

DETERMINAN KINERJA PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK DI RUMAH SAKIT PEMERINTAH INDONESIA (ANALISIS DATA RIFASKES 2011)

DETERMINANTS OF PERFORMANCE MATERNAL AND CHILD HEALTH SERVICES
THE GOVERNMENT HOSPITAL IN INDONESIA
(DATA ANALYSIS OF HEALTH FACILITIES RESEARCH 2011)

Demsa Simbolon¹, Djazuli Chalidyanto², Ernawati²

¹Poltekkes Kemenkes Bengkulu

²Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Surabaya

ABSTRACT

Background: The hospital has quite an important role in reducing IMR and MMR because hospitals as providers of plenary personal health services including maternal and child health (MCH). However, until now the IMR and MMR Indonesia is still high compared to other ASEAN countries. The main causes of maternal mortality are obstetric complications or disease as a complication that arises during pregnancy, childbirth and postpartum. This factor was experienced by approximately 20% of all pregnant women, while complication cases that were treated well are less than 10%.

Objective: The research aims to identify the effect of hospital characteristics, management of MCH services, human resources for MCH, MCH services, and MCH equipment on the performance of MCH services in government hospitals in Indonesia.

Methods: Research is using secondary data of Health Facilities Research 2011 (RIFASKES) with a cross sectional study. Population and sample is the entire Indonesian government hospitals (685 hospitals). The research variables were identified from the available variables in the questionnaire RIFASKES. Performance measurement of the composite variable proportion of maternal deaths due to hemorrhage d" 1%, d" 10% pre-eclampsia, sepsis d" 0.2%, d" 20% secaria section, the proportion of stillborn d" 4%, and the proportion of LBW handling 100% based SPM hospital. Multivariate logistic regression was used to obtain a model determinants of performance MCH services.

Results: The majority (66.3%) government hospitals in Indonesian has less than optimal performance. As the determinant is unaccredited status (OR = 2.99: 1.43 to 6.28), the hospital is not a vehicle of education (OR = 1.78: 1.11 to 2.85), team PONEK is incomplete (OR = 1.89: 1.27 to 2.82), there is no PONEK-trained doctor in the ER (OR = 1.89: 1.27 to 2.82), there is no team ready to perform the operation or task though on call (OR = 2.16: 1.32 to 3.53). The most dominant factor is the unaccredited status.

Conclusions: Suboptimal performances of MCH at Indonesian government hospitals are influenced by the low hospital service characteristics and incomplete of human resources. The Ministry of Health needs to support improvement in all types of services to complete an accredited hospitals (16 types of services), not just 5 or 12 services. They also need to make the government hospital as a vehicle of education, increase the quantity and quality of human resources are trained in

PONEK-skill, ensure availability of PONEK-trained doctor in emergency, provide the team that are ready to perform the operation or task though on call, and increase organizational commitment to overall performance improvement.

Keywords: Performance, Maternal and Child Health Services, Government Hospital

ABSTRAK

Latar belakang: Rumah sakit memegang peran penting dalam menurunkan AKB dan AKI karena sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna termasuk pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA). Namun sampai saat ini AKB dan AKI Indonesia masih tetap tinggi dibandingkan dengan negara ASEAN. Penyebab utamanya adalah komplikasi obstetri sebagai penyulit atau penyakit yang timbul selama kehamilan, persalinan dan pasca persalinan yang dialami sekitar 20% dari seluruh ibu hamil, tetapi kasus komplikasi obstetri yang ditangani secara baik kurang dari 10%.

Tujuan: Penelitian bertujuan mengidentifikasi pengaruh karakteristik rumah sakit, manajemen pelayanan KIA, SDM pelayanan KIA, pelayanan KIA, proses pelayanan KIA, dan peralatan pelayanan KIA terhadap kinerja pelayanan KIA di rumah sakit pemerintah Indonesia.

Metode: Penelitian menggunakan data RIFASKES 2011 dengan pendekatan *cross sectional study*. Populasi dan sampel penelitian adalah seluruh rumah sakit pemerintah Indonesia (685 RS). Variabel penelitian diidentifikasi dari variabel yang tersedia dalam kuesioner RIFASKES 2011. Pengukuran kinerja pelayanan KIA dari komposit variabel proporsi kematian ibu karena pendarahan d" 1%, preeklamsia d" 10%, sepsis d" 0,2%, seksio secaria d" 20%, proporsi lahir mati d" 4%, dan penanganan BBLR 100% berdasarkan SPM rumah sakit. Regresi logistik multivariat digunakan untuk mendapatkan model determinan kinerja KIA setelah melalui tahap uji interaksi dan confounding.

Hasil: Sebagian besar (66,3%) kinerja pelayanan KIA di rumah sakit pemerintah Indonesia kurang optimal. Determinan yang berhubungan signifikan dengan kinerja pelayanan KIA adalah status rumah sakit tidak terakreditasi (OR= 2,99: 1,43-6,28), rumah sakit bukan wahana pendidikan (OR= 1,78; 1,11-2,85), SDM team PONEK tidak lengkap (OR= 1,89; 1,27-2,82), tidak tersedia dokter jaga terlatih di UGD (OR= 1,89; 1,27-2,82), tidak tersedia tim siap melakukan operasi atau tugas meskipun *on call* (OR= 2,16; 1,32-3,53). Faktor dominan kurang optimalnya kinerja adalah status RS tidak terakreditasi.

Kesimpulan: Tidak optimalnya kinerja pelayanan KIA rumah sakit pemerintah Indonesia dipengaruhi karakteristik rumah sakit yang rendah dan ketidaklengkapan SDM. Kementerian Kesehatan perlu mengupayakan perbaikan pada seluruh jenis pelayanan untuk menjadikan rumah sakit terakreditasi lengkap 16 jenis pelayanan, tidak hanya 5 atau 12 pelayanan, juga menjadikan rumah sakit pemerintah sebagai wahana pendidikan, peningkatan kuantitas dan kualitas SDM PONEK, tersedia dokter jaga terlatih di UGD dan tim siap melakukan operasi/tugas meskipun *on call*, dan peningkatan komitmen organisasi untuk perbaikan kinerja.

Kata Kunci: Kinerja, Pelayanan KIA, Rumah Sakit Pemerintah

PENGANTAR

Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, memegang peran cukup penting dalam menurunkan angka kematian bayi dan kematian ibu¹. Pelayanan rumah sakit tidak cukup dengan hanya membangun fisik dan memperbaiki sarana dan prasarannya saja, tetapi peningkatan mutu pelayanan rumah sakit merupakan hal yang sangat penting dikarenakan rumah sakit memberikan pelayanan yang paling kritis dan berbahaya dalam sistem pelayanan. Sasaran pelayanan rumah sakit adalah jiwa manusia, sehingga semua bentuk pelayanan di rumah sakit harus bermutu tinggi. Perhatian terhadap mutu pelayanan rumah sakit semakin besar seiring dengan adanya Undang-Undang No. 25/2009 tentang Pelayanan Publik yang menuntut rumah sakit untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai standar yang ditetapkan².

Rumah sakit sebagai lembaga dalam mata rantai sistem kesehatan nasional yang mengemban tugas pelayanan kesehatan untuk seluruh masyarakat, sangat perlu dilakukan penilaian kinerja dan faktor-faktor yang mempengaruhi kinerjanya. Kinerja merupakan penampilan hasil karya personel dalam suatu organisasi³. Penilaian kinerja merupakan suatu proses organisasi melakukan penilaian terhadap pegawai dalam melaksanakan pekerjaannya. Pengukuran kinerja akan sangat bermanfaat bagi suatu organisasi untuk mendorong pencapaian tujuan organisasi dan akan memberikan umpan balik untuk upaya perbaikan secara berkelanjutan. Pengukuran kinerja juga dapat digunakan untuk menilai pencapaian tujuan dan sasaran. Tolak ukur kinerja suatu organisasi berkaitan dengan ukuran keberhasilan yang dapat dicapai oleh organisasi tersebut.

