

GAMBARAN FAKTOR RISIKO KEGAWATDARURATAN OBSTETRI PADA PASIEN YANG DIRUJUK DI RSU ANUTAPURA PALU, TAHUN 2018

Muh. Rifai H. Nunu¹, Djemi^{1*}, ¹, Muh. Ali Palanro² .

¹Program Studi Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Alkhairaat, Jl.P. Diponegoro No. 39 Palu

*Corresponding author: Telp: +6281316108705, email: djemi48@yahoo.co.id

ABSTRAK

Kegawatdaruratan obstetri terbagi menjadi 3 kelompok faktor risiko, yaitu APGO (Ada Potensi Gawat Obstetri), AGO (Ada Gawat Obstetri), dan AGDO (Ada Gawat Darurat Obstetri). Kegawatdaruratan obstetri dengan faktor risiko yang tinggi merupakan penyebab tingginya Angka Kematian Ibu (AKI). Upaya yang efektif pada kegawatdaruratan obstetri adalah dengan rujukan yang tepat dan terencana untuk menghindari adanya rujukan terlambat. Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui faktor risiko kegawatdaruratan obstetric pada pasien yang dirujuk di RSU Anutapura Palu, tahun 2018. Penelitian ini menggunakan observational deskriptif dengan pendekatan Cross Sectional terhadap 88 pasien yang dirujuk dengan kegawatdaruratan obstetric. Data diisi dengan menggunakan lembaran checklist. Analisis data menggunakan SPSS 17.0 dan Microsoft Excel 2016. APGO : Ibu dengan umur ≥ 35 tahun dengan 28 kasus (31,8%). AGO : 27 Kasus (30,7%). AGDO : ibu dengan pendarahan antepartum 27 kasus (30,7%), APGO + AGO kelompok dengan faktor risiko terbanyak yaitu 31 kasus (35,2%). Distribusi resiko sangat tinggi yang terbanyak menjadi faktor risiko ibu hamil sesuai skor yaitu 55 kasus (62,5%), distribusi rujukan dini berencana lebih tinggi sebanyak 54 kasus (61,4%). APGO +AGO menjadi kelompok faktor risiko terbanyak, faktor rujukan tertinggi pada kasus kegawatdaruratan obstetric di RSU Anutapura adalah rujukan dini berencana.

Kata Kunci: Rujukan, Kegawatdaruratan, Obstetri, Faktor Risiko

ABSTRACT

Obstetrics emergency divided into 3 group of risk factor, APGO (Potential Obstetrics), AGO (Serious Obstetrics), and AGDO (Emergency Obstetrics). Obstetrics emergency with high risk is the cause of high maternal mortality rate (AKI). The effective attempt to handle emergency obstetrics is by the precise and planned referrals to avoid any cause of lateness in referring patients. The aim of the study is to describe the emergency obstetrics risk factor on patients that referred on RSU Anutapura Palu, 2018. This study used Descriptive Observational with Cross Sectional approach to 88 obstetrics patients. Data inputted by using checklist sheet. The data analyzed with SPSS 17.0 and Excel 2016. APGO: mother age ≥ 35 years with 28 cases (31,8%). AGO: 27 Cases (30,7%). AGDO: mother with antepartum bleeding 27 cases (30,7%). APGO + AGO are the most group on high risk with 31 cases (35,2%). High risk distribution is the cause of most risk on pregnant mother are 55 cases (62,5%). Distribution of early planned referral is higher with 54 cases (61,4%). APGO +AGO are group with the most risk factor. The cause of high factor of referrals at RSU Anutapura is early planned referrals.

Keywords: Referral, Emergency, Obstetrics, Risk Factor

PENDAHULUAN

Sistem rujukan adalah sistem pelayanan kesehatan yang melakukan pelimpahan tanggung jawab timbal balik pada masalah kesehatan pada unit yang lebih mampu menangani, atau antar unit yang setingkat. Sedangkan rujukan kebidanan adalah adanya keadaan gawat darurat pada kehamilan dan persalinan yang merupakan penyebab utama terjadinya kesakitan dan kematian ibu sehingga diperlukan tindakan segera untuk menanganinya yang disebut dengan adanya komplikasi.^{1,2}

