

PELAYANAN RUJUKAN PADA BAYI BARU LAHIR DENGAN ASFIKSIA

Trida Nova Rina, Lusi Andriani, Hj. PS. Kurniawati

**Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Bengkulu, Jurusan Kebidanan,
Jalan Indragiri Nomor 03 Padang Harapan Kota Bengkulu
novarinatrida@gmail.com**

Abstract: From 2016 to October 14 cases of infant mortality from 397 treated with asphyxia deaths. This study aims to find out about referral services, referral handling groove BBL asphyxia cases in hospitals and quality of care in referral hospitals Rejang Lebong. Population and sample are all new born mothers with asphyxia reconciled to Curup General hospital 17 people To that end, used a qualitative approach with case study method. The results showed the village midwife already handle asphyxia newborns up with the first step and Positive Pressure Ventilation, but the reference is often delayed because of the inhibiting factors of the family (the economy and the decision to refer should involve a large family) and environmental factors (transportation). As a result hospitals and related institutions need to consider the skills and knowledge of the officers by including officers for NICU and PICU neonatal residential training and for the village midwife management training asphyxia.

Keywords: Referral Services, Asphyxia, Newborn.

Abstrak: Tahun 2016 hingga bulan oktober 14 kasus (3,52%) kematian bayi dari 397 bayi yang dirawat dengan penyebab kematian asfiksia. Bayi yang meninggal sebagian besar merupakan bayi yang dirujuk oleh bidan desa ke RSUD Curup yaitu merupakan rujukan dari bidan desa. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tentang pelayanan rujukan, alur penanganan rujukan kasus asfiksia BBL di RS dan kualitas pelayanan di RS rujukan Kabupaten Rejang Lebong. Untuk itu, digunakan pendekatan kualitatif dengan metode studi kasus, Jenis penelitian yang digunakan adalah metode kualitatif dengan studi kasus. Populasi dan sampel penelitian adalah ibu seluruh bayi baru lahir dengan afiksia yang di rujuk ke RSUD Curup 17 orang. Hasil penelitian menunjukkan Bidan desa sudah menangani asfiksia BBL sampai dengan langkah awal dan VTP, tetapi rujukan sering terlambat karena adanya faktor penghambat dari keluarga (ekonomi dan keputusan merujuk harus melibatkan keluarga besar) dan faktor lingkungan (transportasi). Sebaiknya Rumah sakit dan instansi terkait perlu memikirkan keterampilan dan pengetahuan petugas dengan mengikut sertakan petugas untuk pelatihan resusitasi neonatal NICU dan PICU dan untuk bidan desa pelatihan manajemen asfiksia.

Kata kunci : Pelayanan rujukan, Asfiksia, BBL.

Masalah kesehatan ibu dan bayi terutama pada masa perinatal merupakan masalah nasional yang perlu mendapat prioritas utama karena sangat menentukan kualitas sumber daya manusia pada generasi mendatang. Kegawatan perinatal disebabkan oleh berbagai gangguan berpotensi meningkatkan kematian atau kesakitan pada

neonatus. Akibat gangguan tersebut bayi akan sakit sehingga pertumbuhannya terhambat atau kemampuan adaptasinya terganggu atau bahkan menimbulkan kematian.

Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia masih tinggi yaitu 34/1.000 kelahiran hidup, sekitar 56% kematian

terjadi pada periode sangat dini yaitu masa neonatal. Target *Sustainable Development Goals* (SDGs) yaitu pada tahun 2030, mengakhiri kematian bayi dan balita yang dapat dicegah, dengan seluruh Negara berusaha menurunkan Angka Kematian Neonatal setidaknya hingga 12 per 1.000 Kelahiran Hidup dan Angka Kematian balita 25 per 1.000 Kelahiran Hidup. Diperlukan rangkaian upaya dan strategi khususnya peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan pada masa neonatal. Penyebab utama kematian neonatal tersebut adalah asfiksia bayi baru lahir, prematurita/bayi berat lahir rendah dan infeksi (Kemenkes RI, 2012).

Upaya menurunkan angka kematian bayi dilakukan dengan mempercepat usaha rujukan agar bayi resiko tinggi dapat segera mendapat pertolongan. Bayi-bayi yang termasuk ke dalam kelompok resiko tinggi adalah bayi berat lahir rendah (BBLR), asfiksia pada bayi baru lahir, kejang, sesak nafas, perut kembung, kuning pada bayi dan perdarahan pada bayi. Rujukan pelayanan kesehatan ini terutama ditujukan kepada bayi baru lahir beresiko tinggi yang mengalami kegawatan perinatal atau perinatal distress (Depkes, 2011).

Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu data pada tahun 2015 ibu yang melahirkan tercatat sebanyak 35.079 dengan angka kematian bayi ditahun yang sama tercatat sebanyak 355 kematian. Provinsi Bengkulu berada dibawah rata-rata nasional dimana angka kematian bayi Bengkulu 10 per 1.000 kelahiran hidup, sementara rata-rata nasional di angka 22 per 1.000 kelahiran hidup. (Dinkes Prov. Bengkulu, 2016)

Angka kematian bayi Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2015 yang meninggal mencapai 12 orang bayi dari 4790 kelahiran hidup. Sedangkan pada Tahun 2016 hingga bulan Juli tercatat 17 bayi yang meninggal saat dilahirkan atau setelah dilahirkan, berdasarkan data profil kesehatan di Kabupaten Rejang Lebong sebesar 8,8/1000 kelahiran hidup (Dinkes RL, 2016).

Berdasarkan data rekam medik RSUD Curup pada dan data register hingga bulan Oktober tahun 2016 tercatat pasien rawat inap di ruang intensif (NICU, ICU, IGD dan Ruang Rawat Anak) dari 404 bayi yang dirawat di Ruang Mawar terdapat 85 (21%) kasus Asfiksia, (9,36%) kasus BBLR, 94 (23%) kasus Sepsis dan 225 (56%) dengan kasus lain, sedangkan angka kematian bayi di Rumah Sakit Umum Daerah Curup samapai dengan bulan Oktober 2016 tercatat 14 kematian perinatal (usia 0-7 hari) antara lain disebabkan oleh Asfiksia (28,57%).

Berdasarkan hasil suvey dan wawancara terhadap beberapa orang bertugas di bangsal anak/NICU, petugas dan kepala ruangan di IGD diketahui bahwa masih tingginya angka kematian bayi karena asfiksia yang hampir seluruh bayi baru lahir tersebut adalah merupakan pasien rujukan dari bidan desa yang melakukan pertolongan persalinan di wilayah kerja Puskesmas Kabupaten Rejang Lebong. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui pelayanan rujukan yang diberikan pada kasus asfiksia Bayi Baru Lahir oleh bidan dan kualitas pelayanan penerimaan rujukan di Rumah Sakit Umum Daerah

BAHAN DAN CARA KERJA

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan studi kasus. Informasi tentang pengalaman menangani kasus rujukan neonatal diambil dari RS yang banyak mendapat rujukan kasus asfiksia BBL. Selain itu, informasi juga dikumpulkan dari bidan desa yang merujuk pasien neonatus ke Rumah Sakit.

