

STUDI ANALISIS SISTEM RUJUKAN BERDASARKAN DETERMINAN KASUS MATERNAL DI PROVINSI KALIMANTAN SELATAN

Darmayanti, M.Mukhtar, Erni Setiawati

Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Banjarmasin

Info Artikel	Abstract
Tanggal Masuk: Masuk Jan 5, 2023 Direvisi Jan 19, 2023 Diterima Jan 21, 2023	<p>The Maternal Mortality Rate (MMR) is an indicator for assessing maternal health programs and, moreover, is able to assess the level of public health. Maternal mortality can be influenced by direct and indirect causes. Primary health services are estimated to be able to reduce MMR by 20%, but having an effective referral system can reduce MMR by 80%. The aim of the research is to analyze the referral system based on pre-, process and post-referral determinants of maternal cases in South Kalimantan Province. The research design used cross sectional with data collection using birth register data, MCH books and interview guides. The sample selection was purposive sampling in 4 district hospitals in South Kalimantan province with a total sample of 120 cases. Analysis using Chi Square and Multiple Logistic Regression Test. The research results show that the relationship between maternal case referral and pre-referral determinants includes education (p 0.866); employment (p 0.533); age (p 0.202); parity (p 0.007); pregnancy spacing (0.872); regularity of ANC (p 0.524) and P4K (p 0.115), determinants of the referral process include geographical conditions (p 0.726); village category (p 0.802); reference flow (p 0.007); funding sources (p 0.279) and reference standards (p 0.862), while the post-referral determinant is reciprocity (p 0.043). So the research conclusion is that the dominant determinant factors related to maternal referral cases are parity, referral flow and feedback.</p>
Keywords: Referral System Determinant Factors	<p>Abstrak</p> <p>Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan indikator untuk menilai program kesehatan ibu dan terlebih lagi mampu menilai derajat kesehatan masyarakat, kematian ibu dapat dipengaruhi oleh penyebab langsung dan tidak langsung. Layanan kesehatan primer diperkirakan dapat mengurangi AKI sebesar 20%, namun dengan adanya sistem rujukan yang efektif dapat mengurangi AKI sebesar 80%. Tujuan penelitian adalah untuk menganalisis sistem rujukan berdasarkan determinan pra, proses dan pasca rujukan kasus maternal di Provinsi Kalimantan Selatan. Rancangan penelitian menggunakan cross sectional dengan pengumpulan data menggunakan data register persalinan, buku KIA dan panduan wawancara. Pemilihan sampel secara purposive sampling di 4 Rumah Sakit Kabupaten provinsi Kalimantan Selatan dengan jumlah sampel 120 kasus. Analisis menggunakan Chi Square dan Uji Regresi Logistik Ganda. Hasil penelitian menunjukkan bahwa hubungan rujukan kasus maternal pada determinan pra rujukan meliputi pendidikan (p 0,866); pekerjaan (p 0,533); usia (p 0,202); paritas (p 0,007); jarak kehamilan (0,872); keteraturan ANC (p 0,524) dan P4K (p 0,115), determinan proses rujukan meliputi kondisi geografis (p 0,726); kategori desa (p 0,802); alur rujukan (p 0,007); sumber pembiayaan (p 0,279) dan standar rujukan (p 0,862), sedangkan determinan pasca rujukan adalah timbal balik (p 0,043). Maka kesimpulan penelitian faktor determinan yang dominan berhubungan dengan kasus rujukan maternal adalah paritas, alur rujukan dan umpan balik.</p>
Kata Kunci: Sistem Rujukan Faktor Determinan	
Penulis Korespondensi: Email : mayadie154@gmail.com Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Banjarmasin	<p>This work is an <i>open-access article</i> and licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License (CC BY-SA 4.0).</p>



I. PENDAHULUAN

Salah satu indikator untuk menilai program kesehatan ibu dan derajat kesehatan masyarakat adalah Angka Kematian Ibu (AKI) karena sensitivitasnya terhadap perbaikan pelayanan kesehatan baik dari sisi aksesibilitas maupun sisi kualitas. AKI merupakan jumlah kematian ibu pada masa kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan atau terjatuh dibandingkan setiap 100.000 Kelahiran Hidup (KH). Penurunan AKI di Indonesia terjadi sejak tahun 1991 (390/100.000 KH); 2007 (228/100.000 KH); 2012 (359/100.000 KH) dan pada tahun 2015 (305/100.000 KH) (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019)(Darungan *et al.*, 2020)