Kegawatdaruratan obstetri merupakan penyebab utama kematian maternal dan perinatal. Kegawatdaruratan obstetri menurut Rochjati terbagi menjadi 3 kelompok faktor risiko, yaitu APGO (Ada Potensi Gawat Obstetri), AGO (Ada Gawat Obstetri), dan AGDO (Ada Gawat Darurat Obstetri). Faktor risiko adalah suatu ukuran statistik dari peluang atau kemungkinan untuk terjadinya suatu keadaan gawat-darurat yang tidak diinginkan pada masa mendatang, yaitu kemungkinan terjadinya komplikasi obstetri pada saat persalinan yang dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecacatan, ketidak-nyamanan atau ketidak-puasan (5K) pada ibu dan atau bayi. Berbagai penelitian menyatakan salah satu upaya penatalaksanaan yang efektif pada kegawatdaruratan obstetri dengan pelaksanaan rujukan. Rujukan yang tepat dan terencana dapat menyelamatkan ibu dan bayi baru lahir.^{3,4}

Penyebab utama kematian ibu menurut SDKI tahun 2001, dikelompokkan menjadi penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung biasanya erat dengan kondisi kesehatan ibu sejak proses kehamilan, proses persalinan, dan pasca persalinan seperti perdarahan (28 %), infeksi (11 %), komplikasi perurperium (8 %), partus macet/lama (5 %), abortus (5 %), trauma obstetri (5 %), emboli obstetri (5 %), dan lain-lain (11 %). Sedangkan penyebab tidak langsung lebih terkait dengan kondisi sosial ekonomi, geografis serta perilaku budaya masyarakat yang terangkum dalam 4 T “terlalu” (terlalu tua, terlalu muda, terlalu banyak, terlalu sering) dan 3 Terlambat (terlambat mengambil keputusan, terlambat membawa, dan terlambat mendapatkan pelayanan); seperti anemia (51 %), terlalu muda <20 tahun (10,3 %), terlalu tua >35 tahun (11 %), terlalu dekat jaraknya <24 bulan (15 %) dan <36 bulan (6 %). Sedangkan penyebab utama

kematian perinatal adalah prematur/BBLR (Berat Badan Lahir Rendah), kelainan kongenital, asfiksia neonatorum, insufisiensi plasenta, perlukaan kelahiran, dan lain-lain.^{5,6}

Kasus rujukan gawat darurat kebidanan di RSUD Anutapura Palu sendiri masih tinggi pada tahun 2014 angka kejadian kasus rujukan gawat darurat kebidanan sebanyak 1.238 kasus, pada tahun 2015 meningkat sebanyak 1.978 kasus, pada tahun 2016 masih tinggi sebanyak 1.008 kasus dan pada tahun 2017 sebanyak 702 kasus rujukan gawat darurat kebidanan.

METODOLOGI

Desain Penelitian :

desain Penelitian yang digunakan adalah observasional deskriptif dengan metode “cross sectional” untuk mengetahui gambaran faktor risiko kegawatdaruratan obstetri pada pasien yang dirujuk di RSUD Anutapura Palu. Teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah menggunakan “*Purposive Sampling*” yaitu mengambil subjek sesuai tujuan penelitian yaitu Ibu yang dirujuk dengan faktor risiko kegawatdaruratan obstetri yang sesuai dengan kriteria Subjek Penelitian.

Waktu & Tempat Penelitian

penelitian dilaksanakan pada tanggal 16 September – 30 Desember tahun 2018 di IGD Kebidanan RSUD Anutapura Palu, Sulawesi Tengah.

Populasi & Sampel Penelitian

Ibu yang dirujuk dengan faktor risiko kegawatdaruratan obstetri di RSUD Anutapura Palu, tahun 2018

Penyajian Data

Analisis Statistik pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan Statistical Product for Social Science 17 (SPSS 17). Pengelolaan data dilakukan setelah memasukkan data dari angket ceklis mengenai faktor risiko kegawatdaruratan obstetri

HASIL DAN PEMBAHASAN

HASIL

1. Gambaran Ibu bersalin dengan faktor risiko APGO

Tabel 1. Gambaran Ibu bersalin yang dirujuk dengan faktor risiko APGO di RSUD Anutapura Palu Tahun 2018

APGO	n	%
Primi Muda	7	8.0%
Primi Tua	10	11.4%
Primi Tua Sekunder	3	3.4%
Anak Terkecil ≤ 2 Tahun	17	19.3%
Grande Multi	21	23.9%
Umur ≥ 35 Tahun	28	31.8%
Tinggi Badan ≤ 145 cm	0	0%
Riwayat Obstetri Jelek	15	17.0%
Riwayat Partus Tindakan	8	9.1%
Bekas SC	6	6.8%

Berdasarkan tabel 1 didapatkan bahwa kasus faktor risiko tertinggi untuk APGO adalah ibu dengan faktor risiko ibu umur ≥ 35 Tahun yang mempunyai jumlah kasus yaitu mempunyai 28 kasus (31,8%), selanjutnya faktor risiko grande multi dengan jumlah kasus 21 (23,9%) dan untuk faktor risiko tinggi badan ibu ≤ 145 cm mempunyai jumlah kasus 0.