Informan yang dijadikan subjek penelitian adalah Penentu kebijakan yang terdiri dari: Kasie Kesga Dinkes Kabupaten Rejang Lebong, Karu Unit Gawat Darurat (UGD), provider yang terdiri dari petugas pelaksana UGD dan Bagian Anak RS, Bidan desa yang pernah menangani kasus rujukan neonatal, yang meliputi bidan desa yang menolong persalinan dan menangani BBL dengan kasus asfiksia dan dirujuk ke RS yang berakhir dengan kematian bayi dan

yang dengan hasil bayi hidup; klien, yang terdiri dari: ibu BBL dengan kasus asfiksia yang dirujuk ke RS dan bayinya mati serta yang bayinya hidup.

Pengumpulan data primer dalam penelitian ini dilaksanakan dengan cara wawancara langsung kepada responden dan kuisisioner yang berisi beberapa pertanyaan yang harus diisi oleh responden. Jenis kuisisioner yang digunakan adalah kuisisioner terbuka, hasil wawancara tentang karakteristik informan, tindakan resusitasi yang dilakukan pada bayi baru lahir asfiksia, kebijakan tentang sistem rujukan, penanganan bayi baru lahir asfiksia rujukan di rumah sakit, disimpan/direkam menggunakan alat perekam (*tape recorder*). Data sekunder dalam penelitian ini menggunakan studi yang diperoleh dari responden/informan, literatur, buku tentang asfiksia neonatus, prosedur merujuk neonatus dan catatan rekam medik di RSUD Curup .

HASIL

Karakteristik Informan

Informan penentu kebijakan dan provider terdiri dari petugas rumah sakit (RS), Kasie Kesga Dinkes Kabupaten Rejang Lebong dan bidan di desa (Bidan Desa). Usia provider RS dan Dinkes bervariasi pada kisaran 27-52 tahun, dengan pendidikan: D1 Kebidanan, D3 kebidanan, D4 Kebidanan dan D3 keperawatan, dengan lama kerja antara 5-30 tahun. Usia Bidan Desa berkisar 27-45 tahun, dengan pendidikan adalah D1 Kebidanan, D3 kebidanan dan D4 Kebidanan lama kerja kurang dari 5-15 tahun dan rata-rata jumlah persalinan yang ditolong 4-7 persalinan/bulan. Kasus asfiksia BBL yang pernah ditangani Bidan Desa bervariasi antara 2-3 kasus, dengan hasil kebanyakan hidup.

Usia informan ibu bervariasi antara 20-45 tahun, dan separuhnya berpendidikan SMA, sedangkan sisanya SD, SMP dan. Sebaliknya, separuh informan ibu suaminya berpendidikan SD, walaupun ada pula yang

lulus SMA. Sebagian ibu tidak bekerja dan sebagian lagi bekerja dan sebagai buruh harian. Sedangkan suami informan bekerja sebagai pedagang, petani dan sopir.

Penatalaksanaan Asfiksia BBL

Tindakan penatalaksanaan asfiksia BBL yang dilakukan oleh bidan bila bayi baru lahir tidak menangis, adalah dengan melakukan langkah awal yaitu dengan memberikan atau menjaga kehangatan tubuh bayi, membersihkan jalan nafas dengan cara melakukan penghisapan lendir, mengeringkan tubuh bayi untuk mempertahankan suhu tubuh tetap hangat dan melakukan rangsangan taktil. Langkah awal dilakukan dalam waktu 30 detik. Kemudian dilakukan evaluasi bila bayi belum bernafas spontan atau denyut jantung kurang dari 100 kali per menit maka dilanjutkan dengan ventilasi tekanan positif. Seperti yang diungkapkan oleh bidan desa di bawah ini:

“tidak, saya tidak punya alat resusitasi set, yang saya lakukan bila bayi tidak langsung menangis yaitu, menghangatkan tubuh bayi, isap lendir dan rangsangan taktil”. (B1)

“ya, ada bila bayi mengalami asfiksia yang saya lakukan adalah langkah awal resusitasi, bila bayi belum menangis dilakukan VTP tanpa oksigen. Karena oksigen tidak tersedia”. (B2)

Dari hasil wawancara diketahui bahwa hampir seluruh Bidan Desa yang menangani asfiksia BBL melakukan tindakan resusitasi yang meliputi langkah awal dan hanya sebagian yang melakukan sampai pada tahap ventilasi. Hal tersebut dikarenakan tidak tersedianya resusitasi set sederhana dan Oksigen. Tindakan resusitasi yang dilakukan yaitu dengan melakukan langkah awal yaitu menghangatkan tubuh bayi dan memberikan rangsangan taktil, bidan desa yang memiliki ambubag selain melakukan langkah awal juga melakukan ventilasi tekanan positif, tindakan tersebut hanya mampu membuat bayi merintih, tetapi dengan kondisi napas masih megap-megap. Oleh sebab itu, Bidan Desa tersebut merujuk bayi ke RS. Hal

tersebut juga diperkuat dengan pernyataan keluarga melalui wawancara tentang apa yang dilakukan oleh bidan saat bayi baru lahir tidak menangis

“yang kami tengok tu, bidan tu ngasih suntikan di bagian paha, sudah tu pake alat apo tu,,,nyo maksukkan ke mulut bayi kek ke idung bayi idem tu nyo sedot , di tepuk-tepunyo kaki bayi, di gosoknyo punggung bayi,,,tapi idak juko anak ambo nangis,,,ado sebentar tedengar nyo besuaro pelan”.(I 1)

Ungkapan dari informan di atas menunjukkan bahwa bidan desa sudah melakukan tindakan langkah awal resusitasi bayi baru lahir asfiksia. Hal yang sama juga diungkapkan oleh informan dibawah ini dimana informan melakukan tindakan resusitasi sampai dengan tahap ventilasi tekanan positif:

kalau aku dak nengok nian anak ambo diapokan kek bidan tu,,,tapi mak ambo kecek anak ambo tu di suntiknyo, di bungkus nyo pakai bedong, ado nyo tepuk-tepuk kaki anak ambo,,,dah tuuu ado alat cak ado selang di ujungnyo nyo pompa dari mulut anak ambo,,,da tu bidan tu tekan-tekan dado anak ambo,,,nyo kecek anak ambo harus di bawa ke rumah sakit kareno anak ambo idak juko nangis “. (I 6)

Dari uraian diatas dapat diketahui bahwa selain melakukan langkah awal bidan desa juga sudah melakukan ventilasi tekanan positif dan pijat jantung dalam usaha untuk melakukan resusitasi yang adekuat, hal tersebut menunjukkan bahwa seluruh bidan desa telah melakukan tindakan awal resusitasi bayi baru lahir asfiksia.

