

Analisis Pelaksanaan Program Stabilisasi Bayi Asfiksia Oleh Bidan di Puskesmas Kota Parepare

Harima M¹, Martha Irene Kartasurya, Siti Fatimah²

¹) Pusskesmas Pusat Gugus Madising Na Mari Kota Parepare, Sulawesi Selatan

²) Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro, Semarang

Title : Analysis the implementation of Asphyxia babies stabilization by Midwives in Parepare city

Abstrak

Penyebab kematian bayi di Kota Parepare Sulawesi Selatan tahun 2014 disebabkan oleh asfiksia 31%. Kematian bayi dengan asfiksia terjadi pada usia ≤ 48 jam setelah kelahiran, 46 % terjadi di Puskesmas dan 54 % terjadi setelah sampai di tempat rujukan. Hal tersebut dapat disebabkan karena program stabilisasi pada bayi asfiksia belum optimal. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pelaksanaan program stabilisasi pada bayi asfiksia oleh bidan di Puskesmas Kota Parepare.

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif. Informan utama adalah bidan pelaksana di Puskesmas yang telah mengikuti pelatihan manajemen asfiksia (10 orang). Informan triangulasi bidan koordinator, kepala Puskesmas Kasie KIA Dinas Kesehatan Kota Parepare dan Keluarga Bayi yang telah mengalami asfiksia. Puskesmas yang dipilih adalah 3 Puskesmas dengan kematian bayi asfiksia tertinggi di Kota Parepare. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam. Pengolahan dan analisis data menggunakan analisis isi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan program satbilisasi bayi asfiksia oleh bidan Puskemas belum melaksanakan enam komponen yaitu komponen stabilisasi gula darah dan pemeriksaan laboratorium. Hal tersebut dilatarbelakangi aspek komunikasi kurangnya kejelasan, konsistensi informasi tentang program stabilisasi bayi asfiksia, dari aspek disposisi/sikap masih kurangnya komitmen bidan pelaksana dalam mengimplementasikan program stabilisasi bayi asfiksia, adanya

keterbatasan tenaga terlatih, belum ada dana khusus program stabilisasi bayi asfiksia, masih terbatasnya sarana prasarana, belum ada mekanisme pelaporan dan Standar Operasional Prosedur (SOP) pelaksanaan program stabilisasi bayi asfiksia.

Disarankan kepada Dinas Kesehatan Kota Parepare untuk memberikan pelatihan kepada bidan pelaksana tentang stabilisasi bayi asfiksia, meningkatkan sosialisasi stabilisasi bayi asfiksia kepada bidan pelaksana, menyusun SOP dan format pelaporan.

Kata Kunci : Stabilisasi, Bayi Asfiksia, Bidan Puskesmas, implementasi

Pustaka : 42 (2000-2014)

Abstract

The highest cause of death of babies in Parepare, South Sulawesi in 2014 was asphyxia (31%). These death occurred at age ≤ 48 hours after birth. Among these death, 46% occurred at Local Clinics and 54% occurred at the place of referral hospital. These death can be caused by unoptimal implementation of asphyxia stabilization program. This research aimed to analyze the implementation of the asphyxia stabilization program by midwives in primary health care centres of Parepare city.

This qualitative study was done on 10 main informants, who were the a midwives in the primary healthcare centers who have already attended asphyxia management training. Triangulation informants were coordinator midwives from three primary healthcare centers and the head of the primary healthcare centre, head of the maternal and child health section in local health office in Parepare city as well as the families of the babies who were suffered from asphyxia. The primary healthcare centers were chosen based on the highest number of infant

death caused by asphyxia in Parepare city. Data were collected through in-depth interviews. Processing and analysis of data using content analysis.

The results showed that the implementation of asphyxia stabilization program had not run optimally. Not all midwives implemented the six particular components of stabilization, especially on blood sugar stabilization and laboratory examination. It was related to the communication aspect: the lack of clarity and consistency of stabilization program information on infant asphyxia. Attitude aspects were related to the lack of commitment to implement the asphyxia stabilization program. In resource aspects, it was related to the limitations of trained midwives and funds for facilities and infrastructure. In bureaucracy aspects, there has no reporting mechanism and Standard Operational Procedures (SOP) in the implementation of the stabilization program for asphyxia infants.

It is advisable to Parepare city health office to provide training to midwives implementers about the stabilization program for asphyxia infants, improving socialization and SOP and reporting format.

*Keywords : Stabilization, Infant Asphyxiation, Midwife Implementers.
Bibliography : 11 (2006-2014)*

Pendahuluan

Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator penting dalam menilai derajat kesehatan masyarakat di suatu daerah. Oleh karena itu perlu upaya yang sinergis dan terpadu untuk mempercepat penurunan AKB dalam mencapai target *Millenium Development Goals* (MDGs) pada tahun 2015 dimana angka kematian bayi sebesar 23 per 1000 kelahiran hidup.¹ Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, menunjukkan Angka Kematian Bayi sebesar 32/1000 kelahiran hidup.²

Penyebab tingginya Angka kematian Bayi di Indonesia adalah BBLR 32 %, Asfiksia 30 %, Sepsis 22 %, Pnemonia 11 %, kelainan kongenital 7 %, lai-lain 9 %. Kematian bayi merupakan hal yang dapat dicegah. Salah satu upaya yang dapat dilakukan dalam percepatan penurunan AKB adalah melalui peningkatan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan yang

kompeten dan penanganan kegawatdaruratan neonatal sesuai standar dan tepat waktu.²