Menurut laporan MDGs 2017, Indonesia menempati urutan kedua dengan AKI tertinggi dibanding negara ASEAN lainnya yaitu 305 per 100.000 KH sebelum negara Laos (357 per 100.000 KH). dibandingkan negara Singapura (7 per 100.000 KH) (ASEAN, 2017). Sasaran pembangunan kesehatan pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019 adalah menurunnya AKI dengan target pada tahun 2019 sebesar 306/100.000 KH (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015a). Jumlah angka kematian ibu di Provinsi Kalimantan Selatan dalam 2 tahun terakhir (2016: 92 kasus (AKI 130/100.000 KH) dan 2017 sebanyak 75 kasus (103/100.000 KH). Penyebab kematian ibu di Provinsi Kalimantan Selatan pada tahun 2017 adalah oleh sebab lain-lain (30,2%), Perdarahan (27,1%) dan Hipertensi (22,1%) (Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan, 2018).

Tingginya angka kematian dapat disebabkan oleh penyebab langsung dan tidak langsung obstetri. Pada penyebab langsung obstetri yaitu kematian ibu yang berhubungan dengan komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas seperti perdarahan, preeklampsia/eklampsia, infeksi, persalinan macet dan abortus. Penyebab tidak langsung yaitu faktor-faktor yang memperberat kondisi obstetri seperti 4 T (4 terlalu : terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering melahirkan dan terlalu dekat jarak kelahiran) dan 3 T (tiga terlambat: terlambat mengenali tanda bahaya dan mengambil keputusan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan dan terlambat penanganan kegawatdaruratan) (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015) (Hapsari & Salim, 2023).

Upaya menurunkan AKI melalui program Expanding Maternal And Neonatal Survival (EMAS) oleh Kemenkes bekerjasama dengan United States Agency Development (USAID) yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan gawat darurat di rumah sakit dan puskesmas serta memperkuat sistem rujukan antar puskesmas dan rumah sakit agar lebih efisien dan efektif. Upaya lain program EMAS adalah memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif mulai dari fasilitas pelayanan kesehatan dasar di puskesmas sampai rumah sakit rujukan di tingkat Kabupaten/Kota. Pelayanan kesehatan primer diperkirakan dapat menurunkan AKI sampai 20%, namun dengan sistem rujukan yang efektif AKI dapat ditekan sampai 80% (Saifuddin, 2013).

Salah satu permasalahan dalam sistem rujukan adalah terbatasnya aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan. Hal ini disebabkan oleh berbagai hal antara lain letak geografis, pembiayaan, jumlah tenaga kesehatan dan kondisi fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas dan jaringannya yang belum sepenuhnya dapat dijangkau oleh masyarakat. Beberapa upaya telah dilakukan misalnya dengan meningkatkan status puskesmas pembantu menjadi puskesmas, puskesmas menjadi puskesmas perawatan, menempatkan tenaga kesehatan baik medis maupun paramedis, meningkatkan anggaran pembiayaan kesehatan dan membuat kebijakan yang mendukung, tetapi di lapangan dalam implementasinya belum dilakukan dengan maksimal.

II. BAHAN DAN METODE

A. Desain Penelitian

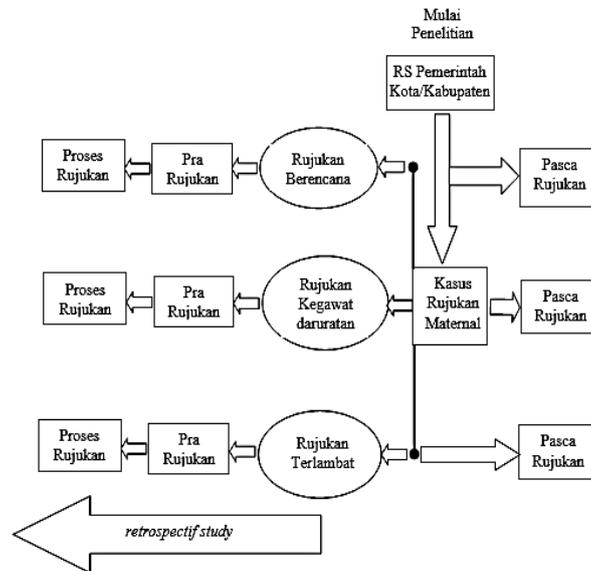
Penelitian ini menggunakan rancangan cross sectional. Populasi penelitian adalah seluruh ibu hamil, bersalin atau nifas yang dilakukan rujukan ke empat rumah sakit kabupaten di Provinsi Kalimantan Selatan dengan teknik pemilihan sampel menggunakan purposive sampling dan didapatkan 120 responden dan analisis bivariat *Chi Square* dan multivariat menggunakan Uji Regresi Logistik Ganda.

