

Implementasi Pelayanan Neonatal Emergensi Komprehensif di Rumah Sakit PONEK di Indonesia

The Implementation of Comprehensive Emergency Neonatal Care in EmNOC Hospital in Indonesia

Harimat Herdarwan¹, Lukman Waris¹, Tri Siswati^{2,3}.

¹ Puslitbang Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan Badan Litbang Kementerian Kesehatan RI, Jl. Percetakan Negara No 29, Jakarta Pusat, Harimat Hendarwan (email: hahenda654@yahoo.com), Lukman Waris (email: daengewa@yahoo.com)

² Mahasiswa Program Doktoral Fakultas Kedokteran UGM Yogyakarta, Jl Farmako Sekip Utara, Sinduadi, Depok, Sleman, Yogyakarta

³ Poltekkes Kementerian Kesehatan RI Yogyakarta, Jl Tata Bumi no 3, Banyuraden, Gamping, Sleman, Yogyakarta, email: trsiswati14@gmail.com

Korespondensi: hahenda654@yahoo.com

Abstrak

Angka kematian neonatal dan angka kematian balita di Indonesia masih tinggi. Kasus kegawatdaruratan merupakan penyebab tingginya angka kematian tersebut. Rumah sakit Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) 24 jam merupakan rumah sakit rujukan dengan visi mempercepat penurunan angka kematian neonatus dan angka kematian balita.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui implementasi pelayanan neonatal emergensi pada rumah sakit PONEK 24 jam di Indonesia. Penelitian didesain dengan pendekatan mix method yaitu pembauran antara studi kuantitatif dan kualitatif. Studi kuantitatif adalah *cross sectional* dan studi kualitatif adalah *Rapid Assesment Procedure* yang dilakukan pada tahun 2014. Penelitian dilakukan di rumah sakit di Indonesia dengan kriteria rumah sakit PONEK 24 jam, telah menerima sosialisasi tentang PONEK, dipilih secara random di 7 provinsi di Indonesia masing-masing 2 rumah sakit tiap provinsi. Berdasarkan kriteria tersebut sebanyak 14 rumah sakit diobservasi dalam penelitian ini. Data kuantitatif yang dikumpulkan meliputi pelayanan klinis, manajemen, sarana dan prasarana, ketenagaan dan pendanaan. Data dikumpulkan dengan cara observasi, telaah dokumen dan wawancara. Data kualitatif yang dikumpulkan meliputi proses, hambatan, dan keberhasilan PONEK dengan cara *indepth* interview dengan informan kunci direktur rumah sakit, ketua komite medik dan dokter spesialis.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar rumah sakit telah melaksanakan pelayanan neonatal emergensi 24 jam, KMC dan aksesibilitas darah yang memadai. Pelayanan neonatal emergensi telah didukung dengan jenis tenaga profesional, komitmen direktur rumah sakit yang tinggi, MoU dengan IDI, kerjasama dengan NGO serta ruangan, sarana dan prasarana yang memadai. Keberhasilan rumah sakit PONEK 24 jam didukung oleh kesadaran masyarakat untuk memanfaatkan layanan rumahsakit. Namun di beberapa rumah sakit kurangnya tenaga terlatih, jumlah tenaga, tidak ada tim, sarana dan prasarana serta ruangan menjadi alasan rumah sakit tidak melaksanakan PONEK. Kesimpulan: beberapa rumah sakit telah melaksanakan pelayanan neonatal emergensi komprehensif 24 jam, namun masih perlu mendapat perhatian dalam hal pelatihan dan jumlah tenaga, biaya, sarana dan prasarana serta ruangan yang memadai.

Kata Kunci : neonatal, emergensi, rumah sakit, rujukan.

Abstract

Neonatal under-five mortality rate in Indonesia was still high, while the emergency cases were the most of its causes. Emergency neonatal care (EmNC) hospital was a referral provider to accelerate decline in neonatal and under-five mortality.

This research aimed to observe the implementation of emergency neonatal services at referral hospitals in Indonesia. This study was a cross sectional study with quantitative and qualitative design. The study was conducted in all of referral hospital in Indonesia with criterion socialized emergency neonatal care. Based on these criteria as many as 14 hospitals in 7 provinces were observed in this study. The quantitative data collected includes clinical services, management, facilities and infrastructure, manpower and funding. Data were collected by observation, document review and interview. The qualitative were collected including the process, constraints, and attainment of emergencies services by indepth interviews to directors, medical committee heads, and specialists as informants.

The results show that most hospitals provided 24-hour emergency neonatal services, KMC and adequate blood accessibility. Emergency neonatal care has been supported by professionals (i.e doctor, obsgyn, anaesthetician, etc), commitment of hospital director, MoU with IDI and NGOs. The attainment of emergency neonatal care was supported by public awareness to utilize hospital services. Skilled physician, room, essential supplies and equipment for performing certain emergency neonatal care functions were not available in several surveyed hospital.

