



Article

**Hambatan Petugas Kesehatan dalam Penanganan Preeklampsia**

*Rinda Intan Sari*

*Department of Nursing, STIKES Telogorejo Semarang, Central Java, Indonesia*

SUBMISSION TRACK

Recieved: Desember 18, 2022  
Final Revision: January 27, 2022  
Available Online: March 03, 2022

KEYWORDS

Barrier, health workers, management, preeclampsia

CORRESPONDENCE

Phone: 085728151533  
E-mail: rinda@stikestelogorejo.ac.id

**A B S T R A C T**

Preeclampsia is a multi-system disorder that requires early management so as able to reduce maternal morbidity and mortality. The role of all elements is needed, one of them are healthcare worker (nurse/midwife) in the comprehensive early detection of preeclampsia. However, preeclampsia and maternal mortality are still high. There are several things that still hinder both during handling and referral. The purpose of this study was to explore the barriers of health workers in the management of preeclampsia in puskesmas. The method used is qualitative research with a phenomenological approach. Nine participants in this study were taken from 3 Puskesmas Poned. Collecting data by in-depth interviews and using thematic analysis. The results of the study, such as (1)Not all drugs are available at the Puskesmas (2)The referral process is too long for emergency patients (3)There are differences in the procedure for giving MgSO<sub>4</sub>, the dose and route of administration (4)Not all health workers training on preeclampsia and maternal emergencies. It can be concluded that the management of preeclampsia carried out needs evaluate and improved due to the emergence of personal and technical obstacles. Suggestions from the results of the research include evaluating the implementation and training so that healthcare are competent.

**I. INTRODUCTION**

Angka kematian ibu (AKI) masih menjadi permasalahan global termasuk Indonesia dengan jumlah yang cenderung tinggi. Data World Health Organization (WHO) rasio angka kematian ibu di negara berkembang pada tahun 2015 adalah 239 per 100.000 kelahiran hidup dibandingkan negara maju 12 per 100.000 kelahiran hidup. Di Indonesia,

pada tahun 2015 angka kematian ibu sebesar 305 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017). Kematian ibu disebabkan karena adanya komplikasi pada semua siklus maternal baik antenatal, intranatal maupun postnatal (Mochtar, 2010). Maka perlu mengetahui penyebab dari kematian ibu khususnya di Indonesia.

Salah satu penyebab kematian ibu dan janin yaitu preeklampsia. Preeklampsia dapat mengakibatkan kondisi yang berbahaya bagi ibu. Bagi ibu, preeklampsia yang tidak ditangani dapat terjadi syok obstetri, Adult Respiratory Distress Syndrom, perdarahan dan sepsis serta luaran janin yaitu gagal napas, sepsis (Liu et al, 2011), kejang atau eklampsia (Magee et al, 2014). Dampak pada bayi dapat terjadi prematur, berat bayi lahir rendah, Intrauterine growth retardation, dan skor APGAR 1 menit <7 (Fatemeh et al, 2010), serta kematian (Abalos et al, 2014). Banyak faktor yang berhubungan dengan terjadinya preeklampsia dan banyak penelitian yang telah membahas faktor-faktor yang berhubungan dengan preeklampsia yang dilihat dari ibu dan lingkungan, namun belum terlihat jelas gambaran dari petugas kesehatan Puskesmas salah satunya tempat pelayanan kesehatan untuk mendeteksi dan menangani preeklampsia. Puskesmas dengan fasilitas PONEB berpedoman pada buku pelatihan PONEB dari Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi (JNPK-KR) Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2015. Penatalaksanaan preeklampsia di puskesmas sudah dilaksanakan, namun belum di analisis secara mendetail terkait penatalaksanaan tersebut sudah sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO) atau belum. Terdapat 6 dari 8 Puskesmas di Purbalingga belum mempunyai SPO penanganan tanda bahaya kehamilan (Ariyanti, 2010). Petugas kesehatan belum melakukan tindakan pemeriksaan laboratorium darah atau urin (Saptarini & Suparmi (2016) dimana pemeriksaan tersebut terdapat dalam SPO penatalaksanaan preeklampsia. Penelitian Berlina (2019) di Purworejo menyatakan bahwa sudah ada SPO preeklampsia namun sulit dipahami dan dilakukan karena mengacu pada advis dokter dan rutinitas serta

belum ada monitoring dan evaluasi SPO. Penelitian diatas membahas terkait pelaksanaan SPO preeklampsia yang dilakukan oleh petugas kesehatan namun hanya superfisial belum tergambar jelas. Penatalaksanaan preeklampsia juga membutuhkan dukungan sarana prasarana kesehatan yang berkualitas. Sarana prasarana menjadi standar dan harus ada di puskesmas, namun kelengkapan alat dan bahan tidak sesuai dengan standar serta kurangnya informasi bagi petugas kesehatan apabila harus melengkapi peralatan yang kurang. Selain SPO dan sarana prasarana, petugas kesehatan juga merupakan hal penting dalam memberikan pelayanan termasuk penatalaksanaan preeklampsia di Puskesmas. Chalid (2017) menyatakan bahwa petugas kesehatan merupakan garda terdepan dalam meningkatkan kesehatan masyarakat termasuk ibu hamil. Untuk kasus preeklampsia dimana kondisi ibu hamil dengan resiko tinggi dan proses patologi penyakit yang spesifik, petugas kesehatan harus kompeten berkaitan dengan preeklampsia. Petugas kesehatan adalah garis depan dalam mendeteksi preeklampsia. Petugas kesehatan sebagai pelaksana pelayanan memberikan kontribusi dalam meningkatkan kualitas kesehatan (Handayani & Ma'ruf, 2010). Dalam memberikan pelayanan kesehatan petugas kesehatan harus mempunyai kompetensi sesuai dengan bidangnya salah satunya dengan adanya pelatihan bagi petugas. Namun penelitian Jayanti, Prasetyo dan Chalidyanto (2018) menunjukkan sebanyak 78% petugas kesehatan belum mengikuti pelatihan penanganan preeklampsia. Terbatasnya informasi tentang hambatan petugas kesehatan dalam penatalaksanaan preeklampsia, kelengkapan alat, pelaksanaan SPO dan belum semua petugas kompeten dalam penatalaksanaan preeklampsia serta belum ada penelitian terkait kompetensi

petugas. Oleh sebab itu dibutuhkan informasi langsung dari petugas kesehatan terkait pengalaman petugas kesehatan yang menggambarkan hambatan yang dialami selama melakukan penatalaksanaan preeklamsia. Tujuan penelitian ini untuk mengeksplorasi hambatan berdasarkan pengalaman petugas kesehatan dalam penatalaksanaan preeklamsia di Puskesmas..

