

Studi Kualitatif : Pelayanan Rujukan Asfiksia Bayi Baru Lahir di Kabupaten Cirebon Jawa Barat

Ella Nurlaella Hadi*

Abstrak

Pada tahun 2005, studi penatalaksanaan asfiksia bayi baru lahir (BBL) oleh bidan di desa Kabupaten Cirebon menemukan kematian asfiksia BBL yang dirujuk ke rumah sakit masih tinggi. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan informasi yang mendalam tentang proses rujukan, alur penanganan rujukan kasus asfiksia BBL di RS dan kualitas pelayanan di RS rujukan Kabupaten Cirebon. Untuk itu, digunakan pendekatan kualitatif dengan metode studi kasus. Hasil penelitian menunjukkan BdD 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). Disamping, karena penanganan rujukan asfiksia BBL di RS belum optimal, karena masih kurangnya keterampilan petugas bagian UGD dalam manajemen asfiksia BBL dan tidak tersedianya alat resusitasi neonatus di bagian UGD, padahal prosedur penanganan kasus rujukan pertama kali di bagian UGD.

Kata kunci : Pelayanan rujukan, asfiksia, BBL.

Abstract

In Cirebon district (2005) research on village midwives's experience in managing birth asphyxia showed mortality of newborns with asphyxia who were referred to the hospitals were still high. This research was aimed to assess referral process, management procedure of referral birth asphyxia cases and quality of care given in the referral hospitals. This study was conducted using qualitative approach focusing on case study method. The result of this study showed that village midwives managed birth asphyxia correctly, but referral of newborn cases was often delayed, because of community factors (finance and delayed decision making by whole family to refer the newborn to the hospitals) and environmental factor (transportation in remote villages was difficult, especially at night. Besides that, referral hospitals were not yet providing adequate emergency care for referral cases of birth asphyxia. These were primarily due to lack of skills in management of birth asphyxia and unavailability of resuscitation device in emergency room.

Key words : Referral health services, Asphyxia, newborn.

*Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Gd. D Lt. 1 FKM UI, Kampus Baru UI Depok 16424 (e-mail: ellanhadi@yahoo.com)

Pertemuan puncak para pemimpin dunia pada bulan September tahun 2000 menghasilkan kesepakatan yang disebut *Millenium Development Goals* (MDGs), yang diharapkan tercapai pada tahun 2015. Tujuan keempat dari kesepakatan tersebut (MDG-4) adalah menurunkan angka kematian balita (AKBA) sebesar dua pertiganya dari tahun 1990.^{1,2} Di seluruh dunia, setiap tahun lahir 129 juta bayi, sekitar 4 juta di antaranya meninggal pada masa neonatal sebelum mencapai usia 28 hari. Dengan demikian, setiap hari terjadi 10.000 kematian neonatal atau setiap menit terjadi tujuh kematian neonatal.³ Menurut perkiraan World Health Organization (WHO) kematian neonatal adalah 36% dari 10,8 juta kematian balita dan sekitar 99% di antaranya terjadi di negara berkembang.^{4,5}

Di Indonesia, pada periode 2002-2003, angka kematian neonatal diperkirakan 20/1000 kelahiran hidup.⁶ Itu berarti bahwa secara absolut setiap tahun terjadi 100.454 kematian bayi sebelum berumur satu bulan dari sekitar 4.608.000 bayi yang lahir setiap tahun. Angka tersebut jauh lebih besar daripada angka kematian ibu pada tahun yang sama adalah 307/100.000 kelahiran hidup.

Penelitian di Kabupaten Cirebon menunjukkan 88% kematian neonatal terjadi pada periode neonatal dini ketika bayi berumur 0-7 hari. Penyebab kematian pada masa neonatal dini tersebut adalah asfiksia (44%), infeksi (20%), kelainan kongenital (13%) dan hipotermia (6%).⁷ Untuk menanggulangi masalah tersebut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI) dan berbagai lembaga swadaya masyarakat telah mengembangkan modul Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) dan modul Penatalaksanaan Asfiksia pada Bayi Baru Lahir (BBL). Kedua modul tersebut telah dibagikan dan dilatihkan kepada seluruh bidan di desa (BdD) di Kabupaten Cirebon. Upaya tersebut terbukti banyak membantu para bidan melakukan penatalaksanaan gangguan kesehatan pada neonatus. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani akan dirujuk ke rumah sakit. Namun, di Kabupaten Cirebon masih banyak keluarga yang menolak dirujuk guna mendapatkan pertolongan di fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih lengkap. Selain itu, kualitas pelayanan rujukan khususnya rumah sakit (RS) masih kurang baik.⁸ Studi pengalaman Bidan di dalam manajemen asfiksia BBL di Kabupaten Cirebon mendapatkan beberapa kasus bayi yang dirujuk meninggal di RS, walaupun sebelumnya telah mendapatkan penanganan resusitasi oleh bidan di desa.⁹ Hal tersebut menimbulkan pertanyaan, mengapa setelah dirujuk ke pelayanan kesehatan dengan fasilitas yang lebih lengkap (RS) bayi justru meninggal? Apakah disebabkan oleh rujukan yang terlambat, penanganan RS yang terlambat atau karena penanganan di RS yang kurang baik, atau oleh sebab yang lain? Untuk itu, diperlukan informasi yang mendalam tentang pelayanan rujukan kasus asfiksia