Some hospitals have implemented comprehensive emergency neonatal care, but still need number of skilled pshycisian, budget facilities, supplies and equipment.

Key words: neonatal, emergency, hospital, referral system

Pendahuluan

Penurunan angka kematian neonatal merupakan salah satu dari delapan sasaran pembangunan nasional bidang kesehatan yang akan dicapai pada tahun 2015, tujuan ini tertuang dalam *Millennium Development Goals* (MDG's).¹ Namun tujuan ini tidak tercapai, sehingga pembangunan kesehatan ini dilanjutkan dengan *Sustainable Development Goals* (SDG's), dengan target penurunan angka kematian ibu hingga kurang dari 70 kematian tiap 100.000 kelahiran hidup dan penurunan kematian bayi baru lahir 12 kematian tiap 1.000 kelahiran hidup di semua negara pada tahun 2030.

Secara global pada tahun 2016, sebanyak 46% dari seluruh anak di bawah 5 tahun meninggal dunia, diantaranya 2,6 juta anak meninggal pada bulan pertama kehidupan, sekitar 7.000 kematian bayi baru lahir setiap hari, dan sekitar 1 juta bayi meninggal pada hari pertama dan mendekati 1 juta bayi meninggal dalam 6 hari berikutnya.² Menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Balita (AKBAL) dan Angka Kematian Neonatus (AKN) selama beberapa tahun telah menunjukkan penurunan. AKB per 1000 kelahiran hidup dari tahun 1991 hingga 2012 berturut-turut adalah 68 (1991), 57 (1995), 46 (1999), 35 (2003), 34 (2007), 32 (2012) dan 24 (2015). AKBAL berturut-turut sebesar 97 (1991), 81(1995), 58 (1999), 46(2003), 44 (2007), 40 (2012), 32 (2015). Sedangkan AKN berturut-turut sebesar 32 (1991), 30 (1995), 26 (1999), 20 (2003), 19 (2007), 19 (2012). Meskipun demikian, penurunan AKB, AKBAL dan AKN belum sesuai dengan target yang diharapkan.

Menurut WHO 2015, sebagian penyebab kematian balita adalah kasus kegawatdaruratan, pada kelompok neonatal sebagian besar prematuritas (16%), asfiksia (11%), sepsis (7%), kelainan kongenital (5%) dan lain-lain, sedangkan pada postnatal penyebabnya adalah pneumonia (13%), diare (9%), kelainan anomaly dan infeksi masing-masing 8%.

Tingginya kematian ibu dan anak menurut WHO dapat diatasi melalui Program Pelayanan Neonatal Emergensi Dasar Komprehensif (PONEK) di rumahsakit di seluruh dunia.³ Sebagai implementasinya, pemerintah Indonesia

melakukan berbagai upaya dimulai dari sosialisasi, penyediaan sarana prasarana, pengembangan SDM untuk PONEK dan PONEK, penerapan standar pelayanan, peningkatan SDM *pre service* dan *in service* penyediaan alat, obat, sarana dan prasarana, penguatan kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, informasi kesehatan serta menjalin kerja sama dengan organisasi profesi, LSM, perguruan tinggi dan sektor swasta; serta optimalisasi pemanfaatan dana Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN), Biaya Operasional Kesehatan (BOK), dana dekonsentrasi, Dana Alokasi Khusus (DAK), dan Pinjaman Hibah Luar Negeri (PHLN). Pelayanan rumah sakit PONEK bertujuan untuk memberikan kontribusi yang besar dalam percepatan penurunan angka kematian neonatal, bayi dan balita⁵. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui implementasi rumah sakit PONEK dalam pelayanan perawatan emergensi anak, dan menggali hambatan, kebutuhan keberhasilan dalam implementasinya.

Metode

Desain penelitian ini dengan pendekatan *mix metode* yaitu campuran antara penelitian kuantitatif dan kualitatif. Desain kuantitatif dengan metode *cross sectional* dan kualitatif dengan metode *Rapid Assesment Prosedure* (RAP). Penelitian dilakukan pada tahun 2014. Populasi pada penelitian kuantitatif adalah semua rumahsakit di Indonesia yang telah terpapar sosialisasi PONEK yang dipilih secara random. Sebanyak 7 provinsi yang terpilih sebagai sampel dengan keterwakilan wilayah. Setiap provinsi dipilih 2 rumah sakit secara acak sehingga total sampel sebanyak 14 rumah sakit.

