

**GAMBARAN KASUS RUJUKAN OBSTETRI PADA
RSUD DR. H. ABDUL MOELOEK
PROVINSI LAMPUNG TAHUN 2020**

(Skripsi)

**Oleh
ZAKIAH NUR ROHMAH
1858011030**



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2022**

**GAMBARAN KASUS RUJUKAN OBSTETRI PADA
RSUD DR. H. ABDUL MOELOEK
PROVINSI LAMPUNG TAHUN 2020**

**Oleh:
Zakiah Nur Rohmah**

Skripsi

**Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
SARJANA KEDOKTERAN**

Pada

**Fakultas Kedokteran
Universitas Lampung**



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2022**

Judul Skripsi

**: GAMBARAN KASUS RUJUKAN OBSTETRI
PADA RSUD DR. H. ABDUL MOELOEK
PROVINSI LAMPUNG TAHUN 2020**

Nama Mahasiswa

: Zakiah Nur Rohmah

No. Pokok Mahasiswa

: 1858011030

Program Studi

: Pendidikan Dokter

Fakultas

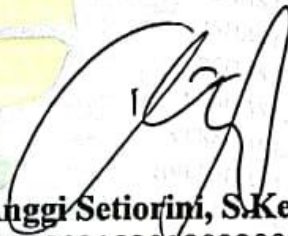
: Kedokteran

MENYETUJUI

1. Komisi Pembimbing



dr. Rodiani, S.Ked., M.Sc., Sp. OG
NIP.197904192003122002



dr. Anggi Setiorini, S.Ked., M.Sc, AIFO-K
NIP 198802182019032007

2. Dekan Fakultas Kedokteran



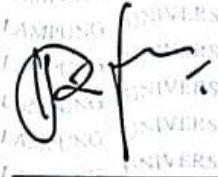
Prof. Dr. Dyah Wulan Sumeka, R.W., S.K.M., M.Kes.
NIP.197206281997022001

MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

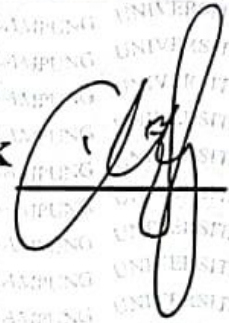
Ketua

: dr. Rodiani, S.Ked., M.Sc., Sp. OG.



Sekretaris

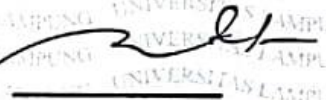
: dr. Anggi Setiorini, S.Ked., M. Sc., AIFO-K



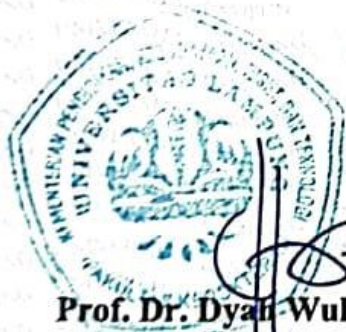
Penguji

Bukan Pembimbing


: dr. Nurul Islamy, S.Ked., M. Kes., Sp. OG.



2. Dekan Fakultas Kedokteran



Prof. Dr. Dyan Wulan Sumekar R. W., S.K.M., M. Kes.
NIP.197206281997022001



Tanggal Lulus Ujian Skripsi: 27 April 2022

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya, bahwa:

1. Skripsi dengan judul "GAMBARAN KASUS RUJUKAN OBSTETRI PADA RSUD DR. H. ABDUL MOELOEK PROVINSI LAMPUNG TAHUN 2020" adalah hasil karya saya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis lain dengan cara tidak sesuai tata etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau plagiarism
2. Hak intelektual atas karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung

Atas pernyataan ini, apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya.

Bandarlampung, 27 April 2022



Zakiah Nur Rohmah

Zakiah Nur Rohmah
NPM. 1858011030

RIWAYAT HIDUP

Penulis merupakan anak perempuan yang dilahirkan di Kediri pada tanggal 26 Juni 2000, sebagai anak pertama dari dua bersaudara dari Bapak Dr. Ir. Mochamad Saleh Udin, M.M., dan Ibu dr. Rahma Sari Dewi. Penulis memiliki 1 kakak laki-laki yang bernama Achmad Indra Aulia.

Penulis menyelesaikan Pendidikan Taman Kanak-Kanak (TK) pada tahun 2006 di TK RA Amdadiyah Kediri, Sekolah Dasar (SD) penulis diselesaikan di MIN Doko pada tahun 2012, Sekolah Menengah Pertama (SMP) penulis diselesaikan di MTsN 2 Kota Kediri pada tahun 2015, dan Sekolah Menengah Atas pada SMAN 2 Kota Kediri. Pada tahun 2018, penulis terdaftar sebagai mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Lampung melalui jalur mandiri SMMPTN Barat.

Semasa SMP penulis aktif mengikuti beberapa lomba pada bidang akademik yaitu Biologi dan Karya Ilmiah Remaja. Pada masa SMA, penulis juga aktif berpartisipasi hingga menjadi semifinalis dan mendapatkan juara pada beberapa olimpiade serta lomba di bidang Biologi dan Kedokteran. Selama menjadi mahasiswa di FK Unila, penulis pernah aktif mengikuti organisasi Forum Studi Islam (FSI) Ibnu Sina periode 2019/2020 sebagai anggota divisi Akademik dan turut menyusun beberapa modul pembelajaran blok.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Menutup peluh di akhir tulisan ini
dengan rasa syukur, bangga dan bahagia

*Sebuah persembahan sederhana untuk Ayah,
Ibu, kakak dan Keluarga tercinta*

هَلْ جَزَاءُ الْإِحْسَانِ إِلَّا الْإِحْسَانُ

Artinya:

Tidak ada balasan kebaikan kecuali kebaikan (pula).

(Q.S. Ar-Rahman Ayat 60)

SANWACANA

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang yang telah memberikan rahmat serta karunia-Nya selama penyusunan skripsi ini sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Gambaran Kasus Rujukan Obstetri Pada RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2020”.

Terima kasih juga disampaikan kepada kedua orang tua penulis, Dr.Ir. Mochamad Saleh Udin, M.M., dan Ibu dr. Rahma Sari Dewi, yang telah membesarkan dan membimbing penulis di tiap langkah kehidupan penulis dengan penuh kasih sayang serta menyampaikan doa, keringat, air mata, dan senantiasa selalu untuk mendukung studi penulis. Kepada kakak penulis, Achmad Indra Aulia, terima kasih telah mendukung serta menjadi kakak yang dapat diandalkan dalam segala hal dari segi akademik maupun kehidupan penulis serta terimakasih juga atas motivasi dan doa memberikan motivasi yang selalu diberikan kepada penulis.

Dalam proses penulisan skripsi ini, penulis mendapatkan bantuan, bimbingan, saran, dan kritik dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulisingin mengucapkan rasa terimakasih kepada:

1. Prof. Dr. Karomani, M. Si., selaku Rektor Universitas Lampung.
2. Prof. Dr. Dyah Wulan Sumekar RW., SKM., M. Kes., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
3. Dr. dr. Khairun Nisa Berawi, M. Kes., AIFO selaku Kepala Program Studi Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.

4. dr. Rodiani, S. Ked., M.Sc., Sp. OG., selaku Pembimbing I, yang telah membimbing penulis dengan sebaik-baiknya serta memberikan masukan dan motivasi yang sangat berharga bagi penulis, terimakasih dokter atas waktu dan pelajaran yang sudah diberikan.
5. dr. Anggi Setiorini, S. Ked., M. Sc., AIFO-K, selaku Pembimbing II, yang telah memberikan kesediaan waktu untuk membimbing dan memberikan masukan selama proses penulisan skripsi, terimakasih dokter telah memaklumi kekurangan penulis selama bimbingan. selama proses penulisan skripsi, terimakasih dokter telah memaklumi kekurangan penulis selama bimbingan.
6. dr. Nurul Islamy, S. Ked., M. Kes., Sp. OG., selaku penguji utama dan pembahas, terimakasih atas waktu, saran, dan ilmu yang telah diberikan dalam proses penulisan skripsi ini.
7. Kepala Bagian Instalasi Rekam Medik dan seluruh petugas rekam medis, dan seluruh karyawan RSUD Dr. H. Abdul Moeloek yang telah membantu penulis dalam pencarian dan pengumpulan data.
8. dr. Tri Umiana Soleha, M. Kes., serta Dr. dr. Susianti, M.Sc., selaku Pembimbing Akademik. Terimakasih telah membimbing penulis dengan sebaik-baiknya serta memberikan masukan dan motivasi yang sangat berharga bagi penulis.
9. Segenap keluarga besar penulis yang telah memberikan dukungan dan doa selama penyusunan skripsi.
10. Seluruh dosen, staf, dan karyawan atas ilmu, waktu, dan bantuan yang telah diberikan selama proses perkuliahan sampai penyusunan skripsi.
11. Sahabat seperjuangan penulis yang selalu menemani di hari-hari sulit dan bahagia selama proses perkuliahan, yang menjadi teman dari bangun tidur hingga tidur lagi, terimakasih banyak Bella, Pinkan, Putri, Betsheba, Pandu, Yahmal, Athaya, Atika, Nikma, Mahala, terimakasih banyak atas kerjasama dan bantuannya selama proses perkuliahan.
12. Sahabat APAYA Putri Ulayya dan Wanda, terimakasih telah menjadi teman yang sangat positif seperti membuat ringkasan di setiap blok, *sharing* materi kuliah, OSCE, yang selalu membuat target yang harus

kita capai hingga penulis mencapai titik ini, dan masih banyak hal baik lainnya.

13. Teman seperbimbingan dan sepeperbahasan Wulan, Erye, Nata, Liana, Christ, terimakasih banyak atas kerjasama, bantuan, dan motivasinya selama proses pengerjaan skripsi ini.
14. Sahabat yang telah berjuang bersama dari bangku sekolah hingga saat ini, Regia, Risa, Rahma, Adawi, Vira, Evita, terimakasih banyak atas motivasi, bantuan dan waktunya sehingga penulis selalu merasa bahagia.
15. Teman Kosan Puspita Putri Ulayya, Betsheba, Sezia, dan Zada yang telah menemani hari-hari penulis dan bisa diandalkan kapanpun penulis membutuhkan.
16. Teman-teman angkatan 2018 (F18RINOGEN) yang tidak dapat disebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuan dan dukungan selama proses perkuliahan.

Semoga Allah SWT senantiasa memberikan rahmat dan balasan yang berlipat atas segala bantuan dan kebaikan yang telah diberikan kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini. Aamiin.

Bandar Lampung, 27 April 2022

Penulis

ABSTRACT

THE CASE DESCRIPTION OF OBSTETRIC REFERRAL AT RSUD DR. H. ABDUL MOELOEK IN LAMPUNG PROVINCE IN 2020

By

Zakiah Nur Rohmah

Background: Maternal mortality and morbidity can be reduced or prevented by obstetric referral services improvement. RSUD Dr. H. Abdul Moeloek is a hospital with the highest amount of referral in Lampung. The implementation of tiered referrals makes RSUD Dr. H. Abdul Moeloek has patients with serious illness which increases the incidence of maternal death.

Aim: Knowing general and special characteristics related to high-risk pregnancies of obstetric referral patients of RSUD Dr. H. Abdul Moeloek in 2020.

Methods: This research is quantitative descriptive. There were 233 medical records were taken by simple random sampling.

Results: The result shows that 169 people (73%) were at low risk age (20-35 years). There were 119 people (51%) lived in Bandar Lampung. There were 119 (51.1%) Javanese. There were 217 people (93%) were married. There were 58 people (24.9%) with hypertension in pregnancy, preeclampsia and eclampsia, 58 people (24.9%) experienced prolonged labor, 56 people (24%) with complications of premature rupture of membranes. The majority of non-obstetric disease complicate pregnancy and delivery were anemia in 27 people (11.6%). There were 68 people referred by medical personnel in Bandar Lampung: 31 people (28%) were referred by hospital, 5 people (4%) were referred by community health center, 7 people (6%) were referred by doctor, and 25 people (22 %) were referred by midwife. There were 44 people referred by medical personnel outside Bandar Lampung: 30 people (27%) were referred by hospital, 5 people (4%) were referred by community health center, 1 person (1%) was referred by a doctor, and 8 people (7%) were referred by midwife.

Conclusion: The most common diseases found were prolonged labour. The majority of referring health facilities are hospitals inside or outside Bandar Lampung.

Keywords: referral, obstetric, RSUD Dr.H. Abdul Moeloek.

ABSTRAK

GAMBARAN KASUS RUJUKAN OBSTETRI PADA RSUD DR. H. ABDUL MOELOEK PROVINSI LAMPUNG TAHUN 2020

Oleh

Zakiah Nur Rohmah

Latar Belakang: Kematian dan kesakitan ibu dapat dikurangi dengan perbaikan layanan rujukan obstetri. RSUD Dr. H. Abdul Moeloek merupakan rumah sakit rujukan tertinggi di Provinsi Lampung. Pemberlakuan rujukan berjenjang menjadikan pasien RSUD Dr. H. Abdul Moeloek adalah pasien penyakit berat yang meningkatkan kejadian kematian maternal.

Tujuan: Mengetahui karakteristik umum dan khusus berkaitan kehamilan risiko tinggi pasien rujukan obstetri RSUD Dr. H. Abdul Moeloek tahun 2020.

