

Sistem Rujukan dan Pengembangan Manual Rujukan KIA

Penyusun: Sitti Noor Zaenab

Pengertian

Sesuai SK Menteri Kesehatan No.23/1972 pengertian sistem rujukan adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan yang melaksanakan pelimpahan tanggungjawab timbal balik terhadap suatu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal dalam arti dari unit berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu, atau secara horizontal dalam arti antar unit-unit yang setingkat kemampuannya.

Jenjang Sistem Rujukan

Sistem rujukan kegawatdaruratan maternal dan neonatal mengacu pada prinsip utama kecepatan dan ketepatan tindakan, efisien, efektif, dan sesuai kemampuan dan kewenangan fasilitas pelayanan.

Masyarakat dapat langsung memanfaatkan semua fasilitas pelayanan obstetri dan neonatal, sesuai kondisi pasiennya. Bidan di desa (Bides) dan pondok persalinan desa (Polindes) dapat memberikan pelayanan langsung terhadap ibu hamil/ibu bersalin/ibu nifas dan bayi baru lahir (BBL), baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat. Bides dan bidan praktek swasta (BPS) memberikan pelayanan persalinan normal, dan pengelolaan kasus-kasus tertentu sesuai kewenangan dan kemampuannya, atau melakukan rujukan pada puskesmas, puskesmas PONED, dan RS PONEK sesuai tingkat pelayanan yang sesuai.

Puskesmas non PONED atau bisa juga disebut puskesmas jejaring PONED memberikan pelayanan sesuai kewenangannya dan harus mampu melakukan stabilisasi pasien dengan kegawatdaruratan sebelum melakukan rujukan ke Puskesmas PONED atau RS PONEK. Puskesmas PONED memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan langsung dan dapat melakukan pengelolaan kasus dengan komplikasi tertentu sesuai tingkat kewenangan dan kemampuannya atau melakukan rujukan pada RS PONEK.

RS PONEK 24 jam memiliki kemampuan memberikan pelayanan PONEK langsung terhadap ibu hamil/ibu bersalin/ibu nifas/BBL baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat, Bides/BPS, Puskesmas, dan Puskesmas PONED

Pengembangan Manual Rujukan KIA

Sistem rujukan yang dibangun harus dilengkapi dengan manual supaya bisa dilaksanakan dengan lebih tertata dan jelas. Manual rujukan sebaiknya disusun dan dikembangkan oleh kelompok kerja (Pokja)/tim rujukan di sebuah kabupaten/kota. Tujuan manual adalah untuk menjalankan sistem rujukan pelayanan ibu dan bayi dikaitkan dengan sumber pembiayaannya. Manual rujukan tersusun dari kejadian yang dapat dialami oleh ibu dan bayi dalam proses kehamilan dan persalinan, dan bagaimana proses tersebut dapat didanai. Sumber dana untuk mendukung pelayanan teknis rujukan dapat berasal dari pemerintah pusat (APBN), pemerintah provinsi (APBN

Provinsi) dan pemerintah kabupaten/ kota (APBD kab/kota), dana perusahaan dalam bentuk *corporate social responsibility (CSR)*, dana masyarakat mandiri, dan berbagai sumber dana lainnya.

Pokja/tim rujukan di kabupaten/kota komposisinya adalah: Ketua (kepala dinas kesehatan); Wakil Ketua (direktur RSUD); Penanggung Jawab Prosedur Klinik (dokter obsgyn dan dokter anak RSUD); dan Anggota yang dapat terdiri dari perwakilan kepala puskesmas; perwakilan dokter puskesmas; perwakilan bidan RS; perwakilan BPS/Bides; perwakilan perawat; dokter-dokter perwakilan RS Swasta, POGI, IDAI, IBI, PPNI, dll .

Komposisi anggota pokja menunjukkan bahwa penanggung-jawab sistem rujukan secara keseluruhan adalah kepala dinas kesehatan. Akan tetapi penanggung jawab proses pelayanan klinik dan mutunya adalah para dokter spesialis.