Data yang dikumpulkan dalam desain kuantitatif adalah data pelayanan klinis, ketenagaan, anggaran, sarana prasarana dan ruang pendukung dengan metode wawancara menggunakan kuesioner tertutup dan telaah dokumen. Informasi yang dikumpulkan pada desain kualitatif adalah informasi mengenai hambatan pelaksanaan PONEK, kebutuhan rumah sakit dan keberhasilan implementasi PONEK yang diperoleh dengan cara wawancara mendalam dengan informan yaitu direktur rumah sakit. Triangulasi untuk menjaga validasi data dilakukan dengan melakukan wawancara mendalam dengan informan kunci yaitu komite medik, dokter dan tenaga pelayanan PONEK lainnya.

Data kuantitatif dianalisis dengan diskriptif dalam bentuk narasi, tabel gambar, sedangkan informasi yang didapatkan dalam desain kualitatif digunakan untuk mendukung temuan pada desain kuantitatif berupa informasi tentang hambatan, kebutuhan dan keberhasilan implementasi PONEK.

Hasil

a. Karakteristik Rumah sakit.

Karakteristik rumah sakit berdasarkan tipe dan status kependidikan yang terbanyak adalah rumah sakit tipe C yaitu 9 rumah sakit. 5 rumah sakit tipe B hanya 1 rumah sakit kependidikan yaitu

Tabel 1. Tipe Rumah Sakit PONEK

Nama Rumahsakit	Tipe	Kab/Kota	Provinsi
Kumpulan Pane	B (non kependidikan)	Kota Tebing Tinggi	Sumut
Sultan Sulaiman	C	Serdang Bedagai	Sumut
Kota Pariaman	C	Kota Pariaman	Sumbar
Padang Pariaman	C	Padang Pariaman	Sumbar
Ibnu Soetowo	C	OKU (OKU)	Sumsel
Oku Timur	C	OKU Timur	Sumsel
Panembahan Senopati	B (non kependidikan)	Bantul	DIY
RSUD Sleman	B (non kependidikan)	Sleman	DIY
RSUD Muntilan	C	Magelang	Jawa Tengah
Tugu Rejo	B (Kependidikan)	Semarang	Jawa Tengah
Karang Asem	C	Karang Asem	Bali
RSU Gianyar	B (non kependidikan)	Gianyar	Bali
H. Damanhuri	C	Hulu Sungai Tengah	Kalsel
Hasan Basri	C	Hulu Sungai Selatan	Kalsel

rumah sakit Tugu Rejo Semarang. Karakteristik rumah sakit penelitian sebagaimana pada Tabel 1.

b. Ketenagaan Pelayanan PONEK di Rumah Sakit

Jenis tenaga untuk pelayanan PONEK 24 jam di rumah sakit adalah spesialis anak, spesialis kandungan, anastesi, dokter umum, bidan, dan perawat dengan status tenaga tetap dan tenaga tidak tetap. Proporsi tenaga tetap yang paling banyak dan terlatih adalah bidan (45%) dan paling banyak tidak terlatih adalah perawat (68%). Jumlah

tenaga pelayanan PONEK 24 jam di rumah sakit sebagaimana pada Tabel 2.

c. Pendanaan.

Pendanaan untuk pelayanan di rumah sakit PONEK 24 jam bersumber dari APBN, Anggaran Pendapatan Belanja Daerah I (APBD I) dan II (APBD II) serta dari Badan Layanan Umum Daerah (BLU D). APBD II dan BLUD adalah sumber pendanaan terbanyak yang dipakai oleh /rumah sakit dalam pelayanan PONEK 24 jam yaitu sebesar 36%.

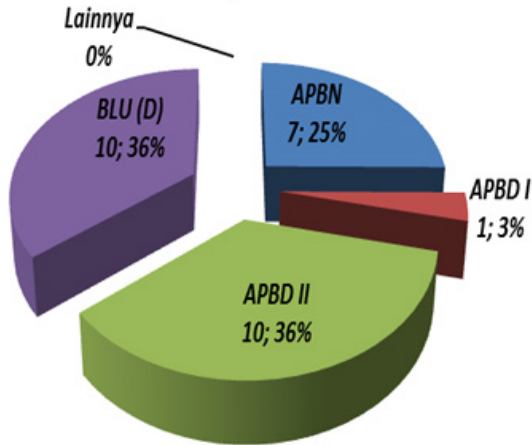
Tabel 2. Jumlah Jenis Tenaga PONEK 24 Jam di Rumah Sakit Berdasarkan Status

Jenis tenaga	N	Tetap				Tidak tetap			
		Terlatih		Tidak terlatih		Terlatih		Tidak terlatih	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Spesialis anak	15	13	87	2	13	0	0	0	0
Spesialis kandungan	18	12	86	2	14	0	0	4	0
Anastesi	11	3	33	6	67	1	50	1	50
Dokter umum	22	11	55	9	45	0	0	2	0
Bidan	45	28	62	17	38	-	-	-	-
Perawat	22	7	32	15	68	-	-	-	-

