

**PERBEDAAN FAKTOR RISIKO IBU BERSALIN
BERDASARKAN JENIS FASILITAS KESEHATAN
PENGIRIM RUJUKAN**

**Studi Observasional Analitik Kasus Persalinan
di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang**

Skripsi

untuk memenuhi sebagian persyaratan
mencapai gelar Sarjana Kedokteran



Disusun oleh

Fitri Rahmawati

30101700067

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2022

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

**PERBEDAAN FAKTOR RISIKO IBU BERSALIN BERDASARKAN JENIS FASILITAS
KESEHATAN PENGIRIM RUJUKAN**

**Studi Observasional Analitik Kasus Persalinan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung
Semarang**

Telah diajukan oleh:

Fitri Rahmawati

30101700067

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji

Pada tanggal, 19 Februari 2022

dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Susunan Tim Penguji

Pembimbing I

Anggota Tim Penguji I


Dr. dr. Suryani Suliyanti, M.Kes


dr. Muslih Ashari, Sp. OG

Pembimbing II

Anggota Tim Penguji II


dr. Ratnawati, M.Kes


Dr. Suparmi, S.Si, M.Si (ERT)

Semarang, 28 Februari 2022

Fakultas Kedokteran

Universitas Islam Sultan Agung

Dekan,



Dr. dr. H. Setyo Trisnadi, S.H., Sp.KF

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Fitri Rahmawati

NIM : 30101700067

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi saya yang berjudul :

“PERBEDAAN FAKTOR RISIKO IBU BERSALIN BERDASARKAN JENIS FASILITAS KESEHATAN PENGIRIM RUJUKAN (Studi Observasional Analitik Kasus Persalinan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang)”

Adalah sepenuhnya penelitian yang saya lakukan sendiri tanpa melakukan tindakan plagiasi. Apabila saya terbukti melakukan plagiasi, saya siap menerima sanksi yang berlaku.

Semarang, 24 Desember 2021
Yang menyatakan,



Fitri Rahmawati

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Alhamdulillahirrabbi'l'amin, segala puji bagi Allah subhanahu wa ta'ala karena atas limpahan rahmat, hidayah, dan nikmat-Nya penulis mampu menyelesaikan skripsi dengan judul **“PERBEDAAN FAKTOR RISIKO IBU BERSALIN BERDASARKAN JENIS FASILITAS KESEHATAN PENGIRIM RUJUKAN (Studi Observasional Analitik Kasus Persalinan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang).”**

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Pada kesempatan ini perkenankan penulis menyampaikan ucapan banyak terima kasih kepada:

1. Dr. dr. Setyo Trisnadi, S.H.,Sp.KF selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Dr. dr. Suryani Yuliyanti, M.Kes dan dr. Ratnawati, M.Kes selaku dosen pembimbing I dan II yang telah banyak meluangkan waktu, memberikan banyak ilmu serta sabar dalam membimbing penulis menyelesaikan skripsi ini.
3. dr. H. Muslih Ashari, Sp. OG dan Dr. Suparmi S.Si, M.Si selaku dosen penguji yang juga telah sabar memberikan arahan, koreksi, serta arahan kepada penulis dalam penyelesaian skripsi ini.
4. Kedua orang tua saya Bapak Abdul Rahman, Ibu Mujiati, Serta Kakak dr. Muhammad Irwanto dan Adik Hidayatul Aulia yang telah mencurahkan

segalanya, memberikan doa, limpahan kasih sayang, fasilitas, dan dukungan yang tiada henti sehingga skripsi ini selesai.

5. Sahabat sahabat saya Khansa Nabila, Okasyati, Wiwi Aryani, Fikar Ramadhani, Haris Ihza Mahendra, Danang Setia Aji, Alka Zulfikar Fajri, Bagas Octaviano, Yudhistira Adhi Nugraha serta teman teman saya lainnya yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu, yang telah memberikan semangat kepada penulis hingga skripsi ini selesai.

Akhir kata semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan maupun bagi kemajuan dunia kedokteran.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb



Semarang, 24 Desember 2021

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
SURAT PERNYATAAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR SINGKATAN	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
INTISARI.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah.....	4
1.3. Tujuan Penelitian	4
1.3.1. Tujuan umum.....	4
1.3.2. Tujuan khusus.....	4
1.4. Manfaat Penelitian	5
1.4.1. Manfaat teoritis.....	5
1.4.2. Manfaat praktis.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1. Faktor Risiko Ibu Bersalin	6
2.1.1. Definisi	6
2.1.2. Jenis-jenis faktor risiko ibu bersalin.....	6
2.1.3. Tingkat risiko persalinan	7
2.1.4. Batasan faktor risiko.....	9
2.2. Fasilitas Kesehatan Pengirim Rujukan	10
2.2.1. Sistem rujukan	10
2.2.2. Fasilitas kesehatan	13
2.2.3. Permasalahan maternal yang membutuhkan rujukan	21

2.3. Perbedaan Faktor Risiko Ibu Bersalin Berdasarkan Jenis Fasilitas Kesehatan Pengirim Rujukan.....	24
2.4. Kerangka Teori.....	27
2.5. Kerangka Konsep.....	28
2.6. Hipotesis.....	28
BAB III METODE PENELITIAN.....	29
3.1. Jenis dan Rancangan Penelitian	29
3.2. Variabel dan Definisi Operasional	29
3.2.1. Variabel	29
3.2.2. Definisi operasional.....	29
3.3. Populasi dan Sampel	31
3.3.1. Populasi	31
3.3.2. Sampel	31
3.4. Instrumen Penelitian.....	33
3.5. Cara Penelitian	33
3.6. Alur Penelitian	35
3.7. Tempat dan Waktu Penelitian	36
3.7.1. Tempat penelitian	36
3.7.2. Waktu penelitian.....	36
3.8. Analisis Hasil	36
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	37
4.1. Hasil Penelitian	37
4.2. Pembahasan.....	44
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	50
5.1. Kesimpulan	50
5.2. Saran.....	51
DAFTAR PUSTAKA	52
LAMPIRAN.....	57

DAFTAR SINGKATAN

AGDO	: Ada Gawat Darurat Obstetri
AGO	: Ada Gawat Obstetri
APGO	: Ada Potensi Gawat Obstetri
AKI	: Angka Kematian Ibu
AIDS	: <i>Aquired Immuno Deficiency Syndrom</i>
BPM	: Bidan Praktik Mandiri
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
CS	: <i>Caesarian Section</i>
EC	: <i>Ethical Clearance</i>
Fasyankes	: Fasilitas Layanan Kesehatan
FKTP	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IMS	: Infeksi Menular Seksual
KSPR	: Kartu Skor Poedji Rochjati
KRR	: Kehamilan Risiko Rendah
KRT	: Kehamilan Risiko Tinggi
KRST	: Kehamilan Risiko Sangat Tinggi
KPD	: Ketuban Pecah Dini
OR	: <i>Odd Ratio</i>
RDR	: Rujukan Dalam Rahim
RDB	: Rujukan Dini Berencana
RTW	: Rujukan Tepat Waktu
RSI	: Rumah Sakit Islam
RSCM	: Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SRS	: <i>Sampling Registration System</i>
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TB	: Tuberkulosis

UNICEF : *United Nations International Children's Emergency Fund*

WHO : *World Health Organization*



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Penilaian Skor Faktor Risiko dalam KSPR.....	8
Tabel 4.1.	Deskripsi Variabel Penelitian.....	39
Tabel 4.2.	Deskripsi Faskes Pengirim Rujukan dan Faktor Risiko Ibu Bersalin .	43
Tabel 4.3.	Pengaruh implementasi rujukan berjenjang terhadap usia ibu hamil yang dilakukan persalinan SC di RSI Sultan Agung Semarang	43



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Kerangka Teori.....	27
Gambar 2.2. Kerangka Konsep	28
Gambar 3.1. Alur Penelitian.....	35



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kartu Skor Poedji Rochjati.....	57
Lampiran 2. Hasil Analisis Statistik	58
Lampiran 3. Ethical Clearance	66
Lampiran 4. Surat Keterangan Penelitian	67



INTISARI

Sistem rujukan kegawatan obstetri dimaksudkan agar kegawatdaruratan kehamilan dapat ditangani secara cepat dan tepat, efisien, efektif serta sesuai dengan kapabilitas dan otoritas fasilitas pelayanan kesehatan. Kondisi tersebut tercermin dengan pengiriman rujukan sesuai dengan diagnosis faktor risiko yang ditetapkan. Tujuan penelitian ini mengetahui perbedaan faktor risiko ibu bersalin berdasarkan jenis fasilitas kesehatan pengirim rujukan.

Penelitian observasional menggunakan *cross sectional design* dilakukan pada 113 kasus persalinan rujukan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang periode 2018-2019. Pengirim rujukan dibedakan atas tiga kelompok terdiri atas 1) bidan praktik mandiri, 2) puskesmas, klinik pratama, dokter praktek, rumah sakit tipe D, dan 3) rumah sakit tipe C. Faktor risiko ibu bersalin dinilai dengan Kartu Skor Poedji Rochjati dengan kategori kehamilan risiko rendah, tinggi, dan sangat tinggi. Perbedaan faktor risiko menurut fasilitas kesehatan pengirim rujukan dianalisis dengan uji *fisher exact*.

Kehamilan risiko sangat tinggi merupakan temuan yang paling dominan pada tiap faskes pengirim rujukan dibandingkan dengan kehamilan risiko tinggi dan rendah. Angka kehamilan risiko sangat tinggi di bidan praktik mandiri sebanyak 62,5%; 57,9% di puskesmas/klinik/dokter praktik/rumah sakit tipe D, dan 92,9% di rumah sakit tipe C. Berdasarkan hasil uji *fisher exact* diperoleh nilai p sebesar 0,187 ($p > 0,05$).

Kesimpulan menunjukkan tidak terdapat perbedaan faktor risiko ibu bersalin berdasarkan faskes pengirim rujukan.

Kata kunci: Faktor risiko bersalin, fasilitas kesehatan, pengirim rujukan, efektifitas ketepatan pemberian rujukan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kematian maternal akibat hamil dan bersalin berkaitan erat dengan penolong persalinan yang kurang kompeten serta ketersediaan sarana dan prasarana di lokasi bersalin yang terbatas. Kompetensi penolong persalinan dan kelengkapan sarana prasarana layanan obstetri dapat meminimalkan keterlambatan penanganan kondisi kehamilan berisiko (Nestelita *et al.*, 2019). Kedua hal tersebut dapat ditemukan pada fasilitas layanan kesehatan (fasyankes) di tingkatan yang lebih tinggi, sehingga muncul apa yang dinamakan rujukan. Pemerintah melalui penetapan sistem rujukan kegawatdaruratan obstetri berusaha untuk meminimalkan kematian maternal. Sistem rujukan tersebut dimaksudkan agar kegawatdaruratan kehamilan dapat ditangani secara cepat dan tepat, efisien, efektif serta sesuai dengan kapabilitas dan otoritas fasyankes (Razak & Ristrini, 2016). Keterlambatan dalam memberikan rujukan obstetrik berarti keterlambatan penanganan kegawatdaruratan kehamilan sehingga dapat mengancam keselamatan ibu dan janin (Wandi, 2017).

Laporan yang disampaikan oleh Prof. Abdul Kadir, Direktur Jendral Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI pada peringatan Hari Keselamatan Pasien Sedunia pada tanggal 17 September 2021 menyebutkan bahwa berdasarkan data dari *Sampling Registration System (SRS)* tahun 2018, terdapat >62% kasus kematian ibu dan bayi terjadi di rumah sakit

karena keterlambatan rujukan atau dirujuk setelah kritis (Riski, 2021; Rokom, 2021). Angka kematian ibu di fase pasca persalinan adalah yang tertinggi yaitu 40% diikuti dengan 36% pada fase persalinan dan 24% pada fase kehamilan (Rokom, 2021). Risiko kematian ibu meningkat akibat sulitnya menjangkau rumah sakit rujukan, rujukan yang tidak kompeten, keterlambatan penanganan, dan waktu transportasi ke lokasi rujukan yang lama. Kompetensi tenaga kesehatan dalam mendeteksi faktor risiko dalam kehamilan dapat meminimalkan rujukan yang tidak kompeten sehingga dapat menurunkan keterlambatan penanganan dan menurunkan kematian ibu. Menurut *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF), Puskesmas dapat berkontribusi menurunkan angka kematian ibu (AKI) sekitar 20% sedangkan sistem rujukan yang efektif dapat menurunkan AKI sekitar 80% (Sriwandoko *et al.*, 2019). Efektifitas sistem rujukan dapat dilihat jika alasan rujukan sesuai dengan tingkat kegawatdaruratan kehamilan. RSI Sultan Agung Semarang pada tahun 2017 menerima rujukan persalinan sebanyak 17,6% turun menjadi 14,9% pada tahun 2018, rujukan terbanyak berasal dari bidan dan alasan rujukan terbanyak karena kehamilan risiko tinggi (KRT).

