



BUPATI LEMBATA
PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR

PERATURAN BUPATI LEMBATA
NOMOR 42 TAHUN 2024
TENTANG
PEDOMAN RUJUKAN BAGI IBU HAMIL, IBU BERSALIN, IBU NIFAS,
DAN BAYI BARU LAHIR

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI LEMBATA,

- Menimbang : a. bahwa untuk mendukung terwujudnya tujuan pembangunan nasional di bidang kesehatan khususnya keselamatan ibu hamil, ibu melahirkan, dan bayi baru lahir, diperlukan keselarasan sistem rujukan sesuai dengan standar kompetensi fasilitas kesehatan di Kabupaten Lembata;
- b. bahwa dalam rangka menurunkan AKI dan AKB di Kabuapten Lembata yang masih tergolong tinggi jika dibandingkan dengan angka kematian secara Nasional dan Regional dan belum mengalami penurunan secara signifikan setiap tahun karena terlambat dalam proses pelaksanaan rujukan, baik dari masyarakat ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, maupun dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut, perlu mendekatkan akses dan mencegah terjadinya keterlambatan penanganan pada ibu hamil, bersalin, ibu nifas, dan bayi baru lahir terutama di daerah sulit akses ke fasilitas kesehatan;
- c. bahwa berdasarkan ketentuan huruf a angka 4 huruf C Lampiran Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2023 tentang Pedoman Nomenklatur Perangkat

Daerah dan Unit Kerja pada Perangkat Daerah yang Menyelenggarakan Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan, Dinas Kesehatan Daerah menyelenggarakan fungsi perumusan kebijakan di bidang kesehatan masyarakat, pencegahan dan pengendalian penyakit, pelayanan kesehatan, kefarmasian dan alat kesehatan, pendanaan kesehatan, dan sumber daya manusia kesehatan, perlu menetapkan pedoman rujukan bagi ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, dan bayi baru lahir;

- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagai dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Pedoman Rujukan Bagi Ibu Hamil, Ibu Bersalin, Ibu Nifas, dan Bayi Baru Lahir;

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 52 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Lembata (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 180, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3901) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2000 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 52 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Lembata (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 79, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3967);
 2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
 3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);

4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi, dan Pelayanan Kesehatan Seksual (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 853);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2023 tentang Pedoman Nomenklatur Perangkat Daerah dan Unit Kerja pada Perangkat Daerah yang Menyelenggarakan Urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 1039);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG PEDOMAN RUJUKAN BAGI IBU HAMIL, IBU BERSALIN, IBU NIFAS, DAN BAYI BARU LAHIR.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal I

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Lembata.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Lembata.
3. Bupati adalah Bupati Lembata.
4. Dinas Kesehatan yang selanjutnya disebut Dinas adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Lembata.
5. Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang selanjutnya disebut Fasyankes adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.
6. Fasilitas Kesehatan yang selanjutnya disebut Faskes adalah sarana kesehatan yang berkaitan dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara individu, baik yang bersifat promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitasi.
7. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang selanjutnya

disingkat FKTP adalah Fasyankes yang melakukan pelayanan Kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik untuk keperluan observasi, promotive, preventif, diagnosis, perawatan, pengobatan dan/atau pelayanan Kesehatan lainnya.

8. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan yang selanjutnya disingkat FKRTL adalah Faskes yang melakukan pelayanan Kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau subspesialisik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus.
9. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah Fasyankes sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) yang menyelenggarakan upaya Kesehatan Masyarakat dan upaya Kesehatan perorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya Kesehatan promotif dan preventif tanpa mengabaikan upaya pengobatan dan rehabilitatif.
10. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Lewoleba.
11. Rumah Sakit yang selanjutnya disingkat RS Adalah Rumah Sakit Bukit dan Rumah Sakit Damian.
12. Angka Kematian Ibu yang selanjutnya disingkat AKI adalah banyaknya Perempuan yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan, bunuh diri atau kasus insidentil) selama kehamilan, melahirkan, dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup.
13. Angka Kematian Bayi yang selanjutnya disingkat AKB adalah kematian yang terjadi pada penduduk yang berumur 0 – 11 bulan (kurang dari 1 tahun) per 1.000 kelahiran hidup.
14. Sistem Rujukan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik, baik vertikal maupun horizontal.
15. Puskesmas PONEP adalah Puskesmas rawat inap yang mampu menyelenggarakan pelayanan obstetrik

dan neonatal emergensi/komplikasi tingkat dasar dalam 24 jam sehari dan 7 hari seminggu.

16. Rumah Sakit PONEK adalah rumah sakit yang memiliki sarana, prasarana, fasilitas serta tenaga ahli yang siap melayani 24 jam dalam memberikan pertolongan dan Tindakan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal komprehensif secara langsung terhadap ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan neonatus, baik yang datang sendiri atau atas rujukan Praktek Mandiri Bidan, Klinik Swasta, Puskesmas, dan Puskesmas PONEK.
17. Rujukan Maternal Neonatal adalah rujukan yang berkaitan dengan diagnosis, terapi, tindakan medik berupa pengiriman pasien, rujukan bahan/specimen untuk pemeriksaan laboratorium, dan rujukan ilmu pengetahuan tentang maternal dan neonatal.
18. Rumah Tunggu Kelahiran yang selanjutnya disingkat RTK adalah suatu tempat atau ruangan yang dapat digunakan sebagai tempat tinggal sementara dalam menunggu persalinan bagi ibu hamil dan pendampingnya (suami/kader/atau keluarga lain), yang berada didekat Fasyankes (Puskesmas atau Rumah Sakit), selama beberapa hari sampai menunggu persalinan tiba dan setelah persalinan.
19. Sistem Rujukan Terintegrasi yang selanjutnya disebut SISROUTE merupakan proses rujukan antar Fasyankes dengan menggunakan teknologi informasi berbasis internet yang dapat menghubungkan data pasien dari tingkat layanan lebih rendah ke tingkat layanan lebih tinggi atau sebaliknya serta sederajat (horizontal maupun vertikal) dengan tujuan untuk mempermudah dan mempercepat proses rujukan pasien.
20. Telemedisin adalah pemberian pelayanan Kesehatan jarak jauh oleh profesional kesehatan dengan menggunakan teknologi informasi dan komunikasi, meliputi pertukaran informasi diagnosis, pengobatan, pencegahan penyakit dan cedera, penelitian dan evaluasi, dan pendidikan berkelanjutan penyedia layanan kesehatan untuk kepentingan peningkatan kesehatan individu dan masyarakat.
21. Telekesehatan adalah pemberian dan fasilitasi

layanan Kesehatan, termasuk Kesehatan masyarakat, layanan informasi Kesehatan, dan layanan mandiri, melalui telekomunikasi dan teknologi komunikasi digital.

22. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Pasal 2

Peraturan Bupati ini bermaksud sebagai pedoman pelaksanaan Sistem Rujukan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, dan bayi baru lahir di Daerah.

Pasal 3

Peraturan Bupati ini bertujuan memberikan kepastian hukum dalam pelaksanaan Sistem Rujukan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, dan bayi baru lahir di Daerah.

BAB II

KEBIJAKAN DAN PRINSIP ALUR RUJUKAN

Pasal 4

- (1) Kebijakan penyelenggaraan Sistem Rujukan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, dan bayi baru lahir dilakukan secara berjenjang sesuai level kompetensi Faskes, terpadu, efektif, dan efisien sesuai prinsip *continuity of care*.
- (2) Alur rujukan dilaksanakan dengan prinsip sebagai berikut:
 - a. mempersiapkan alur rujukan yang terencana maupun yang *emergency* secara cepat, tepat, efektif, dan efisien;
 - b. setiap ibu hamil dan bayi baru lahir diidentifikasi kebutuhan layanan rujukan dan direncanakan lebih dini, termasuk layanan rujukan *Antenatal Care* (ANC) karena ditemukan adanya faktor risiko pada ibu hamil;
 - c. penyelenggaraan pelayanan rujukan maternal dan neonatal yang menyeluruh dan terintegrasi

- sesuai prinsip *continuity of care*;
- d. adanya leveling Fasyankes ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, dan bayi baru lahir yang meliputi:
 - 1. level 1 FKTP non-PONED;
 - 2. Level 2 FKTP PONED atau rumah sakit pratama;
 - 3. Level 3 adalah Fasyankes pelayanan spesialis (rumah sakit PONEK) atau rumah sakit madya;
 - 4. Level 4 atau rumah sakit utama adalah fasyankes dengan pelayanan subspesialis dasar; dan
 - 5. Level 5 atau rumah sakit paripurna adalah fasyankes dengan pelayanan subspesialis lengkap.
 - e. penyelenggaraan sistem informasi dan komunikasi rujukan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, dan bayi baru lahir;
 - f. mensinergikan 5 subsistem dalam Sistem Rujukan yakni:
 - 1. sistem manajemen/program;
 - 2. sistem pelayanan klinis;
 - 3. sistem pembiayaan;
 - 4. sistem informasi/komunikasi; dan
 - 5. sistem transportasi.
 - g. pengelompokan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, dan bayi baru lahir berdasarkan kriteria tertentu.

Pasal 5

- (1) Proses pelayanan persalinan dimulai sejak persalinan sampai dengan paling lama 6 jam sesudah melahirkan.
- (2) pelayanan persalinan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi 7 aspek yang terdiri dari:
 - a. membuat keputusan klinik;
 - b. asuhan sayang ibu dan sayang bayi, termasuk Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan resusitasi bayi baru lahir;
 - c. pencegahan infeksi;
 - d. pencegahan penularan penyakit dari ibu ke anak;
 - e. persalinan bersih dan aman;

- f. pencatatan atau rekam medis asuhan persalinan; dan
- g. rujukan pada kasus komplikasi ibu dan bayi baru lahir.

BAB III

MEKANISME, TATA CARA, DAN SKEMA RUJUKAN

Pasal 6

- (1) Mekanisme rujukan maternal dan neonatal dilaksanakan sesuai klasifikasi dan kriteria level kompetensi Faskes penerima rujukan.
- (2) Klasifikasi dan kriteria level kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.
- (3) Setiap Faskes harus memiliki data peta level kompetensi fasilitas kesehatan penerima rujukan maternal dan neonatal agar dapat menetapkan tempat tujuan sesuai dengan kebutuhan pasien termasuk bagi pasien yang mengalami kegawatdaruratan maternal neonatal saat proses persalinan.
- (4) Penetapan level kompetensi Faskes sebagaimana dimaksud pada ayat (3), berpedoman pada Sistem Informasi Maternal dan Neonatal (SIMATNEO).

Pasal 7

- (1) Tata cara Rujukan Maternal Neonatal dapat menggunakan pola rujukan *Hospital Point To Point* atau *Hospital Hub* dan *Spoke Model*.
- (2) Tata cara rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Pasal 8

- (1) Dalam mekanisme rujukan, jenis dan skema yang harus dilakukan pada Faskes perujuk meliputi:
 - a. pengambilan keputusan klinis dan menetapkan jenis rujukan;
 - b. menetapkan tempat tujuan Faskes penerima rujukan;
 - c. melakukan komunikasi dan penyediaan

informasi kasus rujukan menggunakan aplikasi SISROUTE;

- d. melakukan penanganan pra rujukan;
 - e. menyiapkan transportasi rujukan;
 - f. melakukan pengiriman rujukan; dan
 - g. melakukan serah terima rujukan.
- (2) Penerima rujukan bertanggung jawab untuk melakukan pelayanan kesehatan lanjutan sejak menerima rujukan dengan tahapan:
- a. penerimaan informasi rujukan melalui SISROUTE;
 - b. instruksi advis pra rujukan dan selama perjalanan rujukan, diberikan melalui SISROUTE;
 - c. penerimaan rujukan;
 - d. pengambilan keputusan klinis;
 - e. tata laksana kasus; dan
 - f. melakukan rujuk balik.
- (3) Penerima rujukan memberikan informasi kepada perujuk mengenai perkembangan keadaan pasien setelah memberikan pelayanan.
- (4) Jenis dan skema rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV

KOMUNIKASI DAN SISTEM INFORMASI RUJUKAN

Bagian Kesatu

Komunikasi Rujukan Antar Faskes

Pasal 9

- (1) Perujuk dan penerima rujukan, sebelum proses rujukan berjalan harus melakukan komunikasi untuk mengetahui kondisi pasien dan memastikan ketersediaan sarana dan prasarana serta kompetensi dan ketersediaan tenaga kesehatan.
- (2) Media komunikasi rujukan yang dipergunakan adalah:
 - a. aplikasi SISROUTE; dan
 - b. telepon perujuk maupun telepon Faskes tujuan rujukan.

- (3) Jenis informasi dari perujuk mencakup:
 - a. identitas pasien yang dirujuk meliputi:
 - 1. nama;
 - 2. alamat;
 - 3. tempat tanggal lahir; dan
 - 4. nomor induk kependudukan (kartu tanda penduduk dan/atau kartu keluarga).
 - b. hasil pemeriksaan (anamnese, pemeriksaan fisik, penunjang);
 - c. diagnosa, kondisi klinis (kriteria/tata laksana) pasien;
 - d. tindakan yang dilakukan;
 - e. kebutuhan pelayanan rujukan; dan
 - f. status pembiayaan dengan penjaminan (BPJS) Kesehatan dan Jampersal.
- (4) Dalam hal pasien tidak mampu/miskin dan belum memiliki kartu Jaminan Kesehatan, dapat menggunakan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM), asuransi komersial lainnya, atau tanpa biaya penjaminan/mandiri.

Bagian Kedua

Komunikasi di dalam Jejaring Rujukan

Pasal 10

- (1) Komunikasi antar Faskes Perujuk dan penerima rujukan menggunakan aplikasi SISROUTE.
- (2) Komunikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan untuk mendapatkan informasi yang dibutuhkan antara lain:
 - a. informasi yang lengkap tentang kompetensi Faskes penerima rujukan;
 - b. ada kepastian Faskes yang siap menerima rujukan;
 - c. indikasi medis pasien yang sesuai;
 - d. data pasien rujukan yang akurat dan lengkap; dan
 - e. kesiapan dalam penanganan pasien di Faskes penerima rujukan.
- (3) Untuk menjamin proses rujukan yang efektif dan efisien maka diperlukan tim pengelola manajemen Sistem Rujukan berupa jaringan komunikasi formal,

baik di internal Faskes maupun secara eksternal antar Faskes.

- (4) Tim pengelola manajemen Sistem Rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) terdiri dari:
 - a. tim antar Faskes;
 - b. tim RSUD; dan
 - c. tim Puskesmas.
- (5) Tim pengelola manajemen Sistem Rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dibentuk dengan:
 - a. keputusan Kepala Dinas untuk tim antar Faskes;
 - b. keputusan Direktur RSUD untuk tim RSUD; dan
 - c. keputusan Kepala Puskesmas untuk tim Puskesmas.
- (6) Tim pengelola manajemen sebagaimana dimaksud pada ayat (3) mempunyai tugas:
 - a. melakukan pengelolaan Sistem Rujukan di internal maupun eksternal Fasyankes;
 - b. mengelola aplikasi SISROUTE di Faskes;
 - c. mengoordinasikan pasien yang akan dirujuk ke Faskes lain; dan
 - d. melakukan proses permintaan rujukan dari Faskes lain.

BAB V

PERAN SERTA MASYARAKAT DAN LINTAS SEKTOR

Pasal 11

- (1) Masyarakat dan keluarga berperan serta dalam pelaksanaan proses rujukan.
- (2) Masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memberikan dukungan dan dorongan terhadap ibu hamil, keluarga, dan tenaga medis terhadap pelaksanaan rujukan.
- (3) Keluarga sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mendampingi pasien sampai ke Faskes penerima rujukan dan selama perawatan jika pasien dirawat inap.

Pasal 12

- (1) Lintas sektor ikut berperan serta dalam pelaksanaan proses rujukan.

- (2) Peran serta lintas sektor sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
- a. Dinas menyediakan sarana dan prasarana dan membuat kebijakan sebagai upaya untuk menurunkan AKI dan AKB.
 - b. Puskesmas dan jaringan melakukan tugas teknis sesuai kompetensi dan level kewenangan serta berkomitmen untuk menjalankan program 7H7 center secara ketat.
 - c. pemerintah kecamatan mengkoordinasi terbentuknya RTK, menggerakan peran serta lintas sektor tingkat kecamatan dalam upaya penurunan AKI dan AKB melalui program Pendampingan Ibu Hamil (PIH) dan menjemput ibu hamil di rumahnya menggunakan ambulans desa/kelurahan atau ambulans Puskesmas untuk diantar ke Puskesmas atau RTK.
 - d. kepala desa/lurah membuat Peraturan Kepala Desa/Lurah dalam mendukung penurunan AKI dan AKB melalui persalinan di Faskes dan rujukan yang memadai.
 - e. kader posyandu sebagai penggerak masyarakat melakukan pemetaan Sistem Rujukan untuk mengetahui kendala kasus rujukan di tingkat keluarga, komunitas, dan desa/kelurahan, serta membangun partisipasi pemerintah desa/kelurahan untuk mengatasi kendala rujukan secara mandiri.

Pasal 13

Tata cara peran serta masyarakat dan lintas sektor sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 dan Pasal 12 tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB VI

TELEMEDISIN DAN TELEKESEHATAN

Pasal 14

- (1) Pemerintah Daerah melaksanakan program Telemedisin dan Telekesehatan guna meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan

dasar dan spesialis sebagai upaya menurunkan AKI dan AKB.

- (2) Manfaat, skema, dan penyiapan Telemedisin dan Telekesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB VII PEMBIAYAAN KESEHATAN

Pasal 15

- (1) Pemerintah Daerah memberikan perlindungan kepada masyarakat untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan dengan memberikan biaya kesehatan melalui Program Jaminan Kesehatan.
- (2) biaya kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan kepada masyarakat yang belum masuk dalam Program Jaminan Kesehatan sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku.
- (3) Masyarakat yang belum masuk dalam Program Jaminan Kesehatan atau asuransi kesehatan lain, melakukan pembiayaan secara mandiri.
- (4) Tata cara pembiayaan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB VIII PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 16

- (1) Bupati, Kepala Dinas, dan dinas terkait melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan Sistem Rujukan bagi ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, dan bayi baru lahir sesuai tugas, fungsi, dan kompetensi sesuai kewenangan.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. koordinasi, sosialisasi, dan advokasi;
 - b. peningkatan sumber daya manusia; dan/atau
 - c. pemantuan dan evaluasi.
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud

pada ayat (2) dilakukan paling sedikit 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun.

BAB IX KETENTUAN PENUTUP

Pasal 17

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Lembata.

Ditetapkan di Lewoleba
pada tanggal 7 Agustus 2024

PENJABAT BUPATI LEMBATA,

\${ttd1}

PASKALIS OLA TAPO BALI

Diundangkan di Lewoleba
pada tanggal 7 Agustus 2024

PLH. SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN LEMBATA,

\${ttd2}

QUINTUS IRENIUS SUCIADI

BERITA DAERAH KABUPATEN LEMBATA TAHUN 2024 NOMOR 42

LAMPIRAN
PERATURAN BUPATI LEMBATA
NOMOR 42 TAHUN 2024
TENTANG
PEDOMAN RUJUKAN BAGI IBU HAMIL,
IBU BERSALIN, IBU NIFAS DAN BAYI
BARU LAHIR

BAB I
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Pemerintah Indonesia melalui Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024 memberikan arah pembangunan bidang kesehatan dengan salah satu Visi meningkatkan pelayanan kesehatan melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), khususnya penguatan pelayanan kesehatan primer dengan peningkatan upaya promotif dan preventif yang didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi. Kebijakan dalam RPJMN ini fokus pada lima hal yaitu meningkatkan kesehatan ibu, anak, keluarga berencana dan kesehatan reproduksi, mempercepat perbaikan gizi masyarakat, meningkatkan pengendalian penyakit, Gerakan masyarakat hidup sehat (Germas) dan memperkuat sistem kesehatan dan pengendalian obat dan makanan.

Peningkatan kesehatan ibu dan anak difokuskan pada upaya penurunan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB), angka kematian neonatal dan peningkatan cakupan vaksinasi. Dalam 30 tahun terakhir, upaya yang dilakukan oleh pemerintah sudah mampu menurunkan AKI. Pada Tahun 2020 AKI di Indonesia mencapai 189 per 100 ribu kelahiran hidup dan khusus Provinsi NTT masih mencapai 316 per 100 ribu kelahiran hidup¹. Namun, tren penurunannya masih sangat lambat bahkan AKI saat ini masih jauh dari target Millenium Development Goals (MDGs) tahun 2015 yang sudah berlalu yaitu sebesar 102 per 100 ribu kelahiran hidup. Dengan penurunan AKI yang hanya 1,8% per tahun, Indonesia diperkirakan tidak akan mampu mencapai target Sustainable Development Goals (SDGs) sebesar 70 kematian ibu per 100 ribu kelahiran hidup pada tahun 2030.

¹ <https://www.bps.go.id/statictable/2023/03/31/2219/angka-kematian-ibu-aki-maternal-mortality-rate-mmr-hasil-long-form-sp2020-menurut-provinsi-2020.html>

Hal yang sama terjadi pada penurunan AKB yang lambat, meskipun AKB pada 2020 telah mencapai 21 kematian per 100 ribu kelahiran hidup, namun karena tren penurunan yang lambat maka diperkirakan sulit mencapai target SDGs pada 2030 sebesar 12 kematian bayi per 1000 kelahiran hidup.

Profil Kesehatan Republik Indonesia (RI) tahun 2020 menyebutkan penyebab AKI yaitu perdarahan sebanyak 1.330 kasus, hipertensi dalam kehamilan sebanyak 1.110 kasus, dan gangguan sistem peredaran darah sebanyak 230 kasus dengan total kematian ibu tahun 2020 sebanyak 4.627 kasus. Jika dilihat dari faktor penyebab langsung AKI diketahui faktor perdarahan 28%, Eklampsia 13%, sepsis 10%, aborsi 11%, partus macet atau partus lama 9%, kehamilan yang tidak diinginkan 7%, lain-lain 22%, sedangkan faktor penyebab tidak langsung AKI adalah 3 terlambat (terlambat mengenal tanda bahaya dan mengambil keputusan, terlambat mencapai Fasilitas Kesehatan (Faskes), dan terlambat mendapat pertolongan di Faskes (Kemenkes, 2017).

Sementara itu, untuk Penyebab AKB di Indonesia adalah kurang gizi sejak dalam kandungan, kelahiran prematur, Asfiksia, Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). Untuk kematian balita neonatal disebabkan oleh asfiksia sebesar 27,4%, kelainan kongenital 11,4%, infeksi 3,4%, tetanus neonatorum 0,03%, dan lainnya 22,5%, pneumonia, yakni 14,5%. Sedang untuk kematian balita post-neonatal disebabkan diare sebesar 9,8%, kelainan kongenital lainnya 0,5%, penyakit syaraf 0,9%, dan faktor lainnya 73,9% (BPS, 2020).

Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT), memiliki jumlah kematian ibu sebanyak 330 kasus di Tahun 2008, kemudian turun menjadi 316 pada Semester Pertama tahun 2020. Provinsi NTT termasuk salah satu Provinsi penyumbang kematian ibu tertinggi. Karena kondisi ini Pemerintah Provinsi NTT berupaya meningkatkan kesehatan ibu dan bayi baru lahir melalui berbagai upaya yang selaras dengan regulasi Nasional diikuti dengan berbagai inovasi – inovasi inisiatif daerah. Salah satu contoh inovasi yang mempunyai dampak pada penurunan kematian ibu dan bayi baru lahir adalah melalui program Revolusi KIA yang ditetapkan dalam Peraturan Gubernur NTT Nomor 42 Tahun 2009. Sejak tahun 2009, data jumlah kematian ibu terus menurun walaupun naik lagi di tahun 2015 dan 2016, kemudian menurun lagi sehingga di MPDN tercatat 157 kematian ibu pada Tahun 2022.