Sumber pembiayaan pelayanan PONEK 24 jam sebagaimana pada Gambar 1.

d. Ruang Pelayanan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa belum

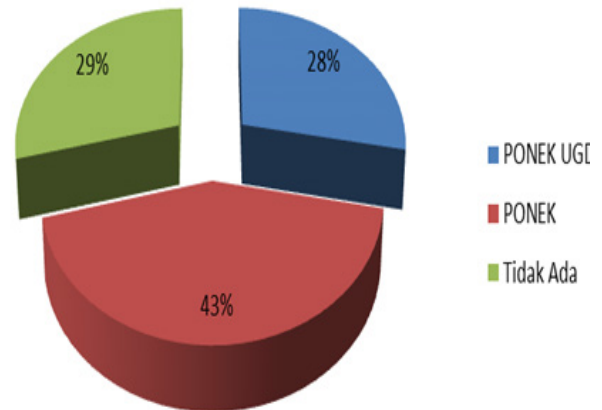


Gambar 1. Sumber Pendanaan Rumah Sakit

mempunyai ruang pelayanan PONEK sebagaimana pada Gambar 2.

e. Standar Pelayanan Klinis

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rumah

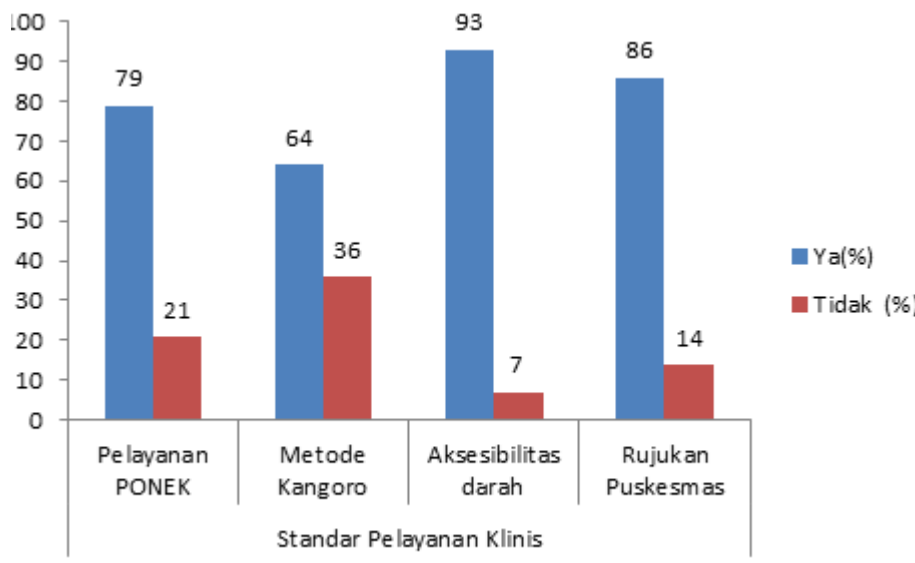


Gambar 2. Persentase Rumah Sakit dengan Ruang Pelayanan PONEK

semua rumah sakit mempunyai ruang pelayanan PONEK. Rumah sakit yang belum mempunyai pelayanan PONEK sebanyak 29%. Rumah sakit yang mempunyai ruang pelayanan PONEK bervariasi yaitu rumah sakit mempunyai ruangan pelayanan terpisah dari ruang pelayanan lainnya sehingga memiliki ruang pelayanan khusus PONEK namun ada juga rumah sakit melakukan pelayanan PONEK masih bersatu dengan di ruang Unit Gawat Darurat (UGD). Persentase rumah sakit yang

sakit PONEK 24 jam melakukan standar pelayanan klinis berupa perawatan bayi metode kanguru atau *Kangaroo Mother Care* (KMC), aksesibilitas darah dan menerima rujukan dari puskesmas. Rumah sakit PONEK 24 jam yang melaksanakan KMC sebanyak 64%, aksesibilitas darah 93% dan rujukan dari puskesmas 86%. Proporsi rumah sakit PONEK 24 jam dengan standar pelayanan klinis sebagaimana pada Gambar 3.

Selain itu, sebanyak 64% rumah sakit di



Gambar 3. Proporsi Rumah Sakit Standar Pelayanan Klinis

dukung tim PONEK yang ditetapkan dengan surat Keputusan (SK) tim dari direktur rumah sakit.

Berdasarkan wawancara mendalam dengan informan dan informan kunci diperoleh gambaran bahwa, rumah sakit yang belum melaksanakan standar pelayanan kilinis rumahsakit PONEK 24 jam, belum melakukan KMC, belum ada aksesibilitas darah karena rumahsakit belum mendapat dukungan dana yang memadai, sarana prasarana masih sangat terbatas, Standar Operasional Prosedur (SOP) belum ada dan ruangan pelayanan yang belum memadai.

