

**HUBUNGAN FAKTOR RISIKO KEGAWATDARURATAN
OBSTETRI MENURUT ROCHJATI DENGAN
PELAKSANAAN RUJUKAN OLEH
BIDAN DI RSUD GAMBIRAN
KEDIRI**

Fauzia Laili¹, Gaga Irawan Nugraha², Herry Garna³

¹Prodi D3 kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kediri

²Departemen Ilmu Gizi Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran

³Departemen Anak Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran/Rumah Sakit Hasan
Sadikin

ABSTRAK

Kegawatdaruratan obstetri merupakan penyebab utama kematian maternal dan perinatal. Kegawatdaruratan obstetri menurut Rochjati terbagi menjadi 3 kelompok faktor risiko, yaitu APGO (Ada Potensi Gawat Obstetri), AGO (Ada Gawat Obstetri), dan AGDO (Ada Gawat Darurat Obstetri). Berbagai penelitian menyatakan bahwa salah satu upaya penatalaksanaan yang efektif pada kegawatdaruratan obstetri yaitu dengan pelaksanaan rujukan. Rujukan yang tepat dan terencana dapat menyelamatkan ibu dan bayi baru lahir. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan faktor risiko kegawatdaruratan obstetri (APGO, AGO, dan AGDO) dengan pelaksanaan rujukan oleh bidan di RSUD Gambiran Kediri. Desain penelitian secara kuantitatif menggunakan pendekatan potong silang dilaksanakan mulai bulan Januari–Februari 2014 dengan jumlah sampel sebesar 150. Pengambilan sampel dilakukan dengan cara *consecutive sampling*. Pengumpulan data secara skunder berdasarkan laporan ruang bersalin dan rekam medik rumah sakit periode Januari–Desember 2011. Analisis univariat menggunakan distribusi frekuensi, analisis bivariat menggunakan uji chi-kuadrat dan Uji Fisher, analisis multivariat menggunakan regresi logistik. Hasil penelitian menunjukkan tidak terdapat perbedaan bermakna faktor risiko kegawatdaruratan obstetri pada variabel APGO dan AGO antara rujukan terencana dan rujukan terlambat ($p>0,05$), namun terdapat perbedaan bermakna faktor risiko kegawatdaruratan obstetri pada variabel AGDO antara rujukan terencana dan rujukan terlambat. Selain itu, meningkatnya faktor risiko kegawatdaruratan obstetri akan meningkatkan pelaksanaan rujukan terencana lebih dari 6 kali ($OR=6,12$). Berdasarkan hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan faktor risiko kegawatdaruratan obstetri pada AGDO dengan pelaksanaan rujukan. Selain itu, meningkatnya faktor risiko kegawatdaruratan obstetri akan meningkatkan pelaksanaan rujukan oleh bidan.

Kata kunci: Kegawatdaruratan obstetri, rujukan obstetri

ABSTRACT

Obstetric emergencies is a major cause of maternal and perinatal mortality. Emergency obstetric according Rochjati divided into 3 groups of risk factors, namely APGO (there is Potential Distress Obstetrics), AGO (there Intensive Care Obstetrics), and AGDO (there's Emergency Obstetrics). Various studies suggest that one of the effective management efforts on the implementation of the emergency obstetric referral. Appropriate referral and planned can save the mother and the newborn. This study aims to determine the relationship of risk factors for obstetric emergencies (APGO, AGO, and AGDO) and a reference implementation by midwives in hospitals Gambiran Kediri. Quantitative research design used a cross sectional approach implemented starting in January–February 2014, with the number sampling of 150 samples was done by consecutive sampling. Secondary data collection based report delivery room and hospital records period of January–December 2011. Univariate analysis using frequency distribution, bivariate analysis using chi-square test and Fisher test, multivariate analysis using logistic regression. The results showed no significant differences in risk factors of obstetric emergencies on variable APGO and AGO between planned referral and late referral ($p > 0.05$), but there was a significant differences in risk factors emergencies obstetric were performed on variables AGDO between planned referral and late referral. In addition, the increased risk of obstetric emergencies will improve the implementation of the planned reference more than 6 times ($OR = 6.12$). Based on these results it can be conclude that there was a risk factor for obstetric emergencies in AGDO the reference implementation. In addition, the increased risk of obstetric emergencies will improve the implementation of the referral by midwives.