Beberapa penelitian telah melaporkan mengenai faktor risiko dalam kehamilan dengan pemberian rujukan, antara lain penelitian di RSUD Dr. Rasidin Padang yang melaporkan bahwa keterlambatan rujukan pada kasus kehamilan berisiko tinggi masih tinggi yaitu sebesar 56,1% (Diflayzer *et al.*, 2018). Penelitian lain yang dilakukan di RSUD Gambiran Kediri

menyatakan bahwa faktor risiko kegawatdaruratan obstetri risiko tinggi berhubungan dengan pelaksanaan rujukan dan peningkatan faktor risiko kegawatdaruratan obstetri akan meningkatkan pelaksanaan rujukan terencana oleh bidan dengan nilai p sebesar 0,011 dengan nilai *odd ratio* (OR) sebesar 6,122 (IK95%: 1,879 – 19,939) (Laili *et al.*, 2017). Penelitian lain menunjukkan bahwa perawat dan bidan di Puskesmas Kema Minahasa Utara sangat berperan dalam pengambilan keputusan rujukan pada kasus obstetrik berisiko tinggi (Stevanus *et al.*, 2014). Bidan menyadari kapan harus memberikan rujukan, namun juga dapat terkendala oleh persetujuan ibu hamil atau keluarganya yang dapat terkait oleh faktor biaya persalinan (Friedman *et al.*, 2015). Pengirim rujukan yang lebih banyak berasal dari bidan terjadi karena perawatan berkelanjutan oleh bidan juga dapat meningkatkan kesehatan maternal serta neonatal dan menurunkan intervensi medis (Mortensen *et al.*, 2019). Pemberian rujukan kadang juga dapat tidak sesuai dengan faktor yang mendasarinya, akibat kurang efektifnya komunikasi antara ibu hamil, bidan, serta dokter spesialis kandungan (Cassie *et al.*, 2021). Bidan atas pengalaman yang dimiliki, sebenarnya siap menangani persalinan pada ibu hamil risiko tinggi namun pemberian rujukan yang diberikan terkadang diragukan oleh pihak faskes penerima rujukan (Ximba *et al.*, 2021).

Berdasarkan uraian yang telah dikemukakan, tampak bahwa pemberi rujukan berperan dalam penilaian risiko kehamilan, serta dapat mendukung efektifitas program rujukan maternal, namun belum banyak bukti yang

melaporkan hal tersebut. Atas alasan tersebut penting untuk diteliti faktor risiko apa saja yang dilaporkan oleh para pengirim rujukan ibu bersalin di RSI Sultan Agung Semarang, dan apakah terdapat perbedaan skor faktor risiko persalinan berdasarkan fasilitas kesehatan pengirim rujukan ibu bersalin di rumah sakit.

1.2. Rumusan Masalah

Apakah terdapat perbedaan faktor risiko ibu bersalin berdasarkan jenis fasilitas kesehatan pengirim rujukan.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan umum

Mengetahui perbedaan faktor risiko ibu bersalin berdasarkan jenis fasilitas kesehatan pengirim rujukan.

1.3.2. Tujuan khusus

- 1.3.2.1 Mengetahui faktor-faktor risiko ibu bersalin di RSI Sultan Agung Semarang.
- 1.3.2.2 Mengetahui gambaran fasilitas kesehatan pengirim rujukan ibu bersalin di RSI Sultan Agung Semarang.
- 1.3.2.3 Mengetahui proporsi faktor risiko ibu bersalin berdasarkan fasilitas kesehatan pengirim rujukan.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini nantinya diharapkan dapat menjadi bahan rujukan bagi penelitian di masa mendatang mengenai efektifitas ketepatan pemberian rujukan persalinan.

1.4.2. Manfaat praktis

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam penerimaan rujukan ibu bersalin dan penilaian efektifitas pemberlakuan sistem rujukan.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Faktor Risiko Ibu Bersalin

2.1.1. Definisi

Faktor risiko adalah sesuatu yang berpeluang meningkatkan perkembangan ke arah yang merugikan, sehingga faktor risiko ibu bersalin adalah faktor-faktor yang dapat membahayakan atau faktor penyulit pada ibu hamil saat menghadapi persalinan dan berpotensi pada kematian (Rochjati, 2011).

2.1.2. Jenis-jenis faktor risiko ibu bersalin

Setiap kehamilan dalam perkembangannya mempunyai risiko mengalami penyulit atau komplikasi, sehingga ibu hamil disarankan untuk melakukan pemeriksaan kehamilan ke tenaga kesehatan semenjak dirinya merasa hamil atau terlambat menstruasi (Kemenkes RI, 2015). Beberapa jenis penyulit atau faktor risiko pada kehamilan dan mendasari dilakukannya pemberian rujukan antara lain: riwayat seksio sesarea, perdarahan pervaginam, ketuban pecah dini (KPD), persalinan prematur (usia kehamilan <37 minggu), anemia berat, tanda/gejala infeksi, preeklamsi atau hipertensi kehamilan, dan tinggi fundus uteri (TFU) \geq 40 cm (Kemenkes RI, 2015).

2.1.3. Tingkat risiko persalinan

Risiko persalinan terbagi dalam tiga (3) tingkatan dimana dasar penetapannya dinilai dengan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) yang merupakan alat skrining *family based* untuk menemukan faktor risiko kehamilan sehingga dapat dilakukan usaha terpadu untuk mencegah dan meminimalkan risiko komplikasi obstetri saat persalinan. Kriteria tersebut meliputi: (Rochjati, 2011)

2.1.3.1. Kehamilan Risiko Rendah (KRR)

Kehamilan risiko rendah yaitu kondisi kehamilan itu sendiri tanpa adanya faktor risiko yang dinilai dengan skor dua (2). Persalinan pada KRR dapat dilakukan secara normal dengan keadaan ibu dan bayi sehat, tidak dirujuk dan dapat ditolong oleh bidan.

2.1.3.2. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT)

Kehamilan risiko tinggi memiliki total skor 6 – 10, yaitu kehamilan yang disertai dengan satu atau dua faktor risiko kehamilan baik yang berasal dari ibu ataupun dari janin. Dampak KRT berisiko pada kegawatan namun belum darurat.

2.1.3.3. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST)

Kehamilan risiko sangat tinggi (KRST) memiliki total skor ≥ 12 , yaitu ibu hamil dengan dua atau lebih faktor risiko kehamilan. KRST memerlukan ketepatan waktu

dalam melakukan tindakan rujukan serta pertolongan persalinan yang memadai oleh spesialis obsgyn di rumah sakit, karena merupakan penyebab tertinggi dari kematian maternal.

Penetapan faktor risiko bersalin menurut KSPR ditunjukkan pada Tabel 2.1 berikut:

Tabel 2.1. Penilaian Skor Faktor Risiko dalam KSPR

Kelompok Faktor Risiko	No	Masalah	Skor
I		Hamil	2
	1	Hamil I \leq 16 tahun atau \geq 35 tahun	4
	2	Hamil I setelah menikah \geq 4 tahun	4
	3	Jarak hamil \leq 2 tahun atau \geq 10 tahun	4
	4	Melahirkan anak \geq 4	4
	5	Umur \geq 35 tahun	4
	6	Tinggi badan \leq 148 cm	4
	7	Riwayat abortus	4
	8	Riwayat persalinan	
	a. Tarikan tang / vakum	4	
	b. Uri dirogoh	4	
	c. Diberi infus/transfusi	4	
	9	Riwayat persalinan sesar	8
II	10	Riwayat penyakit	4
		a. Anemia	4
		b. Malaria	4
		c. TB paru	4
		d. Payah jantung	4
		e. Diabetes melitus	4
		f. Penyakit menular seksual (PMS)	4
	11	Bengkak muka/tungkai dan tekanan darah tinggi	
12	Hamil kembar	4	
13	Hidramnion	4	
14	Bayi mati dalam kandungan	4	
15	Kehamilan lebih bulan	4	
III	16	Letak sungsang	8
	17	Letak lintang	8
	18	Perdarahan dalam kehamilan saat ini	8
	19	Preeklampsia/eklampsia	8
Total Skor			

Sumber: (Rochjati, 2011)

2.1.4. Batasan faktor risiko

Batasan faktor risiko pada kehamilan dibedakan atas tiga (3) meliputi:

2.1.4.1. Kelompok I: Ada Potensi Gawat Obstetri (APGO)

Pada kelompok ini kehamilan disebut perlu diwaspadai karena APGO baik yang dinilai sendiri oleh ibu hamil, anggota keluarganya atau oleh kader atau tenaga kesehatan. APGO tersebut diantaranya:

- 1) Hamil pertama di usia muda (≤ 16 tahun) atau primi muda,
- 2) Primi tua atau hamil pertama di usia ≥ 35 , hamil setelah ≥ 4 tahun menikah
- 3) Primi tua sekunder, ibu hamil dengan persalinan terakhir ≥ 10 tahun
- 4) Anak terkecil < 2 tahun
- 5) Grandemultipara, hamil dan melahirkan ≥ 4 kali
- 6) Tinggi badan ≤ 145 cm
- 7) Riwayat obstetri jelek: seperti keguguran berulang, lahir preterm, lahir mati, lahir hidup tetapi mati di usia < 7 hari dan lain-lain.
- 8) Riwayat operasi seksio sesaria

2.1.4.2. Kelompok II (Ada Gawat Obstetri/AGO)

Keberadaan gawat obstetri dinilai dari tanda bahaya saat hamil, persalinan dan nifas, yang berasal dari:

- 1) Penyakit pada ibu hamil karena sebab infeksi seperti malaria, tuberkulosis (TB) paru, asma, infeksi hepatitis infeksiosa, toksoplasmosis, infeksi menular seksual (IMS) seperti sifilis dan *human immunodeficiency virus* (HIV) dan *aquired immunodeficiency syndrom* (AIDS), ataupun penyakit kronis seperti jantung, diabetes mellitus, dan kelainan kelenjar tiroid *human*.
- 2) Preeklamsia ringan
- 3) Gemeli atau kehamilan kembar
- 4) Hidramnion atau hamil kembar ari
- 5) Kematian janin dalam rahim
- 6) Letak janin (sungsang, lintang)
- 7) Hamil serotinus, umur kehamilan ≥ 42 minggu.

2.1.4.3. Kelompok III (Ada Gawat Darurat Obstetri/AGDO)

Batasan faktor risiko di kelompok III ini meliputi perdarahan antepartum dan eklamsia (preeklamsia berat)

2.2. Fasilitas Kesehatan Pengirim Rujukan

2.2.1. Sistem rujukan

Sistem rujukan merupakan pengorganisasian layanan kesehatan secara timbal balik dalam mengatur pendelegasian tugas

dan tanggung jawab baik secara horizontal (antar layanan kesehatan yang setingkat) maupun secara vertikal (antar layanan kesehatan berjenjang). Sistem rujukan berlaku wajib bagi peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial yang difasilitasi oleh Pemerintah Pusat, Daerah atau pemberi layanan kesehatan, namun juga bisa diberlakukan untuk pasien umum (Kemenkes RI, 2012).

Rujukan berlaku jika suatu layanan kesehatan karena keterbatasan sarana prasarana atau sumber daya sehingga tidak mampu menangani keluhan atau permasalahan kesehatan pasien, atau karena tidak termasuk dalam ranah kompetensi dan kewenangan pemberi layanan. Proses pemberian rujukan membutuhkan persetujuan pasien atau keluarga pasien setelah dilakukan penjelasan mengenai permasalahan kesehatan pasien (Kemenkes RI, 2012).