Metode Penelitian: Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif. Pada penelitian ini diambil sampel 233 rekam medis dengan *simple random sampling*.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan sebanyak 169 orang (73%) berusia risiko rendah (20-35 tahun), dan sebanyak 119 orang (51%) berdomisili dalam Bandar Lampung. Mayoritas bersuku Jawa sebanyak 119 orang (51,1%). Sebanyak 217 orang (93%) telah menikah. Terdapat 58 orang (24,9%) dengan hipertensi dalam kehamilan, preeklamsia dan eklamsia, 58 orang (24,9%) mengalami partus lama, 56 orang (24%) dengan penyulit ketuban pecah dini. Penyakit penyulit kehamilan dan persalinan non obstetrik terbanyak adalah anemia pada 27 orang (11,6%). Terdapat 68 orang dirujuk oleh tenaga medis di dalam Bandar Lampung: 31 (28%) dirujuk rumah sakit, 5 (4%) dirujuk puskesmas, 7 (6%) dirujuk dokter, dan 25 (22 %) dirujuk bidan. Terdapat 44 orang dirujuk oleh tenaga medis di luar Bandar Lampung: 30 orang (27%) dirujuk rumah sakit, sejumlah 5 orang (4%) yang dirujuk puskesmas, 1 orang (1%) dirujuk dokter, dan 8 orang (7 %) dirujuk bidan.

Kesimpulan: Penyakit yang ditemukan terbanyak adalah partus lama; Mayoritas fasilitas kesehatan yang merujuk adalah rumah sakit.

Kata Kunci: rujukan, obstetri, RSUD Dr. H. Abdul Moel

DAFTAR ISI

	Halaman
DAFTAR ISI	i
DAFTAR TABEL	iii
DAFTAR GAMBAR	iv
DAFTAR LAMPIRAN	v
DAFTAR SINGKATAN	vi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Tinjauan Pustaka	6
2.1.1 Pengertian Rujukan.....	6
2.1.2 Manfaat Rujukan	6
2.1.3 Sistem Rujukan di Indonesia	7
2.1.4 Sistem dan Cara Rujukan Obstetri.....	11
2.1.5 Kasus Rujukan Obstetri	13
2.2 Kerangka Teori	32
2.3 Kerangka Konsep	32
BAB III METODE PENELITIAN	33

3.1 Desain Penelitian	33
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	33
3.2.1 Tempat	33
3.2.2 Waktu.....	33
3.3 Populasi dan Sampel	33
3.3.1 Populasi	33
3.3.2 Sampel	34
3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel	34
3.3.4 Besar Sampel	34
3.4 Kriteria Inklusi dan Eksklusi	34
3.4.1 Kriteria Inklusi.....	34
3.4.2 Kriteria Eksklusi	35
3.5 Definisi Operasional	36
3.6 Instrumen Penelitian	38
3.7 Prosedur Penelitian	38
3.8 Pengolahan Data.....	38
3.8.1 <i>Editing</i>	38
3.8.2 <i>Coding</i>	39
3.8.3 <i>Data Entry</i>	39
3.8.4 <i>Cleaning</i>	39
3.8.5 <i>Tabulating</i>	39
3.9 Analisis Data	39
3.10 Etika Penelitian.....	40
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	41
5.1 Kesimpulan	41
5.2 Saran.....	43
DAFTAR PUSTAKA	44

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
Tabel 1. Penyebab Perdarahan <i>Post Partum</i> dan Gejalanya	20
Tabel 2. Kriteria Diagnostik Persalinan Lama dan Macet	23
Tabel 3. Jenis Malposisi dan Hasil Pemeriksaan yang dapat Ditemukan	24
Tabel 4. Definisi Operasional Variabel.....	36

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
Gambar 1. Algoritma Tatalaksana Prolaps Tali Pusat	27
Gambar 2. Kerangka Teori.....	32
Gambar 3. Kerangka Konsep	32
Gambar 4. Alur Penelitian.....	38

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Persetujuan Etik
- Lampiran 2 Surat Izin Penelitian FK Unila
- Lampiran 3 Surat Izin Penelitian RSUD Dr. H. Abdul Moeloek
- Lampiran 4 Data Penelitian
- Lampiran 5 Dokumentasi

DAFTAR SINGKATAN

ADA	: <i>American Diabetes Association</i>
AKI	: Angka Kematian Ibu
BBLR	: Berat Badan Bayi Lahir Rendah
BKKBN	: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
BPS	: Badan Pusat Statistik
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
cm	: centimeter
cc	: <i>cubic centimeter</i>
CRH	: <i>Corticotropin Releasing Hormone</i>
dL	: desi Liter
CMV	: <i>Cytomegalovirus</i>
CPD	: <i>Cephalopelvic Dysproportion</i>
COVID-19	: <i>Corona Virus Disease 2019</i>
DJJ	: Denyut Jantung Janin
DMG	: Diabetes Melitus Gestasional
FKTL	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut
FKTP	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
gr	: gram
Hb	: Hemoglobin
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IUFD	: <i>Intra Uterine Fetal Death</i>
AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
hCG	: <i>human Chorionic Gonadotropin</i>
HEG	: Hiperemesis gravidarum
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
Kemendes RI	: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
km	: kilo meter
KET	: Kehamilan Ektopik Terganggu
KPD	: Ketuban Pecah Dini
L	: Liter
MDGs	: <i>Millenium Development Goals</i>
mmHg	: milimeter merkuri Hydrargyrum
ml	: milliliter
NaCl	: Natrium Clorida
NSAID	: <i>Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs</i>
NICU	: <i>Neonatal Intensive Care Unit</i>

O ₂	: Oksigen
PMB	: Praktek Mandiri Bidan
PONED	: Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar
PONEK	: Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif
PROM	: <i>Premature Rupture of Membrane</i>
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SJSN	: Sistem Jaminan Sosial Nasional
TORCH	: Toksoplasmosis, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes Simplex Virus
TTGO	: Tes Toleransi Glukosa Oral
UU	: Undang – Undang
UPTD	: Unit Pelaksana Teknis Daerah
USG	: Ultrasonografi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat keberhasilan upaya kesehatan ibu. AKI merupakan rasio jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya, tiap 100.000 kelahiran hidup. Terjadi penurunan kematian ibu selama periode 1991 – 2015, dari 390 menjadi 305 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Di Indonesia angka kematian ibu sudah cenderung menurun, namun belum berhasil mencapai target MDGs (*Millenium Development Goals*) yang harus dicapai yakni sebanyak 102 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Jumlah kematian ibu di Indonesia pada tahun 2018-2019 mengalami penurunan dari 4.226 hingga menjadi 4.221 kematian ibu. Pada tahun 2020, jumlah kematian ibu kembali berkurang menjadi 4.197 kematian (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Kematian dan kesakitan ibu sebenarnya dapat dicegah atau dikurangi melalui berbagai usaha peningkatan kualitas dalam bidang pelayanan kesehatan obstetri, salah satunya adalah perbaikan dalam layanan rujukan (Irasanty, Hakimi & Hasanbasri, 2008). Rujukan merupakan penyerahan pertanggungjawaban dari satu pelayanan kesehatan ke pelayanan kesehatan lain. Salah satu tujuan adanya rujukan adalah untuk meratakan upaya kesehatan guna menyelesaikan permasalahan kesehatan (Ratnasari, 2017). Sistem rujukan dimulai dari layanan kesehatan primer yang selanjutnya dirujuk ke

layanan tingkat sekunder serta tersier. Layanan tingkat sekunder dan tersier hanya bisa dilakukan apabila terdapat rujukan oleh layanan primer atau layanan sekunder. (Kemenkes RI, 2015). Koordinasi merupakan salah satu unsur penting dalam rujukan. Koordinasi dalam rujukan bersifat multi sektor serta penting adanya *support* dari profesi - profesi yang bersifat multi disiplin serta multi profesi guna pemberian layanan yang baik kepada pasien khususnya pada kondisi kegawatdaruratan (Ratnasari, 2017).

Dalam Permenkes No.1 Tahun 2012 mengenai Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan, layanan rujukan harus menerapkan prinsip tindakan yang cepat dan tepat, efektif serta efisien yang bersesuaian dengan kewenangan serta kemampuan petugas kesehatan juga kemampuan dari fasilitas kesehatan, sehingga layanan rujukan obstetri juga mengacu pada prinsip tersebut. Pada bidang obstetric, penyebab kematian di Indonesia mayoritas berhubungan dengan masalah kegawatdaruratan di bidang obstetri yang yang terlambat dalam mengenali tanda bahaya dan risiko, penentuan keputusan terutama dalam pencarian pertolongan yang terlambat, terlambat dalam mendapatkan kendaraan guna mendapatkan pelayanan serta fasilitas kesehatan yang lebih memadai, serta terlambat untuk mendapat pertolongan di tempat pasien dirujuk serta fasilitas layanan kesehatan yang tidak siap dalam melaksanakan pelayanan dengan kedaruratan obstetri emergensi komprehensif (PONEK) (Sumarni, 2014).

Kenyataan yang ditemukan masih banyak faktor penyebab rujukan menjadi terlambat, yakni aspek geografis, kesulitan dalam mengambil keputusan, serta ketersediaan fasilitas yang tersedia di rumah sakit (Susiloningtyas, 2021). *Response time* (waktu tanggap) rujukan masih dirasakan lama. Dalam penelitian Tirtaningrum, Sriatmi & Suryoputro (2018) proses rujukan pasien ibu hamil dari puskesmas Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) menuju rumah sakit Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) belum memenuhi standar yang berlaku dilihat dari waktu yang diperluksn ibu hamil sejak datang di puskesmas PONED hingga

siap dirujuk membutuhkan waktu rata-rata 1-2 jam, lama waktu dari pasien datang di rumah sakit PONEK hingga pasien di pindahkan ke ruang perawatan membutuhkan waktu 2-3 jam. Lama waktu yang tidak sesuai standar ini dikarenakan tenaga medis yang tidak melakukan tindakan yang cepat, persyaratan administrasi yang tidak lengkap, serta ibu hamil yang tidak membawa buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) serta konfirmasi dan informasi dari rumah sakit tempat rujukan yang tidak cepat.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Wandi (2017) faktor yang berpengaruh terhadap proses rujukan adalah pengambilan keputusan, pasien, biaya, rumah sakit yang dituju, domisili transportasi, kompetensi bidan, kepercayaan, serta mitos yang diyakini masyarakat. Dalam penelitian Wulandari, Susanti & Mandiri (2016), keputusan yang diambil oleh keluarga cenderung akan mengalami keterlambatan merujuk. Kemampuan konseling dengan teknik persuasif petugas kesehatan agar penyampaian informasi harus mudah dipahami, sehingga ibu dan keluarga bisa segera mengambil keputusan.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Handriani & Melaniani (2015) menunjukkan terdapat pengaruh antara proses rujukan terhadap kematian ibu di RSUD Sidoarjo yang dikarenakan bidan merujuk tidak sesuai dengan proses rujukan kegawatdaruratan, seperti bidan yang tidak menghubungi terlebih dahulu tempat pasien dirujuk untuk persiapan tindakan kepada pasien, pasien yang tidak diberikan pengetahuan sebelum dirujuk, transportasi yang digunakan lebih banyak mobil pribadi, bukan ambulans sehingga dibutuhkan waktu yang lebih lama untuk mengantarkan pasien ke tempat rujukan, bidan yang tidak secara lengkap mengisi surat rujukan, serta bidan tidak membawa obat – obat serta peralatan yang dibutuhkan selama perjalanan menuju tempat rujukan. Tindakan stabilisasi ibu hamil dengan cepat setelah gejala timbul dapat menurunkan risiko adanya komplikasi yang berat. Ibu hamil dengan kondisi kegawatdaruratan yang diberikan tindakan stabilisasi awal yang terlambat menyebabkan kondisi ibu menjadi sangat turun dalam waktu yang lebih cepat.

RSUD Dr. H. Abdul Moeloek merupakan rumah sakit dengan rujukan tertinggi di Provinsi Lampung. Angka rujukan yang tinggi ini tidak menutup kemungkinan terjadinya peningkatan kasus-kasus dengan kompleksitas yang tinggi. Dampak pemberlakuan rujukan berjenjang akan mengakibatkan peningkatan kasus yang terindikasi untuk dirujuk dan ditangani di rumah sakit tipe A, sehingga pasien yang dirawat di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek merupakan pasien dengan kondisi penyakit berat sehingga akan meningkatkan kejadian kematian maternal. Karena latar belakang tersebut, penulis ingin meneliti gambaran kasus rujukan obstetri pada RSUD Dr. H. Abdul Moeloek tahun 2020.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut diatas maka dapat dirumuskan masalah penelitian yaitu bagaimana karakteristik umum dan karakteristik khusus pasien rujukan obstetri berhubungan dengan kehamilan risiko tinggi pada RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2020.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui karakteristik umum serta karakteristik khusus pasien rujukan obstetri berhubungan dengan kehamilan risiko tinggi pada RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2020.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui karakteristik umum meliputi umur ibu, usia kehamilan ibu, domisili, suku, status pernikahan, penyakit penyulit pasien, dan asal rujukan pasien obstetri di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2020.
2. Mengetahui karakteristik khusus pasien rujukan obstetri berhubungan dengan kehamilan risiko tinggi meliputi jumlah

kehamilan, jumlah kelahiran, riwayat abortus pasien rujukan obstetri pada RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Tahun 2020.

1.4 Manfaat Penelitian

a. Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan, pengalaman, serta wawasan bagi peneliti mengenai gambaran kasus rujukan di bidang obstetri.

b. Bagi Rumah Sakit

Sebagai masukan di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek khususnya rekam medis, sehingga dapat digunakan sebagai dasar evaluasi tindakan pada kasus rujukan.

c. Bagi Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan dapat memahami mengenai insiden kasus rujukan obstetri.

d. Bagi Intansi

Sebagai bahan masukan dan referensi untuk institusi, baik untuk mahasiswa ataupun tenaga pendidik.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Pustaka

2.1.1 Pengertian Rujukan

Rujukan merupakan proses pelimpahan pertanggungjawaban serta wewenang terhadap kasus – kasus penyakit atau masalah kesehatan yang dilakukan secara timbal balik, secara vertikal yang artinya dalam satu tingkat sarana pelayanan kesehatan ke tingkat sarana pelayanan kesehatan lain, atau dengan cara horizontal yang artinya antar tingkat sarana pelayanan kesehatan yang setingkat / sama (Chabibah & Chalidyanto, 2014). Tujuan rujukan adalah dihasilkannya upaya kesehatan yang merata guna menyelesaikan masalah kesehatan secara berdaya dan berhasil guna (Susiloningtyas, 2021).

