

**TESIS**

**ANALISIS SISTEM RUJUKAN MATERNAL DI WILAYAH  
KERJA PUSKESMAS WULUR KECAMATAN DAMER  
KABUPATEN MALUKU BARAT DAYA**

***ANALYSIS OF THE MATERNAL REFERENCE SYSTEM IN  
THE WULUR COMMUNITY HEALTH CENTER IN DAMER  
SUB-DISTRICT SOUTHWEST MALUKU REGENCY  
MALUKU PROVINCE***

VALDA AGATHA LAIPENY

K012182007



**PROGRAM PASCASARJANA  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2020**

## TESIS

### ANALISIS SISTEM RUJUKAN MATERNAL DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS WULUR KECAMATAN DAMER KABUPATEN MALUKU BARAT DAYA

Disusun dan diajukan oleh :

**VALDA AGATHA LAIPENY**

Nomor Pokok K012182007

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis

Pada tanggal 26 November 2020

dan dinyatakan telah memenuhi syarat

MENYETUJUI  
KOMISI PENASEHAT,



Prof. Sukri, SKM, M.Kes, M.Sc.PH, Ph.D

Ketua



Prof. Dr. H. Indar, SH, MPH

Anggota



Ketua Program Studi  
Kesehatan Masyarakat

Dr. Masni, Apt., MSPH

**ANALISIS SISTEM RUJUKAN MATERNAL DI WILAYAH  
KERJA PUSKESMAS WULUR KECAMATAN DAMER  
KABUPATEN MALUKU BARAT DAYA**

Tesis

Sebagai salah satu syarat untuk mendapat gelar magister

Program Studi  
Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh:

**VALDA AGATHA LAIPENY**

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2020**

## PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Valda Agatha Laipeny

Nomor Mahasiswa : K012182007

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan ataupun pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, November 2020

Yang Menyatakan,



Valda Agatha Laipeny

## PRAKATA

Segala syukur dan puji hanya bagi Tuhan yang Maha Kuasa, atas anugerah, kemurahan dan Kasih-Nya yang melimpah. Sungguh sebuah nikmat yang tak ternilai harganya dengan penulisan tesis yang berjudul **“Analisis Sistem Rujukan Maternal Di Wilayah Kerja Puskesmas Wulur Kecamatan Damer Kabupaten Maluku Barat Daya Provinsi Maluku”** ini dapat terselesaikan dengan baik dan sekaligus menjadi syarat untuk menyelesaikan studi di Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Hasanuddin Makassar.

Hambatan dan tantangan yang dihadapi dalam menyelesaikan penulisan tesis ini, namun berkat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak yang akhirnya tesis ini dapat terselesaikan. Penghargaan dan terima kasih yang tidak terhingga penulis persembahkan teruntuk ibunda tercinta, ibu Enyke dan ibu Oktoviana yang senantiasa memanjatkan doa dengan penuh ketulusan demi kesuksesan penulis dalam menyelesaikan studi ini. Ucapan terima kasih dengan penuh cinta dan rasa hormat juga penulis persembahkan untuk suamiku Ardon W. Loyra, SKM serta anak – anakku Qiandra dan Queency yang tak pernah lelah mendampingi memberikan motivasi, dan senyuman penyemangat, juga saudara - saudaraku beserta seluruh keluarga yang lainnya atas nasehat yang tiada henti dan pengorbanan tiada akhir sehingga penulis dapat menyelesaikan studi ini

dengan baik. Tak lupa pula doa yang tulus dari lubuk hati yang paling dalam penulis persembahkan kepada ayahanda tercinta di surga almarhum P. Laipeny dan almarhum M. Loyra, *figure* yang senantiasa menjadi panutan bagi penulis dalam menjalani kehidupan ini.

Dengan segala kerendahan hati dan rasa hormat, penulis juga ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang tulus dan sebesar-besarnya kepada bapak **Prof.Sukri Palutturi, SKM, M.Kes, M.ScPH, Ph.D** selaku ketua komisi pembimbing dan bapak **Prof. Dr. H. Indar, SH, MPH** selaku anggota komisi pembimbing atas bantuan dan bimbingannya yang telah diberikan kepada penulis sejak proses awal hingga akhir penyusunan tesis ini. Demikian pula kepada **Dr. Atjo Wahyu, SKM., M.Kes, Prof. Dr. Stang, M.Kes, dan Prof. Dr. H. Amran Razak, SE., M.Sc** selaku tim penguji yang secara aktif telah memberikan masukan untuk perbaikan tesis ini, penulis ucapkan terimah kasih sedalam-dalamnya.

Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada:

1. Prof. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA, selaku rektor Unhas yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan program Pascasarjana Universitas Hasanuddin
2. Bapak Prof. Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed. selaku dekan FKM Unhas, beserta seluruh Tata Usaha, kemahasiswaan, akademik, dan semua petugas kebersihan FKM Unhas atas kerja

sama dan bantuannya selama penulis mengikuti pendidikan di FKM Unhas.

3. Bapak Dr. H. Muh. Alwy Arifin, M.Kes selaku ketua jurusan bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Kepada Dosen beserta staf jurusan bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan FKM UNHAS yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga kepada penulis selama masa pendidikan.
5. Kepada seluruh *Stakeholder* Pemerintah Daerah Kabupaten Maluku Barat Daya yang memberikan pikiran serta bantuan dan izin selama penulis melakukan penelitian.
6. Kepada Direktur RSUD Tiakur dan rekan-rekan sekerja di RSUD Tiaku3r yang selalu mendorong penulis dalam menyelesaikan studi
7. Kepala Puskesmas Wulur Kecamatan Damer Kabupaten Maluku Barat Daya beserta staf yang telah memberikan izin dan bantuan kepada penulis serta memberikan kontribusi kepada penulis untuk melakukan penelitian di wilayah kerjanya.
8. Kepada para Narasumber / Informan yang telah menyempatkan waktunya untuk memberikan informasi yang terkait dengan penelitian penulis.
9. Terima kasih kepada seluruh rekan-rekan mahasiswa S2 Konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Kelas Ambon

yang telah bersama-sama menempuh suka dan duka selama mengikuti pendidikan serta terima kasih atas segala bantuan tenaga dan pikirannya yang diberikan kepada penulis sampai tesis ini terselesaikan.

10. Serta semua pihak yang telah membantu penulis selama ini.

Penulis sadar bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan baik dari segi materi maupun sistematika penulisan. Oleh karena itu, besar harapan penulis kepada pembaca atas kontribusinya baik berupa saran dan kritik yang sifatnya membangun demi kesempurnaan tesis ini. Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa memberikan balasan atas kebaikan bapak, ibu dan saudara sekalian yang turut membantu penyelesaian tesis ini, dan semoga tesis ini dapat memberikan nilai positif bagi pembangunan kesehatan dan pengembangan ilmu pengetahuan. Amin.

Makassar, Juni 2020

**Valda Agatha Laipeny**



## ABSTRAK

**VALDA AGATHA LAIPENY.** *Analisis Sistem Rujukan Maternal Di Wilayah Kerja Puskesmas Wulur Kecamatan Damer Kabupaten Maluku Barat Daya Provinsi Maluku* (dibimbing oleh **Sukri Palutturi** dan **Indar**).

Rujukan ibu hamil dan neonatus yang berisiko tinggi merupakan komponen yang penting dalam sistem pelayanan kesehatan maternal. Tujuan penelitian ini untuk menganalisis gambaran sistem rujukan maternal pada level analisis masyarakat dan puskesmas pada kasus kematian ibu di Kecamatan Damer.

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan penelitian fenomenologis. Informan dalam penelitian ini sebanyak 27 orang yang terdiri atas 10 orang suami/keluarga pasien yang mendampingi ibu yang meninggal dalam proses persalinan pada tahun 2017 – 2018, 6 orang dukun kampung atau kader posyandu yang mengetahui kronologis kehamilan dan persalinan ibu, 5 orang kepala desa/staf desa/kepala dusun dari desa tempat pasien berdomisili dan ada di tempat saat terjadi proses persalinan sampai dengan kematian pasien, 1 orang perawat di desa, 2 orang bidan puskesmas Wulur, 1 orang dokter puskesmas, 1 orang kepala puskesmas Wulur, 1 orang Camat Kecamatan Damer. Teknik pengumpulan data yaitu data primer data yang diperoleh melalui wawancara langsung kepada informan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada level analisis masyarakat persepsi tentang kehamilan resiko tinggi dan pelayanan kesehatan oleh bidan belum terbangun dengan baik. Sedangkan persepsi tentang komplikasi dalam kehamilan sudah cukup baik. Faktor budaya, masih tingginya kepercayaan kepada dukun kampung. Biaya transportasi, alat dan proses komunikasi serta kerja sama antar stakeholder yang belum terbangun menjadi kendala dalam rujukan maternal. Pada level analisis puskesmas, kuantitas dan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) masih kurang, alat dan obat-obatan belum terkelola dengan baik, belum tersedia SPO rujukan kehamilan, diseminasi informasi tentang kehamilan resiko tinggi belum massif dan terintegrasi, serta belum terbentuk jejaring rujukan maternal neonatal di Puskesmas Wulur. Disarankan kepada Puskesmas Wulur agar lebih mengintensifkan promosi kesehatan khususnya terkait kehamilan resiko tinggi serta mengadvokasi pihak-pihak yang berkepentingan untuk melengkapi sarana prasarana penunjang sistem rujukan.

**Kata Kunci:** Sistem Rujukan, Maternal, Persepsi, Masyarakat, Puskesmas



## ABSTRACT

**VALDA AGATHA LAIPENY.** *Analysis of the Maternal Referral System in the Wulur Health Center, Damer District, Southwest Maluku Regency, Maluku Province* (Supervisor by **Sukri Palutturi** and **Indar**)

Referral of pregnant women and neonates at high risk is an important component in the maternal health care system. The purpose of this study was to analyze the description of the maternal referral system at the level of community and community health center analysis in cases of maternal mortality in Damer District.

This study uses a qualitative method with a phenomenological research approach. The informants in this study were 27 people consisting of 10 husbands/families of patients who accompanied mothers who died during childbirth in 2017-2018, 6 village shamans or posyandu cadres who knew the chronology of maternal pregnancy and childbirth, 5 village heads/village staff/hamlet head of the village where the patient lives and is present during the delivery process until the patient's death, 1 nurse in the village, 2 midwives at Wulur community health center, 1 community health center doctor, 1 head of Wulur community health center, 1 sub-district head Damer. Data collection techniques, namely primary data obtained through direct interviews with informants

The results showed that at the level of community analysis, the perception of high-risk pregnancy and health services by midwives was not well developed. Meanwhile, the perception of complications in pregnancy is quite good. Cultural factors, still high trust in the village shaman. Undeveloped transportation costs, communication tools, and processes, as well as cooperation between stakeholders, are obstacles in maternal referrals. At the community health center level of analysis, the quantity and quality of Human Resources (HR) are still lacking, tools and medicines are not well managed, there are no pregnancy referral SPOs available, information dissemination on high-risk pregnancies is not massive and integrated, and there is no maternal referral network neonatal at Wulur Health Center. It is recommended that the Wulur Community Health Center intensify health promotion, especially related to high-risk pregnancies, and advocate for interested parties to complete the supporting infrastructure for the referral system.

**Keywords :** Referral System, Maternal, Perception, Community Health Center



## DAFTAR ISI

	Halaman
SAMPUL .....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	II
LEMBAR PENGESAHAN .....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS .....	iv
PRAKATA .....	v
ABSTRAK .....	ix
ABSTRACT .....	x
DAFTAR ISI .....	xi
DAFTAR TABEL .....	xiii
DAFTAR GAMBAR .....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN .....	xv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
<b>BAB I PANDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	11
C. Tujuan Penelitian .....	12
D. Manfaat Penelitian .....	13
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Tinjauan Umum Tentang Puskesmas.....	14
B. Tinjauan Umum Tentang Kematian Ibu Melahirkan.....	20
C. Tinjauan Umum Tentang Sistem Rujukan .....	27
D. Tinjauan Umum Tentang Rujukan Maternal Dan Neonatal .....	37
E. Sintesa Penelitian .....	46
F. Kerangka Teori .....	59
G. Kerangka Konsep .....	60

	H. Definisi Konseptual .....	61
<b>BAB III</b>	<b>METODE PENELITIAN</b>	
	A. Jenis Penelitian .....	64
	B. Lokasi Dan Waktu Penelitian .....	64
	C. Informan Penelitian .....	64
	D. Instrumen Penelitian .....	65
	E. Teknik Pengumpulan Data.....	66
	F. Teknik Pengolahan Data.....	71
	G. Validasi Data.....	71
	H. Analisa Data .....	72
<b>BAB IV</b>	<b>HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
	A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	74
	B. Gambaran Umum Lokasi Informan .....	77
	C. Hasil Penelitian .....	81
	D. Pembahasan.....	132
<b>BAB V</b>	<b>KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
	A. Kesimpulan .....	156
	B. Saran .....	160

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

## DAFTAR TABEL

		<b>Halaman</b>
Tabel 1.1	Distribusi Kematian Maternal per Puskesmas Di Wilayah Kerja Dinkes Maluku Barat Daya Tahun 2017 - 2018	6
Tabel 2.1	Tabel sintesa	41
Tabel 3.1	Tehnik pengumpulan data dari setiap dimensi di Masing-masing level analisis	62
Tabel 4.1	Persebaran Tenaga Kesehatan di Kecamatan Damer Tahun 2019	70
Tabel 4.2	Jumlah fasilitas kesehatan Menurut desa di Kecamatan Damer Tahun 2019	70
Tabel 4.3	Persentasi Ibu hamil Berdasarkan Kunjungan K1, kunjungan K4, Kurang Energi Kronis (KEK) dan mendapat tablet zat besi (Fe) di kecamatan Damer Tahun 2017 -2019	71
Tabel 4.4	Karakteristik Kematian Ibu di wilayah kerja Puskesmas Wulur Tahun 2017-2018	72
Tabel 4.5	Karakteristik Informan di tiap level analisis	72
Tabel 4.6	Daftar Chekclist Alat kesehatan dan obat-obatan Kedaruratan Maternal neonatal	123
Tabel 4.7	Persentase bidan, dokter, perawat di Puskesmas Wulur yang pernah mengikuti pelatihan di bidang obstetric dan neonates	125
Tabel 4.8	Persentase Pertolongan oleh Nakes dan Non Nakes Puskesmas Wulur Tahun 2017 -2019	128

