

# **Sistem Rujukan Maternal dan Neonatal di Provinsi Papua dan Maluku**

## *Maternal and Neonatal Referral System in Papua and Maluku Province*

**Heny Lestary<sup>1\*</sup>, Sugiharti<sup>1</sup>, dan Mujiati<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jl. Percetakan Negara No.29 Jakarta Pusat

<sup>2</sup>Pusat Penelitian dan Pengembangan Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jl. Percetakan Negara No.29 Jakarta Pusat

\*Korespondensi Penulis: [lestaryheny@yahoo.com](mailto:lestaryheny@yahoo.com)

*Submitted: 26-03-2018, Revised: 17-05-2018, Accepted: 30-07-2018*

DOI: <http://dx.doi.org/10.22435/mpk.v28i2.177>

### **Abstrak**

Pelayanan kesehatan maternal dan neonatal ditujukan untuk menjaga kesehatan ibu sehingga mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas serta mengurangi Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). AKI dan AKB di Indonesia cenderung tidak mengalami perbaikan. Target penurunan AKI dan AKB akan sulit dicapai jika tidak diberikan intervensi yang tepat, baik secara sosial, ekonomi dan budaya, serta pementapan sistem rujukan. Pada tahun 2015 dilakukan penelitian sistem rujukan maternal dan neonatal di Provinsi Papua dan Maluku. Pengumpulan data dilakukan di puskesmas terpilih, RSUD kabupaten, RSUP provinsi, dan RSUP rujukan regional. Desain penelitian studi potong lintang. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara, penelusuran dokumen, autopsi verbal, dan ceklis kelengkapan sarana dan prasarana. Hasil penelitian menunjukkan kedua provinsi sudah memiliki peraturan gubernur terkait dengan sistem pelayanan kesehatan dan kebijakan regionalisasi, namun belum diterjemahkan ke dalam peraturan bupati di masing-masing kabupaten terpilih. Alur rujukan menunjukkan masih banyak tenaga kesehatan/keluarga yang memilih langsung ke rumah sakit (RS) kabupaten/RS provinsi atau tenaga kesehatan yang merujuk ke RS kabupaten lain yang lebih dekat. Jumlah kematian maternal dan neonatal masih tinggi, tidak tersedianya DSOG dan DSA, sarana prasarana masih belum sesuai standar PONEK dan PONEK, ketersediaan dan kecukupan alat di Provinsi Papua masih di bawah 50%. Bahan habis pakai dan obat sering habis karena tingkat koordinasi, pengontrolan stok, dan daftar permintaan obat kurang terkontrol. Pembiayaan rujukan maternal dan neonatal melalui sistem JKN dan Jamkesda, namun banyak mengalami kekurangan, baik dalam hal alur pembiayaan maupun permasalahan di kelengkapan administrasi, serta tidak tersedianya biaya akomodasi dan transportasi bagi keluarga dan bidan pendamping pasien.

Kata kunci: sistem rujukan, maternal, neonatal, Papua, Maluku

### **Abstract**

*Maternal and neonatal health services are aimed at maintaining maternal health so as to be able to produce a healthy and quality generation and reduce maternal mortality rate (MMR) and infant mortality rate (IMR). MMR and IMR in Indonesia tend not to improve. Targeted reduction of MMR and IMR will be difficult to achieve if not given appropriate intervention, both socially, economically and culturally, as well as stabilization of referral system. In 2015, research on maternal and neonatal referral system in Papua and Maluku provinces was conducted. Data were collected at selected health centers, district hospitals, provincial hospitals, and regional referral hospitals. Study design is cross sectional. Data collection was done by interview, document review, verbal autopsy, and check list of completeness health facilities and infrastructure. The results show that both provinces already have Governor Decree related to health care system and regionalization policy, but have not translated into Mayor Decree in each selected district.*

*Referral flow indicates that there are still many health workers/families who choose directly to the district hospital or provincial hospital or health worker who refers to other closer regency hospitals. The number of maternal and neonatal deaths are still high, the unavailability of OBGYN and pediatricians, the infrastructure facilities are still not compliant with BEONC and CEONC standards, the availability and adequacy of tools in Papua Province is still below 50 percent. Consumables and drugs are often depleted because of the lack of coordination, uncontrolling the stock, and the list of drug requests. Financing of maternal and neonatal referrals through the National Health Insurance (JKN and Jamkesda) systems, but many have shortcomings, both in terms of funding flows and problems in administrative completeness, as well as unavailability of accommodation and transportation costs for families and patient counseling midwives.*

*Keywords : referral system, maternal, neonatal, Papua, Maluku*

## PENDAHULUAN

Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia terjadi sejak tahun 1991 sampai dengan 2007, yaitu dari 390 menjadi 228. Namun demikian, hasil Sensus Penduduk Indonesia pada tahun 2010 menunjukkan peningkatan AKI yang signifikan, yaitu menjadi 346 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. AKI kembali menunjukkan penurunan menjadi 305 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015.<sup>1-3</sup>

AKI merupakan salah satu indikator yang digunakan untuk mengukur status kesehatan ibu pada suatu wilayah. AKI juga merupakan salah satu indikator yang peka terhadap kualitas dan aksesibilitas fasilitas pelayanan kesehatan. Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, AKI Indonesia sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup.<sup>4</sup> Angka ini masih cukup tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara ASEAN. AKI di Indonesia pada tahun 2007 mencapai 228, sedangkan AKI di Singapura hanya 6 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei 33 per 100.000 kelahiran hidup, Filipina 112 per 100.000 kelahiran hidup, serta Malaysia dan Vietnam masing-masing 160 per 100.000 kelahiran hidup.<sup>5</sup>

Dalam dua dasawarsa terakhir, AKI di Indonesia telah mengalami penurunan namun masih belum dapat mencapai target *Millenium Development Goals* (MDGs). Data SDKI tahun 2012 menunjukkan peningkatan AKI periode 2008-2012 menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup dibandingkan dengan periode sebelumnya. SDKI 2012 juga menunjukkan stagnasi penurunan Angka Kematian Bayi (AKB) dari 97,4 ke 46 per 1000 kelahiran hidup pada periode 1991-2002 menjadi 40 per 1000 kelahiran hidup. Angka Kematian Neonatal (AKN) pada tahun 2002 mencapai 20 per 1000 kelahiran hidup dan hanya turun menjadi 19 per 1000 kelahiran hidup pada

tahun 2012. Target pembangunan kesehatan pada tahun 2019 adalah menurunkan AKI menjadi 306 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB menjadi 24 per 1000 kelahiran hidup.<sup>4</sup>

