

**Pelaksanaan Sistem Rujukan Kasus Ibu Hamil Risiko Tinggi oleh Bidan Desa ke Puskesmas Poned Kabupaten Banjar - Kalimantan Selatan (Studi Kasus di Puskesmas Sungkai)**

***Implementation on the Referral System of High Risk Pregnant Women from Villages Midwives to Primary Healthcare Center with Basic Obstetric and Neonatal Emergency Care in Banjar District, South Kalimantan (a Case Study in Sungkai Primary Healthcare Center)***

*Adriana Palimbo\**, *Ayun Sriatmi\*\**, *Tjahjono Kuntjoro\*\**

*\*Alumni Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro, \*\* Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro, Semarang*

**ABSTRAK**

Kualitas pelayanan rujukan kebidanan tidak bisa terlepas dari system rujukan yang dilaksanakan oleh bidan desa sebagai pos pelayanan terdepan di masyarakat. Selain karena faktor sistem penanganan kasusnya yang kurang sesuai dengan prinsip dasar merujuk, diduga juga karena keterlambatan menganal tanda bahaya dan mengambil keputusan dan terlambat mendapat pelayanan di fasilitas kesehatan. Tujuan penelitian adalah menjelaskan pelaksanaan sistem rujukan ibu hamil risiko tinggi oleh bidan desa ke Puskesmas Poned Kabupaten Banjar tahun 2011. Penelitian ini adalah penelitian *observasional* menggunakan rancangan *deskriptif kualitatif*, dalam bentuk studi kasus untuk menggambarkan dan memahami fenomena yang berkaitan dengan pendekatan *crosssectional*. Instrumen penelitian adalah bidan desa Puskesmas Sungkai yang melakukan rujukan kasus ibu hamil risiko tinggi ke Puskesmas Poned. Data dikumpulkan dengan wawancara mendalam dan dianalisis dengan teknik kualitatif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa masih ada bidan desa yang melakukan stabilisasi diluar kewenangan. Sebagian besar masyarakat menggunakan pembiayaan Jamkesmas, tetapi dari biaya dan ketersediaan transportasi/ambulan desa dan keperluan lain masih kurang memadai bagi pasien Jamkesmas. Selama proses pendampingan bidan sebagian besar hanya mendampingi jika pasien dirujuk ke RS swasta, tetapi hal sama tidak dilakukan pada pasien Jamkesmas. Dalam merujuk ibu hamil ke puskesmas Poned bidan desa tidak membawa surat pengantar rujukan, tetapi hal sama juga tidak dilakukan saat merujuk ke RS swasta. Bidan menyertakan surat dan lampiran buku KIA jika ke RS umum untuk tujuan klem Jamkesmas. Berdasarkan hasil penelitian tersebut disarankan kepada Dinas Kesehatan untuk melengkapi jumlah tenaga bidan desa dan kualifikasinya, serta kecukupan alat/obat/bahan di Polindes/Poskesdes. Bagi Puskesmas untuk melakukan pembinaan dan supervisi bidan di desa dan ada pembagian tugas yang jelas untuk bidan desa di wilayah kerjanya.

**Kata Kunci :** Rujukan Risiko Tinggi Kehamilan, Bidan Desa

**ABSTRACT**

*Quality of obstetrical referral service could not be separated from referral system done by village midwives as a front health service post in the community. Obstetric case management that was not fully follow a basic principle of referral, delays to identify signs of dangerous pregnancy condition, delay to make decision, and delay to obtain services in the health facility were factors related to the quality of obstetrical referral service. The objective of this study was to explain the implementation of high risk pregnancy referral system by village midwives to*