Keywords: Obstetrics emergencies, obstetric referral

PENDAHULUAN

Angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) di Indonesia masih tetap tinggi.¹ Angka kematian ibu memberikan pengaruh yang besar pada dirinya, keluarga maupun masyarakat. Selain itu, juga akan meningkatkan kematian bayi. Berdasarkan Laporan Kematian Ibu (LKI) kabupaten/kota se-Jawa Timur, AKI pada tahun 2012 sebesar 97,4/100.000 KH dan AKB sebesar 28,31/1000 KH.² Menurut LKI (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur tahun 2012) penyebab terbesar kematian ibu secara langsung berturut-turut adalah Preeklamsi berat/eklamsi sebesar 34,88%; perdarahan 25,09%; infeksi 4,98%; dan penyebab yang lainnya 26,98%.³ Kegawatdaruratan obstetri bertanggung jawab pada 70,6% kematian ibu dan 86% kematian perinatal.³

Data dari Dinas kesehatan Provinsi Jawa Timur tahun 2013 menunjukkan AKI di Kabupaten/Kota Kediri pada tahun 2012 sebesar 182,77/100.000 KH. Angka kematian ibu di Kota Kediri pada tahun 2012 menempati peringkat kedua di Provinsi Jawa Timur, sedangkan AKB sebesar 27,79/1000 KH.²

Pemerintah telah berupaya untuk menurunkan AKI dengan berbagai hal yang terkait dengan kehamilan, persalinan, dan nifas. Salah satu upaya yang dilakukan dengan memberikan pelayanan kesehatan pada ibu hamil.⁴ Upaya percepatan penurunan AKI berfokus pada deteksi dini, serta penanganan dan rujukan kehamilan/persalinan tinggi.⁵ Rujukan harus dilakukan dalam keadaan ibu dan anak masih baik agar tujuan sistem rujukan dapat tercapai, oleh karena itu rujukan yang dilakukan merupakan rujukan kehamilan bukan rujukan persalinan. Salah satu upaya untuk memudahkan pelaksanaan tersebut dengan strategi pendekatan risiko (SPR).⁶ Pengelompokan faktor risiko menurut Rochjati⁷ terbagi dalam Ada Potensi Gawat Obstetri (APGO), Ada Gawat Obstetri (AGO), dan Ada Gawat Darurat Obstetri (AGDO).

Sejak tahun 1994, Dinas Kesehatan di seluruh Kabupaten/Kota Jawa Timur telah menerapkan sistem pelayanan kesehatan ibu melalui kegiatan rujukan terencana yang merupakan bagian program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) sebagai upaya pencegahan proaktif terhadap komplikasi persalinan serta kematian ibu dan bayi.⁷ Keberhasilan yang dicapai oleh Provinsi Jawa Timur dalam penurunan AKI disebabkan kemampuan tenaga kesehatan dalam penerapan SPR dan sistem rujukan secara benar dengan memodifikasi faktor risiko dan sistem skoringnya.⁶

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif menggunakan pendekatan *cross sectional* dengan jumlah sampel 150 pasien rujukan obstetri. Pengambilan sampel dilakukan dengan cara *consecutive sampling*. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah data pasien rujukan obstetri di RSUD Gambiran Kota Kediri, usia kehamilan >24 minggu, memiliki faktor risiko kegawatdaruratan obstetri, rujukan bidan yang bertugas di wilayah kerja Kota Kediri, dan memperoleh biaya pemerintah (Jamkesmas). Variabel faktor risiko kegawatdaruratan APGO, AGO, dan AGDO dengan alat ukur data rekam medik dan menggunakan angket penelitian. Selanjutnya, variabel pelaksanaan rujukan juga diukur dari data rekam medik berdasarkan gambaran klinis ibu hamil pada saat dirujuk ke rumah sakit. . Perbedaan faktor risiko kegawatdaruratan pada APGO, AGO, dan AGDO antara rujukan terencana dan rujukan terlambat diuji dengan uji chi-kuadrat dan atau Uji Fisher. Hubungan peningkatan faktor risiko kegawatdaruratan dengan pelaksanaan rujukan dilakukan analisis dengan uji regresi logistik, sehingga kekuatan hubungan masing-masing variabel dapat diketahui. Penelitian dilaksanakan dari bulan Januari sampai dengan Februari 2014.