BBL di Kabupaten Cirebon, baik dari segi pemanfaatan, kualitas, maupun hambatanya.

Metode

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan studi kasus, karena guna mendapatkan informasi yang mendalam tentang proses rujukan, alur penanganan rujukan kasus asfiksia BBL dan kualitas pelayanan di RS rujukan Kabupaten Cirebon. Informasi tentang pengalaman menangani kasus rujukan neonatal diambil dari 2 RS yang banyak mendapat rujukan kasus asfiksia BBL. Selain itu, informasi juga dikumpulkan dari bidan yang berasal dari desa Palimanan, Winong, Dukupuntang dan Susukan di wilayah Cirebon Barat dan desa Sedong, Pabuaran, Tersana dan Astanalanggar di wilayah Cirebon Timur.

Informan pada penelitian ini meliputi: 1) penentu kebijakan yang terdiri dari: Kasie Kesga Dinkes Kabupaten Cirebon, Kabag Unit Gawat Darurat (UGD) dan Kabag Anak RS; 2) 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; 3) klien, yang terdiri dari: ibu BBL dengan kasus asfiksia yang dirujuk ke RS dan bayinya mati serta yang bayinya hidup.

Data dikumpulkan dengan menggunakan metode wawancara mendalam dengan menggunakan instrumen pedoman wawancara mendalam. Sebelum diwawancarai kepada informan diminta persetujuan untuk diwawancara dengan menandatangani formulir *informed consent*. Untuk menjaga validitas data digunakan triangulasi sumber. Tahapan pengolahan data yang dilakukan meliputi langkah-langkah berikut: melengkapi catatan lapangan menjadi transkrip, melakukan analisis dan diinterpretasi dengan menggunakan metode analisis isi.

Hasil

Karakteristik Informan

Informan penentu kebijakan dan *provider* terdiri dari petugas rumah sakit (RS), Kasie Kesga Dinkes Kabupaten Cirebon dan bidan di desa (BdD). Usia *provider* RS dan Dinkes bervariasi pada kisaran 27-52 tahun, dengan pendidikan: dokter spesialis, dokter umum, D3 kebidanan, D3 keperawatan dan SPK, dengan lama kerja antara 5-25 tahun. Usia BdD berkisar 27-35 tahun, dengan pendidikan adalah D1 Kebidanan, lama kerja 5-12 tahun dan rata-rata jumlah persalinan yang ditolong 4-7 persalinan/bulan. Kasus asfiksia BBL yang pernah ditangani BdD bervariasi antara 2-3 kasus, dengan hasil kebanyakan hidup.

Usia informan ibu bervariasi antara 20-32 tahun, dan

Tabel 1. Sumber, Jenis dan Metode Pengumpulan Data

| Sumber Data | Jumlah | Metode Pengumpulan Data | Jenis Data |
|--|----------|-------------------------|----------------------------|
| Ibu yang bayinya mati setelah dirujuk ke RS | 4 orang | Wawancara Mendalam | Riwayat bayi dirujuk ke RS |
| Ibu yang bayinya hidup setelah dirujuk ke RS | 4 orang | Wawancara Mendalam | Proses Rujukan |
| BdD yg menangani/ merujuk bayi yg mati di RS | 4 orang | Wawancara Mendalam | Alur penanganan bayi di RS |
| BdD yg menangani & merujuk bayi yg hidup di RS | 4 orang | Wawancara Mendalam | Kualitas pelayanan di RS |
| Kepala UGD-RS | 2 orang | Wawancara Mendalam | Hambatan dalam rujukan |
| Petugas UGD-RS | 2 orang | Wawancara Mendalam | |
| Kepala Bagian Anak RS | 2 orang | Wawancara Mendalam | |
| Petugas Bagian Anak RS | 2 orang | Wawancara Mendalam | |
| Kasie Kesga Dinkes Kab. Cirebon | 1 orang | Wawancara Mendalam | |
| Jumlah | 25 orang | | |

