

EKSPLORASI FAKTOR PENYEBAB KETERLAMBATAN RUJUKAN MATERNAL: STUDI KUALITATIF BERDASARKAN THREE DELAY MODELS

Dyah Widiyaningsih Suharyono ¹, Dewi Kurniati¹, Siti Syamsiah¹

¹Program Studi Sarjana Kebidanan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Nasional, Jakarta, Indonesia

E-mail: dyahsuharyono@gmail.com

Abstrak

Keterlambatan rujukan maternal masih menjadi salah satu faktor yang berkontribusi terhadap tingginya angka kematian ibu. *Three Delay Models* menjelaskan bahwa keterlambatan dapat terjadi pada tahap pengambilan keputusan untuk mencari pertolongan, mencapai fasilitas kesehatan, dan memperoleh pelayanan kesehatan yang adekuat. Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi faktor-faktor penyebab keterlambatan rujukan maternal berdasarkan *Three Delay Models* di RSUD Pameungpeuk Garut. Penelitian menggunakan metode kualitatif dengan *exploratory research design*. Sepuluh partisipan dipilih secara *purposive*, terdiri atas pasien/keluarga, bidan perujuk, bidan penerima rujukan, dan dokter. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dan dianalisis berdasarkan tiga komponen *Three Delay Models*. Penelitian menghasilkan temuan bahwa keterlambatan terutama terjadi pada *delay 1* dan *delay 2*. Pada *delay 1*, faktor yang ditemukan meliputi rendahnya pengetahuan keluarga tentang tanda bahaya kehamilan dan persalinan, kepercayaan terhadap paraji dan praktik persalinan tradisional, dominasi keluarga dalam pengambilan keputusan, rendahnya pendidikan dan literasi kesehatan, serta kendala ekonomi. Pada *delay 2*, hambatan meliputi jarak tempuh yang jauh, kondisi geografis dan infrastruktur jalan yang kurang memadai, keterbatasan transportasi, serta kesiapan keluarga sebelum keberangkatan. *Delay 3* bukan merupakan penyebab utama karena didukung kesiapsiagaan tim PONEK, sistem triase responsif, dan komunikasi pra-rujukan melalui SISROUTE maupun *WhatsApp*. Keterlambatan rujukan maternal terutama berkaitan dengan keterlambatan pengambilan keputusan dan hambatan akses menuju fasilitas kesehatan. Penguatan edukasi keluarga dan kesiapan transportasi diperlukan untuk mempercepat proses rujukan maternal.

Kata kunci: keterlambatan rujukan maternal; *Three Delay Models*; rujukan maternal; penelitian kualitatif.

Abstract

Delays in maternal referral remain a contributing factor to the high maternal mortality rate. The Three Delay Models explain that delays can occur during the decision-making stages of seeking care, reaching a health facility, and obtaining adequate health care. This study aims to explore the factors causing delays in maternal referral based on the Three Delay Models at Pameungpeuk Regional Hospital, Garut. The study used a qualitative method with an exploratory research design. Ten participants were purposively selected: patients/families, referring midwives, receiving midwives, and physicians. Data were collected through in-depth interviews and analyzed based on the three components of the Three Delay Models. The

study found that delays primarily occurred in delay 1 and delay 2. In delay 1, factors identified included low family knowledge of danger signs in pregnancy and childbirth, reliance on traditional birthing practices, family dominance in decision-making, low education and health literacy, and economic constraints. In delay 2, obstacles included long distances, inadequate geographic conditions and road infrastructure, limited transportation, and family preparedness prior to departure. Delay 3 was not the primary cause due to the preparedness of the PONEK team, a responsive triage system, and pre-referral communication via SISROUTE and WhatsApp. Delays in maternal referrals were primarily related to delays in decision-making and barriers to accessing health facilities. Strengthening family education and transportation readiness are needed to expedite the maternal referral process.

Keywords: delayed maternal referrals; Three Delay Models; maternal referrals; qualitative research

LATAR BELAKANG

Kematian ibu masih menjadi perhatian global hingga saat ini. Menurut WHO (*World Health Organization*) dan UN MMEIG (*United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group*), pada tahun 2023 sekitar 260.000 perempuan meninggal akibat komplikasi kehamilan dan persalinan, dengan penyebab langsung utama yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan, dan infeksi. Selain penyebab medis, tingginya angka kematian ibu juga dipengaruhi oleh faktor tidak langsung berupa tiga keterlambatan (*three delays*), meliputi terlambat mengambil keputusan, terlambat tiba di fasilitas kesehatan, serta terlambat mendapatkan pertolongan medis atau pelayanan obstetri yang adekuat (World Health Organization, 2025a). Studi menunjukkan bahwa kelemahan sistem rujukan dan keterlambatan penanganan di fasilitas kesehatan berkontribusi signifikan terhadap kematian ibu, khususnya di negara berkembang termasuk Indonesia (Kurniadi et al., 2023; Laksana et al., 2024).

Data terbaru menunjukkan bahwa angka kematian ibu (AKI) di Indonesia masih menjadi permasalahan kesehatan yang serius. Berdasarkan estimasi internasional dari WHO, UNICEF, dan World Bank, AKI di Indonesia pada tahun 2023 mencapai sekitar 140 per 100.000 kelahiran hidup. Sementara itu, berdasarkan hasil SUPAS (Survei Penduduk Antar Sensus) 2025, AKI tercatat sekitar 144 per 100.000 kelahiran hidup secara nasional. Hal ini menunjukkan bahwa angka kematian ibu masih relatif tinggi dan belum memenuhi target Sustainable Development Goals (SDGs), yaitu kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (Kementerian Kesehatan RI, 2025).

Indonesia masih termasuk negara dengan AKI tertinggi di kawasan Asia Tenggara dan belum mencapai target penurunan sesuai standar global. Penyebab utama kematian ibu meliputi perdarahan, hipertensi dalam kehamilan, infeksi, serta komplikasi lainnya yang sebenarnya dapat

dicegah apabila ditangani secara cepat dan tepat (Laksana et al., 2024).

Data tiga tahun terakhir menunjukkan bahwa angka kematian ibu di Kabupaten Garut masih berada di atas target yang diharapkan. Pada tahun 2022 tercatat sebanyak 57 ibu meninggal, kemudian mengalami peningkatan pada tahun 2023 menjadi 60 kematian ibu, sebelum akhirnya menunjukkan penurunan pada tahun 2024 dengan 50 kasus kematian ibu. Meskipun terdapat tren penurunan pada tahun 2024, jumlah tersebut masih tergolong tinggi dan mencerminkan adanya permasalahan berkelanjutan dalam pelayanan kesehatan maternal, khususnya terkait deteksi dini, pengambilan keputusan rujukan, serta efektifitas sistem rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama ke fasilitas rujukan lanjutan (Garut Satu Data, 2024).

Selain faktor medis, tingginya AKI juga dipengaruhi oleh faktor non-medis, salah satunya adalah keterlambatan dalam penanganan kasus maternal. Keterlambatan tersebut dapat dianalisis menggunakan kerangka *Three Delays Model*. Berdasarkan hasil penelitian Gondim et.al tahun 2022, keterlambatan dalam pelayanan obstetri memiliki hubungan langsung dengan hasil maternal yang tidak menguntungkan, termasuk kematian ibu. Keterlambatan ini dapat terjadi akibat berbagai faktor, seperti rendahnya pengetahuan, keterbatasan akses terhadap fasilitas kesehatan, kondisi ekonomi, serta hambatan geografis dan transportasi yang mempersulit ibu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan secara tepat waktu. Selain itu, faktor sosial budaya, seperti kepercayaan dan keterbatasan peran perempuan dalam pengambilan keputusan, juga dapat menyebabkan keterlambatan dalam mencari pertolongan medis (Gondim et al., 2022).

Sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan rujukan, RSUD Pameungpeuk memiliki peran penting dalam menangani kasus rujukan maternal, khususnya pada ibu hamil risiko tinggi. Namun demikian, masih terdapat berbagai hambatan dalam proses rujukan yang berpotensi menyebabkan keterlambatan dalam penanganan seperti masih terdapat kasus maternal yang mencapai RSUD Pameungpeuk dalam kondisi kritis. Permasalahan tersebut mencerminkan masih adanya fenomena *three delays* (tiga keterlambatan), yaitu terlambat dalam pengambilan keputusan untuk mencari pertolongan, terlambat dalam mencapai fasilitas pelayanan kesehatan, serta terlambat dalam memperoleh pelayanan dan penanganan yang adekuat di fasilitas kesehatan. Ketiga keterlambatan tersebut dapat meningkatkan risiko terjadinya komplikasi maternal hingga kematian ibu apabila tidak ditangani secara cepat dan tepat. Kondisi ini menunjukkan bahwa sistem rujukan maternal belum berjalan secara optimal, baik dari aspek kesiapan keluarga dalam

mengambil keputusan, aksesibilitas menuju fasilitas kesehatan, maupun kualitas pelayanan di fasilitas kesehatan. Oleh karena itu, diperlukan kajian mendalam untuk mengeksplorasi tiga keterlambatan, terlambat dalam pengambilan keputusan, akses, dan pelayanan dalam proses rujukan maternal.

Berdasarkan paparan latar belakang di atas peneliti tertarik melakukan penelitian Eksplorasi Faktor Penyebab Keterlambatan Rujukan Maternal: Studi Kualitatif Berdasarkan *Three Delay Models* di RSUD Pameungpeuk Garut.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan desain fenomenologi untuk memahami Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan desain *exploratory research* untuk mengeksplorasi faktor penyebab keterlambatan rujukan maternal berdasarkan *Three Delay Models*. Penelitian dilaksanakan di RSUD Pameungpeuk Garut pada Juni 2026. Partisipan dipilih menggunakan *purposive sampling* berdasarkan pengalaman dan keterlibatan langsung dalam proses rujukan maternal, berjumlah 10 orang, terdiri atas empat keluarga/pasien rujukan maternal, dua bidan perujuk, dua bidan penerima rujukan, dan dua dokter. Kriteria inklusi meliputi kesediaan mengikuti penelitian dan menandatangani *informed consent*, memiliki pengalaman langsung dalam proses rujukan maternal, serta mampu berkomunikasi dengan baik. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam menggunakan pedoman semi-terstruktur yang mengeksplorasi tiga bentuk keterlambatan, yaitu keterlambatan dalam pengambilan keputusan untuk mencari pertolongan (*Delay 1*), keterlambatan mencapai fasilitas kesehatan (*Delay 2*), dan keterlambatan memperoleh pelayanan kesehatan yang adekuat (*Delay 3*). Data pendukung diperoleh melalui observasi, dokumentasi, dan *field notes*. Wawancara direkam dengan persetujuan partisipan dan ditranskripsikan secara verbatim, sedangkan wawancara berbahasa Sunda diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia dengan bantuan ahli bahasa Sunda dengan tetap mempertahankan makna dan konteks pernyataan. Analisis data dilakukan menggunakan model interaktif Miles, Huberman, dan Saldaña melalui tahapan pengumpulan dan transkripsi data, *coding*, pengelompokan kategori, kondensasi data, penyajian data, serta penarikan dan verifikasi kesimpulan. Analisis tematik dilakukan berdasarkan *Three Delay Models* untuk mengidentifikasi pola dan faktor penyebab keterlambatan pada setiap tahapan proses rujukan maternal. Keabsahan data dijaga melalui triangulasi sumber, metode, dan waktu, *member check*, serta diskusi dengan

pembimbing atau rekan sejawat. Transferabilitas didukung melalui penyajian konteks penelitian secara rinci, sedangkan dependabilitas dan konfirmabilitas dijaga melalui dokumentasi proses penelitian, catatan lapangan, memo analitik, dan *audit trail*. Penelitian menerapkan prinsip etika berupa *informed consent*, keadilan, kerahasiaan, kejujuran, dan tidak merugikan. Identitas partisipan disamarkan menggunakan kode dan seluruh data penelitian disimpan secara aman.

HASIL DAN PEMBAHASAN

HASIL PENELITIAN

1. Karakteristik Partisipan

Tabel 1.1 Karakteristik Partisipan

No	Kode Partisipan	Peran	Keterangan
1	KP1	Keluarga/Pasien Rujukan Maternal	Partisipan keluarga pasien rujukan
2	KP2	Keluarga Pasien Rujukan Maternal	Pendamping pasien rujukan
3	KP3	Keluarga Pasien Rujukan Maternal	Pendamping pasien rujukan
4	BPK1	Bidan Perujuk (Puskesmas Cisewu)	Tenaga kesehatan perujuk
5	BPK2	Bidan Perujuk (Puskesmas Bungbulang)	Tenaga kesehatan perujuk
6	BPK3	Bidan Perujuk (Puskesmas)	Tenaga kesehatan perujuk
7	BRS1	Bidan Penerima Rujukan (RSUD Pameungpeuk)	Tenaga kesehatan penerima rujukan
8	BRS2	Bidan Penerima Rujukan (RSUD Pameungpeuk)	Tenaga kesehatan penerima rujukan
9	BRS3	Bidan Penerima Rujukan (RSUD Pameungpeuk)	Tenaga kesehatan penerima rujukan
10	DRS1	Dokter Penerima Rujukan (RSUD Pameungpeuk)	Dokter spesialis/penanggung jawab pelayanan rujukan maternal

2. Hasil Analisis Data

- a. Aspek Terlambat Mengambil Keputusan (Delay 1).

Tabel 1.2. Kutipan Wawancara Partisipan tentang Kurangnya Pengetahuan Keluarga mengenai Tanda Bahaya Kehamilan dan Persalinan

Kode	Pertanyaan/Fokus	Kutipan Asli (Verbatim)
KP1	Alasan keterlambatan rujukan	“Kamari teh kirang mules teras da teu terang eta mules bade lahiran...” (Tidak mengetahui bahwa mules merupakan tanda akan melahirkan.)
KP3	Pemahaman bahaya hipertensi	“Teu terang kapayunna bakal kumaha pami tensi tinggi...” (Tidak mengetahui bahaya tekanan darah tinggi.)
BPK1	Pemahaman keluarga tentang rujukan	“Aya nu teu ngartos kunaon pasien kedah dirujuk jadi kaputusanana sok telat.”
BRS2	Pengaruh pengetahuan keluarga	“Pihak keluarga masih berunding... memanjangkan waktu tunggu.”
DRS1	Faktor keluarga	“Pengetahuan dan tingkat pendidikan keluarga berpengaruh terhadap kecepatan mereka memahami kondisi pasien.”

Hasil wawancara menunjukkan bahwa keterbatasan pengetahuan keluarga mengenai tanda bahaya kehamilan dan persalinan menyebabkan keluarga membutuhkan waktu lebih lama untuk memahami kondisi pasien dan menerima keputusan rujukan. Temuan ini konsisten disampaikan oleh keluarga pasien, bidan, dan dokter.