Tujuan

1. Menggambarkan alur kegiatan pelayanan ibu hamil, persalinan, nifas, dan pelayanan bayi berdasarkan *continuum of care* lengkap dengan Pedoman dan SOP yang terkait dengan sumber pembiayaan.
2. Menjelaskan uraian tugas (*Job description*) lembaga-lembaga dan profesi yang terlibat dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak.
3. Menjadi acuan kegiatan dilapangan untuk Kelompok Kerja Rujukan dalam perencanaan (persiapan Musrenbang), pelaksanaan, dan monitoring hasil.

Kebijakan dan Prinsip Dasar

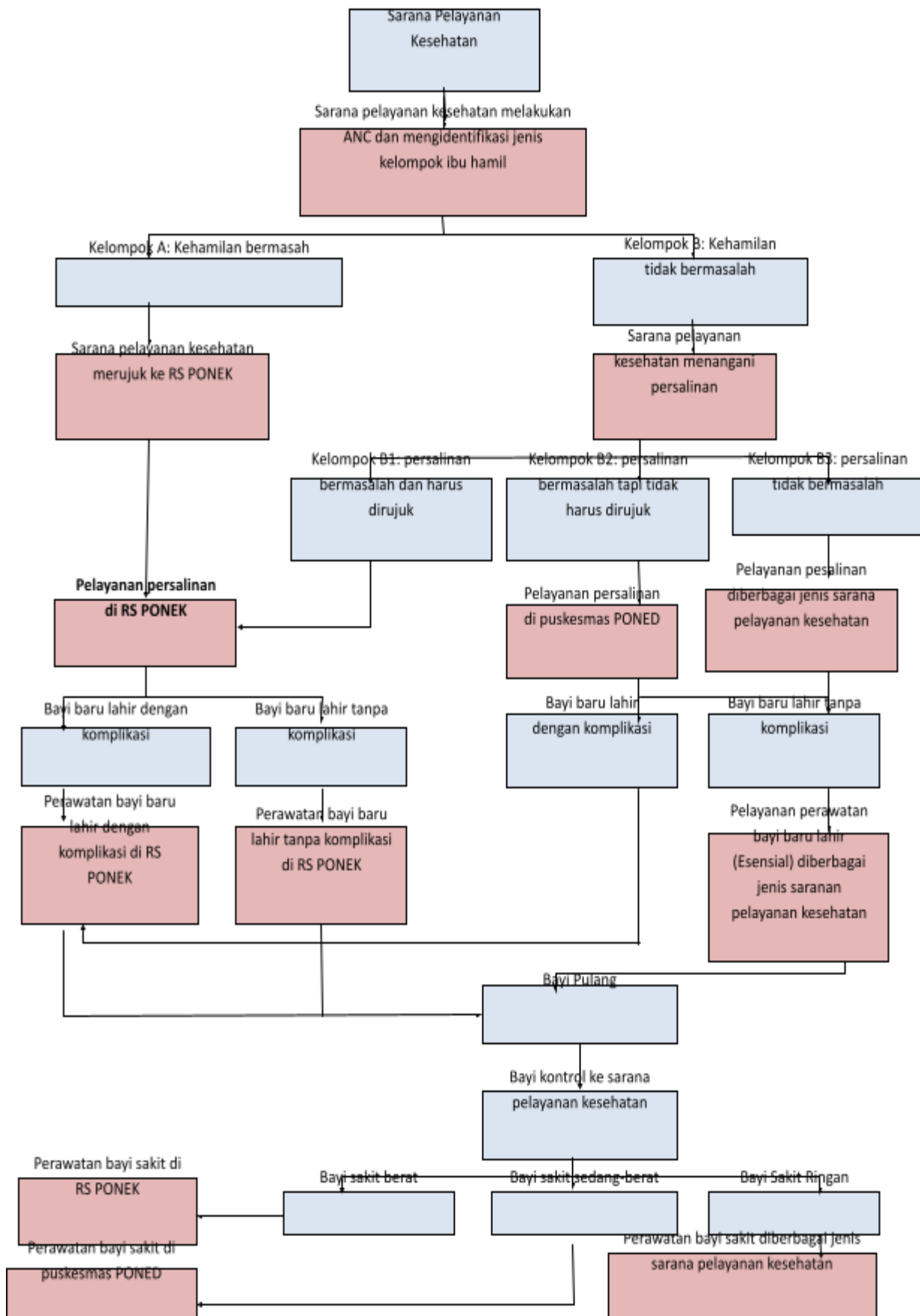
A. Prinsip Umum

1. Prinsip utama adalah mengurangi kepanikan dan kegaduhan yang tidak perlu dengan cara menyiapkan persalinan (rujukan terencana) bagi yang membutuhkan (*pre-emptive strategy*). Sementara itu bagi persalinan *emergency* harus ada alur yang jelas.
2. Bertumpu pada proses pelayanan KIA yang menggunakan *continuum of care* dengan sumber dana.
3. Sarana pelayanan kesehatan dibagi menjadi 3 jenis: RS PONEK 24 jam, Puskesmas PONEK dan Sarana Pelayanan Kesehatan lainnya seperti Puskesmas, bidan praktek, Rumah Bersalin, Dokter Praktek Umum, dan lain-lain
4. Harus ada RS PONEK 24 jam dengan *hotline* yang dapat dihubungi 24 jam.
