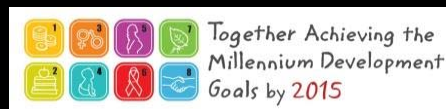


Mengembangkan Public Private Partnership untuk Menurunkan AKI-AKB

Disampaikan oleh :

Dr. Mardiatmo, Sp.Rad
Kepala Dinas Kesehatan Prov. Jawa Tengah



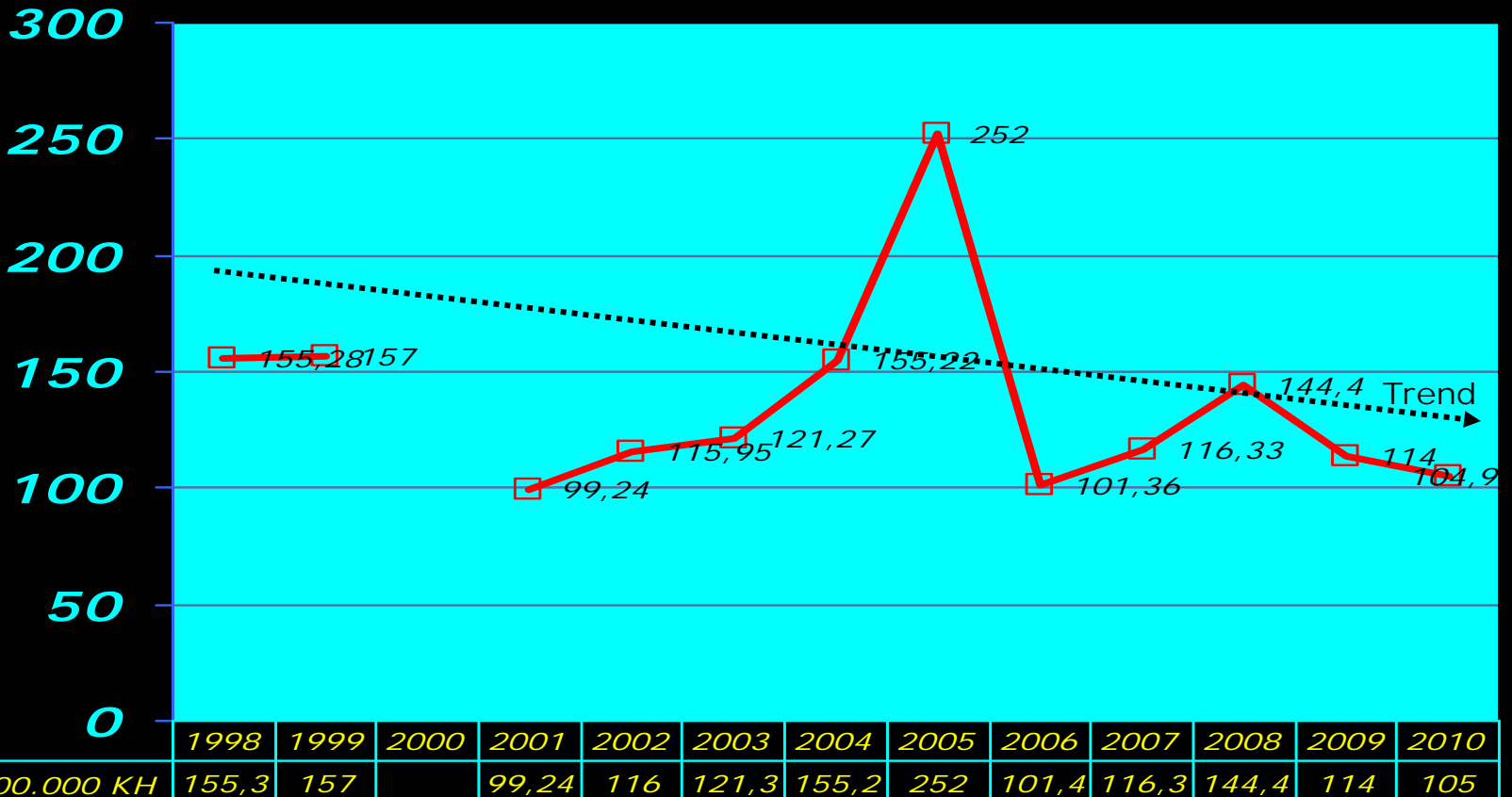
Bali, 28 September 2011

DISTRIBUSI MASALAH (Goal 5 MDGs)