Berbagai upaya sudah dilakukan untuk menekan AKI dan menjaga kesehatan ibu sehingga mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas, diantaranya melalui pendekatan *Safe Motherhood*, Program Gerakan Sayang Ibu, Program *Making Pregnancy Safer*, dan program *Expanding Maternal and Neonatal Survival*. Pemerintah bersama-sama dengan masyarakat bertanggungjawab untuk menjamin setiap ibu memiliki akses ke pelayanan kesehatan yang berkualitas, mulai dari saat hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih, perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, memperoleh cuti hamil dan melahirkan, serta akses terhadap keluarga berencana.<sup>3</sup> Upaya pelayanan kesehatan ibu meliputi: pelayanan kesehatan ibu hamil, pelayanan kesehatan ibu bersalin, pelayanan kesehatan ibu nifas, pelayanan/ penanganan komplikasi kebidanan, dan pelayanan kontrasepsi.<sup>3</sup>

Penanganan kegawat darurat dalam proses persalinan sangat menentukan kelangsungan hidup ibu dan bayi. Pencegahan komplikasi dan penanganan kegawat darurat ibu dan bayi diupayakan melalui persalinan di fasilitas kesehatan. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menunjukkan masih terdapat 29,6% persalinan yang dilakukan di rumah/lainnya. Penolong persalinan oleh tenaga kesehatan yang kompeten (dokter spesialis, dokter umum dan bidan) mencapai 87,1%, dengan variasi yang tinggi antar provinsi.<sup>6</sup> Data dari Ditjen Bina Gizi dan KIA Kemenkes RI tahun 2015 menunjukkan bahwa tiga provinsi dengan cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terendah pada tahun 2014 yaitu Papua

Barat (44,73%), Maluku (46,90%), dan Papua (63,15%).<sup>7</sup>

Analisis kematian ibu yang dilakukan Direktorat Bina Kesehatan Ibu pada tahun 2012 membuktikan bahwa kematian ibu berkaitan erat dengan penolong persalinan dan tempat/fasilitas persalinan. Persalinan yang ditolong tenaga kesehatan terbukti berkontribusi terhadap turunnya risiko kematian ibu. Demikian pula dengan tempat/fasilitas, jika persalinan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan, juga akan semakin menekan risiko kematian ibu.<sup>8</sup> Data Kementerian Kesehatan tahun 2015 menunjukkan 73,61% ibu hamil melakukan persalinan dengan ditolong oleh tenaga kesehatan dan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Provinsi Papua memiliki cakupan terendah (12,97%) untuk persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan dan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan.<sup>7</sup> Sedangkan menurut data SUPAS tahun 2015, AKI di Region Nusa Tenggara, Maluku, dan Papua adalah 489, paling tinggi diantara 4 (empat) region lainnya di Indonesia.<sup>9</sup>

Setiap intervensi untuk meningkatkan akses ke pelayanan kesehatan memerlukan pertimbangan dari banyak aspek, seperti sosial, ekonomi, dan budaya, dan pemantapan sistem rujukan. Penjaminan terlaksananya rujukan efektif pada kasus komplikasi merupakan salah satu program utama Kementerian Kesehatan RI dalam rencana aksi percepatan penurunan AKI. Pemerintah harus menjamin ketersediaan tenaga, fasilitas, alat dan obat dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan ibu secara aman, bermutu, dan terjangkau.<sup>10</sup> Hasil penelitian sistem rujukan di daerah kepulauan seperti Kabupaten Lingga menunjukkan bahwa walaupun sudah ada sistem rujukan, namun pelayanan rujukan dari fasilitas pelayanan kesehatan primer ke pelayanan kesehatan tingkat lanjut belum memperhatikan aspek ketersediaan dan kelengkapan jenis layanan pada fasilitas kesehatan yang dituju, termasuk belum memadainya sarana prasarana dan sumber daya manusianya.<sup>11</sup> Tulisan ini bertujuan untuk memberikan gambaran secara rinci tentang sistem manajemen, pelayanan klinis, dan pembiayaan rujukan maternal dan neonatal di Provinsi Papua dan Maluku pada tahun 2015.

## **METODE**

Penelitian sistem rujukan maternal dan neonatal dilakukan di Provinsi Papua dan Maluku

pada tahun 2015. Desain penelitian adalah potong lintang (*cross sectional*) dengan metode kuantitatif dan kualitatif. Lokasi penelitian adalah 6 kabupaten di 2 provinsi terpilih, yaitu: Kabupaten Kepulauan Yapen, Jayawijaya, Boven Digoel, Kepulauan Aru, Maluku Tengah, dan Buru. Lokasi kabupaten yang dipilih harus terpisah dari dataran inti atau ibukota provinsi. Dipilih 3 (tiga) kabupaten di masing-masing provinsi, dimana 1 (satu) kabupaten yang relatif dekat dari RSUD provinsi dan 2 (dua) kabupaten yang relatif jauh dari RSUD provinsi. Di setiap kabupaten dipilih dua Puskesmas Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED) yang berada di kabupaten dan di setiap wilayah puskesmas PONED dipilih dua puskesmas satelit, dua praktik bidan desa, satu RSUD kabupaten, satu RSUD provinsi dan satu RSUP rujukan regional. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara terhadap *provider* layanan, pemegang kebijakan, dan pasien/keluarga pasien, serta penelusuran dokumen dan ceklis sarana prasarana. Analisa data kuantitatif dilakukan secara deskriptif, sedangkan analisa kualitatif dilakukan secara *content analysis*.

## **HASIL**

Sistem manajemen rujukan dalam penelitian ini dilihat dari ketersediaan kebijakan/peraturan terkait kesehatan maternal dan neonatal di wilayah tersebut serta alur rujukannya. Provinsi Papua dan Maluku sudah memiliki kebijakan regionalisasi sistem rujukan sesuai dengan Kepmenkes No. HK.02.02 / MENKES / 390 /2014 dan No. HK.02.02 / MENKES / 391 / 2014 yang dituangkan dalam peraturan gubernur masing-masing provinsi, meskipun peraturan gubernur tersebut belum diterjemahkan dalam kebijakan tingkat kabupaten. Papua memiliki Peraturan Gubernur Nomor 6/2014 tentang Sistem Pelayanan Kesehatan di Provinsi Papua dan Peraturan Daerah Provinsi (Perda) No 7/2010 tentang Pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan. Kebijakan regionalisasi di Provinsi Papua terbagi menjadi 5 regional, yaitu Pesisir Utara 2 regional, Golongan Tengah 2 regional dan Pesisir Selatan 1 regional. Sedangkan kebijakan regionalisasi Provinsi Maluku diatur dalam Peraturan Gubernur Provinsi Maluku No. 03.b. tahun 2015 tentang Rumah Sakit Rujukan Regional Provinsi Maluku yang terbagi menjadi 4 regional yaitu wilayah Maluku Tengah (RSUD Masohi), wilayah Buru (RSUD Namlea), Maluku Tenggara (RSUD Karel Satsuit Tubun) dan wilayah Pulau Ambon dan

Banda sekaligus sebagai rujukan provinsi (RSUD Dr. M. Haulussy).

