

**EFEKTIFITAS PENERAPAN ANTENATAL CARE TERHADAP
SISTEMRUJUKAN UNTUK MENCEGAH KEMATIAN IBU DI
KABUPATEN DAIRI SUMATERA UTARA**



1. Dr. Samsider Sitorus, SST, M.KES

NIDN 4009067201

2. Juliani Purba AKp, M.M.M. Kes

NIDN 4008075902

3. Dr. Emy Rianti, S.Kep., Ners., MKM

NIDN 4009106401

BAB I LATAR BELAKANG

Angka kematian ibu (AKI) di dunia rata-rata sebesar 400 dari 100.000 kelahiran. Indeks AKI di negara maju mencapai 20 kematian per 100.000 kelahiran dan negara berkembang 440 kematian per 100.000 kelahiran (PATH 1999). Sementara di kawasan Asia Tenggara AKI saat melahirkan masih menempati urutan tertinggi di dunia, dan Indonesia berada di urutan pertama diantara negara-negara Asia Tenggara lainnya. AKI juga merupakan *indikator* utama yang membedakan antara negara maju dibandingkan negaraberkembang.

Data Antenatal Care (ANC) yang dikumpulkan di Matlab Thana dan menunjukkan bahwa angka kematian ibu untuk ibu berusia 15 – 19 tahun adalah 7,4 per 1000 kelahiran hidup sedangkan untuk ibu berusia 20 – 24 itu 3,8 untuk 1000 kelahiran hidup . Untuk ibu yang berusia di bawah 15 tahun, 17, 7. Rasio ini kemudian dikutip dalam 1989 *WHO* volume kompilasi data kematian ibu usia-*specific* dari 40 negara selama kurang lebih periode yang sama dengan *studi Bangladesh* menyarankan risiko kelebihan yang jauh lebih moderat bagi para ibu muda, tetapi sebagian besar dari mereka diabaikan dalam literatur ilmiah. (Nove A, Matthews Z, *et al.*, 2014): Nortman D. 1974). Penelitian Rizki Dewi dkk 2017 menunjukkan sebagian besar bidan (69,7%) melakukan standar 10T dalam pelayanan *antenatal* terpadu dengan baik (Risqi Dewi Aisyah, dkk 2017).

Kunjungan *antenatal* untuk pemantauan dan pengawasan kesejahteraan ibu dan anak minimal empat kali selama kehamilan dalam waktu, yaitu sampai dengan kehamilan trimester I (<14 minggu) satu kali kunjungan, dan kehamilan trimester II (14-28 minggu) satu kali kunjungan, dan kehamilan trimester III (28-36 minggu dan sesudah minggu ke-36) dua kali kunjungan. Secara nasional target kunjungan *antenatal care* adalah 90%. Penilaian terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu hamil dapat dilakukan dengan melihat cakupan K1 dan K4. (Kemenkes RI, 2017).

Adapun penyebab dasar kematian ibu, dapat digunakan model 3 terlambat yang terdiri dari 1) Terlambat mengenal bahaya dan mengambil keputusan merujuk ke fasilitas kesehatan; 2) Terlambat mencapai fasilitas pelayanan rujukan; dan 3) Terlambat memperoleh pelayanan adekuat di fasilitas rujukan. Berkaitan dengan model 3 terlambat tersebut, terdapat perbedaan distribusi dari masing-masing faktor penyebab kematian ibu. Perdarahan merupakan penyebab kematian tertinggi, yaitu sebanyak 28%. Persentase tertinggi kedua disebabkan oleh *eklampsia*, yaitu sebanyak 24%. Sebab-sebab lainnya antara lain infeksi, *abortus*, partus lama, emboli, serta komplikasi pasca persalinan. Dengan memperhatikan ketiga faktor tersebut, maka berbagai upaya pencegahan terjadinya kematian pada ibu dilakukan. Penyediaan pelayanan *antenatal care* yang memadai merupakan upaya pencegahan kematian ibu hamil (Nyoman, Ni, Mestri Agustini, Nunuk Suryani 2013).

Di Indonesia selain faktor *maternal* yang belum dapat dikendalikan sebagai penyebab *abortus*, faktor lainnya seperti kemampuan tenaga kesehatan dalam melaksanakan ANC berkualitas akan mampu mendeteksi faktor risiko yang dapat mengancam keselamatan ibu dan bayi, dan ini harus menjadi pembicaraan serius untuk mengendalikan faktor tenaga kesehatan yang secara langsung memberikan pelayanan kepada ibu hamil yang secara dini harus mampu mendeteksi kondisi ibu dan janin, agar tidak terjadi kegawatan pada ibu dan janin yang akan dilahirkan (Putri 2018).

Tujuan asuhan *antenatal care* pada prinsipnya adalah memberikan layanan atau bantuan untuk meningkatkan kesehatan ibu hamil dalam rangka mewujudkan kesehatan keluarga. Asuhan kehamilan kunjungan awal (K1) adalah cakupan ibu hamil yang pertama kali mendapat pelayanan *antenatal care* oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Asuhan kehamilan kunjungan ulang (K4) adalah cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan *antenatal care* sesuai dengan standar paling sedikit 4 kali dengan distribusi waktu 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II, dan 2 kali pada trimester III, di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu (Singkil and Manado 2012).