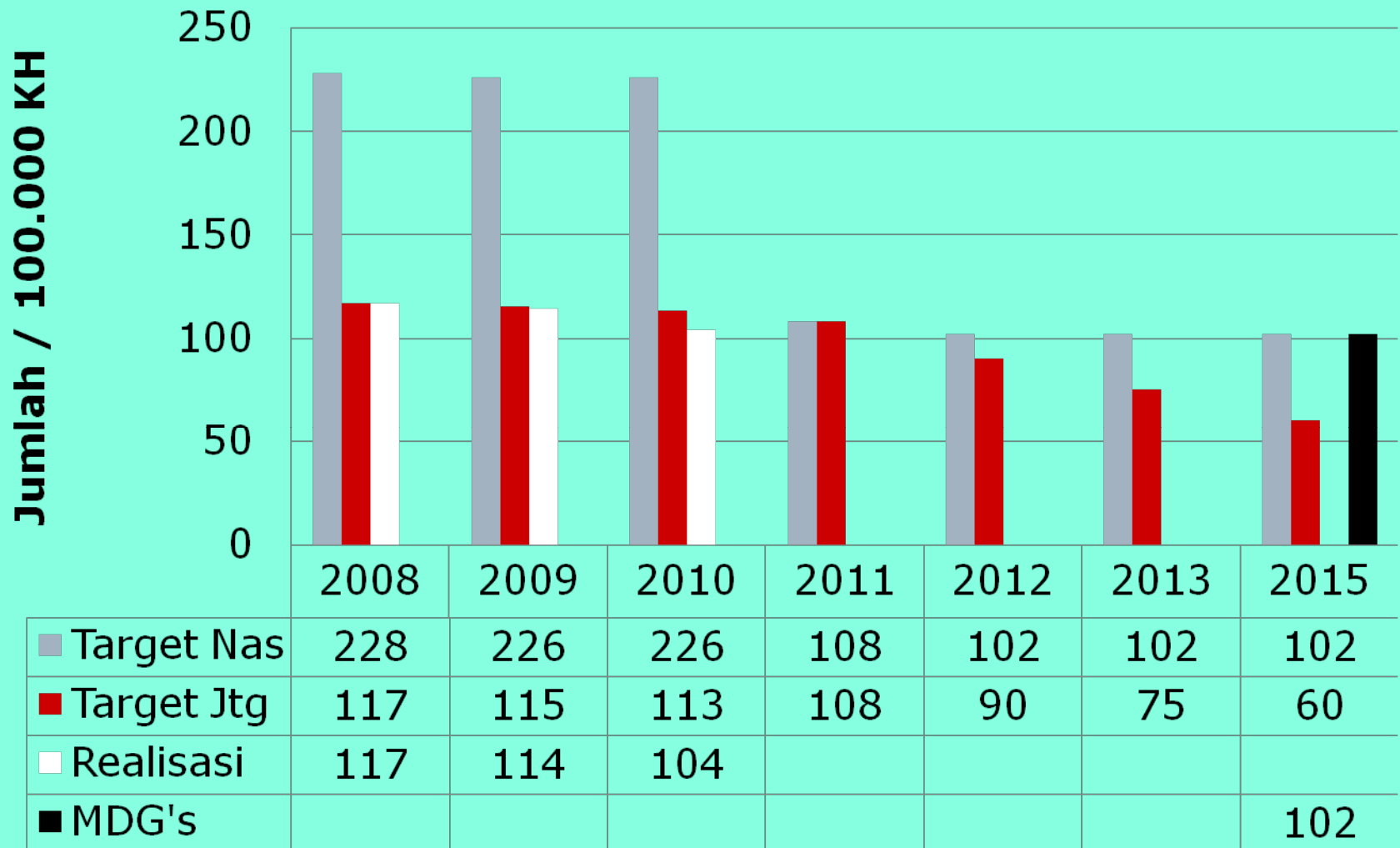


KECENDERUNGAN SITUASI AKI DI JATENG TAHUN 1998 - 2010.