Penurunan AKB akibat asfiksia membutuhkan pertolongan persalinan tenaga kesehatan yang memiliki kemampuan dan keterampilan dalam menangani bayi asfiksia dengan tepat di tingkat pelayanan kesehatan dasar, selama proses rujukan serta saat bayi tiba di sarana rujukan⁴ Hal tersebut sesuai dengan rekomendasi Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) Nomor : 005/Rek/PP IDAI/V/2014 tentang Resusitasi dan Stabilisasi Neonatus yang bertujuan untuk membuat bayi baru lahir stabil dalam waktu selambat – lambatnya 1 jam setelah lahir.³

Program stabilisasi adalah sebuah program yang pertama kali diperkenalkan di Amerika Serikat dan Canada pada bulan Mei 1996 oleh Kristine A. Karlsen dan diperkenalkan di Indonesia pada tahun 2010. Program stabilisasi adalah program pendidikan neonatal pertama yang fokus secara eksklusif pada perawatan stabilisasi *pasca-resuscitation/pre-transport* bayi baru lahir yang sakit. Program ini merupakan sebuah perangkat yang bersifat seragam, sederhana, suatu proses asuhan yang sesuai standar dengan menggunakan pendekatan kerjasama tim yang komprehensif sehingga dapat meningkatkan stabilisasi bayi baru lahir secara menyeluruh, meningkatkan prevalensi keselamatan bayi. Parameter penilaian stabilisasi adalah: gula darah, suhu, pernapasan, tekanan darah, pemeriksaan laboratorium serta dukungan emosional pada orang tua dan keluarga klien.⁴

Program stabilisasi ini di desain untuk meningkatkan informasi tentang stabilisasi *neonatal* pada ibu / bayi di semua tingkat pelayanan kesehatan mulai dari Puskesmas, unit pelayanan kesehatan bayi ke ruang emergensi dan lebih kompleks sampai di tingkat rumah sakit dengan fasilitas yang memadai.⁶ Program stabilisasi bertujuan memastikan kondisi bayi dalam keadaan baik selama proses rujukan guna mencegah meningkatnya angka kematian, kesakitan dan timbulnya jejas (*sequele*) akibat asfiksia bayi baru lahir.⁵

Dinas Kesehatan Melaporkan pada tahun 2014 kejadian kasus asfiksia bayi baru

lahir cukup tinggi yaitu pada tahun 2012 sebesar 32 kasus, tahun 2013 sebesar 21 kasus dan pada tahun 2014 sebesar 29 kasus.

6-7

Metode Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah metode kualitatif untuk menganalisis tentang implementasi program stabilisasi pada bayi asfiksia oleh bidan di Puskesmas Kota Parepare. Penelitian dilaksanakan dua Puskesmas dengan kriteria Puskesmas yang memiliki Angka Kematian Bayi tertinggi yang jauh dari rumah sakit rujukan dan satu Puskesmas memiliki Angka Kematian Bayi tinggi dekat dengan rumah sakit rujukan.

Informan utama penelitian adalah bidan pelaksana. Informan triangulasi dalam penelitian ini adalah 3 Kepala Puskesmas, 3 Bidan Koordinator dan 10 keluarga bayi.

Data yang diambil dalam penelitian ini adalah data primer melalui wawancara mendalam dan data sekunder melalui telaah dokumen. Setelah pengumpulan data selesai dilaksanakan maka data dianalisis

menggunakan metode analisis isi (*content analysis*), yaitu pengumpulan data, reduksi data, dan penyajian data dan menarik kesimpulan.

Hasil

Stabilisasi yang direkomendasikan oleh *American Academic Pediatrics* yaitu stabilisasi neonatus dalam S.T.A.B.L.E terdiri dari: *sugar and safe care (S)*, *temperature (T)*, *airway (A)*, *blood pressure (B)*, *lab study (L)* dan *emotional support (E)*. Singkatan S.T.A.B.L.E tersebut akan memudahkan petugas kesehatan mengingat aspek penting dalam proses stabilisasi.⁴ Semua bidan pelaksana baik Puskesmas yang jauh dari rumah sakit rujukan maupun yang dekat dari rumah sakit rujukan belum melaksanakan komponen stabilisasi kadar gula darah dengan pemberian dextrose 10 % . Hal ini disebabkan tidak tersedianya sarana dan prasarana sesuai standar seperti abochat untuk bayi, Dextrose 10 % dan infus set .Seperti diungkapkan dalam kotak 1.