2. Gambaran Ibu bersalin dengan faktor risiko AGO

Tabel 2. Gambaran Ibu bersalin yang dirujuk dengan faktor risiko AGO di RSUD Anutapura Palu Tahun 2018

AGO	n	%
Penyakit Ibu	27	30.7%
Preeklampsia Ringan	17	19.3%
Hamil Kembar	1	1.1%
Hidramnion	9	10.2%
Serotinus	4	4.5%
Bayi Mati dalam Rahim	3	3.4%
Letak Sungsang	21	23.9%
Letak Lintang	0	0%

Berdasarkan tabel 2 didapatkan bahwa kasus faktor risiko tertinggi untuk AGO adalah faktor risiko dari penyakit ibu yang mempunyai jumlah

kasus yaitu 27 kasus (30,7%), selanjutnya faktor risiko letak sungsang dengan jumlah kasus 21 (23,9%) dan untuk ibu dengan faktor risiko letak lintang mempunyai jumlah 0.

3. Gambaran Ibu bersalin dengan faktor risiko AGDO

Tabel 3. Gambaran Ibu bersalin yang dirujuk dengan faktor risiko AGDO di RSUD Anutapura Palu Tahun 2018

AGDO	n	%
Perdarahan Antepartum	27	30.7%
Preeklampsia Berat / Eklampsia	8	9.1%

Berdasarkan tabel 3 didapatkan bahwa kasus faktor risiko tertinggi untuk AGDO adalah ibu dengan Perdarahan Antepartum yang mempunyai jumlah kasus yaitu 27 kasus (30,7%) dan untuk ibu dengan faktor risiko preeklampsia berat/eklampsia mempunyai jumlah 8 kasus (9,1%).

4. Gambaran kelompok faktor risiko APGO, AGO dan AGDO berdasarkan jumlah faktor risiko yang ditemukan

Tabel 4. Gambaran kelompok faktor risiko APGO, AGO dan AGDO berdasarkan jumlah faktor risiko yang ditemukan pada ibu hamil yang dirujuk di RSUD Anutapura Palu Tahun 2018

KELOMPOK FAKTOR RISIKO	n	%
APGO	8	9,1%
AGO	15	17,1%
AGDO	1	1,1%
APGO + AGO	31	35,2%
APGO + AGDO	13	14,8%
AGO + AGDO	11	12,5%
APGO + AGO + AGDO	9	10,2%
Total	88	100%

Berdasarkan tabel 4. didapatkan bahwa kelompok faktor risiko berdasarkan jumlah yang ditemukan yang paling terbanyak adalah karena ibu dengan kelompok APGO + AGO dengan jumlah 31 kasus (35,2%).

5. Gambaran Tingkatan Risiko Ibu Hamil

Tabel 5. Gambaran Tingkatan risiko Ibu hamil yang dirujuk di RSUD Anutapura Palu Tahun 2018

TINGKATAN RISIKO IBU HAMIL		n	%
Kehamilan Rendah	Risiko	1	1.1%
Kehamilan Risiko Tinggi	Risiko	32	36.4%
Kehamilan Sangat Tinggi	Risiko	55	62.5%
Total		88	100.0%

Berdasarkan tabel 4 didapatkan bahwa kasus kehamilan risiko sangat tinggi yang terbanyak menjadi faktor risiko ibu hamil sesuai skor yaitu 55 kasus (62,5%), untuk kehamilan risiko tinggi mempunyai jumlah 32 kasus (36,4%) dan untuk kehamilan risiko rendah mempunyai jumlah kasus yang paling sedikit yaitu 1 kasus (1,1%).

6. Gambaran Kriteria Rujukan Berdasarkan Faktor Risiko yang ditemukan

Tabel 6. Gambaran kriteria rujukan berdasarkan faktor risiko yang ditemukan pada ibu bersalin yang dirujuk dengan risiko di RSUD Anutapura Palu Tahun 2018.