Tabel 1.3. Kutipan Wawancara Partisipan tentang Kepercayaan terhadap Paraji dan Praktik Persalinan Tradisional

Kode	Pertanyaan/Fokus	Kutipan Asli (Verbatim)
KP1	Alasan memilih paraji	“Ku paraji, nya emang kitu biasana. Paraji hela nu dipanggil.” (Paraji terlebih dahulu dipanggil karena sudah menjadi kebiasaan.)
KP1	Kenyamanan menggunakan paraji	“Muhun, nyaman tiasa diurut... emang biasana sapertos kitu.”
KP3	Kepercayaan terhadap bidan	“Kurang percaya bidan na muda keneh jadi biasana persalinan dibantu ku paraji.”
BPK1	Pengaruh keluarga/orang tua	“Masih ada pengaruh orang tua atau nenek pasien yang lebih mempercayai paraji.”
BPK3	Pengaruh budaya	“Sebagian masyarakat masih mempercayai paraji atau tokoh agama.”
BRS1	Praktik persalinan tradisional	“Beberapa masyarakat masih mempercayai paraji.”
BRS3	Kondisi pasien saat dirujuk	“Hampir semua sudah dalam keadaan stabil, pasien melahirkan terlebih dahulu dengan bantuan paraji sebelum

Kode	Pertanyaan/Fokus	Kutipan Asli (Verbatim)
DRS1	Pengobatan nonmedis	dirujuk.” “Keluarga lebih dahulu mencari pengobatan nonmedis, seperti mendatangi tokoh agama.”

Kepercayaan terhadap paraji masih menjadi bagian dari kebiasaan masyarakat dan dapat memengaruhi waktu pencarian pertolongan profesional. Beberapa keluarga memilih memanggil paraji terlebih dahulu sebelum bidan, sedangkan informan tenaga kesehatan menyatakan bahwa pengaruh orang tua, tokoh masyarakat, dan praktik nonmedis masih ditemukan.

Tabel 1.4. Kutipan Wawancara Partisipan tentang Dominasi Keluarga dalam Pengambilan Keputusan Rujukan

Kode	Pertanyaan/Fokus	Kutipan Asli (Verbatim)
KP1	Pengambil keputusan	“Cararoge eta mah nu ngambil keputusanna.” (Suami yang mengambil keputusan.)
KP2	Kesepakatan keluarga	“Sadaya atos sepakat... bidan nu mengusulkeun.”
KP3	Proses pengambilan keputusan	“Badanten heula... suami, suami.” (Bermusyawarah terlebih dahulu, kemudian suami memutuskan.)
BRS1	Pengaruh keluarga besar	“Mertua atau anggota keluarga lainnya juga ikut menentukan sehingga dapat menghambat.”
BRS2	Persetujuan keluarga	“Pihak keluarga can setuju mangkat dirujuk. Keluarga masih berunding heula.”
BRS3	Menunggu suami	“Pasien terkadang ingin menunggu suaminya datang terlebih dahulu.”
BPK2	Menunggu anggota keluarga	“Ngantosan keluarga nu sanes... atanapi ngantos caroge uih.”
DRS1	Pengambilan keputusan	“Pasti kan masalah decision making ti keluarga.”

Pengambilan keputusan rujukan umumnya melibatkan suami dan anggota keluarga lainnya. Proses musyawarah, menunggu persetujuan keluarga, atau menunggu suami yang berada di luar daerah dapat memperpanjang waktu sebelum pasien diberangkatkan.

Tabel 1.5. Kutipan Wawancara Partisipan tentang Faktor Pendidikan dan Literasi Kesehatan

Kode	Pertanyaan/Fokus	Kutipan Asli (Verbatim)
BPK1	Pengetahuan keluarga	“Aya nu teu ngartos kunaon si pasien teh dirujukna.”
BPK1	Pendidikan masyarakat	“Ibu hamilna mah biasana SMP sareng SMA.”
BPK2	Pengaruh pendidikan	“Iya mempengaruhi... pasien masih kurang memahami kondisi kesehatannya.”

Kode	Pertanyaan/Fokus	Kutipan Asli (Verbatim)
BPK3	Pemahaman informasi	“Tingkat pendidikan pasien sareng keluarga oge mempengaruhi.”
BPK3	Kebutuhan penjelasan	“Kadang pasien oge ngaliwatan kader heula anyar ngartos.”
BRS2	Tingkat pendidikan	“Menengah ke bawah... anu SD oge masih seueur.”
BRS3	Kebutuhan informasi	“Ngaruh pisan... kudu berkali-kali, kudu detail pisan.”
DRS1	Pengaruh pendidikan	“Pengetahuan sareng tingkat pendidikan keluarga berpengaruh terhadap kecepatan mereka memahami kondisi pasien.”

Rendahnya tingkat pendidikan dan literasi kesehatan berkontribusi terhadap lambatnya pemahaman keluarga mengenai kondisi pasien dan urgensi rujukan. Beberapa informan menyebutkan bahwa informasi perlu diberikan secara berulang dan rinci, bahkan dengan melibatkan kader kesehatan.

Tabel 1.6. Kutipan Wawancara Partisipan tentang Faktor Ekonomi dan Kepemilikan Jaminan Kesehatan

Kode	Pertanyaan/Fokus	Kutipan Asli (Verbatim)
KP2	Pertimbangan biaya	“Alhamdulillah aya BPJS jadi teu berat teuing.”
KP3	Status BPJS	“Gaduh... teu kaanggo BPJS da teu aktif.”
BPK1	Hambatan biaya	“Biasana kusabab biaya teh.”
BPK1	Penolakan rujukan	“Aya nu nolak. Kusabab masalah biaya.”
BPK2	Kekhawatiran biaya	“Ada, tetapi jumlahnya sedikit... biaya selama mendampingi pasien.”
BPK3	Faktor ekonomi/administrasi	“Keluarga biasanya nolak... kusabab ekonomi, aktivasi BPJS sareng persyaratan administrasi.”
BRS1	Pengetahuan jaminan	“Aya pasien-pasien anu teu terang gaduh jaminan kasehatan.”
BRS3	Biaya pendamping	“Kadang karena enggak punya uang... buat pasien jeung keluarga penunggu.”
DRS1	Faktor ekonomi	“Faktor ekonomi dapat memengaruhi keterlambatan pengambilan keputusan.”

Faktor ekonomi masih menjadi pertimbangan sebagian keluarga dalam menerima rujukan, terutama terkait biaya pendampingan dan status kepesertaan BPJS. Meskipun demikian, keberadaan jaminan kesehatan pada sebagian besar pasien membantu mengurangi hambatan biaya pengobatan.

b. Aspek Terlambat Tiba di Fasilitas Kesehatan (Delay 2)

Hasil wawancara menunjukkan bahwa Delay 2 terutama berkaitan dengan jarak tempuh yang

jauh, kondisi geografis dan infrastruktur jalan, keterbatasan transportasi, kesiapan keluarga, serta hambatan komunikasi dan koordinasi selama proses rujukan.

Tabel 1.7. Kutipan Wawancara Partisipan tentang Jarak Tempuh Menuju Rumah Sakit

Kode	Pertanyaan/Fokus	Kutipan Asli (Verbatim)
KP1	Lama perjalanan	“Berangkat setelah Isya dan tiba sekitar jam 10.” (± 3 jam.)
KP2	Lama perjalanan	“Setengah 7 to siap berangkat dugi tabuh 9.” ($\pm 2,5$ jam.)
KP3	Lama perjalanan	“Sajam tabuh 8 angkat dugi dieu tabuh 3-an.” (± 7 jam.)
BPK1	Kesulitan perjalanan	“Paling kesulitan mah dina perjalanan... tempuh jarakna jauh.”
BPK1	Waktu tempuh	“Kurang leuwih 2 jam.”
BPK2	Waktu tempuh	“Ka Garut kurang leuwih 2 jam... ka RSUD Pameungpeuk 45 menit atanapi sajam.”
BRS1	Kedatangan pasien	“Pasien biasanya baru tiba sekitar 2 sampai 3 jam setelah diterima.”
BRS2	Variasi waktu tempuh	“Lama perjalanan pasien berbeda-beda, mulai dari satu hingga tiga jam.”
BRS3	Jarak dan waktu	“Nu ti jauh, nu kedahna satengah jam tiasa janten sajam satengah.”
DRS1	Transportasi dan akses	“Transportasi dan kondisi jalan menjadi kendala besar yang memengaruhi waktu pasien mencapai rumah sakit.”