HASIL

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Faktor Risiko Kegawatdaruratan Obstetri pada APGO, AGO, dan AGDO

Kegawatdaruratan Obstetri	N	%
APGO		
Tidak ada	41	27,3
Ada	109	72,7
AGO		
Tidak ada	99	66,0
Ada	51	34,0
AGDO		
Tidak Ada	121	80,7
Ada	29	19,3
Total	150	100,0

Keterangan: Responden digolongkan masing-masing sesuai tingkatan kegawatdaruratan obstetri yang dimiliki

Berdasarkan Tabel 1 dapat diketahui sebagian besar responden tidak memiliki faktor risiko kegawatdaruratan obstetri. Frekuensi kegawatdaruratan obstetri sebagian besar adalah faktor risiko APGO yaitu 109 orang (72,7%) dan sebagian kecil yaitu 29 orang (19,3%) faktor risiko AGDO.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Rujukan

Pelaksanaan Rujukan	N	%
Terencana	135	90,0
Terlambat	15	10,0
Total	150	100,0

Berdasarkan Tabel 2 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden yaitu 135 orang (90%) dilakukan rujukan terencana dan sebagian kecil 15 (10%) rujukan terlambat.

Tabel 3. Perbedaan Faktor Risiko Kelompok I Kegawatdaruratan Obstetri antara Rujukan Terencana dan Rujukan Terlambat

		Rujukan Terencana	Rujukan Terlambat	Nilai p
		N	N	
1. Primimuda	Tidak ada	132	15	0,727 ^(b)
	Ada	3	0	
2. Primitua	Tidak ada	132	15	0,727 ^(b)
	Ada	3	0	
3. Primitua sekender	Tidak ada	112	13	0,527 ^(b)
	Ada	23	2	
4. Anak terkecil < 2 tahun	Tidak ada	132	15	0,727 ^(b)
	Ada	3	0	
5. Grandemulti	Tidak ada	114	8	0,008 ^(b)
	Ada	21	7	
6. Usia \geq 35 tahun	Tidak ada	92	6	0,030 ^(a)
	Ada	43	9	
7. TB \leq 145 cm	Tidak ada	132	14	0,347 ^(b)
	Ada	3	1	
8. Riwayat abortus	Tidak ada	99	12	0,418 ^(b)
	Ada	36	3	
9. Riwayat partus tindakan	Tidak ada	132	13	0,078 ^(b)
	Ada	3	2	
10. Riwayat seksio sesaria	Tidak ada	122	12	0,203 ^(b)
	Ada	13	3	

Keterangan: Nilai p^(a) berdasarkan uji chi-kuadrat

Nilai p^(b) berdasarkan Uji Eksak Fisher

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan hasil masing-masing faktor risiko yang termasuk pada kelompok I sebagian besar subjek yaitu 8 faktor risiko (80%) menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang bermakna ($p > 0,05$) dan sebagian kecil yaitu 2 faktor risiko (20%) terdapat perbedaan yang bermakna ($p < 0,05$).

Tabel 4. Perbedaan Faktor Risiko Kegawatdaruratan Obstetri pada APGO antara Rujukan Terencana dan Rujukan Terlambat

		Rujukan Terencana	Rujukan Terlambat	Nilai p
		N	n	
APGO	Tidak ada	39	2	0,165
	Ada	96	13	
Total		135	15	

Keterangan: Nilai p berdasarkan Uji Eksak Fisher

Berdasarkan Tabel 4 dapat diketahui sebagian besar memiliki faktor risiko APGO dan dirujuk secara terencana yaitu 96 dari 135 orang (72%). Hasil uji tidak terdapat perbedaan bermakna ($p > 0,05$) pada faktor risiko APGO antara rujukan terencana dan rujukan terlambat.

