

Lampiran 1

Transkrip *Focused Group Discussion*

Narasumber	Penjelasan	Padatan Faktual
<p>Dokter spesialis kandungan RS PKU Muhammadiyah Gamping</p>	<p>Itu dari tahun 2007 sekitar 228, tahun 2012 359, dan tahun 2012 target MDGs 102 dan itu tidak tercapai. Jadi dari tahun ke tahun, angka kematian ibu tidak menurun bahkan meningkat. Berikutnya, tempat kematian ibu kalo kita lihat bahwa ternyata tempat kematian ibu paling banyak adalah di eee rumah sakit pemerintah, di rumah sakit sendiri, oh di rumah sendiri, dan di rumah sakit swasta. Kemudian di puskesmas, di bidan praktek, di RSKIA dan sebagainya malah jauh lebih sedikit. Yang berikutnya eee, rumah sakit yang jadi ironinya adalah rumah sakit yang seharusnya menjadi tempat pertolongan bagi ibu-ibu ternyata menjadi tempat meninggalnya para ibu-ibu. Bahkan angkanya 60%.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sejak tahun 2007 hingga 2012, angka kematian ibu masih tinggi dan target MDGs tidak tercapai.</li> <li>• Tempat kematian ibu terbanyak berada di rumah sakit.</li> <li>• Wilayah dengan kematian ibu terbanyak terdapat di pulau Jawa, justru bukan di daerah timur.</li> <li>• Hasil audit POGI dibagi menjadi 3 kelompok besar; kondisi umum, peran pra-rumah sakit, dan peran rumah sakit.</li> <li>• Audit dilakukan pada 112 rekam medik kasus kematian ibu sejak tahun 2014</li> </ul>

	<p>Berikutnya, eee kalo ini wilayah kematian ibu saya rasa semua orang tau bahwa ternyata 50% kematian terjadi di propinsi-propinsi seperti eee, apa namanya, eee, Jawa Barat ya, kemudian ee propinsi-propinsi yang bukan merupakan propinsi eee seperti di Indonesia bagian timur. Jadi 50% ibu-ibu justru meninggalnya di pulau jawa. Berikutnya, 50% ibu-ibu meninggal di pulau jawa padahal di pulau jawa infrastrukturnya relatif baik. kemudian di tiap kabupaten terdapat rumah sakit umum daerah atau RSUD. Di tiap kabupaten terdapat Sp. OG. Dan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan relatif baik. berikutnya, dalam rangka mengurai benang merah kematian ibu, sebetulnya memang POGI bekerja sama dengan EMAS (Expanding Maternal and Neonatal Survival) itu memang bekerja sama dengan POGI untuk melakukan audit kematian maternal. Berikutnya, mereka</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kelompok kondisi umum pada kematian ibu didapatkan 80% kasus adalah kehamilan pertama, 80% adalah rujukan puskesmas, dan 60% menggunakan skema pembayaran dengan BPJS.</li> <li>• Terdapat keterlambatan dalam mencari pertolongan sebesar 32% dari total kasus.</li> <li>• Hanya 7% dari kasus yang ditolong oleh dukun.</li> <li>• Penolakan rujukan oleh pasien terjadi pada 3% dari kasus.</li> <li>• Hanya 9% dari fasilitas kesehatan primer yang melakukan stabilisasi pra-rujukan.</li> <li>• Terdapat 31% keterlambatan memuruskan untuk menuju petugas di</li> </ul>
--	--	---

	<p>melakukan ee audit pada 112 rekam medik kematian ibu kemudian pada November 2014. Berikutnya, saya rasa ini tim auditornya, terus berikutnya. Nah, hasil audit eee sebelumnya, hasil audit jadi dibagi 3 kelompok besar; kondisi umum dari kematian ibu, peran pra-rumah sakit, dan peran rumah sakit. Berikutnya, kondisi umum bahwa 80% kasus adalah kehamilan pertama sampai dengan kehamilan tiga. Jadi justru bukan grandmultigravida. Kemudian 80% kasus adalah rujukan bidan maupun puskesmas. Jadi bukan dirujuk oleh dukun. Kemudian 60% kasus adalah menggunakan skema pembayaran dengan BPJS. Jadi seharusnya, tidak ada masalah terhadap pembiayaan. Berikutnya pra-rumah sakit. Jadi sebelum pasien berada di center rujukan. Bahwa ternyata ada keterlambatan mencari pertolongan. Meskipun mungkin ada <i>missing data</i> sekitar 28%, tapi</p>	<p>fasilitas kesehatan tingkat pertama dan di praktek mandiri.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengambilan keputusan klinik yang tidak tepat terjadi pada 53% kasus.</li> <li>• Terlambat dilakukan eksekusi terhadap keputusan klinik pada 47% kasus.</li> <li>• Hanya 12% kasus yang mengalami kesulitan dalam menghubungi dokter spesialis kandungan.</li> <li>• Hanya 12% kasus yang mengalami kesulitan dalam menghubungi dokter spesialis anestesi.</li> <li>• Hanya 2% kasus kematian yang disebabkan karena ketidaksiapan kamar operasi untuk stand by 24 jam.</li> <li>• Hanya 9% kasus kematian karena tidak</li> </ul>
--	--	--

	<p>sekitar 32% dari 112 kasus kematian didapati karena keterlambatan dalam mencari pertolongan. Jadi memang, eee, mungkin yang eee, sekarang terjadi adalah kita belum seragam dalam hal mencari tempat yang kira-kira <i>available</i> untuk menerima rujukan. Meskipun sudah tau ada rumah sakit rujukan di dekatnya, yang harus bisa dirujuk tetapi kemudian mungkin kita ga dapat informasi, apakah tempat di sana sudah <i>available</i> atau tidak, masih ada kamar atau tidak, ada ICU-nya atau tidak, dokternya <i>stand by</i> atau tidak, dan sebagainya. Terus berikutnya persalinan ditolong dukun maka hanya 7% pertolongan persalinan ditolong oleh dukun. Jadi, dari 112 kematian maternal yang diaudit hanya 7% yang ditolong oleh dukun. Berikutnya, menolak dirujuk. Dan ternyata selama ini kita mengatakan ‘soalnya pasiennya sulit sih dirujuk’ ternyata hanya 3%</p>	<p>tersedianya darah.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 25% kasus dikarenakan ketidaksiapan kamar ICU.</li> <li>• Pada 47% kasus, tidak ada monitoring yang akurat pasca operasi atau pasca partus.</li> <li>• 75% pasien meninggal setelah 6 jam tiba di rumah sakit.</li> <li>• Kesimpulan dari data yang didapat adalah terdapat 53% kesalahan pengambilan keputusan di rumah sakit, 47% keterlambatan solusi klinik, 47% masalah dengan monitoring, 73% kematian <i>preventable</i>, dan 74% pasien meninggal setelah <i>golden period</i>.</li> </ul>
--	--	---

	<p>yang menolak untuk dilakukan rujukan, dari 112 kasus. Kemudian, meskipun missing datanya sampai 41% tapi kita bisa melihat bahwa eee hanya 9% saja dari eee pasien yang menolak dirujuk. Kemudian 3% yang menolak dilakukan rujukan. Terus berikutnya, stabilisasi pra rujukan. Hanya 9% petugas fasilitas kesehatan yang melakukan stabilisasi pra rujukan. Jadi ternyata sebagian besar waktu dirujuk memang tidak dilakukan stabilisasi sebagaimana guideline atau prosedur yang harus ditempuh. Jadi hanya 9% petugas kesehatan yang melakukan stabilisasi pra rujukan. Berikutnya. Kemudian yang kelima adalah terlambat merujuk. Jadi ini situasi di pra rujukan. Terdapat 31% keterlambatan memutuskan untuk menuju petugas di faskes tingkat pertama dan praktek mandiri. Berikutnya. Nah sekarang bagaimana kondisi di rumah sakit? Tadi di pra rujukan,</p>	
--	--	--

	<p>sekarang di referral center nya. Ternyata pengambilan keputusan klinik yang tidak tepat itu memenuhi 53% kasus dari 112 yang diaudit. Jadi terjadi kesalahan pengambilan putusan klinik pada 53% kasus. Berikutnya, keterlambatan operasi atau eksekusi terhadap keputusan klinik. Sudah diputuskan dia harus operasi, dia harus eee, apa namanya, sectio atau dia harus histerektomi misalnya, tapi dari 112 pasien yang diaudit ditemukan 47% terlambat dilakukan operasi atau eksekusi dari keputusan klinik yang dibuat. Jadi misalnya memutuskan secara eee secara klinis diputuskan untuk operasi jam 12 misalnya, tapi mungkin karena eee karena mungkin dokternya sedang ada pekerjaan di tempat lain maka kemudian keterlambatan itu dari 112 yang diaudit ada 57%. Berikutnya, persentase kesulitan menghubungi Sp. OG. Ternyata hanya 12% kesulitan dalam</p>	
--	---	--

	<p>menghubungi Sp. OG. Lebih banyak Sp. OG yang bisa dihubungi. Terus kemudian jadi mohon maaf dr. Arlina, Pak Irfan, Pak Alfun, dan juga ibu semua karena sedang dihubungi. Kemudian persentasi hambatan konsultasi dengan anestesi. Ternyata tidak terdapat hambata yang berarti untuk menghubungi anestesi. Hanya 12% ya. Yaa kemudian yang berikutnya, persentase masalah dengan OK 24 jam. Nah ini ada dari kamar operasi nanti. Hanya 2% kematian disebabkan oleh masalah kesiapan kamar operasi 24 jam. Hanay 2%, jadi 98% bukan karena OK nya tidak siap. Berikutnya persentase masalah dengan ketersediaan darah. Hanya 9% kematian disebabkan tidak tersedianya darah. Kemudian persentase masalah dan ketersediaan ICU hanya 25% kematian disebabkan tidak tersedianya ICU. Kemudian masalah dengan monitoring</p>	
--	---	--

	<p>paska operasi atau post partum, nah, dari pasien-pasien meninggal didapatkan 47% pasca operasi dan partus tidak dilakukan monitoring yang akurat. Jadi kalo tadi adalah 47% tidak dilakukan monitoring yang akurat, kemudian, dan 47% karena terlambat melakukan eksekusi setelah keputusan klinik dibuat. Kemudian kematian yang dapat dicegah ternyata 73% dari 112 yang diaudit itu sebenarnya kematian ini adalah preventable. Jadi bukan, eee, unavaoidable. Tapi dia bisa dicegah. Berikutnya, nah lamanya pasien dari masuk ke rumah sakit sampai dengan dia meninggal. Ternyata 74% pasien meninggal setelah 6 jam tiba di rumah sakit. Artinya golden periodnya itu sebenarnya sudah terlewati. Jadi bukan, eee, jadi bukan dateng ke rumah sakit langsung meninggal, tapi 47% sudah dilakukan tindakan, sudah dilakukan mungkin juga terlambat dilakukan tindakan, tapi</p>	
--	--	--