Jarak geografis menjadi salah satu hambatan utama dalam pencapaian fasilitas rujukan. Waktu tempuh bervariasi antara satu hingga beberapa jam dan dapat menjadi lebih lama pada wilayah terpencil.

Tabel 1.8. Kutipan Wawancara Partisipan tentang Kondisi Geografis dan Infrastruktur Jalan

Kode	Pertanyaan/Fokus	Kutipan Asli (Verbatim)
KP1	Kondisi jalan	“Jalannya rusak, berlubang, berbatu, kadang becek.”
KP3	Akses jalan	“Jalan kampung yang sempit... masih berupa jalan koral.”
KP3	Kondisi jalan	“Awon jalan na, diaspal tapi tos lalegok deui.”
BPK1	Infrastruktur	“Jalan berbatu, rusak, seueur tanjakan sareng turunan.”
BPK2	Kondisi jalan	“Lelegok, batu aya, sareng taneuh.”
BPK2	Musim hujan	“Upami musim hujan mah bakal leueur.”
BPK3	Akses jalan	“Sababaraha ruas masih rusak.”
BRS1	Dampak jalan	“Jalan yang rusak dapat memperpanjang waktu perjalanan dari satu jam menjadi satu setengah hingga dua jam.”
BRS2	Daerah terpencil	“Masih seueur daerah anu ngan tiasa diliwatan ku leumpang... sasak rusak, sareng jalan berbatu.”
BRS3	Pengaruh jalan	“Ngaruh... aya oge ti daerah anu jauh sareng jalanna goreng.”

Kode	Pertanyaan/Fokus	Kutipan Asli (Verbatim)
DRS1	Koordinasi lintas sektor	“Masalah transportasi sama jalan itu kan di luar dinas kesehatan. Jadi tetep kudu koordinasi antar dinas.”
Kondisi jalan yang rusak, sempit, berbatu, berkelok, serta memiliki tanjakan dan turunan memperpanjang waktu tempuh. Hambatan tersebut semakin berat pada wilayah terpencil dan saat musim hujan.		

Tabel 1.9. Kutipan Wawancara Partisipan tentang Keterbatasan Sarana Transportasi di Daerah Terpencil

Kode	Pertanyaan/Fokus	Kutipan Asli (Verbatim)
KP3	Transportasi	“Ti puskesmas ngaggo ambulan puskes, nganggo mobil tatanggi. Teu acan aya ambulan desa.”
KP3	Ambulans desa	“Teu gaduh, teu gaduh teu acan.”
BRS1	Ketersediaan ambulans	“Hiji puskesmas aya nu keterbatasan ambulansna.”
BRS1	Keterlambatan ambulans	“Pasien tidak langsung diberangkatkan karena harus menunggu ambulans yang sedang digunakan.”
BRS2	Kebutuhan ambulans	“Idealnya tersedia lebih dari satu ambulans.”
BRS3	Hambatan ambulans	“Ambulans sedang digunakan... atau sopir ambulans belum datang.”
BPK2	Ketersediaan ambulans	“Upami nuju teu rame masih cekap... lamun ambulans kaluar, ngamangpaatkeun ambulans desa.”
BPK3	Ketersediaan ambulans	“Aya dua ambulans sareng salami ieu teu kantos janten kendala.”
DRS1	Transportasi dan jalan	“Meskipun ambulans tersedia, jika akses jalan sulit maka proses rujukan tetap membutuhkan waktu yang lama.”

Keterbatasan transportasi terutama ditemukan di daerah terpencil. Beberapa desa belum memiliki ambulans sehingga pasien menggunakan kendaraan pribadi atau kendaraan tetangga. Keterlambatan juga dapat terjadi ketika ambulans atau pengemudi tidak tersedia.

Tabel 1.10. Kutipan Wawancara Partisipan tentang Kesiapan Keluarga Sebelum Keberangkatan

Kode	Pertanyaan/Fokus	Kutipan Asli (Verbatim)
KP1	Persiapan keluarga	“Teu lami janten tos sapakat.”
BPK1	Menunggu keluarga	“Keterlambatan lebih sering terjadi karena menunggu keluarga pasien.”
BPK2	Hambatan keluarga	“Ngantosan anggota keluarga lain atanapi ngantos suami.”

Kode	Pertanyaan/Fokus	Kutipan Asli (Verbatim)
BPK2	Waktu persiapan	“Ngantosan satengah jam deui... keluarga siap-siap heula.”
BPK2	Upaya mengurangi keterlambatan	“Siapkeun mana anu bade dicandak saha nu bade ngiringna.”
BRS2	Penyebab keterlambatan	“Ada pasien yang terlambat karena menunggu ambulans atau keputusan keluarga.”
BRS3	Persiapan keluarga	“Keluarga harus melakukan persiapan terlebih dahulu.”
BRS3	Menunggu suami	“Pasien kadang ingin menunggu suaminya datang terlebih dahulu.”

Kesiapan keluarga setelah keputusan rujukan juga dapat menambah waktu keberangkatan. Hambatan terutama berupa persiapan barang, penentuan pendamping, serta menunggu suami atau anggota keluarga lain.

Tabel 1.11. Kutipan Wawancara Partisipan tentang Hambatan Koordinasi dan Komunikasi Rujukan

Kode	Pertanyaan/Fokus	Kutipan Asli (Verbatim)
BRS1	Hambatan komunikasi	“Kendala sinyal... kadang kurang bagus.”
BRS1	Dampak sinyal	“Agak miskom... terlambat sekitar 5 atau 10 menit.”
BRS2	Internet/WhatsApp	“Sinyal internet yang kurang baik sehingga komunikasi melalui WhatsApp kadang terhambat.”
BRS2	Koordinasi	“Miss understanding... akhirnya timbullah kesalahpahaman.”
BRS3	Komunikasi	“Gangguan sinyal internet atau Wi-Fi sehingga proses konsultasi melalui WhatsApp terkadang sedikit terlambat.”
BPK1	Gangguan komunikasi	“Kendala hanya terjadi saat listrik padam.”
BPK3	Persetujuan rumah sakit	“Proses persetujuan (ACC) dari rumah sakit memerlukan waktu cukup lama.”
BPK3	Respons konsultasi	“Kadang respons dari rumah sakit cukup lama, terutama bila dokter sedang melakukan tindakan.”

Hambatan koordinasi terutama berkaitan dengan kualitas sinyal internet, gangguan listrik, respons konsultasi yang tidak selalu cepat, serta potensi miskomunikasi antara fasilitas kesehatan pengirim dan penerima.

c. Aspek Terlambat Mendapat Pertolongan Medis (Delay 3)

Berbeda dengan Delay 1 dan Delay 2, hasil wawancara menunjukkan bahwa Delay 3 tidak

ditemukan sebagai penyebab utama keterlambatan. Setelah pasien tiba di rumah sakit, pasien umumnya segera diterima, diperiksa, dan mendapatkan penanganan sesuai kondisi klinis. Koordinasi pra-rujukan dan penggunaan BPJS turut mendukung kelancaran pelayanan.