Kotak 1

“.....Tidak berani pasang infus pada bayi, kesian sama bayi kalau ditusuk,... selama ini belum pernah pasang infus pada bayi dan tidak tersedia abochat untuk bayi di kamar bersalin (IU.5, IU8)

“ Tidak tersedia abochat kecil sehingga kami tidak melakukan pemasangan infus aah ambil waktu saja lebih aman jika langsung dirujuk ke rumah sakit (IU1, IU2,IU4)

“ kalau ada bayi asfiksia kami melapor ke dokter jaga, Instruksinya dirujuk ke rumah sakit ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, (IU4, IU7,)

“.....Bidan melakukan sesuatu kepada bayi tetapi tidak tahu apa yang dilakukan ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, kemudian menyampaikan kepada kami bahwa bayinya perlu dirujuk karena tidak bisa menagis (ITKB1-ITKB5)

“ Bidan membungkus dan memasang selang pada hidung bayi ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, (ITKB7-ITKB10)

“.....Kalau saya lihat bidan tidak melakukan apa-apa langsung dirujuk,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, sehingga bayi kami meninggal dijalanan, belum sampai rumah sakit.... (ITKB6)

Temparatrue Merupakan usaha untuk mempertahankan suhu normal bayi dan mencegah hypotermia. Pada bayi dengan hypotermia akan terjadi vasokonstriksi pembuluh darah dan terjadi ketidakcukupan sirkulasi di jaringan tubuh. Selain itu kondisi hypotermia dapat meningkatkan metabolisme dalam rangka meningkatkan kalori tubuh, kondisi ini akan meningkatkan kebutuhan tubuh akan oksigen sehingga antara suhu, gula darah dan oksigen memiliki hubungan yang erat³¹ .Hal tersebut diungkapkan oleh bidan

dalam kotak 2. Semua bidan pelaksana baik Puskesmas yang jauh dari rumah sakit rujukan maupun yang dekat rumah sakit rujukan mengatakan bahwa tetap stabilkan pernapasan pada bayi pasca resusita , walaupun bayi yang akan dirujuk tetap diberikan oksigen, seperti yang diungkapkan dalam kotak 3.Semua bidan pelaksana baik Puskesmas yang jauh dari rumah sakit rujukan maupun yang dekat rumah sakit rujukan telah melaksanakan komponen *blood pressure* dalam program S.T.A.B.L.E adalah: penentuan jenis dan tanda – tanda

syok, penanganan syok hypovolemik, cardiogenik, septic., seperti yang diungkapkan dalam kotak 4.

Komponen stabilisasi laboratorium Study (pemeriksaan laboratorium) belum dilaksanakan di Puskesmas baik yang jauh dari rumah sakit rujukan maupun yang dekat dari rumah sakit rujukan, hal disebabkan petugas laboratorium hanya bertugas pada pagi hari, seperti yang diungkapkan dalam kotak 5.

Bila kondisi anak tidak sesuai harapan maka akan mengganggu emosi orang tua. Orang tua biasanya akan merasa bersalah, menyangkal, marah, tidak percaya, merasa gagal, takut, saling menyalahkan, depresi sehingga dukungan pada orang tua dan bayi sangat penting, seperti diungkapkan dalam kotak 6.

Komunikasi memegang peran penting dalam implementasi kebijakan program stabilisasi pada bayi asfiksia oleh Kasie KIA, Kepala Puskesmas, Bidan Koordinator kepada bidan pelaksana dan pasien. Proses penyampaian informasi meliputi transmisi, kejelasan dan konsistensi, seperti yang diungkapkan dalam kotak 7.

Berdasarkan hasil wawancara dengan bidan pelaksana mengatakan informasi yang disampaikan belum jelas karena bersamaan dengan materi yang lain, seperti yang diungkapkan pada kotak 8.

Semua bidan pelaksana tidak bisa memastikan kesegaran informasi antara kepala Puskesmas, Bidan Koordinator, karena ada beberapa bidan koordinator menyampaikan bahwa tidak perlu diinfus bayi langsung saja diujuk. Seperti diungkapkan dalam kotak 9.

Kotak 2

“setelah kami melakukan tindakan resusitasi, kami tetap menjaga suhu bayi tetap stabil dengan cara membungkus bayi dan memperhatikan suhu ruangan,,,,, baik sebelum dirujuk maupun pada saat dirujuk (IU1-IU10)

“,,,,,, pada saat bayi kami dirujuk diselimuti dengan baik dan dipakaikan topi..... bidan mendampingi pada saat dirujuk, waktu sampai di rumah sakit bayinya langsung dimasukkan dalam box bayi (ITKB1-ITKB10)

Kotak : 3

“ Jadi pernapasan bayi harus distabilkan sebelum dirujuk, jadi pada saat merujuk oksigen tetap terpasang(IU1,-IU10)

“ Bu bidan mendampingi pada saat dirujuk dan terpasang selang dihidung bayi .(ITKB1-ITKB10)

Kotak : 4

“bayi yang telah mengalami asfiksia harus diperhatikan tanda-tanda syok dan tanda bahaya pada bayi sebelum dirujuk(IU1,-IU10)

Kotak : 5

“ Tidak dilakukan pemeriksaan laboratorium, jadi langsung saja dirujuk nanti dirumah sakit baru dilakukan pemeriksaan lab (IU1-IU10)

“ Petugas laboratorium sangat terbatas sehingga tidak ada yang jaga pada sore dan malam hari (ITKP1-ITKP3,ITBK1-ITBK3)

Kotak : 6

“..... jika terjadi asfiksia kami selalu memberikan support kepada ibu dan keluarganya(IU1-IU10)

“ Bu bidan memberikan penjelasan dan memotivasi kami bahwa tentang keadaan bayi kami.sehingga kita tidak merasa cemas (ITKB1-ITKB10)