	<p>yang jelas sudah melewati golden periodnya dalam 6 jam. Berikutnya, nah, sekarang analisis dan kesimpulan. Jadi kalo kit amelihat kondisi umum, maka dari data pasien yang meninggal tidak ditemukan faktor risiko yang berarti yang menjadi sebab kematian ibu. Contohnya grandemultigravida, lahir di dukun, kekurangan biaya, itu tidak menjadi faktor yang menentukan terjadinya kematian ibu. Terus berikutnya, nah peran pra rumah sakit. Dari hasil audit prean pra rumah sakit, kita menemukan 31% terjadi keterlambatan di dalam merujuk pasien. Dan hanya 9% pasien yang dirujuk dilakukan stabilisasi pra rujukan. Jadi stabilisasi yang seharusnya ditempuh di pra rujukan hanya 9%. Sisanya itu tidak melakukan stabilisasi. Nah ini menggambarkan sebelumnya, ini menggambarkan bahwa terjadi kualitas pra rujukan yang memadai. Berikutnya, peran rumah</p>	
--	---	--

	<p>sakit, 53% pasien mengalami pengambilan keputusan klinik yang tidak tepat. Dan 47% terlambat dilakukan eksekusi atau operasi. Dan terdapat penemuan 47% mengalami ketidakakuratan dalam monitoring. Hanya 12% kesulitan dalam menghubungi Sp. OG. Dan kalo kita melihat seperti ini padahal Sp. OG berperan dalam proses di rumah sakit. Kemudian berikutnya, 70% kematian sesungguhnya dapat dicegah dan hanya 61% eee, 26% pasien meninggal dalam 6 jam. Artinya, sisanya, 74% pasien meninggal setelah <i>golden period</i> terlewat. Berikutnya keadaan ini semua menunjukkan bahwa rumah sakit menjadi faktor utama penyebab kematian ibu. Ternyata bukan puskesmas ya. Hal ini menggambarkan secara tidak langsung telah terjadi pembiaran. Ini kalimatnya dr. Nur bukan kata-kata saya. Sehingga ibu-ibu kita meninggal. Berikutnya,</p>	
--	--	--

	<p>nah ini, ini terjadi karena apakah <i>skill</i> dan <i>knowledge</i> yang menjadi penyebab utama kematian ibu? Atau memang ada hal yang membuktikan Sp. OG atau dokter kandungan sudah terstandarisasi. Kemudian diduga ada faktor <i>attitude</i> yang merupakan penyebab terjadinya pembiaran sehingga ibu-ibu meninggal dunia. <i>Attitude</i> petugasnya mungkin, <i>attitude</i> dalam eee, rasa bukan menyepelekan, tapi rasa bahwa ini emergensi dan bagaimana kalo keluarga saya seperti ini. Nah kemudian, karena infrastrukturnya, <i>attitude</i> merupakan yang terbentuk dari kondisi etika dan profesionalisme. Dan profesionalisme adalah gabungan antara <i>skill</i>, <i>knowledge</i>, dan <i>attitude</i>. Saya rasa itu yang, ini adalah usulan POGI bahwa memang yang diminta itu <i>political will</i> dari seluruh pemegang tampuk kepemimpinan di negeri ini. Dari RI 1, Kemenkes, Kabupaten 1,</p>	
--	--	--

	<p>Kota 1. Upayanya dalam melakukan advokasi tentang perlunya penurunan angka kematian ibu. Ibu dan bapak kalau pernah dengar bahwa ada kabupaten yang mengalokasikan anggaran KIA, itu hanya 1% yaa. Masih ada di Indonesia. Karena merasa lebih penting bikin jembatan dan jalan. Kemudian rumah sakit-rumah sakit PONEK di daerah agar mampu melaksanakan 24 jam dan 7 hari dengan syarat SDM mencukupi, fasilitas dilengkapi, tersedia bank darah, dan pengendalian disiplin nakes. Dan terutama fokus di Pulau Jawa. Karena ternyata angka kematian bukan <i>maternal mortality rate</i> tapi angka kematian tertinggi masih diduduki oleh tempat-tempat yang berada di Pulau Jawa. Saya rasa itu yang bisa saya berikan. Terimakasih, billahi taufiq wal hidayah, asaalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.</p> <p>Iyak, ee, jadi, ee, seharusnya FGD ini baru</p>	
--	--	--

	<p>pertama kali akan kita lakukan ya. Untuk FGD ini seharusnya memang kami bagi, tapi karena keterbatasan waktu karena Prof. Haier besok harus sudah pulang ke Jerman, maka kemudian ini kita gabung dulu. Tapi kami ee, berpikir bahwa nanti mungkin ada eee, pada kesempatan selanjutnya mungkin kita melakukan dengan bapak dan ibu dengan saling terpisah. Jadi memang kita ingin menganalisis faktor penyebab kematian maternal yang terkait kualitas pelayanan di puskesmas dan di rumah sakit. Kemudian kita bisa menyimpulkan bahwa 53% pengambilan keputusan di rumah sakit sebagai kesalahan, 47% keterlambatan solusi klinik, 47% masalah dengan monitor, 73% kematian preventable, 74% pasien meninggal setelah <i>golden period</i>. Nah kemudian, eee, mungkin kita meminta pendapat dari semua stakeholder yang hadir di sini, ada beberapa teman</p>	
--	--	--

	<p>sejawat saya bahkan ada satu supervisor saya waktu di RSUD Banjarnegara. Kemudian ada sejawat saya, dr. Alfun yang selalu men-<i>support</i> kerjaan saya di fakultas. Kemudian ada beberapa staff dari kamar operasi dan ada yang terutama ibu bidan dan dari dinas kesehatan. Mungkin kita mulai dulu dengan eee, menurut pendapat ibu dan bapak terhadap tadi yang sudah kita analisis. Apakah mungkin ada sesuatu yang itu perlu kita perbaiki dan atau bagaimana solusi dari situasi yang tadi. Saya rasa itu ibu Arlina. Mungkin kepada bapak Sp. OG dulu untuk memberikan, ini karena dokter kandungan itu sudah ada di level peran rumah sakit. Kalo ibu dan mbak mungkin ada yang lebih muda dari saya, kalo ibu dan mbak berada di level pra rujukan. Mungkin yang berada di tingkat rujukan dulu. Silakan dr. Irfan. Karena dr. Alfun ga berani bicara kalo dr. Irfan belum bicara.</p>	
--	---	--

<p>Dokter spesialis kandungan RS PKU Muhammadiyah Bantul</p>	<p>Assalamualaikum wr. wb. Terima kasih dr. Upik. Dari paparan yang telah disampaikan, jadi kalo kita lihat beberapa paparan yang ikut berperan dalam kematian ibu hal-hal yang selama ini hal-hal yang ternyata memang tidak sesuai dengan patennya seperti fasilitas rumah sakit, ketersediaan kamar operasi, ketersediaan dokter. Memang dari penelitian ini memang yang ada memang yang mengherankan sesuatu hal yang tidak bisa kita tutupi disebutkan bahwa 53% pasien mengalami pengambilan keputusan klinik yang tidak tepat, itu cukup tinggi sekali. Ini memang personalnya yang perlu dievaluasi, dan terdapat 47% terlambat dilakukan eksekusi ini juga personalnya. Eee, belajar dari beberapa kasus, memang ada suatu kasus di rumah sakit, pasien riwayat sesar di rumah sakit lain, kemudian dia datang kemudian dia dengan perdarahan banyak waktu itu, Hb cuma sekitar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adanya beberapa kondisi di rumah sakit yang masih belum sesuai dengan patennya seperti misalnya fasilitas rumah sakit, ketersediaan kamar operasi, dan ketersediaan dokter.</li> <li>• Perlunya evaluasi personal tenaga kesehatan terkait hasil persentase yang cukup besar pada kejadian pengambilan keputusan klinik yang tidak tepat dan keterlambatan eksekusi keputusan klinik.</li> <li>• Terdapat pengalaman menangani kasus yang menimbulkan dilematis yaitu terdapatnya pasien dengan perdarahan banyak. Konflik timbul karena dilema antara segera melakukan histerektomi, atau perbaikan kondisi, atau merujuk pasien.</li> </ul>
--	--	--

	<p>empat, nah rencananya kita akan berkonflik, apakah mengambil keputusan segera melakukan histerektomi, atau mungkin perbaikan dahulu, atau mungkin merujuk. Nah ini kasus-kasus yang kadang menjadi konflik bagi dokter rumah sakit apalagi rumah sakit tipe C. Nah ini mungkin ada beberapa usulan nanti. Ee, sebenarnya sanksi sosialnya itu bagi dokternya itu lebih besar, kadang kita memilih B padahal di B juga tidak memenuhi syarat, dilakukan operasi cito nanti kalo, eee, walaupun sekarang audit itu bukan suatu momok lagi. Jaman dulu waktu kita masih awal-awal tu kalo dilakukan audit itu sekali sudah mengerikan sekali. Tapi alhamdulillah sekarang perkembangan terbaru diaudit lebih dilakukan manajemen yang cukup yang lebih baik sehingga menimbulkan <i>professional behaviour</i> di situ sehingga tidak menimbulkan ketakutan lagi. Mungkin ada</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Audit maternal saat ini sudah lebih baik sehingga diharapkan bisa menciptakan <i>professional behavior</i> dan tidak justru menimbulkan ketakutan.</li> <li>• Dibutuhkannya suatu wadah atau suatu mekanisme yang memfasilitasi para dokter spesialis kandungan di mana dapat membantu saat terdapat keadaan yang membutuhkan tindakan riskan sehingga terdapat simbiosis saran dari dokter spesialis kandungan lain.</li> </ul>
--	---	---



	<p>sesuatu lagi mungkin yang bisa membuat. Salah satu pengambilan keputusan ini, sistem yang bagaimana bisa kita buat agar pengambilan keputusan ini untuk kasus-kasus yang sangat berat tidak berdiri sendiri. Jadi mungkin bisa dengan obsgyn lain atau mungkin ada suatu wadah atau suatu mekanisme di mana jika ada suatu hal yang benar-benar harus dilakukan tindakan yang cukup riskan, ada simbiosis saran dari obsgyn lain mungkin itu yang mungkin belum ada saat ini. Terima kasih itu mungkin dari saya.</p>	
<p>Dokter spesialis kandungan RS PKU Muhammadiyah Gamping</p>	<p>Sangat bagus sekali ya. Memang ee kita memang terbiasa jadi artinya ketika ada kegawatan itu mikirnya sendiri. Padahal mikir sendiri dengan mikir berdua atau bertiga malah jauh lebih plong kalo ada temannya yg ikut memikirkan. Termasuk tenaganya. Nah, nanti kita bisa membawa ini ke POGI ya Dok ya.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menyetujui saran adanya bantuan tenaga dan pikiran dari dokter spesialis kandungan lain.</li> <li>• Mempertegas materi FGD yang berdasarkan pengalaman para tenaga kesehatan peserta FGD.</li> </ul>

