

BENARKAH PUSKESMAS PONED EFEKTIF?

ARE PONED HEALTH CENTERS EFFECTIVE?

Christina Pernatun Kismoyo¹, Mohammad Hakimi², Mubasysyir Hasanbasri²

¹Akademi Kebidanan Yogyakarta, Yogyakarta

²Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran,
Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Every pregnancy and birth is a risky event; therefore, every pregnant woman and maternity must be located as close as possible to the basic emergency obstetric care. As a health care unit, near and reachable health centers are expected to provide basic emergency neonatal and obstetric care (PONED or EmOC in primary health level). In Bantul District, there are six PONED health centers. Health centers in their implementation need an evaluation to improve or maintain a mechanism to measure whether they are good or not good. This study aimed to determine the implementation of PONED in the health centers of Bantul District.

Method: This was a qualitative descriptive study. The analysis unit was service providers such as doctors, midwives, nurses, laboratory and driver as well as the head of Bantul District Health Office. The research instrument was the researcher and the tools used were cameras, tape recorders, checklists and interview guides.

Results: PONED health centers were viewed more as a routine work because the service provider had not been able to understand the purpose of a good service. Emergency obstetric and neonatal care had not been fully able to be served at six health centers. Sewon I Health Center was the only PONED health center with available support system, but the availability of the service such as tools, medicine and infrastructure had not yet fully available. This was because of the rare cases of obstetric and neonatal complications handled so that the drugs and equipment available were expired and damaged. Management of emergency obstetric and neonatal referral had not been going well according to the case; thus, early referral was frequently preferable.

Conclusion: The management of PONED health center's services was more on the bureaucracy not based on the setting of emergency obstetric and neonatal care, so that the orientation of service providers was seen as a routine job. Support from the government and incentives were still very influential on service providers' work motivation.

Keywords: evaluation, PONED health center, maternal mortality rate

ABSTRAK

Latar belakang: Setiap kehamilan dan persalinan merupakan kejadian berisiko, oleh karena itu setiap ibu hamil dan bersalin harus berada sedekat mungkin dengan pelayanan obstetrik emergensi dasar. Unit pelayanan kesehatan yang dekat dan mampu terjangkau oleh masyarakat puskesmas diharapkan mampu memberikan pelayanan obstetrik neonatal emergensi dasar. Di Kabupaten Bantul ada 6 puskesmas mampu PONED. Puskesmas dalam pelaksanaannya perlu adanya suatu langkah

evaluasi guna meningkatkan ataupun mempertahankan suatu mekanisme yang sudah baik atau kurang baik. Tujuannya adalah untuk melihat implementasi pelayanan puskesmas mampu kegawatdaruratan Obstetrik dan Neonatal Dasar (PONED) di Kabupaten Bantul.

Metode: Penelitian diskriptif kualitatif dengan unit analisis adalah rutinitas karena provider pelayanan belum mampu memahami tujuan pelayanan dengan baik. Pelayanan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal belum seluruhnya dapat dilayani di 6 puskesmas hanya Sewon I. Sistem pendukung pelayanan PONED tersedia, namun ketersediaan pelayanan belum seluruhnya tersedia yakni; alat, obat dan infrastruktur. Hal ini karena jarang kasus komplikasi obstetri dan neonatus yang ditangani sehingga obat dan alat yang tersedia kadaluarsa serta rusak. Pengelolaan rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri dan neonatal belum berjalan dengan baik sesuai dengan kasus, cenderung melakukan rujukan dini.

Hasil: Puskesmas PONED lebih dipandang sebagai pekerjaan rutinitas karena provider pelayanan belum mampu memahami tujuan pelayanan dengan baik. Pelayanan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal belum seluruhnya dapat dilayani di 6 puskesmas hanya Sewon I. Sistem pendukung pelayanan PONED tersedia, namun ketersediaan pelayanan belum seluruhnya tersedia yakni; alat, obat dan infrastruktur. Hal ini karena jarang kasus komplikasi obstetri dan neonatus yang ditangani sehingga obat dan alat yang tersedia kadaluarsa serta rusak. Pengelolaan rujukan kasus kegawatdaruratan obstetri dan neonatal belum berjalan dengan baik sesuai dengan kasus, cenderung melakukan rujukan dini.

Kesimpulan: Manajemen pelayanan puskesmas PONED lebih pada birokrasi belum berdasarkan pada *setting* pelayanan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal, sehingga orientasi petugas pelayanan dipandang sebagai pekerjaan rutinitas. Dukungan pemerintah dalam *support* insentif sangat berpengaruh pada motivasi kerja petugas pelayanan.

Kata kunci: Evaluasi, Puskesmas PONED, AKI

PENGANTAR

Setiap tahun hampir 600.000 perempuan di dunia meninggal karena komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan dan banyak menderita kecacatan jangka panjang, seperti nyeri kronis, fistula, mobilitas terganggu, kerusakan pada sistem reproduksi, dan infertilitas. Dua puluh tiga juta perempuan (15% dari semua wanita hamil) mengembangkan komplikasi yang mengancam jiwa setiap tahun. Masalahnya adalah paling akut di negara-negara berkembang, dimana komplikasi kehamilan dan persalinan merupakan penyebab utama kecacatan dan kematian diantara wanita usia reproduksi¹.

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih tertinggi di wilayah Asia Tenggara, salah satu sebab

lambatnya penurunan AKI di Indonesia adalah sebagian besar persalinan (54%) masih dilakukan di rumah². Kebiasaan untuk melahirkan di rumah yang masih sangat dominan tersebut akan memberikan risiko yang lebih tinggi bagi kematian ibu dan bayi. Semua kehamilan dan persalinan merupakan kejadian berisiko, oleh karena itu setiap ibu hamil dan bersalin harus berada sedekat mungkin dengan pelayanan obstetrik emergensi dasar³. Unit pelayanan kesehatan yang dekat dan mampu terjangkau oleh masyarakat puskesmas diharapkan mampu memberikan Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Dasar (PONED) atau disebut puskesmas mampu PONED.

Enam kriteria fasilitas puskesmas PONED menurut WHO, UNICEF, UNFPA, adalah sebagai berikut; 1) pemberian antibiotika parenteral, 2) pemberian *oxytocin* parenteral, 3) penyediaan obat antikonvulsan pada pasien preeklamsi/eklamsi, 4) manual plasenta, 5) penanganan sisa konsepsi dan 6) pertolongan persalinan pervaginam⁴.

