



PEDOMAN PENYELENGGARAAN PUSKESMAS MAMPU PONED

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
2013**

KATA PENGANTAR

DIREKTUR BINA UPAYA KESEHATAN DASAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang maha Esa, karena atas rahmat dan hidayahNya, kami dapat menyusun Pedoman Penyelenggaraan Puskesmas mampu PONED. Pedoman ini merupakan penyempurnaan Pedoman Pengembangan Pelayanan Obstetri-Neonatal Emergensi Dasar (PONED) yang telah disusun pada tahun 2004. Pedoman ini diharapkan menjadi acuan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam melakukan pembinaan dan pengembangan Puskesmas mampu PONED sehingga mampu melaksanakan penanganan kasus emergensi maternal dan neonatal sesuai standar dan terlaksana secara optimal.

Penurunan kematian dan peningkatan kualitas hidup ibu dan anak tidak terlepas dari penanganan kasus emergensi di fasilitas pelayanan kesehatan dasar melalui upaya peningkatan PONED di Puskesmas. Berbagai Upaya yang dilaksanakan dalam PONED antara lain peningkatan pengetahuan dan keterampilan tim dalam menyelenggarakan PONED, pemenuhan tenaga kesehatan, pemenuhan ketersediaan peralatan, obat dan bahan habis pakai, manajemen penyelenggaraan serta sistem rujukannya. Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Puskesmas juga sangat membutuhkan kerjasama yang baik dengan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) di Rumah Sakit sebagai suatu kesatuan sistem rujukan mempunyai peran yang sangat penting.

Pada kesempatan ini, perkenankan saya menyampaikan ucapan terimakasih dan penghargaan kepada semua pihak yang telah berkontribusi hingga selesainya buku pedoman ini. Kami meyakini buku ini belum sepenuhnya sempurna, sehingga masukan yang bersifat membangun sangat kami harapkan. Selamat bekerja, selamat membangun Negara Indonesia tercinta.

Jakarta, September 2013

Direktur Bina Upaya Kesehatan Dasar



dr. H.R. Dedi Kuswenda, M.Kes

SAMBUTAN

DIREKTUR JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN

Melihat permasalahan yang kita hadapi dalam upaya mempercepat penurunan AKI dan AKB termasuk AKN begitu kompleksnya, maka diperlukan upaya yang lebih keras dan dukungan komitmen dari seluruh stakeholder baik Pusat maupun daerah. Dukungan tersebut dapat berasal dari organisasi profesi dan seminar, masyarakat dan swasta serta LSM baik nasional maupun internasional.

Salah satu upaya yang telah dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan dalam mendukung percepatan penurunan AKI dan AKN adalah melalui penanganan Obstetri dan Neonatal emergensi/komplikasi di tingkat pelayanan dasar dengan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Puskesmas yang didukung dengan keberadaan Rumah Sakit dengan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) dalam suatu *Collaborative Improvement* PONED-PONEK.

Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi (PONED-PONEK) merupakan upaya terakhir pencegahan kematian ibu hamil dan bayi baru lahir perlu didukung dengan upaya penurunan AKI dan AKB lainnya. Dimulai dari pelayanan kesehatan remaja / kesehatan reproduksi remaja (KR/KRR), pelayanan ANC pada masa kehamilan, pertolongan persalinan dan Keluarga Berencana oleh tenaga kesehatan kompeten dan terlatih.

Kami harapkan buku ini dapat digunakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota terutama Tim PONED yang memberikan pelayanan kesehatan maternal neonatal. Semoga buku pedoman ini dapat ditindaklanjuti dengan langkah-langkah yang lebih konkrit.

Kami sampaikan terima kasih dan penghargaan kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan pedoman ini serta berharap agar buku pedoman ini dapat bermanfaat dalam percepatan penurunan AKI dan AKB.

Jakarta, September 2013

Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan



Prof. DR. dr. Akmal Taher, Sp.U (K)



KEMENTERIAN KESEHATAN RI

DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN

Jalan H.R. Rasuna Said Blok X5 Kavling 4 - 9 Kotak Pos 3097, 1196 Jakarta 12950

Telepon: (021) 5201590 (Hunting) Faximile: (021) 5261814, 5203872

Surat Elektronik: yanmed@depkes.go.id, seyanmed@depkes.go.id, mailing list: buk3@yahoo.com

KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN NOMOR HK.02.03/II/1911/2013

TENTANG

PEDOMAN PENYELENGGARAAN PUSKESMAS MAMPU PELAYANAN OBSTETRI NEONATALEMERGENSIDASAR (PONED)

DIREKTUR JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN,

- Menimbang** :
- a. bahwa salah satu upaya dalam akselerasi penurunan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian bayi adalah meningkatkan akses maternal dan neonatal melalui program penanganan komplikasi pada ibu hamil dan bayi baru lahir.
 - b. bahwa penanganan komplikasi tersebut melalui penyelenggaraan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PON ED) di tingkat Puskesmas.
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan b perlu menetapkan keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan agar penyelenggaraan Puskesmas mampu PONED dapat memberikan pelayanan kesehatan yang profesional dan berkualitas.

- Mengingat** : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
2. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437), sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 tahun 2008 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2004 Nomor 150, tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 38 tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Propinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);

7. Peraturan Presiden Nomor 72 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (SKN);
8. Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128 tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Praktek Kedokteran;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 741/MENKES/PERNII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 01 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Perseorangan;
13. Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 11 tahun 2012 tentang Standar Kompetensi Kedokteran Indonesia.

MEMUTUSKAN

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN TENTANG PEDOMAN PENYELENGGARAAN PUSKESMAS MAMPU PELAYANAN OBSTETRI NEONATAL EMERGENSIDASAR(PONED).

KESATU : Pedoman Penyelenggaraan Puskesmas mampu Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi sebagaimana tercantum dalam lampiran keputusan ini.

KEDUA : Pedoman sebagaimana dimaksud dalam diktum kedua agar digunakan sebagai standar penyelenggaraan Puskesmas mampu PON ED.

- KETIGA** : Pedoman dapat dimanfaatkan sebagai pedoman dalam penyelenggaraan Puskesmas mampu pelayanan neonatal emergensi di tingkat pelayanan dasar.
- KEEMPAT** : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan, apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan akan diperbaiki sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di: Jakarta
Pada tanggal : 28 Oktober 2013

DIREKTUR JENDERAL,



Prof. DR. Dr. Akmal Taher, Sp.U (K)

NIP 195507271980101001

Tembusan:

1. Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan
2. Inspektur Jenderal Kementerian Kesehatan
3. Direktur Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak
4. Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan
5. Kepala Badan PPSDM

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR	i
KATA SAMBUTAN	ii
SK DIRJEN	iii
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR SINGKATAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Maksud dan Tujuan	5
C. Pengertian	6
D. Ruang Lingkup	8
E. Dasar Hukum	8
F. Sasaran	10
G. Manfaat	10
BAB II PENINGKATAN FUNGSI PUSKESMAS RAWAT INAP MENJADI PUSKESMAS MAMPU PONED	11
A. Kriteria Peningkatan Fungsi Puskesmas Rawat Inap Menjadi Puskesmas Mampu Poned	11
B. Langkah-Langkah Persiapan Peningkatan Fungsi Puskesmas Rawat Inap Menjadi Puskesmas Mampu Poned	13
BAB III LANGKAH - LANGKAH PENETAPAN PUSKESMAS MAMPU PONED.....	22
A. Manajemen Penyusunan Rencana Penetapan Puskesmas Mampu Poned.....	22
B. Teknis Penyelenggaraan PONED	39
C. Mengevaluasi Kinerja Poned Dan Upaya Tindak-Lanjutnya ...	39
D. Pembiayaan	41
BAB IV COLLABORATIVE IMPROVEMENT PONED-PONEK	42
A. Pendekatan Kolaboratif Untuk Perbaikan Poned-Ponek.....	43
B. Tahapan Pelaksanaan Collaborative Improvement Poned-poned	44
C. Peran Manajemen Puskesmas Mampu PONED	45

BAB V	SISTEM RUJUKAN DALAM PENYELENGGARAAN PONED	46
A.	Penerimaan pasien di Puskesmas Mampu PONED	56
B.	Pelaksanaan Rujukan	48
C.	Regionalisasi Sistem Rujukan PONED	51
BAB VI	PEMBINAAN DAN PENGAWASAN	56
A.	Peran pembina.....	56
B.	Pembinaan	57
C.	pengawasan	58
BAB VII	MEMBANGUN KARAKTER PELAYANAN	60
A.	Pelayanan yang berkualitas dan memuaskan	60
B.	Menciptakan layanan yang berkualitas	62
BAB VIII	PENUTUP	63
BUKU	PENDUKUNG	64
LAMPIRAN		65
TIM	PENYUSUN	128

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1	Prakiraan jumlah pasien yang akan dilayani/dirujuk Di Puskesmas mampu PONED 23
Tabel 2	Batasan Kewenangan Dalam Pelayanan Poned 74
Tabel 3	Persyaratan Sarana Dan Prasarana Puskesmas Mampu Poned .. 78
Tabel 4	Peralatan Puskesmas Mampu Poned 83
Tabel 5	Obat Yang Diperlukan Dalam Pelayanan Poned 88
Tabel 6	Kebutuhan Obat Pelayanan Neonatal Emergensi Dasar 90
Tabel 7	Formulir Rujukan Pasien 91
Tabel 8	Formulir Rujukan Balik 92
Tabel 9	Pencatatan Dan Pelaporan 93
Tabel 10	Indikator Pemantauan Kinerja Obstetri Dan Neonatal 94
Tabel 11	Daftar Tilik Pemantauan Standar Masukan 100
Tabel 12	Nilai Gabungan 109
Tabel 13	Indikator Pemantauan Kinerja 111
Tabel 14	Daftar Tilik Pemantauan Standar 116
Tabel 15	Informasi Pelengkap 121
Tabel 16	Instrumen Pendukung Monitoring Dan Evaluasi 124

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar1 Kerangka Konsep Pathway terjadinya Kematian Ibu	2
Gambar 2 Empat Pintu untuk menghindari kematian ibu	4
Gambar 3 Alur Persiapan Peningkatan Fungsi Puskesmas Rawat Inap menjadi Puskesmas mampu PONED	13
Gambar 4 Upaya PP AKI dan Gambaran para Mitra Penggerak Demand Target Sasaran untuk memanfaatkan Pelayanan Kesehatan Ibu	15
Gambar 5 Alur penetapan Puskesmas mampu PONED	40
Gambar 6 Konsep Colaborative Improvement PONED-PONEK	42
Gambar 7 Alur Rujukan di Puskesmas mampu PONED	47
Gambar 8 Contoh Regionalisasi sistem rujukan di Provinsi Sulawesi selatan	52
Gambar 9 Contoh Regionalisasi sistem rujukan di Provinsi NTT	53
Gambar 10 10 Langkah Regionalisasi	55
Gambar 11 6 kriteria pelayanan yang berkualitas baik	60

DAFTAR SINGKATAN

AKI	:	Angka Kematian Ibu
AKN	:	Angka Kematian Neonatus
AKB	:	Angka Kematian Bayi
ANC	:	Ante Natal Care
APB	:	Ante Partum Bleeding
IMD	:	Inisiaasi Menyusui Dini
IGD	:	Instalasi Gawat Darurat
KIA	:	Kesehatan Ibu dan Anak
KB	:	Keluarga Berencana
LSM	:	Lembaga Swadaya Masyarakat
MDGs	:	Millenium Development Goals
MNHS	:	Maternal and Neonatal Health Supply
MNHD	:	Maternal and Neonatal Health Demand
OJT	:	On Job Training
PN	:	Persalinan Normal
RPJMN	:	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
RS	:	Rumah Sakit
SPO	:	Standar Prosedur Operasional
SDKI	:	Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia
TFR	:	Total Fertility Rate
UPF	:	Unit Pelayanan Fungsional

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

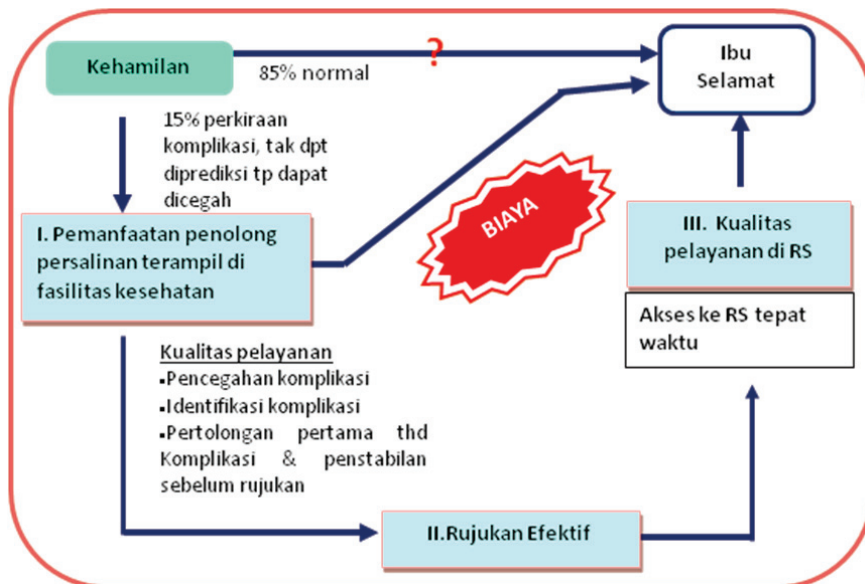
Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014 dalam bidang Sosial Budaya dan Kehidupan Beragama termasuk Kesehatan, menyebutkan bahwa sasaran yang ditetapkan adalah 1) meningkatnya Umur Harapan Hidup menjadi 72 tahun; 2) menurunnya Angka Kematian Bayi menjadi 24 per 1.000 kelahiran hidup; 3) menurunnya Angka Kematian Ibu menjadi 118 per 100.000 kelahiran hidup dan; 4) menurunnya prevalensi gizi kurang pada anak balita menjadi setinggi-tingginya 15%. Pencapaian sasaran RPJMN, sampai saat ini untuk 1) AKI semula 334/100.000 (tahun 1997), dalam kurun waktu 10 tahun turun menjadi 228/100.000 (SDKI 2007); namun hasil SDKI 2012 AKI meningkat menjadi 359/100.000. Meskipun hasil AKI SDKI 2012 terlihat meningkat apabila dibandingkan SDKI 2007, namun dalam menginterpretasikan angka tersebut perlu kehati-hatian oleh karena adanya perbedaan metode penelitian dan sampling. 2) AKB turun dari 46/1.000 KH (tahun 1999), menjadi 34/1.000 KH menurut SDKI 2007 dan data hasil SDKI 2012 menunjukkan penurunan AKB tidak signifikan, menjadi 32/1.000 KH.

Dari gambaran angka-angka tersebut memperlihatkan bahwa penurunan angka-angka kematian dapat dikatakan kurang bermakna, sehingga target AKI maupun AKB yang ditetapkan baik untuk RPJMN tahun 2010-2014 maupun untuk MDGs tahun 2015 diperkirakan akan sulit tercapai. Demikian pula TFR yang ditargetkan dapat diturunkan dari 2,6 menjadi 2,1 pada tahun 2014, ternyata angka sementara SDKI 2012 angkanya masih tetap 2,6.

Salah satu upaya dalam penurunan AKI diperlukan perhatian serius di dalam mengatasi masalah komplikasi pada saat kehamilan yang dapat di prediksi. Diperkirakan 15 % kehamilan dan persalinan akan mengalami komplikasi. Sebagian komplikasi ini dapat mengancam jiwa, tetapi sebagian besar komplikasi dapat dicegah dan ditangani bila: 1) ibu segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan; 2) tenaga kesehatan melakukan prosedur penanganan yang sesuai, antara lain penggunaan partograf untuk memantau perkembangan persalinan, dan pelaksanaan manajemen aktif kala III (MAK III) untuk mencegah perdarahan pasca-salin; 3) tenaga kesehatan mampu melakukan identifikasi dini komplikasi; 4) apabila komplikasi terjadi, tenaga kesehatan dapat memberikan

pertolongan pertama dan melakukan tindakan stabilisasi pasien sebelum melakukan rujukan; 5) proses rujukan efektif; 6) pelayanan di RS yang cepat dan tepat guna.

Dengan demikian, untuk komplikasi yang membutuhkan pelayanan di RS, diperlukan **penanganan yang berkesinambungan (*continuum of care*)**, yaitu dari pelayanan di tingkat dasar sampai di Rumah Sakit. Langkah 1 sampai dengan 5 diatas tidak akan bermanfaat bila langkah ke 6 tidak adekuat. Sebaliknya, adanya pelayanan di RS yang adekuat tidak akan bermanfaat bila pasien yang mengalami komplikasi tidak dirujuk. (Gambar 1)



Sumber : Endang Achadi/RAN PP AKI

Gambar 1. Kerangka Konsep Pathway terjadinya Kematian Ibu

Dari analisa penyebab kematian Ibu hasil sensus penduduk 2010 menunjukkan bahwa 90% kematian ibu terjadi pada saat persalinan dan segera setelah persalinan, dengan penyebab utama kematian ibu adalah hipertensi dalam Kehamilan (32%); komplikasi puerperum (31%); perdarahan Post partum (20%); abortus (4%); perdarahan Ante Partum (3%); partus macet/lama (1%); kelainan amnion (2%); lain –lain (7%), sedangkan menurut data rutin 35% kematian ibu adalah perdarahan, 22% karena hipertensi, 5% partus lama, 5% infeksi , 1% abortus.

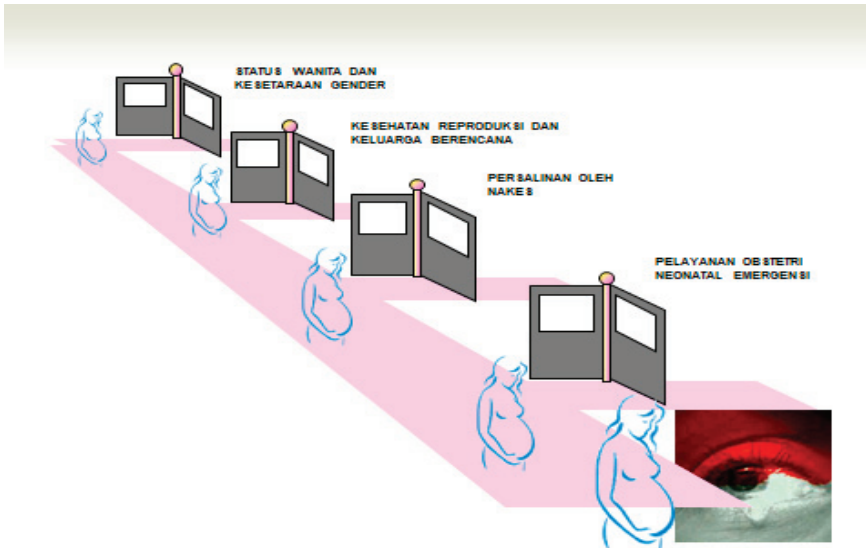
Proporsi penyebab kematian bayi pada kelompok umur 0-6 hari menurut Riskesdas 2007 adalah gangguan/ kelainan pernafasan 35,9%; prematuritas 32,4%; sepsis 12%; hipotermi 6,3%; kelainan perdarahan dan kuning 5,6%; postmatur 2,8%; malformasi kongenitas 1,4% sedangkan pada usia 7-28 hari penyebab kematian terbesar karena sepsis (20,5%); malformasi kongenital (18,1%); pneumonia (15,4%); sindrom gawat pernafasan (12,8%) dan prematuritas (12,8%)

Masih tingginya AKI dan AKB termasuk neonatal juga dipengaruhi dan didorong berbagai faktor yang mendasari timbulnya risiko maternal dan atau neonatal, yaitu faktor-faktor penyakit, masalah gizi dari WUS/ maternal serta faktor 4T (terlalu muda dan terlalu tua untuk hamil dan melahirkan, terlalu dekat jarak kehamilan/ persalinan dan terlalu banyak hamil atau melahirkan). Kondisi tersebut di atas lebih diperparah lagi oleh adanya keterlambatan penanganan kasus emergensi/komplikasi maternal dan atau neonatal secara adekuat akibat oleh kondisi 3T (Terlambat), yaitu: 1) Terlambat mengambil keputusan merujuk, 2) Terlambat mengakses fasyankes yang tepat, dan 3) Terlambat memperoleh pelayanan dari tenaga kesehatan yang tepat/ kompeten.

Melihat permasalahan yang kita hadapi dalam upaya mempercepat penurunan AKI dan AKB termasuk AKN yang begitu kompleks maka diperlukan upaya yang lebih keras dan dukungan komitmen dari seluruh stakeholder baik Pusat maupun daerah, seperti dukungan dari organisasi profesi dan seminat, masyarakat dan swasta serta LSM baik nasional maupun internasional. Salah satu upaya yang telah dilaksanakan untuk mempercepat penurunan AKI dan AKN melalui penanganan obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi di tingkat pelayanan dasar adalah melalui Upaya melaksanakan Puskesmas Mampu Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED).

Agar Puskesmas mampu PONED sebagai salah satu simpul dari sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan maternal neonatal emergensi dapat memberikan kontribusi pada upaya penurunan AKI dan AKN maka perlu dilaksanakan dengan baik agar dapat dioptimalkan fungsinya.

Menurut *the International Federation of Gynecology Obstetrics* (FIGO) terdapat 4 pintu untuk keluar dari kematian Ibu yaitu: 1) status perempuan dan kesetaraan gender; 2) Keluarga Berencana dan kesehatan reproduksi; 3) persalinan yang bersih dan aman oleh tenaga yang kompeten 4) PONED-PONEK. Jadi upaya PONED hanyalah salah satu upaya dan merupakan upaya terakhir untuk mencegah kematian ibu.



Gambar 2: Empat Pintu untuk menghindari kematian ibu

Selain PONED, upaya yang tidak kalah pentingnya adalah upaya pencegahan melalui pemberdayaan masyarakat, agar keluarga dan masyarakat secara mandiri bertanggung jawab untuk menjaga kesehatan diri dan keluarganya, terutama ibu hamil dan janin yang dikandungnya. Untuk upaya pemberdayaan masyarakat diperlukan tenaga-tenaga kesehatan yang mampu menggerakkan peran-serta aktif berbagai pihak peduli, agar mau berperan dalam upaya penggerakan *demand* sasaran, sehingga masyarakat tahu, mau dan mampu memanfaatkan layanan kesehatan maternal (ibu hamil)/neonatal (bayi baru lahir) emergensi yang disediakan.

Indikator keberhasilan pemberdayaan masyarakat ini dibuktikan dengan adanya keseimbangan antara kegiatan yang dilaksanakan dalam upaya penguatan sisi *supply* dalam pemenuhan kebutuhan pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi yang berkualitas dengan upaya-upaya dalam penggerakan *demand* sasaran untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan obstetri dan neonatal yang tersedia. Berbagai pihak yang dapat dilibatkan dalam upaya-upaya dimaksud agar mau berperan dalam upaya penggerakan *demand* sasaran pelayanan kesehatan yang disediakan, antara lain adalah lintas sektor terkait, organisasi profesi Kesehatan, tokoh masyarakat dan agama, swasta, LSM/masyarakat peduli, media massa yang ada di wilayah kerjanya.

Upaya yang perlu dikembangkan dalam program pemberdayaan masyarakat adalah:

1. Upaya penggerakkan *demand* target sasaran pelayanan, yaitu maternal bersama keluarganya dengan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang disediakan baginya (melalui kelas ibu hamil, P4K, posyandu)
2. Upaya penguatan sisi *supply*, secara simultan dilaksanakan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal yang berkualitas
3. Upaya memfungsikan sistem rujukan maternal-neonatal di wilayah kabupaten

B. MAKSUD DAN TUJUAN

1. Maksud

Pedoman ini dimaksudkan untuk menjadi acuan bagi Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/kota, Organisasi Profesi dan seminat, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), dan masyarakat dalam mengelola penyelenggaraan Puskesmas mampu PONED

2. Tujuan

a. Umum:

Tersedianya pedoman penyelenggaraan Puskesmas mampu PONED

b. Tujuan Khusus:

1. Diketuahuinya langkah-langkah persiapan perencanaan dalam meningkatkan fungsi Puskesmas menjadi Puskesmas mampu PONED.
2. Diketuahuinya fungsi Puskesmas mampu PONED dalam upaya penyelenggaraan pelayanan kesehatan obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi tingkat dasar.
3. Diketuahuinya fungsi Puskesmas mampu PONED sebagai pusat rujukan-antara dari Puskesmas di sekitarnya dalam bentuk satu kesatuan jejaring/ sistem rujukan regional untuk kasus obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi di tingkat kecamatan dan atau kabupaten/kota.
4. Adanya acuan dalam membentuk satu sistem rujukan obstetri dan neonatal emergensi dasar

yang seutuhnya dengan dukungan peran RS PONEK sebagai pusat rujukan dan pembinaan spesialisistik di wilayah kabupaten, yang berfungsi secara efektif dan efisien.

5. Diketuainya peran aktif Pemerintah daerah dengan cara menggerakan mitra kerja Lintas Sektor, Organisasi Profesi Kesehatan, LSM/ Swasta/ Masyarakat Peduli serta Jajaran Pemerintah daerah dalam mendukung upaya penggerakan *demand* target sasaran sehingga mampu secara mandiri mencari pelayanan kesehatan yang dibutuhkan, utamanya kesehatan obstetri dan neonatal.

C. PENGERTIAN

1. Puskesmas

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja.

a. Unit Pelaksana Teknis

Sebagai unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan kabupaten/kota (UPTD), Puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional Dinas Kesehatan kabupaten/kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia.

b. Pembangunan Kesehatan

Pembangunan kesehatan adalah penyelenggaraan upaya kesehatan oleh bangsa Indonesia untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

c. Penanggungjawab Penyelenggaraan

Penanggungjawab utama penyelenggaraan seluruh upaya pembangunan kesehatan di wilayah kabupaten/kota adalah Dinas Kesehatan kabupaten/kota, sedangkan Puskesmas bertanggungjawab hanya sebagian upaya pembangunan kesehatan yang dibebankan oleh Dinas Kesehatan kabupaten/kota sesuai dengan kemampuannya.

d. **Wilayah Kerja**

Secara nasional, standar wilayah kerja Puskesmas adalah satu kecamatan, tetapi apabila di satu kecamatan terdapat lebih dari satu Puskesmas, maka tanggung jawab wilayah kerja dibagi antar Puskesmas, dengan memperhatikan keutuhan konsep wilayah (desa/ kelurahan atau RW). Masing-masing Puskesmas tersebut secara operasional bertanggungjawab langsung kepada Dinas Kesehatan kabupaten/kota.

2. Puskesmas Rawat Inap

Adalah Puskesmas yang letaknya strategis dan mudah diakses dari Puskesmas di sekitarnya, dapat dijangkau melalui sarana transportasi, yang didirikan sesuai dengan analisa kebutuhan kabupaten/kota, dilengkapi fasilitas rawat inap, peralatan medis dan kesehatan serta sarana prasarana yang sesuai standar.

3. Puskesmas mampu PONED

Adalah Puskesmas rawat inap yang mampu menyelenggarakan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi tingkat dasar dalam 24 jam sehari dan 7 hari seminggu.

4. Rumah Sakit Mampu PONEK

RS PONEK 24 jam memiliki tenaga dengan kemampuan serta sarana dan prasarana penunjang yang memadai untuk memberikan pelayanan pertolongan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal dasar maupun komprehensif untuk secara langsung terhadap ibu hamil/ibu bersalin dan ibu nifas baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat, Bidan di desa, Puskesmas dan Puskesmas mampu PONED.

5. Sistem Rujukan

Sistem Rujukan pelayanan kesehatan merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal.

6. Regionalisasi Sistem Rujukan

Regionalisasi sistem rujukan PONEK adalah pembagian wilayah sistem rujukan dari satu wilayah kabupaten dan daerah sekitar yang berbatasan dengannya, dimana Puskesmas mampu PONEK yang berada dalam salah satu regional sistem rujukan wilayah kabupaten, difungsikan sebagai rujukan-antara yang

akan mendukung berfungsinya Rumah Sakit PONEK sebagai rujukan obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi di wilayah kabupaten bersangkutan.

7. Collaborative Improvement PONEK-PONEK

Collaborative Improvement PONEK-PONEK adalah bentuk kerjasama antara Pelayanan PONEK dan PONEK dalam rangka peningkatan atau perbaikan kualitas pelayanan yang dilaksanakan secara terpadu dan terintegrasi.

8. Penggerakan Peran Serta dalam Pemberdayaan Masyarakat

Adalah upaya melibatkan secara aktif Lintas Sektor, Organisasi Profesi, LSM dan Masyarakat Peduli serta Media Massa, untuk mendukung upaya peningkatan dan penggerakan *demand* target sasaran maternal dan keluarganya, agar mencari dan memanfaatkan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi yang disediakan secara mandiri sesuai kebutuhannya.

D. RUANG LINGKUP

Ruang lingkup penulisan “Pedoman Penyelenggaraan Puskesmas mampu PONEK” difokuskan pada:

1. Aspek manajemen Puskesmas mampu PONEK
2. Proses membangun regional sistem rujukan dan pembinaan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi.
3. Upaya menggerakkan masyarakat melalui peran serta aktif mitra-mitra kesehatan.

E. LANDASAN HUKUM.

1. Undang-undang No. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
2. Undang-undang No. 32 tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah
3. Undang-undang No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)
4. Undang Undang No. 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik
5. Undang-undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan;
6. Undang-undang No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit
7. **Undang-undang No. 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)**

8. Peraturan Pemerintah No.38 tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten / Kota.
9. Peraturan Presiden No. 72 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (SKN)
10. Peraturan Presiden No. 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
11. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 128 tahun 2004 tentang kebijakan dasar Pusat Kesehatan Masyarakat;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor. 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota
13. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1464 tahun 2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktek bidan
14. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Praktek Kedokteran;
15. Peraturan Menteri Kesehatan No. 01 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Perseorangan
16. Peraturan Menteri Kesehatan No.71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional
17. Peraturan menteri Kesehatan No. 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan
18. Keputusan Menteri Kesehatan R.I No.1428 tahun 2006 tentang Pedoman Penyelenggaraan Kesehatan Lingkungan Puskesmas
19. Keputusan Menteri Kesehatan No. 326 Tahun 2013 tentang Penyelenggraan Jaminan Kesehatan Nasional
20. Keputusan Menteri Kesehatan No.328 tahun 2013 tentang Formularium Nasional
21. Keputusan Menteri Kesehatan No.455 tahun2013 tentang Asosiasi Fasilitas Kesehatan
22. Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia No. 11 tahun 2012 tentang Standar Kompetensi Kedokteran Indonesia.