Salah satu kinerja rumah sakit yang perlu dinilai adalah kinerja pelayanan kesehatan ibu dan anak serta penyakit kandungan yang merupakan pelayanan medis spesialis dasar yang harus dimiliki rumah sakit. Kondisi saat ini menunjukkan bahwa, masalah kesehatan ibu dan anak di Indonesia masih mempri-

hatinkan. Hal ini dapat dilihat dari Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) yang masih di atas dari Target MDGs. Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan indikator yang terkait langsung dengan target kelangsungan hidup anak dan merefleksikan kondisi sosial, ekonomi dan lingkungan anak-anak bertempat tinggal termasuk pemeliharaan kesehatannya. Target MDGs pada tahun 2015 diharapkan dibawah 23 per 1000 kelahiran hidup. AKB Indonesia mengalami penurunan dari 35 per 1000 kelahiran hidup pada SDKI 2002-2003 menjadi 34 per 1000 kelahiran hidup SDKI 2007. Namun terdapat variasi yang cukup besar antara di pedesaan 45 dan diperkotaan 31, demikian juga antara kelompok termiskin 56 dan terkaya 26⁴.

Angka Kematian Ibu (AKI) secara nasional masih tinggi yaitu 228 per 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Ibu (AKI) menggambarkan risiko obstetric dari kehamilan dan persalinan. Penurunan AKI yang cukup bermakna sebesar 57% dari tahun 1991. Meskipun AKI mengalami penurunan namun kematian perinatal dan neonatal masih tinggi, artinya masalah kesehatan ibu selama kehamilan dan persalinan masih perlu upaya yang lebih intensif. Penyebab tingginya AKI berdasarkan data SDKI sebesar 37% karena terlalu banyak melahirkan, 13,9% terlalu tua punya anak, 9,4% terlalu rapat jarak kelahiran dan 0,3% terlalu muda punya anak. Komplikasi obstetrik dialami oleh sekitar 20% dari seluruh ibu hamil, tetapi kasus komplikasi obstetrik yang ditangani secara baik kurang dari 10%⁵.

Pengukuran mutu pelayanan kesehatan dapat diukur dari tiga variabel yaitu input (segala sumber daya yang diperlukan untuk melakukan pelayanan kesehatan seperti tenaga, dana, obat, fasilitas, peralatan, bahan, teknologi, organisasi, informasi, dll), proses (interaksi profesional antara pemberi pelayanan dengan konsumen/pasien/masyarakat) dan output/outcome (hasil pelayanan kesehatan berupa perubahan yang terjadi pada konsumen/pasien/masyarakat, termasuk kepuasan konsumen⁶). Mutu pelayanan kesehatan merupakan gambaran kinerja suatu institusi pelayanan kesehatan.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian menggunakan data seluruh RS pemerintah sejumlah 685, hasil Riset Fasilitas Kesehatan 2011 dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi determinan kinerja pelayanan kesehatan ibu dan anak di rumah sakit pemerintah Indonesia berdasarkan karakteristik rumah sakit, manajemen pelayanan KIA, SDM pelayanan KIA, pelayanan KIA, proses pelayanan KIA, dan peralatan pelayanan KIA. Pengukuran kinerja

berdasarkan komposit enam variabel sesuai Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit⁷. Setiap variabel diberi skor, skor tertinggi diberi pada kategori yang memenuhi SPM RS yaitu proporsi kematian ibu karena pendarahan $\leq 1\%$, proporsi kematian ibu karena preeklamsia $\leq 10\%$, proporsi kematian ibu karena sepsis $\leq 0,2\%$, proporsi kematian karena seksio secaria $\leq 20\%$, proporsi lahir mati $\leq 4\%$, dan proporsi penanganan BBLR 100%. Hasil komposit berupa skor dikelompokkan menurut *cut of point* berdasarkan mean dengan kelompok kinerja optimal dan kinerja kurang optimal. Karakteristik RS meliputi status akreditasi, pola pengelolaan keuangan, kelas, RS Wahana Pendidikan. Manajemen pelayanan KIA diukur dari variabel ketersediaan SOP tindakan medis untuk pelayanan obgyn dan perinatal, meliputi SPO operasi sesar, SPO pelayanan perinatal/neonatal, SPO penatalaksanaan kegawatdaruratan anak, SPO Penerimaan dan penanganan pasien GD obstetrik dan neonatal, Prosedur pendelegasian wewenang, protokol pelaksanaan dan uraian tugas pelayanan PONEK. Proses pelayanan KIA diukur dari adanya koordinasi dan evaluasi pelayanan, serta ketanggapan pelayanan meliputi koordinasi internal, evaluasi pelayanan perinatal/neonatal, evaluasi mutu pelayanan persalinan, waktu tanggap pelayanan darah ≤ 1 jam, waktu tanggap UGD ≤ 10 menit, dan waktu tanggap kamar bersalin ≤ 30 menit. Pelayanan RS diukur dari ketersediaan fasilitas pelayanan obgyn dan perinatal sesuai tipe rumah meliputi dokter jaga yang terlatih di UGD, dokter, bidan, perawat yang telah mengikuti pelatihan tim PONEK, kamar operasi yang siaga 24 jam untuk melakukan operasi, kamar bersalin mampu menyiapkan operasi dalam waktu < 30 menit, tim yang siap melakukan operasi atau tugas meskipun *on call*, laboratorium 24 jam yang berperan dalam pelayanan PONEK, radiologi siap 24 jam yang berperan dalam pelayanan PONEK, ruang pemulihan siap selama 24 jam yang berperan dalam pelayanan, fasilitas farmasi dan alat penunjang siap selama 24 jam, keber-

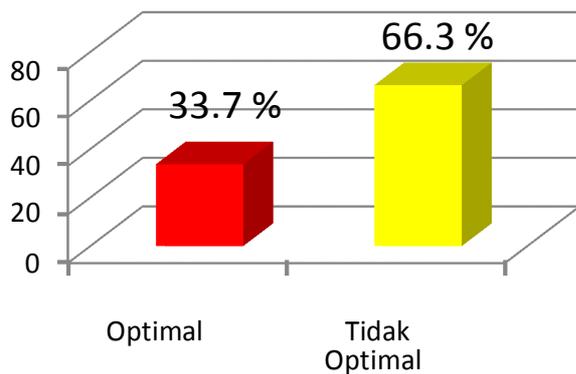
adaan pelayanan PICU, keberadaan pelayanan NICU, ketersediaan klinik kebidanan dan kandungan, ketersediaan klinik anak dan pelayanan UGD 24 jam. Sumber Daya Manusia (SDM) pelayanan Kesehatan Ibu Anak (KIA) diukur dari variabel ketersediaan dan jumlah sumber daya manusia yang dibutuhkan dalam pelayanan obgyn dan perinatal sesuai dengan tipe rumah sakit. Peralatan pelayanan KIA diukur dari kelengkapan peralatan yang dibutuhkan dalam pelayanan obgyn dan perinatal sesuai dengan tipe rumah sakit. Analisis data menggunakan analisis univariat untuk mendeskripsikan ukuran proporsi (data kategorik) dan ukuran varians (data numerik). Analisis bivariat untuk mendeskripsikan perbedaan proporsi masing-masing variabel independen terhadap kinerja pelayanan KIA dengan menggunakan uji *Chi square* dan pada tahap ini dilakukan seleksi variabel kandidat model multivariat menggunakan regresi logistik sederhana dengan kriteria *p value* $< 0,25$. Model determinan kinerja pelayanan KIA rumah sakit pemerintah di Indonesia dianalisis dengan regresi logistik multivariat setelah melalui tahap uji interaksi dan uji *confounding*.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN Kinerja Pelayanan Kesehatan Ibu Anak

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi kematian ibu karena pendarahan $> 1\%$ paling banyak berada di rumah sakit kelas D (39,3%). Proporsi kematian ibu karena preeklamsia $> 10\%$ paling banyak berada di rumah sakit kelas A (75%). Proporsi kematian ibu karena sepsis $> 0,2\%$ paling banyak ada di rumah sakit kelas D (45,8%). Proporsi kematian karena seksio secaria $> 20\%$ paling banyak berada di rumah sakit kelas B (57,2%). Proporsi lahir mati $> 4\%$ paling banyak berada di rumah sakit kelas D (7,5%) dan proporsi penanganan BBLR $< 100\%$ berada di rumah sakit kelas C (20,7%). Hasil komposit menunjukkan sebagian besar (66,3%) rumah sakit pemerintah di Indonesia dengan kinerja kurang optimal.