Berdasarkan penelitian di Kabupaten Agam bahwa pada puskesmas PONED kurang lengkap akan meningkatkan risiko kegagalan penanganan kasus perdarahan 2,2 kali dibandingkan dengan puskesmas PONED lengkap⁵. Pelayanan puskesmas PONED meliputi kemampuan untuk menangani dan merujuk: 1) hipertensi dalam kehamilan (preeklampsia, eklampsia), 2) tindakan pertolongan distosia bahu dan ekstraksi vakum pada pertolongan persalinan, 3) perdarahan post partum, 4) infeksi nifas, 5) BBLR dan hipotermi, hipoglekemia, ikterus, hiperbilirubinemia, masalah pemberian minum pada bayi, 6) asfiksia pada bayi, 7) gangguan nafas pada bayi, 8) kejang pada bayi baru lahir, 9) infeksi neonatal, 10) persiapan umum sebelum tindakan kedaruratan obstetri neonatal, yaitu kewaspadaan universal standar⁶.

Tujuan rujukan obstetri adalah 1) agar setiap penderita mendapatkan perawatan dan pertolongan yang sebaik-baiknya, 2) menjalin kerjasama dengan cara pengiriman penderita atau bahkan laboratorium dari unit yang kurang lengkap ke unit yang lebih lengkap fasilitasnya, 3) menjalin pelimpahan pengetahuan dan ketrampilan (*transfer of knowledge and skill*) melalui pendidikan dan latihan antara pusat pendidikan dan daerah perifer.

Pada tahun 2008 di Kabupaten Bantul terdapat jumlah kematian ibu sebanyak 16 kasus dan tahun 2009 sebanyak 15 kasus penyebab kematian tertinggi yaitu pada saat persalinan⁷. Kabupaten Bantul terdapat enam puskesmas PONED, berdasarkan survey data awal sumber daya manusia, fasilitas, sarana dan prasarana dari puskesmas mampu PONED telah

tersedia, namun jumlah kunjungan dan pemberdayaan akses layanan sangatlah rendah. Peneliti ingin mencoba eksplorasi dan mengevaluasi implementasi puskesmas mampu PONED yang merupakan salah satu program pemerintah dalam rangka penurunan AKI dan AKB di Kabupaten Bantul.

Evaluasi dapat diartikan prosedur penilaian pelaksanaan kerja dan hasil kerja secara menyeluruh dengan cara sistematis dengan membandingkan kinerja atau tujuan yang telah ditetapkan guna pengambilan keputusan. Evaluasi yang baik adalah yang memberikan dampak positif pada perkembangan program. Tujuan penelitian ini adalah mewujudkan Bantul bebas angka kematian ibu dan bayi dengan evaluasi implementasi penatalaksanaan kegawatdaruratan kasus obstetrik dan neonatal pada puskesmas PONED di Kabupaten Bantul.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan rancangan penelitian kualitatif. Lokasi penelitian pada enam puskesmas PONED Kabupaten Bantul Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Subjek penelitian adalah dokter, bidan perawat, laboran dan sopir ambulans serta pemangku kebijakan dinas kesehatan. Data yang digunakan merupakan data primer dan sekunder. Data primer diambil menggunakan wawancara sedangkan data sekunder dari data dokumentasi (pencatatan). Data primer dikumpulkan oleh peneliti sendiri di enam Puskesmas terpilih dengan menggunakan panduan wawancara instrumen evaluasi puskesmas PONED. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan cara wawancara mendalam atau *indepth interview*, observasi dan telaah dokumen. Guna melihat gambaran realistik perilaku atau kejadian, untuk menjawab pertanyaan, untuk membantu mengerti perilaku manusia, dan untuk evaluasi yaitu melakukan pengukuran terhadap aspek tertentu dengan teknik observasi⁸.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Data Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul yaitu puskesmas PONED tersebar pada enam kecamatan wilayah kabupaten Bantul. Penyebaran lokasi puskesmas PONED guna memaksimalkan pelayanan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal. Pada enam puskesmas PONED seluruhnya dapat dijangkau menggunakan kendaraan roda dua dan empat. Sarana angkutan umum yang melintasi puskesmas tersebut juga tersedia. Jarak tempuh puskesmas dengan rumah sakit rujukan rata-rata 4-5 kilometer, puskesmas terjauh dengan lokasi di atas dataran tinggi adalah puskesmas Dlingo I.

Manajemen Pelayanan Puskesmas Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Dasar

Perencanaan kegiatan PONE D ditingkat puskesmas dipimpin oleh kepala puskesmas, namun berdasarkan wawancara tidak satupun puskesmas yang memiliki tim PONE D tetapi sumber daya yang ada semua dioptimalkan sebagai sumber daya pendukung PONE D. Satu puskesmas PONE D di Kabupaten Bantul dikepalai oleh seorang bidan, selebihnya adalah dokter. Perencanaan kegiatan puskesmas diprakarsai oleh kepala puskesmas dan salah satu perencanaan untuk memudahkan pelayanan, telah dibuat alur pelayanan, dimulai dari rawat jalan atau pasien unit gawat darurat hingga pasien pulang atau mendapatkan layanan menginap. Job diskripsi masing-masing petugas belum seluruhnya memahami dan ada secara dokumentasi. Di Puskesmas Sewon dan Pleret job diskripsi petugas disimpan dalam map besar. Pada enam puskesmas sebagian sumber daya manusia telah diberikan pelatihan obstetrik dan neonatus namun petugas kurang percaya diri untuk melakukan pelayanan kegawatdaruratan dengan alasan dokternya tidak ada ditempat.

Pada enam puskesmas dinyatakan ada prosedur tetap pelayanan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal, namun pada hasil observasi tidak semua puskesmas Prosedur Tetap (Protap) ditempel pada tempat yang strategis, ada yang hanya dijadikan lembar dokumen, dalam bentuk file dikomputer bahkan disimpan dalam lemari.