## II. METHODS

Rancangan penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Penelitian ini dilakukan di 3 Puskesmas berfasilitas PONE D di Kota Bandung dengan 9 partisipan dengan kriteria petugas kesehatan yang memiliki pengalaman langsung dalam menangani preeklamsia baik perawat, bidan maupun dokter dengan pengalaman kerja > 3 tahun dan pendidikan minimal D3. Instrumen dalam penelitian ini adalah peneliti itu sendiri dan perekam suara sebagai pencatat data. Penelitian ini menggunakan teknik wawancara mendalam agar partisipan dapat mengungkapkan secara mendalam terkait pengalaman yang dirasakan. Sebelum digunakan selama penelitian, alat perekam suara telah dilakukan tes terhadap kejernihan suara, volume dan ketersediaan kapasitas memori data serta daya tahan baterai. Selama wawancara peneliti memberikan informasi dan meminta ijin kepada partisipan sebelum melakukan perekaman. Metode analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah thematic analysis. Langkah-langkah analisa data menggunakan metode *thematic analysis* menurut Braun & Clarke (2006) yaitu memahami data, menyusun kode, mencari tema, interpretasi dan kritisi tema yang ada menggunakan literatur baik hasil penelitian maupun *textbook* yang ada..

## III. RESULT

### Tema 1 : Tidak semua obat tersedia di Puskesmas

Hal itu ditunjukkan dengan pernyataan beberapa partisipan sebagai berikut :

P6 *"...penanggungjawab obat-obatan, nanti lapor ke penanggungjawab poned nanti lapor ke apotik itu kalau secara tidak cito ya. Tapi kalau cito, mereka langsung, misalnya dinas sore malam habis nih, kita kan punya grup, maaf di poned ada habis obat ini..."*

P7 *"...pengadaan obat kita kan hanya sebagai pelaksana doang, bikin rancangan, bikin pengajuan anggaran, kita cuma lapor aja nanti ke kepala ruangan..."*

Tidak cukup dengan alur permintaan obat saja namun ketersediaan obat harus ada di ruangan khususnya dalam penatalaksanaan preeklamsia. Partisipan P6, P7, dan P8 menyatakan obat tidak ada dan ada yang kadaluarsa seperti yang diungkapkan oleh

P6 *"...MgSO4 nya ngga ada, kadaluarsa..."*

P7 *"...tidak ada obat itu mah kendalanya ya..."*

P8 *"...ketersediaan obat sendiri, yang saya rasakan memang ada sedikit miss..."*

P8 *"...expirednya mungkin karena salah ngecek ketersediaan obatnya, obat yang sudah di retur tercampur dengan yang baru, jadi yang kembali ke kami yang expired, bisa juga gitu..."*

### Tema 2 : Proses rujukan yang terlalu panjang atau berjenjang bagi pasien gawatdarurat.

Kebijakan rujukan saat ini yaitu rujukan berjenjang dari fasilitas kesehatan pertama ke fasilitas kesehatan kedua yang selanjutnya ke fasilitas kesehatan ketiga. Semua partisipan mengetahui adanya rujukan berjenjang namun partisipan P1, P4 dan P7 menggambarkan hambatan dengan jelas melalui pernyataan sebagai berikut

P1 "...kalau nelepon dulu (ke PPK 3) kita nggak akan dikasih harus nyari rumah sakit PPK 2 dan itu harus keliling sama pasien, da ngga mungkin kan keliling dan pasiennya di bawa kan ngga boleh kalau alasan di telepon penuh kan kita ngga boleh jadi kita harus bisa..."

P4 "...ngga bisa yang namanya kita tingkat satu langsung loncat ke tingkat tiga sedangkan ada faskes tingkat dua..."

P4 "... biasanya kita keliling dulu, ke rumah sakit yang kosong yang mana..."

P7 "...faskes dasar kita tidak boleh rujuk ke PPK 3 kita harus rujuk ke PPK 1 atau PPK 2 baru nanti lanjut PPK 3..."

Kasus preeklamsia merupakan kasus kegawatdaruratan yang harus cepat sampai di tempat perujukan. Seluruh partisipan mengungkapkan bahwa demi untuk menyelamatkan ibu dan janin, pasien dengan preeklamsia langsung dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat tiga. Berikut beberapa pernyataan partisipan: P2 "...lama rujukan itu karena rumah sakit selalu bilang penuh. Selalu bilang penuh jadinya ya bingung mau kemana, ujung-ujungnya yaudah hasan sadikin..."

P3 "...kita tidak harus ke PPK 2 kalau memang pasien dalam keadaan darurat..."

P4 "...selama ini teh kita ngerujuk pasien itu yang dengan kasus preeklamsi langsung ke RSHS..."

Akibat dari adanya kasus gawat darurat yang tidak sesuai alur perujukan atau langsung di rujuk ke fasilitas kesehatan tingkat tiga, menuntut petugas harus menerima konskuensi dari ketidaksesuaian prosedur perujukan. Namun seluruh partisipan tetap menerima konsekuensinya demi menyelamatkan pasien, yang ditunjukkan dengan pernyataan P1 "...iya kalau ke rshs dimarahi kita, kan harus nelepon rumah sakit dulu tapi kita engga..." dan diperjelas dengan beberapa pernyataan P2 dan P5 sebagai berikut.

P2 "...ujung-ujungnya nanti kami kena marah di RSHS tapi kami harus siap menerima, karena buat saya pribadi lebih

baik saya kena marah dibandingkan e... ibu dan bayi tidak tertolong..."

P5 "...kalau misalkan semuanya sudah tidak bisa menerima ya mau tidak mau kita kirim ke RSHS, dengan segala resiko nanti kita yang ditegur ya mau gimana ya..."

Hambatan lain yaitu kesulitan dalam mencari rumah sakit yang mau menerima pasien preeklamsia dari puskesmas. Diungkapkan oleh seluruh partisipan dijelaskan oleh P1 "...rumah sakit banyak tapi rujukan tuh susah banget, kalau lagi susah sih susah banget..." dan P7 "...yang bermasalah itu adalah proses rujukan, rujukannya sulit mbak..." serta P9 "...belum tentu rumah sakitnya bisa langsung nerima...". Tidak semua rumah sakit dapat menerima pasien preeklamsia dari Puskesmas karena kapasitas rumah sakit sesuai yang diungkapkan oleh P5 "...kesulitannya salah satunya memang penuh terus ya rumah sakitnya, kadang kita butuh rumah sakit yang ada..."

### **Tema 3 : Terdapat perbedaan pemberian MgSO<sub>4</sub> baik dosis maupun rute pemberiannya**

Tema selanjutnya dalam penelitian ini tentang pemberian terapi MgSO<sub>4</sub> yang menjadi hal penting yang diperhatikan dalam penatalaksanaan preeklamsia. Dalam terapi pemberian MgSO<sub>4</sub> terdapat syarat pemberian MgSO<sub>4</sub> yaitu pernapasan lebih dari 16x/menit, reflek patella positif dan produksi urin 30cc/jam. Beberapa partisipan menyatakan apabila tidak memenuhi syarat pemberian MgSO<sub>4</sub>, tidak boleh diberikan terapi hanya dilakukan pemasangan infus kemudian dilakukan perujukan, dengan pernyataan sebagai berikut:

P1 "...kayak kemarin ya urinnya tidak memenuhi itu kita ngga kasih juga kan..."

P7 "...ngeliat urinnya itu ngga nyampe 30 cc, itu kan kontraindikasi ngga boleh kita ambil penatalaksanaan MgSO<sub>4</sub> jadi preeklamsinya harus segera di rujuk..."

