

Pengelolaan Rujukan Kedaruratan Maternal di Rumah Sakit dengan Pelayanan PONEK

Referral Management of Maternal Emergencies in Hospital with Comprehensive Emergency Neonatal Obstetric Care Services

Y Priyo Wahyudi¹, Siti Nurfaidah², Ida Irmawati

¹RS Griya Waluya

²Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo

ABSTRAK

Kemampuan pengelolaan kasus rujukan kegawatan maternal pada rumah sakit dengan program Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) mempengaruhi kematian maternal. Penelitian ini dilakukan untuk mengeksplorasi permasalahan dalam pengelolaan kasus rujukan kegawatan maternal di rumah sakit PPK 2. Studi ini menggunakan metode deskriptif kualitatif, dengan responden primer 22 orang terdiri dari 6 dokter UGD, 6 perawat UGD dan 10 bidan ruang kebidanan dan penyakit kandungan. Pengumpulan data melalui wawancara terstruktur pada responden, FGD dan observasi lapangan dengan pengamatan langsung. Data sekunder memanfaatkan laporan rumah sakit, data rekam medis dan data kepegawaian. Hasil penelitian memberikan gambaran ada kekurangjelasan pengelolaan rujukan masuk terhadap pasien dengan kegawatan obstetri ginekologi di RS tempat studi. Sebanyak 32% responden menyatakan pernah menolak pasien dan 86% responden menyatakan pernah merujuk kembali pasien dengan kegawatan obstetri ginekologi ke rumah sakit lain. Kurangnya ketersediaan SDM (Dokter), sarana yang adekuat untuk pengelolaan kegawatan, serta metode atau prosedur pengelolaan rujukan yang tidak jelas menyebabkan rumah sakit tidak mampu mengelola kasus rujukan maternal sesuai kapasitasnya sebagai PONEK. Kerjasama dengan jejaring rujukan dan dokter konsultan kebidanan dan kandungan lain yang didukung kebijakan dan prosedur pengelolaan kegawatan saat tidak ada dokter dapat dipertimbangkan rumah sakit sebagai solusi.

Kata Kunci: Kegawatan persalinan, ketersediaan dokter, rujukan

ABSTRACT

Capabilities on managing emergency case of maternal referral in hospitals with Comprehensive Emergency Neonatal Obstetric Care services affect maternal mortality. This study was conducted to explore the issues in the referral management case of maternal emergency in PPK 2 hospital. This study uses descriptive qualitative method, with 22 primary respondents consisted of 6 ER doctors, 6 ER nurses and 10 midwives in obstetrics and gynecology room. Data collections were through structured interview on respondents, focus group discussions and field observations with direct observation. Secondary data were utilizing hospital reports, medical records and employment data. The results of the study present a portrait that there is formless management of the referral entry to the emergency patients of obstetric gynecology in the hospital in which the study was conducted. As many as 32% of respondents said that they had rejected the patients and 86% of respondents said that they had referred back the emergency patients of obstetric gynecology to other hospitals. Lack of availability of human resources (doctor), adequate facilities for emergency management, as well as unclear referral management methods or procedures cause the hospitals unable to manage cases of maternal referrals in their capacity. Cooperation with referral network and other physician consultants in obstetrics and gynecology that are supported with policies and procedures for managing the emergency cases when no doctors are available can be considered as solution.

Keywords: Availability of doctors, delivery emergency, referral

Jurnal Kedokteran Brawijaya, Vol. 28, Suplemen No. 1 2014: Y Priyo Wahyudi. Rumah Sakit Griya Waluya, Jl. Sultan Agung No.68 Ponorogo. Tel. (0352) 481483 Email: sabalangitbiru@gmail.com

PENDAHULUAN

Pembangunan bidang kesehatan yang dituangkan dalam sasaran I *Millenium Development Goals* (MDGs) terdapat tujuan yang terkait langsung dengan bidang kesehatan yaitu target 4 (menurunkan angka kematian anak), target 5 (meningkatkan kesehatan ibu) dan target 6 (memerangi HIV dan AIDS, TB dan Malaria serta penyakit lainnya) (1). Dalam mencapai target MDG's tersebut perlu dilakukan upaya terobosan yang efisien yaitu melalui program Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) di Rumah Sakit.