1) Instrumen Penelitian

Penelitian ini menggunakan formulir pengkajian data yang didukung dengan data register persalinan di RS lokasi penelitian, buku KIA responden dan menggunakan panduan wawancara untuk menggali faktor-faktor determinan meliputi pra rujukan, saat proses rujukan dan paska rujukan yang mempengaruhi sistem rujukan maternal.

2) Alur Penelitian

Alur Pada penelitian ini dapat dilihat pada gambar 1 sebagai berikut:



Gambar 1. Alur Penelitian

III. HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada penelitian ini terdapat 120 kasus rujukan dengan separuh kasus rujukan maternal merupakan katagori rujukan kegawatdaruratan sebanyak 60 orang (50,0%) dan masih terdapat 2 orang (1,7%) dengan kasus rujukan terlambat.

Rujukan Rujukan ibu hamil dibedakan menjadi rujukan kegawatdaruratan yang dilakukan sesegara mungkin karena berhubungan dengan kondisi kegawatdaruratan yang mendesak dan rujukan berencana dilakukan dengan persiapan panjang dan keadaan umum relatif lebih baik (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

A. Analisis Faktor Determinan Pra Rujukan dengan Kasus Rujukan Maternal

Faktor determinan pra rujukan dengan kasus rujukan maternal yang dianalisis yaitu tingkat pendidikan, pekerjaan, usia, paritas, jarak kehamilan keteraturan dan P4K dapat dilihat pada tabel 1 sebagai berikut:

TABEL I. TABEL FAKTOR DETERMINAN PRA RUJUKAN DENGAN KASUS RUJUKAN MATERNAL

Determinan Pra Rujukan	Kasus Rujukan Maternal						Tota 1	Uji X ²	
	Terencana		Gadar		Terlambat				
	f	%	F	%	F	%			
Pendidikan :									
1. Dasar	30	46,9	33	51,6	1	1,6	64	100	0,866
2. Menengah	18	52,9	15	44,1	1	2,9	34	100	
3. Tinggi	10	45,5	12	54,5	0	0	22	100	
Pekerjaan :									
1. Tidak bekerja	41	46,1	46	51,7	2	2,2	89	100	0,533
2. Bekerja	17	54,8	14	45,2	0	0	31	100	
Usia :									
1. R. Sehat (20-35 thn)	38	43,7	47	54,0	2	2,3	87	100	0,202
2. R. Tidak Sehat (<20/>35thn)	20	60,6	13	39,4	0	0	33	100	
Paritas :									
1. Aman (2-3)	19	33,3	37	64,9	1	1,8	57	100	0,007
	39	61,9	23	36,5	1	1,6	63	100	

Tabel I menunjukkan dengan kasus rujukan maternal di ($p < \alpha 0,05$).

Sampai saat ini masih risiko dalam bentuk Kartu Skor menentukan rencana tindak diberikan kepada ibu hamil. skor awal ibu hamil adalah 2 dan skor 4 dan skor 8 dengan riwayat (sungsang/lintang), perdarahan eklampsia atau kejang-kejang.

dikelompokkan menjadi Ada Potensi Gawat Obstetri (APGO) / Kelompok Faktor Risiko (KFR) bila total skor < 6 dengan area warna hijau (boleh ditolong oleh bidan); Ada Gawat Obstetri (AGO) / Kelompok Risiko Tinggi (KRT) bila total skor 6 - 10 dengan area warna kuning (persalinan ditolong oleh bidan atau dokter dengan tempat persalinan Puskesmas/RS dan Ada Gawat Darurat Obstetri (AGDO) /Kelompok Risiko Sangat Tinggi (KRST) bila total skor ≥ 12 dengan area warna merah (persalinan ditolong oleh dokter dengan tempat persalinan di RS (Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin, 2014).

