

SISTEM RUJUKAN BIDAN DENGAN KASUS PRE EKLAMPSIA DAN EKLAMPSIA DI RSU DR. SAIFUL ANWAR MALANG

Dian Hanifah

Prodi D III Kebidanan STIKes Kenededes Malang
Jalan R. Panji Suroso No. 6 Malang Telp. 0341-488 762
Email : dianhanifah@gmail.com

ABSTRAK

Komplikasi kehamilan yang dapat menyebabkan kematian pada ibu adalah hipertensi pada kehamilan (eklampsia), perdarahan dan infeksi. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui system rujukan bidan dengan kasus Pre Eklampsia dan Eklampsia di Rumah Sakit Umum dr. Saiful Anwar Malang. Desain penelitian ini adalah deskriptif. Populasi penelitian ini adalah semua kasus pre eklamsi dan eklamsi yang dirujuk oleh bidan. Cara pengambilan sampel dengan menggunakan *simple random sampling*. Sumber data berasal dari rekam medis pasien. Data dianalisis menggunakan distribusi frekuensi. Hasil penelitian ini adalah 97% kasus pre eklamsi dan eklamsi dilakukan model rujukan terencana tepat waktu. 73% kasus dilakukan rujukan tepat waktu, 24% dilakukan rujukan dini berencana dan 3% rujukan terlambat. Mayoritas bidan telah melakukan rujukan tepat waktu. Perlu dilakukan penelitian dengan menganalisis sistem rujukan bidan pada kasus pre eklamsi dan eklamsi.

Kata Kunci : Sistem Rujukan Bidan, Pre eklamsi, Eklamsi

PENDAHULUAN

Menurut Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2009 Angka Kematian Ibu (AKI) masih berada pada angka 390 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan Departemen Kesehatan sendiri menargetkan angka kematian ibu tahun 2010 sekitar 226 orang dan pada tahun 2015 menjadi 102 orang pertahun. Penyebab langsung berkaitan dengan kematian ibu adalah komplikasi pada

kehamilan, persalinan dan nifas yang tidak tertangani dengan baik dan tepat waktu. Dari survei (SKRT 2001) diketahui bahwa komplikasi penyebab kematian ibu adalah perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (eklamsia), infeksi, partus lama dan komplikasi keguguran (Syafrudin, 2008).

Dampak eklamsia sangat berpengaruh kepada ibu dan bayinya,

dampak kepada ibu menderita eklamsia dan dikategorikan sebagai ibu hamil dengan resti (Resiko Tinggi) selain itu dapat menyebabkan kejang hingga koma. Sedangkan pada bayi, eklamsia akan sangat berpengaruh saat bayi tersebut lahir, diantaranya BBLR (Bayi Berat Lahir Rendah), *asfiksia*, atau lebih parahnya bayi lahir mati. Diagnosa dengan kasus eklamsia diketahui setelah ada komplikasi obstetrik dan meninggal hari kedua bila tidak ada tindakan. Kematian ibu sebagian besar (> 90%) disebabkan langsung oleh perdarahan (40-60%) dan eklamsia (20-30%) (Mochtar, 2010).

Di Jawa Timur, capaian AKI cenderung meningkat dilihat dalam rentang waktu tahun 2008 – 2012. Gambaran capaian tersebut adalah sebagai berikut : tahun 2008 sebesar 83/ 100.000 kelahiran hidup (KH) dan tahun 2012 sebesar 97,43/ 100.000 KH. AKI di kota Malang lebih tinggi dari capaian provinsi Jawa Timur yaitu 164.64/ 100.000 KH. Faktor penyebab AKI paling dominan di Jawa Timur adalah pre eklamsi dan eklamsi. Dari tahun 2010 sampai dengan tahun 2012

kematian yang disebabkan oleh pre eklamsi dan eklamsi semakin meningkat. Pada tahun 2010 proporsi Pre eklamsi dan eklamsi sebesar 26,92%, tahun 2011 sebesar 27,27% dan tahun 2012 sebanyak 34,88%. Proporsi tempat kejadian kematian ibu 78,18% terjadi di RS Umum. Dari data inilah, perlu adanya kajian lebih lanjut bahwa kematian ibu memang di rumah sakit atau karena sistem rujukan yang belum berjalan dengan baik (Dinkes Provinsi Jawa Timur, 2012).