## DAFTAR GAMBAR

	<b>Halaman</b>	
Gambar 2.1	Teori Three Delays oleh Thaddeus and Maine 1994 serta Determinasi Kematian ibu menurut Wisnuwardhani (1999)	24
Gambar 2.2	Alur Sistem Rujukan Menurut WHO	28
Gambar 3.2	Alur Pelayanan Kesehatan, Permenkes Nomor 001 /2012	31
Gambar 4.2	Kerangka teori	54
Gambar 5.2	Kerangka konsep	55
Gambar 1.4	Peta Kecamatan Damer	69

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Hasil Wawancara
Lampiran 2	Daftar Cheklist Alat
Lampiran 3	Dokumentasi Penelitian
Lampiran 4	<i>Curriculum Vitae</i>

## DAFTAR SINGKATAN

Singkatan	Keterangan
AGDO	Ada Gawat Darurat Obstetri
AGO	Ada Gawat Obstetri
AKB	Angka Kematian Bayi
AKI	Angka Kematian Ibu
APGO	Ada Potensi Gawat Obstetri
APN	Asuhan Persalinan Normal
Askes	Asuransi Kesehatan
BBL	Berat Badan Lahir
BBLR	Berat Bada Lahir Rendah
Binkesmas	Bina Kesehatan Masyarakat
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BPPK	Badan Pendidikan dan Pelatihan Keuangan
Depkes	Departemen Kesehatan
Dinkes	Dinas Kesehatan
Dirjen	Direktorat Jendral
Faskes	Fasilitas Kesehatan
FMM	Forum Masyarakat madani



HDK	Hipertensi Dalam Kehamilan
ISCDICD-X	<i>International Statistical classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death edition X</i>
KB	Keluarga Berencana
Kemenkes	Kementerian Kesehatan
KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
MBD	Maluku Barat Daya
MDG's	<i>Millenium Development Goals</i>
Perkesmas	Perawatan Kesehatan Masyarakat
Permenkes	Peraturan Menteri Kesehatan
PIC	<i>Person In charge</i>
PK	Perjanjian Kerjasama
POGI	Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia
POKJA	Kelompok Kerja
PONED	Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Dasar
PONEK	Pelayanan Obstetrik Dan Neonatal Emergensi Komprehensif
PP	Peraturan Pemerintah
PPGDON	Pelatihan Penanganan Gawat Darurat Obstetri Neonatal
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat

RAN-PPAKI	Rencana Aksi Nasional Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu
RI	Republik Indonesia
RPJMN	Rencana Program Jangka Menengah Nasional
RS	Rumah Sakit
RSU	Rumah Sakit Umum
RSUD	Rumah Sakit Umum Daerah
SDKI	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SDM	Sumber Daya Manusia
SOP	Standar Operasional Pelayanan
SPO	Standar Prosedur Operasional
SUPAS	Survei Penduduk Antar Sensus
UGD	Unit Gawat Darurat
UKM	Upaya Kesehatan Masyarakat
UKP	Upaya Kesehatan Perorangan
UKS	Usaha Kesehatan Sekolah
UU	Undang-Undang
WHO	<i>World Health Organization</i>

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Salah satu indikator utama keberhasilan kesehatan di suatu negara adalah Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Tingginya AKI dan AKB di Indonesia berkaitan dengan kondisi ekonomi, geografis, perilaku, budaya masyarakat, terlambat mengenali tanda bahaya kehamilan, terlambat mengambil keputusan, terlambat dirujuk ke fasilitas kesehatan, dan terlambat mendapat pelayanan yang adekuat di tempat rujukan, serta penyebab langsung yang berkaitan dengan kondisi kesehatan ibu sejak kehamilan, persalinan, dan nifas. (Kemenkes, 2017)

Angka Kematian Ibu (AKI) yang masih tinggi di Indonesia menunjukkan rendahnya kualitas pelayanan kesehatan terutama kesehatan ibu. Hal tersebut didasari fakta bahwa salah satu kendala utama lambatnya penurunan AKI di Indonesia adalah hambatan terhadap penyediaan dan akses pelayanan kegawatdaruratan obstetri. Kemampuan penanganan kasus komplikasi saat ini masih bertumpu pada fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan di rumah sakit, sedangkan penanganan kasus di tingkat puskesmas belum berjalan dengan baik. Oleh karena itu diperlukan adanya jenjang pembagian tugas di antara berbagai unit

pelayanan kesehatan melalui suatu tatanan sistem rujukan. (Kemenkes, 2017)

Berdasarkan data Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015, Angka Kematian Ibu di Indonesia masih tinggi, sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup, walaupun menurun dibanding data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup tetapi tidak terlalu signifikan, dan masih jauh dari target MDG's (*Millenium Development Goals*) ke-5 yang adalah menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Sementara itu, Angka Kematian Bayi berdasarkan data SDKI 2012 sebesar 24 per 1000 kelahiran hidup sedang target RPJMN 2020-2024 adalah 16 per 1000 kelahiran hidup. (DEPKES, 2014; Statistik, 2015)

Untuk provinsi Maluku, berdasarkan data laporan rutin program, pelayanan kesehatan ibu dan bayi sudah memberikan hasil yang cukup baik, dimana AKI dan AKB pada tahun 2017 sebesar 138 per 100.000 KH dan pada tahun 2018 turun menjadi 137 per 100.000 KH sedangkan AKB sebesar 5 per 1000 KH dan tahun 2017, naik menjadi 6 per 1000 KH . (Maluku, 2018)

Untuk Kabupaten Maluku Barat Daya, AKI masih sangat tinggi, dimana pada tahun 2017 sebesar 591 per 100.000 KH dan sedikit menurun pada tahun 2018 menjadi 501 per 100.000 KH. Untuk AKB,

tahun 2017 sebesar 25,5 per 1000 KH dimana sebanyak 88,8% dari angka tersebut adalah neonatus dan menurun menjadi 19,9 per 1000 KH, dimana 71,4% adalah neonatus .(kab.MBD, 2017; MBD, 2018)

Seharusnya kematian ibu dan bayi dapat dicegah sebanyak mungkin, namun pada kenyataannya angka menunjukkan bahwa kematian menurun sangat lambat dan data menunjukkan bahwa semakin banyak kematian terjadi di rumah sakit, bahkan di beberapa provinsi jumlah tersebut sangat meningkat, walaupun mungkin merupakan rujukan tidak berkualitas. Hal ini dapat diakibatkan karena pelayanan di tingkat institusi pelayanan belum prima ataupun terjadi keterlambatan pelayanan rujukan ibu dan neonatus yang mengakibatkan sangat terlambat pula ibu dan neonatus tiba di fasilitas pelayanan rujukan.

Penyebab utama kematian ibu tahun 2017 diketahui akibat gangguan hipertensi sebanyak 33,07%, perdarahan obstetrik 27.03%, komplikasi non obstetrik 15.7%, komplikasi obstetrik lainnya 12.04% infeksi pada kehamilan 6.06% dan penyebab lainnya 4.81%. Sementara penyebab kematian neonatal tertinggi disebabkan oleh komplikasi kejadian intrapartum tercatat 283%, akibat gangguan respiratori dan kardiovaskular 21.3%, BBLR dan premature 19%, kelahiran kongenital 14,8%, akibat tetanus neonatorum 1,2%, infeksi 7.3% dan akibat lainnya 8.2%.(BPPK, 2018)

Dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi diperlukan sistem rujukan yang efektif terutama untuk kasus dengan komplikasi. Salah satu aspek fundamental dalam pelayanan kesehatan primer adalah adanya hubungan yang erat dengan level di atasnya, tercermin sebagai suatu sistem rujukan yang efektif. Sistem rujukan adalah sistem pelayanan kesehatan yang melakukan pelimpahan tanggungjawab timbal balik atas masalah kesehatan pada unit yang lebih mampu menangani, atau antar unit yang setingkat. Sedangkan rujukan kebidanan adalah adanya keadaan gawat darurat pada kehamilan dan persalinan yang merupakan penyebab utama terjadinya kesakitan dan kematian ibu sehingga diperlukan tindakan segera untuk menanganinya .(Laili, 2014)

Kegawatdaruratan obstetri merupakan penyebab utama kematian maternal dan perinatal. Kegawatdaruratan obstetri menurut Rochjati (Laili, 2014)terbagi menjadi 3 kelompok faktor risiko, yaitu APGO (Ada Potensi Gawat Obstetri), AGO (Ada Gawat Obstetri), dan AGDO (Ada Gawat Darurat Obstetri). Faktor risiko adalah suatu ukuran statistik dari peluang atau kemungkinan untuk terjadinya keadaan gawat darurat yang tidak diinginkan pada masa mendatang, yaitu kemungkinan terjadinya komplikasi obstetri pada saat persalinan yang dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecatatan, ketidaknyamanan atau ketidakpuasan (5K) pada ibu dan atau bayi .(P.Rochjati, 2003).

Berbagai penelitian menyatakan bahwa salah satu upaya penatalaksanaan yang efektif pada kegawatdaruratan obstetri adalah dengan pelaksanaan rujukan. Rujukan yang tepat dan terencana dapat menyelamatkan ibu dan bayi baru lahir (Laili, 2014).

Studi di Indonesia menemukan bahwa 13% dari wanita hamil berkemungkinan dirujuk. Dari jumlah tersebut, 73% memenuhi hasil signifikan dalam rujukan dengan profesional kesehatan dan fasilitas kesehatan. Dengan demikian peran tenaga bidan/perawatan kebidanan dan fasilitas kesehatan sangat penting untuk meminimalkan terjadinya komplikasi kehamilan yang memungkinkan terjadinya kematian ibu dan bayi pada kasus komplikasi persalinan, komplikasi pasca persalinan, yang termasuk dalam patologis kehamilan dan persalinan (Hussein *et al*, 2012 dalam Maryunani, 2016).

Selama tahun 2017, RSUD Tiakur menerima rujukan maternal sebanyak 28 orang, dan pada tahun 2018 sebanyak 23 orang. Dari jumlah tersebut sebanyak 1 orang meninggal pada tahun 2017 dan tidak ada yang meninggal pada tahun 2018. Jika berpatokan pada studi bahwa 13% dari ibu hamil berkemungkinan dirujuk, sedangkan jumlah persalinan di Kabupaten Maluku Barat Daya pada tahun 2017 adalah 1184 persalinan dan 2018 adalah sebanyak 1396 persalinan, maka jumlah rujukan maternal yang diterima RSUD Tiakur masih sangat kurang. Beberapa kemungkinan dapat terjadi untuk menjawab persoalan ini, yaitu karena alasan tertentu ada ibu hamil yang dirujuk ke luar Kabupaten Maluku

Barat Daya atau sama sekali tidak dapat dirujuk. Beberapa kasus yang terjadi justru ibu hamil dirujuk ke negara tetangga Timor Leste.(kab.MBD, 2017; Tiakur, 2017, 2018).

**Tabel 1.1**  
**Distribusi Kematian Maternal per Puskesmas Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Maluku Barat Daya Tahun 2017 - 2018**

Puskesmas	Total Persalinan		Kematian Ibu		Sebab Kematian			
	2017	2018	2017	2018	Perdarahan	HDK	Infeksi	Lain2
Ustutun	54	49		1				1
Ilwaki	23	54						
Wonreli	163	171	1		1			
Serwaru	163	159						
Werwaru	69	137	1		1			
Weet	44	51						
Mahaleta	11	24						
Lelang	64	62		1				1
Tepa	77	97						
Letwurung	100	114	1				1	
Marsela	15	15						
Wulur	95	143	3	2	4			1
Lurang	39	58	1		1			
Arwala	42	37		2				2
Lebelau	80	58						
Jerusu	62	64						
Sera	39	52						
RLB	19	30		1	1			
Latalola								
Besar	17	18						
Watuwei	8	3						
Kabupaten	1184	1396	7	7	8		2	4

**Sumber : Profil Dinas Kesehatan Kab.Maluku Barat Daya Tahun 2017 dan 2018**

Dari data Dinas kesehatan di atas, pada tahun 2017 terdapat 7 kasus kematian ibu dari 1184 persalinan dan tahun 2018 juga terdapat 7 kasus kematian ibu dari 1396 persalinan. Dapat dilihat dari tabel 1.1 bahwa kasus kematian ibu di Puskesmas Wulur Kecamatan Damer sejak tahun 2017 dan 2018 selalu ada.



Dari Laporan RSUD Tiakur untuk tahun 2017 – 2018 terdapat 2 kasus persalinan dari Kecamatan Damer yang tiba di RSUD Tiakur setelah 5 -7 hari dalam proses persalinan. Satu orang meninggal setelah dilakukan operasi sesar dan satu orang bersalin diatas kapal saat proses rujukan tetapi mengalami komplikasi inkontinensia urin dan alvi post partum akibat kepala bayi terlalu menekan jalan lahir (Tiakur, 2019).

Hasil penelitian Siti Rabiah dan Latuamury tahun 2000 menemukan bahwa angka kematian ibu salah satunya disebabkan keterlambatan dalam merujuk pasien ke Rumah sakit. Rochdiyah dkk pada tahun 1999 juga menemukan bahwa 50% tindakan merujuk yang dilakukan kurang tepat. Hasil-hasil tersebut menunjukkan adanya fenomena keterlambatan dalam merujuk ibu bersalin ke rumah sakit. (Rochdiyah, 1999; Siti Rabiah 2001)

Salah satu permasalahan penting dalam pembangunan kesehatan nasional adalah terbatasnya aksesibilitas terhadap permasalahan kesehatan. Permasalahan ini juga terjadi di Kabupaten Maluku Barat Daya, Provinsi Maluku. Hal ini disebabkan oleh berbagai hal, antara lain kondisi geografis, biaya, jumlah tenaga kesehatan, dan kondisi fasilitas kesehatan, seperti puskesmas dan jaringannya sehingga mempengaruhi aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang baik.