Tabel 5. Perbedaan Faktor Risiko Kelompok II Kegawatdaruratan Obstetri antara Rujukan Terencana dan Rujukan Terlambat

		Rujukan Terencana	Rujukan Terlambat	Nilai p
		N	n	
1. Penyakit ibu hamil	Tidak ada	133	15	0,809
	Ada	2	0	
2. Preeklamsi	Tidak ada	128	15	0,471
	Ada	7	0	
3. Gemeli	Tidak ada	129	14	0,529
	Ada	6	1	
4. Hidramnion	Tidak ada	135	14	0,100
	Ada	0	1	
5. Serotinus	Tidak ada	125	14	0,697
	Ada	10	1	
6. IUFD	Tidak ada	133	14	0,273
	Ada	2	1	
7. Letak sungsang	Tidak ada	116	14	0,373
	Ada	19	1	
8. Letak lintang	Tidak ada	134	15	0,900
	Ada	1	0	

Keterangan: Nilai p berdasarkan Uji Eksak Fisher

Berdasarkan Tabel 6 hasil uji masing-masing faktor risiko yang termasuk pada kelompok II secara keseluruhan semua faktor risiko tidak terdapat perbedaan yang bermakna ($p>0,05$).

Tabel 7. Perbedaan Faktor Risiko Kegawatdaruratan Obstetri pada AGO antara Rujukan Terencana dan Rujukan Terlambat

		Rujukan Terencana	Rujukan Terlambat	Nilai p
		N	N	
AGO	Tidak ada	89	10	0,954
	Ada	46	5	
Total		135	15	

Keterangan: Nilai p berdasarkan uji chi-kuadrat

Berdasarkan Tabel 7 dapat diketahui sebagian besar tidak memiliki faktor risiko AGO dan dirujuk secara terencana yaitu 89 dari 135 orang (66%). Hasil uji tidak terdapat perbedaan bermakna ($p>0,05$) pada faktor risiko AGO antara rujukan terencana dan rujukan terlambat.

Tabel 8. Perbedaan Faktor Risiko Kelompok III Kegawatdaruratan Obstetri antara Rujukan Terencana dan Rujukan Terlambat

		Rujukan Terencana	Rujukan Terlambat	Nilai p
		N	n	
Hamil dengan Perdarahan	Tidak ada	129	14	0,529
Preeklamsi berat/eklamsi	Ada	6	1	
	Tidak ada	118	9	0,013
	Ada	17	6	

Keterangan: Nilai p berdasarkan Uji Eksak Fisher

Tabel 8 hasil uji masing-masing faktor risiko yang termasuk pada kelompok III, sebagian tidak terdapat perbedaan yang bermakna ($p > 0,05$) yaitu pada faktor risiko hamil dengan perdarahan dan sebagian menunjukkan perbedaan yang bermakna ($p < 0,05$) yaitu pada faktor risiko preeklamsi berat/eklamsi.

Tabel 9. Perbedaan Faktor Risiko Kegawatdaruratan Obstetri pada AGDO antara Rujukan Terencana dan Rujukan Terlambat

		Rujukan Terencana	Rujukan Terlambat	Nilai p
		N	n	
AGDO	Tidak ada	113	8	0,011
	Ada	22	7	
Total		135	15	

Keterangan: Nilai p berdasarkan Uji Eksak Fisher

Berdasarkan Tabel 9, sebagian besar tidak memiliki faktor risiko AGDO dan dirujuk secara terencana yaitu 113 dari 135 orang (84%). Hasil uji terdapat perbedaan bermakna ($p < 0,05$) pada faktor risiko AGDO antara rujukan terencana dan rujukan terlambat.

Tabel 10. Hubungan Peningkatan Faktor Risiko Kegawatdaruratan Obstetri dengan Pelaksanaan Rujukan

	Variabel	Koefisien	P	POR (IK 95%)
Langkah 1	APGO	1,452	0,080	4,270 (0,841–21,695)
	AGDO	1,812	0,003*	6,122 (1,879–19,939)
	Konstanta	-3,894	0,000	0,020

Keterangan: Tanda *) menunjukkan variabel yang bermakna

Uji statistik berdasarkan uji regresi logistik

Berdasarkan Tabel 10, nilai POR=6,12 pada variabel AGDO. Hal ini berarti bahwa variabel yang berpengaruh pada pelaksanaan rujukan yaitu faktor risiko kegawatdaruratan AGDO. Kekuatan hubungan variabel AGDO dengan pelaksanaan rujukan terencana hingga lebih dari 6 kali, hal ini berarti bahwa faktor risiko kegawatdaruratan pada AGDO berpeluang meningkatkan pelaksanaan rujukan hingga lebih dari 6 kali.