P7 "...kalau dia tidak memenuhi salah satu aja dari 3 itu tidak terpenuhi kita tidak boleh kasih MgSO4..."

P9 "...kalau misalnya kurang dari 30cc kita kan ngga boleh memberikan MgSO4..."

Namun partisipan lain menyatakan bahwa tetap memberikan MgSO4 karena dilihat dari manfaatnya lebih baik diberikan daripada tidak. Diperjelas dengan pernyataan sebagai berikut:

P3 "...mending memberikan Mg da, jauh lebih baik memberikan MgSO4 daripada tidak memberikan MgSO4..."

P6 "...karena urinnya tidak ada, tapi dia sudah ada tanda-tanda ya kita berikan MgSO4, jadi antara manfaat dan efeknya... yaudah kita berikan MgSO4..."

Selain itu, hambatan berikutnya yaitu perbedaan dosis dalam pemberian MgSO4 dibagi menjadi 2 yaitu dosis awal atau loading dose dan dosis pemeliharaan atau maintenance dose. Pada dosis awal semua partisipan menjawab sama yaitu 4 gram namun terdapat perbedaan dosis pemeliharaan dalam hasil penelitian ini tiga partisipan mengungkapkan dosis pemeliharaan adalah 10 gram dan enam partisipan menyebutkan 6 gram. Berikut ungkapan partisipan

P1 "...pasang RL 100cc di tambah 4 gr MgSO4 40% kita masukkan di drip dalam 100cc kita guyur cepat gitu harus habis dalam 15 menit, terus 6 gr dalam 500cc habis 6 jam..."

P2 "...kalau yang maintenance 10 gr... Kalau yang pernah saya lakukan 10, sebenarnya ini masih simpang siur, ada juga yang maintenance-nya 6 ada yang 10 jadi belum sepakat..."

P3 "...ada teori baru atau SOP baru itu 10 g dengan 6 gr yah 6 gr ya gitu itu hanya perbedaan ya..."

P6 "...10 gr itu dalam 500 ml dia harus habis 1 gr dalam 1 jam berarti harus 10 jam..."

P4, P5, P7, P8, P9 "...pemberian MgSO4 dengan di drip itu teh harus 10-15 menit sih sepaham saya, dosisnya tetep 4

gram 40% atau setara dengan 10 ml, terus sisanya 15 cc nya yang 6 gr nya ke maintenance nya selama 6 jam..."

Selain perbedaan dosis, hasil penelitian ini beberapa partisipan menyatakan adanya perbedaan cara pemberian dan sebagian besar memilih drip karena lebih aman. Berikut beberapa ungkapan partisipan.

P1 "...kita masukkan di drip..."

P2 "...kalau saya lebih senangnya loading dose ya lebih aman..."

P3 "...yang sekarang itu loading dose jauh lebih aman gitu. Jadi ya itu caranya diencerkan... mungkin lebih tidak pekatlah..."

P3 "...pemberian secara bolus langsung gitu melalui IV (tidak menggunakan drip)..."

P3 "...makanya itu secara perlahan mungkin itu jadi kekurangan secara bolus ya atau langsung gitu ya..."

P4, P5, P6 "...di drip, loading dose dan maintenance dose..."

P7 "...keefektifitasannya suntik dengan infus kayaknya lebih aman di infus..."

P8, P9 "...MgSO4 nya yang 40% 4 gram dimasukkan ke dalam cairan RL 100cc..."

Adanya beberapa ungkapan partisipan yang berbeda satu sama lain baik dalam dosis maupun rute pemberiannya.

#### **Tema 4 : Belum semua petugas kesehatan mendapatkan pelatihan**

Semua petugas kesehatan dalam penelitian ini menyatakan bahwa belum semua petugas di Puskesmas dengan fasilitas poned mengikuti pelatihan poned. Hal ini sesuai dengan pernyataan partisipan :

P1 "...yang pelatihan poned baru beberapa orang, belum semua..."

P1 "...saya belum pelatihan..."

P2 "... kami bidan-bidan disini belum pernah dilatih poned lagi..."

P3 "...pelatihan poned juga belum semua... Kegawatdaruratan pokoknya belum semua.. Paling 50% juga belum..."

P3 "...yang sudah pelatihan 7 orang dari total 14, saya sudah..."

P4 "...yang belum itu ada 5 yang engga, 9 per 14, lebih dari 50%..."

P5 "...ada 2 orang. Kalaupun sudah mungkin sudah expired, saya yang tahun 2011 saja sudah expired..."

P6, P7, P9 "...belum semua mengikuti pelatihan..."

P5 "...ada 2 orang yang sudah pelatihan dari 8 petugas..."

P6 "...saya sudah, akhir bulan ini saya pelatihan lagi..."

P7 "...saya udah tapi besok itu pelatihan poned saya ikut..."

P8 "...pelatihan poned kemarin itu... tidak di akui jadi e... semuanya nol... ngga ada... dari 18 bidan... makanya sedang diajukan 4 orang untuk pelatihan poned ke depan"

P8 "...saya belum mengikuti pelatihan poned..."

P9 "...saya sudah namun tidak ada sertifikasinya atau tidak di hitung..."

#### IV. DISCUSSION

##### Tema 1 : Tidak semua obat tersedia di Puskesmas

Hal ini menunjukkan bahwa selama penatalaksanaan preeklamsia terdapat hambatan yaitu pada saat cek ketersediaan obat, sudah ada alur permintaan namun tidak semua obat tersedia dan ada pula yang sudah kadaluarsa. Tidak cukup dengan alur permintaan obat saja namun ketersediaan obat harus ada di ruangan khususnya dalam penatalaksanaan preeklamsia. Di era Jaminan Kesehatan Nasional, pemerintah telah memberikan petunjuk teknis terkait ketersediaan obat. Obat di Puskesmas harus selalu sedia karena dana kapitasi yang dibayarkan ke Puskesmas 20% didalamnya sudah termasuk biaya pembelian obat-obatan (BPJS, 2016). Dipertegas dengan Undang-undang No.36 Tahun 2009 tentang kesehatan pasal 36 ayat 1 bahwa pemerintah menjamin ketersediaan, pemerataan dan keterjangkauan perbekalan kesehatan termasuk obat-obatan.

Penelitian Ali (2015) menjelaskan Dinas Kesehatan sebagai instansi yang bertanggungjawab dalam pemenuhan kebutuhan termasuk obat-obatan tidak mampu memenuhi permintaan obat-obatan dari Puskesmas dan tidak semua obat didapatkan oleh Puskesmas. Permenkes no.28 tahun 2014 tentang

Pedoman Pelaksanaan Program JKN menunjukkan pengadaan obat-obatan untuk pasien JKN tidak terpisah dengan obat-obatan lain. Selain itu dalam program JKN, Puskesmas tidak diperbolehkan melakukan pembelian obat secara langsung tetapi perencanaan atau pengadaan obat dilakukan oleh dinas kesehatan sesuai dengan obat yang terdapat dalam formularium nasional dan biayanya terdapat dalam katalog. Hal ini dapat menjadi penghambat petugas dalam penatalaksanaan preeklamsia di Puskesmas karena tidak adanya obat di Puskesmas.