Hasil wawancara mendalam terhadap informan dan informan kunci diperoleh gambaran bahwa ada beberapa kendala yang dialami oleh rumah sakit PONEK 24 dalam melaksanakan pelayanan yaitu dana yang masih kurang memadai, tenaga dengan jumlah dan kompetensi tenaga terlatih masih kurang, sarana dan prasarana belum memadai, inkubator ruangan yang masih kurang berdasarkan jumlah kebutuhan, spesifikasi alat yang tidak sesuai dengan kebutuhan, keterbatasan obat, kerjasama lintas sektor belum maksimal, masih kurangnya komunikasi dengan sarana pelayanan kesehatan asal rujukan, dokter spesialis belum bisa on site 24 jam, mekanisme kerjasama antara dinas kesehatan dan rumah sakit dengan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) belum berjalan maksimal. Namun ada beberapa faktor yang mendukung yaitu SOP dan team work yang dibentuk berdasarkan surat keputusan sehingga mempunyai aspek legalitas,

Hasil penelitian kualitatif menggambarkan bahwa keberhasilan pelaksanaan pelayanan PONEK di rumah sakit PONEK 24 jam karena didukung oleh komitmen direktur rumah sakit, dukungan atau adanya kesepakatan *Memorandum of Understanding* (MoU) antara rumah sakit dengan Ikatan Dokter Indonesia (IDI), memiliki tim yang memadai dan profesional, ketersediaan obat yang mencukupi, ruang pelayanan yang tersedia, sarana dan prasarana yang memadai, mempunyai ruang PONEK sendiri yang dilengkapi dengan kemampuan Asuhan Persalinan Normal (APN) oleh bidan-bidan pratama, memiliki ruang khusus buat ibu yang bayinya dirawat dalam inkubator sehingga ibu dapat sewaktu-waktu memberikan ASI dan melakukan metode KMC 24 jam, serta fasilitas rawat inap yang gratis sampai bayi dapat dibawa pulang. Dukungan lainnya adalah kegiatan monitoring evaluasi secara rutin 3 bulanan

atau pertemuan khusus bila ada kasus kematian. Pengembangan kemampuan tim, penanggungjawab PONEK rumah sakit melakukan training kepada bidan dan perawat untuk meningkatkan kompetensinya misalnya pelatihan tim PONEK, pelatihan bagi bidan bila ada bunyi pada saat seorang ibu yang akan melahirkan yang disebut Alarm, pelatihan resusitasi (memberikan ventilasi yang adekuat serta pemberian oksigen dan curah jantung yang cukup untuk menyalurkan oksigen ke otak, jantung dan alat vital lainnya), pelatihan *Neonatal Intensive Care Unit* (NICU), pelatihan *Pediatric Intensive Care Unit* (PICU), pelatihan KMC dan perawatan asfiksia neonates. Hasil wawancara mendalam juga memberikan informasi bahwa tingginya kebutuhan masyarakat akan pelayanan PONEK dan karyawan rumah sakit memahami serta memberikan prioritas pada pasien yang memerlukan penanganan emergensi merupakan salah satu faktor yang mendukung keberhasilan PONEK

Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian maka didapatkan bahwa berdasarkan standar klinis dan manajemen⁵, tipe rumah sakit PONEK 24 jam dalam penelitian ini telah memenuhi standar rumah sakit 24 jam sebagaimana pada Tabel.1. Rumah sakit tipe C dalam penelitian ini telah memenuhi kriteria kinerja klinis untuk menangani kasus kegawatdaruratan neonatal. Pelayanan yang tersedia meliputi pelayanan kesehatan neonatal fisiologis, risiko tinggi dengan fasilitas alat ventilasi mekanik dalam jangka waktu singkat (<24 jam), alat pernapasan kesehatan dengan *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) infus, intravena, nutrisi parenteral total, jalur sentral menggunakan tali pusat maupun intravena per kutan. Rumah sakit juga dilengkapi dengan pelayanan penunjang berupa radiologi portabel, *Ultrasonography* (USG) neonatus, laboratorium, *Total Parenteral Nutrition and Medication* (TPNM), ruang Bahan Medis Habis Pakai (BMHP), ruang pencucian, penyimpanan alat steril yang mudah dibersihkan, ruang menyusui dan penyimpanan ASI perah serta klinik laktasi. Rumah sakit tipe B dalam penelitian ini telah memenuhi kriteria standar klinis dengan kegiatan pelayanan berupa pelayanan kesehatan neonatal fisiologis, pelayanan neonatal risiko tinggi, pelayanan neonatal

intensif dan penunjang yang lebih lengkap dari rumah sakit tipe B pada umumnya.