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian diatas, menunjukkan bahwa hampir seluruh responden yang memiliki faktor risiko kegawatdaruratan pada APGO, AGO, dan AGDO dirujuk secara terencana. Hal ini menunjukkan sistem rujukan di daerah Kota Kediri telah terlaksana dengan baik. Berdasarkan hasil wawancara, bidan menyatakan sistem rujukan telah diterapkan dengan baik. Hal tersebut dibuktikan dengan salah satu aturan atau kebijakan dinas kesehatan kota untuk ibu hamil yang dirujuk bidan ke rumah sakit yaitu ibu hamil yang memiliki faktor risiko kegawatdaruratan obstetri dan jumlah skor risiko lebih dari atau sama dengan 10.

Hal ini sesuai dengan upaya pemerintah dalam menurunkan AKI dan AKB yaitu pengembangan fasilitas kesehatan yang berjenjang dengan menentukan kebijakan yang berfokus pada penanganan ibu hamil yang memiliki komplikasi dan pencegahan terhadap tiga terlambat (pengambilan keputusan, transportasi ke pusat rujukan, dan penanganan yang adekuat di RS rujukan).⁶ Selain itu, penelitian di Nigeria juga menunjukkan sistem rujukan obstetri yang baik akan meningkatkan pelayanan yang berkualitas, sehingga kesehatan ibu hamil dan bersalin optimal.⁸

Sesuai pernyataan Manuaba dkk.⁶ rujukan harus dilakukan pada keadaan ibu dan anak masih baik dan rujukan yang dilakukan seharusnya pada saat kehamilan bukan saat persalinan, sehingga tujuan sistem rujukan tercapai. Selain itu, menurut Bossyans dkk.⁸ dinyatakan pula tujuan utama sistem rujukan obstetri yaitu memberikan pelayanan yang berkualitas dan sesuai dengan kebutuhan ibu hamil, sehingga kesehatan ibu hamil dan bersalin mencapai tingkat optimal.

Sistem rujukan obstetri merupakan salah satu bagian dari upaya kesehatan yang termasuk dalam ruang lingkup sistem kesehatan nasional yang bertujuan meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak.^{9,10} Sistem rujukan obstetri merupakan salah satu elemen penting dalam kesuksesan program *safe Motherhood*, apabila sistem rujukan telah terlaksana dengan baik maka angka kematian ibu di Indonesia juga menurun.¹¹ Sesuai pernyataan Adisasmito¹⁰ bahwa sistem rujukan berperan penting dalam pencapaian sistem kesehatan, apabila sistem rujukan tersedia dengan baik dan terjangkau oleh masyarakat maka taraf kesehatan masyarakat akan meningkatkan.

Berdasarkan beberapa pernyataan tersebut dapat disimpulkan bahwa sistem rujukan dapat tercapai apabila dilakukan rujukan terencana yaitu rujukan secara dini dan tepat waktu. Rujukan terencana merupakan upaya pencegahan secara proaktif terhadap komplikasi persalinan dan perencanaan persalinan yang aman.⁷ Hal ini sesuai juga dengan beberapa penelitian lain yang menyatakan bahwa ibu hamil dengan komplikasi diperlukan pemantauan dan perawatan ke unit kesehatan yang lebih lengkap dan lebih baik, sehingga dapat disimpulkan bahwa rujukan obstetri perlu dilakukan pada ibu dengan komplikasi selama kehamilan agar tidak terjadi komplikasi yang lebih lanjut, baik pada ibu maupun bayinya.^{6,7,12,13}

Hasil penelitian ini menunjukkan tidak terdapat perbedaan bermakna faktor risiko kegawatdaruratan pada APGO dan AGO yang dirujuk terencana dan terlambat dirujuk, namun terdapat perbedaan bermakna pada faktor risiko kegawatdaruratan AGDO antara rujukan terencana dan rujukan terlambat. Selain itu, peningkatan faktor risiko kegawatdaruratan obstetri akan meningkatkan pelaksanaan rujukan hingga lebih dari 6 kali.