Tabel 1. Kinerja Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Rumah Sakit Pemerintah berdasarkan kelas rumah sakit

Kinerja KIA RS	Kelas Rumah Sakit			
	A (n= 16)	B (n=201)	C (n=323)	D (n=145)
Proporsi kematian ibu karena pendarahan $> 1\%$	25,0	33,1	38,4	39,3
Proporsi kematian ibu karena preeklamsia $> 10\%$	75,0	62,8	43,3	20,9
Proporsi kematian ibu karena sepsis $> 0,2\%$	25,0	45,5	40,2	45,8
Proporsi kematian karena seksio secaria $> 20\%$	50,0	57,2	42,1	19,9
Proporsi lahir mati $> 4\%$	0	5,5	6,2	7,5
Proporsi penanganan BBLR $< 100\%$	18,8	17,9	20,7	27,9



Gambar 1. Kinerja Pelayanan KIA di Rumah Sakit Pemerintah Indonesia

Karakteristik Rumah Sakit Pemerintah Indonesia

Kinerja KIA menurut status akreditasi RS menunjukkan bahwa sebagian besar pada RS tidak akreditasi (76,6%), RS terakreditasi lima jenis pelayanan (57,9%), RS terakreditasi dua belas jenis pelayanan (57,7%) dengan kinerja KIA kurang optimal, namun pada RS terakreditasi 16 jenis pelayanan sebagian besar (51,5%) kinerja KIA optimal. Berdasarkan pola pengelolaan keuangan RS, sebagian besar RS dengan BLU pusat (60%), RS dengan BLU daerah (63,2%), RS non-BLU pusat (68,5%) memiliki kinerja KIA kurang optimal. Demikian juga menurut wahana pendidikan, sebagian besar dengan kinerja kurang optimal, yaitu 53,8% pada RS pendidikan, 67,8% pada RS wahana pendidikan tetapi bukan RS pendidikan dan 67,9% pada bukan RS pendidikan.

Berdasarkan manajemen pelayanan KIA yang diukur dari ketersediaan SPO operasi sesar, SPO pelayanan perinatal/neonatal, SPO penatalaksanaan kegawatdaruratan anak, SPO Penerimaan dan penanganan pasien GD obstetrik dan neonatal, prosedur pendelegasian wewenang, protokol pelaksanaan dan uraian tugas pelayanan PONEK dapat dilihat bahwa baik yang memiliki maupun yang tidak memiliki sebagian besar dengan kinerja KIA kurang optimal.

Ketersediaan SDM pelayanan KIA di RS pemerintah menunjukkan bahwa sebagian besar pada RS yang memiliki dan tidak memiliki dokter penanggungjawab UGD dan RS yang memiliki dan tidak memiliki dokter penanggung jawab pelayanan perinatal/neonatal dengan kinerja optimal. Berdasarkan kelengkapan SDM Team PONEK, pada RS yang lengkap sebagian besar (52,9%) dengan kinerja optimal sedangkan RS dengan SDM team PONEK tidak lengkap sebagian besar (69,6%) kinerja kurang optimal. Berdasarkan jumlah dokter spesialis anak, dokter spesialis obgyn, dokter anastesi rata-rata pada RS dengan kinerja optimal dan tidak hampir sama yaitu tidak lebih dari 2 orang. Demikian juga berdasarkan jumlah perawat dan bidan di ruang perinatal/bidan, baik pada rumah sakit kinerja optimal dan tidak optimal hampir sama, yaitu rata-rata jumlah perawat 7-8 orang dan rata-rata jumlah bidan 8-9 orang.

Berdasarkan kelengkapan peralatan pelayanan KIA menunjukkan bahwa baik pada RS dengan peralatan kebidanan cukup dan kurang cukup sebagian besar kinerja pelayanan KIA kurang opti-

Tabel 2. Kinerja Pelayanan KIA menurut Karakteristik Rumah Sakit Pemerintah di Indonesia

Karakteristik RS	Kinerja KIA RS				P value
	Optimal		Kurang Optimal		
	n	%	n	%	
Status Akreditasi					
• Tidak terakreditasi	78	23,3	257	76,6	0,0001*
• Terakreditasi 5 jenis Pelayanan	88	42,1	121	57,9	
• Terakreditasi 12 Jenis Pelayanan	29	40,3	43	57,7	
• Terakreditasi 16 Jenis Pelayanan	35	51,5	33	48,5	
Pola Pengelolaan Keuangan RS					
• BLU Pusat	10	50,0	15	60,0	0,304
• BLU Daerah	89	36,8	153	63,2	
• Non BLU	130	31,5	285	68,5	
Kelas Rumah Sakit					
• Kelas A	6	37,5	10	62,5	0,001*
• Kelas B	59	40,7	86	59,3	
• Kelas C	120	37,2	203	62,8	
• Kelas D	46	22,9	155	77,1	
RS Wahana Pendidikan					
• Ya, RS Pendidikan	37	46,3	43	53,8	0,043*
• Ya, bukan RS Pendidikan	46	32,3	97	67,8	
• Tidak	148	32,1	313	67,9	

*kandidat variabel masuk dalam analisis regresi logistic multivariat

Tabel 3. Kinerja Pelayanan KIA menurut Manajemen Pelayanan KIA Rumah Sakit Pemerintah Indonesia

Manajemen Pelayanan KIA	Kinerja KIA RS				P value
	Optimal		Kurang Optimal		
	n	%	n	%	
SPO Operasi Sesar					
• Ada	175	38,5	280	61,5	0,0091*
• Tidak Ada	55	31,3	121	68,8	
SPO pelayanan perinatal/neonatal					
• Ada	180	38,5	287	61,5	0,065
• Tidak Ada	50	30,5	114	69,5	
SPO penatalaksanaan GD (anak)					
• Ada	154	35,9	275	64,1	0,126
• Tidak Ada	76	30,2	176	69,8	
SPO Penerimaan dan penanganan pasien GD obstetrik dan neonatal					
• Ada	142	41,2	203	58,8	0,0001*
• Tidak Ada	85	25,8	244	74,2	
Prosedur pendelegasian wewenang					
• Ada	94	38,8	148	61,2	0,034*
• Tidak Ada	132	30,8	297	69,2	
Protokol pelaksanaan dan uraian tugas pelayanan PONEK					
• Ada	99	42,5	134	57,5	0,0001*
• Tidak Ada	127	28,9	312	71,1	

*kandidat variabel masuk dalam analisis regresi logistic multivariat

Tabel 4. Kinerja Pelayanan KIA menurut SDM Rumah Sakit Pemerintah Indonesia

Sumber Daya Manusia RS	Kinerja KIA RS				P value
	Optimal		Kurang Optimal		
	n	%	n	%	
Dokter Penanggung Jawab UGD					
• Ada	229	34,9	428	65,1	0,005*
• Tidak Ada	2	8,0	23	92,0	
Dokter penanggung jawab pelayanan perinatal/ neonatal					
• Ada	204	37,5	340	62,5	0,129
• Tidak Ada	23	28,8	57	71,3	
SDM Team PONEK					
• Lengkap	54	52,9	48	47,1	0,0001*
• Tidak Lengkap	177	30,4	406	69,6	
Jumlah dr. SpA					
• Min-mak	0-25		0-29		0,157*
• Mean	2,03		1,7		
Jumlah dr. Sp. OG					
• Min-mak	0-59		0-20		0,104*
• Mean	2,7		2,07		
Jumlah dr. Anastesi					
• Min-mak	0-19		0-23		0,735
• Mean	1,08		0,96		
Jumlah dr di ruang perinatal/ neonatal					
• Min-mak	0-16		0-23		0,118*
• Mean	1,86		1,52		
Jumlah perawat di ruang perinatal/ neonatal					
• Min-mak	0-89		0-41		0,107*
• Mean	8,16		7,05		
Jumlah bidan di ruang perinatal/ neonatal					
• Min-mak	0-121		0-211		0,793
• Mean	9,0		8,71		