separuhnya berpendidikan SMA, sedangkan sisanya SD dan SMP kecuali seorang yang berpendidikan S1. Sebaliknya, separuh informan ibu suaminya berpendidikan SD, walaupun ada pula yang lulus SMA, D3 dan S1. Sebagian ibu tidak bekerja dan sebagian lagi bekerja sebagai pedagang, petani dan guru SD. Sedangkan suami informan bekerja sebagai pedagang, petani dan sopir. Jenis dan jumlah informan serta metode pengumpulan data dan jenis data dapat dilihat pada tabel 1.

Proses Rujukan Kasus Asfiksia BBL

Hampir seluruh BdD yang menangani asfiksia BBL melakukan tindakan resusitasi yang meliputi langkah awal dan ventilasi. Tindakan resusitasi yang dilakukan hanya mampu membuat bayi merintih, tetapi dengan kondisi napas masih megap-megap. Oleh sebab itu, seluruh BdD tersebut merujuk bayi ke RS.

Sebagian besar ibu mengatakan, bayi sehat tidak boleh dibawa ke luar rumah sebelum tali pusatnya putus karena khawatir diganggu makhluk halus. Namun, ketentuan tersebut tidak berlaku apabila bayi menderita sakit atau dalam keadaan darurat. Oleh sebab itu, sebagian besar ibu dan keluarga menyetujui bayi yang mengalami asfiksia dirujuk ke RS, meskipun sebelumnya telah mendapat pertolongan resusitasi dari BdD. Sebagian kecil ibu dan keluarga ada yang 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.

Keputusan Merujuk BBL

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. Hasil studi ini menunjukkan bahwa walaupun sebagian besar ibu dan BdD mengatakan keluarga langsung menyetujui bayi dirujuk ke RS, tetapi ada sebagian kecil yang memutuskan dalam waktu yang cukup lama, bahkan ada yang memerlukan waktu lebih dari 3 jam. 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.

Waktu Tempuh dan Transportasi Rujukan

Menurut ibu dan BdD yang merujuk bayi yang meninggal, waktu tempuh dari rumah ke RS di wilayah Barat dan Timur Kabupaten Cirebon berada pada kisaran 15-30 menit, sedangkan menurut ibu dan BdD yang bayi dirujuk hidup pada kisaran 10-60 menit. Perjalanan ke RS tidak memerlukan waktu yang lama, tetapi menurut BdD, kendaraan masih sering menjadi masalah dalam proses rujukan. Hal yang sama diungkapkan oleh informan *provider* RS bahwa kendaraan sering menjadi kendala dalam merujuk bayi asfiksia dari desa yang terpencil ke RS, terutama pada malam hari. Hal ini disebabkan oleh pada malam hari kendaraan umum sudah tidak ada dan pemilik kendaraan umum pada umumnya adalah orang kota. Pernyataan yang sama diungkapkan oleh informan dari Dinkes Kabupaten Cirebon yang mengatakan bahwa di Kabupaten Cirebon, program ambulans desa belum berjalan, walaupun pernah disosialisasikan pada waktu pelaksanaan program Gerakan Sayang Ibu (GSI).

Kebijakan Sistem Pelayanan Rujukan Asfiksia BBL

Menurut informan Dinkes Kabupaten Cirebon, kebijakan sistem pelayanan rujukan asfiksia BBL, mengizinkan bidan merujuk bayi asfiksia secara langsung ke RS tanpa harus disertai dengan surat rujukan dari puskesmas. Apabila memungkinkan, bidan diwajibkan mendampingi bayi asfiksia ke RS. Kebijakan ini, seharusnya dapat mempercepat proses rujukan dan pena-

nganan di RS, karena surat rujukan langsung dibuat oleh bidan. Berdasarkan hasil wawancara terhadap BbD didapatkan, seluruh BbD mendampingi bayi asfiksia yang dirujuknya dengan ditemani oleh keluarga bayi. Anggota keluarga yang biasa ikut mendampingi bayi adalah bapak bayi, kakak atau kakak ipar dan bapak atau mertua dari ibu bayi. Bahkan menurut seorang BbD, ada juga yang disertai oleh uak, paman, bibi dan nenek dari ibu bayi.