F. SASARAN

Sasaran Buku Pedoman Penyelenggaraan Puskesmas mampu PONEC adalah :

1. Puskesmas mampu PONEC dengan jejaring sistem rujukannya
2. Puskesmas non PONEC disekitarnya dengan jejaring rujukannya
3. Rumah Sakit Rujukan Spesialistik Obstetri-Neonatal (RS PONEK/ Rumah Sakit Sayang Ibu Bayi)
4. Pemerintahan Daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota
5. Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota
6. Lintas Sektor terkait, tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota, Kecamatan
7. Organisasi Profesi, LSM dan Masyarakat peduli, Media Massa

G. MANFAAT

Buku “Pedoman Penyelenggaraan Puskesmas mampu PONEC” ini disusun untuk dapat digunakan oleh semua pihak berkepentingan sebagai acuan dalam :

1. Upaya pengelolaan manajemen PONEC
2. Upaya mengadvokasi para pengambil keputusan di lingkungan Pemerintah Daerah dan DPRD kabupaten/kota ataupun Provinsi. Upaya ini dimaksudkan untuk memperoleh bantuan dan dukungan kebijakan/ *policy*, termasuk dukungan sumberdaya dan pembiayaan
3. Upaya memperkuat sisi *supply* dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan obstetri dan neonatal emergensi/ komplikasi dalam satu jejaring/sistem rujukan komprehensif di wilayah kabupaten/Kota
4. Upaya memperkuat sisi *demand* melalui penggerakan peran serta mitra-mitra kesehatan, untuk memberdayakan masyarakat agar tahu, mau dan mampu, memanfaatkan pelayanan kesehatan khususnya kesehatan obstetri dan neonatal

BAB II

PENINGKATAN FUNGSI PUSKESMAS RAWAT INAP MENJADI PUSKESMAS MAMPU PONED

A. KRITERIA PENINGKATAN FUNGSI PUSKESMAS RAWAT INAP MENJADI PUSKESMAS MAMPU PONED

1. Kriteria Puskesmas yang siap untuk ditingkatkan menjadi Puskesmas mampu PONED:

- a. Puskesmas rawat inap yang dilengkapi fasilitas untuk pertolongan persalinan, tempat tidur rawat inap sesuai kebutuhan untuk pelayanan kasus obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi.
- b. Letaknya strategis dan mudah diakses oleh Puskesmas/ Fasyankes non PONED dari sekitarnya.
- c. Puskesmas telah mampu berfungsi dalam penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan tindakan mengatasi kegawat-daruratan, sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya serta dilengkapi dengan sarana prasarana yang dibutuhkan.
- d. Puskesmas telah dimanfaatkan masyarakat dalam/ luar wilayah kerjanya sebagai tempat pertama mencari pelayanan, baik rawat jalan ataupun rawat inap serta persalinan normal.
- e. Mampu menyelenggarakan UKM dengan standar.
- f. Jarak tempuh dari lokasi pemukiman sasaran, pelayanan dasar dan Puskesmas non PONED ke Puskesmas mampu PONED paling lama 1 jam dengan transportasi umum mengingat waktu paling lama untuk mengatasi perdarahan 2 jam dan jarak tempuh Puskesmas mampu PONED ke RS minimal 2 jam

2. Kriteria Puskesmas mampu PONED.

- a. Memenuhi kriteria butir 1.
- b. Mempunyai Tim inti yang terdiri atas Dokter, Perawat dan Bidan sudah dilatih PONED, bersertifikat dan mempunyai kompetensi PONED, serta tindakan mengatasi kegawat-daruratan medik umumnya dalam rangka mengkondisikan pasien emergensi/komplikasi siap dirujuk dalam kondisi stabil.

- c. Mempunyai cukup tenaga Dokter, Perawat dan Bidan lainnya, yang akan mendukung pelaksanaan fungsi PONED di Puskesmas/ Fasyankes tingkat dasar.
- d. Difungsikan sebagai Pusat rujukan antara kasus obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi, dalam satu regional wilayah rujukan kabupaten
- e. Puskesmas telah mempunyai peralatan medis, non medis, obat-obatan dan fasilitas tindakan medis serta rawat inap, minimal untuk mendukung penyelenggaraan PONED (terlampir).
- f. Kepala Puskesmas mampu PONED sebagai penanggung-jawab program harus mempunyai kemampuan manajemen penyelenggaraan PONED
- g. Puskesmas mampu PONED mempunyai komitmen untuk menerima rujukan kasus kegawat-daruratan medis kasus obstetri dan neonatal dari Fasyankes di sekitarnya.
- h. Adanya komitmen dari para *stakeholders* yang berkaitan dengan upaya untuk memfungsikan Puskesmas mampu PONED dengan baik yaitu:
 - 1) RS PONEK terdekat baik milik pemerintah maupun swasta, bersedia menjadi pengampu dalam pelaksanaan PONED di Puskesmas
 - 2) Kepala Dinas Kesehatan kabupaten/kota bersama RS kabupaten/kota dan RS PONEK terdekat dalam membangun sistem rujukan dan pembinaan medis yang berfungsi efektif-efisien.
 - 3) Adanya komitmen dukungan dari BPJS Kesehatan untuk mendukung kelancaran pembiayaan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dalam rangka Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
 - 4) Dukungan Bappeda dan Biro Keuangan Pemda dalam pengintegrasian perencanaan pembiayaan Puskesmas mampu PONED dalam sistem yang berlaku.
 - 5) Dukungan Badan Kepegawaian Daerah dalam kesinambungan keberadaan tim PONED di Puskesmas
 - 6) Dukungan politis dari Pemerintah daerah dalam bentuk regulasi (Perbup, Perwali atau SK Bupati/Walikota) dalam mempersiapkan sumber daya dan atau dana operasional, untuk berfungsinya Puskesmas mampu PONED secara efektif dan efisien.

- i. Seluruh petugas Puskesmas mampu PONED melakukan pelayanan dengan nilai-nilai budaya: kepuasan pelanggan adalah kepuasan petugas Puskesmas, berkomitmen selalu memberi yang terbaik, memberi pelayanan dengan hati (dengan penuh rasa tanggung jawab untuk berkarya dan berprestasi mandiri bukan karena diawasi), peduli pada kebutuhan masyarakat, selalu memberikan yang terbaik pada setiap pelanggan.

B. LANGKAH-LANGKAH PERSIAPAN PENINGKATAN FUNGSI PUSKESMAS RAWAT INAP MENJADI PUSKESMAS MAMPU PONED



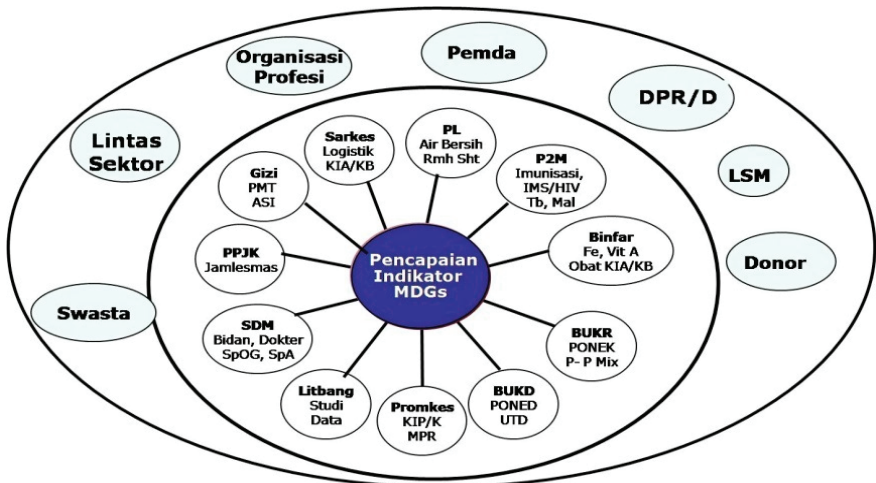
Gambar 3. Alur Persiapan Peningkatan Fungsi Puskesmas Rawat Inap menjadi Puskesmas mampu PONED

1. Pengumpulan dan analisis data umum

Apabila dinilai bahwa belum semua Puskesmas yang ditetapkan sebagai Puskesmas mampu PONED berfungsi dengan baik, atau bila di Kabupaten bersangkutan belum tercapai minimal 4 Puskesmas rawat inap yang sudah difungsikan dengan baik sebagai Puskesmas mampu PONED, maka Dinas Kesehatan kabupaten harus:

- a. **Memetakan wilayah kerja Dinas Kesehatan kabupaten/kota, sekaligus memberi gambaran tentang:**
 - 1) Kondisi geografis, lingkungan wilayah, pemetaan/ batas wilayah kerja Puskesmas/ batas administratif kecamatan.

- 2) Sarana, prasarana dan jalur transportasi dalam wilayah, untuk mendukung pelaksanaan rujukan
 - 3) Keberadaan fasilitas kesehatan dalam peta fasyankes di wilayah kabupaten: Puskesmas, Dokter Praktik Swasta, Klinik Pratama, Puskesmas mampu PONEK, Klinik Pratama mampu PONEK, Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta, RS mampu PONEK dll, dalam jumlah dan persebaran lokasinya
 - 4) Sarana, prasarana, SDM, kemampuan pelayanan, dari masing-masing fasyankes tersebut diatas.
 - 5) Puskesmas yang letaknya strategis terhadap Puskesmas di sekitarnya, yang dapat dikembangkan menjadi pusat rujukan-antara atau pusat rujukan regional wilayah kabupaten
 - 6) Regionalisasi sistem rujukan medik wilayah kabupaten/kota dan berfungsinya regionalisasi tersebut.
 - 7) Data Puskesmas yang letaknya terpencil dan sulit untuk mengakses RS PONEK terdekat, maupun rujukan regional Puskesmas mampu PONEK terdekat.
- b. Data Jumlah Penduduk di setiap wilayah Puskesmas dirinci menurut:**
- 1) Kelompok umur, berdasarkan kepentingan sasaran program
 - 2) Jenis kelamin
 - 3) Jumlah rumah tangga
 - 4) Jumlah WUS dan PUS
- c. Data keberadaan Mitra**
- Mitra yang dapat diperankan sebagai penggerak *demand* target sasaran dan keluarga, untuk memanfaatkan pelayanan PONEK yang tersedia menurut kebutuhannya, antara lain:
- 1) Lintas Sektor di tingkat kabupaten/kota dan kecamatan/ Puskesmas
 - 2) LSM, Organisasi Profesi Kesehatan
 - 3) Media massa (cetak, elektronik)
 - 4) Masyarakat dalam wadah UKBM yang dapat berperan dalam Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)
 - 5) Swasta, Badan Usaha, Penyandang dana lainnya (*donor agency*)



Gambar 4: Upaya PP AKI dan Gambaran para Mitra Penggerak *Demand* Target Sasaran untuk memanfaatkan Pelayanan Kesehatan Ibu

d. Data tentang dukungan kebijakan dan sumberdaya dari PEMDA dan DPRD

Upaya-upaya kesehatan dan gerakan para mitra akan lebih berhasil apabila juga mendapatkan dukungan politis serta sumberdaya dari Pemerintah Daerah dan DPRD, khususnya dari tingkat kabupaten/kota:

- 1) Peraturan Daerah Kabupaten,
- 2) Peraturan Daerah Provinsi
- 3) Peraturan Bupati
- 4) Peraturan Gubernur
- 5) APBD Kabupaten, khususnya untuk PONEK dan yang terkait dengannya
- 6) APBD Provinsi
- 7) Dan lainnya

2. Pengumpulan dan analisa data khusus :

a. Data sumberdaya, per unit Fasilitas Pelayanan Tingkat Dasar/ Puskesmas:

- 1) Fisik gedung tempat pelayanan,
- 2) Fasilitas untuk pelayanan rawat jalan
- 3) Fasilitas untuk pelayanan rawat inap serta tindakan medis dalam PONEK
- 4) Peralatan medis, non medis dan penunjang untuk PONEK

- 5) Sarana transportasi rujukan (Ambulan rujukan)
 - 6) Sarana komunikasi rujukan: Telephon, HP, Perangkat sistem rujukan Radio medik, *e- Rujukan*, dan lainnya
 - 7) Keberadaan Tim Teknis Pelaksana PONED yang sudah terlatih dan kompeten dalam PONED
 - 8) Dana operasional penyelenggaraan PONED dan sumber dananya
- b. **Data cakupan pelayanan program KIA-Gizi pada sasaran maternal dan neonatal**, yang dilayani sesuai standar dan pemetaannya menurut wilayah kerja/ target sasaran yang ditetapkan (PWS dll).
 - c. **Data perhitungan/prediksi jumlah kasus obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi** dari wilayah kerja masing-masing berupa target penemuan, cakupan penemuan, besaran masalah kesehatan obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi yang dihadapi daerah, serta kebutuhan PONED untuk masing-masing wilayah kerja/ tanggung jawab Puskesmas/ Fasyankes Tingkat Dasar mampu PONED.
 - d. **Data tentang kesenjangan pemenuhan kebutuhan PONED** menurut peta wilayah sekaligus latar belakang masalah/ kendalanya, dari aspek: fisik/geografi, transportasi, manajemen, dll
 - e. **Jumlah kasus kematian obstetri dan neonatal di kabupaten/kota**, menurut wilayah tanggung-jawab Puskesmas dan sumber informasinya
 - f. **Hasil surveillance masalah** yang berkaitan dengan kesehatan maternal dan neonatal

3. Pengumpulan data Puskesmas mampu PONED/ Calon Puskesmas mampu PONED

- a. **Data Lokasi**
 - 1) Letaknya: Strategis terhadap Puskesmas non PONED di sekitarnya.
 - 2) Merupakan jejaring sistem rujukan dalam fungsinya sebagai pusat rujukan antara/regional dan RS
 - 3) Waktu tempuh/ jam dari masing-masing Puskesmas non perawatan dalam jejaringnya ke Puskesmas mampu PONED

- 4) Waktu tempuh menuju RS rujukan PONEK terdekat sekitar 2 jam
 - 5) Merupakan Puskesmas terpencil dari semua fasilitas kesehatan yang ada (khusus daerah terpencil)
- b. **Data Fasilitas**
- 1) Puskesmas mempunyai fasilitas rawat inap atau terbatas hanya fasilitas rawat inap untuk persalinan
 - 2) Kemampuan menyelenggarakan pelayanan rawat inap (umum dan persalinan)
 - 3) Ketersediaan alat kesehatan PONEK set
 - 4) Ketersediaan sarana/ prasarana penunjang berkaitan dengan PONEK
 - 5) Ketersediaan obat dan bahan habis pakai berkaitan dengan PONEK
- c. **Data Administrasi, berupa :**
- 1) SK Bupati/ Walikota tentang penetapan Puskesmas mampu PONEK
 - 2) SK Dinas Kesehatan, tentang Penetapan Tim Teknis dan Tim Pendukung Puskesmas mampu PONEK
 - 3) MoU pelaksanaan rujukan, antara Puskesmas dengan Fasyankes Rujukan atau RS mampu PONEK terdekat, tentang rujukan dan pembinaan teknis
 - 4) MoU/ kontrak penyelenggaraan PONEK antara Puskesmas dengan BPJS, Asuransi Kesehatan lainnya, untuk Puskesmas dengan persyaratan tertentu

4. Penyusunan rencana peningkatan fungsi Puskesmas mampu PONEK atau calon Puskesmas mampu PONEK.

Dalam upaya merencanakan perbaikan, peningkatan, pemantapan dan pengembangan fungsi Puskesmas mampu PONEK/ Calon Puskesmas mampu PONEK, Dinas Kesehatan perlu membahas kembali bersama:

- a. **Kepala Puskesmas dan Bidan Koordinator Puskesmas untuk mendiskusikan:**
- 1) Masalah dan hambatan dalam pelaksanaan program yang berkaitan dengan kesehatan Ibu dan Anak dari berbagai aspek:
 - a) Ketersediaan Sumberdaya:
 - (1) Ketersediaan, kemampuan dan kualitas SDM kemampuan dan kualitas SDM

- kesehatan termasuk SDM Kesehatan yang sudah terlatih Manajemen Puskesmas, PONEK, PP GDON, Manajemen Asfiksia, Manajemen BBLR, dan lain-lain.
- (2) Ketersediaan fasilitas pelayanan dan pendukungnya (alat medis, non medis, obat dan bahan habis pakai, ruangan, ambulan dll)
 - (3) Ketersediaan perangkat teknologi komunikasi dan informasi
 - (4) Dana operasional pelayanan, perawatan, pendukung pelayanan terkait PONEK, dll
- b) Pelaksanaan pelayanan dan rujukan kasus obstetri dan neonatal serta masalah/hambatannya pada tingkat:
- (1) Masyarakat (UKBM: Posyandu, Polindes/ Poskesdes, Desa Siaga)
 - (2) Puskesmas non PONEK
 - (3) Puskesmas mampu PONEK
 - (4) RS non PONEK
 - (5) RS PONEK
- c) Pembinaan untuk Puskesmas mampu PONEK, Calon Puskesmas mampu PONEK, dan Non PONEK, dalam aspek:
- (1) Pembinaan Teknis oleh Organisasi Profesi yang dikoordinir oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/kota
 - (2) Pembinaan Teknis oleh RS PONEK yang dikoordinir oleh Dinas Kesehatan Kabupaten
 - (3) Pembinaan Operasional dan Administrasi-Manajemen PONEK oleh Dinas Kesehatan dan BPJS
 - (4) Pembinaan oleh Biro Keuangan Pemda tentang Pola Pengelola PPK-BLUD¹ atau tim PPK-BLUD pemerintah daerah .
- 2) Kebutuhan dukungan dalam upaya perbaikan dan peningkatan fungsi penyelenggaraan:
- a) Pelayanan KIA umumnya
 - b) PONEK dan Rujukan PONEK,
 - c) Rujukan ke RS PONEK dan aspek pelayanannya

- 3) Usulan/rencana pengembangan PONED dan pemantapan fungsi sistem rujukannya, untuk :
 - a) Lingkup regional dalam kabupaten, dengan pusat rujukannya adalah Puskesmas mampu PONED (Area sistem rujukan dalam *cluster* PONED)
 - b) Lingkup wilayah Kabupaten, dengan pusat rujukannya Rumah Sakit PONEK.
- b. **Bersama Mitra kerjanya terkait dan pihak-pihak berkepentingan lainnya melakukan pembahasan-masalah dan menyusun rencana perbaikan/peningkatannya melalui forum *District Team Problem Solving (DTPS)*, antara lain dengan:**
 - 1) Lintas Sektor terkait
 - 2) LSM/Masyarakat Peduli
 - 3) Swasta dan Penyandang dana lainnya
 - 4) Organisasi masyarakat: PKK, Dasa wisma, Muslimat, Aisyah, Kepemudaan
 - 5) Media Massa: Cetak dan Elektronik (Pemred/ Wartawan: Surat Kabar Daerah, Majalah Daerah, Radio Daerah, TV Lokal, dll)
- c. **Bersama Penentu Kebijakan dan Pengambil Keputusan serta Para Pemangku Kepentingan:**
 - 1) Mendapatkan dukungan kebijakan dan sumberdaya, dari:
 - a) Bupati, sebagai penanggung-jawab tercapainya target MDGs Kabupaten
 - b) DPRD Kabupaten, sebagai wakil rakyat yang memperjuangkan kepentingan masyarakat, khususnya bidang kesehatan
 - 2) Melibatkan para pemangku kepentingan, untuk realisasi operasional:
 - a) Bappeda Kabupaten, berhubungan dengan pengusulan anggaran pengembangan, operasional dan pemeliharaan, baik untuk Puskesmas mampu PONED yang sudah ada maupun calon Puskesmas mampu PONED
 - b) Rumah Sakit rujukan spesialisik/Rumah Sakit PONEK untuk rencana pengembangan sistem rujukan dan pembinaan teknis PONED
 - c) Organisasi Profesi: IBI, PPNI, IDI, POGI, IDAI, IAKMI

- d) BKKBN atau sektor yang membidangi program KB dan kependudukan untuk upaya-upaya yang terkait dengan program KB dan penggerakan demand sasaran

5. Penyusunan Implementasi pengembangan fungsi Puskesmas mampu PONED/calon Puskesmas mampu PONED

a. Persiapan Pengembangan Fungsi Puskesmas mampu PONED:

- 1) Menyusun rencana pemantapan fungsi Puskesmas mampu PONED yang ada
 - a) Menetapkan Puskesmas sebagai calon Puskesmas mampu PONED yang akan dikembangkan
 - b) Menyusun rencana pengembangan Puskesmas Calon Puskesmas mampu PONED dengan tahapannya
- 2) Mempersiapkan pemantapan fungsi Puskesmas mampu PONED yang sudah ada dan realisasi pengembangan fungsi Puskesmas menjadi Puskesmas mampu PONED, sesuai dengan tahapannya :
 - a) Melengkapi kebutuhan sumberdaya (SDM, alat medis dan non medis, obat dan bahan habis pakai, ruangan, ambulan, biaya operasional dan pemeliharaan, dll) sesuai kebutuhan
 - b) Melatih ulang SDM yang ada dan melatih baru SDM yang diperlukan
 - c) Melakukan pembinaan teknis, administrasi dan manajemen, serta keuangan

b. Menetapkan realisasi sesuai dengan rencana dan tahapannya:

- 1) Memantapkan fungsi Puskesmas mampu PONED yang sudah ada
- 2) Mengembangkan Puskesmas yang dipilih untuk menjadi Puskesmas mampu PONED.

6. Penyusunan Indikator Kinerja Penyelenggaraan PONED.

Keberhasilan penyelenggaraan Puskesmas mampu PONED diukur berdasarkan rencana dan indikator kinerja yang telah ditetapkan.

a. Indikator Persiapan Puskesmas mampu PONED:

- 1) Adanya Tim Terlatih PONEB bersertifikat dan kompeten
 - 2) Adanya Tim Pendukung PONEB
 - 3) Tersedianya sarana, prasarana dan peralatan sesuai standar
 - 4) Tersedianya ruangan untuk: penerimaan pasien, pemeriksaan, pelayanan/tindakan dan perawatan di fasilitas rawat inap untuk ibu dan bayinya
 - 5) Tersedianya sarana transportasi rujukan dengan kelengkapannya
 - 6) Tersedianya alat komunikasi dan informasi
 - 7) Tersusunnya rencana kegiatan yang disusun melalui pertemuan LP dan LS, dalam forum DTPS, yang disertai indikator pencapaiannya
 - 8) Tersedianya biaya operasional dalam jumlah yang memadai
 - 9) Adanya SPO yang disusun Tim PONEB dan ditandatangani oleh Kepala Puskesmas, dan sudah dikonsultasikan kepada POGI dan IDAI setempat.
 - 10) Adanya MoU antara RS PONEK/RSSIB dengan Dinas Kesehatan Kabupaten, tentang Pembinaan Teknis PONEB oleh RS PONEK, secara berkala dan teratur.
- b. **Indikator untuk mengukur Kinerja Puskesmas mampu PONEB :**
- 1) Cakupan pasien yang dirujuk dari masing-masing wilayah kerja Puskesmas yang tercakup dalam kluster regional sistem rujukan
 - 2) Cakupan pasien yang dapat ditangani di Puskesmas mampu PONEB sesuai kewenangannya
 - 3) Cakupan pasien yang dirujuk ke Rumah Sakit PONEK, melalui Puskesmas mampu PONEB
 - 4) Jumlah Rujukan Balik pasien emergensi/komplikasi dari RS PONEK ke Puskesmas (Puskesmas mampu PONEB dan atau Puskesmas jejaring)
 - 5) Jumlah kasus yang dirujuk balik dari Puskesmas mampu PONEB

Sesuai dengan perkembangan kemampuan Puskesmas dalam PONEB, indikator penilaian kinerja PONEB harus semakin diperluas dan dirinci lebih detail.

BAB III

LANGKAH - LANGKAH PENETAPAN PUSKESMAS MAMPU PONED

A. MANAJEMEN PENYUSUNAN RENCANA PENETAPAN PUSKESMAS MAMPU PONED.

1. Langkah Pertama : Dinas Kesehatan kabupaten/kota Memilih Puskesmas rawat inap yang ada di wilayahnya untuk dikembangkan menjadi Puskesmas mampu PONED

Dinas kesehatan memilih Puskesmas rawat inap yang ada di wilayahnya dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

- (1) Puskesmas telah mampu berfungsi dalam penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan tindakan mengatasi kegawat-daruratan, sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya serta dilengkapi dengan sarana prasarana yang dibutuhkan.
- (2) Adanya komitmen dari para stakeholder yang berkaitan dengan upaya untuk memfungsikan Puskesmas mampu PONED
- (3) Difungsikan sebagai Pusat rujukan antara kasus obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi dalam satu regional wilayah rujukan

2. Langkah Kedua : Memperhitungkan jumlah pasien yang akan dilayani

Memperhitungkan prakiraan jumlah pasien yang akan dilayani

Contoh :

Jumlah penduduk Puskesmas I (sebagai Puskesmas/calon Puskesmas mampu PONED) adalah 29.200 orang, Puskesmas-Puskesmas II, III dan IV, sebagai Puskesmas Non PONED, dengan jumlah penduduk masing-masing: 16.400 orang, 17.450 orang, dan 18.350 orang, sehingga jumlah penduduk ke-4 Puskesmas sebanyak: 81.400 orang. Bila Angka CBR Kabupaten bersangkutan: 1,9%; berapa prakiraan jumlah pasien emergensi/komplikasi yang akan dirujuk ke Puskesmas mampu PONED dan dilayani tuntas atau dirujuk ke Rumah Sakit ?

Tabel 1
Prakiraan jumlah pasien yang akan dilayani/dirujuk
Di Puskesmas mampu PONED

No	Puskesmas	Jumlah Penddk	Sasaran ibu hamil	Jumlah Maternal Dengan				Sasaran neonatus	Jumlah Neonatal Dengan*)			
				EM/ KOMP	Perlu Dirujuk ke PONED	Ditangani / Rujuk ke			EM/ KOMP	Perlu Rujuk ke PONED	Ditangani / Rujuk ke	
						Tangani PONED	Rujuk Rumkit				Tangani PONED	Rujuk Rumkit
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1	Pusk. PONED	29.200	610	92	46	23	23	583	88	44	22	22
2	Pusk. I	16.400	343	52	26	13	13	327	49	25	12	12
3	Pusk. II	17.450	365	54	27	14	14	348	52	26	13	13
4	Pusk. III	18.350	384	58	29	15	14	366	55	28	14	14
	TOTAL	81.400	1.702	256	128	65	65	1.624	244	123	61	61

- *) Kasus emergensi neonatal 80% dapat ditangani di tingkat pelayanan dasar yang berkualitas sesuai standar, 20% perlu mendapatkan pelayanan rujukan yang berkualitas

Keterangan :

- Sasaran ibu hamil (D) diperoleh dari $CBR \times 1,1 \times \text{jumlah penduduk (C)}$ (CBR bisa didapat dari BPS kabupaten)
- EM/KOMP (E) didapatkan dari 15% dari sasaran ibu hamil
- Sasaran Neonatus (I) diperoleh dari $CBR \times 1,05 \times \text{jumlah penduduk}$
- EM/KOMP (J) neonatus diperoleh dari $15\% \times \text{sasaran neonatus}$

Berikut adalah penjelasan tentang cara menghitung untuk mendapatkan angka-angka di tabel 2 untuk prakiraan pasien yang memerlukan pelayanan dan tindakan di Puskesmas mampu PONED :

- a) Maternal dengan kondisi emergensi/komplikasi¹:
- 1) Prakiraan jumlah maternal dengan emergensi/komplikasi di Puskesmas mampu PONED termasuk dari Puskesmas sekitarnya, ± 256 orang:

$$15\% \times (11/10 \times CBR) \times (29.200 + 16.400 + 17.450 + 18.350) = 256 \text{ orang.}$$

- 2) Prakiraan $\pm 50\%$ jumlah maternal dengan kondisi emergensi/komplikasi dari 4 Puskesmas tersebut, yang perlu dirujuk ke Puskesmas mampu PONED, diperkirakan ± 128 orang. (dilihat pada tabel 1 kolom F)
- 3) Prakiraan $\pm 50\%$ dari jumlah maternal yang dirujuk ke Puskesmas mampu PONED, dapat tuntas dilayani: ± 65 orang (dilihat pada tabel 1 kolom G)
- 4) Prakiraan $\pm 50\%$ dari jumlah maternal yang dirujuk ke Puskesmas mampu PONED, perlu dirujuk ke RS PONEK dengan persiapan, ± 65 orang (dilihat pada tabel 1 kolom H)
- Keterangan : poin ke 2,3 dan 4 prakiraan persentase jumlah maternal dapat berubah sesuai dengan kebijakan yang ada.

1 Angka risiko komplikasi maternal di atas diperhitungkan sebanyak 15% (sumber RAN PP AKI, 2013)

b) Neonatal dengan komplikasi/emergensi:²

- 1) Prakiraan jumlah neonatal dengan emergensi/komplikasi di Puskesmas mampu PONE D dan Puskesmas sekitarnya:

$$15\% \times (\text{CBR}) \times (29.200+16.400+17.450+18.350) = 244 \text{ orang.}$$

- 2) Prakiraan $\pm 50\%$ jumlah neonatal dengan emergensi/komplikasi dari 4 Puskesmas tersebut, yang perlu dirujuk ke Puskesmas mampu PONE D: ± 123 orang. (dilihat pada tabel 1 kolom K)
- 3) Prakiraan $\pm 50\%$ dari jumlah neonatal yang dirujuk ke Puskesmas mampu PONE D dapat tuntas dilayani: ± 61 orang (dilihat pada tabel 1 kolom L)
- 4) Prakiraan $\pm 50\%$ dari jumlah neonatal yang dirujuk ke Puskesmas mampu PONE D, perlu dirujuk ke RS PONE K dengan persiapan: ± 61 orang (dilihat pada tabel 1 kolom M)

Keterangan : poin ke 2,3 dan 4 prakiraan persentase jumlah neonatal dapat berubah sesuai dengan kebijakan yang ada.