*kandidat variabel masuk dalam analisis regresi logistic multivariat

mal. Demikian juga pada RS dengan peralatan anak cukup dan kurang cukup sebagian besar kinerja pelayanan KIA kurang optimal. Tabel 6 menunjukkan bahwa pada RS yang memiliki dan tidak memiliki

fasilitas pelayanan obgyn dan perinatal sesuai type rumah yang meliputi dokter jaga yang terlatih di UGD, dokter yang telah mengikuti pelatihan tim PONEK, bidan yang telah mengikuti pelatihan tim PONEK,

Tabel 5. Kinerja Pelayanan KIA menurut Peralatan Kebidanan dan Anak di Rumah Sakit Pemerintah Indonesia

Peralatan Rumah Sakit	Kinerja KIA RS				P value
	Optimal		Kurang Optimal		
	n	%	N	%	
Peralatan kebidanan					
• Cukup	41	41,4	58	58,6	0,08*
• Kurang cukup	190	32,4	396	67,6	
Peralatan anak					
• Cukup	23	39,0	36	61,0	0,371
• Kurang cukup	208	33,2	418	66,8	

*kandidat variabel masuk dalam analisis regresi logistic multivariat

perawat yang telah mengikuti pelatihan tim PONEK, kamar operasi yang siaga 24 jam untuk melakukan operasi, kamar bersalin mampu menyiapkan operasi dalam waktu < 30 menit, tim yang siap melakukan operasi atau tugas meskipun *on call*, laboratorium 24 jam yang berperan dalam pelayanan PONEK, radiologi siap 24 jam yang berperan dalam pelayanan PONEK, ruang pemulihan siap selama 24 jam yang berperan dalam pelayanan, fasilitas farmasi dan alat penunjang siap selama 24 jam, keberadaan pelayanan PICU, keberadaan pelayanan NICU, ketersediaan klinik kebidanan dan kandungan, ketersediaan klinik anak dan Pelayanan UGD 24 jam sebagian besar dengan kinerja kurang optimal.

Hasil penelitian menemukan kinerja pelayanan KIA berdasarkan pelaksanaan proses pelayanan KIA yang diukur dari koordinasi dan evaluasi pelayanan, serta ketanggapan pelayanan meliputi koordinasi internal, evaluasi pelayanan perinatal/ neonatal, evaluasi mutu pelayanan persalinan, waktu tanggap pelayanan darah ≤ 1 jam, waktu tanggap UGD ≤ 10 menit, dan waktu tanggap kamar bersalin ≤ 30 menit, baik rumah sakit yang menjalankan dan tidak

menjalankan proses pelayanan KIA sebagian besar dengan kinerja kurang optimal.

Determinan Kinerja Pelayanan Kesehatan Ibu Anak

Setelah melalui uji interaksi dan uji *confounding* diperoleh model akhir dan faktor dominan yang mempengaruhi kinerja rumah sakit pemerintah di Indonesia seperti pada tabel 8. Berdasarkan model diatas dapat dijelaskan bahwa determinan kinerja rumah sakit pemerintah di Indonesia adalah status akreditasi rumah sakit, rumah sakit pendidikan, kelengkapan SDM team PONEK, ketersediaan dokter jaga terlatih di UGD, ketersediaan tim siap melakukan operasi atau tugas meskipun *on call*, dengan variabel jumlah dokter spesialis anak dan koordinasi internal sebagai faktor konfonding. Hasil penelitian menunjukkan bahwa rumah sakit yang tidak terakreditasi mempunyai risiko 2,99 kali untuk memiliki kinerja yang kurang optimal dibandingkan dengan rumah sakit yang terakreditasi. Rumah sakit yang tidak wahana pendidikan mempunyai risiko 1,78 kali untuk memiliki kinerja yang kurang optimal diban-

Tabel 6. Kinerja Pelayanan KIA menurut Pelayanan KIA di Rumah Sakit Pemerintah Indonesia

Pelayanan KIA Rumah Sakit	Kinerja KIA RS				P Value
	Optimal		Kurang Optimal		
	n	%	n	%	
Dokter jaga yang terlatih di UGD					
• Ya	145	43,5	188	56,5	0,0001*
• Tidak	83	24,3	259	75,7	
Dokter yang telah mengikuti pelatihan tim PONEK					
• Ya	151	41,8	210	58,2	0,0001*
• Tidak	76	24,3	237	75,7	
Bidan yang telah mengikuti pelatihan tim PONEK					
• Ya	146	40,0	219	60,0	0,0001*
• Tidak	81	26,2	228	73,8	
Perawat yang telah mengikuti pelatihan tim PONEK					
• Ya	115	42,1	158	57,9	0,0001*
• Tidak	112	27,9	289	72,1	
Kamar operasi yang siaga 24 jam untuk melakukan operasi					
• Ya	192	39,2	298	60,8	0,0001*
• Tidak	35	19,1	148	80,9	

*kandidat variabel masuk dalam analisis regresi logistic multivariat

Tabel 7. Kinerja Pelayanan KIA berdasarkan Proses Pelayanan KIA Rumah Sakit Pemerintah Indonesia

Proses Pelayanan KIA RS	Kinerja KIA RS				P Value
	Optimal		Kurang Optimal		
	n	%	n	%	
Koordinasi internal					
• Ada	111	39,5	170	60,5	0,007*
• Tidak Ada	116	29,6	276	70,4	
Evaluasi pelayanan perinatal/ neonatal					
• Ada	133	38,7	211	61,3	0,206*
• Tidak Ada	97	33,8	190	66,2	
Evaluasi mutu pelayanan persalinan					
• Ada	117	38,2	189	61,8	0,394
• Tidak Ada	119	35,0	212	65,0	
Waktu tanggap pelayanan darah ≤ 1 jam					
• Ya	64	36,0	114	64,0	0,346
• Tidak	52	29,2	126	70,8	
• Tidak ada data	109	34,6	206	65,4	
Waktu tanggap UGD ≤ 10 menit					
• Ya	109	38,8	172	61,2	0,01*
• Tidak	29	23,4	95	76,6	
• Tidak ada data	88	33,2	177	66,8	
Waktu tanggap kamar bersalin = 30 menit					
• Ya	102	37,0	174	63,0	0,007*
• Tidak	25	21,2	93	78,8	
• Tidak ada data	99	35,5	180	64,5	

*kandidat variabel masuk dalam analisis regresi logistic multivariat

dingkan dengan rumah sakit pendidikan. Rumah sakit yang memiliki tim PONEK yang tidak lengkap mempunyai risiko 1,78 kali untuk memiliki kinerja pelayanan yang kurang optimal dibandingkan dengan rumah sakit yang memiliki tim PONEK lengkap. Rumah sakit yang tidak memiliki dokter jaga terlatih di UGD mempunyai risiko 1,89 kali untuk memiliki kinerja pelayanan yang kurang optimal dibandingkan dengan rumah sakit yang memiliki dokter jaga terla-

ti di UGD. Rumah sakit yang tidak mempunyai tim siap melakukan operasi atau tugas meskipun on call mempunyai risiko 2,16 kali untuk memiliki kinerja pelayanan yang kurang optimal dibandingkan dengan rumah sakit yang memiliki Tim Siap melakukan Operasi atau tugas meskipun *On call*. Faktor dominan yang berhubungan dengan kinerja pelayanan KIA rumah sakit pemerintah di Indonesia adalah status akreditasi (OR= 2,99; 95% CI: 1,43-6,28).