Rumah Sakit PONEK 24 Jam adalah Rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan kedaruratan maternal dan neonatal secara komprehensif dan terintegrasi 24 jam. Rumah Sakit PONEK 24 Jam merupakan bagian dari sistem rujukan dalam pelayanan kedaruratan dalam maternal dan neonatal, yang sangat berperan dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir. Kunci keberhasilan PONEK adalah ketersediaan tenaga terutama tenaga dokter dan dokter spesialis yang siaga 24 jam, alat transportasi dan manajemen kasus selama proses rujukan (2).

RS X merupakan rumah sakit kelas C dengan kapasitas 100 tempat tidur pasien mempunyai layanan kebidanan dan penyakit kandungan yang diminati masyarakat. Dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada bulan September 2013 didapatkan data jumlah kunjungan Poli kebidanan dan Penyakit Kandungan menempati urutan pertama dari seluruh total kunjungan rawat jalan. Pada tahun 2010 tercatat 6.702 kunjungan, 2011 tercatat 6.209 dan pada tahun 2012 tercatat 5.439 kunjungan (42,5%). Kunjungan tahun 2010 sampai dengan 2012 menurun tetapi meningkat kembali pada tahun 2013. Dari 1.980 tindakan operasi pada tahun 2012, sebanyak 323 (16%) tindakan kebidanan dan penyakit kandungan atau menempati urutan kedua setelah bedah umum sebanyak 1.258 tindakan (64%).

Dari telusur melalui wawancara responden didapatkan informasi ada pasien dengan kegawatan obstetri ginekologi yang dirujuk ke RSX tetapi disarankan untuk dirujuk ke RSUD. Kondisi ini dibuktikan dengan informasi dari responden yang mengatakan "*ada pasien yang datang atau ada bidan perujuk telepon ke sini (UGD) untuk merujuk pasien kesini beberapa pasien kami sarankan langsung ke RSUD saja*". Data dukung yang lain berupa surat keluhan yang disampaikan melalui kotak saran berisi tentang keluhan pasien yang tidak puas dengan pelayanan kegawatan obstetri ginekologi.

Kegawat darurat obstetri adalah kondisi kesehatan yang mengancam jiwa yang terjadi dalam kehamilan atau selama dan sesudah persalinan dan kelahiran. Terdapat sekian banyak penyakit dan gangguan dalam kehamilan yang mengancam keselamatan ibu dan bayinya (3). Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor penyebab kurang optimalnya mekanisme pelayanan pasien dengan kegawatan obstetri ginekologi di RS X. Pelayanan kegawatan obstetri ginekologi diharapkan dapat dioptimalkan dengan memanfaatkan hasil penelitian ini, sehingga dapat mengurangi risiko terjadinya komplain pasien terhadap pelayanan kegawatan obstetri ginekologi.

METODE

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Oktober sampai

dengan November 2013 dengan menggunakan metode deskriptif kualitatif. Teknik pengembangan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah triangulasi sumber dengan cara menggali data dari sumber yang berbeda dan teknik pengumpulan yang berbeda pula (4). Responden sebagai sumber data primer dalam penelitian ini sebanyak 22 orang yang terdiri dari 6 dokter UGD, 6 perawat UGD dan 10 bidan ruang kebidanan dan penyakit kandungan. Data sekunder penelitian ini diperoleh dari penelitian sebelumnya dan data laporan rumah sakit. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara kepada responden berdasarkan panduan wawancara, observasi lapangan dengan pengamatan langsung berkaitan dengan alur penanganan pasien dengan kegawatan obsgin masuk rumah sakit sampai dengan mendapatkan tindakan medis. Pertanyaan yang disampaikan kepada responden diawali dengan input data karakteristik responden, pertanyaan lengkap terdiri dari dua bagian utama yaitu tentang penolakan dan tentang perujukan kembali. Pertanyaan penolakan meliputi apakah responden pernah menolak pasien dengan kegawatan obsgin, bila pernah berapa kali melakukan penolakan selama tahun 2013 dan apakah alasan penolakan yang dilakukan. Pertanyaan perujukan meliputi apakah responden pernah merujuk kembali pasien dengan kegawatan obsgin, bila pernah berapa kali melakukan perujukan dan apakah yang menjadi alasan perujukan kembali yang dilakukan. Data sekunder lainnya memanfaatkan data rekam medis yaitu jumlah kunjungan dan tindakan pasien dengan kegawatan obsgin. Data dari bagian kepegawaian untuk mendapatkan data SDM, yaitu jumlah dokter obsgin, dokter jaga UGD, perawat UGD dan jumlah bidan ruang obsgin untuk membandingkan jumlah tindakan yang dilakukan dan jumlah SDM yang menanganinya.