Sistem rujukan layanan kesehatan yang berlaku saat ini di Indonesia merupakan sistem rujukan berjenjang dimana pelayanan kesehatan diberikan dari layanan primer terlebih dahulu berikutnya ke layanan sekunder dan tersier. Namun dalam kasus obstetri (persalinan) karena terutama yang masuk dalam kategori kegawatdaruratan bisa langsung mengakses layanan kesehatan yang lebih tinggi (Wibisana, 2019).

Perolehan surat rujukan untuk ibu bersalin ke faskes lanjutan mensyaratkan surat rujukan dari FKTP terlebih dulu berdasarkan

penilaian tingkat risiko/diagnosis dari dokter atau bidan yang menangani ibu hamil di FKTP. Keinginan rujukan bersalin di faskes lanjutan tidak bisa karena keinginan sendiri. Rujukan persalinan di faskes lanjutan bisa dilakukan jika terdapat kondisi kegawatdaruratan seperti perdarahan, eklampsia, KPD, *fetal distress* atau gawat janin serta kondisi lain yang berisiko pada mortalitas ibu dan bayi (BPJS Kesehatan, 2014).

Dasar pemberian rujukan obstetri umumnya berasal dari keberadaan faktor risiko atau komplikasi pada kehamilan. Deteksi faktor risiko kehamilan yang terlambat dapat menunda proses keputusan pemberian rujukan (Palimbo *et al.*, 2015). Deteksi faktor risiko kehamilan dapat dilakukan oleh masyarakat (kader) ataupun tenaga kesehatan dari mulai bidan desa hingga spesialis obstetri. Kader dapat mendeteksi dini tanda bahaya dan masalah kehamilan dan memberikan rujukan ke fasilitas kesehatan tingkat pertama atau FKTP (Puskesmas dan jaringannya serta bidan/dokter praktik swasta) untuk menentukan tingkat kegawatdaruratan. (Kemenkes RI, 2015). Indikasi rujukan kasus kegawatdaruratan kehamilan antara lain meliputi riwayat seksio sesaria, perdarahan per vaginam, persalinan preterm, KPD, anemia berat, tanda/gejala infeksi, preeklamsia, dan TFU ≥ 40 (Kemenkes RI, 2014a). Pengambilan keputusan rujukan terkait dengan pengetahuan serta sikap pemberi

rujukan, terutama pada bidan baik yang bekerja di FKTP maupun di praktek mandiri/swasta (Diflayzer *et al.*, 2018)

2.2.2. Fasilitas kesehatan

Fasilitas kesehatan atau fasyankes merupakan tempat penyelenggara usaha layanan kesehatan baik secara promotif (melalui pemberian edukasi), pencegahan, pengobatan dan pemulihan yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah ataupun masyarakat (swasta) (Kemenkes RI, 2012). Faskes adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya penanganan kesehatan baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat (Prajitno, 2021).

Fasilitas kesehatan yang bertindak sebagai pengirim rujukan terkait dengan sistem rujukan maternal bisa berasal dari FKTP atau faskes tingkat kedua. Fasyankes di tingkat pertama antara lain berasal dari puskesmas, dokter praktik swasta, klinik pratama, klinik umum di suatu lembaga layanan kesehatan serta rumah sakit pratama ataupun dari perawat dan juga bidan sedangkan untuk faskes tingkat kedua dapat berasal dari penyelenggara pelayanan kesehatan spesialistik yang dilakukan oleh dokter spesialis atau dokter gigi spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialistik (Kemenkes RI, 2012).

2.2.2.1. Bidan Praktik Mandiri (BPM)

Ketentuan mengenai BPM diatur dalam PMK No. 28 Tahun 2017 yang dalam peraturan tersebut BPM adalah perempuan yang telah lulus dari pendidikan bidan dan telah teregistrasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang menyelenggarakan rangkaian kegiatan pelayanan kebidanan secara perorangan (Kemenkes RI, 2017).

Bidan yang dapat menyelenggarakan BPM sekurang-kurangnya memiliki kualifikasi jenjang pendidikan diploma tiga kebidanan dan telah memiliki surat tanda registrasi bidan (STRB) dan surat ijin praktik bidan (SIPB). Pelayanan kesehatan yang menjadi wewenang BPM antara lain pelayanan kesehatan ibu (pelayanan masa sebelum dan selama hamil, masa nifas, masa menyusui dan masa antara dua kehamilan), pelayanan kesehatan anak, serta kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana (KB). Terkait dengan pelayanan kesehatan ibu wewenang bidan yaitu meliputi episiotomi, pertolongan persalinan normal, penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II, penanganan kegawat-daruratan dilanjutkan dengan rujukan, pemberian TTD pada ibu hamil, pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas, melakukan bimbingan inisiasi menyusui dini (IMD)

dan promosi ASI eksklusif, pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala III dan postpartum, penyuluhan dan konseling, bimbingan pada kelompok ibu hamil, serta pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran (Kemenkes RI, 2017).

2.2.2.2. Klinik

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No. 9 Tahun 2014 tentang Klinik disebutkan bahwa klinik adalah faskes perorangan yang menyediakan layanan medis dasar dan/atau spesialistik. Klinik menurut jenis pelayanannya dibedakan atas klinik pratama dan klinik utama. Klinik pratama menyelenggarakan pelayanan medik dasar baik umum maupun khusus, sedangkan klinik utama menyelenggarakan pelayanan medis spesialistik atau dasar dan spesialistik (Kemenkes RI, 2014b).

Terkait dengan tindakan bedah, klinik pratama hanya dapat melakukan bedah minor tanpa anestesi umum dan/atau spinal, sedangkan klinik utama yang dapat melakukan tindakan bedah kecuali untuk tindakan bedah yang membutuhkan anestesi umum dengan inhalasi dan/atau spinal, bedah moderat berisiko tinggi, serta bedah mayor (Prajitno, 2021).

2.2.2.3. Dokter Praktik/Praktik Mandiri Dokter

Perihal Praktik Mandiri Dokter diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 2052/Menkes/Per/X/2011 mengenai Ijin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran. Praktik mandiri dokter adalah upaya kesehatan yang diberikan secara individu oleh dokter, dokter spesialis, dokter gigi ataupun dokter gigi spesialis lulusan pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi baik di dalam negeri maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku (KKI, 2016).

Praktik kedokteran yang dilakukan secara mandiri harus telah memenuhi persyaratan kelayakan dan kepatutan dan diukung oleh sumber daya manusia, prasarana, sarana, peralatan, sistem-sistem, serta logistik yang optimal sesuai dengan tingkatan dan lokasi praktik. Setelah persyaratan-persyaratan tersebut terpenuhi maka dokter yang melakukan praktik secara mandiri harus (KKI, 2016):

- 1) Memberikan asuhan klinik kepada pasien sesuai standar profesi, operasional prosedur, dan pelayanan medik, norma-norma etika, ketentuan disiplin profesi serta ketentuan-ketentuan hukum negara.
- 2) Memelihara hubungan yang kondusif dengan pasien

- 3) Menjadi pendidik yang baik bagi pasien dan keluarganya
- 4) Bekerjasama secara efektif dengan sejawat klinis dan nonklinis
- 5) Bersikap dan berperilaku jujur serta memiliki integritas tinggi
- 6) Sehat dan bugar fisik maupun psikis saat memberikan tindakan medis

2.2.2.4. Puskesmas

Puskesmas merupakan unit pelaksana fungsional yang berfungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan serta pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan kegiatannya secara menyeluruh, terintegrasi dan berkelanjutan pada suatu masyarakat yang tinggal dalam suatu wilayah. Puskesmas menurut Permenkes RI No. 43 Tahun 2019 adalah faskes penyelenggara kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan tingkat pertama, terutama dalam hal upaya promotif serta preventif di wilayah kerja puskesmas terkait (Kamalia, 2022).

Peran puskesmas dalam pembangunan kesehatan yaitu dalam upaya kesehatan wajib dan upaya pengembangan. Upaya kesehatan wajib meliputi promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan ibu dan anak (KIA),

pemberantasan penyakit menular (P2M), gizi masyarakat serta pengobatan dasar. Sedangkan peran puskesmas dalam upaya pengembangan disesuaikan dengan kondisi lingkungan serta kemampuan yang dimiliki (*local specific*) (Kamalia, 2022).

Puskesmas dalam melakukan pelayanan kebidanan dibedakan atas puskesmas Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) dan Non PONED. Puskesmas PONED memiliki fasilitas serta kemampuan melakukan penanganan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal dasar dan termasuk puskesmas yang harus siap 24 jam. Puskesmas PONED biasanya menjadi lokasi rujukan bagi kasus-kasus rujukan masyarakat baik yang datang secara mandiri ataupun dirujuk oleh Posyandu, pelayanan perorangan tingkat pertama seperti praktik dokter atau bidan mandiri, dan rujukan dari puskesmas Non-PONED sekitar (Kemenkes RI, 2013).

Puskesmas PONED berwenang untuk melakukan rujukan ke rumah sakit Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) ataupun Non-PONEK jika terdapat risiko kehamilan seperti: panggul sempit, riwayat SC, perdarahan antepartum, preeklampsia berat/eklampsia, KPD, TFU > 40 cm, primipara fase aktif kala I dengan penurunan kepala 5/5 h, anemia berat,

disproporsi kepala panggul, dan komorbid DM serta kelainan jantung (Kemenkes RI, 2013).

2.2.2.5. Rumah Sakit

Rumah sakit adalah organisasi dengan tenaga medis profesional terorganisir serta sarana kedokteran permanen yang menyelenggarakan pelayanan kedokteran dan asuhan keperawatan berkelanjutan, diagnosis serta pengobatan penyakit pasien. Rumah sakit adalah salah satu penyelenggara layanan kesehatan yang meliputi pendekatan pemeliharaan, promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat, dilaksanakan secara menyeluruh, terintegrasi dan juga berkelanjutan. Sementara itu menurut UU RI No. 44 Tahun 2009 rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan penyelenggara kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan layanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (Kamalia, 2022).

Rumah sakit memiliki peran menyelenggarakan upaya kesehatan dasar dan tingkat lanjutan (rujukan), pendidikan, latihan dan penelitian kesehatan. Rumah sakit diharapkan memiliki lima fungsi yang meliputi (Kamalia, 2022):

- 1) harus memiliki pelayanan rawat inap dengan fasilitas diagnostik dan terapeutik,

- 2) harus memiliki pelayanan rawat jalan
- 3) memiliki tugas untuk pendidikan dan latihan
- 4) melakukan penelitian kedokteran dan kesehatan
- 5) memiliki tugas dan tanggung jawab pada program pencegahan penyakit dan penyuluhan kesehatan bagi populasi di sekitarnya

Departemen Kesehatan RI (2008) mensyaratkan jenis pelayanan minimal untuk rumah sakit yang meliputi pelayanan: gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, bedah, persalinan dan perinatologi, intensif, radiologi, laboratorium patologi klinik, rehabilitasi medik, farmasi, gizi, transfusi darah, keluarga miskin, rekam medis, pengelolaan limbah, administrasi dan manajemen, ambulance/kereta jenazah, pemulasaraan jenazah, *laundry*, pemeliharaan sarana rumah sakit, dan pencegahan pengendalian infeksi (Kamalia, 2022).

Rumah sakit diklasifikasikan atas rumah sakit tipe E yaitu rumah sakit yang hanya menyelenggarakan satu macam pelayanan kedokteran, tipe D dengan jenis pelayanan dokter umum dan dokter gigi, tipe C dengan empat jenis pelayanan spesialis terbatas, tipe B dengan jenis layanan spesialis yang lebih luas dan sub spesialis terbatas, serta tipe A yang memiliki pelayanan spesialis dan subspecialis lebih luas (Kamalia, 2022).

2.2.3. Permasalahan maternal yang membutuhkan rujukan

Permasalahan maternal yang membutuhkan rujukan diantaranya meliputi:

2.2.3.1. Riwayat seksio sesarea atau *caesarian section* (SC)

Keberadaan riwayat CS di persalinan sebelumnya dapat meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas karena terkait dengan parut uterus. Bekas luka sayat/bedah pada CS juga dapat berkomplikasi pada plasenta previa, abruptio plasenta, dan ruptur uteri. Plasenta previa dapat berdampak pada perdarahan antepartum dan bisa menjadi indikasi persalinan SC di kehamilan selanjutnya sehingga dibutuhkan pemberian rujukan (Suryawinata & Islamy, 2019).