Hasil penelitian membuktikan bahwa paritas tidak aman (1 dan ≥ 4) lebih banyak melakukan rujukan berencana sebesar (61,9%), sedangkan pada umur aman lebih banyak terjadi pada rujukan kegawatdaruratan sebesar (64,9%). Apabila ibu hamil dengan usia muda (< 20 tahun) atau usia tua (≥ 35 tahun) atau terlalu banyak anak (paritas ≥ 4) atau jarak kehamilan terlalu dekat (< 2 tahun) atau terlalu lama (≥ 10 tahun), maka ibu hamil tersebut telah memiliki total skor 6 (APGO).

Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna faktor risiko kegawatdaruratan obstetri (APGO dan AGO) terhadap jenis rujukan (terencana atau terlambat), tetapi ada perbedaan AGDO dengan jenis rujukan dengan hasil OR faktor risiko AGO 6 kali akan meningkatkan pelaksanaan rujukan berencana (Laili *et al.*, 2015).

Rujukan berencana merupakan salah satu upaya proaktif untuk mencegah dan/atau meminimalkan komplikasi yang mungkin akan terjadi. Pada rujukan terencana kondisi pasien pada umumnya masih dalam kondisi baik dan dapat dipersiapkan dengan sebaik-baiknya (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

Keberhasilan pelayanan ANC tidak hanya dilihat dari frekuensi kunjungan tetapi lebih diperhatikan tentang kualitas ANC. Tujuan ANC selain untuk memastikan kesehatan ibu dan janin, juga diharapkan dapat mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi dalam kehamilan, sehingga dapat dilakukan rujukan berencana ke Rumah Sakit dan dapat dilakukan pengawasan lebih intensif agar risiko dapat dikendalikan dan mendapatkan tindakan yang adekuat. Standar frekuensi ANC adalah minimal 4 kali pemeriksaan kehamilan dan kualitas ANC dengan standar pemberian pelayanan minimal "10 T" (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015). Tingginya AKI salah satunya disebabkan karena tidak ada sistem rujukan tertutup artinya setiap fasilitas pelayanan kesehatan masih berjalan sendiri-sendiri, hal ini dibuktikan bahwa sebagian besar pasien memiliki status ANC lengkap tetapi dirujuk ke Rumah Sakit dalam kondisi sudah parah (Handriani & Melaniani, 2015). Penelitian lain juga menyatakan bahwa kualitas ANC kurang baik meningkatkan risiko morbiditas maternal 4,96 kali dibandingkan ibu hamil yang mendapatkan pelayanan ANC yang berkualitas (Oktavianisya, 2016).

Informasi Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) oleh petugas kesehatan kepada ibu hamil dan keluarga dapat didokumentasikan di buku KIA ibu hamil pada halaman "Menyambut Persalinan" yang memuat rencana nama penolong, dana persalinan, kendaraan/ambulan, metode kontrasepsi dan pendonor darah. Berdasarkan hasil penelitian masih rendahnya pengisian P4K di buku KIA yang dinyatakan lengkap terisi sebanyak 30 orang (26,0%), hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya bahwa pemahaman tentang P4K hanya sekedar penempelan stiker P4K di depan rumah ibu hamil (Kamidah, 2018). Kendala dalam P4K adalah penetapan rencana transportasi lebih mengarah kepada penggunaan mobil pribadi dan calon pendonor darah hanya menetapkan nama tanpa dilanjutkan dengan *cross cek* kesesuaian golongan darah di laboratorium.

B. Analisis Faktor Determinan Proses Rujukan dengan Kasus Rujukan Maternal

Proses rujukan rumah sakit meliputi geografis tempat tinggal, katagori desa, alur rujukan, pembiayaan, sarana transportasi dan standar rujukan dapat dilihat pada tabel II ini.