Dalam melaksanakan profesinya bidan memiliki peran sebagai pelaksana, pengelola, pendidik, dan peneliti. Dalam perannya sebagai pelaksana, bidan memiliki tiga kategori tugas diantaranya adalah tugas mandiri, kolaborasi dan tugas ketergantungan. Dalam tugas kolaborasi (kerjasama), bidan wajib memberi asuhan kebidanan kepada ibu hamil, ibu dalam masa persalinan, ibu dalam masa nifas dengan resiko tinggi serta keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi yang melibatkan klien dan keluarga (Mufdillah, 2012).

Sedangkan dalam tugas ketergantungan (merujuk), bidan memiliki tugas untuk memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada setiap kasus kehamilan, persalinan, nifas dengan penyulit tertentu dan kegawatdaruratan. Dalam layanan kolaborasi, asuhan kebidanan yang diberikan kepada klien dengan beban tanggung jawab bersama semua pemberi pelayanan yang terlibat. Bidan meyakini bahwa dalam memberi asuhan harus tetap menjaga, mendukung, dan menghargai proses fisiologi manusia. Rujukan yang efektif dilakukan untuk menjamin kesejahteraan ibu dan bayinya sesuai dengan kewenangan dan kemampuannya (Soepardan, 2008).

Sehubungan dengan keterlambatan dalam pengiriman pasien, hal ini dikaitkan dengan sistem rujukan yang memiliki 3 model yaitu, model rujukan terlambat, model rujukan terencana, dan model rujukan tepat waktu. Rujukan terlambat disebabkan antara lain oleh karena mekanisme rujukan belum dilaksanakan secara terlaksana sejak dari rumah ibu hamil, sehingga sampai

di rumah sakit rujukan, ibu dan janin sudah dalam kondisi sangat kritis. Dalam model rujukan terencana merupakan upaya pencegahan pro aktif terhadap komplikasi persalinan dan kematian ibu/bayi. Sedangkan dalam model rujukan tepat waktu, cirinya pada tiap persalinan KRR (Kehamilan Resiko Rendah), KRT (Kehamilan Resiko Tinggi) dan KRST (Kehamilan Resiko Sangat Tinggi) semua penolong persalinan waspada terhadap komplikasi, menemukan dini, memberikan pertolongan pertama lalu di kirim ke rumah sakit (Rochjati, 2011).

Rumah Sakit dr. Saiful Anwar Malang merupakan salah satu RS milik propinsi Jawa Timur. RS dr. Saiful Anwar menjadi Rumah sakit rujukan bagi Kota dan Kabupaten Malang, rumah sakit ini juga melayani rujukan dari daerah sekitar Malang, yaitu Kabupaten dan Kota Pasuruan, Kabupaten dan Kota Probolinggo, Kabupaten Lumajang ditambah Kota dan Kabupaten Blitar. Fasilitas yang tersedia sangat lengkap, begitu juga dokter-dokter spesialis, poli kesehatan, dan ruang perawatan yang ada mampu

melayani pasien yang jumlahnya mencapai ribuan per hari (Profil RS dr. Saiful Anwar, 2013).

Berdasarkan pemaparan di atas serta masih tingginya angka kematian ibu yang disebabkan oleh komplikasi kehamilan terutama pada kasus pre

eklamsia dan eklamsia maka peneliti merasa tertarik untuk mengetahui gambaran sistem rujukan bidan dengan kasus Pre Eklamsia dan Eklamsia yang terdapat di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian yang digunakan adalah *deskriptif* yaitu mengetahui Gambaran Sistem Rujukan Bidan dengan Kasus Pre Eklamsia dan Eklamsia di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. Data yang dikumpulkan adalah data sekunder

yaitu diambil dari rekam medis pasien dengan diagnose pre eklamsia dan eklamsia yang dirujuk oleh bidan. Teknik pengambilan sampel dengan *simple random sampling*. Analisa data menggunakan distribusi frekuensi.