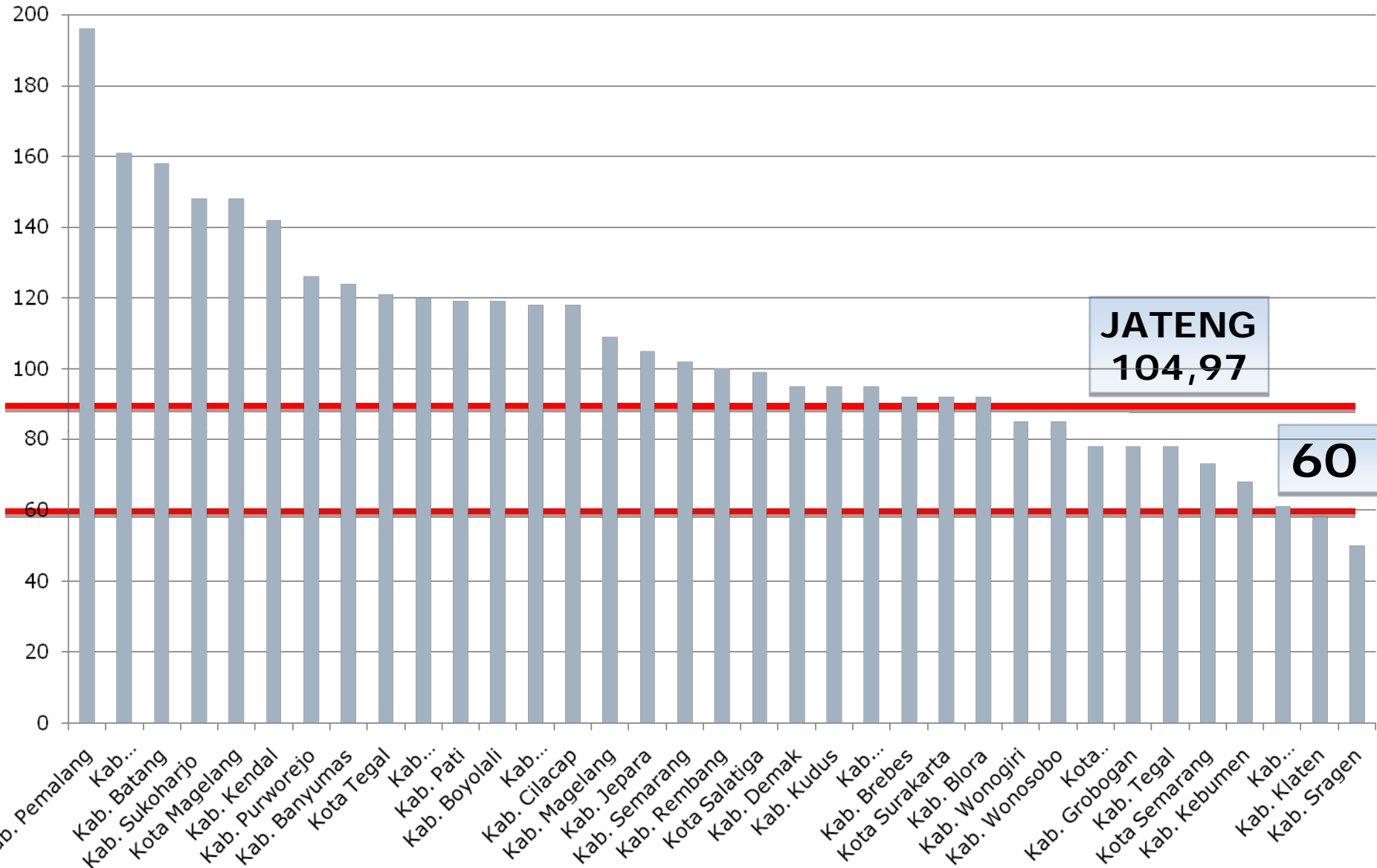


AKI / 100.000 KH

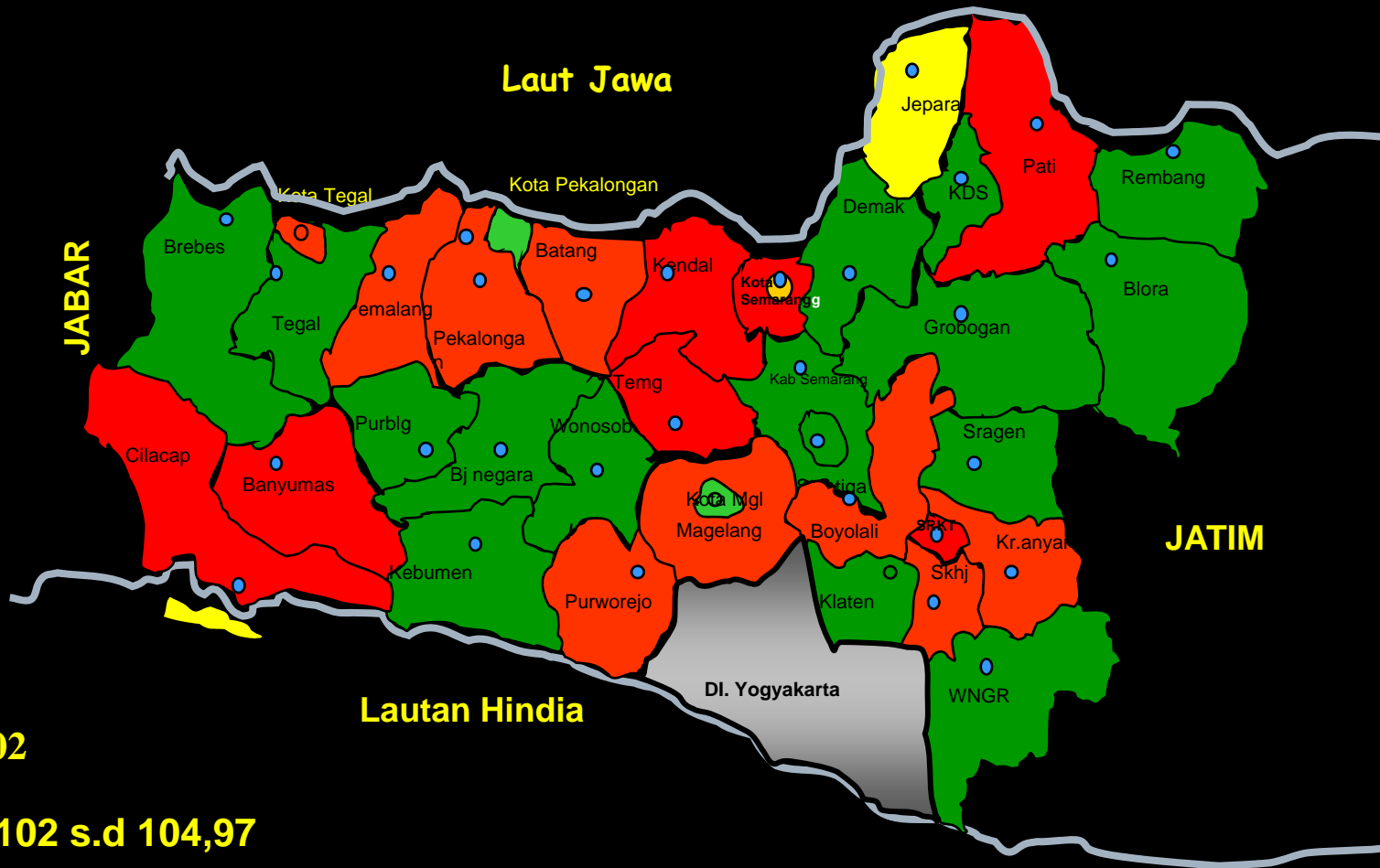
ANGKA KEMATIAN IBU (AKI) JATENG DIBANDING DNG TARGET



Distribusi Kematian Ibu di Jateng 2010

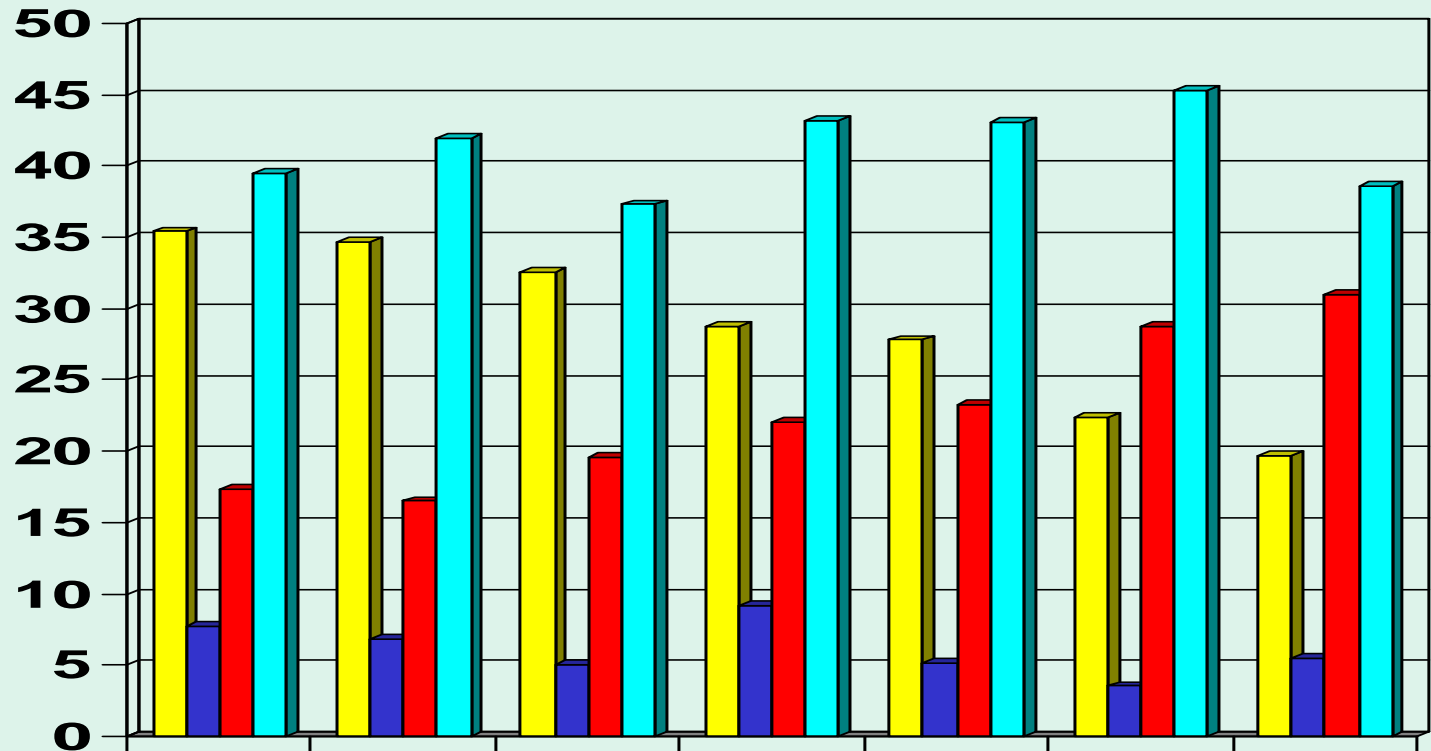


DISTRIBUSI KEMATIAN IBU DITIAP KABUPATEN/KOTA DI JAWA TENGAH 2010.