2.1.2 Manfaat Rujukan

Manfaat rujukan ditinjau dari sudut pandang pemerintah adalah membantu pemerintah dalam menghemat dana karena pemerintah tidak perlu menyediakan berbagai alat - alat kedokteran di tiap fasilitas layanan kesehatan, untuk memperjelas sistem pelayanan kesehatan dikarenakan hubungan kerja antar sarana kesehatan, dan memudahkan proses administrasi, terutama dalam aspek perencanaan. Dari sudut masyarakat yang memakai jasa, manfaat yang diperoleh dari rujukan antara lain adalah meringankan biaya untuk berobat, karena dapat menghindari pemeriksaan yang sama secara berulang serta memudahkan masyarakat untuk mendapat pelayanan kesehatan yang sesuai dikarenakan setiap sarana pelayanan kesehatan diketahui dengan jelas fungsi dan

wewenangannya. Manfaat rujukan dari kalangan kesehatan sebagai *health provider* adalah jenjang karir tenaga kesehatan yang lebih jelas, seperti semangat kerja yang tinggi, ketekunan dan dedikasi, membantu peningkatan pengetahuan dan keterampilan yakni melalui kerjasama yang terjalin dengan baik, memudahkan dan atau meringankan beban tugas dikarenakan pembagian tugas serta kewajiban sarana kesehatan yang jelas (Sinaga, 2017).

2.1.3 Sistem Rujukan di Indonesia

Sistem rujukan pelayanan kesehatan adalah suatu bentuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk mengatur proses pelimpahan tanggung jawab serta tugas dari pelayanan kesehatan dengan cara timbal balik secara vertikal atau secara horizontal. Sistem rujukan pelayanan kesehatan ini wajib untuk diterapkan peserta asuransi kesehatan sosial atau jaminan kesehatan, serta fasilitas layanan kesehatan. Rujukan horizontal adalah suatu proses rujukan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkat jika pihak yang merujuk tidak bisa untuk menyediakan layanan yang sesuai kebutuhan yang diperlukan pasien dikarenakan adanya keterbatasan yang bersifat sementara atau menetap. Rujukan vertikal merupakan rujukan antar pelayanan kesehatan dalam tingkatan yang berbeda, baik dari tingkat pelayanan yang lebih rendah ke tinggi atau sebaliknya. Rujukan memiliki tujuan meningkatkan cakupan, mutu, serta efisiensi pelayanan kesehatan secara terpadu (BPJS Kesehatan, 2014).

Pemerintah telah mengeluarkan program, yakni Jaminan Kesehatan Nasional untuk menjamin pelayanan kesehatan yang merata dan tidak diskriminatif, yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 yang berisi tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), kemudian diimplementasikan ke dalam UU Nomor 24 Tahun 2011 yang berisi tentang Badan Pengelola Jaminan Sosial (BPJS). Sistem pelayanan rujukan diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 001/2012 tentang

Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan (PMK). Sistem pelayanan rujukan dilaksanakan dengan berjenjang berdasarkan dengan kebutuhan medis setelah diberlakukannya BPJS (Ikatan Dokter Indonesia, 2016).

Peraturan Menteri Kesehatan No 3/2020 yang dikeluarkan Kementerian Kesehatan RI mengatur klasifikasi dan perizinan rumah sakit yang mempengaruhi sistem rujukan di Indonesia. Permenkes ini memperkuat sistem perjenjangan rujukan yang berdasarkan kompetensi penanganan. Sistem yang berbasis kompetensi ditentukan atas dasar kebutuhan medis penyakit dan kompetensi dari fasilitas layanan kesehatan, bukan berdasarkan atas kelas rumah sakit (Susiloningtyas, 2021).

Pelayanan kesehatan perorangan terdiri dari pelayanan kesehatan tingkat pertama, kedua, dan ketiga. Layanan kesehatan tingkat pertama adalah pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama yang dilakukan oleh dokter umum atau dokter gigi. Layanan kesehatan tingkat kedua adalah pelayanan kesehatan yang bersifat spesialisik oleh dokter gigi spesialis / dokter spesialis dengan menggunakan teknologi dan pengetahuan kesehatan yang bersifat spesialisik. Layanan kesehatan tingkat ketiga adalah pelayanan kesehatan sub spesialisik yang dilakukan dokter sub spesialis / dokter gigi sub spesialis dengan pengetahuan dan teknologi kesehatan yang bersifat sub spesialisik (BPJS Kesehatan, 2014).

Fasilitas kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjutan dalam melakukan pelayanan kesehatan, diharuskan melaksanakan sistem rujukan dengan acuan peraturan perundangan yang telah diberlakukan (BPJS Kesehatan, 2014). Peserta dapat berobat ke fasilitas kesehatan primer pada pelayanan kesehatan tingkat pertama, seperti klinik, praktek mandiri atau dokter keluarga, bahkan puskesmas yang tercantum pada kartu peserta BPJS Kesehatan. Apabila peserta memerlukan pelayanan

lanjutan ke spesialis, peserta dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat kedua (Ikatan Dokter Indonesia, 2016).

Sistem rujukan dilaksanakan dengan cara berjenjang sesuai kebutuhan medis dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pasien dapat dirujuk ke tingkat kedua, jika diperlukan pelayanan lanjutan oleh dokter spesialis. Pelayanan kesehatan tingkat kedua di fasilitas kesehatan sekunder hanya dapat diberikan atas rujukan dari fasilitas kesehatan primer. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga di fasilitas kesehatan tersier dapat diberikan apabila atas dasar rujukan dari fasilitas kesehatan sekunder atau primer. Pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan primer dapat dirujuk secara langsung ke fasilitas kesehatan tersier apabila terdapat kasus yang diagnosisnya sudah ditegakkan beserta rencana terapi yang akan dilakukan, serta membutuhkan pelayanan yang berulang serta hanya tersedia pada fasilitas kesehatan tersier. Ketentuan mengenai pelayanan rujukan berjenjang dapat tidak dilakukan pada kondisi seperti terjadi kegawatdaruratan bencana yang telah ditetapkan pemerintah, permasalahan kesehatan pasien yakni pada kasus yang telah ditegakkan rencana terapi, serta terapi tersebut hanya dapat dilakukan di fasilitas kesehatan lanjutan, dan juga karena pertimbangan geografis serta pertimbangan ketersediaan fasilitas (BPJS Kesehatan, 2014).

Sistem rujukan masih belum efektif serta efisien. Masyarakat yang belum bisa menjangkau layanan kesehatan masih banyak, sehingga akan terjadi jumlah pasien pada rumah sakit – rumah sakit besar menumpuk. Masalah dalam sistem rujukan adalah tenaga kesehatan yang tidak siap serta fasilitas di layanan primer yang masih kurang, kasus yang langsung dirujuk ke rumah sakit tersier padahal kasus tersebut masih dapat dilayani pada layanan primer atau layanan sekunder (Ikatan Dokter Indonesia, 2016).

Rujukan yang efektif dibutuhkan sehingga juga diperlukan komunikasi baik antar fasilitas kesehatan agar pihak fasilitas terujuk mengetahui terlebih dahulu mengenai kondisi pasien sehingga tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan rujukan dapat menyiapkan penanganan yang diperlukan pasien secara dini segera setelah pasien sampai di rumah sakit tempat dirujuk (Ratnasari, 2017). Sistem rujukan selain harus mengupayakan tindakan yang cepat dan tepat, juga diharuskan untuk melakukan rujukan yang terencana. Rujukan terencana adalah rujukan yang dikembangkan dengan mudah dimengerti, sederhana, dan dapat direncanakan serta dipersiapkan layanan kesehatan ibu dan anak oleh ibu / keluarga. Rujukan terencana bertujuan mengurangi angka rujukan terlambat, mencegah adanya penyakit komplikasi pada ibu dan anak, dan menurunkan angka kematian ibu dan anak lebih cepat. Persiapan penderita dalam melakukan perujukan juga perlu diperhatikan dengan prinsip BAKSOKUDA yakni; bidan, alat, keluarga, surat, obat, kendaraan, uang dan darah. Sarana pelayanan kesehatan pemerintah / swasta diharuskan untuk menerapkan alur rujukan yang berpedoman pada petunjuk teknis sistem rujukan pelayanan kesehatan agar mendukung sistem rujukan berencana (Susiloningtyas, 2021).

Faktor-faktor yang dapat menyebabkan rasio angka rujukan yang tinggi yakni kebijakan yang belum dilaksanakan sepenuhnya, ketidaksesuaian obat dari dinkes, ketersediaan dokter yang tidak memadai, dan angka diagnosa penyakit kronis yang tinggi sehingga memerlukan pengobatan secara berkelanjutan. Rasio angka rujukan yang tinggi juga dikarenakan pemahaman petugas tentang kebijakan sistem rujukan yang kurang, ketersediaan obat yang terlambat, dan sering terjadinya stok obat yang kosong, ketersediaan alat kesehatan dan fasilitas kesehatan yang minim, dan fungsi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama sebagai *gatekeeper* tidak menjalankan aturan yang ditetapkan dengan baik. Penyebab lain rasio rujukan yang tinggi lainnya yakni *gate keeper* yang tidak terlalu dipahami dengan baik oleh dokter yang tidak diimbangi komitmen serta

ketegasan dokter dalam memberikan rujukan karena alasan dokter dalam merujuk pasien dikarenakan permintaan pasien tidak hanya berdasarkan indikasi medis (Faulina, Khoiri & Herawati, 2016).

2.1.4 Sistem dan Cara Rujukan Obstetri

2.1.4.1 Indikasi dan Kontraindikasi

a. Indikasi

Rujukan ibu hamil dan bayi baru lahir yang berisiko tinggi adalah salah satu komponen yang penting pada sistem pelayanan kesehatan maternal. Jika tenaga kesehatan memahami dan menerapkan sistem dan cara rujukan yang baik, diharapkan dapat memperbaiki kualitas pelayanan kesehatan. Rujukan dilakukan apabila tenaga dan perlengkapan di fasilitas kesehatan tidak mampu menatalaksana komplikasi yang mungkin terjadi. Dalam pelayanan kesehatan maternal dan pernatal, ada dua alasan untuk merujuk ibu hamil, yaitu kondisi penyulit pada ibu dan/atau kondisi janin yang dikandung (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Rujukan pada ibu hamil dapat dibedakan menjadi rujukan kegawatdaruratan dan rujukan berencana. Rujukan kegawatdaruratan merupakan rujukan dilaksanakan dengan segera dikarenakan kondisi kegawatdaruratan. Rujukan berencana merupakan rujukan yang dilakukan ketika keadaan umum ibu masih relatif baik dengan persiapan yang panjang, terutama jika didapatkan kemungkinan risiko komplikasi. Rujukan ini dapat dilakukan dengan pilihan modalitas transportasi yang lebih beragam, nyaman, dan aman bagi pasien (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

b. Kontraindikasi

Rujukan sebaiknya tidak dilakukan apabila kondisi ibu tidak stabil untuk dipindahkan ke fasilitas kesehatan rujukan, kondisi

janin yang tidak stabil dan terancam untuk terus memburuk, persalinan yang akan terjadi, tidak ada tenaga kesehatan terampil yang dapat menemani selama perjalanan ke faskes rujukan, kondisi cuaca atau modalitas transportasi membahayakan (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

2.1.4.2 Perencanaan Rujukan

Tenaga kesehatan pada fasilitas kesehatan yang merujuk harus mengomunikasikan rencana merujuk kepada ibu dan keluarganya, karena rujukan harus mendapatkan persetujuan. Beberapa hal yang perlu disampaikan adalah diagnosis dan tindakan medis yang diperlukan, alasan merujuk, risiko yang dapat timbul bila rujukan tidak dilakukan, risiko yang dapat timbul selama rujukan dilakukan, waktu yang tepat untuk merujuk dan durasi yang dibutuhkan untuk merujuk, tujuan merujuk, modalitas dan transportasi yang digunakan, tenaga kesehatan yang akan menemani, jam operasional dan nomer telepon rumah sakit/pusat layanan kesehatan yang dituju, perkiraan lamanya waktu perawatan, perkiraan biaya dan sistem pembiayaan, petunjuk arah serta cara menuju tujuan rujukan serta pemilihan akomodasi untuk keluarga (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Fasilitas kesehatan yang merujuk harus mengomunikasikan juga kepada layanan kesehatan yang menjadi tujuan rujukan mengenai indikasi merujuk, kondisi ibu dan janin, rencana terkait prosedur teknis rujukan, kesiapan sarana dan prasarana di tujuan rujukan, penatalaksanaan yang sebaiknya dilakukan selama dan sebelum transportasi, melengkapi dan mengirim berkas-berkas, menilai kondisi pasien sebelum merujuk, meliputi keadaan umum pasien, tanda-tanda vital, denyut jantung janin, presentasi, dilatasi serviks, letak janin, kondisi ketuban, kontraksi uterus meliputi

kekuatan, frekuensi, dan durasi (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

2.1.5 Kasus Rujukan Obstetri

2.1.5.1 Kegawatan pada Obstetri

a. Syok

Syok merupakan gagalnya sistem sirkulasi dalam mempertahankan perfusi cukup ke organ vital. Syok termasuk dalam kondisi yang dapat mengancam jiwa sehingga diperlukan tindakan yang cepat serta intensif. Kejadian syok pada kasus kegawatdaruratan obstetri biasanya disebabkan oleh perdarahan yang menyebabkan syok hipovolemik, sepsis yang menyebabkan syok septik, gagal jantung yang menyebabkan syok kardiogenik, rasa nyeri (syok neurogenik), alergi yang menyebabkan syok anafilatik. Diagnosis syok dapat ditegakkan apabila terdapat gejala nadi cepat dan lemah (≤ 110 kali per menit), tekanan darah sistolik yang rendah (≤ 90 mmHg) dan gejala lain seperti kesadaran yang menurun, gelisah, berkeringat, apatis / tidak sadar, kulit yang dingin, lembab serta pucat, nafas dangkal, mual, dan terkadang tidak teratur (30 kali/menit), mata nampak hampa, tidak bercahaya dan pupil melebar (Setyarini & Suprapti, 2016).