Angka Kematian Bayi di Provinsi NTT juga termasuk tinggi di Indonesia. Data menunjukkan sejak tahun 2008 sebanyak 1.274 kasus kematian bayi. Kasus kematian bayi tidak menunjukkan penurunan yang berarti. Pada tahun 2016 baru terlihat penurunan kasus kematian bayi menjadi 1.088 kasus, menurun lagi menjadi 1.044 kasus di tahun 2017 tetapi tahun 2018 meningkat lagi menjadi 1.265 kasus kematian bayi. Setelah itu menurun terus sehingga pada Tahun 2022 tercatat di MPDN ada 1.320 kasus kematian bayi.

Di Kabupaten Lembata, AKI tahun 2021 mengalami peningkatan yang sangat signifikan jika dibandingkan dengan kasus tahun sebelumnya. Pada tahun 2020 AKI Kabupaten Lembata sebesar 42/100.000 Kelahiran Hidup dan di tahun 2021 meningkat menjadi 104/100.000 Kelahiran hidup. Sementara itu, jumlah absolut AKI pada tahun 2020 berjumlah 4 kasus, tahun 2021 meningkat menjadi 8 kasus kematian, dan dan tercatat 9 kasus kematian di MPDN Tahun 2022.

Sementara itu, AKB di Kabupaten Lembata di Tahun 2021 tercatat meningkat menjadi 2,85 Kasus Kematian per 1000 Kelahiran hidup, jika dibandingkan data tahun 2020 yaitu sebanyak 1,70 Kasus Kematian per 1000 kelahiran hidup. Sementara itu, jumlah kasus kematian bayi sebanyak 16 kasus di tahun 2020 dan meningkat menjadi 22 kasus di tahun 2021, dan tercatat 47 kematian di MPDN pada Tahun 2022.

Tahun 2021, diketahui bahwa penyebab kasus kematian ibu di Kabupaten Lembata adalah perdarahan sebanyak 1 kasus, infeksi 1 kasus, 3 kasus kematian akibat gangguan sistem peredaran darah, dan 3 kasus kematian disebabkan penyebab lainnya. Sementara itu, penyebab kematian neonatal di Kabupaten Lembata disebabkan oleh Asfiksia sebanyak 9 Kasus, bayi lahir prematur disertai BBLR sebanyak 9 Kasus, 1 kasus kematian karena kelainan bawaan, dan 3 kasus penyebab Lainnya.

Beberapa penyebab tidak langsung masalah tingginya AKI dan AKB di Kabupaten Lembata yaitu dikarenakan oleh 3 (tiga) terlambat dalam melakukan rujukan, yaitu terlambat dalam mengenali tanda-tanda bahaya dan mengambil keputusan untuk melakukan rujukan di tingkat komunitas, terlambat menjangkau fasilitas kesehatan, dan terlambat mendapatkan pelayanan kesehatan memadai di fasilitas kesehatan.

Untuk itu kedepannya diperlukan upaya khusus untuk melakukan pemantauan yang lebih komprehensif terhadap ibu hamil yang berisiko tinggi serta kerja sama lintas sektor terkait untuk memastikan rujukan ibu dan bayi yang lebih efektif agar tidak terjadi 3 (tiga) terlambat.

Pedoman rujukan ini mengatur alur rujukan kasus-kasus kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir, baik mengenai diagnosa yang harus dirujuk, serta faskes kompeten mana yang harus menjadi tujuan rujukan. Selain itu, Pedoman rujukan ini akan dilengkapi dengan daftar nama-nama Puskesmas beserta statusnya PONEK dan Non PONEK, Rumah Sakit dengan statusnya PONEK dan Non PONEK, serta dilengkapi dengan alamat dan nomor telepon faskes tersebut. Hal ini bertujuan untuk memudahkan faskes yang akan merujuk dalam menentukan faskes lanjutan mana yang terdekat yang menjadi tempat rujukan dan memudahkan komunikasi antar faskes tanpa mengesampingkan alur rujukan yang telah diatur dalam Pedoman rujukan ini dan diaplikasikan pada sistem rujukan terintegrasi SISROUTE.

B. GAMBARAN UMUM KABUPATEN LEMBATA

1. Kondisi Geografis

Kabupaten Lembata merupakan hasil pemekaran dari Kabupaten Flores Timur berdasarkan Undang-Undang Nomor 52 Tahun 1999 lalu diubah dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2000. Wilayahnya merupakan Kabupaten satu pulau dengan topografi berbukit-bukit dan bergunung-gunung dengan Sebagian kecil tanah datar diwilayah pesisir Pantai dan dikelilingi perairan laut dengan potensi sumber daya kelautan yang besar namun belum dikelola dan dimanfaatkan secara optimal . Luas wilayah Kabupaten Lembata adalah 4.620,28 km² yang terdiri dari wilayah daratan seluas 1.266,39 km² (27,41%) dan wilayah lautan 3.353,89 km² (72,59%) dengan jumlah penduduk tahun 2022 sebanyak 142.348 jiwa ². Berdasarkan posisi geografisnya, Kabupaten Lembata memiliki batas-batas :

- a) Utara : Laut Flores
- b) Selatan : Laut Sawu
- c) Barat : Selat Boleng dan Selat Lamakera
- d) Timur : Selat Merica

² Kabupaten Lembata Dalam Angka 2020

2. Topografi dan Klimatologi

Keadaan Topografi Kabupaten Lembata terdiri dari Sebagian kecil daerah dataran yang berada diwilayah pesisir Pantai dengan tingkat kemiringan yang bervariasi antara 0- 40% dan Sebagian daerah berbukit-bukit dan bergunung-gunung dengan tingkat kemiringan diatas 40%; memiliki puncak tertinggi berada pada ketinggian 1.319 meter diatas permukaan air laut yakni Gunung Ile Ape di wilayah Kecamatan Ile Ape dan Ile Ape Timur, disamping gunung-gunung lain dengan ketinggian lebih rendah yang tersebar di beberapa wilayah kecamatan lain.

Kabupaten Lembata beriklim tropis dengan musim hujan (bulan basah) yang relative pendek : rata-rata 3 – 4 bulan dengan rata-rata curah hujan 50mm/100 hari hujan dan musim kemarau (bulan kering) yang relative Panjang : rata-rata 8 – 9 bulan, suhu rata-rata 26 C – 29 C dengan suhu minimum 23 C dan suhu maksimum 30 C.

3. Pemerintahan

Secara administratif Kabupaten Lembata terdiri dari 9 Kecamatan, 7 Kelurahan, dan 144 Desa. Pada tahun 2022, jumlah penduduknya mencapai 142.348 jiwa dengan luas wilayah 1.266,39 km² dan sebaran penduduk 112 jiwa/km². Kabupaten Lembata terdiri dari 9 (sembilan) Kecamatan yakni: Kecamatan Lebatukan, Atadei, Nagawutung, Ile Ape, Omesuri, Buyasuri, Nubatukan, Wulandoni dan Kecamatan Ile Ape Timur.

Gambar 1.1

Peta Administratif Kabupaten Lembata



Sumber : BPS Kabupaten Lembata (2020)

4. Demografis

Berdasarkan data Profil Perkembangan Kependudukan Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kabupaten Lembata Tahun 2023, jumlah penduduk Kabupaten Lembata pada akhir tahun 2022 sebanyak 142.348 jiwa. Angka persebaran penduduk tertinggi terdapat di Kecamatan Nubatukan yakni sebesar 41.460 jiwa (29,13%) dan terkecil di Kecamatan Ile Ape Timur yakni sebesar 6.252 jiwa (4,40%). Perkembangan Kota Lewleba banyak menarik perpindahan penduduk masuk dari kabupaten lain, maupun dari Kecamatan lain dalam wilayah Kabupaten Lembata sendiri (BPS Kabupaten Lembata, 2020).

Tabel 1.1. Distribusi Penduduk
Menurut Kecamatan di Kabupaten Lembata Tahun 2022

No	Kecamatan	Penduduk	
		2021	2022
1	Buyasuri	22.018	22.120
2	Omesuri	19.644	20.005
3	Lebatukan	10.212	10.292
4	Ile Ape	13.769	13.960
5	Ile Ape Timur	6.222	6.252
6	Nubatukan	41.343	41.460
7	Nagawutung	10.469	10.676
8	Atadei	7.988	8.024
9	Wulandoni	9.431	9.559
TOTAL		141.096	142.348

Sumber : Profil Perkembangan Kependudukan Kabuapten Lembata Tahun 2022,Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kabupaten Lembata Tahun 2023

5. Gambaran Umum Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Faskes)

Fasilitas Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Lembata terdiri dari Puskesmas, Klinik Pratama, Klinik Utama, Bidan Praktek Swasta dan Rumah Sakit. Jumlah Puskesmas di Kabupaten Lembata ada 12 Puskesmas, yang terdiri dari 11 Puskesmas Rawat Inap dan 1 Puskesmas Non-Rawat Inap. 7 Puskesmas dari 12 Puskesmas ini merupakan Puskesmas PONED. Sementara itu, di Kabupaten Lembata terdapat 3 Rumah Sakit yang memberikan

pelayanan rujukan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir. Daftar nama-nama Puskesmas (PONED dan Non PONED) serta Rumah Sakit beserta status dan level rujukannya tercantum dalam lampiran Pedoman Rujukan ini.

Dalam rangka perluasan jangkauan pelayanan kesehatan yang diberikan pada unit pelayanan dan tuntutan dari masyarakat atas pelayanan yang cepat dan terjangkau sudah menjadi kebutuhan mendesak untuk adanya Puskesmas Pembantu yang tersebar di wilayah kerja masing-masing Puskesmas yang berjumlah 34 Puskesmas Pembantu, 317 Posyandu bayi-balita dan 1.463 kader posyandu.

6. Sumber Daya Manusia

Dalam pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan dibutuhkan berdasarkan rasio standar. Kebutuhan tenaga ini dikaitkan dengan rencana pengembangan fasilitas kesehatan. Setiap tingkat administrasi pelayanan mempunyai formasi pegawai bervariasi sejalan dengan mobilisasi. Berikut ini adalah jumlah dan sebaran Tenaga kesehatan di Kabupaten Lembata Tahun 2022 yang tersebar di Dinas Kesehatan, UPTD di lingkup Dinas Kesehatan Kabupaten Lembata, dan seluruh Rumah Sakit di Kabupaten Lembata

Tabel 1.2. Distribusi Tenaga Kesehatan di Kabupaten Lembata Tahun 2023

No	Puskesmas	Dokter Umum	Dokter Gigi	Perawat	Bidan	Farmasi	Ahli Gizi
1	Waipukang	1	-	14	31	2	3
2	Wairiang	1	-	7	13	2	-
3	Bean	1	-	4	15	-	1
4	Waiknuit	1	-	9	19	2	4
5	Balauring	1	-	10	18	3	2
6	Autaqnapoq	1	-	6	8	-	1
7	Lewoleba	3	1	32	28	3	6
8	Pada	1	-	7	21	2	1
9	Wulandoni	1	-	8	22	3	1
10	Hadakewa	1	1	12	22	2	3
11	Lamaau	1	-	8	16	2	2

12	Loang	1	-	8	22	1	3
Total		14	2	125	213	22	27

Sumber : Kepegawaian Dinas Kesehatan Kab.Lembata

7. Transportasi Rujukan

Semua Puskesmas memiliki ambulance yang memadai untuk melakukan rujukan pasien dari Puskesmas ke Rumah Sakit di Kabupaten Lembata. Disamping sarana ambulance untuk melakukan rujukan pasien, di desa/kelurahan Siaga Aktif juga memiliki transportasi rujukan yang disediakan secara swadaya oleh pengurus Jejaring Transportasi.

8. Sarana Komunikasi, Internet, Listrik di Fasilitas Kesehatan

Sarana komunikasi jarak jauh di semua Puskesmas menggunakan *handphone* dan media komunikasi melalui *Whatsapp group*. Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit juga memfasilitasi komunikasi rujukan melalui *handphone* dan media komunikasi melalui *Whatsapp group*. Tabel berikut adalah kondisi internet dan listrik di setiap puskesmas.

Tabel 1.3. Internat dan Listrik di Puskesmas di Kabupaten Lembata Tahun 2023

Kode Puskesmas	Nama Puskesmas	Jenis Akses Internet	Ada Akses Internet	Ada Ketersediaan Listrik
1050439	WAIRIANG		Ya	Ya
1050714	BEAN		Ya	Ya
1050713	AUTANAPOQ		Ya	Ya
1050438	BALAUING	Thetring	Ya	Ya
1050436	HADAKEWA	Wifi	Ya	Ya
1050435	LAMAAU		Ya	Ya
1050434	WAIPUKANG	Orbit	Ya	Ya
1050437	LEWOLEBA	Wifi	Ya	Ya
1050715	PADA		Ya	Ya
1050431	LOANG		Ya	Ya
1050433	WAIKNUIT		Ya	Ya
1050432	WULANDONI		Ya	Ya

Sumber <https://dashboard.kemkes.go.id/views/KualitasInternetPuskesmas>

C. TUJUAN PEDOMAN RUJUKAN MATERNAL NEONATAL

1. Tujuan Umum

Menjadi pedoman bagi fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan di berbagai jenjang untuk menyelamatkan ibu dan bayi baru lahir di fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan rujukan secara terintegrasi, efektif dan efisien dalam rangka penurunan AKI dan AKB. Pedoman ini juga menjadi dasar pelaksanaan sistem rujukan online terintegrasi menggunakan SISRUTE di semua fasilitas kesehatan Kabupaten Lembata.

2. Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan alur pelayanan rujukan maternal dan neonatal berbasis kompetensi sesuai dengan diagnosis, kriteria medis yang ditegakkan dan kondisi geografis.
- b. Menggambarkan uraian tugas (*job description*) dan kewenangan setiap jenjang pelayanan rujukan.
- c. Mendorong dan mengarahkan fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan rujukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan.
- d. Meningkatkan akses pelayanan sistem rujukan maternal neonatal secara komprehensif (manajemen, pelayanan klinis, transportasi, informasi/komunikasi dan pembiayaan).
- e. Meningkatkan pemanfaatan dan kualitas sistem rujukan online terintegrasi (SISRUTE) rujukan maternal neonatal.

D. SASARAN

Sasaran Pedoman Rujukan Maternal Neonatal ini adalah seluruh penyedia pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan secara umum maupun secara khusus pelayanan maternal dan neonatal dalam rangka menurunkan AKI dan AKB.

BAB II

KONSEP DAN PRINSIP ALUR RUJUKAN

A. KEBIJAKAN DAN PRINSIP ALUR RUJUKAN

1. Kebijakan

Menyelenggarakan sistem rujukan kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir secara berjenjang sesuai level kompetensi faskes, terpadu, efektif dan efisien sesuai prinsip *continuity of care*.

2. Prinsip Alur Rujukan

- a. Mempersiapkan alur rujukan yang terencana maupun yang *emergency* secara cepat, tepat, efektif dan efisien.
- b. Setiap ibu dan bayi baru lahir diidentifikasi kebutuhan layanan rujukan dan direncanakan lebih dini, termasuk layanan rujukan ANC karena ditemukan adanya faktor risiko pada ibu hamil.
- c. Penyelenggaraan pelayanan maternal neonatal yang menyeluruh dan terintegrasi sesuai prinsip *continuity of care*.
- d. Adanya *leveling* fasilitas pelayanan kesehatan kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir yang meliputi Level 1 FKTP Non PONED, Level II FKTP PONED atau RS Pratama, Level III adalah Fasyankes pelayanan Spesialis (RS PONEK) atau RS Madya, Level 4 atau RS Utama adalah fasyankes dengan pelayanan subspesialis dasar dan Level 5 atau RS Paripurna adalah fasyankes dengan pelayanan subspesialistik lengkap.
- e. Penyelenggaraan sistem informasi dan komunikasi rujukan kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir.
- f. Mensinergikan 5 sub sistem dalam sistem rujukan yaitu sistem manajemen/program, sistem pelayanan klinis, sistem pembiayaan, sistem informasi/ komunikasi dan sistem transportasi.
- g. Pengelompokan ibu hamil, ibu bersalin, Nifas dan bayi berdasarkan kriteria tertentu.

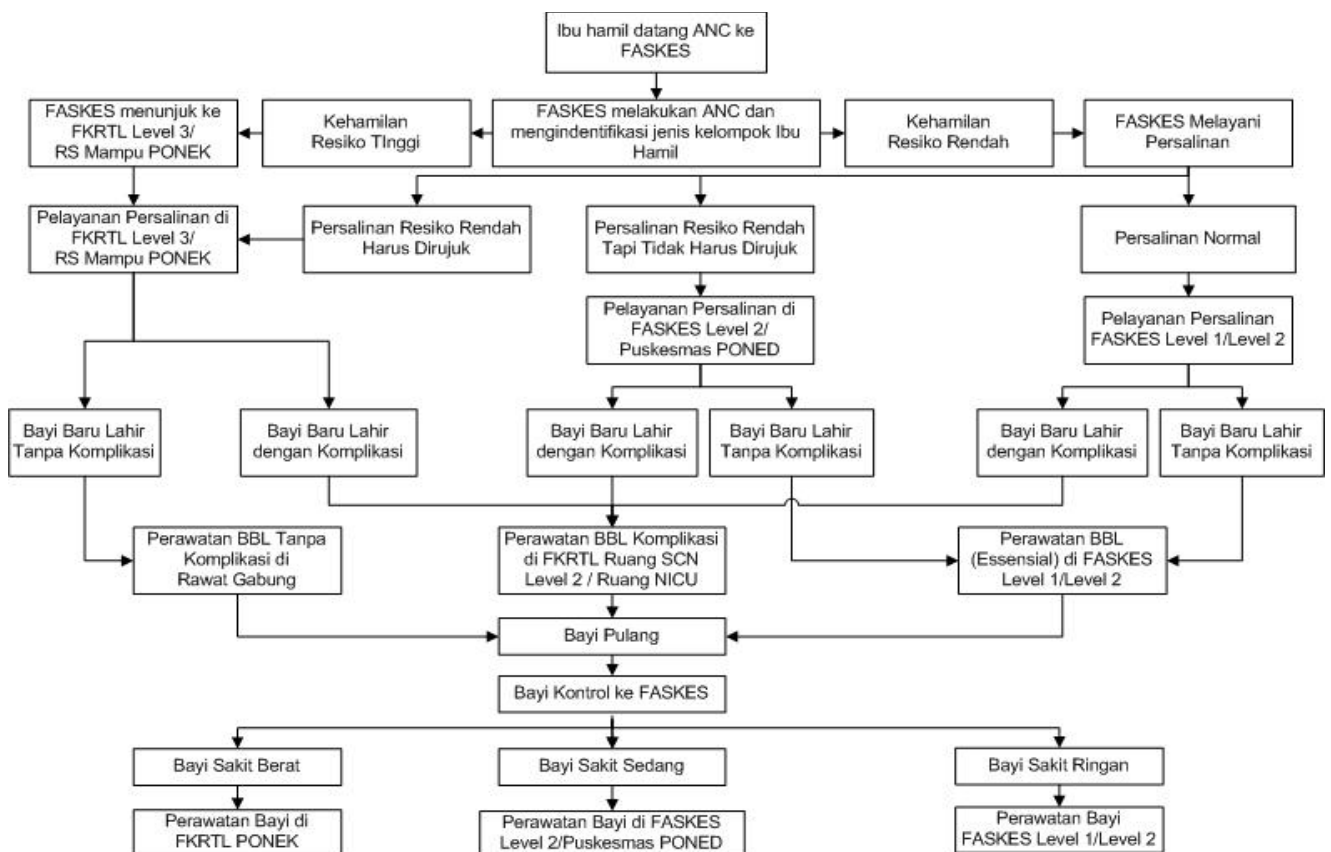
B. KONSEP POLA JEJARING RUJUKAN

Pelayanan Kesehatan Persalinan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang ditujukan pada ibu sejak dimulainya persalinan hingga 6 (enam) jam sesudah melahirkan. Proses pelayanan persalinan meliputi 7 (tujuh) aspek yang terdiri dari:

1. Membuat keputusan klinik;
2. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi, termasuk Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan resusitasi bayi baru lahir;
3. Pencegahan infeksi;
4. Pencegahan penularan penyakit dari ibu ke anak;
5. Persalinan bersih dan aman;
6. Pencatatan atau rekam medis asuhan persalinan; dan
7. Rujukan pada kasus komplikasi ibu dan bayi baru lahir.

Hal yang paling dasar dalam pelayanan persalinan adalah membuat keputusan klinik oleh tenaga kesehatan dan dilakukan di fasilitas kesehatan. Dari keputusan klinik tersebut menentukan langkah selanjutnya apakah pelayanan persalinan akan dilakukan sesuai dengan standar persalinan normal atau standar persalinan komplikasi. Proses ini dilakukan dengan mengikuti bagan alur sebagaimana Gambar 2.1

Gambar 2.1 Pola Jejaring Rujukan



Dari bagan 2.1 dapat dipahami bahwa proses pelayanan persalinan adalah suatu proses yang tidak berdiri sendiri dan berhenti pada satu pemberi pelayanan, akan tetapi suatu proses yang saling terkait dan berjenjang dimulai dari kondisi ibu bersalin yang normal yang mampu ditangani oleh pemberi pelayanan kesehatan dasar difasilitas kesehatan tingkat pertama FKTP dengan standar persalinan normal, sampai kondisi ibu bersalin yang mengalami komplikasi yang memerlukan pelayanan yang lebih kompleks di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan FKRTL dengan standar persalinan komplikasi. Sehingga pelayanan persalinan adalah berada pada suatu jejaring pelayanan persalinan yang melibatkan berbagai tingkatan atau level fasilitas kesehatan pemberi pelayanan sesuai dengan kondisi klinis ibu bersalin dan tingkat kemampuan fasilitas kesehatan pemberi pertolongan persalinan.