Laporan dan pencatatan pada enam puskesmas PONE D belum memenuhi kriteria dokumentasi yang efektif dan efisien pencatatan semua persalinan yang ditangani baik normal dan patologis tercatat dibuku kohort. Data pasien yang dilakukan rujukan juga dicatat dalam buku register ibu hamil, tidak ada buku khusus tentang rujukan kasus obstetrik dan neonatus. Evaluasi kinerja secara khusus kegiatan PONE D tidak diselenggarakan namun dilaksanakan secara umum pada saat lokakarya mini satu tahun sekali. Hasil wawancara manajemen pelayanan di puskesmas PONE D Kabupaten Bantul tahun 2011 adalah:

“Saya sejak jadi kepala puskesmas disini, puskesmas ini sudah dinyatakan sebagai puskesmas PONE D, tapi kalau SK dari pemerintah saya tak tahu”. (Responden 3b)

“Kegiatan puskesmas PONE D khan ya..... sama puskesmas yang lain cuman kita khan ada tempat tidurnya untuk menerima rawat inap, tapi pasien kami ya.....banyak yang umum, kayak sakit diare, panas dan lain-lain.....kalau yang kebidanan ya cuman satu dua”. (Reponden 5b)

“Alur layanan disini ada tuh mbak.....dipasang didepan, ya.....alurnya dari pasien datang sampai selesai, tapi kalau yang langsung kasus gawatdarurat tidak ada karena itu jadi satu di layanan puskesmas kami”. (Responden 6a)

Disini temen-temen bidan itu patuh lho..... juga dari pada mbak, nanti ditolong malah ada apa-apa. ...untuk SOP nah, dulu ya ada tapi karena gempa trus entah disimpan dimana?... dokumentasi yang disimpan nah... itu mbak kita baru merancang membuat, dulu sudah ada di komputer cuman belum semua ada. (Responden 4a)

Di ruang VK itu khan sudah di tempel SOP untuk mengatasi masalah misalnya perdarahan. Kita memang lakukan itu ya urut dari KBI terus KBE, pasang infuse. Insya Allah selama ini baik-baik saja ya...semoga baik. (Responden 3a)

“Kadang kalau kelihatannya pasiennya beresiko, terus rujuk aja..., kalau dokternya mau nolong kita siap membantu...untuk dokumentasi disini setiap pasien dengan faktor resiko kami masukkan dalam pendataan baik yang ditangani maupun yang dirujuk semua dimasukkan di buku kohort atau register ibu”. (Responden 5b)

“Monitoring tidak pernah ada, wong dari dinas juga tidak pernah turun ke puskesmas khusus untuk monitoring puskesmas PONE D, saya kira kalau monitoring dari atas berjalan mungkin kami juga memikirkan kearah sana dan program puskesmas PONE D mungkin juga berjalan lebih baik”. (Responden 1a).

“Sejauh ini belum pernah melakukan evaluasi khusus, evaluasi dilaksanakan bersamaan pada acara lokakarya mini yang diadakan 1 tahun sekali, itupun tidak kami fokuskan membahas tentang puskesmas PONE D”. (Responden 1a)

Dana yang diperoleh enam puskesmas didapat dari pengembalian retribusi pendaftaran pasien yang disetorkan ke Kabupaten Daerah Tingkat II. Dana tersebut 100% dikembalikan ke puskesmas, digunakan untuk pembiayaan puskesmas yaitu 50% untuk operasional puskesmas, 40% untuk jasa pelayanan petugas, dan 10% untuk manajemen puskesmas. Dana proyek yaitu Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Jaminan Kesehatan Sosial (Jamkessos), Jaminan Persalinan (Jampersal) juga berasal dari APBN. Insentif jasa layanan enam puskesmas secara khusus tidak ada anggaran, namun dalam beberapa operasional pelayanan didukung oleh dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) yang diberi-

kan oleh pemerintah. Hasil wawancara sumber dana dan kepuasan insentif jasa layanan adalah:

“Sumber dana khusus untuk operasional puskesmas Poned selama ini tidak ada, kami menggunakan dana dari pengembalian retribusi pelayanan yang ada untuk membiayai operasional rawat jalan dan inap”. (responden kepala puskesmas, bidan koordinator).

“Sumber dana kegiatan puskesmas diperoleh dari APBN dan APBD serta sumber dana lain misalnya jaminan kesehatan sosial dari perusahaan yang kerjasama, dari jaminan persalinan dan jaminan kesehatan daerah”. (responden dokter kepala puskesmas).

“Jaminan persalinan dirasakan kurang bijaksana karena yang kaya dan miskin mendapatkan santunan padahal dananya hanya sedikit, tidak dapat untuk menutup biaya persalinan. Sedangkan waktu klaim atau cairnya dana cukup lama”. (responden dokter kepala puskesmas dan bidan pelaksana)

Ketersediaan Pendukung Pelayanan Sumber Daya Manusia

Gambaran pendukung pelayanan puskesmas Poned pada sumber daya manusia, yaitu jumlah bidan terbanyak 14 orang di Puskesmas Pleret, dari 14 orang tersebut baru 3 (21.4%) orang yang terlatih Poned. Pada lima puskesmas rata-rata memiliki 3 dokter hanya Puskesmas Dlingo yang hanya memiliki 1 dokter umum. Hasil wawancara dari enam puskesmas, tenaga bidan yang telah terlatih Poned paling banyak adalah puskesmas Poned. Permasalahan yang muncul yaitu adanya rotasi perpindahan sumber daya manusia ada dua puskesmas yaitu Puskesmas Srandakan dan Puskesmas Pleret tidak mempunyai tenaga dokter yang telah terlatih Poned.

Tabel 1. Sumber Daya Manusia di Enam Puskesmas Poned Kabupaten Bantul 2011

| No | Puskesmas | SDM Terlatih Poned | | | | Jumlah | | | |
|----|-----------|--------------------|------|-------|------|--------|-------|---------|---------|
| | | Dokter | % | Bidan | % | Dokter | Bidan | Perawat | Laboran |
| 1 | Sewon I | 1 | 33.3 | 10 | 83.3 | 3 | 12 | 9 | 2 |
| 2 | Piyungan | 2 | 66.6 | 4 | 33.3 | 3 | 12 | 7 | 2 |
| 3 | Imogiri I | 2 | 66.6 | 5 | 41.6 | 3 | 12 | 7 | 2 |
| 4 | Srandakan | 0 | 0 | 6 | 54.5 | 3 | 11 | 8 | 2 |
| 5 | Pleret | 0 | 0 | 3 | 21.4 | 3 | 14 | 9 | 2 |
| 6 | Dingo I | 1 | 100 | 3 | 27.2 | 1 | 11 | 10 | 1 |