Keputusan Merujuk

Keputusan untuk merujuk bayi ke rumah sakit tidak berada ditangan kedua orang tua bayi tetapi diputuskan bersama keluarga besar. Biasanya, keputusan tersebut melibatkan orang tua, paman, bibi, kakak serta adik dari pihak ibu maupun bapak bayi. Oleh sebab itu, keputusan sering memakan waktu yang cukup lama, yang tentu saja berakibat buruk bagi bayi dengan kondisi

napasnya yang belum stabil. Wawancara yang dilakukan terhadap informan dapat di ketahui siapa pengambil keputusan.

“mamang, karena mamang lebih paham urusan cak itu,,nyo juko berpendidikan dibandingkan kek keluargo yang lain,,nyo bisa ngurus jamkesda kareno nyo kenal kek kepala desa”. (I 3)

“ mertuo, mertuo ambo yang kasih duit untuk biaya beranak, kalau dirujuk harus mertuo yang putuskan karena kami dak do duit,,,,kan Makai duit mertuo bayarnya kelak “. (I 5)

Wawancara diatas menunjukkan bahwa pengambil keputusan masih bergantung kepada anggota keluarga yang dituakan. Hasil studi menunjukkan keputusan merujuk juga masih terkendala dengan adat istiadat atau budaya setempat orang tua ataupun keluarga mengatakan, bayi sehat tidak boleh dibawa ke luar rumah sebelum tali pusatnya putus karena khawatir diganggu makhluk halus, hal tersebut seperti yang diungkapkan oleh informan di bawah ini,

“ngapo ndak di bawa ke rumah sakit, menurut adat kami, bayi bayi lahir idak buli keluar rumah sebelum 40 hari, kato orang tuo bayi iko idak buli keno jarum apolagi keno jarum suntik”. (I 1)

“la malam mano ado mobil untuk berangkek ke rumah sakit, besok pagi bae pai berubek ke rumah sakit tu,,,kalau di bawa malam cak iko kelak bayi bisa kemasukan roh halus, bayi baru lahir tu baunnya harum,,,lagi pulo kalau la malam cak iko kemano ndak cari duit untuk jago-jago kalau ndak beli ubek, kalau bisuk kami pacak minjam dulu “. (I 2)

Sebagian kecil keluarga tidak memperbolehkan bayi dirujuk ke RS dengan alasan keuangan dan hari sudah malam, khawatir terjadi apa-apa dengan bayi, di samping karena mendengar bayi sudah menangis walaupun napasnya masih megap-

megap, ini menunjukkan bahwa walaupun pada akhirnya keluarga menyetujui bayi dirujuk ke RS, tetapi sebagian memutuskan dalam waktu yang cukup lama, bahkan ada yang memerlukan waktu lebih dari 3 jam, faktor ekonomi keuangan keluarga menjadi keluhan utama keluarga merasa berat untuk merujuk BBL. Keluhan yang sama disampaikan oleh informan dari RS yang mengatakan bayi asfiksia sering dirujuk sudah dalam keadaan berat, bahkan tidak jarang ketika tiba di RS sudah dalam keadaan meninggal.

Kebijakan Sistem Pelayanan Rujukan Asfiksia BBL

Menurut informan Dinkes Kabupaten rejang Lebong, kebijakan sistem pelayanan rujukan asfiksia BBL, mengizinkan bidan merujuk bayi asfiksia secara langsung ke RS tanpa harus disertai dengan surat rujukan dari puskesmas. Bidan diwajibkan mendampingi bayi asfiksia ke RS. Kebijakan ini, seharusnya dapat mempercepat proses rujukan dan penanganan di RS, karena surat rujukan langsung dibuat oleh bidan. Alur dan proses rujukan seperti yang diungkapkan oleh informan dinkes Rejang Lebong di bawah ini.

".....Bayi dapat langsung dirujuk kerumah sakit tanpa harus ke puskesmas, karena bayi harus mendapatkan pertolongan segera. Sebaiknya saat merujuk bayi didampingi oleh bidan penolong persalinan untuk memudahkan petugas rumah sakit mengetahui riwayat persalinan, dan sebaiknya juga disertai surat rujukan untuk kepentingan administrasi". (D 1)

Berdasarkan hasil wawancara terhadap Bidan Desa didapatkan, sebagian besar Bidan Desa tidak mendampingi bayi asfiksia yang dirujuknya dikarenakan masih focus terhadap perawatan terhadap ibu bersalin, juga bayi yang dirujuk tidak disertai dengan surat rujukan. Hanya anggota keluarga yang ikut mendampingi bayi yaitu bapak bayi, kakak atau kakak ipar dan bapak atau mertua dari ibu bayi. Bahkan menurut seorang Bidan Desa, ada juga yang disertai oleh uak,

paman, bibi dan nenek dari ibu bayi. Tidak seorangpun Bidan Desa membuat surat rujukan. Hal tersebut terjadi dengan alasan situasi yang tidak memungkinkan dan Bidan Desa ingin bayi secepat mungkin mendapatkan pertolongan di RS. Surat rujukan baru dibuat Bidan Desa di RS ketika bayi sudah mendapatkan penanganan dari petugas RS.

".....saya tidak pergi kerumah sakit untuk merujuk dan saya juga tidak membuat surat rujukan karena bayi dalam keadaan kritis dan harus segera dirujuk, sementara saya harus menyelesaikan pertolongan persalinan pada ibu". (B 2)

".....hanya keluarga yang pergi merujuk karena saya mendampingi ibu bersalin dirumah, surat rujukan saya tidak sempat untuk membuatnya". (B 3)

Bayi baru lahir dengan asfiksia pada saat dirujuk tidak didampingi oleh bidan desa hal tersebut juga diperkuat hasil wawancara dengan kepala ruangan IGD dan petugas jaga IGD di bawah ini,

".....Hanya beberapa bidan yang mendampingi saat merujuk bayi kerumah sakit dan hamper semua bayi yang dirujuk tidak disertai surat rujukan, saat ditanya ke keluarga tentang mengapa bayi dirujuk, keluarga hanya mengatakan bahwa bayi harus dirujuk karena bayi lahir tidak langsung menangis". (RS 1 dan 2)

Seperti di jelaskan oleh informan provider di IGD RS, bayi yang dirujuk tanpa pendamping dan tanpa disertai surat rujukan hal tersebut menyulitkan pihak RS untuk mengetahui riwayat persalinan atau penyulit saat proses persalinan, dan kondisi BBL pada saat baru dilahirkan. Hal tersebut juga sesuai dengan yang di ungkapkan oleh kepala ruangan IGD dan petugas jaga IGD di bawah ini:

".....Bayi tiba di IGD dalam kondisi yang berbeda sebagian masih bernafas, merintih, megap-megap dan ada juga dalam keadaan kritis nafas satu-satu, denyut jantung < 60

x/menit, tubuh cyanosis, gerakan tidak aktif, bayi dalam keadaan dingin. Bayi yang di dampingi bidan kondisinya lebih baik dibandingkan dengan yang tidak didampingi bidan". (RS 1)

Hasil wawancara diatas menunjukkan bahwa kondisi bayi yang dirujuk dengan pendamping lebih baik dibandingkan dengan yang dirujuk tanpa pendamping. Tidak didampingi oleh Bidan Desa juga mengakibatkan bertambah buruknya kondisi BBL, karena selama perjalanan menuju tempat rujukan BBL tidak mendapatkan tindakan apapun, selama perjalanan merujuk tidak tersedia oksigen. Sehingga pada saat tiba di RS BBL dalam kondisi yang lebih berat dari sebelumnya.