Tabel 1.12. Kutipan Wawancara Partisipan tentang Kesiapsiagaan Tim PONEK dalam Menerima Pasien Rujukan

Kode	Pertanyaan/Fokus	Kutipan Asli (Verbatim)
KP1	Pelayanan saat tiba	“Langsung aya bidan sareng atos tos araya.”
KP2	Penanganan	“Alhamdulillah araya, langsung di tindak di sesar.”
KP3	Penanganan	“Tos dugi rumah sakit langsung aya nu nanganan.”
KP3	Keterlambatan	“Teu aya leres eta teh.”
BRS1	Waktu penanganan	“Kurang dari 5 menit itu pasti kita langsung tangani.”
BRS2	Kesiapan tenaga kesehatan	“Dokter jaga, bidan... sudah mempersiapkan alat maupun kebutuhan pasien.”
BRS2	Keterlambatan pelayanan	“Tidak... tenaga kesehatan berupaya menangani pasien kegawatdaruratan secepat mungkin.”
BRS3	Penanganan awal	“Pasien datang langsung dipariksa, langsung pemeriksaan awal, tindakan awal.”
BRS3	Kesiapan tim	“Pasien datang sudah dikonsul dulu samemehna, jadi urang tos siap.”
BPK1	Penerimaan pasien	“Pasien langsung diterima karena sebelumnya telah dilakukan koordinasi.”
BPK2	Kesiapan rumah sakit	“Petugas rumah sakit sudah siap menerima pasien.”
BPK3	Pelayanan	“Biasana petugas tos siap narima sabab saacanna tos aya konfirmasi.”
DRS1	Pelayanan PONEK	“Penanganan di PONEK relatif cepat.”

Hasil wawancara menunjukkan bahwa kesiapan tim PONEK dan koordinasi sebelum kedatangan pasien memungkinkan pasien segera mendapatkan pemeriksaan dan tindakan. Dengan demikian, keterlambatan setelah pasien mencapai rumah sakit tidak menjadi masalah utama dalam penelitian ini.

Tabel 1.13. Kutipan Wawancara Partisipan tentang Efektivitas Koordinasi Pra-Rujukan dengan Rumah Sakit

Kode	Pertanyaan/Fokus	Kutipan Asli (Verbatim)
KP2	Proses rujukan	“Ngantosan ti rumah sakit, teras we langsung dicandak... teu lami.”
KP3	Konsultasi pra-rujukan	“Muhun tos dikonsulkeun.”
BPK1	Komunikasi	“Komunikasi sehari-hari nganggo WhatsApp sareng berjalan cukup baik.”

Kode	Pertanyaan/Fokus	Kutipan Asli (Verbatim)
BPK2	Sistem konsultasi	“Ka Garut lewat SISROUTE sareng lewat grup WA konsulan.”
BPK2	Respons rumah sakit	“Respons biasana cepat.”
BPK3	Konsultasi	“Konsultasi dilakukan melalui telepon... teras data pasien dikirim ka grup konsultasi terpadu.”
BRS1	Koordinasi	“Koordinasi alhamdulillah lancar melalui SISROUTE dan WhatsApp.”
BRS2	Informasi rujukan	“Puskesmas mengirimkan kondisi pasien melalui grup WhatsApp menggunakan format SOAP.”
BRS2	Kesiapan pelayanan	“Rumah sakit harus memastikan kesiapan pelayanan, termasuk ketersediaan darah, SDM, dan fasilitas.”
BRS3	Koordinasi	“Koordinasi berjalan lancar melalui grup WhatsApp maupun komunikasi telepon.”

Koordinasi pra-rujukan melalui SISROUTE, WhatsApp, dan telepon berjalan relatif baik dan berperan dalam memastikan kesiapan rumah sakit sebelum pasien tiba. Sistem tersebut mendukung penerimaan pasien secara lebih cepat dan terkoordinasi.

Tabel 1.14. Kutipan Wawancara Partisipan tentang Keterbatasan Ketersediaan Darah

Kode	Pertanyaan/Fokus	Kutipan Asli (Verbatim)
BRS1	Ketersediaan darah	“Masih terkendala di stok darah... belum punya UTDRS.”
BRS1	Dampak kekurangan darah	“Keluarga harus mencari ke Garut, ke PMI Garut.”
BRS2	Sarana darah	“Rumah sakit belum memiliki UTDRS sehingga harus memastikan ketersediaan darah.”
BRS2	Jika stok tidak tersedia	“Keluarga harus menyediakan donor pengganti.”
BRS3	Keterbatasan darah	“Paling kita kekurangan di bank darah.”
DRS1	Kebutuhan pelayanan	“Kalau kebutuhan secara klinis ya pasti darah.”
BPK1	Donor pengganti	“Keluarga diminta membawa donor pengganti.”
BPK2	Alternatif rujukan	“Pasien biasanya dirujuk ke rumah sakit lain yang memiliki persediaan darah.”

Ketersediaan darah masih menjadi salah satu keterbatasan sarana di rumah sakit rujukan. Rumah sakit belum memiliki UTDRS sehingga pada kondisi tertentu keluarga perlu mencari donor pengganti atau memperoleh darah dari fasilitas lain. Meskipun demikian, keterbatasan tersebut belum ditemukan sebagai penyebab utama keterlambatan pelayanan pada kasus yang diwawancarai.

Tabel 1.15. Kutipan Wawancara Partisipan tentang Keterbatasan Sumber Daya dan

Kapasitas Pelayanan

Kode	Pertanyaan/Fokus	Kutipan Asli (Verbatim)
BRS1	Ketersediaan SDM	“Secara keseluruhan mungkin sudah terpenuhi... dokter anak, anestesi, bidan juga sudah memadai.”
BRS1	Ruang perawatan	“Kalau ruang perawatan penuh... pasien digeser dulu ke kelas lain.”
BRS2	SDM	“Pelayanan terbantu dengan adanya residen... belum ada subspesialis.”
BRS2	Tenaga PONEK	“Di PONEK seharusnya ada perawat.”
BRS2	Peralatan	“Alat-alat yang sudah ada terus rusak...”
BRS3	Beban kerja	“Kalau pasiennya... datang dalam satu waktu mah pasti urang keteteran.”
BRS3	Kebutuhan SDM	“Pasti butuh nambah lagi.”
BPK3	Keterbatasan fasilitas	“Pernah... ruang NICU penuh atau dokter spesialis tidak tersedia.”
BPK3	Ruang PONEK	“Kadang tempat tidur penuh sehingga pasien harus menunggu.”
DRS1	Kapasitas pelayanan	“Kalau untuk kondisi sekarang masih cukup. Namun apabila jumlah kasus kompleks meningkat, tentu diperlukan penambahan ruang pelayanan dan peralatan medis.”

Secara umum, SDM dan kapasitas pelayanan dinilai cukup untuk kondisi rutin, tetapi masih terdapat keterbatasan berupa belum tersedianya dokter subspesialis tertentu, kebutuhan tambahan tenaga PONEK, kerusakan alat, serta keterbatasan ruang perawatan pada kondisi tertentu. Hambatan tersebut berpotensi memengaruhi pelayanan apabila jumlah kasus meningkat secara bersamaan.

Tabel 1.16. Kutipan Wawancara Partisipan tentang Administrasi yang Tidak Menjadi Hambatan Pelayanan

Kode	Pertanyaan/Fokus	Kutipan Asli (Verbatim)
KP1	Administrasi	“BPJS teu aya masalah.”
KP2	Proses administrasi	“Sae, henteu lami.”
KP3	BPJS dan rujukan	“Henteu nya langsung.”
BRS1	Administrasi rumah sakit	“Administratif mungkin relatif mempermudah ke pasien.”
BRS1	Kelengkapan administrasi	“Yang penting ketika pasien pulang administratifnya harus terpenuhi.”
BRS2	Dampak administrasi	“Impactna henteu nyababkeun kondisi pasien terlambat.”
BRS3	Persyaratan	“Administrasi mah enggak ada, masalah persyaratan mah bisa nyusul.”
BPK2	Administrasi	“Teu aya.”