Pelayanan *antenatal care* dinilai berkualitas apabila pelayanan tersebut telah memenuhi standar yang telah ditetapkan pemerintah, yaitu 14 T, 10 T (timbang berat badan dan ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas/ LiLa), ukur tinggi fundus uteri, tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ), *skrining* status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus bila diperlukan, pemberian tablet tambah darah, pemeriksaan laboratorium sederhana (rutin/khusus), tatalaksana/penanganan kasus, temu wicara/ konseling) (Nyoman, Ni, Mestri Agustini, Nunuk Suryani 2013).

Kecakupan pemeriksaan kehamilan ibu di Indonesia berdasarkan data dari Riset Kesehatan Dasar (Rikesdas) tahun 2018 secara keseluruhan terdapat 96,1% ibu yang memeriksakan kehamilannya di tenaga kesehatan. Sedangkan kecakupan proporsi pemeriksaan kehamilan di Indonesia K1 sebesar 86,0% dan K4 sebesar 74,1% (Kesehatan 2018).

Proporsi anemia pada ibu hamil riskesdas 2013 sebesar 37,5 % meningkat menjadi 48,9 % pada tahun 2018. Pada pelayanan ANC yang baik dapat mengatasi anemia tersebut dan jika tidak dapat diatasi maka perlu mempersiapkan rujukan agar ibu hamil terhindar dari kematian. Proporsi pemeriksaan ANC akses pada perempuan usia 10 – 54 tahun di Indonesia tahun 2013 sebesar 95,3 % dan tahun 2018 sebesar 96,2% sementara SDKI 2017 sebesar 98%. Proporsi tenaga pemeriksa ANC pada tahun 2018 bidan 85%, dokter spesialis kebidanan 14 % dan dokter umum 1 % (Riskesdas 2018).

Penyebab kematian yang berhubungan dengan kehamilan adalah komplikasi. Komplikasi tersebut terjadi disebabkan masih kurangnya tenaga medis terlatih yang berkualitas. Oleh karena itu perlu dilakukan pengkajian untuk mengetahui apakah ANC dilaksanakan sesuai dengan standar karena dapat mendeteksi resiko tinggi pada kehamilan dengan demikian maka ibu hamil dengan kelainan dapat diatasi baik secara *kolaboratif* maupun dengan rujukan. Permasalahan lain yang ditemukan pada sistem rujukan adalah keterlambatan transportasi bagi ibu dalam mencapai pusat kesehatan, kurangnya komunikasi telepon yang dibutuhkan serta kurangnya bidan terlatih (Benagiano *et al.*, 2010).

Permasalahan yang sering terjadi di rumah sakit adalah “Tiga Terlambat”, yaitu: terlambat mengambil keputusan dari pihak keluarga disebabkan faktor sosial budaya, terlambat sampai di tempat rujukan karena akses pelayanan serta terlambat mendapatkan pertolongan di rumah sakit. Jenis tipe rumah sakit di Indonesia perbandingan rasio bidan dibedakan menjadi 4 tipe rumah sakit, yaitu rumah sakit tipe A, tipe B, tipe C, dan tipe D. Pada rumah sakit tipe A dan B jumlah perbandingan 1:1 yaitu jumlah 1 bidan/perawat mengurus 1 pasien. Sedangkan tipe C dan D dengan perbandingan 2:3 ialah jumlah 2 bidan/perawat mengurus 3 tempat/pasien (Kementrian Kesehatan RI, 2011)

Pasal 46 (1) Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi: a. pelayanan kesehatan ibu; b. pelayanan kesehatan anak; c. pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana; d. pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang; dan/atau e. pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu. (Undang-Undang Republik Indonesia nomor 4 tahun 2019)

Permasalahan yang timbul pada sistem rujukan adalah antara lain: 1) butuh peningkatan fasilitas yang lengkap; 2) kurangnya pelatihan yang mendalam bagi tenaga kesehatan; 3) kurangnya pemerataan tenaga kesehatan di pedesaan; 4) kurangnya koordinasi dari berbagai macam jenis tenaga kesehatan; 5) kurangnya publikasi; 6) tidak ada umpan balik; 7) kurangnya fasilitas perpustakaan; 8) kendaraan transportasi yang tidak tepat; 9) alat komunikasi yang tidak efektif; 10) tidak sensitif terhadap kebutuhan pasien; dan 11) kurangnya mutu pelayanan yang diberikan kepada pasien sehingga kualitas pelayanan menjadi belum maksimal.