Teknik analisis data menggunakan tiga komponen analisis yaitu: (a) reduksi data sebagai proses pemilihan terhadap hasil questioner dan dilakukan penyederhanaan, abstraksi, dan transformasi data yang muncul dari catatan-catatan tertulis di lapangan, (b) penyajian data, dan (c) penarikan kesimpulan dengan melakukan diverifikasi selama penelitian berlangsung. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan cara merefleksikan kembali apa yang ditemukan serta bertukar pikiran dengan kepala bagian keparawatan untuk memperoleh kebenaran. Kesimpulan yang diperoleh selanjutnya diformulasikan dalam bentuk diagram *fishbone* sebagai bahan dalam pelaksanaan *focus group discussion* (FGD). Tujuan FGD adalah untuk memperoleh masukan maupun informasi mengenai permasalahan penolakan dan perujukan, yang tercatat dari hasil wawancara kepada responden.

HASIL

Hasil kuesioner, wawancara dengan responden dan hasil observasi di bagian pemasaran memberikan gambaran ada kekurangjelasan pengelolaan rujukan masuk terhadap pasien dengan kegawatan obstetri ginekologi di RSX. Penyajian masalah dalam bentuk analisis *fishbone* yang telah dibahas dalam FGD menyimpulkan dan mengarahkan masalah terpilih sebagai penyebab utamanya, yaitu komponen ketersediaan SDM (*man*).

Kurang optimalnya pelayanan terhadap rujukan obstetri ginekologi sebagai akar masalah komponen ketersediaan SDM diungkapkan salah satu responden yang mengatakan "*kalau diluar jam kerja ada pasien obsgin datang, kita telpon keruang kebidanan dan bidan di ruang kebidanan yang menghubungi dokter obsginnya*". Pernyataan senada

juga diungkapkan oleh salah satu responden *"ya... tenaga di UGD semua kan dokter dan perawat, tidak ada bidan, maka kita menghubungi bidan ruangan agar segera ke UGD, tapi kadang ya perlu agak lama waktu karena di ruangan juga punya pasien, kadang kedatangan pasien di UGD bersamaan dengan saat pertolongan partus di ruang VK"*.

Pengumpulan informasi dari 22 responden yang dilaksanakan pada bulan Oktober 2013, didapatkan data bahwa selama periode tahun 2012 sampai dengan bulan September 2013 sebanyak 32% responden menyatakan pernah menolak pasien dan 86% responden menyatakan pernah melakukan rujukan kembali pasien dengan kegawatan obstetri ginekologi ke rumah sakit lain. Sebanyak 73% responden memberikan alasan karena masalah SDM, yaitu ketersediaan dokter obgin untuk segera melakukan pemeriksaan sampai dengan tindakan. Hal tersebut disampaikan oleh responden dengan pernyataan *"kalau kami kesulitan komunikasi untuk konsul, kami tidak berani melayani dan akhirnya kami rujuk ke RSUD"*.