Fokus percepatan penurunan AKI adalah deteksi, penanganan, dan rujukan kehamilan atau persalinan risiko tinggi. Salah satu model

pelayanan untuk mengurangi AKI adalah dengan Strategi Pendekatan Risiko (SPR). Rujukan harus berupa kegiatan yang terencana, bukan sebagai reaksi sesaat terhadap suatu keadaan yang tidak diinginkan yang dapat menjadi rujukan terlambat. Ibu hamil dengan masalah risiko tinggi membutuhkan pelayanan berkelanjutan yang adekuat dan spesialistik di pusat rujukan rumah sakit kabupaten/kota.

Rujukan ibu hamil dan neonatus yang berisiko tinggi merupakan komponen yang penting dalam sistem pelayanan kesehatan maternal. Dengan memahami sistem dan cara rujukan yang baik, tenaga kesehatan diharapkan dapat memperbaiki kualitas pelayanan.

Sistem rujukan maternal adalah sistem yang dikelola secara strategis, proaktif, pragmatis, dan koordinatif untuk menjamin pemerataan pelayanan kesehatan maternal yang paripurna dan komprehensif bagi masyarakat, sehingga tercapai peningkatan derajat kesehatan ibu hamil melalui peningkatan mutu dan keterjangkauan pelayanan kesehatan maternal di wilayah mereka. Sistem rujukan pelayanan kegawatdaruratan maternal harus mengacu pada prinsip utama kecepatan dan ketepatan tindakan, efisien, efektif, dan sesuai dengan kemampuan dan kewenangan fasilitas pelayanan. (Kesehatan, 2014)

Di Indonesia sudah sangat dikenal istilah “3 terlambat”. Oleh sebab itu untuk mengatasi “3 terlambat” tersebut, perlu disiapkan suatu jejaring sistem pelayanan rujukan kegawatdaruratan termasuk persiapan keluarga

ibu hamil/BBL/neonatus di tingkat keluarga, masyarakat baik dari segi sosial ekonomi, pendidikan, budaya, agama, sampai ke tingkat pelayanan dasar bidan di desa, Bidan Praktik Swasta, puskesmas, praktik dokter, pelayanan rujukan primer, sekunder dan tersier bila diperlukan.(P.Munjaja, 2012)

Agar sistem rujukan maternal dapat berjalan dibutuhkan penyusunan strategi rujukan sesuai dengan sistem kesehatan yang berlaku dengan kondisi masyarakat setempat. Rujukan ke rumah sakit dapat dilaksanakan karena adanya komplikasi obstetri seperti perdarahan, persalinan macet dan hipertensi. Masalah dalam proses rujukan meliputi mutu pelayanan yang kurang baik, ketersediaan tenaga terampil yang rendah, tidak cukupnya suplai obat-obatan, peralatan medis untuk diagnosa, dan peralatan komunikasi serta transportasi yang kurang memadai.(P.Munjaja, 2012)

Kementerian Kesehatan RI melalui Direktur Bina Kesehatan Ibu menetapkan Rencana Aksi Nasional Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu (RAN-PPAKI), dimana program utama keempat adalah terlaksananya rujukan efektif pada kasus komplikasi maternal.

Hal tersebut didasari fakta bahwa salah satu kendala utama lambatnya penurunan AKI di Indonesia adalah hambatan terhadap penyediaan dan akses pelayanan kegawatdaruratan obstetri. Kemampuan penanganan kasus komplikasi saat ini, masih bertumpu pada fasilitas

pelayanan kesehatan lanjutan di rumah sakit, sedangkan penanganan kasus komplikasi di tingkat puskesmas belum berjalan dengan baik. Oleh karena itu diperlukan adanya jejaring pembagian tugas di antara berbagai unit pelayanan kesehatan melalui suatu tatanan sistem rujukan.(Binkesmas, 2008)

Penelitian Tentang Sistem Rujukan Maternal telah beberapa kali dilakukan antara lain oleh Heny Lestari dkk pada tahun 2018 dengan judul: "Sistem Rujukan Maternal dan Neonatal di Provinsi Maluku dan Papua". Penelitian ini melihat secara umum gambaran sistem rujukan maternal dan neonatal di Provinsi Maluku dengan level analisis pada tingkat pelayanan primer (puskesmas) dan tingkat pelayanan sekunder (Rumah Sakit). Adapula penelitian yang dilakukan Zuhadi, dkk pada tahun 2012 yang berjudul: "*Problem dan Tantangan Puskesmas dan Rumah Sakit Umum Daerah Dalam mendukung sistem rujukan Maternal di Kabupaten Karimun Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2012*". Penelitian ini mengambil level analisis pada masyarakat, puskesmas dan rumah sakit karena ruang lingkup sistemnya adalah tingkat kabupaten, juga informan di level masyarakat juga bukanlah keluarga pasien yang mengalami kematian maternal sehingga gambaran real hambatan yang dihadapi tidak tergambar dengan jelas. Penelitian lainnya adalah yang dilakukan oleh Rumita Erna Sari pada tahun 2012 dengan judul: "*Analisis Kelayakan Rujukan Persalinan Oleh Bidan Puskesmas PONED di RSUD Pirngadi Medan*". Penelitian ini lebih terfokus menganalisis rujukan yang telah

dilakukan oleh bidan Puskesmas Poned ke Rumah Sakit untuk menilai indikasi kegawatan pasien sehingga terjadi proses rujukan. (Henny Lestari, 2018; Sari, 2014; Zuhadi 2013)

Yang membedakan penelitian ini dengan tiga penelitian sebelumnya adalah: ruang lingkup penelitian ini adalah memberi gambaran sistem rujukan maternal di Kecamatan Damer, yang meliputi sistem rujukan dari desa ke Puskesmas Wulur dan kesiapan Puskesmas dalam mendukung sistem rujukan maternal di Kecamatan Damer. Informan yang digunakan terdiri atas : keluarga pasien yang mengalami kematian maternal dalam kurun waktu 2017-2018, kepala desa atau staf desa atau biang kampung atau kader posyandu yang ada saat kejadian kematian maternal di desa tersebut, bidan desa tempat terjadinya kematian maternal, bidan puskesmas, serta dokter atau Kepala Puskesmas Wulur Kecamatan Damer, sehingga hasil penelitian dapat menggambarkan sistem rujukan maternal di Kecamatan Damer dari hulu ke hilir.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang diuraikan di atas, maka pertanyaan penelitian ini adalah:

1. Bagaimana dimensi input di level analisa masyarakat yang meliputi persepsi, pendanaan, alat transportasi, alat komunikasi dan sosial budaya serta di level puskesmas yang meliputi pendanaan, Sumber

Daya Manusia, alat transportasi, alat komunikasi, peralatan kesehatan dan obat-obatan serta ketersediaan SOP dalam mendukung rujukan maternal di Kecamatan Damer?

2. Bagaimana dimensi proses di level analisa masyarakat yang meliputi kerjasama antar stakeholder, proses transportasi dan proses komunikasi serta level analisa puskesmas yang meliputi Pelaksanaan SOP, Proses pengadaan alat kesehatan dan obat-obatan, Kerjasama tim, proses transportasi, proses komunikasi, proses Informasi dan alur rujukan dalam mendukung rujukan maternal di Kecamatan Damer?

### **C. Tujuan Penelitian**

1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis gambaran sistem rujukan maternal pada level analisis masyarakat dan puskesmas pada kasus kematian ibu di Kecamatan Damer.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis dimensi input pada level analisa masyarakat yang meliputi persepsi, pendanaan, alat transportasi, alat komunikasi dan sosial budaya serta pada level analisa puskesmas yang meliputi pendanaan, Sumber Daya manusia, alat transportasi, alat komunikasi, peralatan kesehatan dan obat-obatan serta ketersediaan SOP dalam mendukung rujukan maternal di Kecamatan Damer.

- b. Menganalisis dimensi proses yang meliputi kerjasama antar stake holder, proses transportasi dan proses komunikasi pada level analisa masyarakat dan pada level analisa puskesmas yang meliputi Pelaksanaan SOP, proses pengadaan alat kesehatan dan obat-obatan, Kerjasama tim, proses transportasi, proses komunikasi, proses informasi dan alur rujukan dalam mendukung sistem rujukan maternal di Kecamatan Damer.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Manfaat Ilmiah**

Dapat menambah wawasan dan pengetahuan peneliti tentang sistem rujukan maternal.

##### **2. Manfaat Praktis**

Dapat dijadikan sebagai bahan koreksi untuk meningkatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas khususnya dalam upaya kesehatan ibu dan anak. Selain itu dapat menjadi bahan masukan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Barat Daya untuk membuat suatu Standar Operasional Prosedur rujukan maternal di seluruh puskesmas yang ada di Kab.Maluku Barat Daya

##### **3. Manfaat Institusi**

Hasil penelitian ini dapat dipakai sebagai bahan rujukan untuk penelitian selanjutnya serta digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan di institusi penelitian kesehatan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Umum Tentang Puskesmas**

##### **1. Pengertian Puskesmas (Permenkes, 2014)**

Salah satu bentuk reformasi bidang kesehatan adalah dikeluarkannya Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang kebijakan dasar pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas). Puskesmas adalah salah satu sarana pelayanan kesehatan yang menjadi andalan atau tolak ukur dari pembangunan kesehatan, sarana peran masyarakat, dan pusat pelayanan pertama yang menyeluruh dari suatu wilayah.

Peraturan Menteri Kesehatan RI (2014) mendefinisikan Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

##### **2. Peran Puskesmas**

Puskesmas memiliki peran yang sangat vital sebagai institusi pelaksana teknis. Puskesmas dituntut memiliki kemampuan manajerial dan wawasan jauh ke depan untuk meningkatkan kualitas pelayanan



kesehatan. Peran tersebut ditunjukkan dalam bentuk keikutsertaan puskesmas dalam menentukan kebijakan daerah melalui sistem perencanaan yang matang dan realistis, tata laksana kegiatan yang tersusun rapi, serta sistem evaluasi dan pemantauan yang akurat. Pada masa mendatang, puskesmas juga dituntut berperan dalam pemanfaatan teknologi informasi terkait upaya peningkatan pelayanan kesehatan secara komprehensif dan terpadu (Efendi& Makhfudli, 2009).

### **3. Fungsi Puskesmas**

Menurut (Prasetyawati, 2011), Puskesmas memiliki tiga fungsi pokok, yaitu:

- a. Sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan.
- b. Sebagai pusat pemberdayaan masyarakat.
- c. Sebagai pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama (*primer*) secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan (*continue*), mencakup pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas menyebutkan dalam menyelenggarakan fungsi Puskesmas, Puskesmas berwenang untuk:

- a. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu;

- b. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif;
- c. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat;
- d. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung;
- e. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi;
- f. Melaksanakan rekam medis;
- g. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses Pelayanan Kesehatan;
- h. Melaksanakan peningkatan kompetensi Tenaga Kesehatan;
- i. Mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya; dan
- j. Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan Sistem Rujukan.

#### **4. Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas**

Puskesmas sebagai salah satu fasilitas kesehatan memiliki prinsip dalam penyelenggaraannya. Prinsip tersebut antara lain:

##### **a. Paradigma sehat**

Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi risiko

kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

b. Pertanggungjawaban wilayah

Puskesmas menggerakkan dan bertanggungjawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.

c. Kemandirian masyarakat

Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

d. Pemerataan

Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil dan merata tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya, dan kepercayaan.

e. Teknologi tepat guna

Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan dan tidak berdampak buruk pada lingkungan.

f. Keterpaduan dan kesinambungan

Puskesmas mengintegrasikan dan mengkoordinasikan penyelenggaraan upaya kesehatan perorangan dan masyarakat lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan sistem rujukan yang didukung dengan manajemen puskesmas.

## 5. Program Pokok Puskesmas

Program pokok puskesmas dilaksanakan sesuai dengan kemampuan tenaga maupun fasilitas yang tersedia di masing-masing puskesmas. Oleh karenanya program pokok di setiap puskesmas berbeda. Namun demikian, program pokok puskesmas yang lazim dan seharusnya dilaksanakan adalah sebagai berikut:

- a. Kesejahteraan ibu dan anak (KIA).
- b. Keluarga Berencana.
- c. Usaha peningkatan gizi.
- d. Pemberantasan penyakit menular.
- e. Upaya pengobatan termasuk pelayanan darurat kecelakaan.
- f. Penyuluhan kesehatan masyarakat.
- g. Usaha Kesehatan Sekolah (UKS).
- h. Kesehatan olahraga.
- i. Perawatan kesehatan masyarakat.
- j. Usaha kesehatan kerja.
- k. Usaha kesehatan gigi dan mulut.
- l. Usaha kesehatan jiwa.
- m. Kesehatan mata.
- n. Laboratorium.
- o. Pencatatan dan pelaporan sistem informasi kesehatan.
- p. Kesehatan usia lanjut.
- q. Pembinaan pengobatan tradisional

Semua program pokok yang dilaksanakan di puskesmas dikembangkan berdasarkan program pokok pelayanan kesehatan dasar seperti yang di anjurkan oleh World Health Organization (WHO) yang dikenal dengan Basic Seven. Basic Seven tersebut terdiri atas (1) maternal and child health care; (2) medical care; (3) environmental sanitation; (4) health education; simple laboratory; (6) communicable disease control; dan (7) simple statistic (Efendi & Makhfudli, 2009).

## **6. Pelayanan Puskesmas**

Pelayanan kesehatan yang diberikan puskesmas adalah pelayanan kesehatan menyeluruh yang meliputi:

- a. Kuratif (pengobatan).
- b. Preventif (upaya pencegahan).
- c. Promotif (peningkatan kesehatan).
- d. Rehabilitatif (pemulihan kesehatan).

Pelaksanaan upaya kesehatan di puskesmas harus selalu memperhatikan mutu dan akses pelayanan kesehatan. Seperti yang telah diamanatkan dalam Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 pasal 7 disebutkan bahwa “Dalam menyelenggarakan fungsinya, puskesmas berwenang untuk melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses pelayanan kesehatan.