Hasil penelitian yang dilakukan Sitorus, S dkk bahwa kompetensi bidan pelayanan rujukan bahwa perubahan pengetahuan, sikap $p < 0.001$ dan tindakan $p = 0.003$, Pada pelayanan bersinambungan pengetahuan, sikap $p = 0.001$ tindakan $p = 0,032$, Berdasarkan hasil analisis uji *Man-Whitney* antar *postest* kelompok intervensi dan kontrol dalam pelayanan mandiri pengetahuan, sikap dan tindakan nilai $p < 0,001$. pelayanan kolaborasi pengetahuan, sikap dan tindakan diperoleh nilai $p < 0,001$. Pelayanan rujukan pengetahuan $p < 0,231$, sikap $p = 0,001$ dan tindakan $p < 001$ artinya pada pelayanan rujukan tidak ada perbedaan antara

kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Pada pelayanan berkesinambungan Pengetahuan $p < 0.001$ dan sikap, $p = 0,291$ tetapi tindakan $p = 0,996$ ada beda sikap dan tindakan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol (Sitorus, S. 2019)

Hasil pengamatan lapangan yang dilaksanakan secara intensif dalam beberapa tahun terakhir, memperlihatkan bahwa pelayanan *antenatal* masih berfokus pada pelayanan 7T. Pelayanan *antenatal* terpadu untuk pemeriksaan menggunakan 10T (Timbang berat badan dan ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, nilai status gizi, ukur tinggi fundus uteri, tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin, *skrinining* status imunisasi TT, tablet tambah darah, periksa laboratorium, tata laksana/ penanganan kasus, temu wicara). Standar pemeriksaan ini diharapkan memberikan pelayanan *antenatal* yang berkualitas untuk meningkatkan status kesehatan ibu yang pada akhirnya akan memberikan kontribusi terhadap penurunan angka kematian ibu (Kemenkes, 2015)

Penelitian Nursal Asbiran dkk 2018 di kota Padang analisis *bivariat* dengan uji *Chi-Square* didapatkan p Value $0.020 < 0.05$ artinya terdapat hubungan yang signifikan antara tindakan 7T bidan dengan kematian maternal dimana sebelum terjadi kematian maka perlu di kaji dengan sistem rujukan untuk mencegah kematian tersebut. Nilai OR didapatkan sebesar 5.667 yang berarti ibu yang tidak lengkap mendapatkan tindakan 7T dari bidan berpeluang 5 kali mengalami kematian *maternal* dibanding ibu yang lengkap mendapatkan tindakan 7T dari bidan.

Penerapan kompetensi sumber daya manusia pada organisasi sektor publik kini menjadi perhatian utama pemerintah. Setiap ibu hamil mendapatkan pelayanan *antenatal* sesuai standar selama kurun waktu kehamilan. Proses *monitoring* dan evaluasi kegiatan tersebut pada tahap awal berada di Sistem Informasi Puskesmas (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016)

Tingginya angka kematian yang terjadi menuntut usaha yang keras dari semua pihak dalam memainkan perannya sehingga AKI&AKB dapat dicegah. Untuk mendukung penurunan kematian maternal dan neonatal yakni salah satunya dengan melakukan AMP. Audit Maternal Perinatal sebagai bagian dari kegiatan

audit medik perlu dilakukan sebagai upaya menegajawantahkan etika kedokteran dan melindungi pasien (Moeloek, 2005). Tujuan audit medik juga bukan merupakan upaya memberikan sanksi melainkan merupakan cara dan alat evaluasi pelayanan medik, untuk menjamin pasien dan masyarakat pengguna, bahwa mutu pelayanan yang tinggi perlu ditegakkan sebagai sasaran yang harus dibina secara terus menerus.

Secara umum setiap daerah telah melakukan kegiatan AMP setiap tahun, pertemuan khusus untuk membahas kegiatan tersebut juga rutin dilaksanakan. Namun pada beberapa Kota / Kabupaten penyebab kematian sering terjadi secara berulang – ulang. Bila melihat dari penyebab kematian ibu dan bayi, maka tercatat bahwa penyebab utama kematian seperti perdarahan, hipertensi, infeksi, abortus pada kematian ibu dan pada anak seperti BBLR, asfiksia, infeksi dan lain-lain, sebuah kondisi medis yang sebenarnya dapat dicegah dan diatasi. Sehingga tentunya menimbulkan pertanyaan bagaimana dengan kualitas pelaksanaan AMP, bagaimana rekomendasi yang dihasilkan, apakah rekomendasi dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, dan terakhir apakah rekomendasi dilaksanakan dengan baik

Kualitas *Antenatal Care (ANC)* yang baik, maka ibu dan keluarga siap menjadi orang tua dan juga dapat melalui proses persalinan dengan aman. Apabila proses kehamilan, persalinan dan nifas dapat dilalui oleh seorang perempuan dengan aman, maka sistem rujukan akan berjalan dengan baik sehingga dapat mencegah Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia.(Sri Wahyuningsih *et al.* 2018)

Analisis Faktor pengetahuan, sikap dan perilaku, juga menjadi salah satu faktor penyumbang masih tingginya AKI di Dairi, seperti kehamilan yang tidak diinginkan, keterlambatan pemeriksaan kehamilan, tidak melakukan pemeriksaan

BAB II TEORI

2.1 Pelayanan *Antenatal Care*

2.1.1 Pengertian

Pelayanan *antenatal care* adalah pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan terhadap ibu hamil untuk memelihara kehamilannya. Tujuan dari pelayanan antenatal adalah mengantarkan ibu hamil agar dapat bersalin dengan sehat dan memperoleh bayi yang sehat, deteksi dan antisipasi dini kelainan kehamilan, serta deteksi dan antisipasi dini kelainan janin (Dainty Maternity 2017).