KRITERIA RUJUKAN		n	%
Rujukan Berencana	Dini	54	61.4%
Rujukan Tepat Waktu		10	11.3%
Rujukan Terlambat		24	27.3%
Total		88	100.0%

Berdasarkan tabel 5 didapatkan frekuensi rujukan dini berencana lebih tinggi sebanyak 54 kasus (61,4%), untuk rujukan terlambat sebanyak 24 kasus (27,3%) dan yang paling sedikit yaitu kasus rujukan tepat waktu dengan jumlah 10 kasus (11,4%).

PEMBAHASAN

1. Gambaran ibu bersalin dengan faktor risiko APGO

Penelitian ini mendapatkan bahwa kasus faktor risiko tertinggi untuk APGO adalah ibu dengan faktor risiko umur ≥ 35 tahun yang mempunyai jumlah kasus sebanyak 17 kasus (31,8%) dan yang paling sedikit adalah kasus ibu dengan tinggi badan ≤ 145 cm. Hal ini sejalan dengan

penelitian yang dilakukan oleh (Diflayzer, 2014) di RSUD Dr. Rasidin Padang yang mendapatkan faktor risiko umur ≥ 35 tahun menjadi faktor risiko yang tertinggi pada APGO dengan presentase 28,9%.

Pada penelitian ini didapatkan komplikasi terbanyak pada umur ibu ≥ 35 tahun karena perdarahan dan ketuban pecah dini sehingga membutuhkan rujukan segera yang menunjukkan adanya kasus kegawatdaruratan obstetri.

Umur ibu ≥ 35 tahun menjadi faktor risiko dalam kehamilan ataupun persalinan karena berisiko menyebabkan terjadinya perdarahan. Biasanya, kondisi ini rentan terjadi pada ibu-ibu yang melahirkan anak pertama atau bagi ibu yang melahirkan anak ketiga atau keempat. Pada usia tersebut rahim sudah mulai kaku, yang akan membuat gangguan tonus menjadi hipotoni ataupun atonia uteri, sehingga dapat menyebabkan perdarahan. Namun tidak semua perempuan yang memahami hal tersebut, sehingga banyak kasus perempuan hamil di usia di atas 30 tahunan tidak begitu peduli dengan kehamilannya. Padahal sebaiknya, kehamilan di rentang usia tersebut memerlukan pengontrolan yang tepat ke dokter-dokter kandungan selama masa kehamilannya.¹⁰

Meningkatnya usia juga membuat kondisi dan fungsi rahim menurun. Salah satu akibatnya adalah jaringan rahim tidak lagi subur. Padahal, dinding rahim tempat menempelnya plasenta. Kondisi ini memunculkan kecenderungan terjadinya plasenta previa. Selain itu, jaringan rongga panggul dan otot-ototnya pun melemah sejalan bertambahnya usia. Hal ini membuat rongga panggul tidak mudah lagi mengatasi dan menghadapi komplikasi yang berat, seperti perdarahan.¹⁰

Usia tua juga merupakan faktor risiko terjadinya ketuban pecah dini. Pecahnya ketuban pada banyak kasus tidak diketahui sebabnya, namun infeksi bakteriuria asimptomatik intrauterin merupakan prekursor tersering terjadinya KPD. Hal ini didasarkan bahwa karena pada usia tua umumnya telah terjadi beberapa kehamilan sebelumnya (multiparitas) yang merupakan salah satu faktor risiko dari adanya bakteriuria asimptomatik.⁷

Pada kehamilan diatas usia 35 tahun penyakit degenerative seperti hipertensi dan diabetes mellitus sering muncul yang membuat gangguan pembuluh darah atau devaskularisasi yang dapat menyebabkan nekrosis jaringan sehingga jaringan

ikat yang menyangga membrane ketuban semakin berkurang yang akhirnya mengakibatkan ketuban pecah dini.⁷

Jumlah bayi yang dilahirkan oleh wanita pada usia 30-an akhir semakin meningkat selama dekade terakhir ini. Padahal wanita yang hamil pada usia ≥ 35 tahun memiliki risiko untuk mendapatkan komplikasi lebih besar dari pada wanita yang lebih muda. Wanita yang hamil usia 35-40 tahun memiliki risiko tinggi untuk menderita diabetes gestasional, plasenta previa, lahir sungsang, perdarahan postpartum, anak lahir dibawah usia 32 minggu, berat lahir rendah dan bayi mati saat lahir, karena meningkatnya risiko-risiko yang akan terjadi sehingga terjadi peningkatan jumlah rujukan karena untuk mengatasi komplikasi yang terjadi perlu adanya persalinan dengan bantuan vakum atau forsep, operasi seksio sesar baik yang elektif ataupun emergensi yang tidak dapat dilakukan di tempat asal rujukan.¹¹