Pelaksanaan rujukan sangat dibutuhkan untuk mengurangi kemungkinan komplikasi yang terkait dengan kehamilan agar memperoleh perawatan kesehatan yang lebih baik.^{7,8,11,14} Menurut Rochjati⁷ salah satu upaya untuk mencegah dan mengatasi masalah komplikasi obstetri dengan pelaksanaan rujukan terencana. Rujukan terencana merupakan salah satu upaya pencegahan proaktif terhadap komplikasi persalinan dan merupakan komponen perawatan prenatal yang dibutuhkan bagi ibu hamil dengan risiko.

Yakoob dkk.¹⁴ menyatakan bidan terampil dapat mengelola kehamilan, persalinan, dan nifas termasuk mengidentifikasi, melaksanakan manajemen, dan rujukan dalam komplikasi. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan di Lampung bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kompetensi bidan dan upaya rujukan dini berencana yaitu bidan yang memiliki pengetahuan dan sikap yang kurang baik dalam mendeteksi dini komplikasi kehamilan meningkatkan risiko bidan tidak melakukan rujukan dini berencana.¹⁵

Hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar ibu yang dirujuk ke rumah sakit memiliki beberapa faktor risiko meliputi: usia ≥ 35 tahun, kehamilan letak sungsang, dan hamil dengan komplikasi preeklamsi berat/eklamsi. Beberapa hasil penelitian menjelaskan bahwa semakin bertambah atau semakin tua usia ibu saat hamil akan meningkatkan risiko kematian.¹⁶⁻¹⁸ Komplikasi langsung penyebab kematian pada ibu salah satunya adalah kehamilan letak sungsang dan preeklamsi berat/eklamsi. Berdasarkan hasil penelitian dinyatakan kehamilan letak sungsang sangat memengaruhi kesejahteraan ibu dan bayi pada masa berikutnya.^{19,20} Hasil penelitian lain juga menunjukkan preeklamsi berat/eklamsi merupakan salah satu komplikasi penyebab utama kesakitan dan kematian ibu.²¹⁻²³

Berdasarkan keadaan tersebut, suatu tindakan segera diperlukan untuk menangani komplikasi obstetri sehingga kesakitan dan kematian dapat dihindari dan dicegah. Hal ini sependapat dengan pernyataan Wijayanegara dkk.²⁴ yang menyatakan kegawatdaruratan obstetri membutuhkan tindakan yang cepat, tegas, dan efektif. Selain itu, menurut Rochjati¹⁴ juga dijelaskan upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah komplikasi akibat keadaan tersebut adalah penanganan adekuat terhadap kondisi gawat darurat dengan pelaksanaan rujukan terencana.

Hasil penelitian juga menunjukkan ada beberapa responden yang memiliki faktor risiko kegawatdaruratan obstetri namun terlambat dirujuk. Menanggapi hal

ini, bidan menyatakan rujukan terlambat yang dilakukan pada beberapa ibu hamil dengan faktor risiko karena ibu hamil tersebut datang ke bidan dengan kondisi usia kehamilan tua dan mendekati persalinan. Berdasarkan hal tersebut, rujukan terlambat pada penelitian ini kemungkinan disebabkan oleh kurangnya kesadaran pasien tentang tanda bahaya pada kehamilan dan pengambilan keputusan mendapatkan perawatan oleh tenaga kesehatan.

Hal ini sesuai dengan penelitian di Pakistan yang menunjukkan beberapa penyebab keterlambatan rujukan yaitu disebabkan oleh kurangnya kesadaran tentang tanda bahaya obstetri sehingga terlambat dalam pengambilan keputusan mendapatkan perawatan medis untuk mengatasi komplikasi obstetri.²⁵ Selain itu, menurut Rochjati⁷ rujukan terencana merupakan salah satu komponen perawatan prenatal bagi ibu hamil dengan risiko, sehingga dapat disimpulkan bahwa ibu hamil yang tidak memeriksakan diri selama kehamilan akan meningkatkan kemungkinan rujukan terlambat.