2.2.3.2. Perdarahan pervaginam

Perdarahan pervaginam adalah perdarahan mencapai ≥ 500 ml pasca persalinan pervaginam yang dapat menyebabkan syok dan kematian maternal. Perdarahan pervaginam juga berdampak pada morbiditas seperti anemia, kelelahan, risiko transfusi darah, dan depresi serta sindroma Sheehan's akibat perdarahan hebat yang menyebabkan nekrosis lobus anterior. Risiko-risiko perdarahan pervaginam tersebut menjadi indikasi rujukan (Simanjuntak, 2020).

2.2.3.3. Persalinan prematur

Persalinan prematur berisiko langsung pada morbiditas dan mortalitas maternal, janin serta bayi baru lahir. Pada janin, persalinan prematur berakibat kematian intrauterin dan restriksi pertumbuhan. Pada maternal menyebabkan onset sepsis dini, perdarahan intraventrikel, anemia, dan konstipasi. Pada bayi baru lahir berisiko serebral palsy, defisit saraf kognitif, disfungsi paru, dan gangguan penglihatan (Surya & Pudyastuti, 2019).

2.2.3.4. Ketuban pecah dini

Ketuban pecah dini masuk dalam indikasi rujukan karena berkaitan dengan penyulit persalinan prematur dan risiko infeksi koriamnionitis hingga sepsis yang dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan infeksi maternal. Kasus KPD membutuhkan pertolongan di layanan kesehatan yang lengkap (Arifarahmi, 2016).

2.2.3.5. Anemia berat

Anemia berat menjadi indikasi rujukan karena pada kasus anemia berat ibu mengalami defisiensi zat darah merah atau hemoglobin sehingga membutuhkan transfusi darah. Anemia berat pada ibu hamil yang sedang menghadapi persalinan dapat menyebabkan partus lama, sepsis puerperalis serta kematian ibu dan janin (Latifah *et al.*, 2017).

2.2.3.6. Tanda/gejala infeksi

Keberadaan tanda/gejala infeksi menjadi indikasi rujukan maternal karena selain dari risiko mortalitas dan morbiditas yang tinggi, juga rentan terjadi disabilitas jangka panjang pada ibu seperti nyeri panggul kronis, penyumbatan tuba fallopi, dan infertilitas sekunder. Keberadaan tanda/gejala infeksi sebelum dan selama persalinan juga menjadi penyebab kematian bayi baru lahir (WHO, 2015).

2.2.3.7. Preeklamsia

Preeklamsia adalah kondisi khas dari kehamilan yang dicirikan dengan disfungsi plasenta dan respon maternal pada peradangan sistemik dengan aktivasi endotel serta koagulasi. Preeklamsia terdeteksi sebagai onset hipertensi di usia kehamilan 20 minggu dengan komorbid disfungsi organ. Kondisi preeklamsia membutuhkan layanan rujukan yang tepat dan cepat untuk menghindari risiko terburuk yaitu mortalitas maternal (Baiti & Cahyanti, 2018).

2.2.3.8. Tinggi fundus uteri ≥ 40 cm

Tinggi fundus uteri (TFU) ≥ 40 cm mengindikasikan makrosomia atau bayi besar yang menjadi faktor predisposisi distonia bahu dan perdarahan postpartum sehingga menjadi alasan indikasi rujukan (Hermawati *et al.*, 2017).

2.3. Perbedaan Faktor Risiko Ibu Bersalin Berdasarkan Jenis Fasilitas Kesehatan Pengirim Rujukan

Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang merupakan rumah sakit tipe B yang menerima pasien rujukan baik dari FKTP atau rumah sakit di lokasi sekitarnya yaitu dalam Kota Semarang ataupun rumah sakit di luar kota. Rujukan ibu bersalin di rumah sakit ini pada tahun 2017 mencapai angka 177 kasus (13,1%) dari semua kasus persalinan, sedangkan pada tahun 2018 dan 2019 masing-masing sebanyak 11,0% dan 18,4%. Selama tiga tahun tersebut, fasilitas pelayanan kesehatan pengirim rujukan ibu bersalin terbanyak (66,7%) berasal dari bidan praktik mandiri (BPM) dan 25% dari Puskesmas, 17% dari rumah sakit lain dan sisanya dari klinik pratama/klinik umum serta dokter praktek umum. Kasus atau faktor risiko rujukan utama ibu bersalin dari BPM terbanyak adalah KPD diikuti dengan partus macet, sedangkan dari Puskesmas dan rumah sakit lain KPD diikuti oleh preeklampsia (Rekam Medis RSI Sultan Agung, 2019). Dilihat dari faktor risiko utama tampak bahwa tidak terdapat perbedaan faktor risiko ibu bersalin menurut fasilitas kesehatan (faskes) pengirim rujukan, namun mengingat setiap ibu bersalin bisa memiliki faktor risiko lebih dari satu maka terdapat kemungkinan ada perbedaan faktor risiko ibu bersalin menurut jenis layanan kesehatan pengirim rujukan karena setiap faskes memiliki keterbatasan sumber daya dan sarana prasarana, kompetensi, tanggung jawab serta wewenang berbeda sehingga faktor risiko ibu bersalin yang menjadi alasan atau indikasi rujukan bisa berbeda. Penelitian

sebelumnya yang dilakukan di RSI Sultan Agung Semarang menunjukkan bahwa diagnosis persalinan *sectio caesarean* rujukan terbanyak yaitu sekitar 64% adalah karena kehamilan risiko sangat tinggi (KRST) dan sisanya sebagai kehamilan risiko tinggi (KRT), hanya 0,1% pada kehamilan risiko rendah (KRR) (Saputri *et al.*, 2021).

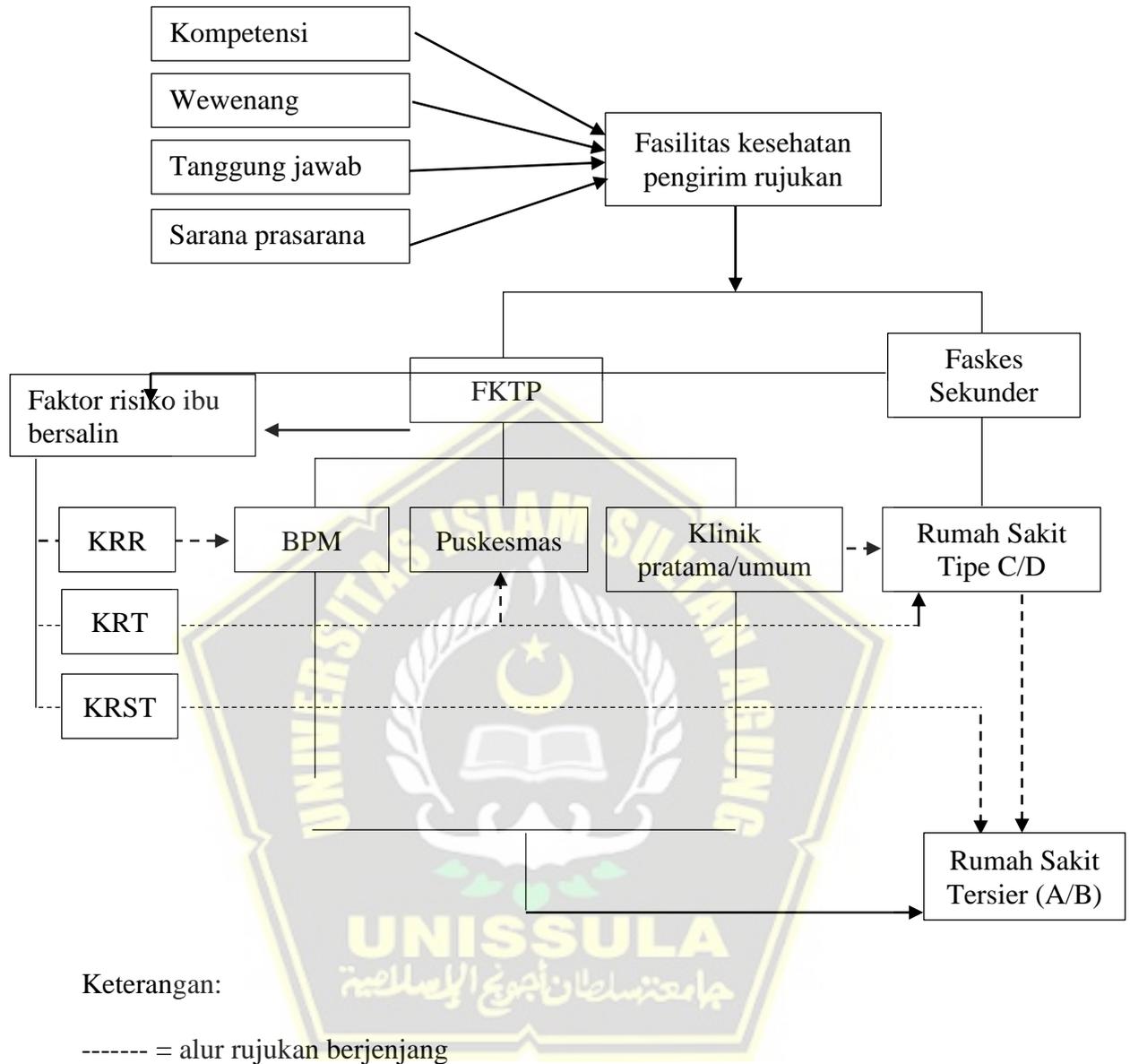
Pada penerapan implementasi rujukan berjenjang, untuk status kehamilan KRR perawatan dilakukan oleh bidan dan tidak ada rujukan, lokasi persalinan dilakukan di Polindes dengan penolong persalinan bidan (Rochjati, 2011). Bidan menjadi pilihan rencana tempat bersalin terbanyak oleh ibu hamil atas pertimbangan keterjangkauan lokasi, biaya lebih rendah dan juga pengalaman membantu persalinan (Friedman *et al.*, 2015; Ximba *et al.*, 2021). Perawatan berkelanjutan oleh bidan dapat meningkatkan kesehatan maternal serta neonatal dan menurunkan intervensi medis (Mortensen *et al.*, 2019).

Pada KRT perawatan kehamilan disarankan dilakukan oleh bidan atau dokter dengan rujukan ke Puskesmas atau rumah sakit dengan penolong persalinan bidan dan dokter, sedangkan untuk KRST perawatan kehamilan ataupun persalinan disarankan dirujuk ke rumah sakit dengan penolong persalinan oleh dokter. Berdasarkan batasan faktor risiko kehamilan, baik APGO, AGO, maupun AGDO diterapkan rujukan dini berencana (RDB), rujukan dalam rahim (RDR), ataupun rujukan tepat waktu (RTW) (Rochjati, 2011). Pengiriman rujukan direkomendasikan sesuai dengan tingginya derajat faktor risiko, namun ada kalanya dukungan

tim klinis yang kurang, pembatasan jumlah/kuota rujukan ke tim ahli, hambatan faktor sosial seperti suku, agama/kepercayaan, tingkat pendidikan, pekerjaan dan sumber biaya serta kompetensi kebidanan juga bisa menjadi alasan (Friedman *et al.*, 2015).

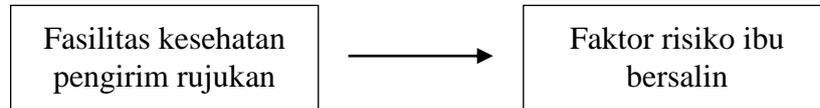


2.4. Kerangka Teori



Gambar 2.1. Kerangka Teori

2.5. Kerangka Konsep



Gambar 2.2. Kerangka Konsep

2.6. Hipotesis

Terdapat perbedaan faktor risiko ibu bersalin berdasarkan jenis fasilitas kesehatan pengirim rujukan.



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini termasuk dalam jenis observasional analitik dengan rancangan *cross sectional*, yang bertujuan untuk menganalisis perbedaan faktor risiko ibu bersalin menurut faskes pengirim rujukan dimana pengukuran variabel-variabelnya dilakukan dalam sekali waktu yang sama.