*PONED primary healthcare center Banjar district, 2011. This was an observational study using descriptive qualitative design. This study was in the form of a case study to describe and to comprehend related phenomena using cross sectional approach. Study instrument was village midwives from Sungkai primary healthcare center who referred high risk pregnant women to PONED primary healthcare center. Data were collected by conducting in-depth interview. Qualitative technique was applied to analyze the data. Results of the study showed that village midwives still performed stabilization beyond their authority. Majority of people in the community used Jamkesmas (community health insurance) funding; however, funding and transportation or village ambulance availability and other needs were insufficient for Jamkesmas patients. During midwives accompaniment, most of them only accompanied when the patient was referred to the private hospital, and they did not do that for Jamkesmas patients. Midwives did not bring reference letter to PONED primary healthcare centers when they were referring pregnant women; it was also done when they were referring pregnant women to private hospitals. Midwives included a letter and KIA book as an enclosure when they referred the patient to the general hospital for Jamkesmas claim purpose. Based on the study results, suggestions given to the head of district health office were to provide additional number of village midwives with its qualification; to assure the availability and sufficiency of instrument, medicine and materials in Polindes or Poskesdes; Suggestions for primary healthcare office were to conduct guidance and supervision for village midwives, to distribute clearly the job assignments to village midwives in their work areas.*

**Key words** : high risk pregnancy referral, village midwives

## **PENDAHULUAN**

Sebagian besar kematian ibu disebabkan oleh penyebab langsung yaitu perdarahan, infeksi, eklamsia, persalinan lama dan komplikasi abortus. Kematian ibu juga dilatarbelakangi oleh rendahnya tingkat sosial ekonomi, tingkat pendidikan, kedudukan dan peran perempuan, faktor sosial budaya serta faktor transportasi. Hal ini disebut “Tiga Terlambat” (terlambat mengenal tanda bahaya dan mengambil keputusan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan dan terlambat mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan).

Kematian yang terjadi di Kalimantan Selatan tahun 2007 masih cukup tinggi yaitu 307/100.000 kelahiran hidup. Dimana dari tahun ke tahun mengalami peningkatan, begitu juga kematian yang terjadi di Kabupaten Banjar, kasus kematian terbanyak pada tahun 2010 terjadi di rumah pasien yaitu 73,6% sedangkan di perjalanan 26,3%. Hal ini menunjukkan lemahnya peran dan partisipasi keluarga dalam mengambil keputusan dengan tepat. Salah satu upaya pemerintah dengan mendekatkan akses pelayanan kesehatan pada masyarakat dengan sistem rujukan. (Dinas Kesehatan Prov. Kalsel,2010).

Kinerja cakupan deteksi dini ibu hamil risiko tinggi kelima puskesmas PONED dari

tahun 2009 ke tahun 2010 mengalami peningkatan dan sudah mencapai target diatas 20%. Sedangkan untuk penanganan kasus risiko tinggi dan komplikasi serta rujukan kasus pada ibu hamil tahun 2009 – 2010 di lima Puskesmas PONED menunjukkan bahwa tahun 2009 persentase mengalami komplikasi dan dirujuk masih sangat rendah pada kelima puskesmas tidak mencapai 75%. Jumlah desa yang melaksanakan P4K dengan stiker sudah diatas 90%. Persentase ibu hamil mendapat stiker paling rendah pada Puskesmas Sungkai 62,3% dan Puskesmas Pengaron 61,7%. Demikian juga yang terdapat pada tahun 2010 rata – rata cakupan kegiatan masih rendah. (Dinas Kesehatan Kab. Banjar, 2010).