	<p>Kemudian yang berikutnya dari dr. Alfun. Sebelumnya saya merangkum dulu untuk semuanya. Berdasarkan pengalaman, maksudnya FGD adalah apa yang ada dalam <i>prior knowledge</i>-nya bapak dan ibu sekalian selama ini dan kenyataan yang sehari-hari terjadi di lapangan berdasarkan pengalaman bapak dan ibu bekerja. Silakan dr. Alfun</p>	
<p>Dokter spesialis kandungan RS KIA Ummu Khasanah Bantul</p>	<p>Menyambung dari dr. Irfan, kalo yang terjadi di lapangan, saya setuju sih sebetulnya kalo lebih kepada individu, kemudian dari <i>case by case</i> nya. Karena kadang kala kondisi itu darurat. Kondisi ibu hamil yang semuanya datang ke rumah sakit itu tidak akan pernah selalu sama. Tapi ee mungkin sekedar <i>sharing</i> saja ee sebenarnya yang disampaikan oleh dr. Nuhadi Saleh itu ada beberapa yg kebetulan mengenai pada diri saya sendiri. Ee yang saya pantau tadi dari presentasi dr. Nurhadi Saleh itu pada</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kondisi ibu hamil yang datang ke rumah sakit tidak selalu sama.</li> <li>• Menitikberatkan pada stabilisasi prarujukan. Jika terdapat pasien yang dirujuk dalam keadaan tidak stabil, maka tanggung jawab tidak hanya pada dokter spesialis kandungan yang mendapatkan rujukan, tapi juga pada petugas kesehatan tingkat pertama.</li> <li>• Fasilitas kesehatan tingkat pertama perlu</li> </ul>

	<p>kondisi stabilisasi pra rujukan. Nah kita semua tau hanya melihat kondisi satu sisi pada rumah sakit saja tidak bisa pada kasus kematian maternal. Otomatis kita melihatnya harus global. Kalo seumpamanya sekarang rumah sakit dihadapkan atau Sp. OG dihadapkan dalam kondisi pasien datang dengan rujukan tapi tidak ada stabilisasinya, kondisinya ibunya koma, atau perdarahan berat, atau mungkin seperti dr. Irfan tadi, Hb nya empat, itu akan menjadi betul akan menjadi suatu dilema. Jadi bukan hanya suara satu orang Sp. OG yang ada di situ yang harus bekerja tapi sedari awal kalo kita sudah mengetahui ini, saya rasa di pratama atau di PPK 1 kita sudah punya <i>warning</i> semua kok. Nah cuma tinggal kita mau tidak mentaati <i>warning</i> itu. Semuanya memang sudah berisiko tinggi, sehingga dari awal dilakukan konsultasi. Dievaluasi dengan baik. Jadi jangan sampe</p>	<p>menaati tanda-tanda peringatan yang dapat terjadi pada ibu hamil.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Perlu adanya komunikasi yang baik dari atas ke bawah.</li></ul>
--	---	--

	<p>muncul kondisi darurat pada ibu-ibu tadi. Nah ya menurut saya, harus ada komunikasi dari atas ke bawah dengan baik. Kalo saya sih menyorotinya di situ. Karena beberapa kali kalo saya dapatkan terutama kalo saya di PKU Gamping kebetulan itu dari wilayah barat itu ada kasus dirujuk yang masuk tanpa stabilisasi, akhirnya kita harus kejar-kejaran. Nah itu, ya itu memang dari dulu sih. Tapi itu yang ada di situ pasti <i>sport</i> jantung semua. Ini ni mudah-mudahan nggak ada permasalahan sama ibu sama bayinya. Kalo seumpamanya bisa tertolong semuanya alhamdulillah, tapi seumpamanya ada permasalahan padahal kita sebisa mungkin menurunkan angka kematian. Tapi ya itu dia. Yang berada di garda depan, PONED ataupun PONEK kalo sudah mendapatkan kondisi yang tidak bagus, jangankan yang di depan, tim operasi pun juga kaan menjadi deg-degan</p>	
--	---	--

	semuanya. Kalo saya, pengalaman saya seperti itu sih. Terima kasih.	
Dokter spesialis kandungan RS PKU Muhammadiyah Gamping	Ya, warning sistem itu sudah ada di <i>primary care</i> . Nanti kita bisa minta pendapat ke teman-teman kita dari <i>primary care</i> . Tapi memang kalo menurut saya juga pernah ketemu beberapa pasien yang sebenarnya faktor risikonya seharusnya sudah <i>ter-detect</i> sebelumnya tapi pasien ini tidak pernah dirujuk untuk paling tidak mendapatkan konsultasi ANC di tempat kita sehingga seolah-olah datang dengan tiba-tiba dan kondisinya tidak baik. Padahal sebenarnya itu adalah rentetan dari beberapa minggu sebelumnya. Nah ini bagaimana? Mungkin ada beberapa dari puskesmas yang ingin memberikan pendapat dahulu? Silahkan. Atau dari dinas kesehatan mungkin? Monggo. Nanti saya minta pendapat pak Agus.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memaparkan keadaan beberapa pasien yang tidak pernah melakukan ANC ke fasilitas kesehatan tingkat pertama sehingga seolah tiba-tiba datang dengan kondisi yang sudah kurang baik.</li> <li>• Menanyakan terkait keadaan tersebut kepada pihak puskesmas dan dinas kesehatan.</li> </ul>

Dinkes DI Yogyakarta	<p>Yak baik terima kasih dr. Upik. Nama saya Tarti dari Dinas Kesehatan DIY. Eee barangkali tadi apa yang disampaikan dr. Upik terkait dengan hasil penelitian yang ee secara ee nasional begitu ya. Tadi mungkin kalo kita amati ee berbeda dengan apa yang sudah terjadi di DIY. Kalo kita lihat dari gambaran tadi hasil penelitian, seperti halnya kalo di DIY ini pada tahun 2016, kita ada 39 kasus kematian ibu. Dan dari 39 kasus itu tadi, jadi 45% itu penyebab yang langsung dan 55% yang tidak langsung. Barangkali berbeda ya dengan yang tadi sekilas dari ee paparan dr. Upik. Tapi bergesernya sudah ke 55% yang penyebab tidak langsung jadi sudah banyak ke arah ke penyakit yang penyerta. Kemudian di DIY ini juga, 39 kasus itu meninggalnya semua di rumah sakit. Nah, kalo dari hasil kami, mungkin juga karena sistem di DIY ini sudah kita kembangkan dengan manual rujukan yang</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jumlah kematian ibu di DI Yogyakarta pada tahun 2016 sebanyak 39 kasus. 45% dikarenakan penyebab langsung, 55% penyebab tidak langsung, lebih banyak dikarenakan oleh penyakit penyerta.</li> <li>• 39 kasus kematian di DI Yogyakarta terjadi di rumah sakit. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh penggunaan manual rujukan yang sudah lebih optimal sehingga tidak ada keterlambatan merujuk.</li> <li>• Dari hasil AMP, banyak kejadian kasus perdarahan pada saat observasi, post partum, maupun post SC.</li> <li>• Di Kabupaten Bantul terdapat 12 kasus kematian ibu pada tahun 2016. 3 kasus terjadi di rumah sakit pemerintah, 2</li> </ul>
----------------------	---	---

	<p>sudah dibuat oleh ee teman-teman kabupaten kota untuk memandu rujukannya itu sehingga terlihat mudah-mudahan bisa kita optimalkan. Sehingga tidak ada keterlambatan lagi di dalam merujuk ke rumah sakit. Itu sudah bergeser ke 55% karena sudah kita pakai sistem manual rujukan. Kemudian di DIY ini juga dari hasil AMP kita, itu juga apa kalo kita lihat tadi dari ee paparan dr. Upik memang ee setelah di masa nifas sama di DIY juga di masa nifas, tetapi dari hasil audit kami yang kasus kasus perdarahan itu justru banyak terjadi baik di masa observasi, post parum, maupun post SC. Nah barangkali ini juga nanti ee yang apa bisa menjadi bahan kenapa sih kok sampai di setelah kita audit itu ternyata banyak di masa post SC atau post partum dari hasil audit tim kami. Ee, kemudian kalo kita sudah mengerucut ke Bantul juga ya, itu kan juga kalo kita lihat kematian yang pada</p>	<p>kasus di rumah sakit pusat, dan sisanya terjadi di rumah sakit swasta. Perlu perhatian lebih untuk rumah sakit swasta.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faktor usia juga perlu diperhatikan karena ditemukan 5 kasus usia terlalu tua dari 12 kasus.</li> <li>• Faktor lain yang ikut menyumbangkan jumlah kematian ibu adalah terlalu sering punya anak. Sementara faktor penyakit kronis dan efek pasca operasi atau post partum masih kurang didalami.</li> </ul>
--	---	---

	<p>tahun 2016 itu juga ternyata juga di rumah sakit semua itu. Dan mungkin ini juga menjadikan bahan bagi kita juga, ternyata juga rumah sakit swasta ini ternyata juga iya menyumbang, karena dari 12 kasus itu yang di pemerintah yang rumah sakit daerahnya juga hanya 3, dan rumah sakit pusat ada 2, tetapi justru rumah sakit swasta ini juga harus perlu kita sentuh juga. Jadi kalo perencanaan kami kalo yang di secara di DIY iya kalo kita coba. Dan dari hasil audit ternyata juga penyebabnya juga salah satunya juga dari faktor dari usia, faktor dari usia ibu itu dari 12 kasus seperti halnya di Bantul itu juga mungkin ada yang terlalu tua itu mungkin ada hampir 5 kalau tidak salah kalo itu kita bedah. Kemudian terlalu sering jadi punya anak lebih dari 2 itu juga termasuk. Nah ini yang PR bagi kami mungkin nanti untuk terkait dengan apa ANC terpadu ini juga merupakan PR bagi kami</p>	
--	--	--



	<p>di DIY. Nah barangkali itu sebagai gambaran yang di DIY. Mungkin kalo tadi kan eee, setelah operasi ya tapi kalo di post operasi atau post partumnya ini barangkali tadi belum ada ya, berapa persennya gitu. Sama yang penyakit kronis, tadi juga belum terlihat. Barangkali itu dari kami. Mungkin Dinas Kesehatan Bantul, monggo</p>	
<p>Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul</p>	<p>Terima kasih, saya dari Dinas Kesehatan Bantul. Seperti yang sudah disampaikan Ibu Tarti memang betul bahwasanya untuk kasus kematian ibu di tahun 2016 banyak terjadi di rumah sakit karena kalo sampai terjadi di fasilitas kesehatan primer ini merupakan hal yang fatal bagi puskesmas. Jadi kami memang kami berupaya ee melakukan penapisan dan rujukan yang tepat waktu sehingga memang untuk kategori terlambat merujuk memang ee tidak berlaku untuk yang khususnya di DIY dan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kasus kematian ibu di Kabupaten Bantul pada tahun 2016 banyak terjadi di rumah sakit.</li> <li>• Dari seluruh kasus yang dievaluasi terjadi di rumah sakit, kemungkinan berkaitan dengan ketersediaan kamar ICU dan juga manajemen pengadaan di rumah sakit.</li> <li>• Dilakukannya upaya komunikasi dan kerja sama dengan rumah sakit non</li> </ul>