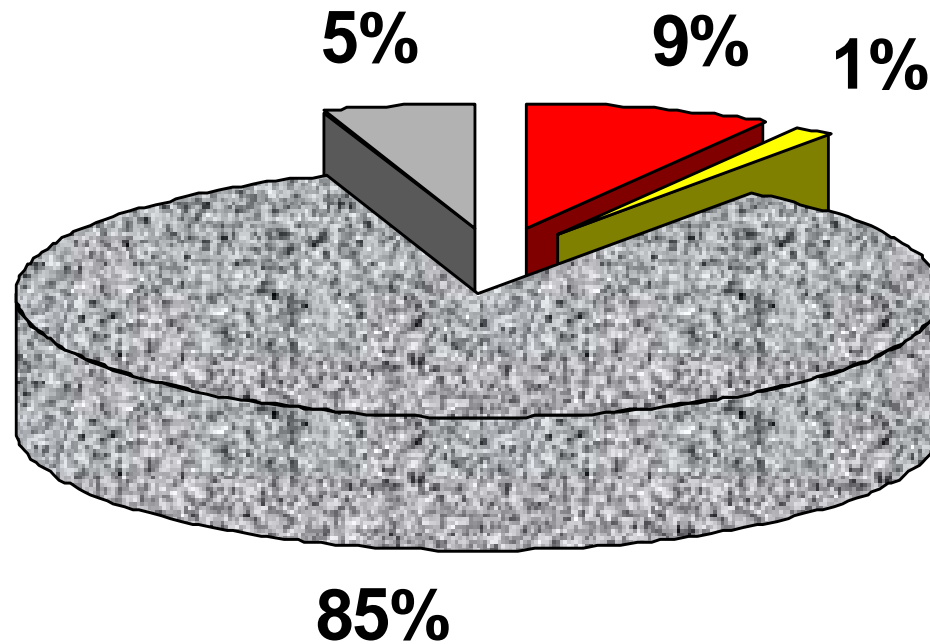
- < 102
- => 102 s.d 104,97
- = >104,97

PENYEBAB KEMATIAN MATERNAL DI JATENG

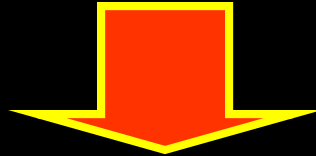


	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Perdrhn	35,4	34,7	32,5	28,7	27,8	22,41	19,65
Infeksi	7,7	6,8	5	9,2	5,2	3,53	5,51
Eklamsi	17,3	16,5	19,6	22	23,3	28,76	31,02
Lain 2	39,5	41,9	37,3	43,2	43,1	45,28	38,61

PROPORSI TEMPAT KEJADIAN KEMATIAN MATERNAL DI JATENG TAHUN 2010



ISUE GOAL 5 MDGs Jateng

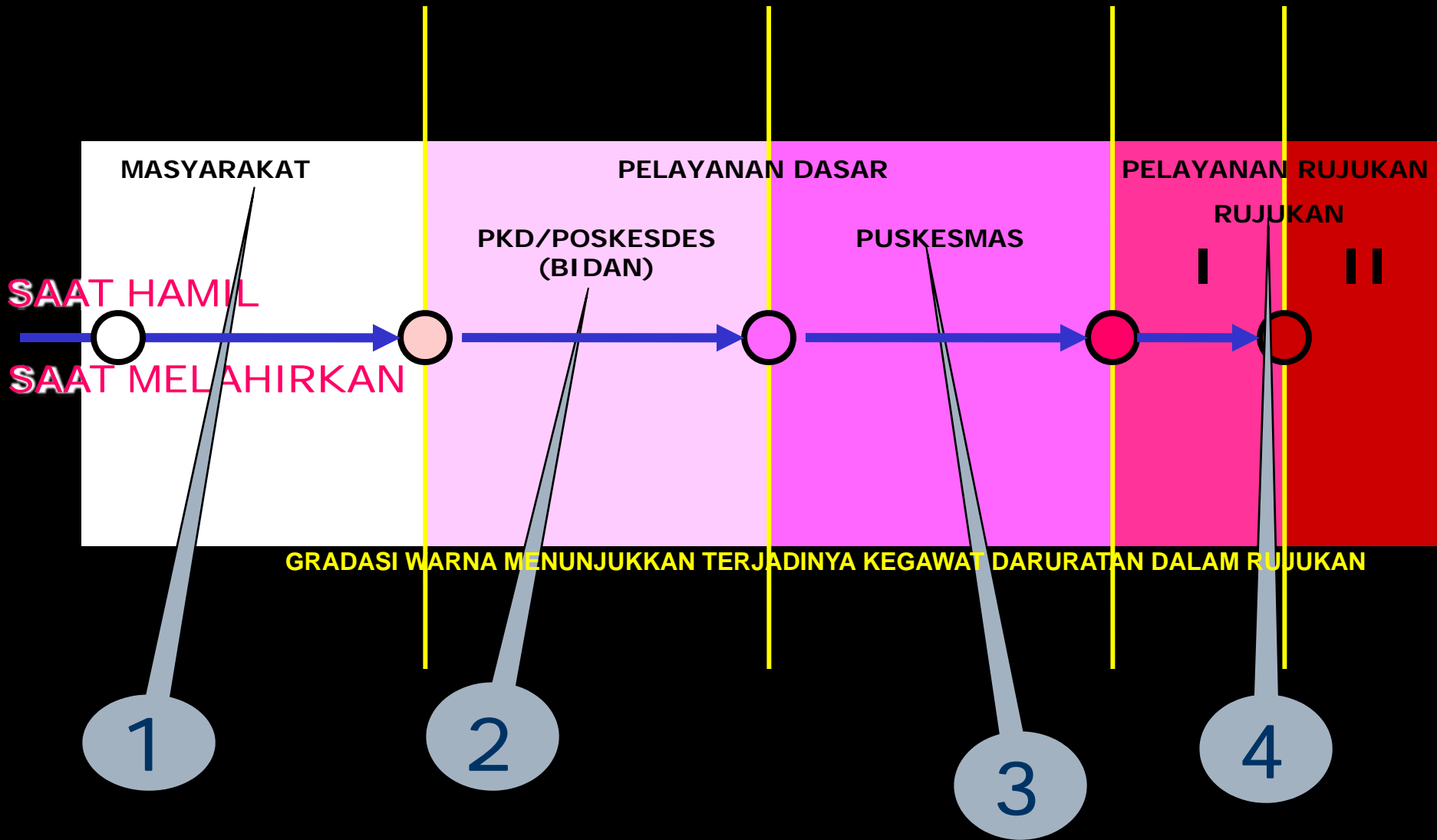


1. ASPEK MASYARAKAT.
 - KEBERDAYAAN MASY DLM MENDUKUNG GOALS MDGs (-).
2. ASPEK PELAYANAN.
 - MUTU PELAYANAN (SUB STANDART).
3. ASPEK MANAGEMENT.
 - SINKRONISASI & SINERGISITAS (-)
 - REGULASI (-)
 - AKUNTABILITAS (-)
 - SIM (-)