3.2. Variabel dan Definisi Operasional

3.2.1. Variabel

3.2.1.1. Variabel Bebas

Fasilitas kesehatan pengirim rujukan

3.2.1.2. Variabel Terikat

Faktor risiko ibu bersalin

3.2.2. Definisi operasional

3.2.2.1. Fasilitas kesehatan pengirim rujukan

Fasilitas kesehatan pengirim rujukan adalah penyelenggara layanan kesehatan yang mengirim/merujuk ibu hamil yang akan bersalin ke RSI Sultan Agung Semarang, dibedakan menurut PMK No. 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan, yang meliputi (Kemenkes RI, 2012):

- 1) Bidan Praktik Mandiri atau Swasta (BPM)

2) Puskesmas, Klinik Umum/Klinik Pratama, Dokter Praktik, Rumah Sakit tipe D

3) Rumah sakit tipe C

Skala: ordinal

3.2.2.2. Faktor risiko ibu bersalin

Faktor risiko ibu bersalin adalah faktor-faktor yang menjadi penyulit atau berisiko komplikasi dan mengancam jiwa ibu maupun janin yang dikandungnya. Faktor risiko ibu bersalin dinilai menurut KSPR. Skoring faktor risiko didasarkan batasan faktor risiko, yaitu skor awal untuk kehamilan sebesar 2, skor batasan faktor risiko kelompok I (APGO) dan II (AGO) dengan besar skor 4 kecuali untuk riwayat SC dengan skor 8, dan kelompok III (AGDO) dengan besar skor 8 untuk tiap masalah (skoring tiap masalah/faktor risiko terlampir). Tiap masalah/faktor risiko yang dimiliki oleh ibu bersalin ditotal kemudian dibedakan atas (Rochjati, 2011):

- 1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) jika total skor dalam KSPR = 2 (hamil saja tanpa faktor risiko)
- 2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) jika total skor dalam KSPR = 6-10
- 3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) jika total skor dalam KSPR ≥ 12

Skala: Ordinal

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1. Populasi

3.3.1.1. Populasi Target

Ibu bersalin rujukan di RSI Sultan Agung Semarang

3.3.1.2. Populasi Terjangkau

Ibu bersalin rujukan di RSI Sultan Agung Semarang
periode tahun 2018 s/d 2019.

3.3.2. Sampel

Sampel penelitian yaitu ibu bersalin rujukan di RSI Sultan Agung Semarang periode periode tahun 2018 s/d 2019 yang memenuhi kriteria sebagai berikut:

3.3.2.1. Kriteria Sampel

a. Kriteria inklusi

1. Ibu hamil yang bersalin di RSIA Semarang atas rujukan dari faskes lain

2. Tersedia data faskes pengirim rujukan

b. Kriteria eksklusi

Data rekam medis tidak lengkap

3.3.2.2. Besar Sampel

Besar sampel minimal penelitian ini dihitung menurut rumus uji hipotesis populasi proporsi dua sisi dengan rumus sebagai berikut:

$$n = \left(\frac{Z_{1-\alpha/2} \sqrt{P_1(1-P_1)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_2(1-P_2)}}{(P_1 - P_2)^2} \right)^2$$

Keterangan :

Z_{α} : tingkat kesalahan I pada α sebesar 0,05 yaitu 1,96

Z_{β} : kekuatan uji sebesar 80% yaitu 0,842

P_1 : proporsi ibu bersalin rujukan di RSI Sultan Agung

Semarang = 64,9%

P_2 : proporsi ibu bersalin non rujukan di RSI Sultan Agung

Semarang = 35,1%

$$n = \left(\frac{1,96 \sqrt{0,649(1-0,351)} + 0,842 \sqrt{0,351(1-0,649)}}{(0,649-0,351)^2} \right)^2$$

= 21

Berdasarkan rumus maka jumlah minimal sampel yang harus dipenuhi adalah 21 ibu bersalin rujukan di RSI Sultan Agung Semarang.

3.3.2.3. Teknik *Sampling*

Teknik *sampling* yang digunakan pada penelitian ini yaitu *total sampling*, dimana semua anggota populasi

terjangkau yang telah melewati skrining sampel sesuai kriteria inklusi dan eksklusi dimasukkan sebagai sampel penelitian.

3.4. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian ini terdiri atas alat tulis, lembar observasi yang berisi tentang usia ibu, pengirim rujukan bersalin di RSI Sultan Agung Semarang, dan faktor-faktor risiko yang mendasari dilakukannya rujukan, KSPR, serta data rekam medis pasien ibu bersalin rujukan di RSI Sultan Agung Semarang.

3.5. Cara Penelitian

3.5.1. Menyusun proposal penelitian

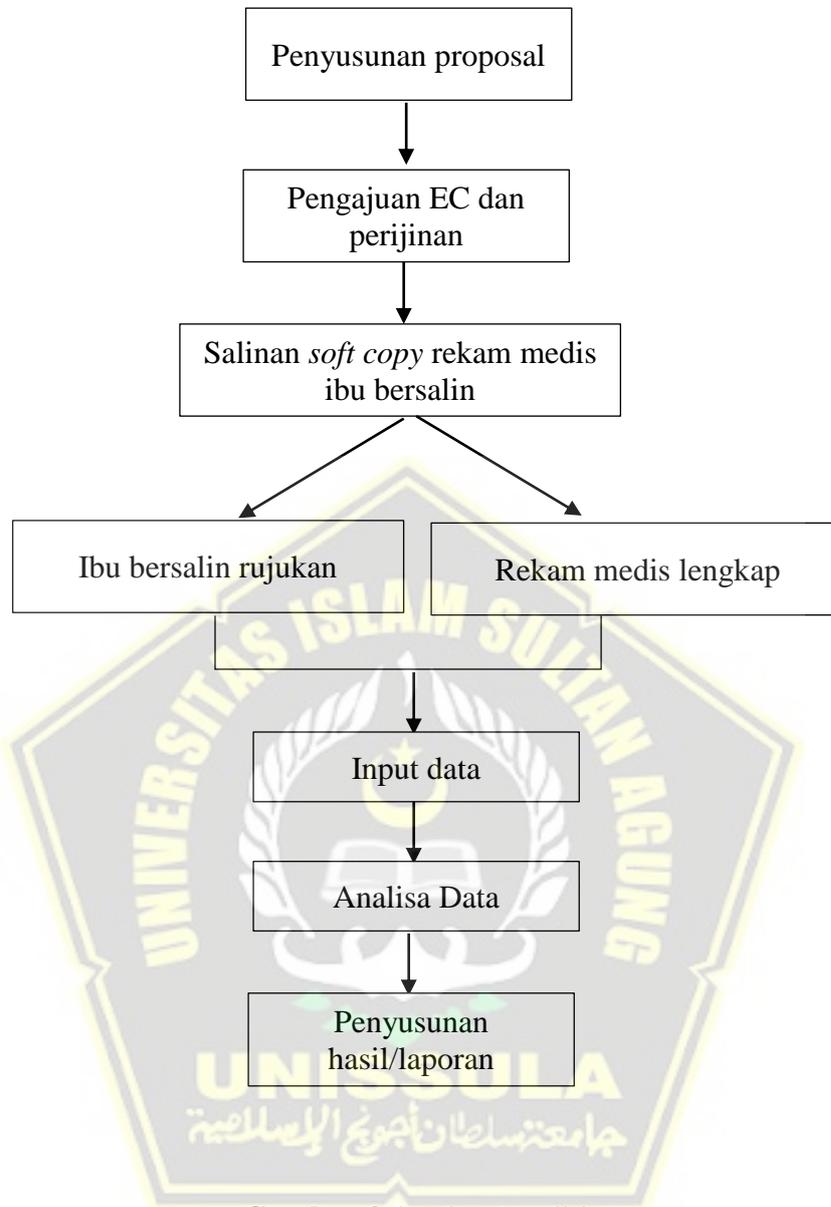
3.5.2. Pengajuan *ethical clearance* dan perijinan, setelah mendapat persetujuan dilakukan pengambilan data dengan cara meminta salinan rekam medis pasien ibu bersalin dari RSI Sultan Agung Semarang dalam bentuk *soft copy*, kemudian memilih pasien ibu bersalin rujukan dengan data rekam medis lengkap sesuai yang dibutuhkan diantaranya tertera mengenai usia ibu, riwayat obstetri, faskes pengirim rujukan, dan alasan dirujuk.

3.5.3. Merekap data-data yang dibutuhkan seperti umur ibu, riwayat obstetri, dan faktor-faktor risiko atau indikasi rujukan dari faskes pengirim rujukan.

- 3.5.4. Melakukan koding pada data-data yang telah dikumpulkan dari soft copy rekam medis ibu bersalin.
- 3.5.5. Melakukan analisis/pengolahan data dengan *Statistical Product and Service Solutions* (SPSS)
- 3.5.6. Menyusun laporan hasil penelitian



3.6. Alur Penelitian



Gambar 3.1. Alur Penelitian

3.7. Tempat dan Waktu Penelitian

3.7.1. Tempat penelitian

Penelitian dilakukan di bagian Rekam Medis RSI Sultan Agung Semarang.

3.7.2. Waktu penelitian

Waktu penelitian yaitu pada bulan November 2021.

3.8. Analisis Hasil

Analisis data penelitian ini dilakukan dengan analisis deskriptif dan inferensial. Analisis deskriptif dilakukan untuk menggambarkan tiap-tiap variabel penelitian yang meliputi gambaran tentang faskes pengirim rujukan dan faktor risiko ibu bersalin, sedangkan analisis inferensial dilakukan untuk menjawab hipotesis yang diajukan. Analisis inferensial dilakukan dengan uji *fisher exact* karena syarat *chi square* tidak terpenuhi, yaitu terdapat 44,4% sel yang memiliki nilai *expected count* <5. Penyajian analisis dalam nilai frekuensi dan persentase, analisis inferensial disajikan dalam bentuk tabel silang 2 x 3.

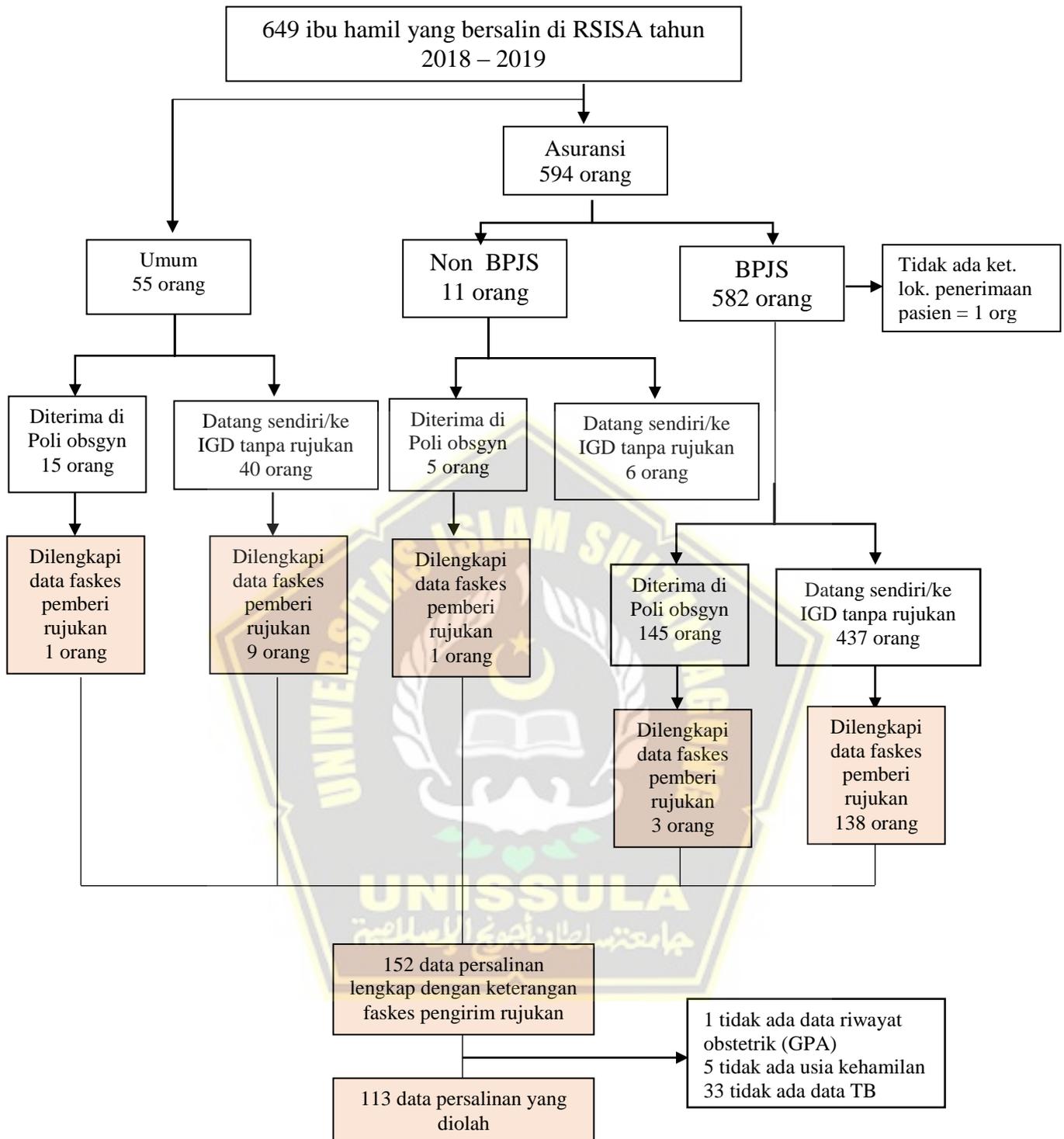
BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