	<p>juga di bantu, hanya saja memang dari 12 kematian yang kita evaluasi eee, beberapa terjadi di faskes sekunder atau di rumah sakit terkait mungkin ee keberadaan kamar ICU, kemudian juga ee terkait manajemen pengadaan di faskes tersebut. Karena memang tidak bisa kami pungkiri masih ada masyarakat yang mengakses langsung pada rumah sakit yang non PONEK sementara untuk Bantul, rumah sakit PONEK baru 2 yaitu rsud dan ee PKU Bantul. Tapi memang agak ee tidak bisa mengakses ketika masyarakat datang sendiri di rumah sakit ee non poned dan terjadi kematian. Yang kami lakukan ini kami berupaya menjalin komunikasi dengan rumah sakit-rumah sakit yang non PONEK bilamana ada kejadian ibu dalam kondisi memang harus dirujuk kami berupaya selaku regulator untuk bagaimana tidak kesulitan untuk mengakses rumah sakit yang ee yang ada di</p>	<p>PONEK untuk mempermudah sistem rujukan bila terdapat kondisi ibu hamil yang memerlukan penanganan lebih lanjut.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Komunikasi dan kerja sama yang baik juga dilakukan dengan rumah sakit PONEK seperti misalnya RSUD Panembahan Senopati dan PKU Muhammadiyah Bantul agar selalu terpantau untuk memandu proses rujukan sehingga meminimalisir kejadian kematian ibu.</li> <li>• Pendampingan pada tingkat puskesmas juga dilakukan dengan memperbarui keterampilan ANC terpadu dan juga melakukan pelatihan PONEK.</li> <li>• Terdapat 8 puskesmas PONEK dan 16 puskesmas rawat inap untuk</li> </ul>
--	---	---

	<p>wilayah Kabupaten Bantul. Dan kami yaa ee hubungan baik juga dengan Panembahan Senopati dan PKU Bantul juga dalam proses rujukan selalu memantau memandu dengan harapan supaya ee bisa meminimalisir kejadian kematian ibu. Kemudain untuk di tingkat puskesmas kami juga ee berupaya bagaimana penapisan yg sudah dilakukan teman-teman di puskesmas ini bisa kita pertahankan dan mungkin kita update knowledge, kita tingkatkan pengetahuannya dengan cara kita sering melakukan refreshing baik itu keterampilan-keterampilan dalam ANC terpadu dan kegitan-kegiatan lain yang terkait dengan kematian maternal mungkin juga kita melakukan pelatihan PONED, kita lakukan simulasi sebagai upaya untuk menguatkan keterampilan, karena salah satu problem dari teman-teman di puskesmas PONED dalam penanganan maternal ini adalah</p>	<p>memfasilitasi pelayanan kesehatan tingkat pertama. Namun hal ini masih terkendala dengan terbatasnya SDM dan sarana prasaran fisik.</p>
--	---	--

	<p>ketidakpedean dalam menangani kegawatan maternal yang mungkin bilamana lebih awal kondisi klinis tersebut mendapatkan penanganan klinis definitif itu mungkin terminasinya bisa dikurangi kejadian terminasinya. Sehingga harapannya ke depan kami merencanakan juga untuk menguatkan keterampilan atau skill bagi teman-teman ponolong di puskesmas di Kabupaten Bantul. Untuk puskesmas yang terkait kesiapan penanganan maternal kami menyiapkan 8 puskesmas PONED dan 16 puskesmas rawat inap, lalu semuanya masih mengalami keterbatasan mungkin dari sisi SDM. Yang untuk keterbatasan yang terkait sarana prasarana fisik, kami mengupayakan dengan selalu mengusulkan di tingkat kabupaten diharapkan bisa memenuhi kebutuhan yang terkait sarana prasarana fisik maupun alat kesehatan untuk penanganan maternal. Mungkin</p>	
--	---	--

	demikian dari dinas kesehatan.	
Dinas Kesehatan Propinsi DI Yogyakarta	<p>Yak, sedikit ya dr. Upik. Karena kan barangkali kita membawa intervensi apasih yang tepat sebenarnya yang kami tambahkan kemudian ada hasilnya dengan apa yang dilakukan oleh tim UMY ini. Jadi ee tadi kalo dari dinas kesehatan kabupaten memang banyak kegiatan yang memang karena sesuai dengan proporsi kita memang kita mengintervensi di fasilitas kesehatan primer ya dalam hal ini puskesmas. Tetapi kami memang dengan permasalahan yang ternyata sekarang kematian ibu banyak di rumah sakit, dan barangkali karena di tahun 2017 ini kami juga sudah mendapatkan kalo nggak salah 4 kematian ibu ini, dan ada 2 yang menjadi masalah, ini sampe ada sesuatu kemaren sehingga kami langsung turun ke lapangan dan memonitor beberapa rumah sakit dan ternyata juga ini menjadi masalah sebetulnya dan ini</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak semua rujukan yang dibawa ke rumah sakit kemudian ditangani oleh dokter spesialis kandungan. Beberapa rujukan masih ditangani oleh bidan di rumah sakit.</li> <li>• Terbatasnya SDM tenaga kesehatan yang berkaitan dengan penanganan kondisi ibu hamil terutama keterbatasan dokter spesialis kandungan.</li> </ul>

	<p>harusnya mestinya yang harus apa yang harus kita lakukan. Karena ee ternyata rumah sakit ini juga banyak kalo kasus karena keterbatasan SDM dokter ya ini, apalagi spesialis, sehingga kalo ada rujukan dari bawah itu ternyata juga yang di situ adalah bidan yang ada. Ya kan? Sehingga yang (dr. Upik: di rumah sakit ini bu?) Iya di rumah sakit. Awalnya kan kalo nggak ada spesialis, yang ada bidan. Sehingga memang yang menolong atau membrikan penanganan pertama, walaupun bidan itu akan selalu jelas konsultasi atau telpon ya. Nah. Ini mungkin yang ee perlu kita siapkan berarti mestinya nanti kami juga berpikir berarti ada beberapa skill yng mustinya harus ditambah drilling para temen-temen yang penerima dari rujukan ini. Iya. Jadi karena kita menyadari bahwasanya SDM spesialis kita terbatas. Sehingga barangkali ini yang nanti yang ada sesuatu ini. Karena ternyata</p>	
--	---	--

	<p>kita lihat, sampe saya lihat kalo sekarang dari puskesmas ke rumah sakit, masyarakat taunya ini yang nanganin udah spesialis. Ternyata di situ juga saya tanya yang ada ya memang tenaganya bidan. Sehingga barangkali ini juga, nah ini yg titik apa permasalahan ini yang mestinya nanti juga bisa utk dijadikan intervensi yang tepat. Begitu dok. Karena keterbatasan SDM.</p>	
<p>Dokter Spesialis Kandungan RS PKU Muhammadiyah Gamping</p>	<p>Kualitas di tempat rujukan. Sudah di level rumah sakit, tidak semuanya seragam. Jadi ada dokternya yang selalu bisa terjadwal. Tapi ada juga yang mungkin ee hanya satu atau dua dokter sehingga kadang-kadang itu dikerjakan dulu oleh bidan. Nah, kemudian akhirnya mungkin tidak tepat menanganinya maka kemudian terjadi mortalitas atau morbiditas sehingga memang banyak sebenarnya kegiatan yang dilakukan oleh bidan, ini Mbak Fita</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perbedaan kualitas di tempat rujukan. Beberapa rumah sakit memiliki dokter spesialis kandungan yang selalu bisa terjadwal sementara rumah sakit lain tidak selalu mempunyai dokter spesialis kandungan yang siap setiap saat.</li> <li>• Adanya pelatihan berkala untuk bidan yang jarang dilakukan karena terkendala biaya. Banyak yang mengikuti pelatihan</li> </ul>

	<p>mengurus IDI jadi mungkin tahu bahwa bidan juga ada semacam pelatihan berkala. Sehingga untuk meng-<i>courage</i> kemampuan mereka supaya <i>skill</i> nya semakin meningkat, diasah kembali, diingatkan kembali gitu ya. Ee, cuman memang kendalanya, saya tanya ee bidan-bidan itu mahal pelatihannya. Nah, perawat juga. Sehingga memang karena mahal itu kadang memang tidak ikut pelatihan. Atau kadang pelatihan mepet sekali ketika mereka harus memperpanjang STR. Nah, betul kan. Eee, beberapa rumah sakit memfasilitasi supaya mengalokasikan dana untuk pelatihan ini. Tapi lebih banyak rumah sakit yang tidak bersedia karena mungkin dianggap sebagai kebutuhan sendiri. Sama dengan dokter kandungan itu tiap 5 tahun harus mengikuti untuk perpanjangan SIP, untuk STR baru. Sehingga ya bayar sendiri, tapi mungkin bagi beberapa bidan itu masih</p>	<p>hanya untuk memenuhi syarat perpanjangan STR. Beberapa rumah sakit memfasilitasi pembiayaan pelatihan kebidanan namun banyak pula yang tidak memfasilitasi karena menganggap pelatihan tersebut merupakan investasi pribadi bidan, bukan berkaitan dengan rumah sakit.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Akan lebih baik jika pelatihan berkala untuk bidan menjadi salah satu program nasional.</li> </ul>
--	--	---



	menjadi kendala. Gitu ya? Kalo ini bisa menjadi program nasional sih jauh lebih baik. Kemudian mungkin yang lainnya, siapa yang akan menambahkan?	
Bidan Kepala Kamar Bersalin RSUD Panembahan Senopati Bantul	Saya dari Rumah Sakit Panembahan Senopati Bantul. Menambahkan dan menggarisbawahi yang sudah disampaikan tadi dari dinas kesehatan kabupaten maupun propinsi. Jadi, ee, melihat yang sudah ada dan terjadi, ee, untuk regulasi dalam hal ini adalah rumah sakit tingkat 2 ataupun PPK 2 itu maksudnya ee, memang benar adanya. Sehingga alangkah lebih baik kalo memang ini kita benar-benar mau eee, mengurangi, menekan, dan ya otomatis kan ke sana arahnya. Itu kalo kita siap dengan pelayanan obsgyn, ya dokter obsgynnya untuk stand by, ada. Kalo memang itu karena bagaimanapun juga, waktu untuk kasus-kasus obstetri itu waktu yang sangat berharga. Tadi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diperlukan dokter terjadwal yang siap setiap saat di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat dua.</li> <li>• Pemaparan keberadaan rumah sakit PONEK yang hanya terdapat dua di Kabupaten Bantul yaitu di RSUD Panembahan Senopati Bantul dan RS PKU Muhammadiyah Bantul. Sementara lokasi kedua rumah sakit berdekatan dan berada di tengah wilayah, sehingga cukup memakan waktu untuk diakses oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berlokasi di pinggir wilayah.</li> </ul>