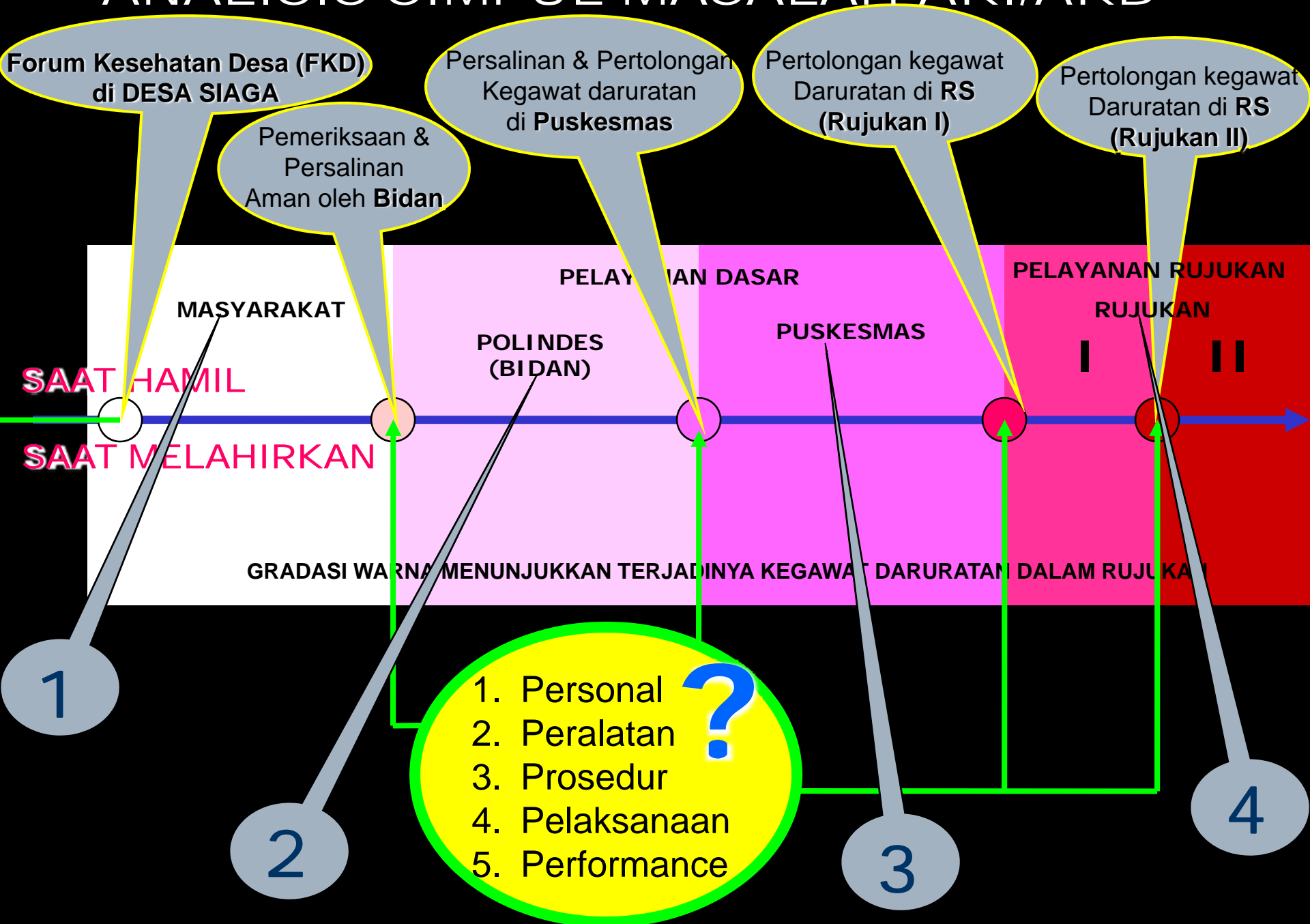


**SIMPUL PERMASALAHAN
AKI/AKB &
STANDAR PELAYANAN**

SIMPUL PERMASALAHAN AKI/AKB



ANALISIS SEMPUL MASALAH AKI/AKB



STANDART YAN SIMPUL.1 MASALAH AKI/AKB

- 1. Personal
- 2. Peralatan
- 3. Prosedur
- 4. Pelaksanaan
- 5. Performance

Ada FKD yg berfungsi
Ketua & anggota sesuai
situasi & kondisi desa
terlatih ttg desa siaga &
Faktor resiko kematian ibu
& bayi

Peta Wilayah meliputi

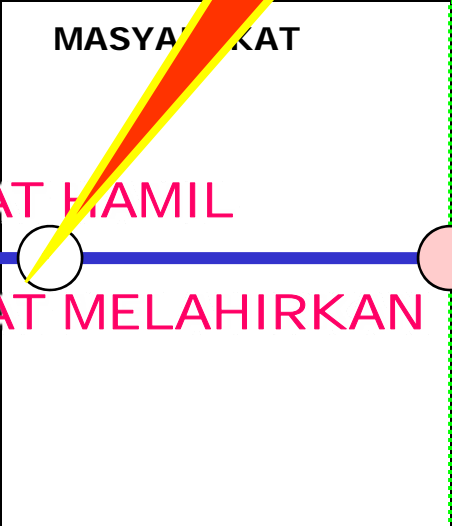
- Bumil
- Bayi/Balita
- Faktor Resiko kematian Ibu & Bayi

**FKD di
Desa Siaga**

- Prosedur tentang SMD, MMD.
- Pertemuan dilaksanakan secara rutin.
- Ada keputusan forum dalam mengatasi Faktor Resiko masalah kes.
- Ada tindak lanjut hasil keputusan forum sesuai permasalahan spesifik setempat.

Anggota Forum Kesehatan Desa
bersama masyarakat dalam
Mengatasi FR sesuai Standart
(SMD, MMD dan Kesepakatan)

Respon Cepat di masyarakat
dalam mengatasi Faktor Resiko dan
gejala awal timbulnya masalah
kehatan