Tabel 8. Model Akhir Determinan Kinerja Pelayanan KIA Rumah Sakit Pemerintah di Indonesia

Variabel	B	P value	OR (95 CI)
Status Akreditasi			
• Terakreditasi 16 jenis pelayanan		0,001	1
• Terakreditasi 12 jenis Pelayanan	0,508	0,392	1,66 (0,78-3,51)
• Terakreditasi 5 jenis Pelayanan	0,3	0,183	1,35 (0,68-2,68)
• Tidak Terakreditasi	1,097	0,004	2,99 (1,43-6,28)
RS sebagai Wahana Pendidikan			
• Ya, RS Pendidikan		0,03	1
• Ya, Bukan RS Pendidikan	-0,1	0,749	0,91 (0,49 – 1,67)
• Tidak	0,577	0,016	1,78 (1,11-2,85)
SDM Team PONEK			
• Lengkap	0,647	0,016	1
• Tidak Lengkap			1,78 (1,11-2,85)
Dokter jaga terlatih di UGD			
• Ada			1
• Tidak Ada	0,637	0,002	1,89 (1,27-2,82)
Tim Siap melakukan Operasi atau tugas meskipun On call			
• Ada			1
• Tidak Ada	0,769	0,002	2,16 (1,32-3,53)
Jumlah doter Sp.A	0,068	0,068	1,07(0,99-1,15)
Koordinasi Internal			
• Ada			1
• Tidak Ada	-0,42	0,052	0,66 (0,43-1,0)

PEMBAHASAN

Kinerja Pelayanan KIA Rumah Sakit Pemerintah

Pada penelitian ini kinerja yang akan dicapai adalah kinerja pelayanan KIA di rumah sakit pemerintah Indonesia berdasarkan proporsi kematian karena pendarahan, preeklamsia, sepsis dan seksio secaria masih tinggi dibandingkan dengan SPM rumah yang tertuang dalam Surat keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 129/Menkes/SK/II/2008⁷. Kinerja pelayanan KIA pada SPM rumah sakit, pada penelitian ini menemukan bahwa rumah sakit pemerintah Indonesia proporsi kematian karena pendarahan, preeklamsia, sepsis dan seksio secaria masih tinggi. Proporsi lahir mati masih ditemukan dan penanganan bayi BBLR masih ditemukan belum 100%. Proporsi kematian ibu pendarahan > 1% paling banyak terjadi di rumah sakit kelas D (39,3%). Proporsi kematian ibu karena preeklamsia > 10% paling banyak terjadi di rumah sakit kelas A (75%). Proporsi kematian ibu karena sepsis > 0,2% paling banyak terjadi di rumah sakit kelas D (45,8%). Proporsi kematian ibu karena seksio secaria >20% paling banyak di rumah sakit kelas B (57,2%). Proporsi lahir mati > 4% paling banyak di rumah sakit kelas D (7,5%) dan proporsi penanganan BBLR < 100% lebih banyak terjadi di rumah sakit kelas C (20,7%). Temuan ini menunjukkan bahwa diberbagai kelas rumah sakit SPM rumah sakit belum tercapai, hal ini memberikan implikasi penting bagi pengambil kebijakan untuk memperbaiki kinerja pelayanan KIA pada seluruh rumah sakit pemerintah.

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan tolak ukur untuk menilai keadaan pelayanan obstetri disuatu negara. Bila AKI dan AKB masih tinggi berarti sistem pelayanan obstetri masih buruk, sehingga memerlukan perbaikan. Tingginya AKI dan AKB pada rumah sakit kelas A atau kelas B terjadi karena rumah sakit kelas yang lebih tinggi merupakan sebagai rujukan dari rumah sakit dengan kelas rendah, dimana kasus-kasus rujukan dalam keadaan kedaruratan obstetric. Sistem rujukan di Indonesia menjadikan rumah sakit kabupaten sebagai RS rujukan sekunder, yang memiliki berbagai fungsi pelayanan obstetric. Menurut *United Nation Childrens Fund* (UNICEF), 80% angka kematian ibu dan angka kematian perinatal terjadi di RS rujukan yang diakibatkan keterlambatan dalam rujukan maupun penanganan penderita⁸. Hal ini menekankan pentingnya perbaikan sistem rujukan. Pelayanan kesehatan primer diperkirakan dapat menurunkan AKI 20%, namun dengan sistem rujukan yang efektif, AKI dapat ditekan sampai 80%⁹.

Kematian dan kesakitan ibu sebenarnya dapat dikurangi atau dicegah dengan berbagai usaha perbaikan dalam bidang pelayanan kesehatan obstetri. Pelayanan kesehatan tersebut dinyatakan sebagai bagian integral dari pelayanan dasar yang akan terjangkau seluruh masyarakat. Kegagalan dalam penanganan kasus kedaruratan obstetri pada umumnya disebabkan oleh kegagalan dalam mengenal resiko kehamilan, keterlambatan rujukan, kurangnya sarana yang memadai untuk perawatan ibu hamil dengan resiko tinggi maupun pengetahuan tenaga medis, paramedis, dan penderita dalam mengenal Kehamilan Resiko Tinggi (KRT) secara dini, masalah dalam pelayanan obstetri, maupun kondisi ekonomi.

Hasil komposit diperoleh distribusi frekuensi kinerja rumah sakit pemerintah Indonesia sebagian besar (66,3%) dengan kinerja kurang optimal. Rendahnya kinerja rumah sakit pemerintah ini akan berdampak pada kelangsungan (*survival*) operasionalnya rumah sakit. *Survive*-nya suatu rumah sakit sangat penting dalam usaha meningkatkan status kesehatan masyarakat, untuk masa yang akan datang diharapkan rumah sakit bukan hanya melaksanakan upaya kuratif dan rehabilitatif saja tetapi juga upaya preventif dan promotif. *Survive*-nya suatu rumah sakit menjadi sedemikian penting dengan diberlakukannya otonomi daerah, dimana rumah sakit akan berubah bentuk menjadi perusahaan jawatan yang berarti mempunyai motif profit. Berubahnya status rumah sakit menjadi perjan dan merupakan Badan Usaha Milik Daerah, menuntut kemandirian dan kinerja yang tinggi dari rumah sakit. Tetapi, walaupun demikian diharapkan fungsi social rumah sakit tetap diwajibkan. Untuk dapat meramalkan *survive*-nya suatu rumah sakit dapat dilihat dari hasil kinerja rumah sakit selama ini⁹.

Status Akreditasi RS Pemerintah

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 417/Menkes/PER/II/2011 tentang komisi akreditasi rumah sakit dijelaskan bahwa akreditasi rumah sakit adalah pengakuan terhadap rumah sakit yang diberikan oleh lembaga independen yang ditetapkan oleh Menteri, setelah dinilai bahwa rumah sakit itu memenuhi standar pelayanan rumah sakit yang berlaku¹⁰. Akreditasi merupakan penilaian yang dilakukan oleh lembaga independen pelaksana akreditasi rumah sakit untuk mengukur pencapaian dan cara penerapan standar pelayanan. Lembaga independen pelaksana akreditasi rumah sakit yang bersifat fungsional, non-struktural, dan bertanggung jawab kepada menteri adalah Komisi Akreditasi Rumah Sakit, yang selanjutnya disingkat KARS. Peraturan tentang

pengorganisasian Komisi Akreditasi Rumah Sakit termasuk para surveior ditetapkan oleh Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan adalah Peraturan Internal Komisi Akreditasi Rumah Sakit.

Hasil penelitian menemukan bahwa kinerja KIA menurut status akreditasi RS sebagian besar pada RS tidak akreditasi (76,6%), rumah sakit terakreditasi 5 jenis pelayanan (57,9%), RS terakreditasi 12 jenis pelayanan (57,7%) dengan kinerja KIA kurang optimal, namun pada RS terakreditasi 16 jenis pelayanan sebagian besar (51,5%) kinerja KIA optimal. Model akhir menunjukkan bahwa rumah sakit yang tidak terakreditasi mempunyai risiko 2,99 kali untuk memiliki kinerja yang kurang optimal dibandingkan dengan rumah sakit yang terakreditasi 16 jenis pelayanan. Model akhir juga menunjukkan bahwa akreditasi rumah sakit sebagai faktor yang penting yang menentukan kinerja pelayanan KIA rumah sakit pemerintah di Indonesia.