HASIL PENELITIAN

Tabel 1 Karakteristik responden berdasarkan usia dan diagnose Pre Eklamsia

| No | Usia Ibu | PER | | PEB dan Eklamsia | | E dengan Komplikasi | | Total | |
|--------------|-------------|-----|-----|------------------|-----|---------------------|----|-------|------|
| | | F | % | F | % | F | % | F | % |
| 1 | < 20 tahun | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 2 | 20-35 tahun | 7 | 23% | 20 | 67% | - | - | 27 | 90% |
| 3 | > 35 tahun | - | - | 2 | 7% | 1 | 3% | 3 | 10% |
| Total | | | | | | | | 30 | 100% |

Berdasarkan tabel 1 dijelaskan bahwa dari 30 responden yang diteliti, data yang tertinggi sebanyak 20 responden

atau sekitar 67% merupakan ibu usia 20 – 35 tahun dengan diagnosa pre eklamsia berat dan eklamsia.

Tabel 2 Karakteristik responden berdasarkan paritas dan diagnose pre eklamsia

| No | Paritas | PER | | PEB dan Eklamsia | | E dengan Komplikasi | | Total | |
|--------------|-------------|-----|-----|------------------|-----|---------------------|----|-------|------|
| | | F | % | F | % | F | % | F | % |
| 1 | Primipara | 6 | 20% | 15 | 50% | - | - | 21 | 70% |
| 2 | Multipara | 1 | 3% | 7 | 24% | 1 | 3% | 9 | 30% |
| 3 | Grandemulti | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Total | | | | | | | | 30 | 100% |

Berdasarkan tabel 2 dijelaskan bahwa dari 30 responden yang diteliti, data yang tertinggi sebanyak 15 responden

atau sekitar 50% merupakan ibu primipara dengan diagnosa pre eklamsia berat dan eklamsia.

Tabel 3 Karakteristik responden berdasarkan rujukan

| No | Riwayat Rujukan | PER | | Terencana | | PEB & E | | Tepat Waktu | | E dgn Komplikasi | | Terlambat | | Total Diagnosa | | Total Rujukan | |
|--------------|-----------------|-----|----|-----------|----|---------|-----|-------------|-----|------------------|----|-----------|----|----------------|------|---------------|------|
| | | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| 1 | 1 | 1 | 3% | 1 | 3% | 13 | 43% | 13 | 43% | - | - | - | - | 14 | 46% | 14 | 46% |
| 2 | 2 | 1 | 3% | 1 | 3% | 3 | 10% | 3 | 10% | - | - | - | - | 4 | 13% | 4 | 13% |
| 3 | 3 | 1 | 3% | 1 | 3% | 1 | 3% | 1 | 3% | - | - | - | - | 2 | 7% | 2 | 7% |
| 4 | 4 | 1 | 3% | 1 | 3% | 5 | 17% | 5 | 17% | - | - | - | - | 6 | 20% | 6 | 20% |
| 5 | 5 | 1 | 3% | 1 | 3% | - | - | - | - | 1 | 3% | 1 | 3% | 2 | 7% | 2 | 7% |
| 6 | 6 | 2 | 7% | 2 | 7% | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 7% | 2 | 7% |
| Total | | | | | | | | | | | | | | 30 | 100% | 30 | 100% |

Keterangan:

1 : BPS

2 : Polindes

3 : Pustu

4 : Puskesmas

5 : RS tipe C

6 : RS tipe B

Berdasarkan tabel 3 di atas, dijelaskan bahwa dari 30 responden yang diteliti, data yang tertinggi sebanyak 13 responden atau sekitar 43% merupakan riwayat rujukan BPM dengan diagnosa pre eklamsia berat dan eklamsia dan pengiriman pasiennya menggunakan model rujukan tepat waktu.