Rujukan lintas batas provinsi untuk Papua adalah ke RSUP Wahidin Sudirohusodo Makassar, RSUD dr. Soetomo Surabaya dan RSUP Cipto Mangun Kusumo (RSCM) Jakarta, sedangkan rujukan lintas batas provinsi untuk Maluku ke RSUP Wahidin Sudirohusodo Makassar dan RSUD dr. Soetomo Surabaya. Alur rujukan yang berlaku umumnya dari rumah atau polindes ke puskesmas, RS kabupaten/kota, RS provinsi dan RS lintas provinsi. Pada pelaksanaannya masih banyak tenaga kesehatan atau keluarga yang memilih langsung ke RS kabupaten/kota atau RS provinsi atau tenaga kesehatan yang merujuk ke RS kabupaten/kota lain yang lebih dekat. Seperti dikatakan oleh salah seorang pemegang kebijakan di salah satu kabupaten terpilih :

*“...Sistemnya kita dari kampung ke puskesmas, dari puskesmas ke kabupaten, tetapi kadang juga langsung dirujuk ke kabupaten, itu terkait dengan akses. Apabila di Puskesmas PONED juga tenaganya terbatas, jadi kita langsung kirim ke kabupaten. Nanti RSUD Kabupaten yang merujuk kembali ke rumah sakit rujukan untuk wilayah Papua Selatan. Nanti Papua Selatan ke RS Provinsi Papua, dan apabila tidak bisa baru ke RSUD Soetomo atau RSCM di Jakarta, itu untuk alurnya..(pejabat dinkes)”*

Sistem pelayanan klinis dinilai dari input dan proses pada fasilitas kesehatan yaitu di puskesmas dan rumah sakit. Aspek input meliputi ketersediaan sumber daya manusia (SDM), ketersediaan sarana prasarana, dan pengetahuan bidan. Sedangkan aspek proses meliputi kepatuhan terhadap SOP dan *response time*.

Permasalahan SDM secara umum terutama kesulitan mendapat Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi/Dokter Spesialis Kebidanan dan Kandungan (DSOG) dan Dokter Spesialis Anak (DSA) yang bersedia ditempatkan di daerah penelitian. Di sebagian daerah yang tersedia hanya dokter residen, dokter spesialis tidak ada di tempat, tidak menetap, sering berganti atau dipindahkan. Tabel 1 menunjukkan ketersediaan tenaga medis secara lebih rinci di masing-masing kabupaten.

Kemampuan fasilitas puskesmas dan rumah sakit di Provinsi Papua dan Maluku beragam. Data yang dikumpulkan adalah data ketersediaan dan kecukupan alat dan bahan kesehatan maternal dan neonatal di masing-masing puskesmas dan rumah sakit yang diteliti. Ketersediaan alat dan

bahan adalah jika alat dan bahan tersedia dan dapat berfungsi. Selain ketersediaan, ditanyakan juga mengenai kecukupan alat dan bahan yang dimaksud. Kecukupan adalah cukup atau tidaknya alat dan bahan kesehatan maternal dan neonatal menurut pendapat dari penanggungjawab/pengelola alat dan bahan di puskesmas dan rumah sakit. Data kecukupan dikelompokkan ke dalam 5 (lima) kelompok, sebagaimana pengelompokkan yang dilakukan di dalam Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes) Tahun 2011, yaitu kurang dari 20% cukup hingga lebih dari 80% cukup.<sup>12</sup> Dari masing-masing kabupaten terpilih, dipilih 4 puskesmas sampel, sehingga jumlah total puskesmas yang didata dalam penelitian ini adalah 24 puskesmas. Data ketersediaan dan kecukupan sarana prasarana di puskesmas dan rumah sakit terdapat di Tabel 2 sampai Tabel 6.

Dari Tabel 2 terlihat bahwa puskesmas di setiap kabupaten terpilih di Provinsi Papua dan Maluku belum memiliki peralatan kesehatan maternal yang mencukupi. Untuk Provinsi Papua terlihat bahwa puskesmas di 3 kabupaten tidak memiliki kecukupan peralatan kesehatan maternal untuk yang lebih dari 80% cukup. Sementara hanya separuh puskesmas di setiap kabupaten di Provinsi Papua yang hanya memiliki kurang dari 20% cukup untuk kecukupan peralatan kesehatan maternal. Untuk Provinsi Maluku hanya 1 puskesmas di 1 kabupaten yang memiliki kecukupan peralatan kesehatan maternal untuk yang lebih dari 80% cukup. Sementara kecukupan peralatan kesehatan maternal untuk 60-79% cukup di 3 kabupaten Provinsi Maluku tidak ada yang memiliki.

Pada Tabel 3 menggambarkan kecukupan peralatan kesehatan bayi dan set resusitasi bayi di puskesmas di Provinsi Papua dan Maluku. Baik Provinsi Papua dan Maluku belum semua memiliki peralatan kesehatan bayi dan set resusitasi yang mencukupi. Di 3 kabupaten Provinsi Papua tidak ada puskesmas yang memiliki kecukupan peralatan baik untuk yang lebih dari 80% cukup dan 60-79% cukup. Sedangkan yang kurang dari 20% cukup hanya separuh saja yang memiliki. Demikian juga dengan Provinsi Maluku, tidak ada puskesmas di 3 kabupaten yang memiliki kecukupan peralatan kesehatan bayi lebih dari 80% cukup. Namun hampir semua puskesmas di 3 kabupaten di Provinsi Maluku memiliki kecukupan peralatan kesehatan bayi kurang dari 20% cukup.