Temuan ini menjadi masukan penting bagi pemerintah, akreditasi sebaiknya bisa lengkap 16 pelayanan, tidak hanya 12 atau 5 pelayanan, karena akreditasi menunjukkan mutu suatu rumah sakit. Pada banyak negara, keterlibatan dalam akreditasi merupakan kegiatan peningkatan mutu. Bukti kasus untuk mendukung klaim dari program akreditasi kurang. Banyak negara yang menggunakan program akreditasi tanpa bukti bahwa akreditasi adalah metode terbaik untuk meningkatkan kualitas dan tidak ada bukti tentang efektivitas dari sistem yang berbeda dan cara untuk menerapkannya. Telah banyak studi yang menjelaskan hubungan antara akreditasi dan organisasi dan kinerja klinis¹¹. Greenfield & Braithwaite¹² menguraikan hasil dari berbagai studi menemukan dampak atau efektivitas program akreditasi dan terjadi perubahan sikap profesi terhadap akreditasi, mendorong perubahan, dampak organisasi, dampak keuangan, ukuran mutu, program penilaian, kepuasan pasien, keterbukaan pada publik, pengembangan profesional dan issue surveyor. Pada beberapa penelitian menyatakan bahwa profesional kesehatan mendukung program akreditasi karena program akreditasi merupakan strategi yang efektif untuk menjamin mutu, kinerja organisasi menjadi lebih baik setelah akreditasi, menyediakan pedoman mengenai bagaimana mutu dan *safety* diatur dalam organisasi yang lebih baik. Akreditasi dinilai mendorong perubahan dalam organisasi kesehatan: Perubahan signifikan terjadi pada enam area (administrasi dan manajemen, *review systems*, organisasi staf medis, fasilitas dan keamanan fisik, layanan keperawatan, perencanaan) memberikan peluang bagi profesional kesehatan untuk merefleksikan praktek organisasional, memper-

kenalkan mengenai program mutu yang berkesinambungan, peningkatan kualitas pada pedoman klinis. Hasil lain menjelaskan bahwa akreditasi dapat berdampak pada organisasi diantaranya gaya manajemen lebih partisipatif, adanya dukungan organisasi untuk proses akreditasi dan adanya strategi evaluasi dan strategi untuk peningkatan kualitas. Akreditasi dapat meningkatkan kinerja rumah sakit karena program akreditasi meliputi meningkatnya komunikasi, komitmen pada *best practice*, ketersediaan informasi untuk kegiatan evaluasi dan kegiatan mutu perawatan, fokus yang lebih besar pada pasien, mendukung perubahan, pembinaan staf. Rumah sakit yang tidak terakreditasi menunjukkan kualitas yang lebih rendah dibanding rumah sakit yang terakreditasi walaupun terdapat banyak variasi dalam kinerja diantara rumah sakit terakreditasi. Sosialisasi laporan akreditasi meningkatkan kredibilitas RS. Terdapat asosiasi positif antara skor akreditasi dan pengungkapan ke publik mengenai laporan akreditasi rumah sakit. Rumah sakit yang mengungkapkan laporan akreditasi merasa bahwa pengungkapan akan meningkatkan kredibilitas rumah sakit dan insentif untuk pembe-
nahan rumah sakit¹².

Status Rumah Sakit sebagai Wahana Pendidikan

Keputusan Menteri Kesehatan No. 1069/Menkes/SK/XI/2008 tentang pedoman dan klasifikasi Rumah Sakit Pendidikan menyatakan bahwa RS pendidikan diharapkan memiliki kemampuan pelayanan yang lebih dari RS non pendidikan terutama meliputi penjaminan mutu pelayanan dan keselamatan pasien serta kedokteran berbasis bukti, penerapan metode penatalaksanaan terapi terbaru, teknologi kedokteran yang tepat guna; hari rawat yang lebih pendek untuk penyakit yang sama, hasil pengobatan dan survival rate yang lebih baik, serta tersedianya konsultasi dari staf medis pendidikan, selama 24 jam¹³.

Hasil penelitian menemukan sebagian besar dengan kinerja kurang optimal, yaitu 53,8% pada RS pendidikan, 67,8% pada RS wahana pendidikan tetapi bukan RS pendidikan dan 67,9% pada bukan RS pendidikan. Penelitian dari beberapa RS pendidikan menunjukkan mutu pelayanan obstetri masih rendah. Hal ini dikarenakan sebagian besar kasus rujukan persalinan datang ke rumah sakit dalam keadaan yang kurang baik, bahkan datang dalam keadaan kritis dan tidak sempat diberi pertolongan; dan tidak sedikit kasus rujukan persalinan dikirim tanpa diberi pengobatan awal atau penanganan yang kurang memadai, pasien tiba dalam keadaan shock,

dan tidak di infus. Rujukan pengetahuan dan keterampilan kepada tenaga obstetri masih banyak kendala yang dihadapi, misalnya SpOG terlalu sibuk dengan tugas pelayanan pasien, keterbatasan dana untuk pembinaan, keterbatasan ruang lingkup dan wewenang merupakan kendala yang perlu dihadapi⁹.

Sumber Daya Manusia Team Pelayan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Komprehensif

Hasil penelitian menemukan bahwa 52,9% RS yang memiliki Sumber Daya Manusia (SDM) Team Pelayan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) yang lengkap dengan kinerja yang optimal dan 92% yang memiliki SDM Team PONEK yang tidak lengkap memiliki kinerja yang kurang optimal. Model akhir terdapat hubungan antara kelengkapan SDM team PONEK dengan kinerja KIA di rumah sakit pemerintah di Indonesia. Rumah sakit yang memiliki tim PONEK yang tidak lengkap mempunyai risiko 1,78 kali untuk memiliki kinerja pelayanan yang kurang optimal dibandingkan dengan rumah sakit yang memiliki tim PONEK lengkap. Temuan ini menekankan berbagai upaya berupa kelengkapan team PONEK di setiap wilayah propinsi maupun kabupaten dapat direalisasikan dimana setiap kabupaten/kota yang berdekatan dapat menetapkan atau memilih rumah sakit yang dapat dijadikan untuk melaksanakan RS ponek 24 jam. Kesiapsiagaan team PONEK 24 jam dengan kemampuan manajemen *clinical risk* diperlukan jaga on-site mempercepat penanganan masalah kegawat daruratan. Upaya penanganan pelayanan kegawatdaruratan kebidanan ditingkat pelayanan dasar (puskesmas) dalam meminimalkan resiko kematian diperlukan upaya peningkatan kemampuan manajemen *clinical risk* rujukan (dokter puskesmas, bidan pemerintah, bidan swasta mandiri), sehingga keterlambatan penanganan dapat teratasi. Peningkatan pengarahannya organisasi RS dengan supervisi kinerja (peningkatan keterampilan penanganan/tingkat absensi team ponek/pengadaan sarana-prasarana/ penghargaan/standar kinerja).

Sejalan dengan hasil penelitian Djasri¹⁴ menjelaskan bahwa hasil Audit Maternal Perinatal (AMP) menunjukkan bahwa kematian yang terjadi di rumah sakit sebagian dapat dicegah namun tetap terjadi seperti tujuh kasus kematian terjadi di Pulau Jawa karena diagnosa penyakit penyerta terlambat ditegaskan (3 kasus)¹⁴. Tindakan pencegahan timbulnya penyebab kematian tidak dilakukan dengan tepat (2 kasus), penyebab kematian terlambat dilakukan (1 kasus). Data tersebut menunjukkan bahwa mutu pelayanan kegawat-daruratan kebidanan di RS perlu ditingkatkan terutama terkait dengan kemampuan

manajemen *clinical risk* baik pada tahap identifikasi resiko maupun penatalaksanaan resiko. Hal ini berhubungan dengan kesiapan tenaga SDM RS ponek belum terdapat mekanisme/regulasi yang dapat memastikan bahwa RS PONEK 24 jam selalu memiliki dokter spesialis jaga *on site*. Kendala utama dalam penurunan AKI dan AKB seperti di Nusa Tenggara Timur adalah terbatasnya ketersediaan dokter spesialis obstetric-ginekologi, dokter spesialis kesehatan anak, dokter spesialis anastesi dan tenaga paramedis pendukung dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak, khususnya dalam penanganan kasus gawat darurat kebidanan.