Ketersediaan obat-obatan sangat diperlukan untuk memberikan terapi pada penanganan preeklamsia dan menjadi hal penting dalam penatalaksanaan preeklamsia karena dapat menentukan keberhasilan tindakan. Sejalan hasil penelitian Kigenyi, Tefera, Nabiwemba dan Orach (2013) menyimpulkan bahwa jumlah dan ketersediaan sarana prasarana termasuk obat-obatan dalam pelayanan kesehatan mempengaruhi kualitas perawatan yang diterima oleh pasien dengan kurang lengkapnya tindakan yang dilakukan oleh petugas dalam proses persalinan pasien. Adanya kekurangan obat-obatan dan persediaannya dapat memperburuk pelayanan khususnya dalam kasus emergensi obstetri salah satunya preeklamsia (Mony, et al, 2013). Obat merupakan komponen utama maka

ketersediaannya harus diperhatikan dalam penanganan kasus agar dapat memberikan pelayanan secara komprehensif.

Beberapa penelitian menyatakan hasil yang sama dengan penelitian ini terkait kurangnya ketersediaan alat maupun obat di Puskesmas. Hasil penelitian menyatakan bahwa ketersediaan dan kecukupan alat dan obat di Puskesmas Poned di 5 regional di Indonesia masih rendah, dapat dilihat dari angka rata-rata yang masih berada di bawah angka 20,0 % (Mujiati, Lestary, & Laelasari, 2014). Penelitian Hidayati, Hakimi, dan Claramita (2016) menunjukkan bahwa 3 puskesmas di Bengkulu mengalami kekurangan obat dan obat-obatan untuk tindakan kasus kegawatdaruratan maternal termasuk MgSO<sub>4</sub>. Rendahnya ketersediaan dan kecukupan alat dan obat Poned tersebut dapat menyebabkan tidak optimalnya pelayanan/penanganan yang seharusnya dapat dilakukan jika alat dan obat Poned tersedia dan lengkap (Kismoyo, 2011). Ketersediaan obat tidak terlepas dari pengadaan obat yang dilakukan oleh petugas kesehatan sehingga alat dan obat yang diperlukan dapat disediakan sebelum pasien datang ke Puskesmas.

Pengadaan obat untuk menjamin ketersediaan obat di Puskesmas Poned menjadi hal yang perlu diperhatikan karena berhubungan dengan kasus kegawatdaruratan yang mengancam jiwa termasuk preeklamsia. Sebuah penelitian menilai bahwa adanya hambatan dalam perawatan bidang emergensi obstetri di negara berkembang yaitu kurangnya sistem manajemen yang baik untuk memastikan ketersediaan obat secara berkelanjutan (Ameh, Msuya, Hofman, Raven, Mathai, & Van Den Broek, 2012). Anggaran khusus untuk pengadaan MgSO<sub>4</sub> harus ditentukan dan tersedia untuk pengadaan. Komunikasi harus efektif antara ruang tindakan, unit farmasi

dan agen pengadaan untuk memungkinkan pengadaan berdasarkan pasokan obat yang diperlukan. Manajemen harus terlibat dalam negosiasi dengan perusahaan farmasi untuk memastikan tingkat produksi dan distribusi MgSO<sub>4</sub> yang memadai (Bigdeli, Zafar, Assad & Ghaffar, 2013). Pengadaan obat dan sistem manajemen puskesmas menjadi kunci dari ketersediaan obat.

## **Tema 2 : Proses perujukan yang terlalu panjang atau berjenjang bagi pasien gawatdarurat**

Kebijakan perujukan saat ini yaitu perujukan berjenjang dari fasilitas kesehatan pertama ke fasilitas kesehatan kedua yang selanjutnya ke fasilitas kesehatan ketiga. Kasus preeklamsia merupakan kasus kegawatdaruratan yang harus cepat sampai di tempat perujukan. Seluruh partisipan mengungkapkan bahwa demi untuk menyelamatkan ibu dan janin, pasien dengan preeklamsia langsung dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat tiga. Akibat dari adanya kasus gawat darurat yang tidak sesuai alur perujukan atau langsung di rujuk ke fasilitas kesehatan tingkat tiga, menuntut petugas harus menerima konskuensi dari ketidaksesuaian prosedur perujukan. Namun seluruh partisipan tetap menerima konsekuensinya demi menyelamatkan pasien.

Perujukan menjadi hal penting karena pasien preeklamsia yang datang ke poned puskesmas harus dilakukan perujukan. Sistem rujukan yang efektif sangat penting bagi aksesibilitas layanan kesehatan (Casey, et al, 2009). Puskesmas berperan penting dalam penyelenggaraan sistem JKN dengan memberlakukan peraturan pasien yang akan berobat ke rumah sakit harus mendapatkan rujukan dari puskesmas dahulu (Zulhadi, Trisnantoro, dan Zaenab, 2013). Selain itu, pasien yang

dirujuk ke rumah sakit yaitu pasien dengan kondisi serius membutuhkan fasilitas pelayanan, ketenagaan dan diagnostik yang lebih lengkap termasuk preeklampsia. Alur atau sistem rujukan di era Jaminan Kesehatan Nasional yaitu bertingkat dimulai dari fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) atau faskes I kemudian faskes II yaitu RS tipe C dan D kemudian ke faskes tingkat III yaitu RS tipe A atau B. Puskesmas melakukan rujukan pada pasien preeklampsia yang datang ke puskesmas ke faskes lanjutan agar mendapatkan tindakan yang lebih lengkap dan komprehensif.

Sistem rujukan berjenjang merupakan salah satu upaya dalam penguatan pelayanan primer, peningkatan kerjasama dan strategi pengendalian mutu dan biaya pelayanan kesehatan (BPJS Kesehatan, 2016). Pelaksanaan sistem rujukan harus mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.1 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan dan pelaksanaan rujukan dapat dilakukan secara vertikal dan horisontal (Pasal 7 ayat 1). Secara vertikal dari tingkat pelayanan yang lebih rendah ke tingkatan pelayanan yang lebih tinggi dilakukan apabila pasien membutuhkan pelayanan spesialisik atau sub-spesialisik serta perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan kesehatan dan secara horisontal ke unit yang setingkat kemampuannya (Kemenkes RI, 2012).

Hasil penelitian ini petugas sudah melakukan alur rujukan sesuai dengan pedoman namun rumah sakit atau fasilitas kesehatan tingkat lanjut tidak selalu menerima pasien rujukan dari puskesmas. Hal ini dapat disebabkan oleh terbatasnya kapasitas jumlah tempat tidur dan ruangan di faskes lanjutan (Rukmini, Astuti dan Ristrini, 2014). Maka

pada saat perujukan diperlukan komunikasi secara lengkap terhadap sarana prasarana faskes lanjutan yang akan menerima pasien preeklampsia.

