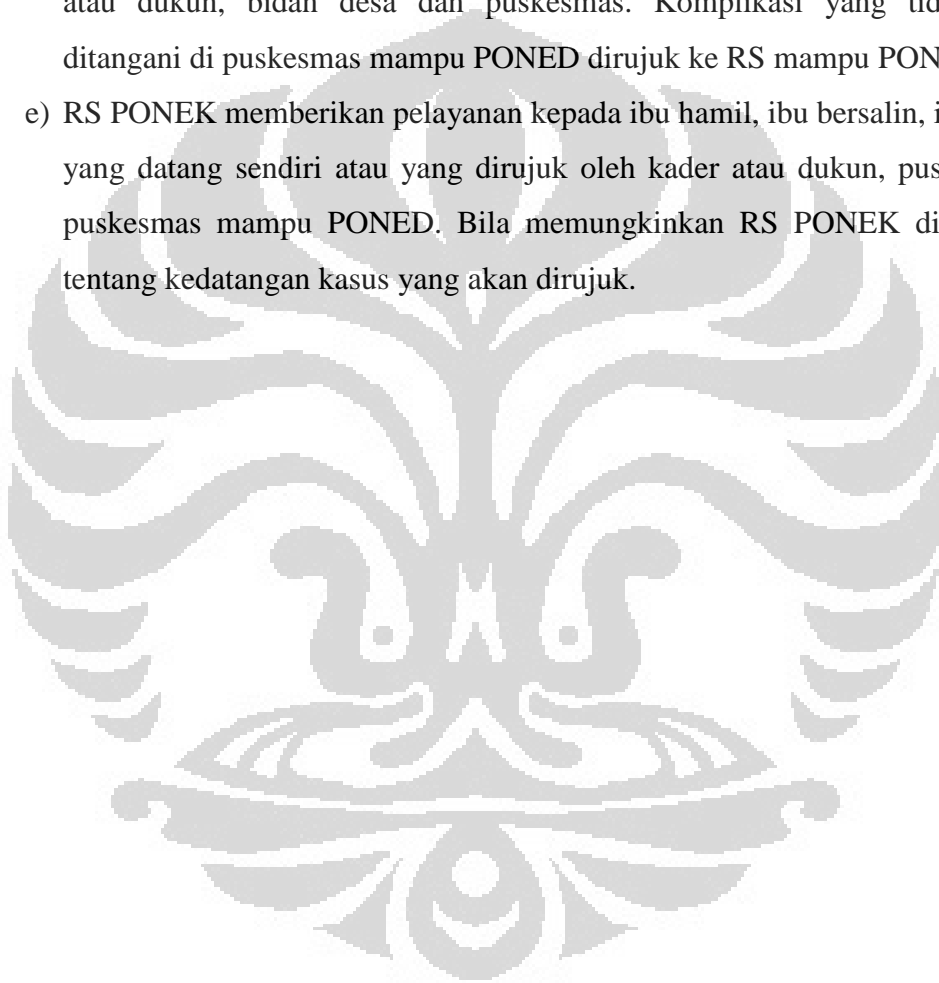
Dalam sosialisasi yang perlu diketahui oleh masyarakat antar lain adalah jenis pelayanan yang diberikan dan biaya pelayanan. Pemasaran sosial dapat dilaksanakan antara lain oleh petugas kesehatan dan sektor terkait dari tingkat kecamatan sampai desa antara lain dukun, kader, satgas GSI melalui berbagai forum yang ada seperti rapat koordinasi tingkat kecamatan/desa, lokakarya mini, dan lain-lain.

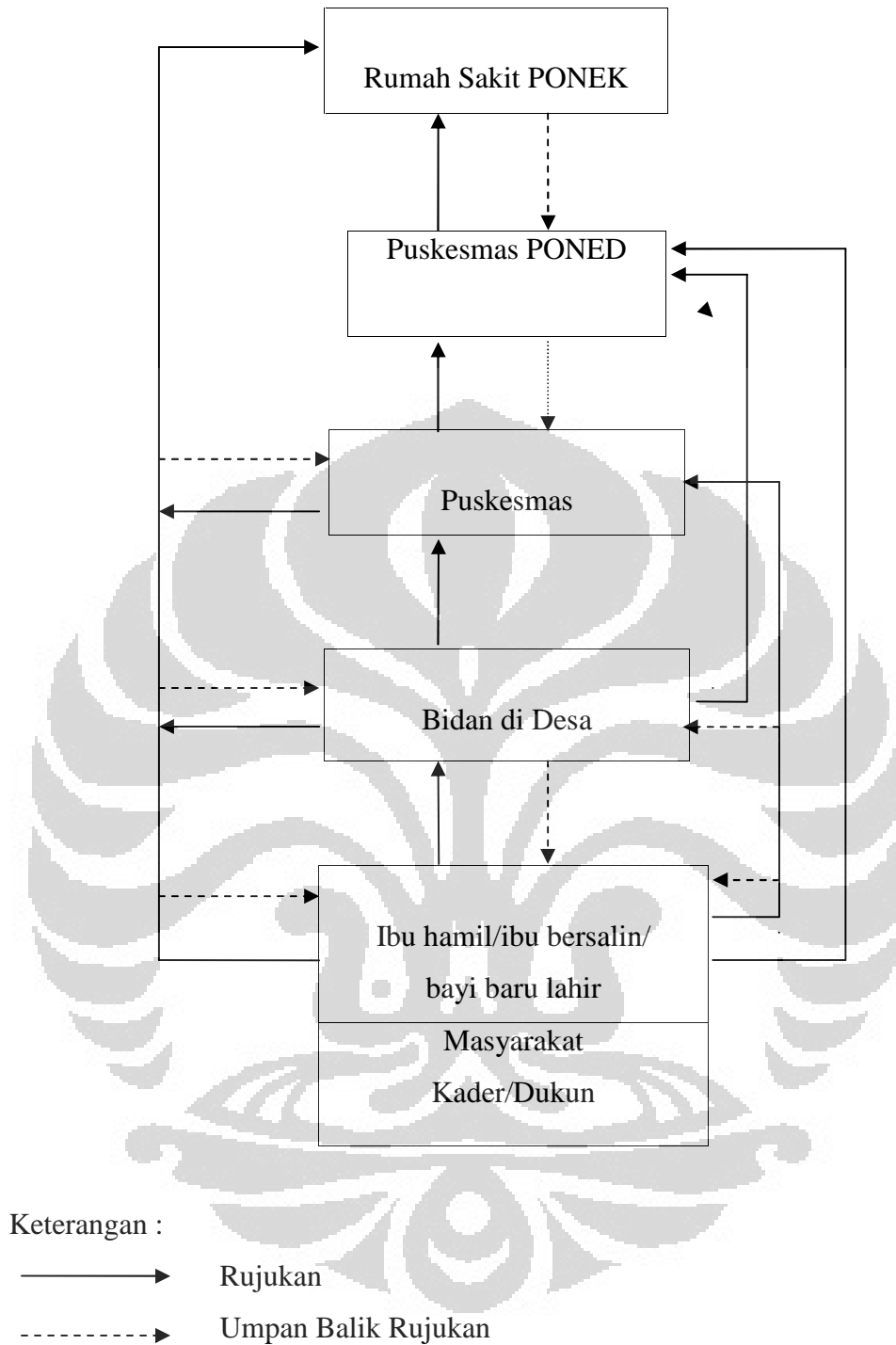
##### 3. Pelaksanaan rujukan

- a) Masyarakat dapat langsung ke fasilitas pelayanan untuk mendapatkan pelayanan PPGDON.
- b) Bidan di desa atau bidan praktek swasta memberikan pelayanan langsung kepada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas baik yang datang sendiri atau yang dirujuk oleh kader maupun dukun. Setelah memberikan pertolongan persalinan bidan di desa dapat merujuk ke puskesmas, puskesmas mampu PONED, RS mampu PONEK dengan persiapan yang memadai.



- c) Puskesmas yang belum mampu PONEK, sekurang-kurangnya mampu memberikan PPGDON terhadap ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas yang datang secara langsung atau dirujuk oleh kader atau dukun dan bidan desa serta mempersiapkan rujukan ke puskesmas mampu PONEK dan RS mampu PONEK.
- d) Puskesmas yang mampu PONEK dapat memberikan pelayanan kepada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas yang datang sendiri atau dirujuk oleh kader atau dukun, bidan desa dan puskesmas. Komplikasi yang tidak bisa ditangani di puskesmas mampu PONEK dirujuk ke RS mampu PONEK.
- e) RS PONEK memberikan pelayanan kepada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas yang datang sendiri atau yang dirujuk oleh kader atau dukun, puskesmas, puskesmas mampu PONEK. Bila memungkinkan RS PONEK diberitahu tentang kedatangan kasus yang akan dirujuk.





Gambar 2.2 Mekanisme Rujukan PONEK (Depkes, 2004)

### 2.3.6 Pencatatan dan Pelaporan

Format-format yang digunakan yaitu :

1. Sistem informasi manajemen puskesmas (SP3).
2. KMS ibu hamil/buku KIA
3. Register kohort ibu dan bayi
4. Partograf
5. Format AMP
6. Format laporan puskesmas mampu PONEC untuk rujukan
7. Format pencatatan puskesmas mampu PONEC
8. Format puskesmas mampu PONEC untuk rujukan bayi

### 2.3.7 Pemantauan dan evaluasi

1. Pemantauan dengan memanfaatkan laporan dan umpan balik yang tujuannya untuk menindaklanjuti berbagai masalah yang ditemukan dalam pelaksanaan PONEC
2. Supervisi dilakukan secara berjenjang dan terpadu dengan pihak terkait seperti RS PONEK dan sesuai dengan kebutuhan. Sedangkan supervisi fasilitatif dilakukan oleh DSOG, DSA bersama dengan pengelola program KIA. Evaluasi dilakukan pada tiap semester. Hasil evaluasi ini akan disampaikan kepada pihak terkait baik lintas program maupun lintas sektor untuk mencari pemecahan masalah dan tindak lanjut.

### 2.3.8 Bidan di Pedesaan (Bidan desa)

Bidan di desa (BdD) menurut Depkes (1995) dalam Prastyani (2010) 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 bekerjasama 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 peran dukun (Manuaba,1998). Tugas bidan di desa berorientasi pada tiga konsep dasar yaitu : 1) pendidikan kepada masyarakat; 2) pelayanan kepada masyarakat; 3) pencatatan dan pelaporan.

Pendidikan kepada masyarakat meliputi kesehatan keluarga dan program berencana, kesehatan lingkungan, peningkatan gizi, kesehatan ibu dan anak, kesehatan reproduksi dan lansia. 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 ibu hamil resiko tinggi/persalinan pada garis waspada, neonatus dengan resiko tinggi, melakukan kunjungan rumah ibu setelah melahirkan guna pemeliharaan ibu dan bayi, memberikan nasehat makanan ibu dan bayi, pengawasan tumbuh kembang balita.

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

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

## 2.4 Perilaku Kesehatan

Perilaku manusia sangatlah kompleks serta mempunyai ruang lingkup yang sangat luas. Perilaku kesehatan bertitik tolak dari niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya (behavior interior), dukungan sosial dari masyarakat sekitar (social support), ada/tidak adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (accessibility of information), otonomi orang pribadi yang bersangkutan dalam hal mengambil tindakan atau keputusan (personal autonomy), dan situasi yang memungkinkan untuk bertindak (action situation) (Karr,1999).

Status kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain: faktor perilaku, lingkungan, tenaga kesehatan dan keturunan. Diantara faktor tersebut faktor perilaku memegang peranan penting dalam mempengaruhi derajat kesehatan manusia. Intervensi terhadap perilaku sangat strategis untuk meningkatkan kesehatan (Bloom,1976).

Ada tiga faktor utama yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang yang sebelumnya dapat terbentuk karena pengaruh genetik dan lingkungan. Faktor tersebut meliputi faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor pendorong (Green dan kreuter,2005).

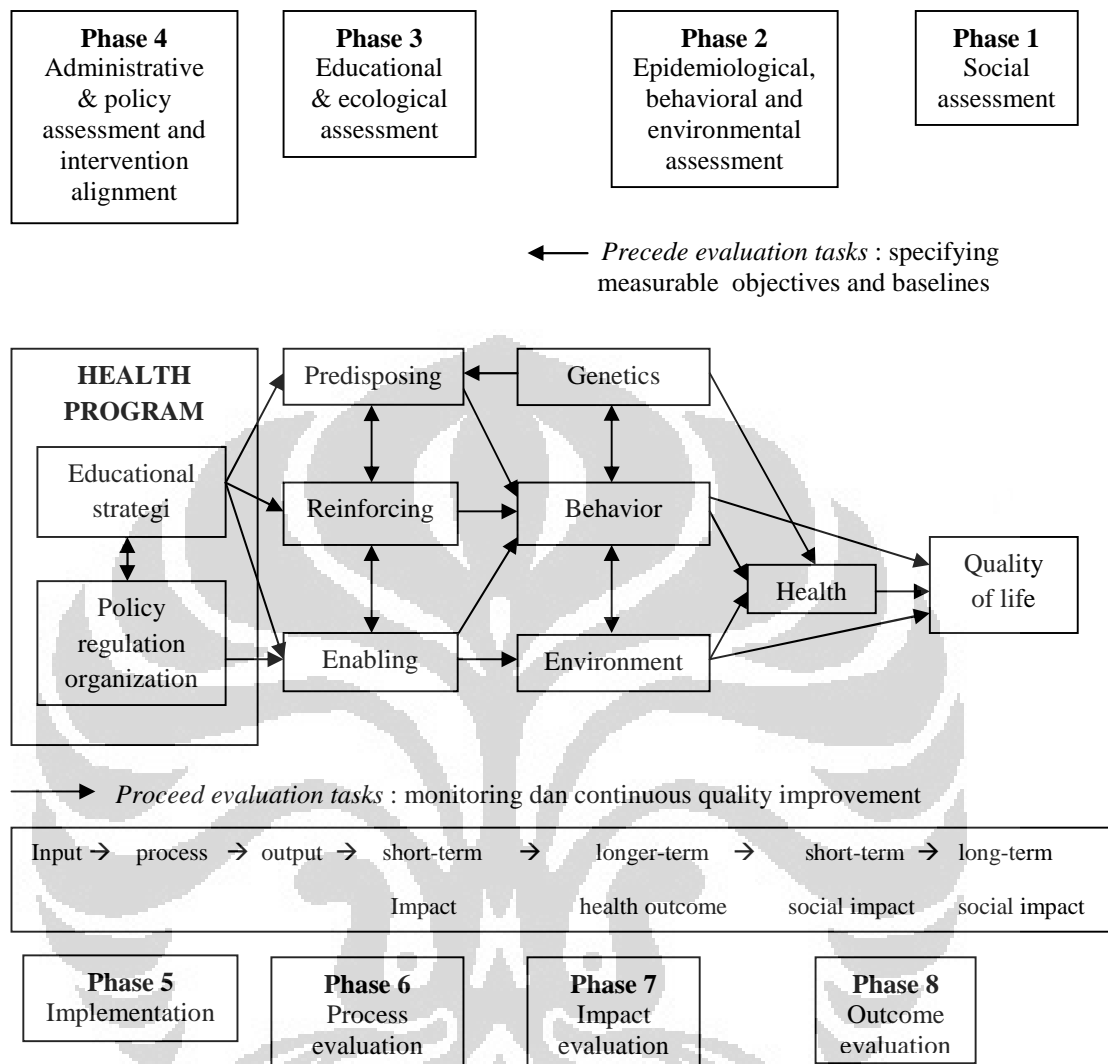
Faktor predisposisi merupakan faktor yang mendahului terhadap perilaku yang menjadi dasar atau motivasi perilaku atau faktor yang mempermudah terjadinya perilaku seseorang. Faktor predisposisi meliputi pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan dan nilai-nilai. Faktor tersebut akan berpengaruh terhadap 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 kependudukan lainnya (Green dan kreuter,2005).

Faktor pemungkin adalah faktor yang memungkinkan atau memudahkan untuk melaksanakan perilaku atau tindakan. Faktor pemungkin meliputi ketersediaan fasilitas atau sarana kesehatan dalam hal ini fasilitas yang mendukung seseorang untuk mendukung seseorang untuk 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 (Green dan Kreuter, 2005).

Selanjutnya ada faktor penguat yang juga berpengaruh terhadap perilaku yaitu faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Yang termasuk dalam faktor ini adalah adanya dukungan dari keluarga, teman sebaya, guru-guru, pimpinan, perilaku tenaga kesehatan, serta pengambil kebijakan (Green dan Kreuter, 2005).

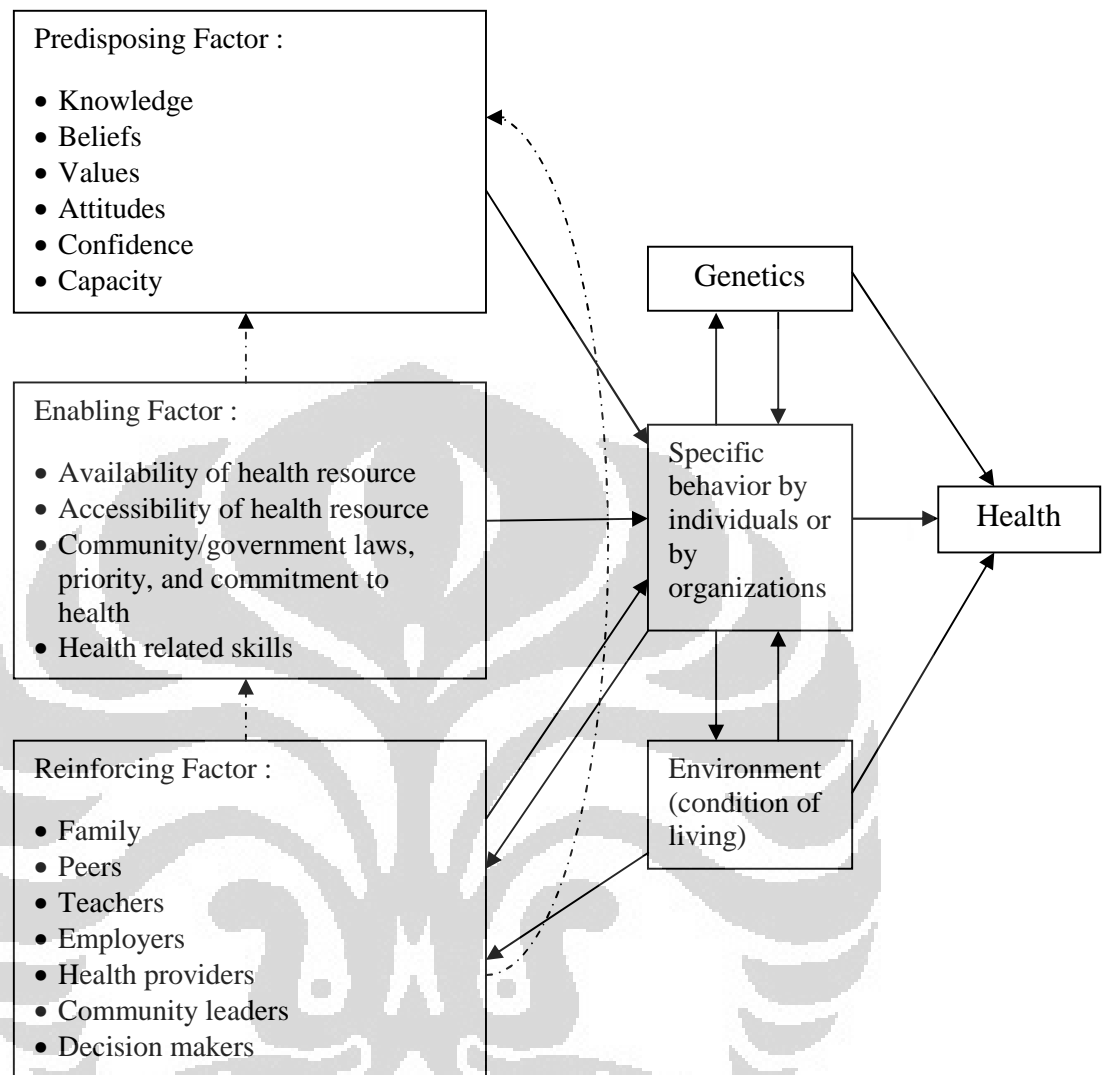
Setiap rencana untuk mengubah perilaku harus memperhitungkan tidak hanya satu melainkan beberapa faktor yang berpengaruh. Gambar 2.3 menunjukkan secara lebih rinci tentang hubungan antara ketiga faktor yang diatas, bagaimana faktor-faktor tersebut dapat mempengaruhi perilaku dan bagaimana perilaku pada gilirannya bisa mempengaruhi lingkungan dan genetika.