Alur penanganan Bayi Asfiksia di Rumah Sakit

Menurut informan Dinkes Kabupaten Rejang Lebong, penanganan bayi asfiksia yang dirujuk ke RS belum berjalan sebagaimana mestinya.

".....Bayi dapat langsung dirujuk ke rumah sakit tanpa harus ke puskesmas, karena bayi harus mendapatkan pertolongan segera. Sebaiknya saat merujuk bayi didampingi oleh bidan penolong persalinan untuk memudahkan petugas rumah sakit mengetahui riwayat persalinan, dan sebaiknya juga disertai surat rujukan untuk kepentingan administrasi". (D 1)

Hal yang sama juga di ungkapkan oleh bidan desa dibawah ini:

" untuk kasus tertentu seperti BBL asfiksia, kami boleh merujuk langsung ke Rumah sakit, tanpa harus ke Puskesmas Wilayah Kerja.....karena kasus rujukan kegawat daruratan membutuhkan penanganan segera ". (B 1)

Pernyataan bidan desa diatas menyatakan bahwa bidan dapat langsung merujuk ke ruma sakit, tetapi hanya sebagian bidan desa yang mendampingi merujuk ke rumah sakit. Pelayanan dirumah sakit sering terkendala karena tidak ada pemberitahuan terlebih dahulu ke RS yang dituju bahwa

akan ada kasus rujukan BBL Asfiksia. Hal tersebut dibenarkan dengan pernyataan bidan desa yang merujuk bayi baru lahir asfiksia, *"..... tidak, saya tidak tahu bila sebelum merujuk harus menghubungi tempat rujukan dan saya juga tidak memiliki nomor telepon tempat rujukan ". (B 5)*

Pernyataan bidan desa diatas juga di benarkan oleh pihak Rumah Sakit, saat menerima kasus rujukan di IGD bahwa tidak seorangpun bidan yang akan merujuk pasien memberitahukan pihak rumah sakit bahwa yang bersangkutan akan merujuk pasien, seperti yang diungkapkan oleh petugas IGD di bawah ini.

".....tidak seorangpun dari bidan desa yang memberitahukan pihak Rumah Sakit bahwa akan merujuk pasien ke rumah sakit,,,,," (RS 1)

Pemberitahuan tempat rujukan sebelum merujuk sangat diperlukan, karena berhubungan dengan kesiapan alat dan petugas. Mengingat pihak rumah sakit akan menyiapkan alat yang akan digunakan sesuai dengan kasus rujukan, keterbasan oksigen juga menjadi hal penting agar pihak yang akan merujuk menghubungi tempat rujukan, apabila telah ada pemberitahuan sebelumnya maka pasien yang dirujuk akan langsung ditempatkan dan mendapatkan pelayanan dalam penggunaan alat bantu yang tepat karena peralatan tersebut telah disiapkan sebelumnya. Berdasarkan penuturan seorang Bidan Desa dan ibu yang bayinya meninggal setelah dirujuk ke RS, penanganan yang dilakukan petugas IGD adalah sebagai berikut:

".....saat tiba di IGD, bayi langsung ditempatkan ditempat khusus dengan pemanas, bersamaan dengan itu petugas IGD mengajukan beberapa pertanyaan tentang riwayat BBL dan tindakan apa yang sudah saya lakukan..... lalu dilakukan penghisapan lendir, pemasangan oksigen, pemasangan infus dan tindakan berupa memberikn bantuan pernafasan serta obat-batan,,,,kemudian mengirim bayi ke bagian Perinatologi. (B 3)

Ungkapan diatas menggambarkan tindakan yang dilakukan saat menerima pasien rujukan BBL dengan asfiksia. Tindakan petugas IGD juga di ungkapkan dan di benarkan oleh keluarga, seperti di bawah ini: *“.....waktu kami sampai di rumah sakit bayi langsung di tarok di tempek yang ado alat untuk panaskan badan bayi, banyak lagi yang di kerjokan kek perawat IGD tu kami dak tau nian,,,laju kami disuruh tanda tangan persetujuan tindakan medis kek persetujuan dirawat,,,,habis tu anak kami di pindah ke ruang bayi di lantai 2 “. (I 4)*

Ungkapan diatas menunjukkan bahwa pertolongan awal yang dilakukan oleh petugas IGD saat BBL pertama kali tiba di rumah sakit. Hal serupa juga di benarkan oleh petugas jaga Igd, apa yang pihak rumah sakit lakukan saat menerima pasien rujukan: *“ Bayi ditempatkan di infant warmer untuk menjaga kehangatan dan mencegah hipotermi, kemudian bayi di suction, diberikan oksigen 1-2 liter/menit, dilakukan pemasangan infus, dokter jaga akan melakukan konsultasi dengan dokter spesiali anak untuk tindakan dan pengobatan selanjutnya. Bila bayi merintih, nafas megap-megap dan denyit jantung < 60x/Menit dilakukan bagging dan RJP sampai denyut jantung normal, atau bila keadaan masih sama tapi nafas sudah mendekati normal bayi dipindahkan ke ruangan perinatalogi untuk mendapatkan tindakan lanjutan, sesuai hasil konsultasi dan therapy yang diberikan oleh dokter spesialis anak. Petugas porter akan memberitahu petuas perinatalogi bahwa akan dipindahkan dari IGD bayi dengan asfiksia Ringan, sedang atau berat dan membutuhkan oksigen atau alat bantu nafas yang lain ‘. (RS 1 dan 2)*

Pada bagian perinatalogi bayi diberi oksigen dan ditempatkan di infant warmer untuk mencegah terjadinya hipotermi. Penanganan rujukan bayi asfiksia selanjutnya dilakukan di bagian Perinatalogi setelah dilakukan penanganan awal di bagian IGD. Penanganan biasanya dilakukan oleh

dokter dan perawat jaga yang selanjutnya dikonsultasikan ke dokter spesialis anak. Di luar jam kerja konsultasi harus dilakukan melalui telepon. Menurut Bidan Desa yang merujuk bayi ke RS, penanganan pertama bayi asfiksia dilakukan di bagian IGD. Tindakan yang dilakukan petugas adalah memberikan oksigen dan cairan infus dan bila keadaan sudah stabil, bayi selanjutnya dipindahkan ke bagian perinatalogi. Hal yang sama diungkapkan informan RS, alur penanganan BBL asfiksia di RS tersebut adalah pertama-tama ditangani oleh dokter dan perawat jaga di bagian IGD dengan prinsip ABC. A adalah airway dari jalan napas, dengan cara memberikan oksigen, B adalah breathing, yaitu membersihkan jalan napas dengan cara suction, dan C adalah circulation, dengan memberikan cairan infus. Selanjutnya dilakukan observasi, apabila keadaan sudah stabil, bayi dikirim ke bagian Perinatalogi. Apabila bayi mengalami asfiksia disertai dengan faktor penyulit, yang membutuhkan peralatan yang lebih lengkap, bayi akan dikirim ke rumah sakit tipe B.