5. Sebaiknya ada *hotline* di Dinas Kesehatan 24 jam dengan sistem jaga untuk mendukung kegiatan persalinan di RS.
6. Memperhatikan secara maksimal ibu-ibu yang masuk dalam:

- a. **Kelompok A.** Ibu-ibu yang mengalami masalah dalam kehamilan saat pemeriksaan kehamilan (ANC) dan di prediksi akan mempunyai masalah dalam persalinan yang perlu dirujuk secara terencana;
 - b. **Kelompok B.** Ibu-ibu yang dalam ANC tidak bermasalah, dibagi menjadi 3:
 - Kelompok B1.** Ibu-ibu bersalin yang membutuhkan rujukan *emergency* ke RS PONEK 24 jam.
 - Kelompok B2.** Ibu-ibu bersalin yang ada kesulitan namun tidak perlu dirujuk ke RS PONEK 24 jam, dapat dilakukan di puskesmas PONEK
 - Kelompok B3.** Ibu-ibu yang mengalami persalinan normal.
 7. Menekankan pada koordinasi antar lembaga seperti LKMD, PKK, dan pelaku
 8. Memberikan petunjuk rinci dan jelas mengenai pembiayaan, khususnya untuk mendanai ibu-ibu kelompok A dan kelompok B1 dan B2 dan BBL.
- Juga dilihat bagaimana konsidi bayinya: kelainan lahir, kelainan genetik, gawat janin, kelainan korgenetik dan anechephali

Alur Rujukan dari Hulu ke Hilir

Prinsip Pembagian Jenis Kehamilan dan Persalinan serta Bayi Baru Lahir (BBL)