Sarana dan Prasarana

Gambaran pendukung pelayanan puskesmas Poned pada sarana dan prasarana dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 2. Pendukung Pelayanan di Enam Puskesmas Poned Kabupaten Bantul tahun 2011

| Support side | Jumlah | Persen (%) |
|------------------------------|--------|------------|
| Ketersediaan alat-alat: | | |
| a. Lengkap | 2 | 33.3 |
| b. Tidak lengkap | 4 | 66.7 |
| Jumlah | 6 | 100 |
| Ketersediaan obat-obatan: | | |
| a. Tersedia | 4 | 66.7 |
| b. Tidak tersedia | 2 | 33.3 |
| Jumlah | 6 | 100 |
| Ketersediaan infrastruktur : | | |
| a. Tersedia | 4 | 66.7 |
| b. Tidak tersedia | 2 | 33.3 |
| Jumlah | 6 | 100 |

Pada enam puskesmas Poned di Kabupaten Bantul ketersediaan alat-alat medis dinyatakan lengkap sebanyak dua puskesmas Poned, dalam penyediaan obat-obatan ada dua puskesmas dinyatakan tidak tersedia dengan baik, dan ketersediaan infrastruktur dinyatakan tersedia empat puskesmas. Berdasarkan hasil wawancara ketersediaan alat-alat yang mendukung dalam pelayanan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal secara umum pada enam puskesmas menyatakan ada. Puskesmas Imogiri I, Pleret, Srandakan, dan Dlingo I tidak tersedia alat vakum ekstraksi dan kuret set, dengan alasan tidak ada tenaga khusus pelaksana pertolongan persalinan dengan alat tersebut. Hasil observasi ketersediaan memang ada, namun secara kebersihan perlu mendapatkan perhatian.

Penyediaan obat guna penatalaksanaan pre dan eklamsi secara dini di puskesmas Poned yang belum memadai adalah obat anti konvulsan yaitu *Magnesium Sulfat* (MgSO₄). Seluruh puskesmas menyatakan semua ada namun obat tersebut secara kualitas tidak layak lagi karena telah kadaluarsa, hal ini karena jumlah kasus yang sedikit. Hasil observasi penempatan obat-obatan ini juga tidak pada tempat khusus yang mudah dijangkau oleh petugas

pada saat dibutuhkan atau tersimpan pada tempat yang aman untuk menjaga kualitas obat.

Ketersediaan infrastruktur kualitas fisik bangunan pada enam puskesmas Poned semenjak tahun

2006 telah dilakukan renovasi gedung dan saat ini masih dalam kondisi baik dan layak. Ketersediaan kamar mandi bagi pelayanan dibidang kesehatan sangat penting, namun di Puskesmas Imogiri antara kamar bersalin dan kamar mandi tidak dalam satu lokasi. Jarak antara ruang unit kegawatdaruratan dan bangsal bersalin tidak seluruhnya dalam satu lokasi yang strategis. Fasilitas listrik dan penerangan pada enam puskesmas PONED terpenuhi baik, namun belum mempunyai genset sebagai tenaga cadangan listrik. Sarana transportasi mobil ambulans pada enam puskesmas semua tersedia, dengan fasilitas memenuhi standar minimal, yakni tersedia kotak obat, balut-memalut, tabung oksigen. Semua obat tidak tersedia dalam kondisi baik seperti tabung oksigen tidak terisi atau apabila melakukan rujukan menggunakan tabung oksigen bangsal.

Hasil Wawancara Ketersediaan Pelayanan di Puskesmas PONED Kabupaten Bantul tahun 2011

“Dulu itu ada mbak, namun karena vacum dan kuret itu kewenangan dokter, padahal kita tidak ada dokter spesialisnya sekarang ndak tahu dimana.....mungkin sudah rusak”. (Responden 3b)

“Karena jarang kasus atau hampir tak ada kasus ya.....seperti obat anti konvulsan, MGSO4, ditempat kita sudah ex.date”. (Responden 5b)

“Ya....ini kita memang belum mempunyai pengelolaan pembuangan limbah, kalau sampah masih kita bakar”. (Responden 3a)

Penatalaksanaan Pelayanan Puskesmas Pelayanan Obstetric Neonatal dan Emergensi Dasar

Kebijakan pemerintah dengan adanya program DB4MK di wilayah Kabupaten Bantul, sehingga *provider* lebih memilih melakukan pertolongan persalin-

an normal dan melakukan rujukan dini ke rumah sakit. Pada enam puskesmas PONED di Kabupaten Bantul hanya 1 puskesmas (Sewon I) yang telah memenuhi enam *signal functions* sebagai standar pelayanan PONED. Gambaran pelaksanaan *signal functions* di puskesmas PONED adalah sebagai berikut.

Hasil wawancara kasus kegawatdaruratan obstetrik pada tiga puskesmas PONED bervariasi. Pada Puskesmas Imogiri tercatat ada tujuh kasus perdarahan pada saat persalinan, sedangkan di Puskesmas Pleret ada tiga kasus. Kasus perdarahan disini terjadi pada kala III dan IV persalinan yang disebabkan karena robekan jalan lahir dan atonia uteri. Penatalaksanaan perdarahan dalam kasus ini ada yang dilakukan rujukan namun ada pula yang dilakukan penatalaksanaan dan berhasil. Rujukan dilakukan sesuai standar pada asuhan persalinan normal telah dilakukan stabilisasi terlebih dahulu yaitu dengan kompresi bimanual interna dan pemasangan infus. Pada Puskesmas Pleret kasus ini tercatat sebanyak delapan pasien dan dilakukan rujukan di beberapa rumah sakit terdekat. Rujukan disini dilakukan oleh bidan yang sebelumnya dilakukan kolaborasi terlebih dahulu dengan dokter penanggung jawab puskesmas.

Kasus pada neonatus dari enam puskesmas PONED terbanyak adalah kasus aspekia ringan dan seluruh kasus dapat diatasi oleh para bidan perawat dengan baik. Penanganan bayi baru lahir dengan menggunakan inkubator dari hasil wawancara terakhir yang ada adalah Puskesmas Sewon I, penatalaksanaan bayi baru lahir berat badan rendah selain menggunakan inkubator tetap digunakan perawatan dengan metode kangguru.