**Tabel 1. Jumlah Tenaga Kesehatan yang Ada di Wilayah Kerja Kabupaten**

No	Kabupaten	Jumlah Dokter Umum	Jumlah Dokter Umum dengan Keahlian Khusus	Jumlah Dokter Spesialis Kebidanan dan Kandungan	Jumlah Dokter Spesialis Anak	Jumlah Dokter Spesialis Lainnya	Jumlah Bidan	Jumlah Perawat
1	Kepulauan Yapen	12	0	1 PPDS	1	2a	78	200
2	Jayawijaya	29	0	1	1	2	99	180
3	Boven Digoel	20	2	0	0	0	78	125
4	Maluku Tengah	37	0	0	0	5b	373	380
5	Kepulauan Aru	26	3	0	0	1c	83	303
6	Buru	17	0	1	0	3d	112	167

Keterangan:

1. Spesialis penyakit dalam, spesialis bedah
2. Spesialis penyakit dalam, spesialis bedah, spesialis anestesi, spesialis patologi klinik
3. Spesialis penyakit dalam
4. Spesialis anestesi, spesialis patologi klinik, spesialis paru

**Tabel 2. Kecukupan Peralatan Kesehatan Maternal di Puskesmas di Provinsi Papua dan Maluku (N=24 Puskesmas)**

Kabupaten	Kecukupan Peralatan Kesehatan Maternal yang Dapat Digunakan				
	< 20% Cukup	20-39% Cukup	40-59% Cukup	60-79% Cukup	>80% Cukup
Kepulauan Yapen	2	1	1	0	0
Jayawijaya	2	0	1	1	0
Boven Digoel	2	1	1	0	0
Maluku Tengah	2	1	0	0	1
Kepulauan Aru	2	1	1	0	0
Buru	3	1	0	0	0
Jumlah	13	5	4	1	1

**Tabel 3. Kecukupan Peralatan Kesehatan Bayi dan Set Resusitasi Bayi di Puskesmas di Provinsi Papua dan Maluku (N=24 Puskesmas)**

Kabupaten	Kecukupan Peralatan Kesehatan Bayi yang Dapat Digunakan				
	< 20% Cukup	20-39% Cukup	40-59% Cukup	60-79% Cukup	>80% Cukup
Kepulauan Yapen	1	2	1	0	0
Jayawijaya	2	1	1	0	0
Boven Digoel	2	2	0	0	0
Maluku Tengah	3	0	0	1	0
Kepulauan Aru	3	1	0	0	0
Buru	3	1	0	0	0
Jumlah	14	7	2	1	0

**Tabel 4. Puskesmas Menurut Ketersediaan dan Kecukupan Obat – Obatan Maternal dan Neonatal (N=24 Puskesmas)**

Kabupaten	Ketersediaan dan Kecukupan Obat-obatan Maternal dan Neonatal				
	< 20% Cukup	20-39% Cukup	40-59% Cukup	60-79% Cukup	>80% Cukup
Kepulauan Yapen	1	3	0	0	0
Jayawijaya	2	1	1	0	0
Boven Digoel	3	0	0	1	0
Maluku Tengah	3	1	0	0	0
Kepulauan Aru	4	0	0	0	0
Buru	3	1	0	0	0
Jumlah	16	6	1	1	0

**Tabel 5. Ketersediaan dan Kecukupan Peralatan Maternal dan Neonatal Esensial Rumah Sakit di Provinsi Papua dan Maluku**

Rumah Sakit	Peralatan Maternal Esensial (%)		Peralatan Neonatal Esensial (%)		Peralatan NICU (%)	
	Ketersediaan	Kecukupan	Ketersediaan	Kecukupan	Ketersediaan	Kecukupan
Maluku						
RSUD Dr. M. Haulusy	90.0	50.0	100.0	33.3	100.0	33.3
RSUD Tulehu	76.7	53.3	66.7	.0	33.3	.0
RSUD Cendrawasih, Kep. Aru	63.3	43.3	55.6	.0	.0	.0
RSUD Masohi, Maluku Tengah	83.3	76.7	77.8	77.8	.0	66.7
RSUD Namlea, Buru	56.7	46.7	100.0	55.6	66.7	.0
Papua						
RSUD Dok II	66.7	66.7	33.3	22.2	66.7	66.7
RSUD Serui	90.0	26.7	55.6	22.2	66.7	.0
RSUD Wamena	70.0	.0	100.0	.0	100.0	.0
RSUD Boven Digoel	76.7	63.3	44.4	44.4	.0	.0

**Tabel 6. Ketersediaan dan Kecukupan Peralatan Intensif Maternal dan Neonatal Rumah Sakit di Provinsi Papua dan Maluku**

Rumah Sakit	Peralatan Intensif Maternal (%)		Peralatan Intensif Neonatal (%)		Perlengkapan Darurat Medik (%)	
	Ketersediaan	Kecukupan	Ketersediaan	Kecukupan	Ketersediaan	Kecukupan
Maluku						
RSUD Dr. M. Haulusy	92.3	38.5	100.0	40.0	112.5	50.0
RSUD Tulehu	76.9	23.1	80.0	.0	87.5	12.5
RSUD Cendrawasih, Kep. Aru	53.8	23.1	40.0	.0	75.0	.0
RSUD Masohi, Maluku Tengah	61.5	69.2	80.0	80.0	50.0	62.5
RSUD Namlea, Buru	84.6	30.8	80.0	20.0	75.0	37.5
Papua						
RSUD Dok II	61.5	53.8	40.0	40.0	62.5	37.5
RSUD Serui	61.5	23.1	60.0	40.0	100.0	25.0
RSUD Wamena	100.0	23.1	80.0	.0	87.5	.0
RSUD Boven Digoel	61.5	53.8	40.0	40.0	75.0	75.0

**Tabel 7. Ketersediaan Obat-obatan PONEK Maternal dan Neonatal di Provinsi Papua dan Maluku**

Rumah Sakit	Obat-Obat PONEK Maternal (%)	Obat-Obat PONEK Neonatal (%)
Maluku		
RSUD Dr. M. Haulusy	100.0	100.0
RSUD Tulehu	80.6	77.8
RSUD Cendrawasih Dobo, Kep. Aru	74.2	77.8
RSUD Masohi, Maluku Tengah	83.9	83.3
RSUD Namlea, Buru	64.5	66.7
Papua		
RSUD Dok II	100.0	94.4
RSUD Serui	54.8	55.6
RSUD Wamena	9.7	5.6
RSUD Boven Digoel	54.8	55.6

**Tabel 8. Waktu Tanggap Pelayanan PONEK di Provinsi Papua dan Maluku**

Provinsi/Rumah Sakit	Waktu Tanggap		
	IGD	VK	UTD
Maluku			
RSUD Dr. M. Haulusy	<10 menit	≤ 30 menit	≤ 1 jam
RSUD Tulehu	<10 menit	≤ 30 menit	TAD
RSUD Cendrawasih Dobo, Kep. Aru	<10 menit	≤ 30 menit	>1 jam
RSUD Masohi, Maluku Tengah	≥10 menit	TAD	≤ 1 jam
RSUD Namlea, Buru	<10 menit	≤ 30 menit	TAD
Papua			
RSUD Dok II	≥10 menit	≤ 30 menit	≤ 1 jam
RSUD Serui	≥10 menit	TAD	TAD
RSUD Wamena	<10 menit	TAD	TAD
RSUD Boven Digoel	≥10 menit	TAD	TAD

Untuk ketersediaan dan kecukupan obat-obatan maternal dan neonatal, belum semua puskesmas baik di Provinsi Papua dan Maluku tersedia dan mencukupi (Tabel 4). Belum semua puskesmas di Provinsi Papua dan Maluku yang ketersediaan dan kecukupan obat-obatan lebih dari 80% cukup. Untuk ketersediaan dan kecukupan obat-obatan kurang dari 20% cukup, Provinsi Maluku lebih baik dibandingkan dengan Provinsi Papua.