2. Gambaran ibu bersalin dengan faktor risiko AGO

Kasus AGO yang terbanyak pada penelitian ini adalah Penyakit Ibu dengan jumlah kasus sebanyak 27 kasus dengan penyakit yang paling banyak adalah anemia dengan jumlah kasus sebanyak 23 kasus dan selebihnya merupakan penyakit diabetes gestasional sebanyak 2 kasus, penyakit jantung 1 kasus dan asma sebanyak 1 kasus. Sedangkan faktor resiko AGO yang paling sedikit adalah kasus letak lintang. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian (Rochjati,2007) di Kab. Nganjuk yang mendapatkan faktor risiko penyakit ibu sebagai faktor risiko yang terbanyak pada AGO. Berbeda dengan penelitian oleh (Diflayzer, 2014) di RSUD Dr. Rasin Padang yang mendapatkan faktor risiko serotinus sebagai faktor risiko tertinggi pada AGO dengan persentase 52%.

Kecukupan zat besi dan status gizi KEK mempengaruhi terjadinya anemia pada ibu hamil. Anemia dalam kehamilan yang paling sering dijumpai adalah anemia gizi besi, hal ini disebabkan kurangnya asupan zat besi dalam makanan karena gangguan absorpsi, gangguan penggunaan atau perdarahan. Keperluan akan zat besi pada kehamilan akan bertambah terutama pada trimester akhir, pada proses pematangan sel darah merah zat besi diambil dari transferin plasma yaitu cadangan besi dalam serum. Apabila cadangan plasma tidak cukup maka akan mudah

terjadi anemia. Status KEK juga menunjukkan hubungan sebab akibat dengan kejadian anemia pada ibu hamil. Timbulnya masalah gizi pada ibu hamil, seperti kejadian KEK, tidak terlepas dari keadaan sosial, ekonomi, dan bio-sosial dari ibu hamil dan keluarganya seperti tingkat pendidikan, tingkat pendapatan, konsumsi pangan, umur, paritas, dan sebagainya yang bisa berujung pada anemia.¹²

Saat inpartu, anemia dapat menimbulkan gangguan his baik primer maupun sekunder, janin akan lahir dengan anemia, dan akan mengharuskan persalinan dengan tindakan karena ibu cepat lelah. Sehingga banyak didapatkan ibu dengan faktor risiko anemia berat akan dilakukan rujukan. Alasan lainnya sehingga dilakukan rujukan selain karena gangguan his kekuatan mengejan yaitu pada kala I dapat berlangsung lama dan terjadi partus terlantar, pada kala II berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan dan operasi kebidanan, pada kala III dapat mengakibatkan retencio plasenta dan pada kala IV dapat terjadi perdarahan post partum sekunder dan atonia uteri.¹²

Masalah berupa komplikasi atau penyakit yang menyertai kehamilan pada wanita hamil sangat memerlukan perhatian medis. Kehamilan dapat berjalan dengan baik karena faktor-faktor yang mempengaruhi kehamilan, yaitu faktor fisik meliputi status kesehatan, status gizi, gaya hidup; faktor psikologi berupa *stressor*, *support* keluarga, *partner abuse* dan faktor sosial budaya dan ekonomi.¹⁴

1. Gambaran ibu bersalin dengan faktor risiko AGDO

Kejadian faktor risiko terbanyak untuk AGDO pada penelitian ini adalah perdarahan antepartum. Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh (Laili,2017) di RSUD Gambiran Kediri yang mendapatkan preeklampsia berat/ eklampsia sebagai jumlah tertinggi untuk AGDO yaitu sebanyak 23 kasus (76,6%). Sedangkan penelitian di RSUP DR. Kariadi Semarang tahun 2013 mendapatkan juga proporsi kejadian preeklampsia berat/eklamptia yaitu 84 kasus (8,0%) lebih tinggi dari perdarahan antepartum yaitu 56 kasus (5,6%).¹³

Perdarahan antepartum adalah perdarahan yang terjadi sebelum kelahiran bayi, perdarahan keluar dari liang senggama pada ibu hamil setelah 28 minggu. Perdarahan antepartum harus

mendapat perhatian penuh, karena merupakan tanda bahaya yang dapat mengancam nyawa ibu dan/atau janinnya. Perdarahan dapat keluar sedikit-sedikit tetapi terus menerus, lama- lama ibu menderita anemia berat, sekaligus banyak yang menyebabkan ibu syok, lemas nadi kecil dan tekanan darah menurun.⁹