Pelayanan rujukan kasus pada ibu hamil risiko tinggi di Puskesmas PONED belum berjalan sesuai harapan yang ditargetkan. Beberapa indikator menunjukkan tidak semua risiko tinggi dan komplikasi ibu hamil ditangani sesuai sistem rujukan dan standar merujuk seperti BAKSOKUDO. Masih banyak bidan yang belum memahami dan menerapkan sistem rujukan kasus dan risiko tinggi kehamilan serta masih banyak bidan yang belum melakukan sistem rujukan secara tepat sehingga perlu dilihat proses

pelaksanaan rujukan yang dilakukan bidan desa ke Puskesmas PONED.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian adalah studi kasus untuk mengidentifikasi pelaksanaan sistem rujukan kasus ibu hamil risiko tinggi oleh bidan desa ke puskesmas PONED. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juli sampai dengan bulan September 2011 yang berlokasi di Puskesmas Sungkai Kabupaten Banjar. Subyek penelitian adalah bidan desa sebagai informan utama sedangkan informan triangulasi provider adalah Bidan Koordinator, Kepala Puskesmas dan Kepala Seksi KIA, informan triangulasi pasien adalah ibu hamil risiko tinggi. Teknik pengambilan sampel dengan total populasi sampling untuk bidan desa. Pengumpulan data dengan cara wawancara mendalam (indepth interview) dan observasi dengan menggunakan daftar checklist. Selanjutnya data yang diolah, kemudian dianalisa menggunakan analisa kualitatif yaitu menggunakan *content analisis* yaitu menyusun dan menggolongkannya dalam bentuk pola, kategori atau klasifikasi reduksi data agar dapat diinterpretasikan dan penarikan kesimpulan yang dipadukan dengan kepustakaan atau teori yang ada. Data disajikan dalam bentuk naratif sesuai dengan variabel penelitian.

## HASIL PENELITIAN

### 1. Ketersediaan Aspek Input

#### a. Sumber Daya Manusia/Tenaga Kesehatan

Sumber daya manusia yaitu bidan desa yang ada di wilayah kerja Puskesmas Sungkai masih kurang, dari segi jumlah tenaga (kuantitas) maupun dari segi keterampilan yang dimiliki oleh bidan (kualitas). Dari aspek kompetensi sebagian kecil saja yang mengatakan masih kurang kompeten karena kualifikasi pendidikan dan pelatihannya yang belum standar.

*disini bidan semua ada 8 orang..2 di puskes..bikornya dan PKPR. ..yang tugas di desa ada 6 ..satu bidan pegang 1 desa. memang jumlah desa kami...termasuk desa sungkai ada 14 desa..masih 7 desa tidak ada bidannya.*

*Kalo kompetensi..ulun merasa masih kurang..pang..tapi sudah merasa mengerjakan ja.. sesuai ketrampilan..” Yah..gimana ya..ulun kompeten atau kada kah..kada bisa menilai sendiri..sudah merasa sesuai ja..bila ada kasus ibu hamil tidak normal..lain jua tindakannya..dengan normal Pernah ikut pelatihan APN dan LSS..tapi APN nya dah lawas (lama)...biasanya juga tidak seberapa ingat lagi..mau dipraktikkan bujur-bujur (benar-benar)...mengingatnya pengalaman dari waktu kuliah..skarang kan jarang lagi ada pelatihan-pelatihan.“...Pelatihan APN nya..udah lawas (lama).. asal pertama APN dulu 2003..kah..LSS dan asfiksia...dah lawas jua (juga)..waktu di banjar..*

#### b. Sarana Prasarana

Sarana dan prasarana yang berkaitan dengan ketersediaan gedung, alat-alat, obat-obatan, bahan-bahan, kendaraan, form-form, kecukupan jumlah gedung, alat-alat, obat-obatan, bahan-bahan, kendaraan, form-form dan kelayakan gedung, alat-alat, obat-obatan, bahan-bahan, kendaraan, form-form dan fasilitas lainnya yang dimiliki oleh bidan desa dalam pelayanan rujukan masih kurang, sehingga apabila ada pasien kasus risiko tinggi yang akan dirujuk tidak dapat terlayani.