“.....Bayi ditempatkan diruangan perinatalogi, di infant warmer, melakukan pemeriksaan TTV, tindakan lanjutan sesuai hasil konsultasi dokter jaga IGD dengan dokter spesialis anak yang di catat di status catatan rekam medic pasien. Hasil TTV di ruang perinatalogi akan dilaporkan kepada dokter spesialis anak untuk menindak lanjuti perawatan selanjutnya, sesuai kondisi pasien. Pasien akan diberi VTP atau pemasangan CPAP sesuai dengan berat ringannya kondisi bayi, catatan perkembangan pasien secara berkala akan di laporkan ke dokter spesialis anak. (RS 3 dan RS 4)

Kualitas Pelayanan Kasus Rujukan di Rumah Sakit

Sebagian besar Bidan Desa dan ibu bayi yang didukung oleh pernyataan informan dari Dinkes Kabupaten Rejang Lebong menilai kualitas pelayanan rujukan di RS belum optimal. RS rujukan masih sering merujuk lagi bayi asfiksia yang

dirujuk, dengan alasan bayi mengalami masalah penyulit lain yang membutuhkan tindakan, pemeriksaan dan fasilitas yang lebih baik. Pihak RS juga mengakui kemampuan staf yang masih kurang dalam menangani kasus asfiksia BBL dikarenakan hanya beberapa petugas saja yang telah mendapatkan pelatihan tentang resusitasi neonatal ataupun manajemen asfiksia. Staf bagian IGD RS merasakan ketrampilan penanganan bayi asfiksia belum maksimal, alat yang diperlukan untuk melakukan tindakan tersebut juga tidak tersedia di bagian IGD. Kebijakan operasional pelayanan yang ada di RS juga dikeluhkan oleh kepala bagian anak RS karena petugas di bagian Perinatologi selain harus melayani bayi sakit di bagian Perinatologi juga harus melayani bayi sehat, melakukan tindakan keperawatan terhadap anak yang dirawat dan melakukan tindakan penanganan resusitasi neonatal BBL di kamar operasi. Hal tersebut di karenakan bagian perinatology belum memiliki NICU/PICU untuk tindakan khusus pada BBL yang bermasalah, ruang rawat inap anak masih menjadi satu kesatuan dengan peritologi. Uraian diatas seperti yang diungkapkan oleh kepala ruangan dan petugas perinatalogi di bawah ini:

“...Jumlah petugas yang sangat terbatas, petugas perinatalogi harus merangkap menjalankan tugas perawatan di ruang rawat inap anak. Bila ada pasien kebidanan yang operasi seksio maka petugas akan keruang operasi untuk melakukan resusitasi pada bayi baru lahir post sc, dan petugas yang tinggal diruangan hanya 2 orang, tugas mereka terbagi melaksanakan tindakan perawatan pada bayi bermasalah dan pada anak “. (RS 3 dan 4)

Pelatihan Manajemen Asfiksia/Resusitasi Neonatal

Sebagian Bidan sudah mendapatkan pelatihan tentang manajemen asfiksia tetapi waktunya sudah cukup lama, sebagian lagi belum mendapat pelatihan. Pengetahuan tentang penatalaksanaan asfiksia didapatkan saat Bidan Desa masih di pendidikan, seperti

yang di ungkapkan oleh ka sie Kesga Dinkes RL di bawah ini:

“.....Bidan yang masa kerja lebih dari 10 tahun hampir semua sudah mendapatkan pelatihan manajemen asfiksia, kecuali bidan yang baru menyelesaikan pendidikan dan bekerja sebagai bidan ptt, rata-rata belum mendapatkan pelatihan. Karena pelatihan tidak diadakan setaip tahun, dikarenakan masalah dana program dan masalah tekhnis lainnya. Tapi hampir semua bidan yang bertugas melayani masyarakat sudah terpapar tentang penanganan bayi asfiksia, bidan dapat memberikan penanganan bayi asfiksia pada tahap langkah awal dan vtp bagi yang memiliki alat resusitasi “. (D 1)

Hampir seluruh petugas di Rumah Sakit belum mendapatkan pelatihan tentang Resusitasi Neonatal, sehingga keterampilan untuk memberikan pertolongan pertama pada BBL asfiksia yang di rujuk hanya sebatas langkah ABC, selanjutnya pasien akan mendapatkan tindakan lebih lanjut di ruang Penitalogy setelah pasien dikonsulkan ke dokter spesialis anak melalui telepon di luar jam kerja. Hendaknya ha tersebut menjadi pertimbangan pihak RS untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas terkait dengan memberikan pelatihan khusus, agar semua BBL baik yang lahir di Rumah Sakit ataupun BBL yang dirujuk dengan kasus asfiksia dapat tertolong dan mendapatkan tindakan yang tepat, sehingga dapat mengurangi angka kesakitan dan kematian bayi.

Sedangkan di tempat rujukan yaitu rumah sakit hampir semua petugas di RS (di bagian IGD dan bagian Anak) belum mendapatkan pelatihan resusitasi neonatal, seperti pernyataan di bawah ini:

“.....Sampai saat ini hanya 2 orang yang sudah mendapat pelatihan resusitasi neonatal yaitu kepala ruangan dan satu petugas jaga. Tetapi seluruh petugas sudah sangat terbiasa melakukan tindakan resusitasi sesuai dengan pengalaman dan lama masa kerja mereka, keahlian petugas sesuai dengan SOP penanganan asfiksia

yang ada, dan dibawah arahan dokter sesialis anak “. (RS 3)

Belum terlatihnya petugas di tempat rujukan juga menjadi salah satu hal yang harus mendapat perhatian, petugas yang terlatih diharapkan dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi.

Peran Dinas Kesehatan

Menurut informan Dinas Kesehatan tindakan yang dilakukan terhadap Bidan Desa yang melakukan pertolongan persalinan dan didapatkan kasus kematian terhadap ibu ataupun bayi, seperti ungkapan di bawah ini:

“...Bila terjadi kasus kematian bayi maka akan dilakukan Audit Maternal Perinatal yang akan dihadiri oleh seluruh bidan desa, pihak inas kesehatan dan nara sumber yaitu dokter spesialis anak. Pada AMP ini akan diketahui latar belakang kematian bayi, proses persalinan dan kondisi bayi saat lahir serta apa yang telah dilakukan oleh bidan. Kemudian akan dijelaskan langkah-langkah penanganan yang seharusnya. Amp di maksudkan bukan untuk mencari kesalahan tapi untuk menjelaskan bagaimana tindakan yang seharusnya dilakukan“ (D1).

