

PENDEKATAN RESIKO KEHAMILAN KARTU SKOR POEDJI ROCHJATI (KSPR) DENGAN POLA RUJUKAN DI RSD dr. SOEBANDI JEMBER

Ai Nur Zannah*

* Dosen D III Kebidanan STIKES dr. Soebandi Jember

ABSTRACT

Approach to risk evaluation is an attempt to determine any possible risks in pregnancy can lead to maternal mortality and morbidity and premature babies. Hadijono in getting the results of his research on maternal mortality high risk pregnancy is 20 times higher than the low-risk pregnancies, perinatal mortality also obtained six times higher. The death of one of the problems caused due to late referral. The purpose of this study to determine the relationship approach to risk pregnancy Rochjati Poedji Score Card (KSPR) with referral patterns. Analytic design of this study is the correlation with the population of pregnant women who were referred in RSD dr. Soebandi Jember during month of April to June of 2013, as many as 320 samples taken randomly. Measuring instrument is secondary data medical records. The results of risk pregnancies and referral patterns indicate a low risk of pregnancy complications 12%, 62% of high risk pregnancies and pregnancies are very high risk 27%, 96% planned referral patterns and 4% referral fee. Chi-Square statistical test with significance level of 5% and $df = 2$ price obtained $\chi^2 = 7.93$ is greater than the table χ^2 ($7.93 > 5.591$) and the contingency coefficient obtained $KK = 0.16$ which means that there is a low relationship Among approach KSPR risk pregnancies with referral patterns. There are other factors that affect referral patterns, but with intensive approach to risk and maternal health services through a family-based problem-based pregnancy and safe delivery of the package, it will prevent the occurrence of late referral.

Keywords: approach to risk pregnancy, KSPR, Referral Patterns

PENDAHULUAN

Kehamilan dan persalinan merupakan proses alami yang menyimpan cerita suka dan duka. Situasi gembira berlangsung jika ibu dan bayi saat kehamilan dan persalinan dalam keadaan sehat. Namun hal tersebut bisa mengecewakan dan menyedihkan, bila terjadi kegagalan pertolongan saat kehamilan dan persalinan yang menyebabkan keadaan ibu dan bayi tidak baik bahkan terjadi kematian. Kegagalan pertolongan ataupun tidak optimalnya pertolongan baik saat kehamilan maupun persalinan sesungguhnya mempunyai peluang untuk dihindari yaitu dengan pendekatan risiko.

Pendekatan risiko yaitu evaluasi untuk menentukan setiap risiko yang mungkin dapat menimbulkan morbiditas dan

mortalitas secara dini. Perlu diketahui bahwa tidak ada kehamilan tanpa risiko. Mungkin saat hamil risiko tidak dijumpai, tetapi risiko dapat berkembang pada saat persalinan, dan atau masa nifas. Risiko dapat ringan sampai berat yang dapat menyebabkan terjadinya kesakitan, kecacatan, dan kematian pada ibu dan atau bayi. (Manuaba, 2007).

Menurut Chalid, 2013 kematian ibu oleh karena kehamilan atau persalinan di Indonesia masih sangat tinggi, tertinggi di ASEAN. Perbandingan kematian ibu di Indonesia 262/100.000 kelahiran, dengan di Malaysia sekitar 39/100.000 kelahiran, atau Singapura yang hanya 6/100.000 kelahiran, bahkan lebih tinggi dari pada Vietnam yaitu 95/100.000 kelahiran yang sama-sama

merupakan negara yang sudah mengalami perang cukup lama.

Sebuah studi kasus oleh Bob Berstein menyatakan risiko kematian bayi pada wanita dengan satu atau lebih faktor risiko kehamilan empat terlalu (terlalu muda, terlanjur tua, terlalu banyak, dan terlalu dekat) adalah 1,74 kali lebih besar dibandingkan dengan wanita yang tidak berisiko. (Rahmadewi, 2008). Hadijono, 1992, dalam penelitiannya mendapatkan hasil angka kematian ibu pada kehamilan risiko tinggi (KRT) adalah 20 kali lebih tinggi dibandingkan dengan kehamilan risiko rendah (KRR), didapat pula angka kematian perinatal pada KRT 6 kali lebih tinggi dibandingkan KRR.

Data profil kesehatan Provinsi Jawa Timur tahun 2007 dari 936 Puskesmas, jumlah ibu hamil 692.590 jiwa, ibu hamil yang risiko tinggi atau yang mengalami komplikasi 117.339 jiwa (84,71%), dan ibu hamil risiko tinggi yang ditangani 125.410 jiwa (90,54%). Dan data profil di Dinkes Jember tahun 2010 menyatakan terdapat ibu hamil sejumlah 40.531 jiwa dan yang mengalami risiko tinggi sejumlah 3.726.