*tuk alat dan obat...yah sama jua..masih kada tapi sesuai..rancak (sering) habis itu ya..oksi, amox, PCT, dan vitamin...gasan bumil..mun ruang periksa..hanya ada 1 kamar..sempit pulang..maka tergabung ANC..ada jua pelayanan lain..orang berobatkah..mana bila ada bumil risti.. Atapnya bocor.. pustu...jadi perbaiki sorang (sendiri) ja..tensi..sudah pada rusak..ya..beli sendiri aja..sama jua dengan bak partus kan..punya sendiri...ada ee juga pernah bantuankah..timbangan dewasa dan tensi.. Ada satu pustu...memang kondisinya atapnya rusak dan bocor...sana-sini..ruang periksa ada 1...eee iya..dirasa sempit...karna gabung,, untuk obat-obatan sudah*

cukup karena bidan mengampra ke puskesmas... Tahun 2009..dari Mother Care...ada bantuan alat...prioritas untuk desa yang ada PONED..termasuk Sungkai ini..iya..di 2011 ada dana paket dari APBD kabupaten, untuk pengadaan obat-obatan essensial bidan desa...nah..untuk alat..emang ada diskusi waktu pertemuan rutin IBI..dan rata-rata bidan dengan keluhan merebus alat..untuk itu..sudah direncanakan..yah namanya rencana usulan...kita belum..pastikan realisasi..tapi..jika melihat standar kelayakan dan pelayanan cukup pemrosesan alat dengan rebus alat..dan sesuai jua..ada di APN

penggantian ongkos dari sana.. Udah siap jua kalo..dananya..biasa pasien dan keluarganya handak (ingin) sorang (sendiri)..diserahkan wadah ulun ja..baiknya kayapa.

### c. Pendanaan

Semua informan mengatakan sumber dana yang digunakan oleh masyarakat adalah dari Jamkesmas, Jamkesprov, Jampersal dan ada swadana masyarakat. Karena selama ini yang sudah dilaksanakan adalah pembagian jasa pelayanan rujukan itu jadi satu paket dengan kegiatan KIA, Jamkesmas dan BOK. Ketersediaan dan kecukupan dana masih belum mencukupi. Untuk pasien jamkesmas, dana diklaim setelah pasien selesai masa nifasnya. Dana yang ada dianggap masih kurang untuk pembiayaan rujukan, apalagi pencairan dana nanti akhir tahun. Dana yang ada tidak cukup untuk membeli obat dan bahan habis pakai.

Mun (bila) dana itu kan...dari jamkesmas..kadada dana khusus setahu saya..untuk rujukan...kalo pasien lain peserta...diuruskan jamkesprov..dana lain..dari tabulin kadada..lagi..mun pasiennya punya duit..membayari sorang..sampai tuntung perawatannya...Kalo yang jamkesprov...kan kebijakan pemkab,..ya sudah berjalan.. pemkab dan pemprov masing-masing..50%..dana ditanggung. Iya terserah pasiennya saja..cuma kan kita liat kondisinya jua..mana yang lebih dekat..biasanya kalo dirujuk ke RS swasta..ada

## 2. Pelaksanaan Aspek Proses Rujukan

### a. Stabilisasi Ibu Hamil Risiko Tinggi

Stabilisasi ibu hamil risiko tinggi, persiapan rujukan dan tindakan penanganan rujukan bidan desa ke puskesmas sebagian besar sudah dilaksanakan sekalipun masih ada 2 bidan yan tidak memahami sepenuhnya langkah-langkah BAKSOKUDO dan menangani rujukan diluar kewenangan.

Saat kunjungan awal periksa kan kita anamnesa dulu,datanya keina dipakai bulang berikutnya asalnya kan riwayatnya dulu..jelekkah baikkah...bila dari riwayatnya tidak normal..dirujuk mun kayak itu..kada wani..bidan kan pelayanan dan wewenang yang normal ja..

Paling sering kasusnya hipertensi, anemia dan letak sungsang,sakit kepala dan keluar air ketuban sebelum waktunya partus..ada preklamsi, gemelli dan serotinus.