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



Gambar 1. 1 Sumber : Green (2005) *Health Program Planning An Educational And Ecological Approach Fourth Edition*

Dari gambar diatas diketahui representasi fungsi dari model evaluasi menunjukkan dimensi faktor yang mungkin mempengaruhi dapat diidentifikasi dalam proses penilaian atau evaluasi sebagai output dan outcomes (Green, 2005).



Catatan : Garis utuh menunjukkan pengaruh langsung dan garis putus-putus menunjukkan akibat sekunder.



## 2.5 Faktor – faktor yang mempengaruhi rujukan kasus kegawadaruratan obstetri neonatal oleh bidan desa.

### 1. Faktor Predisposisi ( Pendidikan, pengetahuan, masa kerja)

Upaya yang dapat ditempuh agar masyarakat atau individu dapat berperilaku atau mengadopsi perilaku kesehatan adalah dengan cara persuasi, bujukan, himbauan, ajakan, memberikan informasi, memberikan kesadaran dan sebagainya melalui kegiatan yang disebut pendidikan kesehatan (Notoatmodjo, 2007).

Dikatakan pula bahwa dampak yang timbul dari pendidikan terhadap perubahan perilaku akan memakan waktu yang panjang, namun demikian apabila perilaku tersebut berhasil adopsi oleh individu atau masyarakat, maka akan berlangsung langgeng, bahwa mungkin selama hidup akan dilakukan. Pendidikan merupakan suatu bentuk intervensi atau upaya yang ditujukan kepada perilaku agar perilaku tersebut kondusif untuk kesehatan. Dengan kata lain pendidikan mengupayakan agar perilaku individu, kelompok atau masyarakat mempunyai pengaruh positif terhadap pemeliharaan dan peningkatan kesehatan (Notoatmodjo, 2007). Gani 1981 dalam Notoatmodjo, 1982 Tingkat pendidikan yang tinggi akan memanfaatkan pelayanan kesehatan dan mempengaruhi kesadarannya terhadap pentingnya kesehatan.

Pengetahuan diperoleh dari pengalaman, baik dari pengalaman sendiri maupun dari pengalaman orang lain. Terdapat hubungan antara pengetahuan dan pelaksanaan rujukan, hasil penelitiannya membuktikan bahwa pengetahuan yang rendah akan mempunyai kecenderungan yang lebih besar untuk tidak memanfaatkan pelayanan rujukan (Zachri S, 2002). Makin baik tingkat pengetahuan seseorang maka makin tinggi pula tingkat pemanfaatan terhadap fasilitas kesehatan yang ada (Fairuz HMF, 1998).

Masa kerja seseorang berkaitan dengan pengalaman seseorang dalam bidangnya. Pengalaman yang diperoleh seseorang dapat mempengaruhi kemampuannya dan pekerjaan akan mempengaruhi petugas yang telah lama bekerja (senioritas).

Senioritas didefinisikan sebagai masa kerja seseorang pada pekerjaan tertentu, kita dapat mengatakan bahwa bukti paling baru menunjukkan suatu hubungan positif antara senioritas dan produktifitas pekerjaan. Jika demikian masa kerja yang diekspresikan sebagai pengalaman kerja, tampaknya menjadi dasar pemikiran yang baik terhadap produktifitas karyawan (Robins,2006).

Lamanya tugas dan pengalaman dalam mengolah kasus,berhubungan dan berpengaruh terhadap ketrampilan seseorang. Pengalaman adalah latar belakang yang menentukan secara tidak langsung perilaku kinerja dan perilaku personil (Umar,2007). Semakin lama seseorang bekerja maka semakin matang seseorang untuk menata pekerjaannya, pengambilan keputusan juga akan semakin baik karena telah mempunyai banyak pengalaman. Pengalaman yang banyak diperoleh pada masa kerja yang lama dapat mengambil suatu tindakan yang baik dan tepat (Pipo,2001).

## 2. Faktor Pemungkin ( Ketersediaan petugas terlatih PONED, ketersediaan sarana dan fasilitas dan waktu tempuh).

Salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang adalah faktor enabling atau pemungkin. Yang merupakan salah satu dari faktor pemungkin itu adalah ketersediaan sumberdaya kesehatan yang diantaranya tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan (Green dan Kreuter,2005). Salah satu alasan mengapa bidan di desa tidak merujuk kasus gawat janin ke puskesmas mampu PONED adalah karena tidak adanya petugas yang terlatih PONED di fasilitas tersebut terutama dokter (Supriyatnaris D,2007).

Kebijakan pembentukan puskesmas mampu PONED karena komplikasi obstetri dan neonatal harus segera ditangani dalam waktu kurang dari 2 jam.Waktu tempuh dari lokasi pemukiman sasaran pelayanan dasar dan puskesmas ke puskesmas mampu PONED paling lama 1 jam dengan transportasi umum setempat,mengingat waktu pertolongan hanya 2 jam untuk kasus perdarahan (Depkes,2004).

Terlihat kecenderungan masyarakat untuk mencapai tempat pelayanan yang lebih dekat (Utama N,1998).Ada hubungan antara jarak dengan penggunaan fasilitas kesehatan, jarak dapat menghambat pelayanan kesehatan (Gani A,1981).Makin jauh suatu pelayanan kesehatan makin segan masyarakat untuk datang .Penempatan fasilitas pelayanan kesehatan lebih dekat kepada masyarakat yang tergolong ekonomi rendah tidaklah secara langsung menyebabkan pelayanan tersebut diterima oleh masyarakat (Wibowo,1992).Ada batas jarak tertentu yang menyebabkan orang memilih untuk bepergian mencari tempat pelayanan kesehatan yaitu sekitar 3 kilo meter.Batas jarak ini pun dipengaruhi oleh jenis jalan,jenis kendaraan,berat ringannya penyakit,dan kemampuan biaya untuk ongkos jalan (Bashur dalam wibowo,1992).

Ada hubungan antara jarak dengan pengguna sarana pelayanan kesehatan dimana jarak dapat menghambat pemanfaatan fasilitas kesehatan (Aday,1972 dan Gani,1981 dalam Ernawati,1995).Faktor jarak dan transportasi berhubungan dengan pemanfaatan rujukan (Purwanto,1993).

### 3. Faktor Penguat ( Dukungan keluarga pasien, teman sejawat dan dukungan pimpinan atau atasan).

Proses rujukan persalinan akan memberikan dampak pada kondisi keuangan keluarga, sehingga dalam pengambilan keputusan untuk dirujuk dilakukan melalui cara musyawarah dengan keluarga (Supriyatnataris D,2007).

Setiap individu sejak lahir berada di dalam suatu kelompok,terutama kelompok keluarga. Kelompok ini akan membuka kemungkinan untuk dipengaruhi dan mempengaruhi anggota-anggota kelompok lain. Oleh karena pada setiap kelompok senantiasa berlaku aturan-aturan dan norma-norma sosial tertentu, maka perilaku setiap individu anggota kelompok berlangsung dalam satu jaringan normatif. Demikian juga perilaku individu tersebut terhadap masalah-masalah kesehatan (Notoatmodjo,2003).

### **BAB 3**

## **KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL**

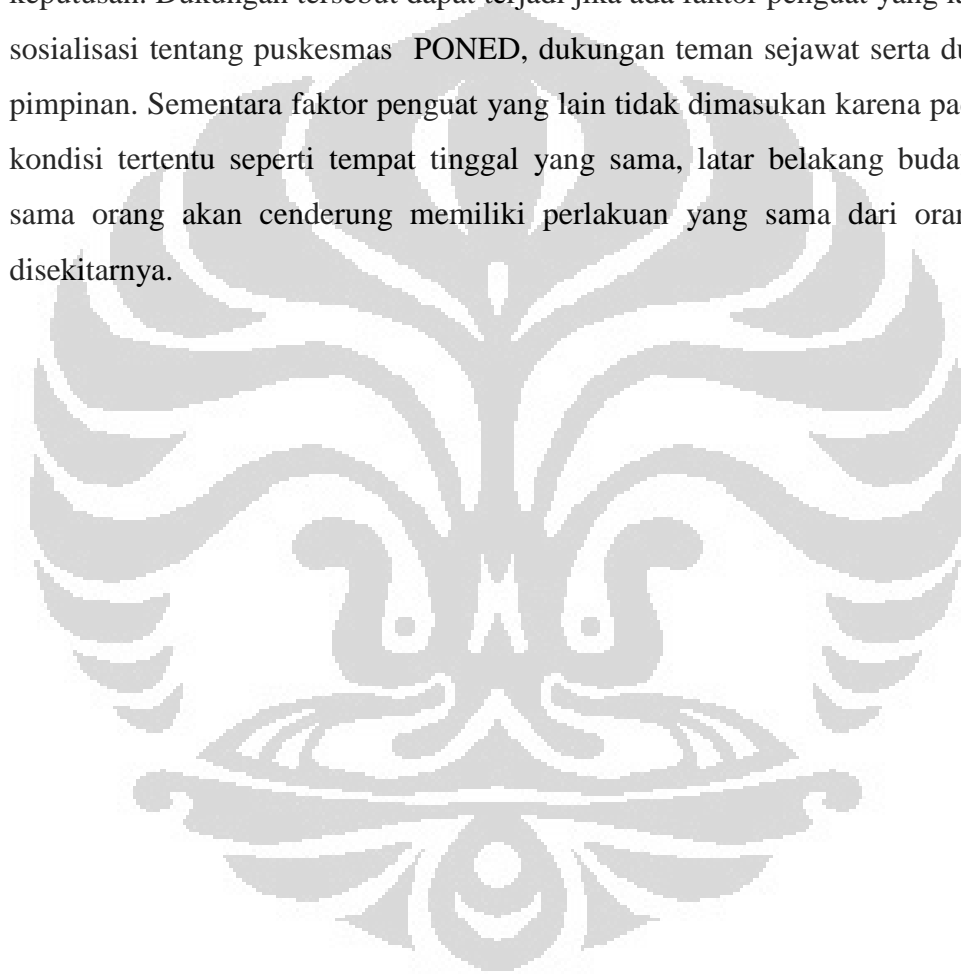
### **3.1 Kerangka Konsep**

Berdasarkan pada pembahasan sebelumnya maka dikembangkan kerangka konsep yang merupakan penerapan dari kerangka teori. Berdasarkan kerangka teori Green dan Kreuter (2005) maka faktor predisposisi meliputi Pengetahuan bidan di desa tentang puskesmas PONED dan sistem rujukan, keyakinan, nilai, sikap bidan di desa tentang puskesmas PONED, kepercayaan, kapasitas, pendidikan bidan di desa, umur bidan di desa, masa kerja bidan di desa, persepsi bidan di desa terhadap rujukan, pengalaman bidan di desa terhadap fasilitas rujukan. Faktor predisposisi yang diteliti yaitu pendidikan bidan di desa, pengetahuan bidan di desa tentang puskesmas PONED, pengetahuan bidan tentang kegawatdaruratan obstetri neonatal dan sistem rujukan, masa kerja bisa sama atau berbeda pada setiap bidan di desa tetapi dapat berbeda dalam menggambarkan dasar rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas PONED. Sedangkan faktor kepercayaan, keyakinan, nilai, sikap dan kapasitas tidak diteliti karena hasilnya kemungkinan sama pada setiap bidan desa karena mempunyai pekerjaan dan tugas pokok serta fungsi yang sama.

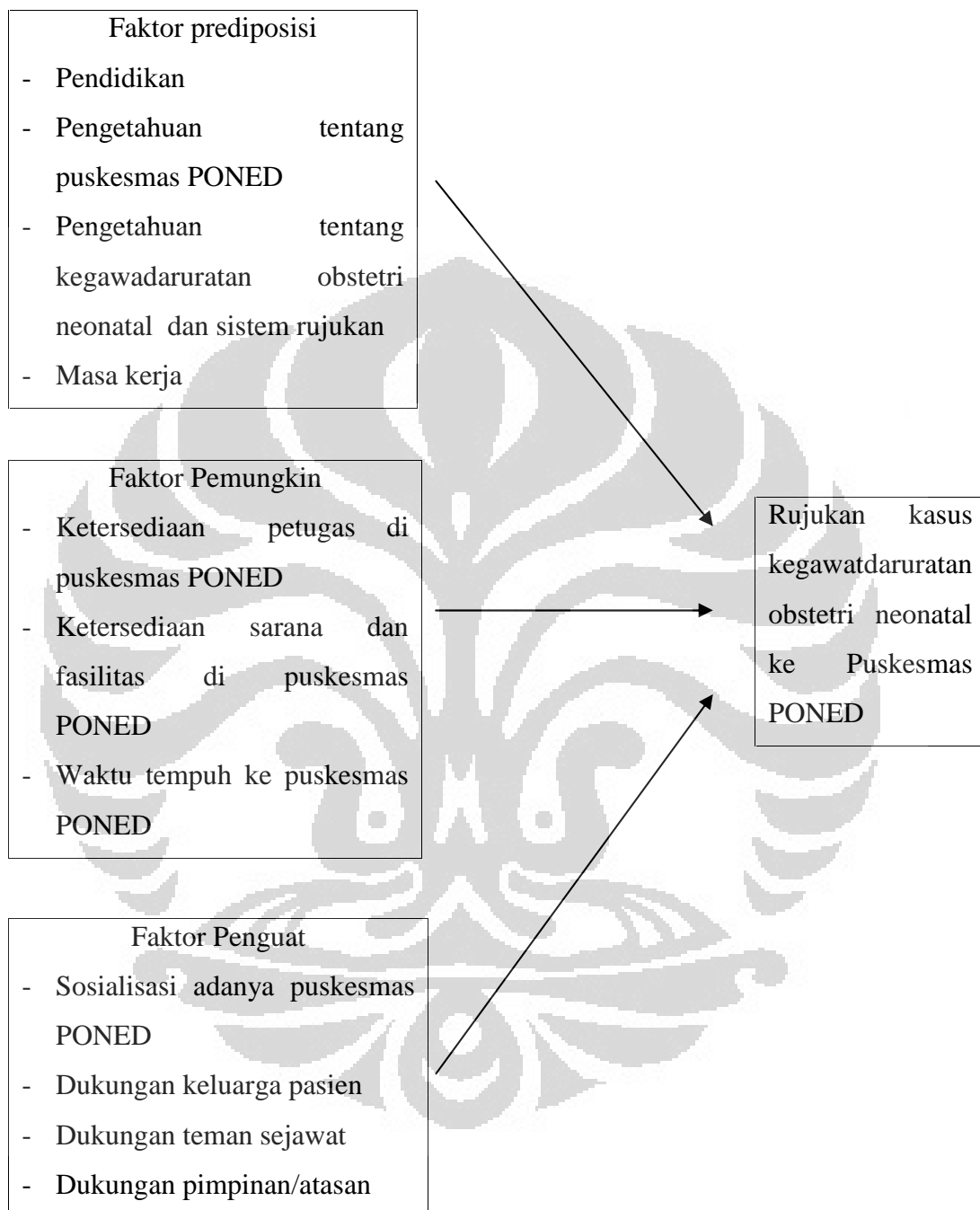
Faktor pemungkin meliputi ketersediaan sumberdaya kesehatan, keterjangkauan sumberdaya kesehatan, prioritas dan komitmen masyarakat/pemerintah terhadap kesehatan, ketrampilan yang berkaitan dengan kesehatan, waktu tempuh. Faktor pemungkin yang diteliti yaitu ketersediaan petugas di puskesmas PONED, ketersediaan sarana dan fasilitas di puskesmas PONED, waktu tempuh. Karena faktor tersebut menjadi penguat dan berhubungan langsung dengan rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal oleh bidan desa ke puskesmas PONED.

Sedangkan faktor prioritas dan komitmen masyarakat/pemerintah tidak diteliti karena pengaruhnya tidak langsung terhadap rujukan kasus kegawadaruratan obstetri neonatal.

Faktor penguat meliputi dukungan keluarga pasien, teman sebaya, guru, pimpinan, petugas kesehatan, tokoh masyarakat serta pengambil keputusan. Faktor penguat yang diteliti yaitu dukungan keluarga dimana keluarga yang berada paling dekat dengan ibu hamil serta terlibat langsung dalam pengambilan keputusan. Dukungan tersebut dapat terjadi jika ada faktor penguat yang lain yaitu sosialisasi tentang puskesmas PONED, dukungan teman sejawat serta dukungan pimpinan. Sementara faktor penguat yang lain tidak dimasukkan karena pada suatu kondisi tertentu seperti tempat tinggal yang sama, latar belakang budaya yang sama orang akan cenderung memiliki perlakuan yang sama dari orang yang disekitarnya.