Kotak : 7

“ kalau langsung dari kepala Puskesmas dan Bidan koordinator, tidak ada, hanya didapatkan dari dinas Kesehatan pada saat AMP setiap dilaksanakan AMP(IU1,-IU10)

“..... kalau penyampaian langsung ke bidan pelaksana tidak ada ,,,, karena bidan sudah mendapatkan informasi juga dari Kasie KIA dinas kesehatan (ITKP1,- ITKP 3,ITBK1-ITKB3)
“... Sosialisasi diberikan pada saat AMP oleh dokter Anak (ITDK1)

Kotak : 8

“ belum jelas, karena hanya sekilas..... karena dibahas juga materi lain,(IU1-IU10)

“ saya yakin kalua Dinas Kesehatan sudah cukup jelas menginformasikan ke Bidan Pelaksana, kan setiap dalaksnakan AMP selalu diinformasikan(ITDK1)

Kotak : 10

“ Saya tidak bisa pastikan, karena bidan beda-beda pendapatnya..... jadi kadang bingung juga kan(IU1-IU10)

Kotak : 11

“seragam, karena sosialisasi diberikan waktu pertemuan AMP, tergantung mereka memahami atau belum

“menurut saya seragam karena bidan pelaksana hadir pada saat AMP, ya tinggal mereka sendiri bisa menangkap dengan baik atau tidak(ITKP1-ITKP3, ITBK1-ITBK3)

Hasil wawancara dengan informan triangulasi Kasi KIA mengatakan informasi yang berbeda, yaitu sertiap informasi program kesehatan pasti seragam karena ada dasarnya, demikian juga jajaran di bawah Dinas Kesehatan, Hal diungkapkan dalam kotak 11

Dari Penelitian diatas dapat disimpulkan bahwa selama ini belum mendapatkan kejelasan komunikasi, karena informasi yang diperoleh disisipkan melalui kegiatan AMP. Menurut teori komunikasi merupakan tolak ukur kebijakan dalam suatu program telah disampaikan secara jelas dengan interpersasi yang sama dapat dilakukan secara konsisten dengan pelaksana.

Sumber daya merupakan faktor penting dalam implementasi program stabilisasi bayi asfiksia, sumber daya meliputi sumber daya manusia, dana dan sarana prasarana.

Sumber daya yang paling penting dalam implementasi kebijakan program stabilisasi adalah sumber daya manusia atau staf pelaksana. Dalam hal ini adalah bidan pelaksana, sebaiknya semua tenaga bidan harus dilatih manajemen asfiksia bayi baru lahir, karena meskipun jumlah SDM mencukupi tetapi kualitas kurang baik, kurang kompeten dan motivasinya rendah, maka akan menghambat implementasi kebijakan program stabilisasi pada bayi asfiksia.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam semua bidan pelaksana di Puskesmas yang jauh dari rumah sakit rujukan dan dekat dari rumah sakit rujukan mengatakan bahwa belum semua bidan pelaksana telah mengikuti pelatihan manajemen asfiksia bayi baru lahir. Hal tersebut dapat dilihat dalam Kotak 12.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa belum semua bidan pelaksana di Puskesmas mengikuti pelatihan manajemen asfiksia bayi baru lahir, hal ini dapat menyebabkan pelaksanaan program stabilisasi bayi asfiksia belum optimal. Seharusnya pelatihan manajemen asfiksia bayi baru lahir diberikan kepada seluruh bidan pelaksana, karena kasus asfiksia cukup tinggi.

Keberhasilan suatu program kesehatan, komponen dana merupakan salah satu faktor yang penting untuk membiayai segala kegiatan dan penyediaan sarana dan prasarana pelayanan dan digunakan untuk membiayai semua kebutuhan implementasi program stabilisasi bayi asfiksia.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam semua bidan pelaksana di Puskesmas baik yang jauh dari rumah sakit rujukan maupun yang dekat dari rumah sakit rujukan mengatakan tidak dana khusus untuk pelaksanaan program stabilisasi bayi asfiksia, dengan alasan penyediaan dan lebih diutamakan program lain, karena kalau

bayi asfiksia bisa langsung dirujuk. Petikan wawancara diungkapkan dalam kotak 13.

Hal ini sesuai dengan hasil wawancara informan triangulasi Kepala Puskesmas dan Bidan Koordinator di wilayah Puskesmas yang jauh dari rumah sakit rujukan dan yang dekat dari rumah sakit rujukan mengatakan bahwa tidak pernah dialokasikan dana khusus untuk program stabilisasi bayi asfiksia, disamping itu ada juga yang mengatakan tidak pernah dianggarkan dana khusus program stabilisasi bayi asfiksia karena pelayanan di Puskesmas dibayarkan oleh BPJS, namun BPJS tidak membayarkan karena semua Puskesmas di Kota Parepare belum ada yang memiliki SK

sebagai Puskesmas PONED walaupun semua Puskesmas sudah mengikuti pelatihan PONED 1 orang dokter, 1 orang bidan dan 1 orang perawat setiap Puskemas, seperti ungkapan dalam kotak 14. Hal ini berbeda dengan hasil wawancara informan triangulasi kepala seksi KIA Dinas Kesehatan mengatakan bahwa, semua Puskesmas harus menyediakan dana program yang ada di Puskesmas baik pelayanan dalam gedung maupun pelayanan luar gedung, termasuk program stabilisasi bayi asfiksia, melalui dana operasional Puskesmas atau dana kapisitasi Puskesmas dari BPJS. Seperti yang diungkapkan dalam kotak 15.