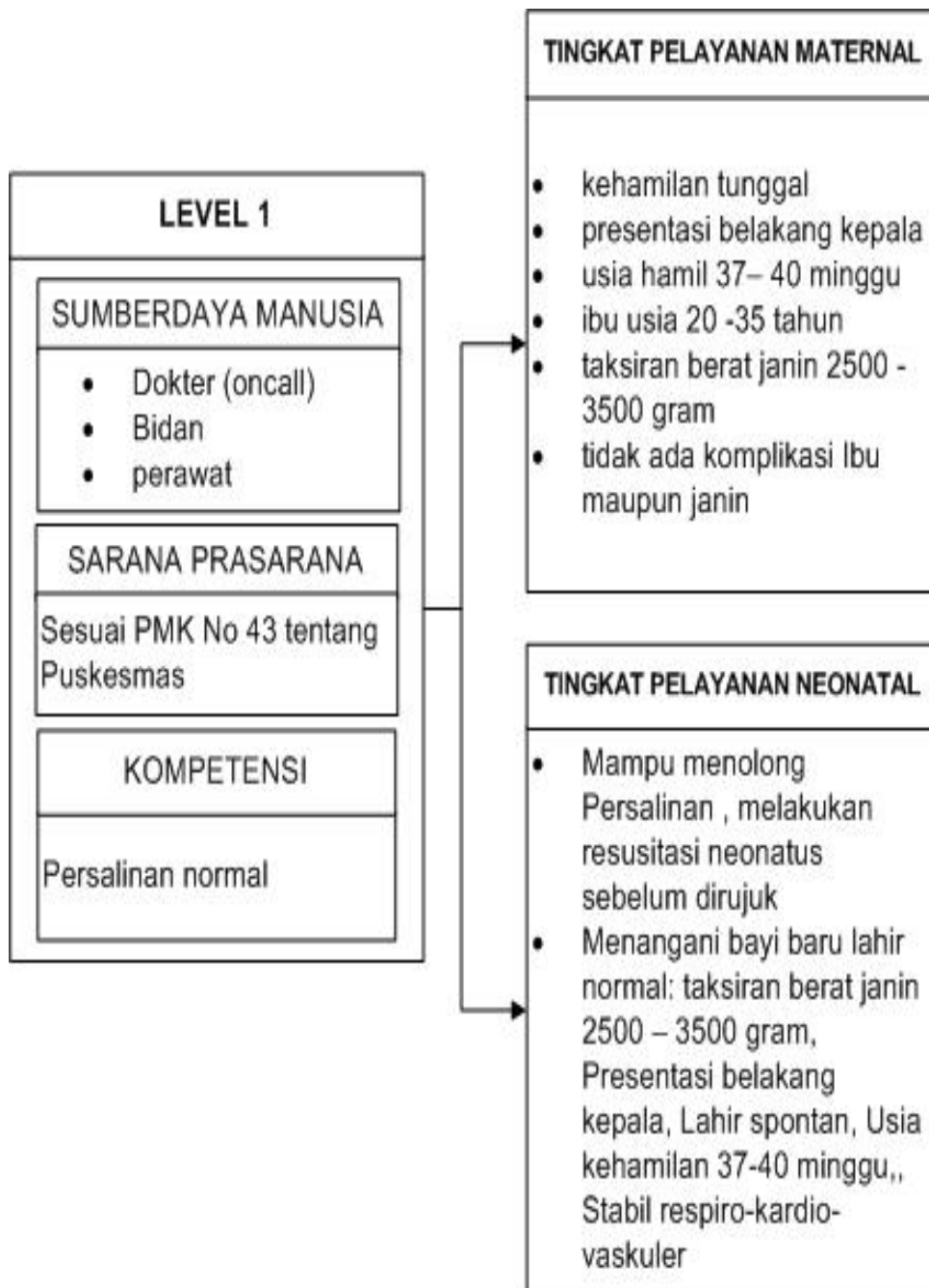
C. KRITERIA LEVEL KOMPETENSI

Kriteria kemampuan perlu selalu disesuaikan dengan kebijakan dan peraturan terkini. Pada saat ini mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi, dan Pelayanan Kesehatan Seksual dan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1302/2023 tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampunan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak.

Peta tingkat kemampuan pelayanan persalinan yang selanjutnya disebut peta level kompetensi pelayanan maternal neonatal faskes adalah hasil penilaian terhadap fasilitas kesehatan pemberi pelayanan persalinan berdasarkan pendekatan tata kelola klinis, tata kelola manajemen dan tata kelola program dalam pelayanan persalinan. Fungsi dari peta level kompetensi layanan maternal neonatal faskes dalam jejaring pelayanan persalinan adalah sebagai panduan dalam pelayanan dan rujukan. Bagi perujuk bisa menetapkan tempat tujuan yang sesuai dengan kebutuhan pasien termasuk bagi pasien yang mengalami kegawatan maternal neonatal saat proses persalinan. Sedangkan bagi faskes penerima rujukan peta level kompetensi layanan maternal neonatal berfungsi sebagai dasar dalam pemberian pelayanan dalam upaya memenuhi kewajiban rumah sakit, dan juga sebagai dasar untuk memberikan maklumat kepada publik tentang tingkat kemampuan pelayanan yang dimilikinya sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku.

1. Kompetensi Layanan Level 1 (FKTP Non PONED)

Gambar 2.2
Kriteria Kompetensi Level 1



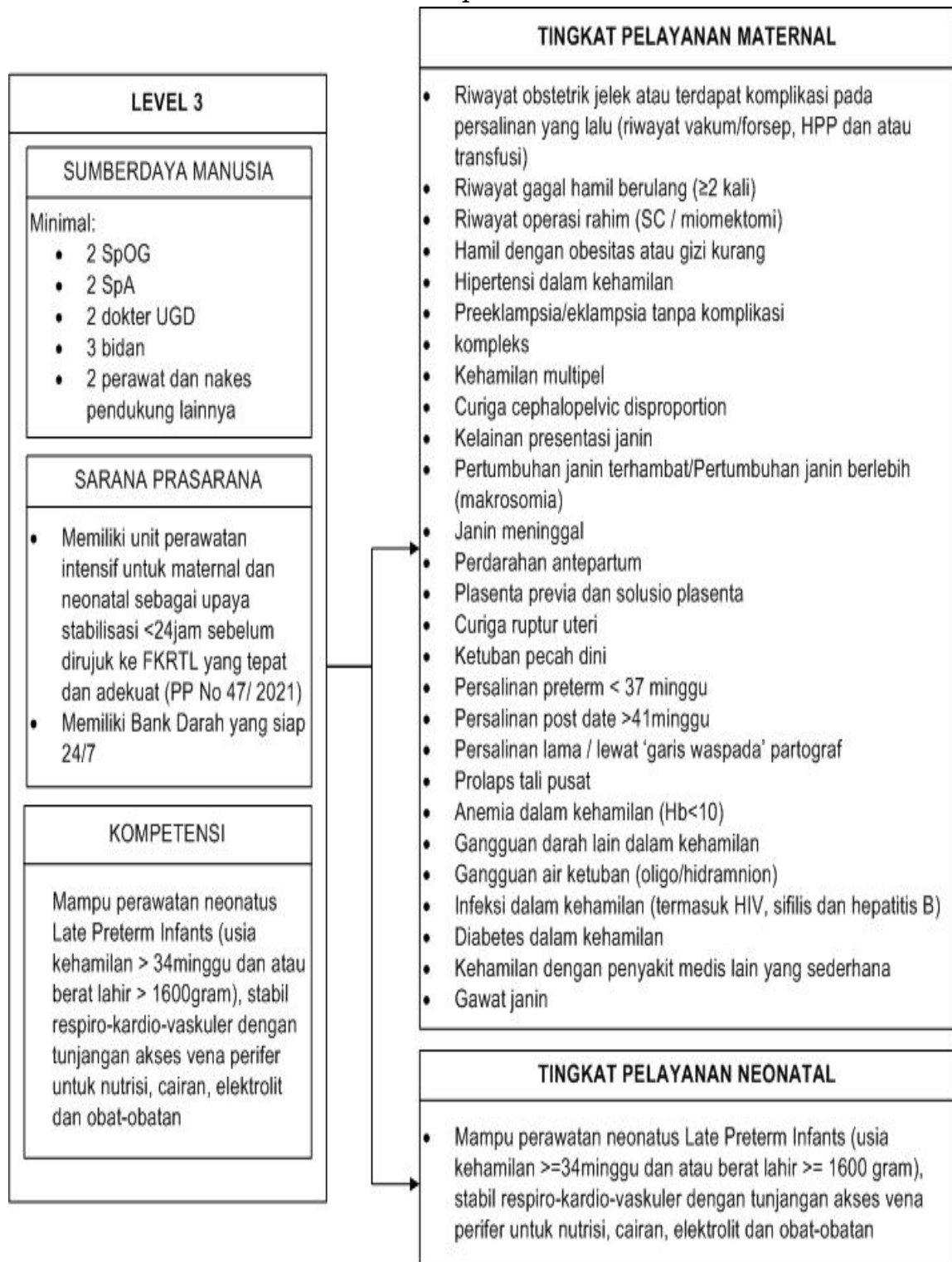
2. Kompetensi Layanan Level 2 (FKTP Mampu PONED dan Rumah Sakit Pratama)

Gambar 2.3
Kriteria Kompetensi Level 2



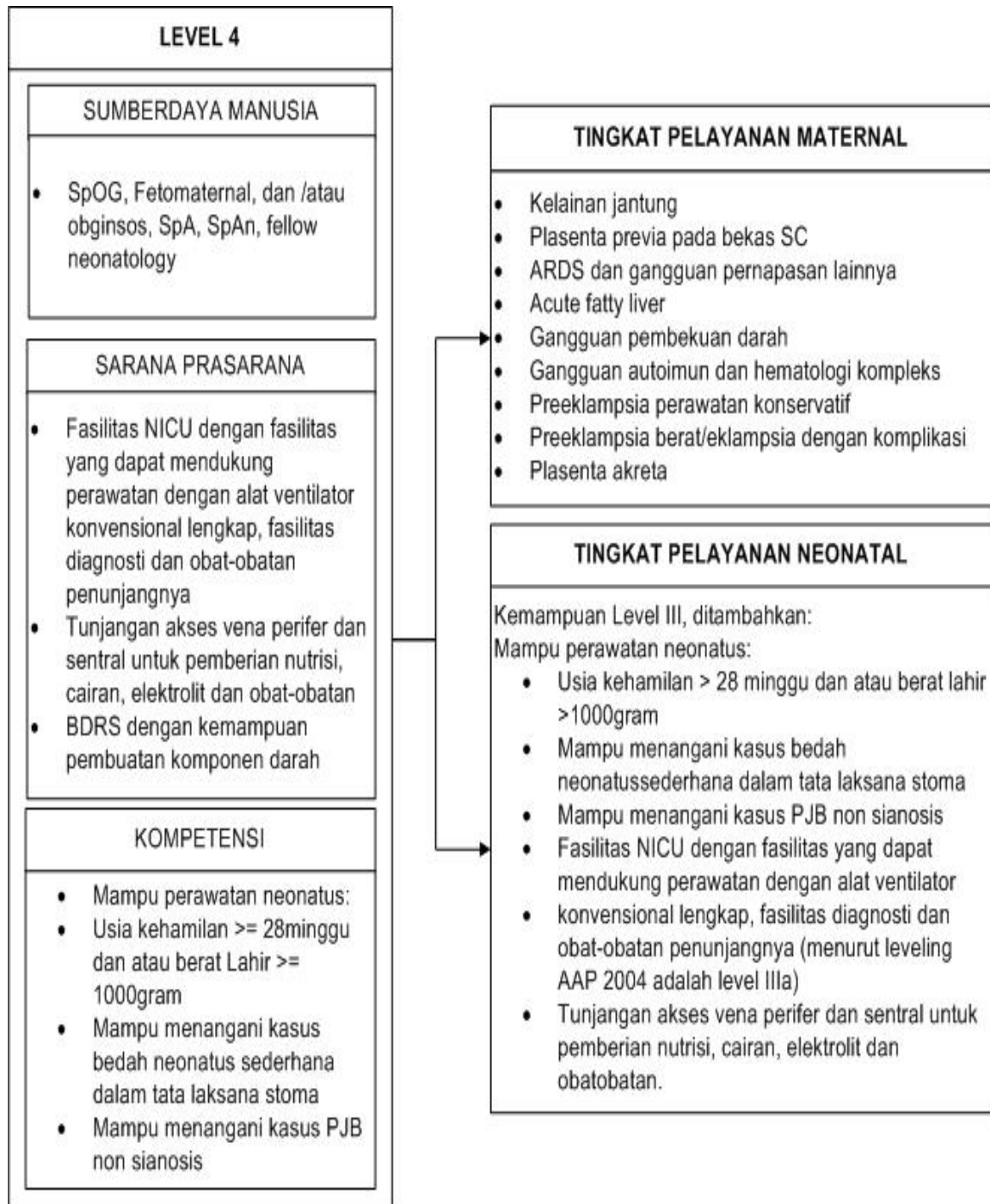
3. Kompetensi Pelayanan Level 3 (FKRTL Pelayanan Sub spealistik)

Gambar 2.4
Kriteria Kompetensi Level 3



4. Kompetensi Pelayanan Level 4 (FKRTL Pelayanan Multispesialistik dan Subspesialistik)

Gambar 2.5
Kriteria Kompetensi Level 4



Penetapan level kompetensi fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana diuraikan diatas, maka terlebih dahulu dilakukan assesmen/ penilaian level kompetensi dengan menggunakan instrument Sistem Informasi Maternal Neonatal SIMATNEO berupa sistem aplikasi yang ditetapkan oleh Kemenkes RI. Instrumen ini berisikan dua bagian utama yaitu tata kelola manajemen dan slat pantau kinerja fasilitas pelayanan kesehatan. Bagian tata kelola manajemen berisi data tingkat kemampuan sumberdaya fasilitas kesehatan terdiri dari:

1. Jumlah sumber daya manusia yang tersedia dan kompetensinya;
2. Ketersediaan sarana prasarana dan peralatan kesehatan;
3. Ketersediaan obat obatan dan bahan medis habis pakai;
4. Jenis pelayanan yang diberikan;
5. Manajemen pelayanan; dan
6. SOP pelayanan.

Langkah - langkah dalam melakukan assesmen adalah dimulai dengan lokakarya tentang Jejaring Rujukan Persalinan dan sosialisasi SIMATNEO ditingkat Kabupaten. Selanjutnya setiap fasilitas kesehatan mengikuti workshop pengisian aplikasi SIMATNEO yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan mendaftarkan diri/registrasi melalui Dinas Kesehatan, Setelah didaftarkan masing masing faskes akan memperoleh akun dan selanjutnya masing masing faskes yang telah mendapatkan akun diwajibkan mengisi data tata kelola manajemen secara mandiri kedalam aplikasi tersebut untuk penilaian tingkat kemampuan pelayanan. Pengisian data tata kelola manajemen tentang ketersediaan sumberdaya dilakukan *updating* setiap 6 bulan atau 2 kali dalam satu tahun.

Hasil pengisian aplikasi SIMATNEO memberikan gambaran tingkat kemampuan pelayanan atau level kompetensi faskes berdasarkan kecukupan masing masing sumberdaya terhadap standar yang ditetapkan. Hal ini bisa dilihat pada dashboard tata kelola manajemen dalam aplikasi SIMATNEO. Akan tetapi di setiap kabupaten data isian tersebut kemudian masih dilakukan modifikasi dengan rekapitulasi dan analisis lebih lanjut. Hal ini perlu dilakukan karena rentang kesenjangan capaian kecukupan sumber daya sangat bervariasi sedangkan dalam aplikasi SIMATNEO semua fasilitas kesehatan tingkat lanjut FKRTL/ rumah sakit dimasukkan sebagai

fasilitas kesehatan pelayanan persalinan terutama untuk rumah sakit dengan Level kompetensi 3.

Pembagian Level Kompetensi faskes pemberi layanan *maternal* dan *neonatal* dapat dilihat secara rinci pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1302/2023 tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampunan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak, halaman 5 sampai dengan 13. Secara umum diringkas sebagai berikut :

1. Level 1

Adalah fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dengan kemampuan non PONE, yaitu tersedia SDM dokter, bidan, perawat, dan mampu menolong persalinan normal. Tingkat kemampuan maternal yang dilakukan meliputi pada ibu hamil usia 20-25 tahun, kehamilan tunggal, usia kehamilan 37-40 minggu, presentasi belakang kepala dan tidak ada komplikasi ibu ataupun janin. Sedangkan tingkat kemampuan neonatal adalah mampu menolong persalinan normal, mampu melakukan resusitasi neonatal sebelum dirujuk, bayi lahir normal dengan taksiran berat janin 2500-3500 gram, usia kehamilan 37-40 minggu, presentasi belakang kepala, lahir spontan, stabil respirasi, kardio vaskuler;

2. Level 2

Adalah fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dengan kemampuan PONE atau Rumah Sakit Pratama, yaitu tersedia SDM dokter, bidan, perawat, prasarana dan mampu menolong persalinan normal dengan faktor risiko rendah. Tingkat kemampuan maternal yang dilakukan meliputi pertolongan persalinan pada ibu hamil : usia ≤ 16 atau ≥ 35 tahun, riwayat persalinan sebelumnya partus spontan, melahirkan ≥ 4 x, anak terkecil ≤ 2 th, terlalu lama punya anak pertama ≥ 4 tahun, jarak anak ≥ 10 tahun, kehamilan tunggal, usia kehamilan 37-40 minggu, presentasi belakang kepala. Sedangkan tingkat kemampuan neonatal adalah mampu menolong persalinan dan gawat darurat maternal neonatal 24 jam dan 7 hari dalam seminggu, bayi baru lahir normal, mampu melakukan resusitasi neonatal sebelum dirujuk, bayi lahir normal dengan taksiran berat janin 2000-4000 gram, usia kehamilan 37-40 minggu, presentasi belakang kepala, lahir spontan, stabil respirasi, kardio vaskuler;

3. Level 3 atau Rumah Sakit Madya

Adalah fasilitas pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjut atau layanan spesialisik dengan kemampuan PONEK dengan tingkat kemampuan : semua pelayanan di level 1 dan 2 dan pelayanan gawat-darurat obstetric, penanganan komplikasi pada masa kehamilan, persalinan dan pada masa nifas, termasuk bedah sesar, transfusi darah, induksi persalinan, histerektomi serta pencegahan penularan HIV/sifilis/hepatitis B dari ibu ke anak dan tata laksananya. Disamping itu pada penilaian /asasmen menggunakan instrumen SIMATNEO yang sudah dimodifikasi telah memenuhi kriteria nilai minimal;

4. Level 4 atau Rumah Sakit Utama

Adalah fasilitas pelayanan kesehatan rujukan dengan kemampuan PONEK ditambah kemampuan layanan Level 4 (sub spesialisik maternal dan neonatal terbatas). Pada level ini hasil asasmen/penilaian menggunakan instrumen SIMATNEO yang dimodifikasi nilainya telah memenuhi kriteria nilai minimal; dan

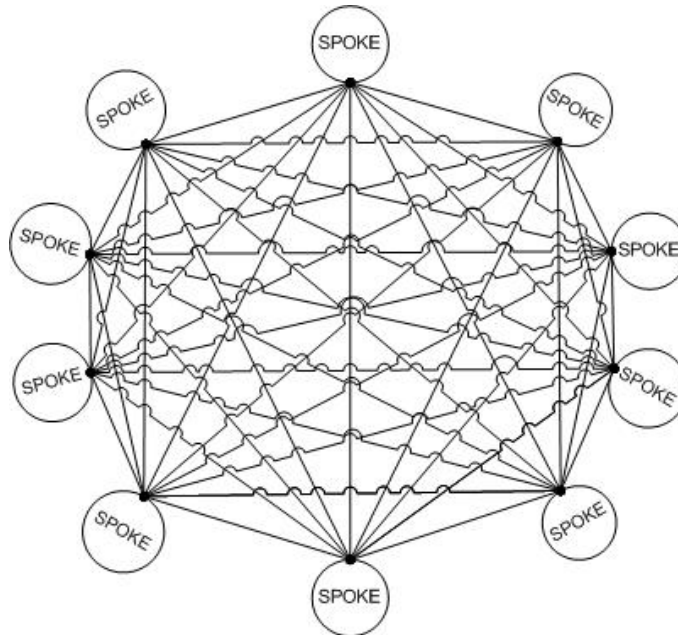
5. Level 5 atau Rumah Sakit Paripurna

Adalah fasilitas pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjut atau layanan spesialisik dengan kemampuan PONEK. Pada level ini hasil asasmen/penilaian menggunakan instrumen SIMATNEO yang dimodifikasi telah memenuhi kriteria nilai minimal.

D. POLA RUJUKAN HOSPITAL POIN TO POINT DAN HOSPITAL HUB & SPOKE MODEL

Dalam rangka meningkatkan aksesibilitas pemerataan dan efektifitas pelayanan kesehatan maka rujukan persalinan diarahkan ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat, secara berjenjang dan yang memiliki tingkat kemampuan pelayanan sesuai kebutuhan pasien. Agar proses rujukan berjalan lancar, efektif dan efisien diperlukan pola rujukan yang paling sesuai. Saat ini proses pelayanan rujukan yang sedang berjalan adalah mengikuti pola *hospital model point to point* sebagaimana gambar berikut.

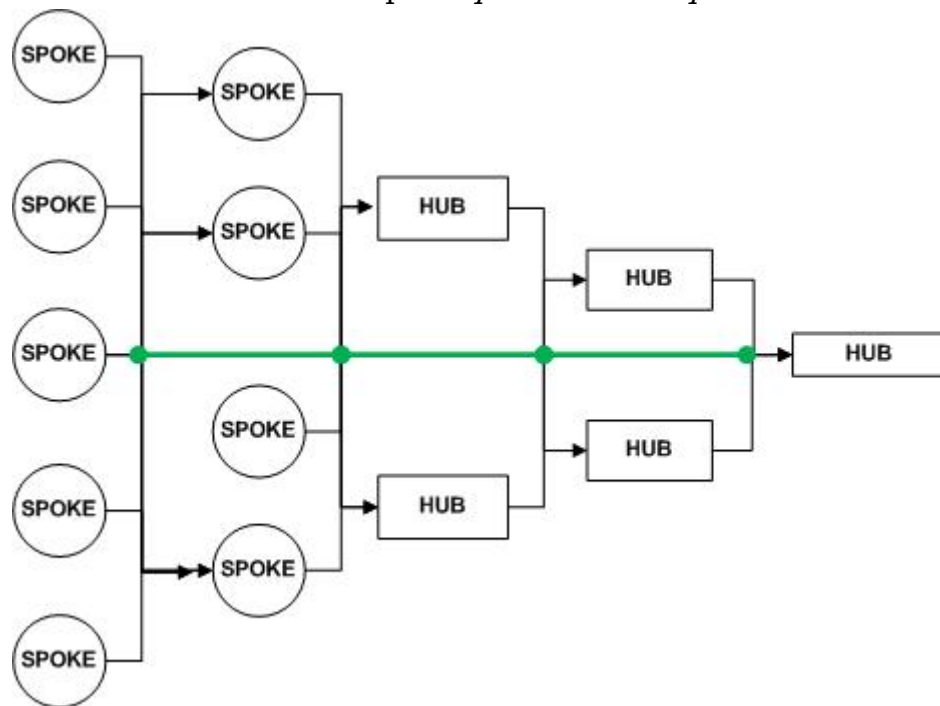
Gambar 2.6 Konsep Hospital Model Point to Point



Dari gambar 2.6 tersebut semua fasilitas kesehatan tidak diatur secara kusus dalam proses rujukan. Semua faskes bisa merujuk atau menjadi perujuk atau pengumpan (*spoke*) kemana saja tanpa mengetahui tingkat kemampuan penerima rujukan. Pola rujukan dengan *hospital model point to point* terlihat tidak teratur, *chaos* dan sangat sering terjadi estafet rujukan yang berulang sehingga sangat tidak efektif dan efisien dan memberbesar risiko kematian pada ibu dan bayi.

Konsep *Hospital Hub & Spoke Model* adalah suatu model dalam pelayanan rujukan, pola ini mengadopsi *system distribusi logistic* diberbagai negara maju. Pelayanan persalinan dilakukan oleh berbagai faskes yang saling terhubung dan berada dalam suatu jejaring persalinan. Fasilitas pelayanan kesehatan dipetakan tingkat kemampuannya dalam berbagai level kompetensi. Selanjutnya menetapkan faskes dengan Level Kompetensi lebih rendah berfungsi sebagai faskes perujuk atau pengumpan (*spoke*) dan faskes dengan Level Kompetensi yang lebih tinggi sebagai penerima rujukan utama (*hub*) sebagaimana Gambar 2.7.

Gambar 2.7 Konsep *Hospital Hub & Spoke Model*



Dalam melakukan pelayanan rujukan persalinan dua hal utama yang menjadi dasar adalah kondisi klinis pasien dan kemampuan pelayanan fasilitas kesehatan. Agar proses rujukan berjalan efektif dan efisien maka diarahkan ke faskes yang paling sesuai dengan kebutuhan pasien. Sehingga rujukan dari *spoke* bisa dilakukan secara berjenjang ke *hub* atau pada kasus - kasus tertentu/*emergency* bisa langsung diarahkan ke faskes yang paling mampu atau *hub* tertinggi level kompetensinya. Beberapa keunggulan rujukan dengan pola *Hospital Hub & Spoke* dalam Jejaring Layanan Rujukan Persalinan adalah:

1. Keseragaman standar Pelayanan di seluruh fasilitas kesehatan;
2. Efisiensi, karena teknologi dan keahlian medis paling canggih dipusatkan di *hub* (menghindari duplikasi layanan yang mahal di seluruh Rumah Sakit);
3. Tatalaksana sesuai kompetensi/level pelayanan fasilitas kesehatan; dan
4. Kolaborasi dan sistem pengampuan.