Berdasarkan dari uraian di atas maka kerangka konsep pada penelitian ini adalah sebagai berikut :



### 3.2 Definisi Operasional

NO	VARIABEL INDEPENDEN	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT UKUR	CARA UKUR	SKALA UKUR	HASIL UKUR
1.	Rujukan kasus kegawadaruratan obstetri dan neonatal ke puskesmas mampu PONED	Keputusan bidan dalam merujuk masalah obstetri atau neonatal ke puskesmas mampu PONED	Kuesioner	wawancara	ordinal	1.Tidak merujuk 2.Merujuk
2.	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal kebidanan yang diselesaikan oleh bidan di desa sampai dengan pengambilan data	Kuesioner	wawancara	ordinal	1. D-III 3. < D-III
3.	Pengetahuan tentang puskesmas mampu PONED	Wawasan yang dimiliki bidan tentang pelayanan puskesmas yang meliputi pengertian PONED, kemampuan pelayanan PONED, jumlah dan jenis tenaga PONED	Kuesioner	wawancara	ordinal	1.Rendah 2.Tinggi
4.	Pengetahuan tentang gawat darurat obstetri neonatal dan sistem rujukan	Wawasan yang dimiliki oleh bidan dalam mengenali setiap penyakit, penyulit, penyerta dan komplikasi dalam kehamilan, persalinan, nifas, neonatal yang apabila tidak segera ditangani akan mengancam keselamatan ibu dan bayinya yang dapat mengakibatkan kematian dan	Kuesioner	wawancara	ordinal	1.Rendah (< median) 2.Tinggi ( median)

		Wawasan bidan tentang keputusan apabila dalam pelayanan obstetri neonatal mengalami masalah sehingga membutuhkan fasilitas dan keahlian yang lebih memadai, meliputi mekanisme rujukan dari tingkat masyarakat ke puskesmas hingga rumah sakit				
6.	Masa Kerja	Lama kerja bidan dalam satuan tahun yang diukur sejak pertama bekerja sebagai bidan sampai dengan pengambilan data	Kuesioner	wawancara	rasio	1. 10 tahun 2. < 10 tahun
5.	Ketersediaan petugas terlatih PONEB di puskesmas mampu PONEB	Terpenuhinya jumlah petugas terlatih PONEB di puskesmas mampu PONEB sesuai standar yang berlaku.	kuesioner	wawancara	ordinal	1.Tidak Tersedia 2.Tersedia
6.	Ketersediaan sarana dan fasilitas di puskesmas mampu PONEB	Penyediaan barang-barang fisik yang tidak habis pakai dan habis pakai oleh puskesmas mampu PONEB dalam pelayanan kegawatdaruratan obstetri neonatal.	kuesioner	wawancara	ordinal	1.Tidak Tersedia 2.Tersedia



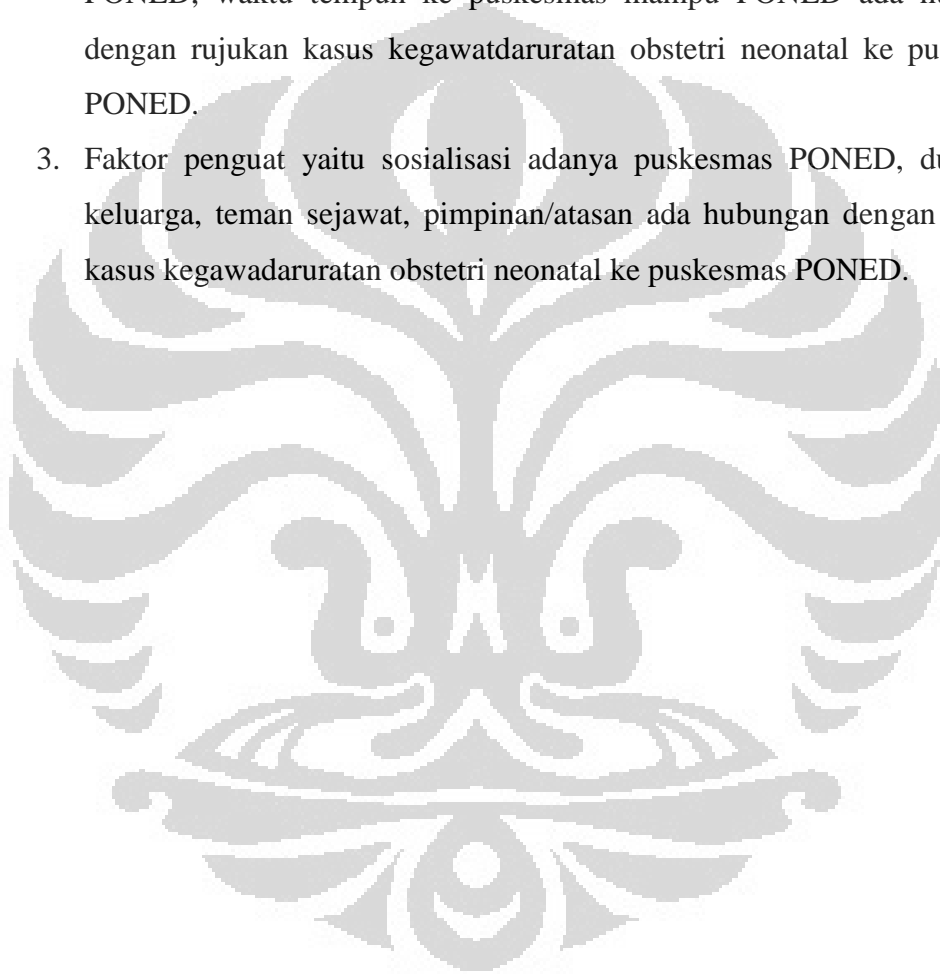
7.	Waktu tempuh	Waktu tempuh yang dihabiskan untuk menuju ke puskesmas mampu PONED terdekat dalam satuan jam dengan menggunakan transportasi umum.	kuesioner	wawancara	ordinal	1. 2 jam 2.< 2 jam
8.	Sosialisasi adanya puskesmas mampu PONED	Kegiatan yang dilakukan untuk memberikan informasi, komunikasi dan edukasi kepada masyarakat atau pihak-pihak yang terkait mengenai adanya pelayanan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal.	kuesioner	wawancara	ordinal	1.Tidak Ada 2.Ada
9.	Dukungan keluarga ibu hamil/keluarga	Tindakan/dukungan dari seseorang yang mempunyai ikatan darah yang menjadi penentu keputusan dan bertanggung jawab secara moril dan materiil terhadap ibu dan bayi yang diduga terdapat masalah kesehatan.	kuesioner	wawancara	ordinal	1.Tidak Mendukung 2. Mendukung
10.	Dukungan teman sejawat	Tindakan/dukungan dari teman sejawat secara mayoritas yang dialami bidan desa ketika melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONED.	kuesioner	wawancara	ordinal	1.Tidak Mendukung 2.Mendukung

11.	Dukungan pimpinan/atasan	Tindakan atau dukungan atasan atau pimpinan yang mendorong bidan desa melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONEB.	kuesioner	wawancara	ordinal	1.Tidak Mendukung 2.Mendukung
-----	--------------------------	---	-----------	-----------	---------	----------------------------------



### 3.3 Hipotesis

1. Faktor predisposisi yaitu pendidikan, pengetahuan tentang puskesmas PONED, pengetahuan tentang kegawadaruratan obstetri neonatal dan sistem rujukan dan masa kerja bidan desa ada hubungan dengan rujukan kasus kegawadaruratan obstetri neonatal ke puskesmas PONED.
2. Faktor pemungkin yaitu ketersediaan dan kemampuan petugas di puskesmas PONED, ketersediaan sarana dan fasilitas di puskesmas PONED, waktu tempuh ke puskesmas mampu PONED ada hubungan dengan rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal ke puskesmas PONED.
3. Faktor penguat yaitu sosialisasi adanya puskesmas PONED, dukungan keluarga, teman sejawat, pimpinan/atasan ada hubungan dengan rujukan kasus kegawadaruratan obstetri neonatal ke puskesmas PONED.



## **BAB 4**

### **METODE PENELITIAN**

#### **4.1. Jenis Penelitian**

Jenis penelitian ini adalah observasional dengan metode cross sectional. Metode yang digunakan yaitu dengan wawancara menggunakan kuesioner dan melakukan counter check untuk observasi pencatatan dan pelaporan oleh bidan di desa dengan pencatatan dan pelaporan di puskesmas dan di Dinas Kesehatan Kabupaten guna memverifikasi atau melihat kesesuaian antara jawaban responden dengan data tentang rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal oleh bidan di desa ke puskesmas mampu PONED dalam bentuk checklist.

#### **4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di tiga puskesmas PONED yang ada di Kabupaten Maluku Tengah dari bulan Februari sampai Mei 2012.

#### **4.3 Populasi dan Sampel**

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh bidan desa yang bertugas di wilayah kerja puskesmas PONED yang berjumlah 60 orang. Pada saat pengambilan data responden yang berhasil ditemui hanya 53 orang dan 7 orang bidan tidak bersedia di wawancarai. Sampel dalam penelitian ini yaitu seluruh bidan desa yang ada di wilayah puskesmas PONED yang melakukan rujukan dan tidak melakukan rujukan sehingga dapat dikatakan semua anggota populasi dijadikan sampel atau disebut total sampling.

#### **4.4 Instrumen Penelitian**

Instrumen dalam penelitian ini berupa kuesioner terstruktur yang disusun berdasarkan variabel-variabel yang diteliti. Kuesioner berisi pertanyaan tertutup maupun pertanyaan terbuka dan ditambahkan lembar checklist untuk memverifikasi data tentang rujukan kasus kegawatdaruratan oleh bidan desa ke puskesmas mampu PONED.

#### 4.5 Pengembangan Alat Ukur

Kuesioner rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal oleh bidan di desa ke puskesmas mampu PONED di Kabupaten Maluku Tengah Tahun 2012.

#### 4.6 Pengumpulan Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan sekunder. Data primer, yaitu berupa kuesioner yang berisikan pertanyaan tertutup maupun pertanyaan terbuka yang bertujuan untuk mendapatkan data yang berkaitan dengan variabel penelitian dan checklist tentang rujukan yang digunakan hanya untuk memverifikasi atau melihat kesesuaian antara jawaban responden dengan data pada puskesmas mampu PONED dan Dinas Kesehatan. Sedangkan data sekunder diperoleh dari pencatatan dan pelaporan rujukan bidan desa ke puskesmas mampu PONED.

#### 4.7 Pengolahan dan Analisis Data

##### 4.7.1 Pengolahan data

Pengolahan data dilakukan dengan tahapan sebagai berikut :

1. *Editing* : proses untuk meneliti kembali kuesioner yang telah diisi oleh responden guna menghindari kesalahan atau kemungkinan adanya kuesioner yang belum diisi, langkah yang ditempuh peneliti yaitu dengan cara mengoreksi kuesioner yang telah diisitry ,mengecek kelengkapan data,konsistensi dan relevansi dari jawaban responden.
2. *Coding* : proses ini dilakukan untuk memudahkan penulis pada saat entry data, yaitu dengan cara memberikan kode pada setiap jawaban yang diisi oleh responden.
3. *Entry* : proses memasukan data jawaban responden ke dalam program komputer untuk dilakukan analisis.
4. *Cleaning* : sebelum dilakukan analisis data, data yang dimasukan dilakukan pengecekan dan pembersihan, hal ini dimaksudkan agar data yang dianalisis sudah benar-benar bersih,salah satu cara yang digunakan adalah dengan memperhatikan nilai n ( jumlah data ) untuk setiap variabel apakah sudah cocok atau belum.

#### 4.7.2 Analisis Data

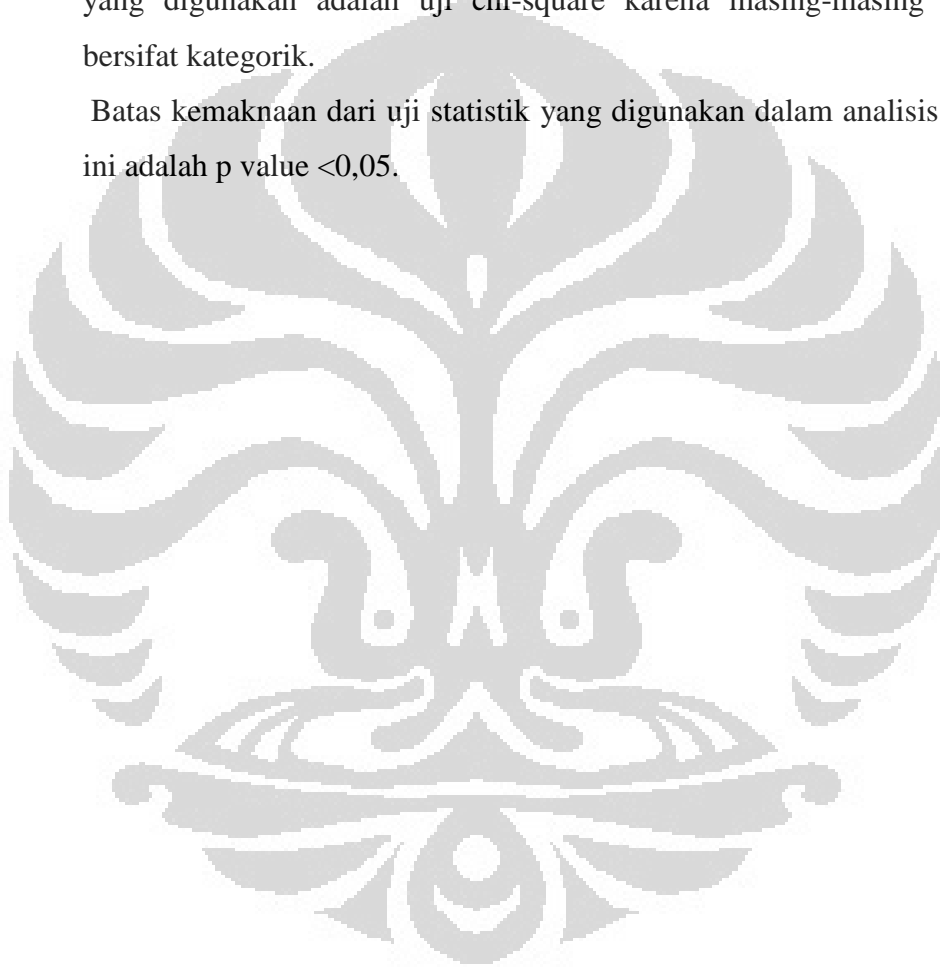
1. Analisis Univariat

Yaitu analisis yang digunakan untuk mendapatkan gambaran distribusi frekuensi terhadap variabel-variabel yang diteliti.

2. Analisis Bivariat

Yaitu analisis yang digunakan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara variabel-variabel independen dengan variabel dependen. Uji statistik yang digunakan adalah uji chi-square karena masing-masing variabel bersifat kategorik.

Batas kemaknaan dari uji statistik yang digunakan dalam analisis bivariat ini adalah  $p \text{ value} < 0,05$ .



## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **5.1 Gambaran Umum**

##### **5.1.1 Geografi**

Kabupaten Maluku Tengah adalah salah satu dari 11 kabupaten di Provinsi Maluku yang beribukota di Kota Masohi. Kabupaten Maluku Tengah berbatasan di sebelah Barat dengan Kabupaten Seram Bagian Barat, disebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Seram Bagian Timur, Laut Seram di sebelah Utara dan Laut Banda di sebelah Selatan (BPS Kabupaten Maluku Tengah 2010).

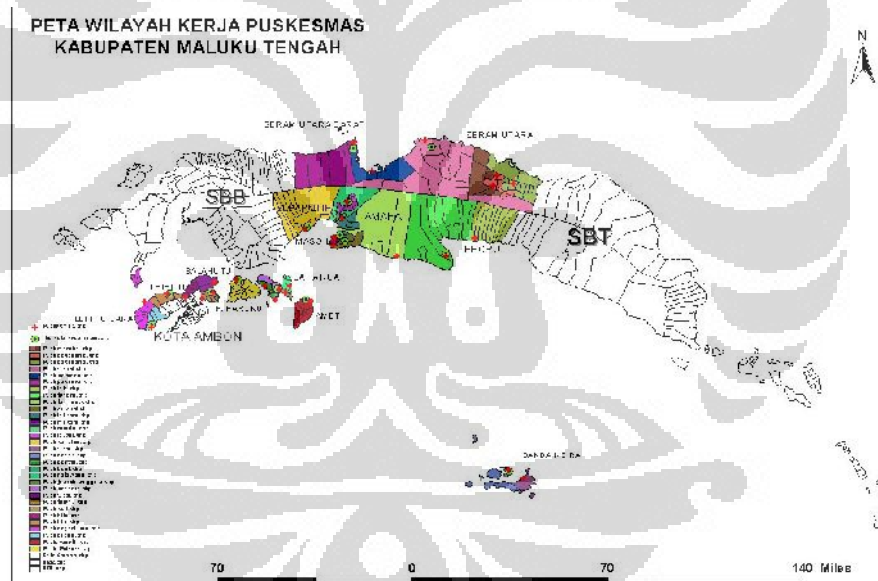
Dengan luas wilayah seluruhnya lebih kurang 275.907 Km<sup>2</sup> yang terdiri dari luas laut 264.311,43 Km<sup>2</sup> dan luas daratan 11.595,57 Km<sup>2</sup>. Dari angka tersebut dapat terlihat bahwa Wilayah Kabupaten Maluku Tengah adalah wilayah dengan luas lautan sebesar 95,8 % dari luas seluruhnya. Wilayah kabupaten Maluku Tengah terdiri dari beberapa pulau, berdasarkan hasil survei persemakmuran Tahun 1954 didapati luas masing-masing pulau yang terdapat di wilayah Kabupaten Maluku Tengah yaitu sebagai berikut, Pulau Ambon seluas 384 Km<sup>2</sup> + 377 Km<sup>2</sup> adalah Wilayah Kota Ambon, Pulau Haruku seluas 150 Km<sup>2</sup>, Pulau Saparua dan Nusalaut 209 Km<sup>2</sup>, Kepulauan Banda 172 Km<sup>2</sup>, Pulau Seram dan Pulau-Pulau Kecil 10.680,57 Km<sup>2</sup>. Dari deretan pulau-pulau yang tersebar di Kabupaten Maluku Tengah yang berjumlah 49 buah pulau, dimana yang sudah dihuni sebanyak 14 buah sedangkan yang tidak dihuni sebanyak 35 buah (BPS Kabupaten Maluku Tengah 2010).

Wilayah Maluku Tengah mengalami iklim laut tropis dan iklim musim. Keadaan ini disebabkan oleh karena Maluku Tengah dikeliling oleh lautan yang luas, sehingga iklim laut tropis di daerah ini berlangsung seirama dengan iklim musim yang ada.

Berdasarkan hasil pencatatan badan Meteorologi dan Geofisika Kecamatan Amahai, tercatat rata-rata temperatur tahun 2009 sebesar 26,3 °C, dimana temperatur maksimum rata-rata 30,4 °C dan minimum rata-rata 23,3 °C. Jumlah curah hujan pada tahun 2009 rata-rata sebesar 185,1 mm dengan jumlah hari hujan rata-rata sebanyak 18,1 hari. Penyinaran matahari pada tahun 2009 rata-rata sebesar 65,9 % dengan tekanan udara rata-rata 1011,2 milibar dan kelembaban nisbi yang terjadi rata-rata sebesar 84,9 %.