## **B. Tinjauan Umum Tentang Kematian Ibu Melahirkan**

Pengelompokan menurut *International Statistical classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death edition X* (ISCDICD-X), kematian ibu adalah kematian seorang wanita dalam masa kehamilan atau dalam waktu 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tanpa memperdulikan lama dan letak kehamilan, akibat dengan dan atau dipicu oleh kehamilan atau penatalaksanaannya, tetapi bukan sebab kecelakaan. Kematian ibu dapat dibagi menjadi dua kelompok yaitu (1) Kematian langsung adalah : kematian yang timbul sebagai akibat komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh semua intervensi ,kegagalan pengobatan yang tidak tepat atau rangkaian peristiwa tersebut diatas dan (2) Kematian tidak langsung adalah : kematian yang diakibatkan oleh penyakit yang timbul sebelum atau selama kehamilan dan tidak disebabkan langsung oleh penyebab kebidanan akan tetapi diperburuk oleh kehamilan yang fisiologis .(Depkes, 1999)

Lima penyebab kematian ibu adalah perdarahan, sepsis, hipertensi dalam kehamilan, partus lama dan abortus terinfeksi.Selanjutnya,kematian tersebut dapat dicegah melalui upaya perbaikan gizi, KB, pencegahan abortus provokatus, pelayanan obstetrik berkualitas tinggi (kehamilan, persalinan dan pasca persalinan)transportasi dan komunikasi yang baik,penyediaan darah yang cepat dan aman,peningkatan pendidikan wanita dan perbaikan status wanita dalam lingkungan sosial budayanya.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kematian ibu dapat dibagi menjadi faktor medik, faktor non medik dan faktor pelayanan kesehatan. Faktor medik adalah faktor resiko yang meliputi (1) usia ibu pada waktu hamil terlalu muda (kurang dari 20 tahun) atau terlalu tua (lebih dari 36 tahun ), (2) tinggi badan kurang dari 145 cm,(3) anak lebih dari empat,(4) jarak antara kehamilan kurang dari dua tahun (5) riwayat obstetrik jelek,(6) berat badan kurang dari 38 kg, dan (7) kelainan bentuk tubuh,misalnya kelainan tulang belakang atau panggul

Selain itu, beberapa komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas merupakan penyebab langsung kematian ibu. Komplikasi tersebut meliputi (1) perdarahan pervaginam,khususnya pada kehamilan trimester ketiga,persalinan dan pasca persalinan, (2)infeksi, (3) keracunan kehamilan, (4)komplikasi akibat partus lama dan (5)trauma persalinan . Beberapa keadaan dan gangguan yang memperburuk derajat kesehatan ibu selama hamil yang berperan dalam meningkatkan kematian ibu antara lain kekurangan gizi dan anemia.

Faktor non medik merupakan faktor-faktor sosial yang dapat membantu identifikasi wanita dalam masa hamil dan mempunyai resiko tinggi adalah adalah golongan sosial ekonomi rendah, pendidikan rendah, tempat tinggal yang terpencil sehingga jauh dari fasilitas kesehatan, kehamilan di luar nikah dan ibu yang memperoleh kebidanan dari tenaga yang tidak terdidik atau terlatih. Sedangkan faktor pelayanan kesehatan yang mencakup (1) belum mantapnya jangkauan pelayanan KIA dan

penanganan kelompok beresiko, (2) cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang masih rendah, (3) masih seringnya pertolongan persalinan yang dilakukan di rumah oleh dukun bayi yang tidak mengetahui tanda-tanda bahaya persalinan.

Faktor pelayanan kesehatan yang merupakan faktor penghambat yang berkaitan dengan keterampilan pemberi pelayanan, antara lain (1) belum ditetapkannya prosedur tetap penanganan kasus gawat darurat secara konsisten, (2) kurangnya pengalaman bidan di desa yang baru ditempatkan dalam mendeteksi dan menangani ibu beresiko tinggi, (3) kurang mantapnya keterampilan dokter Puskesmas dan bidan praktek swasta untuk ikut aktif dalam jaringan sistem rujukan dan (5) kurangnya upaya alih teknologi tepat guna dari dokter spesialis kandungan di RSUD Kabupaten kepada dokter dan bidan Puskesmas (Depkes, 1999; Wisnuwardhani, 1998).

Kualitas dan kuantitas cakupan pelayanan kesehatan dan peran serta masyarakat sangat mempengaruhi kesejahteraan dan keamanan kehamilan serta persalinan. 94 % kematian adalah akibat obstetrik langsung, 75-85% kematian disebabkan oleh trias klasik yaitu toksemia, perdarahan dan infeksi. Ironisnya 90% dari kematian ini dapat dicegah (Soejoenoes, 1991).

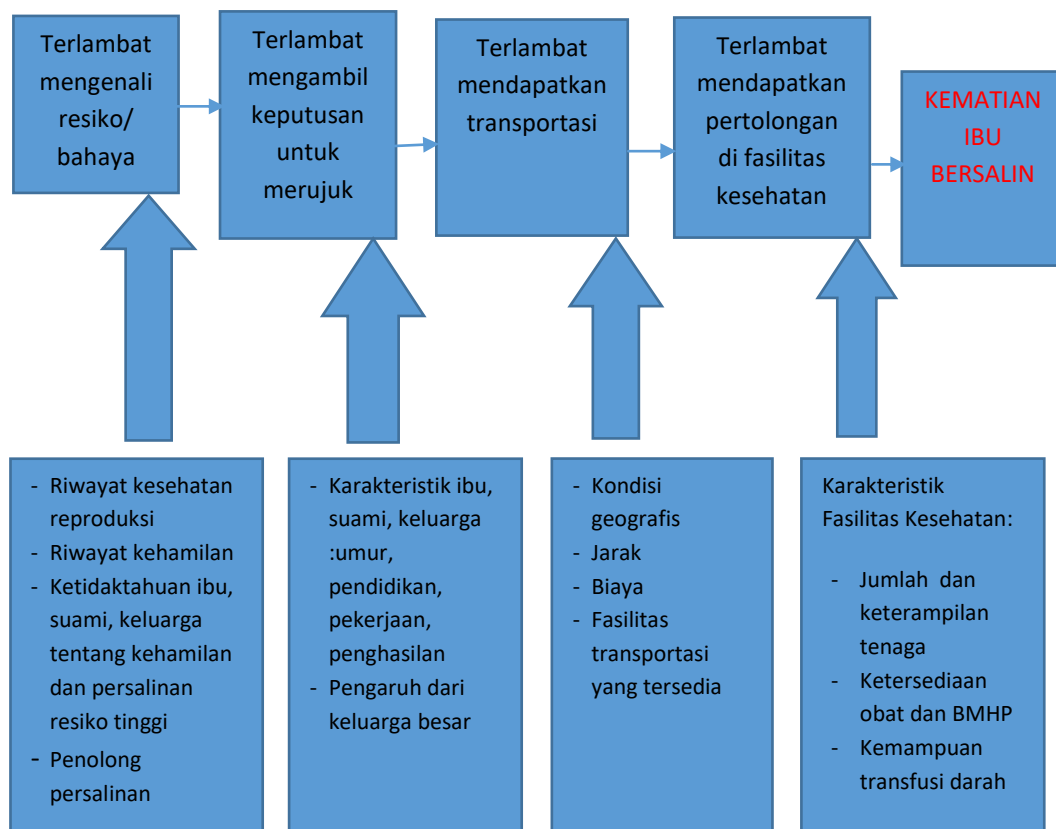
Bila pelayanan obstetrik yang tepat guna / memadai tersedia belumlah menjadi jaminan pemanfaatannya. Masyarakat yang membutuhkan seringkali tidak dapat menjangkau akibat hambatan jarak, biaya dan



budaya. Pengetahuan dan kesadaran masyarakat dalam pengenalan tanda bahaya dan pencarian pertolongan professional seringkali belum memadai. Di banyak Negara berkembang masih sering ditemukan hambatan lain berupa ketidakberdayaan wanita dalam mengambil keputusan, sementara peran suami dan mertua sangat dominan dan banyak faktor yang menyebabkan keterlambatan dalam rujukan, namun dapat dikategorikan dalam tiga jenis keterlambatan sebagai berikut: (1) Keterlambatan dalam mengambil keputusan untuk merujuk. pengambilan keputusan untuk merujuk merupakan langkah pertama dalam menyelamatkan ibu yang mengalami komplikasi obstetrik. (2) Keterlambatan dalam mencapai fasilitas kesehatan. Apabila keputusan untuk merujuk telah diambil, ibu akan menuju ke fasilitas pelayanan kedaruratan obstetrik. Keterlambatan dalam mencapai fasilitas kesehatan dapat dipengaruhi oleh jarak, ketersediaan sarana transportasi, dan biaya. (3) Keterlambatan dalam memperoleh pertolongan di fasilitas kesehatan. Hal ini dipengaruhi oleh berbagai faktor ,misalnya jumlah dan keterampilan tenaga kesehatan ,ketersediaan alat,obat,transfusi darah,dan bahan habis pakai,manajemen serta kondisi fasilitas pelayanan. (P.Munjaja, 2012; Soejoenoes, 1991)

Masalah gawat darurat obstetrik terbagi menjadi empat terlambat yaitu: (1) Terlambat mengenali resiko atau bahaya. Contoh: ibu yang tidak pernah melakukan pemeriksaan kehamilan, tidak mengetahui bahwa ia menderita gejala pre-eklamsia, tidak mengetahui bahwa panggulnya

sempit atau bayinya ada kelainan letak dan lain-lain. (2) Terlambat mengambil keputusan untuk mencari pertolongan, contoh: Keputusan untuk mencari pertolongan pada tenaga kesehatan harus menunggu suami atau orang tua yang sedang tidak ada di tempat. (3) Terlambat mendapatkan transportasi untuk membawa ke fasilitas yang lebih mampu. Contoh: Rumah sakit rujukan jauh dan membutuhkan kendaraan dengan biaya yang tidak terjangkau oleh penghasilan keluarga. (4) Terlambat mendapat pertolongan di Rumah Sakit. Contoh: karena dokter tidak ada di tempat atau karena tenaga kesehatan yang menjadi anggota tim tindakan operasi jauh dari Rumah sakit, pertolongan terlambat diberikan.



**Gambar 1.2 Teori Three Delays oleh Thaddeus and Maine 1994 serta Determinasi Kematian ibu menurut Wisnuwardhani (1999)**

Dari penjelasan diatas, dapat disimpulkan bahwa masalah kesakitan atau kematian ibu tidak dapat diatasi hanya oleh sektor kesehatan saja. Banyak sekali faktor yang terkait dengan masalah ini. Menurut Carthy dan Maine (1992) dalam kerangka konsepnya membagi penyebab kesakitan dan kematian ibu menjadi determinan jauh, determinan antara, dan determinan dekat yang menjadi penentu kematian ibu (Depkes, 1999).

Determinan jauh meliputi determinan sosial, ekonomi dan budaya termasuk status wanita dalam keluarga dan masyarakat, status masyarakat. Status tersebut antara lain dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, pekerjaan dan penghasilan, serta faktor sosial budaya. Determinan jauh ini pada umumnya melatarbelakangi kejadian kematian ibu sebagai penyebab langsung. (Soejoenoes, 1991)

Determinan antara dipengaruhi oleh determinan jauh seperti dikemukakan diatas dan meliputi status kesehatan, status reproduksi, akses terhadap pelayanan kesehatan dan perilaku sehat. Hal-hal tersebut tidak langsung menyebabkan kematian ibu, namun merupakan keadaan atau kondisi yang menempatkan ibu ke dalam resiko mengalami kesakitan.

Determinan dekat dipengaruhi oleh determinan antara dan meliputi kehamilan dan komplikasi obstetrik yang ditimbulkannya. Komplikasi obstetrik merupakan penyebab langsung kematian ibu yaitu perdarahan, infeksi, eklamsi, partus lama dan abortus. Intervensi yang ditujukan untuk mengatasi komplikasi obstetrik tersebut merupakan intervensi jangka pendek yang hasilnya akan dapat segera terlihat dalam bentuk penurunan

Angka Kematian Ibu. Namun intervensi hanya pada penyebab langsung saja tidak akan menyelesaikan masalah kematian ibu secara tuntas (Soejoenoes, 1991).

Dari uraian diatas maka dapat dipahami bahwa wanita hamil memiliki resiko morbiditas yang lebih tinggi dibandingkan wanita tidak hamil. Upaya untuk menyelamatkan wanita agar kehamilan dan persalinannya dapat dilalui dengan sehat dan aman, maka WHO telah mengembangkan konsep *Four Pillar of Safe Motherhood* untuk menggambarkan ruang lingkup upaya penyelamatan ibu dan bayi. Empat pilar dalam upaya *safe motherhood* tersebut adalah: (1) Keluarga Berencana. Konseling dan pelayanan keluarga berencana harus tersedia untuk semua pasangan dan individu. Dengan demikian pelayanan keluarga berencana harus menyediakan informasi dan konseling yang lengkap dan juga pilihan metode kontrasepsi yang memadai, termasuk kontrasepsi emergensi dan pelayanan ini harus merupakan bagian dari program komprehensif pelayanan kesehatan reproduksi. Program Keluarga Berencana memiliki peranan dalam menurunkan resiko kematian ibu melalui pencegahan kehamilan, penundaan usia kehamilan, serta menjarangkan kehamilan. (2) Asuhan Antenatal. Dalam masa kehamilan, petugas kesehatan harus memberi pendidikan pada ibu hamil tentang cara menjaga diri agar tetap sehat dalam masa tersebut, membantu wanita hamil dan keluarganya untuk mempersiapkan kelahiran bayi, meningkatkan kesadaran mereka tentang kemungkinan adanya resiko tinggi atau terjadinya komplikasi

dalam kehamilan /persalinan dan cara mengenali komplikasi tersebut secara dini serta meningkatkan status kesehatan wanita hamil. (3) Persalinan bersih dan aman. Dalam persalinan wanita harus ditolong oleh tenaga kesehatan professional yang memahami cara menolong persalinan secara bersih dan aman. Tenaga kesehatan juga harus mampu mengenali secara dini gejala dan tanda komplikasi persalinan serta mampu melakukan penatalaksanaan dasar terhadap gejala dan tanda tersebut. Selain itu, mereka juga harus siap untuk melakukan rujukan komplikasi persalinan yang tidak bisa diatasi ke tingkat pelayanan yang lebih mampu. (4) Pelayanan Obstetri Esensial. Pelayanan obstetrik esensial bagi ibu yang mengalami kehamilan resiko tinggi atau komplikasi diupayakan agar berada dalam jangkauan setiap ibu hamil. Pelayanan obstetrik esensial meliputi kemampuan fasilitas pelayanan kesehatan untuk melakukan tindakan dalam mengatasi resiko tinggi dan komplikasi kehamilan/persalinan.