STANDART YAN SIMPUL 2. MASALAH AKI/AKB

- 1. Personal
- 2. Peralatan
- 3. Prosedur
- 4. Pelaksanaan
- 5. Performance

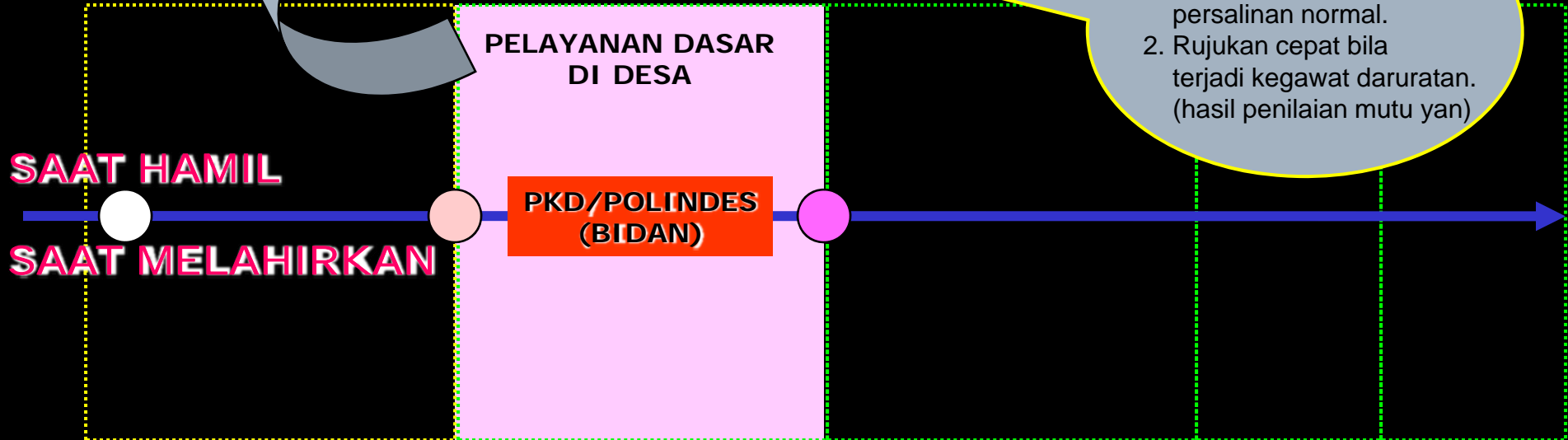
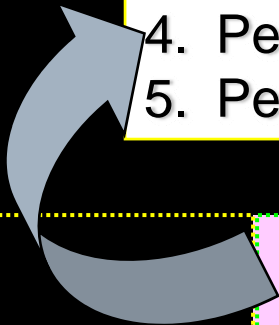
Bidan terlatih

Bidan KIT & PKD

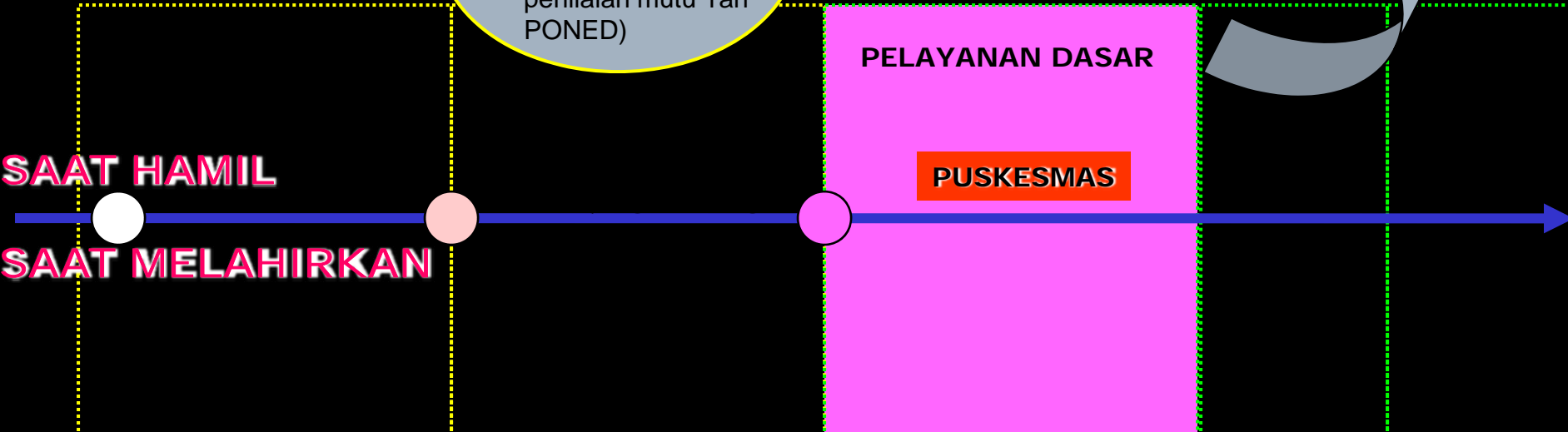
SOP Persalihan Normal
SOP Pemeriksaan Kehamilan.
SOP Pertolongan pertama bila terjadi kegawatdaruratan
Persalinan harus di PKD
Perdes/Instruksi Persalinan oleh Nakes

Bidan melaksanakan pelayanan Kesehatan berdasar standart yg ditentukan dan dibawah pengawasan dokter Puskesmas atau Dokter spesialis di wilayahnya

1. Tidak ada kematian dalam pertolongan persalinan normal.
2. Rujukan cepat bila terjadi kegawat daruratan. (hasil penilaian mutu yan)



STANDART YAN SIMPUL 3. MASALAH AKI/AKB



STANDART YAN SIMPUL 4. MASALAH AKI/AKB

- 1. Personal
- 2. Peralatan
- 3. Prosedur
- 4. Pelaksanaan
- 5. Performance

- 1. SOP PONEK
- 2. Ada penilaian Mutu Yan PONEK
- 3. Tempat persalinan melekat IGD
- 4. Ada Bank Darah

Standar Peralatan & Pelayanan PONEK

Dokter Obgen, Bidan terlatih & Perawat terlatih

Dokter Sp, Dokter Umum Bidan dan Perawat terlatih PONEK dengan pelayanan sesuai Standar

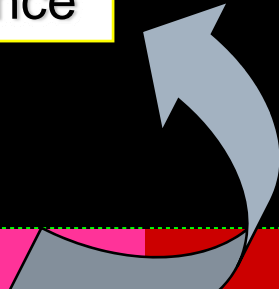
Tidak ada kematian lebih dari 48 jam.