Pada enam puskesmas rata-rata telah melakukan penampisan ibu hamil beresiko, sehingga data

Tabel 3. *Signal Function* Puskesmas PONED di Kabupaten Bantul Tahun 2010

| Puskesmas | Sewon I | Pleret | Imogiri I | Srandakan | Piyungan | Dlingo I |
|---------------------|---------|--------|-----------|-----------|----------|----------|
| Injeksi oksitosin | Ya | Ya | Ya | Ya | Ya | Ya |
| Injeksi antibiotika | Ya | Tidak | Ya | Tidak | Ya | Tidak |
| Injeksi anti kejang | Ya | Ya | Tidak | Ya | Ya | Tidak |
| Manual plasenta | Ya | Ya | Ya | Ya | Ya | Ya |
| Kuret | Ya | Tidak | Tidak | Tidak | Tidak | Tidak |
| Vacum ekstraksi | Ya | Tidak | Tidak | Tidak | Tidak | Tidak |

Tabel 4. Proporsi Penanganan Kasus Kegawatdaruratan Obstetri dan Neonatal di Puskesmas PONED Kabupaten Bantul Tahun 2010

| | Nominal | Persen | Nominal | Persen | Nominal | Persen |
|------------------|---------|-------------|---------|-----------------|---------|--------|
| Cakupan | | Ditangani | | Tidak ditangani | Total | |
| | 203 | 29.4 | 488 | 70.6 | 691 | 100 |
| Akses rujukan | | Rujuk | | Tidak dirujuk | Total | |
| | 97 | 14.3 | 594 | 85.7 | 691 | 100 |
| <i>Met need</i> | | Ditangani | | Tidak ditangani | Total | |
| | 203 | 7.5 | 488 | 18.1 | 691 | 25.6 |
| <i>Mortality</i> | | Pre eklamsi | | Perdarahan | Total | |
| | 2 | 0.28 | 1 | 0.42 | 3 | 0.7 |

komplikasi kehamilan dan neonatus angka kejadian-nya rendah. Berdasarkan observasi menunjukkan cakupan proporsi kasus komplikasi obstetrik dan neonatal pada puskesmas PONED ada 203 kasus dan 488 kasus tidak ditangani. Proporsi penyebab kematian karena perdarahan satu kasus dan pre-eklampsia dua kasus. Hasil wawancara kasus kegawatdaruratan adalah:

“Khan sudah ada lembar penapisan, ya..... kita sesuai saja. Kalau ada ibu hamil dengan resiko, langsung dirujuk”. daripada kematian ibu bertambah ya mending kita rujuk saja...”. (responden 3b)

“Partus memang lumayan. Tapi normal-normal aja...ya...kita khan kalau puskesmas PONED boleh menolong kasus emergensi tapi karena tidak ada dokter ya....kalau kegawatdaruratan dirujuk saja” (responden 2a)

“ Pasien yang telah ketahuan ada masalah, misalnya riwayat SC, perdarahan atau ibunya hipertensi ya.....dirujuk saja, khan lebih aman. Eeee.....kalau tempat rujukan tergantung pasiennya minta kemana, tapi kalau ngikut kita ya....saya sarankan ke dokter di rumah sakit Jebungan”. (responden 02)

“Kalau pasien diluar puskesmas mungkin ya mbak, banyak yang dengan kegawatdaruratan cuman kita khan dapat data laporan saja. Kalau yang pasien dirawat di puskesmas dengan kegawatdaruratan sangat jarang. Lha gimana partus kita sebulan cuman beberapa saja, itu pun normal-normal saja”. (Responden 04)

PEMBAHASAN

Sistem Pendukung Puskesmas Pelayanan Obstetrik Neonatal dan Emergensi Dasar

Informan dari keseluruhan puskesmas mengatakan tidak memiliki tim PONED secara terstruktur dan resmi. Tim PONED yang tergambarkan dalam struktur organisasi akan lebih memudahkan dalam evaluasi dan monitoring kegiatan. Organisasi memerlukan aliansi yang memiliki fungsi dan tugas yang jelas untuk menentukan hubungan antara anggota organisasi aliansi⁹.

Pimpinan atau kepala puskesmas PONED di Kabupaten Bantul dikepalai oleh lima dokter dan satu bidan, petugas pelayanan secara teknis ada beberapa yang telah mengikuti pelatihan kegawatdaruratan, namun dalam pembagian kerja belum seluruhnya optimal. Keuntungan dari organisasi adalah dengan terbentuknya struktur organisasi dapat membentuk hubungan persekutuan yang kuat, membangun institusional dan kemampuan personal¹⁰. Struktur organisasi adalah bagaimana pekerjaan dibagi, dikelompokkan, dan dikoordinasikan secara

formal. Struktur organisasi adalah salah satu sarana yang digunakan manajemen untuk mencapai sasarannya¹¹. Organisasi perlu membentuk beberapa tim yang melibatkan semua karyawan untuk menunjang dan menumbuhkan kerja sama dalam tim.

Ketaatan menjalankan suatu program selain didukung oleh kemampuan dan keinginan memberikan layanan, insentif sangat berperan. Pada saat ini pemerintah sedang menjalankan program jaminan persalinan yang menurut informan menyatakan dana bantuan tersebut tidak menutup biaya operasional termasuk insentif bidan. Akuntabilitas untuk kinerja penyedia serta biaya jasa yang terjangkau akan membantu ketaatan sumber daya¹².

Beberapa puskesmas melakukan rujukan dini ke pelayanan yang lebih komprehensif secara tidak nyata melakukan penolakan terkait insentif yang diterima dari jaminan persalinan. Sulitnya birokrasi pada saat klaim asuransi serta lamanya dana cair menjadi salah satu kendala juga dalam pelayanan di puskesmas PONED.