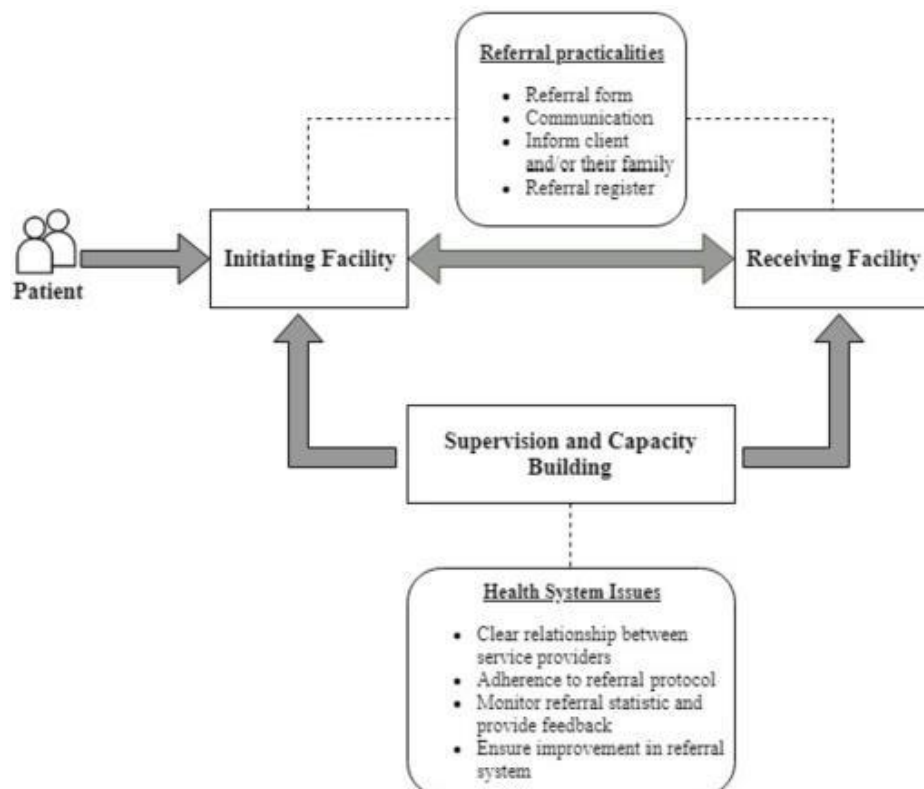
Secara keseluruhan, keempat pilar tersebut merupakan bagian dari pelayanan kesehatan primer. Dua diantaranya yaitu asuhan antenatal dan persalinan bersih dan aman merupakan bagian pelayanan kebidanan dasar (Depkes, 1999).

### **C. Tinjauan Umum Tentang Sistem Rujukan**

#### **1. Sistem Rujukan**

Salah satu aspek penting dari fasilitas kesehatan adalah sistem rujukan, terutama dalam kasus kegawatdaruratan obstetri dan

neonatus. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), rujukan dapat didefinisikan sebagai "proses di mana petugas kesehatan pada satu tingkat sistem perawatan kesehatan, memiliki sumber daya yang tidak mencukupi (obat-obatan, peralatan, keterampilan) untuk mengelola suatu kondisi klinis, mencari bantuan dari fasilitas dengan sumber daya yang lebih baik atau berbeda pada tingkat yang sama atau lebih tinggi untuk membantu, atau mengambil alih pengelolaan, kasus klien ". Sistem rujukan terdiri dari empat komponen utama: fasilitas awal, fasilitas penerima, sistem kesehatan, serta pengawasan dan peningkatan kapasitas



**Gambar 2.2. Sistem Rujukan Menurut WHO**

Gambar 2.2 di atas menjelaskan aliran sistem rujukan menurut WHO. Ini terdiri dari fasilitas inisiasi, fasilitas penerima, supervisi dan peningkatan kapasitas, dan masalah sistem kesehatan. Fasilitas yang memulai proses rujukan disebut fasilitas inisiasi, sedangkan fasilitas yang menerima kasus yang dirujuk disebut fasilitas penerima. Supervisi dan peningkatan kapasitas dapat dilakukan oleh manajer fasilitas dan supervisor di semua tingkatan, untuk memantau efektivitas dan efisiensi semua rujukan yang dibuat di fasilitas atau area mereka.

Saat pasien datang, fasilitas awal menyediakan perawatan yang sesuai dan menstabilkan kondisi pasien berdasarkan protokol perawatan. Jika diperlukan rujukan, fasilitas pemrakarsa akan menyediakan formulir rujukan, berkomunikasi dengan fasilitas penerima untuk membuat pengaturan rujukan, dan memberikan informasi kepada pasien atau keluarganya tentang rujukan. Fasilitas penerima mengantisipasi kedatangan dan menerima pasien dengan formulir rujukan mereka; kemudian fasilitas penerima memberikan perawatan dan tindak lanjut untuk pasien, dan mengirimkan kembali formulir rujukan dan umpan balik ke fasilitas awal tentang kesesuaian rujukan. Setiap fasilitas juga membutuhkan daftar rujukan untuk melacak dan memantau semua rujukan yang dibuat dan diterima.

Semua tingkatan sistem kesehatan harus berfungsi dengan baik, termasuk sistem perawatan kesehatan primer. Mereka harus jelas

tentang peran, tanggung jawab, dan batasan mereka, memiliki protokol perawatan yang tersedia untuk kondisi tingkat layanan tersebut, dan memiliki alat komunikasi dan transportasi yang sesuai. Manajer fasilitas dan supervisor di semua tingkatan harus memantau semua rujukan yang dibuat ke dan dari fasilitas di daerah mereka setiap bulan untuk mengidentifikasi apa yang diperlukan untuk membuktikan, seperti memberikan pelatihan klinis atau memperkuat bagian tertentu dari sistem rujukan atau prosedurnya.

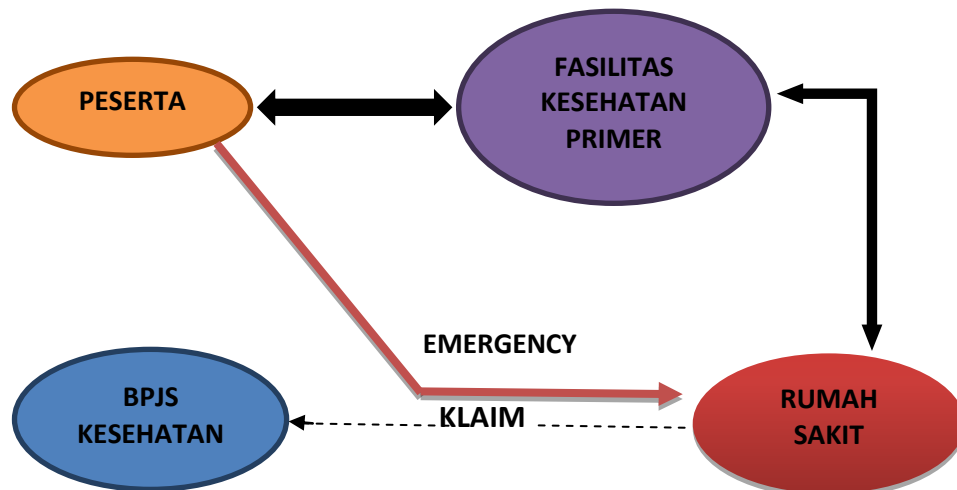
Ada beberapa standar yang perlu dibuat untuk memastikan keberhasilan rujukan, terutama dalam kasus rujukan darurat. Rujukan ke tingkat perawatan yang lebih tinggi harus sejalan dengan SPO, dan mencakup keadaan darurat, termasuk keadaan darurat obstetrik, dan mungkin termasuk kasus elektif. Pengaturan rujukan harus dibuat dengan rumah sakit rujukan nasional kabupaten atau regional yang menawarkan perawatan kebidanan dan bedah komprehensif, dan layanan ambulans harus tersedia 24 jam setiap hari.

Sistem rujukan pelayanan kesehatan merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal baik baik secara vertikal maupun horizontal (Permenkes, 2012).

Dalam Buku Panduan Praktis Sistem Rujukan Berjenjang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Tahun 2014, Sistem rujukan Pelayanan Kesehatan adalah: Penyelenggaraan pelayanan



kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal yang wajib dilaksanakan oleh peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial dan seluruh fasilitas kesehatan.



**Gambar 3.2. Alur Pelayanan Kesehatan, Permenkes Nomor 001 /2012**

## 2. Ketentuan Umum (Kemenkes, 2014)

- a. Pelayanan Kesehatan perorangan terdiri dari 3 tingkatan yaitu:
  - 1) Pelayanan kesehatan tingkat pertama
  - 2) Pelayanan kesehatan tingkat kedua
  - 3) Pelayanan kesehatan tingkat ketiga
- b. Pelayanan kesehatan tingkat pertama merupakan pelayanan kesehatan dasar yang diberi oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama
- c. Pelayanan kesehatan tingkat kedua merupakan pelayanan kesehatan spesialisik yang dilakukan oleh dokter spesialis atau dokter gigi spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialisik.

- d. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga merupakan pelayanan kesehatan sub spesialistik yang dilakukan oleh dokter sub spesialis atau dokter gigi sub spesialis yang menggunakan teknologi kesehatan sub spesialistik.
- e. Dalam menjalankan pelayanan kesehatan fasilitas kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjutan wajib melakukan sistem rujukan dengan mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- f. Peserta yang ingin mendapatkan pelayanan yang tidak sesuai dengan sistem rujukan dapat dimasukkan dalam kategori pelayanan yang tidak sesuai dengan prosedur sehingga tidak dapat dibayarkan oleh BPJS kesehatan.
- g. Fasilitas kesehatan yang tidak menerapkan sistem rujukan maka BPJS kesehatan akan melakukan recredentialing terhadap kinerja fasilitas kesehatan tersebut dan dapat berdampak pada lanjutan tingkat pertama.
- h. Pelayanan rujukan dapat dilakukan horizontal maupun vertikal.
- i. Rujukan horizontal merupakan rujukan yang dilakukan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan apabila perujuk tidak dapat memberi pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/individu ketenagaan yang sifatnya sementara atau menetap.

- j. Rujukan vertikal adalah rujukan yang dilakukan antar pelayanan kesehatan yang berbeda tingkatan, dapat dilakukan dari tingkat pelayanan yang lebih rendah ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya.
- k. Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih rendah ke tingkatan pelayanan yang lebih tinggi dilakukan apabila:
  - 1) Pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialisik atau subspecialistik;
  - 2) Perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan.
- l. Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih tinggi ke tingkatan pelayanan yang lebih rendah dilakukan apabila:
  - 1) Permasalahan kesehatan pasien dapat ditangani oleh tingkatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya;
  - 2) Kompetensi dan kewenangan pelayanan tingkat pertama atau kedua lebih baik dalam menangani pasien tersebut;
  - 3) membutuhkan pelayanan lanjutan yang dapat ditangani oleh tingkatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah dan untuk alasan kemudahan, efisiensi dan pelayanan jangka panjang; dan/atau

- 4) Perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan sarana, prasarana, peralatan dan/atau ketenagaan.

### **3. Sistem Rujukan Berjenjang**

- a. Sistem rujukan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis, yaitu:
  - 1) Dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama
  - 2) Jika diperlukan pelayanan lanjutan oleh spesialis, maka pasien dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat kedua
  - 3) Pelayanan kesehatan tingkat kedua di faskes sekunder hanya dapat diberikan atas rujukan dari faskes primer
  - 4) Pelayanan kesehatan tingkat ketiga di faskes tersier hanya dapat diberikan atas rujukan dari faskes sekunder dan faskes primer
- b. Pelayanan kesehatan di faskes primer yang dapat dirujuk langsung ke faskes tersier hanya untuk kasus yang sudah ditegakkan diagnosis dan rencana terapinya, merupakan pelayanan berulang dan hanya tersedia di faskes tersier.
- c. Ketentuan pelayanan rujukan berjenjang dapat dikecualikan dalam kondisi:
  - 1) Terjadi keadaan gawat darurat; Kondisi kegawatdaruratan mengikuti ketentuan yang berlaku

- 2) Bencana; Kriteria bencana ditetapkan oleh Pemerintah Pusat dan atau Pemerintah Daerah
  - 3) Kekhususan permasalahan kesehatan pasien; untuk kasus yang sudah ditegakkan rencana terapinya dan terapi tersebut hanya dapat dilakukan di fasilitas kesehatan lanjutan
  - 4) Pertimbangan geografis; dan
  - 5) Pertimbangan ketersediaan fasilitas
- d. Pelayanan oleh bidan dan perawat
- 1) Dalam keadaan tertentu, bidan atau perawat dapat memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
  - 2) Bidan dan perawat hanya dapat melakukan rujukan ke dokter dan/atau dokter gigi pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama kecuali dalam kondisi gawat darurat dan kekhususan permasalahan kesehatan pasien, yaitu kondisi di luar kompetensi dokter dan/atau dokter gigi pemberipelayanan kesehatan tingkat pertama.
- e. Rujukan Parsial
- 1) Rujukan parsial adalah pengiriman pasien atau spesimen ke pemberi pelayanan kesehatan lain dalam rangka menegakkan diagnosis atau pemberian terapi, yang merupakan satu rangkaian perawatan pasien di Faskes tersebut.

- 2) Rujukan parsial dapat berupa:
  - a) Pengiriman pasien untuk dilakukan pemeriksaan penunjang atau tindakan
  - b) Pengiriman spesimen untuk pemeriksaan penunjang
- 3) Apabila pasien tersebut adalah pasien rujukan parsial, maka penjaminan pasien dilakukan oleh fasilitas kesehatan perujuk.