Dari prakiraan jumlah kunjungan tersebut, maka Tim Tenaga Kesehatan yang bertanggung-jawab dalam pelayanan klinis PONE D di Puskesmas, perlu menilai jumlah kunjungan/ rujukan kasus emergensi/komplikasi dan penanganannya di Puskesmas mampu PONE D dan jumlah yang dirujuk ke RS mampu PONE K/RSSIB, dibandingkan dengan prakiraan yang diperhitungkan. Sekaligus pula Puskesmas mampu PONE D harus memberikan umpan-balik kepada Puskesmas di sekitarnya, tentang jumlah kasus emergensi/komplikasi yang dirujuk ke Puskesmasnya.

3. Langkah ke tiga : Mempersiapkan kebutuhan sumberdaya kesehatan yang dibutuhkan untuk penyelenggaraan PONE D.

Kepala Puskesmas sebagai penanggung jawab pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya, harus dapat menggali potensi-potensi sumberdaya khususnya SDM dengan perannya masing-masing, termasuk potensi para mitra kerja yang berada di wilayah kerja Puskesmasnya. Proses ini dapat dilakukan melalui

2 Angka risiko komplikasi neonatal sebanyak 15% (sumber dari SPM, Permenkes 741/2008)

Lokakarya Mini, baik yang diselenggarakan di Puskesmas maupun di tingkat Lintas Sektor. Penyiapan tenaga yang berperan dalam PONED di Puskesmas melalui pertemuan Lokakarya Mini Puskesmas. Perhitungan kebutuhan tenaga-tenaga dimaksud tidak dapat secara tegas dipisahkan dari kebutuhan pelayanan rawat inap lainnya, kecuali untuk kebutuhan Tim Inti PONED. Kebutuhan tenaga diperhitungkan berdasarkan beban kerja yang dihadapi dalam rangka mencakup pelayanan kasus yang seharusnya datang dilayani dan atau dirujuk melalui Puskesmas mampu PONED.

Langkah-langkah untuk Mempersiapkan tenaga Puskesmas :

(1) **Menyiapkan Tim Kesehatan, terdiri atas:**

(a) **Tim Inti sebagai pelaksana PONED:**

- Bila tenaga dalam Tim Inti tersebut pindah tugas, Dinas Kesehatan wajib untuk menggantikan dengan tenaga kesehatan (dokter, Bidan, dan Perawat) terlatih PONED melalui pelatihan atau rekrutmen tenaga kesehatan terlatih.
- Tim Inti PONED harus tinggal di kompleks Puskesmas, bila kondisi tidak memungkinkan bertempat tinggal tidak jauh dari lokasi Puskesmas
- Petugas yang berperan sebagai pengganti anggota Tim Inti Puskesmas mampu PONED yang pindah, atau karena kebutuhan tambahan juga harus mengikuti pelatihan.
- Apabila kompetensi anggota Tim hasil pelatihan dirasa belum cukup (dari hasil monitoring dan evaluasi pelayanan), maka Dinas Kesehatan kabupaten/kota bersama RS PONEK dapat mengatur jadwal Tim Inti PONED magang di RS, dilanjutkan pembinaan berkala penyelenggaraan PONED, secara teknis oleh RS PONEK dan manajemen dari Dinas Kesehatan Kabupaten.
- Tim Inti PONED terlatih dan bersertifikat, selanjutnya akan mendapat **Surat Penugasan** sebagai Tim Inti PONED oleh Kepala Dinas Kesehatan. Dalam Surat Penugasan tersebut harus disertai dengan uraian tugas, hak, wewenang dan tanggung-jawabnya.

Tenaga Pelaksana

Tenaga kesehatan yang berfungsi sebagai Tim inti pelaksana PONED harus yang sudah terlatih dan bersertifikat dari Pusat Diklat Tenaga Kesehatan yang telah mendapat sertifikasi sebagai penyelenggara Diklat PONED.

Tim inti PELAKSANA Puskesmas mampu PONED (minimal) :

1. Dokter Umum (1 Orang)
2. Bidan, minimal D3 (1 orang)
3. Perawat, minimal D3 (1 orang)

Tenaga Tim Inti pelaksana PONED tersebut harus selalu siap (on side) selama 24 jam/hari dan 7 hari/minggu

(b) Tim Pendukung:

- Untuk terselenggaranya PONED di Puskesmas dengan baik, diperlukan tenaga-tenaga kesehatan pendukung. Kepala Puskesmas, dibantu Dinas Kesehatan Kabupaten menyiapkan calon tenaga pendukung PONED. Tenaga kesehatan pendukung tersebut dapat diambil dari tenaga yang ditugaskan di ruang rawat inap, bila perlu ditambah dengan tenaga yang bertugas difasilitas rawat jalan
- Tenaga-tenaga kesehatan harus dapat memenuhi kriteria tertentu untuk menjadi calon tenaga pendukung PONED.
- Kebutuhan tenaga kesehatan sebagai Tim Pendukung
Terdiri dari Dokter umum (minimal 1-2 orang), Perawat D3 (minimal 5 orang), Bidan D3 (minimal 5 orang), Analis Laboratorium (1 orang) dan Petugas administrasi (minimal 1 orang)
- Calon-calon terpilih sebagai tenaga pendukung (memenuhi kriteria) akan memperoleh peningkatan pengetahuan dan kemampuan dalam mendukung PONED, melalui:
 - Proses pengkayaan/*enrichment* PONED untuk perannya di bidang profesi masing-masing, melalui magang berkala di RS PONEK,

- *On the job training* di Puskesmas bersama Tim Inti PONED, sehingga kemudian tenaga-tenaga tersebut dapat diperankan sebagai tenaga kesehatan pendukung penyelenggaraan PONED.
- Setelah selesai mengikuti magang dan *on the job training*, akan diberi **Surat Penugasan** oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten sebagai petugas pendukung dengan ditegaskan rincian: tugas, hak, wewenang dan tanggung-jawabnya.
- Tenaga pendukung tetap bertugas di posisinya masing-masing, sedangkan penugasannya dalam PONED diatur terjadwal oleh Kepala Puskesmas.
- Secara berkala bidan desa yang bertugas di desa dan perawat di Puskesmas pembantu dilibatkan dalam PONED di Puskesmas, sekaligus memberikan kesempatan untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuannya

Tim PENDUKUNG penyelenggaraan Puskesmas mampu PONED

1. Dokter umum, minimal 1-2 orang
2. Perawat D3, minimal 5 orang
3. Bidan D3, minimal 5 orang
4. Analis Laboratorium 1 orang
5. Petugas administrasi, minimal 1 orang

Kabupaten/kota agar mengkoordinir pemenuhan ketenagaan ini dengan memberi pelatihan/magang di fasyankes rujukan RS PONEK kabupaten/kota.

(c) Tim promosi kesehatan:

Selain kemampuan Komunikasi Informasi Edukasi/ Komunikasi Inter Personal dan Konseling (KIE/KIPK) dan pemberdayaan masyarakat dengan difasilitasi Kepala Puskesmas, kemampuan tenaga promosi kesehatan ditingkatkan dalam bidang:

- Pemasaran/marketing dan *Public Relation (PR)*, sebagaimana pernah dikembangkan melalui program *Safe Motherhood a Partnership and Family Approach (SMPFA)*. Untuk kemampuan tersebut diperlukan pelatihan tambahan.

- Penggerak *demand* target sasaran (ibu dan keluarganya) untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan obstetri dan neonatal terutama dalam kondisi emergensi/komplikasi sekaligus akan diperankan secara aktif sebagai tenaga pendukung PONED untuk mewujudkan pelayanan yang berkualitas dan memuaskan.
- Kemampuan menjalin kerjasama dengan mitra-mitra Puskesmas di wilayah kerjanya.

(2) Menyiapkan Tenaga-tenaga non kesehatan sebagai penunjang pelayanan:

Diperlukan dalam penyelenggaraan pelayanan di fasilitas perawatan, sebagai tenaga penunjang untuk kelancaran penyelenggaraan PONED di Puskesmas. Tenaga penunjang dimaksud antara lain berupa:

- (a) Petugas dapur
- (b) Petugas laundry
- (c) Penjaga malam
- (d) Cleaning service
- (e) Pengemudi Ambulan 1 orang (bertugas bergantian dengan pengemudi Puskesmas keliling)

4. Langkah ke empat : Mempersiapkan bangunan fasilitas pelayanan rawat jalan dan rawat inap di Puskesmas mampu PONED dan kelengkapan sarana dan prasarananya:

- 1) Bangunan perawatan Puskesmas mampu PONED, dan UGD Puskesmas mampu PONED harus mempunyai akses mudah dengan jalan masuk dari luar kompleks bangunan Puskesmas.
- 2) Pelayanan PONED agar dapat berfungsi dengan baik, maka pelayanan ANC, PNC, KB post partum di unit rawat jalan Puskesmas harus difungsikan dengan baik sebagai tindak lanjut pelayanan PONED.
- 3) Fasilitas rawat inap di Puskesmas yang dapat digunakan untuk PONED, adalah:
 - a) Area tindakan yang berada di area terbatas (*restrictive area*), merupakan area tindakan secara umum yang dapat digunakan untuk tindakan kasus dalam PONED, berupa:
 - (1) Ruang tindakan pasien untuk melakukan

- tindakan obstetri dan neonatal dengan kondisi emergensi/komplikasi tertentu yang boleh dilakukan di Puskesmas mampu PONE
- (2) Ruang bersalin tanpa perlu tindakan khusus
 - (3) Ruang pemulihan (*Recovery Room*) pasca tindakan PONE dan tindakan lainnya,
 - (4) Ruangan untuk sterilisasi, penyimpanan dan penyiapan alat-alat kesehatan.
 - (5) Ruang Spool-hock, dimana limbah cair dibuang/dialirkan ke septic tank khusus, terpisah dari septic tank WC
 - (6) Tempat cuci tangan dengan keran sikut dan sabun/desinfektan khusus
 - (7) Ruang perawatan bayi baru lahir:
 - (a) Disediakan untuk:
 - Bayi baru lahir pasca tindakan,
 - Bayi baru lahir dengan: BBLR, asfiksia dan kondisi lainnya yang masih boleh dirawat di Puskesmas mampu PONE, namun perlu perawatan khusus
 - (b) Ruang perawatan bayi mempunyai akses langsung dengan kamar perawat jaga.
 - (c) Ruangan dilengkapi box bayi yang terpelihara dengan spesifikasi khusus, kelengkapan dan jumlah sesuai kebutuhan.
 - b) Ruang kerja sekaligus sebagai kamar jaga untuk perawat/bidan jaga (*nurse station*), dengan syarat:
 - (a) Mempunyai akses langsung ke ruang perawatan bayi baru lahir dengan masalah.
 - (b) Dilengkapi wastafel, kamar mandi dan WC untuk petugas,
 - (c) Ada ruang linen, tempat menyimpan linen siap pakai
 - c) Ruang perawatan pasien:
 - (1) Perawatan pasien rawat inap umum, tidak dibahas disini.
 - (2) Ruang rawat persalinan dengan 4 tempat tidur dewasa dan 3-4 box bayi yang akan digunakan sebagai Ruang rawat gabung (*rooming in*) untuk ibu dan neonatal:

- (a) Diperkirakan $\pm 30\%$ persalinan normal dari wilayah Puskesmas ditolong di Puskesmas, dan dirawat di ruang rawat gabung dengan hari rawat ± 3 hari, sisanya di polindes/poskesdes.
 - (b) Ibu pasca tindakan, bila sudah memungkinkan dikeluarkan dari tempat pemulihan pasca tindakan, dirawat di ruang rawat gabung dengan hari rawat ± 5 hari
 - (c) Bayi dari ruang perawatan khusus, bila kondisinya sudah memungkinkan, dapat dirawat bersama ibunya di ruang rawat gabung
 - (d) Ruang rawat sementara kasus obstetric/maternal komplikasi untuk stabilisasi/prarujukan yang dipersiapkan untuk dirujuk ke RS PONEK, diperkirakan perlu dirawat sementara ± 1 hari
 - (3) Pantry, ruang penyiapan makanan pasien
 - (4) Kamar mandi dan WC pasien di luar kamar
 - (5) Gudang tempat penyimpanan persediaan perlengkapan untuk ruang rawat. Gudang ini BUKAN tempat barang bekas.
- 4). Yang belum tersedia dalam standar bangunan yang ada adalah ruangan/fasilitas pendukung, berupa:
- (a) Tempat khusus penerimaan kasus rujukan obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi, namun Puskesmas dapat mempergunakan UGD yang ada
 - (b) Dapur sederhana dengan kelengkapan memasak
 - (c) Ruang cuci/laundry, tempat jemur dan setrika linen untuk ruang rawat inap dan rawat jalan.
 - (d) Tersedia kamar bagi petugas jaga (perawat dan pengemudi)
 - (e) Garasi ambulan
 - (f) Tempat petugas penjaga malam Puskesmas (Satpam).
 - (g) Perumahan Petugas, bagi petugas inti Puskesmas mampu PONEK

- d) Untuk daerah-daerah yang sulit transportasi, sebaiknya Pemda menambahkan bangunan sebagai tempat singgah, yang dapat menampung kasus maternal berisiko, untuk datang lebih awal ke Puskesmas mampu PONED, dan menginap beberapa hari disana menunggu saat persalinannya tiba, sehingga sewaktu-waktu terjadi masalah, dapat cepat tertangani ataupun dirujuk ke RS Rujukan/ PONEK.
- 5) Agar memberikan rasa nyaman bagi pengguna layanan dan pemberi layanan, maka bangunan fasilitas rawat inap di Puskesmas mampu PONED, fasilitas pendukung dan area lingkungannya, harus terawat dan tertata baik, rapi, bersih, nyaman dan aman serta memperhatikan sirkulasi udara di setiap ruangan. Untuk mewujudkannya dapat mengacu pada pedoman yang sudah diterbitkan sebelumnya

5. Langkah ke lima : Mempersiapkan peralatan untuk penyelenggaraan PONED

- 1) Peralatan sesuai standar dalam jenis dan jumlahnya, harus selalu tersedia dalam keadaan bersih atau dalam keadaan steril dan siap pakai, antara lain untuk kelengkapan di:
 - a. Fasilitas rawat inap
 - b. Ruang tindakan/persalinan
 - c. UGD obstetri/neonatal atau UGD Umum,
 - d. Peralatan standar KIA di ruang rawat jalan Puskesmas
- Pengelolaan (manajemen) peralatan dapat mengacu pada buku pedoman manajemen peralatan di Puskesmas.
- 2) Peralatan medis dan perawatan di fasilitas rawat jalan Ibu dan Bayi, UGD, Klinik KB, sebagai bagian peralatan yang tidak terpisahkan dari peralatan khusus PONED harus tersedia lengkap dan terpelihara baik dan siap pakai.
- 3) Peralatan penunjang medis sesuai standar.
- 4) Peralatan non medis sesuai standar, terdiri atas:
 - a) Perlengkapan tempat tidur pemeriksaan ibu hamil, bayi, *gynecologis bed* di klinik KB, berada di fasilitas rawat jalan, masing-masing dilengkapi dengan meja dan kursi untuk pemberi pelayanan.
 - b) Perlengkapan di UGD, berupa beberapa tempat tidur periksa, dan kelengkapan penunjangnya, berada di fasilitas khusus UGD.

- c) Perlengkapan di area terbatas (*restrictive area*), berupa:
- (1) Tempat tidur operatif sederhana di Ruang Tindakan
 - (2) *Ginekologis bed* di ruang persalinan
 - (3) Tempat tidur dewasa di ruang pemulihan
 - (4) Lemari alat-alat medis di ruang penyimpanan alat
 - (5) Meja Mayo untuk tempat alat medis saat tindakan/persalinan, di ruang tindakan dan ruang persalinan
 - (6) Meja-meja khusus untuk penempatan peralatan tertentu siap pakai di ruang tindakan, persalinan dan lainnya
 - (7) Lampu tindakan/operasi, di ruang tindakan dan persalinan
 - (8) Oksigen dan kelengkapannya
- d) Perlengkapan di Ruang Perawatan Bayi Khusus, didekat ruangan perawat jaga:
- (1) Diperlukan Box bayi baru lahir dengan masalah, dan dapat dirawat di Puskesmas atau dipersiapkan untuk rujukan RS:
 - (a) Apabila diperkirakan bayi dengan masalah dirawat rata-rata 5 hari, dengan BOR 80%, maka kebutuhan Box Bayi bermasalah sebanyak $= (61 \times 5) / (80\% \times 365) = 1,04$ Box Bayi dengan perlengkapan khusus,
 - (b) Bila bayi lahir dengan masalah perlu dirujuk, maka sebelum dikirim perlu dilakukan tindakan/stabilisasi prarujukan. Kebutuhan Box bayi untuk persiapan pra rujukan adalah $= (61 \times 1) / (80\% \times 365) = 0,21$ TT. Untuk ini disediakan Box bayi dengan perlengkapan khusus.
 - (c) Bila ibu melahirkan dengan tindakan, bayi baru lahir perlu dirawat di ruang perawatan bayi (2-3) hari, kebutuhan box bayi $= (65 \times 2,5) / (80\% \times 365) = 0,56$ Box

- (2) Jumlah Box Bayi dengan perlengkapan khusus/inkubator di ruang khusus perawatan bayi menjadi $(1,04 + 0,21 + 0,56) = 1,8 = 2$ Box Bayi dengan perlengkapan khusus/inkubator, sedangkan box bayi biasa tetap disediakan (1-2) box
- Keterangan : angka prakiraan jumlah bayi yang bermasalah, ibu yang melahirkan dengan tindakan dapat dilihat dari tabel 1
- e) Perlengkapan meubelair bagi tenaga kesehatan pemberi layanan di rawat inap termasuk PONEDED dalam melaksanakan tugasnya, berupa:
- (1) Meja tulis dan kursi,
 - (2) Rak obat dan kulkas untuk penyimpanan obat
 - (3) Lemari untuk: ATK, Arsip, Dokumen (status, register rawat inap, surat- dan lainnya).
- f) Perlengkapan ruang perawatan, berupa:
- (1) Kebutuhan jumlah tempat tidur (TT) perawatan maternal:
mengacu pada contoh perhitungan jumlah pasien yang perlu pelayanan kasus obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi dengan prakiraan hari rawat rata-rata 5 hari, Persalinan normal 3 hari, dan persiapan rujukan diperhitungkan menggunakan TT 1 hari, maka:
 - (a) Persalinan normal kebutuhan TT Hari (OH) untuk ketiga kategori pasien maternal diperhitungkan sebagai berikut:
 - Dari wilayah Puskesmas, hanya 30% melahirkan di Puskesmas, dirawat selama 3 hari, membutuhkan hari rawat: $(175 \times 3) = 525$ OH. angka 175 diperoleh dari $30\% \times (1,05 \times \text{CBRx jml penduduk Puskesmas mampu PONEDED})$
 - Maternal dengan masalah, yang dapat dilayani di Puskesmas mampu PONEDED: $(65 \times 5) = 325$ (OH)
 - Maternal dengan masalah, yang perlu dirujuk lebih lanjut namun perlu persiapan rujukan (stabilisasi pra rujukan): $(65 \times 1) = 65$ (OH)

- (b) Jumlah kebutuhan hari rawat untuk ketiga kategori kasus maternal dimaksud, jumlahnya = 915 (OH). Dengan BOR 80%, maka kebutuhan Tempat Tidur = $915 / (80\% \times 365)$, akan memerlukan Tempat Tidur dewasa = 3,13 TT, dibulatkan menjadi 4 Tempat Tidur perawatan ibu
- (2) Kebutuhan meubeler sederhana untuk pasien di Ruang Rawat Inap, sebanyak tempat tidur untuk Ibu
- (3) Kursi tunggu keluarga pasien diluar ruangan rawat inap (teras fasilitas rawat inap), sebagai kelengkapan ruang rawat inap umumnya.
- g) Tempat dan perlengkapan ruangan cuci linen/ laundry:
 - (1) Letaknya harus jauh dari ruang dapur
 - (2) Perlengkapan sederhana yang diperlukan:
 - (a) Tempat mengumpulkan linnen kotor/ infeksius
 - (b) Perlengkapan cuci/laundry, jemuran dan setrika
 - (c) Tempat membawa linnen bersih
- h) Kebutuhan perlengkapan kebersihan, untuk:
 - (1) Ruangan di *Restrictive area*, disediakan tersendiri
 - (2) Ruangan perawatan umumnya,
 - (3) Ruangan dapur, ruang cuci
 - (4) Area lingkungan

Perlengkapan kebersihan digunakan sesuai peruntukannya, dibersihkan dan dikeringkan sesudah dipakai dan disimpan/diletakkan dengan rapi pada tempatnya masing-masing.

6. Langkah ke enam : Mempersiapkan obat dan bahan habis pakai

- 1) Disediakan obat dan bahan habis pakai, baik jenis dan jumlahnya harus cukup, dengan *buffer stock* minimal sesuai ketentuan (Lampiran jenis obat PONED).

- 2) Ketersediaan obat dan bahan habis pakai di fasilitas rawat inap sesuai dengan kebutuhan.

7. Langkah ke tujuh : Penataan Area Lingkungan:

- 1) Penataan lingkungan sesuai standar lingkungan bagi Fasyankes, ditanami tanaman pelindung dan tanaman hias, selalu tertata rapi, bersih dan kering, tersedia area resapan air hujan/biopori.
- 2) Ada akses jalan kendaraan pembawa pasien ke ruang UGD.
- 3) Tersedia area untuk parkir kendaraan R-4 pembawa pasien Gadar, dan kendaraan R-2 pengunjung.
- 4) Memiliki IPAL/SPAL yang dikelola dengan baik, sehingga tidak mengotori dan mencemari lingkungan sekitar fasyankes

8. Langkah ke delapan : Mempersiapkan sarana pendukung pelayanan PONED:

- 1) Sarana transportasi rujukan pasien berupa Ambulan Gadar/Emergensi
- 2) Ambulans dilengkapi sarana perlengkapan medis (kit emergensi, O2 portable, *transportable incubator*³)
- 3) Tersedia perangkat komunikasi (Radio medik/Tele rujukan):
 - a) Yang dapat difungsikan setiap waktu dengan baik, untuk mendukung pelaksanaan rujukan.
 - b) Statis berada di ruang tindakan dan mobile di ambulans rujukan emergensi

9. Langkah ke Sembilan : Memfungsikan PONED di Puskesmas dan upaya pemantapan selanjutnya.

a. Kepala Puskesmas dengan difasilitasi oleh Dinas Kesehatan:

- 1) Kepala Puskesmas melalui Lokakarya/forum Lintas sector-Lintas kecamatan melakukan :
 - Menginformasikan hasil analisis masalah PONED dan kelengkapan data penyelenggaraan PONED di wilayah regional kabupaten
 - Membahas langkah pelaksanaan dan pengembangan Puskesmas mampu PONED
 - Pemantapan sistem rujukannya dan peran serta semua pihak untuk keberhasilan PONED

3 Beberapa pendapat menganggap ini tidak perlu, sebaiknya disiapkan di Ambulans RS Rujukan

- 2) Menepakati bersama, upaya-upaya untuk memfungsikan PONEC dengan baik, melalui penguatan sisi *supply* pada sisi pelayanan dan peningkatan serta penggerakan *demand* masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan melalui peran bantu mitra kerja terkait.
- b. **Kepala Puskesmas mengorganisasikan SDM Puskesmas dan menggerakkan Mitra Kerja berdasarkan perannya masing-masing :**
- 1) SDM Puskesmas:
 - a) Menugaskan dengan Surat Penugasan, seorang dokter sebagai penanggung-jawab Ruang rawat inap Puskesmas
 - b) Menugaskan dengan Surat Penugasan, seorang Perawat/Bidan senior sebagai penanggung-jawab perawatan, yang akan mengatur pelayanan perawatan di Ruang Rawat Inap, antara lain mengatur jadwal tugas Tim Pendukung dan Tim Penunjang,
 - c) Menugaskan Tim Inti Terlatih PONEC dibantu Tim Pendukung untuk melayani kasus
- c. **Kepala Puskesmas Memfungsikan semua sumberdaya untuk penyelenggaraan PONEC.**
- 1) Memperbaiki dan meningkatkan pelayanan dalam lingkup penguatan sisi *supply* (*Maternal Neonatal Health Supply*), melalui:
 - a) Mendapatkan bimbingan, pendampingan dan pembinaan teknis medis dari RS PONEC untuk meningkatkan kualitas layanan,
 - b) Pendampingan manajemen penyelenggaraan PONEC oleh Dinas Kesehatan kabupaten/kota
 - 2) Bersama Kepala Puskesmas dalam satu *kluster*, membangun sistem rujukan obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi, dalam satu regional wilayah kabupaten/ kota
 - 3) Melalui Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/kota, mengupayakan dukungan politis dan sumberdaya Pemda/ DPRD untuk PONEC, :
 - a) Rancangan penyelenggaraan PONEC yang telah disepakati bersama antara Puskesmas dalam satu kluster regional rujukan dan rumusan langkah-langkah penyelenggaraan PONEC bersama mitra

kerja, selanjutnya dilaporkan kepada Dinas Kesehatan kabupaten/kota

- b) Dengan rekomendasi Kepala Dinas Kesehatan, diusulkan untuk dukungan anggaran operasional dan sumberdaya lain yang diperlukan dalam upaya memfungsikan PONED di Puskesmas

d. **Kepala Puskesmas memfungsikan Puskesmas dalam penyelenggaraan PONED.**

- 1) Mempersiapkan semua petugas Puskesmas dalam penyelenggaraan PONED, melalui forum Lokakarya mini Puskesmas:
 - a) Semua petugas terlibat pelayanan, mengetahui tugas, hak, wewenang dan tanggung-jawabnya dalam PONED, yang dicantumkan dalam Surat Penugasannya masing-masing
 - b) Semua petugas sesuai dengan tugas dan tanggung-jawabnya masing-masing, mempersiapkan kebutuhan sarana, prasarana dan perlengkapan pelayanan yang dibutuhkan dalam PONED.
 - c) Kepala Puskesmas memberi arahan untuk mengintegrasikan pelayanan teknis dan pelaksanaan rujukan dengan pelayanan Non Teknisnya dalam upaya membangun citra yang baik dan layanan yang memuaskan.
- 2) Menginformasikan tentang kesiapan Puskesmas menyelenggarakan PONED kepada pihak yang berkepentingan:
 - a) Kepala Dinas Kesehatan dan Pemda kabupaten/kota
 - b) Puskesmas di sekitarnya, dalam lingkup regional wilayah rujukan kabupaten
 - c) Semua pihak terlibat: mitra kerja dan masyarakat penerima manfaat, melalui pengumuman, poster, radio daerah, dll
- 3) Memberikan pelayanan kasus obstetri dan neonatal sesuai batas kewenangan yang didapat saat pelatihan, magang dan bimbingan.
- 4) Mengevaluasi hasil pelayanan untuk menyusun rencana tindak-lanjutnya kemudian, sampai akhirnya pasien (ibu, bayi) boleh pulang.

- 5) Mengumpulkan dan mengkompilasi data pelayanannya dan melaporkan kegiatannya secara periodik(bulanan, triwulanan dan tahunan) sesuai ketentuan

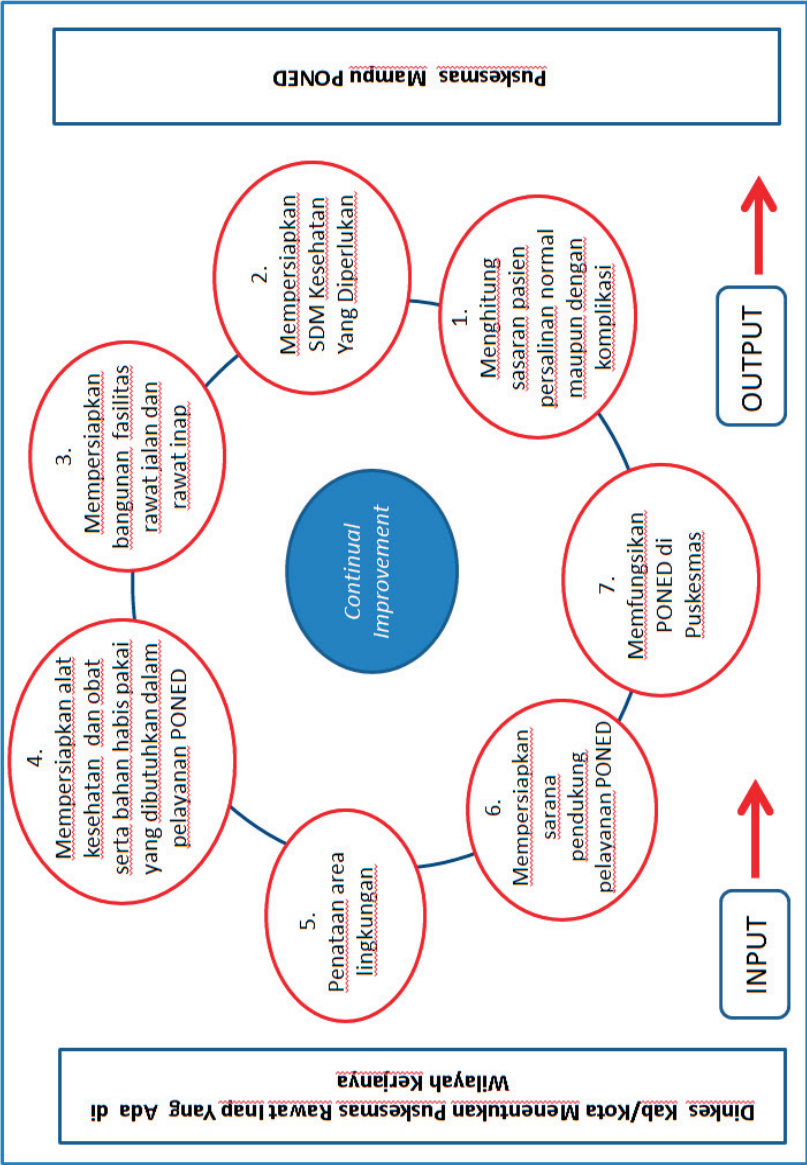
B. TEKNIS PENYELENGGARAAN PONED

Penyelenggaraan PONED di Puskesmas tidak terlepas dari upaya-upaya yang dilaksanakan di pelayanan Puskesmas non PONED dengan jejaringnya, sehingga penyelenggaraan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal perlu ditata secara baik dan berkualitas, sejak dari Fasyankes tingkat pertama lainnya serta jejaringnya.