Setahu saya istilahnya baksokudo..waktu kuliah juga didapatkan materinya..tahu baksoku misalnya siap alat,siap bidan dan siap tempat rujuk harus memadai. Tergantung jua..bilanya kada terlalugawat..seadanya ja tensi, lenek dan kasa gasan nyuntik..bilanya diperlukan..selain tuh bawa jua partus set..kalo pina partus dijalan.

### b. Pengelolaan Calon Donor Darah, Tabulin/Dasolin dan Ambulan Desa/ Transportasi Rujukan.

Bidan dalam mengelola ketersediaan dan kecukupan calon donor darah, tabulin/dasolin dan ambulan desa/transportasi rujukan ibu hamil risiko tinggi mengatakan tidak tersedia cek golongan darah, tabulin/dasolin dan ambulan desa atau transportasi khusus

merujuk. Untuk tabulin dan dasolin pernah ada tapi sekarang tidak berjalan. Satu informan bidan menambahkan untuk dana yang ada di desa bukan atas nama dasolin tetapi istilahnya dana ini berupa iuran warga desa setiap bulannya di koordinir oleh masing – masing RT. Biaya untuk transportasi dan dan keperluan lain disiapkan sendiri oleh keluarga ibu hamil yang dirujuk.

*Nama calon donor darahnya...ini ngambilnya nama saudara dan orangtuanya saja...golongan darah ibu hamil tidak dicek..golongan darah kawa aja..keina (nanti) di rumah sakit di periksa... mun golongan darah ibu hamil..melihat KTPnya saat periksa...mun siapa calon donor darah ibunya...diperkirakan saja ngarannya ditulisi di stiker...yah orang tua dan saudara*

*Tidak ada kesiapan P4K...mun biaya dan dananya..disiapkan sorang..gasan kendaraan.. tabulinnya kada berjalan..adanya semacam dasolin..semua warga ka nada kumpulannya tiap bulan lima ribu..bisa dipakai untuk keperluan apa aja..bila ada yang membutuhkan..kalo untuk ibu hamil yang mau dirujuk..dikeluarkan ongkos bensin..selebihnya dibiayai pasien sorang.*

*Untuk transport biasanya pakai kendaraan bidan..yang membonceng suami pasien ke puskesmas..karna kasusnya mau cek golongan darah...munnya gawat darurat..hanyar mencari angkutan umum..ambulan di puskesmas ada tapi jauh dan sopirnya rancak kadada*

### c. Tenaga Kesehatan Pendamping Rujukan

Tenaga kesehatan pendamping rujukan tidak pernah mendampingi jika hanya dirujuk ke puskesmas atau kondisi umumnya masih baik dan belum gawat, serta pasien jamkesmas. Sebagian besar informan mengatakan alasan mendampingi pun karena dapat teguran

dan dilaporkan ke dinas atau kepala puskesmas.

*Habis gimana ..mau mendampingi bujur-bujur kadang koler jua urusannya di puskes kada maksimal jua pemeriksaan..kada disuru pasiennya ke puskes...salah pulang..duduknya didekat sopir. ..Pasiennya yang gawat aja yang ..lun dampingi..tapi jarang pang..bu aee, kalo nya ini tidak gawat ke puskes dulu..pang. .. Yang jamkesmas nya aja bu saya rujuk ke puskesmas sekalian mengurus jamkesmasnya..*

*Ini lun suruh langsung ke puskes ja atau ke ratu jaleha..parak (dekat) aja kalo'?...kadada pang..koler (malas) ulun..keina (nanti) lun pulang mengurus di puskes... Lun ke RS sorang ja bu ae diantari suami sama mama ulun.. jar bidan tensi pian naik bu ae, ada pula bangkak batis pian, kada kawa (tidak bisa) ditolong di desa alat dan obat kurang.*

*Kalo kasus udah risiko tinggi sampai gadar harus didampingi, aturannya kayak gitu., kalo masih riwayat faktor risiko..yah ndak, paling konsultasi aja.*