Penelitian tentang perbedaan faktor risiko ibu bersalin menurut jenis faskes pengirim rujukan ini dilakukan pada 113 kasus persalinan rujukan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang periode 2018-2019. Jumlah tersebut berasal dari total 649 kasus persalinan, namun dari jumlah tersebut hanya terdapat 153 data kasus persalinan yang disertai dengan keterangan faskes pengirim rujukan terdiri atas 5 pasien rujukan yang diterima di Poli Obsgyn, 147 pasien rujukan yang diterima di IGD, dan 1 pasien tidak ada keterangan tentang tempat penerimaan pasien. Dari jumlah 152 data pasien, sebanyak 39 kasus selanjutnya dieksklusi (1 rekam medis tidak mencantumkan data paritas dan riwayat abortus, 5 rekam medis tidak mencantumkan data umur kehamilan, dan 33 rekam medis tidak tersedia data tinggi badan). Proses pemilihan sampel ditunjukkan pada Gambar 4.1.

Data-data yang dibutuhkan dalam penelitian ini meliputi sumber biaya pengobatan atau keikutsertaan dalam asuransi/jaminan kesehatan, dan faktor-faktor risiko yang dibutuhkan untuk menghitung KSPR seperti umur ibu, umur kehamilan, jumlah paritas, riwayat abortus, hasil pemeriksaan laboratorium (kadar Hb) untuk deteksi anemia, tinggi badan, serta diagnosis penyulit persalinan lainnya. Deskripsi dari data-data tersebut ditunjukkan pada Tabel 4.1.



Gambar 4.1. Pemilihan sampel

Tabel 4.1. Deskripsi Variabel Penelitian

No	Variabel	Frekuensi	Persentase
1	Sumber biaya		
	- JKN PBI	51	45,1
	- JKN NPBI	56	49,6
	- Umum (<i>out of pocket</i>)	6	5,3
2	Umur ibu		
	- ≤ 16 tahun	1	0,9
	- 17-35 tahun	94	83,2
	- > 35 tahun	18	15,9
3	Usia kehamilan		
	- Kurang bulan	20	17,7
	- Cukup bulan	92	81,4
	- Lebih bulan	1	0,9
4	Paritas		
	- Nulipara	55	48,7
	- Primipara	34	30,1
	- Multipara	24	22,2
5	Riwayat abortus		
	- Ada	21	15,9
	- Tidak ada	95	84,1
6	Tinggi badan		
	- ≤ 148 cm	12	10,6
	- > 148 cm	101	89,4
7	Anemia		
	- Ya	25	22,1
	- Tidak	88	77,9
8	Diagnosis penyulit persalinan I		
	- Tidak ada diagnosis	17	15
	- Partus lama	9	8
	- Riwayat persalinan sesar	3	2,7
	- Penyakit lain	2	1,8
	- Eklampsia/PE	13	11,5
	- Fetal distress	1	0,9
	- Kelainan janin	1	0,9
	- Kelainan ketuban	33	29,2
	- Kelainan letak dan presentasi	5	4,4
	- Kelainan usia janin	5	4,4
	- <i>Passanger</i>	8	7,1
	- Perdarahan antepartum	6	5,3
	- Perdarahan postpartum	4	3,5
	- <i>Passage</i>	1	0,9
	- <i>Power</i>	5	4,4
9	Diagnosis penyulit persalinan II		

No	Variabel	Frekuensi	Persentase
	- Tidak ada diagnosis	35	31
	- Partus lama	3	2,7
	- Riwayat persalinan sesar	4	3,5
	- Penyakit lain	10	8,8
	- Distosia	1	0,9
	- Eklampsia/PE	1	0,9
	- Fetal distress	5	4,4
	- Hamil kembar	1	0,9
	- Kelainan janin	2	1,8
	- Kelainan ketuban	16	14,2
	- Kelainan plasenta	1	0,9
	- Kelainan usia janin	8	7,1
	- <i>Passanger</i>	3	2,7
	- Perdarahan antepartum	2	1,8
	- Perdarahan postpartum	16	14,2
	- <i>Passage</i>	2	1,8
	- <i>Power</i>	2	1,8
	- Riwayat obstetri/ginekologi jelek	1	0,9
10	Diagnosis penyulit persalinan III		
	- Tidak ada diagnosis	75	66,4
	- Partus lama	1	0,9
	- Riwayat persalinan sesar	1	0,9
	- Penyakit lain	6	5,3
	- Eklampsia/PE	3	2,7
	- Fetal distress	1	0,9
	- Kelainan janin	1	0,9
	- Ingin MOW	1	0,9
	- Kelainan ketuban	9	8
	- Kelainan letak dan presentasi	2	1,8
	- Kelainan usia janin	2	1,8
	- <i>Passanger</i>	2	1,8
	- Perdarahan antepartum	1	0,9
	- Perdarahan postpartum	3	2,7
	- <i>Passage</i>	1	0,9
	- <i>Power</i>	3	2,7
	- Obstetri jelek/Ginekologi	1	0,9
11	Diagnosis penyulit persalinan IV		
	- Tidak ada diagnosis	93	82,3
	- Partus lama	1	0,9
	- Riwayat persalinan sesar	1	0,9

No	Variabel	Frekuensi	Persentase
	- Penyakit lain	3	2,7
	- Hamil kembar	1	0,9
	- Kelainan janin	1	0,9
	- Kelainan ketuban	2	1,8
	- Kelainan letak dan presentasi	1	0,9
	- <i>Passanger</i>	3	2,7
	- Perdarahan antepartum	1	0,9
	- Perdarahan postpartum	2	1,8
	- <i>Passage</i>	3	2,7
	- Lain-lain	1	0,9
12	Diagnosis penyulit persalinan IV		
	- Tidak ada diagnosis	110	97,3
	- Kelainan usia janin	1	0,9
	- Perdarahan postpartum	1	0,9
	- <i>Passage</i>	1	0,9
13	Tipe persalinan		
	- <i>Sectio caesarea</i> (SC)	64	56,6
	- Partus spontan	48	42,5
	- Vakum ekstraksi	1	0,9

Berdasarkan Tabel 4.1 diketahui bahwa sebagian besar ibu bersalin rujukan di RSI Sultan Agung Semarang periode 2018-2019 adalah peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang terbagi dalam 49,6% non Penerima Bantuan Iuran (NPBI) dan 45,1% adalah peserta JKN PBI. Berdasarkan karakteristik umur ibu, sebagian besar (83,2%) berada di kelompok umur tidak berisiko (17-35 tahun) menurut KSPR. Berdasarkan usia kehamilan, hanya ada 0,9% yang merupakan usia kehamilan berisiko (kehamilan lebih bulan) dan sebagian besar (81,4%) merupakan kehamilan cukup bulan. Berdasarkan paritas, nulipara adalah yang terbanyak (48,7%) diikuti oleh primipara (30,1%) dan multipara (22,2%). Riwayat abortus ditunjukkan oleh 15,9% ibu bersalin, dan tinggi badan ≤ 148 cm

ditunjukkan oleh 10,6% ibu bersalin. Berdasarkan kadar Hb, diperoleh status anemia pada ibu bersalin sebanyak 22,1%.

Faktor risiko atau diagnosis penyulit persalinan dilihat hingga 5 (lima) jenis, karena pada tiap ibu bersalin bisa ditemukan 1 (satu) atau lebih faktor risiko. Berdasarkan Tabel 4.1 diketahui bahwa identifikasi faktor risiko pertama yang terbanyak adalah kelainan ketuban (29,2%) dan eklampsia/preeklampsia (11,5%). Ibu bersalin yang tidak terdiagnosis memiliki penyulit persalinan hanya sebanyak 15%. Pada identifikasi faktor risiko yang kedua, faktor risiko terbanyak yaitu kelainan ketuban dan perdarahan postpartum (masing-masing sebanyak 14,2%), serta penyakit lain (10,8%). Ibu bersalin yang tidak terdiagnosis memiliki penyulit persalinan sebanyak 31%.

Pada identifikasi faktor risiko yang ketiga, faktor risiko terbanyak yaitu penyakit lain (5,3%). Ibu bersalin yang tidak terdiagnosis memiliki penyulit persalinan hanya sebanyak 66,4%. Pada identifikasi faktor risiko yang keempat, faktor risiko terbanyak yaitu faktor penyakit lain, *passanger*, dan *passage* (masing-masing 2,7%). Ibu bersalin yang tidak terdiagnosis memiliki penyulit persalinan hanya sebanyak 82,3%. Pada identifikasi faktor risiko yang kelima, hampir semua ibu bersalin (97,3%) sudah tidak ada yang terdiagnosis faktor risiko. Menurut tipe persalinan, lebih dari separuh ibu bersalin rujukan di RSI Sultan Agung (56,6%) menjalani persalinan SC, 42,5% persalinan spontan dan hanya 0,9% yang menjalani persalinan dengan teknik vakum ekstraksi.

Sesuai dengan tujuan penelitian ini, maka diperoleh deskripsi faktor risiko ibu bersalin dan faskes pengirim rujukan seperti yang ditunjukkan pada Tabel 4.2.

Tabel 4.2. Deskripsi Faskes Pengirim Rujukan dan Faktor Risiko Ibu Bersalin

No	Variabel	Frekuensi	Persentase
1	Faskes pengirim rujukan		
	- BPM	80	70,8
	- Puskesmas/Klinik/Dokter Praktik/Spesialis//RS tipe D	19	16,8
	- RS tipe C	14	12,4
2	Faktor risiko ibu bersalin		
	- KRR	7	6,2
	- KRT	32	28,3
	- KRST	74	65,5

Berdasarkan Tabel 4.2 diketahui bahwa sebagian besar (70,8%) faskes pengirim rujukan bersalin ke RSI Sultan Agung Semarang adalah BPM, sedangkan rumah sakit tipe C adalah faskes pengirim rujukan ibu bersalin yang paling sedikit (12,4%). Tabel 4.2 juga menunjukkan bahwa faktor risiko ibu bersalin kategori KRST adalah yang terbanyak (65,5%) diikuti dengan KRT (28,3%) dan yang paling sedikit yaitu KRR (6,2%).

Hubungan faskes pengirim rujukan dengan faktor risiko ibu bersalin ditunjukkan pada Tabel 4.3.

Tabel 4.3. Pengaruh implementasi rujukan berjenjang terhadap usia ibu hamil yang dilakukan persalinan SC di RSI Sultan Agung Semarang

Faskes pengirim rujukan	Faktor risiko ibu bersalin			<i>p-value</i>
	KRR	KRT	KRST	
BPM	5 (6,3%)	25 (31,3%)	50 (62,5%)	0,187
Puskesmas/Klinik/Dokter Praktik/RS tipe D	2 (10,5%)	6 (31,6%)	11 (57,9%)	
RS tipe C	0 (0,0%)	1 (7,1%)	13 (92,9%)	

Berdasarkan Tabel 4.3 diketahui bahwa faktor risiko ibu bersalin kategori KRST pada tiap faskes pengirim rujukan adalah yang terbanyak (62,5% dari BPM; 57,9% dari puskesmas/klinik/dokter praktik/RS tipe D; 92,9% dari RS tipe C). Berdasarkan hasil uji *fisher exact* diperoleh nilai p sebesar 0,187 ($p > 0,05$) menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan faktor risiko ibu bersalin menurut faskes pengirim rujukan.