Hasil penelitian menunjukkan hampir seluruh responden dirujuk terencana. Hal ini dimungkinkan karena pada saat tersebut sedang dilaksanakan program Jaminan Persalinan (Jampersal). Hal tersebut didukung oleh hasil wawancara yang dilakukan pada beberapa bidan tentang penyebab ibu hamil dirujuk ke rumah sakit meskipun tidak memiliki faktor risiko kegawatdaruratan. Menanggapi hal ini, bidan menyatakan bahwa pelaksanaan rujukan ibu hamil ke rumah sakit tanpa memiliki faktor risiko kegawatdaruratan disebabkan oleh program Jampersal. Kompensasi dan lamanya waktu penerimaan kompensasi menjadi pertimbangan bidan merujuk ibu hamil ke rumah sakit.

Sesuai dengan hasil penelitian yang menunjukkan terdapat peningkatan jumlah rujukan dari skrining ibu hamil karena program Jampersal.²⁶ Penelitian lain juga menunjukkan pelaksanaan kebijakan program Jampersal berpengaruh positif dan bermakna pada kinerja bidan dalam meningkatkan akses ibu hamil menggunakan fasilitas kesehatan.²⁷

Pada penelitian ini menunjukkan peningkatan faktor risiko kegawatdaruratan akan meningkatkan pelaksanaan rujukan hingga lebih dari 6 kali. Sesuai beberapa penelitian menunjukkan bahwa kegawatdaruratan obstetri membutuhkan tindakan yang cepat, tegas, dan efektif untuk mencegah komplikasi akibat keadaan tersebut dengan pelaksanaan rujukan yang terencana.^{7,24} Sesuai dengan penelitian lain yang menunjukkan keadaan gawat darurat pada kehamilan merupakan penyebab utama terjadinya kesakitan dan kematian ibu sehingga diperlukan tindakan segera untuk menanganinya yaitu dengan pelaksanaan rujukan.^{20,21}

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden dirujuk terencana karena sistem rujukan telah terlaksana dengan baik. Sebagian besar responden yang dirujuk ke rumah sakit karena memiliki faktor risiko pada kegawatdaruratan obstetri meliputi: usia ≥ 35 tahun pada saat hamil, kehamilan letak sungsang, dan hamil dengan komplikasi preeklamsi berat/eklamsi. Hasil penelitian juga menunjukkan tidak terdapat perbedaan bermakna faktor risiko kegawatdaruratan obstetri pada APGO dan AGO, namun berbeda bermakna faktor risiko kegawatdaruratan pada AGDO antara rujukan terencana dan rujukan terlambat. Selain itu, peningkatan faktor risiko kegawatdaruratan pada AGDO juga akan meningkatkan pelaksanaan rujukan hingga lebih dari 6 kali.

DAFTAR PUSTAKA

1. Djaja S, Mulyono L, Afifah T. Penyebab kematian maternal di Indonesia, survei kesehatan rumah tangga 2001. *Majalah Kedokteran Atmajaya*. 2003; 3(2):191–202.
2. Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2012*. Surabaya: Dinkes Prov. Jatim; 2013.
3. Adelaja LM, Taiwo OO. Maternal and fetal outcome of obstetri emergencies in a tertiary health institution in South – Western Nigeria. *ISRN Obstet Gynecol*. 2011:1–4.
4. Kementerian Kesehatan RI. *Profil Kesehatan Indonesia 2010*. Jakarta: Kem Kes RI; 2010.
5. Collender G, Gabrysch S, Campbell OMR. Reducing maternal mortality: better monitoring indicators, and benchmarks needed to improve emergency obstetric care. *Trop Med Intern Health*. 2012;17(6):694–6.
6. Manuaba IBG, Rochjati P, Martaadisoebrata D. *Bunga rampai obstetri dan ginekologi sosial*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2011.
7. Rochjati P. *Rujukan terencana dalam sistem rujukan paripurna terpadu kabupaten/kota*. Surabaya: Airlangga University Press; 2004.
8. Bossyns P, Abache R, Abdoulaye MS, Miye M, Depoorter AM, Lerberge WV. Monitoring the referral system through benchmarking in rural Niger: An evaluation of functional relation between health centers and the district hospital. *BMC Health Service Research*. 2006;6(51):1–7.
9. Azwar A. *Pengantar administrasi kesehatan*. Edisi ke-3. Tangerang: Binarupa Aksara; 2010.
10. Adisasmito W. *Sistem kesehatan*. Edisi ke-4. Jakarta: Rajawali Pers. 2012.
11. Murray SF, Pearson SC. Maternity referral systems in developing countries: Current knowledge and future research needs. *Social Scien Med J*. 2006;62:2205–9.
12. Al JF. Grandemultiparity: a potential risk factor for adverse pregnancy outcomes. *J Reprod Med*. 2012;57(1-2):53–7.