#### **4. Forum Komunikasi Antar Fasilitas Kesehatan**

- a. Untuk dapat mengoptimalisasikan sistem rujukan berjenjang, maka perlu dibentuk forum komunikasi antar Fasilitas Kesehatan baik faskes yang setingkat maupun antar tingkatan faskes, hal ini bertujuan agar fasilitas kesehatan tersebut dapat melakukan koordinasi rujukan antar fasilitas kesehatan menggunakan sarana komunikasi yang tersedia agar:
  - 1) Faskes perujuk mendapatkan informasi mengenai ketersediaan sarana dan prasarana serta kompetensi dan ketersediaan tenaga kesehatan serta dapat memastikan bahwa penerima rujukan dapat menerima pasien sesuai dengan kebutuhan medis.
  - 2) Faskes tujuan rujukan mendapatkan informasi secara dini terhadap kondisi pasien sehingga dapat mempersiapkan dan menyediakan perawatan sesuai dengan kebutuhan medis.
- b. Forum Komunikasi antar Faskes dibentuk oleh masing-masing Kantor Cabang BPJS Kesehatan sesuai dengan wilayah kerjanya

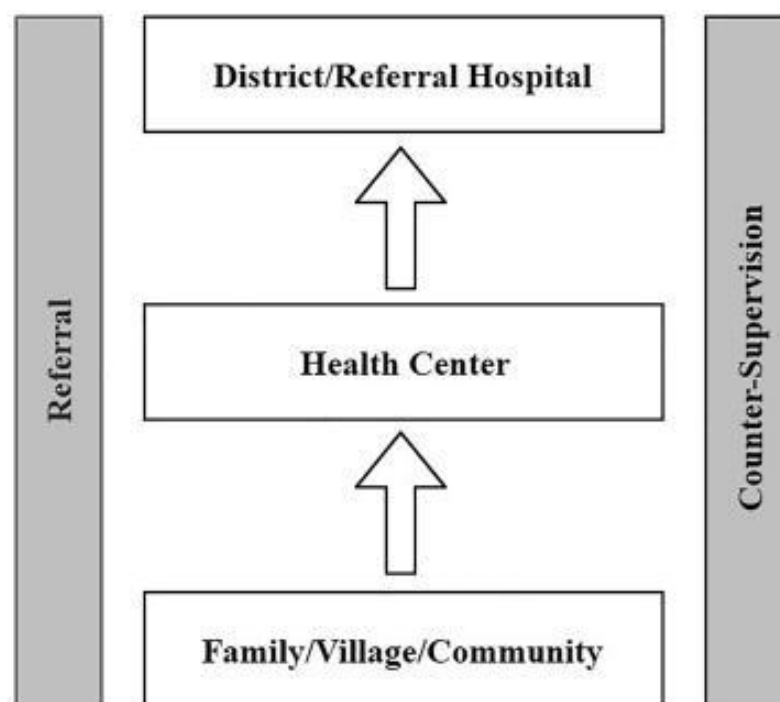
dengan menunjuk *Person In charge* (PIC) dari masing-masing Faskes. Tugas PIC Faskes adalah menyediakan informasi yang dibutuhkan dalam rangka pelayanan rujukan.

#### **D. Rujukan Maternal dan Neonatal**

Kesehatan ibu mengacu pada kesehatan wanita selama kehamilan, persalinan dan masa nifas. Seorang bayi yang baru lahir, atau neonatus, adalah anak di bawah usia 28 hari. Dua puluh delapan hari pertama kehidupan adalah yang paling rentan dan saat ini anak memiliki risiko kematian tertinggi. Untuk meningkatkan kualitas perawatan ibu dan bayi baru lahir sekitar waktu persalinan, WHO telah menetapkan kerangka kerja yang terdiri dari delapan standar yang harus dinilai, ditingkatkan, dan dipantau dalam sistem kesehatan. Salah satu standar tersebut terkait dengan rujukan: "Setiap wanita dan bayi baru lahir dengan kondisi yang tidak dapat ditangani secara efektif dengan sumber daya yang tersedia dirujuk secara tepat".

Tujuan standar ini adalah untuk memastikan rujukan yang tepat waktu dan tepat dari semua pasien yang membutuhkan perawatan yang tidak dapat disediakan di fasilitas perawatan kesehatan. Standar ini terdiri dari tiga pernyataan kualitas: (1) Setiap wanita dan bayi baru lahir dinilai secara tepat saat masuk, selama persalinan, dan pada periode awal pascakelahiran, untuk menentukan apakah rujukan diperlukan, dan keputusan untuk dirujuk dibuat tanpa penundaan. (2) Untuk setiap wanita

dan bayi baru lahir yang membutuhkan rujukan, rujukan mengikuti pramenetapkan rencana yang dapat dilaksanakan kapan saja tanpa penundaan. (3) Untuk setiap wanita dan bayi baru lahir yang dirujuk di dalam atau di antara perawatan kesehatanfasilitas, ada pertukaran informasi yang sesuai dan umpan balik kepada staf perawatan kesehatan yang relevan.



**Gambar 4.2. Tingkatan Perawatan Menurut WHO**

Dalam sistem rujukan apa pun, rujukan dimulai dari tingkat yang lebih rendah ke tingkat perawatan yang lebih tinggi. Struktur atau tingkat perawatan untuk rujukan berbeda-beda di setiap negara. Namun, secara umum, tingkat perawatan berikut telah diidentifikasi sebagai keluarga/desa/komunitas, puskesmas, dan rumah sakit kabupaten/ rujukan. Gambar 4.2 di atas menunjukkan tingkat perawatan umum dalam



sistem rujukan. Selain itu, ada beberapa cara untuk melakukan rujukan pada kehamilan dan persalinan. Ini dapat dikategorikan sebagai rujukan institusional atau mandiri, tergantung pada keterlibatan layanan lini pertama, rujukan antenatal, persalinan atau pascanatal, dan rujukan elektif atau darurat.

Rujukan maternal dan neonatal adalah sistem rujukan yang dikelola secara strategis, proaktif, pragmatis dan koordinatif untuk menjamin pemerataan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal yang paripurna dan komprehensif bagi masyarakat yang membutuhkannya terutama ibu dan bayi baru lahir, dimanapun mereka berada dan berasal dari golongan ekonomi manapun, agar dapat dicapai peningkatan derajat kesehatan ibu hamil dan bayi melalui peningkatan mutu dan ketrerjangkauan pelayanan kesehatan internal dan neonatal di wilayah mereka berada .(Kemenkes, 2017)

Sistem rujukan pelayanan kegawatdaruratan maternal dan Neonatal mengacu pada prinsip utama kecepatan dan ketepatan tindakan, efisien, efektif dan sesuai dengan kemampuan dan kewenangan fasilitas pelayanan. Setiap kasus dengan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal yang datang ke puskesmas PONED harus langsung dikelola sesuai dengan prosedur tetap sesuai dengan buku acuan nasional pelayanan kesehatan maternal dan neonatal.

Setelah dilakukan stabilisasi kondisi pasien, kemudian ditentukan apakah pasien akan dikelola di tingkat puskesmas mampu PONED atau

dilakukan rujukan ke RS pelayanan obstetrik dan neonatal emergensi komprehensif (PONEK) untuk mendapatkan pelayanan yang lebih baik sesuai dengan tingkat kegawatdaruratannya dengan alur sebagai berikut:

1. Masyarakat dapat langsung memanfaatkan semua fasilitas pelayanan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal.
2. Bidan desa dan polindes dapat memberikan pelayanan langsung terhadap ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat. Selain menyelenggarakan pelayanan pertolongan persalinan normal, bidan di desa dapat melakukan pengelolaan kasus dengan komplikasi tertentu sesuai dengan tingkat kewenangan dan kemampuannya atau melakukan rujukan pada puskesmas, puskesmas mampu PONED dan RS PONEK sesuai dengan tingkat pelayanan yang sesuai.
3. Puskesmas non-PONED sekurang-kurangnya harus mampu melakukan stabilisasi pasien dengan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal yang datang sendiri maupun yang dirujuk oleh kader/dukun/bidan di desa sebelum melakukan rujukan ke puskesmas mampu PONED dan RS PONEK.
4. Puskesmas mampu PONED memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan langsung kepada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat, bidan di desa dan puskesmas. Puskesmas mampu PONED dapat melakukan pengelolaan kasus

dengan komplikasi tertentu sesuai dengan tingkat kewenangan dan kemampuannya atau melakukan rujukan pada RS PONEK.

5. RS PONEK 24 jam memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan PONEK langsung terhadap ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat, bidan di desa dan puskesmas, puskesmas mampu PONEK.
6. Pemerintah provinsi/kabupaten melalui kebijakan sesuai dengan tingkat kewenangannya memberikan dukungan secara manajemen, administratif maupun kebijakan anggaran terhadap kelancaran PPGDON (Pertolongan Pertama Kegawatdaruratan Obstetri dan Neonatus)
7. Ketentuan tentang persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan dapat dituangkan dalam bentuk peraturan daerah sehingga deteksi dini kelainan pada persalinan dapat dilakukan lebih awal dalam upaya pencegahan komplikasi kehamilan dan persalinan.
8. Pokja/ satgas GSI merupakan bentuk nyata kerjasama lintas sektoral ditingkat provinsi dan kabupaten untuk menyampaikan pesan peningkatan kewaspadaan masyarakat terhadap komplikasi kehamilan dan persalinan serta kegawatdaruratan yang mungkin timbul oleh karenanya. Dengan penyampaian pesan melalui berbagai instansi/institusi lintas sektoral, maka dapat diharapkan adanya dukungan nyata masyarakat terhadap sistem rujukan PONEK 24 jam.

9. RS swasta, rumah bersalin, dan dokter/bidam praktek swasta dalam sistem rujukan PONEK 24 jam, puskesmas mampu PONEK dan bidan dalam jajaran pelayanan rujukan. Institusi ini diharapkan dapat dikoordinasikan dalam kegiatan pelayanan rujukan PONEK 24 jam sebagai kelengkapan pembinaan pra RS. (Kemenkes, 2012)

Untuk membangun suatu jejaring sistem kegawatdaruratan maternal yang efektif, efisien dan berkeadilan maka dikembangkan empat pola pikir yang saling berkaitan dan menunjang agar sistem dapat beroperasi secara komprehensif dan terpadu yaitu sebagai berikut:

#### **1. Rujukan Medis**

Rujukan Medis sesuai Undang-Undang Rumah sakit no 44 tahun 2009 merupakan kegiatan rujukan yang berkaitan dengan urusan medis dan dibagi menjadi 3 yaitu: (1) Rujukan Kasus, merupakan rujukan yang berkaitan dengan kasus yang dialami klien dalam hal ini komplikasi ibu bersalin. (2) Rujukan Laboratorium, yaitu rujukan yang berkaitan dengan kebutuhan diagnose komplikasi ibu dan bayi baru lahir. (3) Rujukan Ilmu yaitu rujukan ilmu pengetahuan antar tenaga kesehatan dalam rangka peningkatan pengetahuan penanganan komplikasi ibu hamil dan melahirkan dimana pihak yang lebih kompeten akan memberikan ilmu sesuai kebutuhan dan kewenangan.

#### **2. Sistem Rujukan Efektif, Efisien, dan Berkeadilan**

Sistem rujukan dibangun dengan membuat jejaring antar fasilitas kesehatan dan pemangku kepentingan agar pelayanan rujukan

kegawatdaruratan maternal dapat menjadi efektif, efisien dan berkeadilan. Terdapat 2 (dua) prinsip yang perlu diperhatikan agar dapat dihasilkan suatu sistem jejaring pelayanan rujukan yang efektif, efisien dan berkeadilan yaitu: (1) Kolaborasi : sangat diperlukan mengingat Sistem Kesehatan nasional yang berjenjang dari tingkat kompetensi terendah di tingkat bidan desa sampai tingkat tertinggi yaitu Rumah Sakit tersier yang melibatkan sektor pemerintah maupun swasta. (2) Pertukaran Informasi: Agar dapat terbangun suatu jejaring sistem rujukan yang efektif dan efisien, maka antar pemberi layanan di semua fasilitas yang telah berjejaring seyogianya harus terjadi suatu pertukaran informasi yang tepat dan sama. Pertukaran informasi bisa berbentuk media cetak berupa surat, pedoman, leaflet, poster, buku saku, maupun elektronik berupa SMS, email, dan lain-lain.

### **3. Mekanisme dan Alur Pelayanan Rujukan**

Tersedia suatu mekanisme alur Pelayanan Rujukan mulai dari tingkat terendah sampai tertinggi

### **4. Tata Kelola yang Baik**

Tata Kelola yang Baik mengusung prinsip akuntabel, transparan, dan mengandung partisipasi dari berbagai pihak. Dengan adanya tata kelola yang baik, maka lingkungan untuk berfungsinya suatu jejaring sistem rujukan akan terbangun dan diharapkan dapat berfungsi dengan efektif, efisien dan berkeadilan. Berbagai “alat” tata kelola yang dikenal dan dapat dimanfaatkan untuk tujuan diatas:

a. Perjanjian Kerjasama (PK) Antar Fasilitas

PK bertujuan membangun jejaring pelayanan rujukan antar berbagai macam fasilitas public maupun swasta dari berbagai jenjang pelayanan yang selaras dan saling berkolaborasi dan berkoordinasi. Karena inti dari PK adalah membangun jejaring sistem rujukan maka sebelum PK ditandatangani, perlu dilakukan terlebih dahulu penataan dan penyepakatan minimal ke-7 kebutuhan inti proses rujukan sebagai berikut: (1) Mekanisme rujukan antar pemberi layanan dan fasilitas (2) Alur rujukan setempat termasuk fasilitas swasta (3) Alur data, kewajiban melaporkan dan audit kematian (4) Pemetaan tugas dan fungsi masing-masing fasilitas yang berjejaring (5) Pembinaan klinis dan manajemen dalam jaringan (6) Mekanisme pembiayaan jaminan sosial setempat (7) Mekanisme dan cara berkomunikasi.

b. POKJA Jejaring Sistem Rujukan Kegawatdaruratan Maternal

POKJA bertujuan membantu pemerintah dalam mengawal berfungsinya jejaring sistem rujukan yang akan mengacu pada akselerasi penurunan kematian ibu dan bayi baru lahir

c. Forum Masyarakat madani (FMM)

FMM bertujuan membantu masyarakat sipil untuk mencapai hak atas pelayanan kesehatan yang berkualitas

d. Maklumat Pelayanan

Merupakan Janji fasilitas dalam memberikan pelayanan yang berkualitas pada rakyat dan telah disepakati bersama FMM sebagai wakil rakyat. Maklumat pelayanan sejalan dengan PK yang ditandatangani. Bertujuan agar fasilitas akuntabel memberikan pelayanan berkualitas sesuai dengan yang dijanjikan.

e. Kartu Laporan Warga

Merupakan alat yang dapat dimanfaatkan FMM. Bertujuan untuk memantau atau mendukung agar fasilitas dapat berfungsi sesuai dengan kebutuhan rakyat dan janji yang telah disepakati pada Maklumat Pelayanan.

f. Mekanisme Umpan Balik

Ada beberapa macam cara dapat dipakai, antara lain kotak saran, "SMS Gateway" dan unit pengaduan.