TABEL II. TABEL FAKTOR DETERMINAN PROSES RUJUKAN DENGAN KASUS RUJUKAN MATERNAL

Determinan Proses Rujukan	Kasus Rujukan Maternal						Total	Uj i X ²	
	Terencana		Gadar		Terlambat				
	f	%	F	%	F	%			
2. Tidak Aman (1 atau ≥ 4)	51	48,1	53	50,0	2	1,9	106	100	0,872
1. Aman ($\geq 2 - 9$ thn)	7	50,0	7	50,0	0	0	14	100	
2. Tidak Aman (< 2 tahun / ≥ 10 thn)	41	51,9	37	46,8	1	1,3	79	100	0,524
1. Teratur (standar)	17	41,5	23	56,1	1	2,4	41	100	
Keteraturan ANC :									
P4K :									
1. Lengkap	18	60,0	12	40,0	0	0	30	100	0,115
2. Kurang Lengkap	6	27,3	16	72,7	0	0	22	100	
3. Tidak Lengkap	34	50,0	32	47,1	2	2,9	68	100	

adanya hubungan antara paritas rumah sakit dengan nilai $p 0,007$

digunakan pendekatan faktor Poeji Rochjati (KSPR) untuk lanjut asuhan yang akan Menurut Rochjati menetapkan faktor-faktor risiko lainnya diberi pernah operasi, kelainan letak dalam kehamilan dan pre Kegawatdaruratan obstetric

Geografis Tempat								
Tinggal:								
Pegunungan	5	71,4	2	28,6	0	0	7	100
Gunung	5	71,4	2	28,6	0	0	7	100
Dataran Tinggi	12	41,4	17	58,6	0	0	29	100
Dataran Rendah	32	45,7	36	51,4	2	2,9	70	100
Pantai	4	57,1	3	42,9	0	0	7	100
Katagori Desa :								
Desa Biasa	47	46,0	53	52,0	2	2,0	102	100
Desa Terpencil	9	60,0	6	40,0	0	0	15	100
Desa Sangat Terpencil	2	66,7	1	33,3	0	0	3	100
Alur Rujukan :								
Vertikal (Rendah-Tinggi)								
Vertikal (Rendah-Tinggi)	39	41,5	54	57,4	1	1,1	94	100
Horizontal	19	73,1	6	23,1	1	3,8	26	100
Pembiayaan :								
Mandiri/Swadana	18	47,4	18	47,4	2	5,3	38	100
Askes Pemerintah	36	47,3	39	52,7	0	0	74	100
Askes Swasta/Lainnya	5	62,5	3	37,5	0	0	8	100
Sarana								
Transportasi :								
Sesuai	20	44,4	25	55,6	0	0	45	100
Tidak Sesuai	38	50,7	36	46,7	2	2,7	75	100
Standar Rujukan :								
Terpenuhi /lengkap	14	53,8	12	46,2	0	0	26	100
Kurang Terpenuhi	25	50,0	24	48,0	1	2,0	50	100
Tidak Terpenuhi	19	43,2	24	54,5	1	2,3	44	100

Tabel II menunjukkan hasil uji *Chi Square* variabel alur rujukan berhubungan dengan kasus rujukan maternal dengan nilai $p < 0,007$ ($p < \alpha 0,05$) sedangkan variabel geografis, katagori desa, pembiayaan, sarana pelayanan kesehatan, sarana transportasi dan standar rujukan tidak berhubungan dengan rujukan kasus maternal.

Alur rujukan dapat dilakukan secara vertikal atau horizontal. Rujukan horizontal dilakukan apabila perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan yang sifatnya sementara atau menetap, sedangkan rujukan vertikal dapat dilakukan dari tingkatan pelayanan yang lebih rendah ke pelayanan lebih tinggi apabila pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialisik atau sub spesialisik (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2012). Penelitian ini menunjukkan lebih banyak rujukan berencana kasus maternal lebih banyak dilakukan secara horizontal sedangkan rujukan kegawatdarutan dilakukan secara vertikal. Hal ini terjadi karena rujukan berencana merupakan pasien-pasien yang sudah dirawat di RS Tipe C yang dimiliki oleh Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi (DSOG) di lokasi penelitian dan karena keterbatasan sarana prasarana atau jenis pembiayaan pasien sehingga di lakukan rujukan ke RS Pemerintah. Rujukan kegawatdarutan lebih banyak terjadi pada jenis rujukan vertikal, karena perujuk adalah Praktik Mandiri Bidan (PMB) dan Puskesmas sehingga kasus maternal dengan kondisi gawat darurat dan petugas kesehatan yang bertugas tidak memiliki kewenangan dan/atau kompetensi untuk melakukan tindakan pada kasus tersebut, sehingga dilakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi dan memiliki sarana prasaran untuk Penanganan Obsetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK).