Sumber daya pada enam puskesmas PONED yaitu: dokter dan bidan belum pernah mendapatkan pelatihan ketrampilan sebagai manager modern sehingga fokus pelayanan pada kegawatdaruratan belum dapat optimal dilaksanakan. Dokter, bidan, perawat, dan staf rumah sakit lain diposisi manajerial tidak terlatih dalam keterampilan manajemen modern, yang memberikan kontribusi kualitas layanan yang kurang baik. Situasi ini dapat ditingkatkan dengan pelatihan staf medis yang ada untuk memberikan pelayanan obstetrik darurat di daerah pedesaan dan pelatihan keterampilan manajemen bagi manajer rumah sakit. Tim adalah sekelompok orang yang bekerja saling bergantung untuk mencapai tujuan bersama⁹. Mendorong kerjasama antara staf PONED memanfaatkan kinerja kolektif yang diperlukan untuk menjaga fasilitas siap dan bersedia untuk menyediakan cepat dan efektif tanggap darurat. Dampak sumber daya manusia yang tidak terlatih akan berpengaruh pada ketepatan dan kecepatan dalam memberikan asuhan layanan. Pengembangan manajemen kinerja perawat dan bidan sebagai strategi dalam peningkatan mutu klinis, bahwa advokasi dan komitmen *stakeholder* dan pelaksana, kepemimpinan, kegiatan pembinaan dan pemantauan menjadi kunci dalam pelaksanaan pelayanan¹³.

Penyulit kehamilan atau komplikasi yang terjadi dapat dihindari apabila kehamilan dan persalinan direncanakan, diasuh dan dikelola secara benar. Asuhan kehamilan dan persalinan yang cepat tepat dan benar diperlukan tenaga kesehatan yang

terampil dan profesional dalam menangani kondisi kegawatdaruratan. Pada enam puskesmas PONE D seluruhnya telah mempunyai standar operasional prosedur seperti penanganan kasus perdarahan, kompresi bimanual interna dan kompresi bimanual eksterna (KBI-KBE), penanganan kasus syok hipovolemik atau perdarahan. Standar penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal pada enam puskesmas tidak seluruhnya terpasang ditempat yang strategis, ada yang tersimpan dalam folder map atau dalam bentuk file.

Kepatuhan sumber daya manusia dalam menjalankan standar operasional layanan kegawatdaruratan menurut para kepala puskesmas dinyatakan baik, karena adanya program DB4MK di Kabupaten Bantul menjadi komitmen para bidan guna menurunkan AKI-AKB. Standar operasional prosedur akan sangat membantu petugas dalam pelaksanaan tugasnya serta mampu mengantisipasi dan menekan tingkat kesalahan intervensi, yang pada gilirannya dapat meningkatkan motivasi petugas untuk memberikan pertolongan secara berkualitas dan percaya diri.

Beberapa informan menyatakan bahwa beban kerja dengan pembagian shift, dirasa sangat tidak seimbang. Menurut penelitian Dogba¹⁴ kekurangan staf merupakan suatu hambatan yang besar untuk menyediakan pelayanan EmOC yang berkualitas. Penempatan tenaga terlatih PONE D regulasinya ada ditingkat Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, sehingga puskesmas mengoptimalkan petugas yang ada.

Agar fasilitas PONE D dapat berjalan dengan baik serta mampu memberikan pelayanan terbaik maka harus didukung oleh lingkungan yang mampu memberikan dorongan secara kontinyu disamping itu pula memperhatikan akan hak-hak petugas yang bekerja pada fasilitas tersebut. Kualitas puskesmas PONE D melibatkan keadaan kesiapan tim PONE D untuk merespon dengan tepat keadaan darurat obstetrik dengan cara yang memenuhi kebutuhan dan hak-hak klien¹⁵. Kemampuan SDM yang ada tidak semuanya komitmen dan konsisten belum mendukung pelayanan puskesmas PONE D, dari hasil wawancara informan Puskesmas Imogiri I melakukan rujukan 49,6% dimana kasus yang ditangani lebih banyak dibandingkan dengan data ibu bersalin.

Manajemen efektifitas sumber daya yang ada pada enam puskesmas PONE D belum seluruhnya maksimal, hal ini dilihat dari pengaturan jadwal *shift* kerja, dimana disetiap *shift* tidak selalu ada tenaga kerja yang kompeten dalam penanganan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal. Tim kerja dikatakan solid bila dalam tim ini memiliki komposisi dan

penyebaran kemampuan dan keterampilan yang saling melengkapi untuk meningkatkan kualitas layanan dan ketersediaan tenaga kerja yang siap sedia¹⁵. Penanganan kasus kegawatdaruratan melibatkan semua karyawan yang ada mulai dari *driver*, petugas laboratorium, administrasi, perawat, bidan dan dokter. Dukungan kerja dari seluruh SDM akan lebih optimal apabila dokter bersedia secara *full time* mendukung implementasi puskesmas PONE D. Agar semuanya dapat berjalan dengan baik, maka komitmen, keterlibatan dan dukungan yang konkrit dari seluruh jajaran, terutama unsur pimpinan sangatlah penting¹¹.

Hambatan utama yang dirasakan oleh lima puskesmas adalah ketidak mampuan SDM dalam mengidentifikasi kasus komplikasi dan intervensi untuk menyelamatkan nyawa perempuan seperti pada kasus kematian ibu. Berdasarkan standar pelayanan medik dasar, kompetensi seorang bidan adalah mampu melakukan penilaian awal kasus perdarahan pada ibu hamil, bersalin dan paska persalinan serta mampu melakukan rehidrasi cairan, resusitasi, penanganan syok dan melakukan rujukan⁷.

Kualifikasi sumber daya manusia juga mempengaruhi persepsi pengguna terhadap kualitas layanan. Dogba¹⁴ dalam penelitiannya di Tanzania dimana rendahnya tingkat pemanfaatan pusat kesehatan yang menyediakan layanan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal sebagian besar disebabkan persepsi perawatan yang kurang berkualitas. Konsekuensi persepsi buruk ini adalah kurangnya tenaga profesi yang terampil. Untuk meningkatkan ketrampilan tenaga kesehatan senantiasa dilakukan pelatihan ataupun refreshing pengetahuan. Kualifikasi sumberdaya manusia tidak selalu mendukung kompetensi. Oleh karena itu diperlukan pelatihan berbasis keterampilan yang didukung oleh supervisi klinis biasa. Pendekatan ini tidak hanya akan lebih efektif, tetapi juga akan mengurangi waktu pelatihan.

Insentif akan diberikan kepada staf yang bekerja lebih keras karena setiap upaya ekstra atau keterampilan ingin diakui, kurangnya pengakuan atau imbalan memiliki efek negatif terhadap motivasi kerja¹⁶. Insentif keuangan yang diperlukan, tetapi tidak cukup untuk motivasi. Sistem kinerja berbasis meningkatkan gaji staf mungkin terbukti lebih efektif dalam memotivasi dan meningkatkan kinerja.