Ketenagaan rumah sakit PONEK 24 jam sangat ditentukan oleh jumlah, jenis dan spesifikasi tenaga yang dimiliki oleh rumah sakit tersebut untuk menjalankan tugas pelayanan PONEK sebagai sebuah misi,⁶ demikian pula dengan keberhasilan implementasi pelayanan PONEK.⁵ Hasil penelitian menunjukkan bahwa beberapa tenaga profesi belum terlatih (Tabel 2). Wawancara mendalam dengan informan dan informan kunci menyatakan bahwa jumlah tenaga yang kurang memadai baik jumlah maupun spesifikasinya masih menjadi salah satu kendala pelaksanaan PONEK di rumah sakit PONEK.

Hasil penelitian Ellard 2017, menyatakan bahwa tenaga yang pernah mengikuti pelatihan sehingga profesional dan didukung oleh infrastruktur yang memadai dapat meningkatkan pengetahuan, skill dan pengembangan klinik bagi asisten dokter dalam menangani kasus emergensi pada maternal dan neonatal.⁷ Di Tanzania utamanya di daerah perdesaan, cakupan persalinan pada tenaga kesehatan utamanya bidan sangat tergantung pada ketrampilan yang dimiliki oleh bidan,⁸ dan ketrampilan bidan sangat mempengaruhi keberhasilan penanganan kasus kegawatdaruratan pada maternal dan neonatal.⁹

Hasil penelitian lain menyatakan bahwa di negara-negara berkembang, penyebab kematian neonatus, bayi dan balita disebabkan kurangnya tenaga yang terampil, karena ketrampilan dapat meningkatkan peluang anak-anak untuk bertahan hidup.⁴ Hasil penelitian di Congo menyatakan bahwa keterampilan petugas keperawatan, ketersediaan sarana dan prasarana, serta proses perawatan kesehatan yang terstandar sangat penting untuk mengurangi kematian maternal perinatal.¹⁰ Di Brazil, hasil penelitian Sousa dengan menggunakan data panel tahun 1991-2000 menyatakan bahwa kematian neonatus berkaitan dengan distribusi perawat dan dokter yang kurang memadai. Hasil penelitian ini juga menyatakan bahwa setiap penambahan proporsi 1 perawat untuk 1000 penduduk dapat menurunkan kematian neonatus sebanyak 3,8%, sedangkan setiap penambahan 1 orang dokter per 1000 penduduk akan mengurangi kematian neonatus sebanyak 2,8%.¹ Penelitian di Inggris dan Prancis menyatakan bahwa hambatan dalam memberikan perawatan maternal

dan neonatal yang komprehensif meliputi kurangnya pelatihan (51,0%) dan kekurangan staf (44,9%).¹¹ Selain jumlah dan tenaga yang trampil, komunikasi dalam tim work menjadi faktor yang penting dalam keberhasilan pelayanan PONEK.¹¹

Hasil penelitian di Jawa Timur menunjukkan bahwa kekurangan dokter sebagai penyebab utama rumah sakit tidak mampu melakukan fungsinya dengan baik sebagai rumah sakit PONEK,¹² sementara sumber daya mempengaruhi pelaksanaan PONEK secara bermakna ($p < 0.000$) (Harini, 2016). Depkes (2012) menyatakan bahwa untuk menunjang pencapaian penurunan angka kematian neonatus, bayi dan balita tenaga/tim PONEK rumahsakit perlu mendapat pelatihan baik *on job training, in the house training* maupun pemantuan evaluasi kinerja.

Hasil penelitian ini ditemukan bahwa dalam pelayanan neonatal emergensi didukung dari berbagai sumber dana, namun dirasakan jumlahnya masih kurang untuk program PONEK sehingga menjadi hambatan dalam implementasi PONEK di rumah sakit, bahkan beberapa rumah sakit dalam penelitian ini belum melakukan implementasi PONEK karena tidak tersedianya dana yang cukup. Hasil penelitian ini serupa dengan penelitian di Inggris dan Prancis menyatakan bahwa hambatan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal secara komprehensif karena dana yang kurang (63,3%) (Lam et al, 2012). Selain dana, PONEK butuh dukungan team work yang legal, dukungan dari manajemen dan SOP yang memadai.¹⁰

Hasil penelitian ini menyatakan bahwa rumah sakit PONEK telah melakukan KMC, dengan melakukan KMC berarti rumah sakit telah melakukan suatu metode intervensi yang sederhana, murah dan efektif dalam meningkatkan kelangsungan hidup dan kesehatan neonatal.^{11,14,15,16} Intervensi efektif lainnya adalah pencegahan dan perawatan untuk menjaga agar bayi tetap hangat, menyusui dengan menjaga *skin to skin* kontak¹⁷ dan pengobatan infeksi neonatal.¹⁶ Sebagian rumah sakit telah melaksanakan KMC, bahkan rumah sakit tersebut dilengkapi dengan tempat menginap bagi ibu secara gratis sehingga ibu dapat melaksanakan KMC dan memberikan ASI hingga bayi dinyatakan sehat dan boleh pulang. Namun dalam penelitian ini juga ditemui beberapa rumah sakit yang belum melaksanakan KMC karena ruangan yang tidak

memadai.