Ungkapan di atas dibenarkan oleh bidan desa, bila ada kasus kematian ibu dan anak maka dilaksanakan AMP:

“.....iya,,kalau ada kasus kematian bayi atau ibu, mau tak mau kami harus AMP,,serasa jadi terdakwa di pengadilan kalau di audit “ (B 6)

PEMBAHASAN

Penatalaksanaan Asfiksia pada BBL

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa bidan desa melakukan tindakan resusitasi BBL pada langkah awal yaitu menghangatkan tubuh bayi dengan membungkus tubuh bayi dengan kain, kemudian melakukan penghisapan lendir dan melakukan rangsangan taktil. Setelah itu dilakukan penilaian kembali apakah bayi

sudah bernafas spontan atau denyut jantung sudah normal dan apakah perlu dilakukan ventilasi tekanan positif. (Depkes RI, 2010). Apabila penanganan Bidan Desa pada kasus asfiksia BBL belum membuat bayi bernafas spontan atau stabil, maka Bidan Desa akan merujuk bayi ke RS, tanpa harus disertai dengan surat rujukan dari puskesmas, tetapi cukup dibuat oleh Bidan Desa.

Ketersediaan alat resusitasi set dan oksigen juga menjadi kendala bagi bidan desa untuk dapat melakukan tindakan resusitasi yang optimal. Sebagian bidan desa belum memiliki resusitasi set dan oksigen. Tujuan utama resusitasi jantung paru dan ketersediaan oksigen diperlukan yaitu untuk melindungi otak secara manual dari kekurangan oksigen, lebih baik terjadi sirkulasi walaupun dengan darah hitam daripada tidak sama sekali. Sirkulasi untuk menjamin oksigenasi yang adekuat sangat diperlukan dengan segera karena sel-sel otak akan menjadi lumpuh apabila oksigen ke otak terhenti selama 8 – 20 detik dan akan mati apabila oksigen terhenti selama 3 - 5 menit. Kerusakan sel-sel otak akan menimbulkan dampak negatif berupa kecacatan atau bahkan kematian.

Sesuai dengan pernyataan standar pelayanan kebidanan penanganan asfiksia neonatorum, bidan mampu mengenali dengan tepat bayi baru lahir dengan asfiksia, serta melakukan resusitasi secepatnya, mengusahakan bantuan medis yang diperlukan dan memberikan perawatan lanjutan. Standar diatas diharapkan menghasilkan penurunan angka kematian bayi akibat asfiksia neonatorum, penurunan angka kesakitan akibat asfiksia neonatorum. Prasyarat standar tersebut diantaranya adalah bidan sudah dilatih dengan tepat untuk mendampingi persalinan dan memberikan perawatan bayi baru lahir. Bidan terlatih untuk menggunakan APGAR, melakukan resusitasi pada BBL tersedianya ruang hangat, bersih, dan bebas asap untuk persalinan. Tersedianya alat resusitasi dalam keadaan baik termasuk ambubag bersih

dalam keadaan berfungsi baik, masker DTT (ukuran 0 dan 1), bola karet penghisap atau penghisap De Lee steril/DTT.

Keputusan Merujuk

Keputusan merujuk yang ditentukan oleh bidan dan keluarga besar mengakibatkan rujukan yang sering terlambat. Untuk itu, Bidan Desa harus lebih intensif memberikan penyuluhan kepada ibu maupun keluarganya untuk menyiapkan rujukan, kecepatan waktu memutuskan dan menyiapkan rujukan yang penting, sehingga keterlambatan penanganan yang berakibat pada kematian dapat dihindari. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hadi, (2005) tentang penatalaksanaan asfiksia bayi baru lahir (BBL) oleh bidan di desa Kabupaten Cirebon menunjukkan bahwa Bidan desa sudah menangani asfiksia BBL dengan benar, tetapi rujukan sering terlambat karena adanya faktor penghambat dari keluarga (ekonomi dan keputusan merujuk harus melibatkan keluarga besar) dan faktor lingkungan (transportasi di desa terpencil sulit terutama pada malam hari), sehingga terjadi kematian BBL asfiksia yang dirujuk ke rumah sakit, Hal ini juga disebabkan karena penanganan rujukan asfiksia BBL di RS belum optimal, dan masih kurangnya keterampilan petugas bagian IGD dalam manajemen asfiksia BBL dan tidak tersedianya alat resusitasi neonatus di bagian IGD.

Keterlambatan dalam merujuk merupakan salah satu factor penyebab tingginya angka kematian bayi, selain itu jika kasus asfiksia berat, ada faktor penyulit (kelainan kongenital, berat bayi sangat rendah), ada masalah transportasi dan keluarga terlambat memutuskan untuk dirujuk. Hasil studi di RS Anak, Lahore, Pakistan menunjukkan adanya hubungan antara waktu untuk mencapai RS rujukan dengan risiko kematian bayi asfiksia yang dirujuk. Bayi asfiksia yang mencapai RS rujukan lebih dari 12 jam sejak terjadinya asfiksia berisiko mengalami kematian atau kecacatan hampir 4 kali lebih tinggi daripada

bayi asfiksia yang mencapai RS rujukan dalam waktu kurang dari 12 jam.

Keterangan di atas juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hadi, (2005) tentang penatalaksanaan asfiksia bayi baru lahir (BBL) oleh bidan di desa Kabupaten Cirebon menunjukkan bahwa Bidan desa sudah menangani asfiksia BBL dengan benar, tetapi rujukan sering terlambat karena adanya faktor penghambat dari keluarga (ekonomi dan keputusan merujuk harus melibatkan keluarga besar) dan faktor lingkungan (transportasi di desa terpencil sulit terutama pada malam hari), sehingga terjadi kematian BBL asfiksia yang dirujuk ke rumah sakit, Hal ini juga disebabkan karena penanganan rujukan asfiksia BBL di RS belum optimal, dan masih kurangnya keterampilan petugas bagian UGD dalam manajemen asfiksia BBL dan tidak tersedianya alat resusitasi neonatus di bagian UGD.

Kebijakan Sistem Pelayanan Rujukan Asfiksia BBL

Pelaksanaan sistem rujukan di Indonesia telah diatur dengan bentuk bertingkat atau berjenjang, yaitu pelayanan kesehatan tingkat pertama, kedua dan ketiga, dimana dalam pelaksanaannya tidak berdiri sendiri-sendiri namun berada di suatu sistem dan saling berhubungan. Menurut Depkes RI (2006) menyatakan bahwa sistem rujukan adalah sistem yang dikelola secara strategis, proaktif, pragmatif dan koordinatif untuk menjamin pemerataan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal yang paripurna dan komprehensif bagi masyarakat yang membutuhkannya terutama ibu dan bayi baru lahir, dimanapun mereka berada dan berasal dari golongan ekonomi manapun agar dapat dicapai peningkatan derajat kesehatan dan neonatal di wilayah mereka berada.