Kunci keberhasilan PONEK adalah ketersediaan tenaga kesehatan yang sesuai kompetensi, prasarana, sarana dan manajemen yang handal^{15,16}. Gunarningsih¹⁷, menjelaskan bahwa faktor yang mempengaruhi dalam implementasi PONEK adalah pengetahuan, masa kerja, kepemimpinan, imbalan, kebijakan dan sikap dapat mempengaruhi kinerja petugas dalam melaksanakan PONEK. Meningkatkan pengetahuan dan pengalaman berupa pelatihan manajemen ketrampilan PONEK bagi petugas PONEK; meningkatkan intensitas pengarahannya serta supervisi yang evaluatif; pemberian imbalan atau insentif berbasis kinerja; mengusulkan anggaran dana; kebijakan melaksanakan PONEK sesuai pedoman. Peningkatkan pembinaan, bimbingan dan fasilitasi sarana dan prasarana serta meningkatkan kerja sama dan penyebarluasan informasi kegiatan PONEK.

Ketersediaan Dokter Jaga Terlatih di Unit Gawat Darurat

Rumah sakit adalah insitusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Ketentuan tentang pemberian pertolongan dalam keadaan darurat telah tegas diatur dalam pasal 51 UU No.29/2004 tentang Praktik Kedokteran, di mana seorang dokter wajib melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan¹⁸. Menurut pasal 29 UU RI No. 44/2009 tentang rumah sakit menyebutkan bahwa setiap rumah sakit mempunyai kewajiban memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuannya serta membuat, melaksanakan dan menjaga standar pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien¹.

Rumah sakit di Indonesia memiliki kewajiban untuk menyelenggarakan pelayanan gawat darurat 24 jam sehari sebagai salah satu persyaratan ijin rumah sakit. Instalasi Gawat Darurat (IGD) sebagai

salah satu unit pelayanan rumah sakit yang berfungsi melayani pasien gawat darurat medis merupakan *high clinical risk areas*. Ketersediaan tenaga kesehatan dalam jumlah memadai adalah syarat yang harus dipenuhi oleh IGD, termasuk dokter jaga terlatih disamping dokter spesialis lain untuk memberikan dukungan tindakan medis spesialisasi bagi pasien yang memerlukannya. Dokter spesialis yang bertugas harus siap dan bersedia menerima rujukan dari IGD.

Hasil penelitian menemukan bahwa baik rumah sakit yang memiliki dan yang tidak memiliki dokter jaga yang terlatih di UGD sebagian besar menunjukkan kinerja pelayanan KIA kurang optimal. Model akhir menemukan rumah sakit yang tidak memiliki dokter jaga terlatih di UGD mempunyai risiko 1,89 kali untuk memiliki kinerja pelayanan yang kurang optimal dibandingkan dengan rumah sakit yang memiliki dokter jaga terlatih di UGD. Temuan ini menunjukkan pentingnya keberadaan dokter jaga terlatih di UGD. Secara teoritis menunjukkan bahwa aspek dokter yang meliputi kompetensi, empati dan keandalan adalah sangat penting dan dibutuhkan pasien untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Pelayanan yang diberikan oleh dokter di UGD RS Baptis Batu pada pasien pengguna jasa layanan menentukan kepuasan pasien¹⁹.

Dalam rangka perbaikan dan peningkatan kualitas pelayanan penanganan kasus-kasus kedaruratan obstetri di RS, telah diadakan penelitian di RS pendidikan Universitas Athmadu Belo, Zaria, Nigeria. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penundaan dalam penanganan ibu dengan kasus komplikasi obstetri akan menyebabkan terjadinya beberapa masalah yang lebih rumit. Intervensi yang dilakukan untuk mengantisipasi hal tersebut adalah dengan memperbaiki ruang bedah, perbaikan ruang perawatan, melatih dokter umum untuk dapat menangani kasus-kasus kedaruratan obstetri serta mengadakan sistem pengepakan obat-obatan serta meningkatkan kerjasama dengan sesama petugas kesehatan, juga diperkenalkan sistem donor darah dari keluarga ibu yang mengalami kasus kegawatdaruratan obstetri, dengan meningkatkan kepedulian terhadap ibu tersebut. Setelah intervensi dilakukan, jumlah ibu yang mengalami kasus kegawatdaruratan obstetri menurun. Dari 57% kasus, sebanyak 3,7 orang perhari pada tahun 1990 menjadi 1,6 orang perhari pada tahun 1995. Proporsi ibu yang berobat juga meningkatkan yakni dari 39% pada pertengahan⁸.

Rumah Sakit yang ditetapkan sebagai PONEK 24 jam bertugas untuk menjalankan system jaga *on site* 24 jam dengan SDM terlatih, memadai, dan

pendanaan cukup. Penyediaan dokter jaga terlatih di UGD sangat dibutuhkan mengingat fungsi rumah sakit sebagai tempat rujukan bagi PKM dengan tersedianya dokter jaga terlatih di UGD diharapkan juga dapat mengantisipasi semua kasus rujukan dari PKM di sekitarnya^{15, 16}.

Pada ruangan UGD dibutuhkan pelayanan yang cepat, tepat dan benar serta memiliki ketrampilan dan pengetahuan yang baik. Karena pelayanan di UGD ini membutuhkan prioritas dan penilaian klinis pasien. Pelayanan pada pasien gawat darurat tentu lebih diprioritaskan daripada pasien gawat non darurat. Pasien gawat adalah pasien yang mengancam jiwa seseorang yang perlu dievaluasi dan penanganan segera. Untuk jalannya pelayanan optimal, harus dilakukan sistem pelayanan gawat darurat secara terpadu dimana terdapat komponen-komponen penting didalamnya seperti sistem komunikasi, pendidikan, transportasi, pendanaan, dan *Quality Control*. Dan juga sebuah rumah sakit harus mempunyai kelengkapan dan kelayakan fasilitas UGD yang mumpuni sesuai dengan standar pelayanan gawat darurat^{20,21}.

Gawat darurat adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut¹. Sesuai dengan pasal 32 UU RI No.36/2009 tentang kesehatan menyebutkan bahwa dalam keadaan darurat, fasilitas pelayanan kesehatan, baik pemerintah maupun swasta, wajib memberikan pelayanan kesehatan bagi penyelamatan nyawa pasien dan pencegahan kecacatan terlebih dahulu²². Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 028/MENKES/PER/II/2011 tentang Klinik dijelaskan bahwa pelayanan kesehatan tersebut juga harus dilengkapi dengan peralatan-peralatan medis dan non medis yang memadai sesuai dengan jenis pelayanan yang diberikan dan juga harus memenuhi standar mutu, keamanan dan keselamatan serta mempunyai izin edar sesuai dengan ketentuan perundang-undangan²³.

Ketersediaan Tim Siap Melakukan Operasi atau Tugas Meskipun *On call*

Salah satu kriteria rumah sakit PONEK adalah tersedianya tim siap melakukan operasi atau tugas meskipun *on call*^{15,16}. Kinerja pelayanan KIA menunjukkan 60,4% rumah sakit yang memiliki dan 82,7% yang tidak memiliki Tim yang siap melakukan operasi atau tugas meskipun *on call* memiliki kinerja kurang optimal. Model akhir menunjukkan terdapat hubungan antara ketersediaan Tim yang siap melakukan operasi atau tugas meskipun *on call* dengan kinerja

rumah sakit pemerintah di Indonesia. Rumah sakit yang tidak mempunyai tim siap melakukan operasi atau tugas meskipun *on call* mempunyai risiko 2,16 kali untuk memiliki kinerja pelayanan yang kurang optimal dibandingkan dengan rumah sakit yang memiliki tim siap melakukan operasi atau tugas meskipun *on call*.