### d. Surat Pengantar dan Pencatatan Rujukan

Lima informan utama bidan mengatakan bahwa tidak membuat dan membawa surat pengantar rujukan dan kelengkapan lampiran / catatan saat ke puskesmas dan rumah sakit swasta. Bidan melampirkan lengkap saat ke RSUD, alasannya bila pasien Jamkesmas bidan melengkapi laporannya karena merupakan salah satu syarat untuk klaim dana dari Jamkesmas. Sebagian besar informan juga mengatakan ke puskesmas tidak pakai surat dan dari puskesmas baru surat dibuatkan untuk merujuk ke rumah sakit. Pernyataan untuk rumah sakit swasta, tidak penting adanya surat observasi, pasien datang langsung ditangani dan yang terpenting ada lembar persetujuan tentang biaya.

*Yah kalo di swasta kan..kada pang ditakuni..yang penting tindakannya ja dulu..lawan biayanya..jar pasien ulun..kada ee tapi juga mahal*

*banar...Ke puskesmas serah terima ja..dengan petugas..perawat..keina di rumah sakit ntar..suratnya digawi..kawa (bisa) aja to' nyusul*

## PEMBAHASAN

### 1. Pelaksanaan Aspek Proses Rujukan

#### a. Stabilisasi Ibu Hamil Risiko Tinggi

Kemampuan mengenal tanda bahaya dan mempersiapkan langkah BAKSOKUDO dapat dikaitkan dengan pengetahuan bidan yang sudah lulus pendidikan DIII Kebidanan mampu dalam melakukan anamnesa dan pengkajian sampai menetapkan diagnosa nomenklatur dalam asuhan kebidanan seperti tercantum juga dalam Permenkes Nomor 572/Menkes/Per/VI/1996 tentang Standar Pelayanan Kebidanan.

Pengetahuan seseorang memegang peranan penting dalam bentuk aplikasi dan tindakan nyata pada pelayanan. Kemampuan seseorang dalam pengetahuan belum tentu bisa menjawab keseluruhan kompetensi yang diharapkan. Kompetensi diartikan sebagai kemampuan individual yang dibutuhkan untuk mengerjakan suatu tugas/pekerjaan yang dilandasi oleh 3 ranah kompetensi yaitu pengetahuan, ketrampilan dan sikap kerja sesuai unjuk kerja yang dipersyaratkan. (Koesno, 2010),

Pendapat Koesno, sejalan dengan konsep Hadijono, dimana stabilisasi pasien yang dilakukan harus tetap didampingi oleh tenaga medis yang memiliki ketrampilan klinik untuk melakukan tindakan dukungan kehidupan (*life saving skill*).

Hal tersebut juga didukung dan diperkuat oleh hasil penelitian Zubaidah yang menyatakan bahwa keterlibatan masyarakat dalam mengambil keputusan dan terlibat langsung dalam persiapan rujukan akan mempengaruhi proses rujukan, faktor lain yang dapat mempengaruhi rujukan meliputi faktor masyarakat yang berkaitan dengan sistem kesehatan (*community factors health system*) adalah meliputi jarak ke fasilitas,

ketersediaan fasilitas, biaya transportasi, konsultasi dan asuransi medis atau jaminan kesehatan, kualitas dan keterlibatan masyarakat. (Zubaidah,2009)

#### b. Pengelolaan Calon Donor Darah, Tabulin/Dasolin dan Ambulan Desa/ Transportasi Rujukan.

Pengelolaan donor darah, tabulin/dasolin dan ambulan/transportasi merupakan urutan ketiga dari faktor – faktor yang mempengaruhi terlaksananya proses rujukan dengan baik. Transportasi yang menjadi kendala ini sejalan dengan “3 terlambat” yang melatar belakangi penelitian ini, juga berkaitan langsung dengan kendala dana dan biaya yang menjadi penghambat pada aspek input sistem rujukan. (Andriani,1998)