Penelitian tentang implementasi *making pregnancy safer* pada puskesmas PONE D menemukan bahwa puskesmas PONE D yang ada di Kabupaten Banyuwangi yang mampu PONE D dan berfungsi hanya 30%¹⁷. Hal ini lebih banyak dipengaruhi oleh kurangnya *skill* dari *provider* PONE D dan regulasi

yang mendukung pelaksanaan puskesmas Poned. Upaya staf untuk menyediakan layanan puskesmas Poned yang cepat dan kompeten, menggunakan sumber daya secara efektif, dapat memiliki dampak yang signifikan pada hasil proses kehamilan¹⁵.

Ketersediaan Pelayanan Kegawatdaruratan Obstetri dan Neonatus Dasar

Hasil wawancara dapat dikaitkan antara *support side* (infrastruktur, ketersediaan alat, suplai dasar dan obat-obatan) dengan proses serta *output*. Informan menyatakan kondisi fisik bangunan pada sebagian besar puskesmas dalam kondisi baik, kebersihan umum dan perawatan baik, ruangan dan tempat pertolongan persalinan cukup, namun pada puskesmas Poned masih ada yang belum memiliki infrastruktur lengkap. *Setting* tempat antara ruangan satu dengan ruang lainnya juga masih belum sesuai dan tidak cukup memberikan ruang gerak dan kenyamanan bagi pasien maupun petugas, karena letak atau jarak antara ruang UGD/tindakan dengan kamar bersalin dan ruang perawatan akan sangat mempengaruhi petugas untuk mampu memberikan pelayanan dengan cepat.

Informan menyatakan tentang sisi infrastruktur bangunan pada puskesmas Poned secara keseluruhan sudah memenuhi syarat, namun dari sisi prasarana ada dua puskesmas memiliki sarana pengolahan limbah medis terutama *incenerator*, terutama limbah basah yang sangat infeksius dan pengelolaan sampah kering seperti jarum suntik dibutuhkan tempat serta metode khusus agar tidak membahayakan petugas, pasien dan masyarakat luas.

Beberapa informan dari lima puskesmas menyatakan kurang menjamin ketersediaan obat-obat *emergency*, dan kurangnya suplai bahan dekontaminasi serta tidak lengkapnya alat pelindung diri. Situasi ini dapat diartikan bahwa keamanan pasien masih terabaikan pada sebagian besar puskesmas. Berdasarkan acuan standar pelayanan puskesmas Poned, bahwa ketersediaan obat-obatan *emergency* harus tersedia untuk upaya stabilisasi dan intervensi kasus. Pedoman manajemen pelayanan obstetri neonatal komprehensif ditingkat kabupaten/kota dinyatakan bahwa ketersediaan jenis obat-obatan disesuaikan dengan intervensi yang terkait dengan sebab kematian ibu¹.

Menurut informan ketersediaan alat sesuai dengan kapasitasnya. Puskesmas disediakan untuk menolong kasus *emergency obstetric*, instrumen untuk pertolongan pada komplikasi obstetri seperti vakum ekstraksi, resusitasi dan alat kuret wajib tersedia. Informan dari empat puskesmas menyatakan

tidak memiliki fasilitas alat yang lengkap, pada dasarnya alat-alat yang belum lengkap sebenarnya ada namun karena alat tidak pernah difungsikan dan atau tersimpan digudang belum pernah difungsikan sehingga dapat dikatakan masih baru tapi kondisi rusak. Dalam penelitian yang menyatakan kesulitan pemeliharaan peralatan dan perlengkapan dilokasi yang relatif lebih pedesaan, selain itu peraturan pemerintah dan kebijakan sering membuat sulit bagi fasilitas pelayanan Poned tanpa kehadiran dokter untuk melakukan fungsi sinyal tertentu¹⁰.

Penatalaksanaan Rujukan Kasus Kegawatdaruratan Obstetri dan Neonatal Dasar

Hasil wawancara informan menyatakan sangat mendukung program pemerintah Kabupaten Bantul tentang DB-4MK, namun berdasarkan triangulasi data dokumentasi, terkait dengan penatalaksanaan dan pengawasan kegawatdaruratan obstetri dan neonatus tidak terdokumentasi dengan benar, hal ini juga sesuai penelitian dalam tentang kebijakan dan pengelolaan *antenatal care* bagi bidan desa di Banda Aceh disebutkan bahwa hasil observasi yang dilakukan baik di dinas kesehatan maupun puskesmas dalam hal pemantauan langsung maupun kegiatan bimbingan teknis, tidak ditemukan dokumen pelaksanaan pengawasan ke puskesmas dan ke bidan¹⁸.

Pengambilan keputusan tidak semua petugas pelayanan didasari sepenuhnya dengan program pemerintah, namun juga terdorong beberapa hal antara lain ketersediaan pendukung layanan kegawatdaruratan, baik dalam hal kebijakan pimpinan ataupun alat yang tersedia. Hal ini sesuai dengan penelitian Murray¹² dalam penelitiannya tentang sistem rujukan di negara berkembang, mengatakan bahwa syarat kemungkinan untuk sistem rujukan bersalin sukses meliputi: strategi rujukan diinformasikan oleh penilaian kebutuhan penduduk dan kemampuan sistem kesehatan, sebuah pusat rujukan sumber daya yang memadai, kolaborasi aktif antara tingkat rujukan dan lintas sektor, komunikasi formal dan pengaturan transportasi, disepakati pengaturan-spesifik protokol untuk pengarah dan penerima, pengawasan dan akuntabilitas untuk kinerja penyedia serta biaya jasa yang terjangkau, kapasitas untuk memantau efektivitas, serta dukungan kebijakan. Puskesmas Sewon I tidak melakukan rujukan dini dikarenakan adanya kemampuan untuk mengatasi kegawatdaruratan dengan tersedianya tenaga ahli, alat, obat dan kebijakan yang mendukung asuhan kegawatdaruratan obstetri dan neonatus.