Pelayanan *antenatal* merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang profesional untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu hamil beserta janin yang dikandungnya. Pelayanan antenatal yang dilakukan secara teratur dan komprehensif dapat mendeteksi secara dini kelainan dan risiko yang mungkin timbul selama kehamilan, sehingga kelainan dan risiko tersebut dapat diatasi dengan cepat dan tepat (Marniyati, Saleh, and Soebyakto 2016).

Asuhan *antenatal care* adalah suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi dan penanganan medik pada ibu hamil, untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persiapan persalihan yang aman dan memuaskan (Elisabeth siwi walyani 2017). Untuk melakukan *antenatal care* ibu hamil dapat dibantu oleh tenaga kesehatan seperti : dokter spesialis ginekologi, dokter perawat, bidan maupun tenaga terlatih seperti dukun bersalin terlatih. Pelayanan *antenatal care* dapat diakses di Posyandu, Puskesmas, Rumah sakit maupun di klinik dokter praktek swasta (Di, Kerja, and Masaran 2015)

2.1.2 Tujuan Pelayanan *Antenatal Care*

Tujuan *antenatal care* antara lain: 1. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin; 2. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu; 3. Mengenali dan mengurangi secara dini adanya penyulit-penyulit atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan

pembedahan; 4. Mempersiapkan persalinan cukup bulan dan persalinan yang aman dengan trauma seminimal; 5. Mempersiapkan ibu agar dapat memberikan ASI secara eksklusif.; 6. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal(Elisabeth siwi walyani 2017).

2.1.3 Standar Pelayanan *Antenatal Care*

Terdapat enam standar dalam pelaksanaan pelayanan antenatal sebagai berikut ini:

1. Identifikasi Ibu Hamil :Bidan melakukan kunjungan dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan motivasi ibu, suami dan anggota keluarganya untuk memeriksakan kehamilan secara dini dan teratur.
2. Pemeriksaan dan Pemantauan *Antenatal Care(ANC)*Bidan memberikan sedikitnya 4 kali pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi *anamneseis*, dan pemantauan ibu dan janin, bidan juga harus mengenal kehamilan resiko tinggi, imunisasi, nasihat dan penyuluhan, mencatat data yang tepat setiap kunjungan. Bila ditemukan kelainan, harus mampu mengambil tindakan yang diperlukan dan merujuknya untuk tindakan selanjutnya.
3. Palpasi abdominal:Bidan melakukan pemeriksaan *abdominal* secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan, serta bila umur kehamilan bertambah memeriksa posisi, bagian terendah janin dan masuknya kepala janin ke dalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.
4. Pengolola anemia pada kehamilan :Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan, atau rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan kebutuhan yang berlaku.
5. Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan :Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda serta gejala *preeklamsi*lainnya, serta mengambil tindakan tepat dan merujuknya.
6. Persiapan persalinan :Bidan memberikan saran yang tepat pada ibu hamil, suami dan keluarga untuk memastikan persiapan persalinan bersih dan

aman, persiapan transportasi serta biaya untuk merujuk. Bila tiba – tiba terjadi keadaan gawat darurat, bidan hendaknya melakukan kunjungan rumah untuk hal ini (Yuni Kusmiati 2009).

2.1.4 Jadwal Pemmeriksaan *Antenatal Care*

Jadwal pemeriksaan *Antenatal Care*

1. Pemeriksaan pertama: Pemeriksaan pertama dilakukan segera setelah diketahui terlambat haid.
2. Pemeriksaan ulang : a. Setiap bulan sampai umur kehamilan 6 sampai 7 bulan ; b. Setiap 2 minggu sampai kehamilan berumur 8 bulan : c. Setiap 1 minggu sejak umur kehamilan 8 bulan sampai terjadi persalinan

Frekuensi pelayanan *antenatal* oleh WHO ditetapkan 4 kali kunjungan ibu hamil dalam pelayanan *antenatal*, selama kehamilan dengan ketentuan sebagai berikut: a. 1 kali pada trimester pertama (K1): b. 1 kali pada trimester dua; c. 2 kali pada trimester ketiga (K4) (Mufdillah (2009) .