Perujukan dan saran kepada pasien dengan kegawatan obstetri ginekologi untuk ke rumah sakit lain terjadi karena kondisi pasien dengan diagnosa kegawatan serius diperhitungkan akan lebih segera mendapatkan pelayanan. Kesulitan menghadirkan dokter spesialis sekunder menjadi alasan kendala disaat dokter spesialis kebidanan dan penyakit kandungan primer sedang dalam kondisi tidak berada ditempat (*onsite*). Ungkapan responden yang mendukung pernyataan tersebut adalah *"Kalo pas hari libur nya dokter kami (dokter primer) dan dokter pengganti tidak bisa datang kami ya bingung mas, kami (bidan) kan tidak punya kewenangan mengambil tindakan seperti dokter"*.

Hasil *Focus Group Discussion* yang di rumuskan dengan diagram *fishbone* mencatat informasi bahwa kendala dalam penanganan kasus kegawatan obstetri ginekologi di RSK menurut responden yang paling besar adalah ketersediaan SDM, yaitu dokter obgin, selanjutnya adalah keterbatasan sarana dan metode.

Ketersediaan SDM menjadi masalah karena dalam pelayanan kegawatan obstetrik ginekologi sesuai Pedoman Rumah Sakit Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (Ponek) 24 Jam Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI, tahun 2007 harus tersedia tenaga dokter spesialis obstetri ginekologi yang cukup untuk pelayanan selama 24 jam. Satu orang dokter spesialis kebidanan dan kandungan di RSX tidak memungkinkan untuk melayani selama 24 jam *onsite* penuh dan dua dokter spesialis obgin sekunder hanya bersedia konsul melalui telepon.

Fasilitas untuk tindakan kegawatan obstetri ginekologi yang seharusnya ada di ruang lingkup pelayanan UGD pada saat studi pendahuluan belum ada, tetapi dalam perkembangannya, saat penelitian ini dilakukan telah disediakan ruang tindakan maternal yang mampu mengakomodasi untuk observasi kegawatan obstetri ginekologi dan tindakan persalinan normal. Metode atau proses yang berupa peraturan internal rumah sakit dalam bentuk SOP tindakan kegawatan obstetri ginekologi dalam keadaan sedang tidak ada dokter spesialis obstetri ginekologi *on site* belum ada.

DISKUSI

Pasien yang datang dengan kegawatan obstetri ginekologi

perlu mendapatkan pelayanan khusus. Sistem rujukan pelayanan kegawat darurat maternal dan neonatal mengacu pada prinsip utama kecepatan dan ketepatan tindakan, efisien, efektif dan sesuai dengan kemampuan dan kewenangan fasilitas pelayanan (2). Status kedaruratan yang dialami pasien menjadikan ketergantungan terhadap petugas kesehatan meningkat, sehingga upaya pertolongan berkaitan erat dengan ketersediaan SDM sesuai kompetensinya, prosedur penerimaan dan fasilitas untuk penerimaan *emergency* agar tidak terjadi penolakan atau perujukan.

Saran dan tindakan perujukan kembali pasien dengan kegawatan obstetri ginekologi terjadi karena kurang optimalnya penataan SDM pelaksana terkait pelayanan obstetri ginekologi. Jumlah SDM kompetensi tenaga spesialis kebidanan dan penyakit kandungan primer yang hanya satu orang dokter dan ketidaksiadaannya hadirnya dua dokter sekunder tidak memungkinkan terlayannya pasien dengan kegawatan obstetri ginekologi selama 24 jam penuh, sehingga masih terdapat waktu kosong.

Bidan atau tenaga kesehatan yang merujuk pasien inpartu dengan kegawatan akan menghubungi melalui telepon ke UGD RSX, memastikan apakah pasien yang akan dirujuk dapat diterima. Bila diluar jam kerja, petugas UGD akan menghubungi dokter spesialis kebidanan dan penyakit kandungan, menyampaikan kondisi kegawatan pasien untuk memastikan pasien dapat segera dilakukan tindakan di RSX atau lebih baik dirujuk ke RSUD agar mendapatkan penanganan segera seperti yang dituturkan petugas UGD sebagai berikut *"sekarang ini hampir semua bidan yang akan merujuk menelpon dulu ke UGD, lalu kami konsul ke dokter, bila dokter sedang tidak onsite dan pasien gawat, atas rekomendasi dokter kebidanan dan kandungan beberapa pasien langsung di teruskan ke RSUD agar mendapatkan tindakan secepatnya"*. Perujukan upaya keselamatan merupakan suatu sistem jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal-balik atas masalah yang timbul baik secara vertikal (komunikasi antara unit yang sederajat) maupun horizontal (komunikasi inti yang lebih tinggi ke unit yang lebih rendah) ke fasilitas pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau, rasional dan tidak dibatasi oleh wilayah administrasi (5).