C. MENGEVALUASI KINERJA PONED DAN UPAYA TINDAK-LANJUTNYA

- a. Membandingkan kinerja penyelenggaraan PONED terhadap indikator yang ditetapkan.
- b. Menganalisis masalah, menetapkan kesenjangan, mengidentifikasi penyebab dan latar belakangnya, melakukan review kinerja teknis, non teknis dan manajemen, internal Puskesmas mampu PONED dan menyusun rencana tindak-lanjutnya, termasuk upaya untuk meningkatkan kemampuan teknis medis, kemampuan KIE/KIPK, kemampuan pemasaran/ PR dan lainnya.
- c. Menginformasikan hasil analisis masalah dalam penyelenggaraan PONED kepada semua yang terlibat melalui forum Lokakarya Mini Puskesmas bulanan, triwulanan dan tahunan, dan menyusun rencana perbaikan dan peningkatan kinerjanya
- d. Melaporkan secara berkala kepada Kepala Dinas Kesehatan kabupaten/kota, dalam rangka pembinaan manajemennya sekaligus memfasilitasi untuk pembinaan teknis dari RS Kabupaten, serta upaya untuk meningkatkan kerjasama dengan berbagai pihak terkait.
- e. Menginformasikan hasil analisis masalah kepada Puskesmas jejaringnya dan LS terkait dan masyarakat peduli, dalam forum Lokakarya Mini Lintas Sektor-Lintas kecamatan; melibatkan Puskesmas Sekitar dan LS terkait, dalam periode triwulanan dan tahunan.
- f. Menyepakati rencana tindak-lanjut dalam upaya perbaikan dan peningkatan kinerja masing-masing Puskesmas dan penggerakan mitra kerja dalam peran sertanya.

- g. Atas kebutuhan perbaikan/peningkatan kinerja PONE, dinas kesehatan kabupaten/kota melaporkan penyelenggaraan PONE secara berkala kepada Provinsi dan Pusat.



Gambar 5 : Alur penetapan Puskesmas mampu PONE

D. PEMBIAYAAN

Biaya operasional Puskesmas mampu PONEB :

- Biaya pelayanan sesuai dengan ketentuan pelayanan kesehatan di era JKN ataupun sumber dana lainnya sesuai ketentuan yang berlaku.
- Biaya operasional rutin (biaya listrik, air, alat komunikasi dll) utamanya disediakan oleh Pemerintah Daerah kabupaten/kota sekalipun ada kemungkinan diterima bantuan dari sumber dana lainnya.

Semua dana yang diterima oleh Puskesmas untuk pembiayaan PONEB harus dikelola dengan sebaik-baiknya dan dilaporkan sesuai ketentuan yang berlaku.

BAB IV

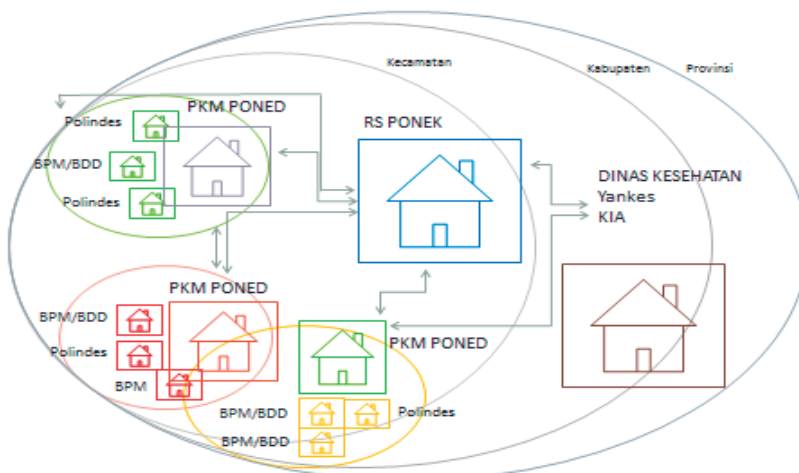
COLLABORATIVE IMPROVEMENT PONED-PONEK

Model *Collaborative Improvement (CI)* semula dikembangkan di Negara industri, bertujuan untuk meningkatkan/memperbaiki penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam kondisi situasi sumberdaya yang serba terbatas. Model tersebut dikembangkan, melibatkan Tim yang anggota-anggotanya berasal dari berbagai klinik dan rumah sakit, dari berbagai tingkatan/level yang beragam, yang berbeda satu dengan lainnya di dalam satu sistem kesehatan dan berupaya mendukung pihak-pihak terlibat untuk dapat bekerja sama dalam rangka mencapai tujuan bersama, yaitu meningkatkan aspek-aspek tertentu dari sistem bersangkutan.

Semua anggota Tim dapat saling bertukar pengalaman satu dengan yang lain, selanjutnya mereka melakukan penilaian atas perbaikan dan peningkatannya, sebagai dampak dari perubahan-perubahan yang terjadi.

Level administrasi lebih tinggi akan menginformasikan dan menyebar-luaskan keberhasilan yang dicapainya. Adaptasi model *CI*, juga dapat diimplementasikan di Negara-negara dengan tingkat pendapatan rendah dan menengah.

Kolaborasi RS-PKM-Polindes/BPM/BDD-Dinkes



Sumber : JNPK (2013)

Gambar 6 : KONSEP COLABORATIVE IMPROVEMENT PONED-PONEK

A. PENDEKATAN KOLABORATIF UNTUK PERBAIKAN PONEK-PONEK

Istilah komprehensif dalam PONEK, sering diartikan sebagai ketersediaan dan kelengkapan pelayanan emergensi obstetri-ginekologi di Instalasi Gawat-Darurat (IGD) dan unit pelayanan fungsional (UPF) Obstetri dan Neonatal. Dengan pemahaman seperti itu, maka RS PONEK hanya akan memfokuskan pada pelayanan tersebut pada pasien-pasien yang datang ke rumah sakit. Dengan kata lain, PONEK menjadi pelayanan statis dan pasif seperti yang terjadi pada masa-masa sebelum ini.

Komprehensif pada PONEK, hendaknya diartikan sebagai pelayanan tanpa dinding dan harus proaktif. Bagaimana rumah sakit sebagai institusi medik yang statis dapat juga memberikan pelayanan bagi masyarakat yang ada di dalam area cakupan wilayah kerja mereka. Penatalaksanaan pasien yang dirujuk ke rumah sakit, tidak dimulai sejak pasien masuk ke IGD atau UPF Obstetri atau Unit Perinatal tetapi justru sejak pasien tersebut dikenali dan ditangani oleh petugas kesehatan yang ada di level komunitas. Kondisi seperti ini hanya dapat dilakukan apabila petugas kesehatan atau fasilitas kesehatan primer menjadi bagian atau jejaring pelayanan rumah sakit. Kondisi inilah yang seharusnya dibangun oleh rumah sakit melalui program PONEK Rumah Sakit.

Setiap RS PONEK juga diwajibkan untuk membangun jejaring pelayanan emergensi dan komunikasi nir kabel (telepon selular) ke setiap Puskesmas binaan dan Bidan di Desa yang ada di masing-masing wilayah kerja Puskesmas.

Untuk meningkatkan efisiensi dan proses pembelajaran perbaikan kinerja Puskesmas dan Bidan di Desa maka OJT untuk Puskesmas mampu PONEK dilakukan OJT komprehensif. Pada OJT dengan pendekatan komprehensif, Tim PONEK Puskesmas dan Dokter Puskesmas dengan Bidan di Desa dari kecamatannya dan kecamatan lain, akan diajak untuk mengikuti OJT Puskesmas pada waktu yang telah ditentukan. Apabila di masa sebelumnya dokter puskesmas non PONEK kurang terlibat dalam sistem rujukan kasus komplikasi dan emergensi obstetri/neonatal, kini seharusnya justru mereka yang bertanggung-jawab untuk pelayanan dimaksud, tanpa harus menghalangi proses rujukan kasus emergensi yang harus segera dirujuk ke Puskesmas PONEK bila dipandang masih memungkinkan, atau dirujuk langsung ke RS Rujukan Spesialistik (PONEK).

B. TAHAPAN PELAKSANAAN *COLLABORATIVE IMPROVEMENT* PONED-PONEK

1. Pembentukan struktur dan tupoksi pelaku utama dan mitra *Collaborative Improvement* PONED-PONEK dan jejaring pelayanan emergensi yang melibatkan para unsur pemegang kebijakan baik dari unsur pemerintahan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Organisasi Profesi, Institusi Kesehatan, Rumah Sakit, kepala Puskesmas, BKKBN, dan para lembaga Swadaya Masyarakat yang berperan dalam bidang kesehatan.
2. Penyusunan rencana kegiatan *Collaborative Improvement* PONED-PONEK di tingkat Provinsi, kabupaten/kota termasuk mapping wilayah kerja Puskesmas mampu PONED dan RS PONEK dalam suatu sistem rujukan dan pola pembinaan. Tingkat provinsi akan berperan dalam koordinasi rujukan terutama di lokasi perbatasan antar kabupaten atau kabupaten dan kota, untuk memudahkan rujukan kasus emergensi/komplikasi
3. Tersedianya *hotline service* atau sistem informasi komunikasi di masing-masing rumah sakit, khusus kasus obstetri dan neonatal dan Dinas Kesehatan kabupaten/kota.
4. Adanya SOP tentang pelayanan di setiap RS PONEK dan Puskesmas mampu PONED dalam penanganan kasus obstetri dan neonatal
5. Kesepakatan RS PONEK melakukan pembinaan ke Fasilitas pelayanan kesehatan dasar Puskesmas mampu PONED, yang dihadiri juga oleh Tim dokter, Bidan Koordinator dan beberapa Bidan Desa Tertentu dari puskesmas kluster, yang dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
6. Pelaksanaan Lokakarya RSU Provinsi harus memenuhi baku mutu PONEK secara internal dan kesinambungan sebagai upaya menjaga kinerja institusi dan kualitas pelayanan, termasuk menjalin kerjasama dengan Dinas Kesehatan-Puskesmas-Poskesdes/BPS/BDD-KB
7. Pelatihan PP GDON dan KB bagi Puskesmas/Polindes/BPS/BDD terpilih dan dilakukan bimbingan teknis/ *On the Job Training* (OJT) ke Puskesmas yang juga melibatkan Poskesdes/BPS/BDD dengan fasilitasi dari Dinkes Provinsi/Kabupaten/Kota.
8. Upaya kendali mutu pelayanan dan perbaikan kinerja secara internal, termasuk komponen jejaring secara berkala dan terjadwal yang difasilitasi oleh Dinkes, Dinas Kesehatan kabupaten/kota dan Rumah Sakit.

9. Membentuk sistem pencatatan dan pelaporan secara berkala di tingkat kabupaten/kota dan Provinsi.
10. Melaksanakan evaluasi triwulan kinerja dan kualitas pelayanan institusional RS Rujukan dan Jejaring Pelayanan dan Komunikasi Emergensi di wilayah cakupan *Collaborative Improvement PONEK* oleh Organisasi Profesi dan Kemenkes.
11. Melakukan kajian data *outcome* (terutama MMR, NMR, still-birth, near-miss), dengan megkaji/*review* antara *output* pelayanan dengan kualitas pelayanan (*quality of care*) kesehatan Ibu dan Bayi baru lahir.

C. PERAN MANAJEMEN PUSKESMAS MAMPU PONED

Selain Tim yang dilatih PONED, maka untuk berfungsinya Puskesmas mampu PONED dalam satu kesatuan sitem rujukan kasus obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi, perlu didukung dengan kemampuan manajemen dalam penyelenggaraan pelayanannya. Pimpinan Puskesmas mempunyai peran penting untuk terselenggaranya pelayanan yang berkualitas dan berfungsinya Puskesmas mampu PONED sebagai rujukan-antara kasus emergensi/komplikasi obstetri dan neonatal dalam wilayah regional sistem rujukannya.

Manajemen pelayanan PONED merupakan bagian dari manajemen pelayanan kesehatan lainnya dalam lingkup Puskesmas, sehingga proses perencanaan, penggerakan pelaksanaan serta pengawasan, pengendalian dan penilaian kinerjanya tidak dipisahkan dari proses Puskesmas seutuhnya.

Demikian pula dalam proses pemantauan pelaksanaan dan hasil kinerja yang dilakukan melalui Lokakarya Mini Puskesmas dan Lokakarya Mini Triwulanan dengan Lintas Sektor, maka segala sesuatu yang perlu dibahas dalam penyelenggaraan pelayanan PONED juga turut dibahas dalam forum tersebut.

BAB V

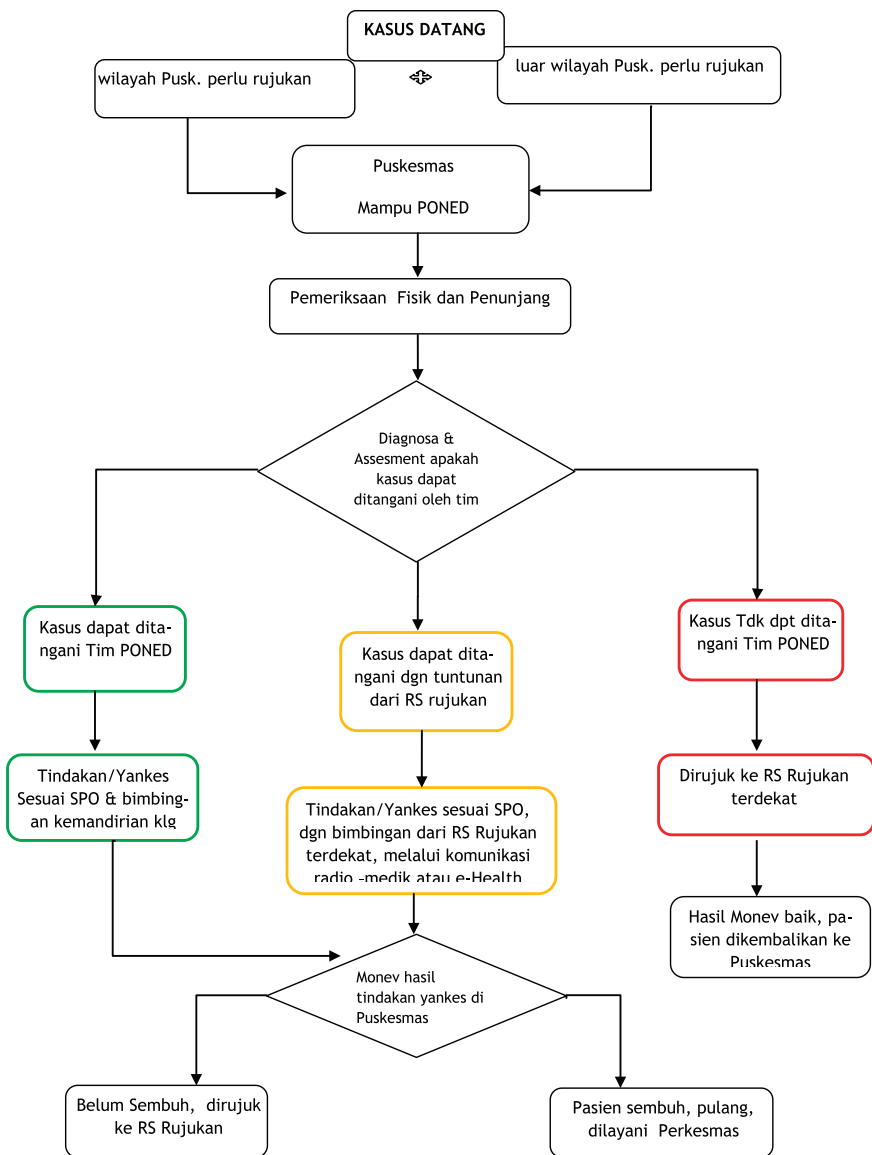
SISTEM RUJUKAN DALAM PENYELENGGARAAN PONED

A. PENERIMAAN PASIEN DI PUSKESMAS MAMPU PONED.

Sebagaimana disebutkan dalam pengertian, sistem rujukan adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab timbal balik terhadap kasus penyakit atau masalah kesehatan baik secara vertikal dalam arti dari unit yang berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu atau secara horisontal dalam arti unit-unit yang setingkat kemampuannya.

1. Kasus yang dirujuk ke Puskesmas mampu PONED, kemungkinan berasal dari:
 - a. Rujukan masyarakat:
 - 1) Datang sendiri sebagai pasien perorangan atau keluarga
 - 2) Diantar/dirujuk oleh kader Posyandu, Dukun Bayi, dan lainnya
 - 3) Dirujuk dari institusi masyarakat, seperti Poskesdes, Polindes, dll.
 - b. Rujukan dari pelayanan kesehatan perorangan tingkat pertama dari wilayah kerja Puskesmas mampu PONED , antara lain dari:
 - 1) Unit rawat jalan Puskesmas, Puskesmas pembantu/ keliling.
 - 2) Praktek dokter atau bidan mandiri
 - 3) Fasilitas pelayanan kesehatan perorangan tingkat pertama lainnya
 - c. Rujukan dari Puskesmas sekitar
2. Alur Pelayanan di fasilitas rawat inap Puskesmas.
 - a. Alur rujukan kasus¹ tersebut dapat dilihat pada gambar 7

1 Kasus: obstetri- neonatal emergensi/komplikasi



Gambar 7 : Alur Rujukan di Puskesmas mampu PONEC

B. PELAKSANAAN RUJUKAN.

Kebutuhan merujuk pasien tidak hanya dalam kondisi kegawat-daruratan saja, akan tetapi juga pada kasus yang tidak dapat ditangani di fasilitas pelayanan rawat inap karena tim Inter-profesi tidak mampu melakukan dan atau peralatan yang diperlukan tidak tersedia. Khusus untuk pasien dalam kondisi sakit cukup berat dan atau kegawat-daruratan medik, proses rujukan mengacu pada prinsip utama, yaitu :

1. Ketepatan menentukan diagnosis dan menyusun rencana rujukan, yang harus dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien, sesuai dengan kemampuan dan kewenangan tenaga dan fasilitas pelayanan.
2. Kecepatan melakukan persiapan rujukan dan tindakan secara tepat sesuai rencana yang disusun.
3. Menuju/memilih fasilitas rujukan terdekat secara tepat dan mudah dijangkau dari lokasi.

Model pola rujukan kegawat-daruratan medik/PONED yang ideal adalah dengan regionalisasi pelayanan kesehatan dengan cara :

1. Pemetaan fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan rujukan dalam wilayah kabupaten/kota:
 - a. Setiap Puskesmas dengan jejaring pelayanan dalam lingkup wilayah kerjanya, perlu dipetakan secara jelas dengan jalur rujukan pelayanan dasar yang memungkinkan dapat dibangun
 - b. Puskesmas non PONED/Puskesmas mampu PONED, bersama RS kabupaten/kota dalam satu wilayah kabupaten/kota atau dengan RS Kabupaten/kota tetangganya, perlu dipetakan dalam membangun sistem rujukan medik spesialisistik pada tingkat kabupaten/kota.
 - c. Puskesmas non PONED di sepanjang perbatasan negara tetangga dan fasilitas rujukan medik di negara tetangga, perlu dipetakan dalam rangka membangun satu sistem rujukan medik/PONED terdekat, bilamana dianggap perlu, didukung dengan satu kebijakan khusus, melalui hubungan antar pemerintahan
 - d. Keterlibatan Provinsi dalam kondisi wilayah kabupaten mempunyai daerah-daerah sulit yang harus dilayani Tim Pelayanan Kesehatan Bergerak (TPKB) Provinsi melalui *Flying Health Care* perlu dipetakan dalam sistem rujukan medik di Provinsi.

2. Pemetaan sumberdaya:
 - a. Tenaga kesehatan: Medis, Keperawatan (Bidan, Perawat) dan tenaga pendukung lainnya, dengan kemampuan pelayanan dan kewenangannya,
 - b. Kelengkapan peralatannya, dipetakan di setiap fasilitas pelayanan dalam peta sistem rujukan, sehingga dapat digambarkan kondisi kemampuan fasilitas pelayanan kesehatan dimaksud dalam satu sistem rujukan medik.
3. Alur rujukan kasus obstetric dan neonatal secara timbal-balik.
 - a. Dari tingkat masyarakat/UKBM:
 - 1) Masyarakat hendaknya telah terdidik dengan baik untuk mengenal tanda bahaya kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir, tahu kemana mencari pertolongan segera, tepat waktu, tepat tujuan.
 - 2) Posyandu, UKBM lainnya, Kader Kesehatan, dapat membantu pasien untuk menunjukkan dan atau mengantarkannya menuju fasilitas pelayanan kesehatan yang tepat serta mampu memberikan layanan sesuai kebutuhannya.
 - b. Mekanisme rujukan pasien maternal dan atau neonatal, dalam kondisi bermasalah atau kegawat-daruratan medik:
 - 1) Pasien maternal/neonatal dari Keluarga, Masyarakat Umum, Polindes, Poskesdes, dengan masalah dan atau emergensi/komplikasi, dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapat layanan sesuai kebutuhan layanan.
 - 2) Pasien obstetri dan neonatal, dalam kondisi “kegawat-daruratan medik obstetrik/neonatal”, dapat dibawa ke semua fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu menangani kasusnya, misalnya ke Puskesmas mampu PONEK dan bila dipandang perlu dapat langsung ke RS rujukan PONEK/RSSIB terdekat.
 - c. Puskesmas akan mengirimkan pasiennya tepat waktu dan tepat tujuan ke:
 - 1) Puskesmas dengan fasilitas rawat inap mampu PONEK, dengan kinerja (*performance*) yang baik, atau
 - 2) RS rujukan medik spesialis/PONEK, RSSIB terdekat.
 - d. Pada kondisi Puskesmas yang difungsikan sebagai pusat rujukan-antara tidak mampu memberi layanan rujukan

medis pada kasus obstetri dan neonatal (PONED), pasien harus secepatnya dirujuk ke RS rujukan (PONEK/RSSIB) dan secepatnya diberikan latihan ulang.

4. Pada lokasi-lokasi tertentu seperti di lokasi terpencil /sangat terpencil, merujuk pasien ke RS rujukan medik spesialisik/ PONEK terdekat hampir tidak mungkin, dan atas dasar kebutuhan pelayanan rujukan, Puskesmas dengan fasilitas rawat inap di lokasi-lokasi terpencil dan sangat terpencil di pusat gugus pulau atau pusat cluster daratan terpencil/sangat terpencil, perlu dipertimbangkan untuk ditingkatkan kemampuannya, sebagai pusat rujukan medik spesialisik terbatas.
5. Pada kondisi kabupaten berada di daerah terpencil, atau sebagian wilayah kabupaten berada di daerah terpencil, maka:
 - a. Apabila RS Kabupaten tidak memiliki dokter spesialis (SpOG dan Sp.A), maka RS tidak dapat difungsikan sebagai pusat rujukan medik spesialisik/PONEK,
 - b. Pada kondisi demikian, pasien yang membutuhkan rujukan spesialisik maternal/obstetri dan neonatal emergensi tidak dapat dilayani
 - c. Dinas Kesehatan Kabupaten melalui Pemda Kabupaten, dapat meminta bantuan Provinsi, mendukung penyelenggaraan pelayanan rujukan obstetri dan neonatal, di RS Kabupaten dan pelayanan kesehatan bagi masyarakatnya di daerah terpencil/sangat terpencil.
 - d. Provinsi harus membantu kabupaten untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan melalui kunjungan Tim Pelayanan Kesehatan Bergerak (TPKB) Provinsi dalam upaya skrening kasus risiko maternal/neonatal sesuai standar yang mewajibkan ibu hamil minimal 1 kali diperiksa dokter.
 - e. TPKB daerah terpencil, yang datang ke RS Kabupaten atau Puskesmas perawatan, dapat memberikan layanan rujukan medik spesialisik, dan umpan balik serta tindak-lanjutnya.
6. Rujukan yang dikirim ke fasilitas pelayanan rujukan medik spesialisik/spesialisik terbatas (PONEK), harus menerima umpan balik rujukan, sehingga kebutuhan pelayanan kesehatan dapat secara tuntas dilayani,

C. REGIONALISASI SISTEM RUJUKAN PONED

1. Pengertian

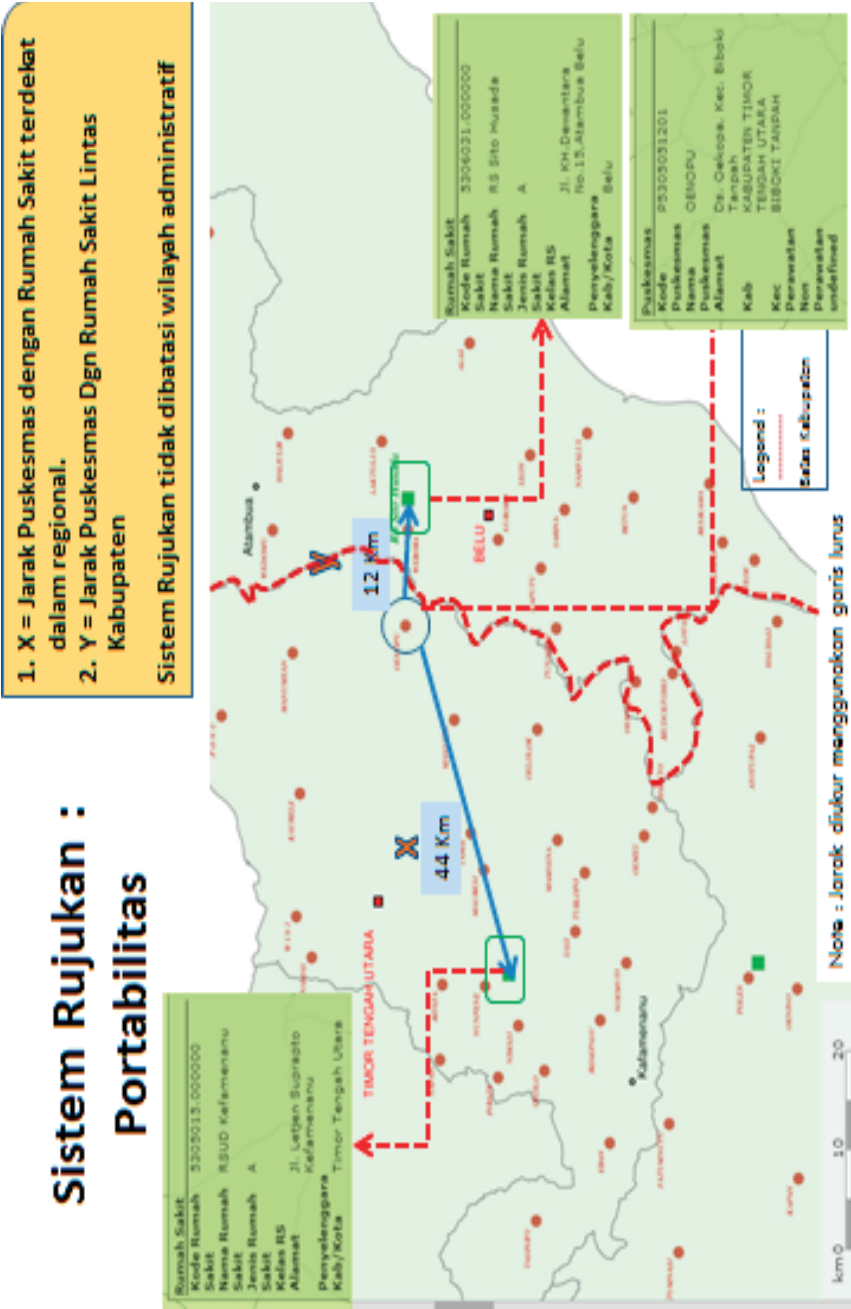
Regionalisasi Sistem Rujukan PONED adalah pembagian wilayah sistem rujukan dari satu wilayah kabupaten dan daerah sekitar yang berbatasan dengannya, dimana Puskesmas mampu PONED yang berada dalam salah satu regional sistem rujukan wilayah kabupaten/kota, difungsikan sebagai rujukan-antara yang akan mendukung berfungsinya Rumah Sakit PONEK sebagai rujukan obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi di wilayah kabupaten/kota bersangkutan.

2. Manfaat sistem rujukan maternal neonatal

Perbaikan sistem pelayanan kesehatan maternal dan neonatal tidak cukup dengan hanya melakukan standarisasi pelayanan dan peningkatan kemampuan sumber daya manusia, tetapi juga perbaikan sistem rujukan maternal dan neonatal yang akan menjadi bagian dari tulang punggung sistem pelayanan secara keseluruhan. Karena dalam kenyataannya, masih selalu terdapat kasus maternal dan neonatal yang harus mendapatkan pelayanan pada fasilitas kesehatan yang sesuai setelah mendapatkan pertolongan awal di fasilitas pelayanan kesehatan primer. Beberapa kasus kegawatdaruratan maternal dan neonatal memerlukan tempat rujukan antara sebagai sarana untuk melakukan stabilisasi, setelah itu pengobatan dan tindakan definitif harus dikerjakan di fasilitas pelayanan yang lebih baik oleh karena keterbatasan teknis baik di fasilitas pelayanan kesehatan primer maupun tempat rujukan antara (Puskesmas).