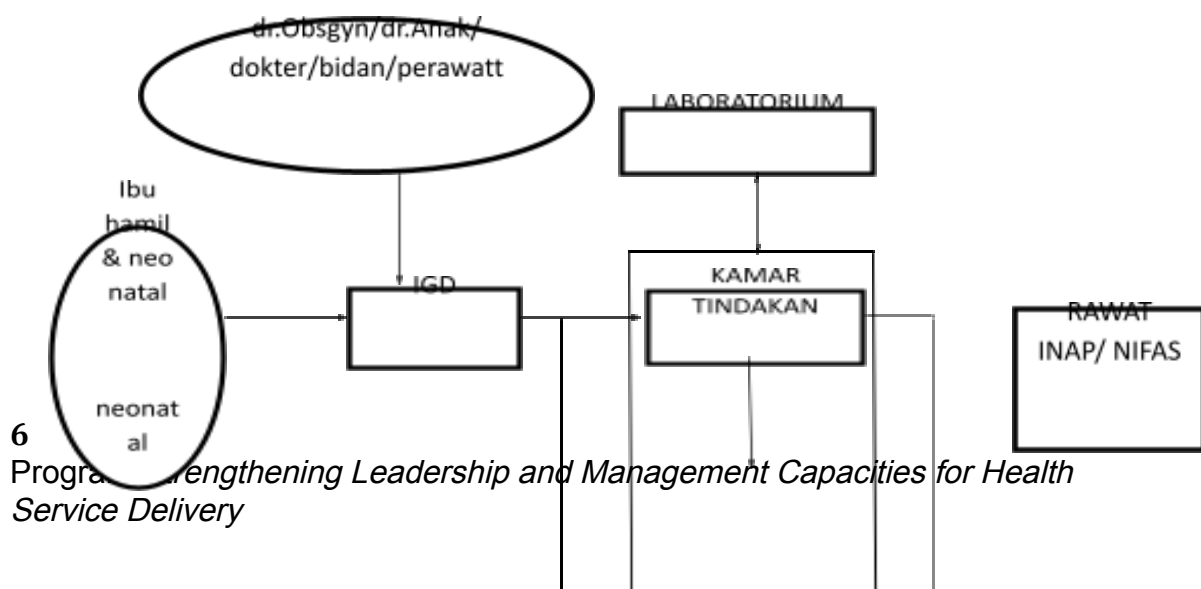
Penjelasan

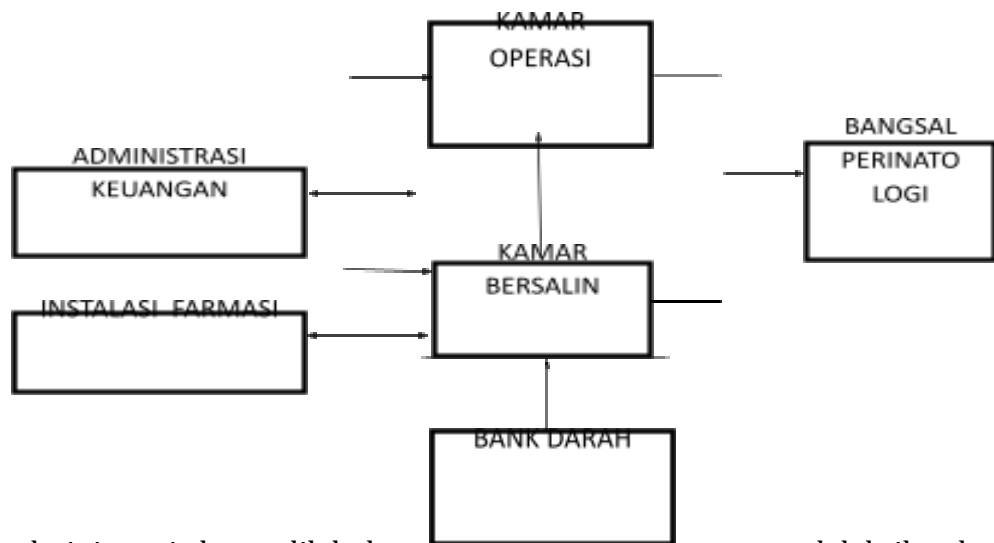
1. Ibu Hamil dapat memperoleh pelayanan ANC diberbagai Sarana Pelayanan Kesehatan (Bidan, Puskesmas biasa, Puskesmas PONEK, RB, RS biasa atau RS PONEK)
2. Sarana Pelayanan Kesehatan mengidentifikasi jenis kehamilan dan perkiraan jenis persalinan dari ibu-ibu yang mendapatkan pelayanan ANC dimasing-masing sarana.
3. Sarana Pelayanan Kesehatan mengelompokan jenis kehamilan dan jenis persalinan menjadi 2 kelompok. **Kelompok A:** merupakan ibu-ibu yang dideteksi mempunyai permasalahan dalam kehamilan dan diprediksi akan mempunyai permasalahan dalam persalinan; **Kelompok B:** merupakan ibu-ibu yang dalam ANC tidak ditemukan permasalahan.
4. Untuk kelompok A, Rujukan bisa dilakukan pada saat ANC dimana Sarana Pelayanan Kesehatan akan merujuk Ibu Hamil Kelompok A ke RS PONEK (kecuali ibu hamil tersebut sudah ditangani di RS PONEK sejak ANC)
5. Sarana Pelayanan Kesehatan akan menangani persalinan ibu Hamil Kelompok B
6. Pada saat persalinan Sarana Pelayanan Kesehatan akan mengidentifikasi kemungkinan terjadinya penyulit pada persalinan menggunakan proses dan tehnik yang baik (misalnya penggunaan partogram)
7. Sarana pelayanan kesehatan mengelompokkan jenis persalinan menjadi 3 kelompok: **Kelompok B1:** Ibu-ibu yang mengalami permasalahan di dalam persalinan dan harus dirujuk emergency (dirujuk dalam keadaan *in-partu*); **Kelompok B2:** Ibu-ibu yang mengalami permasalahan di dalam persalinan tapi tidak memerlukan rujukan; **Kelompok B3:** Ibu-ibu dengan persalinan normal
8. Ibu Bersalin Kelompok B1 akan dirujuk ke RS PONEK (kecuali persalinan memang sudah ditangani di RS PONEK)
9. Ibu Bersalin Kelompok B2 dapat ditangani di Puskesmas PONEK