Dalam penanganan kasus syok terbagi menjadi dua bagian yakni penanganan awal guna pemberin pertolongan pertama dan menstabilkan kondisi pasien, selanjutnya dilakukan penangan khusus berupa pemberian infus dan pemeriksaan darah lengkap. Setelah kondisi pasien stabil / syok teratasi, dilanjutkan dengan pencarian sebab terjadinya syok. Pasien harus segera untuk dikirim ke rumah sakit dengan kondisi yang aman jika kejadian berada di luar rumah sakit (Setyarini & Suprapti, 2016).

b. Gawat Janin

Gawat janin terjadi apabila janin tidak mendapatkan pasukan oksigen yang cukup, sehingga menyebabkan terjadinya kondisi hipoksia. Kondisi gawat janin pada proses persalinan dapat ditemukan apabila terjadi persalinan yang berlangsung lama, proses induksi persalinan menggunakan oksitosin (kontraksi hipertonic), adanya perdarahan atau infeksi, atau dapat dikarenakan adanya insufisiensi plasenta. Gejala yang ditimbulkan berupa denyut jantung janin (DJJ) yang abnormal yakni $< 100x/menit$ ketika tidak sedang kontraksi, $DJJ > 180x/menit$ dan ibu tidak mengalami takikardi, DJJ ireguler, dan terkadang ditemukan $DJJ > 180x/menit$ tetapi disertai takikardi ibu. Selain dapat dinilai dari denyut jantung, mekonium kental (bukan saat terdapat persalinan sungsang) merupakan salah satu indikasi perlunya penanganan mekonium di saluran napas bagian atas neonates serta percepatan persalinan. Tatalaksana umum pada kasus gawat janin yakni penghentian pemberian oksitosin, memposisikan ibu berbaring ke kiri, memberi oksigen, dan segera merujuk (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

2.1.5.2 Gangguan Kehamilan dan Persalinan dengan Penyulit Obstetrik

a. Hiperemesis Gravidarum

Hiperemesis gravidarum (HEG) merupakan penyulit kehamilan dengan gejala mual - muntah yang terus menerus sehingga dapat mengakibatkan berat badan yang menurun, dehidrasi, asidosis metabolik akibat kurangnya asupan makan, alkalosis yang diakibatkan oleh proses hilangnya asam klorida, dan hipokalemia. Hiperemesis gravidarum sering ditemukan pada usia kehamilan 4 minggu hingga 6 minggu, dan semakin parah pada minggu ke 8 hingga minggu

ke 12, dan menghilang pada minggu ke 20. Kadar estrogen yang tinggi dapat menyebabkan waktu transit usus lebih lambat sehingga dapat menghambat proses pengosongan lambung (Nurbaity Candra & Fitranti, 2019). Tatalaksana yang umum diberikan adalah mempertahankan nutrisi ibu yang cukup, termasuk suplementasi vitamin dan asam folat di awal kehamilan, dan istirahat yang cukup (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

b. Perdarahan Pada Awal Kehamilan

Perdarahan pada awal kehamilan (pada trimester 1 dan 2) dapat disebabkan oleh abortus, mola hidatidosa, serta kehamilan ektopik terganggu. Abortus merupakan berakhirnya kehamilan di usia ≤ 22 minggu atau janin belum dapat hidup di luar kandungan. Abortus dikelompokkan menjadi abortus spontan dan abortus provokatus / buatan (Amalia & Sayono, 2015).

Abortus spontan meliputi abortus insipien, imminens, inkomplit, komplit, dan *missed abortion*. Abortus imminens dapat ditandai dengan adanya perdarahan vagina, hasil konsepsi yang masih baik di dalam uterus, serta ostium uretri yang masih tertutup, pasien umumnya dengan gejala mulas. Prognosis dapat ditentukan dari kadar hCG urine dengan dan tanpa proses pengenceran 1/10. Prognosis akan baik apabila hasil kedua tes hCG masih positif. Pemeriksaan USG juga diperlukan untuk melihat apakah telah terjadi pelepasan plasenta atau belum. Pasien diminta untuk tirah baring dan diberikan obat agar uterus tidak berkontraksi dan dapat ditambahkan hormone progesterone (Prawiroharjo, 2012).

Abortus insipiens ditandai dengan keadaan ostium uteri yang telah membuka, serviks yang telah mendatar, namun hasil konsepsi masih di dalam kavum uteri dan sedang dalam proses pengeluaran. Pasien akan sering kontraksi sering dan kuat, besar uterus masih sesuai, serta hasil dari tes urin kehamilan masih dengan hasil positif. Penatalaksanaan pasien dengan abortus insipient harus dengan melihat keadaan umum serta hemodinamik yang terjadi dan dilakukan tindakan pengeluaran hasil konsepsi dengan segera disertai dengan tindakan kuretase bila perdarahan banyak. Abortus kompletus adalah suatu kondisi dimana hasil dari konsepsi sudah keluar dari kavum uteri pada kehamilan < 22 minggu, ostium uteri juga telah tertutup, uterus telah mengecil, dan perdarahan sudah dengan jumlah yang sedikit. Penderita tidak memerlukan tindakan khusus ataupun pengobatan. Sedangkan abortus inkompletus ditandai dengan hasil dari konsepsi sudah keluar namun masih ada yang tertinggal di dalam kavum uteri, kanalis servikalis masih terbuka, dan masih dapat terjadi perdarahan yang banyak atau sedikit. Penatalaksanaan pertama pasien dengan abortus inkompletus adalah dengan melihat keadaan umum serta mengatasi gangguan hemodinamik selanjutnya disiapkan tindakan kuretase (Prawiroharjo, 2012).

Missed Abortion ditandai dengan adanya fetus atau embrio yang telah mati di dalam uterus sebelum usia kehamilan 22 minggu, serta hasil dari konsepsi seluruhnya masih di dalam kavum uteri. Pasien dapat ditemukan dengan tanpa keluhan apapun. Hasil dari pemeriksaan USG uterus mengecil dan tidak terdapat tanda kehidupan. Hasil tes urin akan menjadi negatif satu minggu setelah terhentinya pertumbuhan. Tindakan evakuasi dapat langsung dilakukan dengan dilatasi

apabila usia kehamilan masih < 12 minggu, dan dapat dilakukan kuretase apabila serviks uteri memungkinkan. Dapat dilakukan tindakan induksi terlebih dahulu jika usia kehamilan > 12 minggu dengan keadaan serviks uteri yang masih kaku (Prawiroharjo, 2012).

Penyebab perdarahan pada usia kehamilan muda lainnya adalah kehamilan ektopik terganggu. Kehamilan ektopik merupakan proses kehamilan di luar uterus. Sekitar 95%, mayoritas kehamilan ektopik terjadi di segmen tuba falopii, dan 5% di ovarium, serviks atau di rongga peritoneum. Ruptur yang terjadi di tempat terjadinya implantasi kehamilan dapat menyebabkan terjadinya keadaan nyeri abdomen akut dan perdarahan yang hebat yang dapat menyebabkan terjadinya syok. Penatalaksanaan umum dari KET adalah memberi cairan kristaloid NaCl 0,9% atau Ringer Laktat (500 mL dalam 15 menit pertama) atau 2 L dalam 2 jam pertama dan segera merujuk ibu (Prawiroharjo, 2012).

Mola hidatidosa juga merupakan salah satu penyebab dari perdarahan pada usia kehamilan muda. Mola hidatidosa merupakan suatu kondisi tidak ditemukannya pertumbuhan janin dimana vili korialis berubah menjadi degenerasi hidrofobik sehingga terlihat seperti sekumpulan buah anggur. Pada kondisi ini tetap menghasilkan hormon hCG bahkan dengan jumlah yang lebih besar daripada kehamilan biasa (Purba, Munir, & Saranga, 2019). Penegakan diagnosis mola hidatidosa dibantu dengan USG. Kasus mola hidatidosa tidak diperbolehkan untuk dilakukan tatalaksana pada fasilitas kesehatan dasar, ibu hamil dengan penyulit mola hidatidosa harus dirujuk. Pemasangan batang laminaria dilakukan

selama 24 jam untuk mendilatasi serviks apabila keadaan serviks tertutup, serta dapat disiapkan darah untuk transfusi, terutama pada mola dengan ukuran besar (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

c. Perdarahan Antepartum

Perdarahan antepartum merupakan terjadinya perdarahan yang terjadi pada umur kehamilan yang sudah melebihi trimester III. Perdarahan antepartum merupakan suatu kasus kegawatdaruratan. Penyebab utama dari perdarahan antepartum adalah plasenta previa serta solusio plasenta; dengan penyebab lain yakni lesi lokal pada vagina / serviks. Plasenta previa merupakan plasenta yang memiliki letak yang abnormal yakni pada segmen bawah rahim yang menyebabkan penutupan sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir. Jenis plasenta previa antara lain adalah plasenta previa totalis yaitu seluruh pembukaan yang tertutup oleh jaringan plasenta. Plasenta previa parsialis terjadi ketika hanya sebagian jaringan plasenta yang menutupi pembukaan, dan plasenta previa marginalis yaitu apabila jaringan plasenta melekat tepat berada pada pinggir pembukaan. Plasenta letak rendah adalah plasenta yang memiliki letak yang abnormal yakni berada pada segmen bawah uterus, namun belum sampai menutupi jalan lahir (Lestari & Misbah, 2014).

Pada kasus plasenta previa tidak dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan dalam sebelum tersedia kelengkapan untuk tindakan seksio sesarea. Kekurangan cairan / darah dapat diperbaiki dengan infus cairan intravena (NaCl 0,9% atau Ringer Laktat) serta pasien juga harus dilakukan penilaian jumlah perdarahan. Solusio plasenta adalah terlepasnya plasenta dari tempat implantasinya. Gejala yang dapat

ditimbulkan pada solusio plasenta adalah adanya perdarahan yang disertai dengan nyeri yang bersifat intermiten atau menetap dengan warna darah kehitaman serta cair (mungkin ada bekuan jika solusio relatif baru), tanda syok yang tidak sesuai dengan jumlah darah yang keluar, terjadinya anemia berat, gawat janin atau hilangnya denyut jantung janin serta uterus tegang terus menerus dan nyeri. Kasus solusio plasenta tidak boleh untuk diberikan tatalaksana di fasilitas kesehatan tingkat dasar, namun harus segera untuk dirujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki fasilitas yang lebih lengkap. Persalinan dengan ekstraksi vakum dapat dilakukan jika pembukaan serviks lengkap, namun apabila pembukaan serviks belum lengkap, persalinan dapat dilakukan dengan seksio sesarea (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

d. Perdarahan *Post Partum*

Perdarahan *post partum* merupakan perdarahan dengan volume darah lebih dari 500 cc apabila setelah bayi lahir secara pervaginam atau lebih dari 1.000 ml apabila persalinan dilakukan secara abdominal. Karena pada kondisi pada persalinan, menyebabkan penentuan jumlah perdarahan sulit untuk dilakukan, sehingga batas jumlah perdarahan yang ditentukan dengan jumlah perdarahan yang lebih dari normal yang menyebabkan perubahan tanda - tanda vital, antara dengan gejala yang ditemukan yakni berkeringat dingin, lemah, menggigil, hiperpnea, denyut nadi > 100/menit, tekanan darah < 90 mmHg, serta Hb > 8 g/dL. Perdarahan *postpartum* merupakan penyebab kematian maternal terbanyak (Hikmah & Yani, 2015).