3. Proses Regionalisasi Sistem Rujukan :

Satu wilayah sistem rujukan (regional) tersebut akan menjadi *catchment area* dari satu sub-sistem rujukan pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergency di kabupaten/kota.



sumber : Dinkes Provinsi NTT, 2013

Gambar 9 : Contoh Regionalisasi sistem rujukan di Provinsi NTT

Dengan ditingkatkannya kemampuan Puskesmas mampu PONEK, diharapkan kasus emergensi/komplikasi obstetri dan neonatal tertentu dari lokasi-lokasi yang jauh dari pusat rujukan RS PONEK di Kabupaten, dapat ditangani di Puskesmas mampu PONEK. Sedangkan kasus lainnya diluar kewenangannya akan dirujuk ke RS PONEK dengan persiapan pra rujukan, didampingi petugas terlatih emergensi dalam perjalanan rujukannya. Adapun proses regionalisasi sistem rujukan dilaksanakan sebagai berikut:

1. Mempelajari:
 - a. Peta wilayah kabupaten dengan kejelasan batas-batas wilayah kecamatan dan jalur transportasi yang difungsikan masyarakat dengan menggunakan sarana transportasi yang tersedia dengan jarak dan waktu tempuh (km, jam/menit) serta ketersediaannya (rutin per hari, per satuan waktu lainnya, dan lainnya).
 - b. Lokasi-lokasi Puskesmas, Puskesmas dengan rawat inap, dan fasyankes lainnya yang ada dengan tingkatan kompetensinya dalam pelayanan obstetri dan neonatal emergensi.
 - c. Lokasi rumah sakit yang ada, baik RSUD kabupaten/kota bersangkutan maupun RS Swasta dan RSUD tetangga yang ada dalam jangkauan/akses sistem rujukan dan tingkat kompetensinya dalam pelayanan obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi
2. Memetakan sistem rujukan obstetri-neonatal dan alur rujukannya, dengan keberadaan lokasi-lokasi fasyankes yang sudah berfungsi atau akan ditingkatkan fungsinya sebagai rujukan-antara untuk pelayanan kasus emergensi obstetri-neonatal dasar (PONEK) dalam satu persatu regional sistem rujukan, dengan RS PONEK/Rumah Sakit Sayang Ibu dan Bayi (RSSIB) sebagai pusat rujukan spesialisik.
3. Hasil pemetaan wilayah dan Alur Sistem Rujukan Medis di masing-masing daerah administratif dan regional wilayah, dikomunikasikan kepada para pemangku kepentingan (*stakeholders*) penyelenggaraan pelayanan kesehatan perseorangan di tingkat pertama, kedua dan bila perlu ketiga serta penanggung-jawab sistem rujukan

4. Menindak-lanjuti proses pemetaan regionalisasi sistem rujukan, dilakukan proses penguatan fungsi pelayanan dari masing-masing unit pelayanan melalui pembinaan petugas dan pembinaan fasyankes serta pelatihan dan kunjungan berkala pendampingan, dalam rangka alih pengetahuan dan ketrampilan teknis medis, teknis komunikasi perubahan perilaku (BCC), serta kemampuan manajemen penyelenggaraan



Gambar 10. 10 (sepuluh) langkah pembentukan Regionalisasi Sistem Rujukan

- 10 (sepuluh) langkah pembentukan regionalisasi sistem rujukan dapat dibaca lebih lanjut di buku Pedoman Sistem Rujukan Nasional, Kementerian Kesehatan, RI 2012
- Rujukan dapat berupa rujukan informasi melalui pembinaan Dokter Spesialis Anak dan Dokter Spesialis Kebidanan dan Kandungan , atau rujukan saran tindakan terhadap kasus yang sedang ditangani saat itu.

BAB VI

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

A. PERAN PEMBINA

1. Puskesmas mampu PONED

Puskesmas mampu PONED bertanggung jawab membina fasilitas kesehatan di wilayahnya antara lain Puskesmas non perawatan, Poskesdes, Polindes dan Bidan Desa dalam rangka membangun sistem rujukan dan melakukan penilaian kinerja terhadap pelayanan kesehatan yang telah dilakukan. Pembinaan ini meliputi :

- a. Mengumpulkan, mengolah dan menganalisa data cakupan pelayanan kesehatan di Puskesmas mampu PONED
- b. Melakukan penilaian diri kesesuaian tindakan dengan SOP
- c. Melakukan penilaian kinerja berdasarkan cakupan program dan pelayanan

Sebagai bagian dari regional rujukan di wilayah kabupaten/kota, maka Puskesmas mampu PONED dapat memberikan informasi ataupun umpan baik hasil pelayanan kasus yang dirujuk dari Puskesmas jejaring di sekitarnya. Sekalipun bukan berupa pembinaan kepada Puskesmas jejaring disekitarnya, tetapi sebagai hubungan kerjasama melalui rujukan kasus yang bermasalah, maka peningkatan hasil kerjasama melalui pendekatan yang tepat yaitu *collaborative improvement* dalam pelayanan KIA, KB, PONED dan rujukannya.

2. Dinas Kesehatan Kabupaten/kota.

Dinas Kesehatan kabupaten/kota sebagai penanggung jawab pembinaan lintas program antara penanggung jawab program kesehatan dengan pemberi pelayanan kesehatan berperan:

- a. Mengatur kerjasama Lintas Sektor antara sektor kesehatan termasuk Rumah Sakit Rujukan, LSM dan masyarakat.
- b. Melibatkan organisasi profesi seperti IDI, IBI, PPNI, IDAI, POGI dan organisasi lainnya terkait pelayanan PONED dalam pembinaan aspek teknis pelayanan
- c. Membahas bersama Puskesmas, mengenai perencanaan penyelenggaraan Puskesmas mampu PONED
- d. Membina secara berkala pelaksanaan pelayanan Puskesmas mampu PONED

3. Organisasi Profesi

Peran organisasi profesi adalah melakukan pembinaan teknis melalui anggota yang tersebar di daerah terhadap aspek teknis medis. Pembinaan ini dapat dalam bentuk bimbingan teknis yang berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan kabupaten/kota berupa :

- a. RMP (Review Maternal Perinatal)
- b. Kunjungan berkala dokter spesialis ke Puskesmas mampu PONE
- c. Pertemuan berkala bimbingan kasus rujukan
- d. Supervisi

4. Rumah Sakit

Rumah Sakit mempunyai kewajiban untuk melakukan pembinaan secara teknis medis sekaligus melakukan pembinaan sistem rujukan kepada Puskesmas mampu PONE. Penanggung jawab pembinaan adalah penanggung jawab pelayanan UGD dan penanggung jawab pelayanan spesialisik. Bentuk pembinaan dapat berupa magang (*off the job training*) di RS bagi petugas pelayanan penanganan kegawatdaruratan medik.

B. PEMBINAAN

Terselenggaranya pelayanan di Puskesmas mampu PONE yang bermutu dan profesional perlu dilakukan pembinaan baik terhadap Puskesmas, Dinas Kesehatan kabupaten/kota dan Dinas Kesehatan Provinsi. Pembinaan ini dilakukan secara berjenjang dan simultan dengan melibatkan Lintas Program dan Lintas Sektor.

1. Pembinaan Puskesmas mampu PONE diarahkan untuk :

- a. Meningkatkan mutu pelayanan (Teknis dan Non Teknis yang terintegrasi dengan baik)
- b. Meningkatkan kemampuan manajerial Puskesmas
- c. Meningkatkan kemampuan membangun kerjasama dengan mitra kerja terkait

2. Pembinaan dapat diberikan dalam bentuk :

- a. Pelatihan Ulang (*retraining*), untuk teknis dan non teknis
- b. Pendampingan, dalam kemampuan teknis, non teknis dan manajemen, antara lain melalui magang dan bimbingan untuk kemampuan teknis,
- c. Supervisi fasilitatif

3. Aspek yang Dibina

- a. Aspek teknis yang dibina adalah:
 - 1) Kemampuan/ ketrampilan teknis medis, keperawatan
 - 2) Kepatuhan pada SOP dalam memberikan pelayanan yang sesuai standar mutu,
 - 3) Mengimplementasikan konsep *collaborative improvement*, dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan yang berkelanjutan.
- b. Aspek Non Teknis:
 - 1) Kemampuan KIE, KIP/K,
 - 2) *Behavioural Change Communication* (BCC),
 - 3) Kemampuan Pemasaran, Public Relation,
 - 4) Kemampuan advokasi, kolaborasi, koordinasi, Integrasi, dan lainnya
 - 5) Kemampuan manajemen alat kesehatan
- c. Aspek manajemen yang dibina adalah :
 - 1) Menyusun rencana penyelenggaraan PONED di Puskesmas dibahas secara Lintas Program dan Lintas Sektor melalui forum DTSP atau bentuk forum lain dari hasil analisa data yang ada.
 - 2) Menyusun kerangka kegiatan dalam upaya mencapai tujuan, berdasarkan rencana yang disusun, mencakup kegiatan-kegiatan teknis, non teknis dan manajemen
 - 3) Membangun dan menggerakkan peran serta masyarakat,
 - 4) Membangun sistem rujukan yang berfungsi baik, mantap, efektif dan efisien
 - 5) Penyelenggaraan (*manajemen*) PONED di Puskesmas, dalam rangka mencapai target cakupan dan keberhasilan PONED,
 - 6) Pencatatan dan pelaporan

C. PENGAWASAN

Pengawasan dilakukan untuk memastikan dan menjamin bahwa tujuan dan kegiatan penyelenggaraan Puskesmas mampu PONED akan terlaksana sesuai dengan kebijakan, rencana, dan peraturan perundangan yang berlaku.

Pengawasan dilaksanakan secara berjenjang oleh Pemerintah Pusat (Kementerian Kesehatan, Konsil Kedokteran Indonesia), pemerintah

Daerah (Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota) sesuai dengan tugas dan kewenangan masing-masing dan dapat berkoordinasi dengan organisasi profesi terkait. Pengawasan terdiri dari pengawasan internal dan pengawasan external. Sedangkan dalam kinerja pelayanannya, maka masyarakat pengguna juga akan memberikan penilaian atas pelayanan yang diberikannya, terutama pada aspek kualitas personal/fungsionalnya (*personal/functional quality of the process*)

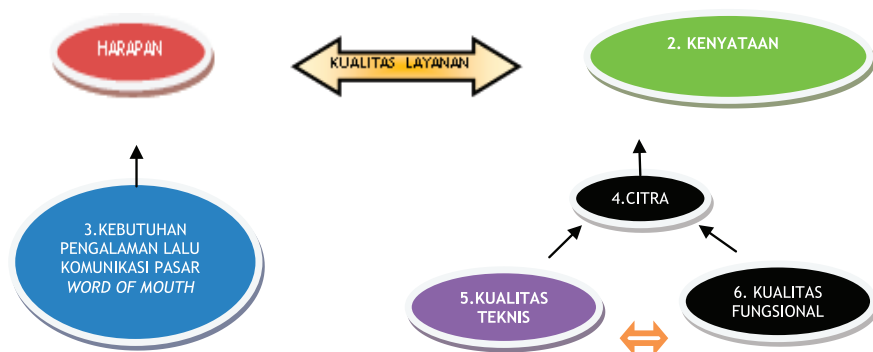
BAB VII

MEMBANGUN KARAKTER PELAYANAN

A. PELAYANAN YANG BERKUALITAS DAN MEMUASKAN.

Layanan yang berkualitas dan memuaskan akan dapat membangun citra layanan yang baik dimata konsumen/sasaran pelayanannya, baik konsumen internal maupun konsumen eksternal. Konsep pelayanan yang berkualitas dan memuaskan akan menjadi dasar bagaimana pelayanan di Puskesmas harus diselenggarakan. Dengan pendekatan demikian, diharapkan layanan akan berhasil membangun citra layanan yang baik karena berhasil mencapai tujuannya. Konsumen semakin yakin untuk datang mendapatkan pelayanan karena permasalahan kesehatannya akan dapat diselesaikan dengan baik.

Layanan di Puskesmas dapat dinyatakan berkualitas, kalau layanan dapat memberikan kepuasan kepada penggunanya, artinya apa yang diperoleh dari pelayanan yang diterima sesuai dengan apa diharapkan ketika akan mencari layanan yang dibutuhkannya. Layanan akan menjadi layanan prima kalau yang diterima melebihi harapan yang dibangunnya seperti diuraikan pada gambar berikut ini.



Gambar 11: Enam Kriteria Pelayanan yang berkualitas baik

Layanan kesehatan di Puskesmas berhasil mencapai tujuan, kalau pasien yang berada dalam kondisi sakit cukup berat dan atau dalam kondisi kegawat-daruratan medik yang dirujuk ke fasilitas Puskesmas mampu PONE, sudah dilayani sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya berdasarkan standar pelayanan medik dan SPO. Apabila pasien tidak dapat

ditangani sampai tuntas dapat dipersiapkan dan dirujuk tepat waktu dan tepat tujuan, sehingga mendapatkan layanan secara adekuat di fasilitas rujukan yang lebih mampu.

Untuk memberikan layanan yang memuaskan selain komponen kualitas teknis yang dapat memberikan outcome berupa kesembuhan atau teratasi masalah kesehatannya, yang juga merupakan hal penting adalah komponen personal/fungsional, yaitu bagaimana proses layanan tersebut diberikan, secara bersama-sama dengan komponen kualitas teknis akan membangun citra layanan yang baik, yang mampu memberikan rasa puas bagi pengguna, sehingga harapan pengguna dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan ini terpenuhi.

Layanan dikatakan memuaskan apabila harapan pengguna terpenuhi ketika menerima layanannya, dan **dikatakan layanan prima** apabila layanan yang diterima melampaui harapannya. Kalau harapannya tidak dapat terpenuhi, citra layanan menjadi buruk dimata pengguna. Dalam kondisi ini belum tentu secara teknis layanan tidak berkualitas, atau penyakitnya tidak sembuh, tetapi kualitas personal/fungsional yang belum dapat memenuhi permintaan konsumennya.

Sekalipun penyakitnya sembuh atau masalah kesehatannya teratasi, namun pasien pulang mungkin saja dengan perasaan yang tidak/kurang puas, karena faktor kualitas personal/fungsional layanan tersebut yang kurang/tidak memuaskannya. Kondisi demikian banyak dialami oleh banyak pengguna pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah, termasuk di Puskesmas. Kunci kualitas personal/fungsional dari satu pelayanan adalah kualitas interaksi/pertemuan antara konsumen dengan provider pemberi layanan (*buyer-seller interactions*), yang merupakan dimensi dari kualitas fungsional suatu proses pelayanan.

Dimensi kualitas teknis dari suatu pelayanan yang diberikan oleh Tim Inter-profesi akan menghasilkan outcome. Fase pemberian layanan ketika itu disebut sebagai *the moment of truth* yaitu momen dimana terjadi pertemuan antara pemberi layanan dengan konsumen atau pasien. Pada fase *the moment of truth* ini, provider pemberi layanan mempunyai peluang terbesar untuk dapat mempertunjukkan seperti apa kualitas layanan yang dapat diberikan kepada konsumen, sehingga fase ini benar-benar merupakan moment penting bagi diri pemberi pelayanan dalam membangun citra dimata konsumen/ pasien, disamping teknis layanan yang perlu dijaga juga kualitasnya.

Apabila dalam proses pemberian layanan pada momen tersebut diabaikan, maka peluang emas bagi provider akan berlalu, dalam arti provider/pemberi layanan kehilangan peluang/kesempatan menunjukkan dirinya sebagai pemberi layanan sebagaimana diharapkan konsumennya. Dan seandainya timbul masalah akibat layanan yang baru saja diberikannya saat itu, maka provider sudah kehilangan kesempatan untuk memperbaikinya.

B. MENCIPTAKAN LAYANAN YANG BERKUALITAS

Menjadi sangat penting bagi tenaga kesehatan yang ada dalam pelayanan untuk dapat menciptakan citra yang baik bagi institusinya, karena pencitraan suatu institusi merupakan hasil kerjasama yang baik antara orang-orang yang berada dalam institusi tersebut.

Membangun karakter diri dan organisasi bukanlah hal yang mudah, hal-hal yang harus diperhatikan dalam membangun karakter adalah :

1. Kepuasan pelanggan adalah kepuasan petugas Puskesmas (kepuasan pelanggan adalah segala-galanya).
2. Berkomitmen selalu memberi yang terbaik (selalu berusaha memberikan nilai lebih kepada pelanggan, tanggap terhadap kebutuhan pelanggan, siap dalam memberikan pelayanan kepada pelanggan).
3. Memberi pelayanan dengan hati (dengan penuh rasa tanggung jawab untuk berkarya dan berprestasi mandiri bukan karena diawasi)
4. Peduli pada kebutuhan masyarakat
5. Selalu memberikan yang terbaik pada setiap pelanggan.

Hal-hal tersebut diatas dilakukan dalam satu siklus yang berlangsung terus menerus agar dapat menghasilkan pelayanan yang memuaskan.

BAB VIII

PENUTUP

Dengan telah disusunnya pedoman ini, diharapkan dapat memberikan panduan bagi para pelaksana untuk terbentuk dan berfungsinya Puskesmas mampu PONEC di wilayah Kabupaten/Kota. Puskesmas mampu PONEC akan mendekatkan pelayanan emergensi obstetri dan neonatal ke sasaran yaitu ibu hamil dan bayi baru lahir.

Melalui Pedoman ini juga dapat mengantisipasi kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan Ibu dan Anak serta sebagai salah satu upaya percepatan penurunan AKI dan AKB. Dinas Kesehatan Provinsi, Kabupaten/kota diharapkan dapat selalu melakukan monitoring dan evaluasi sehingga pelayanan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal yang berkualitas dapat tercapai.

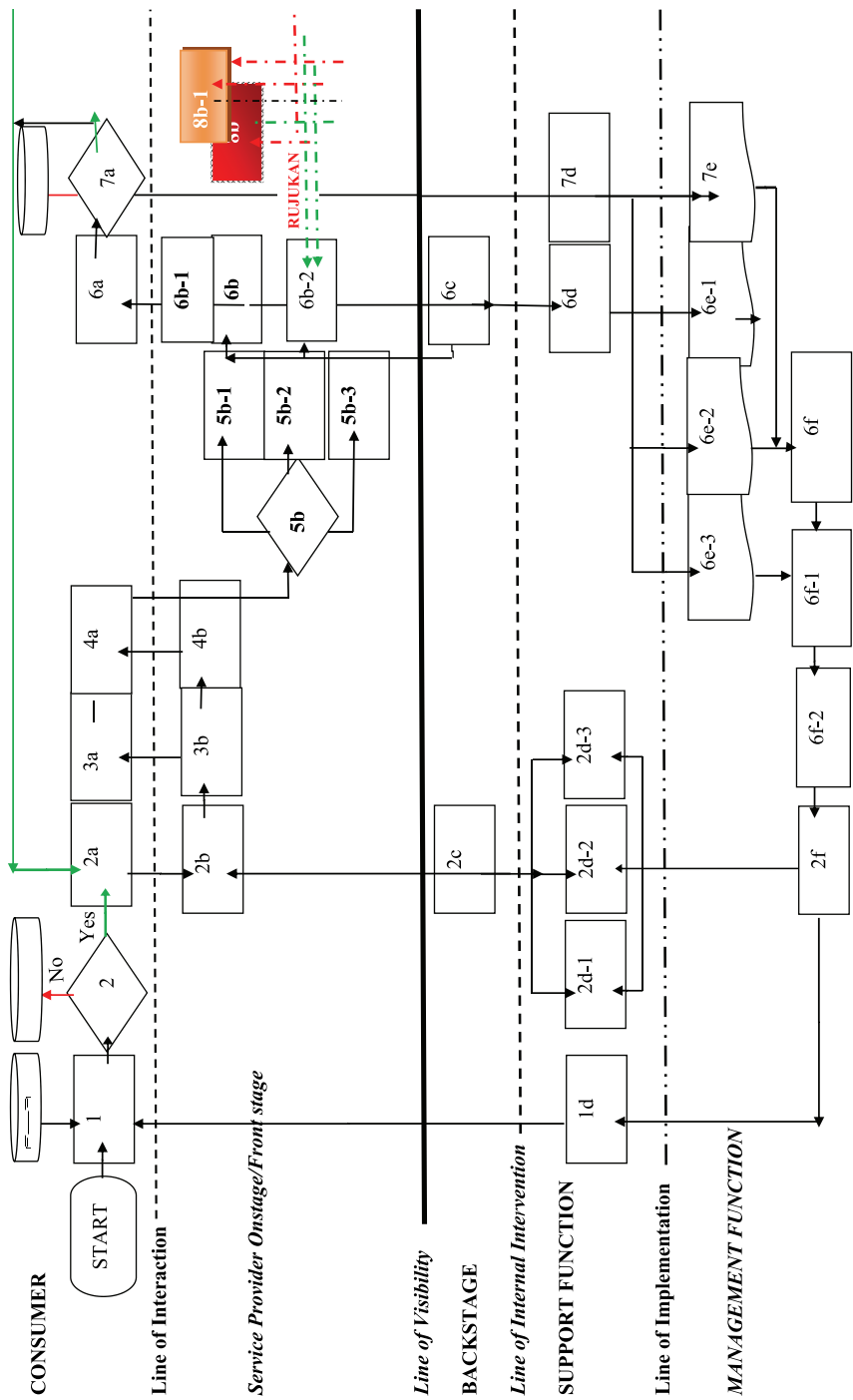
BUKU PENDUKUNG

Di bawah ini disampaikan buku-buku terkait penyelenggaraan PONED untuk melengkapi pemahaman dan pengetahuan para pembaca.

1. Keputusan Menteri Kesehatan R.I No.1428 tahun 2006 tentang Pedoman Penyelenggaraan Kesehatan Lingkungan Puskesmas
2. Pedoman Tata Ruang Puskesmas, Departemen Kesehatan R.I, 2008
3. Standar Peralatan Puskesmas, Departemen Kesehatan R.I, 2008
4. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial, Pedoman Teknis Pelayanan Kesehatan Dasar, Kementerian Kesehatan bersama WHO, IDAI dan Unicef, 2010
5. Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di RS dan Fasyankes lainnya, Kementerian Kesehatan R.I bersama WHO, USAID, Perdalim, 2011.
6. Pedoman Sistem Rujukan Nasional, Kementerian Kesehatan, RI 2012
7. Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) 24 jam di Rumah Sakit, Kementerian Kesehatan R.I, 2012
8. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan, Kementerian Kesehatan R.I bersama WHO, POGI dan IBI, Edisi Pertama, 2013.
9. Pedoman Peralatan Medik bagi Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir, Bayi dan Balita, Pengoperasian dan Pemeliharaan, Kementerian Kesehatan R.I, 2013.

LAMPIRAN 1

BLUE PRINT PELAYANAN KESEHATAN



1. Struktur Cetak Biru Layanan (*Service Blue Print*):

Service Blue Print (lampiran1..) menggambarkan bagaimana mewujudkan pengintegrasian layanan teknis, non teknis dan manajemen. Untuk memahami bagaimana sistem manajemen suatu fasyankes dapat difungsikan dalam penyelenggaraan pelayanan medis dan sistem rujukan dengan dukungan Sistem Informasi Manajemen dan Sistem Rujukan, diuraikan sebagai berikut:

a. Bidang/Area yang menggambarkan penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam satu Fasyankes, dibagi dalam:

- 1) Pengguna Pelayanan (*Consumer*):
- 2) Pemberi Layanan Langsung (*Service provider on stage*)
- 3) Pemberi layanan Tidak Langsung (*Backstage*)
- 4) Fungsi Pendukung Layanan (*Support Function*)
- 5) Fungsi Manajemen (*Management Function*)

b. “Garis Batas” masing-masing area:

- 1) *Line of interaction* sebagai batas (*interface*) antara area: Sisi pengguna pelayanan/pasien (a) dengan area Sisi pemberi layanan/*provider* (b).
- 2) *Line of Visibility*, sebagai batas antara area: (a) dan (b), area yang tampak/dirasakan pengguna pelayanan/pasien, dengan area penyedia fasilitas pelaksanaan pelayanan (c).
- 3) *Line of Internal Interaction*, sebagai batas antara area penyedia fasilitas pelayanan (c) dengan area fungsi pendukung/*support function* (d).
- 4) *Line of Implementation*, sebagai batas area sisi Tim Pelayanan/Tim Teknis (d, c, dan b), dengan area Tim Manajemen (e dan f)

c. Fungsi Dalam Penyelenggaraan Pelayanan Terintegrasi:



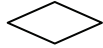
: Konsumen



: Awal dimulainya suatu penyelenggaraan layanan



: Tindakan yang dilaksanakan, baik oleh consumer maupun provider di lokasinya



: Pilihan, untuk beberapa kemungkinan pengambilan keputusan

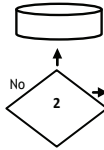
Penjelasan:

1d

: Penyediaan fasilitas untuk promosi, penyuluhan, pemasaran (materi/software, perangkat, jaringan, dll), yang disediakan, disiarkan, di-*upload*, yang digunakan untuk menggerakkan calon konsumen melakukan kontak, untuk mencari pelayanan:

- Mendesain dan mempersiapkan bahan-bahan berdasarkan analisis kebutuhan informasi bagi khalayak dan target sasaran pasien/keluarga dan memproduksi (sendiri/pengadaan) bahan-bahan dan menyebarkan/*upload*, informasi umum/ pemasaran tentang Fasyankes dan pelayanannya.
- Mendesain, mempersiapkan, dan memproduksi (dalam bentuk: elektronik, dan hard copy) bahan-bahan untuk mendukung kelancaran pelayanan fasyankes di *onstage/ front stage*, seperti:
 - o Alamat fasyankes, Nomor Telepon, email, web, dan informasi lengkap lainnya
 - o Informasi untuk daftar/jenis pelayanan yang tersedia dan nama-nama dokter, spesialis, dan tenaga inti lainnya
 - o Dan lainnya

1 : Informasi/penyuluhan/pemasaran tentang pelayanan kesehatan obstetric/neonatal ataupun kondisi emergensi yang memerlukan pertolongan segera dari fasyankes, baik langsung ataupun melalui media (cetak, elektronik, radio), akan menggerakkan masyarakat (pasien/keluarga) untuk mencari layanan yang diharapkan dapat mengatasi masalahnya.



: Pasien atau keluarganya, selanjutnya akan mempertimbangkan, apakah akan:

- Tidak akan atau menolak untuk memanfaatkan fasyankes bersangkutan (No), pasien kembali atau mencari layanan lain
- Pasien tertarik pada informasi dan berharap (Yes) untuk dilayani, maka langkah selanjutnya pasien mencari layanan

(2-3-4)
a

(2,3,4)-a

: Sisi pengguna pelayanan (*Customer*), saat berkontak dengan pemberi layanan yang dibutuhkan oleh pasien

(2-3-4)
b

(2-3-4)-b

: Sisi pemberi layanan (*provider*), saat berkontak, menerima dan melayani pasien yang berkontak, di area *onstage/front stage*

2a

2a : Atas informasi yang diperoleh dan kebutuhan pelayanan kesehatan, Pasien berkontak dengan pemberi layanan

2b

2b : Providers di *onstage* pertama “menyambut” pasien dengan persiapan sumberdaya secara lengkap; Provider tersebut mencakup di lokasi-lokasi:

- “Pintu gerbang” fasyankes, seperti di fasilitas untuk dapat akses pada tempat pelayanan,
- Tempat pendaftaran pasien/IGD pada kasus emergensi

2c : Provider di *backstage* (“belakang layar”), yang bertanggung-jawab menyediakan/ mempersiapkan sumberdaya untuk pelaksanaan pelayanan oleh provider di tempat pelayanan (*onstage*).

2d : (1-2-3) adalah providers di area fungsi pendukung (*support function*) yang menyediakan secara lengkap semua sumberdaya yang diperlukan, untuk siap pakai/ kerja, yang menjadi tanggung-jawab provider 2c, untuk digunakan semua provider sepanjang provider melaksanakan pelayanan di *onstage*

2d-1 : Penyiapan/penyediaan tenaga siap pakai/kerja (keberadaan jenis, jumlah, kompetensi teknis dan komunikasi, sikap)

2d-2 : Penyiapan/penyediaan prasarana, sarana, instrument dan teknologinya (antara lain: teknologi IT/digital (program-program/software dengan perangkat keras dan jaringannya), SOP, yang melengkapi peralatan medis dan penunjang medis dan perangkat lainnya.

2d-3 : Penyiapan:

- o Alat-alat kesehatan,
- o Obat dan bahan farmasi habis pakai dalam pelayanan,
- o Format-format (elektronik dan hard copy) bahan-bahan informasi untuk di *onstage/front stage*, seperti:
 - Denah lingkungan fasyankes dan alur jalan/ penunjuk jalan, evakuasi emergensi, dll
 - Bahan penyuluhan/pemasaran PONEB dan lainnya

- Informasi untuk jenis pelayanan dalam PONEB yang tersedia, Tim Inti, Pendukung, Penunjang, dan lainnya
- Bagan alir pelayanan yang berlaku dalam PONEB, penyelenggaraan pelayanan, persyaratan, untuk pemenuhan pelayanan, dan lainnya

2f

2f : Provider dalam posisi **manajemen**, yang akan mengkoordinasikan dan mengintegrasikan fungsi-fungsi, dalam upaya memanfaatkan sumberdaya yang disediakan **(6f-2)** berdasarkan rumusan strategi baru **(6f-1)** atas hasil evaluasi **(6f)**, untuk mendukung penyediaan dan pengaturan sumberdaya pelayanan selanjutnya **(2d-1, 2d-2, 2d-3) dan (1d)**, dalam upaya mempersiapkan penyelenggaraan pelayanan kepada pasien.

3b : Provider, berdasarkan kontak dengan pasien pengguna pelayanan, melaksanakan langkah pertama rencana pelayanan, mempersiapkan, menjelaskan, memfasilitasi dan menunjukkan/ mengarahkan pasien kemana akan mendapatkan pelayanan.

3a : Pengguna pelayanan menyambut/merespons saran dan arahan provider penerima pasien dan menuju ke tempat pelayanan yang tepat sesuai arahan (ke 4b)

4b : Provider menyambut kedatangan pasien (di IGD, Rawat Jalan, Rawat Inap, Fasilitas penunjang medis, lainnya), dan mendapatkan pemeriksaan/pelayanan pendahuluan dan selanjutnya menjelaskan tentang rencana pelayanan selanjutnya (pemeriksaan lanjutan, pelayanan medis/ tindakan, pengobatan/perawatan, lainnya) yang perlu diketahui dan disepakati pasien/keluarga yang berwenang mewakili. Kesepakatan konsumen/keluarga atas rencana

pelayanan yang selanjutnya akan diberikan untuk pasiennya, sesuai kebutuhan dan kesepakatan bersama atas rencana pelayanan, dinyatakan dengan penandatanganan *informed consent*

- 4a** : Pasien dan keluarga yang telah mendapatkan penjelasan dan diberi kesempatan untuk klarifikasi dan konsultasi, akan sepakat ataupun menolak rencana pelayanan yang dinyatakan dalam penanda-tanganan *Informed consent*. Kesepakatan sifatnya dua pihak, dan untuk hal tersebut, provider dan pasien/keluarga yang berwenang akan menandatangani *informed consent* pada format yang sama. Untuk kesepakatan tersebut, kedua belah pihak masing-masing akan mempersiapkan diri dengan sebaik-baiknya, sesuai dengan kewajibannya masing-masing.