2.1.5 Kegiatan Pelayanan ANC

Pelayanan ANC menggunakan standar

- A. Pelayanan dengan minimal 14 T di daerah *endemik* terdiri dari :
 1. Timbang berat badan (T1). Ukur berat badan dalam kilogram tiap kali kunjungan. Kenaikan berat badan normal pada waktu hamil 0,5 kg per minggu mulai trimester kedua.
 2. Ukur tekanan darah (T2). Tekanan darah yang normal 110/80 – 140/90 mmHg, bila melebihi dari 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya *preeklamsi*.
 3. Ukur tinggi fundus uteri (T3)
 4. Pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan (T4)
 5. Pemberian imunisasi TT (T5)
 6. Pemeriksaan Hb (T6)
 7. Pemeriksaan VDRL (T7)
 8. Perawatan payudara, senam payudara dan pijat tekan payudara (T8)
 9. Pemeliharaan tingkat kebugaran / senam ibu hamil (T9)
 10. Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan (T10)

11. Pemeriksaan *protein urine* atas indikasi (T11)
12. Pemeriksaan *reduksi urine* atas indikasi (T12)
13. Pemberian terapi kapsul *yodium* untuk daerah *endemis* gondok (T13)
14. Pemberian terapi anti malaria untuk daerah *endemis* malaria (T14)

B. Pelayanan *ANC* dengan standar 10 T antara lain:

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
2. Ukur tekanan darah.
3. Nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas).
4. Ukur tinggi fundus uteri.
5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ).
6. *Skrining* status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi *Tetanus Toksoid* (TT) bila diperlukan.
7. Pemberian tablet besi minimal 90 tablet selama kehamilan.
8. Test laboratorium (rutin dan khusus).
9. Tatalaksana kasus.
10. Temu wicara (konseling) termasuk perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan.

C. Pelayanan *ANC* dengan standar 7 T antara lain:

1. (Timbang) berat badan dan ukur (tinggi badan)
2. Ukur (tekanan) darah
3. Ukur (tinggi) fundus uteri
4. Pemberian imunisasi (*Tetanus Toksoid*) TT lengkap
5. Pemberian (tablet besi)
6. (Tes) terhadap penyakit menular seksual (PMS)
7. (Temu) wicara dalam rangka persiapan rujukan.

2.2. Kematian Ibu

1. Determinan penyebab kematian ibu

McCarthy and Maine (1992) dalam kerangka konsepnya mengemukakan peran determinan kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan melatarbelakangi dan

menjadi penyebab langsung serta tidak langsung dari kematian ibu. Sedangkan determinan dalam kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan terhadap kematian ibu dibagi menjadi 3 jenis, yaitu:

1. Determinan kontekstual/jauh (*distant determinant*). (Status keluarga dalam masyarakat dan Status masyarakat
2. Determinan antara (*intermediate determinant*), yaitu: status kesehatan, status reproduksi, akses ke pelayanan kesehatan, perilaku sehat, dan faktor yang tidak diketahui atau tidak diduga.
3. Determinan dekat/proksi (*outcome*) meliputi: kejadian/komplikasi selama kehamilan atau persalinan yang merupakan penyebab langsung kematian ibu, yaitu: perdarahan, infeksi, eklamsi, partus lama, abortus dan rupture uteri (robekan rahim). Beberapa penelitian telah membuktikan angka total kesuburan (*total fertility rate/TFR*) ternyata tidak selalu memberikan dampak berarti pada penurunan AKI. Dalam jangka panjang, upaya penurunan AKI harus memperhatikan dan dilengkapi dengan intervensi terhadap determinan antara dan kontekstual.

2. Strategi untuk menurunkan angka kematian ibu

Sejak dilaksanakannya konferensi *International Safe Motherhood* di Nairobi tahun 1987, hampir setiap negara berkembang berusaha sekuat tenaga menurunkan AKI. McCarthy and Maine (1992) mengidentifikasi rantai penyebab kematian ibu dan menghubungkannya dengan strategi intervensi yang dibagi dalam 3 kategori, yaitu: a) mencegah/memperkecil kemungkinan wanita untuk hamil dengan keikutsertaan KB; b) mencegah/memperkecil kemungkinan wanita hamil mengalami komplikasi kehamilan dan persalinan; dan c) mencegah dan/memperkecil kematian wanita mengalami komplikasi dalam kehamilan/persalinan.

3. Definisi bidan

Bidan lulusan pendidikan diploma tiga dan Bidan lulusan pendidikan diploma empat yang telah melaksanakan Praktik Kebidanan secara mandiri di Tempat Praktik Mandiri Bidan sebelum Undang-Undang ini diundangkan, dapat melaksanakan Praktik Kebidanan secara mandiri di Tempat praktik Mandiri Bidan

untuk jangka waktu paling lama 7 (tujuh) tahun setelah Undang-Undang ini diundangkan. (undang undang no 4, 2019 pasal 74).

Pengertian bidan dan bidang prakteknya secara internasional telah diakui oleh *International Confederation of Midwives* (ICM) tahun 1972 dan *International Federation of International Gynaecologist and Obstetrician* (FIGO) tahun 1973, WHO dan badan lainnya. Sedangkan perbedaan bidan di Indonesia dan di luar negeri terletak pada jalur pendidikannya. Di Indonesia bidan memiliki jenjang/jalur pendidikan dan organisasi sendiri berbeda dengan keperawatan. Untuk di luar negeri pendidikan bidan adalah lanjutan dari pendidikan perawat.