4.2. Pembahasan

Berdasarkan identifikasi faktor risiko ibu bersalin, diperoleh bahwa faktor risiko terbanyak adalah kelainan ketuban (29,2%), diikuti oleh anemia (22,1%), perdarahan postpartum (14,2%), dan eklampsia/preeklampsia (11,5%). Hasil ini berbeda dengan yang ditunjukkan dalam penelitian sebelumnya di RSUD Ratu Zalekha Kota Martapura, bahwa faktor risiko rujukan ibu bersalin terbanyak yaitu partus lama (39,5%), diikuti dengan kelainan ketuban atau KPD (21,5%) (Zubaidah *et al.*, 2012). Penelitian lain di RSUD Pandan Aran Boyolali juga menunjukkan faktor risiko persalinan rujukan yang berbeda dengan penelitian ini, faktor risiko terbanyak yaitu preeklampsia dan perdarahan (53,24%), diikuti oleh KPD dan partus lama (45,5%) (Sulastri & Nurhayati, 2021). Hasil penelitian menggunakan data Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 juga melaporkan faktor risiko persalinan rujukan yang berbeda dengan penelitian ini, faktor risiko terbanyak yaitu partus lama (34,2%) diikuti oleh KPD (15%) (Serilaila *et al.*, 2018).

Berdasarkan faktor risiko-faktor risiko tersebut diperoleh faktor risiko ibu bersalin yang menjadi pertimbangan pemberian rujukan ke RSI Sultan Agung Semarang, dimana yang terbanyak adalah KRST (65,5%), diikuti oleh KRT (28,3%) dan KRR (6,2%). Hasil ini serupa dengan yang ditunjukkan dalam penelitian Sulastri dan Nurhayati (2021) di RSUD Pandan Aran Boyolali bahwa tingkat risiko kehamilan menurut KSPR terbanyak (66,2%) adalah KRST diikuti oleh 28,9% KRT dan 4,9% KRR. Penelitian Diflayzer *et al.* (2017) juga menemukan KRST tertinggi (46,6%) diikuti oleh KRR sebanyak 30,2% dan KRT sebanyak 23%. Pada penelitian di RSD dr. Soebandi Jember diperoleh hasil berbeda, yaitu ditemukan KRT sebagai yang terbanyak (61%), diikuti oleh KRST sebanyak 26% dan KRR sebanyak 10% (Zannah, 2017). Perbedaan faktor risiko rujukan persalinan antara satu penelitian dengan penelitian lain ini disebabkan karena perbedaan karakteristik dan kondisi kesehatan ibu hamil di tiap-tiap wilayah yang diteliti, seperti usia kehamilan, ukuran janin, ukuran panggul serta tekanan darah, (Wulandari & Pramono, 2016) usia ibu, serotinus, dan preeklampsia berat/eklampsia (Diflayzer *et al.*, 2018).

Berdasarkan deskripsi faskes pengirim rujukan ibu bersalin di RSI Sultan Agung Semarang, diperoleh hasil bahwa faskes pengirim rujukan terbanyak adalah BPM (70,8%). BPM menjadi faskes terbanyak yang melakukan pengiriman rujukan persalinan ke RSI Sultan Agung Semarang karena sebagian besar risiko terjadi saat persalinan (KPD) ini terkait dengan kebijakan di Pemerintah Daerah Kota Semarang yang mewajibkan merawat

inapkan ibu hamil inpartu fase aktif yang datang ke IGD (Perda Kota Semarang, 2015). Penelitian Zubaidah *et al.* (2012) juga melaporkan bahwa faskes terbanyak yang melakukan pengiriman rujukan ibu bersalin ke RSUD Ratu Zalekha Kota Martapura (RS tipe B) adalah bidan dari Polindes dan Pustu (55,4%), diikuti oleh klinik swasta (17,8%) dan Puskesmas (16,8%). Namun temuan mengenai proporsi faskes pengirim rujukan pada penelitian ini berbeda dengan yang ditunjukkan dalam penelitian di RSCM, dimana pengirim rujukan persalinan terbanyak (52,1%) adalah Puskesmas dan berikutnya oleh bidan (21,9%) (Madjid *et al.*, 2019). Sesuai dengan alur sistem BPJS, seharusnya Puskesmas atau bidan tidak mengirim rujukan ke faskes tingkat tersier secara langsung tetapi harus ke faskes tingkat sekunder terlebih dahulu. Ketidaksesuaian alur tersebut diantaranya dapat disebabkan oleh derajat faktor risiko, permintaan pasien, tingkat kepercayaan, ketersediaan fasilitas, sumber daya kesehatan, spesialisasi (Madjid *et al.*, 2019), serta kedekatan jarak tempat tinggal dengan lokasi faskes rujukan (Madjid *et al.*, 2019; Zubaidah *et al.*, 2012). Pada penelitian ini daerah asal rujukan paling banyak (75,2%) adalah dari wilayah Kabupaten Demak yang jarak tempuhnya ke RSI Sultan Agung Semarang dapat dicapai kurang dari satu jam.

Distribusi faktor risiko ibu bersalin menurut faskes pengirim rujukan memperlihatkan bahwa di tingkatan BPM dan Puskesmas/Klinik/Dokter Praktik/Specialis serta Rumah Sakit tipe D tingkatan faktor risiko ibu bersalin yang ditemukan masih relatif serupa yaitu KRR (6,3% dan 10,5%)

sedangkan KRT (31,3% dan 31,6%), serta KRST (62,5% dan 57,9%). Namun di tingkatan Rumah Sakit tipe C hampir semua (92,9%) merupakan KRST. Diagnosis terbanyak adalah preeklampsia disertai dengan riwayat persalinan sesar, serta kelainan letak janin dan kelainan usia janin serta jenis penyakit lain (Lampiran 2C). Hasil ini sesuai dengan rekomendasi implementasi sistem rujukan berjenjang oleh BPJS Kesehatan bahwa dalam kondisi gawat darurat, ibu hamil yang menjadi peserta BPJS dapat dilayani di faskes tingkat pertama maupun faskes tingkat lanjutan bahkan tanpa perlu surat rujukan. Kriteria kegawatdaruratan yang dimaksud meliputi abortus, distosia, eklampsia, KET, perdarahan ante- dan postpartum, inversio uteri, febris puerperalis, hiperemesis gravidarum dengan dehidrasi, persalinan KRT dan atau persalinan dengan penyulit.

Sebanyak 31,3% KRT yang berasal dari BPM idealnya dirujuk terlebih dahulu ke Puskesmas atau rumah sakit dengan penolong persalinan bidan dan dokter. Sebanyak 31,6% KRT yang berasal dari Puskesmas/Klinik/Dokter Praktik/Spesialis serta Rumah Sakit tipe D idealnya juga ditangani sendiri di faskes terkait (Rochjati, 2011). Temuan ini menunjukkan bahwa implementasi rujukan berjenjang di tingkatan BPM dan Puskesmas/Klinik/Dokter Praktik/Spesialis serta Rumah Sakit tipe D masih belum optimal dalam pelaksanaannya. Pada faktor risiko KRST implementasi rujukan berjenjang sudah sesuai dimana semua lini faskes sebagian besar memberikan rujukan bersalin ke RSI Sultan Agung Semarang sebagai rumah sakit tersier.

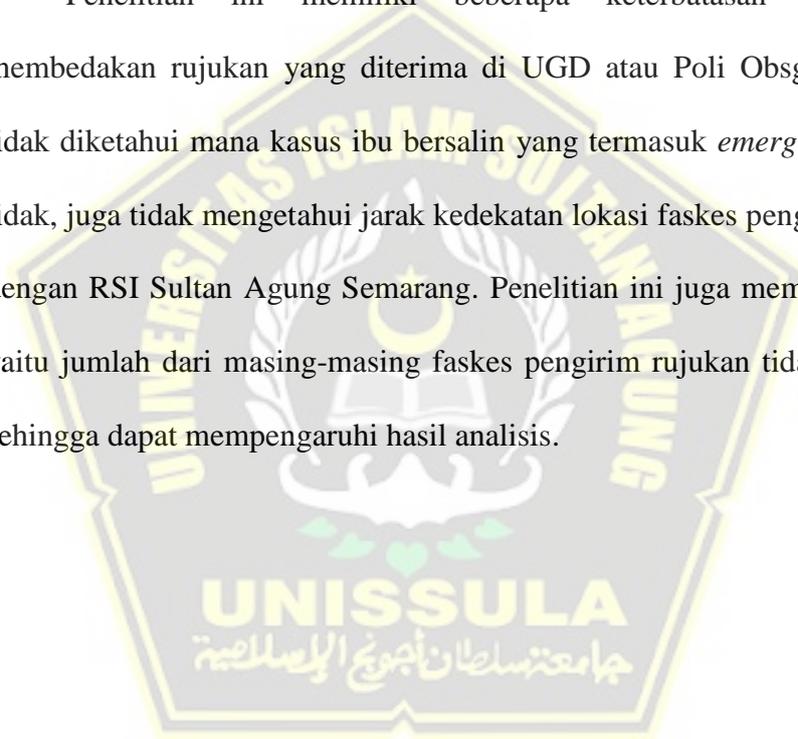
Hasil uji *fisher exact* menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan faktor risiko ibu bersalin menurut faskes pengirim rujukan. Hasil ini dapat terjadi karena deteksi faktor risiko tidak dilakukan berkelanjutan akibat adanya anggapan bahwa ibu hamil dengan faktor risiko rendah dianggap aman dan tidak memerlukan pengawasan berkelanjutan. Pada kondisi kehamilan, meskipun semula terdeteksi memiliki faktor risiko rendah, tetapi kedepannya tanpa terprediksi juga dapat muncul risiko serta komplikasi. Sebaliknya, pada kehamilan dengan faktor risiko tinggi justru pada saat persalinan tidak mengalami komplikasi (Zannah, 2017). KRST merupakan faktor risiko dominan persalinan SC, namun tidak menutup kemungkinan pada KRST juga bisa melakukan persalinan normal.

Deteksi risiko kehamilan idealnya dilakukan sejak awal kehamilan dan berkelanjutan hingga persalinan, dan hal tersebut menjadi bagian dari fungsi *antenatal care* (ANC). Deteksi risiko kehamilan dengan KSPR biasanya tercantum dalam buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) yang diberikan di awal pemeriksaan kehamilan, sehingga jika ANC dilakukan secara rutin sesuai jadwal usia kehamilan serta diberikan dalam kualitas yang baik maka dapat membantu ketepatan deteksi risiko kehamilan (Sulastri & Nurhayati, 2021).

Tidak ditemukan kasus keterlambatan penanganan persalinan dalam penelitian ini, karena hampir semua (99,1%) ibu bersalin dipulangkan dengan status sembuh dan hanya 1 (satu) dengan sumber biaya *out of pocket* yang belum sembuh karena meminta pulang paksa dengan alasan biaya.

Masih adanya temuan faskes yang mengirimkan ibu bersalin dengan faktor risiko kurang tepat ke RSI Sultan Agung Semarang (rumah sakit tersier) menunjukkan bahwa sistem implementasi rujukan berjenjang masih belum efektif dalam pelaksanaannya. Hal tersebut bisa disebabkan oleh lemahnya koordinasi antar instansi, ketidaksesuaian antara klasifikasi faskes dengan layanan yang diberikan, serta kurang berjalannya evaluasi sistem rujukan (Heryana, 2020).

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yaitu tidak membedakan rujukan yang diterima di UGD atau Poli Obsgyn sehingga tidak diketahui mana kasus ibu bersalin yang termasuk *emergency* ataupun tidak, juga tidak mengetahui jarak kedekatan lokasi faskes pengirim rujukan dengan RSI Sultan Agung Semarang. Penelitian ini juga memiliki kendala yaitu jumlah dari masing-masing faskes pengirim rujukan tidak sebanding sehingga dapat mempengaruhi hasil analisis.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Sesuai dengan tujuan penelitian, maka kesimpulan penelitian ini yaitu:

- 5.1.1. Tidak terdapat perbedaan faktor risiko ibu bersalin berdasarkan jenis fasilitas kesehatan pengirim rujukan.
- 5.1.2. Faktor-faktor risiko ibu bersalin di RSI Sultan Agung Semarang yang terbanyak yaitu kategori KRST (65,5%) diikuti oleh KRT (28,3%), dan KRR (6,2%).
- 5.1.3. Fasilitas kesehatan pengirim rujukan ibu bersalin di RSI Sultan Agung Semarang meliputi BPM sebagai yang terbanyak (70,8%), diikuti oleh Puskesmas/Klinik/Dokter Praktik/Spesiali/RS tipe D sebanyak 16,8% dan RS tipe C sebanyak 12,4%.
- 5.1.4. Proporsi faktor risiko ibu bersalin berdasarkan fasilitas kesehatan pengirim rujukan menunjukkan bahwa sebagian besar faktor risiko di tiap faskes adalah KRST dengan proporsi masing-masing sebesar 62,5%; 57,9%; dan 57,9% untuk faskes BPM; Puskesmas/Klinik/Dokter Praktik/Spesialis/RS tipe D; dan RS tipe C.