Catatan: Proses rinci tersebut untuk tindakan emergensi tidak diperlukan, karena pasien emergensi harus segera ditolong (live saving), dalam upaya menyelamatkan jiwa pasien.

5 **5 : Pelayanan yang diberikan harus sesuai dengan kebutuhan/ permintaan pasien, apakah:**

5b-1 : Pelayanan 1, dapat berupa layanan untuk pemeriksaan (PD, Penunjang Medik dan dll) untuk penegakkan diagnosis

5b-2 : Pelayanan 2, dapat berupa layanan pengobatan/ tindakan,

5b-3 : Pelayanan 3, dapat berupa layanan untuk pemberian obat/ peresepan

6 **6 : Proses pelayanan selesai;**

- 6b** : Provider sudah menyelesaikan tugas pelayanannya, tuntas, atau RUJUKAN (rujuk ke Fasyankes lebih tinggi, rujuk balik, rujuk horizontal ke fasyankes lain), dengan penyiapan pasien dan tindakan sesuai dengan tujuannya (Pulang/Rujukan)

- 6b-1** : Provider administrasi pada tahap akhir pelayanan, mendokumentasikan proses dan hasil pelayanan serta dokumen rencana tindak-lanjut pelayanan pasien
- 6a** : Pengguna pelayanan melakukan evaluasi, antara harapan dan kenyataan dalam pengalamannya mencari/ mendapatkan pelayanan (*expected vs experienced*)
- 6c** : Provider di backstage memulai kegiatan tindak-lanjut, sesuai rencana tindakan yang dipersiapkan (6b, 6b-1),
- 6d** : Menyimpulkan pelaksanaan pelayanan yang diberikan, mencakup (input, proses, output, outcome), kepuasan pelanggan, dilakukan oleh provider di “fungsi pendukung/ *support function*”
- 6e** : Fungsi manajemen, **provider** melaporkan posisi/kondisi keuangan, inventory/logistic, serta mutu pelayanan, dengan menggunakan format (elektronik dan hard copy) untuk membuat LAPORAN:
- 6e-1**: Laporan keuangan: Pendapatan dan pengeluaran
- 6e-2**: Laporan Inventori/logistic (pemasukan, pemakaian, stok)
- 6e-3**: Laporan proses dan tingkat mutu pelayanan
- 6f** : Atas laporan (6e-1, 6e-2, 6e-3, dan 7e), manajemen mengevaluasi secara keseluruhan kinerja pelayanan yang diberikan di fasyankes
- 6f-1** : Atas hasil evaluasi, manajemen menyusun/merevisi Strategi
- 6f-2** : Atas strategi yang disusun, manajemen akan mengalokasikan sumberdaya

7

7 : Periode Pasca Pelayanan

- 7a** : Atas hasil evaluasi pelayanan yang diterima, Pasien/ keluarga puas atau tidak, akan mempertimbangkan “kelak” akan kunjung ulang/ memanfaatkan lagi jasa pelayanan fasyankes atau tidak?
- No: “Putus” pelayanan, karena tidak/belum membutuhkan lagi atau karena kecewa/tidak puas.

Yes: Ulangi permintaan pelayanan di lain kesempatan/
kebutuhan (ke 2a, kembali), bah

7d : Atas hasil keputusan lanjutan dari pasien/keluarga (7a), apakah pasien akan kunjung ulang atau “putus” pelayanan, maka Provider di area Fungsi pendukung/ *Support function*, akan mengevaluasi “kepuasan pasien” dalam menerima layanan, dalam prakteknya dapat menggunakan sistem kupon pelayanan

7e : Atas hasil evaluasi kepuasan pasien (6a), dibuat laporan secara keseluruhan tentang tingkat kepuasan pasien menerima layanan (objectif) dikaitkan dengan

8 : Fasyankes Rujukan

8b : Pasien, kemungkinan setelah mendapatkan pelayanan, karena kondisinya atau karena keterbatasan kemampuan, ketersediaan sarana, teknologi di fasyankes, perlu dirujuk ke fasyankes yang lebih mampu dengan persiapan **(6b)**. Disini provider akan merujuk pasiennya ke fasyankes Rujukan **(8, 8b)**, proses pelayanan selanjutnya di fasyankes rujukan, identik dengan pola ini, disesuaikan dengan tingkat kompetensi pelayanan.

LAMPIRAN 2

BATASAN KEWENANGAN DALAM PELAYANAN PONED

NO	Kewenangan	Kemampuan
MATERNAL		
1.	Perdarahan pada kehamilan muda	• Diagnosis abortus, mola hidatidosa, kehamilan ektopik • Resusitasi, stabilisasi • Evakuasi sisa mola dengan verbocain • Culdocentesis • Pemberian cairan • Pemberian antibiotika • Evaluasi • Kontrasepsi pasca keguguran
2.	Perdarahan post partum	• Diagnosis atonia uteri, perdarahan jalan lahir, sisa plasenta, kelaianan pembekuan darah • Kompresi bimanual • Kompresi aortal • Plasenta manual • Penjahitan jalan lahir • Restorasi cairan • Pemantauan keseimbangan cairan • Pemberian antibiotika • Pemberian zat vasoaktif • Pemantauan pasca tindakan • Rujukan bila di perlukan
3.	Hipertensi dalam kehamilan	• Diagnosis hipertensi dalam kehamilan. • Diagnosis preeklamsi- eklamsi • Resusitasi • Stabilisasi • Pemberian MgSO₄ dan penanggulangan intoksikasi MgSO₄ • Induksi/akselerasi persalinan • Persalinan berbantu (ekstraksi vakum dan forceps) • Pemantauan pasca tindakan • Pemberian MgSO₄ hingga 24 jam post partum • Rujukan bila di perlukan
4.	Persalinan macet	• Diagnosis persalinan macet • Diagnosis dystonia bahu/kala II lama • Akselerasi persalinan pada inertia uteri hipotoni • Tindakan ekstraksi vakum/forceps/melahirkan distosia bahu

5.	Ketuban pecah sebelum waktunya dan sepsis	• Diagnosis ketuban pecah sebelum waktunya • Diagnosis sepsis • Induksi/ akselerasi persalinan • Antibiotika profilaksis/terapeutik terhadap chorioamnionitis • Tindakan persalinan berbantu(assisted labor) pada kala II lama/exhausted • Pemberian zat vasoaktif • Pemberian antibiotika pada sepsis • Pemantauan pasca tindakan • Rujukan apabila di perlukan
6.	Infeksi Nifas	• Diagnosis infeksi nifas(metritis, mastitis, pelvico-peritonitis, thrombophlebitis) • Penatalaksanaan infeksi nifas sesuai dengan penyebabnya (memberikan uterotonika, antibiotika, dan zat vasoaktif) • Terapi cairan pada infeksi nifas/thrombophlebitis • Drainase abses pada abses mammae dan kolpotomi pada abses pelvis • Pemantauan pasca tindakan • Rujukan bila di perlukan.
NEONATAL		
1.	Asfiksia pada neonatal	• Peletakan bayi pada meja resusitasi dan dibawa radiant warmer • Resusitasi (ventilasi dan pijat jantung)pada asfiksia. • Terapi oksigen • Koreksi asam basa akibat asfiksia • Intubasi (apabila diperlukan) • Pemantauan pasca tindakan termasuk menentukan resusitasi berhasil atau gagal.
2.	Gangguan nafas pada bayi baru lahir.	• Penyebab dan tingkatan gangguan nafas pada bayi baru lahir • Terapi oksigen • Resusitasi bila di perlukan • Manajemen umum dan spesifik (lanjut) gangguan pernafasan. • Pemantauan pasca tindakan. • Rujukan bila di perlukan

3.	Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)	• Diagnosis BBLR dan penyulit yang sering timbul (hipotermia, hipoglikemia, hiperbilirubinemia, infeksi/ sepsis, dan gangguan minum) • Penyebab BBLR dan factor predisposisi • Pemeriksaan fisik • Penentuan usia gestasi • Komplikasi pada BBLR • Pengaturan pemberian minum/ jumlah cairan yang dibutuhkan bayi. • Pemantauan kenaikan BB • Penilaian tanda kecukupan pemberian ASI
4.	Hipotermi pada bayi baru lahir	• Diagnosis hipotermi • Menghangatkan bayi dengan incubator
5.	Hipoglikemi dari ibu dengan diabetes millitus	• Diagnosis hipoglikemi berdasarkan hasil pengukuran kadar glukosa darah • Pemberian glukosa mengikuti GIR (Glucose Infusion rate), termasuk pemberian ASI apabila memungkinkan.
6.	Ikterus	• Diagnosis icterus berdasarkan kadar bilirubin serum atau metode kremer • Pemeriksaan klinis icterus pada hari pertama, hari kedua, hari ketiga dan seterusnya untuk perkiraan klinis derajat icterus • Diagnosis banding icterus • Pemberian ASI • Penyinaran
7.	Kejang pada Neonatus	• Diagnosis kejang pada neonates • Tatalaksana penggunaan fenobarbital atau fenitoin • Pemeriksaan penunjang • Pemberian terapi suportif • Pemantauan hasil penatalaksanaan
8.	Infeksi Neonatus	• Diagnosis infeksi neonatal • Pemberian antibiotic • Menjaga fungsi respirasi dan kardiovaskuler

Sumber kurikulum Pelatihan Pelayanan Obstetri-Neonatal Emergensi Dasar(PONED) Kementerian Kesehatan RI, Pusdiklat Aparatur 2011

Kewenangan Puskesmas mampu PONED diatas dapat berubah sesuai dengan kebijakan/ketentuan yang berlaku.

LAMPIRAN 3

KASUS – KASUS YANG HARUS DI RUJUK KE RUMAH SAKIT

1. Kasus Ibu hamil yang memerlukan rujukan segera ke Rumah Sakit
 - a. Ibu hamil dengan panggul sempit
 - b. Ibu hamil dengan riwayat bedah sesar
 - c. Ibu hamil dengan perdarahan antepartum
 - d. Hipertensi dalam kehamilan (preeklamsi berat/ eklamsi)
 - e. Ketuban pecah disertai dengan keluarnya meconium kental
 - f. Ibu hamil dengan tinggi fundus 40 cm atau lebih (makrosomia , polihidramnion, kehamilan ganda)
 - g. Primipara pada fase aktif kala satu persalinan dengan penurunan kepala 5/5
 - h. Ibu hamil dengan anemia berat
 - i. Ibu hamil dengan disproporsi Kepala Panggul
 - j. Ibu hamil dengan penyakit penyerta yang mengancam jiwa (DM, kelainan jantung).
2. Kasus pada bayi baru lahir yang harus segera dirujuk ke Rumah Sakit:
 - a. Bayi risti usia gestasi kurang dari 32 minggu
 - b. Bayi dengan asfiksia ringan dan sedang tidak menunjukkan perbaikan selama 6 jam.
 - c. Bayi dengan kejang meningitis
 - d. Bayi dengan kecurigaan sepsis
 - e. Infeksi pra intra post partum
 - f. Kelainan bawaan
 - g. Bayi yang butuh transfuse tukar
 - h. Bayi dengan distress nafas yang menetap
 - i. Meningitis
 - j. Bayi yang tidak menunjukkan kemajuan selama perawatan
 - k. Bayi yang mengalami kelainan jantung
 - l. Bayi hiperbilirubinemia dan bayi dengan kadar bilirubin total lebih dari 10 mg/dl

Daftar kasus-kasus tersebut diatas dapat berubah sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta kebijakan/ ketentuan yang berlaku

LAMPIRAN 4

PERSYARATAN SARANA DAN PRASARANA PUSKESMAS MAMPU PONED

No.	Parameter	Persyaratan
1'	PERSYARATAN SARANA (BANGUNAN)	
	a. Ruang Perawatan Kebidanan	● Kebutuhan luas ruang untuk 1 (satu) tempat tidur (tt) pasien adalah minimal 7,2 m² ● Di dalam ruang rawat pasien yang memiliki lebih dari 1 (satu) , jarak antar tt adalah 2,4m², ● Cat dinding dan warna lantai harus cerah untuk memudahkan dibersihkan, ● Ruang Perawatan Kebidanan harus dekat dengan pas jaga perawat (<i>nurse station</i>) □ Disarankan pertemuan antara dinding dengan lantai melengkung (<i>hospital plint</i>) untuk memudahkan pembersihan, □ Harus dilengkapi toilet pasien yang berada di dalam ruang perawatan (tidak harus menyatu dengan kamar), dengan pintu toilet membuka ke arah luar toilet. ● Pintu ruang rawat min, 90 cm, atau dapat dilalui brankar. ● Persyaratan lantai harus kuat, rata & tidak porous.
	b. Ruang Tindakan Obstetri	● Kebutuhan luas ruangan min. 12 m² ● Disarankan pertemuan antara dinding dengan lantai melengkung (<i>hospital plint</i>) untuk memudahkan pembersihan ● Pintu ruang tindakan min. 90 cm, atau dapat dilalui brankar. □ Persyaratan lantai harus kuat, rata & tidak porous, disarankan menggunakan bahan penutup lantai vinyl. ● Ruang tindakan dilengkapi washtafel (fasilitas <i>general prequofion</i>) ● Dilengkapi 'email untuk menyimpan instrument dan obat- obatan untuk tindakan kegawat daruratan kebidanan.

	c. Ruang Tindakan Neonatus	- Kebutuhan luas ruangan min. 9 m² - Disarankan pertemuan antara dinding dengan lantai melengkung (<i>hospital plint</i>) untuk memudahkan pembersihan. - Pintu ruang tindakan min. 90 cm, atau dapat dilalui brankar. ● Persyaratan lantai harus kuat, rata & tidak porous, disarankan menggunakan bahan penutup lantai vinyl. ● Ruang tindakan dilengkapi washtafel (fasilitas <i>general prequotion</i>) ● Dilengkapi lemari untuk menyimpan instrument dan obat-obatan untuk tindakan kegawat daruratan neonates.
	d. Ruang Perawatan Pasca Persalinan	□ Merupakan ruang rawat gabung ibu dan bayi normal. Kebutuhan luas ruang untuk 1 (satu) tempat tidur (tt) pasien dan tt bayi adalah minimal 8 m² - Di dalam ruang rawat pasien yang memiliki lebih dari 1 (satu) tt, jarak antar tt adalah 2,4m². - Cat dinding dan warna lantai harus cerah untuk memudahkan dibersihkan. - Ruang Perawatan Pasca Persalinan harus dekat dengan pos jaga perawat (<i>nurse station</i>) - Disarankan pertemuan antara dinding dengan lantai melengkung (<i>hospital glint</i>) untuk memudahkan pembersihan. - Harus dilengkapi toilet pasien yang berada di dalam ruang perawatan, dengan pintu toilet membuka ea rah luar toilet, dan dilengkapi kioset duduk. - Pintu ruang rawat min. 90 cm, atau dapat dilalui brankar. - Persyaratan lantai harus kuat, rata & tidak porous.
	e. Ruang Jaga Perawat Dokter	- Lokasi ruang jaga perawat dokter harus dekat dengan ruang rawat pasien kebidanan dan pasca persalinan sehingga dapat memonitor kondisi pasien secara cepat. - Dilengkapi lemari untuk menyimpan instrument dan obat-obatan untuk keperluan pasien rawat inap.

	f. Ruang Bedah Minor	- Ruang bedah minor dikelompokkan dengan ruang-ruang penunjangnya dalam satu area khusus yaitu area bersih. - Ruang bedah minor dilengkapi dengan area untuk scrub up (cuci tangan petugas bedah), depo farmasi, depo linen, ruang Mat/ instrument, ruang sterilisasi (<i>;autoclave</i>). - Ruang-ruang tersebut dihubungkan dalam satu ruang antara (<i>;foyer</i>). - Di dalam ruang bedah minor harus mempunyai tekanan udara positif. Ruangan ini dilengkapi dengan : 1. alat pengkondisian udara dengan pre-filter yaitu jenis <i>single unit/split system</i> 2. alat untuk menarik udara masuk ke dalam ruangan/ memasukkan udara (<i>;supply fanlinhauster</i>). 3. alat untuk menarik udara ke luar ruangan/ mengeluarkan udara buangan (<i>;exhaust fan</i>). Ketentuan : Laju aliran udara (CFM) yang ditarik ke luar ruangan harus lebih kecil dan laju aliran udara (CFM) yang dimasukkan ke dalam ruangan untuk menciptakan tekanan udara positif. - Alat pengkondisian udara tersebut harus dipasang dengan dibenamkan dalam dinding (<i>;wall mounted</i>), - Ruang bedah minor mempunyai akses langsung dengan area kotor. Area kotor harus mempunyai akses langsung ke luar bangunan. Area kotor tersebut terdiri dari : a. Spoelhoek, tempat membuang kotoran pasien setelah operasi kecil, dilengkapi kloset leher angsa untuk membuang kotoran dan wastafel untuk membas alat/ instrumen tersebut. b. Ruang cuci alat, yaitu ruang untuk dekontaminasi/mencuci peralatan bekas pakai operasi. Ruangan ini dilengkapi akses/ loket ke ruang sterilisasi. - Persyaratan lantai harus kuat, rata & tidak porous, disarankan menggunakan bahan penutup lantai vinyl. - Pertemuan antara dinding dengan lantai melengkung (<i>;hospital plint</i>) untuk memudahkan pembersihan. - Pertemuan antara dinding dengan dinding melengkung untuk memudahkan pembersihan.
--	----------------------	---

ii'	PERSYARATAN PRASARANA (UTILITAS)	
	a. Ventilasi dan Pengkondisian Udara	- Bangunan Puskesmas harus mempunyai jendela yang dapat dibuka untuk kepentingan ventilasi alami. - Ruanqan yang dilenqkapi dengan ventilasi mekanik harus diberikan pertukaran udara minimal 6(enam) kali per iam (<i>ACH/Air Change Hour = 6 times</i>) - Tata udara untuk ruangan yang dapatmenimbulkan pencemaran atau penularan penyakit ke ruangan lainnya, harus lanqsung dibuang ke luar.
	b. Fasilitas Cuci Tangan (<i>; G e n e r a l P r e g u o t i o n</i>)	- Fasilitas cuci tangan harus tersedia pada tiap-tiap ruang pelayanan pasien (poliklinik, lab, ruang tindakan, dll). - Pada Ruang perawatan kebidanan dan pasca persalinan harus dilengkapi dengan fasilitas cuci tangan. dengan perletakkannya tidak di dalam ruang perawatan tersebut. - Fasilitas cuci tangan dilengkapi setidaknya dengan cairan desinfeksi (sabun), handuk pribadi/ tissue untuk mengeringkan tangan - Pada ruang tindakan, ruang sterilisasi, laboratorium, dll disarankan dilengkapi keran air panas.
	c. Kelistrikan	- Sistem instalasi listrik dan penempatannya harus mudah dioperasikan diamati, dipelihara, tidak membahayakan, tidak mengganggu dan tidak merugikan lingkungan, bagian bangunan dan instalasi lain, serta perancangan dan pelaksanaannya harus berdasarkan PUILISNI.04-0225 edisi terakhir dan peraturan yang berlaku - Sumber daya listrik pada Puskesmas mampu PONED terdiri : (1) Sumber Daya Listrik Normal Yaitu sumber listrik berasal dari Perusahaan Listrik Negara. (2) Sumber Daya Listrik Siaga Yaitu sumber listrik cad angan berupa diesel generator(Genset). Disarankan memiliki genset dengan kapasitas minimal 40% dari jumlah daya terpasang.

	Tata Suara (;nurse call)	- Sistem instalasi listrik dan penempatannya harus mudah dioperasikan diamati, dipelihara, tidak membahayakan, tidak mengganggu dan tidak merugikan lingkungan, bagian bangunan dan instalasi lain, serta perancangan dan pelaksanaannya harus berdasarkan PUILISNI.04-0225 edisi terakhir dan peraturan yang berlaku - Sumber daya listrik pada Puskesmas mampu PONED terdiri : (1) Sumber Daya Listrik Normal Yaitu sumber listrik berasal dari Perusahaan Listrik Negara. Sumber Daya Listrik Siaga Yaitu sumber listrik cadangan berupa diesel generator (Genset). Disarankan memiliki genset dengan kapasitas minimal 40% dari jumlah daya terpasang.
	Tata Suara (;nurse call)	- Pada tiap-tiap tempat tidur pasien dalam ruang perawatan dilengkapi dengan sistem panggil perawat (;nurse station) yang bertujuan menjadi alat komunikasi antara perawat dan pasien dalam bentuk visual dan audible (suara), dan memberikan sinyal pada kejadian darurat pasien.
	Koridor dan Tangga	- Ukuran koridor/selasar sebagai akses horizontal antar ruang dipertimbangkan berdasarkan fungsi koridor, fungsi ruang, dan jumlah pengguna. Ukuran koridor yang aksesibilitas brankar pasien minimal 2,4 m. - Sistem aksesibilitas harus mempertimbangkan tersedianya akses evakuasi, termasuk bagi penyandang cacat. - Apabila terdapat akses vertikal (tangga), harus memiliki dimensi pijakan dan tanjakan yang berukuran seragam. Tinggi masing-masing tanjakan adalah 15 — 17 cm, lebar pijakan 28 — 30 cm. - Harus memiliki kemiringan tangga kurang dari 60°. - Lebar tangga minimal 120 cm untuk membawa usungan dalam keadaan darurat, untuk mengevakuasi pasien dalam kasus terjadinya kebakaran atau bencana. - Harus dilengkapi dengan pegangan rambat (handrail).

LAMPIRAN 5

PERALATAN PUSKESMAS MAMPU PONED

No	ALAT MATERNAL	Jumlah	Satuan
1.	Meja instrumen 2 rak	1	buah
2.	Bak Instrumen tertutup kecil	1	buah
3.	Bak Instrumen tertutup medium	1	buah
4.	Bak Instrumen tertutup besar (Obsgin)	1	buah
5.	Tromol kasa	2	buah
6.	Nierbekken/ Kidney disk diameter sekitar 20-21 cm	2	buah
7.	Nierbekken/ Kidney disk diameter sekitar 23-24 cm	2	buah
8.	Timbangan injak dewasa	1	buah
9.	Pengukur tinggi badan (microtoise)	1	buah
10.	Standar infus	1	buah
11.	Lampu periksa Halogen	1	unit
12.	Tensimeter/ sphygmomanometer dewasa	1	buah
13.	Stetoskop dupleks dewasa	1	buah
14.	Termometer klinik (elektrik)	1	buah
15.	Tabung oksigen + Regulator	1	unit
16.	Masker oksigen + Kanula nasal	2	unit
17.	Tempat tidur periksa (examination bed)	2	unit
18.	Rak alat serbaguna	1	buah
19.	Penutup baki rak alat serbaguna	2	buah
20.	Lemari Obat	1	buah
21.	Meteran/ metline	1	buah
22.	Pita pengukur lengan atas (LILA)	1	buah
23.	Stetoskop janin Pinard/ Laenec	1	buah
24.	Pocket Fetal Hearth Rate Monitor (Doppler)	1	unit
25.	Tempat tidur untuk persalinan (Partus bed)	2	unit
26.	Plastik alas tidur	1	buah
27.	Klem kasa (korentang)	2	buah
28.	Tempat klem kasa (korentang)	2	buah
29.	Spekulum Sims kecil	1	buah
30.	Spekulum Sims medium	1	buah
31.	Spekulum Sims besar	1	buah
32.	Spekulum cocor bebek Grave kecil	1	buah
33.	Spekulum cocor bebek Grave medium	1	buah
34.	Spekulum cocor bebek Grave besar	1	buah

No	ALAT MATERNAL	Jumlah	Satuan
35.	Kit resusitasi dewasa	1	unit
36.	Endotracheal tube dewasa 6,0	1	buah
37.	Endotracheal tube dewasa 7,0	1	buah
38.	Endotracheal tube dewasa 8,0	1	buah
39.	Stilet untuk pemasangan ETT no.1	2	buah
40.	Nasogastric tube dewasa 5	1	buah
41.	Nasogastric tube dewasa 8	1	buah
42.	Kacamata/ goggle	2	buah
43.	Masker	1	kotak
44.	Apron	2	buah
45.	Sepatu boot	2	pasang
46.	Tong/ ember dengan kran	2	buah
47.	Sikat alat	1	buah
48.	Perebus instrumen (Destilasi Tingkat Tinggi)	1	buah
49.	Sterilisator kering	1	buah
50.	Tempat sampah tertutup	3	buah
51.	Pispot sodok (stick pan)	2	buah
52.	Setengah Kocher	4	buah
53.	Gunting episiotomy	4	buah
54.	Gunting talipusat	4	buah
55.	Gunting benang	4	buah
56.	Pinset anatomis	4	buah
57.	Pinset surgis	4	buah
58.	Needle holder	4	buah
59.	Nelaton kateter	4	buah
60.	Jarum jahit tajam (cutting) G9	1	amplop
61.	Jarum jahit tajam (cutting) G11	1	amplop
62.	Bak/ baskom plastik tempat plasenta	2	buah
63.	Ekstraktor Vakum Manual	1	unit
64.	Aspirator Vakum Manual	1	unit
65.	Waskom	2	unit
66.	Klem Kelly/ Klem Kocher lurus	1	buah
67.	Klem Fenster/ Klem Ovum	4	buah
68.	Needle holder	2	buah
69.	Pinset anatomis	1	buah
70.	Pinset surgis	1	buah
71.	Mangkok iodine	1	buah

No	ALAT MATERNAL	Jumlah	Satuan
72.	Tenakulum Schroeder	1	buah
73.	Klem kasa lurus (sponge foster straight)	1	buah
74.	Gunting Mayo CVD	1	buah
75.	Aligator ekstraktor AKDR	1	buah
76.	Klem penarik benang AKDR	1	buah
77.	Sonde uterus Sims	1	buah
78.	Hemoglobin meter elektronik	1	kit
79.	Tes celup Urinalisis Glukose & Protein	1	kit
80.	Tes celup hCG (tes kehamilan)	200	buah
81.	Tes golongan darah (ABO, Rhesus)	2	kit
82.	Benang chromic (jarum tapper 0) 2/0	1	kotak
83.	Benang chromic (jarum tapper 0) 3/0	1	kotak
84.	Sprit disposable (steril) 1 ml	100	buah
85.	Sprit disposable (steril) 3 ml	200	buah
86.	Sprit disposable (steril) 5 ml	200	buah
87.	Sprit disposable (steril) 10 ml	50	buah
88.	Sprit disposable (steril) 20 ml	50	buah
89.	Three-way Stopcock (steril)	1	buah
90.	Infus Set Dewasa	50	buah
91.	Kateter intravena 16 G	50	buah
92.	Kateter intravena 18 G	50	buah
93.	Kateter intravena 20 G	50	buah
94.	Kateter penghisap lendir dewasa 8	1	buah
95.	Kateter penghisap lendir dewasa 10	1	buah
96.	Kateter Folley dewasa 16 G	5	buah
97.	Kateter Folley dewasa 18 G	5	buah
98.	Kantong urin	10	buah
99.	Sarung tangan steril 7	50	pasang
100.	Sarung tangan steril 7,5	50	pasang
101.	Sarung tangan steril 8	50	pasang
102.	Sarung tangan panjang (manual plasenta)	10	pasang
103.	Sarung tangan rumah tangga (serbaguna)	2	pasang
104.	Plester non woven	1	buah
105.	Sabun cair untuk cuci tangan	1	buah
106.	Povidon Iodin 10 %	1	buah
107.	Alkohol 75 %	1	buah
108.	Cuvette Hemoglobin meter elektronik	1	set

No.	ALAT NEONATAL	Jumlah	Satuan
1	Tensimeter/ sphygmomanometer bayi	1	buah
2	Tensimeter/ sphygmomanometer neonatus	1	buah
3	Stetoskop dupleks bayi	1	buah
4	Stetoskop dupleks neonatus	1	buah
5	Termometer klinik (elektrik)	1	buah
6	Timbangan neonatus + bayi	1	buah
7	ARI timer standar (respiratory rate timer)	1	buah
9.	Lampu emergensi	4	buah
10.	Meja resusitasi dengan pemanas (infant radiant warmer)	1	buah
11.	Kit resusitasi neonates	1	unit
12.	Balon resusitasi neonatus mengembang sendiri, dengan selang reservoir	1	set
13.	Sungkup resusitasi	1	set
14.	Sungkup resusitasi	1	set
15.	Sungkup resusitasi	1	set
16.	Laringoskop neonatus bilah lurus (3 ukuran)	1	set
17.	T piece Resusitator	1	set
18.	Endotracheal tube anak	1	buah
19.	Endotracheal tube anak	1	buah
20.	Endotracheal tube anak	1	buah
21.	Endotracheal tube anak	1	buah
22.	Nasogastric tube neonatus	1	buah
23.	Nasogastric tube neonatus	1	buah
24.	Nasogastric tube neonatus	1	buah
25.	Tabung oksigen + Regulator	1	unit
26.	Pompa penghisap lendir elektrik	1	set
27.	Penghisap lendir DeLee (neonatus)	2	unit
28.	Handuk pembungkus neonatus	6	buah
29.	Kotak kepala neonatus (head box)	1	buah
30.	Klem arteri Kocher mosquito lurus	1	buah
31.	Klem arteri Kocher mosquito lengkung	1	buah
32.	Klem arteri Pean mosquito	1	buah
33.	Pinset surgis	1	buah
34.	Pinset jaringan kecil	1	buah
35.	Pinset bengkok kecil	1	buah
36.	Needle holder	2	buah
37.	Gunting jaringan Mayo ujung tajam	1	buah
38.	Gunting jaringan Mayo ujung tumpul	1	buah