2.3. Sistem Rujukan

Salah satu kelemahan pelayanan kesehatan adalah pelaksanaan rujukan yang kurang cepat dan tepat. Rujukan bukan suatu kekurangan, melainkan suatu tanggung jawab yang tinggi dan mendahulukan kebutuhan masyarakat. Dengan adanya sistem rujukan diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan yang lebih bermutu karena tindakan rujukan ditunjukkan pada kasus yang tergolong berisiko tinggi. Oleh karena itu kelancaran rujukan dapat menjadi faktor yang menentukan untuk menurunkan angka kematian ibu dan *perinatal* terutama dalam mengatasi keterlambatan.

Jika ibu datang untuk mendapatkan asuhan persalinan dan kelahiran bayi dan ia tidak siap dengan rencana rujukan maka lakukan konseling terhadap ibu dan keluarganya tentang rencana tersebut. Dengan membantu mereka membuat rencana rujukan pada saat awal persalinan atau pada saat pelayanan *antenatalcare*.

Apabila bayi dilahirkan dengan kelainan bawaan, jelaskan masalahnya kepada ibu dan keluarganya, serta bantu mereka untuk merujuk bayi ke fasilitas rujukan yang sesuai. Rujuk setiap bayi yang menunjukkan tanda-tanda infeksi, kelihatan tidak sehat, tidak memberi reaksi yang baik terhadap resusitasi dan mengalami kesulitan bernafas yang berkepanjangan. Lakukan pula rujukan terhadap bayi yang tidak dapat memulai atau melanjutkan upaya untuk menyusui.

Bidan sebagai tenaga kesehatan harus memiliki kesiapan untuk merujuk ibu atau bayi ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu. Jika bidan lemah atau lalai dalam melakukannya akan berakibat fatal bagi keselamatan jiwa ibu dan bayi.

Tujuan sistem rujukan adalah meningkatkan mutu, cakupan dan efisiensi pelayanan kesehatan secara terpadu. Terdapat 2 jenis istilah rujukan, yaitu: 1) rujukan *medic* yaitu pelimpahan tanggung jawab secara timbal balik atas satu kasus yang timbul baik secara *vertikal* maupun *horizontal* kepada yang lebih berwenang dan mampu menangani secara *rasional*; dan 2) rujukan kesehatan yaitu hubungan dalam pengiriman, pemeriksaan bahan atau *spesimen* ke fasilitas yang lebih mampu dan lengkap.

Dapat diambil kesimpulan dalam kasus rujukan diperlukan: 1) peranan dukun bayi tidak dapat ditiadakan dalam waktu singkat. Oleh karena itu dukun diikutsertakan dalam sistem rujukan aktif. Dukun masih diperlukan masyarakat. Oleh karena itu, mereka dilatih untuk lebih mampu melaksanakan tugasnya; dan 2) sistem rujukan medis yang berjalan dengan baik mencerminkan pelayanan dan pengayoman medis yang bermutu dan lebih menyeluruh.