5.2. Saran

Berdasarkan hasil penelitian ini, maka disarankan agar:

- 5.2.1. Dilakukan penelitian tentang perbedaan diagnosis faktor risiko ibu bersalin antara yang dirujuk di UGD dan di poli obsgyn.
- 5.2.2. Meneliti perbedaan diagnosis faktor risiko ibu bersalin menurut jarak lokasi faskes pengirim rujukan dengan RSI Sultan Agung Semarang.
- 5.2.3. Meneliti perbedaan diagnosis faktor risiko ibu bersalin menurut faskes pengirim rujukan dengan menggunakan proporsi jenis faskes yang sebanding.



DAFTAR PUSTAKA

- Arifarahmi. (2016). Karakteristik Ibu Bersalin yang Dirujuk dengan Kasus Ketuban Pecah Dini di RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi Tahun 2013. *Scientia Journal*, 5(1), 25–30.
- Baiti, B. N., & Cahyanti, R. D. (2018). Kualitas Rujukan Ibu Hamil dengan Preeklampsia/Eklampsia di UGD Obstetri-Ginekologi RSUD Dr. Kariadi Semarang Periode Tahun 201-2016. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*, 7(1), 81–99.
- BPJS Kesehatan. (2014). *Panduan Praktis Pelayanan Kebidanan dan Neonatal. Pelayanan Kebidanan dan Neonatal*. Jakarta: BPJS Kesehatan. Diambil dari [https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/05-Kebidanan & Neonatal.pdf](https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/05-Kebidanan%20&%20Neonatal.pdf)
- Cassie, R., Griffiths, C., & Parker, G. (2021). Promoting positive interactions between midwives and obstetricians at the primary/secondary interface. *New Zealand College of Midwives Journal*, 57(57), 41–48. <https://doi.org/10.12784/nzcomjnl57.2021.6.41-48>
- Diflayzer, D., S.A., S., & Nofita, E. (2018). Gambaran Faktor Risiko Kegawatdaruratan Obstetri pada Ibu Bersalin yang Masuk di Bagian Obstetri dan Ginekologi RSUD Dr. Rasidin Padang Tahun 2014. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 6(3), 634. <https://doi.org/10.25077/jka.v6i3.750>
- Friedman, H. S., Liang, M., & Banks, J. L. (2015). Measuring the cost – effectiveness of midwife-led versus physician-led intrapartum teams in developing countries. *Women's Health*, 11(4), 553–564. <https://doi.org/10.2217/WHE.15.18>
- Hermawati, E., Tajmiati, A., & Rohmatin, E. (2017). Akurasi Taksiran Berat Badan Janin dan Bayi Baru Lahir Menurut Johnson Thausack dan Posisi Semi Fowler. *e-Jurnal Poltekkes Tasikmalaya*, 16(4), 0–5.
- Heryana, A. (2020). *Sistem Rujukan Berjenjang pada Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Esa Unggul Publisher. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.16793.65126>
- Kamalia, L. O. (2022). *Manajemen Pelayanan Rumah Sakit dan Puskesmas*. Bandung: Media Sains Indonesia.
- Kemenkes RI. (2012). *PMK RI No. 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan*. *Berita Negara Republik Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.

- Kemenkes RI. (2013). *Pedoman Penyelenggaraan Puskesmas Mampu PONED*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. (2014a). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual*. kesga.kemkes.go.id. Jakarta: Kemenkes RI. https://doi.org/10.1300/J064v05n01_12
- Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 9 Tahun 2014, Pub. L. No. 9, Pelayanan Kesehatan 4 (2014). Indonesia.
- Kemenkes RI. (2015). *Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak*. (E. Mulati, O. F. Royati, & Y. Widyaningsih, Ed.), *Departemen Kesehatan Republik Indonesia*. Jakarta: Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan.
- Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, Pub. L. No. 28/2017, Kemenkes RI 3 (2017). Indonesia. Diambil dari <http://www.ibi.or.id>
- KKI. (2016). *Pedoman Praktik Dokter dan Dokter Gigi di Indonesia*. Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia.
- Laili, F., Nugraha, G. I., & Garna, H. (2017). Hubungan Faktor Risiko Kegawatdaruratan Obstetri Menurut Rochjati dengan Pelaksanaan Rujukan oleh Bidan di RSUD Gambiran Kediri. *Jurnal Pendidikan dan Pelayanan Kebidanan Indonesia*, 2(2), 2–7. <https://doi.org/10.24198/ijemc.v2i2.11>
- Latifah, U., Sulastri, & Agustina, T. A. (2017). Hubungan Antara Anemia pada Ibu Bersalin dengan Inpartu Kala I Lama di RSUD Dr. M Ashari Kota Pematang. *Jurnal Harapan Ibu Pekalongan*, 1(1), 1–6.
- Madjid, O. A., Puspongoro, A. R. D., & Margatan, I. S. (2019). Evaluasi Ketepatan Pelaksanaan Rujukan Kasus Gawat Darurat Obstetri ke Instalasi Gawat Darurat dalam Era Jaminan Kesehatan Nasional. *Indonesian Journal of Obstetrics and Gynecology*, 7(3), 159–165.
- Mortensen, B., Lieng, M., Diep, L. M., Lukasse, M., Atieh, K., & Fosse, E. (2019). Improving Maternal and Neonatal Health by a Midwife-led Continuity Model of Care – An Observational Study in One Governmental Hospital in Palestine - ScienceDirect. *The Lancet*, 10, 84–91. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.04.003>

- Nestelita, D., Suryoputro, A., & Kusumastuti, W. (2019). Proses Sistem Rujukan dalam Pelayanan Kegawatdaruratan Obstetri dan Neonatal di Puskesmas Sayung 2 Kabupaten Demak. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 18(4), 159–163. <https://doi.org/10.14710/mkmi.18.4>.
- Palimbo, A., Sariatmi, A., & Kuntjoro, T. (2015). Pelaksanaan Sistem Rujukan Kasus Ibu Hamil Risiko Tinggi oleh Bidan Desa ke Puskesmas Poned Kabupaten Banjar - Kalimantan Selatan (Studi Kasus di Puskesmas Sungkai). *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 03(01), 44–51. Diambil dari <https://ejournal.undip.ac.id/index.php/jmki/article/view/10435>
- Perda Kota Semarang. (2015). *Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 2 Tahun 2015 tentang Keselamatan Ibu dan Anak*. (Walikota Semarang, Ed.). Semarang: Pemda Kota Semarang.
- Prajitno, S. (2021). Penyelenggaraan Praktik Kedokteran yang Baik di Indonesia. In L. Djuari (Ed.), *Buku Ajar Manajemen Pelayanan Kesehatan* (hal. 311–315). Surabaya: Airlangga University Press.
- Razak, R., & Ristrini, R. (2016). Implementation of Maternal Reference System at Tambakrejo and Tanah Kali Kedinding Health Centres in Surabaya City. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 18(4), 365–375. <https://doi.org/10.22435/hsr.v18i4.4570.365-375>
- Riski, P. (2021). Hari Keselamatan Pasien Sedunia: Target Utama, Turunkan Angka Kematian Ibu. Diambil dari <https://www.voaindonesia.com/a/hari-keselamatan-pasien-sedunia-target-utama-turunkan-angka-kematian-ibu/6229613.html>
- Rochjati, P. (2011). *Skrining Antenatal pada Ibu Hamil* (2 ed.). Surabaya: Airlangga University Press.
- Rokom. (2021). Kemenkes Perkuat Upaya Penyelamatan Ibu dan Bayi. Diambil dari <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20210914/3738491/kemenkes-perkuat-upaya-penyelamatan-ibu-dan-bayi/>
- Saputri, W. F., Yuliyanti, S., & Safarini, B. (2021). *Karakteristik Ibu Hamil dengan Persalinan Sectio Cesarean Sebelum dan Sesudah Implementasi Rujukan Berjenjang di RSISA (Studi Observasi di Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Islam Sultan Agung)*. Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
- Serilaila, Yaniarti, S., Kurniawati, P. S., & Simbolon, D. (2018). Determinan Komplikasi Obstetri di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012). *Jurnal Skala Kesehatan*, 9(2), 2–14. <https://doi.org/10.31964/jsk.v9i2.155>

- Simanjuntak, L. (2020). Perdarahan Postpartum (Perdarahan Paskasalin). *Jurnal Visi Eksakta*, 1(1), 1–10. <https://doi.org/10.51622/eksakta.v1i1.51>
- Sriwandoko, H., Purnomo, W., Trijanto, B., & Darmawan, E. S. (2019). The Effect of Referral and Treatment of Severe Preeclampsia on Maternal Death at Sultan Imanudin General Hospital Pangkalan Bun, Central Kalimantan. In *The 6th International Conference on Public Health* (hal. 174–82). <https://doi.org/10.26911/the6thicph.03.47>
- Stevanus, T. G., Yauri, I., Ratuliu, G., Keperawatan, I., Keperawatan, F., Katolik, U., ... Persalinan, R. (2014). Eksplorasi Peran Perawat dan Bidan dalam Proses Pengambilan Keputusan Rujukan Pada Pasien dengan Persalinan Resiko Tinggi di Puskesmas Kema Minahasa Utara. *ejurnal poltekkes manado*, (1), 271–277.
- Sulastri, & Nurhayati, E. (2021). Identifikasi Faktor Risiko Ibu Hamil dengan Komplikasi Kehamilan dan Persalinan. *Higeia Journal of Public Health Research and Development*, 5(2), 277–82. <https://doi.org/https://doi.org/10.15294/higeia/v5i2/44295>
- Surya, R., & Pudyastuti, S. (2019). Persalinan Preterm. *Cermin Dunia Kedokteran*, 46(1), 28–32.
- Suryawinata, A., & Islamy, N. (2019). Komplikasi pada Kehamilan dengan Riwayat Caesarian Section Complications on Pregnancy with Previous Caesarian Section. *J Agromedicine*, 6(2), 364–369.
- Wandi, W. (2017). Implementasi Sistem Rujukan Ibu Hamil dan Bersalin oleh Bidan Polindes. *Jurnal Informasi Kesehatan Indonesia*, 3(1), 71–84.
- WHO. (2015). *WHO Recommendations for Prevention and Treatment of Maternal Peripartum infections*. World Health Organization. Switzerland: Department of Reproductive Health and Research World Health Organization. Diambil dari www.who.int/reproductivehealth
- Wibisana, W. (2019). *Penguatan Sistem Pelayanan Kesehatan*. (I. Wikanestri, D. M. Arifi, R. G. M. Siahaan, P. B. Ali, & A. Gani, Ed.), *Kementrian PPN/Bappenas*. Jakarta: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Kedeputian Pembangunan Manusia, Masyarakat dan Kebudayaan Kementerian PPN/Bappenas.
- Wulandari, V. E., & Pramono, B. A. (2016). Faktor Risiko Yang Mempengaruhi Kasus Persalinan. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*, 5(2), 132–138. <https://doi.org/http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/medico>
- Ximba, S. W., Baloyi, O. B., & Jarvis, M. A. (2021). Midwives' perceived role in up referral of high-risk pregnancies in primary healthcare settings,

Ethekwini district, South Africa. *Health SA Gesondheid*, 26(0), 1–8.
<https://doi.org/10.4102/HSAG.V26I0.1546>

Zannah, A. N. (2017). Pendekatan Resiko Kehamilan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) dengan Pola Rujukan RSUD dr. Soebandi Jember. *Jurnal Kesehatan*, 2(1), 99–105.

Zubaidah, Hakimi, M., & Wahab, A. (2012). Parameter Rujukan Ibu Bersalin. *Jurnal Ners*, 7(2), 161–169.