No.	ALAT NEONATAL	Jumlah	Satuan
39.	Gunting jaringan Iris lengkung	1	buah
40.	Skalpel	1	buah
41.	Bisturi	5	buah
42.	Baskom kecil	1	buah
43.	Needle Holder Matheiu	1	buah
44.	Jarum Ligasi Knocker	1	buah
45.	Doyeri Probe lengkung	1	buah
46.	Pinset jaringan Semken	1	buah
47.	Pinset kasa (anatomis)	1	buah
48.	Pinset jaringan (sirurgis)	1	buah
49.	Gunting Iris lengkung	1	buah
50.	Gunting operasi lurus	1	buah
51.	Retraktor Finsen tajam	1	buah
52.	Skalpel	1	buah
53.	Skalpel	1	buah
54.	Bisturi	5	buah
55.	Bisturi	5	buah
56.	Bisturi	5	buah
57.	Klem mosquito Halsted lurus	2	buah
58.	Klem mosquito Halsted lengkung	2	buah
59.	Klem linen Backhaus	2	buah
60.	Klem pemasang klip Hegenbarth	1	buah
61.	Kantong Metode Kanguru	10	buah
62.	Inkubator Ruangan dengan termostat sederhana	1	buah
63.	Infus Set Pediatrik	1	kotak
64.	Three-way Stopcock (steril)	1	buah
65.	Kanula penghisap lendir neonatus	2	buah
66.	Kanula penghisap lendir neonatus	2	buah
67.	Kanula penghisap lendir neonatus	2	buah
68.	Klem tali pusat	100	buah
69.	Kateter intravena	50	buah
70.	Kateter umbilicus	3	set
71.	Kateter umbilicus	3	set

Note : PONED set dapat berubah sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang berlaku

LAMPIRAN 6

OBAT YANG DIPERLUKAN DALAM PELAYANAN PONED

A. KEBUTUHAN OBAT PELAYANAN OBSTETRI EMERGENSI DASAR

Perdarahan

Ringer Laktat (500 ml)
NaCl 0,9% (500 ml)
Dextran 70 6% (500 ml)
Metil ergometrin maleat injeksi 0,2 mg (1 ml)
Metil ergometrin maleat tablet 75 mg (tablet)
Oksitosin injeksi 10 IU (1 ml)
Misoprostol (tablet)
Transfusi set dewasa
Kateter intravena no. 18 G
Kateter Folley no.18
Kantong urin dewasa
Disposable syringe 3 ml
Disposable syringe 5 ml

Hipertensi dalam kehamilan

Ringer Laktat (500 ml)
MgSO₄ 20% (25 ml)
MgSO₄ 40% (25 ml)
Glukonas kalsikus 10% injeksi (20 ml)
Diazepam 5 mg injeksi (2 ml)
Nifedipin 10 mg (tablet)
Hidralazin 5 mg injeksi
Labetolol 10 mg injeksi
Metildopa 250 mg (tablet)
Transfusi set dewasa
Kateter intravena no. 18 G
Kateter Folley no.18
Kantong urin dewasa
Disposable syringe 3 ml
Disposable syringe 5 ml
Disposable syringe 10 ml

Infeksi

Ringer Laktat (500 ml)
NaCl 0,9% (500 ml)
Ampisilin 1 g injeksi
Gentamisin 80 mg injeksi
Metronidazol 500 mg injeksi
Amoksisilin 500 mg (tablet)
Oksitosin injeksi 10 IU (1 ml)
Aquadest pro injeksi (25 ml)
Parasetamol 500 mg (tablet)
Infus set dewasa
Kateter intravena no. 18 G
Kateter Folley no.18

Kantong urin dewasa
Disposable syringe 3 ml
Disposable syringe 5 ml

Abortus

Ringer Laktat (500 ml)
NaCl 0,9% (500 ml)
Sulfas Atropin injeksi (2 ml)
Diazepam 5 mg injeksi (2 ml)
Pethidin injeksi (2 ml)
Metil ergometrin maleat injeksi 0,2 mg (1 ml)
Metil ergometrin maleat tablet 75 mg (tablet)
Amoksisilin 500 mg (tablet)
Asam Mefenamat 500 mg (tablet)
Infus set dewasa
Kateter intravena no. 18 G
Disposable syringe 3 ml
Disposable syringe 5 ml

Robekan jalan lahir

Ringer Laktat (500 ml)
NaCl 0,9% (500 ml)
Lidokain HCl 2% injeksi (2 ml)
Oksitosin injeksi 10 IU (1 ml)
Metil ergometrin maleat injeksi 0,2 mg (1 ml)
Amoksisilin 500 mg (tablet)
Asam Mefenamat 500 mg (tablet)
Chromic catgut no.1, atraumatik (sachet)
Chromic catgut no.2/0 atau 3/0, atraumatik (sachet)
Transfusi set dewasa
Kateter intravena no. 18 G
Kateter Foley no.18
Kantong urin dewasa
Disposable syringe 3 ml
Disposable syringe 5 ml

Syok anafilaktik

Ringer Laktat (500 ml)
NaCl 0,9% (500 ml)
Adrenalin 0,1% injeksi (1 ml)
Difenhidramin HCl 10 mg injeksi (1 ml)
Dexametason 5 mg injeksi (1 ml)
Transfusi set dewasa
Kateter intravena no. 18 G
Kateter Foley no.18
Kantong urin dewasa
Disposable syringe 3 ml
Disposable syringe 5 ml

Peralatan kesehatan, obat dan bahan habis pakai pada Puskesmas mampu PONED diatas dapat berubah sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta kebijakan dan ketentuan yang berlaku.

B. KEBUTUHAN OBAT PELAYANAN NEONATAL EMERGENSI DASAR

No	Nama Obat	Bentuk Sediaan
1	Vit.K1/Pithomenadion inject	Ampul
2	Sput 1 ml (utk vit.K)	unit
3	Salep mata tetrasiklin 1%	Tube
4	Cairan infus RL	Botol infus 500 ml
5	Cairan infus NaCl 0,9%	Botol infus 500 ml
6	Cairan infus Dextrose 10%	Botol infus 500 ml
7	Aquadest untuk pelarut	Botol
8	Alkohol 70%	Botol
9	Povidone Iodine	Botol
10	Penicillin procain	Vial
11	Ampicillin injeksi	Vial
12	Gentamisin injeksi	Vial 2 ml isi 20 mg
13	Gentamisin injeksi	Vial 2 ml isi 80 mg
14	Fenobarbital injeksi	Ampul
15	Diazepam injeksi	Ampul 1 ml dan 2 ml
16	Abbocath/wing needle	Unit
17	Vaksin Hepatitis Uniject	Sesuai kebutuhan

Catatan : Persediaan obat mencukupi untuk 1 bulan kedepan

Kebutuhan obat pelayanan neonatal emergensi dasar Puskesmas mampu PONED diatas dapat berubah sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta kebijakan dan ketentuan yang berlaku.

LAMPIRAN 7
FORMULIR RUJUKAN PASIEN

Nama Saryankes	FORM RUJUKAN		Asli/copy
Dirujuk oleh	Nama:	Jabatan:	
Initialing facility Nama & alamat	Tanggal merujuk: EMERGENCY/ rawat jalan		
Komunikasi telepon	No. telp:	No. Fax:	
Fasilitas kesehatan yang dituju: Nama & alamat			
Nama Pasien			
No. Identitas		Usia:	Jenis Kelamin:
Alamat pasien			
Anamnesis			
Pemeriksaan fisik			
Terapi di berikan			
Alasan merujuk			
Dokumen yang disertakan			
		Tanda tangan:	
Catatan untuk receiving facility: setelah memberi pelayanan kepada pasien mohon mengisi form rujukan balik dan kirimkan kembali bersama pasien atau dikirim melalui surat/fax			

Formulir surat rujukan diatas dapat berubah sesuai dengan kebijakan dan ketentuan/kebijakan berlaku.

LAMPIRAN 8

FORMULIR RUJUKAN BALIK

Rujukan balik Nama Fasilitas Kesehatan:			No. Telp:	No. Fax:
Dibalas oleh: (orang yang mengisi form ini)	Nama:		Tanggal:	
	Jabatan:		Spesialisasi	
Initiating facility: Nama & alamat				
Nama Pasien				
No. Identitas		Usia:	Jenis kelamin:	
Alamat Pasien				
Pasien ini diterima oleh: (nama dan spesialisasi)			Pada tanggal:	
Anamnesis				
Hasil penemuan khusus				
Diagnosis				
Terapi/operasi				
Obat yang diresepkan				
Mohon diteruskan dengan: (obat, resep, tindak lanjut, perawatan)				
Dirujuk balik kepada:			Pada tanggal:	
	Nama:		Tanda tangan:	

Form surat rujukan balik diatas dapat berubah sesuai dengan kebijakan/ ketentuan yang berlaku.

LAMPIRAN 9 PENCATATAN DAN PELAPORAN

Format 1 b

PUSKESMAS :
KABUPATEN :
PROPINSI :

PENCATATAN PUSKESMAS MAMPU PONED

BULAN :
TAHUN :

No.	NAMA IBU/MUR	ALAMAT	DIRIJK OLEH					DIAGNOSA (PARITAS DAN KELAINAN KOMPLIKASI)	PENANGANAN PUSKESMAS				DIRIJK KE		KEADAAN		KET.		
			Bidan	Dukun	Kader	Datang Sendiri	Pusk Non Pw		TINDAKAN	KEADAAN WAKTU PULANG				RSUK	RSJ SWASTA	IBU	BAYI		
										IBU		BAYI							
										Sehat	Mati	Sehat	Mati						

Formulir Pencatatan dan pelaporan diatas dapat berubah sesuai dengan kebijaka/ketentuan yang berlaku.

Puskesmas :
Kabupaten :
Provinsi :

PELAPORAN PUSKESMAS MAMPU PONED

BULAN :
TAHUN :

NO	Dirujuk Oleh					Diagnosa Paritas dan Kelainan Komplikasi	Ditangani di/ rujuk		Keadaan Saat		KET		
	Bidan	Dukun	Kader	Datang Sendiri	Puskesmas Non Perawatan		Tangani PONED	Rujuk Rumkit	pulang	dirujuk			

LAMPIRAN 10

INDIKATOR PEMANTAUAN KINERJA OBSTETRI DAN NEONATAL

Pelayanan Emergensi Obstetrik

I. Kinerja Manajemen Unit Pelayanan Emergensi Obstetrik

1. Standar masukan dan daftar tilik
2. Standar manajemen dan daftar tilik

II. Kinerja Klinis

1. Pengkajian Retrospektif
2. Indikator klinis
3. Indikator kolektif
4. Formulir pengumpulan data
5. Formulir nilai kolektif

Pusat Kesehatan Masyarakat

Kecamatan

Pelayanan Emergensi Obstetrik

Penilaian Kinerja Manajemen

1. Standar Masukan

2. Standar Manajemen

Provinsi :

Kabupaten :

Fasilitas :

Tanggal :

Petunjuk

Beri tanda 'ya' = 1 atau 'tidak' = 0 sesuai jawaban untuk setiap kegiatan. Pada setiap akhir bagian, masukkan nilai subtotal (jumlah kotak dengan jawaban 'ya'). Jumlahkan nilai subtotal bagian satu dan dua untuk mendapatkan nilai kinerja manajemen total.

Kolom informasi penilaian menunjukkan penanggung jawab informasi penilaian dan juga metode penilaiannya.

Informasi Kunci Untuk Penilaian

Kode Sumber

KU Kepala Unit

SU Staf Unit

KBU Kepala Bagian Keuangan

Kode Metode

W Wawancara

KC Kajian catatan

KL Kajian langsung di tempat

Spesifikasi berikut ini diperlukan untuk setiap area pelayanan kecuali ada pemberitahuan khusus:

1. Struktur Fisik Spesifikasi Ruang

1. Setiap ruang tidak boleh kurang dari 15-20 m².
2. Lantai harus porselen/plastik khusus untuk lantai ruang tindakan medik.
3. Dinding harus dicat dengan bahan yang bisa dicuci atau dilapis keramik.
4. Cat dan lantai harus berwarna terang sehingga kotoran bisa terlihat dengan mudah.

Kebersihan

Ruang harus bersih dan bebas debu, kotoran, sampah atau limbah rumah sakit. Hal ini juga berlaku untuk:

5. Lantai

6. Mebel
7. Perlengkapan dan Instrumen
8. Pintu dan Jendela
9. Dinding
10. Steker listrik
11. Langit-langit

Pencahayaan

12. Ruangan diterangi cahaya alami/lampu listrik sehingga pasien dan tulisan dapat terbaca tanpa sumber cahaya tambahan.
13. Semua jendela diberi kawat nyamuk/penapis pencegah masuknya serangga
14. Aliran listrik berfungsi baik, kabel dan steker terpasang aman dan kokoh, dan semua lampu berfungsi baik
15. Tersedia generator listrik gawatdarurat apabila aliran listrik terputus.
16. Tersedia lampu dengan kekuatan 60 watt, dengan jarak 60 cm dari tempat meletakkan neonatus (untuk penerang dan penghangat)

Ventilasi

17. Ventilasi (termasuk jendela) dengan rasio memadai jika dibandingkan dengan ukuran ruang.
18. Kipas angin atau pengatur suhu ruangan, harus berfungsi baik.
19. Suhu ruangan harus dijaga 24-26°C.
20. Pendingin ruang harus dilengkapi filter (sebaiknya anti bakteri).

Wastafel

21. Wastafel dengan dispenser sabun cair (tanpa/dengan disinfektan), tuas pembuka/penutup kran air dikendalikan dengan siku/pedal penekan (kaki).
22. Wastafel medik, keran dan dispenser terpasang pada ketinggian yang sesuai (dari lantai dan dinding).
23. Saluran pembuangan air limbah menggunakan sistem tertutup (total/ semi- closed drainage system).

24. Sikat halus untuk membersihkan tangan.
25. Direkomendasikan tersedia pasokan air panas (water heater) yang memadai, alat pemanas terpasang kokoh dan ketinggian yang sesuai pada dinding, kabel dan steker terisolasi secara aman, dan pipa saluran air terpasang rapi.
26. Tersedia handuk pribadi/tissue/air blower untuk mengeringkan tangan.

Mebel

Semua mebel harus ada dalam jumlah minimal seperti yang tertera dalam daftar tilik. Perhatikan kondisi berikut ini:

27. Semua mebel harus bersih (bebas debu, kotoran, cecair, dll).
28. Semua peralatan plastik atau kain pelapis harus utuh (tidak bocor/robek).
29. Permukaan metal harus bebas karat atau kontaminasi bahan infeksi
30. Semua mebel harus kokoh (tidak ada bagian yang longgar atau tidak stabil).
31. Permukaan yang dicat harus utuh dan bebas dari goresan/cacat.
32. Roda mebel (jika ada), harus lengkap dan berfungsi baik.

Instrumen/Peralatan

Semua instrumen harus sesuai dengan yang tercantum dalam daftar tilik. Perhatikan hal-hal berikut ini:

31. Semua peralatan harus bersih (bebas debu, kotoran, bercak, cairan, dll.).
32. Permukaan instrumen metal harus bebas karat atau cacat atau terkelupas.
33. Semua peralatan harus kokoh (tidak ada bagian yang longgar atau tidak stabil).
34. Permukaan peralatan yang dicat harus utuh atau tidak terkelupas .
35. Roda peralatan (jika ada), harus lengkap dan berfungsi baik.
36. Instrumen yang siap digunakan harus dalam keadaan steril/DTT.
37. Semua peralatan yang menggunakan listrik dan sumber/aliran listrik (saklar, kabel dan steker) harus berfungsi baik

2. Bahan dan Obat

Semua bahan dan obat harus berkualitas dan jumlahnya cukup (sesuai daftar tilik) untuk memenuhi kebutuhan unit ini.

- a. Untuk HPP: Oksitosin, ergometrin, misoprostol tablet
- b. Untuk PEB/ Eklampsia: MgSO₄, nifedipin, atenolol/labetalol
- c. Antibiotika
- d. Ca-glukonas
- e. Cairan Infus: Ringer/NaCL/D5/HES
- f. Set Infus
- g. Kateter Urin + Kantong Urin
- h. Ketamine HCl
- i. Diazepam
- a. Lidocain
- j. Dopamin/Dobutamin
- k. Naloxone dan Sulfas Atropin
- l. Adrenalin/Nor-epinephrine
- m. Furosemide

Bagian 1: Daftar Tilik Pemantauan Standar Masukan

1. Area Cuci Tangan dan Pemrosesan Alat

Instruksi: Beri nilai 1 untuk “ya” dan 0 untuk “tidak”

Kelengkapan/Kegiatan		Y	T	Ket
Keterangan				
1.1 Struktur Fisik				
1.1.1	Spesifikasi ruang Di ruang dengan lebih dari satu tempat tidur, jarak antar tempat tidur adalah 2 meter, wastafel di luar ruangan (tuas/handle siku untuk membuka dan menutup aliran air).			
1.1.2	Kebersihan (dan sanitasi)			
1.1.3	Pencahayaan di dalam ruangan			
1.1.4	Ventilasi untuk sirkulasi udara ruangan			
1.1.5	Wastafel Wastafel cuci tangan klinis rutin (bentuk dan dimensi tertentu sehingga percikan air tidak keluar dan aliran air lancar tanpa genangan air			
Nilai Aktual				
Nilai Yang dibutuhkan		5		
1.2 Mebel				
1.2.1	Wadah untuk meletakkan gaun bekas			
1.2.2	Rak/gantungan pakaian petugas dan pasien			
1.2.3	Rak sepatu di luar ruang bersih atau koridor			
1.2.4	Lemari untuk barang pribadi			
1.2.5	Wadah (diberi kantung/lapisan plastik) dengan penutup untuk limbah *wadah terpisah untuk limbah organik dan non-organik.			
Nilai Aktual				
Nilai Yang dibutuhkan		5		
1.4 Bahan-bahan				
1.4.1	Sabun -jumlah dan jenisnya (padat/cair/dengan atau tanpa antiseptik) cukup, dianjurkan dalam <i>dispenser</i> dengan pompa siku.			
1.4.2	Sikat halus, ember/wadah instrumen, sarung tangan rumah tangga			
1.4.3	Disinfektan, dekontaminan (klorin 0.5%), larutan DTT kimiawi (klorin 0,1%)			
1.4.4	Boiler (perebus/pengukus)/autoclave			
1.4.5	Handuk/ <i>tissue</i> dan pengering (hembusan udara) - Handuk bersih dan kering bagi setiap petugas. - Tissue khusus untuk pengering tangan, <i>Hand dryer</i> (udara biasa atau hangat).			
Nilai Aktual				
Nilai Yang dibutuhkan		5		
Nilai Aktual				
Nilai Yang dibutuhkan		15		

2. Area Resusitasi dan Stabilisasi di Ruang Obstetri/UGD

Kelengkapan/Kegiatan		Y	T	KET
Keterangan				
2.1 Struktur Fisik				
2.1.1	Spesifikasi ruang Luas 15m ² dan bagian dari Unit/Area Tindakan Khusus.			
2.1.2	Kebersihan			
2.1.3	Pencahayaan			
2.1.4	Ventilasi			
2.1.5	Wastafel			
2.1.6	Steker listrik Ruang harus dilengkapi paling sedikit tiga steker yang terpasang kokoh, aman dan sesuai kaidah peralatan listrik. Kapasitas steker harus mampu menahan beban listrik yang diperlukan dan berfungsi baik.			
Nilai Aktual				
Nilai Yang dibutuhkan		6		
2.2 Mebel				
2.2.1	Meja periksa untuk ibu 1 Meja dengan lapisan kasur busa, ditutupi lembaran plastik utuh dan seprai bersih. 2 Bagian logam harus bebas karat dan kontaminasi.			
2.2.2	Meja instrumen atau peralatan			
Nilai Aktual				
Nilai Yang dibutuhkan		2		
2.3 Perlengkapan				
2.3.1	Pasokan oksigen 1 Harus ada dua tabung oksigen dengan satu regulator dan pengukur aliran 2 Tabung oksigen cadangan harus selalu terisi penuh. 3 Harus ada pengatur kadar oksigen.			
2.3.2	Jam dinding Penunjuk waktu jelas dan tepat serta berfungsi baik.			
2.3.3	Selimut Harus ada cukup selimut untuk menutupi ibu dalam jumlah yang sesuai dengan perkiraan persalinan.			
2.3.4	Lampu darurat (<i>emergency room</i>)			
2.3.5	Stetoskop dewasa			
2.3.6	Set resusitasi dewasa harus terdiri dari perlengkapan berikut:			
2.3.6.1	Balon respirasi (mengembang sendiri), berfungsi baik			
2.3.6.2	Selang reservoir oksigen			
2.3.6.3	Masker oksigen (untuk dewasa)			
2.3.6.4	Plaster			
2.3.6.5	Gunting			
2.3.6.6	Aspirator dan slang penghisap lender			
2.3.6.7	Pipa minuman			

2.3.6.8	Alat suntik 1, 2 1/2 , 3, 5, 10, 20cc			
2.3.6.9	Ampul Nor-epinefrin/ Adrenalin			
2.3.6.10	NaCL 0,9% / larutan Ringer Asetat/ RL			
2.3.6.11	MgSO4			
2.3.6.12	Sodium bikarbonat 8,4%			
2.3.7	Set resusitasi neonatus:			
2.3.7.1	Penghangat bayi (Radiant warmer) -1 Minimal ada satu penghangat yang berfungsi baik.			
2.3.7.2	Balon respirasi yang dapat mengembang sendiri (neonatal)			
2.3.7.3	Masker oksigen (neonatal dan bayi)			
2.3.7.4	Tabung dan slang oksigen			
2.3.7.5	Medikamentosa (BicNat, Epinephrine, Glucosa, Naloxone)			
2.3.8	Kateter			
Nilai Aktual				
Nilai Yang dibutuhkan			23	
Nilai Aktual			31	
Nilai Yang dibutuhkan				

3. Kamar Bersalin (Level 1)

Kelengkapan/Kegiatan		Y	T	Ket
Keterangan				
3.1 Struktur Fisik				
3.1.1	Spesifikasi ruang Bersalin 1 Paling kecil, ruangan berukuran 12 m ² (atau 4 m ² untuk masing-masing personel). 2 Tempat tidur dengan tirai pemisah/isolasi 3 Ibu bersalin terjaga privasinya, keluarga dapat menemani			
3.1.2	Kebersihan dan sanitasi berjalan baik			
3.1.3	Pencahayaan baik			
3.1.4	Ventilasi memadai dan sirkulasi udara baik			
3.1.5	Wastafel (tempat dan perlengkapan sesuai ketentuan)			
3.1.6	Steker listrik Ruang harus dilengkapi paling sedikit enam steker yang dipasang dengan tepat untuk peralatan listrik. Steker harus mampu menahan beban listrik yang diperlukan, aman dan berfungsi baik.			
Nilai Aktual				
Nilai Yang dibutuhkan		6		
3.2 Tempat Bersalin				
3.2.1	Tempat Tidur Obstetri/ bersalin + Tiang Infus -1Bagian dada/kepala dapat turun naik Bagian kaki – untuk litotomi Meja instrumen obstetri 100x60 cm Lampu sorot obstetri Kursi penolong – dapat turun naik			
3.2.2	Lemari instrument 1 Harus ada satu lemari dan meja untuk penyimpanan bahan pasokan umum (selain lemari dan meja di ruang isolasi. 2 Rak dan lemari kaca tidak boleh retak (agar tidak luka).			
3.2.3	Lemari es			
3.2.4	Meja 1 Harus ada meja di area administrasi dan penyuluhan. 2 Harus dicat dengan bahan yang bisa dibersihkan/ dicuci			
3.2.5	Kursi Harus ada tiga kursi di area administrasi dan edukasi yang berfungsi baik.			
3.2.6	Wadah sampah tertutup dengan kantong plastik			
3.2.7	Jam dinding Harus menunjukkan waktu yang tepat dan berfungsi baik.			
Nilai Aktual				
Nilai Yang dibutuhkan		7		

Kelengkapan/Kegiatan		Y	T	Ket
Keterangan				
3.3 Bahan-bahan dan Peralatan				
3.3.1	Pasokan oksigen 1 Harus ada dua tabung oksigen dengan satu regulator dan pengukur aliran 2 Tabung oksigen cadangan harus selalu terisi penuh. 3 Harus ada pengatur kadar oksigen.			
3.3.2	Lampu darurat			
3.3.3	Inkubator, asuhan normal 1 Minimal ada 2 inkubator yang berfungsi baik. 2 Paling sedikit harus ada jarak 1m ² antara incubator atau tempat tidur bayi			
3.3.4	Penghangat (Radiant warmer) Paling sedikit harus ada satu penghangat yang berfungsi baik.			
3.3.5	Timbangan bayi Paling sedikit harus ada satu timbangan bayi yang berfungsi baik di setiap ruangan.			
3.3.6	Alat/ Instrumen 1 Ekstraktor vakum, lengkap dan berfungsi baik 2 Forceps naegle, lengkap dan kondisinya baik. 3 AVM, lengkap dan berfungsi baik			
3.3.7	Generator listrik darurat Harus ada generator listrik cadangan yang dioperasikan jika pasokan listrik utama tidak ada.			
Nilai Aktual				
Nilai Yang dibutuhkan		7		
Nilai Aktual				
Nilai Yang dibutuhkan		20		

4. Unit Perawatan Intensif/ Eklampsia/ Sepsis

Kelengkapan/Kegiatan		Y	T	Ket
Keterangan				
4.1 Struktur Fisik				
4.1.1	Spesifikasi ruang Unit ini harus berada di samping ruang bersalin. Paling kecil, ruangan berukuran 18 m ² (6-8 m ² untuk masing-masing pasien). Di ruang dengan beberapa tempat tidur, sedikitnya ada jarak 8 kaki (2,4 m) antar ranjang			
4.1.2	Kebersihan dan sanitasi terpelihara baik			
4.1.3	Pencahayaan cukup			
4.1.4	Ventilasi baik			
4.1.5	Wastafel (lokasi,jenis dan perlengkapan sesuai persyaratan)			
4.1.6	Steker listrik -Ruang harus dilengkapi paling sedikit enam steker yang dipasang dengan tepat untuk peralatan listrik. Steker harus mampu menahan beban listrik yang diperlukan, aman dan berfungsi baik.			
Nilai Aktual				
Nilai Yang dibutuhkan		6		
4.2 Mebel				
4.2.1	Tempat Tidur Obstetri/ bersalin + Tiang infus - ¹ Bagian dada/ kepala dapat turun naik - ² Bagian kaki – untuk litotomi Meja instrumen obstetri 100x60 Lampu sorot obstetri Kursi penolong – dapat turun naik			
4.2.2	Lemari instrument Harus ada satu lemari dan meja untuk penyimpanan bahan pasokan umum. Rak dan lemari kaca tidak boleh retak (agar tidak luka).			
4.2.3	Lemari es untuk obat emergensi esensial			
4.2.4	Meja Harus ada meja di area administrasi dan penyuluhan. Harus dicat dengan bahan yang bisa dibersihkan.			
4.2.5	Kursi Harus ada tiga kursi di kamar bersalin.			
4.2.6	Wadah sampah tertutup dengan kantong plastic			
4.2.7	Jam dinding Harus menunjukkan waktu yang tepat dan berfungsi baik.			
Nilai Aktual				
Nilai Yang dibutuhkan		7		

Kelengkapan/Kegiatan		Y	T	Ket
Keterangan				
4.3 Bahan-bahan dan Peralatan		Y	T	Ket
4.3.1	Pasokan oksigen Harus ada dua tabung oksigen dengan satu regulator dan pengukur aliran Tabung oksigen cadangan harus selalu terisi penuh. Harus ada pengatur kadar oksigen.			
4.3.2	Lampu darurat			
4.3.3	Alat penghangat (<i>Radiant warmer</i>) Paling sedikit harus ada satu penghangat bayi yang berfungsi baik.			
4.3.4	Balon dan masker resusitasi bayi - ⁷ Harus ada 1 set			
4.3.5	Penghisap lender Harus ada mesin penghisap dalam jumlah yang cukup			
4.3.6	Sungkup dan balon resusitasi dewasa yang bisa mengembang sendiri			
4.3.7	Stetoskop Harus ada stetoskop yang berfungsi baik untuk setiap tiga tempat tidur			
4.3.8	Generator listrik darurat Harus ada generator listrik cadangan yang dioperasikan jika pasokan listrik utama tidak ada.			
Nilai Aktual				
Nilai Yang dibutuhkan		8		
Nilai Total Aktual				
Nilai Total Yang Dibutuhkan		21		

Bagian 2: Daftar Tilik Pemantauan Pengelolaan

Kegiatan		Y	T	Keterangan
Penjelasan				
1. Referensi				
1.1	Standar/ Panduan Panduan berikut ini harus ada di kamar bersalin: - Protokol/ SOP - Standard dan daftar tilik obstetri			
1.1.1	a. Perdarahan			
1.1.2	b. Eklampsia			
1.1.3	c. Infeksi/ Sepsis			
1.1.4	d. Resusitasi bayi			
1.1.5	e. Persalinan Pervaginam Berbantu			
Nilai aktual				
Nilai yang dibutuhkan			5	
2. Catatan Medis				
2.1	Buku register, formulir dan catatan harus tersedia di kamar bersalin dan diisi sesuai petunjuk. -Buku register pasien -Formulir saat masuk -Rekam medik (RM)			
2.2	Apakah bagian ini mengatur rekam medis yang telah didokumentasi secara akurat dan tepat waktu?			
2.3	Apakah ada sistem untuk menyimpan dan mengambil rekam medis?			
Nilai aktual				
Nilai yang dibutuhkan			3	
3. Sumber Daya Manusia				
3.1	Berikut ini adalah jumlah minimal petugas yang diperlukan untuk memberikan pelayanan obstetri emergensi di Puskesmas. Apakah kamar bersalin sudah memenuhi standar?			
3. Sumber Daya Manusia				
3.1	Berikut ini adalah jumlah minimal petugas yang diperlukan untuk memberikan pelayanan obstetri emergensi di Puskesmas. Apakah kamar bersalin sudah memenuhi standar?			
3.1.1	Satu dokter /shift *			
3.1.2	Satu bidan/shift/tempat tidur			
3.2	Berikut ini adalah kompetensi minimal yang harus dimiliki oleh petugas di			
Kegiatan		y	t	
Penjelasan				
	kamar bersalin. Apakah kamar bersalin sudah memenuhi standard?			
3.2.1	Pelatihan APN/PONED untuk dokter *			
3.2.2	Pelatihan APN/PONED untuk bidan/perawat			
3.2.3	<i>On-the-job training</i> untuk dokter *			
3.2.4	<i>On-the-job training</i> untuk bidan			
3.3	Apakah ada uraian tugas untuk setiap anggota staf?			
3.4	Apakah setiap staf mengetahui uraian tugasnya?			