Berdasarkan informan tentang kepuasan akan insentif yang diberikan dari pemerintah terkait dengan

jaminan persalinan dirasa kurang bijaksana dan sangat mempengaruhi alasan melakukan rujukan. Hal ini sesuai hasil penelitian Mc Cord¹⁹ bahwa pengalaman dengan asuransi kesehatan di negara-negara miskin yang dikembangkan hasilnya belum baik, mengingat kecilnya jumlah penghasilan unit pelayanan sedangkan keluarga miskin yang membutuhkan asuransi belum bersedia membayar cukup untuk membuat program praktis.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Puskesmas PONED lebih dipandang sebagai pekerjaan rutinitas karena *provider* pelayanan PONED belum mampu memahami tujuan pelayanan dengan baik, sebagian informan terutama petugas laboran dan sopir ambulans menyatakan ketidak-tahuan tentang pelayanan puskesmas PONED.

Enam puskesmas dalam sistem pendukung pelayanan puskesmas PONED tersedia, dalam hal fasilitas dan sarana pelayanan puskesmas PONED juga tersedia, namun regulasi pemerintah dalam pendampingan dan monitoring pelayanan puskesmas PONED belum maksimal sehingga kemampuan sumber daya manusia yang telah terlatih PONED tidak maksimal dipraktikkan, sumber informasi menyatakan bahwa tidak adanya dokter ditempat pelayanan sehingga para bidan tidak percaya diri memberikan asuhan kegawatdaruratan.

Ketersediaan pelayanan puskesmas PONED di Kabupaten Bantul, yang belum tersedia alatnya dengan lengkap ada dua puskesmas, ketersediaan obat ada dua puskesmas, dan ketersediaan infrastruktur baik empat puskesmas. Hal ini karena jarang kasus komplikasi obstetri dan neonatus yang ditangani sehingga obat dan alat yang tersedia kadaluarsa dan rusak.

Pengelolaan rujukan kasus *emergency* obstetri dan neonatal di puskesmas PONED belum berjalan dengan baik sesuai dengan kasus, cenderung karena adanya tekanan wajib menurunkan AKI-AKB, sebagian informan menyatakan lebih memilih melakukan rujukan dini dibandingkan dengan kolaborasi dengan dokter dengan melakukan pelayanan emergensi dasar.

Saran

Pejabat yang berwenang dapat memberikan arahan kebijaksanaan program puskesmas PONED hingga pada teknis pelaksanaannya dan *reward*, sehingga terbentuk *teamwork* yang memahami tujuan puskesmas PONED dan solid dalam rangka mendu-

kung program pemerintah Kabupaten Bantul dalam mewujudkan DB4-MK plus, khususnya pencegahan kematian ibu dan bayi.

Dokter selaku penanggung jawab mampu mengembangkan diri sebagai *leader* dan mempunyai inovasi-inovasi peningkatan mutu layanan dan mampu mengorganisir sumber daya yang ada seoptimal mungkin. Bidan dan perawat berperan aktif sesuai job diskripsinya dan memberikan pelayanan berdasarkan *setting* kegawatdaruratan obstetri dan neonatal yang ada secara profesional. Laboran dan *driver*, memahami kebijakan puskesmas PONED dan mendukung dengan memberikan pelayanan cepat, tepat dan sesuai kasus kegawatdaruratan yang ditangani.

REFERENSI

1. Departemen Kesehatan RI, Pedoman Pengembangan Pelayanan Obstetric Neonatal dan Emergensi Dasar, Departemen Kesehatan RI, Jakarta, 2004.
2. BPS, International M, Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007, Calverton, Maryland, Macro International, USA, 2008.
3. World Health Organization, United Nations Population Fund, UNICEF, Mailman School of Public Health, Averting Maternal Death and Disability, Monitoring Emergency Obstetric Care, A handbook, World Health Organization, Geneva, 2009.
4. Anwar I, Kalim N, Koblinsky M, Quality of Obstetric Care in Public-Sector Facilities and Constraints to Implementing Emergency Obstetric Care Services: Evidence from High- and Low-Performing Districts of Bangladesh. *J Health Popul Nutr*, 2009;27(2):139-55.
5. Departemen Kesehatan RI, Peraturan Menteri Kesehatan No.41/MENKES/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota, Departemen Kesehatan RI, Jakarta, 2008.
6. Ariani S, Kejadian dan Keberhasilan Penanganan Kasus Perdarahan pada Puskesmas Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di kabupaten Agam Sumatera Barat, Pasca Sarjana, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2008.
7. Dinas Kesehatan Yogyakarta, Profil Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2008, Dinas Kesehatan Yogyakarta, Yogyakarta, 2009.
8. Moleong LJ, Metodologi Penelitian Kualitatif, PT. Remaja Rosdakarya, Bandung, 2007.

9. Adelman HS, Taylor L, School and Community Collaboration to Promote a Safe Environment. *The State Education Standart*, 2006;7(1):38-43.
10. Paxton A, Bailey P & Lobis S, The United Nations Process Indicators for Emergency Obstetric Care: Reflections Based on a Decade of Experience, *Int J Gynaecol Obstet*, 2006;95(2): 192-208.
11. Stephen RCM, *Management, National Journal: Prentice Hall* 2007, 8th.
12. Murray SFP, *Maternity Referral Systems in Developing Countries: Current Knowledge and Future Research Needs, Social Science & Medicine*, 2006;62(9):2205-15.
13. Kuntjoro T, *Pengembangan Manajemen Kinerja Perawat dan Bidan Sebagai Strategi Dalam Peningkatan Mutu Klinis, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 2005;8(3): 149-54.
14. Dogba M, Fournier P, *Human Resources and the Quality of Emergency Obstetric Care in Developing Countries: a Systematic Review of the Literature. Hum Resour Health*, 2009;7:7.
15. Engerden Health, *Quality Improvement for Emergency Obstetric Care Leadership Manual*, New York: Engerden Health and Mailman Columbia: School of Public Health Columbia University, 2003.
16. Bradley SM, *Mid-level Providers in Emergency Obstetric and Newborn Health Care: Factors Affecting Their Performance and Retention Within the Malawian Health System, Hum Resour Health*, 2009;7(14).
17. Hayati NL, *Implementasi Making Pregnancy Safer pada Puskesmas Poned: Studi Kasus di Kabupaten Banyuwangi, Pasca Sarjana, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta*, 2009.
18. Wahyu, *Kebijakan dan Pengelolaan Antenatal Care Bagi Bidan Desa di Banda Aceh, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta*, 2009.
19. Mc Cord C, Premkumar R, Arole S, *Efficient and Effective Emergency Obstetric Care in a Rural Indian Community Where Most Deliveries are at Home, Int J Gynaecol Obstetri*, 2001;75(3):297-307.