Kotak 12

“.....tenaga bidan di Puskesmas sudah banyak bahkan lebih sebenarnya kalau dari segi jumlah .tetapi baru beberapa yang telah dilatih manajemen asfiksia..... ” (IU1-IU10)

“.....ada pembatasan mengikuti pelatihan setiap tahun paling banyak dikirim mengikuti pelatihan 2 orang setiap Puskesmas , kadang-kadang tidak ada, tahun ini cuma 3 orang jadi ada Puskesmas tidak ada bidan yang dikirim ke Propinsi mengikuti pelatihan (IU4-IU9)

“...tenaga bidan sudah terpenuhi dari segi jumlah tapi kulaitas yang dimiliki belum semua terlatih manajemen asfiksia (ITKP1-ITKP3, ITBK1-ITBK3)

“...jumlah bidan di Puskesmas sudah cukup banyak.... namun belum semua terlatih majamen asfiksia bayi baru lahir baru sekitar 3-5 orang yang telah mengikuti pelatihan setiap Puskesmas..... kendalanya keterbatasan dana kami pernah usulkan di DPRD pelatihan ini, tapi tidak disetujui oleh DPR (ITKKIA)

Kotak 13

“..... selama ini belum pernah dialokasikan dana khusus program stabilisasi bayi asfiksia ,kalau ada bayi asfiksia langsung saja kami rujuk ke rumah sakit...” (IU1-IU10)

“ tindakan jasa medis pra rujukan untuk bayi bermasalah di fasilitas kesehatan tingkat pertama tidak dibayarkan juga oleh BPJS, jadi lebih baik kami langsung rujuk ke rumah sakit jika ada yang bermasalah daripada repot-repot..... (IU4-IU8)

Kotak 14

“ selama ini tidak pernah dianggarkan dana khusus program stabilisasi bayi asfiksia, karena banyak sekali program di Puskemas yang membutuhkan dana utamanya kegiatan luar gedung, jadi terkait pelayanan dalam gedung, kami pikir bisa diklem sebagai JKN, tetapi BPJS tidak bisa membayarkan tindakan pra rujukan baik obstetri maupun neonatal karena Puskesmas belum mempunyai SK sebagai Puskesmas PONED (ITKP1, ITKP2)

“..... selama ini tidak dialokasikan dana khusus program stabilisasi bayi asfikisa, karena kami utamakan program luar gedung..... (ITKP3)

“...Memang yang paling sering jadi kendala adalah dana dan tempat ya... saya rasa belum ada Puskesmas yang punya dana khusus untuk itu... kalau toh ada, mungkin mungkin uang operasional Puskesmas yang di pakai....” (ITKB1-ITKB3)

Kotak 15

“ Puskesmas semestinya menyediakan dana semua program yang ada di Puskesmas melalui dana oeprasional atau dana kapisitasi JKN ,,,,,, sehingga tidak ada program di Puskesmas tidak terlaksana..... {ITKKIA)

Berdasarkan uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa semua Puskesmas di Kota Parepare belum mengalokasikan dana

khusus untuk Program stabilisasi bayi asfiksia. Sehingga pelaksanaan program stabilisasi bayi asfiksia belum optimal. Dana

sangat penting sebagai syarat kelancaran pelaksanaan program stabilisasi bayi asfiksia di Puskesmas.

Sarana dan prasana yang dibutuhkan dalam program stabilisasi bayi asfiksia sesuai dengan Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Nomor HK.02.01/II/1911/2013 tentang Pedoman Penyelenggaraan Puskesmas bahwa sarana dan prasarana di Puskesmas rawat inap harus tersedia sesuai standar untuk penanganan pertama kegawatdaruratan obstetri dan neonatal pra rujukan. Sarana prasana yang sesuai standar

Berdasarkan hasil wawancara mendalam semua informan utama dan triangulasi Bidan Koordinator di Puskesmas baik yang jauh dari rumah sakit rujukan, maupun yang dekat dari rumah sakit rujukan mengatakan bahwa bahwa tidak ruangan tindakan, bahkan dua Puskesmas tidak menyediakan meja resusitasi dengan alasan kamar bersalin sangat sempit dan tersedia ambug bayi tetapi tidak layak, terkait dengan bahan habis pakai seperti infus set makro, Abochat untuk bayi dan obat-obatan semua Puskesmas tidak ada yang menyediakan. Hal ini diungkapkan dalam Kotak 16.

Kotak 16

“ tidak bisa disediakan ruangan tindakan karena ruangan di Puskesmas sangat terbatas sementara banyak sekali program yang membutuhkan ruangan. Setiap tahun Puskesmas di renovasi tetapi tidak pernah terpikirkan untuk menyediakan ruangan tindakan khusus bayi yang bermasalah(IU1-IU10, ITKB1-ITKB2)

“..... selama ini tidak disediakan meja resusitasi karena kamar bersalin sangat sempit..... tempat tidur saja susah sekali diatur..... jadi kalau ada bayi asfiksia kami melakukan tindakan di tempat tidur atau di meja tempat menulis. Ini sebenarnya tidak sesuai dengan standar..... Beberapa kali kita mengeluh masalah tempat tidak ada yang peduli jadi kami bekerja sesuai fasilitas yang tersedia (IU1-IU7)

“ begitu juga alat dan bahan habis pakai serta obat-obatan belum tersedia dikamar bersalin seperti ambubag bayi memang ada tapi sudah rusak.... (IU5-IU7,ITBK1-ITBK2),Abochat untuk bayi, infus set makro, cairan dextose 10 % serta obat-obatan seperti efineprin”(IU1-IU10, ITBK1-ITBK3).