Pada Tabel 5 dapat kita lihat bahwa ketersediaan peralatan maternal esensial tidak ada yang 100% tersedia di semua rumah sakit yang diteliti, bahkan di RSUD Namlea hanya separuhnya saja (56,7%). Demikian juga untuk peralatan neonatal esensial di 3 (tiga) rumah sakit di Provinsi Papua tidak lebih dari 60%. Peralatan Neonatal Intensive Care Unit (NICU) bahkan tidak tersedia sama sekali di RSUD Cenderawasih, RSUD Masohi, dan RSUD Boven Digoel.

Semua jenis (100%) peralatan neonatal esensial tersedia di RSUD Dr. M.Haulusy, RSUD Namlea, dan RSUD Wamena, namun penanggungjawab peralatan di bagian tersebut menyatakan bahwa walaupun tersedia dan dapat berfungsi, tetapi masing-masing jumlahnya tidak mencukupi jika dibandingkan dengan kebutuhan yang diperlukan.

Pada Tabel 6 dapat dilihat ketersediaan dan kecukupan peralatan intensif maternal dan neonatal di rumah sakit, termasuk diantaranya adalah perlengkapan darurat medik. Hal yang sangat mendukung dalam pelayanan rujukan di rumah sakit adalah perlengkapan darurat medik. Namun ternyata tidak semua rumah

sakit terpilih di Provinsi Maluku dan Papua ketersediaan perlengkapan darurat mediknya 100%. Ketersediaan peralatan darurat medik di RSUD Masohi hanya 50%, bahkan kecukupan di RSUD Cenderawasih dan RSUD Wamena hanya 0%. Kecukupan peralatan intensif maternal dan neonatal juga sangat minim. Dari 9 rumah sakit, hanya RSUD Masohi yang memiliki kecukupan peralatan intensif neonatal paling baik (80%), sedangkan lainnya di bawah 50%, dan ada 3 (tiga) rumah sakit yang kecukupannya 0%.

Pada Tabel 7 dapat dilihat ketersediaan obat-obatan PONEK maternal dan neonatal di 9 (sembilan) rumah sakit yang diteliti. Hanya RSUD Haulusy di Maluku dan RSUD Dok II yang ketersediaan obat-obatan PONEK maternalnya 100%, sedangkan untuk obat-obatan PONEK neonatal yang tersedia 100% hanya di RSUD Haulusy.

Pada Tabel 8 dapat dilihat waktu tanggap kecepatan pelayanan dokter (*response time*) di PONEK, khususnya untuk Instalasi Gawat Darurat (IGD), persalinan (VK) dan Unit Transfusi Darah (UTD). Standar waktu tanggap pelayanan di IGD < 10 menit, VK ≤ 30 menit dan UTD ≤ 1 jam. Waktu tanggap IGD untuk RSUD Masohi, RSUD Dok II, RSUD Serui, dan RSUD Boven Digoel masing-masing masih ≥10 menit.

Pembiayaan untuk kasus rujukan maternal dan neonatal di Provinsi Papua dan Maluku sebagian besar melalui sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan. Meskipun demikian, kedua provinsi tersebut memiliki jaminan kesehatan daerah masing-masing sebagai pendamping JKN, baik pada tingkat provinsi maupun kabupaten,

antara lain Kartu Papua Sehat (KPS) di Papua dan Jamkesda di Maluku. Permasalahan terkait dengan program JKN yaitu alur pembiayaan neonatal dan permasalahan kelengkapan administrasi. Masalah utama dalam pembiayaan yang terjadi di kedua provinsi adalah masalah biaya transportasi, akomodasi keluarga dan tenaga kesehatan pengantarnya. Pada keadaan seperti ini biaya pendampingan tenaga kesehatan menjadi tanggungan keluarga pasien. Masalah pembiayaan ini juga disampaikan oleh salah satu pihak RSUD dan puskesmas sebagai berikut:

*“...pemikiran saya juga seperti ini. Kalau saya merujuk dari puskesmas ke rumah sakit, merujuk ke luar, rumah sakit yang menyiapkan dananya. Kalau dia tiba saja di sini, berarti rumah sakit harus merujuk kembali ke puskesmas yang merujuk, toh. Itu mereka harus menyiapkan transport juga. Orang itu merujuk banyak yang terlantar, karena siapa yang mau tanggung jawab biaya perjalanan pulang... jadi keluarga harus cari uang lebih...(pejabat RSUD di Papua)”*

*“...kalau yang BPJS, transportasinya gratis, yang non BPJS hanya bayar bensinnya saja..kalau musim hujan ada masalah dalam biaya transportasi karena harus sewa “Johnson” sebesar 700 ribu untuk dari Dusun Waeruba sampai Namlea. Sebenarnya ada speed pusling tapi sudah rusak...(bidan puskesmas di Maluku)”*

## PEMBAHASAN

Penguatan sistem rujukan maternal dan neonatal perlu segera dilakukan, terutama di wilayah kepulauan seperti Provinsi Papua dan Maluku. Ketersediaan tenaga medis, sarana dan prasarana, ketersediaan dan kecukupan obat-obatan dan alat kesehatan, termasuk juga pembiayaan, kemudahan sarana transportasi, dan telekomunikasi perlu segera dipenuhi oleh pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa di Provinsi Papua dan Maluku masih memiliki kendala dalam pemenuhan hal-hal tersebut. Sesuai dengan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Goals*) yang ketiga yaitu menjamin kehidupan yang sehat dan meningkatkan kesejahteraan seluruh penduduk semua usia, pemerintah Indonesia pada tahun 2030 memiliki target mengurangi angka rasio kematian ibu hingga kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup dan menurunkan angka kematian neonatal setidaknya hingga 12 per 1000 kelahiran hidup, sehingga diperlukan upaya-

upaya yang efektif dan efisien serta konsisten dari seluruh pemangku kepentingan untuk ikut bersama-sama berupaya dalam mempercepat penurunan angka kematian tersebut.<sup>13</sup>

Salah satu bentuk perhatian dari pemerintah daerah yaitu adanya peraturan atau kebijakan mengenai sistem rujukan pelayanan kesehatan. Provinsi Papua telah memiliki Peraturan Gubernur Nomor 6/2014 tentang Sistem Pelayanan Kesehatan di Provinsi Papua dan Peraturan Daerah Provinsi (Perda) No 7/2010 tentang Pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan. Sedangkan kebijakan regionalisasi Provinsi Maluku diatur dalam Peraturan Gubernur Provinsi Maluku No. 03.b. tahun 2015 tentang Rumah Sakit Rujukan Regional Provinsi Maluku yang terbagi menjadi 4 regional. Peraturan Gubernur dan Peraturan Daerah ini penting dalam mendukung penguatan sistem rujukan, sehingga pasien yang dirujuk segera mendapatkan pertolongan. Dukungan sangat diperlukan mengingat proses rujukan memerlukan keterlibatan berbagai pihak yaitu masyarakat, tenaga dan fasilitas kesehatan di tingkat pelayanan kesehatan dasar, rumah sakit (RS) pemerintah maupun swasta termasuk Unit Transfusi Darah Rumah Sakit (UTD) RS dan Palang Merah Indonesia (PMI).