Berdasarkan waktu terjadinya, perdarahan pascasalin dibagi menjadi primer dan sekunder. Perdarahan pascasalin primer

merupakan perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama *pasca* persalinan, sementara perdarahan pascasalin sekunder merupakan perdarahan yang terjadi setelah 24 jam hingga 12 minggu *pasca* persalinan. Beberapa penyebab serta gejalanya adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Penyebab Perdarahan *Post Partum* dan Gejalanya

Penyebab Perdarahan	Gejala
Atonia Uteri	- Segera setelah anak lahir - Uterus tidak berkontraksi atau lembek
Retensio Uteri	- Plasenta belum dilahirkan dalam 30 menit setelah kelahiran bayi
Sisa Plasenta	- Plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap - Perdarahan dapat muncul 6-10 hari pascasalin disertai subinvulusi uterus
Robekan Jalan Lahir	- Perdarahan segera
Ruptura Uteri	- Darah segar yang mengalir segera setelah bayi lahir - Perdarahan segera setelah lahiran (perdarahan intraabdominal dan/atau pervaginam) - Nyeri perut hebat - Kontraksi hilang
Inversio Uteri	- Fundus tidak teraba pada saat pemeriksaam palpasi abdomen - Lumen vagina yang terisi massa - Nyeri yang bersftringan atau berat
Gangguan Pembekuan Darah	- Perdarahan tidak berhenti, encer, tidak terlihat gumpalan darah - Kegagalan terbentuknya gumpalan pada uji pembekuan darah sederhana - Terdapat faktor predisposisi: kematian janin dalam uterus, solusio plasenta, eclampsia, emboli air ketuban

(Kementerian Kesehatan RI, 2013)

e. Hipertensi dalam Kehamilan, Preeklamsia, Eklamsia

Hipertensi merupakan tekanan darah sistolik dan diastolik > 140/90 mmHg, dimana pengukuran tekanan darah minimal dilakukan 2 kali dengan selang waktu 4 jam (Prawiroharjo, 2012). Hipertensi kronik merupakan kasus hipertensi yang muncul ketika sebelum kehamilan kurang dari 20 minggu atau hipertensi yang ditegakkan diagnosis pertama kali setelah usia kehamilan 20 minggu, dengan hipertensi yang menetap hingga

12 minggu pascapersalinan. Sedangkan preeklampsia merupakan kondisi hipertensi yang terdiagnosis ketika usia kehamilan lebih dari 20 minggu yang disertai dengan kondisi proteinuria. Eklampsia adalah preeklampsia yang disertai dengan adanya kejang dan atau koma. Hipertensi kronik dengan *superimposed* preeklampsia merupakan hipertensi kronik yang disertai dengan tanda preeklampsia atau hipertensi kronik disertai proteinuria. Hipertensi gestasional merupakan terjadinya hipertensi saat kehamilan yang tidak disertai adanya proteinuria dan hipertensi tidak terjadi setelah 3 bulan *pasca* persalinan atau kehamilan dengan tanda-tanda preeklampsia tetapi tanpa proteinuria. Ibu hamil preeklampsia harus dirujuk ke rumah sakit dengan segera (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

f. Persalinan Preterm

Persalinan preterm merupakan persalinan yang telah terjadi ketika usia kehamilan masih < 37 minggu, dimana juga telah terjadi tanda inpartu yakni kontraksi yang terjadi 4 kali dalam tiap 20 menit atau 8 kali dalam tiap 60 menit yang diikuti dengan perubahan serviks yang progresif dan pembukaan serviks telah ≥ 2 cm (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Secara umum, penatalaksanaan persalinan preterm di antaranya adalah pemberian kortikosteroid dengan dosis tunggal pada ibu hamil usia kehamilan 24 - 34 minggu yang berisiko untuk bersalin dalam 7 hari. Bayi yang dilahirkan sebelum usia kehamilan 32 minggu dapat diberikan magnesium sulfat guna menurunkan derajat keparahan dan risiko serebral palsy. Tokolitik lini pertama seperti agonis beta adrenergic, NSAID, serta *calcium channel blocker* dapat diberikan untuk memperpanjang kehamilan sampai 48 jam (Surya & Pudyastuti, 2019).

g. Ketuban Pecah Dini

Ketuban Pecah Dini (KPD) / *Premature Rupture of Membrane* (PROM) merupakan pecah atau rupturnya ketuban yang terjadi sebelum adanya proses atau tanda adanya persalinan. Risiko terjadinya infeksi bagi ibu dengan KPD meningkat dengan bertambahnya durasi pecahnya ketuban. Tatalaksana ketuban pecah dini pada usia kehamilan yang telah aterm adalah tindakan terminasi kehamilan dengan induksi persalinan. Tindakan seksio sesaria dapat dilakukan jika tidak memungkinkan (Andalas, *et al.*, 2019). Pada umumnya, kasus KPD diberikan eritromisin 4x250 mg selama 10 hari, dan pasien harus dirujuk ke fasilitas yang memadai dengan segera (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

h. Kehamilan *Post Term*

Kehamilan *post term* merupakan kehamilan yang telah berusia ≥ 42 minggu dari usia gestasi (294 hari). Kehamilan *post term* berpengaruh terhadap perkembangan janin bahkan dapat mengakibatkan terjadinya kematian janin. Pada kehamilan *post term* juga memungkinkan terjadinya penambahan berat janin yang meningkatkan risiko persalinan yang berat. Teori terjadinya kehamilan *post term* umumnya menyatakan terjadinya kehamilan *post term* merupakan suatu akibat dari gangguan hormon seperti progesteron, oksitosin dan lain-lain (Yulistiani, Moendanoë & Lestari, 2017). Pasien *post term* harus segera dirujuk ke rumah sakit. Apabila memungkinkan, *membrane sweeping* dapat dilakukan pada usia kehamilan 38 - 41 minggu. Induksi persalinan dapat dilakukan mulai dari usia kehamilan 41 minggu. Pemeriksaan antenatal pada usia kehamilan usia 41 - 42 minggu guna pengawasan sebaiknya dilakukan *non-stress test* dan pemeriksaan volume cairan amnion. Terminasi persalinan dapat dilakukan apabila usia

kehamilan telah 42 minggu (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

i. Partus Lama

Partus lama atau distosia merupakan persalinan yang abnormal atau sulit. Penyebab terjadinya partus yang berlangsung lama adalah kelainan tenaga / his ibu, kelainan janin (posisi atau bentuk), kelainan jalan lahir (bentuk atau ukuran) (Prawiroharjo, 2012). Faktor predisposisi pada bayi yang dapat menyebabkan terjadinya partus lama yakni hidrosefalus, kepala janin yang besar, posisi persisten, presentasi, kembar terkunci di daerah leher, serta kembar siam. Faktor predisposisi pada jalan lahir yakni kelainan bentuk panggul yang disebabkan oleh trauma atau polio, panggul yang kecil karena malnutrisi, tumor di daerah panggul, infeksi virus pada uterus / perut, dan adanya jaringan parut. Ibu harus segera dirujuk ke rumah sakit yang dapat melakukan tindakan seksio sesarea apabila pasien masih di fasilitas kesehatan seperti pada puskesmas atau klinik (Kementrian Kesehatan RI, 2013).

Tabel 2. Kriteria Diagnostik Persalinan Lama dan Macet

Pola Persalinan	Nulipara	Multipara
Persalinan Lama		
Pembukaan	< 1,2 cm/jam	< 1,5 cm/jam
Penurunan	< 1,0 cm/jam	< 2,0 cm/jam
Persalinan Macet		
Tidak ada pembukaan	> 2 jam	> 2 jam
Tidak ada penurunan	> 1 jam	> 1 jam



(Prawiroharjo, 2012)

j. Malposisi, Malpresentasi, CPD

Presentasi janin pada keadaan normal adalah belakang kepala ubun-ubun kecil dalam posisi transversal (ketika masuk pintu atas panggul) sebagai penunjuknya, serta dalam posisi anterior

(ketika telah melewati pintu tengah panggul). Presentasi tersebut akan mengakibatkan kepala janin akan masuk panggul dalam ukuran terkecil dan dapat dicapai apabila sikap kepala janin dalam posisi fleksi. Sikap yang abnormal mengakibatkan kondisi malpresentasi pada janin. Sikap ekstensi ringan mengakibatkan presentasi puncak kepala (dengan penunjuk ubun - ubun besar), ekstensi sedang mengakibatkan presentasi dahi (penunjuk sinsiput), serta ekstensi maksimal mengakibatkan presentasi muka (penunjuk dagu). Malpresentasi atau malposisi dapat mengakibatkan kondisi persalinan yang lama atau macet (Prawiroharjo, 2012).

Tabel 3. Jenis Malposisi dan Hasil Pemeriksaan yang dapat Ditemukan

Diagnosis	Hasil Pemeriksaan	
Posisi Oksiput Posterior	<ul style="list-style-type: none"> - Pemeriksaan abdominal: bagian terendah datar, bagian kecil janin teraba di anterior dan denyut jantung janin terdengar di samping (<i>flank</i>) - Pemeriksaan vaginal: oksiput ke arah sakrum, sinsiput di anterior akan mudah diraba bila kepala defleksi 	
Posisi Oksiput Lintang	<ul style="list-style-type: none"> - Posisi oksiput janin yang masih lintang terhadap rongga panggul ibu hingga akhir persalinan kala 1 karena gagal berotasi ke posisi oksiput anterior 	

(Kementerian Kesehatan RI, 2013)

Malposisi adalah suatu posisi verteks kepala janin (dengan penanda ubun-ubun kecil) yang tidak normal terhadap panggul ibu. Tindakan seksio sesarea dapat dilakukan jika terdapat tanda persalinan macet, denyut jantung janin > 180 atau < 100 pada fase apapun. Tindakan untuk memecahkan ketuban dapat dilakukan apabila ketuban masih dalam kondisi yang utuh. Pada kondisi pembukaan serviks yang masih belum lengkap dan tidak ada tanda- tanda hambatan / obstruksi, augmentasi persalinan dengan menggunakan oksitosin dapat dilakukan.

Kemungkinan adanya obstruksi harus diperiksa jika pembukaan serviks lengkap dan tidak ada kemajuan fase pengeluaran. Tindakan ekstraksi vakum / forseps dapat dilakukan untuk terminasi apabila terdapat obstruksidan memenuhi syarat-syarat dilakukannya tindakan ekstraksi. Tindakan seksio sesarea dilakukan apabila terdapat tanda obstruksi atau syarat-syarat pengakhiran persalinan tidak dipenuhi (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Malpresentasi adalah abnormalitas presentasi selain presentasi vertex. Pada presentasi dahi, seksio sesarea dapat dilakukan apabila janin hidup. Pada kondisi dimana janin telah mati, kraniotomi dapat dilakukan apabila memungkinkan atau seksio sesarea apabila syarat dan sarana kraniotomi tidak terpenuhi. Ekstraksi vakum tidak dapat dilakukan pada presentasi muka. Seksio sesarea juga dapat dilakukan apabila didapatkan presentasi bokong. Setiap persalinan sungsang sebaiknya ditolong di fasilitas yang bisa melakukan seksio sesaria (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Cephalopelvic Dysproportion (CPD) atau disproporsi kepala panggul merupakan hambatan lahir yang diakibatkan oleh disparitas ukuran kepala janin serta pelvis. CPD dapat dicurigai apabila ditemukan arkus pubis $< 90^\circ$, teraba promontorium, teraba spina iskhidika, teraba linea innominate atau pada ibu dengan jumlah kehamilan primigravida, bagian terbawah tidak masuk ke pintu atas panggul saat usia kehamilan > 36 minggu. CPD terjadi akibat janin terlalu besar dan / atau panggul ibu kecil sehingga mengakibatkan kemajuan pembukaan serviks dan penurunan kepala yang terhenti walaupun kekuatan his yang adekuat.

Tindakan seksio sesarea dapat dilakukan apabila ditemukan kasus dengan CPD (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

k. Prolaps Tali Pusat

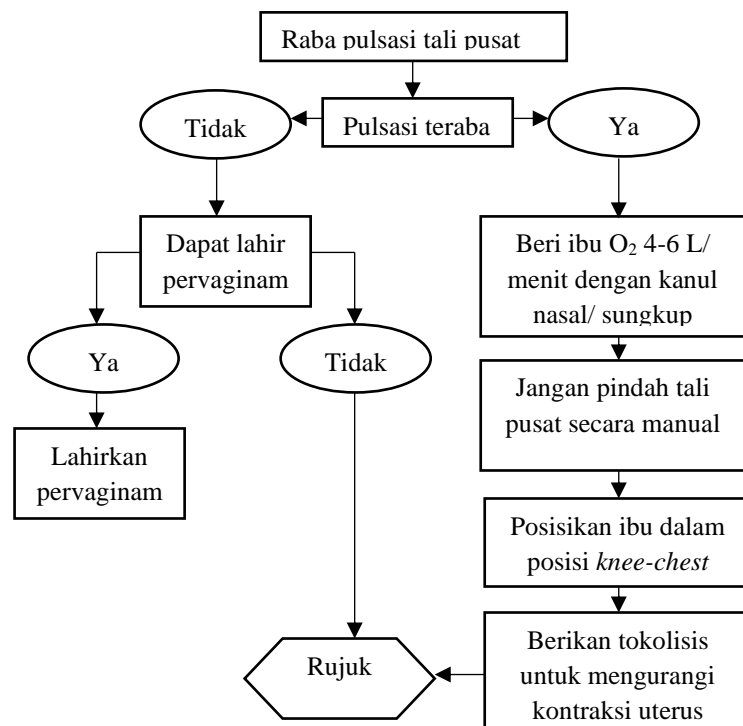
Prolaps tali pusat merupakan kondisi tali pusat yang keluar dari uterus sebelum janin. Prolaps tali pusat merupakan komplikasi yang cukup jarang ditemukan, dengan jumlah kasus kurang dari 1 tiap 200 kelahiran, namun dapat menyebabkan angka kematian janin yang tinggi. Prolaps tali pusat dapat diklasifikasikan menjadi tali pusat terkemuka, tali pusat menumbung dan *Occult prolapse*. Tali pusat terkemuka merupakan kondisi tali pusat yang berada di bawah bagian terendah janin, namun ketuban tetap utuh. Tali pusat menumbung terjadi apabila tali pusat keluar melalui ketuban yang telah pecah, melewati serviks dan keluar menuju vagina. *Occult prolapse* terjadi apabila tali pusat di samping bagian terendah janin turun ke vagina. Pada kejadian *occult prolapse* tali pusat dapat teraba maupun tidak teraba, serta ketuban dapat dalam keadaan sudah pecah atau masih dalam keadaan utuh (Prawiroharjo, 2012).

Diagnosis prolaps tali pusat bisa dilakukan dengan beberapa cara yaitu:

1. Tali pusat yang keluar dari introitus vagina.
2. Pada saat pemeriksaan dalam teraba tali pusat.
3. Pada pemeriksaan auskultasi bunyi jantung janin iregular, sering dengan bradikardi terutama berkaitan dengan kontraksi uterus.
4. Hasil pemantauan denyut jantung janin secara berkesinambungan menunjukkan deselerasi variabel.
5. Tekanan pada bagian terendah janin oleh manipulasi eksterna terhadap pintu atas panggul menyebabkan detak

jantung yang menurun secara tiba - tiba yang menandakan kompresi tali pusat (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Tindakan yang cepat diperlukan apabila dijumpai kasus prolaps tali pusat. Tatalaksana definitif prolaps tali pusat adalah terminasi kehamilan dengan cepat. Persalinan secara pervaginam dapat dilakukan dengan segera apabila bagian terendah janin telah masuk panggul, telah terjadi pembukaan lengkap, dan tidak ada disporposi kepala panggul. Oksitosin harus dihentikan, apabila sebelumnya diberi oksitosin, (Kementerian Kesehatan RI, 2013).