Hasil penelitian ini juga menyatakan bahwa sebagian besar rumahsakit PONEK telah dilengkapi dengan aksesibilitas darah. Transfusi darah terjadi setiap hari di berbagai rangkaian klinis rumahsakit dan dalam situasi yang darurat. Suplai darah yang mendesak untuk kasus pendarahan yang mengancam jiwa memerlukan pendekatan yang cepat dan terfokus karena kehilangan darah yang berlebihan dapat membahayakan kelangsungan hidup pasien, termasuk pasien neonatus. Pelayanan pada pasien emergensi secara komprehensif sangat perlu dilengkapi dengan persediaan dan aksesibilitas darah yang cukup, sehingga kejadian kehilangan darah utama dan *syok hipovolemik* serta konsekuensinya dapat segera dicegah dan diatasi.¹⁸

Keberhasilan pelayanan neonatal emergensi komprehensif di rumah sakit penelitian disebabkan oleh tingginya minat masyarakat terhadap pelayanan PONEK dan kesadaran pihak rumah sakit untuk mengutamakan tindakan yang bersifat emergensi. Hasil penelitian Pasha et al., 2010 menyatakan bahwa PONEK dilakukan karena tingginya kesadaran masyarakat akan pentingnya PONEK dalam menurunkan kematian neonatal dan perinatal.

Sebagian besar rumah sakit PONEK dalam penelitian ini telah didukung dengan *team work* yang memadai yang dikukuhkan dengan surat keputusan direktur rumahsakit. Komitmen direktur rumah sakit terhadap PONEK merupakan salah satu kunci yang penting bagi keberhasilan implementasi PONEK 24 jam di rumah sakit. Dampak dari komitmen tersebut dapat dibuktikan dengan adanya MoU antara rumah sakit dengan IDI serta kerjasama yang harmonis dengan NGO. Namun sayangnya, tidak semua rumahsakit PONEK dalam penelitian ini mempunyai tim yang legal berdasarkan SK direktur, sehingga hal ini menjadi hambatan.

Hasil penelitian menyatakan bahwa sebagian besar rumah sakit PONEK 24 jam telah mempunyai ruangan PONEK meskipun beberapa masih melaksanakan pelayanan PONEK di UGD (Gambar 2). Sarana dan prasarana termasuk ruangan adalah salah satu komponen yang mendukung keberhasilan PONEK disamping tenaga dan biaya yang memadai.⁵ Beberapa hasil penelitian menyatakan bahwa hambatan implementasi PONEK adalah kurangnya penyediaan dan akses pelayanan kegawatdaruratan

obstetri dan neonatal.^{20,10,13} Hasil penelitian di daerah perdesaan Tanzania menyatakan bahwa fasilitas dan pelayanan yang memadai sangat mendukung keberhasilan pelayanan kegawatdaruratan pada maternal dan neonatal.⁹

Kesimpulan dan Saran

a. Kesimpulan

Sebagian besar rumah sakit telah melaksanakan PONEK 24 jam dengan melakukan layanan neonatal emergensi komprehensif, memenuhi aksesibilitas kebutuhan darah, mempunyai ruangan PONEK, mempunyai *team work* berdasarkan surat keputusan direktur rumah sakit, didukung dengan dana, sarana, prasarana dan tenaga pendukung. Namun, masih terdapat beberapa rumahsakit yang tidak melaksanakan layanan neonatal emergensi komprehensif karena kurangnya dana, *team work* belum terbentuk, sarana dan prasarana yang belum memadai, serta keterbatasan ruangan.

Keberhasilan rumah sakit yang melaksanakan pelayanan PONEK 24 merupakan dukungan dan komitmen yang kuat dari direktur rumah sakit, kerjasama lintas sektor, MoU dengan IDI, kesadaran masyarakat untuk menggunakan fasilitas PONEK dan kesadaran karyawan rumah sakit untuk memprioritaskan layanan emergensi.

b. Saran

Implementasi pelayanan PONEK 24 jam di rumah sakit PONEK dapat berjalan dengan baik apabila rumah sakit PONEK mendapat dukungan dan komitmen yang kuat dari direktur rumah sakit, telah tersedia dan melaksanakan SOP, melakukan MoU dengan organisasi profesi, kerja sama tim, monitoring dan evaluasi, komunikasi, tim yang trampil, serta sarana, prasarana dan ruang yang memadai.