Dalam Rencana Tata Ruang Wilayah Provinsi Maluku, pendekatan pengembangan wilayah Provinsi Maluku dilakukan dengan pendekatan gugus pulau yang pembagiannya berdasarkan kedekatan geografis, kesamaan budaya, potensi sumber daya alam, kesamaan perekonomian, dan kecenderungan orientasi gugus pulau di Provinsi Maluku sesuai dengan Peraturan Presiden No.77 Tahun 2014. Pendekatan ini diperlukan untuk mendekatkan pelayanan kesehatan, meningkatkan kemampuan dan mutu pelayanan, memperkuat jaringan pelayanan kesehatan termasuk upaya rujukan dan manajemen pelayanan kesehatan, serta meningkatkan kemampuan dan peran serta masyarakat.<sup>14</sup>

Beberapa tantangan bagi isu kesehatan ibu antara lain adalah rendahnya *continuum of care* kebidanan, kurangnya kesadaran masyarakat mengenai *birth preparedness* dan *emergency readiness*, dan adanya disparitas antar provinsi.<sup>15</sup> Diperkirakan sekitar 15% kehamilan dan persalinan akan mengalami komplikasi. Sebagian komplikasi ini dapat mengancam jiwa, tetapi sebagian besar komplikasi dapat dicegah dan ditangani. Untuk komplikasi yang membutuhkan

pelayanan di RS, diperlukan penanganan yang berkesinambungan (*continuum of care*), yaitu dari pelayanan di tingkat dasar sampai di rumah sakit. Proses rujukan efektif tidak akan bermanfaat bila pelayanan di RS tidak adekuat. Sebaliknya, adanya pelayanan di RS yang adekuat tidak akan bermanfaat bila pasien yang mengalami komplikasi tidak dirujuk.

Beberapa penyebab keterlambatan dalam mencapai RS rujukan dan rujukan tidak efektif, antara lain karena masalah geografis, ketersediaan alat transportasi, stabilisasi pasien komplikasi (misalnya pre-syok) tidak terjadi/tidak efektif karena keterampilan tenaga kesehatan yang kurang optimal dan/atau obat/alat kurang lengkap, dan monitoring pasien selama rujukan tidak dilakukan atau dilakukan tetapi tidak ditindaklanjuti. Sedangkan penyebab keterlambatan dalam mendapatkan pertolongan adekuat di RS rujukan, antara lain karena: 1) Sistem administratif pelayanan kasus gawat darurat di RS tidak efektif; 2) Tenaga kesehatan yang dibutuhkan (SPOG, Anestesi, Anak, dll) tidak tersedia; 3) Tenaga kesehatan kurang terampil walaupun akses terhadap tenaga tersedia; 4) Sarana dan prasarana tidak lengkap/tidak tersedia, termasuk ruang perawatan, ruang tindakan, peralatan dan obat; 5) Darah tidak segera tersedia; 6) Pasien tiba di RS dengan "kondisi medis yang sulit diselamatkan"; 7) Kurang jelasnya Pengaturan penerimaan kasus darurat agar tidak terjadi penolakan pasien atau agar pasien dialihkan ke RS lain secara efektif; 8) Kurangnya informasi di masyarakat tentang kemampuan sarana pelayanan kesehatan yang dirujuk dalam penanganan kegawatdaruratan maternal dan bayi baru lahir, sehingga pelayanan adekuat tidak diperoleh.<sup>10</sup>

Proses rujukan dari satu fasilitas pelayanan kesehatan ke fasilitas pelayanan kesehatan lainnya harus dilakukan hanya setelah memastikan bahwa adanya ketersediaan layanan di fasilitas tersebut, seperti transfusi darah, pelayanan bedah dan sebagainya. Faktor yang paling penting dalam upaya mengurangi kematian ibu adalah akses untuk menemukan fasilitas yang tepat. Kesesuaian fasilitas dan ketepatan waktu rujukan adalah faktor utama dalam mencegah angka kematian ibu secara signifikan, selain memperkuat PONEK dan PONEK, serta mengembangkan sistem rujukan yang efektif.<sup>16</sup> Hasil penelitian tentang rujukan maternal di Ghana menyebutkan bahwa dari 390

ibu hamil, hanya 80,9% yang tahu harus pergi kemana jika mengalami komplikasi kehamilan. Pada kehamilan sebelumnya, sebanyak 65 ibu hamil menyatakan harus dirujuk tapi hanya 62 ibu yang pergi ke tempat rujukan, sedangkan 3 ibu diantaranya tidak pergi karena tidak punya biaya. Dari 62 ibu yang dirujuk, hanya 22,6% yang menggunakan ambulans rumah sakit, sisanya menggunakan transportasi umum dan kendaraan pribadi. Waktu tempuh ke rumah sakit pusat rujukan bervariasi antara 24 jam (85,5%), 48 jam (4,8%), 2-5 hari (6,5%), dan lebih dari 10 hari (3,2%).<sup>17</sup>

Keterbatasan sumber daya manusia kesehatan berpengaruh terhadap upaya penurunan kematian ibu. Tenaga kesehatan merupakan ujung tombak dari pelaksanaan program pelayanan kesehatan. Rumah sakit sebagai tempat rujukan akhir kasus kebidanan dan bayi baru lahir memegang peranan penting dalam upaya penyelamatan ibu dan bayi baru lahir, karena sekitar 5-15% kasus komplikasi membutuhkan tindakan yang hanya bisa dilakukan di rumah sakit seperti seksio sesaria dan transfusi darah. Berdasarkan Tabel 1, secara umum kabupaten di Provinsi Papua dan Maluku kesulitan dalam mendapatkan Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi/Dokter Spesialis Kebidanan dan Kandungan (DSOG) dan Dokter Spesialis Anak (DSA) yang bersedia ditempatkan di daerah penelitian. Di sebagian daerah yang tersedia hanya dokter residen, dokter spesialis tidak ada di tempat, tidak menetap, sering berganti atau dipindahkan. Data Rifaskes tahun 2011 menunjukkan bahwa hanya 7,6% RS pemerintah yang bisa memenuhi 17 kriteria RS mampu PONEK 24 jam 7 hari seminggu (24/7). Kekurangan sarana dan retensi dokter spesialis obstetri dan ginekologi menjadi penyebab utama ketidakmampuan RS menyediakan PONEK 24/7.<sup>12</sup>