Pelayanan obstetri dan neonatal regional merupakan upaya penyediaan pelayanan bagi ibu dan bayi baru lahir secara terpadu dalam bentuk Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) di Rumah Sakit dan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Dasar (PONED) di tingkat Puskesmas. Rumah Sakit PONEK 24 jam merupakan bagian dari sistem rujukan dalam pelayanan kedaruratan dalam maternal dan neonatal, yang sangat berperan dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir. Kunci keberhasilan PONEK adalah ketersediaan tenaga kesehatan yang sesuai kompetensi, prasarana, sarana dan manajemen yang handal^{15,16}.

Kegagalan dalam penanganan kasus kedaruratan obstetri pada umumnya disebabkan oleh kegagalan dalam mengenal risiko kehamilan, keterlambatan rujukan, kurangnya sarana yang memadai untuk perawatan ibu hamil dengan risiko tinggi maupun pengetahuan tenaga medis, paramedik, dan penderita dalam mengenal Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) secara dini, masalah dalam pelayanan obstetri, maupun kondisi ekonomi. Pemerintah dapat meningkatkan perannya dalam upaya penundaan penanganan kasus kedaruratan obstetri, sehingga kasus yang berat dapat menurun walaupun dalam keadaan ekonomi yang kurang menguntungkan. Namun pelayanan serta perbaikan sarana harus tetap semakin semakin ditingkatkan. Keadaan sarana dan prasarana di RS pemerintah pada saat ini secara bertahap dilakukan peningkatan dan pengembangan baik dari segi jumlah, jenis maupun teknologinya. Program peningkatan kelas RS dilaksanakan, dimana RS kelas D diupayakan menjadi kelas C. Laporan data Depkes RI tahun 1999 menunjukkan 60% RS kelas C telah memiliki 2 kamar operasi, 30% peralatan bedah dan kebidanan di RS kelas C dalam keadaan tidak lengkap, termasuk peralatan pendukung kamar operasi⁹.

Untuk mencapai kinerja pelayanan KIA rumah sakit yang optimal, maka diperlukan suatu desain sistem kerja yang bertujuan untuk menciptakan nilai bagi pasien dan pelanggan lainnya. Suksesnya operasional rumah sakit akan sangat dipengaruhi oleh adanya sistem kerja yang baik, yang mencakup seluruh proses di rumah sakit sesuai dengan visi, misi dan tujuan rumah sakit. Sebagai bagian dari sistem

kerja yang ada di rumah sakit maka adanya ketersediaan tim operasi yang siap 24 jam tentunya diharapkan dapat memberikan pelayanan secara konfrensif. Di dalam sistem rujukan diharapkan ada penetapan minimal satu RS yang harus mampu memberikan PONEK 24 jam. RS ini dilengkapi dengan SDM dan peralatan yang cukup untuk menjalankan fungsi pelayanan emergensi selama 24 jam. Tim dipimpin termasuk dokter spesialis lain yang terkait KIA (misalnya anastesi dan penyakit dalam), dokter umum di rumah sakit, bidan di rumah sakit, dan perawat rumah sakit^{15,16}.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kinerja rumah sakit pemerintah di Indonesia optimal seperti yang diharapkan pada Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit maka perlu perbaikan pada seluruh jenis pelayanan untuk mendapatkan akreditasi dimana akreditasi sebaiknya bisa lengkap 16 jenis pelayanan. Determinan lain yang juga harus diperbaiki adalah menjadikan rumah sakit pemerintah sebagai rumah sakit wahana pendidikan, peningkatan kuantitas dan kualitas SDM PONEK, dokter jaga terlatih di UGD, ketersediaan tim siap melakukan operasi atau tugas meskipun *on call*, dan peningkatan komitmen organisasi.

Kualitas data pada *survey* berikutnya diharapkan pengukuran setiap variabel, khususnya variabel dengan pertanyaan tertutup untuk lebih baik lagi mengingat banyaknya data missing dan tidak relevan.

REFERENSI

- 1 Undang-Undang No. 44/2009 tentang Rumah Sakit, Jakarta, 2009.
- 2 Undang-Undang No. 25/2009 tentang Pelayanan Publik, Jakarta, 2009.
- 3 Illyas Y, Kinerja Teori Penilaian dan Penelitian, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI, Cetakan ketiga, Jakarta, 2002.
- 4 Badan Pusat Statistik, BKKBN, Departemen Kesehatan, Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia 1991-2007, Jakarta, 2007.
- 5 Yakin, Hubungan pelayanan antenatal dengan kejadian komplikasi persalinan di Indonesia (Analisis Data SDKI tahun 1997), Tesis, Program Pasca Sarjana IKM FKM UI, Jakarta, 2001.
- 6 Departemen Kesehatan RI, Petunjuk Pelaksanaan Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit, Direktorat Jenderal Pelayanan Medic, Jakarta, 2001.
- 7 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 129/Menkes/SK/II/2008 tentang

- Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, Jakarta, 2008.
- 8 WHO, Buku Saku Pelayanan Kesehatan Anak di Rumah Sakit, Pedoman bagi Rumah Sakit Rujukan Tingkat Pertama di Kabupaten/Kota, Jakarta, 2009.
 - 9 Nasution SA, Gambar Penanganan Kasus Kedaruratan di RSUD Tanjung Pura Kabupaten Langkat dan RSUD Kisaran Kabupaten Asahan. Bagian Obstetri Dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/6481/1/obstetri-syamsul.pdf>, diakses tanggal 13 April 2011.
 - 10 Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 417/Menkes/PER/II/2011 tentang Komisi Akreditasi Rumah Sakit, Jakarta, 2011.
 - 11 Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, 10 Dampak Program Akreditasi Rumah Sakit. <http://www.mutupelayanankesehatan.net>, diakses tanggal 10 Maret 2012.
 - 12 Greenfield D & Braithwaite J, (2007). A review of Health Sector Accreditation Research Literature, *International Journal for Quality in Health Care*, 2007;20(3):172-183 dalam PKMK FK UGM. <http://www.mutupelayanankesehatan.net/index.php/component/content/article/2-uncategorised/10-dampak-program-akreditasi-rumah-sakit>, diakses tanggal 10 Maret 2012.
 - 13 Keputusan Menteri Kesehatan No. 1069/Menkes/SK/XI/2008 tentang Pedoman dan Klasifikasi RS Pendidikan, Jakarta, 2008.
 - 14 Djasri H, Pengembangan Regulasi Mutu Pelayanan KIA di RS : antara Daerah Terpencil dengan Daerah dengan kompetisi Tinggi, Yogyakarta, 2011.
 - 15 Departemen Kesehatan RI, Pedoman penyelenggaraan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) 24 Jam di Rumah Sakit. Direktorat Jenderal Bina Medik, Jakarta, 2008.
 - 16 Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1051/Menkes/SK/XI/2008 tentang Pedoman penyelenggaraan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) 24 Jam di Rumah Sakit, Jakarta, 2008.
 - 17 Gunarningsih, Listijani S, Kinerja Petugas dalam Memberi Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Komprehensif (PONEK) DI RSUD.dr.R. Soetrasno Rembang Jawa Tengah Tahun 2007, Tesis, Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro, Semarang, 2006.
 - 18 Undang-Undang No. 29/2004 tentang Praktik Kedokteran, Jakarta, 2004.
 - 19 Kurnia E dan Yusanto D, Perbandingan Tingkat Kepuasan Keluarga Pasien Gawat Darurat dan Gawat Non Darurat Terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan di UDG RS, *Jurnal*, 2010;3(2).
 - 20 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 147/menkes/per/II/2010 tentang Perizinan Rumah Sakit, Jakarta, 2010.
 - 21 Soekanto S, Herkutanto, Aspek Medikolegal Pelayanan Gawat Darurat, Jakarta, 2007;57.
 - 22 Undang-Undang Republik Indonesia No. 36/2009 tentang Kesehatan, Jakarta, 2009.
 - 23 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 028/MENKES/PER/II/2011 tentang Klinik, Jakarta, 2011.