E. MEKANISME, TATA CARA, SKEMA RUJUKAN

Sistem rujukan pelayanan kesehatan merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara vertikal, horizontal dan rujuk balik. Setiap pemberi pelayanan kesehatan berkewajiban merujuk pasien bila keadaan penyakit atau permasalahan kesehatan memerlukannya, kecuali dengan alasan yang sah dan mendapat persetujuan pasien atau keluarganya. Alasan yang sah adalah pasien tidak dapat ditransportasikan atas alasan medis, sumber daya, atau geografis. Proses menetapkan keputusan untuk merujuk berdasarkan kondisi klinis pasien dan kemampuan pemberi pelayanan ini disebut sebagai mekanisme rujukan atau tata cara rujukan.

Rujukan persalinan adalah suatu proses yang merupakan salah satu bagian dari 7 aspek dalam asuhan persalinan. Proses rujukan melibatkan dua unsur yaitu perujuk dan penerima rujukan diberbagai tingkatan. Didalam mekanisme rujukan tahapan yang dilakukan oleh perujuk meliputi:

1. Pengambilan keputusan klinis dan menetapkan jenis rujukan;
2. Menetapkan tempat tujuan faskes penerima rujukan;
3. Melakukan komunikasi dan penyediaan informasi kasus rujukan menggunakan aplikasi SISROUTE;
4. Melakukan penanganan pra rujukan;
5. Menyiapkan transportasi rujukan;
6. Melakukan pengiriman rujukan; dan
7. Melakukan serah terima rujukan.

Suatu rujukan dianggap telah terjadi apabila pasien yang dirujuk telah diterima oleh penerima rujukan dan proses merujuk dianggap selesai apabila sudah dilakukan serah terima dari perujuk kepada penerima rujukan. Pada aplikasi Sistem rujukan terintegrasi rujukan yang telah selesai dihitung sebagai satu kasus rujukan.

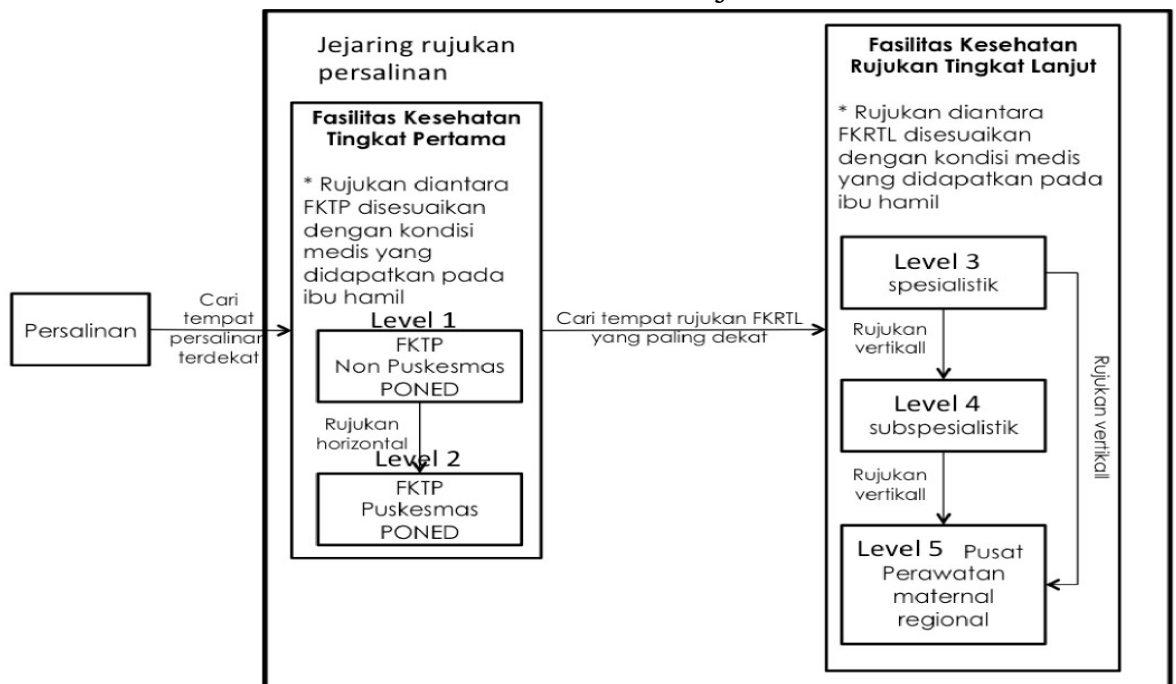
Penerima rujukan bertanggung jawab untuk melakukan pelayanan kesehatan lanjutan sejak menerima rujukan. Tahapan yang dilakukan oleh penerima rujukan meliputi:

1. Penerimaan informasi rujukan melalui SISROUTE;
2. Instruksi advis pra rujukan dan selama perjalanan rujukan diberikan melalui SISROUTE;
3. Komunikasi proses rujukan dapat dilakukan melalui Vid-con di SISROUTE atau aplikasi lainnya;
4. Penerimaan rujukan;
5. Pengambilan keputusan klinis;
6. Tata laksana kasus; dan
7. Melakukan rujuk balik.

Penerima rujukan wajib memberikan informasi kepada perujuk mengenai perkembangan keadaan pasien setelah selesai memberikan pelayanan. Proses pelayanan rujukan dianggap selesai bila sudah dilakukan rujuk balik kepada perujuk. Rujuk balik dapat dilakukan pada aplikasi SISROUTE, pemberian berkas rujuk balik menggunakan kertas tetap bisa dilakukan.

Ada empat kategori skema rujukan maternal berdasarkan kondisi klinis ibu. Jenis dan Skema Rujukan dalam pedoman ini adalah Rujukan Primer, Rujukan Konsultasi / Terencana, Rujukan Transfer /Tepat waktu, Rujukan Emergensi.

Gambar 2.8 Jenis dan Skema Rujukan Persalinan



Tabel 2.1 Jenis dan Skema Rujukan Persalinan

Jenis Skema Rujukan	Penjelasan
Rujukan Primer	Sebuah keadaan dimana ibu membutuhkan rujukan, baik konsultasi maupun tatalaksana lebih lanjut di fasilitas pelayanan kesehatan, berupa SDM, sarana prasarana, penunjang diagnosis dan obat-obatan
Rujukan Konsultasi / Terencana	Sebuah keadaan dimana ibu membutuhkan konsultasi dan atau penatalaksanaan lebih lanjut dengan level pelayanan spesialis berdasarkan penilaian bidan/dokter dari pelayanan persalinan di FKTP yang menangani sebelumnya. Jika kondisi memungkinkan, maka ibu akan mendapatkan manfaat dari jejaring rujukan pelayanan persalinan, dimana faskes pelayanan rujukan akan bekerja sama dengan pelayanan primer dalam mengelola pasien.
Rujukan Transfer / Tepat waktu	Sebuah keadaan dimana ibu membutuhkan rujukan transfer untuk mendapatkan penatalaksanaan selanjutnya di tingkat pelayanan yang lebih tinggi, atau ke level pelayanan yang sederajat pada keadaan dimana faskes semula mengalami kendala dalam pemberian layanan. Sesuai dengan penilaian bidan/dokter dari tingkat pelayanan yang lebih rendah berdasarkan kriteria yang ada.
Rujukan Emergensi	Sebuah keadaan dimana ibu membutuhkan rujukan emergensi segera, untuk segera mendapatkan tata laksana di level pelayanan yang lebih tinggi sesuai dengan penilaian bidan/dokter yang menangani di level pelayanan yang lebih rendah, sesuai dengan kriteria yang ada

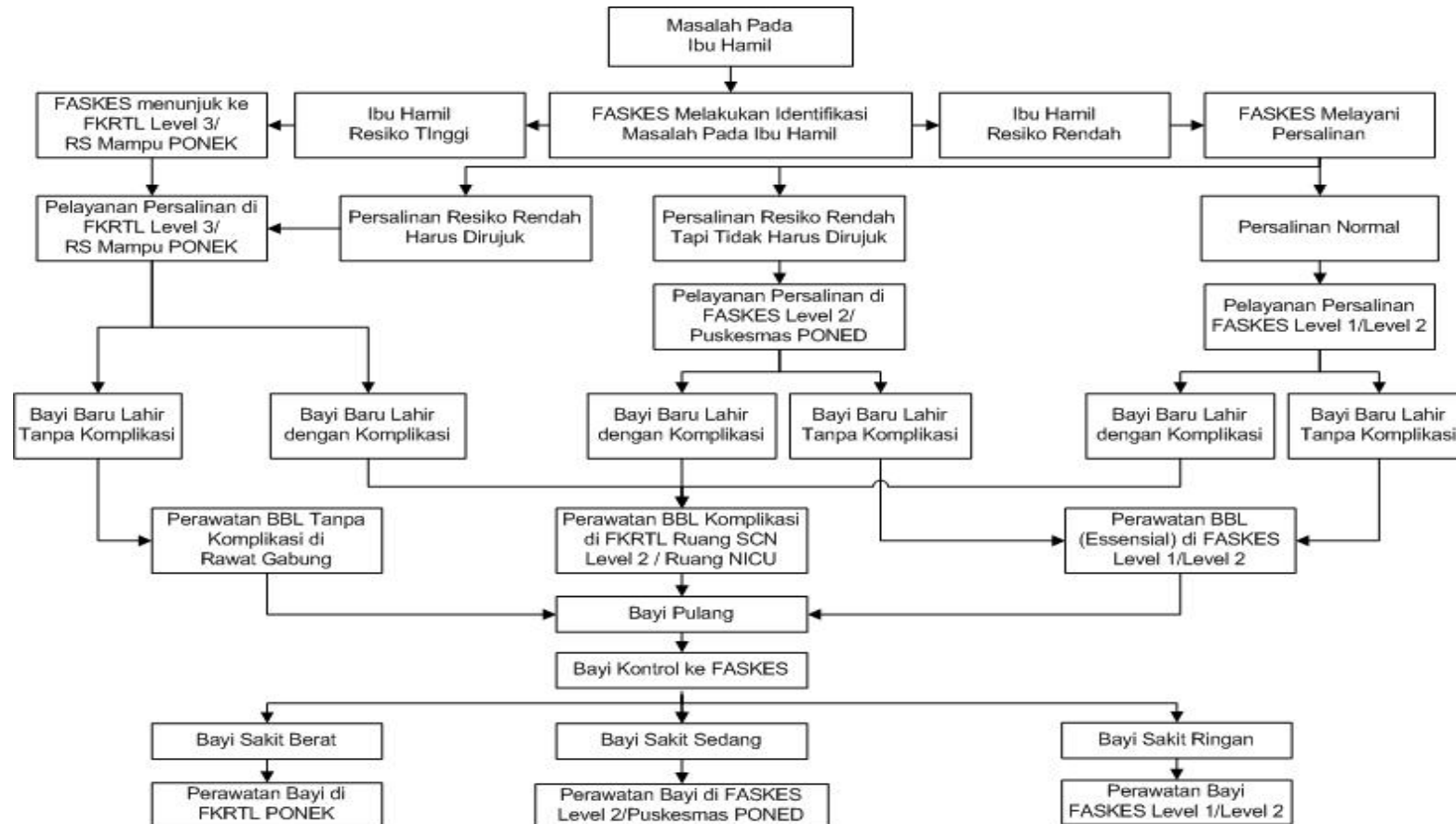
Pelayanan kesehatan rujukan dilaksanakan berbasis kompetensi secara berjenjang, berdasarkan kebutuhan medis Pasien dan kemampuan pelayanan pada setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Pada keadaan tertentu, bidan atau perawat dapat memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan, sehingga dalam hal klasifikasi rujukan, bidan dimasukkan kedalam bagian FKTP Level 1. Pelayanan kesehatan tingkat kedua atau FKRTL level 3 hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama atau FKTP Level 1 dan 2.

Dengan memperhatikan kondisi klinis ibu, skema rujukan yang berlaku dan ketentuan proses pelayanan rujukan sesuai tingkatan pelayanan maka *mekanisme* rujukan dilaksanakan berdasarkan pengambilan keputusan klinis menggunakan bagan alur pada Gambar 2.8.

Di Kabupaten Lembata tata cara atau mekanisme rujukan maternal neonatal disusun berdasarkan pertimbangan:

1. Diagnosa pasien ditulis lengkap dan dinyakan dengan kode diagnose ICD 10, untuk bisa dimasukkan dalam SISROUTE.
2. Masalah atau kondisi klinis yang dialami janin, bayi baru lahir dan neonatal ditulis dan dientri dalam kreteria rujukan (tata laksana) di SISROUTE.
3. Skema atau kategori rujukan yang harus dilakukan pada setiap tingkat kemampuan pelayanan /level kompetensi fasilitas kesehatan, dengan memilih tujuan rujukan yang ada pada sistem rujukan terintegrasi.

Gambar 2.9 Bagan Alur Mekanisme Rujukan



F. KOMUNIKASI DAN SISTEM INFORMASI RUJUKAN

1. Komunikasi rujukan antar fasilitas kesehatan

Komunikasi didalam rujukan adalah proses penyampaian informasi secara timbal balik dari perujuk maupun penerima rujukan. Prosedur komunikasi sistem rujukan antar faskes yang berjalan baik akan sangat menentukan keberhasilan proses rujukan. Perujuk sebelum melakukan rujukan harus melakukan komunikasi dengan penerima rujukan dan memastikan bahwa penerima rujukan dapat menerima pasien dalam hal keadaan pasien gawat darurat. Begitu juga penerima rujukan berkewajiban menginformasikan mengenai ketersediaan sarana dan prasarana serta kompetensi dan ketersediaan tenaga kesehatan disamping juga wajib memberikan pertimbangan medis atas kondisi pasien. Media komunikasi rujukan yang dipergunakan adalah:

- a) Aplikasi SISROUTE, sebagai aplikasi utama untuk pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi;
- b) Telepon perujuk maupun telpon faskes tujuan rujukan; dan
- c) Aplikasi lain yang digunakan sebagai pendukung.

Jenis informasi dari perujuk harus mencakup:

- a) Identitas pasien yang dirujuk meliputi, Nama, Alamat, NIK (KTP/KIA), Tempat tanggal lahir;
- b) Hasil pemeriksaan (anamnesa, pemeriksaan phisik, penunjang);
- c) Diagnosa, kondisi klinis (kriteria /tata laksana) pasien;
- d) Tindakan yang dilakukan;
- e) Kebutuhan pelayanan rujukan; dan
- f) Status pembiayaan (dengan penjaminan: BPJS Kesehatan, Jampersal, jamkesda, SKTM, asuransi komersial lainnya atau tanpa biaya penjaminan/mandiri).

2. Komunikasi didalam jejaring rujukan

Agar komunikasi didalam jejaring rujukan berjalan efektif dan efisien maka proses komunikasi harus bisa menjawab beberapa kebutuhan informasi komunikasi dalam rujukan. Kebutuhan informasi diantaranya adalah:

- a) Ada informasi lengkap kompetensi faskes tempat tujuan rujukan;
- b) Ada kepastian faskes yang siap menerima rujukan;
- c) Pasien yang di rujuk sesuai indikasi medis;
- d) Informasi data pasien rujukan yang akurat/lengkap; dan

- e) Kesiapan dalam penanganan pasien di faskes penerima rujukan.

Komitmen yang kuat dari perujuk dan penerima rujukan antar faskes dalam menggunakan sistem rujukan secara elektronik sangat diperlukan agar prosedur rujukan berjalan baik dan direspon dengan cepat. Proses komunikasi rujukan menggunakan SISRUTE diharapkan selalu lancar, sehingga bisa terjadi respon time yang cepat. Hal ini akan berpengaruh kepada kualitas rujukan.

Karena pelayanan rujukan berada dalam suatu jejaring maka diperlukan manajemen sistem rujukan berupa jaringan komunikasi formal di internal fasilitas pelayanan kesehatan maupun antar fasilitas kesehatan untuk mendukung proses rujukan yang efektif dan efisien. Jaringan komunikasi adalah berupa tim pengelola rujukan yang dibentuk baik internal di fasilitas kesehatan maupun tim pengelola rujukan eksternal. Tim pengelola rujukan bertugas:

- a) Melakukan pengelolaan sistem rujukan di intra maupun antar fasyakes;
- b) Mengelola aplikasi SISRUTE di Faskes;
- c) Mengkoordinasikan pasien yang dirujuk ke faskes lain; dan
- d) Melakukan proses permintaan rujukan dari faskes lain.

Dengan demikian akan lebih terkoordinasinya pengaturan kasus-kasus rujukan yang dapat didistribusi antar fasilitas pelayanan kesehatan. Dengan terjalinnya komunikasi sistem rujukan dalam suatu jaringan komunikasi rujukan dalam wilayah kabupaten akan menurunkan kasus penolakan pasien yang dirujuk faskes oleh penerima rujukan, meningkatnya pemanfaatan dan waktu respon rujukan di SISRUTE di fasilitas pelayanan kesehatan dan menurunkan cacatan dan kematian akibat keterlambatan rujukan. Tim pengelola rujukan faskes internal dibentuk melalui penetapan (Surat Keputusan/Surat Tugas) Direktur/Kepala Faskes. Anggota timnya terdiri dari Dokter, perawat/bidan dan tenaga IT dari lintas unit kerja yang diketuai 1 orang dokter.

Tim Pengelola Rujukan dibuat berdasarkan SK Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten, Tim Rumah Sakit, dan Tim Puskesmas yang anggota timnya terdiri dari Dokter, perawat/bidan dan tenaga IT yang diketuai 1 orang dokter. Dalam melakukan

kordinasi komunikasi antar Tim Pengelola Rujukan media komunikasi yang dipergunakan bisa melalui: SISRUTE (instant messenger, Vid-con), Whatsapp Group / Telegram Group.

BAB III

JENIS DAN ALUR RUJUKAN IBU DAN BAYI BARU LAHIR

Klasifikasi rujukan dibuat berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2021 pada halaman tentang rujukan persalinan. Detail diagnosa disusun berdasarkan fakta kasus yang muncul dan disesuaikan dengan peraturan yang berlaku. Jenis Skema Rujukan dalam pedoman ini adalah Rujukan Primer, Rujukan Konsultasi / Terencana, Rujukan Transfer / Tepat waktu, Rujukan Emergensi.

A. MEKANISME RUJUKAN KONSULTASI /TERENCANA PADA KASUS MATERNAL

Tabel 3.1 Mekanisme Rujukan Konsultasi/Terencana Pada Kasus Maternal

No	Masalah/ kondisi klinis pada ibu hamil dan Jenis Penyakit	Kode ICD X	Klasifikasi Rujukan	Kompetensi Rujukan	Tata Laksana Rujukan
1	ANC semua kehamilan Risiko Rendah (Skor Puji Rohyati = 2)	Z34.0	Terencana / Konsultasi	Level 1	Level 1 : ANC terpadu
2	ANC semua kehamilan Risiko Tinggi (Skor Puji Rohyati = 6 s.d. 10)	Z35.8	Terencana / Konsultasi	Level 2	Level 2 : ANC terpadu
	ANC semua kehamilan Risiko Sangat Tinggi (Skor Puji Rohyati > 10)	Z35.9	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 2: ANC Level 3: Konsultasi USG T1 1x (10-12 mgg), T2 1x (20-22 mgg), T3 2x
3	Masalah Gizi				
	Kurang Energi Kronis (KEK),	O25	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 2: ANC Level 3: Konsultasi

No	Masalah/ kondisi klinis pada ibu hamil dan Jenis Penyakit	Kode ICD X	Klasifikasi Rujukan	Kompetensi Rujukan	Tata Laksana Rujukan
					USG T1 1x (10-12 mgg), T2 1x (20-22 mgg), T3 2x
	Obesitas	O26.0	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 2: ANC
					Level 3: Konsultasi USG T1 1x (10-12 mgg), T2 1x (20-22 mgg), T3 2x
	Kenaikan berat badan tidak sesuai standar	Z35.9	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 2: ANC
					Level 3: Konsultasi USG T1 1x (10-12 mgg), T2 1x (20-22 mgg), T3 2x
	Anemia	O99.0	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 2: ANC
					Level 3: Konsultasi USG T1 1x (10-12 mgg), T2 1x (20-22 mgg), T3 2x
4	Faktor risiko				
	Hamil Multiple/Gemelli	O30.0	Terencana / Konsultasi		Level 3 : ANC sampai inpartu
	Prediksi PE	Z35.	Terencana /		Level 2 : ANC sampai

No	Masalah/ kondisi klinis pada ibu hamil dan Jenis Penyakit	Kode ICD X	Klasifikasi Rujukan	Kompetensi Rujukan	Tata Laksana Rujukan
		9	Konsultasi		dengan 37 minggu
					- Aspirin 1x 80-150 mg mulai UK 12-36 minggu
					- Kalsium 1000 mg/hari mulai UK 12-36 minggu
					Level 3: USG T1 1x (10-12 mgg), T2 1x (20-22 mgg), T3 2x
	Riwayat obstetrik jelek /ROJ keguguran/gagal kehamilan	Z35.9	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3: USG T1 1x (10-12 mgg), T2 1x (20-22 mgg), T3 2x
	Komplikasi pada persalinan yang lalu (riwayat vakum/forsep, riwayat perdarahan pascapersalinan dan atau transfusi	Z35.9	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : USG T1 1x (10-12 mgg), T2 1x (20-22 mgg), T3 2x
	Hamil BSC/Miomektomi	Z35.9	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 2 : ANC terpadu di antara kunjungan
					Level 3 : USG T1

No	Masalah/ kondisi klinis pada ibu hamil dan Jenis Penyakit	Kode ICD X	Klasifikasi Rujukan	Kompetensi Rujukan	Tata Laksana Rujukan
					(CSP +/-) USG T2 dan T3 (Skor Akreta) Persalinan
	Hipertensi gestational/Kronis/ Preeklampsia tanpa gejala berat	O13	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : ANC sampai persalinan
	Malpresentasi/ kelainan letak dan posisi janin UK > 32 minggu	O32	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : ANC sampai persalinan
	Postdate/kehamilan lebih dari 40 minggu	O48	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : tatalaksana definitif
	Gangguan air ketuban	O42	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : tatalaksana definitif
	HPHT lupa atau UK tidak jelas	Z35.9	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : USG trimester 1 (8-13mg)
	Curiga CPD: - Ibu tinggi badan < 145 cm konsul kehamilan < 36 minggu - Curiga bayi besar pada UK >= 38 minggu	O35.5	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 2 : ANC Level 3 : tatalaksana definitif
	TFU tidak sesuai dengan UK	O01	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3: ANC USG
	Abortus iminen	O20.0	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : tatalaksana definitif
	Plasenta previa,	O44.	Terencana	Level 3	Level 3 :

No	Masalah/ kondisi klinis pada ibu hamil dan Jenis Penyakit	Kode ICD X	Klasifikasi Rujukan	Kompetensi Rujukan	Tata Laksana Rujukan
		1	/ Konsultasi		tatalaksana definitif
5	Penyakit infeksi				
	Infeksi dalam kehamilan	O95.9	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : tatalaksana definitif
	Sifilis	O95.1	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : tatalaksana definitif
	Hepatitis	O95.4	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : tatalaksana definitif
	HIV	O95.7	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : tatalaksana definitif
	Malaria	O95.6	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : tatalaksana definitif
	TB	O95.0	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : tatalaksana definitif
	Demam berdarah	O95.5	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : tatalaksana definitif
	Tifus abdominalis	O95.	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : tatalaksana definitif
	Malaria pada kehamilan	B54	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : tatalaksana definitif
6	Penyakit medis tidak menular, ibu hamil dengan penyakit medis :				
	Hipertensi	O13	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : tatalaksana definitif
	Diabetes mellitus	E10	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : tatalaksana definitif