(Kementerian Kesehatan RI, 2013)

Gambar 1. Algoritma Tatalaksana Prolaps Tali Pusat

2.1.5.3 Gangguan Kehamilan dan Persalinan dengan Penyakit Non-Obstetrik

a. Anemia

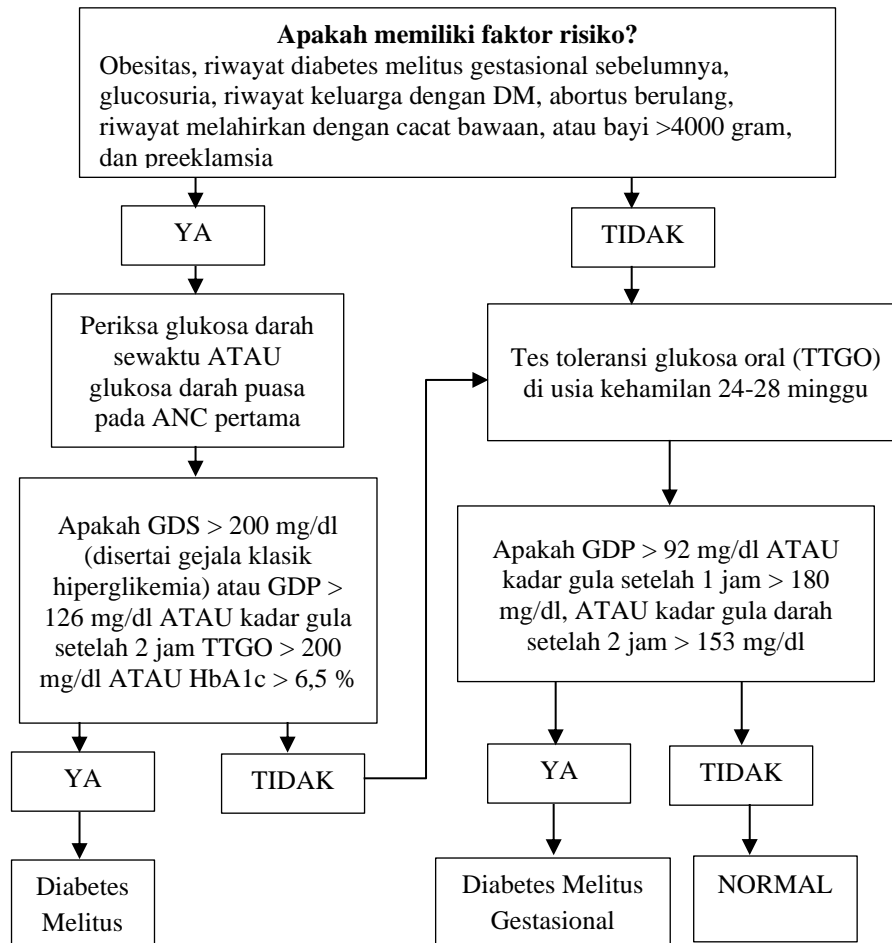
Anemia dalam kehamilan didefinisikan sebagai kondisi ibu hamil yang memiliki hemoglobin yang < 11 gr% pada trimester pertama / ketiga atau kadar hemoglobin $< 10,5$ gr% pada trimester kedua. Anemia sering ditemukan pada ibu hamil karena pada saat hamil, kebutuhan akan zat-zat makanan akan bertambah dan terjadi perubahan pada sumsum tulang serta darah (Sjahriani & Faridah, 2019). Pada ibu hamil dengan diagnosis anemia, dapat diberikan tablet tambah darah yang berisi 60 mg besi elementar dan 250 μ g asam folat yang dikonsumsi 3 kali sehari. Apabila terdapat perbaikan dalam 90 hari dilanjutkan hingga 42 hari pascasalin. Pasien dapat dirujuk ke pusat pelayanan yang lebih tinggi apabila setelah 90 hari pemberian tablet besi dan asam folat kadar hemoglobin tidak meningkat untuk mencari penyebab anemia. Tindakan transfusi pada anemia diberikan pada pasien dengan kadar hematokrit < 20 % atau kadar Hb < 7 g/dl, serta pasien dengan kadar Hb > 7 g/dl dengan gejala klinis: pusing, pandangan berkunang-kunang, atau takikardia (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

b. Diabetes Melitus Gestasional

Diabetes Melitus Gestasional (DMG) adalah gangguan toleransi karbohidrat yang baru pertama kali dialami pada saat kehamilan. Diabetes Melitus Gestasional sering terjadi pada ibu hamil dengan usia kehamilan 24 minggu dan setelah melahirkan akan kembali menjadi normal pada sebagian pasien. Ibu hamil dengan riwayat keluarga diabetes melitus memiliki angka kejadian diabetes gestasional sebesar 5,1% (Rahayu & Rodiani, 2016).

Pasien dengan faktor risiko diabetes gestasional harus segera lebih lanjut diperiksa sesuai dengan standar diagnosis saat *antenatal care* pertama. Diabetes mellitus memiliki kriteria diagnosis yakni: glukosa darah sewaktu yang > 200 mg/dl (yang disertai gejala klasik: polifagi, poliuri, polidipsi) atau r glukosa darah puasa > 126 mg/dl atau glukosa 2 jam setelah TTGO (Tes Toleransi Glukosa Oral) > 200 mg/dl atau HbA1C $> 6,5\%$. TTGO harus digunakan menjadi konfirmasi diagnosis apabila didapatkan hasil lebih rendah di usia kehamilan antara 24 - 28 minggu (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Ibu hamil yang tidak memiliki faktor risiko dapat dilakukan pemeriksaan pada usia kehamilan 24 - 28 minggu, dengan meminta ibu makan makanan cukup karbohidrat selama 3 hari, dan dilanjutkan dengan berpuasa selama 8 - 12 jam yang selanjutnya diperiksa kadar glukosa darah puasa di pagi hari, yang diikuti dengan pemberian glukosa 75 gram dalam 200 ml air, dan kadar glukosa darah diperiksa setelah 1 dan 2 jam kemudian. Diagnosis diabetes mellitus gestasional dapat ditegakkan apabila kadar gula darah puasa > 92 mg/dl, atau kadar gula darah setelah 1 jam kemudian > 180 mg/dl, atau kadar gula darah setelah 2 jam kemudian > 153 mg/dl. Penatalaksanaan diabetes melitus gestasional dilaksanakan oleh dokter spesialis penyakit dalam, dokter spesialis obstetri dan ginekologi, ahli gizi, dan dokter spesialis anak secara terpadu. Ibu dapat dirujuk ke rumah sakit untuk tatalaksana yang adekuat (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

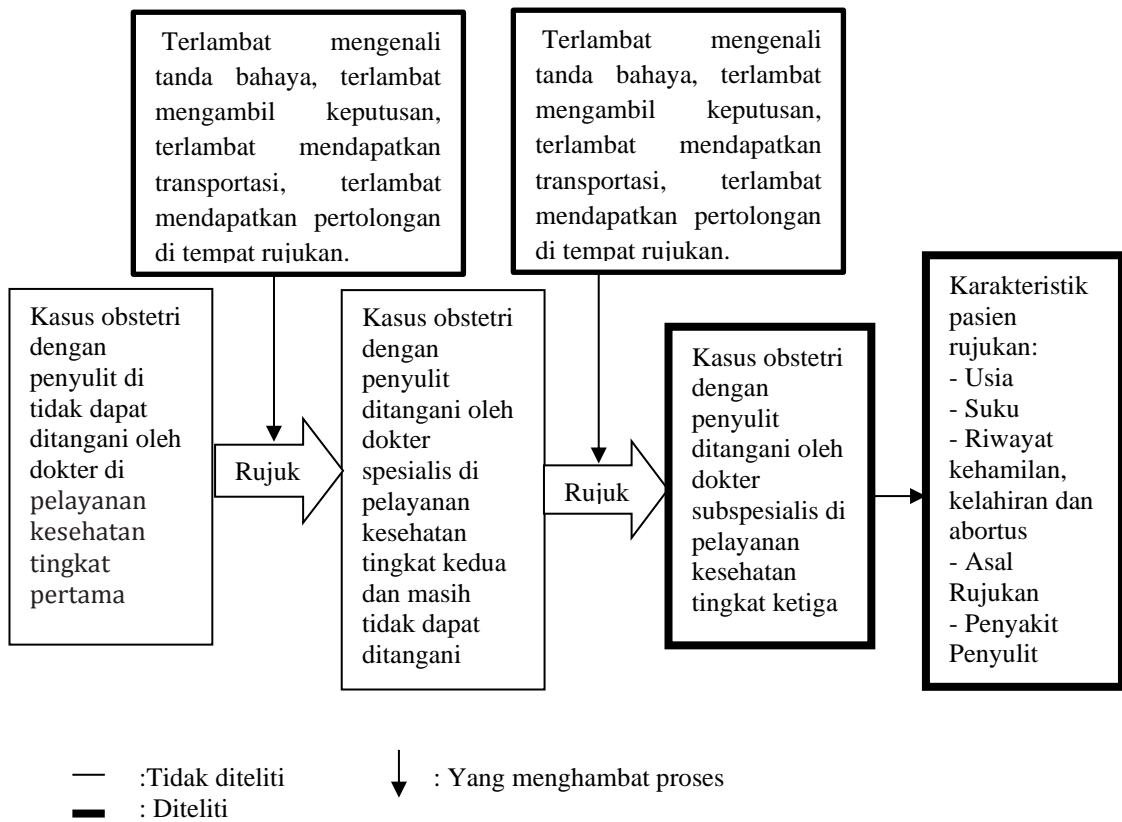


Gambar 2. Algoritma Diagnosis Diabetes Pada Kehamilan

c. Penyakit Infeksi

Infeksi pada kehamilan merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas ibu dan janin di seluruh dunia. TORCH adalah sekelompok infeksi kongenital yang dapat menyebabkan morbiditas yang signifikan dan kematian pada neonatus. Infeksi TORCH meliputi infeksi Toxoplasma, organisme lain (Parvovirus, human immunodeficiency virus, virus Epstein-Barr, herpesvirus 6 dan 8, varicella, syphilis, enterovirus), Rubella, Cytomegalovirus (CMV), dan Hepatitis. Infeksi TORCH dapat menyebabkan 5 – 10 % terjadinya keguguran dan kelainan kongenital pada janin. Kelainan kongenital dapat menyerang seluruh jaringan dan organ tubuh seperti sistem saraf pusat dan perifer yang dapat mengakibatkan gangguan pendengaran, penglihatan, sistem jantung dan pembuluh darah, serta metabolisme tubuh (Sari, 2019).

2.2 Kerangka Teori



Gambar 2. Kerangka Teori

2.3 Kerangka Konsep

Dari kerangka teori di atas, maka kerangka konsep penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 3. Kerangka Konsep

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif dikarenakan peneliti tidak meneliti hubungan antar variabel dan peneliti tidak melakukan intervensi pada kelompok sampel. Pengambilan data menggunakan data sekunder, yaitu dari rekam medis untuk mengetahui karakteristik umum dan karakteristik khusus kehamilan risiko tinggi pasien rujukan obstetri di RSUD Abdul Moeloek tahun 2020.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat

Penelitian ini dilakukan di bagian obstetri ginekologi rumah sakit tipe A yaitu Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek, Bandar Lampung, Lampung.

3.2.2 Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan September 2021 hingga Maret 2022.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien rujukan bagian obstetri dan ginekologi yang tercatat pada rekam medis di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moeloek yang tercatat pada tahun 2020.

3.3.2 Sampel

Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah pasien yang dirujuk ke bagian obstetri RSUD Dr. H. Abdul Moeloek pada tahun 2020.

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik dalam pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *simple random sampling*.

3.3.4 Besar Sampel

Untuk menentukan banyaknya sampel pada penelitian ini menggunakan rumus Slovin. Berikut rumus Slovin:

$$n = \frac{n}{1 + ne^2}$$

$$n = \frac{564}{1 + 564 \times 0,0025}$$

$$n = \frac{564}{2,42}$$

$$n = 233,05$$

$$n \approx 233$$

Keterangan:

n = Ukuran sampel

N = Ukuran populasi

e = Batas toleransi kesalahan (*error tolerance*)

3.4 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

3.4.1 Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi yang digunakan adalah:

- 1) Ibu hamil yang dirujuk ke RSUD Dr. H. Abdul Moeloek pada bagian obstetri, yang memiliki data mengenai karakteristik umum (umur ibu, usia kehamilan, domisili, suku, status pernikahan, penyakit penyulit, asal rujukan) dan karakteristik khusus berhubungan dengan kehamilan risiko tinggi (jumlah kelahiran, jumlah kehamilan, dan riwayat abortus).

- 2) Pasien rujukan pada tahun 2020.
- 3) Pasien memiliki data rekam medis yang jelas dan terbaca

3.4.2 Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:

- 1) Pasien rujukan yang sudah meninggal sebelum terekam dalam rekam medis.