### E. Sintesa Penelitian

**Tabel 2.1**  
**Sintesa Penelitian**

No	Peneliti	Tahun	Metode	Sampel /Informan	Hasil
1	Elpirisa Manik	2015	Kualitatif	1 orang bidan petugas KIA, 1 orang petugas rujukan, 1 orang dokter puskesmas, 1oran g bidan desa, 1orang pasien yang meminta rujukan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pelaksanaan rujukan KIA di Puskesmas Perumnas Bt. VI masih kurang baik, terbukti dengan belum sesuainya proses alur rujukan KIA sehingga meningkatkan jumlah rujukan KIA.</li> <li>- Alur rujukan KIA di Puskesmas Perumnas Bt.VI sudah sesuai namun prosesnya masih tidak sesuai dengan proses rujukan yang seharusnya yait di puskesmas dilakukan pemeriksaan dan dilakukan rujukan apabila diperlukan.</li> <li>- Sumber daya manusia yang sudah ada di puskesmas masih belum sesuai dengan standar puskesmas, dari segi kuantitas cukup namun masih kurang dalam hal kualitas, baik itu dari</li> </ul>



					keterampilannya dan pengetahuannya.(Manik, 2015)
2	Putri Hidayati, Mohamma Hakimi, Mora Claramita	2016	Deskriptif Kualitatif	4 dokter umum,14 orang bidan, 25 orang perawat	Persepsi petugas medis dilihat dari pemahaman diagnosa dan <i>severity level</i> dan akses menuju RS tidak mengalami kendala. Sedangkan pada persepsi petugas mengenai SDM, Ketersediaan obat-obatan, ketersediaan alat- alat kesehatan dan Fasilitas kesehatan masih diperlukan adanya bantuan dari berbagai pihak yang terkait dalam memperbaiki untuk melengkapi kendala dihadapi di fasilitas kesehatan tingkat pertama.(Hidayati,2016)
3	Karleanne Lony Primasari	2014	Deskriptif Kualitatif	Direksi,manajemen, pelaksana teknis, bagian administrasi RS, dan penjamin asuransi kesehatan	Di beberapa aspek, yaitu aspek kelengkapan fasilitas kesehatan rujukan, keterjangkauan biaya kesehatan, dan aspek prosedur rujukan pada kasus kegawatan telah dilaksanakan dengan baik sejak sebelum era JKN penjamin terhadap sistem rujukan, akses ke fasilitas kesehatan rujukan dan pada ketentuan rujuk balik.(Primasari, 2014)

4	Andita Cindy Faulina, Abu Khoiri, Yennike Tri Herawati	2016	Deskriptif pendekatan kualitatif	Informan kunci : Kepala UPT.Pelayanan Kesehatan Universitas Jember, Informan utama yaitu : pasien peserta JKN di UPT.Pelayanan Kesehatan Universitas Jember	Ketersediaan dokter kurang mencukupi, ketersediaan obat dan alat kesehatan juga belum mencukupi, diagnosis penyakit yang dirujuk masih banyak yang merupakan kompetensi FKTP, pasien peserta JKN yang dirujuk tidak semuanya membutuhkan pelayanan kesehatan spesialisik/ subspesialisik serta masih banyak pasien peserta JKN yang meminta dirujuk dan dirujuk atas permintaan sendiri.(Andita Cindy Faulina, 2016)
5	Irawati Indrianingrum, Oktio Woro Kasmini Handayani	2017	Deskriptif kualitatif	Pasien Puskesmas yang dirujuk ke RS	Sarana prasarana yang berhubungan dengan fasilitas kesehatan dan tenaga pelaksana sudah sesuai dengan standar dan kriteria teknis yang dipersyaratkan pada awal seleksi dan kredensialing dari dinas kesehatan dan BPJS Kesehatan pada semua Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama(Indrianingrum, 2017)

6	Kartika Sri Redjeki	2014	Kualitatif dengan design observasional	10 pegawai seksi Kesehatan Keluarga Dinkes Kab.Sidoarjo	Setelah melakukan observasi di Seksi kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo dan dianalisis menggunakan SWOT, hasilnya adalah berada pada kuadran SO (Strength-Opportunity). Dari penilaian tersebut, strategi “Mengembangkan program Emas diseluruh wilayah kab Sidoarjo untuk perbaikan sistem rujukan “ memperoleh total nilai 15, sedangkan strategi “Membangun komitmen dengan faskes termasuk seluruh Rumah Sakit swasta dalam perbaikan sistem rujukan” memperoleh nilai 13, sehingga ditetapkan bahwa strategi “Mengembangkan program Emas diseluruh wilayah kab Sidoarjo untuk perbaikan sistem rujukan “ menjadi strategi prioritas yang utama dijalankan dalam pengembangan sistem rujukan Ibu Bersalin di Kabupaten Sidorjo.(redjeki, 2014)
7	Aliyah, dkk	2017	Deskriptif kualitatif	5 orang informan utama (Kabid Kesga & 4 Wadir	Hasil penelitian menunjukkan variabel input belum sesuai standar yaitu SDM masih merangkap sebagai tenaga pelaksana, anggaran untuk pemeliharaan

				Yanmed RS) dan 9 informan triangulasi (4 bidan pelaksana di RS,4 bidan puskesmas, 1 petugas call centre)	sistem tidak tersedia khusus, sarana berupa koneksi jaringan belum memadai. Variabel proses belum dilakukan sesuai tahapannya yaitu tujuan dan target program tidak dibuat dengan jelas dan tertulis. Variabel output belum mencapai target yang sudah ditetapkan yaitu aktifitas rujukan belum seluruhnya menggunakan sms gate way SIJARIEMAS, tenaga kesehatan belum seluruhnya teregistrasi (84,7%), response time belum seluruhnya mencapai target <10 menit (81,6%) karena terkendala dengan sering terjadinya gangguan jaringan. (Aliyah, 2017)
8	Mustain, dkk	2013	Deskriptif kualitatif	Kepala puskesmas,dokter,perawat,bidan yang berkontribusi terhadap pelaksanaan PONEID	Sarana dan prasarana sudah lengkap namun ada beberapa alat yang tidak tersedia, alokasi dana bersumber dari APBD berdasarkan dana operasional kegiatan puskesmas, standar operasional prosedur pelayanan obstetrik dan neonatal telah terpasang namun belum maksimal, sosialisasi tentang program PONEID berjalan dengan baik, stem rujukan sesuai dengan alur rujukan yang telah ditetapkan, serta

					terdapat pencatatan pelaporan yang dibuat khusus untuk program PONEC.(Mustain, 2012)
9	Carwoto, dkk	2013	Research and developme nt	Bidan Puskesmas dan Bidan RS	Setelah mengalami proses pengujian teknis dan diujicobakan secara langsung pada jejaring rujukan kegawatdaruratan di dua kabupaten di Jawa Tengah, sistem ini terbukti dapat mencegah terjadinya penolakan permintaan rujukan oleh semua rumah sakit, meningkatkan kesiapan pihak rumah sakit untuk menerima rujukan, serta mengurangi keterlambatan penanganan rujukan dalam jejaring pelayanan rujukan kegawatdaruratan maternal dan neonatal.(Carwoto, 2013)
10	Listyorini, edkk	2019	Deskriptif pendekata n potong lintang	Petugas kesehatan di Poliklinik KIA sebanyak 4 orang	Dalam perujukan pasien terdapat masalah diantaranya pada sarana dan prasarana, jaringan internet, kekurangan jumlah petugas, dan sistem rujukannya itu sendiri.(Listiorini, 2019)
11	Wulandari, dkk	2015	Deskriptif pendekata n potong	Accidental sampling pada 90 ibu yang dirujuk dari tingkat	Pengambilan keputusan yang dipegang oleh keluarga cenderung mengambil keputusan dengan lambat sebesar 16,1 % dan mengalami keterlambatan

			lintang	primer ke RS	merujuk sebanyak 17,2%. Pengambilan keputusan diambil dengan cepat baik penyulit dari ibu sebanyak 57,6% maupun janin sebanyak 42,4%.(Wulandari, 2015)
12	Risza Choirunnisa	2014	Deskriptif dengan pendekatan studi kasus	54 bidan praktek swasta yang berpotensi merujuk pasien untuk SC	Kondisi lingkungan yaitu Jarak, fasilitas Rumah Sakit atau PPK II BPJS, dan kesigapan pihak PPK II dan menjadi salah satu hal yang berperan dalam motivasi bidan dalam merujuk pasien untuk dilakukan tindakan <i>sectio caesarea</i> di PPK II, karena jarak yang dekat antara Rumah Sakit dengan Bidan Praktek Swasta dapat mempermudah atau mempercepat pemberian pertolongan terhadap pasien. Fasilitas PPK II yang lengkap juga mempengaruhi motivasi bidan dalam melakukan rujukan pasien, karena bidan akan merasa lebih percaya tentang keselamatan pasiennya jika fasilitas Rumah Sakit tersebut lengkap.(Choirunnisa, 2014)
13	Rejeki,dkk	2015	Kualitatif studi kasus	Kepala Bidang Kesehatan Keluarga	Proses pelayanan Puskesmas PONED terhadap pasien Preeklampsia Berat sudah sesuai dengan

				dan Gizi Dinkes Tegal, Kepala Puskesmas, bidan penanggung jawab PONED	SOP, penatalaksanaan pelayanan sudah sesuai dengan <i>job description</i>
14	Yonasri, dkk	2016	Potong lintang design	127 kasus rujukan maternal neonatal	Ada korelasi antara penggunaan SIJARIEMAS dengan stabilisasi pasien pra rujukan yang mana berefek sangat baik bagi pasien (Yonarni, 2017)
15	Lestary, dkk	2015	Potong lintang	24 puskesmas dan Rs Rujukan di Provinsi Maluku dan Papua	Alur rujukan menunjukkan masih banyak tenaga kesehatan/ keluarga yang memilih langsung ke rumah sakit (RS) kabupaten/RS provinsi atau tenaga kesehatan yang merujuk ke RS kabupaten lain yang lebih dekat. Jumlah kematian maternal dan neonatal masih tinggi, tidak tersedianya DSOG dan DSA, sarana prasarana masih belum sesuai standar PONEK dan PONEK, ketersediaan dan kecukupan alat di Provinsi Papua masih di bawah 50%. Bahan habis pakai dan obat sering habis karena tingkat koordinasi, pengontrolan stok, dan daftar permintaan obat kurang

					terkontrol. Pembiayaan rujukan maternal dan neonatal melalui sistem JKN dan Jamkesda, namun banyak mengalami kekurangan, baik dalam hal alur pembiayaan maupun permasalahan di kelengkapan administrasi, serta tidak tersedianya biaya akomodasi dan transportasi bagi keluarga dan bidan pendamping pasien.(Henny Lestari, 2018)
16	Ekasafitri, dkk	2016	Deskriptif	5 orang bidan serat 2 pasien yang pernah dirujuk di Puskesmas	Hasil penelitian teridentifikasi lima tema yaitu pengetahuan tentang sistem rujukan, pengalaman bidan dalam pelaksanaan sistem rujukan, berbagai kendala dalam pelaksanaan sistem rujukan, sumber dukungan dalam pelaksanaan sistem rujukan, keinginan untuk meningkatkan semua aspek. Simpulan dari penelitian ini adalah pengalaman bidan dalam melaksanakan rujukan kegawatdaruratan maternal dan neonatal di Puskesmas Indralaya secara umum sudah berjalan sesuai dengan standar meskipun belum sempurna dilaksanakan dan kendala bidan dalam merujuk pasien bervariasi.(Defi Eka Safitri Hikayati,