Kode	Pertanyaan/Fokus	Kutipan Asli (Verbatim)
BPK3	Administrasi	“Administrasi henteu nyababkeun keterlambatan pelayanan pasien.”

Administrasi dan persyaratan jaminan kesehatan tidak ditemukan sebagai hambatan utama pelayanan setelah pasien tiba di rumah sakit. Rumah sakit memberikan prioritas pada penanganan medis, sedangkan kelengkapan administrasi dapat diselesaikan kemudian.

PEMBAHASAN

1. Aspek Terlambat Mengambil Keputusan (Delay 1)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan keluarga pasien, bidan perujuk, bidan penerima rujukan, dan dokter di RSUD Pameungpeuk Garut, keterlambatan pada aspek terlambat mengambil keputusan (Delay 1) dipengaruhi oleh rendahnya pengetahuan mengenai tanda bahaya kehamilan dan persalinan, kepercayaan terhadap paraji dan praktik tradisional, dominasi keluarga dalam pengambilan keputusan, rendahnya pendidikan dan literasi kesehatan, serta pertimbangan ekonomi dan jaminan kesehatan. Faktor-faktor tersebut saling berkaitan dalam memengaruhi kemampuan keluarga mengenali kegawatdaruratan dan menentukan keputusan rujukan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Delay 1 merupakan salah satu faktor utama keterlambatan rujukan maternal di RSUD Pameungpeuk Garut.

Keterlambatan pengambilan keputusan merupakan tahap pertama dalam Three Delay Models, ketika ibu atau keluarga tidak segera mengenali tanda bahaya atau menentukan pencarian pertolongan medis. Pengetahuan, pendidikan, kepercayaan budaya, kondisi ekonomi, dan kemandirian perempuan dapat memengaruhi proses tersebut sehingga ibu datang ke fasilitas kesehatan dalam kondisi lebih berat (Indarti et al., 2021). Dalam penelitian ini, beberapa keluarga membutuhkan waktu untuk memahami kondisi pasien, memperoleh penjelasan, dan bermusyawarah sebelum menyetujui rujukan. Rendahnya pengetahuan keluarga mengenai tanda bahaya menjadi salah satu faktor keterlambatan. Beberapa informan belum memahami bahwa gejala tertentu merupakan tanda persalinan atau kegawatdaruratan, termasuk risiko tekanan darah tinggi pada kehamilan. Kondisi tersebut menyebabkan keluarga tidak segera memahami kebutuhan rujukan (Wulandari & Laksono, 2020). Menurut Buku KIA, keluarga berperan penting dalam mengenali tanda bahaya dan segera membawa ibu ke fasilitas kesehatan; rendahnya pengetahuan dapat meningkatkan risiko keterlambatan dan komplikasi maternal (Buku KIA RI, 2024). Rendahnya pengetahuan juga berinteraksi dengan kepercayaan terhadap paraji. Sebagian

masyarakat masih memanggil paraji terlebih dahulu karena kebiasaan turun-temurun, kenyamanan, pengalaman sebelumnya, maupun kepercayaan terhadap praktik tradisional. Kondisi ini dapat membuat keluarga menunda menghubungi tenaga kesehatan dan memengaruhi urutan pencarian pertolongan (Kemenkes RI, 2020; Amalia et al., 2022).

Dominasi keluarga dalam pengambilan keputusan juga memperpanjang waktu sebelum rujukan dilakukan. Keputusan dapat melibatkan suami, orang tua, atau anggota keluarga lain sehingga diperlukan musyawarah. Dalam kondisi kegawatdaruratan, proses tersebut dapat memperpanjang Delay 1. Temuan ini sesuai dengan Amalia et al. (2022a) bahwa dominasi keluarga dan rendahnya keberdayaan perempuan dapat menyebabkan keterlambatan mencari pertolongan. Penguatan peran ibu dan keluarga diperlukan agar keputusan rujukan dapat dilakukan lebih cepat (Amalia et al., 2022; Paunno & Siahaya, 2022). Rendahnya pendidikan dan literasi kesehatan turut menyebabkan keluarga kesulitan memahami alasan rujukan, tingkat kegawatan, serta konsekuensi penundaan. Oleh karena itu, informasi rujukan perlu disampaikan menggunakan bahasa yang sederhana dan sesuai tingkat pemahaman keluarga (Amalia et al., 2022; Indarti et al., 2021).

Pertimbangan ekonomi dan jaminan kesehatan juga dapat menimbulkan keraguan sebelum keluarga menyetujui rujukan. Kekhawatiran terhadap biaya pelayanan, transportasi, dan kondisi kepesertaan BPJS dapat memperpanjang proses pengambilan keputusan. Faktor ekonomi menjadi semakin berpengaruh ketika disertai rendahnya pengetahuan mengenai tingkat kegawatan pasien (Mohammed et al., 2020). Secara keseluruhan, Delay 1 merupakan proses yang kompleks karena dipengaruhi oleh interaksi pengetahuan, pendidikan, budaya, dominasi keluarga, serta kondisi ekonomi. Menurut asumsi peneliti, pencegahan Delay 1 perlu dilakukan sejak masa kehamilan melalui edukasi berulang mengenai tanda bahaya, kesiapan menghadapi komplikasi, alur rujukan, serta pentingnya keputusan cepat dengan melibatkan suami dan anggota keluarga yang berperan dalam pengambilan keputusan.

2. Aspek Terlambat Tiba di Fasilitas Kesehatan (Delay 2)

Berdasarkan hasil wawancara, keterlambatan pada aspek terlambat tiba di fasilitas kesehatan (Delay 2) terutama dipengaruhi oleh jarak tempuh, kondisi geografis Garut Selatan, infrastruktur jalan, ketersediaan dan kesiapan transportasi, kesiapan keberangkatan, serta koordinasi rujukan. Beberapa wilayah memiliki akses jalan yang rusak, sempit, berbatu, dan berbukit sehingga waktu perjalanan menjadi lebih panjang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Delay 2 merupakan salah

satu faktor dominan dalam keterlambatan rujukan maternal di RSUD Pameungpeuk Garut. Keterlambatan mencapai fasilitas kesehatan merupakan tahap kedua dalam Three Delay Models, yaitu ketika keputusan mencari pertolongan telah diambil tetapi ibu mengalami hambatan untuk mencapai fasilitas kesehatan yang sesuai. Hambatan dapat berupa jarak, geografis, jalan, transportasi, maupun sistem rujukan. Dalam kondisi kegawatdaruratan, semakin lama perjalanan maka semakin besar peluang komplikasi berkembang sebelum memperoleh pelayanan definitif.

Jarak dan kondisi geografis menjadi faktor utama. Wilayah Garut Selatan yang sebagian berupa perbukitan dengan akses jalan terbatas menyebabkan waktu tempuh menjadi lebih lama. Jarak tidak hanya ditentukan oleh kilometer, tetapi juga kondisi jalan dan medan yang dilalui. Temuan ini sejalan dengan Indarti et al. (2021), Amalia et al. (2022), dan Gondim et al. (2022) bahwa jarak, kondisi geografis, serta infrastruktur transportasi dapat meningkatkan risiko keterlambatan rujukan maternal. Kondisi jalan yang rusak, sempit, dan berbukit turut memperpanjang perjalanan meskipun keputusan rujukan dan kendaraan telah tersedia. Oleh karena itu, peningkatan akses dan infrastruktur jalan menjadi bagian penting dalam mengurangi Delay 2.