3.5 Definisi Operasional

Tabel 4. Definisi Operasional Variabel

A. Karakteristik umum

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur
1.	Umur Ibu	Usia/ lama waktu hidup berdasarkan identitas yang diambil dari data rekam medis	Observasi melalui rekam medis	1. < 20 tahun 2. 20-35 tahun 3. > 35 tahun (Haryani, Maroef, Ardilla, 2015)
2.	Usia Kehamilan Ibu	Usia kehamilan ibu yang tertulis di rekam medis	Observasi melalui rekam medis	1. Kehamilan usia < 20 minggu 2. Kehamilan usia 20-36 minggu 3. Kehamilan usia 37-41 minggu 4. Kehamilan usia \geq 42 minggu 5. <i>Post partum</i>
3.	Domisili	Tempat kediaman yang sah sesuai KTP yang diambil dari data rekam medis	Observasi melalui rekam medis	1. Dalam Bandar Lampung 2. Luar Bandar Lampung
4.	Suku	Golongan bangsa sebagai bagian dari bangsa yang besar yang diambil dari data rekam medis	Observasi melalui rekam medis	1. Jawa 2. Lampung 3. Sunda 4. Palembang 5. Batak 6. Padang 7. Lainnya
5.	Status Pernikahan	Status ikatan pernikahan yang tertulis di rekam medis	Observasi melalui rekam medis	1. Sudah menikah 2. Belum menikah
6.	Kehamilan dan Persalinan dengan Penyulit Obstetri	Diagnosis obstetri yang diambil dari data rekam medis	Observasi melalui rekam medis	1. Hipertensi Dalam Kehamilan, Preeklampsia, dan Eklampsia 2. Persalinan Lama 3. Malposisi, Malpresentasi, dan CPD 4. Ketuban Pecah Dini 5. Persalinan Preterm 6. Perdarahan Pascasalin 7. Kehamilan dengan parut uterus 8. Abortus 9. Plasenta Previa 10. Kehamilan Ganda 11. Oligohidramnion 12. Solusio Plasenta 13. Kehamilan Lewat Waktu

Tabel 4. Definisi Operasional Variabel (lanjutan)

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur
				14. Polihidramnion 15. Prolaps Tali Pusat 16. Mual Dan Muntah Pada Kehamilan 17. Mola Hidatidosa 18. Kehamilan Ektopik Terganggu 19. Korioamnionitis
7.	Kehamilan dan Persalinan dengan Penyulit Non-Obstetri	Diagnosis non obstetri ibu yang yang diambil dari data rekam medis	Observasi melalui rekam medis	1. Anemia 2. HIV/AIDS 3. Hepatitis B 4. Penyakit Tiroid 5. Infeksi Menular Seksual 6. Diabetes Melitus Gestasional 7. Demam Dengue dan Demam Berdarah Dengue 8. Demam Tifoid
8.	Asal Rujukan	Fasilitas Kesehatan yang Merujuk	Observasi melalui rekam medis	Rujukan asal Bandar Lampung: 1. Rumah sakit 2. Praktek dokter 3. Bidan 4. Puskesmas Rujukan di luar Bandar Lampung: 1. Rumah sakit 2. Praktek dokter 3. Bidan 4. Puskesmas

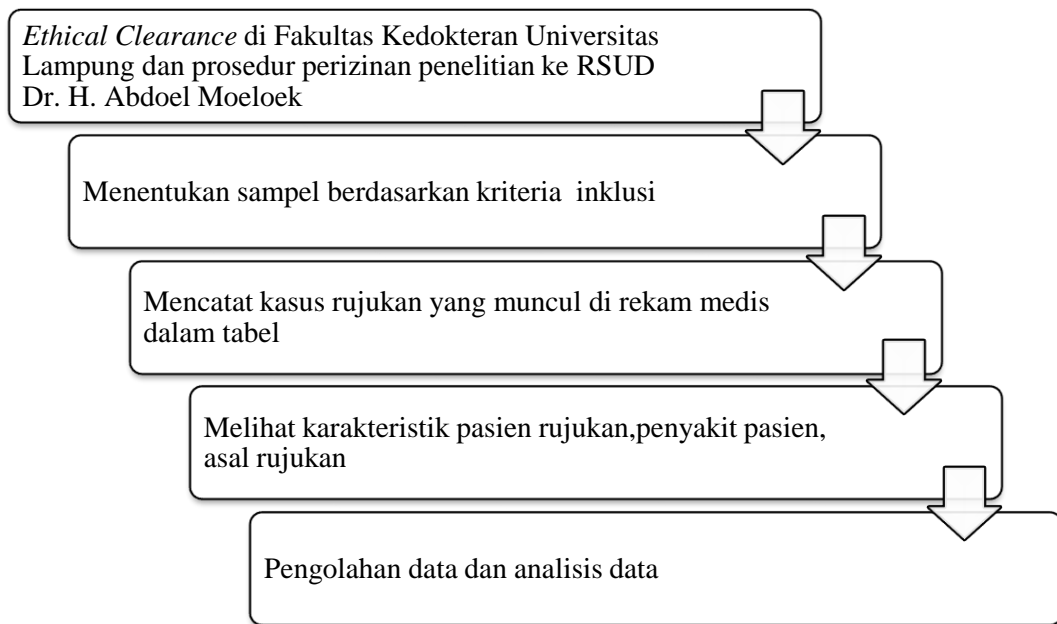
B. Karakteristik khusus berhubungan dengan kehamilan risiko tinggi

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur
1.	Umur Ibu	Usia/ lama waktu hidup berdasarkan identitas yang diambil dari data rekam medis	Observasi melalui rekam medis	1. Risiko Rendah (20–35 tahun) 2. Risiko Tinggi (< 20 dan > 35 tahun)
2.	Jumlah Kehamilan (gravida)	Jumlah kehamilan yang pernah dialami	Observasi melalui rekam medis	1. Primigravida 2. Multigravida
3.	Jumlah Kelahiran (para)	Jumlah kehamilan yang berakhir dengan kelahiran bayi atau bayi telah mencapai titik mampu bertahan hidup	Observasi melalui rekam medis	1. Primipara 2. Multipara 3. Nullipara 4. Grandemultipara
4.	Riwayat Abortus	Jumlah kehamilan yang berakhir sebelum usia kehamilan 20 minggu	Observasi melalui rekam medis	1. Pernah Abortus 2. Tidak Pernah Abortus

3.6 Instrumen Penelitian

Data yang di gunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder. Penelitian ini menggunakan instrumen berupa laptop dan program *software* pengolah data yaitu *Microsoft Excel Office 365*.

3.7 Prosedur Penelitian



Gambar 4. Alur Penelitian

3.8 Pengolahan Data

Proses pengolahan data dilakukan dengan beberapa tahapan: *editing*, *coding*, *data entry*, *cleaning*, dan *tabulating*.

3.8.1 *Editing*

Kegiatan untuk melakukan pemeriksaan data dan perbaikan isi rekam medis yang dilihat dari kelengkapannya, dapat terbaca dan relevan. Apabila terjadi kesalahan atau kekurangan dalam pengambilan data, maka akan di perbaiki dan dilakukan pendataan ulang.

3.8.2 Coding

Tahap ini untuk mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data yang berupa angka untuk mempermudah memasukkan data.

3.8.3 Data Entry

Tahap ini untuk memasukkan data yang telah diubah ke bentuk angka kedalam program atau *software* komputer, lalu membuat distribusi frekuensi sederhana.

3.8.4 Cleaning

Tahap ini memeriksa kembali data untuk melihat adakah kesalahan kode, ketidaklengkapan, dan sebagainya kemudian dilakukan perbaikan. Tahap ini bertujuan untuk memastikan bahwa seluruh data yang telah dimasukkan kedalam mesin pengolah data sudah sesuai dengan keadaan sebenarnya.

3.8.5 Tabulating

Data yang telah lengkap dan sesuai dengan variabel yang dibutuhkan akan di masukan kedalam tabel-tabel distribusi frekuensi.

3.9 Analisis Data

Analisis yang dilakukan secara deskriptif dengan melihat persentase masing-masing data yang telah terkumpul, lalu ditampilkan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi. Analisa data dilanjutkan dengan membahas hasil penelitian secara kepustakaan yang ada untuk nantinya ditarik kesimpulan yang bermakna. Jumlah kasus yang terjadi untuk disetiap item dijumlahkan, kemudian di bagi dalam seluruh kasus dikali 100% sehingga diperoleh presentase setiap kasus, yang dirumuskan sebagai berikut:

$$\text{Presentase kasus X: } \frac{\text{Jumlah kasus X}}{\text{Jumlah Keseluruhan kasus}} \times 100 \%$$

Analisis data yang digunakan adalah analisis univariat yang digunakan untuk mendeskripsikan tiap variabel.

3.10 Etika Penelitian

Penelitian telah melalui kaji etik dan mendapat surat kelayakan etik untuk melakukan penelitian dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dengan nomor surat No:255/UN26.18/PP.05.22.00/2022.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai gambaran kasus rujukan obstetri pada RSUD Dr. H. Abdul Moeloek tahun 2020, penulis menyatakan kesimpulan sebagai berikut:

1. Terdapat 17 (7%) ibu berusia < 20 tahun dan 169 (73%) ibu berusia 20-35 tahun dan 47 (20%) ibu berusia > 35 tahun. Mayoritas sampel masuk dalam kategori usia risiko rendah, yaitu sebanyak 169 orang (73%) dibandingkan dengan kategori usia risiko tinggi sebanyak 64 orang (27%).
2. Terdapat 18 (8%) ibu hamil berusia kehamilan < 20 minggu, 80 (34%) ibu berusia kehamilan 20-36 minggu, 109 (46%) ibu hamil berusia kehamilan 37-41 minggu, 2 (1%) ibu hamil berusia kehamilan \geq 42 minggu, dan 24 (10%) ibu datang pasca melahirkan (*post partum*).
3. Domisili sampel meliputi 119 orang (51%) berdomisili dalam Bandar Lampung dan 114 orang (49%) berdomisili di luar Bandar Lampung.
4. Mayoritas sampel bersuku Jawa sebanyak 119 orang (51,1%), diikuti dengan 47 orang (20,2%) bersuku Lampung, 32 orang (13,7%) bersuku Sunda, 9 Orang (3,9%) bersuku Palembang, 5 orang (2,1%) bersuku Batak, 5 orang (2,1%) bersuku Padang.
5. Mayoritas sampel sudah menikah, yakni sebanyak 217 orang (93%), dibandingkan terdapat 16 orang (7%) belum menikah.
6. Hasil distribusi frekuensi sampel menunjukkan sebanyak 58 orang (24,9%) dengan hipertensi dalam kehamilan, preeklamsia dan eklamsia, 58 orang (24,9%) mengalami partus lama, 56 orang (24%)

dengan penyulit ketuban pecah dini, 53 orang (22,7%) dengan penyulit malposisi, malpresentasi dan CPD, 47 orang (20,2%) dengan persalinan preterm, 25 orang (10,7%) dengan perdarahan pasca salin, 17 orang (7,3 %) dengan kehamilan dengan parut uterus, sebanyak 15 orang (6,4%) dengan penyulit plasenta previa, sebanyak 15 orang (6,4%) dengan kehamilan ganda, 14 orang (6,0%) dengan penyulit abortus, sebanyak 11 orang (4,7%) mengalami oligohidramnion, dan masing-masing sebanyak 3 orang (1,3%) mengalami solusio plasenta, kehamilan lewat waktu, dan polihidramnion. Prolaps tali pusat, mual muntah pada kehamilan, mola hidatidosa, kehamilan ektopik terganggu, dan korioamnionitis ditemukan lebih jarang yaitu masing-masing sebanyak 1 orang (0,4%).

7. Sebanyak 27 orang (11,6%) dengan penyulit anemia, 12 orang (5,2%) dengan HIV/AIDS, 5 orang (2,1%) dengan Hepatitis B, 4 orang (1,7%) dengan penyulit penyakit tiroid, sedangkan sampel dengan penyulit non obstetri infeksi menular seksual, dan diabetes mellitus gestasional ditemukan lebih jarang, yaitu masing-masing hanya ditemukan pada 2 orang (0,9%).
8. Terdapat 68 orang (61 %) dirujuk oleh tenaga medis di dalam Bandar Lampung, dengan rincian 31 orang (28%) dirujuk oleh rumah sakit, sejumlah 5 orang (4%) yang dirujuk puskesmas, 7 orang (6%) dirujuk oleh dokter, dan 25 orang (22 %) dirujuk oleh bidan. Sejumlah 44 orang (33%) dirujuk oleh tenaga medis di luar Bandar Lampung, dengan rincian 30 orang (27%) dirujuk oleh rumah sakit, sejumlah 5 orang (4%) yang dirujuk puskesmas, 1 orang (1%) dirujuk oleh dokter, dan 8 orang (7 %) dirujuk oleh bidan.
9. Mayoritas sampel merupakan multigravida sebanyak 155 orang (67%), dibandingkan dengan primigravida sebanyak 78 orang (33%).
10. Sebanyak 54 orang (23%) dengan primipara, 92 orang (39%) multipara, 92 orang (39%) multipara, 83 orang (36%) nullipara, 4 orang (2%) grandemultipara.

11. Riwayat abortus sampel menunjukkan sebanyak 193 orang (83%) tidak pernah mengalami abortus, 40 orang (17%) pernah mengalami abortus.

5.2 Saran

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, peneliti menyampaikan saran bagi beberapa pihak yang mungkin berguna lewat penelitian ini. Adapun sarannya sebagai berikut:

1. Peneliti lain hendaknya juga melihat diagnosis pasien berdasarkan hasil laboratorium yang terlampir di berkas rekam medis.
2. Peneliti lain hendaknya meneliti dengan jumlah sampel lebih besar menggunakan metode *total sampling*.
3. Peneliti lain hendaknya dapat meneliti hubungan antar variabel dan faktor yang mempengaruhinya.

DAFTAR PUSTAKA

- Afriani, A., Desmiwarti, D., & Kadri, H. (2013). Kasus Persalinan Dengan Bekas Seksio Sesarea Menurut Keadaan Waktu Masuk di Bagian Obstetri dan Ginekologi. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 2(3), 116–121.
- Amalia, E. H., & Azinar, M. (2017). Kehamilan Tidak Diinginkan pada Remaja. *Higeia Journal of Public Health Research and Development*, 1(1), 1–7.
- Amalia, L. M., & Sayono, S. (2015). Faktor Risiko Kejadian Abortus (Studi Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang). *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 10(1), 23–29.
- Andalas, M., Maharani, C. R., Hendrawan, E. R., Florean, M. R., & Zulfahmi, Z. (2019). Ketuban Pecah Dini dan Tatalaksananya. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 19(3), 188–192.
- Andisti, M. A., & Ritandiyono, R. (2008). Religiusitas Dan Perilaku Seks Bebas Pada Dewasa Awal. *Jurnal Ilmiah Psikologi Gunadarma*, 1(2), 99604.
- Aprilla, N. (2018). Faktor Risiko Ibu Bersalin Yang Mengalami Ketuban Pecah Dini Di RSUD Bangkinang Tahun 2017. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 2(April), 48–57.
- Azza, A. (2017). Deteksi Kejadian Preeklamsia Berdasarkan Parietas dan Usia Kehamilan Ibu (Uji Retrospektif). *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 9(1), 65–69.
- Baiti, B. N., & Cahyanti, R. D. (2018). Kualitas Rujukan Ibu Hamil Dengan Preeklamsia/Eklamsia di UGD Obstetri- Ginekologi RSUP DR.Kariadi Semarang Periode Tahun 2013-2016. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*, 7(1), 81–99.