### 5.1.2 Asministrasi Pemerintahan

Secara administratif Kabupaten Maluku Tengah terdiri 14 kecamatan, 178 desa/kelurahan dengan jumlah penduduk 361.698 jiwa. Sekitar 73 % dari total desa di Maluku Tengah merupakan desa pesisir.



Sumber : Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah Tahun 2010



Tabel 5.1.2  
Wilayah Kerja Puskesmas Mampu PONED di Kabupaten Maluku Tengah

No	Nama Puskesmas Mampu PONED	Luas Wilayah (Km <sup>2</sup> )	Jumlah Penduduk
1.	Tehoru	534,22	39.213 jiwa
2.	Wahai	7640,30	38.752 jiwa
3.	Pelauw	150	24.799 jiwa

Sumber : Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Tahun 2010

### 5.1.3 Sumberdaya Kesehatan

Jumlah puskesmas di Kabupaten Maluku Tengah sebanyak 31 unit, puskesmas pembantu 94 unit, dengan rasio puskesmas per 100.000 penduduk yakni sebesar 8,54, sedangkan rasio puskesmas pembantu terhadap puskesmas tetap 3 : 1.

Bila dibandingkan dengan konsep wilayah kerja puskesmas, dimana berdasarkan standar puskesmas mampu melayani sebanyak 20.000 jiwa, maka ratio puskesmas per 20.000 penduduk rata-rata adalah 1,68 unit. Berdasarkan konsep tersebut maka dapat diasumsikan puskesmas sudah dapat menjangkau semua penduduk di wilayah sasaran. Akan tetapi bila ditinjau secara geografis, dimana wilayah Kabupaten Maluku Tengah adalah merupakan daerah kepulauan dengan penyebaran penduduk yang tidak merata, maka konsep ini tidak dapat memenuhi standar pelayanan kesehatan masyarakat, mengingat luasnya daerah, penyebaran penduduk dan sulitnya transportasi. Ditinjau dari keadaan demikian maka untuk Kabupaten Maluku Tengah diperlukan strategi tersendiri guna menjawab tantangan jarak geografis dalam pemenuhan kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan, yakni dengan konsep strategi pelayanan kesehatan gugus pulau. Secara garis besarnya, Kabupaten Maluku Tengah dibagi atas beberapa gugus, yakni gugus Pulau Ambon, gugus pulau lease, gugus Seram Utara dan Gugus Seram Selatan. Dengan asumsi tantangan geografis dan sulitnya jangkauan wilayah pelayanan dapat diatasi dengan mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat melalui puskesmas-puskesmas gugus pulau.

Sedangkan untuk tenaga kesehatan Kabupaten Maluku Tengah tercatat jumlah tenaga medis sebanyak 105 orang dengan rasio 28,30 per 100.000 penduduk. Sementara jumlah bidan di 31 Puskesmas sebanyak 323 orang dan bidan yang tinggal di desa 215 orang. Rasio tenaga bidan per 100.000 penduduk adalah sebesar 107,84 per 100.000 penduduk. Jumlah bidan yang ada di Puskesmas mampu PONEB sebanyak 60 orang yang tersebar di tiga puskesmas mampu PONEB yang didalamnya terdapat bidan puskesmas yang merangkap menjadi bidan desa. Sedangkan bidan yang tinggal di desa berjumlah 47 orang. Sedangkan jumlah desa/dusun yang ada di wilayah Puskesmas mampu PONEB sebanyak 72 desa/dusun.

Tabel 5.1.3 Ketersediaan Tenaga Kesehatan yang Terlatih PONEB di Puskesmas Mampu PONEB di Kabupaten Maluku Tengah

No	Nama Puskesmas Mampu PONEB	Tenaga Kesehatan		
		dokter	bidan	perawat
1.	Tehoru	1	1	1
2.	Wahai	1	1	1
3.	Pelauw	1	1	1

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah Tahun 2011

Untuk tenaga dokter di ketiga puskesmas ini baru mengikuti pelatihan PONEB karena dokter sebelumnya yang pernah mengikuti pelatihan PONEB, ada yang sudah pindah karena mutasi dan adapula yang sedang mengikuti pendidikan lanjut. Sementara untuk perawatnya memang baru pernah mengikuti pelatihan PONEB. Sedangkan untuk tenaga bidan sudah beberapa kali mengikuti pelatihan PONEB yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi maupun oleh BAPELKES Provinsi Maluku. Untuk Dinas Kesehatan Kabupaten belum pernah menyelenggarakan pelatihan PONEB dikarenakan dengan terbatasnya anggaran daerah.

Tabel 5.1.4 Jumlah kasus obstetri neonatal dan Tujuan Rujukan Obstetri Neonatal

Kasus	Obstetri	Neonatal
Ditangani bidan setempat	65	15
Dirujuk ke Puskesmas mampu PONED	17	5
Dirujuk ke Puskesmas setempat	1	0
Dirujuk ke Puskesmas Mampu PONED melalui Puskesmas setempat	0	0
Dirujuk ke RSUD Kabupaten Maluku Tengah	26	7
Dirujuk ke RS di luar Kabupaten Maluku Tengah	19	0
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>27</b>

## 5.2 Gambaran Pelaksanaan Rujukan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar bidan tidak melaksanakan rujukan terhadap kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas PONED yaitu sebesar 79,2%.

Tabel 5.2.1 Distribusi Pelaksanaan Rujukan

Rujukan	Jumlah	Persen(%)
Tidak Merujuk	42	79,2
Merujuk	11	20,8
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

## 5.3 Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk mendeskriptifkan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti yang disajikan dalam bentuk tabel distribusi dari masing – masing variabel. Variabel independen meliputi pendidikan, pengetahuan tentang puskesmas mampu PONED, pengetahuan tentang obstetri neonatal dan sistem rujukan, masa kerja, ketersediaan petugas kesehatan, ketersediaan sarana prasarana di puskesmas mampu PONED, waktu tempuh dari desa ke puskesmas mampu PONED, sosialisasi tentang puskesmas mampu PONED, dukungan keluarga, dukungan teman sejawat, dukungan pimpinan/atasan. Variabel

dependen yaitu rujukan kasus kegawadaruratan oleh bidan desa ke puskesmas mampu PONED.

### 5.3.1 Pendidikan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar bidan memiliki latar belakang pendidikan < D3 yaitu sebesar 77,4%.

Tabel 5.3.1 Distribusi Pendidikan Bidan

Pendidikan	Jumlah	Persen(%)
≥D4	12	22,6
<D3	41	77,4
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

### 5.3.2 Pengetahuan Puskesmas PONED

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar bidan memiliki pengetahuan tentang Puskesmas Poned yang rendah yaitu sebesar 56,6%.

Tabel 5.3.2 Distribusi Pengetahuan Puskesmas Poned

Pengetahuan	Jumlah	Persen(%)
Rendah	30	56,6
Tinggi	23	43,4
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

### 5.3.3 Pengetahuan tentang Obstetri Neonatal

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar bidan memiliki pengetahuan tentang Kasus Obstetri Neonatal serta sistem rujukannya yang rendah yaitu sebesar 52,8%.

Tabel 5.3.3 Distribusi Pengetahuan Obstetri dan Neonatal

Pengetahuan	Jumlah	Persen(%)
-------------	--------	-----------

Universitas Indonesia

Rendah	28	52,8
Tinggi	25	47,2
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

#### 5.3.4 Masa Kerja

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar bidan telah bekerja sebagai bidan selama 10 tahun yaitu sebesar 62,3%.

Tabel 5.3.4 Distribusi Lama Kerja

Masa Kerja	Jumlah	Persen(%)
≥10 tahun	33	62,3
<10 tahun	20	37,7
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

#### 5.3.5 Ketersediaan Petugas Kesehatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa menurut sebagian besar bidan tersedia petugas kesehatan di Puskesmas Poned yaitu sebesar 54,7%.

Tabel 5.3.5 Distribusi Ketersediaan Petugas Kesehatan

Petugas Kesehatan	Jumlah	Persen(%)
Tidak Tersedia	24	45,3
Tersedia	29	54,7
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

### 5.3.6 Sarana dan Prasarana

Hasil penelitian menunjukkan bahwa menurut sebagian besar bidan tidak tersedia sarana dan prasarana di Puskesmas Poned yaitu sebesar 62,3%.

Tabel 5.3.6 Distribusi Sarana dan Prasarana

Sarana dan Prasarana	Jumlah	Persen(%)
Tidak Tersedia	33	62,3
Tersedia	20	37,7
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

### 5.3.7 Waktu

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar bidan membutuhkan waktu tempuh  $\geq 2$  jam menuju Puskesmas Poned yaitu sebesar 52,8%.

Tabel 5.3.7 Distribusi Waktu

Waktu	Jumlah	Persen(%)
$\geq 2$ jam	28	52,8
$< 2$ jam	25	47,2
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

### 5.3.8 Sosialisasi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar bidan tidak pernah mendapatkan sosialisasi tentang Puskesmas Poned yaitu sebesar 50,9%.

Tabel 5.3.8 Distribusi Sosialisasi

Sosialisasi	Jumlah	Persen(%)
Tidak Pernah	27	50,9
Pernah	26	49,1
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

### 5.3.9 Dukungan Keluarga

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar bidan mendapatkan dukungan dari keluarga yaitu sebesar 60,4%.

Tabel 5.3.9 Distribusi Dukungan Keluarga

Dukungan Keluarga	Jumlah	Persen(%)
Tidak Mendukung	21	39,6
Mendukung	32	60,4
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

### 5.3.10 Dukungan Teman Sejawat

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar bidan mendapatkan dukungan dari teman sejawat yaitu sebesar 64,2%.

Tabel 5.3.10 Distribusi Teman Sejawat

Dukungan Teman Sejawat	Jumlah	Persen(%)
Tidak Mendukung	19	35,8
Mendukung	34	64,2
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

### 5.3.11 Dukungan Atasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar bidan mendapatkan dukungan dari atasan yaitu sebesar 66%.

Tabel 5.3.11 Distribusi Atasan

Dukungan Atasan	Jumlah	Persen(%)
Tidak Mendukung	18	34
Mendukung	35	66
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

## 5.4 Analisis Bivariat

Kegunaan analisis bivariat untuk mengetahui apakah ada hubungan yang signifikan antara dua variabel, atau bisa juga digunakan untuk mengetahui apakah ada perbedaan yang signifikan antara dua atau lebih kelompok(sampel).

### 5.4.1 Pendidikan

Tabel 5.4.1 Hubungan antara Faktor Pendidikan dengan Rujukan Kasus Kegawatdaruratan Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED

Variabel	Kategori	Pelaksanaan Rujukan				Total		OR (CI 95 %)	P-value
		Tidak		Ya		n	%		
		N	%	n	%				
Pendidikan	≥ D3	11	91,7	1	8,3	12	100	3,55(0,4 -31,0)	0,42
	< D3	31	75,6	10	24,4	41	100		

Hasil analisis menunjukkan bahwa bidan yang berlatar belakang pendidikan kurang dari D3 kebidanan yang melaksanakan rujukan yaitu sebesar 24,4%. Sedangkan bidan yang berlatar belakang pendidikan lebih dari sama dengan D3 kebidanan yang melaksanakan rujukan yaitu sebesar 8,3%. Hasil uji statistik diperoleh nilai p-value=0,42 ( $p > 0,05$ ) maka  $H_0$  gagal ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara pendidikan



dengan pelaksanaan rujukan oleh bidan. Selain itu, diketahui nilai  $OR=3,55$  artinya bidan yang pendidikan kurang dari D3 Kebidanan akan cenderung melaksanakan rujukan 3,55 kali dibandingkan bidan yang pendidikan lebih dari sama dengan D3 kebidanan.

#### 5.4.2 Pengetahuan tentang Puskesmas mampu PONE

Tabel 5.4.2 Hubungan antara Faktor Pengetahuan tentang Puskesmas Mampu PONE dengan Rujukan Kasus Kegawatdaruratan Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONE

Variabel	Kategori	Pelaksanaan Rujukan				Total		OR (CI 95%)	P-value
		Tidak		Ya		N	%		
		n	%	N	%				
Pengetahuan tentang Puskesmas Mampu PONE	Rendah	27	90	3	10	30	100	4,84 (1,47-15,97)	0,017
	Tinggi	15	65,2	8	34,8	23	100		

Hasil analisis menunjukkan bahwa bidan yang pengetahuan tentang Puskesmas PONE tinggi yang melaksanakan rujukan yaitu sebesar 34,8%. Sedangkan bidan yang pengetahuan tentang Puskesmas PONE rendah yang melaksanakan rujukan yaitu sebesar 10%. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p\text{-value}=0,017$  ( $p<0,05$ ) maka  $H_0$  ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan tentang Puskesmas PONE dengan pelaksanaan rujukan oleh bidan. Selain itu, diketahui nilai  $OR= 4,84$  artinya bidan yang pengetahuan tinggi akan cenderung melaksanakan rujukan 4,84 kali dibandingkan bidan yang pengetahuan rendah.

### 5.4.3 Pengetahuan tentang Obstetri Neonatal dan Sistim Rujukan

Tabel 5.4.4 Hubungan antara Pengetahuan tentang Obstetri Neonatal dan Sistem Rujukan dengan Rujukan Kasus Kegawatdaruratan Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED

Variabel	Kategori	Pelaksanaan Rujukan				Total		OR (CI 95%)	P-value
		Tidak		Ya		n	%		
		n	%	n	%				
Pengetahuan tentang Obstetri Neonatal	Rendah	26	92,9	2	7,1	28	100	7,3(1,39-38,23)	0,016
	Tinggi	16	64	9	36	25	100		

Hasil analisis menunjukkan bahwa bidan yang pengetahuan tentang Obstetri dan Neonatal tinggi yang melaksanakan rujukan yaitu sebesar 36%. Sedangkan bidan yang pengetahuan tentang Obstetri Neonatal rendah yang melaksanakan rujukan yaitu sebesar 7,1%. Hasil uji statistik diperoleh nilai p-value=0,016 ( $p < 0,05$ ) maka  $H_0$  ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan tentang Obstetri Neonatal dengan pelaksanaan rujukan oleh bidan. Selain itu, diketahui nilai OR= 7,3 artinya bidan yang pengetahuan tinggi akan cenderung melaksanakan rujukan 3,78 kali dibandingkan bidan yang pengetahuan rendah.

### 5.4.5 Masa Kerja

Tabel 5.4.5 Hubungan antara Masa Kerja Dengan Rujukan Kasus kegawadaruratan Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED

Variabel	Kategori	Pelaksanaan Rujukan				Total		OR (CI 95%)	P-value
		Tidak		Ya		n	%		
		n	%	n	%				
Masa Kerja	≥10 tahun	27	81,8	6	18,2	33	100	1,5(0,39-5,75)	0,81
	<10 Tahun	15	75	5	25	20	100		

Hasil analisis menunjukkan bahwa bidan yang telah bekerja selama kurang dari 10 tahun yang melaksanakan rujukan yaitu sebesar 25%. Sedangkan bidan yang telah bekerja selama lebih dari sama dengan 10 tahun yang melaksanakan rujukan yaitu sebesar 18,2%. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p\text{-value}=0,81$  ( $p>0,05$ ) maka  $H_0$  gagal ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara lama kerja dengan pelaksanaan rujukan oleh bidan. Selain itu, diketahui nilai  $OR= 1,5$  artinya bidan yang telah bekerja selama kurang dari 10 tahun akan cenderung melaksanakan rujukan 1,5 kali dibandingkan bidan yang telah bekerja lebih dari sama dengan 10 tahun.

#### 5.4.6 Ketersediaan Petugas Kesehatan Terlatih di Puskesmas Mampu Poned

Tabel 5.4.6 Hubungan Antara Ketersediaan Petugas Kesehatan Terlatih di Puskesmas Mampu Poned

Variabel	Kategori	Pelaksanaan Rujukan				Total		OR (CI 95%)	P-value
		Tidak		Ya		n	%		
		n	%	n	%				
Ketersediaan Petugas Terlatih Poned di Puskesmas Mampu Poned	Tidak Tersedia	21	87,5	3	12,5	24	100	2,67(0,62-11,46)	0,3
	Tersedia	21	72,4	8	27,6	29	100		

Hasil analisis menunjukkan bahwa bidan yang tersedia petugas kesehatan di Puskesmas Poned yang melaksanakan rujukan yaitu sebesar 27,6%. Sedangkan bidan yang tidak tersedia petugas kesehatan di puskesmas Poned yang melaksanakan rujukan yaitu sebesar 12,5%. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p\text{-value}=0,3$  ( $p>0,05$ ) maka  $H_0$  gagal ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara ketersediaan petugas kesehatan di puskesmas Poned dengan pelaksanaan rujukan oleh bidan. Selain itu, diketahui nilai  $OR= 2,67$  artinya bidan yang tersedia petugas kesehatan di puskesmas Poned akan cenderung melaksanakan rujukan 2,67 kali dibandingkan bidan yang tidak tersedia petugas kesehatan di puskesmas Poned.

### 5.4.7 Ketersediaan Sarana Prasarana di Puskesmas Mampu PONED

Tabel 5.4.7 Hubungan antara Ketersediaan sarana Prasarana di Puskesmas Mampu PONED dengan Rujukan Kasus Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED

Variabel	Kategori	Pelaksanaan Rujukan				Total		OR(CI 95%)	p-value
		Tidak		Ya		n	%		
		n	%	n	%				
Ketersediaan Sarana Prasarana di Puskesmas Mampu PONED	Tidak tersedia	30	90,9	3	91	33	100	66,7(1,5-29,47)	0,013
	Tersedia	12	60	8	60	20	100		

Hasil analisis menunjukkan bahwa bidan yang tersedia sarana dan prasarana di puskesmas PONED yang melaksanakan rujukan yaitu sebesar 60%. Sedangkan bidan yang tidak tersedia sarana dan prasarana yang melaksanakan rujukan yaitu sebesar 91,%. Hasil uji statistik diperoleh nilai p-value=0,013 ( $p < 0,05$ ) maka  $H_0$  ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara sarana dan prasarana dengan pelaksanaan rujukan oleh bidan. Selain itu, diketahui nilai OR= 6,67 artinya bidan yang tersedia sarana dan prasarana di puskesmas PONED akan cenderung melaksanakan rujukan 6,67 kali dibandingkan bidan yang tidak tersedia sarana dan prasarana di puskesmas PONED.