Kegiatan		Y	T	Keterangan
Penjelasan				
3.5	Apakah setiap petugas pelaksana PONED mempunyai penyelia langsung?			
3.6	Apakah ada rencana pelatihan untuk semua petugas pelaksana PONED?			
3.7	Apakah ada orientasi untuk staf baru/ bidan tiap bulan?			
3.8	Apakah ada sistem dan prosedur pengamatan untuk peningkatan karir?			
3.9	Apakah anggota staf diamati secara teratur untuk mengetahui kemungkinan peningkatan karir?			
Nilai aktual				
Nilai yang dibutuhkan		13		
4. Manajemen Kualitas				
4.1	Apakah bagian ini menyusun laporan kualitas pelayanan PONED per triwulan?			
4.2	Apakah ada manajemen risiko untuk proses data dan menyusun laporan analisis tiap minggu?			
4.3	Apakah unit pelaksana PONED berkontribusi untuk pengembangan rencana perbaikan mutu PONED secara mandiri?			
4.4	Apakah bagian ini mengkaji laporan statistik PONED bulanan?			
4.5	Apakah bagian ini mempunyai jadwal diskusi mingguan dan mengkaji kasus risiko tinggi?			
Nilai aktual				
Nilai yang dibutuhkan		5		
5. Manajemen Pemeliharaan				
Kegiatan		y	t	
Penjelasan				
5.1	Apakah unit PONED mempunyai jadwal upaya preventif atau jadwal pemeliharaan peralatan PONED untuk Puskesmas?			
5.2	Apakah Puskesmas memiliki perjanjian kerja untuk perbaikan/pemeliharaan peralatan untuk Puskesmas?			
5.3	Apakah unit PONED mempunyai formulir dan sistem pencatatan riwayat perbaikan peralatan medik di Puskesmas?			
Nilai aktual				
Nilai yang dibutuhkan		3		
Total Penilaian Pengelolaan Bagian Ini				
Nilai Aktual		29		

[illegible]

Statistik Pelayanan		
Jumlah Persalinan per Tahun		
Kematian Ibu	Jumlah	Ratio
Eklamsia		
Perdarahan		
Infeksi		
Lain-Lain		
Persalinan Tindakan pervaginam		

INDIKATOR PEMANTAUAN KINERJA

UNIT NEONATOLOGI

I. Kinerja Manajemen Unit Neonatologi

1. Standar masukan dan daftar tilik
2. Standar manajemen dan daftar tilik

II. Kinerja Klinis

1. Pengkajian Retrospektif
2. Indikator klinis
3. Indikator kolektif
4. Formulir pengumpulan data
5. Formulir nilai kolektif

Pusat Kesehatan Masyarakat

Kecamatan

Pelayanan Emergensi Obstetrik

Penilaian Kinerja Manajemen

1. Standar Masukan

2. Standar Manajemen

Provinsi :

Kabupaten :

Fasilitas :

Tanggal :

Petunjuk

Beri tanda 'ya' = 1 atau 'tidak' = 0 sesuai jawaban untuk setiap kegiatan. Pada setiap akhir bagian, masukkan nilai subtotal (jumlah kotak dengan jawaban 'ya'). Jumlahkan nilai subtotal bagian satu dan dua untuk mendapatkan nilai kinerja manajemen total.

Kolom informasi penilaian menunjukkan penanggung jawab informasi penilaian dan juga metode penilaiannya.

Informasi Kunci Untuk Penilaian

Kode Sumber

KU Kepala Unit

SU Staf Unit

KBU Kepala Bagian Keuangan

Kode Metode

W Wawancara

KC Kajian catatan

KL Kajian langsung di tempat

Spesifikasi berikut ini diperlukan untuk setiap area pelayanan kecuali ada pemberitahuan khusus:

1. Struktur Fisik Spesifikasi Ruang

1. Setiap ruang tidak boleh kurang dari 15-20 m².
2. Lantai harus porselen/plastik khusus untuk lantai ruang tindakan medik.
3. Dinding harus dicat dengan bahan yang bisa dicuci atau dilapis keramik.
4. Cat dan lantai harus berwarna terang sehingga kotoran bisa terlihat dengan mudah.

Kebersihan

Ruang harus bersih dan bebas debu, kotoran, sampah atau limbah rumah sakit.

Hal ini juga berlaku untuk:

1. Lantai
2. Mebel
3. Perlengkapan dan instrumen
4. Pintu dan Jendela
5. Dinding
6. Steker listrik
7. Langit-langit

Pencahayaan

1. Ruangan diterangi cahaya alami/lampu listrik sehingga pasien dan tulisan dapat terbaca tanpa sumber cahaya tambahan.
2. Semua jendela diberi kawat nyamuk/penapis pencegah masuknya serangga
3. Aliran listrik berfungsi baik, kabel dan steker terpasang aman dan kokoh, dan semua lampu berfungsi baik
4. Tersedia generator listrik gawatdarurat apabila aliran listrik terputus.
5. Tersedia lampu dengan kekuatan 60 watt, dengan jarak 60 cm dari tempat meletakkan neonatus (untuk penerang dan penghangat)

Ventilasi

1. Ventilasi (termasuk jendela) dengan rasio memadai jika dibandingkan dengan ukuran ruang.
2. Kipas angin atau pengatur suhu ruangan, harus berfungsi baik.
3. Suhu ruangan harus dijaga 24-26oC.
4. Pendingin ruang harus dilengkapi filter (sebaiknya anti bakteri).

Wastafel

1. Wastafel dengan dispenser sabun cair (tanpa/dengan disinfektan), tuas pembuka/penutup kran air dikendalikan dengan siku/pedal penekan (kaki).
2. Wastafel medik, keran dan dispenser terpasang pada ketinggian yang sesuai (dari lantai dan dinding).
3. Saluran pembuangan air limbah menggunakan sistem tertutup (total/ semi-closed drainage system).

4. Sikat halus untuk membersihkan tangan.
5. Direkomendasikan tersedia pasokan air panas (water heater) yang memadai, alat pemanas terpasang kokoh dan ketinggian yang sesuai pada dinding, kabel dan steker terisolasi secara aman, dan pipa saluran air terpasang rapi.

Tersedia handuk pribadi/tissue/air blower untuk mengeringkan tangan.

Mebel

Semua mebel harus ada dalam jumlah minimal seperti yang tertera dalam daftar tilik. Perhatikan kondisi berikut ini:

1. Semua mebel harus bersih (bebas debu, kotoran, cemaran, cairan, dll).
2. Semua peralatan plastik atau kain pelapis harus utuh (tidak bocor/robek).
3. Permukaan metal harus bebas karat atau kontaminasi bahan infeksi
4. Semua mebel harus kokoh (tidak ada bagian yang longgar atau tidak stabil).
5. Permukaan yang dicat harus utuh dan bebas dari goresan/cacat.
3. Roda mebel (jika ada), harus lengkap dan berfungsi baik.

Instrumen/Peralatan

Semua instrumen harus sesuai dengan yang tercantum dalam daftar tilik. Perhatikan hal-hal berikut ini:

1. Semua peralatan harus bersih (bebas debu, kotoran, bercak, cairan, dll.).
2. Permukaan instrumen metal harus bebas karat atau cacat atau terkelupas.
3. Semua peralatan harus kokoh (tidak ada bagian yang longgar atau tidak stabil).
4. Permukaan peralatan yang dicat harus utuh atau tidak terkelupas .
5. Roda peralatan (jika ada), harus lengkap dan berfungsi baik.
6. Instrumen yang siap digunakan harus dalam keadaan steril/DTT.
7. Semua peralatan yang menggunakan listrik dan sumber/aliran listrik (saklar, kabel dan steker) harus berfungsi baik

2. Bahan dan Obat

Semua bahan dan obat harus berkualitas dan jumlahnya cukup untuk memenuhi kebutuhan unit ini.

Bagian 1: Daftar Tilik Pemantauan Standar

Masukan 1. Area Cuci Tangan

Instruksi: Beri nilai 1 untuk “ya” dan 0 untuk “tidak”

Kelengkapan/Kegiatan		Y	T	Penilaian	
Keterangan				Sumber	Metode
1.1 Struktur Fisik					
1.1.1	Spesifikasi ruang Di ruang dengan lebih dari satu tempat tidur, jarak tempat tidur adalah 6 meter dengan wastafel yang tidak dioperasikan dengan tangan.			KU	KL
1.1.2	Kebersihan			KU	KL
1.1.3	Pencahayaan			KU	KL
1.1.4	Ventilasi			KU	KL
1.1.5	Wastafel Wastafel cuci tangan ukurannya cukup besar sehingga air tidak terciprat dan dirancang agar air tidak tergenang atau tertahan.			KU	KL
Nilai Aktual					
Nilai Yang dibutuhkan					5
1.2 Mebel					
1.2.1	Wadah gaun bekas			KU	KL
1.2.2	Rak/gantungan pakaian			KU	KL
1.2.3	Rak sepatu			KU	KL
1.2.4	Lemari untuk barang pribadi			KU	KL
1.2.5	Wadah tertutup dengan kantung plastic Harus disediakan wadah terpisah untuk limbah organik dan non-organik.			KU	KL
Nilai Aktual					
Nilai Yang dibutuhkan					5
1.3 Bahan-bahan					
1.3.1	Sabun Tersedia sabun dalam jumlah cukup, lebih disukai sabun cair antibakteri dalam <i>dispenser</i> dengan pompa.			KU	KL
1.3.2	Handuk Harus ada handuk untuk mengeringkan tangan. Bisa kain bersih atau tisu.			KU	KL
Nilai Aktual					
Nilai Yang dibutuhkan					5
Total Penilaian Pengelolaan Bagian Ini			Nilai Aktual		
			Nilai Yang dibutuhkan		15

2. Area Resusitasi dan Stabilisasi di Ruang Neonatus/UGD

Instruksi: Beri nilai 1 untuk “ya” dan 0 untuk “tidak”

Kelengkapan/Kegiatan		Y	T	Penilaian	
Keterangan				Sumber	Metode
2.1 Struktur Fisik					
2.1.1	Spesifikasi ruang Paling kecil, ruangan berukuran 6-15m dan ada di dalam Unit Perawatan Khusus.			KU	KL
2.1.2	Kebersihan			KU	KL
2.1.3	Pencahayaan			KU	KL
2.1.4	Ventilasi			KU	KL
2.1.5	Wastafel			KU	KL
2.1.6	Steker listrik Ruang harus dilengkapi paling sedikit tiga steker yang dipasang dengan tepat untuk peralatan listrik. Steker harus mampu memasok beban listrik yang diperlukan, aman dan berfungsi baik.			KU	KL
Nilai Aktual					
Nilai Yang dibutuhkan					6
2.2 Mebel					
2.2.1	Meja periksa untuk bayi Meja harus ditutup dengan lapisan busa, lembar plastik utuh dan seprai bersih. Bagian logam harus bebas karat.			KU	KL
2.2.2	Jam dinding Harus menunjukkan waktu yang tepat dan berfungsi baik.			KU	KL
2.2.3	Meja perlengkapan			KU	KL
2.2.4	Selimut Harus ada cukup selimut untuk menutupi neonatus dalam jumlah yang sesuai dengan perkiraan persalinan.			KU	KL
Nilai Aktual					
Nilai Yang dibutuhkan					4
2.3 Perlengkapan					
2.3.1	Pasokan oksigen Tingkat II: Harus ada dua tabung oksigen dengan satu regulator dan pengukur aliran (jika ada oksigen dengan sistem pipa di dinding, lihat standar untuk tingkat III). Tabung oksigen cadangan harus selalu terisi penuh. Harus ada pengatur kadar oksigen. Tingkat III: Harus ada oksigen dengan sistem pipa dengan jumlah <i>outlet</i> yang sama dengan jumlah penghangat. Harus ada dua tabung oksigen dengan satu regulator dan pengatur aliran sebagai cadangan. Tabung oksigen cadangan harus selalu terisi penuh.			KU	KL

Kelengkapan/Kegiatan		Y	T	Penilaian	
Keterangan				Sumber	Metode
2.3.2	Lampu darurat			KU	KL
2.3.3	Stetoskop Neonatus				
2.3.4	Kotak resusitasi harus berisi perlengkapan berikut:				
2.3.4.1	Balon mengembang sendiri berfungsi baik			KU	KL
2.3.4.2	Bilah laringoskop berfungsi baik			KU	KL
2.3.4.3	Bilah laringoskop, ukuran 0 dan 1 (Miller)			KU	KL
2.3.4.4	Batere AA (cadangan) untuk bilah laringoskop			KU	KL
2.3.4.5	Bola lampu laringoskop cadangan			KU	KL
2.3.4.6	Selang reservoir oksigen			KU	KL
2.3.4.7	Masker oksigen (ukuran bayi cukup bulan dan prematur)			KU	KL
2.3.4.8	Pipa endotrakeal ukuran 2 1/2 , 3, 3 ½			KU	KL
2.3.4.9	Plaster			KU	KL
2.3.4.10	Gunting			KU	KL
2.3.4.11	Balon penghisap lender			KU	KL
2.3.4.12	Kateter penghisap ukuran 6, 8, 10			KU	KL
2.3.4.13	Sonde ukuran 5 dan 8			KU	KL
2.3.4.14	Alat suntik 1, 2 1/2 , 3, 5, 10, 20, 50cc			KU	KL
2.3.4.15	Ampul Epinefrin			KU	KL
2.3.4.16	Salin 0,9% / larutan Ringer Laktat				
2.3.4.17	Dextrose 5%				
2.3.4.18	Sodium bikarbonat 8,4%			KU	KL
2.3.5	Penghangat (<i>Radiant warmer</i>) -Harus ada sedikitnya satu penghangat yang berfungsi baik.			KU	KL
2.3.6	Kateter umbilikus 3 1/2 , 5, 8F				
2.3.7	Peralatan Pemasangan Kateter umbilicus				
Nilai Aktual					
Nilai Yang dibutuhkan					24
Total Penilaian Pengelolaan Bagian Ini			Nilai Aktual		
			Nilai Yang dibutuhkan		34

Bagian 2: Daftar Tilik Pemantauan Pengelolaan Menurut Bagiannya

Kegiatan		Y	T	Penilaian	
Penjelasan				Sumber	Metode
1.Referensi					
1.1	Referensi Referensi berikut ini harus ada di bagian neonatus: - Protokol neonatus - Standard dan daftar tilik neonates			KU	KL
Nilai aktual					
Nilai yang dibutuhkan					1
2. Catatan Medis					
2.1	Buku register dan formulir Buku register, formulir dan catatan harus tersedia di bagian neonatus dan diisi sesuai petunjuk. • Buku register pasien • Formulir saat masuk • Catatan medis			KU	W & KC
2.2	Apakah bagian ini mengatur catatan medis yang telah didokumentasi secara akurat dan tepat waktu?			KU	KC
2.3	Apakah ada sistem untuk menyimpan dan mengambil catatan?			KBU	W & KC
Nilai aktual					
Nilai yang dibutuhkan					3
3. Sumber Daya Manusia					
3.1	Berikut ini adalah jumlah minimal petugas yang diperlukan untuk memberikan pelayanan selama jam operasi bagian ini. Apakah bagian neonatus sudah memenuhi standard?				
3.1.1	Satu dokter /shift *			KU	W & KC
3.1.2	Satu perawat/shift/3 inkubator			KU	W & KC
3.2	Berikut ini adalah kompetensi minimal yang harus dimiliki oleh petugas di bagian neonatus. Apakah bagian neonatus sudah memenuhi standard?			KU	W & KC
3.2.1	Pelatihan pelayanan dasar neonatus untuk dokter Puskesmas *			KU	W & KC
3.2.2	Pelatihan pelayanan dasar neonatus untuk perawat			KU	W & KC
3.2.3	On-the-job training untuk dokter Puskesmas			KU	W & KC
3.2.4	On-The-Job training untuk perawat			KU	W&KC
3.3	Apakah ada uraian tugas untuk setiap staf?			SU	W
3.4	Apakah setiap staf mengetahui uraian tugasnya?			SU	W
3.5	Apakah setiap staf di bagian ini mempunyai penyelia langsung			SU	W

3.6	Apakah ada rencana pelatihan untuk semua anggota staf?			KU	W&KC
3.7	Apakah ada orientasi untuk staf baru?			KU	W&KC
3.8	Apakah ada sistem dan prosedur pengamatan untuk peningkatan karir?			KU	W&KC
3.9	Apakah anggota staf diamati secara teratur untuk mengetahui kemungkinan peningkatan karir?			KU	W&KC
Nilai aktual					
Nilai yang dibutuhkan					18
4. Manajemen Kualitas					
4.1	Apakah bagian ini menyusun laporan kualitas triwulan?			KU	W&KC
4.2	Apakah ada sistem untuk proses data dan menyusun laporan analisis?			KU&KBU	W
4.3	Apakah bagian ini memberikan kontribusi untuk pengembangan rencana peningkatan mandiri fasilitasnya?			KU	W&KC
4.4	Apakah bagian ini mengkaji laporan statistik bulanan?			KU	W
4.5	Apakah bagian ini mempunyai jadwal diskusi mingguan dan mengkaji kasus risiko tinggi?			KU	W
Nilai aktual					
Nilai yang dibutuhkan					5
5. Manajemen Pemeliharaan					
5.1	Apakah bagian ini mempunyai jadwal pemeliharaan preventif atau sudah termasuk dalam jadwal pemeliharaan preventif perlengkapan untuk seluruh Rumah Sakit?			KU	W&KC
5.2	Apakah bagian ini mempunyai kontrak tersendiri untuk pemeliharaan perbaikan peralatan atau termasuk dalam kontrak pemeliharaan peralatan untuk seluruh rumah sakit?			KU	W & KC
5.3	Apakah bagian ini mempunyai formulir untuk mencatat riwayat perbaikan dari setiap peralatan termasuk di dalam peralatan di formulir/catatan rumah sakit?			KU	W & KC
Nilai aktual					
Nilai yang dibutuhkan					3
Total Penilaian Pengelolaan Bagian Ini				Nilai Aktual	
				Nilai Dibutuhkan	

Informasi Pelengkap

Penilaian Unit neonates

Provinsi _____ Kabupaten _____ Puskesmas _____

Tanggal Penilaian _____ Penilai _____

Petugas						
Posisi staf	Jumlah Yang ada	Jumlah yang dilatih di :				
		resusitasi	Pelatihan pelayanan dasar dasar neonatus	Pelatihan pelayanan lanjut neonatus	Terapi pernafasan	Pengendali infeksi
Spesialis neonatus						
Residents neonatus						
Dokter umum						
Perawat neonatus						

Statistik Pelayanan	
Jumlah neonates yang masuk untuk di rawat	
Jumlah kematian Neonatus	
Lama tinggal	

Ruang Pelayanan			
Ruang	Panjang (m)	Lebar (m)	Area (m ²)
Area Pra bedah/Untuk Mencuci Tangan			
Area Resusitasi dan Stabilisasi			
Unit Perawatan Khusus Bayi			
Unit perawatan intensif neonatus (NICU)			
Area Menyusui			
Area Pencucian Inkubator			

Perlengkapan						
No.	Barang	Tingkat			Jumlah yang tersedia	Jumlah yang berfungsi
		II	III	IV		
1	Inkubator, perawatan intensif		•	•		
2	Inkubator, perawatan normal	•	•	•		
3	Inkubator, untuk dipindah-pindah					
4	Infusion pump		•	•		
5	Alat terapi sinar	•	•	•		
6	Radiant warmer	•	•	•		
7	Isi kotak resusitasi	•	•	•		
8	Ambu bag	•	•	•		
9	Alat penghisap lendir elektrik	•	•	•		
10	Alat penghisap lendir dengan sistem pipa		•	•		
11	Syringe pump	•	•	•		
12	Ventilator		•	•		
13	Oxygen analyzer	•	•	•		
14	Pasokan oksigen	•	•	•		
15	Pasokan oksigen, sistem pipa		•	•		
16	Analisis gas darah		•	•		
17	Alat pengukur icterus					
18	Pengukur tekanan darah non-invasif					
19	Pemantau detak jantung/frekuensi nafas	•	•	•		
20	Pulse oximeter	•	•	•		
21	Timbangan bayi	•	•	•		
22	Perlengkapan persiapan minuman			•		
23	Lampu darurat	•	•	•		
24	Stetoskop	•	•	•		
25	Mesin USG			•		
26	Mesin X-Ray		•	•		
27	Pemindai CT / CT scan			•		

Furniture						
No.	Barang	Barang			Barang	Barang
		II	III	IV		
1	Rak tertutup dengan kunci	•	•	•		
2	Lemari peralatan	•	•	•		
3	Meja periksa	•	•	•		
4	Meja dengan laci	•	•	•		
5	Kursi	•	•	•		
6	Tempat tidur bayi	•	•	•		
7	Refrigerator	•	•	•		
8	Wadah gaun penutup	•	•	•		
9	Selimut					
10	Rak/gantungan pakaian	•	•	•		
11	Rak sepatu	•	•	•		
12	Wadah sampah	•	•	•		
13	Jam dinding	•	•	•		
14	Meja perlengkapan	•	•	•		

INSTRUMEN PENDUKUNG MONITORING DAN EVALUASI KESEHATAN IBU DAN ANAK

Empat Jalan Keluar dari Kematian Ibu dan Anak, FIGO

1. Status Wanita dan Kesetaraan Gender

Pertanyaan Umum:	Sasaran pertanyaan/Sumber data
A. Pendidikan Bagaimanakah rata-rata tingkat pendidikan wanita di wilayah kerja Puskesmas? ∞ Tamat SMP (nilai 1) ∞ Tidak Tamat SMP (nilai 0)	Petugas kesehatan dan masyarakat Profil Puskesmas
B. Pengambilan Keputusan Apakah ibu hamil/pasca salin menemui hambatan saat ingin periksa ke fasilitas kesehatan? Hambatan apa yang dirasakan paling besar? Ada hambatan (1) Tidak ada (0)	Petugas kesehatan dan masyarakat
C. Kekerasan dalam Rumah tangga Apakah terdapat kasus kekerasan dalam rumah tangga yang melapor ke Puskesmas/RS? Tidak ada (1) Ada (0)	Petugas kesehatan dan masyarakat
D. Pendapatan Keluarga Apakah ibu mempunyai hak untuk ikut mengelola penghasilan dalam keluarga? Ada akses (1) Tidak ada (1)	
E. Warisan Apakah wanita ikut mendapat hak waris? Iya (1) Tidak (0)	

2. Keluarga Berencana dan Penggunaan Kontrasepsi

A. Hak Reproduksi	Sasaran pertanyaan
Apakah petugas menjelaskan kepada PUS mengenai jenis pelayanan KB, manfaat dan kerugiannya? Ya (1) Tidak (0)	
Apakah petugas menanyakan kepada ibu yang memeriksa adakah hambatan dalam melakukan KB? Jika ya, apakah hambatan yang paling besar? Tidak ada hambatan (1) Ada hambatan (0)	
Apakah petugas menanyakan kepada ibu, saat memilih satu jenis alat kontrasepsi apakah berdasarkan keputusan ibu tersebut atau ada paksaan dari orang lain? Tidak ada paksaan (1) Ada paksaan (0)	
Apakah petugas menanyakan kepada ibu apabila ibu tersebut menyampaikan kepada suaminya kalau dia ber KB? Menyampaikan (1) Tidak menyampaikan (0)	
Apakah dalam pencatatan dan pelaporan data dipilih berdasarkan : ∞ Jenis kontrasepsi yg dipilih ∞ Jenis kelamin ∞ Golongan umur ∞ Tingkat sosial ekonomi (gakin dan non gakin) ∞ Pekerjaan pasangan Terpilih (1) Tidak terpilih (0)	
B. Perencanaan Keluarga	
Jenis Kontrasepsi yang paling banyak digunakan Jangka panjang (Implant, IUD) (1) Jangka pendek (pil, suntik) (0)	
C. Cakupan Pelayanan KB	
>65 % (1) <65 % (0)	
D. Data TFR	
<2% (1) >2% (0)	
E. Data unmet need	
<5% (1) >5% (0)	

3. Persalinan yang Aman dan Bersih

Perencanaan Persalinan	Sasaran pertanyaan
1. Apakah terdapat program P4K di Puskesmas? Apakah program tersebut berjalan? Ada, berjalan (1) Tidak ada (0)	Petugas kesehatan
Ante Natal Care	
2. Apakah saat ANC ibu hamil diperiksa 7T ? termasuk lab (gol darah, Hb, proteinuri , termasuk screening HIV-AIDS dan IMS?) Ya (1) Tidak (0) Apakah ada kelas ibu hamil Ya (1) Tidak (0)	Petugas kesehatan Lihat dokumen
3. Bagaimanakah cakupan K1 murni dan K4 murni di Puskesmas? K4 murni > 80% (1) K4 murni < 80% (0)	
Akses ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yg melayani Persalinan	
4. Apakah fasyankes (Puskesmas Mampu PONED) melayani 24/7? Ya (1) Tidak (0)	
5. Apakah tersedia transportasi untuk merujuk pasien ke pelayanan kesehatan yg lebih tinggi jika diperlukan rujukan? Ya (1) Tidak (0)	
6. Apakah waktu yang dibutuhkan untuk mencapai Puskesmas Mampu PONED	
Tenaga kesehatan pemberi pelayanan persalinan yang terlatih	
7. Apakah bidan terlatih APN? Ya (1) Tidak (0)	Petugas kesehatan observasi
8. Apakah alat yang digunakan saat menolong persalinan sudah disterilkan sebelumnya dan apakah penolong melakukan pengendalian dan pencegahan infeksi? Ya (1) Tidak (0)	Petugas kesehatan
9. Apakah Data cakupan linakes sesuai dengan target? Ya (1) Tidak (0)	
Asuransi Persalinan	
10. Bagaimanakah pemanfaatan jampersal di fasyankes? Baik (1) Tidak baik (0)	

4. Persalinan yang Aman dan Bersih

Sistem rujukan yang tepat waktu dan berkualitas	
1. Apakah terdapat SOP rujukan di Puskesmas Ya (1) Tidak (0)	
2. Apakah tranportasi rujukan tersedia 24/7? Ya (1) Tidak (0)	
3. Apakah sistem rujukan dengan RS sudah terbangun? Ya (1) Tidak (0)	
Tenaga terlatih pada situasi emergensi	
4. Apakah terdapat tim PONED yang tersedia 24/7 Ya (1) Tidak (0)	
5. Apakah tersedia SOP penatalaksanaan kasus emergensi? Ya (1) Tidak (0)	
Akses pada fasyankes yg melayani emergensi dengan standar peralatan yg baik	
Apakah alat penanganan emergensi tersedia dan masih bisa digunakan dengan baik ? Ya (1) Tidak (0)	
Apakah alat penanganan emergensi disimpan pada tempat yang mudah dijangkau dalam satu paket dan diberi label? Ya (1) Tidak (0)	

5. Pembiayaan

1. Dari mana sajakah sumber pembiayaan penyelenggaraan program KIA/KB termasuk PONED?	
2. Berapa besar alokasi dana yang dianggarkan untuk penyelenggaraan program KIA/KB dalam 1 tahun	
3. Bagaimanakah peran dana BOK dalam program KIA?	

TIM PENYUSUN :

dr. HR. Dedi Kuswenda, M.Kes

dr. H.KM Taufiq, MMR

dr. Sri Hastuti Nainggolan, MPH

dr.Ganda Raja Partogi, MKM

Tinexcely Simamora, SKM

dr. Ida Ayu Merthawati

dr. Dewi Irawati, MKM

dr. Mugi Lestari

dr. Ernawati Atmaningtyas

Ruri Purwandani, SP

drg. Naneu Retna Arfani

dr.Irni Dwi Aprianti

drg. Idawatylinea, M.Kes

Indy Susanti, M. Epid

EDITOR

dr. H.KM Taufiq, MMR

dr.Ganda Raja Partogi, MKM

Tinexcely Simamora, SKM

dr. Mugi Lestari

KONTRIBUTOR

dr.George Adriaansz, SpOG; Sudono, M.Kes;
drg. Kartini Rustandi, M.Kes; drg.Bulan Rachmadi, M.Kes;
drg. Budi Eko Priyanto, MAR; Dr. Budi Iman Santoso, SpOG(K);
drg.S.R.Mustikowati, M.Kes; dr. Muh Ilhamy, SpOG; dr. Ina Hernawati,
MPH;
dr. Andi Wahyuningsih Attas, Sp.An; dr. Embry Netty, M.Kes ;dr.
Rusmiyati, MQIH; dr. Imran Pambudi; dr.Lili Tantijanti, M.Epid;
A Tenri Bulaeng STP, M.Kes; dr.I Nyoman Sutedja,MPH; Dra. Euis
Maryani,M.Kes;
dr. Diar Indriarti, M.Kes; drg.Elly Farida, M.Kes; dr. Lovely Daisy; dr.
Gita swisari,MKM; HerminYosefina, SH, MH; dr. Onny T Prabowo;
Raudah,SKM,M.Kes; dr. Christina Wairara,SKM; Tuti Heriawati,S.SIT,MPH;
drg. Nita Damayanti,M.Kes; dr.Hj.Rosmawati; dr.H.Abd.Azis Amin,MARS;
dr. Oktavianus;
dr.Muhammad Ihwan; drg. Haslinda.M.Kes
Drs. Emil Noviyadi,M.Kes; Dra. Zuharina,Apt; dr.Cahyanti Nugraheni;
Suparmo, S.Pd; Supriyadi;drg. R.R Nurindah, M.Kes; Joyana Palapessy;
Maswati Madjid,SKM,M.Kes; drg.Heny Triviani, M.Kes; dr.Hj.Darmianti
Yahya, M.Kes; H.M. Suaib Nawawi, SKM,M.Kes; dr. H.Mustaman;
dr.I.G.A Seputri Widhiyani; dr. Gede Wiartana,M.Kes; dr.Ni Made
Laksmiwati, dr.Lanawati; Ida Bagus Made Murdiana,SKM; dr. H. Susatyo
Triwilopo,MPH; Retno Purwijati;
dr.Fahrina; dr. Yunita; dr.Rossa