Meskipun semua BbD ikut mendampingi bayi asfiksia ke RS, tetapi tidak seorangpun BbD yang sudah membuat surat rujukan. Hal tersebut terjadi dengan alasan situasi yang tidak memungkinkan dan BbD ingin bayi secepat mungkin mendapatkan pertolongan di RS. Surat rujukan baru dibuat BbD di RS ketika bayi sudah mendapatkan penanganan dari petugas RS. Hal tersebut tampaknya tidak menjadi masalah sepanjang BbD ikut mendampingi bayi ke RS.

Sejak tahun 2004, gubernur Jawa Barat menyediakan dana Raksa Desa untuk kasus komplikasi kehamilan dan bayinya. Oleh sebab itu, semua kasus asfiksia BBL yang dirujuk ke RS tidak dikenai biaya asalkan mempunyai kartu Askes atau surat keterangan tidak mampu (SK-TM).

Alur penanganan Bayi Asfiksia di Rumah Sakit

Menurut informan Dinkes Kabupaten Cirebon, penanganan bayi asfiksia yang dirujuk ke RS belum berjalan sebagaimana mestinya. Semua BbD telah mengikuti pelatihan manajemen asfiksia BBL, sehingga mereka mengetahui saat harus merujuk. Namun, pihak RS belum siap melakukan penanganan, karena belum semua petugas di RS (di bagian UGD dan bagian Anak) telah mendapatkan pelatihan manajemen asfiksia BBL. Oleh sebab itu, angka kematian kasus asfiksia BBL yang dirujuk ke RS cukup tinggi. Salah satu dari dua RS yang ada di wilayah Barat dan Timur kabupaten Cirebon, telah membentuk tim penanganan kasus rujukan asfiksia BBL. Namun, angka kematian rujukan kasus asfiksia BBL justru lebih tinggi terjadi di RS tersebut.

Berdasarkan penuturan seorang BbD dan ibu yang bayinya meninggal setelah dirujuk ke RS, penanganan yang dilakukan petugas UGD RS X adalah mengirim bayi ke bagian Perinatologi karena di bagian UGD belum ada peralatan resusitasi neonatus. Di bagian perinatologi bayi diberi oksigen dan dihangatkan dengan lampu karena inkubator penuh. Selain itu, dilakukan pemasangan infus, yang selangnya dibeli pihak keluarga. Karena dikhawatirkan mengalami hipotermi, bayi disarankan untuk dibawa ke RS lain karena semua inkubator di RS sedang dipakai. Keluhan yang sama diungkapkan oleh ibu dan BbD yang merujuk bayi ke RS X dan meninggal pada keesokan harinya. Bayi yang ketika sampai di bagian UGD menangis keras, kurang mendapat perhatian petugas UGD yang lebih memperhatikan

pasien lain. Akibatnya, pemasangan infus dan oksigen dilakukan oleh BbD yang merujuk. Selanjutnya, bayi dibawa ke bagian Perinatologi dan atas dasar konsultasi dokter jaga dengan dokter spesialis anak, bayi diberi obat, yang terlebih dahulu harus dibeli oleh keluarganya.

Hasil yang tidak berbeda diungkapkan informan dari RS X yang mengatakan, penanganan rujukan bayi asfiksia langsung dilakukan di bagian Perinatologi karena di bagian UGD tidak ada peralatannya. 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 BbD yang merujuk bayi ke RS Y, penanganan pertama bayi asfiksia dilakukan di bagian UGD. Tindakan yang dilakukan petugas adalah memberikan oksigen dan cairan infus dan bila keadaan sudah stabil, bayi selanjutnya dipindahkan ke bagian perinatologi. Hal yang sama diungkapkan informan RS Y, alur penanganan BBL asfiksia di RS tersebut adalah pertama-tama ditangani oleh dokter dan perawat jaga di bagian UGD 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 Perinatologi. Apabila bayi mengalami asfiksia disertai dengan faktor penyulit, seperti tetanus neonatorum yang membutuhkan peralatan yang lebih lengkap, bayi akan dikirim ke rumah sakit tipe B.