No	Masalah/ kondisi klinis pada ibu hamil dan Jenis Penyakit	Kode ICD X	Klasifikasi Rujukan	Kompetensi Rujukan	Tata Laksana Rujukan
	Kelainan jantung	I39 I20- I79	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : tatalaksana definitif
	Kehamilan dengan Gagal Ginjal	N19	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : tatalaksana definitif
	Asma	J45	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : tatalaksana definitif
	Kehamilan dengan Cancer (Ca)	C18/ C20/ C56/ D06/ D26	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : tatalaksana definitif
	Epilepsi	G40	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : tatalaksana definitif
	Gangguan autoimun	E06	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : tatalaksana definitif
	Kehamilan dengan demam Tifoid	A01	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : tatalaksana definitif
	Kehamilan dengan leptospirosis dengan komplikasi	A27. 9	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : tatalaksana definitif
	Kondiloma	A63. 0	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : tatalaksana definitif
	Kehamilan dengan DSS (<i>Dengue Shock Syndrome</i>)	A90	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : tatalaksana definitif
	Kehamilan dengan DHF (Dengue Hemorrhagic Fever)	A91	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : tatalaksana definitif
	Kehamilan dengan TORCH	B00	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : tatalaksana definitif

No	Masalah/ kondisi klinis pada ibu hamil dan Jenis Penyakit	Kode ICD X	Klasifikasi Rujukan	Kompetensi Rujukan	Tata Laksana Rujukan
	Kehamilan dengan varicella dengan komplikasi	B01.8	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : tatalaksana definitif
	Kehamilan dengan varicella tanpa komplikasi	B01.9	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : tatalaksana definitif
7	Gangguan kejiwaan, ibu hamil dengan penyakit medis gangguan kejiwaan				
	Depresi	F32	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : tatalaksana definitif
	Gangguan kecemasan	F41	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : tatalaksana definitif
	Psikosis	F53	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : tatalaksana definitif
	Skizofrenia	F20	Terencana / Konsultasi	Level 3	Level 3 : tatalaksana definitif
	Kehamilan dengan retardasi mental	F70			

B. RUJUKAN TRANSFER / TEPAT WAKTU

Tabel 3.2 Mekanisme Rujukan Transfer/Tepat Waktu Pada Kasus Maternal

No	Masalah pada ibu hamil	Jenis Penyakit	Kode ICD X	Kompetensi Rujukan	Klasifikasi Rujukan	Tata Laksana Rujukan
1.	Faktor risiko	HT dalam kehamilan	O16	Level 3	Tepat waktu/ Transfer	Level 3: ANC sampai persalinan
2.	Komplikasi kebidanan	IUFD	O34.2	Level 3	Tepat waktu/	Level 3: ANC

No	Masalah pada ibu hamil	Jenis Penyakit	Kode ICD X	Kompetensi Rujukan	Klasifikasi Rujukan	Tata Laksana Rujukan
					Transfer	sampai persalinan
3.	Komplikasi kebidanan	KPD	O42.0	Level 3	Tepat waktu/ Transfer	Level 3: tatalaksana definitif
4.	Komplikasi kebidanan	Persalinan Preterm	O20.0	Level 3	Tepat waktu/ Transfer	Level 3: tatalaksana definitif

C. MEKANISME RUJUKAN EMERGENCY PADA KASUS MATERNAL

Tabel 3.3 Mekanisme Rujukan Emergency Pada Kasus Maternal

No	Masalah pada ibu hamil	Jenis Penyakit	Kode ICD X	Kompetensi Rujukan	Klasifikasi Rujukan	Tata Laksana Rujukan	Protap
1	Komplikasi kebidanan	KET	O00	Level 3	Emergency	Level 3: Tatalaksana Definitif	√
2	Komplikasi kebidanan	Abortus insipien	O02 - O03.9	Level 3	Emergency	Level 3: Tatalaksana Definitif	√
3	Komplikasi kebidanan	Abortus inkomplit	O03.91	Level 3	Emergency	Level 3: Tatalaksana Definitif	√
4	Komplikasi kebidanan	Abortus infeksiosus	O08	Level 3	Emergency	Level 3: Tatalaksana Definitif	√
5	Komplikasi kebidanan	Abortus Imminens	O20				√
6	Komplikasi	HEG grade	O21	Level 3	Emergency	Level 3:	√

No	Masalah pada ibu hamil	Jenis Penyakit	Kode ICD X	Kompetensi Rujukan	Klasifikasi Rujukan	Tata Laksana Rujukan	Protap
	asi kebidanan	2 dan 3			ncy	Tatalaksana Definitif	
7	Komplikasi kebidanan	Hmelli / Persalinan Hamil multiple	O30	Level 3	Emergency	Level 3: Tatalaksana Definitif	√
8	Komplikasi kebidanan	APB (Antepartum Bleeding)	O48	Level 3	Emergency	Level 3: Tatalaksana Definitif	√
9	Komplikasi kebidanan	Persalinan dengan curiga CPD	O33, O35 O42, O63 O65	Level 3	Emergency	Level 3: Tatalaksana Definitif	√
10	Komplikasi kebidanan	Persalinan dengan Malpresentasi/Malposisi	O32 O63-O64	Level 3	Emergency	Level 3: Tatalaksana Definitif	√
11	Komplikasi kebidanan	RUI atau Ruptur uteri	O70 - O71	Level 3	Emergency	Level 3: Tatalaksana Definitif	√
12	Komplikasi kebidanan	Distosia (persalinan lama/macet)	O66 .9	Level 3	Emergency	Level 3: Tatalaksana Definitif	√
13	Komplikasi kebidanan	Gawat Janin	O77 .9	Level 3	Emergency	Level 3: Tatalaksana Definitif	√
14	Komplikasi kebidanan	PEB/HDK	O13-O14	Level 3	Emergency	Level 3: Tatalaksana Definitif	√
15	Komplikasi	Eklampsia	O15	Level 3	Emergency	Level 3: Tatalaksana	√

No	Masalah pada ibu hamil	Jenis Penyakit	Kode ICD X	Kompetensi Rujukan	Klasifikasi Rujukan	Tata Laksana Rujukan	Protap
	kebidanan					na Definitif	
16	Komplikasi kebidanan	HPP	O43 - O44	Level 3	Emergency	Level 3: Tatalaksana Definitif	√
17	Komplikasi kebidanan	Febris puerperalis	O85	Level 3	Emergency	Level 3: Tatalaksana Definitif	√
18	Komplikasi kebidanan	Persalinan premature $\geq 32-35$ minggu	O60	Level 3	Emergency	Level 3: Tatalaksana Definitif	√
19	Komplikasi kebidanan	Kehamilan postterm (≥ 41 mg)	O48	Level 3	Emergency	Level 3: Tatalaksana Definitif	√
20	Komplikasi kebidanan	Persalinan premature < 32 minggu	O60	Level 3	Emergency	Level 3: Tatalaksana Definitif	√

D. MEKANISME RUJUKAN URGENT PADA KASUS NEONATAL

Tabel 3.4 Mekanisme Rujukan Urgent Pada Kasus Neonatal

No	Jenis Penyakit	Kode ICD X	Kompetensi Rujukan	Klasifikasi Rujukan	Tata Laksana Rujukan	Protap
1	Asfiksia Perinatal	P21				√
	- Ringan tanpa komplikasi		Level 2	Urgent	Faskes I : (Pra rujukan)	
					Mempertahankan oksigenasi dengan T-piece resusitator, oksigen nasal 0,5 -1	

No	Jenis Penyakit	Kode ICD X	Kompetensi Rujukan	Klasifikasi Rujukan	Tata Laksana Rujukan	Protap
					<p>lpm, oksigen masker 3 – 8 lpm dengan target saturasi 88 -92. Mengevaluasi tingkat kemampuan oksigenasi dengan skor downe (terlampir)</p> <p>Memantau dan mempertahankan suhu tubuh dengan target suhu tubuh 36,5C -37C. dengan cara membungkus bayi dengan plastik bening setelah bayi diberi pampers, setting suhu pd infant warmer</p> <p>Memeriksa gula darah dengan alat GDA stick di area tumit kaki kanan atau kiri dengan target > 47 mg/dl</p> <p>Memeriksa gula darah dengan alat GDA stick di area tumit kaki kanan atau kiri dengan target > 47 mg/dl</p>	
2	BBLR dengan Aterm/cukup bulan: 2000 s.d. 2500 gr Tanpa	P07.1/ P05.1	Level 2	Urgent	<p>Faskes I : (Pra rujukan)</p> <p>Mempertahankan oksigenasi dengan T-piece resusitator, oksigen nasal 0,5 -1 lpm, oksigen masker 3 – 8 lpm dengan</p>	√

N o	Jenis Penyakit	Kode ICD X	Kompetensi Rujukan	Klasifikasi Rujukan	Tata Laksana Rujukan	Protap
	Komplikasi				target saturasi 88-92. Mengevaluasi tingkat kemampuan oksigenasi dengan skor downe (terlampir)	
					Memantau dan mempertahankan suhu tubuh dengan target suhu tubuh 36,5C -37C,	
					Memeriksa gula darah dengan alat GDA stick di area tumit kaki kanan atau kiri dengan target > 47 mg/dl,	

E. MEKANISME RUJUKAN EMERGENCY PADA NEONATAL

Tabel 3.5 Mekanisme Rujukan Emergency Pada Kasus Neonatal

N o	Jenis Penyakit	Kode ICD X	Kompetensi Rujukan	Klasifikasi Rujukan	Tata Laksana Rujukan	Protap
1	Asfiksia Perinatal	P21				√
	- Ringan dengan komplikasi		Level 3	Emergency	Assesment kebutuhan SDM di faskes lanjutan: 1. Spesialis anak 2. Spesialis jantung/jantung anak 3. Spesialis bedah anak 4. Spesialis bedah thorax	

N o	Jenis Penyakit	Kode ICD X	Kompetens i Rujukan	Klasifika si Rujukan	Tata Laksana Rujukan	Prota p
					dan kardiovaskuler Assesment kebutuhan sarpras di faskes lanjutan: 1. CPAP 2. Ventilator 3. Inkubator 4. Infant warmer 5. Alat fototherapy	
2	BBLR					
	- BBLSR 1000 s.d. ≤ 1500g	P07.0	Level 3	Emergency	Faskes I : (Pra rujukan) Mempertahankan oksigenasi dengan T-piece resusitator, oksigen nasal 0,5 -1 lpm, oksigen masker 3 – 8 lpm dengan target saturasi 88 -92. Mengevaluasi tingkat kemampuan oksigenasi dengan skor downe (terlampir) Memantau dan mempertahankan suhu tubuh dengan target	√

N o	Jenis Penyakit	Kode ICD X	Kompetensi Rujukan	Klasifikasi Rujukan	Tata Laksana Rujukan	Protokol
					<p>suhu tubuh 36,5C -37C, dengan cara membungkus bayi dengan plastik bening setelah bayi diberi pampers, setting suhu pd infant warmer</p> <p>Memeriksa gula darah dengan alat GDA stick di area tumit kaki kanan atau kiri dengan target > 47 mg/dl, bila GDA < 47 mg/dl maka dilakukan bolus D10 2 cc/Kg BB, bila didapatkan kesulitan infus, pasang Orogastric Tube untuk pemberian nutrisi diberikan ASI atau larutan dextrose 10%</p> <p>Assesment kebutuhan SDM di faskes lanjutan:</p> <p>1. Spesialis anak</p> <p>2. Spesialis</p>	

N o	Jenis Penyakit	Kode ICD X	Kompetens i Rujukan	Klasifika si Rujukan	Tata Laksana Rujukan	Prota p
					jantung/jantun g anak 3. Spesialis bedah anak 4. Spesialis bedah thorax dan kardiovaskuler Assesment kebutuhan sarpras di faskes lanjutan : 1. CPAP 2. Ventilator 3. Inkubator 4. Infant warmer 5. Alat fototherapy	
	- BBLR dengan Aterm/cuk up bulan: 1500 s.d. 2500 gr dengan Komplikasi	P07.1 / P05.1	Level 3	Emergen cy	Faskes I : (Pra rujukan) Mempertahank an oksigenasi dengan T-piece resusitator, oksigen nasal 0,5 -1 lpm, oksigen masker 3 – 8 lpm dengan target saturasi 88 -92. Mengevaluasi tingkat kemampuan oksigenasi dengan skor downe	√

N o	Jenis Penyakit	Kode ICD X	Kompetens i Rujukan	Klasifika si Rujukan	Tata Laksana Rujukan	Prota p
					(terlampir)	
					Memantau dan mempertahankan suhu tubuh dengan target suhu tubuh 36,5C -37C, dengan cara membungkus bayi dengan plastik bening setelah bayi diberi pampers, setting suhu pd infant warmer	
					Memeriksa gula darah dengan alat GDA stick di area tumit kaki kanan atau kiri dengan target > 47 mg/dl, bila GDA < 47 mg/dl maka dilakukan bolus D10 2 cc/Kg BB, bila didapatkan kesulitan infus, pasang Orogastric Tube untuk pemberian nutrisi diberikan ASI atau larutan dextrose 10%	
					Assesment kebutuhan	

N o	Jenis Penyakit	Kode ICD X	Kompetens i Rujukan	Klasifika si Rujukan	Tata Laksana Rujukan	Prota p
					SDM di faskes lanjutan:	
					1. Spesialis anak	
					2. Spesialis jantung/jantung anak	
					3. Spesialis bedah anak	
					4. Spesialis bedah thorax dan kardiovaskuler	
					Assesment kebutuhan sarpras di faskes lanjutan :	
					1. CPAP	
					2. Ventilator	
					3. Inkubator	
					4. Infant warmer	
					5. Alat fototherapy	
	- BBLR dengan Kurang bulan/Preterm : 1500 s.d. < 2500 gr	P07.0 / P07.1		Emergency	Faskes I : (Pra rujukan)	√
					Mempertahankan oksigenasi dengan T-piece resusitator, oksigen nasal 0,5 -1 lpm, oksigen masker 3 – 8 lpm dengan target saturasi 88 -92. Mengevaluasi	

N o	Jenis Penyakit	Kode ICD X	Kompetensi Rujukan	Klasifikasi Rujukan	Tata Laksana Rujukan	Protap
					tingkat kemampuan oksigenasi dengan skor downe (terlampir)	
					Memantau dan mempertahankan suhu tubuh dengan target suhu tubuh 36,5C -37C, dengan cara membungkus bayi dengan plastik bening setelah bayi diberi pampers, setting suhu pd infant warmer	
					Memeriksa gula darah dengan alat GDA stick di area tumit kaki kanan atau kiri dengan target > 47 mg/dl, bila GDA < 47 mg/dl maka dilakukan bolus D10 2 cc/Kg BB, bila didapatkan kesulitan infus, pasang Orogastric Tube untuk pemberian nutrisi	

N o	Jenis Penyakit	Kode ICD X	Kompetens i Rujukan	Klasifika si Rujukan	Tata Laksana Rujukan	Prota p
					diberikan ASI atau larutan dextrose 10% Assesment kebutuhan SDM di faskes lanjutan: 1. Spesialis anak 2. Spesialis jantung/jantun g anak 3. Spesialis bedah anak 4. Spesialis bedah thorax dan kardiovaskuler Assesment kebutuhan sarpras di faskes lanjutan : 1. CPAP 2. Ventilator 3. Inkubator 4. Infant warmer 5. Alat fototherapy	
3	Infeksi	P39.9	Level 2 jika bayi lahir dengan kondisi bugar, gerak tangis aktif dengan risiko	Emergen cy	Faskes I : (Pra rujukan) Mempertahank an oksigenasi dengan T-piece resusitator, oksigen nasal 0,5 -1 lpm, oksigen masker	

N o	Jenis Penyakit	Kode ICD X	Kompetensi Rujukan	Klasifikasi Rujukan	Tata Laksana Rujukan	Protap
			infeksi		<p>3 – 8 lpm dengan target saturasi 88-92. Mengevaluasi tingkat kemampuan oksigenasi dengan skor downe (terlampir)</p> <p>Memantau dan mempertahankan suhu tubuh dengan target suhu tubuh 36,5C -37C, dengan cara membungkus bayi dengan plastik bening setelah bayi diberi pampers, setting suhu pd infant warmer</p> <p>Memeriksa gula darah dengan alat GDA stick di area tumit kaki kanan atau kiri dengan target > 47 mg/dl, bila GDA < 47 mg/dl maka dilakukan bolus D10 2 cc/Kg BB, bila didapatkan kesulitan infus,</p>	

N o	Jenis Penyakit	Kode ICD X	Kompetensi Rujukan	Klasifikasi Rujukan	Tata Laksana Rujukan	Protap
			Level 3 dengan indikasi: kondisi bayi dengan komplikasi : Hypotermi, Hypoglikemi, Kejang, Muntah		pasang Orogastric Tube untuk pemberian nutrisi diberikan ASI atau larutan dextrose 10%	
					Assesment kebutuhan SDM di faskes lanjutan:	
					1. Spesialis anak	
					2. Spesialis jantung/jantung g anak	
					3. Spesialis bedah anak	
					4. Spesialis bedah thorax dan kardiovaskuler	
					Assesment kebutuhan sarpras di faskes lanjutan :	
					1. CPAP	
					2. Ventilator	
					3. Inkubator	
					4. Infant warmer	
					5. Alat fototherapy	
4	Ikterus Patologis	P59. 9	Level 3	Emergency	Faskes I : (Pra rujukan)	X
					Mempertahankan oksigenasi	

No	Jenis Penyakit	Kode ICD X	Kompetensi Rujukan	Klasifikasi Rujukan	Tata Laksana Rujukan	Protap
					<p>dengan T-piece resusitator, oksigen nasal 0,5 -1 lpm, oksigen masker 3 – 8 lpm dengan target saturasi 88 -92.</p> <p>Mengevaluasi tingkat kemampuan oksigenasi dengan skor downe (terlampir)</p> <p>Memantau dan mempertahankan suhu tubuh dengan target suhu tubuh 36,5C -37C, dengan cara membungkus bayi dengan plastik bening setelah bayi diberi pampers, setting suhu pd infant warmer</p> <p>Memeriksa gula darah dengan alat GDA stick di area tumit kaki kanan atau kiri dengan target > 47 mg/dl, bila GDA < 47 mg/dl maka</p>	

N o	Jenis Penyakit	Kode ICD X	Kompetens i Rujukan	Klasifika si Rujukan	Tata Laksana Rujukan	Prota p
					<p>dilakukan bolus D10 2 cc/Kg BB, bila didapatkan kesulitan infus, pasang Orogastric Tube untuk pemberian nutrisi diberikan ASI atau larutan dextrose 10%</p> <p>Assesment kebutuhan SDM di faskes lanjutan:</p> <p>1. Spesialis anak</p> <p>2. Spesialis jantung/jantung anak</p> <p>3. Spesialis bedah anak</p> <p>4. Spesialis bedah thorax dan kardiovaskuler</p> <p>Assesment kebutuhan sarpras di faskes lanjutan:</p> <p>1. CPAP</p> <p>2. Ventilator</p> <p>3. Inkubator</p> <p>4. Infant warmer</p> <p>5. Alat</p>	

N o	Jenis Penyakit	Kode ICD X	Kompetensi Rujukan	Klasifikasi Rujukan	Tata Laksana Rujukan	Prota p
					fototherapy	

F. PETA KEMAMPUAN EMERGENCY MATERNAL NEONATAL

Agar pelayanan rujukan persalinan yang efektif dan efisien, berdasarkan kategori rujukan dan kondisi klinis pada ibu hamil, ibu bersalin ibu nifas serta bayi baru lahir maka alur rujukan kegawat daruratan maternal neonatal disusun sebagai berikut.

Tabel 3.6 Alur Kegawat daruratan Maternal

N o	Kasus Kegawatan	KODE ICD-10	RSUD Lewoleba	RS. St. Damian Lewoleba	RS. Bukit Lewoleba	
Level Kompetensi			3	3	3	
A	MATERNAL					
1	KET	O008	√	X	√	
2	Abortus insipien	O02	√	√	√	
3	Abortus inkomplit	O03	√	√	√	
4	Abortus infeksiosus	O20	√	√	√	
5	HEG grade 2 dan 3	O21	√	√	√	
6	APB	O48	√	X	√	
7	Persalinan curiga CPD	O33,O35 O42, O63 O65	√	√	√	
8	Persalinan dengan Malpresent asi	O32, O63- O64	√	√	√	
9	RUI atau Ruptur uteri	O70 - O71	√	X	√	
10	Distosia (persalinan lama/macet	O66	√	√	√	

N o	Kasus Kegawatan	KODE ICD-10	RSUD Lewoleba	RS. St. Damian Lewoleba	RS. Bukit Lewoleba	
Level Kompetensi			3	3	3	
)					
11	KPD dengan penyulit	O42	√	√	√	
12	Gawat Janin	O77	√	√	√	
13	PEB/HDK	O13, O14	√	√	√	
14	Eklampsia	O15	√	√	√	
15	HPP	O43 - O44	√	X	√	
16	Febris puerpuralis	O85	√	√	√	
17	Persalinan premature >= 32-35 minggu	O60	√	√	√	
18	Persalinan premature < 32 minggu		√	X	√	

Tabel 3.7 Alur Kegawat Daruratan Neonatal

N o	Kasus Kegawatan	KODE ICD-10	RSUD Lewoleb a	RS. St. Damian Lewoleb a	RS. Bukit Lewoleba
Level Kompetensi			3	3	3
B					
1	Asfiksia Dan Gawat Nafas	P21	√	√	√
2	Bayi Kecil/Premature/Iugr	P07			
3	Infeksi/Sepsis	P36	√	√	√
4	Ikterus Patologis	P59	√	√	√
5	PJB Kritis	Q24			
6	Tetanus Neonatorum	A33	√	√	√
7	Hypotermia	P80	√	√	√
8	Hypoglikemia	P08.1/ P70.4	√	√	√
9	Syok/Dehidrasi	P24 / P74	√	√	√
10	Kejang	P90	√	√	√
11	Kelainan Kongenital	Q66	√	√	√

G. RUJUK BALIK

Rujuk balik diberikan apabila pasien selesai ditangani Fasilitas Pelayanan Kesehatan penerima rujukan dan masih dibutuhkan perawatan lanjutan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang lebih rendah. Rujuk balik dilakukan melalui aplikasi sistem informasi rujukan terintegrasi (SISRUTE) yang diberlakukan oleh Kementerian Kesehatan dengan menggunakan kode rujukan balik sebagai berikut. Kode DX ini adalah kode DX untuk kontrol ke POLI di Rumah Sakit dan disertai pesan penting lain kepada puskesmas perujuk untuk memantau dan memberikan pelayanan dasar kepada ibu nifas pasca melahirkan dan untuk bayi baru lahir.