Selain masalah kapasitas dari tempat rujukan, tidak adanya alternatif lain yang dikomunikasikan oleh faskes lanjutan juga menjadi hambatan dalam melakukan rujukan. Pada pedoman sistem rujukan nasional dijelaskan bahwa puskesmas menghubungi kembali unit pelayanan di faskes rujukan untuk memastikan bahwa pasien dapat diterima atau harus menunggu sementara mencarikan faskes rujukan lainnya sebagai alternatif (Kemenkes, 2012). Hal ini telah dilakukan oleh partisipan dalam penelitian ini, namun pada kasus preeklampsia, beberapa rumah sakit tidak menerima dengan alasan penuh dan tidak optimalnya ruangan khusus seperti ruang operasi, ICU dan NICU dan apabila di tolak, tidak mendapatkan alternatif rujukan. Hal ini yang menjadi hambatan petugas dalam melakukan rujukan berjenjang karena dari faskes tingkat II tidak memberikan jawaban alternatif sehingga petugas lebih memilih tidak mengikuti alur berjenjang dan melihat kondisi pasien gawat darurat yang tidak memungkinkan untuk menunggu jawaban dari faskes tingkat dua lainnya.

Dalam rujukan kegawatdaruratan harus dilakukan secara cepat dengan harapan tempat rujukan dapat memberikan tindakan lanjutan demi menyelamatkan pasien. Sesuai BPJS Kesehatan (2014), ketentuan rujukan berjenjang dapat dikecualikan dalam kondisi gawat darurat. Dalam penelitian ini semua partisipan mengungkapkan bahwa rujukan pasien preeklampsia tidak dilakukan sesuai alur karena dilihat dari kondisi pasien preeklampsia yang membutuhkan pertolongan segera. Kasus preeklampsia membutuhkan penanganan dengan alat dan ruangan yang memadai seperti ruang operasi, ICU dan NICU maka petugas langsung

menuju ke faskes III. Hal ini sejalan dengan penelitian Zaenab (2013) bahwa saat kondisi darurat tidak melakukan alur bertingkat. Petugas yang tidak melakukan perujukan secara bertingkat akan ditegur oleh petugas di faskes tingkat lanjut. Hasil penelitian ini partisipan mengungkapkan sering dimarahi oleh petugas di faskes tingkat tiga, namun partisipan akan menerima apapun konsekuensi yang diterima demi menyelamatkan pasien. Perujukan untuk kasus kegawatdaruratan menjadi faktor penentu untuk menurunkan angka kematian ibu bersalin terutama mengatasi keterlambatan.

### **Tema 3 : Terdapat perbedaan pemberian MgSO<sub>4</sub> baik dosis maupun rute pemberiannya**

Tema selanjutnya dalam penelitian ini tentang pemberian terapi MgSO<sub>4</sub> yang menjadi hal penting yang diperhatikan dalam penatalaksanaan preeklamsia. Dalam terapi pemberian MgSO<sub>4</sub> terdapat syarat pemberian MgSO<sub>4</sub> yaitu pernapasan lebih dari 16x/menit, reflek patella positif dan produksi urin 30cc/jam. Beberapa partisipan menyatakan apabila tidak memenuhi syarat pemberian MgSO<sub>4</sub>, tidak boleh diberikan terapi hanya dilakukan pemasangan infus kemudian dilakukan perujukan. Namun partisipan lain menyatakan bahwa tetap memberikan MgSO<sub>4</sub> karena dilihat dari manfaatnya lebih baik diberikan daripada tidak.

Selain itu, hambatan berikutnya yaitu perbedaan dosis dalam pemberian MgSO<sub>4</sub> dibagi menjadi 2 yaitu dosis awal atau loading dose dan dosis pemeliharaan atau maintenance dose. Pada dosis awal semua partisipan menjawab sama yaitu 4 gram namun terdapat perbedaan dosis pemeliharaan dalam hasil penelitian ini tiga partisipan mengungkapkan dosis pemeliharaan adalah 10 gram dan enam partisipan menyebutkan 6 gram. Selain perbedaan

dosis, hasil penelitian ini beberapa partisipan menyatakan adanya perbedaan cara pemberian dan sebagian besar memilih drip karena lebih aman. Adanya beberapa ungkapan partisipan yang berbeda satu sama lain baik dalam dosis maupun rute pemberiannya.

Pemberian MgSO<sub>4</sub> harus dilakukan secara hati-hati dan sesuai indikasi karena terapi tersebut menggunakan obat dengan high alert. Dalam pemberian terapi MgSO<sub>4</sub> pada pasien preeklamsia memiliki syarat demi keamanan pemberian terapi dengan melihat kondisi pasien yaitu pernapasan lebih dari 16x/menit, reflek patella positif dan produksi urin lebih dari 30cc/jam (WHO, 2011). Apabila syarat tidak terpenuhi dan tetap diberikan dapat memperburuk kondisi pasien dilihat dari efek samping yang dapat terjadi pada saat pemberian, maka lebih baik tidak diberikan dan segera dilakukan perujukan. Oleh sebab itu petugas harus memperhatikan kondisi pasien sebelum pemberian apakah sudah sesuai indikasi atau tidak.

Peran MgSO<sub>4</sub> dalam penatalaksanaan adalah mencegah kejang maka perlu diketahui secara lanjut bagaimana kerja terapi tersebut. Magnesium mengontrol masuknya dan keluarnya kalsium dari retikulum plasma dan membran endoplasma. Kontrol transportasi kalsium ini bertanggungjawab dalam mengendalikan aktivitas neuron antara lain rangsangan jantung, transmisi neuromuskular, kontraksi otot, tonus vasomotor, tekanan darah dan aliran darah. Peran fisiologis Mg adalah memblokir saluran kalsium pada otot polos, otot rangka dan tingkat sistem konduksi. Magnesium memiliki efek langsung pada kemampuan relaksasi pembuluh darah dan vasodilator sistemik yang kuat, meningkatkan fungsi endotel serta dapat mengurangi tekanan paru (Haft & Vallejo, 2013). Magnesium sulfat bertindak sebagai vasodilator serebral

pada pasien preeklamsia untuk meringankan iskemia serebral akibat spasme (Akhtar, Ullah & Hamid, 2011). Magnesium sulfat memiliki efek depresi transmisi neuromuskuler. Pada level 8-10 mEq/L dapat terjadi depresi pada reflek tendon, 10-12 mEq/L dapat terjadi depresi pernapasan dan lebih dari 12 mEq dapat terjadi insufisiensi ginjal (Cipolla & Kraig, 2011). Maka diperlukan monitoring ketat pada pasien yang diberikan terapi ini. Cara kerja dan efek samping inilah yang perlu diperhatikan saat pemberian terapi MgSO<sub>4</sub>.

Pemberian MgSO<sub>4</sub> berdasarkan Kemenkes tahun 2013 yaitu dosis awal 4 gram MgSO<sub>4</sub> (10 cc MgSO<sub>4</sub> 40% dalam 100cc RL habis selama 5-10 menit) dan dosis rumatan 6 gram MgSO<sub>4</sub> (15 cc MgSO<sub>4</sub> 40% dalam 100 cc RL selama 6 jam) atau 1 gram/jam diberikan hingga 24 jam setelah persalinan atau setelah kejang terakhir. Berdasarkan POGI tahun 2017 untuk dosis rumatan 10gr selama 10 jam. Selain itu WHO juga mengeluarkan guideline pemberian MgSO<sub>4</sub> dengan 4gram loading dose diikuti 1 gram/jam dalam 24 jam. Hal ini menunjukkan belum ada kesamaan prosedur yang digunakan dalam pelayanan kesehatan.