- Berliana, S. M., & Sulistiarini, D. (2016). Faktor - Faktor Yang Memengaruhi Kelahiran Prematur Di Indonesia: Analisis Data RISKESDAS 2013. *E-Journal WIDYA Kesehatan Dan Lingkungan*, 1(2), 109–115.
- BPJS Kesehatan. (2014). *Panduan Praktis Sistem Rujukan Berjenjang*. BPJS Kesehatan.
- Chabibah, N., & Chalidyanto, D. (2014). Analisis Rasio Rujukan Puskesmas Berdasarkan Kemampuan Pelayanan Puskesmas. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 2(3), 159–168.
- Diana, S. A., Kurnaesih, E., & Arman, A. (2018). Analisa Faktor yang Berisiko Terhadap Kejadian Plasenta Previa di RSUD Polewali Mandar. *Sinergitas Multidisiplin Ilmu Pengetahuan dan Teknologi*, 1(1), 17–23.
- Dini, L. I., Riono, P., & Sulistyowati, N. (2016). Pengaruh Status Kehamilan Tidak Diinginkan Terhadap Perilaku Ibu Selama Kehamilan Dan Setelah Kelahiran Di Indonesia (Analisis Data SDKI 2012). *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 7(2), 119–133.
- Faulina, A. C., Khoiri, A., & Herawati, Y. T. (2016). Kajian Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional di UPT. Pelayanan Kesehatan Universitas Jember. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 12(2), 91–102.
- Furilta, A. E., Rosjidi, C. H., & Icha, F. (2020). Praktik Perawatan Kehamilan di Desa Pohijo, Kecamatan Sampung Ponorogo: Analisis Transkultural. *Gaster*, 18(1), 21.
- Handriani, I., & Melaniani, S. (2015). Pengaruh Proses Rujukan Dan Komplikasi Terhadap Kematian Ibu. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 3(3), 400–411.
- Hartati, N., & Mariyana, M. (2018). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Resiko Tinggi Dalam Kehamilan Pada Ibu Hamil Di Puskesmas Sungai Panas Kota Batam Tahun 2017. *Jurnal Kebidanan*, 08(1), 2018.
- Haryani, A. P., Maroef, M., & Adilla N, S. (2015). Hubungan Usia Ibu Hamil Berisiko Dengan Kejadian Preeklampsia/Eklampsia Di Rsu Haji Surabaya

Periode 1 Januari 2013 - 31 Desember 2013. *Saintika Medika*, 11(1), 27–33.

Herman, S., & Joewono, H. T. (2020). *Buku Acuan Persalinan Kurang Bulan (Prematur)* (W. Anasari, Ed.). Kendari: Yayasan Aviccena Kendari.

Hikmah, N., & Yani, D. P. (2015). Gambaran Hemoragic Post Partum Pada Ibu Bersalin Dengan Kejadian Anemia Di Ruang PONEK RSUD Kabupaten Jombang. *Jurnal Edu Health*, 5(2), 142–147.

Ikatan Dokter Indonesia. (2016). *Penataan sistem pelayanan kesehatan rujukan*. Jakarta: Ikatan Dokter Indonesia.

Irasanty, G. D., Hakimi, M., & Hasanbasri, M. (2008). Pencegahan keterlambatan Rujukan Maternal di Kabupaten Majene. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 12(3), 122–129.

Juwarni, S. (2015). Asuhan Kehamilan dalam Perspektif Budaya Jawa di Desa Labuhan Labo Kecamatan Padangsidempuan Tenggara Kota Padangsidempuan Tahun 2015 (Vol. 151). Universitas Sumatera Utera.

Kemenkes RI. (2015). *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Jakarta: Kemenkes RI.

Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu Di Fasilitas Kesehatan Dasar Dan Rujukan* (1 ed.; E. M. Moegni & D. Ocviyanti, Ed.). Jakarta: Kemenkes RI.

Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Situasi Kesehatan Reproduksi Remaja*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI Pusat Data dan Informasi.

Kementerian Kesehatan RI. (2020). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019*. Jakarta: Kemenkes RI.

Khaerumayansyah, M. (2019). *Faktor Determinan Sosial dan Mediko Obstetrik Pada Pasien Rujukan dengan Komplikasi di RS Jejaring Pendidikan di Kota Makassar*. Universitas Hassanudin.

- Khuzaiyah, S., Anies, A., & Wahyuni, S. (2016). Karakteristik Ibu Hamil Preeklampsia. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 9(2), 1–5.
- Lestari, I. M., & Misbah, N. (2014). Hubungan Antara Paritas Dan Umur Ibu Dengan Kejadian Plasenta Previa. *Jurnal Obstretika Scientia*, 2(2), 127–143.
- Lumentut, A., & Tendean, H. (2015). Resiko Maternal dan Luaran Perinatal dengan Oligohidramnion di BLU RSUD DR.D. Kandou Manado. *Jurnal Kedokteran Komunitas*, 3(3).
- Mappaware, N. A. (2019). Faktor Determinan Komplikasi dan Rujukan Kasus Obstetri. *Universitas Muslim Indonesia Medical Journal*, 3(2), 85–97.
- Marcelya, S., & Salafas, E. (2018). Faktor Pengaruh Risiko Kehamilan “4T” pada Ibu Hamil. *Indonesian Journal of Midwifery (IJM)*, 1(2), 120–127.
- Marliana, M., Sakona, Y., & Selpiana, S. (2019). Faktor Yang Berhubungan dengan Kejadian Preeklamsia Pada Ibu Hamil di BLUD Rumah Sakit H.M Djafar Harun Kolaka Utara. *Jurnal Ilmiah Forilkesuit*, 1(2), 54–64.
- Maulinda, N. A., & Rusdyati, T. (2018). Hubungan Usia, Paritas Ibu Bersalin Dengan Kejadian Persalinan Postterm. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 6(1), 27–34.
- Nurbaity, A. D., Candra, A., & Fitranti, D. Y. (2019). Faktor Risiko Hiperemesis Gravidarum pada Ibu Hamil di Semarang. *Journal of Nutrition College*, 8(3), 123–130.
- Panjaitan, I. M., & Tarigan, A. M. (2018). Hubungan Karakteristik Ibu Bersalin dengan Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Martha Friska. *Jurnal Bidan Komunitas*, 1(2), 67
- Prawiroharjo, S. (2012). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Prawiroharjo, S. (2016). *Ilmu Kebidanan* (4 ed.; A. B. Saifuddin, Ed.). Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

- Prihandini, S. R., Pujiastuti, W., & Hastuti, T. P. (2016). Usia Reproduksi Tidak Sehat dan Jarak Kehamilan yang Terlalu Dekat Meningkatkan Kejadian Abortus di Rumah Sakit Tentara Dokter Soedjono Magelang. *Jurnal Kebidanan*, 5(9), 47–57.
- Purba, Y. S., Munir, M. A., & Saranga, D. (2019). Mola Hidatidosa. *Jurnal Medical Profession*, 1(1), 79–86.
- Purwaningsih, N. A., Shodikin, M. A., & Abrori, C. (2018). Hubungan Ibu Hamil Positif HIV/AIDS dengan APGAR Score Bayi di RSD dr. Soebandi Jember. *Journal of Agromedicine and Medical Sciences*, 4(3), 178–183
- Putri, I. M., & Ismiyatun, N. (2020). Deteksi Dini Kehamilan Beresiko. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(1), 40–51.
- Qonitul, U., & Nur Fadilah, S. (2019). Faktor-faktor yang Melatarbelakangi Kejadian Partus Lama pada Ibu Bersalin di RSUD dr. R. Koesma Tuban. *Jurnal Kesehatan dr. Soebandi*, 7(1), 51–57.
- Rahayu, A., & Rodiani, R. (2016). Efek Diabetes Melitus Gestasional terhadap Kelahiran Bayi Makrosomia. *Majority*, 5(4), 17–22.
- Ramadhan, J. W., Rasyid, R., & Rusnita, D. (2019). Profil Pasien Hemorrhagic Postpartum di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 8(2), 46–53.
- Rangkuti, N. A., & Harahap, M. A. (2020). Hubungan Pengetahuan Dan Usia Ibu Hamil Dengan Kehamilan Risiko Tinggi Di Puskesmas Labuhan Rasoki. *Jurnal Education and development*, 8(4), 513–517.
- Ratnasari, D. (2017). Analisis Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang Bagi Peserta JKN di Puskesmas X Kota Surabaya. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 5(2), 145–154.
- Safitri, F., & Sudiman, H. (2017). Faktor Risiko Kejadian Anemia Ibu Hamil di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Provinsi Aceh Tahun 2013-2015. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 3(1), 18–30.

- Sari, R. D. P. (2019). Kehamilan dengan Infeksi TORCH. *Jurnal Kedokteran Universitas Lampung*, 3(1), 176–181.
- Setyarini, D. I., & Suprapti, S. (2016). *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal* (1 ed.). Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Sinaga, L. D. (2017). *Rujuk Balik Peserta Bpjs Untuk Penyakit Tidak Menular Di Wilayah Kerja Puskesmas Bestari Kecamatan Medan Petisah Tahun 2017*. Medan: Universitas Sumatra Utara.
- Sjahriani, T., & Faridah, V. (2019). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Anemia Pada Remaja Putri. *Jurnal Kebidanan*, 5(2), 106–115.
- Sukmawati, F. A., Purnami, C. T., & Nugroho, D. (2012). Sistem Informasi Geografis Jejaring Rujukan Ibu Dirujuk Dan Karakteristiknya Di Kota Semarang Tahun 2011 (Studi Kasus Di Wilayah Kecamatan Genuk Dan Pedurungan). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 1(2), 163–176.
- Sulastrri, & Nurhayati, E. (2021). Identifikasi Faktor Risiko Ibu Hamil dengan Komplikasi Kehamilan dan Persalinan. *Higeia Journal of Public Health Research and Development*, 5(2), 277–282.
- Sumarni, T. A. (2014). Faktor Yang Mempengaruhi Keterlambatan Rujukan Pada Kasus Kematian Ibu di RS Margono Soekardjo. *Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 5(2), 26–34.
- Surya, R., & Pudyastuti, S. (2019). Persalinan Preterm. *Cermin Dunia Kedokteran*, 46(1), 28–32.
- Susiloningtyas, L. (2021). Sistem Rujukan Dalam Sistem Pelayanan Kesehatan Maternal Perinatal di Indonesia. *Jurnal STIKES Pamenang*, 6–14.
- Suyanto, S., & Amin, M. F. (2017). Pemakaian Bahasa Jawa di Provinsi Lampung Bedasar Data Sensus Penduduk 2010. *Nusa: Jurnal Ilmu Bahasa dan Sastra*, 12(3), 81.
- Tirtaningrum, D. A., Sariatmi, A., & Suryoputro, A. (2018). Analisis *Response Time*

Penatalaksanaan Rujukan Kegawatdaruratan Obstetri Ibu Hamil. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 14(2), 139–146.

Wandi, W. (2017). Implementasi Sistem Rujukan Ibu Hamil Dan Bersalin Oleh Bidan Polindes Di Kecamatan Dampit. *Jurnal Informasi Kesehatan Indonesia*, 3(1), 71–84.

Wei, J., Wu, Q. J., Zhang, T. N., Shen, Z. Q., Liu, H., Zheng, D. M., ... Liu, C. X. (2016). Complications in multiple gestation pregnancy: A cross-sectional study of ten maternal-fetal medicine centers in China , Collaborative Group on Twin Birth and Fetal Abnormality in China. *Oncotarget*, 7(21), 30797–30803.

Wisudawati, W. (2018). Hubungan Antara Kehamilan Postterm dan Ketuban Pecah Dini Dengan Asfiksia pada Bayi Baru Lahir di Rsud 45 Kabupaten Kuningan Tahun 2016. *Jurnal JKFT Universitas Muhammadiyah Semarang*, 3(1), 28–37.

Witri, N. W. (2020). *Gambaran Karakteristik Biososio Obstetrik Dan Berat Lahir Bayi di PMB Wayan Witri Sleman Tahun 2019*. Yogyakarta.

Wulandari, A. P., Susanti, A. I., & Mandiri, A. (2016). Gambaran Pengambilan Keputusan Saat Proses Rujukan Dari Tingkat Primer Ke Tingkat Sekunder Di Rumah Sakit Umum Daerah Sumedang. *Jurnal Sistem Kesehatan*, 2(2), 56–62.

Yulistiani, A., Moendano, Y., & Lestari, Y. (2017). Gambaran Karakteristik Ibu, Penanganan Persalinan, dan Fetal Outcome pada Kehamilan Post-term. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 6(1), 134–141.

Yuliyanti, T., Rahayu, T., Wuriningsih, A. Y., & Wahyuni, S. (2020). Hubungan Tingkat Pengetahuan tentang Kehamilan Risiko Tinggi dengan Persiapan Persalinan pada Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang. *Prosiding Konferensi Ilmiah Mahasiswa UNISSULA 3*, 9–20.

Zubaidah, Hakimi, M., & Wahab, A. (2012). Parameter rujukan ibu bersalin. *Ju Ners*, 7(2), 161–169.