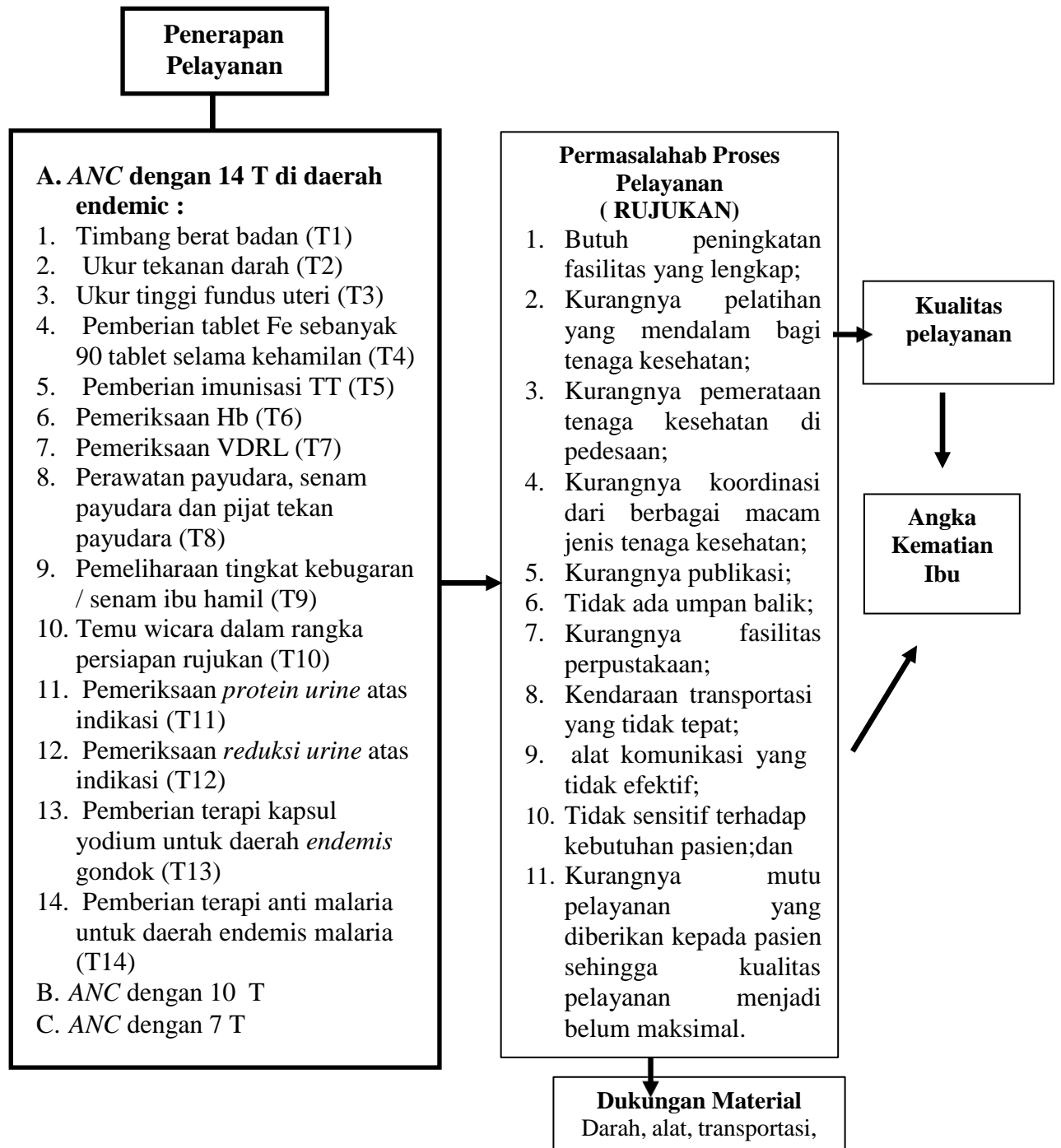
Tujuan rujukan adalah dihasilkannya pemerataan upaya kesehatan dalam rangka penyelesaian masalah kesehatan secara berdaya dan berhasil guna. Persiapan yang harus diperhatikan dalam melakukan rujukan dijabarkan sebagai berikut: 1) pastikan ibu bayi didampingi oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan memiliki kemampuan untuk melaksanakan kegawatdaruratan; 2) bawa perlengkapan dan bahan-bahan yang diperlukan, seperti infus set, tensimeter dan stetoskop; 3) beritahu keluarga tentang kondisi terakhir ibu dan alasan mengapa ia dirujuk. Suami dan anggota keluarga yang lain harus menemani ibu ke tempat rujukan; 4) beri surat ke tempat rujukan yang berisi identifikasi ibu (*klien*), alasan rujukan, uraian hasil rujukan, asuhan atau obat-obatan yang telah diterima ibu; 5) bawa obat-obat esensial yang diperlukan selama perjalanan merujuk; 6) siapkan kendaraan yang cukup baik untuk memungkinkan ibu dalam kondisi nyaman dan dapat mencapai tempat rujukan dalam waktu yang cepat; dan 7) ingatkan keluarga

untuk membawa uang dalam jumlah cukup untuk membeli obat dan bahan kesehatan yang diperlukan ditempat rujukan.

Sistim rujukan dalam *mekanisme* pelayanan *obstetrik* adalah suatu pelimpahan tanggung jawab timbal balik atas kasus atau masalah kebidanan yang timbul baik secara *vertikal* maupun *horizontal*. Tujuan rujukan dibagi menjadi 3, yaitu: 1) setiap penderita mendapat perawatan dan pertolongan yang sebaik-baiknya; 2) menjalin kerjasama dengan cara pengiriman penderita atau bahan laboratorium dari unit yang kurang lengkap keunit yang lebih lengkap fasilitasnya; dan 3) menjalin pelimpahan pengetahuan dan keterampilan melalui pendidikan dan pelatihan antara pusat dan daerah.

Kegiatan rujukan pelayanan kebidanan dapat dikelompokkan menjadi 5 tahap, yaitu: 1) pengiriman orang sakit dari unit kesehatan kurang lengkap ke unit yang lebih lengkap; 2) rujukan kasus patologis pada kehamilan, persalinan dan nifas; 3) pengiriman kasus masalah reproduksi manusia lainnya, seperti kasus *ginekologi* dan kontrasepsi yang memerlukan penanganan spesialis; 4) pengiriman bahan laboratorium; dan 5) jika penderita telah sembuh dan hasil laboratorium telah selesai, kembalikan dan kirimkan ke unit semula, jika perlu disertai dengan keterangan yang lengkap.