Pembentukan forum komunikasi antas fasilitasi kesehatan diperlukan guna mengoptimalkan sistem rujukan berjenjang (BPJS Kesehatan, 2015). Sebelum dilakukan rujukan kasus emergensi diperlukan komunikasi antar fasilitas kesehatan perujuk dan penerima rujukan, sehingga penerima rujukan diharapkan sudah mempersiapkan segala sesuatu untuk meningkatkan keselamatan pasien dan mutu pelayanan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013) dan fasilitas kesehatan perujuk mendapatkan informasi tentang ketersediaan kompetensi, tenaga kesehatan sarana, prasarana dan kepastian apakah tempat rujukan dapat menerima rujukan. Dua RS lokasi penelitian telah membangun networking yaitu dengan membuat group-group whatsapp dengan anggota bidan-bidan se kabupaten atau anggota para bidan koordinator KIA Puskesmas dengan bidan PONEK atau group Praktik Mandiri Bidan, sehingga apabila ibu hamil / ibu bersalin / nifas atau pun bayi baru lahir / neonatus yang perlu tindakan emergensi dapat berkomunikasi lewat whatsapp atau telepon. Dua RS lainnya belum memiliki networking, kondisi ini juga terjadi di tempat lain yaitu bahwa pihak Puskesmas tidak menghubungi kembali fasilitas kesehatan penerima rujukan apakah diterima, menunggu sementara atau mencari alternatif fasilitas kesehatan rujukan lainnya (Ratnasari, 2017).

Kondisi geografis dan katagori desa merupakan salah satu permasalahan lalu yang menyebabkan aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan, tetapi saat ini hal tersebut tidak menjadi permasalahan lagi karena kebijakan Pemerintah adalah mendekatkan pelayanan kesehatan sehingga mudah diakses oleh masyarakat dengan melakukan upaya terobosan penempatan tenaga-tenaga kesehatan hingga pelosok. Salahsatunya dengan penempatan bidan di desa. Keberadaan bidan yang berdomisili di desa yang sama

dengan ibu hamil berperan positif terhadap kematian di Rumah Sakit (Irianto *et al.*, 2015). Pelayanan kesehatan di tingkat desa diharapkan mampu melakukan rujukan dengan baik dan terencana.

Selain faktor domisili yang perlu diperhatikan dalam proses rujukan adalah faktor kemampuan pembiayaan untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas. Pertimbangan pasien dan keluarga untuk dilakukan rujukan adalah pembiayaan administrasi di RS dan keperluan pribadi selama di RS. Dua kasus rujukan terlambat pada penelitian ini adalah dengan pembiayaan mandiri /swadana.

Pemerintah Indonesia telah menjelaskan tentang pembiayaan kesehatan adalah jaminan kesehatan berupa perlindungan kesehatan yang diberikan kepada orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah. Apabila pasien menggunakan jaminan kesehatan oleh BPJS maka pembiayaan yang akan dijamin oleh BPJS pada pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan berupa pembiayaan administrasi dan pembiayaan pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi oleh dokter spesialis dan subspecialis termasuk pelayanan kegawatdaruratan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

Sarana transportasi yang digunakan pada 2 (dua) kasus rujukan terlambat adalah kendaraan pribadi, hal ini menunjukkan bahwa masyarakat belum memahami pentingnya stabilisasi kondisi pasien selama perjalanan menuju RS. Pelayanan ambulan merupakan pelayanan transportasi pasien rujukan dengan kondisi tertentu antar fasilitas kesehatan disertai dengan upaya atau kegiatan menjaga kestabilan kondisi pasien untuk kepentingan keselamatan pasien, pelayanan ambulan hanya dijamin bila rujukan dilakukan pada fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS atau pada kasus gawat darurat dari fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS kesehatan dengan tujuan penyelamatan nyawa pasien. Pelayanan ambulan dan supir yang siap siaga 24 jam mengantar pasien ke fasilitas kesehatan tempat rujukan jika terjadi komplikasi maternal sehingga tidak terlambat sampai di RS (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