Penolakan tidak dibenarkan menurut undang-undang. Di dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, pasal 32 menyebutkan bahwa: (1) *dalam keadaan darurat, fasilitas pelayanan kesehatan, baik pemerintah maupun swasta, wajib memberikan pelayanan kesehatan bagi penyelamatan nyawa pasien dan pencegahan kecacatan terlebih dahulu.* (2) *dalam keadaan darurat, fasilitas pelayanan kesehatan, baik pemerintah maupun swasta dilarang menolak pasien dan/atau meminta uang muka.* Menurut Depkes RI kematian ibu sebagian besarnya terjadi pada saat persalinan, 9 dari 10 kematian ibu terjadi saat persalinan dan setelah persalinan (6). Salah satu faktor yang melatarbelakangi kematian ibu adalah kondisi tiga terlambat, yaitu terlambat dalam memeriksakan kehamilan, mengenal tanda bahaya dan mengambil keputusan, terlambat dalam memperoleh pelayanan persalinan dari tenaga kesehatan, dan terlambat sampai di fasilitas kesehatan pada saat dalam keadaan emergensi (7). Kondisi tiga keterlambatan tersebut akan semakin menambah risiko apabila rumah sakit tujuan rujukan belum sepenuhnya siap 24 jam menerima pasien

emergensi obstetri ginekologi.

Kematian ibu umumnya dapat disebabkan oleh komplikasi obstetri yang terlambat ditangani karena keterbatasan kemampuan pelaksana pelayanan terdepan dan adanya berbagai hambatan dalam merujuk ibu bersalin (8). Menurut Depkes RI, tujuan persiapan persalinan aman adalah agar ibu hamil dan keluarga tergerak merencanakan tempat dan penolong persalinan yang aman, dilakukan di fasilitas kesehatan dan ditolong oleh tenaga kesehatan.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam peneliti diketahui bahwa bidan sebagai staf pelaksana di RSKM belum cukup untuk menunjang pelayanan Ponek, berikut penuturannya *"sebenarnya jumlah bidan disini (Ruang Obsgin RSX) sudah cukup mas, tapi kalau untuk membantu pelayanan di depan (UGD) saat ada pasien inpartu ya kami kesulitan mengaturnya"* Menurut teori Grinddle dalam Wibawa jumlah kelayakan sumber daya manusia (aktor pelaksana) sangat menentukan kinerja penerapan kebijakan pelayanan. Pelayanan kegawatan obstetri ginekologi di RSX dilaksanakan oleh satu dokter spesialis kebidanan dan penyakit kandungan sebagai pelaksana primer dibantu oleh dua dokter spesialis kebidanan dan penyakit kandungan sebagai pelaksana sekunder. Tetapi dalam pelaksanaannya dokter sekunder kesulitan menggantikan *on site* (datang ke rumah sakit) ketika dokter primer berhalangan sehingga masih terjadi waktu kosong pelayanan dan tindakan spesialis. Pernyataan tersebut dituturkan oleh petugas UGD sebagai berikut *"sebenarnya ada dua dokter spesialis kebidanan dan kandungan konsultan pengganti dokter RSX, tetapi selama ini hanya bisa konsul dan advis melalui telepon, ndak bisa datang ke RSX"*. Upaya tersebut merupakan upaya meminimalisir potensi rujukan lanjut, tetapi pada pelaksanaannya belum sepenuhnya menutup kemungkinan adanya penolakan dan rujukan pasien.