Konsep pengelolaan tersebut juga diperkuat oleh kebijakan pemerintah dalam rangka mempercepat penurunan AKI, dimana semakin awal dilakukan perencanaan dan persiapan kehamilan maka akan semakin memperkecil risiko yang muncul sampai ibu hamil melewati masa persalinan sampai nifas bahkan perencanaan KB. (Departemen Kesehatan,2009)

#### c. Tenaga Kesehatan Pendamping Rujukan

Pendamping adalah hadirnya orang yang dianggap penting oleh ibu hamil yang dapat memberikan dukungan dan rasa aman nyaman. Pendamping yaitu bidan dan suami ibu hamil atau keluarga dekat. Pendampingan yang dilakukan bidan juga akan membina keeratn komunikasi dengan keluarga, sehingga bidan dalam menjelaskan kondisi ibu dan tindakan apa yang akan dilakukan dapat dipahami dan dimengerti oleh keluarga. Keluarga sangat diperlukan peran aktifnya dalam pelaksanaan rujukan. (Departemen Kesehatan, 2009).

Hal ini terkait langsung dengan aspek stabilisasi ibu hamil risiko tinggi, seperti tercantum dalam Buku Acuan

Asuhan Persalinan Normal (2008) dan Buku Acuan Nasional : Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal (2008), dimana dari informasi yang dapat ditunjukkan bahwa sebelum merujuk atau selama dalam perjalanan bidan melakukan pengawasan keadaan umum pasien, pemberian obat – obatan esensial sesuai kewenangan dan observasi kontraksi dan DJJ. (JNPKR, 2008).

#### **d. Surat Pengantar dan Pencatatan Rujukan**

Surat rujukan adalah dokumentasi penting yang harus disertakan karena mencakup riwayat penyakit, penilaian kondisi pasien yang dibuat pada saat ada kasus diterima. Tindakan atau pengobatan telah diberikan, keterangan lain yang perlu dan yang ditemukan berkaitan dengan kondisi pasien pada saat masih dalam penanganan tenaga kesehatan pengirim rujukan. Buku KIA sangat penting untuk mengetahui riwayat dan perkembangan selama masa kehamilan. (Saifudin, 2008).

## **2. Ketersediaan Aspek Input**

### **a. Sumber Daya Manusia/Tenaga Kesehatan**

Pencapaian tujuan organisasi diperoleh hasil pelayanan yang efektif dan efisien yaitu perhitungan jumlah staf, jenis staf yang dibutuhkan, kualitas staf yang sesuai. Dan penempatan / distribusi yang merata sesuai kebutuhan dan beban pekerjaan (*the right man in the right place*). Dalam arti bahwa wadah tempat kerja staf dan beban kerja yang lebih akan membutuhkan tenaga kesehatan yang lebih besar pula. (Wijono,2008).

Konsep ini pula didukung oleh Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan pasal 6, bahwa Bidan hanya dapat menjalankan praktik dan/atau kerja paling banyak di 1 (satu) tempat kerja dan 1 (satu) tempat praktik.

### **b. Sarana Prasarana**

Pekerjaan seseorang dalam menjalankan tugasnya, tingkat kualitas hasilnya sangat ditentukan fasilitas /sarana dan prasarana. Alat kerja yang canggih disertai pedoman dan pelatihan penggunaannya secara lengkap dan sempurna akan banyak berpengaruh terhadap produktivitas dan kualitas kerja yang optimal (Robbin, 2001).

### **c. Pendanaan**

Menurut penelitian direktorat kesehatan dan gizi masyarakat (perencanaan dan pembiayaan pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin) bahwa pemberian pelayanan gratis dipuskesmas bagi penduduk miskin belum menghilangkan seluruh hambatan finansial.