Kualitas Pelayanan Kasus Rujukan di Rumah Sakit

Sebagian besar BbD dan ibu bayi yang didukung oleh pernyataan informan dari Dinkes Kabupaten Cirebon menilai kualitas pelayanan rujukan di RS belum optimal. RS rujukan masih sering merujuk lagi bayi asfiksia yang dirujuk, dengan alasan RS penuh atau sarana tidak ada. Menurut BbD, masih banyak petugas RS sakit yang lambat menangani bayi asfiksia dan belum sesuai dengan prosedur yang seharusnya, sehingga membahayakan keselamatan jiwa bayi yang berakibat pada kematian. Hal ini menunjukkan masih banyak petugas RS yang belum memahami cara penanganan asfiksia BBL. Pihak RS juga mengakui kemampuan staf yang masih kurang dalam menangani kasus asfiksia BBL. Oleh sebab itu, RS X dan RS Y telah memberikan pelatihan manajemen asfiksia BBL kepada staf, khususnya staf di bagian Kebidanan dan Perinatologi. Staf bagian UGD RS X merasakan ketrampilan penanganan bayi asfiksia yang diperolehnya dari pelatihan kurang dapat dipraktekkan karena selain kasusnya jarang, alat yang diperlukan untuk melakukan tindakan tersebut juga tidak tersedia di bagian UGD.

Kebijakan operasional pelayanan yang ada di RS X juga dikeluhkan oleh kepala bagian Anak RS X, karena

petugas di bagian Perinatologi selain harus melayani bayi sakit di bagian Perinatologi juga harus melayani bayi sehat di bagian Kebidanan, dan membantu di bagian UGD dan kamar operasi, padahal jumlah staf di bagian Perinatologi sedikit.

Pembahasan

Hasil studi ini menunjukkan bahwa apabila penanganan BbD pada kasus asfiksia BBL belum membuat bayi bernapas spontan atau stabil, maka BbD akan merujuk bayi ke RS, tanpa harus disertai dengan surat rujukan dari puskesmas, tetapi cukup dibuat oleh BbD. Bayi yang dirujuk akan langsung ditangani oleh petugas RS walaupun BbD belum membuat surat rujukan asalkan BbD mendampingi ke RS. Hal ini dimaksudkan agar bayi asfiksia dapat segera ditangani oleh tenaga dan fasilitas kesehatan yang lebih baik dan lebih lengkap dari sebelumnya,¹⁰ sehingga akan meningkatkan harapan untuk hidup.

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 UGD, serta prosedur penanganan kasus rujukan harus melalui bagian UGD terlebih dahulu, sehingga penanganan menjadi terlambat. Penelitian di 8 propinsi Afrika Selatan,¹¹ dan Malawi (Afrika),¹² menemukan hasil yang sama, yaitu manajemen asfiksia BBL di RS yang tidak optimal, sebagai akibat jumlah staf dan alat resusitasi neonatus di RS kurang. Juga terbukti bahwa prosedur penanganan pasien rujukan di RS Blantyre, Malawi, Afrika dan kemampuan petugas bagian UGD yang masih kurang merupakan salah satu penyebab angka kematian anak yang dirujuk ke RS tersebut tinggi.¹³

Kemampuan petugas dan ketersediaan alat resusitasi neonatus di bagian UGD, serta prosedur penanganan kasus rujukan menyebabkan penanganan kasus rujukan asfiksia BBL terlambat. Selain itu, jika kasus asfiksia berat, ada faktor penyulit (kelainan kongenital, berat bayi sangat rendah),¹⁴ 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.¹⁵

Keputusan merujuk yang ditentukan oleh keluarga besar mengakibatkan rujukan yang sering terlambat. Untuk itu, BbD harus lebih intensif memberikan penyuluhan kepada ibu hamil maupun keluarganya untuk menyiapkan rujukan, khususnya kepada ibu hamil yang

memiliki komplikasi kehamilan. BbD harus menekankan kepada ibu hamil dan keluarganya kecepatan waktu memutuskan dan menyiapkan rujukan yang penting, sehingga keterlambatan penanganan yang berakibat pada kematian dapat dihindari.

Selama ini pelatihan manajemen asfiksia BBL di tingkat RS hanya diberikan kepada penolong persalinan (bagian Kebidanan) dan petugas di bagian Perinatologi. Padahal, setiap pasien rujukan selalu ditangani pertama kali di bagian UGD. Oleh sebab itu, petugas di bagian UGD perlu dibekali dengan ketrampilan manajemen asfiksia BBL. Selain itu, perlu juga melengkapi alat resusitasi neonatus di bagian UGD 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 UGD melalui pelatihan dan memperbaiki prosedur penanganan pasien rujukan mampu menurunkan angka kematian pasien anak rujukan dari 10-18% menjadi 6-8%.¹⁰