Ketersediaan dan kesiapan transportasi juga berpengaruh. Pasien umumnya menggunakan ambulans puskesmas, tetapi pada kondisi tertentu harus menunggu karena ambulans sedang digunakan atau lokasi pasien cukup jauh. Hal ini menunjukkan bahwa ketersediaan ambulans secara kuantitatif belum selalu menjamin transportasi tersedia saat dibutuhkan (Said et al., 2020). Penelitian Khairoh et al. (2026) menunjukkan hubungan transportasi dengan keterlambatan rujukan ($p=0,021$) dan hubungan jarak dengan keterlambatan ($p=0,010$). Temuan tersebut sejalan dengan systematic review Amalia et al. (2022).

Kesiapan keberangkatan juga dapat menambah waktu sebelum pasien meninggalkan fasilitas kesehatan karena masih diperlukan persiapan pasien, pendamping, dokumen, dan transportasi. Dengan demikian, Delay 2 dapat terjadi sejak interval antara keputusan rujukan dan keberangkatan hingga selama perjalanan (Said et al., 2020). Koordinasi rujukan melalui WhatsApp dan SISROUTE telah membantu komunikasi antara fasilitas pengirim dan penerima. Namun, gangguan sinyal, menunggu konfirmasi atau ACC rumah sakit, dan keterlambatan respons masih dapat terjadi. Efektivitas komunikasi sangat bergantung pada jaringan, kecepatan respons, dan kesiapan rumah sakit penerima.

Kesiapan fasilitas penerima juga dapat memengaruhi waktu pencapaian pelayanan apabila keluarga atau fasilitas pengirim harus menunggu kepastian penerimaan atau mencari fasilitas lain.

Kondisi ini sejalan dengan Assefa & Berhane (2020) dan Jasmiati et al. (2019) bahwa koordinasi, kesiapan fasilitas, transportasi, jarak, dan biaya dapat memperpanjang proses rujukan. Secara keseluruhan, Delay 2 dipengaruhi oleh keterkaitan geografis, jarak, jalan, transportasi, kesiapan keberangkatan, dan koordinasi rujukan. Menurut asumsi peneliti, upaya mengurangi Delay 2 perlu dilakukan secara terpadu melalui penguatan ambulans 24 jam, perbaikan akses jalan, optimalisasi SISROUTE dan WhatsApp, serta peningkatan koordinasi antara fasilitas pengirim dan penerima agar waktu tempuh rujukan dapat dipersingkat.

3. Aspek Terlambat Mendapat Pelayanan Kesehatan (Delay 3)

Berdasarkan hasil wawancara, terlambat mendapatkan pertolongan medis (Delay 3) belum menjadi faktor dominan dalam keterlambatan rujukan maternal di RSUD Pameungpeuk Garut. Sebagian besar pasien segera memperoleh pemeriksaan dan penanganan setelah tiba di rumah sakit. Kesiapan tim PONEK, triase, tenaga kesehatan, dan komunikasi pra-rujukan menjadi faktor yang mendukung kecepatan pelayanan. Namun, masih terdapat potensi hambatan berupa keterbatasan darah, sumber daya manusia, ruang pelayanan, serta koordinasi. Delay 3 merupakan tahap ketiga Three Delay Models, yaitu keterlambatan setelah pasien mencapai fasilitas kesehatan karena pelayanan yang dibutuhkan belum dapat diberikan secara cepat dan adekuat. Hambatan dapat berkaitan dengan tenaga kesehatan, sarana, obat, darah, kapasitas pelayanan, maupun koordinasi. Dalam penelitian ini, sebagian besar pasien langsung mendapatkan pelayanan sehingga Delay 3 belum dominan (Amalia et al., 2022; Indarti et al., 2021).

Kesiapan tenaga kesehatan dan sistem PONEK menjadi faktor utama yang mendukung rendahnya Delay 3. Pasien dengan kondisi gawat darurat segera dilakukan penilaian dan penanganan sesuai prioritas. Respons cepat penting untuk mencegah kondisi maternal berkembang menjadi lebih berat. Temuan ini sejalan dengan Mohammed et al. (2020) dan Vidler et al. (2023) mengenai pentingnya kesiapan fasilitas, tenaga kesehatan, dan koordinasi dalam pelayanan obstetri emergensi. Komunikasi pra-rujukan melalui WhatsApp dan SISROUTE juga membantu mempercepat pelayanan karena informasi kondisi pasien telah disampaikan sebelum pasien tiba. Hal ini memungkinkan tenaga kesehatan mempersiapkan pelayanan, tenaga, ruang, dan kebutuhan medis sehingga waktu penanganan dapat dipersingkat (Amoakoh-Coleman et al., 2022; Angelina et al., 2025).

Meskipun pelayanan awal relatif cepat, keterbatasan ketersediaan darah menjadi potensi Delay 3, terutama pada kasus perdarahan obstetri. Belum adanya UTDRS menyebabkan kebutuhan

darah tertentu masih dapat memerlukan bantuan donor atau PMI Garut. Kondisi tersebut dapat memperpanjang waktu memperoleh terapi yang adekuat (Cahyanti et al., 2021; Mohammed et al., 2020). Keterbatasan sumber daya manusia, dokter subspesialis, serta ruang seperti NICU dan PONEK juga menjadi potensi hambatan apabila jumlah kasus meningkat secara bersamaan. Oleh karena itu, kapasitas tenaga, ruang, sarana, dan prasarana perlu terus diperkuat (Amalia et al., 2022; Sastrawan et al., 2025). Koordinasi antara fasilitas pengirim dan penerima telah membantu proses penerimaan pasien, tetapi keterlambatan respons, konfirmasi ulang, dan administrasi masih berpotensi menambah waktu pelayanan. Komunikasi pra-rujukan perlu dipertahankan dan diperkuat agar informasi klinis pasien diterima secara lengkap sebelum pasien tiba (Indarti et al., 2021).

Pasien yang datang dalam kondisi berat akibat keterlambatan Delay 1 dan Delay 2 juga menjadi tantangan bagi tenaga kesehatan. Kondisi berat saat tiba tidak selalu menunjukkan adanya Delay 3, tetapi dapat merupakan konsekuensi dari keterlambatan pada tahap sebelumnya (Amalia et al., 2022; Indarti et al., 2021). Secara keseluruhan, Delay 3 belum menjadi faktor dominan karena adanya kesiapan tenaga kesehatan, triase, PONEK, dan komunikasi pra-rujukan. Namun, keterbatasan darah, tenaga kesehatan, ruang pelayanan, dan koordinasi tetap perlu diantisipasi (Amalia et al., 2022; Sastrawan et al., 2025). Menurut asumsi peneliti, kondisi tersebut perlu dipertahankan melalui peningkatan ketersediaan darah, penguatan SDM, peningkatan kapasitas ruang, optimalisasi komunikasi rujukan, serta evaluasi berkala kesiapan PONEK agar pelayanan obstetri emergensi tetap cepat

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Penelitian mengenai eksplorasi faktor penyebab keterlambatan rujukan maternal berdasarkan *Three Delay Models* di RSUD Pameungpeuk Garut menunjukkan bahwa keterlambatan rujukan maternal dapat terjadi pada tiga tahapan, yaitu keterlambatan dalam pengambilan keputusan mencari pertolongan (*Delay 1*), keterlambatan mencapai fasilitas kesehatan (*Delay 2*), dan keterlambatan memperoleh pelayanan yang adekuat di fasilitas rujukan (*Delay 3*). Faktor yang berkontribusi meliputi faktor individu dan keluarga, kondisi sosial budaya, akses geografis dan transportasi, komunikasi serta koordinasi antar fasilitas kesehatan, dan kesiapan sumber daya pelayanan di fasilitas rujukan. Temuan tersebut menunjukkan pentingnya penguatan sistem rujukan maternal secara terpadu untuk mempercepat penanganan kegawatdaruratan obstetri dan

mendukung upaya penurunan Angka Kematian Ibu (AKI), khususnya di wilayah Garut Selatan.