### 5.4.8 Waktu Tempuh

Tabel 5.4.8 Hubungan antara Waktu Tempuh dari desa Dengan Rujukan Kasus Kegawadaruratan Obstetri Neonatal ke Puskesmas Mampu PONED

Variabel	Kategori	Pelaksanaan Rujukan				Total		OR(CI 95%)	p-value
		Tidak		Ya		n	%		
		n	%	n	%				
Waktu Tempuh dari Desa ke Puskesmas mampu PONED	$\geq 2$ jam	26	92,9	2	7,1	28	100	,3(1,39-38,23)	0,016
	$< 2$ jam	16	64	9	36	25	100		

Hasil analisis menunjukkan bahwa bidan yang waktu tempuh ke Puskesmas PONED <2 jam yang melaksanakan rujukan yaitu sebesar 36%. Sedangkan bidan yang waktu tempuh ke Puskesmas PONED ≥ 2 jam yang melaksanakan rujukan yaitu sebesar 7,1%. Hasil uji statistik diperoleh nilai p-value=0,016 (p<0,05) maka Ho ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara waktu tempuh dengan pelaksanaan rujukan oleh bidan. Selain itu, diketahui nilai OR= 7,3 artinya bidan yang waktu tempuhnya <2 jam akan cenderung melaksanakan rujukan 7,3 kali dibandingkan bidan yang waktu tempuh ≥ 2 jam.

#### 5.4.9 Sosialisasi Tentang Puskesmas Mampu PONED

Tabel 5.4.9 Hubungan antara Sosialisasi tentang Puskesmas mampu PONED dengan rujukan Kasus Kegawadaruratan Obstetri Neonatal Ke Puskesmas Mampu PONED

Variabel	Kategori	Pelaksanaan Rujukan				Total		OR(CI 95%)	P-value
		Tidak		Ya		n	%		
		n	%	n	%				
Sosialisasi tentang Puskesmas Mampu PONED	Tidak Pernah	24	88,9	3	11,1	27	100	3,56(0,83-15,32)	0,099
	Pernah	18	69,2	8	30,8	26	100		

Hasil analisis menunjukkan bahwa bidan yang pernah mendapatkan sosialisasi PONED melaksanakan rujukan yaitu sebesar 30,8%. Sedangkan bidan yang tidak pernah mendapatkan sosialisasi PONED yang melaksanakan rujukan yaitu sebesar 11,1%. Hasil uji statistik diperoleh nilai p-value=0,099 (p>0,05) maka Ho gagal ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara sosialisasi dengan pelaksanaan rujukan oleh bidan. Selain itu, diketahui nilai OR= 3,56 artinya bidan yang pernah mendapat sosialisasi akan cenderung melaksanakan rujukan 3,56 kali dibandingkan bidan yang tidak pernah mendapat sosialisasi.

#### 5.4.10 Dukungan Keluarga Pasien

Tabel 5.4.10 Hubungan antara Dukungan Keluarga Pasien dengan rujukan Kasus Kegawadaruratan Obstetri Neonatal Ke Puskesmas Mampu PONED

Variabel	Kategori	Pelaksanaan Rujukan				Total		OR(CI 95%)	P-value
		Tidak		Ya		n	%		
		n	%	n	%				
Dukungan Keluarga Pasien	Tidak Mendukung	20	95,2	1	4,8	21	100	9,09(1,07-77,49)	0,035
	Mendukung	22	68,8	10	31,3	32	100		

Hasil analisis menunjukkan bahwa bidan yang mendapat dukungan dari keluarga pasien yang melaksanakan rujukan yaitu sebesar 31,3%. Sedangkan bidan yang tidak mendapat dukungan dari keluarga pasien yang melaksanakan rujukan yaitu sebesar 4,8%. Hasil uji statistik diperoleh nilai p-value=0,035 ( $p < 0,05$ ) maka  $H_0$  ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara dukungan dari keluarga dengan pelaksanaan rujukan oleh bidan. Selain itu, diketahui nilai OR= 9,1 artinya bidan yang mendapat dukungan dari keluarga akan cenderung melaksanakan rujukan 9,1 kali dibandingkan bidan yang tidak mendapat dukungan.

#### 5.4.11 Dukungan Teman Sejawat

Tabel 5.4.10 Hubungan antara Dukungan Teman Sejawat dengan rujukan Kasus Kegawadaruratan Obstetri Neonatal Ke Puskesmas Mampu PONED

Variabel	Kategori	Pelaksanaan Rujukan				Total		OR(CI 95%)	P-value
		Tidak		Ya		n	%		
		n	%	n	%				
Dukungan Teman Sejawat	Tidak Mendukung	17	89,5	2	10,5	19	100	3,06(0,59-15,96)	0,29
	Mendukung	25	73,5	9	26,5	34	100		

Hasil analisis menunjukkan bahwa bidan yang mendapat dukungan dari teman sejawat yang melaksanakan rujukan yaitu sebesar 26,5%. Sedangkan bidan yang tidak mendapat dukungan dari teman sejawat yang melaksanakan rujukan yaitu sebesar 10,5%. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p\text{-value}=0,29$  ( $p>0,05$ ) maka  $H_0$  gagal ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara dukungan dari teman sejawat dengan pelaksanaan rujukan oleh bidan. Selain itu, diketahui nilai  $OR= 3,06$  artinya bidan yang mendapat dukungan dari teman sejawat akan cenderung melaksanakan rujukan 3,06 kali dibandingkan bidan yang tidak mendapat dukungan.

#### 5.4.12 Dukungan Pimpinan /atasan

Tabel 5.4.10 Hubungan antara Dukungan Pimpinan/atasan dengan rujukan Kasus Kegawatdaruratan Obstetri Neonatal Ke Puskesmas Mampu PONED

Variabel	Kategori	Pelaksanaan Rujukan				Total		OR(CI 95%)	P-value
		Tidak		Ya		n	%		
		n	%	n	%				
Dukungan Pimpinan/atasan	Tidak Mendukung	17	94,4	1	5,6	18	100	6,8(0,79-58,14)	0,075
	Mendukung	25	71,4	10	28,6	35	100		

Hasil analisis menunjukkan bahwa bidan yang mendapat dukungan dari atasan yang melaksanakan rujukan yaitu sebesar 28,6%. Sedangkan bidan yang tidak mendapat dukungan dari atasan yang melaksanakan rujukan yaitu sebesar 5,6%. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p\text{-value}=0,075$  ( $p>0,05$ ) maka  $H_0$  gagal ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara dukungan dari atasan dengan pelaksanaan rujukan oleh bidan. Selain itu, diketahui nilai  $OR= 6,8$  artinya bidan yang mendapat dukungan dari atasan akan cenderung melaksanakan rujukan 6,8 kali dibandingkan bidan yang tidak mendapat dukungan.

## BAB 6

### PEMBAHASAN

Setelah dilakukan analisa dan berdasarkan tujuan penelitian, maka terlebih dahulu dikemukakan keterbatasan dalam penelitian ini yang dilanjutkan dengan pembahasan hasil penelitian dari masing – masing variabel yang diteliti.

#### **6.1 Keterbatasan Penelitian**

1. Penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional*, dimana pengukuran variabel dependen dan variabel independen dilakukan secara bersamaan pada saat penelitian ini dilakukan. Kelemahan rancangan ini antara lain tidak dapat membedakan variabel yang menjadi penyebab dan yang menjadi akibat. Oleh karena itu penelitian ini tidak dapat memberikan penjelasan tentang adanya hubungan sebab akibat, hubungan yang ada hanya menunjukkan adanya keterkaitan saja, bukan yang bersifat kausalitas.
2. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang meliputi pertanyaan tertutup dan terbuka serta pilihan jawaban bersifat subjektif, sehingga kebenaran data sangat tergantung pada keterusterangan dan kejujuran responden, dan juga ketekunan responden pada saat pengisian kuesioner. Untuk mengatasi masalah tersebut peneliti memberikan waktu yang cukup panjang pada responden untuk mengisi kuesioner dan memberikan kesempatan kepada responden untuk bertanya jika ada hal – hal yang kurang dimengerti oleh responden tentang kuesioner tersebut.
3. Data kasus rujukan yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data dari Januari 2011 sampai dengan data pada saat penelitian yaitu bulan Maret 2012, sehingga ada kemungkinan data yang terkumpul tidak valid yang disebabkan oleh sistem pencatatan dan pelaporan bidan di desa yang kurang baik, seperti tidak adanya laporan rujukan yang seharusnya dimiliki oleh bidan desa.



Untuk mengatasi masalah ini peneliti melakukan pengisian blangko kasus obstetri neonatal oleh bidan desa dan counter cek dengan data yang ada di puskesmas dan di Dinas Kesehatan Kabupaten.

## 6.2 Hasil Penelitian

### 6.2.1 Rujukan Kasus Obstetri Neonatal Oleh Bidan desa Ke Puskesmas Poned

Berdasarkan hasil analisis tentang pelaksanaan rujukan ke Puskesmas Poned maka diperoleh 11 (20,8%) bidan desa yang merujuk kasus obstetri neonatal ke Puskesmas Poned sedangkan 42 (79,2%) bidan desa tidak melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas Poned. Untuk kasus obstetri, jumlah kasus yang dirujuk ke Puskesmas Poned sebanyak 18 kasus dan yang tidak dirujuk ke Puskesmas Poned sebanyak 110 kasus yang terdiri dari kasus obstetri neonatal yang ditangani bidan setempat, kasus obstetri neonatal yang dirujuk ke RS Kabupaten, kasus obstetri neonatal yang dirujuk ke RS di luar kabupaten. Sedangkan untuk neonatal kasus yang dirujuk ke Puskesmas Poned sebanyak 5 kasus dan yang tidak dirujuk ke puskesmas Poned sebanyak 22 kasus yang terdiri dari kasus obstetri neonatal yang ditangani oleh bidan desa setempat dan kasus obstetri neonatal yang dirujuk ke RS di Kabupaten.

Dari data diatas dapat dikatakan bahwa hanya sedikit kasus obstetri neonatal yang dirujuk ke Puskesmas Poned dibandingkan dengan hampir sebagian besar kasus obstetri neonatal yang dirujuk ke luar puskesmas Poned tanpa dirujuk terlebih dahulu ke Puskesmas Poned. Hal ini karena kemungkinan bidan desa kurang mendapat informasi tentang Puskesmas Poned, adanya pengaruh waktu tempuh ke puskesmas Poned lebih jauh dibandingkan dengan waktu tempuh ke fasilitas kesehatan yang lain atau saat bidan desa menemukan kasus obstetri neonatal tepat hari libur sehingga bidan tersebut berpikir lebih baik merujuk langsung ke fasilitas kesehatan yang lain daripada merujuk ke Puskesmas Poned tapi tidak ada petugas karena hari libur tadi, adanya keterbatasan peralatan di Puskesmas Poned sehingga mereka langsung memilih untuk merujuk langsung ke fasilitas kesehatan yang lain, adanya penanganan kasus obstetri neonatal langsung oleh bidan desa setempat karena sudah pengalaman atau ditangani bidan setempat karena keterbatasan keuangan keluarga sehingga

**Universitas Indonesia**

keluarga hanya bisa pasrah untuk bidan tersebut dalam menangani kasus, tidak ada dokter di Puskesmas Poned sehingga bidan tersebut memilih merujuk ke fasilitas kesehatan yang lain daripada merujuk ke Puskesmas Poned dengan kemampuan petugas di Puskesmas Poned dalam menangani kasus hampir sama dengan kemampuan yang dimiliki bidan tersebut, adanya permintaan keluarga untuk langsung merujuk ke fasilitas kesehatan yang lain, adanya penemuan kasus obstetri neonatal tapi keluarga tidak mau merujuk ke puskesmas Poned karena pengaruh keadaan alam saat itu yang tidak bersahabat sehingga sangat beresiko jika merujuk mengingat sebagian besar desa di Maluku Tengah merupakan desa pesisir.

Dengan demikian Puskesmas Poned di Kabupaten Maluku Tengah belum berperan secara baik. Hal ini ditunjukkan dengan banyaknya kasus obstetri neonatal yang dirujuk ke luar Puskesmas Poned dibandingkan dengan kasus obstetri neonatal yang dirujuk ke Puskesmas Poned. Hal tersebut menyebabkan pemborosan tenaga, waktu dan biaya. Namun bila kasus obstetri neonatal memang diyakini tidak dapat ditangani di Puskesmas Poned maka merujuk ke fasilitas kesehatan yang lain adalah tindakan yang tepat dengan tidak mengabaikan tindakan pra rujukan. Begitu juga bila kendala dalam merujuk adalah keadaan alam sehingga hal ini tidak bisa dihindari namun seharusnya dapat mencari jalan keluar untuk mengecilkan resiko dalam rujukan karena pengaruh dari alam tadi. Jalan keluar yang dapat di berikan yaitu dibangunnya “walang singgah” bagi masyarakat, yang dapat dibangun dengan kerjasama antara beberapa desa dan disepakati untuk dibangun di desa yang letaknya lebih dekat dengan fasilitas kesehatan dalam hal ini puskesmas Poned sehingga masyarakat yang membutuhkan pelayanan dan memiliki akses yang jauh dari fasilitas kesehatan dapat menempati “walang singgah” tersebut sehingga nantinya diharapkan dapat mencapai fasilitas kesehatan lebih cepat dibandingkan bila datang langsung dari desanya, terlebih bagi ibu hamil yang telah terdeteksi resiko supaya lebih cepat penanganan untuk dirinya sendiri dan bayi yang akan dilahirkannya mengingat tidak dapat diduga terjadinya komplikasi. Selain itu diharapkan setiap desa sebaiknya mempunyai satu ambulans desa yang senantiasa siaga di desa, baik itu ambulans darat ataupun ambulans laut tergantung dari cepatnya jangkauan yang

**Universitas Indonesia**

dirasakan masyarakat apakah melalui laut atau darat mengingat Maluku Tengah merupakan daerah kepulauan sehingga nantinya dapat membantu dalam proses penanganan pasien.

### 6.2.2 Pendidikan

Dari hasil analisis diperoleh bidan desa yang berpendidikan lebih dari sama dengan D3 Kebidanan berperilaku baik dalam melakukan rujukan kasus obstetri neonatal ke Puskesmas PONED sebesar 8,3 %.

Dibandingkan dengan bidan desa yang berpendidikan kurang dari D3 yang melaksanakan rujukan sebesar 24,4%. Dengan demikian tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pendidikan dan pelaksanaan rujukan ke Puskesmas PONED dimana  $p\text{-value} = 0,42$  ( $p > 0,05$ ) dengan nilai  $OR = 3,55$ , yang berarti bidan yang pendidikannya kurang dari D3 akan cenderung melaksanakan rujukan 3,55 kali dibandingkan dengan bidan yang pendidikan lebih dari sama dengan D3.

Hal ini kemungkinan disebabkan karena 77,4 % bidan desa mempunyai tingkat pendidikan kurang dari D3 seperti PPBA dan PPBC sehingga menyebabkan kurangnya pengetahuan yang diikuti dengan kurangnya ketrampilan dalam penanganan kasus obstetri neonatal sesuai dengan protap yang menyebabkan sebagian bidan tersebut untuk merujuk ke puskesmas PONED.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Tarzon, 2009 yang mengungkapkan bahwa ada hubungan bermakna antara pendidikan dengan perilaku bidan desa dalam merujuk.

Menurut Notoatmodjo, 2007, perubahan – perubahan perilaku dalam seseorang dapat diketahui melalui persepsi. Persepsi adalah pengalaman yang dihasilkan melalui indera penglihatan, pendengaran, penciuman dan sebagainya. Setiap orang mempunyai persepsi yang berbeda meskipun obyeknya sama. pendidikan merupakan salah satu faktor yang sangat penting dalam perubahan perilaku. Pendidikan merupakan suatu intervensi atau upaya yang ditujukan kepada perilaku agar perilaku tersebut kondusif untuk kesehatan. Dengan kata lain pendidikan mengupayakan agar perilaku individu, kelompok dan masyarakat

mempunyai pengaruh positif terhadap pemeliharaan dan peningkatan kesehatan (Notoatmodjo, 2007).

Penelitian ini berarti pendidikan mempunyai pengaruh tidak langsung akan keputusan dalam merujuk kasus yang dilakukan oleh bidan desa. Namun tetap diperlukan bagi bidan – bidan yang ada di kabupaten Maluku Tengah untuk melanjutkan pendidikannya ke jenjang yang lebih tinggi dari pendidikan saat ini yang hanya D1 Kebidanan menjadi minimal D3 Kebidanan yang bertujuan untuk memperluas informasi dan meningkatkan kompetensi di bidang kebidanan dengan jalan kerjasama antara pemerintahan daerah kabupaten Maluku Tengah dengan Poltekkes Kemenkes provinsi Maluku supaya dapat menyediakan jurusan kebidanan di Poltekkes Kemenkes Prodi Masohi dimana selama ini belum hanya ada jurusan keperawatan saja. Selain itu kompetensi bidan juga dapat diperoleh melalui pelatihan – pelatihan yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak sehingga diharapkan dapat mengikutsertakan bidan desa yang belum pernah mengikuti pelatihan yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak dan juga tidak adanya pemilihan peserta pelatihan yang monoton dalam arti bidan yang bersangkutan yang selalu mengikuti pelatihan secara terus menerus. Kemudian mengingat bidan desa lebih erat hubungannya dengan masyarakat maka diharapkan pelatihan yang dilakukan tepat ke sasaran dalam hal ini bukan hanya ke bidan puskesmas melainkan langsung ke bidan desa.

### 6.2.3 Pengetahuan tentang Puskesmas PONED

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

Teori Snehandu B. Kar dalam Notoatmodjo 2007, mengemukakan bahwa perilaku manusia merupakan fungsi dari ada atau tidak adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (accessibility information).

Dari hasil analisis diperoleh bahwa sebagian besar bidan desa yang mempunyai pengetahuan tinggi tentang Puskesmas PONED melakukan rujukan

**Universitas Indonesia**

sebanyak 34,8 % dibandingkan dengan sebagian besar bidan desa yang berpengetahuan rendah tentang puskesmas mampu PONE D melakukan rujukan sebanyak 10 % . Dengan demikian dapat disimpulkan terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang Puskesmas mampu PONE D dengan pelaksanaan rujukan oleh bidan desa dimana  $p\text{-value} = 0,017$  ( $p < 0,05$ ) dengan nilai  $OR = 4,84$  , yang artinya bidan yang berpengetahuan tinggi akan cenderung melaksanakan rujukan 4, 84 kali dibandingkan bidan yang pengetahuan rendah tentang puskesmas mampu PONE D.

Bidan di desa yang berpengetahuan baik ini terdiri dari bidan yang pernah mengikuti pelatihan PONE D dan kemungkinan juga adalah bidan yang bertugas di puskesmas PONE D, bidan desa jangkauannya dekat dengan puskesmas PONE D. Hal ini yang mungkin menyebabkan ketepapan informasi tentang puskesmas PONE D berbeda dengan bidan di desa yang bertugas di luar puskesmas PONE D.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Tarzon yaitu ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang Puskesmas mampu PONE D dengan pelaksanaan rujukan.