Dari segi provider banyak bidan mengeluh kekurangan biaya transportasi untuk melakukan kegiatan pelayanan rujukan karena harus mengunjungi rumah pasien yang jaraknya cukup jauh. Anggaran yang dibuat tanpa mengacu pada analisis biaya akan mengalami bias, dengan akibat ada kemungkinan biaya yang dianggarkan berbeda dengan realisasinya dan hasil yang diharapkan tidak terwujud seperti direncanakan. Dana sangat penting diperlukan sebagai syarat kelancaran sebuah program yang harus dialokasikan secara tepat. Demikian juga kelancaran dalam proses penyediaan dan penggunaannya.

## **KESIMPULAN**

### **1. Ketersediaan Aspek Input**

#### **a. Sumber Daya Manusia/Tenaga Kesehatan**

Sumber daya manusia yang ada di wilayah Puskesmas Sungkai masih terbatas dari segi jumlah tenaga/bidan (kuantitas) maupun dari segi keterampilan yang dimiliki oleh petugas kesehatan/bidan (kualitas).

#### **b. Sarana Prasarana**

Sarana dan prasarana pelaksanaan rujukan yang berkaitan dengan alat – alat dan obat-obatan esensial maupun pertolongan pertama

pada gawat darurat belum semua terpenuhi sesuai standar pelayanan minimal.

**c. Pendanaan**

Sebagian besar masyarakat yang dirujuk bergantung pada pembiayaan pelayanan Jamkesmas, Jampersal dan pada Jamkesprov bagi yang tidak punya kartu peserta Jamkesmas. Penggunaan Jamkesmas belum merata kesemua penduduk miskin. Dari segi provider yaitu bidan yang mendapatkan dana operasional untuk transport dan jasa dari pelayanan rujukan masih belum mencukupi untuk transportasi dan kebutuhan membeli obat. Sedangkan dari kecukupan dari pasien yang harus disiapkan sendiri dan dipakai saat rujukan masih dianggap kurang.

**DAFTAR PUSTAKA**

1. Andriani N., *Evaluasi Pelaksanaan Rujukan Ibu Bersalin Di Kabupaten Dati II Purbalingga Tahun 1998*, Tesis, Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, UGM, 2009.
2. Robbin, P., *Perilaku Organisasi Jilid 1*. Penerbit PT Prenhalindo. Jakarta. 2001
3. Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia, *Bunga Rampai*, Editor : PP-IBI, Jakarta, 2010.
4. Wijono, D., *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan (Teori, Strategi dan Aplikasi)*, Volume 1. Airlangga University Press. Surabaya. 1991
5. Bungin, B., *Metode Penelitian Kualitatif (Aktualisasi Metodologis ke arah Ragam Varian Kontemporer)*, PT Raja Grafindo Persada. Jakarta. 2001
6. Sugiono, *Memahami Penelitian Kualitatif*. Penerbit Alfabeta. Bandung. 2009
7. Hadijono S. *Manajemen dan Rujukan Perdarahan Postpartum Dalam Upaya Penurunan Morbiditas dan Mortalitas Maternal*; Bag.Obsginsos/SMF-Obgin RSUP Dr. Kariadi-FK Undip, Semarang.
8. JNPKR, *Buku Acuan : Asuhan Persalinan Normal* : Jakarta, 2008.
9. Saifuddin A.B., *Buku Acuan Nasional : Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal* : Penerbit YBP-SP, Jakarta, 2008.
10. Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Selatan. *Profil Kesehatan Propinsi Kalimantan Selatan, Tahun 2009* : Banjarmasin, 2010.
11. Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar, *Profil Kesehatan Kabupaten Banjar, Tahun 2009* : Martapura, 2010.
12. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, *Pedoman Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi dengan Stiker*: Jakarta, 2009.
13. Zubaidah, *Evaluasi Rujukan Ibu Bersalin di Rumah Sakit Kabupaten Banjar Kalimantan Selatan*; Tesis Magister Manajemen Pelayanan Kesehatan Universitas Gadjah Mada, 2008