Saran

Penguatan sistem rujukan maternal perlu dilakukan secara terpadu melalui peningkatan komunikasi dan koordinasi antara fasilitas pelayanan kesehatan perujuk dan rumah sakit rujukan, optimalisasi penggunaan SISROUTE maupun media komunikasi pendukung, serta penguatan kesiapan transportasi rujukan terutama pada wilayah dengan akses geografis yang sulit. Tenaga kesehatan perlu meningkatkan edukasi ibu dan keluarga mengenai tanda bahaya kehamilan dan persalinan, melibatkan keluarga dalam pengambilan keputusan, serta memastikan kelengkapan informasi dan konfirmasi sebelum proses rujukan. Ibu hamil dan keluarga juga perlu meningkatkan kesiapan menghadapi kondisi kegawatdaruratan dengan mengenali tanda bahaya, mengetahui fasilitas rujukan, serta mempersiapkan akses transportasi sehingga keputusan dan proses rujukan dapat dilakukan secara cepat dan tepat waktu.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan terima kasih kepada Program Studi Sarjana Kebidanan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Nasional, Direktur RSUD Pamengpeuk Garut, Bidan, Keluarga/Pasien, , serta seluruh pihak yang mendukung pelaksanaan penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, S. R., Lestari, P., & Ningrum, A. G. (2022). Causative Factor of Delay in Maternal Referral - Systematic Review. *Indonesian Midwifery and Health Sciences Journal*, 6(1), 1–14. <https://doi.org/10.20473/imhsj.v6i1.2022.1-14>
- Amalya, T. (2018). *Beberapa Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Kematian Maternal Di RSUD Dr. Adhyatma, MPH Semarang* [Universitas Muhammadiyah Semarang]. <http://repository.unimus.ac.id:443/id/eprint/1820>
- Amoakoh-Coleman, M., Kerstin Klipstein-Grobusch, K., S. Vidzro, E., K. Arhinful, D., & K. Ansah, E. (2022). Obstetric referral processes and the role of inter-facility communication: the district level experience in the Greater Accra region of Ghana. *Ghana Medical Journal*, 56(3), 51–60. <https://doi.org/10.4314/gmj.v56i3s.7>
- Angelina, S. R., Putri, L. P., & Trisnantoro, L. (2025). Strengthening Maternal Referral Systems: a Policy Qualitative Analysis in Indonesia. *MedRxiv*, 2025.03.27.25324569. <http://medrxiv.org/content/early/2025/03/30/2025.03.27.25324569.abstract>

- Assefa, E. M., & Berhane, Y. (2020). Delays in emergency obstetric referrals in Addis Ababa hospitals in Ethiopia: a facility-based, cross-sectional study. *BMJ Open*, 10(6), e033771. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033771>
- Cahyanti, R. D., Widyawati, W., & Hakimi, M. (2021). “Sharp downward, blunt upward”: district maternal death audits’ challenges to formulate evidence-based recommendations in Indonesia - a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 730. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04212-7>
- Garut Satu Data. (2024). *Jumlah Kasus Kematian Ibu Menurut Puskesmas di Kabupaten Garut 2022-2024*.
- Gondim, C., Calou, P., & Oliveira, D. R. De. (2022). *Applicability of the Three Delays Model in the context of maternal mortality: integrative review*. 1187–1201. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213517I>
- Indarti, J., Solihin, A., V. Suastika, A., Wardhani, D. P., Ramadhani, M. T., Afdi, Q. F., Syafitri, S. M., Ikhsan, M., & Alda, K. (2021). Three-Delay Model on Maternal Mortality Cases in Tertiary Referral Hospital in Indonesia. *EJournal Kedokteran Indonesia*, 9(2), 99. <https://doi.org/10.23886/ejki.9.60.99>
- Jasmiati, Wirakusumah, F. F., Sukandar, H., Husin, F., Hidayat, Y. M., & Yudatmo, U. (2019). Analisis peran faktor penyebab kematian maternal yang dapat dicegah terhadap keterlambatan rujukan dan penanganan di Kabupaten Karawang Provinsi Jawa Barat. *Indonesian Trust Health Journal*, 2(2), 214–225. <https://doi.org/10.37104/ithj.v2i2.38>
- Kemendes RI. (2020). *Pedoman pelayanan antenatal persalinan, nifas, dan bayi baru lahir*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA) Edisi Revisi 2024*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2025). *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/560/2025*.
- Khairroh, M., & Badrus, A. R. (2026). Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keterlambatan Rujukan Pada Kasus Kegawatdaruratan Maternal di Wilayah Kerja Puskesmas. *Jurnal Medicare*, 5(2), 1031–1040.
- Kurniadi, A., Ernawati, D., Mubarakah, K., & Setiono, O. (2023). Pengembangan Aplikasi Jaga bunda sebagai Pendampingan Ibu Hamil dalam Upaya Penurunan Kematian Ibu dan Bayi. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 8(1), 37–45.
- Mohammed, M. M., El Gelany, S., Eladwy, A. R., Ali, E. I., Gadelrab, M. T., Ibrahim, E. M., Khalifa, E. M., Abdelhakium, A. K., Fares, H., Yousef, A. M., Hassan, H., Goma, K., Ibrahim, M. H., Gamal, A., Khairy, M., Shaban, A., Amer, S., Abdelraheim, A. R., & Abdallah, A. A. (2020). A ten year analysis of maternal deaths in a tertiary hospital using the three delays model. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03262-7>
- Paunno, M. L., & Siahaya, G. C. (2022). Pengaruh Perawatan Kehamilan dan Persalinan dengan Kejadian Kematian Neonatal. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 8(3). <https://doi.org/10.22146/jkr.61550>
- Said, A., Malqvist, M., Pembe, A. B., Massawe, S., & Hanson, C. (2020). Causes of maternal deaths and

delays in care: comparison between routine maternal death surveillance and response system and an obstetrician expert panel in Tanzania. *BMC Health Services Research*, 20(1), 614. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05460-7>

Sastrawan, S., Sulaiman, L., & Erawati, E. (2025). An analysis of the maternal health referral system: a case study of the BAKSOKUDA system in Central Lombok, Indonesia. *International Journal of Public Health Science (IJPHS)*, 14(2), 740. <https://doi.org/10.11591/ijphs.v14i2.24349>

Vidler, M., Kinshella, M. L. W., Sevene, E., Lewis, G., von Dadelszen, P., Bhutta, Z. A., Macete, E., Munguambe, K., Saco, C., Vala, A., Boone, H., Amose, F., Pires, R., Nhamirre, Z., Macamo, M., Chiau, R., Matavele, A., Vilanculo, F., Nhancolo, A., ... Filippi, V. (2023). Transitioning from the “Three Delays” to a focus on continuity of care: a qualitative analysis of maternal deaths in rural Pakistan and Mozambique. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06055-w>

World Health Organization. (2025a). *Trends in maternal mortality estimates 2000 to 2023*. UNFPA.

World Health Organization. (2025b). *WHO Fact Sheet: Maternal Mortality*. Harvard University. <https://repository.gheli.harvard.edu/repository/14431/>

World Health Organization. (2026). *Trends in Maternal Mortality*. Data Worldbank. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?locations=ID>

Wulandari, R. D., & Laksono, A. D. (2020). Determinants of knowledge of pregnancy danger signs in Indonesia. *PLOS ONE*, 15(5), e0232550. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232550>