SAAT HAMIL

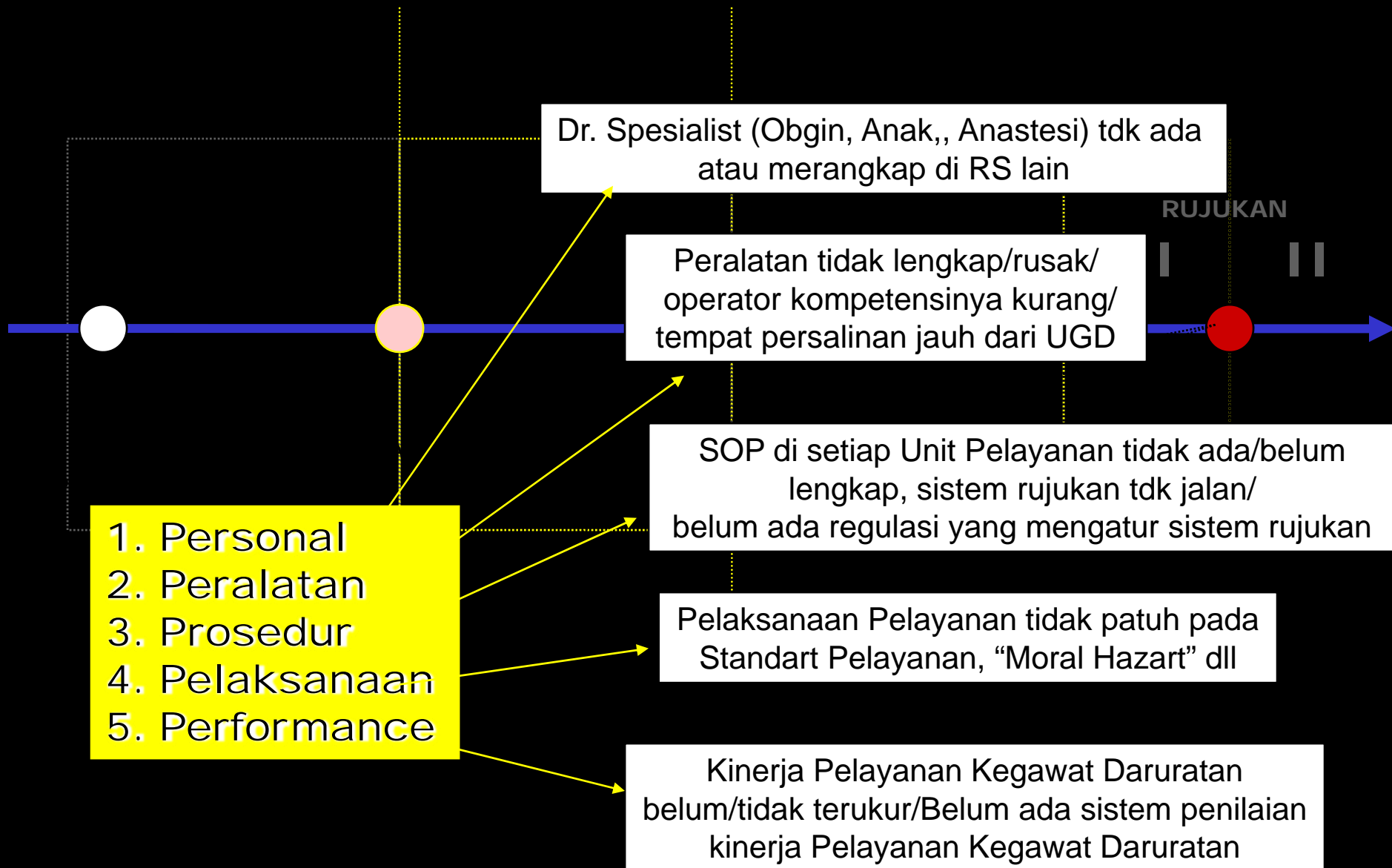
SAAT MELAHIRKAN

PELAYANAN RUJUKAN I & II

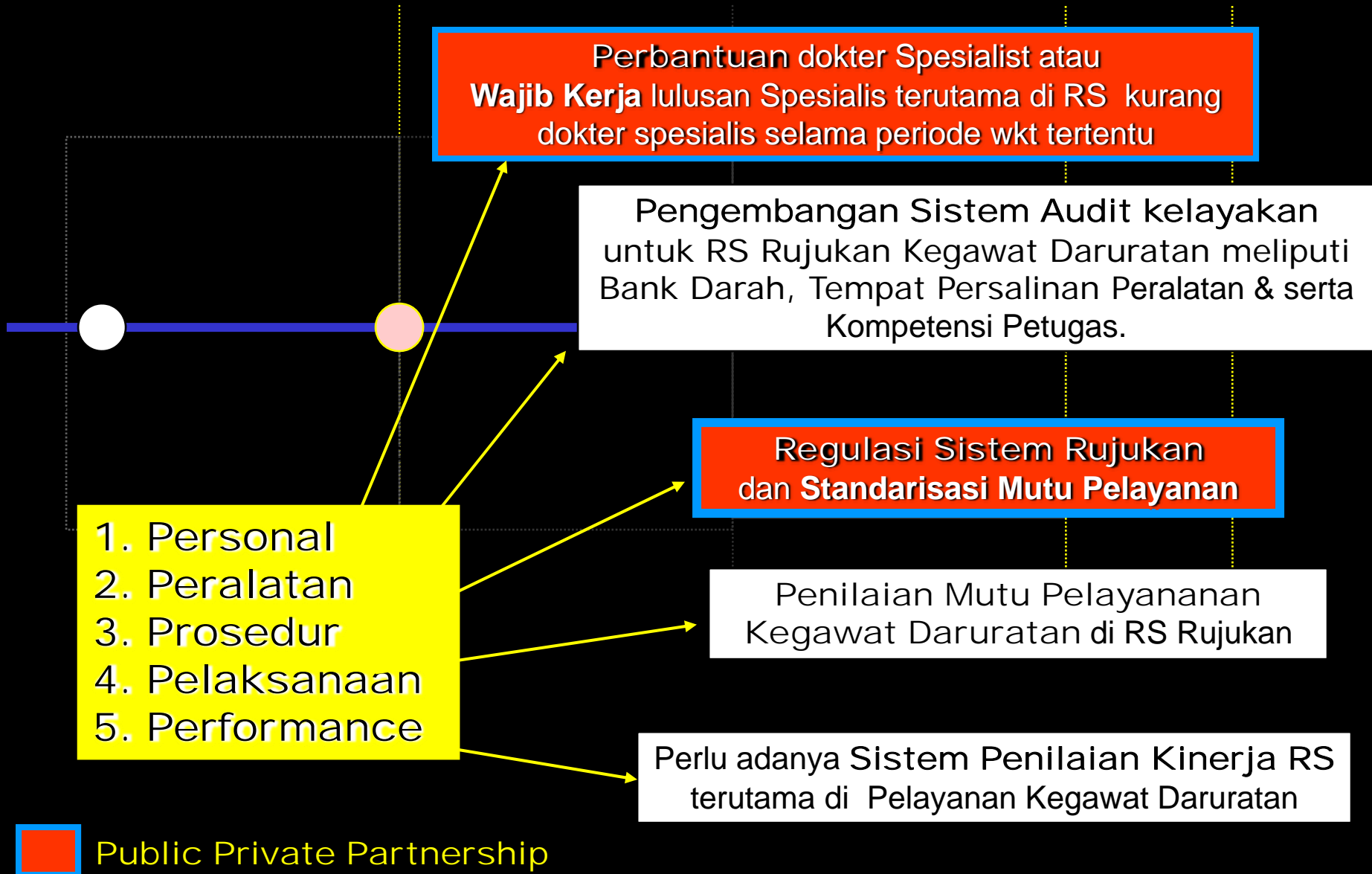
RUMAH SAKIT



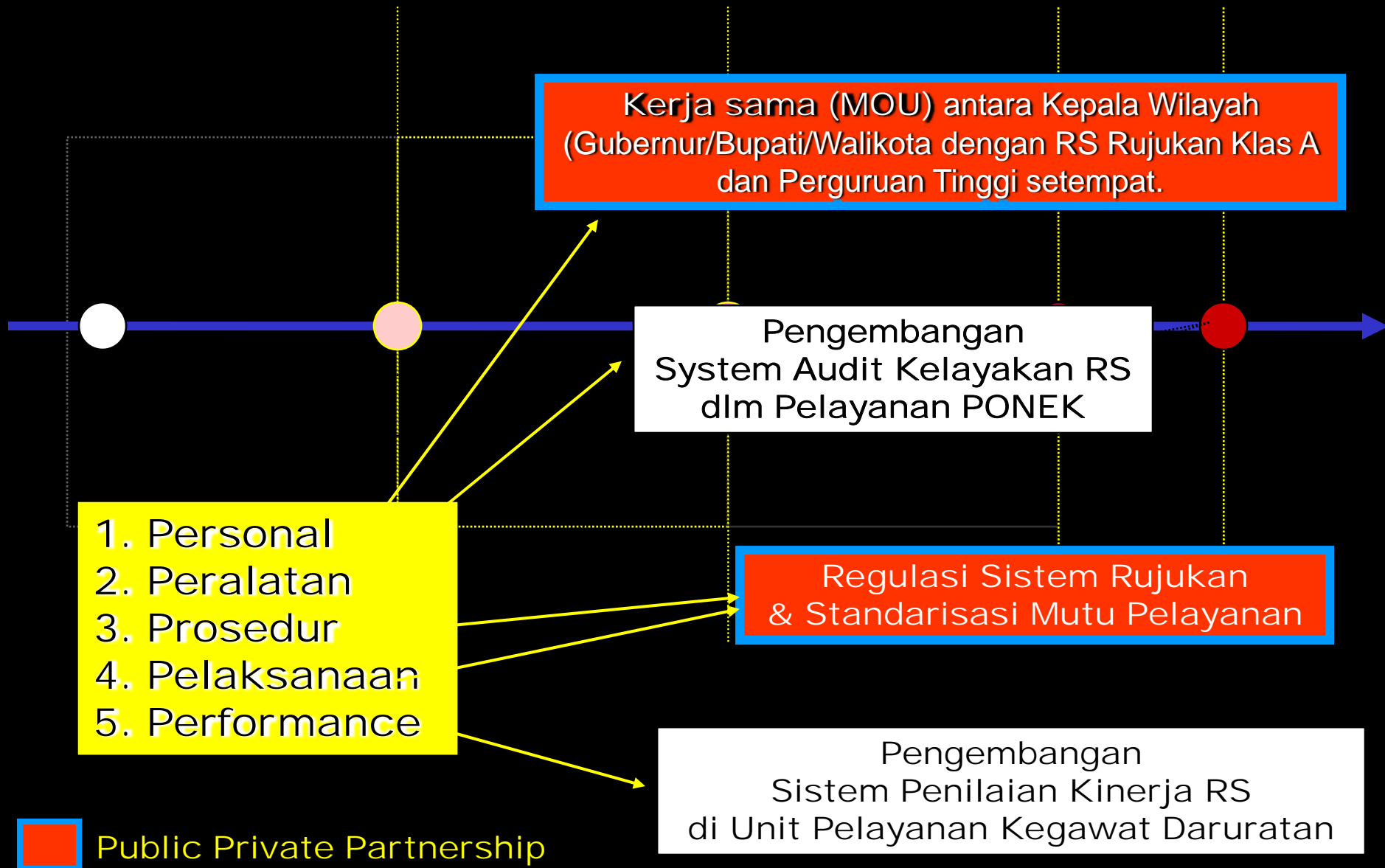
KEMUNGKINAN PENYEBAB PERMASALAHAN DI PELAYANAN KEGAWAT DARURATAN DI RS



UPAYA MENGATASI PERMASALAHAN PELAYANAN KEGAWAT DARURATAN DI RS



STRATEGI PENINGKATAN MUTU PELAYANAN KEGAWAT DARURATAN DI RS



MODEL KONSEPTUAL

Tiap kabupaten / kota harus mempunyai minimal satu RS PONEK

- Tersedianya pelayanan PONEK* menjadi tanggungjawab bersama Pemerintah Daerah, Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota bersama seluruh RS yang ada (swasta dan pemerintah) di Kabupaten tersebut.
- Tersedia pelayanan **24 jam** (baik pelayanan **kebidanan** dan **neonatal**, maupun pelayanan **penunjang**)

MODEL KONSEPTUAL

- Dokter spesialis kebidanan **on-site (24 jam)**
- Kasus kebidanan dan ginekologis yang berisiko harus dirujuk ke RS PONEK
- RS bukan PONEK jika **tidak mempunyai kemampuan** untuk menangani, harus merujuk ke RS PONEK.
- Support dari Fakultas Kedokteran (PPDS I Obsgin, PPDS I Anak, PPDS I Anestesi)

Syarat – Syarat Model tsb dapat terwujud.

- ❑ Adanya Regulasi
- ❑ Pembagian kewenangan lembaga dan profesional
- ❑ Komitmen dari pelaku : Sp. OG, Perawat, Bidan, Direktur RS, Kadinkes, PPDS I Obsgin, PPDS I Anak, PPDS I Anestesi