Plasenta previa dan solusio plasenta saling berkaitan sebagai penyebab tersering dari adanya perdarahan antepartum. Plasenta previa yaitu perdarahan yang terjadi tanpa sakit pada saat tidur atau sedang melakukan aktivitas. Mekanisme perdarahan karena pembentukan segmen bawah rahim menjelang kehamilan aterm sehingga plasenta lepas dari implantasi dan menimbulkan perdarahan. Bentuk perdarahan dapat menimbulkan penyulit pada ibu seperti anemia sampai syok, sedangkan pada janin dapat menimbulkan asfiksia sampai kematian janin dalam rahim. Sedangkan solusio plasenta adalah terlepasannya plasenta sebagian atau seluruh yang dapat menyebabkan perdarahan. Terlepasnya plasenta sebelum waktunya menyebabkan timbunan darah antara plasenta dan dinding rahim yang dapat menimbulkan gangguan penyulit terhadap ibu maupun janin. Sehingga penyulit yang didapatkan pada ibu dan janin pada plasenta previa dan solusio plasenta merupakan penyebab perlu adanya dilakukan rujukan yang apabila dijumpai di Puskesmas atau diluar dari Rumah Sakit tipe C.¹²

2. Gambaran kelompok faktor risiko APGO, AGO dan AGDO bedasarkan jumlah faktor risiko yang ditemukan.

Kejadian kelompok faktor risiko terbanyak pada penelitian ini adalah dengan 2 kombinasi kelompok faktor risiko yaitu ibu dengan kelompok APGO dan AGO. Hal ini berbeda dengan penelitian oleh (Rochjati,2007) di Kab. Nganjuk yang mendapatkan kelompok faktor risiko tunggal yaitu kelompok APGO adalah kelompok faktor risiko terbanyak yang ditemukan.

Pada penelitian ini didapatkan adanya kelompok APGO dengan faktor risiko primi muda dan primi tua yang berkombinasi dengan kelompok AGO dengan faktor risiko letak sungsang sehingga menjadi 2 kombinasi kelompok faktor risiko yang paling banyak ditemukan.

Ini sesuai teori bahwa usia dapat mempengaruhi terjadinya letak sungsang terutama

pada usia < 20 tahun dan usia > 35 tahun. Ibu dengan usia < 20 tahun mengalami letak sungsang, yang dikarenakan usia muda dengan kondisi panggul sempit sehingga dapat menyebabkan kepala bayi sulit berada di jalan lahir yang kemungkinan akan mengalami kesulitan dalam persalinan, dan dapat mengancam jiwa ibu serta janin jika tidak segera mendapatkan penanganan yang tepat. Sedangkan ibu dengan usia > 35 tahun berhubungan dengan mulainya terjadi regenerasi sel-sel tubuh terutama endometrium akibat usia biologis jaringan dan adanya penyakit yang dapat menimbulkan kelainan letak.⁸

3. Gambaran Tingkatan Risiko Ibu Hamil

Dalam penelitian ini didapatkan bahwa kehamilan risiko sangat tinggi (KRST) merupakan faktor risiko ibu hamil terbanyak yaitu 62,5%. Hal ini sejalan dengan penelitian (Diflayzer,2014) di RSUD Dr. Rasidin Padang yang mendapatkan kehamilan risiko sangat tinggi merupakan faktor risiko yang terbanyak. Berbeda dengan penelitian Rochjati et al (2007) di mana kehamilan risiko rendah (KRR) merupakan kasus terbanyak yaitu 78%, kemudian kehamilan risiko tinggi (KRT) sebesar 20,2% dan kehamilan risiko sangat tinggi (KRST) sebesar 1,8%. Hal ini mungkin karena perbedaan pengambilan sampel dimana penelitian ini hanya memakai sampel di RSUD Anutapura Palu yang merupakan rumah sakit rujukan, sedangkan penelitian diatas mengambil sampel secara keseluruhan, baik dari Puskesmas, RSUD ataupun RSUP.¹¹

KRST merupakan kelompok risiko ibu hamil yang paling banyak, namun masih didapatkan kehamilan dengan risiko rendah, hal ini membuktikan bahwa tidak ada kehamilan yang tidak berisiko. Kehamilan berisiko berkaitan dengan faktor 3 terlambat yaitu terlambat mendeteksi tanda bahaya, terlambat mengambil keputusan merujuk, terlambat sampai rujukan dan terlambat mendapatkan pertolongan di tempat rujukan. Semakin tinggi tingkat risiko ibu hamil, semakin banyak ditemukan faktor keterlambatan terutama terlambat mendeteksi tanda bahaya. Pada semua kasus ditemukan kecenderungan semakin tinggi tingkat risiko kehamilan, maka semakin banyak pula masalah yang harus ditangani. Sehingga dengan kemampuan dan jumlah petugas perlu adanya deteksi dini tanda bahaya pada ibu hamil.¹¹