Jika dilihat dari efisiensi dan nilai biaya sesuai dengan program JKN dengan adanya pengendalian biaya kesehatan di Puskesmas, lebih efisien menggunakan 6 gram karena sediaan dari MgSO<sub>4</sub> 40% yaitu 10 gram. Apabila petugas menggunakan dosis awal atau loading dose sebanyak 4 gram maka sisanya adalah 6 gram, atau penggunaan terapi MgSO<sub>4</sub> hanya satu flakon saja tanpa harus menambah 1 flakon agar maintenance dose menjadi 10 gram. Selain itu, didukung prosedur puskesmas untuk kasus preeklamsia yaitu dilakukan perujukan segera, maka lebih efisien menggunakan dosis 6 gram untuk dosis selanjutnya dapat dilakukan penanganan

dan pemantauan selanjutnya pada faskes lanjutan. Namun apabila telah ada prosedur puskesmas dengan penggunaan dosis pemeliharaan 10gr maka perlu diikuti sebagai pertanggungjawaban petugas melaksanakan tindakan sesuai dengan SOP yang telah disepakati bersama. Perbedaan dosis ini perlu dilakukan kesepakatan bersama dari berbagai pihak baik puskesmas, rumah sakit dan dinas kesehatan atau kementerian kesehatan dengan mengeluarkan prosedur yang sama dan dapat digunakan sebagai acuan di seluruh pelayanan kesehatan.

Selain perbedaan dosis, perbedaan dalam cara pemberian pun muncul dalam penelitian ini. Beberapa partisipan menyebutkan ada petugas kesehatan yang menggunakan cara injeksi melalui intramuskular dan ada yang menggunakan melalui intravena yaitu drip atau dicampur dengan cairan infus. Apabila melihat dari prosedur yang ada seharusnya dilakukan melalui intravena. Kelebihan pemberian intravena yaitu dapat mengurangi efek panas dari terapi karena kepekaan dari MgSO<sub>4</sub>.

Selain itu pula untukantisipasi apabila terdapat efek samping yang merugikan dapat segera dihentikan. Secara prosedur pun diharuskan menggunakan drip atau di campur dalam cairan RL atau dekstrose 5%. Penelitian Singh dan Singh (2015) menyebutkan perbandingan efek yang muncul dengan pemberian IM dan IV, sebanyak 6% pasien IM dan 4% pasien IV mengalami kekambuhan kejang, sebanyak 14% IM dan 2% IV pasien mengalami reflek patella negatif. Kedua cara pemberian sebenarnya efektif dalam mengendalikan kejang namun apabila dikaitkan dengan insiden toksisitas, cara pemberian intravena lebih direkomendasikan.

#### **Tema 4 : Belum semua petugas kesehatan mendapatkan pelatihan**

Pelatihan menjadi salah satu sumber penambahan ilmu pengetahuan dan mendapatkan ilmu terbaru. Sesuai dengan hasil penelitian Mardiana (2011) menyebutkan pelatihan berhubungan dengan pengetahuan dan keterampilan (p value 0,0001), dan terjadi peningkatan pretest dengan kriteria penilaian tinggi 20% menjadi 88% pada posttest. Pelatihan digunakan sebagai penyegaran dan menambah pengetahuan tentang preeklampsia oleh petugas kesehatan (Boene et al, 2016). Oleh karena itu, pengetahuan yang petugas miliki tentang preeklampsia perlu diperbarui dan ditambah melalui pelatihan, seminar maupun studi lanjut.

Beberapa penelitian menunjukkan hal yang sama yaitu petugas kesehatan belum mengikuti pelatihan. Penelitian Mujjati, Lestary, dan Laelasari (2014) menjelaskan bahwa sebanyak 65,0% petugas kesehatan pada puskesmas poned belum mendapatkan pelatihan poned. Didukung dengan penelitian Bigdeli, Zafar, Assad dan Ghaffar (2013) di Pakistan bahwa 9 dari 10 petugas belum mengikuti pelatihan dalam penggunaan MgSO<sub>4</sub>. Penelitian Jayanna, et al (2014) menunjukkan bahwa terdapat kesenjangan pengetahuan yang berhubungan dengan manajemen preeklampsia yang dimiliki petugas, hal ini disebabkan belum semua petugas mengikuti pelatihan poned maupun preeklampsia. Secara peraturan di dalam pedoman penyelenggaraan puskesmas poned tertulis bahwa petugas kesehatan harus terlatih melalui pelatihan (Kemenkes RI, 2013). Pelatihan klinis berbasis kompetensi sangat penting dalam suatu sistem kesehatan untuk memberikan layanan berkualitas baik karena mempengaruhi dalam ketepatan penanganan preeklampsia di Puseksmas khususnya berfasilitas poned.

Program peningkatan kapasitas dengan pelatihan dan studi lanjut diperlukan dalam suatu pelayanan kesehatan khususnya puskesmas dengan fasilitas poned. Buruknya ketersediaan layanan emergensi obstetri dipengaruhi oleh kurangnya kompetensi dan keterampilan petugas kesehatan (Ameh, Msuya, Hofman, Raven, Mathai, & Van Den Broek, 2012). Kurangnya pelatihan yang diselenggarakan oleh fasilitas kesehatan menghambat ponnatalaksanaan preeklampsia karena petugas layanan kesehatan tidak mengetahui adanya pembaruan dalam kriteria diagnostik dan penanganan preeklampsia.

Petugas yang belum mengikuti pelatihan dapat menimbulkan hambatan dalam penatalaksanaan preeklampsia. Penelitian oleh Sheik et al (2016) menemukan bahwa pelatihan diperlukan penyedia layanan kesehatan untuk meningkatkan petugas menentukan diagnosis dan manajemen preeklampsia. Penelitian di 9 fasilitas kesehatan di Kongo menjelaskan bahwa kurangnya pelatihan merupakan penghalang bagi penyediaan layanan maternal dan menjadi alasan utama bahwa fasilitas tidak menyediakan layanan kesehatan reproduksi, dengan tidak melakukan persalinan pervaginam karena kurangnya pelatihan (Casey et al, 2009). Pelatihan merupakan salah satu faktor dalam keberhasilan pelayanan dan dapat mencegah terjadinya salah satu keterlambatan yaitu terlambat memperoleh pelayanan dari tenaga kesehatan yang tepat/berkompeten.

Sesuai hasil penelitian Yulia, Hamid, dan Mustikasari (2012). Terdapat perbedaan pemahaman petugas antara yang sudah mengikuti pelatihan dan yang belum (p value 0,000). Pelatihan meningkatkan kemampuan petugas secara signifikan dan pelatihan yang tidak merata kepada seluruh petugas kesehatan dapat menyebabkan terjadinya perbedaan kemampuan (Rivai & Sagala, 2009).