Provinsi Papua mempunyai keterbatasan sumber daya manusia dan geografis, seperti di Kabupaten Jayapura hanya ada satu dokter kandungan yang melayani seluruh kabupaten di Jayapura. Selain dokter kandungan, bidan juga terbatas di RSUD Yowari di ruang bersalin dan perinatologi hanya terdapat 12 bidan yang bekerja, sehingga setiap sif hanya terdapat dua orang bidan jaga dengan jumlah maksimum pasien 16 bayi. Jumlah tersebut tidak ideal karena pada saat bidan jaga sedang membantu proses persalinan, maka hanya tersisa satu

bidan di ruangan dengan 16 bayi.<sup>18</sup> Sementara di Provinsi Maluku terbatasnya kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan menyebabkan capaian MDG's menurunkan angka kematian anak dan meningkatkan kesehatan ibu belum tercapai. Distribusi tenaga bidan yang tidak merata sebagian besar berada di kota kemudian kondisi geografis yang menyulitkan juga mempengaruhi capaian MDG's tersebut. Hasil penelitian Yani dan Duarsa<sup>19</sup> menyebutkan bahwa 34% responden ibu hamil di Lampung Timur pada tahun 2011 tidak mendapat pelayanan antenatal yang lengkap dan ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal tidak lengkap tersebut berisiko 16,23 kali lebih besar untuk mengalami kematian neonatal dibandingkan dengan yang mendapatkan pelayanan antenatal lengkap setelah dikontrol dengan umur ibu dan riwayat komplikasi.

Ketersediaan tenaga yang kompeten saja tidak cukup tanpa didukung oleh sarana dan prasarana yang memadai. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ketersediaan dan kecukupan sarana-prasarana baik di puskesmas maupun rumah sakit masih belum memadai, yang dapat dilihat dari ketersediaan dan kecukupan peralatan kesehatan dan obat yang belum mencukupi, baik di tingkat puskesmas maupun rumah sakit. Hasil studi analisis Rifaskes 2011 yang dilakukan oleh Mujiati dkk<sup>20</sup> menunjukkan bahwa dari 17 jenis obat standar pelayanan PONEB, angka rata-rata ketersediaan obat PONEB adalah 6,06 dan yang memiliki angka ketersediaan di atas angka rata-rata baru mencapai 44,3% puskesmas PONEB, tertinggi di regional Jawa-Bali (57,0%) dan terendah di regional Sulawesi (21,5%). Sedangkan angka rata-rata kecukupan obat PONEB sebesar 5,54 dan yang memiliki angka kecukupan di atas angka rata-rata adalah 51,7% puskesmas PONEB, tertinggi di regional Jawa-Bali (54,2%) dan terendah di regional Indonesia Bagian Timur (48,8%). Regional Indonesia Bagian Timur ini terdiri dari Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Maluku, Maluku Utara, Papua, dan Papua Barat. Dari studi tersebut disimpulkan bahwa puskesmas di regional Jawa-Bali lebih siap dibandingkan dengan puskesmas di regional lain dalam pelayanan PONEB. Hasil penelitian di Papua dan Maluku ini juga menunjukkan hal yang sama dengan analisis lanjut Rifaskes tersebut.

Peralatan dan obat-obatan adalah komponen yang harus selalu disediakan dan siap 24 jam dalam kasus rujukan kegawatdaruratan maternal dan neonatal di tempat layanan

khususnya di UGD baik di puskesmas PONEB maupun puskesmas perawatan. Karena hal ini akan mendukung kecepatan penanganan rujukan kasus kegawatdaruratan maternal dan neonatal.<sup>21</sup>

*Response time* tenaga kesehatan di Instalasi Gawat Darurat (IGD), VK (ruang persalinan) dan UTD pada umumnya belum sesuai standar. Dari 9 rumah sakit yang diteliti, hanya 4 rumah sakit yang memenuhi standar. Hal ini sesuai dengan hasil Rifaskes (2011) yang menyatakan bahwa *response time* IGD, VK, dan UTD di rumah sakit pemerintah di Provinsi Papua secara berturut-turut adalah 22,2%, 22,2%, dan 5,6%; sedangkan untuk rumah sakit pemerintah di Provinsi Maluku secara berturut-turut adalah 21,4%, 28,6%, dan 7,1%.<sup>11</sup>

Biaya transportasi, akomodasi keluarga dan biaya untuk tenaga kesehatan yang mengantarkan pasien masih menjadi masalah utama di Provinsi Papua dan Maluku karena biaya-biaya tersebut ditanggung oleh keluarga pasien. Hal tersebut menjadi salah satu faktor penyebab enggan masyarakat memanfaatkan fasilitas kesehatan dan memilih untuk melahirkan di rumah atau ditolong oleh anggota keluarga atau dukun bayi setempat. Hasil studi oleh Amilda<sup>22</sup> di Desa Banjarsari, Kecamatan Grabag, Kabupaten Magelang menyimpulkan bahwa status ekonomi berhubungan secara signifikan dengan pilihan pertolongan persalinan oleh dukun bayi. Penelitian di desa-desa kawasan timur Indonesia, menunjukkan bahwa beberapa faktor sosial dan geografis mempengaruhi penanganan kegawatdaruratan obstetrik seperti hambatan transportasi, kebiasaan sosial yang mengakar, dan rasa ketidakberdayaan untuk mengubah takdir seseorang.<sup>23</sup> Hal ini selaras juga dengan penelitian 390 ibu hamil di Ghana yang menyatakan bahwa 46,2% ibu takut untuk dirujuk karena memiliki masalah pembiayaan.<sup>17</sup>

Seringkali pencegahan dan penanganan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal tidak dapat berjalan seperti yang diharapkan karena adanya berbagai keterlambatan, yaitu terlambat dalam mengambil keputusan, terlambat mencapai rumah sakit rujukan dan rujukan tidak efektif, terlambat mendapatkan pertolongan adekuat di rumah sakit rujukan. Ketidakmampuan menyediakan biaya non-medis dan biaya medis lainnya (obat jenis tertentu, pemeriksaan golongan darah, transport untuk mencari darah/obat, dan lain-lain) merupakan salah satu penyebab keterlambatan dalam mengambil

keputusan untuk merujuk.<sup>10</sup>

Zulhadi, dkk<sup>24</sup> dalam penelitian sistem rujukan maternal di Kepulauan Riau menyebutkan bahwa faktor utama yang mempengaruhi sistem rujukan adalah fasilitas, tenaga, SOP, kerjasama tim, transportasi, komunikasi, dan pendanaan, dimana semua elemen tersebut harus mendapatkan perhatian serius dari para *stakeholders* yang terlibat, sehingga dapat memperkuat sistem rujukan yang pada akhirnya dapat mempercepat penurunan angka kematian ibu.<sup>24</sup> Penelitian sistem rujukan maternal dan neonatal di Provinsi Papua dan Maluku ini juga menyatakan hal yang selaras dengan hasil penelitian tersebut.