13. Afolabi AF, Adeyemi AS. Grand-multiparity: is it still an obstetric risk?. *OJOG*. 2013;3:411–5.
14. Yakoob MY, Ali MA, Ali MU, Imdad A, Lawn JE, Van Den Broek, dkk. The effect of providing skilled birth attendance and emergency obstetric care in preventing stillbirths. *BMC Public Health*. 2011;11(57):1–8.
15. Fitrieana IN. Implementasi program jaminan persalinan (Jampersal) di Puskesmas Ngrayun (Studi deskriptif tentang faktor-faktor yang memengaruhi implementasi program Jampersal di Puskesmas Ngrayun Kabupaten Ponorogo). *Jurnal Kebijakan dan Manajemen Publik*. 2008:1–10.
16. Pembe AB, Carlstedt A, Urassa DP, Lindmark G, Nystrom L, Darj E. Effectiveness of maternal referral system in a rural setting: a case study from Rufiji district, Tanzania. *BMC Health Services Research*. 2010;10(326):1–9.
17. Surita FG, Solvia JLP, Cecatti JG, Parpiinelli MA, Haddad SM, Costa ML, dkk. Severe maternal morbidity and maternal near miss in the extremes of reproductive age: results from a national cross-sectional multicenter study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014;14(77):1–18.
18. Lampinen R, Vehvilainen-Julkunen K, Kankkunen P. A Review of pregnancy in women over 35 years of age. *Open Nursing J*. 2009;3:33–8.
19. Sorbye IK, Vangen S, Oneko O, Sundby J, Bergsjø P. Caesarean section among referred and self-referred birthing women: a cohort study from a tertiary hospital, northeastern Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2011;11(55):1–11.
20. Sobande AA, Archibong EI, Abdelmoneim, Albar HM. Changing patterns in the management and outcome of breech presentation over a 7-year period. Review from a referral hospital in Saudi Arabia. *J Obstet Gynecol*. 2003;23(1):34–7.
21. Alladin AA, Harrison M. Preeklamsi: systemic endothelial damage leading to increased activation of the blood coagulation cascade. *J Biotech Research*. 2012;4:26–43.
22. Belfort MA, Dildy GA, Herbst MA, Meyers JA, and Hankins GD. Maternal death in the 21st century: causes, prevention, and relationship to cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199(1):1–11.
23. Duley L. Pre-eclampsia and the hypertensive disorders of pregnancy. *Br Med Bull*. 2003;67:161–76.
24. Wijayanegara H, Krisnadi SR, Anwar AD, Alamsyah M. Epidemiologi kegawatdaruratan obstetrik dalam obstetri emergensi. Jakarta: Sagung Seto; 2012.
25. Midhet F, Stan B. Impact of community-based interventions on maternal and neonatal health indicators: Results from a community randomized trial in rural Balochistan, Pakistan. *Reproductive Health J*. 2010;7(30):1–10.
26. Wildan M, Prijatni I, Martini L. Perbedaan jumlah rujukan penapisan sebelum dan sesudah program jaminan persalinan (Jampersal) di RS. Dr. Haryoto Lumajang. Seminar Nasional Jampersal. Jember: Universitas Jember FKM; 2011.
27. Lina A. Pengaruh pelaksanaan kebijakan Jaminan Persalinan terhadap kinerja bidan dalam meningkatkan akses ibu hamil menggunakan pelayanan

Puskesmas di Kabupaten Garut. *Insan Akademika Publications*.
2014;2(1):10–4.