Menurut Notoatmodjo, 2007, tindakan petugas kesehatan dalam merujuk pasien ditentukan oleh pengetahuan tenaga kesehatan tersebut.

Pengetahuan diperoleh berdasarkan pengalaman sendiri maupun pengalaman orang lain. Oleh karena itu sebaiknya bidan desa dibekali pedoman tentang puskesmas PONE D sehingga memudahkan dalam menentukan arah rujukan dengan jalan diadakannya pelatihan tentang PONE D secara bertahap sehingga diharapkan semua bidan desa di kabupaten Maluku Tengah dapat terpapar informasi tentang PONE D dan tentang alur rujukan yang benar namun tetap mempertimbangkan keadaan dan situasi di tempat tugasnya.

#### 6.2.4 Pengetahuan tentang Obstetri Neonatal dan Sistem Rujukan

Dari hasil analisis diperoleh data bahwa sebagian bidan desa yang ada di wilayah puskesmas mampu PONE D mempunyai pengetahuan tentang obstetri neonatal dan sistem rujukan yang tinggi dan melaksanakan rujukan sebanyak 36 % dibandingkan dengan bidan desa yang berpengetahuan rendah yang

melaksanakan rujukan sebanyak 7,1 %. Dengan demikian terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang obstetri neonatal dengan pelaksanaan rujukan dimana  $p\text{-value} = 0,016$  ( $p < 0,05$ ) dengan  $OR = 7,3$  yang artinya bidan desa yang berpengetahuan tinggi cenderung melaksanakan rujukan 7,3 kali dibandingkan dengan bidan desa yang berpengetahuan rendah.

Hal ini kemungkinan disebabkan karena bidan desa sudah terpapar informasi tentang kegawadaruratan obstetri neonatal baik yang didapatkan melalui jalur formal yaitu pendidikan maupun jalur informal yaitu melalui pelatihan. Selain itu karena adanya pengalaman dari sebagian bidan desa tentang tanggung akibat dimana lebih baik merujuk daripada menangani sendiri atau dengan kata lain bidan tersebut tidak mau mengambil resiko bila terjadi masalah lanjut pada pasiennya.

Menurut Notoatmodjo, 2007, perubahan – perubahan perilaku dalam diri seseorang dapat diketahui melalui persepsi. Persepsi adalah pengalaman yang dihasilkan melalui indera penglihatan, pendengaran, penciuman dan sebagainya. Setiap orang mempunyai persepsi yang berbeda meskipun objeknya sama.

#### 6.2.5 Masa Kerja

Yang dimaksudkan dengan masa kerja pada penelitian ini adalah lama kerja bidan dalam satuan tahun yang diukur sejak pertama bekerja sebagai bidan sampai dengan pengambilan data. Dari hasil analisis menunjukkan bahwa bidan yang bekerja lebih dari sama dengan 10 tahun yang melaksanakan rujukan sebesar 18,2% dibandingkan dengan bidan yang bekerja kurang dari 10 tahun yang melaksanakan rujukan sebesar 25%. Sehingga dapat diartikan semakin lama masa kerja bidan di desa semakin banyak pengalaman yang ia dapatkan yang akan berpengaruh pada ketrampilannya dalam penanganan kasus obstetri neonatal. Dengan demikian tidak terdapat hubungan antara lama kerja dengan pelaksanaan rujukan dengan  $p\text{-value} = 0,81$  ( $p > 0,05$ ) dimana  $OR = 1,5\%$ . Artinya bidan yang telah bekerja selama kurang dari 10 tahun akan cenderung melaksanakan rujukan 1,5 kali dibandingkan dengan bidan yang masa kerjanya lebih dari sama dengan 10 tahun.

Berbeda dengan penelitian Umar, 2007 yang mengatakan bahwa lamanya tugas dan pengalaman dalam mengolah kasus, berhubungan dan berpengaruh terhadap ketrampilan seseorang.

Hal ini juga sejalan dengan penelitian Robins, 2006 masa kerja seseorang berkaitan dengan pengalaman seseorang dalam bidangnya. Pengalaman yang diperoleh seseorang dapat mempengaruhi kemampuannya dan pekerjaan akan mempengaruhi petugas yang telah lama bekerja. Jika demikian masa kerja yang diekspresikan sebagai pengalaman kerja, tampaknya menjadi dasar pemikiran yang baik terhadap produktivitas karyawan.

Hal yang sama juga dikatakan oleh Penelitian Pipo, 2001 menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara masa kerja dengan kineja kerja bidan di desa. Semakin lama seseorang bekerja maka semakin matang seseorang untuk menata pekerjaannya, pengambilan keputusan juga akan semakin baik karena telah mempunyai banyak pengalaman. Dengan pengalaman yang banyak diperoleh masa kerja yang lama maka seseorang dapat mengambil suatu tindakan dengan baik dan tepat.

Pengalaman adalah latar belakang yang menentukan secara tidak langsung perilaku kinerja dan perilaku personil (Umar, 2007). Sebagian besar bidan desa yang ada di puskesmas PONED di kabupaten Maluku Tengah mempunyai masa kerja yang lama sehingga mempunyai banyak pengalaman tentang kesehatan khususnya masalah kesehatan ibu dan anak. Untuk itu walaupun sudah mempunyai pengalaman yang banyak namun tetap diperlukan refreshing atau penyegaran kembali akan pengetahuan yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak dalam hal ini lebih ke penanganan kasus obstetri neonatal sehingga sejalan dengan perkembangan ilmu dan pengetahuan maka diharapkan bidan desa yang sudah mempunyai masa kerja yang lama dapat diperbaharui pengetahuannya sehingga metode atau cara yang lama yang selama ini diterapkan dalam penanganan kasus dapat mengikuti metode atau cara yang baru yang sesuai dengan perkembangan ilmu dan pengetahuan terbaru saat ini.

### 6.2.6 Ketersediaan Petugas Kesehatan

Jumlah dan jenis tenaga kesehatan yang perlu tersedia sekurang – kurangnya tim PONE D harus ada minimal 1 dokter penanggung jawab yang telah terlatih PONE D dan GDON, harus ada minimal 1 bidan (D3 Kebidanan) terlatih PONE D dan GDON, harus ada 1 perawat (D3 Keperawatan) terlatih PPGDON dan ketiga tenaga kesehatan harus tinggal di sekitar PONE D atau ada 24 jam (Depkes, 2004).

Dari hasil survey awal diperoleh bahwa ada sebanyak 9 petugas dari 3 puskesmas PONE D yang ada yang sudah terlatih PONE D yang terdiri dari 3 orang dokter, 3 orang bidan (PPBA) dan 3 perawat (SPK). Namun seiring berjalannya waktu petugas yang sudah mengikuti pelatihan PONE D ini ada yang sudah berpindah ke tempat tugas lain (1 dokter) dan adapula yang melanjutkan pendidikan sehingga meninggalkan tempat tugas (1 dokter, 1 bidan). Selain itu adapula petugas kesehatan yang tidak bersedia menangani bila ditemukan kasus dengan alasan belum mengikuti pelatihan PONE D. Namun pada saat penelitian didapatkan adanya penambahan petugas kesehatan yang mengikuti pelatihan PONE D yang berasal dari puskesmas PONE D maupun petugas di luar puskesmas PONE D.

Hasil analisis diperoleh sebagian besar bidan di desa yang tidak tersedia petugas kesehatan yang melaksanakan rujukan ke puskesmas mampu PONE D sebesar 12,5% sedangkan sebagian besar bidan di desa yang tersedia petugas melaksanakan rujukan ke puskesmas mampu PONE D sebesar 27,6%. Dengan demikian dapat disimpulkan tidak terdapat hubungan signifikan antara ketersediaan petugas di Puskesmas mampu PONE D dengan pelaksanaan rujukan dimana  $p\text{-value} = 0,3$  ( $p > 0,05$ ) dengan  $OR = 2,67$  yang berarti bidan desa yang tersedia petugas terlatih di Puskesmas mampu PONE D akan cenderung melaksanakan rujukan 2,67 kali dibandingkan dengan bidan yang tidak tersedia petugas terlatih di Puskesmas mampu PONE D.



Hal ini menunjukkan bahwa sebelum bidan desa dalam melakukan rujukan ke Puskesmas mampu PONEB, ia terlebih dahulu memperhatikan apakah saat itu ada petugas atau tidak yang tetap berjaga di Puskesmas mampu PONEB apalagi bertepatan dengan hari libur atau apakah tenaga yang terlatih dalam hal ini keberadaan dokter saat itu sehubungan dengan kemampuan yang dimiliki oleh petugas (paramedis) di puskesmas mampu PONEB dimana jika mempunyai kemampuan yang sama dengan bidan desa tersebut maka mereka memilih untuk menangani sendiri.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian supriyatnataris D 2007 yang mengungkapkan bahwa salah satu alasan mengapa bidan di desa tidak merujuk kasus gawat janin ke puskesmas mampu PONEB adalah karena tidak adanya petugas yang terlatih PONEB di fasilitas tersebut terutama dokter.

Menurut Gazperz, 2003 yang mengatakan bahwa petugas atau sumber daya manusia merupakan salah satu faktor utama yang mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan organisasi. Tidak terkecuali juga puskesmas mampu PONEB.

#### **6.2.7 Sarana dan Prasarana**

Hasil analisis menunjukkan bahwa sebagian besar bidan di desa yang tidak tersedia sarana dan prasarana melaksanakan rujukan yaitu sebesar 9,1% dibandingkan dengan bidan desa yang tersedia sarana prasarana melaksanakan rujukan sebesar 60 %. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara sarana prasarana dengan pelaksanaan rujukan dimana  $p\text{-value} = 0,013(p < 0,05)$  dengan  $OR = 6,67\%$ . Yang artinya bidan desa yang tersedia sarana prasarana di Puskesmas mampu PONEB akan melaksanakan rujukan 6,67 kali dibandingkan dengan bidan desa yang tidak tersedia sarana prasarana di Puskesmas mampu PONEB.

Dengan demikian dapat dikatakan sarana prasarana di Puskesmas PONEB yang ada di Kabupaten Maluku Tengah cukup tersedia tetapi belum lengkap.

Selain itu yang menjadi masalahnya, peralatan yang ada tidak dimanfaatkan sebagaimana mestinya. Hal ini dikarenakan tidak ada tenaga yang dapat menggunakan peralatan medis tersebut sehubungan dengan belum dilakukannya pelatihan khusus tentang penggunaan peralatan itu. Selain itu masih adanya penggunaan instrumen yang dikhususkan untuk PONEB yang dipakai bersama dengan tindakan yang lain yang diakibatkan karena alat rusak, sediaan habis, pasokan terbatas. Hal ini dapat mengakibatkan kontaminasi dengan penyakit yang lain atau pada saat dibutuhkan alat tersebut tidak ada pada tempatnya.

Menurut UU Kesehatan no 23 tahun 1992 pasal 60 mengatakan perbekalan kesehatan yang diperlukan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan meliputi sediaan farmasi, alat kesehatan dan perbekalan lainnya. Dalam pelayanan puskesmas mampu PONEB, sarana dan fasilitas harus tersedia dengan lengkap.

Jaminan ketersediaan sarana, peralatan dan pasokan yang memadai adalah syarat untuk melaksanakan pelayanan kesehatan agar sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. 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).

#### **6.2.8 Waktu Tempuh**

Waktu tempuh dalam penelitian ini diukur berdasarkan waktu yang dihabiskan untuk menuju ke puskesmas mampu PONEB terdekat dalam satuan jam dengan menggunakan transportasi umum. Karena pada beberapa kondisi jarak tersebut jika diukur dengan satuan kilo meter relatif dekat namun bila ditinjau secara geografis, dimana wilayah Kabupaten Maluku Tengah adalah merupakan daerah kepulauan maka konsep satuan kilo meter tidak dapat memenuhi standar pelayanan kesehatan masyarakat, mengingat luasnya daerah dan sulitnya transportasi.

Dari hasil analisis didapatkan bahwa sebagian besar bidan desa yang mempunyai waktu tempuh lebih dari sama dengan 2 jam ke puskesmas mampu

PONED melaksanakan rujukan ke puskesmas mampu PONED sebesar 7,1%. Sedangkan sebagian lagi bidan desa yang mempunyai waktu tempuh kurang dari 2 jam melaksanakan rujukan sebesar 36%. Berdasarkan hasil uji statistik nilai  $p\text{-value} = 0,016$  ( $p < 0,05$ ). Dengan demikian terdapat hubungan antara waktu tempuh dengan pelaksanaan rujukan dimana  $OR = 7,3$  yang berarti bidan di desa yang waktu tempuhnya kurang dari 2 jam akan melaksanakan rujukan 7,3 kali dibandingkan dengan bidan di desa yang waktu tempuhnya lebih dari sama dengan 2 jam.

Di Kabupaten Maluku Tengah bidan desa yang mempunyai jangkauan ke Puskesmas mampu PONED kurang dari 2 jam lebih banyak melakukan rujukan dibandingkan dengan bidan desa yang jangkauan ke Puskesmas mampu PONED lebih dari sama dengan 2 jam karena wilayah Kabupaten Maluku Tengah adalah merupakan daerah kepulauan dengan penyebaran penduduk yang tidak merata menyebabkan banyaknya penduduk yang tinggal di pesisir, prasarana yang tidak mendukung seperti jalan yang rusak karena faktor manusia maupun faktor alam atau tertutupnya jalan karena sudah lama tidak dipergunakan, sulitnya transportasi umum baik itu jumlahnya yang kurang atau memang tidak ada sama sekali transportasi umum dalam hal ini transportasi darat, adanya faktor alam yaitu ombak yang tinggi sebagai penghambat pelaksanaan rujukan. Semuanya ini merupakan faktor – faktor yang selalu dipertimbangkan untuk melakukan rujukan karena bagi bidan desa dan masyarakat, mereka lebih memilih jangkauan fasilitas yang terdekat dengan tempat tinggal mereka daripada ke Puskesmas mampu PONED yang otomatis jangkauannya lebih jauh dari tempat tinggal mereka ataupun dengan adanya faktor penghambat tadi maka bidan desa lebih memilih untuk menanganai kasus tanpa melakukan rujukan.

Untuk itu diharapkan dengan adanya desa siaga maka diharapkan masyarakat lebih tanggap akan masalah dan kebutuhan masyarakat desa itu sendiri. Salah satunya yaitu dengan tersedianya ambulans desa yang senantiasa siaga di desa dalam membantu proses penanganan kasus apabila keputusan merujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih memadai harus dilaksanakan. Ambulans desa ini dapat berupa angkutan darat ataupun angkutan laut tergantung dari jalan

**Universitas Indonesia**

mana yang dirasakan lebih mudah dilalui atau dijangkau oleh masyarakat bila ingin ke fasilitas kesehatan yang dituju. Ambulans desa ini dapat diperoleh dengan kerjasama antara perangkat desa dengan warga desa yang memang mempunyai angkutan pribadi atau swadaya masyarakat desa itu sendiri atau bahkan bekerjasama dengan pemerintah kabupaten Maluku Tengah atau juga dapat bekerjasama dengan lembaga swadaya masyarakat yang memang mempunyai kontribusi di bidang kesehatan.

Mengingat kebijaksanaan pembentukan Puskesmas Poned disebabkan karena komplikasi obstetri neonatal harus ditangani dalam waktu kurang dari 2 jam. Menurut pedoman pengembangan Poned, jarak tempuh dari lokasi pemukiman sasaran pelayanan dasar dan Puskesmas ke Puskesmas mampu Poned paling lama 1 jam dengan transportasi umum setempat, mengingat waktu pertolongan hanya 2 jam untuk kasus perdarahan.

Hasil penelitian ini senada dengan hasil penelitian Utama N (1998) yang mengungkapkan bahwa terlihat kecenderungan masyarakat untuk mencari tempat pelayanan yang lebih dekat. Sedangkan Gani A (1981) mengatakan ada hubungan antara jarak dengan penggunaan fasilitas kesehatan, jarak dapat menghambat pelayanan kesehatan. Purwanto (1993) mengungkapkan faktor jarak dan transportasi berhubungan dengan pemanfaatan rujukan.

#### **6.2.9 Sosialisasi**

Menurut Depkes (2004) pemasaran sosial dapat dilaksanakan antara lain oleh petugas kesehatan dan sektor terkait dari tingkat kecamatan sampai desa. Yang perlu diketahui oleh masyarakat tentang puskesmas mampu Poned antara lain jenis pelayanan yang diberikan. Informasi ini dapat dilaksanakan pada pertemuan – pertemuan seperti rapat koordinasi, lokakarya mini yang membahas puskesmas mampu Poned.

Hasil analisis menunjukkan bahwa sebagian besar bidan desa tidak pernah dilakukan sosialisasi tentang puskesmas mampu Poned sehingga mengakibatkan 11,1% bidan di desa melaksanakan rujukan obstetri neonatal ke puskesmas mampu Poned. Sedangkan sebagian besar bidan desa pernah mendapatkan

sosialisasi puskesmas mampu PONEB namun yang melaksanakan rujukan sebesar 30,8%. Hasil uji statistik diperoleh  $p\text{-value} = 0,099$  ( $p > 0,05$ ). Dengan demikian tidak terdapat hubungan antara sosialisasi dengan pelaksanaan rujukan ke Puskesmas mampu PONEB dimana  $OR = 3,56\%$ . Artinya bidan yang pernah mendapatkan sosialisasi akan cenderung melaksanakan rujukan 3,56 kali dibandingkan dengan bidan yang tidak pernah mendapat sosialisasi.

Hal ini terjadi karena adanya penyampaian informasi di kalangan bidan di desa yang ada di puskesmas mampu PONEB saja. Sekalipun informasi tentang puskesmas mampu PONEB telah diberikan tetapi bidan di desa tidak melaksanakan rujukan karena adanya beberapa faktor pendukung seperti jangkauan ke fasilitas kesehatan yang lain lebih dekat dibandingkan dengan ke puskesmas mampu PONEB, adanya waktu tempuh yang jauh dan keadaan cuaca yang tidak bersahabat sehingga mengharuskan bidan di desa untuk tetap berusaha menangani kasus obstetri neonatal yang terjadi, adanya pengalaman yang banyak oleh bidan di desa sehubungan dengan lamanya masa kerja sehingga dapat menangani kasus obstetri neonatal sendiri dan apabila dirujuk pun belum tentu ada petugas terlatih dalam hal ini dokter.