Petugas kesehatan dikatakan kompeten salah satunya yaitu melalui pelatihan sesuai bidangnya dalam hal ini pelatihan poned yang didalamnya terdapat penanganan preeklamsia. Namun untuk mengatasi hambatan ini, petugas kesehatan saling share ilmu bagi yang mengikuti pelatihan kepada teman yang lain. Petugas yang telah mengikuti pelatihan berbagi informasi kepada petugas yang belum mengikuti pelatihan sebagai sumber dalam mendapatkan ilmu terbaru.

Selain dengan pelatihan, dengan adanya penyebaran informasi antar petugas dapat membantu dalam upaya persamaan kemampuan di puskesmas. Hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar petugas menerima informasi dari petugas lain sehingga dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam penatalaksanaan preeklamsia. Sesuai dengan penelitian Jayanna et al (2016) menyatakan adanya pendampingan dan informasi dari petugas lain dapat meningkatkan rasa percaya diri dalam mengelola pasien dan berani memberikan tindakan dan tidak hanya melakukan perujukan saja. Penelitian Angkasawati, Arifin, dan Arifin (2009) menyebutkan bahwa faktor pendukung keberhasilan suatu program dalam pelayanan kesehatan salah satunya yaitu petugas membagi pengetahuan dan keterampilan dengan teman sejawat. Penelitian Chang, Huang, Chiang, Hsu dan Chang (2012) menunjukkan petugas kesehatan berbagi pengetahuan, ide dan pendapat serta bersedia menjawab pertanyaan rekan sesuai kemampuan mereka dan mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap peningkatan pengetahuan dan melakukan visi bersama ( $\beta$  0,224,  $p < 0,05$ ). Hal ini dilakukan pula oleh petugas Poned Puskesmas dalam penatalaksanaan preeklamsia.

Untuk mengatasi adanya perbedaan kemampuan petugas di Poned, pelatihan harus diperluas ke semua staf dan fasilitas yang menangani eklampsia dan pra-eklampsia berat. Staf yang sudah melakukan tindakan dengan benar dapat diberi penghargaan dan dipromosikan sebagai model dalam pemberian pelayanan serta adanya pembinaan dengan teman sebaya (Bigdeli, Zafar, Assad, & Ghaffar, 2013). Berbagi informasi dan pendampingan merupakan salah satu upaya petugas kesehatan dalam mengatasi perbedaan kemampuan antar petugas. Pelatihan digunakan sebagai sarana update ilmu dan berbagi informasi menjadi upaya puskesmas dalam peningkatan kapasitas petugas khususnya dalam penatalaksanaan preeklamsia.

Sejalan dengan penelitian Quaid, Thao dan Denham (2010), peningkatan pengetahuan petugas merupakan hal yang harus di upayakan untuk meningkatkan kesehatan dan keselamatan pasien. Dalam penatalaksanaan preeklampsia terjadi perbedaan disebabkan belum semua petugas kesehatan mengikuti pelatihan.

## V. CONCLUSION

Tema yang didapatkan dalam penelitian ini yaitu 4 tema (1) Tidak semua obat tersedia di Puskesmas (2) Proses perujukan yang terlalu panjang atau berjenjang bagi pasien gawatdarurat (3) Terdapat perbedaan pemberian MgSO<sub>4</sub> baik dosis maupun rute pemberiannya (4) Belum semua petugas kesehatan mendapatkan pelatihan tentang preeklampsia maupun kegawatdaruratan maternal. Oleh karena itu, Dinas Kesehatan, Puskesmas serta petugas kesehatan harus melakukan evaluasi untuk pengembangan Puskesmas khususnya dalam penatalaksanaan preeklamsia.

## REFERENCES

- Abalos, E., Cuesta, C., Carroli, G., Qureshi, Z., Widmer, M., Vogel, J. P., ... & WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. (2014). Pre-eclampsia, eclampsia and adverse maternal and perinatal outcomes: a secondary analysis of the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121, 14-24.
- Akhtar, M. I., Ullah, H., & Hamid, M. (2011). Magnesium, a drug of diverse use. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 61(12), 1220.
- Ali, F. A. (2015). Analisis Pelaksanaan Rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Di Puskesmas Siko Dan Puskesmas Kalumata Kota Ternate Tahun 2014. *Jikmu*, 5(3).
- Ameh, C., Msuya, S., Hofman, J., Raven, J., Mathai, M., & Van Den Broek, N. (2012). Status of emergency obstetric care in six developing countries five years before the MDG targets for maternal and newborn health. *PloS one*, 7(12), e49938.)
- Angkasawati, T. J., Arifin, A., & Arifin, A. (2009). Kesiapan Petugas Puskesmas dalam Penanggulangan Infeksi Menular Seksual dan Hiv/aids pada Pelayanan Antenatal. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 12(4).
- Ariyanti, D. F. (2010). Analisis kualitas pelayanan antenatal oleh bidan di Puskesmas di Kabupaten Purbalingga (Doctoral dissertation, UNIVERSITAS DIPONEGORO).
- Berlina, K. N. (2019). Evaluasi Pelaksanaan Standar Prosedur Operasional (SPO) Preeklamsia Dan Eklamsia Di RS Panti Waluyo Purworejo (Doctoral dissertation, Universitas' Aisyiyah Yogyakarta)
- Bigdeli, M., Zafar, S., Assad, H., & Ghaffar, A. (2013). Health system barriers to access and use of magnesium sulfate for women with severe pre-eclampsia and eclampsia in Pakistan: evidence for policy and practice. *PloS one*, 8(3), e59158.
- Boene, H., Vidler, M., Augusto, O., Sidat, M., Macete, E., Menéndez, C., ... & Sevene, E. (2016). Community health worker knowledge and management of pre-eclampsia in southern Mozambique. *Reproductive health*, 13(2), 105.
- BPJS Kesehatan. (2016). Peraturan BPJS Nomor 8 Tahun 2016 Tentang Penerapan Kendali Mutu dan Kendali Biaya Pada Penyelenggaraan Program JKN. Jakarta: BPJS Kesehatan
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Casey, S. E., Mitchell, K. T., Amisi, I. M., Haliza, M. M., Aveledi, B., Kalenga, P., & Austin, J. (2009). Use of facility assessment data to improve reproductive health service delivery in the Democratic Republic of the Congo. *Conflict and Health*, 3(1), 12.
- Chalid, M. T. (2017). Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu: Peran Petugas Kesehatan. Departemen Obstetri dan Ginekologi. Fakultas Kedokteran. Unhas. PT. Gakken. diakses, 19, 59
- Chang, C. W., Huang, H. C., Chiang, C. Y., Hsu, C. P., & Chang, C. C. (2012). Social capital and knowledge sharing: effects on patient safety. *Journal of advanced nursing*, 68(8), 1793-1803.
- Cipolla, M. J., & Kraig, R. P. (2011). Seizures in women with preeclampsia: mechanisms and management. *Fetal and maternal medicine review*, 22(2), 91-108.
- Fatemeh, T., Marziyeh, G., Nayereh, G., Anahita, G., & Samira, T. (2010). Maternal and perinatal outcome in nulliparous women complicated with pregnancy hypertension. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 60(9), 707.