Goggin menjelaskan bahwa jumlah SDM yang dimiliki oleh organisasi untuk mengimplementasikan suatu kebijakan akan mempengaruhi kapasitas suatu organisasi tersebut dalam menjalankan misinya untuk mewujudkan tujuan organisasi (9). Hal ini juga dikuatkan oleh teori bahwa jumlah SDM yang harus disediakan oleh suatu organisasi agar dapat menjalankan tugasnya sangat tergantung pada tugas yang harus dilakukannya. Semakin kompleks suatu kebijakan maka semakin banyak pula jumlah SDM yang harus disediakan untuk menjalankan tugas mengimplementasikan kebijakan. Sementara itu, jika kebijakan yang harus diimplementasikan bersifat sederhana maka semakin sedikit pula jumlah SDM yang diperlukan (8).

Kelengkapan sarana sebagai pendukung terselenggaranya tindakan pelayanan kegawatan obstetri ginekologi akan memberi dampak yang diharapkan bila dilakukan oleh SDM dengan jumlah yang cukup untuk keberhasilan penyelamatan pasien. Fasilitas fisik merupakan sumber-sumber penting dalam implementasi. Seorang pelaksana mungkin mempunyai staf yang memadai, mungkin memahami apa yang harus dilakukan dan mungkin memiliki wewenang dalam melakukan tugasnya, tetapi tanpa bangunan sebagai kantor untuk melakukan koordinasi, tanpa perlengkapan, tanpa perbekalan, maka besar kemungkinan implementasi yang direncanakan tidak akan berhasil (9). Berdasarkan teori tersebut, perpaduan antar sumber-sumber sangat penting karena

akan menimbulkan dampak yang besar jika salah satunya mengalami permasalahan atau bahkan dalam kondisi kekurangan. Menurut Edward walaupun isi kebijakan sudah dikomunikasi secara jelas dan konsisten, tetapi apabila pelaksana kekurangan sumber daya untuk melaksanakan, implementasi tidak akan berjalan efektif (9).

Kebijakan internal rumah sakit tentang penanganan kegawatan obstetri ginekologi yang dijabarkan dalam SPO akan memberi acuan kepada pelaksana pelayanan untuk melaksanakan tindakan secara terstruktur sesuai standar yang ditetapkan. Prosedur standar penanganan pasien kegawatan obstetri ginekologi ketika tidak ada dokter spesialis kebidanan dan penyakit kandungan yang sedang *on site* belum ditetapkan dengan format baku. Kondisi ini menjadi kendala SDM pelaksana saat menerima dan memutuskan tindakan untuk pasien. Rumah sakit melalui komite medik perlu menyusun Standar Prosedur Operasional (SPO) atau kebijakan medis terkait penerimaan pasien kegawatan obstetri ginekologi.

Kondisi keterbatasan dalam penataan SDM ini memberikan peluang RS X untuk melakukan beberapa alternatif pemecahan masalah. Solusi yang pertama melalui pengkondisian SDM di UGD yang terintegrasi dengan pelayanan observasi pasien kegawatan obstetri ginekologi dengan penempatan perawat maternal yang mempunyai kompetensi sebagai perawat umum untuk tindakan UGD sekaligus mempunyai kompetensi penanganan pasien obstetri ginekologi. Untuk menunjang rumah sakit perlu menyusun SPO dan kebijakan medis terkait penerimaan pasien kegawatan obstetri ginekologi dalam keadaan tidak ada dokter spesialis *onsite* yang diprakarsai oleh komite medik RS X. Untuk memperkuat sistem rujukan rumah sakit harus melakukan kerjasama dengan RSUD sebagai rumah sakit yang selama ini menjadi tujuan rujukan dan memasukkan RSUD dalam alur penerimaan-rujukan pasien sehingga tidak terjadi penolakan dan perujukan tidak terstruktur. Kendala sumberdaya manusia menunjukkan pentingnya penguatan dokter spesialis kebidanan dan penyakit kandungan sebagai konsultan tamu untuk tindakan kegawatan obstetri ginekologi dan menyiapkan PONEK 24 jam agar tidak terjadi perujukan kembali pasien dari pelayanan kesehatan tingkat dasar (PPK 1).