Standar rujukan yang dikenal dengan istilah Baksokudopn belum sepenuhnya dapat dilengkapi. Pasien yang dirujuk ke RS rata-rata diantar keluarga dan membawa surat rujukan. Surat rujukan sangat penting untuk kecepatan dan ketepatan rencana tindak lanjut di RS. Surat rujukan harus memuat keterangan yang jelas dari perujuk tentang diagnosa dan tindakan yang telah dilakukan sehingga tidak terjadi pengulangan diagnosis dan pengobatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

Selama rujukan maternal seharusnya pasien didampingi oleh bidan atau tenaga kesehatan lainnya yang kompeten, karena apabila dalam kondisi tertentu kemungkinan pasien harus mendapatkan tindakan segera untuk menyelamatkan jiwa pasien. Bidan tidak mendampingi saat rujukan dengan alasan kondisi pasien masih baik dan jarak tempuh yang dekat. Karena pasien datang sendiri ke RS dengan membawa surat rujukan, maka peralatan dan obat-obatan pun tidak dibawa selama proses rujukan. Pendampingan selama rujukan sangat diperlukan karena selama perjalanan pasien rentan mengalami kondisi yang memburuk sehingga diperlukan peralatan an obat-obatan yang memadai untuk penanganan sebelum sampai ke RS (Handriani & Melaniani, 2015). Pendampingan pasien harus benar dilakukan yaitu pendamping berada di dekat pasien sehingga dapat memantau kondisi pasien selama perjalanan, karena ada petugas kesehatan yang duduk disamping supir, sedangkan pasien dibiarkan bersama keluarga di belakang. Pada penelitian ini sarana transportasi rata-rata berupa kendaraan pribadi maka tidak diperhatikannya pemenuhan posisi dan nutrisi selama rujukan.

C. Analisis Faktor Determinan Pasca Rujukan dengan Kasus Rujukan Maternal

TABEL III. TABEL FAKTOR DETERMINAN PASCA RUJUKAN DENGAN KASUS RUJUKAN MATERNAL

Determinan Paska Rujukan	Kasus Rujukan Maternal						Total	Uji X ²	
	Terencana		Gadar		Terlambat				
	F	%	f	%	f	%			
Umpan Balik Paska Rujukan :									
1. Melaksanakan	25	56,8	17	38,6	2	4,5	44	100	0,043
2. Tidak Melaksanakan	33	43,4	43	56,6	0	0	76	100	

Tabel III menunjukkan bahwa umpan balik paska rujukan berhubungan dengan kasus rujukan maternal dengan nilai p 0,04. Umpan balik paska rujukan dalam penelitian ini hanya memuat apakah RS memberikan surat umpan balik ke fasilitas kesetahan perujuk. Berdasarkan standar rujukan semua pasien yang dirujuk apabila telah selesai perawatan di RS maka akan dibuat surat yang berisikan tentang diagnosa pasien dan rencana tidak lanjut seperti kapan kontrol ulang, obat apa saja yang harus di minum (BPJS Kesehatan, 2015).

D. Analisis Faktor Determinan Pra, Proses dan Pasca Rujukan dengan Kasus Rujukan Maternal

Analisis faktor determinan dalam tiga tahapan rujukan yang dianggap memiliki hubungan kuat terhadap kasus maternal dilakukan uji multivariat menggunakan uji regresi logistik dengan menggunakan metode enter yaitu memasukkan variabel independen ($p < 0,25$) secara bersamaan ke dalam model yaitu 5 (lima) variabel independen : paritas ($p < 0,007$), alur rujukan ($p < 0,007$), umpan balik ($p < 0,043$), P4K ($p < 0,115$) dan usia ($p < 0,202$) untuk mengetahui faktor yang paling berhubungan diantar faktor yang ada seperti tabel IV:

TABEL IV. FAKTOR DETERMINAN PRA, PROSES DAN PASCA RUJUKAN DENGAN KASUS RUJUKAN MATERNAL

Variabel	B (β)	S.E	Wald	df	Sig (α)	Exp (B)
Paritas	-1.754	0,481	13,287	1	0,000	0,173
Alur	-1.109	0,307	13,059	1	0,000	0,330
Rujukan	1.499	0,499	9,018	1	0,003	4,475
Umpan	0,453	0,264	2,940	1	0,086	1,572
Balik	-0,835	0,483	2,991	1	0,084	0,434
P4K						
Usia						
Constant	1.906	1,137	2,808	1	0,094	6,724