Masalah kematian ibu di Indonesia sangat kompleks, situasi geografis kita yang sulit, sistem rujukan, infrastruktur dan transportasi menyebabkan sulitnya akses mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai, kasus yang dirujuk sering datang sudah terlambat. Distribusi dokter dan tenaga kesehatan yang tidak merata, terutama untuk daerah Indonesia Timur. Belum lagi tingkat pengetahuan masyarakat kita, kultur wanita Indonesia yang lebih banyak diam (pasrah), kultur keluarga yang paternalistik (sehingga pengambilan keputusan untuk merujuk sering terlambat), semua mempunyai kontribusi pada tingginya angka kematian ibu di negara kita. Ada tiga risiko keterlambatan yaitu terlambat mengambil keputusan untuk dirujuk, termasuk terlambat mengenali tanda bahaya,

terlambat sampai di fasilitas kesehatan pada saat keadaan darurat, dan terlambat memperoleh pelayanan yang memadai oleh tenaga kesehatan. Dengan begitu, tidak heran angka morbiditas di Indonesia masih tinggi. (Chalid, 2013)

Menurut Chalid, 2013, tugas media untuk turut membantu menekan angka kematian ibu sangat diperlukan, antara lain dengan penyebaran informasi seputar kesehatan ibu, sehingga ibu, keluarga, dan penolong, mempunyai tingkat kewaspadaan yang tinggi dalam menghadapi setiap kehamilan. Menurut Manuaba, 2007, upaya pendekatan risiko dapat menekan dan menurunkan morbiditas dan mortalitas maternal serta perinatal dengan cara membangun sesuatu yang dapat digunakan sebagai standar pelayanan kesehatan reproduksi, menekan risiko sehingga secara khusus dapat diklasifikasikan untuk mendapatkan perhatian, dan menemukan secara dini berbagai faktor yang dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas.

Berbagai upaya telah dilakukan pemerintah untuk menurunkan angka kematian ibu dan kematian bayi, antara lain melalui penempatan bidan di desa, pemberdayaan keluarga dan masyarakat dengan menggunakan buku kesehatan ibu dan anak dan program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), serta penyediaan fasilitas kesehatan Pelayanan *Obstetri Neonatal* Emergensi Dasar (PONED) di puskesmas perawatan dan Pelayanan *Obstetri Neonatal* Emergensi Komprehensif (PONEK) di rumah sakit. Dengan adanya fasilitas kesehatan dari mulai tingkat dasar, diharapkan rujukan dapat dilaksanakan secara terencana dan tepat waktu tidak ada keterlambatan terutama bagi kehamilan risiko tinggi. (Zulhadi, 2013)

Berdasarkan latar belakang di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang "Pendekatan Risiko Kehamilan Kartu Skor Poedji Rochjati

(KSPR) dengan Pola Rujukan di RSD dr. Soebandi Jember”.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan pendekatan risiko kehamilan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) dengan pola rujukan di RSD dr. Soebandi Jember pada bulan April-Juni tahun 2013

METODE PENELITIAN

Desain penelitian ini adalah *analitik korelasi* yaitu menganalisa hubungan pendekatan risiko kehamilan menurut KSPR dengan pola rujukan di RSD dr. Soebandi Jember. Dalam penelitian ini, yang menjadi variabel independen adalah risiko kehamilan dan variabel dependennya adalah pola rujukan.

Pengambilan sampel menggunakan *Probability Sampling Simple Random Sampling* yaitu setiap anggota atau unit dari populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk diseleksi sebagai sampel, tanpa memperhatikan strata yang ada dalam anggota populasi (Notoatmodjo, 2010). Dan didapatkan jumlah sampel sebanyak 320 yaitu ibu hamil yang dirujuk ke Ruang Bersalin dan Poli Hamil RSD dr. Soebandi Jember dari bulan April-Juni tahun 2013 serta ibu hamil risiko rendah yang ada komplikasi. Penelitian dilaksanakan di RSD dr. Soebandi Jember kurang lebih dua minggu dilaksanakan pada tanggal 24 Juni 2013 sampai 7 Juli 2013.

Data dikumpulkan dengan menggunakan data sekunder, kemudian diolah dan dianalisis dengan uji Chi-Square kemudian dilanjutkan dengan Koefisien Kontingensi karena variabel independen dan variabel dependen merupakan data kategorik (data dengan skala nominal atau ordinal).