Sumberdaya manusia merupakan faktor utama dalam penanganan kasus kegawatan obstetri ginekologi. Keterbatasan jumlah SDM sangat berpengaruh pada *kontinuitas* pelayanan yang berakibat tidak terselenggaranya penerimaan rujukan kegawatan obstetri ginekologi dengan baik. Pelaksana utama tindakan kegawatan obstetri ginekologi adalah dokter spesialis kebidanan dan penyakit kandungan dan bidan. Satu orang dokter tidak dapat memenuhi waktu 24 jam pelayanan sehingga potensi penolakan dan perujukan kembali masih terjadi. Ketersediaan SDM bidan cukup untuk pelayanan di unit rawat inap kebidanan dan penyakit kandungan, tetapi kurang bila dilibatkan dalam pelayanan kegawatan obstetri ginekologi di UGD. Perlu pengkondisian SDM UGD yang terintegrasi dengan pelayanan kegawatan obstetri ginekologi dengan penambahan tenaga perawat maternal. Komunikasi dan evaluasi sebagai tindak lanjut kerjasama dengan dokter konsultan obstetri ginekologi sekunder perlu dilakukan secara berkesinambungan agar terjadi persamaan persepsi tentang legalisasi pelayanan kegawatan yang menjadi tanggung jawab bersama. Selain

tidak terjadi kekosongan *quota* jam pelayanan upaya ini sekaligus menjadi solusi untuk melaksanakan fungsi PPK 2 pada rumah sakit.

Komite medik perlu menyusun SPO penanganan kegawatan obstetri ginekologi, khususnya berkaitan dengan kebijakan saat tidak ada dokter spesialis kebidanan dan penyakit kandungan sedang *onsite* agar pelaksana tindakan dapat melaksanakan tugasnya secara terstruktur. Kerjasama dengan RSUD Jombang dalam hal pelayanan rujukan kasus kegawatan obstetri ginekologi yang tidak tertangani di rumah sakit ini perlu dikaji untuk dapat ditindaklanjuti, sehingga pelayanan rujukan dapat

terselenggara memenuhi aspek legalitas. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Irasanty, disampaikan bahwa pelayanan rujukan di dalam obstetri merupakan mata rantai yang penting, kadang-kadang menjadi faktor penentu. Kurang lebih 40% persalinan di rumah sakit adalah kasus rujukan. Kematian maternal dirumah sakit pendidikan kurang lebih 60% berasal dari kelompok rujukan. Kemampuan pengelolaan disetiap tingkat rujukan akan mempengaruhi kualitas pelayanan dan kematian maternal. Apabila rumah sakit mampu mengelola pelayanan sesuai dengan kapasitas sebagai PPK 2 akan memperpendek rujukan dan berkontribusi pada penurunan kematian maternal.

DAFTAR PUSTAKA

1. Sarimawar D dan Afifah T. *Pencapaian dan Tantangan Status Kesehatan Maternal di Indonesia*. Jurnal Ekologi Kesehatan. 2011; 10(1): 10-20.
2. Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik. *Pedoman Rumah Sakit Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) 24 Jam*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2007.
3. Chamberlain G and Steer P. *ABC of Labour Care: Obstetric Emergencies*. British Medical Journal. 1999; 318(7194): 1342-1345.
4. Mukhtar. *Metode Praktis Penelitian Deskriptif Kualitatif*. Edisi 1. Jakarta: Referensi (GP Press Group); 2013.
5. Syafrudin. *Ilmu Kesehatan Masyarakat untuk Mahasiswa Kebidanan*. Jakarta: TIM; 2009.
6. Pusat Promosi Kesehatan. *Menuju Persalinan yang Aman dan Selamat agar Ibu dan Bayi Lahir Sehat 2009*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2009.
7. Kementerian Kesehatan. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2562/Menkes/Per/Xii/2011 tentang Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan 2011*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2011.
8. Irasanty GD. *Pencegahan Keterlambatan Rujukan Maternal di Kabupaten Majene*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. 2008; 11(3): 122-129.
9. Purwanto dan Sulistiastuti. *Implementasi Kebijakan Publik: Konsep dan Aplikasinya di Indonesia*. Yogyakarta: Graha Media; 2012.