Gambar 2.1 Kerangka teori



Gambar 1. Kerangka Teori Modifikasi *The Nursing Organization and Outcomes Model* (Aiken et al., 2002), Prawihardjo, Kotler (2012)

DAFTAR PUSTAKA

- Andriani, Edison, Gracediani L. 2013. Implementasi Pelayanan Ibu Hamil (K4) oleh Bidan Berdasarkan SPM di Puskesmas Silungkang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* Vol.8 No. 1 Tahun 2013
- Azwar, S., 2012. *Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya*, Edisi Kedua. Yogyakarta : Pustaka Belajar
- Blanc A, Winfrey W, Ross J. New findings for maternal mortality age patterns: aggregated results for 38 countries. *PLoS One* 2013; 8: e59864.
- Creswell, Jhon W. 2014. *Penelitian Kualitatif & Desain Riset ; Memilih diantara lima Pendekatan* (Edisi ke 3 Cetakan ke II, 2018). Yogyakarta : PustakaPelajar.
- Dainty Maternity, dkk. 2017. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta: ANDI (anggota IKAPI).
- Depkes RI. 2013. *Rencana aksi penurunan angka kematian ibu di Indonesia*. Jakarta
- Depkes RI. 2009. *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu Dan Ana*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Keluarga
- Elisabeth siwi walyani. 2017. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pt. Pustaka Baru.
- Guspianto. 2012. Determinan Kepatuhan Bidan di desa terhadap Kepatuhan Standar Antenatal Care. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* Vol.7 No. 2
- Kemendes RI. 2017. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017*. Jakarta. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Kementerian Kesehatan. 2015. *Pedoman Pelayanan Ante Natal Care Terpadu Edisi Kedua*. Kementerian Kesehatan Direktur Jendral Bina Kesehatan Masyarakat
- Kesehatan, Kementerian. 2018. "Hasil Utama RISKESDAS 2018."
- Laili, Mussannah H. 2012. *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Bidan dengan Kemampuan Pene- rapan Standar Pelayanan Antenatal pada Pelayanan Bidan di Wilayah Pandaan Kabupaten Pasuruan [Tesis]*. Solo: UNS
- Marniyati, Lisa, Irsan Saleh, and Bambang B Soebyakto. 2016. "Pelayanan Antenatal Berkualitas Dalam Meningkatkan Deteksi Risiko Tinggi Pada Ibu Hamil Oleh Tenaga Kesehatan Di Puskesmas Sako , Sosial , Sei Baung Dan Sei Selincah Di Kota Palembang Pendahuluan Menjadi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Pemerintah Propi." 3(1): 355–62.
- Mulyana, D., 2005. *Ilmu Komunikasi*, Cetakan Ketujuh. Bandung : Rosdakarya
- Murti, B., 2003. *Prinsip dan Metodologi Riset Epidemiologi*, Edisi Kedua, Jilid Pertama. Yogyakarta : Gajah Mada University Press
- Nortman D. Parental age as a factor in pregnancy outcome and child development. *Reports on population/family planning*, no 16. New York, NY: Population Council, 1974.
- Notoatmodjo, S., 2007. *Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku*, Jakarta : Rineka Cipta
- Nove A, Matthews Z, Neal S, Camacho AV. Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries. *Lancet Glob Health* 2014; 2: e155–164

- Nursal Asbiran¹ Miftah Amalia Yasti² Silvia Factor Analysis Affecting The Cause Of Maternal Death In Padang City 2017 *Jurnal Human Care* *Jurnal Human Care*
- Nyoman, Ni, Mestri Agustini, Nunuk Suryani, and Pancrasia Murdani. 2013. "Jurnal Magister Kedokteran Keluarga." *Jurnal Magister Kedokteran Keluarga* 1(1): 67–79.
- PATH. 1999. "Keselamatan Ibu: Keberhasilan Dan Tantangan." *Outlook* 15: 1–16.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
- Putri, Lydia Mardison. 2018. "Analisis Input (Man And Methode) Pelaksanaan Anc Di Wilayah Kerja Puskesmas Iv Koto." 3(2): 94–104.
- Risqi Dewi Aisyah¹), Suparni²), Sandi Ari Susiatmi³)Evaluasi Pelaksanaan Standar 10T Dalam Pelayanan Antenatal Terpadu *Jurnal Kebidanan*, Vol. IX, No. 01, Juni 2017
- Ruwayda, 2016. Pelaksanaan Standar Pelayanan Antenatal Oleh Bidan Di Puskesmas Kota Jambi. *JURNAL MKMI*, Vol. 12 No. 2, Juni 2016
- Singkil, Kecamatan, and Kota Manado. 2012. "349 Gizido." 4(1): 349–57.
- Yuni Kusmiati, Ddk. 2009. *Perawatan Ibu Hamil (Asuhan Ibu Hamil)*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Sri Wahyuningsih et al. 2018. Faktor – faktor yang mempengaruhi kepatuhan bidan terhadap standar pelayanan antenatal di kota palembang. *JKK*. April 2018;(5):2:96-107.
- Tomastola, Y., Selvina, M., & Stevina, B. (2015). Tanggapan Pasien Diabetes Melitus Komplikasi Tentang Penggunaan Media Leaflet Dan Foto Bahan Makanan Pada Konseling Gizi Di Poli Gizi RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *GIZIDO*, Vol 7, Hal 1-12