PEMBAHASAN

Pre eklamsi dan eklamsi merupakan salah satu komplikasi kehamilan. Faktor resiko terjadinya pre eklamsi dan eklamsi salah satunya

adalah usia lebih dari 35 tahun dan primigravida (Manuaba, 2010). Ditinjau dari karakteristik responden berdasarkan usia, hasil dalam penelitian ini adalah 90% responden berusia 20 – 35 tahun dan 10% responden berusia lebih 35 tahun. Dalam kurun reproduksi sehat dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20 – 30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata 2 -5 kali lebih tinggi daripada kematian maternal yang

terjadi pada usia 20 - 29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali sesudah usia 30 - 35 tahun (Prawirohardjo, 2009).

Dalam penelitian ini didapatkan data sebesar 50% ibu dengan primipara yang terdiagnosa pre eklamsia berat dan eklamsia yang di rujuk dengan rujukan tepat waktu. Paritas 2 – 3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Paritas 1 dan paritas tinggi (lebih dari 3) mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi. Lebih tinggi paritas, lebih tinggi kematian maternal (Prawirohardjo, 2009). Pada kasus pre eklamsi dan eklamsi, primigravida atau nulipara termasuk dalam faktor risiko. Dalam penelitian ini menunjukkan bahwa 70% responden termasuk dalam paritas primigravida.

Sistem rujukan pada penelitian ini sudah sesuai dengan pedoman rujukan terencana. Keberhasilan rujukan tepat waktu pada penelitian ini kemungkinan didukung oleh pengenalan dini adanya tanda bahaya, pengambilan keputusan oleh keluarga, segera melakukan pengiriman dan

transportasi serta penanganan segera di RS rujukan. Masih ada 1 kasus rujukan terlambat pada penelitian ini. Keterlambatan mendapatkan pelayanan yang tepat merupakan salah satu penyebab kematian. Sumber keterlambatan rujukan adalah kemiskinan dan pengetahuan yang rendah dan kurangnya pengertian kesejajaran antara pria dan wanita. Ada 4 penyebab keterlambatan rujukan yaitu; terlambat memutuskan rujukan, terlambat dalam perjalanan, terlambat dalam memberikan pertolongan di pusat kesehatan dan terlambat diterima di pusat pelayanan kesehatan (Depkes RI, 2007).

KESIMPULAN DAN SARAN

Mayoritas BPM melakukan rujukan pasien ke RS Saiful Anwar Malang menggunakan model rujukan tepat waktu. Disarankan untuk peneliti selanjutnya untuk melakukan analisa faktor tenaga kesehatan yang melakukan rujukan kasus pre eklamsi dan eklamsi.

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan RI, 2007. *Pedoman Sistem Rujukan Maternal Neonatal di Tingkat Kabupaten/ Kota*.
- Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur, 2012. *Profil Kesehatan Propinsi Jawa Timur*.
- Hanifa, Wiknjosastro. 2009. *Ilmu Kebidanan*, Edisi-3, Cetakan ke-11, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.
- Mochtar, Rustam. 2013. *Sinopsis Obstetri: Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi*, Ed. 3, jilid 1. Jakarta: EGC.
- Manuaba, Ida Bagus Gde. 2009. *Memahami kesehatan reproduksi wanita*. Jakarta: EGC.
- Mufdlilah, Hidayat Asri. 2009. *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta: Mitra Cendekia.
- Rochjati. Poedji, 2004. *Rujukan terencana dalam Sistem Rujukan Paripurna Terpadu Kabupaten / Kota*, Cetakan-1, Airlangga University Press, Surabaya
- Rochjati, Poedji. 2011. *Skrining Antenatal Pada Ibu hamil Edisi 2 Pengenalan Faktor Risiko Deteksi Dini Ibu Hamil Risiko Tinggi*. Surabaya: Pusat Penerbitan dan Percetakan Unair.
- Soepardan, Suryani. 2008. *Konsep kebidanan*. Jakarta: EGC
- Syafruddin. 2008. *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan dalam Kebidanan*. Jakarta: Trans Info Media