N O	DX RESUME MEDIS	KODE DX	TINDAKAN	DX KONTROL POLI	KODE DX
1	KPP Maternal care due to uterine scar from previous surgery	O42.0 O34.2	SC	Post SC	Z09.0

N O	DX RESUME MEDIS	KODE DX	TINDAKAN	DX KONTROL POLI	KODE DX
2	Kala 2 memanjang	O63.1	Partus Spontan	Post partum	Z39.0
3	Missed Abortion	O02.1	Curetage	Post kuret Missed Abortion	Z39.0 O02.1
4	Inpartu Kala 1 Fase Laten KPP	O63.0 O42.0	SC	Post SC	Z09.0
5	Kala 2 memanjang	O63.1	Partus Spontan	Post partum	Z39.0
6	Inpartu kala I fase Laten Memanjang KPP	O63.0 O42.0	Partus Spontan	Post partum	Z39.0
7	Kala 2 memanjang KPP	O63.1 O42.0	Partus Spontan	Post partum	Z39.0
8	KPP Prolonged Laten Phased CPD	O42.0 O63.0 O65.4	SC	Post SC	Z09.0
9	Prolonged second stage of labour Supervision of pregnancy with other poor reproductive or obstetric history	O63.1 Z35.2	Partus Spontan	Post partum	Z39.0
10	Prolonged second stage of labour	O63.1	Partus Spontan	Post partum	Z39.0
11	Prolonged first stage of labour	O63.0	Partus Spontan	Post partum	Z39.0
12	Oligohydramnios Prolonged pregnancy	O41.0 O48	SC	Post SC	Z09.0
13	Oligohydramnios Prolonged pregnancy	O41.0 O48	SC	Post SC	Z09.0
14	Prolonged first stage of labour Obstructed labour due to breech presentation	O63.0 O64.1	SC	Post SC	Z09.0
15	KPP	O42.0	Partus Spontan	Post partum	Z39.0
16	KPP Prolonged first stage of	O42.0 O63.0	SC	Post SC	Z09.0

N O	DX RESUME MEDIS	KODE DX	TINDAKAN	DX KONTROL POLI	KODE DX
	labour				
17	KPP Fourth degree perineal laceration during delivery	O42.0 O70.3	Partus Spontan	Post partum	Z39.0
18	Prolonged first stage of labour Maternal care due to uterine scar from previous surgery	O63.0 O34.2	SC	Post SC	Z09.0
19	Prolonged first stage of labour Obstructed labour due to unusually large fetus	O63.0 O66.2	SC	Post SC	Z09.0
20	Prolonged first stage of labour Obstructed labour due other malposition and malpresentation	O63.0 O64.8	SC	Post SC	Z09.0
21	Prolonged first stage of labour Maternal care due to uterine scar from previous surgery	O63.0 O34.2	SC	Post SC	Z09.0
22	Other abortion, incomplete, without complication	O05.4	Curetage	Follow-up exam after other treatment for other conditions	Z09.8
23	Oligohydramnios Prolonged pregnancy	O41.0 O48	SC	Post SC	Z09.0
24	KPP Maternal care due to uterine scar from previous surgery	O42.0 O34.2	SC	Post SC	Z09.0
25	Prolonged first stage of labour Supervision of pregnancy with other poor reproductive or	O63.0 Z35.2	SC	Post SC	Z09.0

N O	DX RESUME MEDIS	KODE DX	TINDAKAN	DX KONTROL POLI	KODE DX
	obstetric history				
26	KPP CPD	O42.0 O65.4	SC	Post SC	Z09.0
27	Prolonged first stage of labour	O63.0	Partus Spontan	Post partum	Z39.0
28	Hiperemesis Gravidarum	O21.0	-	Hiperemesis Gravidarum	O21.0
29	Obstructed labour due to breech presentation Prolonged first stage of labour	O64.1 O63.0	SC	Post SC	Z09.0
30	Prolonged first stage of labour Obstructed labour due to breech presentation Prolonged pregnancy	O63.0 O64.1 O48	SC	Post SC	Z09.0
31	KPP Maternal care due to uterine scar from previous surgery	O42.0 O34.2	SC	Post SC	Z09.0
32	KPP Maternal care due to uterine scar from previous surgery	O42.0 O34.2	SC	Post SC	Z09.0
33	KPP Prolonged first stage of labour	O42.0 O63.0	Partus Spontan	Post partum	Z39.0

BAB IV

ALUR PELAYANAN DALAM PUSKESMAS DAN LUAR PUSKESMAS

A. ALUR PELAYANAN DALAM PUSKESMAS

1. Saat klien, yaitu ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, balita dan anak pra sekolah, anak usia sekolah dan remaja berkunjung ke Puskesmas, baik datang sendiri, maupun berdasarkan kiriman/rujukan dari Posyandu, pemberi layanan primer lainnya, masyarakat maupun sekolah;
2. Klien akan melakukan registrasi dan diidentifikasi apakah tergolong kasus gawat darurat, kasus ibu bersalin/permasalahan kandungan/ obstetric yang memerlukan perawatan diruang bersalin atau bukan;
3. Bila termasuk kasus gawat darurat akan diberikan penanganan sesuai kasus gawat darurat di IGD dan bila tidak dapat ditangani di puskesmas akan dirujuk ke Puskesmas/FKTP lain yang lebih kompeten atau FKTRL;
4. Bila kasus ibu bersalin/permasalahan kandungan/obstetrik yang memerlukan tindakan maka akan diberikan penanganan yang sesuai di ruang bersalin (RB) dan bila tidak dapat ditangani di puskesmas akan dirujuk ke Puskesmas/FKTP lain yang lebih kompeten atau FKTRL;
5. Bila bukan termasuk kasus gawat darurat atau persalinan/permasalahan kandungan yang memerlukan tindakan maka akan diberikan pelayanan di poli klaster 2 untuk ibu, anak dan remaja. Klien mendapatkan pemeriksaan (anamnesis dan pemeriksaan fisik) serta penanganan sesuai standar:
 - a) ibu hamil ANC sesuai standar (10 T);
 - b) ibu bersalin dan nifas sesuai standar kunjungan nifas;
 - c) balita sesuai standar pelayanan balita; dan
 - d) remaja sesuai skrining masalah kesehatan remaja (termasuk dilaksanakan anamnesa khusus remaja).
6. Bila pasien tidak perlu pelayanan umum lainnya, setelah mendapat pemeriksaan sesuai standar diatas termasuk edukasi dan konseling (jika membutuhkan), maka klien menuju pelayanan farmasi (jika ada resep dokter) dan pulang;
7. Bila pasien membutuhkan pelayanan umum lainnya maka dapat diberikan pelayanan yang diperlukan seperti pengobatan gigi dan mulut, laboratorium, rawat inap (bila ada). Setelah mendapatkan pelayanan yang sesuai, maka akan dilakukan evaluasi apakah membutuhkan konsultasi ulang atau tidak;

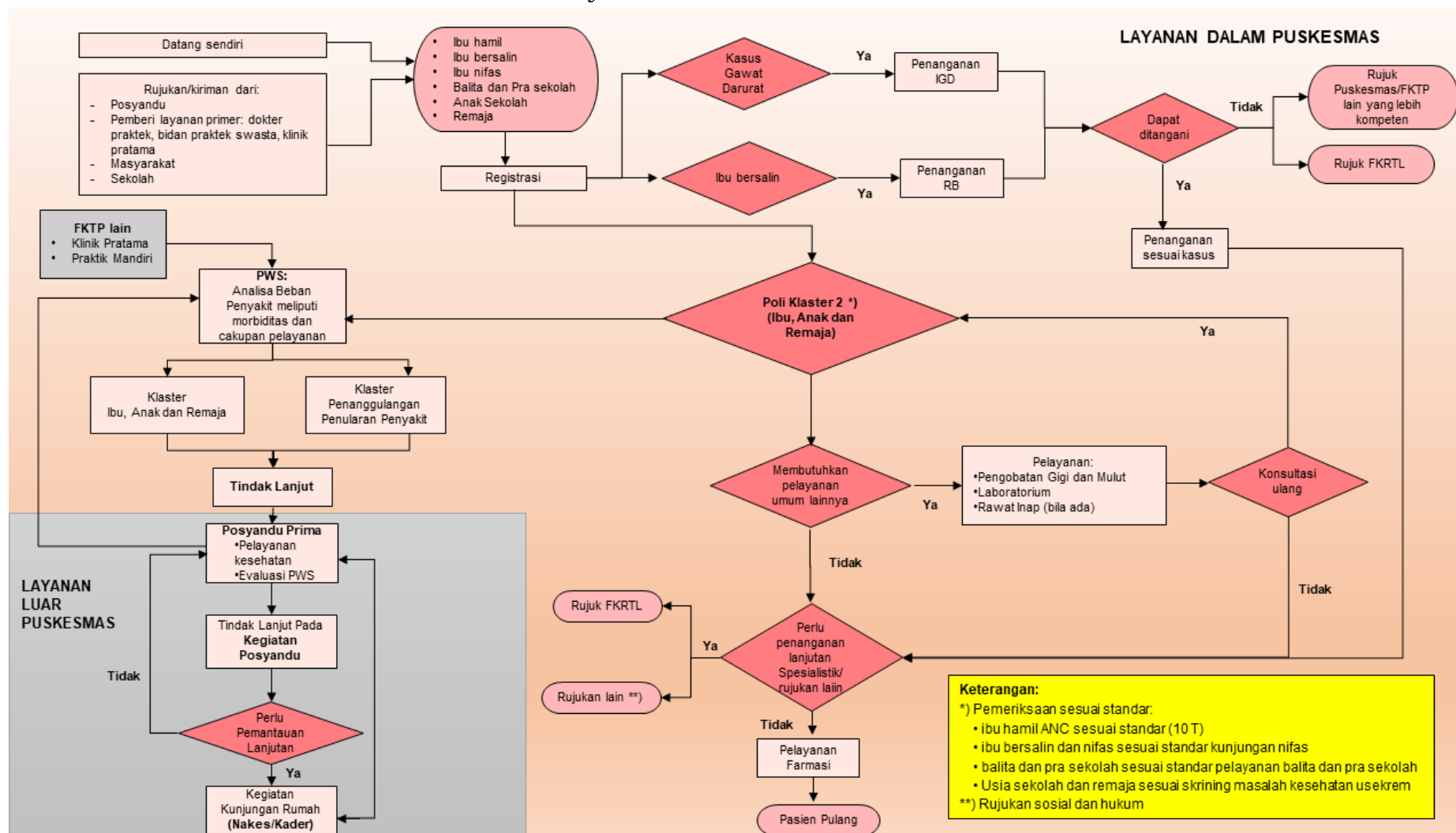
8. Bila klien membutuhkan layanan spesialistik/rujukan lainnya, maka klien akan dirujuk ke FKRTL dan fasilitas lainnya; dan
9. Berdasarkan data klien dari Poli Klaster 2, akan dilakukan PWS melalui analisa beban penyakit meliputi morbiditas dan cakupan pelayanan.

B. PELAYANAN KESEHATAN LUAR PUSKESMAS SECARA UMUM

1. Pelayanan luar puskesmas dilakukan di Posyandu, Pustu, atau FKTP lain (klinik pratama, praktik mandiri);
2. Kegiatan di Posyandu meliputi: memperkuat promosi dan pencegahan, pelayanan kesehatan, termasuk *screening* dan evaluasi data PWS (digitalisasi dan pemantauan dengan dashboard situasi kesehatan per desa, serta kunjungan keluarga); dan
3. Bila diperlukan pemantauan lanjutan akan dilakukan kunjungan rumah baik oleh kader atau nakes.

Gambar berikut ini 4.1 berikut adalah skema pelayanan di dalam dan luar puskesmas.

Gambar 4.1 Alur Pelayanan dalam Puskesmas dan Luar Puskesmas



C. PENCEGAHAN DAN TATALAKSANA SERTA RUJUKAN BAYI BALITA GIZI KURANG, GIZI BURUK DAN STUNTING

1. Merupakan tindak lanjut pemantauan tumbuh kembang di event Posyandu atau kegiatan masyarakat, disertai identifikasi tanda dan gejala klinis sebagai bentuk deteksi dini untuk penemuan kasus balita gizi kurang, gizi buruk dan stunting;
2. Anak yang ditemukan mengalami risiko masalah gizi di masyarakat dirujuk ke tenaga kesehatan di Puskesmas;
3. Penanganan di Puskesmas oleh tenaga pengelola gizi/bidan/perawat melibatkan dokter untuk mencari etiologi (kemungkinan infeksi, penyakit lainnya), meliputi:
 - a) Konfirmasi ulang status gizi mengacu pada 4 (empat) indikator antropometri, penilaian tren pertumbuhan (weight increment dan height increment);
 - b) Penilaian status kesehatan dengan pendekatan MTBS;
 - c) Penilaian perkembangan dengan menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) dilakukan jika balita telah memasuki episode sembuh dari penyakit (jika disertai penyakit penyerta);
 - d) Tata laksana gagal tumbuh, gizi kurang dan gizi buruk mengacu pada Pedoman Pencegahan dan Tata Laksana Gizi Buruk pada balita dan Juknis Pemberian Makanan Tambahan serta stimulasi perkembangan mengacu pada Pedoman SDIDTK;
 - e) Rujukan ke Rumah Sakit untuk mendapat penanganan secara komprehensif oleh dokter spesialis anak, bila ditemukan:
 - 1) balita stunting;
 - 2) tanda bahaya (bendera merah) atau setelah tata laksana tidak menunjukkan perbaikan; dan
 - 3) perkembangan menunjukkan hasil meragukan atau menyimpang
 - f) Alur deteksi dini dan tata laksana masalah gizi sebagaimana Permenkes Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak; dan
 - g) Kader dan anggota masyarakat yang terlatih didampingi petugas kesehatan melaksanakan sweeping dan monitoring kasus melalui kunjungan rumah untuk balita berisiko termasuk yang tidak datang ke Posyandu.

D. MEKANISME RUJUKAN WILAYAH DARATAN UTAMA

1. Ibu Hamil mendapatkan pelayanan ANC di Puskesmas;
2. Puskesmas mengidentifikasi faktor risiko, jenis kehamilan dan perkiraan jenis persalinan;
3. Ibu Hamil dijemput ambulan feeder diantar ke rumah tunggu;
4. Puskesmas melaporkan ke Dinas kesehatan Kabupaten (2H42 center / 2H42 center / Call Center PSC 119 SPGDT) dan Entri data rujukan melalui platform sistem informasi layanan rujukan terintegrasi;
5. 2H42 center / Call Center PSC 119 SPGDT melakukan koordinasi dengan RSUD / RS PONEK 24 jam (2H42 RS);
6. 2H42 center mengkoordinir transportasi/rujukan, sehingga Puskesmas mengantar pasien ke RSUD; dan
7. Puskesmas memberikan laporan informasi kepulangan ibu melahirkan atau RSUD memberikan informasi rujukan balik kepada merujuk melalui 2H42 center / Call Center PSC 119 SPGDT dan entri rujukan balik melalui platform sistem informasi layanan rujukan terintegrasi.

E. MEKANISME RUJUKAN WILAYAH KEPULAUAN

1. Ibu Hamil dapat mendapatkan pelayanan ANC di Puskesmas;
2. Puskesmas mengidentifikasi jenis kehamilan dan perkiraan jenis persalinan;
3. Puskesmas mengidentifikasi faktor risiko, jenis kehamilan dan perkiraan jenis persalinan;
4. Ibu Hamil dijemut ambulan feeder diantar ke rumah tunggu;
5. Puskesmas melaporkan ke Dinas kesehatan Kabupaten 2H42 center / Call Center PSC 119 SPGDT platform sistem informasi layanan rujukan terintegrasi;
6. 2H42 center / Call Center PSC 119 SPGDT melakukan koordinasi dengan RSUD /RS PONEK 24 jam (2H42 RS); dan
7. 2H42 center / Call Center PSC 119 SPGDT mengkoordinir cara transportasi/rujukan, sehingga Puskesmas pada kepulauan mengantar dengan perahu motor ke kota lokasi RSUD dan mobil 2H42 Center menjemput pasien di titik kedatangan selanjutnya mengantar ke RSUD dan entri rujukan balik melalui platform sistem informasi layanan rujukan terintegrasi.

BAB V

PERAN SERTA MASYARAKAT DAN LINTAS SEKTOR DALAM SISTEM RUJUKAN

A. IBU HAMIL DAN KELUARGA INTI

Ibu hamil sangat memerlukan dukungan dari suami dan keluarga besarnya seperti Orang Tua dan Mertua.

Suami atau Orangtua / Keluarga Mertua mendampingi ibu hamil saat dilakukan pemeriksaan screening di Puskesmas atau Klinik dokter.

B. PERAN KADER POSYANDU

1. Melakukan pemetaan sistem rujukan untuk mengetahui kendala kasus rujukan di tingkat keluarga, komunitas, dan desa
2. Membangun partisipasi desa dan masyarakat untuk mengatasi kendala kasus rujukan secara mandiri dengan melibatkan semua elemen masyarakat:
 - a) Menggalakan kembali peran kader dalam mendampingi ibu hamil, melahirkan, dan nifas.
 - b) Menggalakkan kembali kelas ibu hamil untuk menyampaikan pesan-pesan keselamatan ibu dan bayi termasuk pentingnya melahirkan di fasilitas kesehatan
 - c) Memperkuat tata kelola program desa siaga dengan menghadirkan ambulan pengumpan, termasuk penyusunan peraturan desa dan anggaran operasional ambulan pengumpan
 - d) Memperkuat tata kelola rumah tunggu kelahiran yang jaraknya dekat dengan fasilitas kesehatan
 - e) Membangun kerjasama dengan pihak gereja dan komunitas desa dalam memperkuat jejaring rujukan.

C. KOMUNITAS KECAMATAN

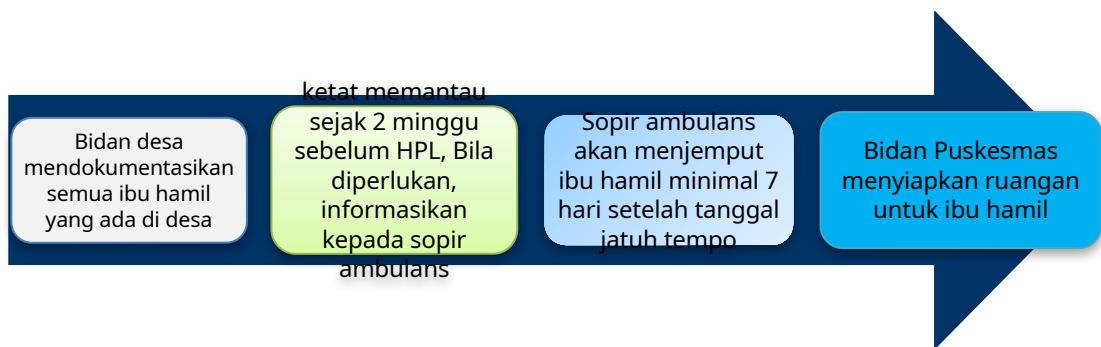
Salah satu upaya lain yang dilakukan untuk melaksanakan strategi Revolusi KIA, adalah menggalakkan pendampingan ibu hamil (PIH)³ dan penjemputan ibu hamil dari rumahnya dengan menggunakan ambulan desa / ambulan feeder atau ambulan puskesmas dan diantar ke puskesmas atau ke rumah tunggu kelahiran (RTK) untuk melahirkan di puskesmas. Waktu penjemputan

ibu hamil sekitar 2 hari sebelum taksiran persalinan atau dikenal dengan 2H42⁴, di beberapa kabupaten lainnya dijemput 5 atau hari sebelumnya. Pendamping ibu hamil dapat berasal dari kader posyandu, dasa wisma, komunitas gereja, PKK, aparat pemerintahan desa. PIH di tingkat desa berperan mendampingi ibu sejak bulan pertama kehamilan sampai menjelang persalinan dan nifas. PIH segera melaporkan jika ada tanda-tanda inpartu (persalinan) atau adanya tanda bahaya kepada bidan desa dan tim penjemput puskesmas untuk melakukan penjemputan ibu hamil guna melahirkan di puskesmas.

Beberapa prinsip pelaksanaan PIH dan penjemputan ibu hamil ke fasilitas kesehatan atau ke RTK:

1. Bidan desa dibantu PIH mendata seluruh ibu hamil di wilayah kerjanya, mencatat tafsiran persalinan dan membuat kantong persalinan.
2. Bidan desa mengirim data tafsiran persalinan perbulan kepada kepala desa, kepala puskesmas dan Call Center 2H42 / Call Center PSC 119 SPGDT Kabupaten.
3. PIH melakukan pemantauan secara ketat sejak awal kehamilan sampai menjelang melahirkan, kemudian berkoordinasi dengan tim penjemputan di puskesmas untuk melakukan penjemputan ibu hamil agar melahirkan di puskesmas mampu PONEB / puskesmas rawat inap bersalin, kemudian melanjutkan pemantauan setelah melahirkan sampai hari ke 42.
4. Call Center 2H42 / Call Center PSC 119 SPGDT di dinas kesehatan melakukan pemantauan kepada ibu hamil melalui SMS, WhatsApp atau telepon berdasarkan data tafsiran persalinan yang dikirim oleh bidan di desa,
5. Call Center 2H42 / Call Center PSC 119 SPGDT pemantauan ketat dan koordinasi dengan pihak terkait untuk semua ibu hamil sejak 2 minggu sebelum hari tafsiran persalinan, selama proses persalinan di faskes, dan melanjutkan pemantauan setelah melahirkan sampai hari ke 42.

⁴ Praktik di lapangan, penjemputan ibu hamil bisa dilakukan 7 hari atau 5 hari sebelum tafsiran persalinan, tergantung kondisi ibu hamil dan situasi geografis



Penerapan solusi Jaringan Rujukan Lokal Terpadu dilakukan untuk menyiapkan sarana prasarana, Identifikasi risiko tinggi dan tanda bahaya, notifikasi taksiran persalinan, mekanisme rujukan, dalam perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi, termasuk faskes tempat bersalin, transportasi, biaya, darah, pendamping, perangkat komunikasi masyarakat, sehingga meningkatkan efisiensi dan efektivitas sistem rujukan darurat ibu dan bayi di wilayah Puskesmas.

Untuk itu perlu dilakukan mapping (pemetaan) sistem rujukan terkini di tingkat keluarga, komunitas, dan desa. Tujuannya untuk mengidentifikasi masalah, memperkuat sistem koordinasi dan komunikasi antara rumah/keluarga -fasilitas kesehatan dan stakeholders setempat sehingga mengurangi keterlambatan dalam mengidentifikasi bahaya dan memutuskan untuk merujuk ke faskes. Peran Puskesmas antara lain siap siaga memberikan layanan rujukan ibu dan bayi, tanggap terhadap masalah kesehatan dan memberikan alternatif solusi, menjadi stimulator, fasilitator, promotor, dan melakukan advokasi kepada stakeholder (kepala desa, tokoh agama/adat, dll) terkait dukungan anggaran desa, regulasi lokal, dan mobilisasi masyarakat untuk memanfaatkan layanan kesehatan yang tersedia.



Komponen Kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mapping sasaran ibu hamil dan bersalin 2. Memperkuat Kantong persalinan di desa 3. Membuat Dashboard Desa (PWS) dari PWS SETUSEHAT 4. Menyediakan ambulance feeders (AMMDES) untuk transportasi rujukan emergensi 5. SOP/mekanisme pemanfaatan ambulan desa/ambulance feeder 6. Mendorong penerapan P4K (Faskes lokasi bersalin dan
-------------------	---

	<p>Bidan pendamping, transportasi, surat pengantar rujukan, obat dan perlengkapan pribadi, keluarga pendamping, uang dan Jaminan pembiayaan, darah, nutrisi dan makanan)</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Develop SOP/mechanisme terkait rujukan ke rumah tunggu kelahiran (transportasi, komunikasi antara keluarga - Bides - RTK - Puskesmas),dll 8. Advocacy Peraturan Desa tentang APBDes dan anggran desa untuk Penyelamatan Ibu dan BBL 9. Mobilisasi bumil ke kelas ibu hamil untuk Meningkatkan pengetahuan keluarga dan masyarakat tentang tanda-tanda bahaya pada ibu hamil dan bayi baru lahir dan persalinan di faskes 10. Meningkatkan kapasitas kader dalam memantau ibu hamil dan BBL yang di rujuk balik 11. Meningkatkan kesadaran masyarakat lewat promosi edukasi keselamatan ibu dan bayi serta system rujukan 12. Pertemuan regular desa terkait system rujukan dan upaya penyelamatan ibu hamil dan bayi
--	---

BAB VI TELEMEDICINE DAN TELEKESEHATAN

Pelayanan telemedicine sangat tergantung dari adanya smartphone/gadget dan akses internet, dan sejalan dengan kemajuan IT dan koneksi internet yang sudah mampu menjangkau hampir seluruh pelosok negeri menyebabkan masyarakat dapat menerima pelayanan kesehatan dimanapun dan kapanpun. Kewajiban Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah melakukan sosialisasi, pembinaan, dan pengawasan terhadap pelaksanaan pelayanan telemedisin. Pemerintah pusat sudah mempunyai peraturan mengenai telemedicine tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 20 Tahun 2019.