10. Ibu Bersalin Kelompok B3 dapat ditangani di seluruh jenis sarana pelayanan kesehatan/persalinan (Puskesmas, RB, RS)
11. Bayi baru lahir yang dimaksud dalam manual ini adalah neonatus berusia antara 0-28 hari.
12. Bayi baru lahir tanpa komplikasi dapat ditangani di seluruh jenis sarana pelayanan kesehatan termasuk RS PONEK apabila sang ibu bersalin di RS PONEK tersebut (karena masuk kelompok A dan B1).
13. Bayi baru lahir dengan komplikasi dapat lahir dari ibu dengan komplikasi persalinan maupun dari ibu yang melahirkan normal, baik di Rumah Sakit PONEK atau di sarana pelayanan kesehatan primer.

14. Bayi baru lahir yang telah pulang pasca kelahiran dan kemudian kembali lagi ke fasilitas kesehatan karena menderita sakit juga termasuk dalam manual rujukan ini.
15. Bayi baru lahir kontrol ke sarana pelayanan kesehatan sesuai dengan surat kontrol yang diberikan oleh fasilitas kesehatan di tempat kelahiran.
16. Pengelompokan tingkat kegawatan bayi baru lahir dilakukan berdasarkan algoritme Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM). Bayi baru lahir dengan sakit berat dirujuk ke Rumah Sakit PONEK, bayi baru lahir dengan sakit sedang dirujuk ke Puskesmas PONEK, sementara bayi baru lahir sakit ringan ditangani di sarana pelayanan kesehatan primer atau di sarana pelayanan kesehatan tempat bayi kontrol.

Alur Pasien Rujukan Maternal dan Neonatal dalam Rumah Sakit

Semua pasien rujukan maternal dan neonatal ke RS masuk melalui instalasi gawat darurat (IGD), sesegera mungkin dilakukan identifikasi dan pengambilan keputusan untuk melakukan tindakan.





Segala urusan administrasi dapat dilakukan kemudian, prinsip utama adalah ibu dan BBR segera mendapat pelayanan untuk stabilisasi keadaan umum atau melakukan tindakan yang cepat, tepat, aman, dan memiliki tingkat keberhasilan yang tinggi.