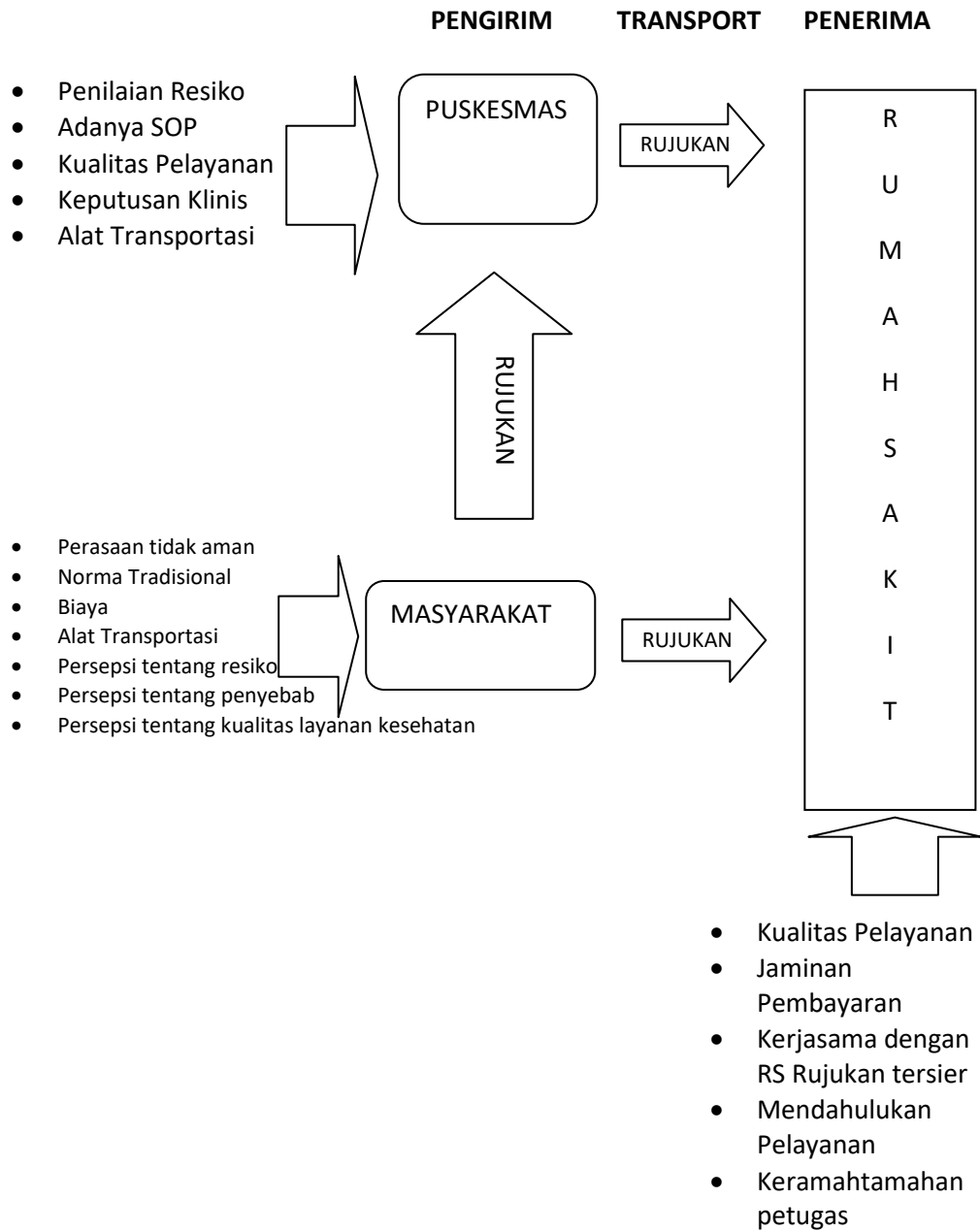
					2016)
17	Purwati, dkk	2016	Deskriptif	30 puskesmas di Kab.Jember	Hasil menunjukkan bahwa 100% puskesmas memiliki problem dalam merujuk dan seluruh puskesmas mencoba mencari solusi(Purwati, 2016)
18	Christanto dan Damayanti	2014	Potong lintang	Ibu hamil yang dirujuk dari Puskesmas Mulyorejo	Mayoritas ibu hamil merasa puas dengan proses rujukan mulai dari informasi yang diberikan bidan,pelayanan administrasi rujukan,pelayanan di rumah sakit rujukan(Christanto, 2014)
19	Rukmini dan Rustrini	2013	Deskriptif	Kepala Puskesmas dan Bidan KIA	Pelaksanaan rujukan maternal di Puskesmas Tambakrejo dan Tanah Kali Kedinding terdiri dari prosedur klinis dan administrasi. Prosedur klinis telah dilaksanakan, namun ada beberapa prosedur administrasi yang belum terlaksana yaitu: 1) Pencatatan di buku register penerimaan rujukan pasien; 2) Pemberian surat balasan rujukan kepada fasilitas atau petugas kesehatan yang merujuk; 3) Prosedur standar menerima rujukan balik belum terlaksana. Koordinasi rujukan maternal antar fasilitas kesehatan telah terlaksana, dengan beberapa

					keterbatasan. Pelaksanaan rujukan maternal sudah sesuai dengan indikasi medis dan penanganan kasus persalinan sesuai dengan kewenangan Puskesmas.(Rukmini, 2015)
20	Setiawati dan Nurrizka	2018	Deskriptif	63 responden pasien yang pernah menerima layanan rujukan berjenjang di FKTP	Ketepatan dalam sistem rujukan sudah baik. Semua responden (100%) mendapatkan rujukan sesuai dengan prosedur sistem rujukan berjenjang. Namun kelengkapan surat rujukan masih bermasalah. Data dan informasi penting dalam surat rujukan seperti hasil diagnosa, pemeriksaan fisik, anamnesa, dan terapi yang sudah diberikan banyak tidak diisi oleh petugas kesehatan. Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan rujukan juga masih rendah. Ada 34,9% responden yang memiliki tingkat kepuasan rendah. Penyebabnya adalah tidak seimbangnya antara jumlah pasien yang dilayani dan petugas dan infrastruktur pelayanan kesehatan.(Rahmah Nurrizka 2019)
21	Hilyah Magdalena	2017	Deskriptif kualitatif	Pasien yang dirujuk	Kriteria yang paling penting bagi pasien saat memilih rumah sakit rujukan adalah attribut layanan kesehatan

					dengan bobot 19,2% dan pasien yang dirujuk sebagian besar adalah pasien rujukan poli rawat inap bangsal dengan bobot mencapai 24,2%.(Magdalena, 2017)
22	Zulhadi,	2012	Studi kasus kualitatif	RS Rujukan dan 2 Puskesmas	Masih ada keterbatasan sumberdaya di pelayanan dasar seperti sarana dan peralatan, dan belum disiapkannya RSUD sebagai rumah sakit mampu PONEK. Kurangnya kerjasama tim antar level rujukan yang melibatkan Dinas Kesehatan Kabupaten, RSUD dan puskesmas, belum lengkapnya SOP, lemahnya sistem informasi dan alur rujukan yang by pass masih ditemukan.(Zulhadi 2013)
23	Rumita Erna Sari	2012	Potong lintang	136 kasus rujukan ke RS Pringadi	75 % kasus rujukan memnuhi syarat rujukan namun 25 % dari rujukan adalah rujukan yang tidak layak dimana kasusnya bisa diselesaikan di puskesmas(Sari, 2014)
24	Piscolla Wintoro	2017	Deskriptif	Informan utama : Bidan Desa Informan pendukung : ibu dengan riwayat	Aspek input yang meliputi SDM, sarana prasarana, SOP dan kebijakan terlaksana dengan baik. Aspek proses yang meliputi stabilisasi, komunikasi, surat pengantar, transportasi, alat dan obat, pendamping rujukan, dan penyerahan tanggung jawab terlaksana

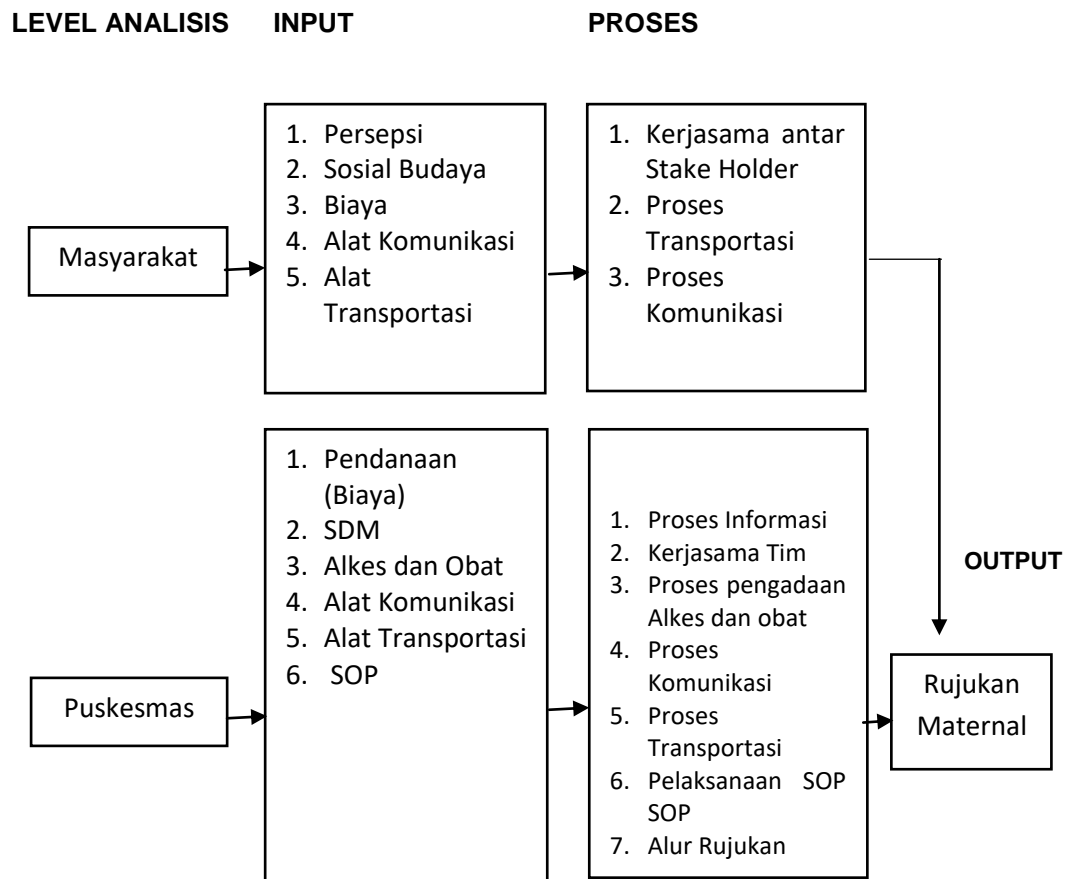
				perdarahan post partum yang dirujuk ke RS atau keluarga pasien,partner bidan desa,bidan di RS	dengan baik. Namun pelaksanaan pelatihan PPGDON masih kurang dan komunikasi dua arah antara perujuk dan RS rujukan belum terlaksana dengan baik. (Wintoro,2017)
25	Ruwayda	2015	Deskriptif	40 orang bidan	Hasil penelitian menunjukkan bidan yang melaksanakan pelayanan antenatal sesuai standar di puskesmas se-kota Jambi sebesar 72,5% (Ruwayda, 2015)

## F. Kerangka Teori



Gambar 2.3 . Rantai Rujukan, Kowalewski *et al* dalam Albrecht, 2002)

## G. Kerangka Konsep



**Gambar 2.4 Kerangka Konseptual Analisis Sistem Rujukan Maternal (Albrecht, 2002; Depkes, 1999; Kesehatan, 2014; P.Munjaja, 2012)**

## H. Definisi Konseptual

1. Rujukan Maternal adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan ibu melahirkan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab secara timbal balik, vertikal maupun horizontal.
2. Masyarakat adalah suami atau keluarga terdekat dari ibu yang mengalami kematian maternal dan dukun kampung, kader posyandu, staf desa, atau kepala desa yang mengetahui kronologis sejak ibu dalam proses persalinan hingga dinyatakan meninggal dunia.
3. Puskesmas adalah Puskesmas Wulur sebagai Puskesmas yang memiliki wilayah kerja di desa tempat terjadinya kematian ibu, dimana didalamnya terdapat bidan, dokter dan kepala puskesmas sebagai informan penelitian.
4. Pendanaan /biaya adalah biaya yang ditimbulkan selama dalam proses persalinan sampai dengan terjadinya proses rujukan dan penanganan lanjutan di rumah sakit
5. Persepsi adalah apa yang dipikirkan oleh pasien, keluarga dan masyarakat tentang penyebab komplikasi kehamilan, resiko yang ditimbulkan, serta kualitas layanan kesehatan di Puskesmas dan Rumah Sakit
6. Alat Transportasi adalah Alat Transportasi yang digunakan untuk merujuk ibu dari desa ke puskesmas dan dari puskesmas ke rumah sakit

7. Alat Komunikasi adalah Alat komunikasi yang digunakan oleh masyarakat untuk menghubungi bidan di puskesmas, maupun alat komunikasi yang digunakan oleh bidan dan dokter di puskesmas untuk menghubungi rumah sakit
8. Sumber Daya Manusia yaitu sumber daya kesehatan yang terdapat di Puskesmas Wulur dan kualifikasi yang dimiliki dalam bidang obstetrik dan ginekologi
9. Peralatan kesehatan dan obat-obatan adalah obat-obatan dan alat kesehatan yang wajib tersedia di puskesmas untuk mengantisipasi kejadian kegawatdaruratan maternal
10. Proses pengadaan alat kesehatan dan obat adalah proses pengadaan alat kesehatan dan obat-obatan kedaruratan maternal.
11. Standar Operasional Prosedur adalah Dokumen berisi prosedur kerja yang kronologis dan sistematis tentang penanganan kegawatdaruratan maternal mulai dari tingkat bidan desa sampai di tingkat puskesmas
12. Kerjasama antar *stakeholder* adalah Proses kerjasama yang terjadi antara para pemangku kebijakan di tingkat desa hingga kecamatan untuk mendukung sistem rujukan maternal, baik rujukan terencana maupun rujukan kegawatdaruratan
13. Proses transportasi adalah Proses transport pasien rujukan maternal dari desa ke puskesmas maupun dari puskesmas ke rumah sakit



14. Proses Komunikasi adalah Proses komunikasi yang terjadi antara tenaga kesehatan dengan pasien dan keluarga, antar tenaga kesehatan di dalam wilayah kerja puskesmas dan antar tenaga kesehatan di puskesmas dengan tenaga kesehatan di rumah sakit
15. Pelaksanaan SOP adalah Pelaksanaan SOP Kegawatdaruratan maternal di wilayah kerja Puskesmas Wulur
16. Kerjasama Tim adalah Kerjasama yang terjadi antara bidan desa dengan dokter dan bidan puskesmas dalam mendeteksi kehamilan beresiko dan dalam menanggulangi kejadian kedaruratan maternal.
17. Proses Informasi adalah Proses pemberian informasi baik ditingkat masyarakat yaitu informasi dari bidan desa ke keluarga maupun proses pemberian informasi di tingkat puskesmas yaitu dari bidan dan dokter puskesmas ke pasien dan keluarganya.
18. Alur rujukan adalah Bagan alur rujukan dari bidan desa ke puskesmas, dan dari puskesmas ke RS rujukan.