A. MANFAAT TELEKESEHATAN DAN TELEMEDICINE

Telekesehatan merupakan kesehatan dalam bentuk pemberian dan fasilitasi layanan kesehatan termasuk kesehatan masyarakat, layanan informasi kesehatan, dan layanan mandiri yang memanfaatkan telekomunikasi dan teknologi komunikasi digital dengan mempertimbangkan jarak, sistem informasi dan administrasi kesehatan. Kemenkes juga bekerja sama dengan Asosiasi Telemedisin Indonesia (ATENSI) dan berbagai pihak untuk memberikan layanan telemedisin. Pelayanan telekesehatan yang diberikan:

1. Pemberian konsultasi komunikasi informasi dan edukasi Kesehatan;
2. Pemberian konsultasi klinis/ medis (masa pandemi);
3. Pemeriksaan kesehatan di rumah dan pelayanan Keperawatan (follow-up / control);
4. Pemeriksaan *rapid test* di rumah;
5. Pemberian dan pengantaran obat; dan
6. Pengarahan rujukan ke faskes/RS.

Manfaat Telekesehatan dan Telemedisin ada banyak, diantaranya adalah :

1. Meningkatkan akses pelayanan dasar dan spesialisik;
2. Menurunkan Angka Rujukan dan digitalisasi pelayanan;
3. Transfer Knowledge;
4. Meningkatkan Efisiensi dan mencegah productivity loss pasien;
5. Mempermudah pemantauan pasien;
6. Mempercepat penegakan diagnosis, mengatasi keterbatasan sarana Diagnostik;
7. Mengatasi Keterbatasan Jarak dan Komunikasi tenaga dokter, Spesialis baik di FKTP dan FKTR;

8. Memperkuat Sistem Rujukan KIA;
9. Meningkatkan Efisiensi dengan mencegah Ibu dan Anak Shopping treatment;
10. Wahana pembelajaran dalam melakukan On The job Training;
11. Mengatasi Keterlambatan dalam screening Faktor Resiko KIA, Diagnosis dan Pengobatan yang tepat; dan
12. Memudahkan monitoring Kesehatan Ibu dan Anak secara berkala, berkelanjutan melalui jarak jauh.

Pada pelaksanaannya, pelayanan telemedicine tentunya memiliki kelebihan dan kekurangan dibandingkan dengan pelayanan konsultasi tatap muka langsung. Kelebihan pelayanan Telemedicine bagi masyarakat:

1. Perawatan lebih nyaman/tidak mengantri dan mudah diakses;
2. Menghemat biaya pemeriksaan dan perawatan kesehatan;
3. Mencegah penularan penyakit infeksi;
4. Perawatan dasar dan pengelolaan penyakit kronis lebih akurat agar tidak terjadi perburukan/kecacatan; dan
5. Mengarahkan Rujukan ke Fasilitas Kesehatan/Rumah Sakit

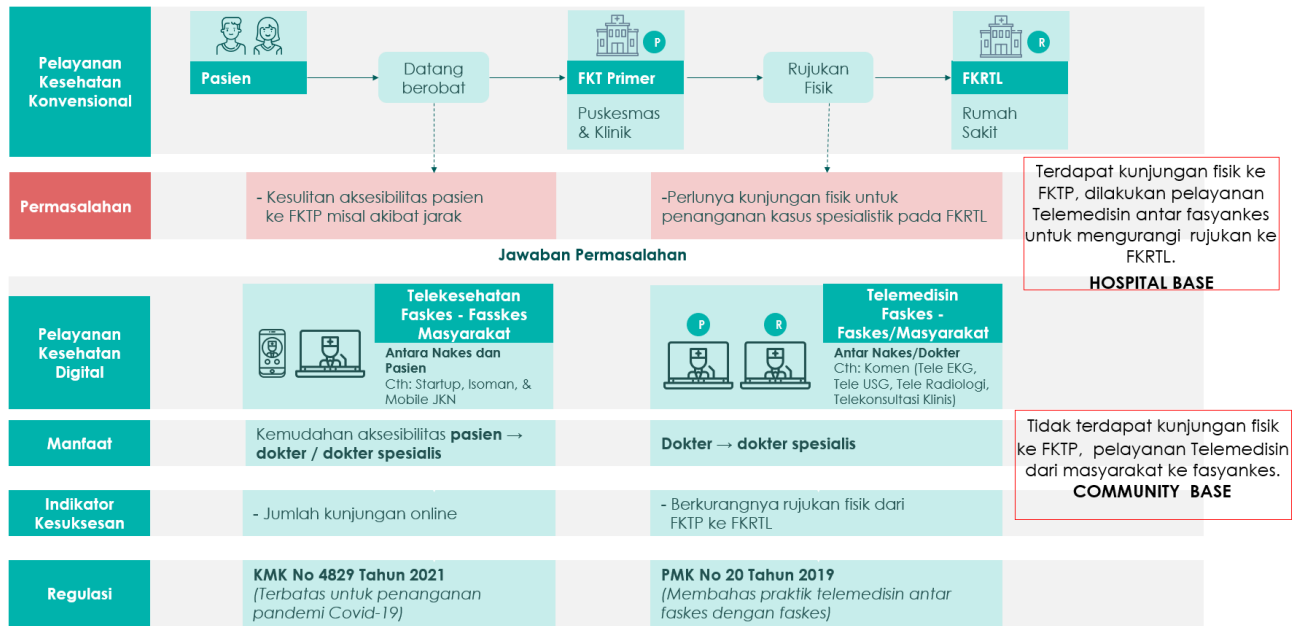
Kekurangan pelayanan Telemedicine bagi masyarakat:

1. Sulit mengakses telemedicine saat tidak ada koneksi internet;
2. Kurang membangun ikatan kedekatan antara pasien dengan dokter;
3. Ada beberapa penyakit yang tidak dapat diperiksa / ditangani secara daring, perlu tatap muka, pemeriksaan fisik, dan/atau tindakan medis; dan
4. Belum semua kasus penyakit yang diperiksa / ditangani melalui telemedicine ditanggung oleh asuransi.

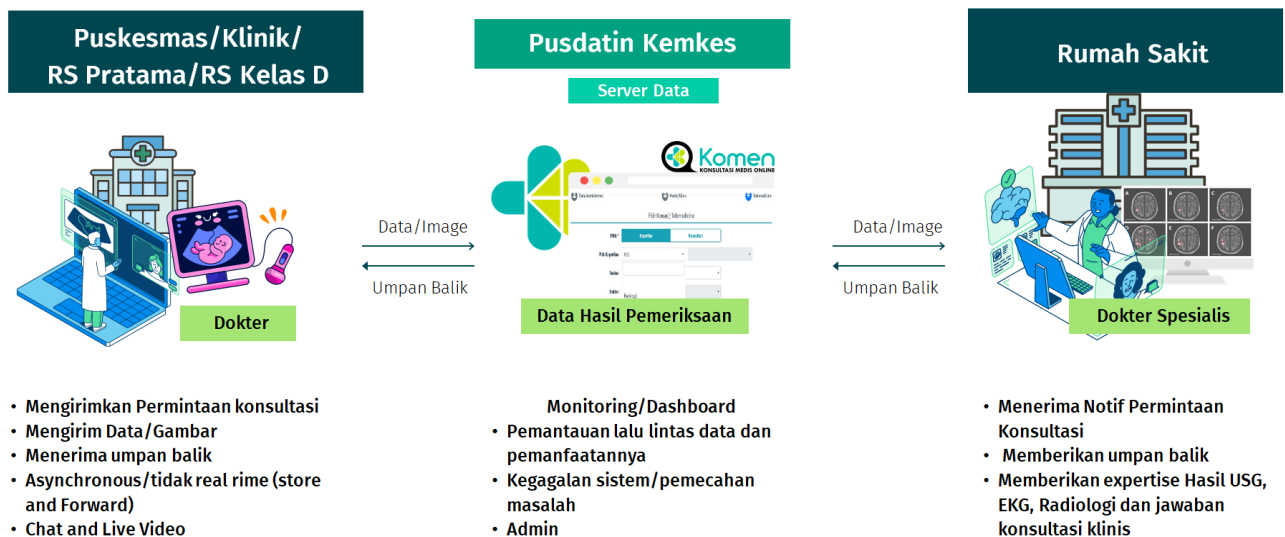
B. SKEMA TELEKESEHATAN DAN TELEMEDICINE

Jenis Telemedisin ada dua yaitu 1) Antar Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan 2) Antar Fasilitas Pelayanan Kesehatan dengan Masyarakat. Gambar 6.1 berikut adalah skema pelaksanaan telekesehatan dan telemedicine, Gambar 6.2 Skema telemedicine antar fakes.

Gambar 6.1. Pelayanan Kesehatan Digital Telekesehatan dan Telemedisin Eksisting



Gambar 6.2. Skema Pelaksanaan Telemedisin



C. PENYIAPAN TELEKESEHATAN DAN TELEMEDICINE

Tabel 6.3. Syarat Penyiapan telemedicine

Jenis Fasyankes	Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang dapat menyelenggarakan telemedisin terdiri dari: <ul style="list-style-type: none"> - Rumah Sakit - Klinik - Laboratorium Kesehatan - Puskesmas - Praktek Mandiri - Apotek
-----------------	---

Jenis pelayanan telemedisin	<p>Jenis pelayanan yang dapat diselenggarakan pada penyelenggaraan telemedisin terdiri dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Telekonsultasi (telekulit, telepsikiatri, telemata, tele-ICU, dst); 2. Memberikan layanan expertise hasil pemeriksaan penunjang (teleUSG, teleEKG, teleradiologi); dan 3. Pelayanan Telefarmasi.
Pemanfaatan Teknologi Informasi (Aplikasi Telemedisin)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fasyankes yang melaksanakan telemedisin dapat mengembangkan dan menggunakan aplikasi sendiri ataupun menggunakan aplikasi milik pemerintah atau swasta 2. PSE untuk penyelenggara sistem elektronik oleh Kominfo
SDM penyelenggara pelayanan telemedisin	<ul style="list-style-type: none"> • Dokter/Dokter Gigi/Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis • Tenaga Kesehatan • Tenaga Non Kesehatan • Tenaga di bidang TIK
Pengaturan pembiayaan	Pelayanan telemedisin dapat masuk dalam pembiayaan JKN (dalam masa uji coba oleh BPJS sampai Desember 2023)
Pengaturan Sistem Informasi dan Integrasi Data Kesehatan (Penyimpanan & Keberlanjutan data Pasien)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seluruh Fasyankes yang menyelenggarakan telemedisin harus menggunakan Rekam Medik Elektronik (RME) yang mempunyai kompatibilitas dengan aplikasi/sistem informasi lainnya serta interoperabilitas ke Sistem Informasi Kesehatan Nasional 2. Semua platform harus menggunakan standar data milik Kementerian Kesehatan

Pendanaan dapat berasal dari Pemerintah Pusat dan Daerah sesuai kewenangan seperti APBN, APBD, dan Sumber lain yang tidak mengikat.

Alternatif Sumber Pembiayaan :

1. Biaya dibebankan kepada Fasyankes Peminta Konsultasi/Diampu;

2. Dana JKN (Non Kapitasi), Masih tahap uji coba di 101 fasyankes;
3. Kesenjangan antar fasyankes; dan
4. Biaya dibebankan kepada fasyakes masing-masing dengan tanpa pembiayaan.

BPJS sudah mengakui pelayanan Telemedicine untuk mendukung angka kesakitan dan kematian pada peserta JKN dalam keadaan stabil dan membutuhkan pelayanan jangka panjang di FKTP tanpa perlu melakukan rujukan fisik. Beberapa kasus yang diujicobakan antara lain: Jantung, Hipertensi, Asma, PPOK, Epilepsi, Skizofrenia, Stroke, SLE, Kehamilan TACC (Time, Age, Complication, Comorbidity). Beberapa yang akan diujicobakan dengan Telemedicine di Layanan Primer antara lain untuk TB dan diabetes.

Adanya kriteria TACC (Time, Age, Complication, Comorbidity) memungkinkan Dokter di Puskesmas untuk dapat merujuk ke Fasilitas Rujukan Tingkat Lanjut walaupun masih termasuk 144 diagnosa penyakit tersebut. Berdasarkan Kepmenkes No.HK.02.02/Menkes/514/2015 tentang Panduan Praktis Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Kesehatan Primer dan Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 5 tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis bagi dokter di fasilitas pelayanan kesehatan primer bahwa dokter dapat merujuk pasien apabila memenuhi salah satu dari kriteria “TACC” (Time- Age-Complication-Comorbidity) berikut:

1. Time: perjalanan penyakit dapat digolongkan kepada kondisi kronis atau melewati Golden Time Standard;
2. Age: usia pasien masuk dalam kategori yang dikhawatirkan meningkatkan risiko komplikasi serta risiko kondisi penyakit lebih berat;
3. Complication: komplikasi penyakit dapat memperberat kondisi pasien; dan
4. Comorbidity: ada gejala penyakit lain yang memperberat kondisi pasien.

Sedangkan Penyediaan Sarpras, Alat Kesehatan, dan Perangkat Keras, Alat seperti Ruangan, Jaringan Internet, Listrik, Alat Kesehatan dan Peralatan Supporting untuk Pelayanan Telemedicine dapat dilakukan melalui beberapa sumber seperti Hibah APBN/APBD Sumber Lain (CSR, Mandiri).

BAB VII PEMBIAYAAN

Sistem rujukan diwajibkan bagi pasien yang merupakan peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial BPJS Kesehatan dan pemberi pelayanan kesehatan. Pembiayaan rujukan dilaksanakan sesuai ketentuan yang berlaku pada asuransi kesehatan atau jaminan kesehatan. Peserta asuransi kesehatan komersial mengikuti aturan yang berlaku sesuai dengan ketentuan dalam polis asuransi dengan tetap mengikuti pelayanan kesehatan yang berjenjang. Pembiayaan terhadap pasien dikategorikan pada dua pembiayaan yaitu pembiayaan dengan penjaminan dan pembiayaan secara mandiri.

A. PEMBIAYAAN DENGAN PENJAMINAN

1. Pasien Peserta BPJS Kesehatan:
 - a) Status Kepesertaan Aktif:
 - 1) Menerima pelayanan di FKTP dan di FKRTL yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan;
 - 2) Untuk kasus kegawatdaruratan maternal dan neonatal peserta BPJS Kesehatan dapat dilayani di Rumah sakit yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan; dan
 - 3) Mekanisme pembiayaan dilaksanakan sesuai dengan tata cara atau aturan yang berlaku.
2. Status Kepesertaan Tidak Aktif Karena Premi:
 - a) Bagi peserta dari segmen Peserta Bukan Penerima Upah/PBPU (Mandiri) bisa langsung mengaktifkan kepesertaan dengan melunasi tunggakan iuran;
 - b) Peserta diinformasikan untuk memenuhi pembayaran premi yang belum terbayar dan denda pelayanan rawat inap. (Pemberian motivasi dilakukan oleh Nakes pada saat peserta proses pra persalinan) untuk selanjutnya diarahkan untuk mendaftar BPJS PBI;
 - c) Kepesertaan BPJS Penerima Upah tidak aktif (di PHK atau sudah tidak bekerja):
 - 1) Bisa beralih ke segmen mandiri dan 14 hari tidak aktif jika tidak bisa bayar tunggakan premi sebelumnya;
 - 2) Beralih ke segmen mandiri dengan membayar tunggakan premi jangka waktu non aktifnya sampai mau diaktifkan kembali maka langsung aktif, tidak perlu menunggu 14 hari;

- 3) Jika beralih ke PBI, maka harus terdaftar didalam Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS) oleh Dinas Sosial sesuai dengan ketentuan yang berlaku; dan
 - 4) Pembiayaan persalinan diarahkan melalui program J-PASTI Keren (JPK) untuk selanjutnya diarahkan mendaftar BPJS.
3. Status kepersertaan BPJS PBI tidak akti:
 - a) Peserta sudah tidak terdaftar di Data Terpadu Kesejahteraan Sosial (DTKS);
 - b) Peserta bisa merubah langsung status kepesertaan langsung ke pembiayaan mandiri;
 - c) Apabila peserta tidak mampu maka bisa didaftarkan ke Dinas Sosial dengan syarat yang harus terpenuhi.
 4. Status kepersertaan BPJS PBI tidak aktif (sebelum 6 bulan)
Melakukan reaktivasi Dinas Sosial dengan membawa persyaratan:
 - a) Membawa fotocopy KK;
 - b) Membawa fotocopy KTP;
 - c) Membawa fotocopy kartu BPJS BPI; dan
 - d) Membawa surat rujukan atau surat keterangan dari Puskesmas.
 5. Status kepersertaan BPJS PBI tidak aktif (sesudah 6 bulan)
Membawa persyaratan ke Dinas Sosial:
 - a) Surat keterangan tidak mampu (SKTM);
 - b) Foto rumah tampak depan, samping (tanda tangan dan stempel dari kepala desa atau lurah);
 - c) Fotocopy KK; dan
 - d) Fotocopy KTP.
 6. Bayi Baru Lahir tidak ber NIK; dan
Dapat langsung didaftar dengan menggunakan Nomor KK dapat langsung aktif apabila premi dibayarkan saat itu juga
 7. Bayi Baru Lahir tidak ber NIK.

B. JAMINAN KESEHATAN DAERAH

Adalah penjaminan pembiayaan kesehatan oleh pemerintah Kabupaten yang berlaku bagi penduduk Kabupaten yang tidak mempunyai jaminan pembiayaan asuransi sosial BPJS Kesehatan maupun JAMPERSAL. Pembiayaan bersifat satu episode kunjungan sakit dan utk pelayanan berikutnya diarahkan mendaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan. Prosedur sebagai berikut :

1. Masyarakat Kabupaten yang tidak mempunyai KK dan KTP:
 - a) Segera didaftarkan di DISPENDUK CAPIL untuk Rumah Sakit Pemerintah melalui Tim Rujukan Sosial (TRS), untuk Rumah Sakit Swasta bisa melalui online atau bisa melalui loket pelayanan di Kantor DISPENDUK; dan
 - b) Berlaku hanya di rumah sakit milik pemerintah.
2. Persalinan bukan warga kabupaten tidak dapat dilayani.

C. PASIEN PESERTA ASURANSI KOMERSIAL LAINNYA

Mekanisme pembiayaan rujukan sesuai dengan ketentuan premi yang disepakati antara peserta dengan lembaga asuransi serta mengikuti prosedur pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit yang berlaku.

D. PASIEN TIDAK DENGAN PENJAMINAN (PESERTA UMUM)

Setiap orang yang bukan peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial, dapat mengikuti sistem rujukan. Pembiayaan rujukan bagi pasien yang bukan peserta asuransi kesehatan atau jaminan kesehatan menjadi tanggung jawab pasien dan/atau keluarganya sesuai ketentuan dan prosedur pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit/ faskes rujukan.

BAB VIII

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Rujukan terlambat merupakan salah satu faktor utama tingginya kematian ibu dan neonatal di Kabupaten Lembata. Rujukan terlambat ini meliputi; 1) Terlambat dalam melakukan rujukan dan mendapatkan transportasi rujukan yang dilengkapi dengan fasilitas memadai, 2) Terlambat dalam menjangkau fasilitas kesehatan yang memadai sesuai dengan kompetensi fasilitas kesehatan, baik itu Puskesmas maupun Rumah Sakit, 3) Terlambat mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai di fasilitas kesehatan, yang dapat menyebabkan kematian ibu dan neonatal, khususnya dalam situasi kegawatdaruratan. Untuk itu diperlukan penanganan yang efektif dalam menjawab permasalahan rujukan terlambat tersebut.

Pedoman rujukan ini dapat menjadi Pedoman bagi tenaga kesehatan dan juga masyarakat secara umum dalam menyelenggarakan rujukan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir yang berkualitas dan berbasis kompetensi. Pedoman rujukan ini mengatur juga alur tentang rujukan sesuai dengan diagnosa yang dialami oleh ibu atau bayi baru lahir. Karenanya, jika pedoman rujukan ini dipatuhi maka rujukan akan menjadi efektif dan tepat waktu sehingga dapat menyelamatkan ibu dan bayi baru lahir dari kematian yang seharusnya dapat dihindari. Disamping itu pemetaan dan penetapan level kemampuan Puskesmas dan Rumah Sakit di Kabupaten Lembata juga menjadi penting dalam penyusunan Pedoman rujukan ini. Karena alur rujukan yang jelas dan pasti menjadi faktor utama dalam mempercepat pengambilan keputusan untuk melakukan rujukan yang berbasis kompetensi di Kabupaten Lembata.

B. SARAN DAN REKOMENDASI

Dalam melaksanakan proses rujukan sesuai dengan Pedoman Rujukan Maternal Neonatal ini, ada beberapa hal yang perlu disarankan antara lain sebagai berikut:

1. Kedisiplinan dalam mentaati Standar Prosedur Operasional (SPO) dalam memberikan pelayanan kesehatan.
2. Pemahaman semua petugas di fasilitas kesehatan tingkat pertama tentang alur pelayanan rujukan maternal dan neonatal secara

berjenjang sesuai dengan kondisi geografis dan kriteria diagnosa yang ditegakkan.

3. Para pemegang kebijakan di level Puskesmas dan Rumah Sakit agar mendorong semua petugas untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan klinis demi kualitas pelayanan yang optimal.
4. Mempunyai komitmen bersama dalam upaya meningkatkan akses pelayanan sistem rujukan maternal dan neonatal secara komprehensif.
5. Peran aktif Dinas Kesehatan Kabupaten Lembata selaku fasilitator dan mediator dalam pelaksanaan Pedoman rujukan antar fasilitas pelayanan kesehatan.

Pedoman Rujukan Maternal dan Neonatal diharapkan berfungsi optimal pada semua fasilitas pelayanan kesehatan agar Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi di Kabupaten Lembata dapat diturunkan. Pelaksanaan Pedoman Rujukan ini akan terkoneksi dengan Aplikasi Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) atau sistem lain yang terintegrasi dengan SATUSEHAT agar mempermudah dalam mengelola dan memantau pelaksanaan SISTEM rujukan dari tingkat paling bawah sampai tingkat atas secara nasional.