Berdasarkan tabel IV variabel dengan nilai $p < \alpha$ 0,05 yaitu paritas, alur rujukan dan umpan balik, kemudian untuk mengetahui berapa persen kemungkinan dapat mempengaruhi rujukan kasus maternal maka dilakukan perhitungan dengan memperhitungkan nilai B dan didapatkan hasil bahwa paritas tidak aman, alur rujukan secara horizontal dan dilaksanakannya umpan balik memberikan peluang sebesar 79% terhadap jenis rujukan kegawatdaruratan dan terlambat pada kasus maternal.

IV. KESIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa setiap faktor determinan rujukan memiliki hubungan dengan kasus rujukan maternal seperti paritas pada pra rujukan, alur rujukan pada proses rujukan dan pada pasca rujukan terdapat umpan balik yang berhubungan dengan kasus rujukan maternal dan jika ke tiga variabel terjadi secara bersamaan dapat meningkatkan kejadian kasus rujukan maternal sebesar 79%.

DAFTAR PUSTAKA

- ASEAN. (2017). ASEAN Statistical Report on Millennium Development Goals 2017. *ASEAN / One Vision One Identity One Community*.
- BPJS Kesehatan. (2015). "Panduan Praktis Sistem Rujukan Berjenjang."
- Darungan, A. I., Kadir, A., & Haq, N. (2020). Strategi Pemerintah Dalam Mengurangi Angka Kematian Ibu (AKI) Melahirkan di Kabupaten Enrekang. *JPPM: Journal of Public Policy and Management*, 2(2), 101–109.
- Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin. (2014). "Buku Kesehatan Ibu dan Anak: Kartu Skor Poedji Rochjati." *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*.
- Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan. (2018). "Profil Kesehatan Tahun 2017".
- Handriani, I., & Melaniani, S. (2015). Pengaruh Proses Rujukan Dan Komplikasi Terhadap Kematian Ibu. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 3(3), 400–411.
- Hapsari, T. P., & Salim, L. A. (2023). Efektivitas Asuhan Antenatal sebagai Upaya untuk Mencegah Komplikasi Obstetri yang Berdampak terhadap Kematian Ibu : Literature Review. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat Cendekia Utama*, 12(2), 115–122.
- Irianto, J., Adisasmita, A. C., & Utomo, B. (2015). Peranan Keberadaan Bidan Dalam Rujukan Maternal. *Indonesian Journal of Reproductive Health*, 5(3), 155–164.
- Kamidah, K. (2018). Program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) sebagai upaya menurunkan angka kematian ibu. *Gaster*, 16(1), 24–35.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2012). "Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan."
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). "Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan",.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). "Pedoman Sistem Rujukan Nasional." *Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan*. ISBN 978-602-235-305-8, ISBN 978-602-235-305-8.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). "Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional."
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). "Rencana Strategis Kemneterian Kesehatan Tahun 2015-2019". *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.02.02/Menkes/52/2015*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu Edisi Kedua. *Ditjen Bina GIKIA*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). "Profil Kesehatan Indonesia 2018. *Pusdatin Kemenkes*, ISBN 978-602-656-446-4.
- Laili, F., Garna, H., Irawan, G., Husin, F., Wirakusumah, F. F., Sunjaya, D. K., & Susiarno, H. (2015). Hubungan Faktor Risiko Kegawatdaruratan Obstetri Menurut Rochjati dengan Pelaksanaan Rujukan oleh Bidan di RSUD Gambiran Kediri. *Jurnal Pendidikan Dan Pelayanan Kebidanan Indonesia*, 2(2), 7–12.
- Oktavianisya, N. (2016). Pengaruh Kualitas Anc Dan Riwayat Morbiditas Maternal Terhadap Morbiditas Maternal Di Kabupaten Sidoarjo. *Wiraraja Medika: Jurnal Kesehatan*, 6(2), 78–86.
- Ratnasari, D. (2017). Analisis Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang Bagi Peserta JKN di Puskesmas X Kota Surabaya. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 5(2), 145–154.
- Saifuddin, A. B. (2013). "Ilmu Kebidanan". *Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo*. Jakarta.