Suatu sistem yang memberikan suatu gambaran tata cara pengiriman neonatus resiko tinggi dari tempat yang kurang mampu memberikan penanganan ke Rumah Sakit yang dianggap mempunyai fasilitas yang lebih mampu dalam hal

penatalaksanaannya secara menyeluruh (mempunyai fasilitas yang lebih dalam hal tenaga medis, laboratorium, perawat/bidan dan pengobatan) (Walyani, 2014). Hal tersebut sesuai dengan pernyataan pihak Dinas Kesehatan Rejang Lebong bahwa rujukan bayi dapat langsung dilakukan ke rumah sakit tanpa harus ke puskesmas wilayah kerja terlebih dahulu.

Bayi yang dirujuk akan langsung ditangani oleh petugas RS walaupun Bidan Desa belum membuat surat rujukan asalkan Bidan Desa mendampingi ke RS, sebagian Bidan Desa tidak mendampingi saat merujuk dengan alasan masih melakukan tindakan terhadap ibu BBL keluarga membawa BBL asfiksia ke RS tanpa didampingi Bidan Desa dan tanpa membawa surat rujukan, jika saat merujuk BBL asfiksia Bidan Desa tidak mendampingi hal tersebut dapat memperberat kondisi BBL dikarenakan selama perjalanan merujuk BBL tidak mendapatkan pertolongan dan tindakan apapun hingga tiba di RS rujukan.

Pendampingan oleh Bidan Desa saat merujuk diperlukan, agar bidan tetap dapat memberikan pertolongan dan bantuan hidup dasar kepada BBL selama perjalanan merujuk, pendampingan juga dimaksudkan untuk mengetahui riwayat dan penyulit saat persalinan juga agar bayi asfiksia dapat segera ditangani oleh tenaga dan fasilitas kesehatan yang lebih baik dan lebih lengkap dari sebelumnya, sehingga akan meningkatkan harapan untuk hidup. Agar bidan tetap dapat melakukan pendampingan saat merujuk sebaiknya pada saat melakukan pertolongan persalinan bidan tidak melakukannya sendiri, akan tetapi ada mitra/partner kerja dalam melakukan pertolongan persalinan. Hal tersebut dimaksudkan bila terjadi kasus rujukan bidan tetap dapat melakukan pelayanan yang optimal baik kepada ibu bersalin ataupun kepada BBL. Secara psikologis melakukan pekerjaan bersama partner kerja dapat menumbuhkan rasa aman dan percaya diri, tempat untuk berbagi dan memecahkan sebuah masalah dan bersama mencari jalan

yang terbaik demi kelangsungan hidup, menurunkan angka kesakitan dan kematian pada ibu dan BBL

Kebijakan lain yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Rejang Lebong adalah apabila bidan desa atau bidan BPM yang mempunyai kasus kematian bayi baru lahir atau kematian ibu maka akan dilaksanakan Audit Maternal Perinatal, yang di hadiri oleh seluruh bidan di kabupaten Rejang Lebong dan sebagai nara sumber adalah Dokter spesialis obstetric dan ginekologi atau dokter spesialis anak, untuk membahas tentang riwayat bayi baru lahir, penyulit yang dialami dan apakah tindakan yang dilakukan sudah memenuhi standar operasional praktik. Hal tersebut dimaksudkan sebagai masukan bagi bidan bagaimana prosedur yang seharusnya dilakukan.

Alur penanganan Bayi Asfiksia di Rumah Sakit

Rumah Sakit Umum Daerah Curup merupakan rumah sakit perawatan bayi baru lahir tingkat II dimana Ditempatkan sekurang-kurangnya 4 tenaga dokter ahli dimana pelayanan yang diberikan berupa pelayanan kehamilan dan persalinan normal maupun risiko tinggi, kemampuan pertolongan resusitasi bbl, sarana penunjang laboratorium dan pemeriksaan radiologis, tindakan pembedahan, pelayanan subspecialistik ialah RS kelas A, RS kelas B pendidikan non pendidikan pemerintah atau swasta.

Perawatan bayi yang baru lahir pada unit ini meliputi pertolongan resusitasi bayi baru lahir dan resusitasi pada kegawatan selama pemasangan endotrakeal, terapi oksigen, pemberian cairan intravena, terapi sinar dan tranfusi tukar, penatalaksanaan hipoglikemi, perawat/bidan BBLR dan bayi lahir dengan tindakan. Pada unit ini diperlukan sarana penunjang berupa laboratorium dan pemeriksaan radiologis serta ketersediaan tenaga medis yang mampu melakukan tindakan bedah segera pada bayi.

Prosedur penanganan kasus rujukan asfiksia BBL pertama dilakukan di IGD. Kemampuan dan keterampilan petugas dan ketersediaan alat resusitasi neonatus, sangat berperan dalam mengatasi kematian dan kesakitan BBL asfiksia, kematian bayi asfiksia yang dirujuk ke RS yang masih tinggi disebabkan oleh penanganan bayi asfiksia di RS rujukan yang belum optimal. Hal tersebut disebabkan oleh ketrampilan petugas yang masih kurang, alat resusitasi neonatus yang tidak tersedia di bagian IGD, serta prosedur penanganan lebih lanjut dilakukan diruang perinatalogi. Hal yang sama diungkapkan informan RS, alur penanganan BBL asfiksia di RS tersebut adalah pertama-tama ditangani oleh dokter dan perawat jaga di bagian IGD dengan prinsip ABC. A adalah airway dari jalan napas, dengan cara memberikan oksigen, B adalah breathing, yaitu membersihkan jalan napas dengan cara suction, dan C adalah circulation, dengan memberikan cairan infus. Selanjutnya dilakukan observasi, apabila keadaan sudah stabil, bayi dikirim ke bagian Perinatalogi. Apabila bayi mengalami asfiksia disertai dengan faktor penyulit, yang membutuhkan peralatan yang lebih lengkap, bayi akan dikirim ke rumah sakit tipe B.

Pelatihan Manajemen Asfiksia/Resusitasi Neonatal

Selama ini pelatihan manajemen asfiksia BBL hanya diberikan kepada penolong persalinan (Bidan Desa). Padahal, setiap pasien rujukan selalu ditangani pertama kali di bagian IGD. Oleh sebab itu, petugas di bagian IGD perlu dibekali dengan ketrampilan manajemen asfiksia BBL.