Proses Penyusunan Dan Pelaksanaan Manual Rujukan KIA

1. Dimulai dari dinas kesehatan kabupaten/kota membentuk pokja/tim rujukan kabupaten/ kota
2. Pokja rujukan melakukan pertemuan membahas penyusunan manual
3. Kerangka manual dapat mencontoh Kerangka Manual Rujukan KIA yang telah disusun oleh Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) Fakultas Kedokteran UGM tahun 2012. Pokja rujukan kabupaten/kota melakukan penyesuaian sesuai kondisi nyata wilayah, termasuk apakah wilayah tersebut merupakan daratan atau kepulauan
4. Menyusun *plan of action* (POA) kegiatan pokja beserta pendanaannya. Hasil dari kegiatan ini dimasukkan dalam perencanaan terpadu tingkat kabupaten/kota atau *integrated district planning* (IDP) untuk diusulkan ke dalam APBD dan APBN serta berbagai sumber dana lainnya
5. Pokja rujukan harus memahami proses klinik, dan melakukan mapping lokasi sarana pelayanan kesehatan yang ada di wilayah beserta tingkat kemampuan pelayanannya
6. Menyiapkan RS PONEK dan Puskesmas PONEK
7. Membangun sistem komunikasi dan informasi pendukung manual rujukan
8. Manual yang disusun disosialisasikan kepada semua *stakeholders*
9. Melaksanakan pelatihan-pelatihan bagi tenaga kesehatan yang terkait kasus-kasus obstetri dan bayi yang ada dalam manual
10. Melakukan uji coba manual rujukan, dan melakukan penyempurnaan sesuai hasil uji coba
11. Memberlakukan manual rujukan dengan SK bupati/walikota
12. Menyusun jadwal monitoring/pemantauan pelaksanaan manual di tingkat

pemberi pelayanan langsung seperti RS, puskesmas, RB, BPS, dll

Sistem Rujukan ini membutuhkan minimal 1 RS PONEK 24 jam di setiap kabupaten/kota. Dalam rangka rujukan regional, beberapa kabupaten/kota dapat melakukan koordinasi penyusunan manual dengan fasilitasi dinas kesehatan provinsi.

Pemantauan Sistem Rujukan

Penguatan sistem rujukan hanya bisa dilakukan kalau dinas kesehatan kabupaten/kota dengan RS kabupaten/kota berada dalam sebuah tim inti yang kompak dan harmonis. Tanpa kekompakan tim inti akan sulit mendapatkan dukungan dari lintas program dan lintas sektoral termasuk organisasi profesi dan LSM.

Perlu peningkatan frekuensi pertemuan pemantapan sistem rujukan untuk menyusun rencana kegiatan bersama untuk mengembangkan sistem pembinaan teknis kebidanan dan kesehatan neonatal bagi dokter/bidan puskesmas/bides/perawat, berupa antara lain pertemuan AMP, upaya pemenuhan kebutuhan darah, kegiatan supervisi/penyeliaan, dll.

Dan yang sangat penting adalah adanya laporan rutin RS PONEK ke dinas kesehatan kabupaten/kota yang meliputi jumlah persalinan, jumlah kasus dan komplikasi kegawatdaruratan obstetri dan neonatal yang dikelola, jumlah tindakan seksio sesaria, jumlah kematian ibu dan perinatal beserta penyebabnya.

Laporan ini harus dianalisis sehingga didapatkan informasi untuk pengambilan keputusan/kebijakan lebih lanjut. Khusus kasus kematian ibu dan kematian neonatal harus diberlakukan sebagai kejadian luar biasa (KLB) yang harus dilaporkan sesegera mungkin tidak menunggu laporan bulanan, supaya mendapatkan respon segera sesuai tugas dan kewenangan masing-masing.

Supervisi Fasilitatif

Proses ini adalah kegiatan observasi dan evaluasi langsung oleh penyelia terhadap fasilitas kesehatan, kinerja tim medis dan hasil yang diperoleh. Yang dikunjungi adalah semua fasilitas kesehatan baik yang bermasalah maupun yang berprestasi.