Kotak 18

“.... Selama ini tidak pernah kami pikirkan mengenai ruangan tindakan di kamar bersalin dan meja resusitasi karena tidak ada penyampaian dari bidansehingga tidak pernah diusulkan ke Dinas Kesehatan (ITKP1-ITKP2)

“..... semua Puskesmas tidak pernah mengusulkan sarana prasarana yang dibutuhkan untuk program stabilisasi bayi asfiksia, seperti ruangan tindakan, meja resusitasi, padahal setiap tahun dianggarkan sarana prasarana, kalau bahan habis pakai dan obat-obatan itu tersedia digudang farmasi, Cuma tidak ada permintaan dari Puskesmas sehingga tidak diberikan (ITKKIA)

Berbeda dengan hasil wawancara mendalam semua informan triangulasi Kepala Puskesmas mengatakan bahwa tidak pernah ada penyampaian terkait dengan sarana prasarana dibutuhkan untuk pelaksanaan program stabilisasi bayi asfiksia. Pernyataan tersebut diperkuat oleh informan triangulasi Kepala Seksi KIA Dinas Kesehatan Kota Parepare mengatakkan bahwa tidak pernah ada usulan dari Puskesmas mengenai pengadaan ruangan tindakan dan meja resusitasi, namun setiap tahun dilaksanakan perencanaan sarana prasarana untuk Puskesmas, terkait dengan bahan habis pakai seperti abochat, cairan infus, infus set serta obat-obatan tersedia di Gudang Farmasi, namun tidak ada permintaan dari Puskesmas sehingga tidak disalurkan ke Puskesmas, seperti yang terlihat dalam Kotak 18.

Hasil penelitian diatas menunjukkan bahwa sarana prasarana yang dibutuhkan dalam pelaksanaan program stabilisasi bayi asfiksia belum tersedia sesuai dengan standar. Hal ini merupakan salah satu penyebab pelaksanaan program stabilisasi bayi asfiksia belum optimal.

Disposisi dalam pelaksanaan program stabilisasi pada bayi pasca resusitasi berkaitan dengan sikap dan komitmen dari pelaksana program di Puskesmas antara lain : sikap dan

komitmen dokter umum, bidan dan perawat dalam melaksanakan program stabilisasi pada bayi pasca resusitasi. Berdasarkan hasil wawancara dengan informan utama dan informan triangulasi, semua mendukung pelaksanaan program stabilisasi bayi asfiksia, seperti diungkapkan dalam kotak 19

Kotak : 19

“ Kita sangat mendukung program stabilisasi bayi asfiksia, kita selalu upayakan supaya tidak ada kematian bayi dengan asfiksia(IU1-IU10)

“ Sebenarnya kalau kita sangat mendukung ya dek, karena program ssatbilisasi ini sangat membantu untuk menekan angka kematiasn bayi karena asfiksia(ITKP.1-ITKP.3, ITBK1-ITKB3)

Berdasarkan hasil penelitian diatas dapat dianalisa bahwa semua sudah mendukung pelaksanaan program stabilisasi bayi asfiksia. Menurut Teori, sikap pelaksana kebijakan merupakan faktor yang mempunyai konsekuensi dalam impenetasi kebijakan, jika pelaksana kebijakan bersikap baik terhadap suatu kebijakan tertentu, dalam hal ini ada dukungan, kemungkinan mereka melaksanakan kebijakan sebagaimana yang diinginkan oleh pembuat kebijakan dan sebaliknya bila tingkah laku atau perseptif para pelaksana berbeda dengan pembuat kebijakan, maka proses suatu kebijakan menjadi lebih sulit.

Hasil penelitian mengenai standar operasional prosedur tentang stabilisasi bayi asfiksi di Puskesmas Perawatan Lapadde, Perawatan Lakessi dan Puskesmas Pusat Gugus Madising Na Mario belum ada SOP khusus stabilisasi yang ada hanya SOP manajemen asfiksia bayi baru lahir, 7 informan utama yang diwawancarai menyatakan tidak pernah melihat standar operasional prosedur satabilisasi di Puskesmas, sedangkan 3 informan lainnya menyatakan sementara dibuat standar operasional stabilisasi di Puskesmas tapi belum di pakai standar tersebut. Seperti tercantum dalam kotak 20.