	<p>sudah disebutkan bahwa rumah sakit yang PONEK itu hanya dua. Semuanya di tengah. Panembahan dan PKU itu kan cuma berapa meter saja. Tetapi kan jangkauan rumah sakit satu kabupaten itu luas, sehingga mereka mampir ke mana itu yang yang sangat diperlukan. Dan kondisi-kondisi pasien yang membutuhkan waktu, mengundur waktu ini tidak akan tercapai. Oleh karena obsgyn yang tidak stand by. Ee yang terkait dengan regulasi yang dengan ketenagaan. Begitu juga sebaliknya. Mungkin masih ada, mohon maaf, yang saya tidak, tidak tau persis. Tetapi masih ada bahwa ada ee beliau-beliau Sp. OG memberikan layanan di PPK 1. Yang maksudnya secara prasarana itu kurang memadai. Walaupun keterampilan, keilmuannya iya, karena sudah terkenal S. OG kan ekspertnya di saa. Tapi sarananya kan gak ada. Sehingga</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terkait regulasi ketenagaan, ada beberapa dokter spesialis kandungan yang memberikan pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama di mana prasaran kurang memadai.</li> <li>• Penerapan audit dianggap lebih baik dibandingkan review kematian dikarenakan transparansi audit dan pembahasannya di forum terbuka juga adanya stressor kepada oknum yang terlibat, sehingga diharapkan dengan dilakukannya audit akan lebih dapat mencegah terulangnya kembali kejadian kematian ibu yang tidak diinginkan.</li> <li>• Kebanyakan kematian ibu bukanlah kasus-kasus berisiko, tapi penyebab utama kematian ibu tersebut adalah karena hamil dan melahirkan. Sehingga</li> </ul>
--	--	---

	<p>kalo pasnya yang di tingkat lanjut, kan seperti itu. kemudian selanjutnya untuk yang ketiga, ee, Kabupaten Bantul sudah juga menerapkan review untuk kematian. Tetapi juga kita campur dengan audit. Tapi secara pribadi, ini kami amat setuju dengan yang audit. Atau yang model lama. Model lama. Mengapa dan bagaimana? Kalau kita lihat dari perkembangan audit review, review ke audit, itu memang ada positif negatifnya, tapi paling tidak, dengan audit itu kita bisa belajar. Belajar untuk bagaimana untuk menangani, jangan sampai itu terjadi dan terulang lagi. Kalo review toh tidak ada yang tau. Baik dari sisi kita, maupun dari sisi yang telah dilewati oleh pasien tersebut atau penatalaksanaannya. Tapi paling tidak kalau audit, semuanya diundang, semuanya terpapar, walaupun memang ini dalam forum yang terbatas. Seperti itu, paling tidak untuk ada</p>	<p>akan lebih baik untuk kembali menggiatkan penggunaan KB.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salah satu penyebab menurunnya penggunaan KB pasca melahirkan adalah karena kurangnya ‘paksaan’ untuk para ibu. Pada era Jampersal, KB pasca melahirkan wajib digunakan jika menggunakan Jampersal untuk pembayaran.</li> </ul>
--	---	--

	<p>stressornya untuk tidak terjadi lagi. Kemudian yang terakhir, walaupun tadi disampaikan untuk ee, kasus-kasus meninggal ini adalah tidak kasus-kasus risiko, tetapi mereka meninggal itu oleh karena hamil dan melahirkan. Alangkah lebih baik mereka itu tidak hamil dan tidak akan terjadi kematian. Sehingga monggo untuk KB digalakkan kembali. Ini saya sudah berulang kali menyampaikan. Kemarin kita Jampersal bisa sera-, 80% kami KB pasca plasenta, melayani. Tapi sekarang turun drastis. Karena stressornya itu gak ada. Bahkan, kemarin, saat ini, saya sudah mencetak satu rim untuk Panembahan seperti kemarin Jampersal. Kalo saya menggunakan BPJS, BPJS yang PBI, saya menggunakan alat kontrasepsi. Saya sudah siapkan itu form satu rim. Tapi akan saya pergunakan, saya kembali lagi. Siapa nanti yang melindungi saya apabila masalah ini nanti ada</p>	
--	--	--

	<p>komplain. Saya kembali ke pelayanan, saya minta perlindungan. Sampai sekarang perlindungan belum ada. Ini yang mungkin karena dari lintas sektor juga belum ee, ada sentuhan di situ. Dari BKA kami juga sudah menyampaikan tapi belum ada. Jadi kami sudah bergerak jalan tapi ini terkendala itu. Terima kasih.</p>	
<p>Dokter spesialis kandungan RS PKU Muhammadiyah Gamping</p>	<p>Ee, mungkin ada yang lain? Nanti beberapa ada yang saya sampaikan. Cukup banyak masukan yang sangat berharga. Oke silahkan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Banyak masukan yang didapatkan.</li> </ul>
<p>Puskesmas Imogiri 1</p>	<p>Saya dari Puskesmas Imogiri 1. Ingin menyampaikan terkait dengan ee, permasalahan kematian ibu yang berada di tempat kami. Karena saya bekerja di puskesmas jadi mungkin lebih menyoroti ke arah preventif promotif. Tempat saya juga puskesmas PONED dan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puskesmas Imogiri 1 merupakan puskesmas PONED.</li> <li>• Pada tahun 2015 terdapat 3 kasus kematian ibu di Puskesmas Imogiri 1.</li> <li>• Pentingnya edukasi terhadap ibu hamil.</li> </ul>

	<p>alhamdulillah juga ee, tahun kemaren maupun tahun sebelumnya tidak ada kematian ibu di puskesmas. Tetapi untuk kematian pada tahun 2015 itu sampai 3 di wilayah puskesmas kami. Kemudian ee, karena kami penanggung jawab wilayah, itu kami juga ee mempunyai pemikiran-pemikiran kenapa kok bisa terjadi kematian ibu sebanyak 3 di wilayah kami. Menurut angka ini bahwa mungkin edukasi terhadap ibu hamil itu memang sangat penting, perlu ditingkatkan walaupun selama ini kami sudah melaksanakannya, itu upaya upaya kami untuk meningkatkan kesadaran dan edukasi ibu melahirkan, ibu hamil. Kalo beberapa kali yang meninggal itu ee, salah satunya misalnya sudah risikonya umurnya di atas 40 tahun, tetapi ketika dirujuk masih ee, mampir-mampir. Itu kan sangat, kesadaran atau edukasinya mungkin belum, belum bisa optimal. Belum bisa diterima</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terdapat kasus kematian ibu pada pasien risiko tinggi karena umurnya sudah di atas 40 tahun. Kasus lain terdapat kematian ibu di wilayah lain namun pernah memeriksakan diri dengan DM di Puskesmas Imogiri 1, namun tidak mendapatkan tindakan lebih lanjut.</li> <li>• Akan lebih baik jika pelayanan puskesmas dibagi menjadi pelayanan preventif, promotif dan pelayanan lainnya sehingga hasilnya kan lebih optimal. Karena selama ini melihat pemanfaatan SDM belum maksimal.</li> </ul>
--	--	---

	<p>oleh ibu. Atau lagi misalnya, eee, yang kematian walaupun bukan di wilayah kami, tetapi sempat berobat di tempat kami itu ada yang pernah berobat sekali terdiagnosa DM pada kehamilan, tetapi ternyata meninggal. Kemudian setelah kami lihat, ternyata itu pernah periksa di tempat kami tetapi tidak ada tindakan berikutnya. Jadi saya kira, ee, kami mmm, sebagai puskesmas yang harus preventif dan promotifnya dengan baik masalah-masalah seperti itu memang untuk kami perlu kami tingkatkan lagi. Kadang-kadang kami sering ee, apa, berangan-angan di tempat kami, puskesmas itu ada 54 karyawan dan karyawan rawat inap, tapi kalo pagi-pagi itu juga sudah habis orangnya. Tapi kami juga berangan-angan seandainya, mungkin eee, puskesmas itu mungkin dibagi mungkin ada pelayananan yang preventif, promotif, begitu mungkin seandainya ada pembagian itu mungkin siapa tau ke</p>	
--	---	--

	<p>depannya lebih optimal. Karena selama ini kan kami juga preventif dan juga untuk promotif. Dan kami juga menyadari betul sebetulnya program-program eee, dalam penanganan kasus kematian ibu dan anak ini sudah bagus sekali tetapi kadang-kadang pelaksanaannya seperti yang terjadi di tempat kami. Dan ee, saya kira itu menjadi bahan untuk kami untuk selalu meningkatkan, penanganan dan komitmen kami. Itu saja mungkin dari saya.</p>	
<p>Dokter spesialis kandungan RS PKU Muhammadiyah Gamping</p>	<p>Mungkin dari kita lihat dari kamar operasi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melihat faktor-faktor terkait kematian ibu dari aspek kamar operasi di rumah sakit.</li> </ul>
<p>Staff Kamar Operasi Rumah Sakit xxx</p>	<p>Dari beberapa pengalaman, ketika sudah masuk kamar operasi dia keadaannya sudah, dia sudah jelek, terlambat. Jadi seandainya dikerjakan pun nanti post op nya juga sangat berat. Kasusnya</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dari pengalaman, beberapa pasien yang ketika masuk kamar operasi sudah dalam keadaan buruk, sehingga jika tetap dioperasi maka akan berat</li> </ul>



	<p>seperti itu. Kemudian satu hal lagi mungkin perlu, mungkin ideal kalo Sp. OG itu berada di <i>stand by</i>. Tapi ini mungkin beda sekali. Tapi yang mungkin lebih penting itu UGD sebenarnya. Karena UGD itu kadang ee, mungkin dokter umumnya, mungkin perawatnya, kadang tentang kegawatdaruratan maternal neonatal ini masih kurang. Itulah yang sering terjadi dialami, ketika datang, oh ini gawat atau gak paham. Kadang harus manggil bidan, sedangkan bidannya baru nolong persalinan. Jadi mungkin UGD ini sebagai garda depan yang perlu diperhatikan. Mungkin itu bu.</p>	<p>pemulihan setelah operasinya.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• UGD dianggap lebih memegang peranan penting dalam menangani kegawatdaruratan maternal dan neonatal. Terkadang dokter atau perawat di UGD kurang paham sehingga memanggil bidan, sementara bidannya sedang menolong persalinan.</li> </ul>
<p>Dokter spesialis kandungan RS PKU Muhammadiyah Gamping</p>	<p>Mungkin ada yang lain lagi? Sudah cukup banyak ya masukan. Mungkin yang dari sebelah kiri saya. Dari puskesmas mana? (Santa Elisabeth) Oh rumah sakit ya. Jadi di forum FGD itu tidak untuk diceritakan keluar, jadi kita cerita aja apa adanya. Termasuk misalnya kayak</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konten dari forum FGD tidak akan dibebaskan keluar forum.</li> <li>• Merangkum beberapa hal yang didapatkan dari pemaparan peserta FGD yaitu adanya dokter spesialis kandungan</li> </ul>