### **KESIMPULAN**

Sistem manajemen rujukan maternal dan neonatal yang ada di Provinsi Papua dan Maluku masih belum terlaksana dengan baik, karena masih belum didukung oleh keberadaan tenaga medis yang bisa menetap, ketersediaan dan kecukupan alat kesehatan dan bahan habis pakai yang masih belum memadai, pembiayaan yang masih memberatkan pasien terutama untuk biaya transportasi tenaga pengantar pasien yang membutuhkan biaya banyak karena kondisi geografis yang relatif sulit untuk kedua provinsi ini.

### **SARAN**

Saran yang dapat diberikan adalah perlu segera diadakan *call center* rujukan maternal dan neonatal di kedua provinsi, pengembangan Standar Pelayanan Operasional (SPO) rujukan maternal dan neonatal dengan melibatkan lintas sektor, advokasi kepada pemerintah daerah agar anggaran kesehatan ditambah terutama untuk pembenahan sistem rujukan agar dapat segera dilakukan, melibatkan dan mengoptimalkan peran serta masyarakat dan melakukan advokasi kepada kepala kampung untuk mempersiapkan dana masyarakat untuk kesehatan, serta kebijakan distribusi tenaga kesehatan strategis dan perbaikan sistem penggajian tenaga kesehatan agar mau ditempatkan di Provinsi Papua dan Maluku yang akses dan geografisnya sulit.

### **UCAPAN TERIMA KASIH**

Terima kasih kami ucapkan kepada UNICEF dan Direktorat Bina Kesehatan Ibu Kementerian Kesehatan RI yang telah membantu memfasilitasi kegiatan penelitian ini, serta kepada Kepala Puslitbang Teknologi Intervensi

Kesehatan Masyarakat yang telah mengizinkan dilakukannya penelitian ini. Kami ucapkan juga terima kasih kepada para responden dan informan yang bersedia terlibat dalam penelitian.

### **DAFTAR PUSTAKA**

1. Badan Pusat Statistik. Penduduk Indonesia, hasil sensus penduduk 2010. Jakarta: Badan Pusat Statistik; 2010.
2. Badan Pusat Statistik. Profil penduduk Indonesia hasil SUPAS 2015. Jakarta: Badan Pusat Statistik; 2015.
3. Kementerian Kesehatan. Profil kesehatan Indonesia. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2016. 1-220 p.
4. Badan Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Departemen Kesehatan, Macro International. Survei demografi dan kesehatan Indonesia 2012. SDKI. Jakarta: Badan Pusat Statistik. 2013;16.
5. Kementerian Kesehatan. Profil kesehatan Indonesia. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2014.
6. Kementerian Kesehatan. Laporan riset kesehatan dasar Tahun 2013. Jakarta: Badan Litbangkes; 2013.
7. Kementerian Kesehatan. Aplikasi data rutin kesehatan ibu. Jakarta: Direktorat Bina Kesehatan Ibu; 2015.
8. Kementerian Kesehatan, USAID, UNICEF, WHO. Laporan studi kualitas pelayanan kesehatan ibu di 100 fasilitas pelayanan kesehatan dari 10 provinsi di Indonesia. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2012.
9. Badan Pusat Statistik. Hasil survei penduduk antar sensus (SUPAS). Jakarta: Badan Pusat Statistik; 2015.
10. Kementerian Kesehatan. Rencana aksi nasional percepatan penurunan angka kematian ibu. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2013.
11. Luti I, Hasanbasri M, Lazuardi L. Kebijakan pemerintah daerah dalam meningkatkan sistem rujukan kesehatan daerah kepulauan di kabupaten Lingga Provinsi Kepulauan Riau. *J Kebijakan Kesehat Indones*. 2012;01(01):24–35.
12. Kementerian Kesehatan. Laporan riset fasilitas kesehatan tahun 2011. Jakarta: Badan Litbang Kesehatan; 2011.
13. Kementerian PPN/Bappenas. Ringkasan metadata indikator TPB/SDGs Indonesia. Jakarta: Kementerian PPN/Bappenas 2017.

14. Presiden Republik Indonesia. Peraturan Presiden No. 77 Tahun 2014. Indonesia; 2014.
15. Bappenas, Kemenkes, BPOM, BKKBN. Health sector review : kesehatan ibu, neonatal, bayi, dan anak. In 2014. p. 17–20.
16. Raj SS, Manthri S, Sahoo PK. Emergency referral transport for maternal complication: lessons from the community based maternal death audits in Unnao district, Uttar Pradesh, India. *Int J Heal Policy Manag.* 2015;4(2):99–106.
17. Nwameme AU, Phillips JF, Adongo PB. Compliance with emergency obstetric care referrals among pregnant women in an urban informal settlement of Accra, Ghana. *Matern Child Health J.* 2014;18(6):1403–12.
18. Dinas Kesehatan Kabupaten Jayapura. Manual rujukan maternal dan neonatal di kabupaten Jayapura. Trisnantoro L, editor. Jayapura; 2015.
19. Yani F, Duarsa ABS. Pelayanan kesehatan ibu dan kematian neonatal. *Kesehat. Masy. Nas.* 2011;7:373–7.
20. Mujiati, Lestary H, Laelasari E. Kesiapan puskesmas PONED (pelayanan obstetri neonatal emergensi dasar) di lima regional Indonesia. *Media Penelit. dan Pengemb. Kesehat.* 2014;24(1 Mar):36–41.
21. USAID, EMAS. Panduan operasional sistem jejaring rujukan kegawatdaruratan ibu dan bayi baru lahir puskesmas - rumah sakit. 2014;(September):1–92.
22. Amilda NL. Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemilihan pertolongan persalinan oleh dukun bayi. Universitas Diponegoro; 2010.
23. Belton S, Myers B, Ngana FR. Maternal deaths in eastern Indonesia : 20 years and still walking : an ethnographic study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14(39):2–10.
24. Trisnantoro ZL, Zaenab SN. Problem dan tantangan puskesmas dan rumah sakit umum daerah dalam mendukung sistem rujukan maternal di kabupaten Karimun Provinsi Kepri Tahun 2012. *J Kebijak Kesehat Indones* Desember. 2013;02(189):189–201.