LAMPIRAN I. LEVEL PELAYANAN RUJUKAN IBU DAN BAYI BARU LAHIR
BERDASARKAN PERTEMUAN PEMBAHASAN HASIL PEMETAAN RUJUKAN
MATERNAL DAN NEONATAL ANTARA DINAS KESEHATAN
DAN FASILITAS KESEHATAN DI KABUPATEN LEMBATA.
DIUSULKAN LEVEL PELAYANAN RUJUKAN MATERNAL DAN NEONATAL
SEBAGAI BERIKUT:

No	Kode RS	Nama Rumah Sakit	Kabupaten	Level	Kelas	Pemilik
1	5303013	RS Umum Daerah S. K. Lerik	KABUPATEN LEMBATA	Level 3	C	Pemkot
2	5371011	RS Umum Prof Dr WZ Johannes	KABUPATEN LEMBATA	Level 4	B	Pemprov
3	5371057	RS Kartini	KABUPATEN LEMBATA	Level 3	D	Perusahaan
4	5371054	RS Mamami	KABUPATEN LEMBATA	Level 3	D	Perorangan
5	5371058	RS Umum Leona Kupang	KABUPATEN LEMBATA	Level 3	C	Organisasi Sosial
6	5371052	RS Santo Carolus Borromeus	KABUPATEN LEMBATA	Level 3	C	Organisasi Katolik
7	5371047	RS Ibu dan Anak Dedari	KABUPATEN LEMBATA	Level 3	C	Organisasi Sosial
8	5371046	RS TNI AL Samuel J. Moeda Kupang	KABUPATEN LEMBATA	Level 3	C	TNI AL
9	5303033	RS Bhayangkara Kupang	KABUPATEN LEMBATA	Level 3	C	POLRI
10	5303022	RS Tk.IV Wirasakti Kupang	KABUPATEN LEMBATA	Level 3	C	TNI AD
11	5303028	RS Siloam Kupang	KABUPATEN LEMBATA	Level 3	B	SWASTA
12	5171016	RSUP Prof. Dr. I. G, N. G. Ngoerah	Denpasar, Bali	Level 5	A	Pemerintah

LAMPIRAN II. DATA PUSKESMAS DI KABUPATEN LEMBATA

NO	NAMA PUSKESMAS	KODE FASKES	STATUS	LEV EL	ALAMAT
1	WAIRIANG	1050439	Puskesmas	1	Desa Umaleu, Kecamatan Buyasuri
2	BEAN	1050714	Puskesmas	1	Desa Bean, Kecamatan Buyasuri
3	AUTAQNAPOQ	1050713	Puskesmas	1	Desa Leubatang, Kecamatan Omesuri
4	HADAKEWA	1050436	Puskesmas	1	Desa Hadakewa, Kecamatan Lebatukan
5	BALAURING	1050438	Puskesmas	1	Desa Balauring, Kecamatan Omesuri
6	LAMAAU	1050435	Puskesmas	1	Desa Lamaau, Kecamatan Ile Ape Timur
7	WAIPUKANG	1050434	Puskesmas	1	Desa Laranwutun, Kecamatan Ile Ape
8	LEWOLEBA	1050437	Puskesmas	1	Kelurahan Lewoleba Tengah, Kecamatan Nubatukan
9	PADA	1050715	Puskesmas	1	Desa Pada, Kecamatan Nubatukan
10	LOANG	1050431	Puskesmas	1	Desa Duawutun, Kecamatan Nagawutun
11	WAIKNUIT	1050433	Puskesmas	1	Desa Tubuk Rajan, Kecamatan Atadadei
12	WULANDONI	1050432	Puskesmas	1	Desa Pantai Harapan, Kecamatan Wulandoni

Page | 94

Procedures		Referral Sender	Receiving Facilities (Hospitals, CHC BEmONC)		
			SISRUTE Operator	Medical Doctors / Obsgin / Ped.	Emergency Room and other related rooms
1	Start - Tools for sending data, monitoring, and responding to referrals (Laptop / Computer / Tablet PC / Smartphone), Standby and connected to the internet 24 hours / 7 days				
2	Facilities SISRUTE Operator always log-in and standby on SISRUTE App (https://sisrute.kemkes.go.id/)				
3	SISRUTE operator enters (or forwards) maternal or neonatal referral data and selects the most competent - available - closest health facility				
4	The referrer SISRUTE operator communicates to the referral destination facility (hospitals) that the data has been entered into the SISRUTE application. The communication system (e.g. WhatsApp Call, fixed / mobile telephone)				
5	The SISRUTE operator on the receiving health facility (hospitals) is aware of the siren and forwards the referral information to the Doctor / Obsgin - pediatrician to ask for feedback/advice to the referrer				
6	The SISRUTE operator of the receiving health facility (hospital) give an initial response and conveyed that he was waiting for the ob-gyn/pediatrician advice.				
7	The SISRUTE operator of the referral-receiving facilities provides additional responses to the referrer through the SISRUTE application containing the accept / reject status, and feedback/advice from the ob-gyn/pediatrician to stabilize patients and follow-up patients treatments				
			Rejected		
			Accepted		
8	The SISRUTE operator of the receiving facility (hospital) coordinates with the emergency room care and other related room staff to ensure readiness to accept referred maternal neonatal patients				
9	The patient arrives at the hospital, and the emergency staff / related room accepts and provides treatment to the patient				
10	The SISRUTE operator at the receiving facilities (hospital) records patient data before discharged				

11	Receiving facilities provide counter-referral notes in SISROUTE (when and where)				
12	Patient discharged form facilities - End		←		

**LAMPIRAN IV. TEMPLATE RESPON ADVIS SISROUTE RUJUKAN MATERNAL
DARI RUMAH SAKIT KE PUSKESMAS PERUJUK**

No	DIAGNOSA	ICD-10 CODE	KETERANGAN	RESPON ADVIS DI SISROUTE
1.1	ATONIA UTERI	O72 O62.4	-	Massage uterus, inf 2 jalur RL 60tpm, RL+oksi 2 amp 60tpm,ergometrin IM,O2 4-5L, KBI/KBE, jika gagal psng kondom kateter,siap donor,obs KU TTV prdrhan, rujuk.
1.2	RETENSIO PLASENTA	O73	Jika ada perdarahan dan ada tanda pelepasan plasenta	Inf RL+oksi 2amp 40tpm, DC, Manual placenta, jika gagal psg O2, amox 1gr IV (skintest),siap donor, obs TTV prdrhan, rujuk.
		O73	Jika tidak ada perdarahan sama sekali dan tidak ada tanda pelepasan plasenta	Inf RL+oksi 2amp 40tpm, DC, O2 4-6lt, amoxcillin/ampicilin 1gr/IV (skintest), siap donor, obs TTV prdrhan, rujuk.
1.3	SOLUSIO PLASENTA	O45.0 / O45.8 / O45.9	-	Infus RL 20tpm abocath 18, O2 6-8L, DC, Jangan lakukan VT, siap donor, obs TTV DJJ perdarahan, rujuk damping bidan.
1.4	PRE EKLAMPSIA/H DK	O13	-	nifedipin 3x10mg, obs TTV tanda PEB/Eklamsi DJJ HIS dan pengeluaran pervaginam, bawa MgSO4, antidotum dan set partus, Rujuk dampingi Bidan.
1.5	PRE EKLAMPSIA BERAT	O14	Stabilisasi (Stabilization)	Infus RL 20tpm abocath 18, DC, Protap MgSO4, nipedipin 10mg, O2 4Lt. Jika RR<16x/m beri antidotum, hentikan MgSO4, rujuk damping bidan.

No	DIAGNOSA	ICD-10 CODE	KETERANGAN	RESPON ADVIS DI SISROUTE
			Selama Perjalanan	Oksigen 2-4Lt, bawa Ca Glukonas 10%, MgSO4 dan set partus, obs TTV DJJ HIS, pengeluaran urin dan pervaginam, rujuk damping bidan.
1.6	EKLAMPSIA	O15	Stabilisasi (Stabilization)	Miring kiri, tounge spatel, O2 6-8L, DC, protap MgSO4. Kejang lagi MgSO4 2gr iv. Kejang ulang Diazepam 10mg iv. Jk R<16x beri antidotum, hentikan MgSO4. Rujuk dampingi Bidan
			Selama Perjalanan (During transporting process)	Pasang O2 6-8 lt. bawa Ca Glukonas, MgSO4, Diazepam, RL, partus set. Obs TTV, DJJ, His dan pengeluaran per vaginam.
1.7	PEB dengan SOLUSIO PLASENTA	O14 O45	Stabilisasi (Stabilization)	O2 6-8 lt, Infus, protap MgSO4. Jika Syok: miring kiri, infus 2line 1L dlm 15-20mnt, DC, lanjut cairan 2-3L dlm 2-3 jm pertama. Rujuk, siap donor, dampingi Bidan
			Selama Perjalanan	Pasang O2 6-8 lt, bawa Ca Glukonas, MgSO4, Diazepam 10mg, RL, partus set. Obs TTV, DJJ, His dan pengeluaran pervaginam.
1.8	PEB dengan EDEMA PARU AKUT	O14 K72.9 N17.9 J81	Stabilisasi (Stabilization)	Pasang O2 6-8lt, posisi stngh duduk, infus RL ab.18 (tetesan minimal), DC, beri MgSO4 4gr IV, Nifedipine 10Mg, Furosemide 40mg IV rujuk dampingi bidan.
			Selama Perjalanan	O2 6-8 lt, OBS dan catat TTV, DJJ, pengeluaran pervaginam. bawa Ca Glukonas, MgSO4, Diazepam dan partus set.
1.9	ABORTUS	O03.9 O03.9 1	Abortus Inkomplit/Insipiens	Infus RL 20tpm abocath 18, O2 2-4 lt, OBS KU, TTV dan perdarahan, siap donor, rujuk

No	DIAGNOSA	ICD-10 CODE	KETERANGAN	RESPON ADVIS DI SISROUTE
				damping bidan
		O20.0	Abortus Sepsis	Infus RL 20tpm abocath 18, O2 4-6Lt, Ampicilin 2gr iv/6 jam dan gentamicin 160mg/24 jam atau Ceftri 2gr IV/24 jam, OBS KU dan TTV, rujuk damping bidan
1.10	ANEMIA BERAT (HB < 7)	O99.0	belum inpartu	Rujuk segera ke Poli Kebidanan, siapkan pendonor, rujuk dampingi bidan
			Inpartu	Infus RL 20tpm abocath 18, siapkan pendonor, rujuk dampingi bidan
1.11	KPD < 18 jam (ATERM)	O42	-	Infus RL 20tpm abocath 18, amoxcilin 1gr/IV(skintest), OBS TTV, HIS, dan DJJ, rujuk dampingi bidan
1.12	KPD < 18 jam (PRETERM)	O42	-	Infus RL 20tpm abocath 18, amoxcilin 1gr/IV(skintest), Dexamethasone 6mg/IV, OBS TTV, HIS dan DJJ, rujuk dampingi bidan
1.13	PREMATURE KONTRAKSI	O42	-	Infus RL 20tpm abocath 18, Dexamethason 6mg/IV, Nifedipine 20mg, OBS, HIS, TTV dan DJJ, Rujuk Dampingi bidan
1.14	KETUBAN MECONIAL	O68.1 / O68.2	-	Infus RL 20tpm abocath 18, pasang O2 4-6 Lt, OBS TTV, HIS dan DJJ, Rujuk Dampingi Bidan
			Jika HIS Kuat (3-4x dalam 10 menit lamanya 40-50detik)	Infus RL 20tpm abocath 18, pasang O2 4-6 Lt, Nifedipine 20mg, OBS TTV, HIS dan DJJ, Rujuk Dampingi Bidan
1.15	PLASENTA PREVIA	O44	Preterm	Infus RL 20tpm abocath 18,O2 2-4Lt, pasang DC, Nifedipine 20mg, dexamethasone 6 mg IM, jangan VT, siap donor, obs djj ttv dan perdarahan,rujuk damping bidan.
			Aterm	Infus RL 20tpm abocath 18,O2 2-4

No	DIAGNOSA	ICD-10 CODE	KETERANGAN	RESPON ADVIS DI SISROUTE
				lt,pasang DC,beri Nifedipine 20mg jika kontraksi kuat, jangan VT, siap donor, obs ttv djj dan perdarahan, rujuk damping bidan.
1.16	INVERSIO UTERI	O71.2	-	Infus RL guyur 2 jalur abocath 18, O2 6-8lt, pasang DC, siap donor, obs KU TTV dan perdarahan, rujuk damping bidan.
1.17	RUPTURE UTERI	O71	-	Infus RL guyur 2 jalur abocath 18, O2 6-8 lt, pasang DC, siap donor, obs KU TTV dan perdarahan, rujuk damping bidan.
1.18	ROBEKAN PERINEUM GRADE 3/4	O70/ O72	-	Infus RL 20tpm abocath 18, O2 4-6lt, cari dan jahit situasi di sumber perdarahan, siap donor, obs KU TTV dan perdarahan, rujuk dampingi bidan
1.19	ROBEKAN PORTIO	O71	-	Infus RL 20tpm abocath 18, O2 4-6lt, cari dan jepitkan klem ovum pd sumber perdarahan, siap donor, obs KU TTV dan perdarahan, rujuk dampingi bidan.
1.20	HYPEREMESIS GRAVIDARUM	O21	-	Infus RL 28 tpm abocath 18, Rujuk dampingi Bidan
1.21	KELAINAN LETAK	O32	Inpartu	Infus RL20 tpm abocath 18, Lampirkan hasil USG SPOG, Obs TTV dan DJJ, rujuk dampingi Bidan
			Belum Inpartu	Rujuk Poli Kebidanan
1.22	GEMELLY	O30	Inpartu	Infus RL 20 tpm abocath 18, Lampirkan hasil USG SPOG, Obs TTV dan DJJ, Rujuk dampingi Bidan
			Belum Inpartu	Rujuk Poli Kebidanan

No	DIAGNOSA	ICD-10 CODE	KETERANGAN	RESPON ADVIS DI SISROUTE
1.23	RIWAYAT SC	O34/O82	Inpartu	Infus RL 20 tpm abocath 18, Lampirkan hasil USG, Obs TTV dan DJJ, Rujuk dampingi Bidan
			Belum Inpartu	Rujuk Poli Kebidanan
1.24	FETAL DISTRESS	O68	-	Infus RL 20 tpm abocath 18, Miring kiri, O2 4-6 Lt, Obs DJJ TTV dan His. beri asupan nutrisi. Rujukdampingi,jika his kuat 3-4x/10mnt/ 40-50dtk beri nifedipine 20 mg/po.
1.25	IUFD	P95	-	Infus RL 20 tpm abocath 18, Lampirkan hasil USG SPOG, Siap donor, Rujuk dampingi Bidan dan keluarga
1.26	CPD Disporporsi Kepala Panggul (DKP) dengan Penyulit	O33.9	Inpartu	Infus RL 20tpm abocath 18, O2 2-4 Lt, Obs TTV DJJ dan His. Rujuk dampingi Bidan
			Belum Inpartu	Rujuk Poli Kebidanan
1.27	PK II LAMA	O63.1	-	Infus RL 20tpm abocath 18, O2 2-4 Lt, Miring kiri, Obs TTV DJJ dan His. Bawa partograf dan partus set. Rujuk dampingi Bidan.
1.28	PK I LAMA	O63.0	-	Infus RL20tpm abocath 18, O2 2-4 Lt, Obs TTV DJJ dan His. Bawa partograf dan partus set. Rujuk dampingi Bidan.
1.29	MAKROSOMIA	O36.6	Inpartu	Infus RL 20tpm abocath 18, O2 2-4 L, Obs TTV, DJJ dan His, Rujuk dampingiBidan
			Belum Inpartu	Segera Rujuk Poli Kebidanan
1.30	PRIMI MUDA < 20 Tahun	Z35.6	-	Observasi TTV, DJJ dan His, Rujuk dampingi Bidan dan

No	DIAGNOSA	ICD-10 CODE	KETERANGAN	RESPON ADVIS DI SISROUTE
				keluarga
1.31	POLI HIDRAMNION	O40	-	Observasi TTV, DJJ dan His, Rujuk dampingi Bidan dan keluarga
1.32	OLIGO HIDRAMNION	O40/ O 41.0	-	Observasi TTV, DJJ dan His, Rujuk dampingi Bidan dan keluarga
1.33	SISA PLASENTA	O73.1	-	Infus 2jalur RL 28tpm abct 18, RL +20 IU okxi 40 tpm,O2 4-6 lt, eksplorasi,Amox 1 gr/iv(skintest), siap donor, obs perdarahan+KU Rujuk dmpng bdn (159 karakter)
1.34	KEHAMILAN EKTOPIK TERGANGGU	O00	-	Infus RL 20tpmabocath 18,O2 2-4 lt, Obs KU TTV dan perdarahan, siap donor, rujuk dampingi bidan.
1.35	MOLA HIDATIDOSA	O01	-	Infus RL 20tpm abocath 18, O2 2-4 lt, Obs KU TTV dan perdarahan, siap donor, rujuk dampingi bidan.
1.36	INVERSIO UTERI	O71.2	-	Infus RL abocath 18 guyur 2 jalur, O2 6-8Lt, DC, siap donor, obs KU TTV dan perdarahan, Rujuk dampingi bidan.

LAMPIRAN V. TEMPLATE RESPON ADVIS SISROUTE RUJUKAN NEONATAL
DARI RUMAH SAKIT KE PUSKESMAS PERUJUK

DIAGNOSA ICD-10 CODE	KETERANGAN	RESPON ADVIS DI SISROUTE
1. Asfiksia ICD-10 : P21.1	Jika down score >4	infus D10%, pertahankan suhu, lakukan VTP, Monitoring KU selama perjalanan, rujuk dampingi bidan
	jika down score < 4	Infus D10%, pertahankan suhu, pasang O2 0,5-1 lt nasal, pantau KU, rujuk dampingi bidan
2. Prematur & BBLR ICD-10 : P07.1 /	GDS <50, suhu k/u stabil, Down score <3	Infus d10%,Pertahankan suhu, lakukan PMK, Monitoring KU, TTV selama perjalanan, rujuk dampingi bidan

DIAGNOSA ICD-10 CODE	KETERANGAN	RESPON ADVIS DI SISRUITE
P07.3	k/u buruk, down score > 4	Infus d10%,Pertahankan suhu,beri bungkus bayi dgn plastik, pakaikan topi,lakukan VTP jgn terlalu keras tekanan 1 jari O2 ½ lt, Monitoring KU TTV selama perjalanan.
3. Infeksi ICD-10 : P36.9 / P22.1 / P39.9 (tanyakan diuresis)	GDS <50 Jika bayi febris jangan berikan Paracetamol	Infus D10%, Ampicilin 50 mg/BB Pertahankan suhu, Pasang OGT, Monitoring KU
	Jika bayi Dehidrasi	infus NACL 0,9 %, Ampicilin 50 mg/BB Pertahankan suhu, Pasang OGT, Monitoring KU
4. Kejang ICD-10 : P90 Pertanyaan tambahan: 1) Kejang berapa kali, berapa menit setiap kejang, bentuk kejang 2) Penyakit penyerta : malas menetek, bayi demam, tertidur, sesak	GDS <50	Infus D10%, Fenobarbital dosis awal, jika masih kejang berikan lagi 10 mg/kg (IM), O2 0,5-1ltr, pertahankan suhu, obs KU,rujuk.
	GDS <50 Distress berat	lakukan VTP, Fenobarbital dosis awal, Infus D10%, jika masih kejang berikan lagi 10 mg/kg (IM), O2 0,5-1ltr, pertahankan suhu, obs KU,rujuk.
5. Ikterik ICD-10 : P59.9 Pertanyaan tambahan : Mulai timbulnya kuning	-	Jika KU baik bayi masih aktif, tidak ada kejang segera rujuk.
6. Dehidrasi ICD-10 : P74 Tanyakan :	Dehidrasi ringan	infuse NACL 0,9 % 50 ml/kgBB, Monitoring KU selama perjalanan
	Dehidrasi sedang	infuse NACL 0,9 % 80 ml/kg BB, Monitoring KU selama perjalanan
	Dehidrasi berat	infuse NACL 0,9 % 100 ml/kg BB, Monitoring KU selama perjalanan

DIAGNOSA ICD-10 CODE	KETERANGAN	RESPON ADVIS DI SISRUTE
a. Muntah berapa kali, seperti apa, warna ? b. BAB berapa kali, konsistensi, c. Mau menyusu, ASI atau susu formula d. BB Lahir , BB saat ini e. Diuresis, terakhir BAK kapan	GDS <50	D10% 2 cc/kg, Monitoring KU selama perjalanan
7. Kelainan Kongenital ICD-10 : Q040-Q759		Jika bayi menangis kuat, gerakan aktif coba berikan ASI, rujuk ke poliklinik

Keterangan:

Infus D10% Dosis : 2cc/kgBB

Pilihan antibiotik : gentamicin 5 mg/kg atau Ampicilin 50 mg/BB

Fenobarbital dosis awal : 10 mg/kg observasi 10-15 menit

Down Score

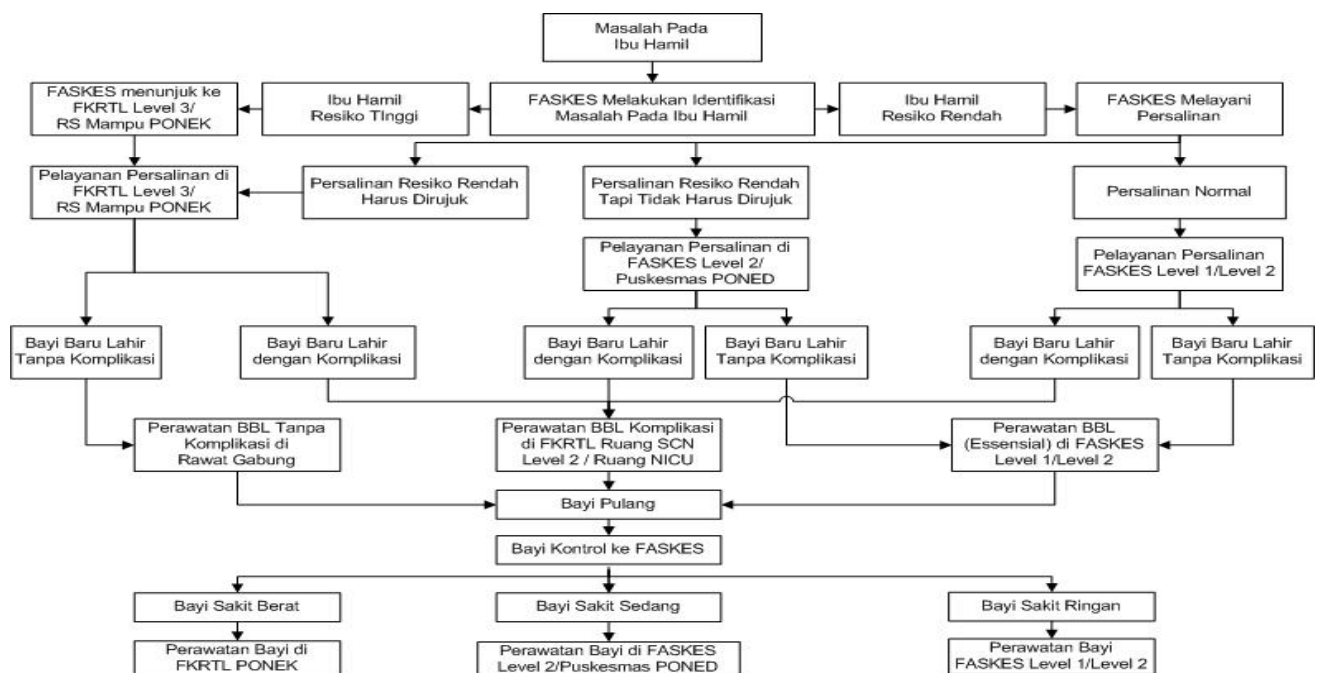
Down Score

Pembeda	0	1	2	Keterangan
Frekuensi nafas	< 60 x/’	60 – 80 x/’	> 80 x/’	Skor < 4 = tidak gawat nafas
Retraksi dada	Tidak ada	Ringan	Berat	
Sianosis	Tidak sianosis	Hilang dengan O2	Menetap walaupun diberi O2	Skor 4 – 7 = gawat nafas
Air entry	Udara masuk bilateral baik	Penurunan ringan udara masuk	Tidak ada udara masuk	
Merintih	Tidak merintih	Terdengar dengan stetoskop	Terdengar tanpa alat bantu	Skor > 7 = ancaman gagal nafas

Apgar Score

SKORE	0	1	2	Nilai
A	Pucat	Bdn merah ekstremitas biru	Seluruh tbh kemeraha-merahan	
P	Tdk ada	Di bawah 100	Diatas 100	
G	Tdk ada	Sedikit gerakan mimik	Menangis, batuk bersin	
A	Lumpuh	Ekstremitas dlm fleksi sedikit	Gerakan aktif	
R	Tdk	Lemah, tdk teratur	Menangis kuat	
			JUMLAH	

Lampiran VI. Alur Rujukan dan rujukan balik Ibu Hamil, Ibu Bersalin, Ibu Nifas dan Bayi Baru Lahir



PENJABAT BUPATI LEMBATA,



PASKALIS OLA TAPO BALI