	<p>tadi Sp. OG nya masih ada yang bekerja praktik keliling. Masih ada begitu mungkin. Screeningnya tidak memadai. Begitulah potret di tempat kita. Bahkan kita bilang kurang Sp. OG. Tapi kenyataannya Sp. OG mau masuk ke suatu tempat misalnya kadang ee tidak mudah dari organisasi profesinya. Cerita aja gapapa, yang namanya FGD. Nah ini kan rumah sakit tipe D ya. Tipe D itu kan seperti <i>primary care</i> tapi punya fasilitas yang lebih lengkap. Monggo apa pengalamannya, apa pendapat menurut anda yang menurut hemat anda itu menjadi sumber masalah atau menjadi salah satu permasalahan atau mungkin ada usulan terhadap, saya tadi ada usulan yang cukup bagus sebenarnya harusnya yang dikontrol di UGD itu dokter, tidak Sp. OG. Terjadwal jaga UGD tapi sedang membius di UGD nya rumah sakit yang lain. Kemudian harus mempunyai kemampuan kegawatan</p>	<p>yang masih melakukan praktik keliling dai fasilitas kesehatan tingkat pertama. Sementara itu jika seorang dokter spesialis kandungan ingin masuk ek suatu rumah sakit ternyata tidak mudah dari organiasi profesinya.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menanyakan pengalaman kepada perwakilan rumah sakit tipe D yang notabene mirip seperti puskesmas namun dengan fasilitas yang lebih lengkap.</li> <li>• Merangkum usulan yang telah didapatkan sebelumnya yaitu peningkatan kemampuan dokter jaga UGD tentang kegawatdaruratan maternal, terjadwalnya dokter spesialis kandungan di tiap rumah sakit, dan juga usulan tentang menggunakan kembali</li> </ul>
--	--	---

	<p>maternal neonatal. Terus mungkin juga misalnya eee, ada usulan jaman mbiyen pake audit aja. Memang bu, kalo audit ya kan itu tidak semenakutkan dulu, pake review. Tapi sebetulnya dalam review itu justru akan mengeliminate faktor dari subjektivitas. Diharapkan akan lebih objektif karena yang dibahas adalah semua rentetan kasus dari mulai pra rujukan sampai dengan rujukan. Kemudian yang kedua reviewnya adalah menjadi milik forum. Kemudian yang ketiga bahkan dari review itu kalo misalnya mereka tidak bisa memberikan masukan atau solusi atas kasus yang ada, boleh mengambil peer dari luar. Jadi dari kabupaten di luar itu, atau dari rumah sakit rujukan nasional. Jadi sebetulnya intinya review itu dari tujuannya lebih baik. Karena tidak ada pangkat lagi antara auditor dengan yang diaudit. Cuma ya kita perlu implementasi. (RSUD PS: Karena kalo di</p>	<p>sistem lama berupa audit bukan review dalam kasus kematian ibu.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menjelaskan bahwa review dipandang lebih baik karena akan menghilangkan faktor subjektivitas. Pembahasan kasus kematian ibu diharapkan dapat lebih objektif karena membahas rentetan kasus mulai dari pra rujukan sampai rujukan. Selain itu, hasil review merupakan milik forum dan review juga dapat meminta bantuan dari pihak jika seandainya tidak didapatkan solusi dari dalam forum.</li> </ul>
--	---	--

	<p>kabupaten itu kalo ada yang mati 1, sudah 1 jam itu sudah semua tau) Jadi ga perlu ditutup-tutupi lagi ya bu ya? Belum kalo masuk koran ya bu ya? Ya tadi karena begini, sanksi sosial itu menjadi sangat berat. Dan kemudian, istilahnya gini, siapa sih yang mau menemukan pasiennya mati kan ga ada. Di luar kuasa kita. Nah tapi memang akhirnya sanksi sosialnya sangat berat. Tapi mungkin memang yang dijaga dari audit, ee dijaga dari review adalah itu. Mungkin nanti bu bisa kita bicarakan karena itu sudah di, sudah ketentuan nasional kita harus direview. Kemudian tadi mbak-mbak yang sebelah kiri saya.</p>	
<p>Bidan Rumah Sakit Santa Elisabeth</p>	<p>Ini menurut cerita pengalaman saya. Saya pindah di Bantul itu tahun 2003. Dulu di Panti Rapih jadi nggak mikir namanya angka kematian ibu, kita tu gak pernah mikir karena ada dokter jadi kerjanya malah tidak istilahnya</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rumah sakit swasta memiliki pertemuan rutin dengan puskesmas sehingga dapat memperbaharui info berkaitan dengan program pemerintah dan dapat membantu menerapkannya melalui</li> </ul>

	<p>tidak pakai otak gitu ya. Jadi, mengikuti saja. Setelah pindah di Bantul, ternyata tantangannya besar. Itu setelah di Bantul, bidan cuma 3 terus kebetulan alhamdulillah di Bantul dulu waktu kami kuliah kan temen-temene dari Bantul jadi kami enak berkomunikasi gitu. Terus sejak tahun berapa itu, rumah sakit swasta itu buat pertemuan dengan puskesmas jadi tau output di pemerintah itu seperti ini. Angka kematian ibu dan bayi itu seperti ni. Jadi kita merasa tahu semua program pemerintah tahu sehingga merasa ingin membantu gitu. Terus sekarang yang kami rasakan jadi kita swasta kebetulan rumah sakit kami adalah tipe D jadi untuk OK itu ada tapi tidak 24 jam. Krunya pun misal ada operasi harus dikumpulkan. Terus punya Sp. OG 1 itu sebetulnya bagus. Itu cuma seminggu tiga... eh, empat kali praktik. Itu dari kendala memang yaa untuk PONEK itu kelihatan bermimpinya</p>	<p>program rumah sakit.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rumah Sakit Santa Elisabeth merupakan rumah sakit swasta tipe D yang memiliki kamar operasi namun tidak siap 24 jam. Dokter spesialis kandungan hanya terjadwal empat kali dalam seminggu.</li> <li>• Rumah Sakit Santa Elisabeth memiliki program ANC yang biasa melayani pasien tidak hanya dari wilayah Bantul namun juga dari Kota Yogyakarta. <i>Follow-up</i> ANC juga dilakukan dengan cara menginfokan ke bidan puskesmas jika ada pasien di wilayah puskesmas tersebut yang memiliki kehamilan RISTI. Namun tidak semua puskesmas merespon dengan melakukan kunjungan ke pasien tersebut. Rumah sakit</li> </ul>
--	--	--

	<p>terlalu lama gitu. Kemaren akhirnya dr. Tritia itu inisiatif untuk merangkul dr. Dedy anestesi itu juga tambahan. Jadi Sp. OG dan anestesi kami baru tambahan. Kemudian yang Panti Rapih itu. Terus untuk penanganan ya alhamdulillah sekali kalo ada kejadian kegawatan itu pake tanda petik ndelalah, jadi ndelalah itu pas dokter Sp. OG nya di situ, pas kalo menghubungi beliau itu sulit itu mesti beliau sendirinya yang mengajak jadi langsung dikerjakan. Yaa kalo bisa jangan sampai keteteran itu alhamdulillahnya selalu ndelalah. Terus ee karena ini tentang ANC ya dokter, mungkin kami ANC kan kalo di rumah sakit tidak hanya yang punya wilayah, atau tidak hanya wilayahnya. Tapi kan semua wilayah di Bantul bahkan di kota juga ada yang periksa. Itu kita menjalankannya itu kalo ada RISTI itu kita selalu telpon ke bidannya puskesmas. Ini ada pasien ini dengan risiko seperti ini nanti</p>	<p>mengharapkan jika semua puskesmas merespon info dari rumah sakit, maka dapat menekan angka kematian ibu.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ada beberapa kendala pada saat merujuk terutama terkait ketersediaan tempat di rumah sakit rujukan. Selain itu juga terkendala tentang ketersediaan tempat untuk pasien BPJS yang seringnya penuh, hingga rumah sakit harus meminta tolong kepada Dinas Kesehatan Bantul untuk membantu mencarikan tempat.</li> <li>• Usul mengadakan suatu tim jaga 24 jam yang bertanggung jawab untuk suatu wilayah seperti misalnya di Bantul atau DI Yogyakarta di mana tim tersebut terdiri dari perawat kamar operasi, dokter spesialis anestesi, dan dokter</li> </ul>
--	---	---

	<p>             mungkin berharap puskesmas itu menindaklanjuti atau kunjungan rumah atau gimana. Kenyataannya itu tu kalo pasien itu datang untuk ANC berikutnya atau berikutnya itu kita selalu menanyaakn ‘Bu rumah sakit sudah kunjungan rumah belum?’. Ibu itu ada yang rumah sakit merespon ‘Iya setelah periksa itu dikunjungi’ ada yang tidak. Nah kalau misalkan semua puskesmas itu merespon kita, lapor RISTI-nya itu mungkin kita sama-sama memiliki ibu hamil itu, sehingga kita bisa menekan kegawatan kalau seandainya nanti terjadi saat impartu. Jadi harapan kami puskesmas juga merespon laporan semua rumah sakit bahwa mereka bawa RISTI. Terus akhirnya nanti terserah puskesmas gimana, apakah dibantu kader, atau pak dukuhnya tau gimana. Terus yang pengalaman lain tentang kita merujuk. Kita merujuk itu sering saya           </p>	<p>             spesialis kandungan. Sehingga diharapkan jika tim ini dapat mempercepat pelaksanaan suatu tindakan emergensi dan memperkecil efek dari penundaan tindakan.           </p>
--	--	---

	<p>mengganggu dr. Budi, mengganggu dr. Anugrah untuk mencari rujukan dokter. Jadi untuk mencari rujukan itu sulit banget. Sampe pasien ditanayakan 'BPJS atau umum mbak?' kalo BPJS itu pasti penuh. Kadang tunggu 10 menit tunggu telpon 'Oh penuh'. Itu mesti ditanya umum apa BPJS. Kalo sampe Wates itu saya tu misalnya, sampe Wates, sampe Klaten, telpon cari rujukan itu sulit. Terus kemudian ke Sardjito pun seperti itu. Kadang sering tunggu 10 menit, tunggu 5 menit, gitu. Sampe pusing duduk di situ nyari tempat rujukan. Terus akhire sampe dinkes bicara, ada tempat. Padahal tadi tempatnya di Sardjito itu 'Mesti mbaknya lapor ke Dinkes ya?' Itu tadi pengalaman. Memang sebenarnya Bantul itu sudah baik bu, Dinkes Bantul itu. Cuma ndilalahe kok ya. Terus ini bu ini, saya mau (Saya potong ya. Kalo ibu mau rujuk kan berarti Sp. OG nya kan sudah tau.</p>	
--	--	--