Walaupun sosialisasi tidak mempunyai hubungan langsung dengan rujukan yang dilakukan oleh bidan desa namun sosialisasi tentang puskesmas PONEB tetap diperlukan sebagai sarana penyampaian informasi namun sasarannya harus lebih diperluas yaitu bukan hanya untuk tenaga kesehatan saja tetapi juga untuk masyarakat, lintas sektor terkait dan juga untuk organisasi ataupun lembaga yang berkontribusi dengan kesehatan atau bahkan ke pembuat kebijakan dan penentu kebijakan. Sosialisasi ini dapat melalui ceramah, leaflet, poster, spanduk dengan tujuan agar masyarakat dapat mengetahui tentang keberadaan puskesmas PONEB dan fungsinya sebagai sub-center rujukan terdekat dari desa dan metode penyampaiannya dapat melalui tatap muka langsung, melalui radio yang diyakini dapat langsung didengar oleh sasaran khususnya masyarakat di desa yang terbatas akses informasi atau bahkan dapat berupa advokasi melalui negosiasi ke pembuat kebijakan dan penentu kebijakan di kabupaten Maluku Tengah.

**Universitas Indonesia**

#### 6.2.10 Dukungan keluarga

Menurut Depkes dalam Efendy (1998) keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa rang yang berkumpul dalam keadaan saling ketergantungan.

Hasil analisis mendapatkan sebagian besar bidan desa mendapatkan dukungan keluarga dalam pelaksanaan rujukan yaitu sebanyak 31,3% cenderung melaksanakan rujukan dibandingkan dengan sebagian besar bidan desa yang tidak mendapat dukungan keluarga melaksanakan rujukan sebesar 4,8 %. Dengan demikian  $p\text{-value} = 0,035$  dengan  $OR = 9,09$  yang artinya ada terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan pelaksanaan rujukan dimana bidan yang mendapatkan dukungan keluarga akan melaksanakan rujukan 9,09 kali dibandingkan dengan bidan yang tidak melaksanakan rujukan.

Alasan keluarga mendukung rujukan yaitu karena keluarga tersebut sudah terpapar informasi tentang pentingnya rujukan kasus obstetri neonatal guna menyelamatkan nyawa ibu dan bayinya. Dukungan keluarga dapat ditingkatkan dengan lebih melaksanakan peningkatan pengetahuan kepada masyarakat. Peningkatan pengetahuan tentang kesehatan bagi masyarakat hendaknya dapat dimulai dari dalam keluarga yang merupakan bagian terkecil dari masyarakat dan salah satu caranya yaitu melalui pembentukan kelas ibu hamil dan kelas ibu balita. Dimana diharapkan informasi kesehatan tentang ibu dan anak dapat diperoleh dalam pelaksanaan kelas ibu dan kelas balita ini dengan turut menghadirkan salah satu keluarga untuk mendampingi ibu hamil atau ibu balita dalam proses pembelajaran melalui berbagi cerita atau pengalaman yang dirasakan oleh peserta kelas ibu dan kelas balita sehingga dapat mempunyai lebih banyak pengetahuan dan dapat belajar dari pengalaman orang lain yang sedianya dapat menularkan informasi yang sudah didapatnya ke orang lain pula. Diharapkan pula masyarakat yang sudah terpapar informasi tentang kesehatan ini dapat merubah sudut pandang berpikir yaitu lebih baik mencegah daripada mengobati dalam hal ini dalam kasus obstetri neonatal yaitu apabila sudah terdeteksi resiko maka sebaiknya mencari tenaga kesehatan atau mendekati diri ke fasilitas kesehatan terdekat sehingga kematian dan kesakitan pada ibu dan anak dapat dicegah.

Tindakan keluarga pasien tersebut senada diungkapkan oleh Notoatmodjo, 2007 bahwa ada berbagai macam perilaku atau usaha masyarakat sehubungan dengan pelayanan kesehatan diantaranya adalah: 1) bertindak atau tidak melakukan apa – apa (*No action*). 2) Tindakan mengobati diri sendiri (*self treatment*). 3) Mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan tradisional (*traditional remedy*). 4) Mencari pengobatan dengan membeli obat – obat ke warung obat (*chemist shop*) dan sejenisnya termasuk ke tukang jamu – jamu. 5) Mencari pengobatan ke fasilitas – fasilitas pengobatan modern yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga kesehatan swasta, yang dikategorikan kedalam balai pengobatan, puskesmas dan rumah sakit. 6) Mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktik (*private medicine*).

#### 6.2.11 Dukungan teman sejawat

Dari hasil analisis diketahui sebagian besar bidan di desa mendapat dukungan teman sejawat dan melaksanakan rujukan sebesar 26,5%. Sedangkan bidan desa yang tidak mendapat dukungan teman sejawat melaksanakan rujukan sebesar 10,5%. Dengan demikian tidak terdapat hubungan antara dukungan teman sejawat dengan pelaksanaan rujukan dimana  $p\text{-value} = 0,29$  ( $p > 0,05$ ) dan didapatkan  $OR = 3,06$ . Yang artinya bidan yang mendapatkan dukungan dari keluarga akan cenderung melaksanakan rujukan 3,06 kali dibandingkan dengan bidan desa yang tidak mendapatkan dukungan.

Hasil penelitian ini mendapatkan tidak ada hubungan antara dukungan teman sejawat dengan pelaksanaan rujukan. Hal ini disebabkan karena keterbatasan jumlah petugas kesehatan yang ada di desa yang menyebabkan keputusan dalam merujuk atau tidak merujuk dari petugas kesehatan hanya ditentukan oleh bidan tersebut.

Penelitian ini senada dengan hasil penelitian Fitri, A (2007) yang mengungkapkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara dukungan teman sejawat dengan praktek perlindungan diri dari penyakit menular pada saat menolong persalinan.

#### 6.2.12 Dukungan pimpinan / atasan

Sebagian besar bidan di desa mendapat dukungan dari atasan untuk pelaksanaan rujukan sebesar 28,6% sedangkan sebagian besar bidan di desa tidak mendapat dukungan atasan sehingga yang melaksanakan rujukan sebesar 5,6%. Dimana  $p\text{-value} = 0,075$  ( $p > 0,05$ ) dengan  $OR = 6,8$  yang artinya tidak ada hubungan antara dukungan pimpinan atau atasan dengan pelaksanaan rujukan.

Dengan demikian bidan yang mendapat dukungan pimpinan/atasan cenderung melaksanakan rujukan 6,8 kali dibandingkan dengan bidan yang tidak mendapat dukungan.

Hal ini disebabkan karena pimpinan / atasan mengetahui keterbatasan SDM ataupun peralatan di puskesmas mampu PONEB, pimpinan menganggap bahwa kemampuan yang dimiliki oleh bidan di desa sama dengan SDM yang ada di puskesmas PONEB, letak desa bidan tersebut lebih dekat jangkauan ke fasilitas yang lain sehingga mereka menganggap merujuk kasus ke puskesmas PONEB merupakan tindakan yang kurang tepat.

Penelitian ini senada dengan hasil penelitian Tarzon, 2009 yang mengungkapkan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan pimpinan/atasan dengan pelaksanaan rujukan ke Puskesmas mampu PONEB di Provinsi Bengkulu.

Hasil penelitian yang sama juga dengan hasil penelitian Rasidin 2001, Sri Guswanti 2008 yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara dukungan pimpinan dengan kinerja.



## BAB 7

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang dilakukan di Kabupaten Maluku Tengah tentang rujukan kasus kegawadaruratan obstetri neonatal oleh bidan di desa ke Puskesmas mampu PONED didapatkan :

1. Puskesmas PONED yang ada di Kabupaten Maluku Tengah belum dimanfaatkan secara optimal. Hal ini ditandai dengan hanya sebagian saja kasus Obstetri Neonatal yang dirujuk ke Puskesmas PONED yang ada di wilayah Puskesmas PONED. Adapun tujuan rujukan yang lain seperti ke Rumah Sakit Kabupaten, Rumah Sakit di luar Kabupaten (RSU Tulehu dan RSUD Bula). Bahkan ada pula kasus tersebut tidak dirujuk tapi ditangani oleh bidan setempat dengan alasan yang berbeda – beda.
2. Faktor yang berhubungan dengan rujukan kasus kegawadaruratan obstetri neonatal oleh bidan desa ke Puskesmas mampu PONED adalah pengetahuan bidan desa tentang puskesmas mampu PONED, pengetahuan bidan desa tentang obstetri neonatal dan sistem rujukan, sarana dan prasarana yang ada di Puskesmas mampu PONED, waktu tempuh dari desa ke Puskesmas mampu PONED dan dukungan keluarga.

#### 7.2 Saran

1. Puskesmas PONED
  - a. Meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan bagi bidan desa melalui *refreshing* dengan melakukan pelatihan mandiri yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak secara bertahap tergantung dengan dana yang ada dengan menghadirkan narasumber yang berkompeten dari Kabupaten ataupun Provinsi.

- b. Melakukan atau meningkatkan pengaturan jam jaga bagi petugas di puskesmas PONEB agar selalu tersedia dan siap di puskesmas PONEB bila diperlukan.
- c. Melakukan monev bagi bidan desa dan melakukan *feedback* guna mengetahui masalah dan kendala yang nyata dalam pelayanan kesehatan.
- d. Memperbaiki sistem pencatatan dan pelaporan baik itu dari bidan desa ataupun di puskesmas PONEB yang berguna dalam pendokumentasian data.
- e. Pembentukan kelas ibu hamil dan kelas ibu balita sebagai salah satu cara untuk memberikan informasi kesehatan khususnya tentang kesehatan ibu dan anak kepada masyarakat yang dimulai dari unit terkecil yaitu keluarga sehingga diharapkan tenaga kesehatan dapat didukung dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.
- f. Bekerjasama dengan lintas sektor terkait di masing – masing wilayah dan kerjasama dengan lembaga swadaya masyarakat yang mempunyai kontribusi di bidang kesehatan untuk pengembangan puskesmas mampu PONEB ke depannya agar lebih baik.
- g. Advokasi kepada pembuat kebijakan sebelum dilakukannya musrembang kecamatan di wilayah masing – masing dalam hal ini melakukan negosiasi atau bahkan melakukan loby dengan kepala kecamatan tentang pengembangan puskesmas mampu PONEB.

## 2. Dinas Kesehatan Kabupaten

- a. Meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan tenaga kesehatan melalui pelatihan PONEB bagi Bidan desa atau pelatihan yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak baik itu dengan APBD ataupun dengan melakukan kerjasama dengan lembaga swadaya masyarakat yang berkontribusi dengan kesehatan.
- b. Pencatatan dan pelaporan khusus untuk pelaksanaan Puskesmas PONEB sehubungan dengan selama ini tidak pernah ada

**Universitas Indonesia**

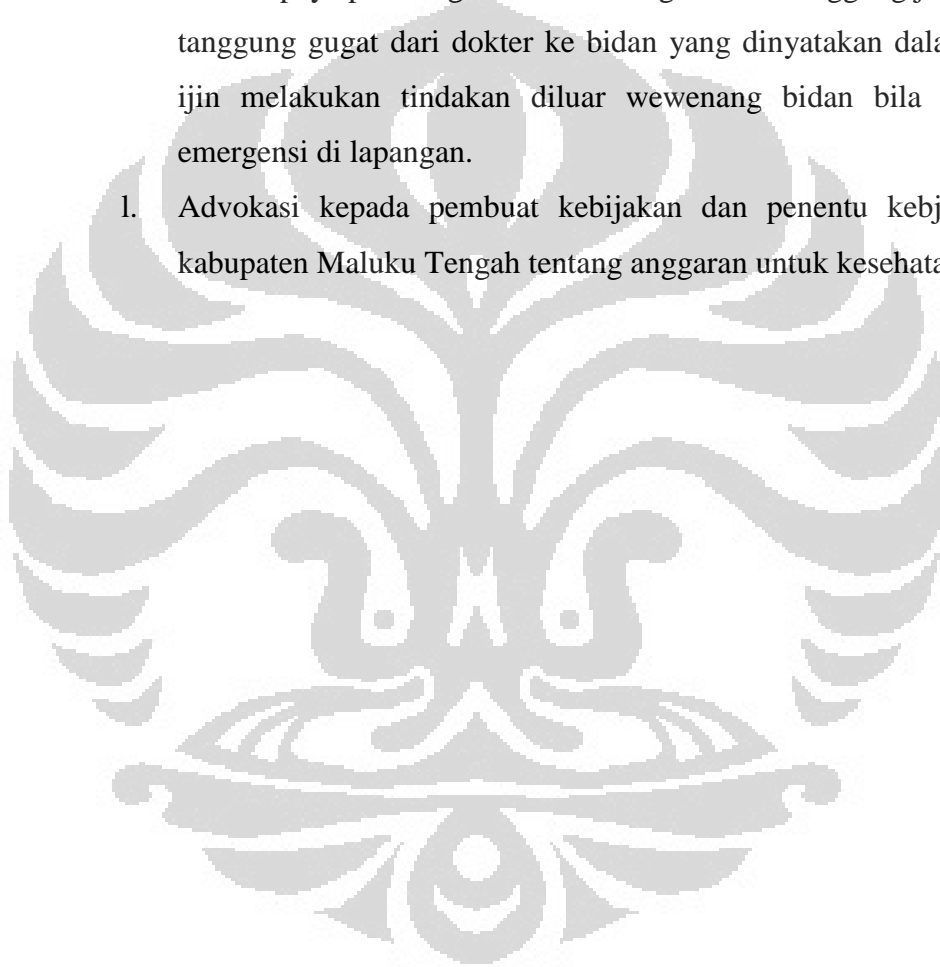
pencatatan dan pelaporan khusus tentang Puskesmas PONE D yang diturunkan dari kabupaten ke puskesmas PONE D.

- c. Membuat monitoring dan evaluasi terhadap keberlangsungan puskesmas PONE D sehubungan dengan tidak pernah dilakukan serta evaluasi terhadap kelengkapan dan berfungsinya fasilitas di Puskesmas PONE D minimal 6 bulan sekali, sehingga pemeliharaan, perbaikan, penggantian sarana yang rusak atau alat/obat yang habis pakai yang kurang dapat tertangani.
- d. Memberikan umpan balik (*feed back*) hasil evaluasi ke Puskesmas PONE D agar dapat mengetahui dan membenahi kekurangannya.
- e. Mengadakan pelatihan tentang peralatan medis bagi tenaga kesehatan sehingga mampu mengoperasikan peralatan medis khususnya di Puskesmas PONE D sehingga bukan saja sebagai barang pajangan di Puskesmas melainkan dapat berguna sebagaimana mestinya.
- f. Tanggap terhadap persoalan yang dialami oleh Puskesmas yang berhubungan dengan pelayanan kepada masyarakat atau menyangkut SDM kesehatan.
- g. Pembentukan tim AMP (Audit Maternal Perinatal) kabupaten yang bertujuan untuk mengidentifikasi faktor medik, non medik dan faktor pelayanan kesehatan yang berpengaruh kepada kesakitan dan kematian ibu maupun anak.
- h. Perlu adanya pengadaan kendaraan bermotor secara bertahap bagi bidan di desa yang mempunyai wilayah tugas dapat dilalui kendaraan bermotor guna menunjang pelayanan yang diberikan mengingat 1 bidan desa mempunyai lebih dari 1 wilayah kerja yang jarak tempuhnya lumayan jauh dari tempat tinggal bidan tersebut dan pengadaan transportasi pusling laut bagi puskesmas yang jangkauan pelayaanannya melalui laut mengingat sebagian wilayah kabupaten Maluku Tengah merupakan desa pesisir.
- i. Melakukan kerjasama dengan rumah sakit didalam kabupaten atau diluar kabupaten yang berbatasan atau dekat dengan wilayah

**Universitas Indonesia**

kabupaten Maluku Tengah seperti RSUD Bula, RSUD Tulehu, atau bahkan RS yang ada di ibukota provinsi baik itu tentang penanganan kasus ataupun tentang hal pelaporan khususnya feedback rujukan dari tempat akhir rujukan ke tempat asal rujukan.

- j. Pengembangan puskesmas rawat inap yang sudah memenuhi persyaratan untuk menjadi puskesmas PONED.
- k. Memfasilitasi kerjasama organisasi profesi antara IDI dan IBI dalam upaya pendelegasian wewenang atas hal tanggung jawab dan tanggung gugat dari dokter ke bidan yang dinyatakan dalam surat ijin melakukan tindakan diluar wewenang bidan bila keadaan emergensi di lapangan.
- l. Advokasi kepada pembuat kebijakan dan penentu kebijakan di kabupaten Maluku Tengah tentang anggaran untuk kesehatan .



## DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, Azrul. (1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta. Binarupa Aksara.
- Badan Pusat Statistik (BPS) dan Macro International, 2007. *Survei demografi dan Kesehatan Indonesia 2007*, Calverton, Maryland, USA : BPS dan Macro International.
- Bloom, S. Benjamin. 1976. *Human Characteristik and School Learning McGraw Hiil Book Company, USA*.
- Departemen Kesehatan RI, 2004. *Pedoman pengembangan pelayanan obstetri neonatal amergensi dasar*, Jakarta.
- \_\_\_\_\_, 2006. *Hikmah proyek safe Motherhood aa Partnership & Family Approach*, Jakarta.
- \_\_\_\_\_, 2007. *Pedoman sistem rujukan maternal neonatal di tingkat kabupaten/kota*.
- \_\_\_\_\_, 2008. *Pelatihan pelayanan obstetri neonatal emergensi dasar buku panduan peserta edisi revisi*, Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah, 2010. *Laporan program KIA*.
- Ernawati, 1995. *Hubungan karakteristik pasien dengan utilasi serta persepsi pasosien tentang pelayanan unit rawat inap RSUP karawang*. Tesis FKM UI, Depok.
- Effendy, Nasrul 1998. *Dasar – dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta. EGC.
- Fairuzi HMF, 1998. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan rujukan kebidanan dari puskesmas ke RSUD Prabumulih Tahun 1996*. Tesis FKM UI, Depok.

- Fauzi,A,2002.*Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pencegahan infeksi pada pertolongan persalinan oleh bidan di kota Jambi tahun 2001*.Tesis FKM UI, Depok.
- Fitri, A, 2007. *Perilaku Bidan Dalam Praktek Perlindungan Diri dari penyakit menular Pada Saat Menolong Persalinan Oleh Bidan di Kota Jambi Tahun 2001*. Tesis FKM UI, Depok.
- Gani A, 1981. *Demand for Health Service in Rural Regency Central Java Indonesia*. Disertasi Baltimoro, Maryland.
- Green, Lawrence, Kreuter, Marshall 2005. *Health Promotion Planning An Educational and enviromental Approach*.Mayfield Publishing Health.
- Guswanti, E, 2008. *Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Kinerja Bidan Di Desa Dalam Mengelola Program Desa Siaga di Kabupaten Ogan Ilir Tahun 2008*. Tesis FKM UI, Depok.
- Gazperz, V, 2003. *Total quality Manajemen*. Jakarta. PT Gramedia Pustaka Utama.
- Jurnal Kesehatan Masyarakat,2007.Vol. I, No 2
- Karr, Snehendu, B.at al (1999). *Empowerment of women for Health Promotion a meta-analysis*.
- Kementrian Kesehatan RI 2010. *Pedoman Pelaksanaan Kesehatan Ibu di fasilitas Kesehatan*. Jakarta. 22 Juni 2010.
- <http://www.kesehatanibu.depkes.go.id>
- Ma'mun A, 2001. *Analisa Faktor Yang Berhubungan Dengan rujukan Ibu Hamil Resiko Tinggi Ke RSUD Sekayu Tahun 2000*. Tesis FKM UI, Depok.
- Notoatmodjo, S, 2007. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Rineka Cipta, Jakarta.
- \_\_\_\_\_2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.