HASIL

a. Hasil univariat

Berdasarkan table di atas didapatkan data bahwa jumlah pola rujukan terencana dengan masing-masing klasifikasi risikonya adalah kehamilan risiko rendah (KRR) sebanyak 10%, kehamilan risiko tinggi (KRT) sebanyak 61%, dan kehamilan risiko sangat tinggi (KRST) sebanyak 26%. Sedangkan jumlah rujukan terlambat hampir sama besarnya dalam setiap klasifikasi risiko yaitu kehamilan risiko rendah (KRR) dan kehamilan risiko sangat tinggi (KRST) mempunyai jumlah yang sama sebanyak 2%, sedangkan kehamilan risiko tinggi sebanyak 1%.

Pola Rujukan	Risiko Kehamilan			Jumlah
	Kehamilan Risiko Rendah Kompilasi	Kehamilan Risiko Tinggi	Kehamilan Risiko Sangat Tinggi	
Terencana	0	124	54	178
Tepat Waktu	32	70	26	128
Terlambat	5	4	5	14
Total	37	198	85	320

b. Hasil Bivariat

Berdasarkan uji Chi-Square perhitungan manual dengan taraf signifikan 5 % dan dk=2 didapatkan nilai Chi-Square hitung 7,93. Sedangkan hasil perhitungan menggunakan SPSS versi 17 dengan tingkat kesalahan ($\alpha = 0,05$) didapatkan Chi-Square 10,47 dan p value 0,005. Dan besarnya koefisien kontingensi menurut perhitungan manual adalah 0,16. Sedangkan hasil hitung menggunakan SPSS didapatkan hasilnya sebesar 0,18.

PEMBAHASAN

Setelah menganalisis data, yang dihitung secara manual menggunakan teknik perhitungan Chi-Square, didapatkan χ^2 hitung lebih besar dari χ^2 tabel ($7,93 > 5,591$). Maka H_0 ditolak dan H_a diterima yang artinya terdapat hubungan pendekatan risiko kehamilan menurut KSPR dengan pola rujukan.

Kemudian dilakukan perhitungan untuk mengetahui kuat lemahnya hubungan dengan menggunakan rumus koefisien kontingensi didapatkan hasilnya sebesar 0,16 lalu disesuaikan dengan tabel korelasi menunjukkan adanya hubungan yang rendah antar variabel yaitu pendekatan risiko kehamilan KSPR dengan pola rujukan.

Pendekatan risiko merupakan salah satu cara untuk mengetahui ada tidaknya kehamilan risiko tinggi yang kemungkinan dapat menyebabkan terjadinya bahaya atau komplikasi baik terhadap ibu maupun janin yang dikandungnya selama masa kehamilan, melahirkan ataupun nifas. Diharapkan melalui pendekatan risiko, ibu yang mengalami risiko tinggi bisa mendapatkan rujukan yang tepat dan sesuai tidak terlambat. Namun berdasarkan hasil penelitian, terdapat jumlah yang sama dari setiap klasifikasi risiko kehamilan untuk terjadinya rujukan terlambat, yaitu dengan rata-rata masing-masing klasifikasi adalah 2%.

Hal di atas terjadi karena pendekatan risiko yang diterapkan di lapangan mempunyai prediksi yang kurang baik dalam membedakan ibu yang akan mengalami komplikasi dengan ibu yang tidak, yaitu pendekatan risiko dilakukan tidak secara berkala sehingga ada anggapan bahwa ibu dengan kehamilan risiko rendah tidak memerlukan pengawasan berkala, baik selama kehamilan, persalinan, maupun nifas.

Sebenarnya, lebih bijaksana bila kita menganggap bahwa setiap kehamilan mempunyai risiko. Sebab pada kehamilan yang dianggap tidak berisiko yaitu kehamilan risiko rendah, dalam perjalanannya dapat timbul risiko dan komplikasi. Atau pada kehamilan dengan risiko yaitu kehamilan risiko tinggi dan sangat tinggi, justru pada saat persalinannya berlangsung dengan baik, tanpa timbul risiko dan komplikasi yang diperkirakan. Menurut Manuaba, 2007

dan Rochjati, 2003 pendekatan risiko yang benar adalah dilakukan sejak awal kehamilan, selama kehamilan sampai mendekat ke persalinan yang secara tidak langsung merupakan aplikasi dari pelayanan antenatal / *Antenatal Care* (ANC).