Kotak 20

“.....Kami baru membuat dalam rangka akreditasi Puskesmas (IU4-IU7)

“Selama ini kita menstabilkan bayi asfiksia sesuai yang kita ketahui belum berdasarkan SOP(IU1-IU10)

“.....Tidak pernahki liat prosedur tindakan yang terpajang di puskesmas (IU1-IU10)

Kaitannya dengan kesulitan dan kendala yang dihadapi tentang standar operasional prosedur adalah 8 orang informan utama yang diwawancarai menyatakan kendala berkaitan dengan SOP, bahwa kami waktu pelatihan tidak diberikan materi tentang stabilisasi bayi asfiksia pada kotak 21

Kotak 21

kita juga tidak ada pemberitahuan..jadi kita diam-diam sajami...jadi kita hanya menangani bayi asfiksia stabil atau tidak langsung dirujuk(IU1-IU10)

Hasil wawancara mendalam kepada bidan pelaksana mengatakan tidak ada laporan khusus pelaksanaan program stabilisasi bayi asfiksi, bentuk laporan berupa laporan bayi asfiksia yang dilaporkan oelh bidan kelurahan kemudian dilaporkan ke Dinas Kesehatan oleh bidan koordinator. Seperti ungkapan dalam kotak 22

Kotak 22 :

“..... kalau laporan pelaksanaan program stabilisasi bayi asfiksia, belum ada, kita hanya melaporkan kejadian bayi asfiksia kepada Dinas Kesehatan melalui bidan Koordinator Puskesmas” (IU1-IU10)

“..... laporan program stabilisasi bayi asfiksia tidak ada, yang ada laporan kejadian asfiksia, kalau bidan kelurahan laporkan ke bidan koordinator Puskesmas terelebih dahulu baru bidan koordinator teruskan ke Dinas Keshatan (IT-KP1-IT-K3, ITBK1-ITKB3)

Dari hasil semua wawancara informan utama maupun tringulasi dapat di simpulkan bahwa belum ada laporan secara khusus tentang pelaksanaan program stabilisasi bayi asfiksia, sehingga

mekanisme pertanggung jawabana masih sebatas laporan kejadian bayi asfiksia. Seharusnya dalam setiap kegiatan program stabilisasi bayi asfiksia harus dipertanggung jawabkan dengan membuat laporan setiap

bulan, sehingga dapat diketahui sejauh mana keberhasilan pelaksanaan program stabilisasi bayi asfiksia.

Pembahasan

Hasil penelitian pelaksanaan program stabilisasi bayi asfiksia di Puskesmas oelh bidan belum optimal hanya empat komponen (*Temperature, Air Way, Blood Pessure dan Emotional Support*) yang sudah dilaksanakan baik Puskesmas yang jauh rumah sakit rujukan maupun yang dekat rumah sakit rujukan, Dua komponen diantara belum dilaksanakan yaitu *Suger and Care dan Lab Study*. Hal ini disebabkan banyak faktor antara lain Komunikasi, sumber daya (SDM,Dana dan sarana prasarana), Disposisi/Sikap dan Sturktur Birokrasi

Semua Bidan pelaksana sudan mendapatkan sosialisasi, namun belum mendapatkan kejelasan komunikasi, karena informasi yang diperoleh disisipkan melalui kegiatan AMP. Menurut teori komunikasi merupakan tolak ukur kebijakan dalam suatu program telah disampaikan secara jelas dengan interpertasi yang sama dapat dilakukan secara konsisten dengan pelaksana.

Menurut teori implementasi kebijakan merupakan suatu proses dinamis dimana pelaksana kebijakan melakukan suatu aktifitas atau kegiatan sehingga pada akhirnya akan mendapatkan suatu hasil yang sesuai. Tahap ini menentukan apakah kebijakan yang ditempuh oleh pemerintah benar-benar aplikatif di lapangan dan dapat menghasilkan *output* dan *outcome* seperti yang direncanakan atau tidak. Suatu progrma kebijakan yang telah di rencanakan dengan sangat baik akan mengalami kegagalan jika kurang di implementasikan dengan baik oleh para pelaksana kebijakan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sarana prasarana yang dibutuhkan dalam pelaksanaan program stabilisasi bayi asfiksia belum tersedia sesuai dengan standar. Hal ini merupakan salah satu penyebab pelaksanaan program stabilisasi bayi asfiksia belum optimal. Hal ini sesuai hasil kajian tim independen pusat pelatihan klinik primer (P2KP) Kabupaten Klaten pada bulan Januari 2009 terhadap 20 bidan terlatih

manajemen penanganan asfiksia di wilayah kerja Dinas Kesehatan kabupaten Klaten sebesar 60% bidan tidak memiliki alat yang lengkap dalam penanganan asfiksia dan seekitar 40% Puskesmas dengan peralatan PONED tidak seusai.¹¹ Hal ini dapat disimpulkan, bahwa faktor sumber daya yang meliputi dana, tenaga dan sarana prasana sangat mempengaruhi dalam dalam pelaksanaan stabilisasi bayi asfiksia.²³

Walaupun semua sudah mendukung pelaksanaan program stabilisasi bayi asfiksia. Menurut Teori, sikap pelaksana kebijakan merupakan faktor yang mempunyai konsekuensi dalam implenetasi kebijakan, jika pelaksana kebijakan bersikap baik terhadap suatu kebijakan tertentu, dalam hal ini ada dukungan, kemungkinan mereka melaksanakan kebijakan sebagaimana yang diinginkan oleh pembuat kebijakan dan sebaliknya bila tingkah laku atau perseptif para pelaksana berbeda dengan pembuat kebijakan, maka proses suatu kebijakan menjadi lebih sulit.