- \_\_\_\_\_, 1993. *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku kesehatan*, Andi offset, Yogyakarta.
- Pipo, T, 2001. *Analisis Faktor Internal dan Eksternal yang berhubungan dengan Kinerja Bidan di desa Sebagai Pegawai Tidak Tetap Dalam Masa Bakti Perpanjangan di Kabupaten Padang Pariaman Tahun 2000*. Tesis FKM UI, Depok.
- Prastyani, 2010. *Rujukan Kasus Kegawadaruratan Obstetri Neonatal Oleh Bidan Desa ke Puskesmas Mampu PONED di Kabupaten Bogor Tahun 2010*. Tesis FKM UI, Depok.
- Purwanto, 1993. *Beberapa Faktor Penentu Bagi Ibu-Ibu di Pedesaan Dalam Memanfaatkan Fasilitas Kesehatan Puskesmas di Bengkulu Selatan*. Tesis FKM UI, Depok.
- Robins, S, 2006. *Perilaku Organisasi*, Gramedia, Jakarta.
- Saifudin, AB, dkk, 2002. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Neonatal*. Jakarta. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohadjo.
- SDKI, 2007
- Sarwono, 1997. *Pengantar Ilmu Perilaku Kesehatan*, Badan Penerbit Kesehatan Masyarakat FKM UI, Jakarta.
- Simamora, Henry, 2006. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Edisi III. Cetakan Kedua. Yogyakarta. Adytia Media.
- Supriyatnataris D, 2007. *Analisis Bidan di Desa yang tidak merujuk Kasus Persalinan dengan Gawat Janin ke Puskesmas PONED di kabupaten Cirebon tahun 2006-2007*, Tesis FKM UI, Depok.
- Suryadi C, 1980. *Sistem Rujukan di kecamatan Penjaringan*, Jakarta.
- Trihono, 2005. *Manajemen Puskesmas Berbasis Paradigma Sehat*, Sagung Seto, Jakarta.

- Tarzon, 2009. *Perilaku Bidan di Desa dalam Melakukan Rujukan Kasus Obstetri neonatal ke Puskesmas Mampu PONED di Kabupaten Lebong Provinsi Bengkulu*. Tesis FKM UI, Depok.
- Umar, 2007. *Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Kinerja Bidan di Desa Dalam Pelayanan Antenatal (ANC) Berdasarkan Standar Pelayanan Kebidanan di Kabupaten Batang Hari Propinsi Jambi Tahun 2007*, Tesis FKM UI, Depok.
- Utama N, 1998. *Faktor – Faktor Yang Berhubungan dengan Tidak sampainya Rujukan Ibu Hamil Resiko Tinggi ke RS Tangerang Tahun 1997*, Tesis FKM UI, Depok.
- Wibowo A, 1992. *Pemanfaatan Pelayanan Antenatal:Faktor-Faktor yang mempengaruhi dan Hubungannya dengan BBLR*. Disertasi FKM UI, Depok.
- Wiknjastro, Hanifa, Saifudin, A.B. ,Rachimhadhi, T, 2006. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Wirawan M,1994. *Hubungan Karakteristik resiko Medik,Sosial Ekonomi dan Fasilitas Kesehatan Dengan Rujukan Ibu Hamil dari posyandu ke Puskesmas Lemah Abang I kecamatan Lemah Abang Kabupaten Bekasi Propinsi Jawa Abrat tahun 1994*.Tesis FKM UI, Depok.
- Zachri S,2002. *Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Rujukan Persalinan Ibu Hamil Resiko Tinggi oleh Puskesmas ke RSUP Dr M Hoesin Palembang tahun 2001*.Tesis FKM UI, Depok.



ID			
Responden	Di isi oleh petugas		

**KUESIONER**

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI RUJUKAN KASUS KEGAWADARURATAN  
OBSTETRI DAN NEONATAL OLEH BIDAN DESA KE PUSKESMAS MAMPU PELAYANAN  
OBSTETRI NEONATAL EMERGENSI DASAR  
( PONED )  
DI KABUPATEN MALUKU TENGAH TAHUN 2012**

**INFORMED CONSENT**

Selamat pagi/siang/sore, perkenalkan saya Lusida A.Pattianakotta mahasiswa Program Sarjana Peminatan Bidan Komunitas Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia angkatan 2010. Saat ini saya sedang menyusun skripsi tentang faktor-faktor yang mempengaruhi rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri dan neonatal oleh bidan desa ke puskesmas mampu PONED di kabupaten Maluku Tengah tahun 2011. Sehubungan dengan itu, saya mohon kesediaan anda untuk terlibat dalam penelitian ini dengan menjadi salah satu respondennya.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri dan neonatal oleh bidan desa ke puskesmas mampu PONED. Penelitian ini bersifat rahasia, jawaban anda tidak akan diketahui oleh orang lain. Anda tidak perlu mengisi identitas anda sehingga tidak ada data yang dapat dikaitkan dengan anda. Diharapkan anda dapat memberikan jawaban apa adanya sehingga dapat menggambarkan keadaan yang sebenarnya.

Jika anda bersedia, saya mohon waktu anda sekitar 30 menit untuk mengisi kuesioner ini. Atas kesediaan dan kerjasama yang diberikan diucapkan terima kasih.

Mohon membubuhkan tanda tangan jika anda bersedia untuk mengisi kuesioner ini.

(.....)

Tanpa menuliskan nama

**PETUNJUK PENGISIAN**

- Jenis jawaban pertanyaan ada yang diberi tanda silang (x) dan ada yang harus dituliskan
- Berilah tanda silang (x) pada angka sesuai dengan pilihan anda untuk pertanyaan pilihan
- Pilihlah jawaban, ada yang memilih salah satu dan ada juga yang lebih dari satu
- Untuk pertanyaan isian, tuliskan jawaban anda pada kolom titik – titik (.....) yang telah disediakan.

<b>A. KARAKTERISTIK RESPONDEN</b>		
1.	Pendidikan kebidanan apa yang terakhir anda tamatkan?	1) D-III Bidan 2) < D-III Bidan
2.	Sudah berapa lama anda bekerja sebagai bidan?	1) 10 Tahun 2) < 10 Tahun
<b>B. PENGETAHUAN TENTANG PUSKESMAS MAMPU PONED</b>		
3.	Apakah pengertian dari Puskesmas mampu PONED?	1. Puskesmas biasa 2. Puskesmas perawatan 3. Puskesmas yang mampu menanggulangi kasus kegawatdaruratan obstetri dan neonatal 4. Puskesmas yang melayani pertolongan persalinan
4.	Pelayanan obstetri pada puskesmas mampu PONED meliputi pelayanan apa saja ?	1. Pemberian antibiotika, sedativa dan oksitosin secara parenteral 2. Placenta manual, kuret, ekstraksi vacum dan ekstraksi forceps 3. Jawaban point 1 dan 2 benar 4. Semua jawaban salah
5.	Pelayanan neonatal pada puskesmas mampu PONED meliputi pelayanan apa saja ?	1. Pemberian antibiotika dan pemberian anti konvulsan parenteral 2. Pemberian Bic-nat antraumbilical dan phenobarbital 3. Jawaban point 1 dan 2 benar 4. Hanya jawaban point 1 yang benar
6.	Manakah yang bukan merupakan kriteria puskesmas mampu PONED ?	1. Puskesmas sudah berfungsi untuk menolong persalinan 2. Jarak tempuh dari pemukiman sasaran ke puskesmas PONED minimal 3 jam dengan menggunakan transportasi umum setempat 3. Puskesmas mempunyai fungsi sebagai

		<p>subcenter rujukan</p> <p>4. Tenaga yang tersedia minimal 1 orang dokter, 1 orang bidan yang terlatih GDON dan 1 orang perawat yang terlatih PPGDON</p>
7.	Pihak mana sajakah yang terkait dalam pengembangan Puskesmas mampu PONE	<p>1. Dinas Kesehatan dan RS</p> <p>2. IBI,IDI,POGI dan IDAI</p> <p>3. Lembaga swadaya masyarakat</p> <p>4. Semua jawaban benar</p>
8.	Berikut ini yang merupakan langkah pengembangan puskesmas PONE adalah	<p>1. Diseminasi informasi dan membangun kesepakatan</p> <p>2. Pelatihan klinis obstetri neonatal berbasis kompetensi</p> <p>3. Jawaban point 1 &amp; 2 benar</p> <p>4. Tidak ada jawaban yang benar</p>
9.	Jenis tenaga minimal yang dapat memberikan pelayanan kebidanan di puskesmas mampu PONE adalah	<p>1. Dokter</p> <p>2. Bidan</p> <p>3. Perawat</p> <p>4. Dokter,Bidan,Perawat</p>
10.	Yang tidak termasuk format yang digunakan dalam sistem pencatatan dan pelaporan PONE adalah	<p>1. Sistem informasi manajemen puskesmas</p> <p>2. Register kohort ibu dan bayi</p> <p>3. Format AMP</p> <p>4. Laporan KLB</p>

**C. PENGETAHUAN TENTANG KEGAWADARURATAN  
OBSTETRI DAN NEONATAL DAN SISTEM RUJUKAN**

11.	Apa yang saudara ketahui tentang kasus kegawatdaruratan obstetri dan neonatal?	<p>1) Kasus obstetri dan neonatal yang apabila tidak segera ditangani akan berakibat kematian ibu dan janin</p> <p>2) Kasus obstetri dan neonatal yang ditangani apabila sudah terjadi gawat darurat</p> <p>3) Penanganan kasus gawat darurat yang bisa ditangani sesuai kehendak</p> <p>4) Penanganan kasus gawat darurat yang tidak perlu mendapat perhatian</p>
-----	--	--

12.	Kasus kegawadaruratan obstetri seperti apa saja yang harus dirujuk ?	..... ..... .....
13.	Kasus kegawadaruratan neonatal seperti apa saja yang harus dirujuk ?	..... ..... .....
14.	Yang dimaksud dengan sistem rujukan adalah	1. Pelimpahan tanggungjawab dari unit yang berkemampuan kurang ke unit yang berkemampuan lebih 2. Pelimpahan tanggungjawab dari satu unit ke unit yang lain yang setingkat kemampuannya 3. Jawaban point 1 & 2 benar 4. Tidak ada jawaban yang benar
15.	Maksud dari sistem rujukan maternal dan neonatal adalah	1. Mengurangi beban kerja bagi unit pelayanan yang melakukan rujukan 2. Membagi tanggungjawab antara unit pelayanan yang berkemampuan kurang kepada unit pelayanan yang berkemampuan lebih 3. Pemerataan distribusi anggaran kepada unit pelayanan rujukan 4. Pemerataan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal yang paripurna dan komprehensif bagi masyarakat
16.	Prinsip utama dari sistem rujukan kegawatdaruratan maternal dan neonatal adalah	1. Kecepatan dan ketepatan tindakan 2. Mengutamakan rujukan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang lengkap sarananya 3. Mengutamakan pada fasilitas rujukan yang memiliki dokter spesialis Obgin dan DSA 4. Mengutamakan kepada RS pusat rujukan di propinsi

17.	Langkah pertama yang dilakukan jika anda menemui kasus kegawatdaruratan obstetri dan neonatal adalah	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Langsung dirujuk ke puskesmas</li> <li>2) Langsung dirujuk ke puskesmas mampu PONED</li> <li>3) Langsung dirujuk ke puskesmas mampu PONEK</li> <li>4) Stabilisasi pasien</li> </ol>
18.	Dari berbagai alur rujukan dibawah ini manakah alur rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal yang benar.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dari desa, pasien dirujuk ke puskesmas</li> <li>2. Dari desa pasien langsung dirujuk ke puskesmas PONED karena jaraknya dekat (&lt; 1 jam)</li> <li>3. Dari desa pasien langsung dirujuk ke RS PONEK karena fasilitasnya lebih lengkap meskipun jaraknya jauh (&gt;1 jam)</li> <li>4. Jawaban poin 1 &amp; 2 benar</li> </ol>
19.	Dari berbagai alur rujukan pasien dibawah ini, manakah alur rujukan pasien yang boleh dilakukan oleh bidan di desa ?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dari desa ke puskesmas setempat</li> <li>2. Dari desa ke Pkm mampu PONED</li> <li>3. Dari desa ke RS mampu PONEK</li> <li>5. Ketiga jalur rujukan diatas dapat ditempuh dengan mempertimbangkan jarak/waktu ditempuh, fasilitas rujukan, dan kondisi pasien</li> </ol>
20.	Berapakah waktu tempuh maksimal dari tempat pemukiman sasaran (tempat tinggal pasien) ke fasilitas rujukan, pada kasus kegawatdaruratan obstetri neonatal yang dianjurkan ?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 jam</li> <li>2. 2 jam</li> <li>3. 3 jam</li> <li>4. 4 jam</li> </ol>

#### **D. RUJUKAN KASUS OBSTETRI NEONATAL**

21.	Sejak Januari 2011 sampai sekarang, berapakah jumlah kasus obstetri yang saudara tangani ?	.....Kasus
22.	Dari jumlah kasus obstetri yang ada, berapakah jumlah kasus yang ada indikasi untuk dirujuk ?	.....Kasus

23.	Dari jumlah kasus yang ada indikasi dirujuk, berapakah kasus yang saudara rujuk ke :	1) Puskesmas setempat.....Kasus 2) Puskesmas mampu PONED.....Kasus 3) RSUD Masohi.....Kasus 4) RS di luar Kab. Maluku Tengah.....Kasus
24.	Dari jumlah kasus yang saudara rujuk ke RS diluar Kab. Maluku Tengah (pertanyaan no.23 pilihan no 4), berapa kasus yang saudara rujuk ke :	1) RSUD Haulussy Ambon.....kasus 2) RSUD Tulehu.....kasus 3) RS lain (sebutkan).....kasus
25.	Sejak Januari 2011 sampai sekarang, berapakah jumlah kasus neonatal yang saudara tangani ?	.....Kasus
26.	Dari jumlah kasus neonatal yang ada, berapakah jumlah kasus yang ada indikasi untuk dirujuk ?	.....Kasus
27.	Dari jumlah kasus yang ada indikasi dirujuk, berapakah kasus yang saudara rujuk ke :	1) Puskesmas setempat.....Kasus 2) Puskesmas mampu PONED.....Kasus 3) RSUD Masohi.....Kasus 4) RS di luar Kab. Maluku Tengah.....Kasus
28.	Dari jumlah kasus yang saudara rujuk ke RS diluar Kab. Maluku Tengah (pertanyaan no.27 pilihan no 4), berapa kasus yang saudara rujuk ke :	1) RSUD Haulussy Ambon.....kasus 2) RSUD Tulehu.....kasus 3) RS lain (sebutkan).....kasus
<b>E. KETERSEDIAAN PETUGAS DI PUSKESMAS MAMPU PONED</b>		
29.	Apakah petugas terlatih PONED sudah tersedia di wilayah saudara?	1) Tidak tersedia 2) Tersedia
30.	Apakah jenis tenaga yang terlatih PONED tersebut ? (Pilihan boleh lebih dari satu)	1) Dokter 2) Bidan 3) Perawat

31.	Bagaimana pengaturan tugas berjaga di puskesmas PONED saudara ?	1) Petugas hanya dipanggil bila ada pasien 2) Petugas yang dipanggil adalah petugas yang terdekat dengan puskesmas PONED 3) Petugas hanya berjaga bila ada pasien rawat inap 4) Petugas berjaga 24 jam dengan sistem shift
-----	---	---

**F. KETERSEDIAAN SARANA DAN FASILITAS DI PUSKESMAS PONED**

32.	Apakah alat dan obat di puskesmas PONED khususnya untuk kegiatan kebidanan dan PPGDON sudah tersedia dan sesuai dengan standar yang berlaku?	1) Ya 2) Tidak , → Langsung ke pertanyaan no 35
-----	--	--

33.	Apakah alat yang tersedia untuk kegiatan kebidanan dan PPGDON dapat berfungsi sesuai dengan fungsinya masing-masing ?	1) Ya 2) Tidak
-----	---	-------------------

**G. JARAK PUSKESMAS MAMPU PONED**

34.	Berapa lama waktu tempuh yang saudara perlukan dari desa tempat saudara bertugas untuk menuju ke puskesmas mampu PONED terdekat dengan menggunakan kendaraan umum setempat?	1) 2 jam 2) < 2 jam
-----	---	------------------------

**H. SOSIALISASI ADANYA PUSKESMAS MAMPU PONED**

35.	Apakah pernah dilakukan sosialisasi puskesmas mampu PONED di tempat saudara bertugas ?	1) Tidak pernah 2) Pernah
-----	--	------------------------------

36.	Bagaimanakah sosialisasi adanya puskesmas mampu PONED kepada masyarakat di tempat saudara bertugas?	..... ..... .....
-----	---	-------------------------

### I. DUKUNGAN KELUARGA PASIEN

37.	Ketika saudara memutuskan untuk merujuk kasus obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONED, apakah tindakan keluarga pasien secara mayoritas terhadap keputusan saudara tersebut ?	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Mengikuti saran saudara untuk dirujuk ke puskesmas mampu PONED</li><li>2. Meminta agar pasien dirujuk ke fasilitas lain</li><li>3. Meminta agar pasien tidak dirujuk dan ditangani saja semampu saudara</li></ol>
-----	--	--

### J. DUKUNGAN TEMAN SEJAWAT

38.	Ketika saudara memutuskan untuk merujuk kasus obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONED, apakah tindakan teman sejawat saudara secara mayoritas terhadap keputusan saudara tersebut ?	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Menyarankan dan membantu dalam proses rujukan ke puskesmas mampu PONED</li><li>2. Menyarankan agar merujuk ke fasilitas lain</li><li>3. Menyarankan agar tidak merujuk ke puskesmas mampu PONED dengan berbagai alasan</li></ol>
-----	--	---

### K. DUKUNGAN PIMPINAN ATAU ATASAN

39.	Ketika saudara memutuskan untuk merujuk kasus obstetri neonatal ke puskesmas mampu PONED, apakah tindakan atasan/pimpinan saudara terhadap keputusan saudara tersebut?	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Menyarankan agar merujuk ke puskesmas mampu PONED</li><li>2. Memerintahkan teman yang lain untuk mengganti saudara dalam menangani pasien saat itu.</li><li>3. Merekomendasikan agar merujuk ke fasilitas yang lain</li><li>4. Menyarankan agar tidak merujuk ke puskesmas mampu PONED dengan berbagai alasan</li></ol>
-----	--	--

Terima kasih

Lusia A.Pattianakotta