	<p>Terus dirujuk begitu saja?) Itu tetep yang telpon, ya pas enak tinggal lari ke UGD Panembahan. Tapi kita tau betul jam-jamnya jadi pas dokter di Panembahan itu ya langsung ke rumah sakit. Langsung jadinya langsung set set gitu. Karena dua kali sudah di rumah itu jam 2 malam itu juga datang. Jadi bagus banget. Banyak-banyak berdoa aja bu, rumah sakit kecil bu. Doanya harus banyak betul karena ya itu tadi. Ini saya mengutarakan mungkin bapak ibu semua boleh ketawa dulu atau boleh gimana. Mimpi itu boleh saja, tapi pasti bisa terwujud berapa tahun yang akan datang. Jadi saya di rumah sakit kecil sejak 2003 sampai sekarang rumah sakit saya itu seperti itu. Kita mikirnya gini, rumah sakit kecil itu kan mesti ada. Sekarang kalo rumah sakit kecil jadi gede semua, mungkin puskesmas juga jadi rumah sakit gede semua. Lha itu gini bu misalkan untuk mencegah ee adanya kegawatan</p>	
--	---	--

	<p>gitu kan OK harus 24 jam, ada persediaan PONED atau PONED itu. Anestesi pun siap, krunya pun siap. Kalo dengan rumah sakit kecil, SDM-nya sedikit itu kan gak mungkin bu, wong sekarang rumah sakit aja Sp. OG stand by itu pun kelihatan masih sulit. Itu nanti untuk mimpinya itu. Ada mungkin nanti saya amati kayak kasus ee kayak polisi kayak densus 88 itu kan gerak apa-apa cepet. Nah kita misalkan punya tim, sekarang Bantul misalkan Bantul kan sedikit jadi misal ada tim ada 24 jam piket jadi ada Sp. OG se-Bantul atau se-DIY monggo, misal jaga di tempat saya misalkan, jaga pagi dan jaga malem dengan bidan paling 2 katakanlah dokter jaganya ada 1, nanti di UGD banyak pasien gak bisa gerak, jadi misalnya ada kegawatan, tim datang, operasi di situ. Kalo bisa bu, namanya mimpi. Memang kerja itu kan penuh istilahnya pengabdian, penuh apa yaa,</p>	
--	---	--

	kalo kita sama-sama seperti itu, mungkin tidak terjadi. Bisa menangani gruduk ke kasus yang di mana gitu. Begitu terima kasih.	
dr. Budi	Tadi ada beberapa hal yang diutarakan mengenai BPJS ya. Kalo menurut saya sekarang sudah tidak saatnya, sudah tidak jamannya kita menanyakan BPJS atau tidak. Seharusnya sudah tidak. Karena sekarang dari alurnya, pasien gawat dengan BPJS dan pasien gawat tanpa BPJS perlakuannya sama. Setau saya rumah sakit saat ini sudah tidak pernah menanyakan itu. Cuman ada saatnya ditanyakan pakai BPJS atau nggak, itu kalau bayi prematur. Karena sampai saat ini memang masih sangat timpang peraturan ini. Jadi kalo kegawatan pada ibu misalnya maaf ya butuh transfusi sampai 8 kolf itu sudah hal yang biasa dan bisa diimplikasikan pada kota-kota besar. Tapi kalo masalah bayi, ini mentok. Karena perawatan bayi sangat mahal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengenai BPJS, seharusnya sudah bukan merupakan penyulit karena semestinya segala kegawatan akan ditangani tanpa melihat status pasien BPJS atau umum.</li> <li>• Menanyakan status BPJS lebih diutamakan untuk pasien bayi premature, dikarenakan mahalnya biaya perawatan bayi dibandingkan perawatan ibu.</li> </ul>

	dibandingkan dengan ibu yang Hb nya 3, Hb nya 4 itu berbeda. Jadi seandainya ada rumah sakit yang menanyakan BPJS atau tidak itu seharusnya sudah tidak perlu. Mungkin itu masukan dari saya, dr. Upik. Terima kasih.	
Dr. upik	Iya, itu juga tadi sebenarnya sudah tidak ada kendala tentang pembiayaan. Jadi sebenarnya sudah agak primitif juga kalo misalnya masih nanya BPJS atau tidak. Sekarang semua orang harus BPJS. Nah mungkin ada yang lain lagi?	•
	Saya menyambung dari ibu yang dari Elizabeth? Saya menyambung tentang yang ANC RISTI ya. Tadi ada yang menelponkan ke puskesmas wilayah si ibu untuk ditindaklanjuti ya. Bisa jadi pelajaran untuk beliau. Tapi ada kasus, kebetulan pasiennya dr. Upik. Jadi pasien tersebut datang memang sudah anemia, jadi ANC, umur kehamilan masih 21 minggu tetapi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terdapat pengalaman menangani pasien ANC dengan anemia yang difollow-up oleh puskesmas dan diberikan tablet penambah darah namun tidak dikonsumsi oleh pasien.</li> <li>• Memberikan saran agar puskesmas tidak hanya memberikan fasilitas ANC terpadu namun pasien dan keluarga juga</li> </ul>

	<p>dengan anemi dengan Hb nya 4. Ternyata setelah kita assesment ulang, obat yang diberikan dari puskesmas tidak pernah diminum sama sekali. Jadi untuk saran kita, dari faskes primer bukan hanya ANC terpadu pasien harus datang kemudian ke psikolog, gizi, seperti itu. Tapi mau kita bawa ke mana pasien tersebut. Apakah hanya indikasi ataukah nanti endingnya seperti apa. Tetapi yang penting juga nanti pemantauannya. Kalau misalnya kita beri tablet, kita ajak juga suaminya untuk memantau jadi tablet itu dikonsumsi sehingga dapat mencegah anemia tersebut. Mungkin itu saja.</p>	<p>perlu dipertemukan dengan psikolog, ahli gizi, dan tenaga kesehatan pendukung lainnya. Diharapkan pasien dan keluarga dapat memahami edukasi yang diberikan sehingga dapat memantau perkembangan kehamilannya.</p>
Dr. upik	<p>Mungkin ternyata kembali ke faktor yang sederhana ya bu ya. Kita sendiri sering tidak aware, saya pernah menemukan pasien itu malah kontrol rutin ke Sp. OG tapi gak pernah dicek darah rutin. Yang bagus itu kita lihat catatan di puskesmas. Begitu datang, ada catatannya.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurangnya perhatian dari tenaga kesehatan terhadap pemeriksaan holistik ibu hamil, seperti misalnya tidak rutin memeriksa lab darah serta pengecekan berat badan dan tinggi badan di awal</li> </ul>

	<p>Bahkan nanti di 7 bulan ada lagi. Fisiologinya bener-bener dipake gitu lo. Misalnya begitu dicek ternyata Hb nya 8,8. Ini <i>factor risk</i>, risiko sangat tinggi. Jadi memang dimulai dari hal-hal yang sebenarnya itu sangat penting. Termasuk tinggi badan, berat badan itu di awal kehamilan hampir gak pernah ada itu catetannya. Mungkin kalo di puskesmas malah ada gitu. Ee, mungkin ada lagi? Ah ya, mbak silakan.</p>	<p>kehamilan.</p>
<p>Bidan RSKIA Ummi Khasanah</p>	<p>Ya, saya dari Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak Ummi Khasanah. Di sini saya akan sedikit bercerita tentang rumah sakit kami. Di rumah sakit kami memang dokternya, itu memang lebih banyak stand by nya 24 jam. Tapi ketika datang itupun yang menerima juga awalnya dari bidan. Tapi misalnya ada ada pasien kegawatdaruratan itu memang bidan memang harus lebih mengasah untuk ee lebih update untuk pelatihannya juga. Karena ketika datang yang</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terdapat dokter spesialis kandungan yang <i>stand by</i> 24 jam. Namun saat penerimaan awal rujukan, tetap bidan yang menangani terlebih dahulu. Karena itu dibutuhkan pelatihan yang update untuk setiap bidan.</li> <li>• RS KIA Ummi Khasanah memiliki program ANC, di mana terdapat kunjungan rumah dan juga kelas ibu</li> </ul>

	<p>menrima dalah bidan. Dan baru nanti kita berkolaborasi ke dokter obsgynnya. Dan tindakan pun nanti juga langsung dari bidannya. Terus di sini ee, dari rumah sakit kami memang kalo misalny apsien-pasien yang memang bener-bener dia adalah pasien ANC ruitn, itu insya Allah itu sampai di akhirnya itu aman. Karena ee, kita memang ada program di mana aANC itu ada kunjungan rumah mengunjungi ibu hamil jadi kit amemantau ibuhamilnya dan di situ juga kita mengadakan kelas ibu hamil. Tapi memang baru, belum banyak minatnya untuk kelas ibuhamil sebulan baru sekali. Terus ini ee, belum lama ini memang ada pasien kegawatdaruratn, dia rujukan dari bidan, itu dia riwayat sudah sesar, riwayat sesar itu ee, dirujuk ke rumah sakit kami yang ketika nursenya jaga malam itu ndelalah itu ga ada ya. Itu memang dokter umumnya pas di sana tidak ada, bidannya</p>	<p>hamil. Program ini belum terlalu efektif karena baru berjalan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terdapat pengalaman menerima rujukan dengan kondisi kegawatdaruratan obstetri yang mendapatkan penanganan dengan tepat dan cepat.</li> </ul>
--	--	---

	<p>yang jaga itu ada rujukan itu riwayat SC kurang lebih 9 tahun yang lalu. Sampai di rumah sakit sudah buka 7, itu memang bagi kami sebagai bidan pun juga jadi deg-degan dan takut dengan tindakan dan sebagainya. Memang kami waktu itu memang dokter kandungannya memang bisa dihubungi dan bisa langsung datang untuk tindakan tapi ketika bayinya lahir dia ANC juga Cuma 1 bulan dan memang harus butuh rujukan. Seperti itu. jadi memang, ya mungkin jadi apa ya, untuk bidan ketika merujuk maksudnya kalo misalnya punya sudah ada riwayatnya kalo RISTI itu kalo bisa harus segera. Seperti itu.</p>	
<p>Dokter Umum Puskesmas Srandakan Bantul</p>	<p>Terimakasih, Assalamualaikum wr. wb. Saya dari Puskesmas Srandakan, puskesmas Poned. Jadi ee daritadi banyak sekali masukan dan beberapa hal yang terkait dengan kematian ibu di Bantul. Kalo ngomong tentang ini, ee, saya kira ini tdiak bisa hanya FGD sebentar ya bu ya.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penggunaan buku KIA yang belum maksimal, sehingga pengenalan tanda bahaya kehamilan belum maksimal.</li> <li>• Pentingnya melakukan skrining terhadap ibu hamil. Kendala yang ditemukan</li> </ul>