- Haft, W. A., & Vallejo, M. C. (2013). The changing role of magnesium in obstetric practice. *Anesthesiology Clinics*, 31(3), 517-528.
- Handayani, L., & Ma'ruf, N. A. (2010). Peran tenaga kesehatan sebagai pelaksana pelayanan kesehatan puskesmas. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 13(1).
- Hidayati, P., Hakimi, M., & Claramita, M. (2016). Analisis Pelaksanaan Rujukan Berjenjang Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Kasus Kegawatdaruratan Maternal Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial di 3 Puskesmas Perawatan Kota Bengkulu. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI*, 6(2), 94-102.
- Jayanna, K., Mony, P., Ramesh, B. M., Thomas, A., Gaikwad, A., Mohan, H. L., ... & Avery, L. (2014). Assessment of facility readiness and provider preparedness for dealing with postpartum haemorrhage and pre-eclampsia/eclampsia in public and private health facilities of northern Karnataka, India: a cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 304.
- Jayanti, K., Prasetyo, B., & Chalidyanto, D. (2018). Analysis Of Health Service Providers Influence On The Implementation Of Preeclampsia Screening Program At Primary Health Care In Gresik Regency Of Indonesia. *International Journal of Public Health and Clinical Sciences*, 5(5), 68-80.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2012). *Pedoman Sistem Perujukan Nasional*. Jakarta: Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI
- \_\_\_\_\_. (2012). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2012 Tentang Sistem Perujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- \_\_\_\_\_. (2013). *Buku Saku Pedoman Dokter Umum dan Bidan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- \_\_\_\_\_. (2013). *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu*, Jakarta: Kemenkes RI
- \_\_\_\_\_. (2013). *Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- \_\_\_\_\_. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*. Kemenkes RI
- \_\_\_\_\_. (2017). *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2016*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Kigenyi, O., Tefera, G. B., Nabiwemba, E., & Orach, C. G. (2013). Quality of intrapartum care at Mulago national referral hospital, Uganda: clients' perspective. *BMC pregnancy and childbirth*, 13(1), 162
- Kismoyo, C. P. (2012). *Evaluasi Pelayanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal Pada Puskesmas Mampu Pelayanan Obstetri Dan Neonatal Emergensi Dasar (Poned) Di Kabupaten Bantul (Doctoral dissertation, Universitas Gadjah Mada)*.
- Liu, S., Joseph, K. S., Liston, R. M., Bartholomew, S., Walker, M., León, J. A., ... & Kramer, M. S. (2011). Incidence, risk factors, and associated complications of eclampsia. *Obstetrics & Gynecology*, 118(5), 987-994.
- Magee, L. A., Pels, A., Helewa, M., Rey, E., von Dadelszen, P., Audibert, F., ... & Firoz, T. (2014). Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: executive summary. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 36(5), 416-438.
- Mardiana, M. (2011). *Pelatihan Terhadap Keterampilan Kader Posyandu*. KEMAS: Jurnal Kesehatan Masyarakat, 7(1).
- Mochtar, R. (2010). *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: EGC

- Mony, P. K., Krishnamurthy, J., Thomas, A., Sankar, K., Ramesh, B. M., Moses, S., ... & Avery, L. (2013). Availability and distribution of emergency obstetric care services in Karnataka State, South India: access and equity considerations. *PloS one*, 8(5), e64126.
- Mujiati, M., Lestary, H., & Laelasari, E. (2014). Kesiapan Puskesmas Poned (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar) Di Lima Regional Indonesia. *Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*, 24(1), 36-41.
- Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (POGI). (2017). Zero Mother Mortality Preeclamsia. <http://www.obgin.unsyiah.ac.id/uploads/1/837ab9dcab-zoom-oleh-dr-udin.pdf> diakses tanggal 23 Juli 2019
- Quaid, D., Thao, J., & Denham, C. R. (2010). Story power. *Journal of Patient Safety*, 6(1), 5-14.
- Rivai, H. V & Sagala, E. (2009). Manajemen Sumber Daya Manusia untuk Perusahaan Dari Teori ke Praktik Ed. Kedua. Jakarta: Rajawali Pers
- Rukmini, R., Astuti, W. D., & Ristrini, R. (2014). Analysis of referral Delivery System of Jamkesmas and Jampersal Members coordinated by Surabaya Municipality Health Office. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 17(2 Apr), 203-213.
- Saptarini, I. I., & Suparmi, S. (2016). Pemanfaatan Dan Kelengkapan Pelayanan Antenatal Care Di Kelurahan Kebon Kalapa, Kota Bogor Tahun 2014. *Indonesian Bulletin of Health Research*, 44(3), 173-180.
- Sheikh, S., Qureshi, R. N., Khowaja, A. R., Salam, R., Vidler, M., Sawchuck, D., ... & Bhutta, Z. (2016). Health care provider knowledge and routine management of pre-eclampsia in Pakistan. *Reproductive health*, 13(2), 104.
- Singh, S & Singh, R. (2015). Comparison Of I M Magnesium Sulfate And I V Magnesium Sulfate For Control Of Convulsion In Eclamptic Patients. *Journal of Evidence Based Medicine and Healthcare*. 2. 8605-8610. 10.18410/jebmh/2015/1190.
- World Health Organization. (2011). Priority medicines for mothers and children. World Health Organization, Geneva, Switzerland. <http://www.who.int/medicines/publications/A4prioritymedicines.pdf>. diakses tanggal 19 Juli 2019
- \_\_\_\_\_. (2011). WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44703/9789241548335\\_eng.pdf;jsessionid=51D44576FCF657A37D6031571A016252?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44703/9789241548335_eng.pdf;jsessionid=51D44576FCF657A37D6031571A016252?sequence=1) diakses tanggal 20 Desember 2018
- Yulia, S., Hamid, A. Y. S., & Mustikasari, M. (2012). Peningkatan pemahaman perawat pelaksana dalam penerapan keselamatan pasien melalui pelatihan keselamatan pasien. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 15(3), 185-192.
- Zaenab, Z. L. T. S. N. (2013). Problem dan Tantangan Puskesmas dan Rumah Sakit Umum Daerah dalam Mendukung Sistem Rujukan Maternal di Kabupaten Karimun Provinsi Kepri Tahun 2012. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI*, 2(4).
- Zulhadi, Trisnantoro, L. & Zaenab, S. N. (2013). Problematika Tantangan Puskesmas dan Rumah Sakit Umum Daerah dalam Mendukung Sistem Rujukan Maternal di Kabupaten Karimun Provinsi Kepri Tahun 2012. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia* 2 (04), pp. 189-201

### **BIOGRAPHY**

**Author** Ns. Rinda Intan Sari, M.Kep merupakan Dosen Program Studi S-1 Keperawatan di STIKES Telogorejo Semarang. Menyelesaikan program Magister Keperawatan di Universitas Padjadjaran Bandung tahun 2019 dengan peminatan keperawatan Maternitas. *Topic of interest* penelitian mengarah kepada kasus-kasus komplikasi maternal dan *palliative care*.