Pengembangan dan penggunaan SOP suatu bagian integral dari suatu sistem. Hal tersebut menyediakan petugas pelayanan bayi dengan informasi untuk melaksanakan suatu pekerjaan dengan baik dan memudahkan untuk konsistensi mutu dan sebuah hasil akhir melalui implementasi yang konsisten dari suatu prosedur atau proses didalam puskesmas. Sehingga, SOP pelayanan sangat diperlukan sebagai acuan kerja secara sungguh-sungguh untuk menjadi sumber daya yang professional, handal sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan di Puskesmas.¹⁰

Hal ini dapat mengakibatkan penurunan kualitas dalam memberikan pelayanan persalinan yang berdampak pada rendahnya cakupan pelayanan persalinan oleh tenaga kesehatan. SOP merupakan petunjuk tertulis yang menggambarkan dengan tepat cara melaksanakan tugas. SOP juga berisi mekanisme untuk mengkomunikasikan peraturan dan persyaratan administratif, kebijakan organisasi dan perencanaan strategis bagi petugas.¹¹

Kesimpulan

Pelaksanaan stabilisasi bayi asfiksia belum sesuai standar, dari enam komponen stabilisasi bayi asfiksia masih ada 2 komponen belum dilaksanakan yaitu *Sugar and safe care* (stabilisasi kadar gula darah) dengan cara pemberian infus dextrose 10 %. Hal ini disebabkan tidak tersedianya bahan habis pakai seperti abochat No.24, infus dan Dextrose 10 % serta bidan pelaksana kurang kompeten dalam pemberian infus pada bayi dan *Laboratorium Study* (pemeriksaan darah rutin). Hal ini disebabkan petugas laboratorium sangat terbatas yaitu 2 orang dan hanya bertugas pada pagi hari., belum pernah dilaksanakan sosialisasi secara khusus program stabilisasi bayi asfiksia kepada kepala Puskesmas, Bidan Koordinator dan bidan pelaksana, namun disosialisasikan pada kegiatan audit maternal perinatal penyampaian materi kurang jelas, sehingga tidak ada keseragaman pendapat bidan pelaksana tentang program stabilisasi bayi asfiksia, masih kurang tenaga terampil yang telah dilatih manajemen asfiksia bayi baru lahir hanya 34,65 %. Tidak ada dana khusus untuk pelaksanaan program stabilisasi bayi asfiksia dan sarana prasarana belum sesuai standar yaitu belum tersedia ruangan tindakan, meja resusitasi, ambubag, bahan habis pakai seperti abochat, infus set dan obat-obatan seperti efeneprin., Semua mendukung pelaksanaan program stabilisasi bayi asfiksia, namun belum optimal. Hal ini disebabkan masih kurangnya komitmen bidan pelaksana mengimplementasikan program stabilisasi bayi asfiksia dan b SOP tentang stabilisasi bayi asfiksia ada SSOP stabilisasi bayi asfiksia, yang tersedia hanya SOP manajemen asfiksia bayi baru lahir serta belum ada mekanisme pelaporan khusus program stabilisasi bayi asfiksia.

Disarankan Dinas Kesehatan Memberikan pelatihan bagi bidan pelaksana yang belum pernah mengikuti pelatihan manajemen asfiksia dan PONEB dan penyegaran kembali keterampilan bagi bidan pelaksana yang sudah sejak lama mengikuti

pelatihan manajemen asfiksia dan PONEB. Puskesmas berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan dalam pembuatan SOP program stabilisasi bayi asfiksia dan format pelaporan program stabilisasi bayi asfiksia dan bidan meningkatkan pengetahuan dan kompetensi stabilisasi bayi asfiksia melalui *sharing*, seminar, pelatihan atau magang di rumah sakit.

Daftar Pustaka

1. Alamsyah, SA. *Analisis Epidemiologis upaya Kesehatan Maternal Neonatal di Indonesia dalam pencapaian MDGs, 2015*, Perinasia : Jakarta ; 2010.
2. Badan Pusat Statistik Kementerian Kesehatan RI, *Survei Demografi Kesehatan Indonesia*, Kemenkes RI ; Jakarta ; 2012
3. Kementerian Kesehatan RI. *Riset Kesehatan Dasar*, Kemenkes RI : Jakarta ; 2013
4. American Academy of Pediatric/American Heart Association. *Buku Panduan Resusitasi Neonatus*. Edisi ke-5. Perkumpulan Perinatologi Indonesia : Jakarta; 2006.
5. Karlson KA. *Pre-transport/ Post-resuscitation Care of Sick Infants. Guidelines for Neonatal Healthcare Provider*. Utah: S.T.A.B.L.E Inc : 2006
6. Dinas Kesehatan Kota Parepare. *Profil Dinas Kesehatan Parepare*. 2013
7. Dinas Kesehatan Kota Parepare. *Profil Dinas Kesehatan Parepare*. 2014
8. Winarno, Budi. *Kebijakan Publik : Teori, Proses, dan Studi Kasus*, 1 et. CAPS : Yogyakarta; 2012
9. Wisnu, Nyimas, Hessel. *Kebijakan dan Manajemen Pembangunan Partisipatif*, Yayasan Pembaruan Administrasi Publik Indonesia : Yogyakarta ; 2002
10. Gaffar, Afan. *Politik Indonesia: Transisi Menuju Demokrasi*, Pustaka Pelajar : Yogyakarta ; 2009
11. WHO. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan* . Jakarta ; 2013.