Tujuan utama resusitasi jantung paru yaitu melindungi otak secara manual dari kekurangan oksigen, lebih baik terjadi sirkulasi walaupun dengan darah hitam daripada tidak sama sekali. Sirkulasi untuk menjamin oksigenasi yang adekuat sangat diperlukan dengan segera karena sel-sel otak akan menjadi lumpuh apabila oksigen ke otak terhenti selama 8 – 20 detik dan akan mati apabila oksigen terhenti selama 3 - 5

menit. Kerusakan sel-sel otak akan menimbulkan dampak negatif berupa kecacatan atau bahkan kematian.

Uraian diatas sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Junianto, T (2010) dalam penelitiannya Pengetahuan Perawat Tentang Kegawatan Nafas Dan Tindakan Resusitasi Pada Neonatus Yang Mengalami Kegawatan Pernafasan Di Ruang Nicu, Ruang Perinatologi Dan Ruang Anak Rsud Gunung Jati Cirebon Tahun 2010, pengetahuan dan keterampilan tindakan resusitasi untuk selalu ditingkatkan baik formal maupun nonformal sehingga dalam pemberian asuhan keperawatan pada situasi kritis dapat dilakukan dengan lebih efektif dan bagi pihak rumah sakit bertanggung jawab memberikan fasilitas dan sarana yang memadai bagi tenaga kesehatan untuk dapat meningkatkan pengetahuan baik berupa pelatihan maupun pendidikan berjenjang dalam rangka memberikan pelayanan prima kepada masyarakat.

Selain itu, perlu juga melengkapi alat resusitasi neonatus di bagian IGD dan menyederhanakan prosedur penanganan kasus rujukan, sehingga angka kematian neonatal akibat asfiksia dapat diturunkan lebih besar lagi. Studi di RS Blantyre, Malawi, Afrika membuktikan, perbaikan kualitas pelayanan kegawatdaruratan dengan meningkatkan kemampuan petugas bagian IGD melalui pelatihan dan memperbaiki prosedur penanganan pasien rujukan mampu menurunkan angka kematian pasien anak rujukan dari 10-18% menjadi 68%.

KESIMPULAN

Bidan di desa sudah melakukan penanganan asfiksia BBL yang meliputi langkah awal dan sebagian memberikan langkah awal dan tindakan ventilasi tekanan positif, Sebagian bidan desa belum mempunyai alat resusitasi, sesuai dengan pernyataan standar pelayanan kebidanan penanganan asfiksia neonatorum. Proses rujukan sering terlambat karena faktor penghambat dari keluarga (keputusan merujuk ke RS yang melibatkan keluarga

besar memakan waktu lama, masih terikat dengan adat budaya setempat dan masalah ekonomi) serta faktor lingkungan (transportasi sulit terutama pada malam hari) dan keadaan jalan yang rusak juga menjadi salah factor keterlambatan dalam merujuk.

Penanganan BBL asfiksia asfiksia di RS belum optimal karena hampir semua petugas bagian IGD belum mengikuti pelatihan manajemen asfiksia BBL atau Resusitasi Neonatal. Selain itu, di bagian IGD tidak tersedia alat resusitasi neonatus. Padahal, prosedur penanganan kasus rujukan pertama kali dilakukan di bagian IGD. Akan dilakukan Audit Maternal dan Neonatal oleh Dinas Kesehatan untuk Bidan Desa bila salah satu Bidan Desa yang melakukan pertolongan persalinan mendapatkan kasus kematian ibu atau kematian bayi.

Disarankan, perlu upaya untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang asfiksia dan penanganannya sehingga rujukan tidak terlambat. Untuk

mengatasi masalah ekonomi hendaknya dana Jaminan Kesehatan Daerah benar-benar diberikan kepada pihak yang berhak dan membutuhkan. Transportasi rujukan, perlu adanya ambulance desa, disamping menggiatkan kembali program tabulin, dan desa siaga. Peralatan dan Kemampuan Bidan Desa untuk menangani kasus asfiksia BBL perlu ditingkatkan melalui pelatihan manajemen asfiksia ataupun seminar yang berhubungan dengan masalah pada BBL, serta Penyediaan alat resusitasi bayi baru lahir asfiksia.

Bayi baru lahir dengan asfiksia yang di rujuk ke Rumah sakit harus didampingi oleh bidan penolong persalinan karena tindakan bantuan pernafasan harus diberikan selama perjalanan merujuk.

Rumah sakit dan instansi terkait perlu meningkatkan keterampilan dan pengetahuan petugas dengan mengirim petugas untuk pelatihan resusitasi neonatal NICU dan PICU

DAFTAR RUJUKAN

- AAP dan AHA, (2006), *Buku Panduan Resusitasi Neonatus, Edisi Ke-5*, Perkumpulan Perinatologi Indonesia (PERINASIA)
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta : Rineka Cipta
- Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Prasekolah*. Marmi S.ST. dan Kukuh Rahardjo. Pustaka Pelajar, Yogyakarta, 2012
- Depkes RI, (2012). *Buku Acuan Manajemen Asfiksia Bayi Baru Lahir untuk Bidan*, Jakarta
- Fauziah (2013). *Asuhan Neonatus Risiko Tinggi dan Kegawatan*. Nuha Medika. Yogyakarta
- Fida.(2012). *Pengantar ilmu kesehatan anak*. Jogjakarta: D-medika. *Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI). Bayi Berat Lahir Rendah. Dalam : Standar Pelayanan Medis Kesehatan Anak*. Edisi II. Jakarta : 2006 ; 307-313.
- Indrayani. 2013 *Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: CV.TRANS INFO MEDIA.
- JNPK-KR/POGI. *Pelatihan asuhan persalinan normal*. Revisi 2007. JHPIEGO
- Kattwinkel J et al. Special Report Neonatal Resuscitation: 2010 *American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Pediatrics* 2010;126:e1400-e1413.
- Kemenkes (2011). *Sistem Rujukan Neonatus dengan Komplikasi*. Jakarta

- Maryunani , *Asuhan Kegawat Daruratan Maternal dan Neonatal*, Trans Info Media, Jakarta
- Notoatmodjo, S. (2013). *Promosi kesehatan dan ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta
- Perinasia, IDAI (2006).). *Buku Panduan Resusitasi Neonatus*, Edisi-5. Jakarta :Perkumpulan Perinatologi Indonesia (Perinasia)
- Prawiroharjo, Sarwono. (2010). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka.
- Sudarti (2014), *Patologi Kehamilan, Persalinan, nifas dan Neonatus Risiko Tinggi*. Nuha Medika. Jakarta
- Rochmah. 2012. *Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita*: EGC.
- Wahyuni, Sari. 2012. *Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita*: Penuntun Belajar Praktik Klinik. Jakarta: EGC.
- Winkjosastro, S. (2005). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Wyllie J, et al. Part 11: *Neonatal Resuscitation*. 2010 *International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations*. Resuscitation 2010;81S:e260-e287.
- Yeyeh Rukiyah, Yeyeh. 2012 *Asuhan neonatus bayi dan balita*. Jakarta: CV Trans Info Media