Perbedaan supervisi fasilitatif dengan supervisi evaluatif terletak pada para pelaku dan proses lingkaran kegiatan observasi dan evaluasi (termasuk menjaga mutu). Dalam proses supervisi evaluatif penyelia memegang peranan utama dalam evaluasi dan menjaga mutu pelayanan. Masukan dan rekomendasi penyelia menjadi beban pekerjaan yang harus diselesaikan oleh pelaksana program dan staf klinik. Penilaian pekerjaan dan target output sangat tergantung dari penyelesaian pekerjaan yang ditentukan oleh penyelia.

Pada supervisi fasilitatif, proses observasi dan evaluasi dilakukan oleh tim medik dan staf klinik yang telah dilatih tentang menetapkan, menjalankan, dan menilai mutu pelayanan. Penyelia datang sebagai fasilitator dalam kegiatan yang diperankan secara penuh oleh mereka yang ada di fasilitas kesehatan. Penyelia melakukan bimbingan terhadap setiap tahap evaluasi dan upaya pemecahan masalah sehingga tim medik dan

staf klinik (tim pemantau mutu setempat) dapat menentukan cara terbaik untuk mengatasi kesenjangan mutu yang terjadi.

Rekomendasi dan jadwal supervisi ulangan ditetapkan oleh tim lokal sehingga mereka tidak merasakan tugas tersebut sebagai beban. Tim penjaga mutu setempat selalu berupaya agar apa yang telah mereka sepakati, dapat dilaksanakan secara penuh dan sesuai target yang telah ditetapkan.

Supervisi fasilitatif diharapkan dapat meningkatkan kerjasama antara elemen terkait. Supervisi berjenjang dilakukan oleh Dinas kesehatan provinsi ke dinas kesehatan kabupaten/kota dan RS PONEK dan jaringannya, dan dinas kesehatan kabupaten/kota ke puskesmas PONED dan jaringannya.

Aspek yang disupervisi meliputi:

1. Aspek medis teknis kebidanan dan neonatal oleh dokter obsgyn dan dokter anak RS PONEK, dimana mereka telah memiliki kualifikasi minimal sebagai pelatih tingkat lanjut terkualifikasi (*qualified advanced trainer*)
2. Aspek administratif/manajerial oleh pengelola program KIA dari dinas kesehatan provinsi dan dinas kesehatan kabupaten/kota
3. Kerjasama dinas kesehatan kabupaten/kota dengan RS kabupaten/kota

REFERENSI

Departemen Kesehatan RI. (2007). *Pedoman Sistem Rujukan Maternal dan Neonatal di Tingkat Kabupaten/Kota*. Jakarta: Depkes RI.

Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan RI. (2007). *Pedoman Pelayanan Antenatal*. Jakarta: Depkes RI.

Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI. (2008). *Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) 24 jam di Rumah Sakit*. Jakarta: Depkes RI.

Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan RI. (2008). *Pedoman Pengembangan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Puskesmas*. Jakarta: Depkes RI.

Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan RI. (2010). *Pedoman Audit Maternal Perinatal (AMP)*. Jakarta: Kemenkes RI.

Trisnantoro, L. (2011). Strategi Luar Biasa Untuk menurunkan Kematian Ibu dan Bayi. *Editorial Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan* Vol. 14 Edisi Desember 2011.

Penyusun Kerangka Manual Rujukan Fakultas Kedokteran UGM Yogyakarta. (2012). *Manual Rujukan Kehamilan, Persalinan, dan Bayi Baru lahir*. Diakses di www.kebijakankesehatanindonesia.net (Juli 2012).

Tisnantoro, L. & Zaenab, S.N. (2013). *Penggunaan Data Kematian "Absolut" untuk Memicu Penurunan kematian Ibu dan Bayi di Kabupaten/Kota*. Diakses di



www.kesehatan-ibuanak.net (Maret 2013)