- ❑ Pendanaan
- ❑ Sistem rujukan yang jelas dan pasti

Implementasi Public Private (PPP) Partnership di Jawa Tengah

- ❑ Salah satu RS Private di Jawa Tengah yang sudah menerapkan PONEK 24 jam dokter spesialis on site adalah RS Emanuel Klampok Banjarnegara dengan MOU antara Dinkes Kab Banjarnegara dgn RS Emanuel Klampok Banjarnegara (MOU No. 019.6/3463, 141/PKS/IX/2009) yang mengatur rujukan dari Pusk Poned ke RS Emanuel sbg pelaksana PONEK.
- ❑ Implementasi di Kebumen: Kesepakatan Tertulis antara Dinkes Kab Kebumen dengan RS Rujukan PONEK (RSUD + 8 RS Swasta) ttg Kesepakatan PONEK 24 jam dan sistem rujukan PONEK-PONEK untuk mendukung percepatan MDGs 2015 Kab Kebumen, ditandatangani bersama pada tgl 6 Juni 2011.

Implementasi Public Private Partnership (PPP) di Jawa Tengah

- ❑ Dinkes Prov Jateng merintis kerjasama dgn FK UNS dan RS Moewardi dan FK Undip dgn RS Dr Kariadi dlm rangka pembinaan PONEK oleh kedua RS tsb kepada beberapa RS daerah yang membutuhkan
- ❑ FK UNS / RS Dr Moewardi bekerjasama dengan Dinkes Jateng akan membina Ponek di RSUD Sragen, Blora, Wonogiri, Boyolali, Kebumen.
- ❑ FK Undip / RS Dr Kariadi bekerjasama dengan Dinkes Jateng akan membina Ponek di RSUD Pemalang, Batang, Demak, dan Jepara.

Terima Kasih