Ucapan terima kasih

Penulis mengucapkan terima kasih yang kepada Direktur rumah sakit dan jajarannya di rumah sakit Kumpulan Pane, Sultan Sulaiman, Kota Pariaman, Ibnu Soetowo, Oku Timur, Panembahan Senopati, RSUD Sleman, RSUD Muntilan, Tugu Rejo, Karang Asem, Gianyar, H Damanhuri, dan RS Hasan Basri serta Kepada Dinas Kesehatan Provinsi

Sumut, Sumbar, Sumsel, DIY, Jateng, Bali dan Kalsel dan organisasi profesi kesehatan.

Daftar Rujukan

1. Sousa A, Dal Poz MR & Boschi PC. Reducing Inequities in Neonatal Mortality through Adequate Supply of Health Workers: Evidence from Newborn Health in Brazil. *PLoS ONE*, 2013. 8(9).
2. WHO. Newborns: reducing mortality, update Oktober 2017, <http://www.who.int/mediacentre>).
3. WHO. Setting standards for emergency obstetric and newborn care _ UNFPA - United Nations Population Fund.2014.
4. World Health Organization Media Centre, WHO _ Newborns_ reducing mortality. WHO Fact Sheet, 2016. p.January. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/en/>.
5. Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Rujukan. Pedoman Rumah Sakit Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) 24 Jam. Jakarta: Departemen Kesehatan RI. 2012.
6. Grindle, M. and Thomas, J.W. (1991) *Public Choices and Policy Change: The Political Economy of Developing Countries*; Baltimore; John Hopkins University Press.
7. Ellar DR, Shemdoe A, Mazuguni F, Mbaruku G, Davies D, Kihale P, et al., Can training non-physician clinicians/associate clinicians (NPCs/ACs) in emergency obstetric, neonatal care and clinical leadership make a difference to practice and help towards reductions in maternal and neonatal mortality in rural Tanzania? *The ETATMBA. BMJ Open*, 2016;6(2), p.e008999.
8. Magoma M, Requejo J, Campbell AM, Cousen S, Filippi V. High ANC coverage and low skilled attendance in a rural Tanzanian district: a case for implementing a birth plan intervention. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2010. 10(1), p.13.
9. Smith JM, de Graft JJ, Zyaee P, Ricca J, Fullerton J. Scaling up high-impact interventions: How is it done? *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2015. 130(S2), pp.S4–S10.
10. Ntambue AM, Malonga FK, Cowgill KD, Wilmet MD, Donnen P. Emergency obstetric and neonatal care availability, use, and quality: a cross-sectional study in the city of Lubumbashi, Democratic Republic of the Congo, 2011. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2017. 17(1), p.40. A.
11. Lam JO, Amsalu R, Kerber K, Lawn JE, Tomczyk, Cornier N, et al., Neonatal survival interventions in humanitarian emergencies: a survey of current practices and programs. *Conflict and health*, 2012. 6(1), p.2.
12. Wahyudi YP & Nurfaidah S. Pengelolaan Rujukan Kedaruratan Maternal di Rumah Sakit dengan Pelayanan PONEK. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 2014. 28(1), pp.84–88.
13. Permatasari E, Sidin I, Maidin A, Policy Implementation of Comprehensive Emergency Services Neonatal Obstetric in Dr Wahidin Sudirohusodo Hospital Makassar 2013 PENDA.2013. , pp.1–14.
14. Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, De Bernis L, et al. Evidence-based, cost-effective interventions : how many newborn babies can we save ? *Lancet*. 2005;365:977–88.
15. Darmstadt GL, Choi Y, Arifeen SE, Bari S, Rahman SM, Mannan I, et al., Evaluation of a cluster-randomized controlled trial of a package of community-based maternal and newborn interventions in Mirzapur. Bangladesh. *PLoS ONE* 2010, 5:e9696.
16. Bhutta ZA, Ali S, Cousens S, Ali TM, Haider BA, Rizvi A, et al. Interventions to address maternal, newborn, and child survival: what difference can integrated primary health care strategies make? *Lancet*. 2008;372:972–89.
17. Bryce J, Daelmans B, Dwivedi A, Fauveau V, Lawn JE, Mason E, Newby H, Shankar A, Starrs A, Wardlaw T: Countdown to 2015 for maternal, newborn, and child survival: the 2008 report on tracking coverage of interventions. *Lancet* 2008, 371:1247–1258
18. NHS, The transfusion of blood and blood components in an emergency. Available at: www.nrls.npsa.nhs.uk. Diunduh pada tanggal 6 Desember 2017.
19. Pasha O, Goldenberg RL, McClure EM, Saleem S, Goudar SS, Althabe F, et al. Communities, birth attendants and health facilities: a continuum of emergency maternal and newborn

- care (the global network's EmONC trial). *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10:82.
20. Pacagnella RC, Cecatti JG, Parpinelli MA, Sousa MH, Haddad SM, Costa ML. Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2014. 14(1), p.159.