Pelayanan antenatal adalah pemeriksaan dan pengawasan kehamilan secara berkala untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil, sehingga mampu menghadapi persalinan, kala nifas secara normal baik fisik maupun mental. Seperti yang dijelaskan di atas pelayanan antenatal didalamnya mencakup pendekatan risiko sehingga dapat mengetahui berbagai risiko dan komplikasi kehamilan, dengan begitu ibu hamil dapat diarahkan untuk melakukan rujukan yang tepat tidak terlambat ke Rumah Sakit.

Rujukan terlambat itu sendiri menurut buku MPS (*Making Pregnancy Safer*) disebutkan selain pendekatan risiko kehamilan juga terdapat tiga faktor lain yang mempengaruhi, yaitu pengambilan keputusan, fasilitas kesehatan, dan pertolongan di fasilitas kesehatan. Rujukan ini merupakan salah satu penyebab kematian ibu dan bayidan permasalahannya di Indonesia sangat kompleks.

Menurut Chalid, 2013 beberapa penyebab keterlambatan rujukan adalah situasi geografis yang sulit, transportasi ke tempat pelayanan kesehatan yang kurang memadai, dan distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata terutama di daerah Indonesia Timur, belum lagi tingkat pengetahuan masyarakat yang kurang dan sosial budaya wanita Indonesia yang lebih banyak pasrah dengan keputusan laki-laki (paternalistik) sehingga terlambat dalam mengambil keputusan.

Namun, dengan permasalahan di atas pemerintah Indonesia tidak tinggal diam saja, terdapat beberapa solusi untuk mengatasinya yaitu dengan pendekatan holistik, dengan cara:

- a. Mendekatkan pelayanan kesehatan di tengah masyarakat dengan mendirikan Puskesmas
- b. Meningkatkan peranan rumah sakit kabupaten dengan menempatkan empat dokter spesialis yaitu spesialis bedah, spesialis anak, spesialis obstetri ginekologi, dan spesialis penyakit dalam
- c. Menetapkan rumah sakit referral puncak yang lengkap di setiap provinsi bahkan sebagian besar telah menjadi rumah sakit pendidikan
- d. Menempatkan bidan di desa untuk secara langsung membantu masyarakat dalam bidang reproduksi yang pada gilirannya diharapkan dapat mengganti dukun atau dikembangkan kemitraan antara bidan di desa dan dukun, dimana persalinan ditolong oleh bidan, dukun hadir dalam memberikan perawatan pasca persalinan kepada ibu dan bayi baru lahir dengan kesepakatan *fee* antar mereka.

Berdasarkan penjelasan di atas, membuktikan bahwa bukan hanya pendekatan risiko kehamilan saja yang mempengaruhi pola rujukan, namun terdapat faktor-faktor lainnya yang juga harus mendapatkan perhatian. Dengan pendekatan holistik diharapkan dapat menurunkan pola rujukan terlambat yang nantinya dapat menurunkan morbiditas dan mortalitas ibu dan atau bayi.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

- a. Hasil penelitian risiko kehamilan menunjukkan bahwa terdapat kehamilan risiko rendah komplikasi 12%, kehamilan risiko tinggi 62% dan kehamilan risiko sangat tinggi 27% di RSD dr. Soebandi Jember.
- b. Hasil penelitian pola rujukan menunjukkan bahwa pola rujukan kehamilan di RSD dr. Soebandi sudah 96% terencana, dan 4% terlambat.

- c. Hasil penelitian menyimpulkan bahwa terdapat hubungan antara pendekatan risiko kehamilan menurut KSPR dengan pola rujukan

SARAN

Adapun saran yang dapat diberikan dari hasil penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Bagi Masyarakat

Setelah mengetahui hasil penelitian ini, diharapkan masyarakat khususnya ibu hamil untuk senantiasa memperhatikan kondisi diri dan bayinya dengan mengikuti pelayanan antenatal secara berkala sehingga tidak terjadi komplikasi dan ibu serta bayi sehat selamat.