Kesimpulan

Bidan di desa sudah melakukan penanganan asfiksia BBL dengan benar, tetapi rujukan sering terlambat karena faktor penghambat dari keluarga (keputusan merujuk ke RS yang melibatkan keluarga besar memakan waktu lama dan masalah ekonomi) dan faktor lingkungan (transportasi sulit terutama di desa terpencil pada malam hari). Kasus asfiksia BBL dapat langsung dirujuk ke RS dengan membawa surat rujukan dari BbD atau BbD langsung mendampingi. Penanganan asfiksia BBL di RS belum optimal karena belum semua petugas bagian UGD mengikuti pelatihan manajemen asfiksia BBL. Selain itu, di bagian UGD tidak tersedia alat resusitasi neonatus. Padahal, prosedur penanganan kasus rujukan pertama kali dilakukan di bagian UGD. Kebijakan yang mengharuskan pasien membeli obat atau alat terlebih dahulu sebelum melakukan tindakan kepada bayi asfiksia dirasakan sangat memberatkan keluarga pasien dan memperlambat waktu penanganan. Sejak tahun 2004, tersedia dana reksa desa yang dapat dimanfaatkan oleh keluarga yang tidak mampu

Saran

Perlu upaya untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang asfiksia dan penanganannya sehingga rujukan tidak terlambat. Untuk mengatasi masalah ekonomi dan transportasi rujukan, sosialisasi dana raksa desa perlu ditingkatkan, disamping menggiatkan kembali program tabulin, dasolin dan ambulans desa. Agar program Dinkes Kabupaten Cirebon dalam menurunkan angka kematian neonatal akibat asfiksia dapat tercapai

maka bantuan dari pihak rumah sakit sangat diperlukan, untuk itu peralatan dan kemampuan petugas untuk menangani kasus asfiksia BBL perlu dilengkapi dan ditingkatkan. Rumah sakit dan instansi terkait perlu memikirkan kebijakan baru untuk menyediakan obat dan alat yang diperlukan untuk memberikan pertolongan pada kasus kegawatdaruratan tanpa pasien harus membayar dimuka.

Daftar Pustaka

1. The United Nations Department of Public Information. The millenium development goals and the united nations role, Oktober 2002.
2. UN Millenium Development Goals (MDG). 2004. Diunduh dari: <http://www.un.org/millenniumgoals/>
3. Troedsson dan Martines. Perinatal and neonatal health intervensions research. *Journal of Perinatology*. 2002;22:p.s5-s9.
4. WHO. The World Health Report 2005: make every mother and child count. 2005: p.8-10.
5. WHO. Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates. WHO: 2006.
6. BPS, BKKBN, Depkes RI, ORC Macro, 2002-2003, Survei Demografi Kesehatan Indonesia, Calverton, Maryland.
7. Djaja Sarimawar, Soemantri Suharsono. Studi autopsi verbal kematian neonatal di Kabupaten Cirebon, Jawa Barat. Jakarta: PATH-Puslitbang Depkes RI: 2005.
8. Damayanti R, Ayubi D, Mahmud R, Retnoningsih E, Duarsa, Mulyana N. Studi kualitatif kematian neonatal di Kabupaten Cirebon. Depok: PATH-Pusat Penelitian Kesehatan FKM UI; 2004.
9. Hadi, Ella N. Studi kualitatif pengalaman bidan di desa dalam manajemen afiksia di Kabupaten Cirebon. Depok: PATH-Program Studi IKM FKM UI; 2005.
10. Sweeney, B. The referral system. *British Medical Journal*. 1994;309:p. 1180-1181.
11. Couper, Thurley, Hugo. The neonatal resuscitation training project in rural South Africa. *The International Electronic: Journal of Rural and Remote Health Research, Education, Practice and Policy*. 2005;5:459.
12. Bream, KDW, Gennaro S, Kafulatula U, Mbweza E, Hehir D. Barriers to and facilitators for newborn resuscitation in Malawi, Africa. *Journal Midwifery Women Health*. 2005;50(4):p.329-334.
13. Molyneux, Ahmad, Robertson. Improved triage and emergency care for children reduce impatient mortality in a resource-constrain setting. *Bulletin of the World Health Organization*. 2006;84(4):p.314-319.
14. Kattwinkel, Niermeyer S, Denson S.E, Zaichkin J. Neonatal resuscitation. 4th Edition. Amerika: American Heart Association and American Academy of Pediatrics; 2000.
15. Sultan dan Maqbool. Does early referral to tertiary care decrease the mortality related to birth asphyxia? *Journal of the College of Physicians and Surgeos Pakistan*. 2006;16(3):p.220-222.