4. Gambaran Kriteria Rujukan berdasarkan faktor risiko yang ditemukan

Rujukan terencana terbagi menjadi rujukan dini berencana dan rujukan tepat waktu. Dari tabel dapat dilihat bahwa rujukan dini berencana dan rujukan tepat waktu masing-masing adalah 54 (61,4%) dan 10 (11,4%) kasus, maka total kasus rujukan terencana adalah gabungan kedua nilai di atas yaitu 64 kasus (72,8%). Sedangkan frekuensi rujukan terlambat yaitu 24 kasus (27,3%). Berbeda dengan penelitian (Diflayzer, 2014) di RSUD Dr. Rasidin Padang mendapatkan rujukan terlambat merupakan rujukan tertinggi dengan presentase 56,1%.

Dari penelitian ini didapatkan hampir seluruh responden dirujuk terencana, rujukan dini berencana terbanyak pada kriteria rujukan. RDB dilakukan pada ibu hamil dengan faktor risiko yang didapatkan dari APGO dan AGO yang diperkirakan mungkin masih mengalami komplikasi dalam persalinan. Bila terdapat kelainan yang sudah dideteksi sejak dini, bidan akan segera melakukan rujukan yang dapat direncanakan sehingga penyakit atau komplikasi segera teratasi yang nantinya membuat angka kematian ibu dan anak akan menurun. Rujukan terencana suatu rujukan yang dikembangkan secara sederhana, mudah dimengerti dan dapat disiapkan atau direncanakan oleh ibu atau keluarga dalam mempersiapkan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Rujukan terencana ini bertujuan untuk mengurangi jumlah rujukan terlambat, mencegah komplikasi ibu dan anak serta dapat menurunkan AKI, sehingga keterlambatan dalam pengenalan masalah, pengambilan keputusan, pengiriman ke pusat rujukan, serta penanganan di pusat rujukan dapat teratasi dengan baik.⁹

Hasil penelitian ini juga menunjukkan ada beberapa responden yang memiliki faktor risiko kegawatdaruratan obstetri namun terlambat dirujuk, dengan risiko kehamilan ibu yaitu ibu dengan kehamilan risiko sangat tinggi menjadi yang terbanyak pada rujukan terlambat yang disebabkan karena adanya komplikasi persalinan lanjut yang tidak segera mendapat pertolongan adekuat, dengan keadaan perdarahan pasca persalinan dengan syok dan anemia berat, persalinan macet dengan infeksi dan panas sangat tinggi/syok septik, serta eklampsia berat dengan sindroma "HELLP" (ada gagal faal hati dan gangguan pembekuan darah).⁹

Hal ini berkaitan dengan faktor 4 Terlalu (terlalu tua, terlalu muda, terlalu banyak, terlalu sering) dan 3 terlambat yaitu terlambat mendeteksi tanda bahaya, terlambat mengambil keputusan merujuk, terlambat sampai rujukan dan terlambat mendapatkan pertolongan di tempat rujukan. Rujukan terlambat yang dilakukan pada beberapa ibu hamil dengan faktor risiko karena ibu hamil tersebut datang ke bidan dengan kondisi usia kehamilan tua dan mendekati persalinan. Berdasarkan hal tersebut, rujukan terlambat pada penelitian ini kemungkinan disebabkan oleh kurangnya kesadaran pasien tentang tanda bahaya pada kehamilan dan pengambilan keputusan mendapatkan perawatan oleh tenaga kesehatan dan kurangnya peran bidan dalam memberi pengetahuan ataupun ANC pada ibu hamil yang memiliki faktor risiko kegawatdaruratan obstetri.²

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di IGD Kebidanan RSUD Anutapura Palu Tahun 2018 terhadap 88 orang, tentang **Gambaran Faktor Risiko Kegawatdaruratan Obstetri pada Pasien yang Dirujuk di RSUD Anutapura Palu tahun 2018**, dapat disimpulkan bahwa, umur 35 tahun atau lebih menjadi kasus faktor risiko tertinggi untuk Ada Potensi Gawat Obstetri (APGO). Berdasarkan penyakit dari ibu menjadi faktor risiko tertinggi untuk Ada Gawat Obstetri (AGO). Berdasarkan pendarahan antepartum menjadi resiko tertinggi untuk Ada Gawat Darurat Obstetri (AGDO). Berdasarkan Kelompok faktor risiko terbanyak yang ditemukan yaitu dengan 2 kombinasi faktor risiko, ibu dengan faktor risiko APGO dan AGO. Berdasarkan Kasus kehamilan risiko sangat tinggi (KRST) merupakan kasus yang terbanyak pada ibu bersalin. Berdasarkan kasus rujukan dini berencana lebih banyak dari pada rujukan tepat waktu dan rujukan terlambat berdasarkan faktor risiko yang ditemukan.