- b. Bagi Tenaga Kesehatan

Bagi tenaga kesehatan khususnya bidan, diharapkan meningkatkan pelayanan antenatal, yaitu membantu setiap ibu hamil dan keluarganya dalam:

- a) Membuat perencanaan persalinan, dengan memilih petugas kesehatan yang terampil, tempat bersalin, keuangan, nutrisi yang baik selama hamil, perlengkapan esensial untuk ibu dan bayi.
- b) Mempersiapkan diri menghadapi komplikasi, dengan deteksi dini, menentukan orang yang akan membuat keputusan, dana kegawatdaruratan, komunikasi, transportasi, dan donor darah. Dengan begitu, ibu yang sudah tahu kalau mempunyai kondisi yang memerlukan kelahiran di rumah sakit akan berada di rumah sakit pada saat yang tepat, sehingga kematian karena penundaan keputusan, keputusan yang kurang tepat, atau hambatan dalam hal jangkauan fasilitas kesehatan akan dapat dicegah. Tenaga kesehatan juga harus mampu meningkatkan kemampuan baik secara individu maupun organisasi dalam

mendeteksi secara dini faktor risiko yang mungkin dapat terjadi pada ibu hamil, dengan rutin mengisi KSPR setiap pelayanan antenatal dan yang lebih penting adalah memberikan KIE serta penyuluhan sesuai klasifikasi risikonya. Bidan juga harus bisa mengarahkan keluarga untuk memberikan keputusan yang terbaik bagi ibu sehingga tidak ada istilahnya “terlambat”. Pemerintah juga harus ikut serta dalam mengembangkan sistem pelayanan salah satunya pendekatan holistik sistem pelayanan kesehatan dengan membangun tempat pelayanan kesehatan dari mulai tingkat dasar.

c. Bagi Peneliti Lainnya

Diharapkan penelitian ini dapat ditindaklanjuti dan dikembangkan untuk lebih baik, terutama dalam hal pendekatan risiko dan pola rujukan.

DAFTAR PUSTAKA

- Amelia, Rizky. (2013) *Rujukan Terlambat*. <http://www.midwifescience.wordpress.com> diakses tanggal 14 Juni 2013
- Arikunto, Suharsimi. (2009) *Prosedur Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta
- Benson, Ralph C, dkk. (2009) *Buku Saku Obstetri & Ginekologi Edisi 9*. Jakarta: EGC
- Bobak, dkk. (2005) *Keperawatan Maternitas edisi 4*. Jakarta: EGC
- Chalid, Maisuri T. (2013) *Kehamilan Risiko Tinggi (Prosiding)*. Makassar: FKUH
- Dahlan, M. Sopiudin. (2009). *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Depkes RI. (2007) *Pedoman Pelayanan Antenatal*. Jakarta : Depkes RI
- Dian. (2007) *Risiko Tinggi*. <http://www.info-wikipedia.com> diakses tanggal 19 Februari 2013
- Hadijono. (1992) *Pola Kasus Kehamilan Risiko Tinggi (Tesis)*. Semarang: Universitas Diponegoro
- Hidayat, A Aziz A. (2007) *Metode Penelitian Kebidanan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Rineka Cipta
- Hidayati, Ratna. (2008) *Asuhan Keperawatan pada Kehamilan Fisiologis dan Patologis*. Jakarta: Salemba Medika
- Indrayani. (2011) *Buku Ajar Asuhan Kehamilan*. Jakarta: CV. Trans Info Media
- Manuaba, I.B.G, dkk. (2007) *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: EGC
- Manuaba, Ida Ayu Candranita, dkk. (2010) *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan, dan Infeksi*. Jakarta : EGC
- Manuaba, Ida Ayu Candranita, dkk. (2009) *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2003) *Pendidikan dan Prilaku Kesehatan*. Jakarta: PT.Rineka Cipta
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2010) *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam. (2008) *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Prawirohardjo, Sarwono. (2009). *Ilmu Kebidanan Edisi Keempat Cetakan Kedua*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Rahmadewi,dkk. (2008) *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kehamilan Berisiko Tinggi*. Jakarta: Badan Pusat Statistik, BKKBN, DepKes RI dan Macro International Inc. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia

- Rochjati, Poedji. (2003) *Skrining Antenatal Pada Ibu hamil*. Surabaya: Airlangga University Press
- Saifuddin, Abdul Barie. (2006) *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: PT. Bina Pustaka
- Sugiyono. (2010) *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Suryandari. (2011) *Risiko kehamilan dengan kejadian persalinan di Wilayah Puskesmas Arjasa Tahun 2010 (KTI)*. Jember: Poltekkes Malang Prodi Kebidanan Jember.
- Syarifudin, B. (2010) *Panduan TA Keperawatan dan Kebidanan dengan SPSS*. Yogyakarta: Grafindo Litera Media
- Widyatamma, Tim. (2009) *Kamus Kedokteran Edisi Terbaru*. Jakarta: Penerbit Widyatamma
- Wijono. (1999) *Manajemen Mutu Kesehatan*. Surabaya: Airlangga Press
- Zulhadi. (2013) *Evaluasi Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Ibu di Kabupaten Karimun Tahun 2012 (Tesis)*. Yogyakarta: UGM.