	<p>Karena memang permasalahan di Bantul itu mulai dari ee, tingkat masyarakat sampai ke rumah sakit itu ada semuanya. Tapi yang tadi dari mulai dari masyarakatnya sendiri, belum lagi permasalahan-permasalahan di mana masyarakatnya, ngapunten sekali, ada yang belum ee, kalo kami lihat kok penggunaan buku KIA itu belum juga maksimal. Jadi dari segi pengenalan tanda bahaya hamil itu juga belum maksimal. Yang kedua dari permasalahan tadi, skrining. Tadi di dokter Alfun ngendika memang rujukan kita harus meningkatkan kapabilitas temen-temen di PPK 1 untuk melakukan skrining atau penapisan awal, mana yang RISTI harus segera dikonsul, dirujuk gitu. Dan juga ketika ada yang setelah itu. di Bantul itu permasalahan itu ada semuanya. Jadi kalo ditanya satu per satu itu ada. Jadi yang untuk mulai dari tingkat pengetahuan masyarakat yang</p>	<p>berupa rendahnya pengetahuan masyarakat sehingga masih ada kejadian telat mendeteksi tanda bahaya kehamilan. Kendala juga datang dari oetugas OOK 1 yang sudah dapat melakukan skrining namun kurang tepat dalam melakukan atau memilih rumah sakit rujukan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adanya sistem di Kabupaten Bantul yaitu Kewaspadaan Dini Rumah Sakit yang mencakup kasus-kasus dengan wabah seperti DB, campak, leptospirosis, termasuk di dalamnya kasus ibu hamil dan ibu nifas berisiko tinggi. Sistem ini dimaksudkan untuk meningkatkan komunikasi dan kerjasama antar jejaring.</li> <li>• Pentingnya pelaksanaan ANC terpadu di</li> </ul>
--	--	--

	<p>masih ada jadi telat mendeteksi tanda bahaya kehamilan, dari yang kedua dari skrining temen-temen PPK 1 sendiri juga ada masalah. Yang ketiga ada juga sebenarnya terskirining tapi perujukannya pertama mungkin dalam tanda petik, keliru rumah sakit, yang kedua karena kan kalo masalah tempat kita kenal dengan PONEK, eh PONEK dan tidak PONEK ya. Jadi itu juga berpengaruh. Juga permasalahan lagi, dr. Alfun ngendika permasalahan dari stabilisasi pra rujukan. Ini juga menjadi masalah karena memang di Bantul juga masih ada masalah itu. Dan juga nanti di rumah sakit. Rumah sakit itu juga ee, di Bantul juga hasil audit kita beberapa tahun itu juga menunjukkan memang ada permasalahan, memang banyak, rata-rata malah di pemantauan pasca tindakan. Itu, jadi seko awal apik apik, e mak clekunik gitu. Ini juga untuk pembelajaran. Terus yang selanjutnya,</p>	<p>puskesmas yang masih belum dilakukan dengan maksimal karena beberapa ibu hamil memilih langsung ke rumah sakit atau dokter praktik pribadi.</p>
--	---	--

	<p>daritadi belum dikuak tapi ini juga sangat penting menurut saya adalah jejaring. Jadi ini ngapunten, ee tapi, Mbak Fitna dari PKU Gamping ngendika, jadi saya kembali ee mungkin bahwa ibu yang di rumah sakit swasta sekali lagi saya ikut mengingatkan bahwa di Kabupaten Bantul itu sudah dari dulu diinisiasi adanya kewaspadaan dini rumah sakit (KDRS) yang dulu hanya untuk penyakit-penyakit dengan wabah seperti DB, campak, lepto dan sebagainya ditambahi dengan bayi risiko tinggi dan bumil bufas risiko tinggi. Jadi kami memang rumah sakit mempunyai kewajiban untuk mem-feed-back-an ketika rumah sakit itu merawat bayi berisiko tinggi dari bumil berisiko tinggi, atau bufas berisiko tinggi. Dan hanya beberapa rumah sakit yang samapi sekarang melakukan itu. mekanismenya ada beberapa, ada yang modelnya ngirim SMS ke saya, terus saya</p>	
--	---	--

	<p>forwardkan ke temen-temen KIA. Ada yang modelnya kirim, yang tertib itu Panembahan Senopati, jadi surat resmi. Jadi bisa menindaklanjuti puskesmas jug disurati. Ada yang kayak Mbak Eki tadi, ngebel langsung di core nya. Tapi ada juga yang tidak melakukan feed back itu. jadi tolong juga ini dokter rumah sakit monggo. Jadi ini penanggung jawab jejaring. Karena apa, nyuwun ngapunten seperti Ibu Eki tadi ngendika, kalo ini tidak kita jalankan, akhirnya ada istilahnya suatu benang yang putus gitu lo, dalam menangani ibu hamil. Baik ibu hami ataupun ibu nifas. Terus yang terkait dengan jejeraing ini juga,s aya memantau bahwa kematian bayi, eh kematian ibu di Bantul itu ee, juga permasalahannya adalah terkait dengan bagaimana pelayanan itu menurut saya belum berkomunikasi dengan baik dan berjejraing dengan baik. Saya cek memang,</p>	
--	--	--

	<p>masih ada kasus yang, saya ini sebetulnya sangat, ee, kembali lagi yang di sini tidak dibawa keluar nggih? Jadi kasus kematian ibu kemaren itu ada yang sudah diskriminasi oleh puskesmas, dia itu sudah dirujuk ke rumah sakit PONEK, dia itu ke puskesmasnya itu karena memang ee, waktu itu disaran, ee apa istilahnya kontak untuk ANC terpadu. Kami mewajibkan semua, semua ibu hamil harus dikontakkan dengan puskesmas, kan begitu. Minimal 1 kali. Nah, diedukasi untuk dirujuk ke rumah sakit PONEK. Tapi ini, keseharian ibu ini tu dia memang ANC nya tidak di puskesmas. Nah di pelayanan yang lain, di PPK 1 yang lain. Tapi PPK 1 yang lain itu, padahal cetha-cetha bahwa ini sudah dirujuk, di buku KIA ditulis, jadi di sini ada bapak ibu Sp. OG nyuwun ngapunten sekali, buku KIA itu selain gunanya untuk menulis, juga untuk berkomunikasi karena mesti</p>	
--	---	--

	<p>kami kalo di PPK 1 merujuk pasti karena ada alasannya. Itu yang kadang nyuwun ngapunten, belum ditindaklanjuti dengan baik. Jadi itu ke PPK 1 yang lain mungkin tidak membaca atau gimana, tidak melakukan rujukan. Karena ‘Alah aku dirujuk tapi kata bu iki, pak iki aku ra dikon dirujuk kok’ itu betul, meninggal. Belum lagi yang masalah yang seperti tadi Bu Eki ngendika, nyuwun ngapunten sekali, pada kasus kematian ibu di Bantul itu, pemberi rujukannya itu di belakang saya sudah dijelaskan itu dari awal dia itu hipertiroid, dirujuk ke rumah sakit. Ndilalah waktu itu karena kesuwen le ngantri atau apa begitu, kemudian mengakses ke pelayanan swasta. Itu sudah ditulis bahwa dia itu hipertiorid tapi tidak disarankan untuk menemui seorang Sp. O, ee, menemui seorang Sp. PD. Ya akhirnya betul, mungkin dia persalinannya normal, tapi dia hipertiroid dang akhirnya</p>	
--	---	--

	<p>meninggal. Jadi betul-betul, monggo saya mengajak, saya gregeten soalnya. Jadi kadang masing-masing faktor di pelayanan masih dengan egonya masing-masing. Belum lagi terkait dengan yang Bu Upik ngendika, kalo di rumah sakit, saya sampe bilang nyuwun ngapunten lo bapak ibu Sp. OG. Saya bilang kalo ada pasien kelas 1 datang ke saya, ke tempat praktek saya. Terus saya bilang 'Ibu njenengan periksa ke puskesmas ya. Njenengan akan dapet ini, ini, ini', 'Oh saya biasanya ke Rumah Sakit A sama dokter A gitu', 'Ibu nyuwun ngapunten untuk ANC terpadu tidak akan njenengan dapatkan kalo di rumah sakit. Rumah sakit manapun ra bakalan ANC terpadu seperti puskesmas.' Sampai saya harus seperti itu gitu. Karena apa, pengalaman sendiri saya sebagai pasien, juga seperti itu. Saya itu rekane kan ke rumah sakit itu kan sebagai suatu ee, apa</p>	
--	---	--

	<p>ya istilahnya, pengennya di situ ya diselesaikan. Saya sudah hamil, mungkin anu, bulan keberapa ya gitu tapi saya belum pernah apa saya perlu diskriming ini, atau saya perlu diskriming Hb, gitu gitu. Rasah, gitu. Kayak gitu to. Nyuwun ngapunten lo ini. Jadi, dan banyak sekali juga seperti itu. Bahkan saya di, pernah dikomplain dengan teman saya, 'Bu Budi tolong dong , piye carane yo bapak ibu Sp. OG itu tertanam semua ibu hamil yang kotak dengan dia yang belum pernah ke puskesmas itu bisa disarankan untuk ke puskesmas'. Jadi semua ibu hamil tolong agar kontak dengan puskesmas. Terutama untuk pemantauan wilayah setempatnya. Yang kedua untuk dapat ANC terpadu. Jadi ya ANC terpadu perlu saya sampaikan kepada bapak ibu bahwa di Bantul itu, itu ANC terpadu itu diwajibkan puskesmas itu kalo yang pertama dia harus dikontakkan dengan dokter umum untuk</p>	
--	--	--



	<p>skrining penyakit. Yang kedua harus dikontakkan dengan dokter gigi. Itu kalo di puskesmas. Ini kenapa panjenengan kalo punya ee, apa, punya pasien harus dibwakan ke puskesmas. Jadi itu nanti dikontakkan dengan dokter umum, terus dikontakkan dengan dokter gigi. Kalo ada masalah gizi dikontakkan dengan gizi. Habis itu di unit layanan tertentu yang bisa IMS, bisa HIV/AIDS dia mesti akan diperiksa langsung rapid tes HIV/AIDS, HbSAg. Trimestri pertama itu harus centang-centangnya itu. trimester pertam aitu ahrus direduksi urin, terus nanti ee, Hb, golongan darah, kami sudah mewajibkan skrining urin rutin di puskesmas. Nanti trimester dua apa, trimester tiga itu apa. Jadi kami memohon seklai ini juga ee, juga bisa dijalankan untuk antenatal terpadunya. Terus lagi masalah jejaring, yang intinya komunitas itu perlu ditingkatkan. Matur nuwun. Dan</p>	
--	--	--

	perantaranya memang buku KIA selama ini. Masih buku KIA. Ngoten matur nuwun.	
--	---	--