Berdasarkan kesimpulan di atas penulis menyarankan Bagi wanita diharapkan lebih memahami mengenai usia-usia berisiko pada kehamilan yang menyebabkan kegawatdaruratan dalam kehamilan dan persalinan sehingga dapat merencanakan kehamilannya pada usia produktif. Bidan dan ibu hamil diminta untuk lebih mengenal mengenai faktor 4 Terlalu (terlalu tua, terlalu muda, terlalu banyak, terlalu sering) dan 3 Terlambat yaitu terlambat mendeteksi tanda bahaya, terlambat mengambil keputusan merujuk, terlambat sampai rujukan dan terlambat

mendapatkan pertolongan di tempat rujukan untuk menurunkan jumlah angka kasus rujukan terlambat yang juga nantinya akan menurunkan jumlah AKI dan AKB. Bagi bidan lebih sering memberikan edukasi pada ibu hamil mengenai faktor risiko gawat obstetri yang akan terjadi dan dapat mendeteksi dan tangani sedini mungkin risiko-risiko yang terjadi pada ibu hamil

DAFTAR PUSTAKA

1. Christanto, D. 2014. Kepuasan Pasien Ibu Hamil dalam Proses Rujukan Vertikal Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak: Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia Volume 2 Nomor 4
2. Manauba. 2012. Pengantar Kuliah Obstetri dan Ginekologi Sosial. Jakarta Timur: TIM.
3. Rochjati, Poedji. 2003. Rujukan Terencana dalam Sistem Rujukan Paripurna Terpadu Kabupaten/Kota. Surabaya: Airlangga University Press.
4. Laili, F, et al. 2014. Hubungan Faktor Risiko Kegawatdaruratan Obstetri Menurut Rochjati dengan Pelaksanaan Rujukan oleh Bidan di RSUD Gambiran Kediri. Diakses 12 Maret 2017 dari:
www.ijemc.com/index.php/ijemc/article/download/11/8
5. Depkes RI, 2007. Pedoman Sistem Rujukan Maternal dan Neonatal di Tingkat Kabupaten/Kota. Jakarta : Depkes RI.
6. Prastyani. 2010. Rujukan Kasus Kegawatdaruratan Obstetri Neonatal Oleh Bidan Desa Ke Puskesmas Mampu Poned Di Kabupaten Bogor Tahun 2009. Depok: Universitas Indonesia. Available From :
[Http://Lib.Ui.Ac.Id/File?File=Digital/20304432-T%2030848-Rujukan%20kasus-Full%20text.Pdf](http://Lib.Ui.Ac.Id/File?File=Digital/20304432-T%2030848-Rujukan%20kasus-Full%20text.Pdf)
7. Maharani, et al. 2017. Hubungan Usia, Paritas dengan Ketuban Pecah Dini di Puskesmas Jagir Surabaya. Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes, Vol. VII Nomor 2.
8. Supartini. Hubungan Antara Usia dan Paritas dengan Letak Sungsang pada Ibu bersalin. Embrio Jurnal Kebidanan : Surabaya.
9. Rochjati, Poedji. 2003. Skrining Antenatal pada Ibu Hamil. Surabaya: Airlangga University Press.
10. Inaya,Nur. 2010. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Komplikasi Persalinan di RSIA Siti Fatimah Makassar Tahun 2009. Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Alaudidin Makassar.
11. Dogba, et al. 2011. Mother and newborn survival according to point of entry and type of human resources in a maternal referral system in Kayes (Mali). *Reproductive Health*, 8:13. Diakses 25 September 2017 dari:
<http://www.reproductive-health-journal.com/content/8/1/13>.
12. Manauba. 1998. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan. Kedokteran EGC: Jakarta
13. Manauba. 2012. Pengantar Kuliah Obstetri dan Ginekologi Sosial. Jakarta Timur: TIM.
14. Jumaiza, et al. 2018. Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada ibu hamil trisemester III. *Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan: Wawasan Kesehatan*.