



Peranan Bidan Desa dalam menangani dan merujuk kasus bayi baru lahir asfiksia di Kabupaten Cirebon

The Role of midwives in handling and referring newborn babies with asphyxia in Cirebon District

Helwiah Umniyati

Department of Nutrition, Faculty of Medicine YARSI University, Jakarta

KEYWORDS *Asphyxia; neonatal death; midwives; resuscitation*

ABSTRACT *Each year 3 million newborns die during the first seven days of life, accounting for 75% of all neonatal deaths. At least 1 million babies die during their first 24 hours of life. Three major causes of neonatal death are infections (pneumonia, diarrhea, and tetanus) 36%, preterm birth 28% and asphyxia 23%. Causes of death vary between the early and late neonatal periods, with deaths caused by preterm birth, asphyxia and congenital defects occur predominantly during the first week of life and infection is the major cause of neonatal deaths thereafter. In Indonesia based on 2001 Household Health Survey (SKRT 2001) neonatal death caused by asphyxia was 27% which was the second cause of neonatal death after low birth weight. The objective of this study was to learn the role of midwives in handling and referring birth asphyxia in Cirebon District by using qualitative method. The result showed that many people living in villages in Cirebon district did not understand the causes of asphyxia. They thought that babies could not cry because of bad spirit or devil. The midwives were capable of handling the asphyxia babies according to their knowledges obtained from training about asphyxia management. Sometimes however, the midwives encountered some constrains in practice such as low birth weight babies (only 1,4 Kg) and oversize concave cover for resuscitation. Other limiting factors occurred when the midwives would like to refer the babies to the hospital. The families might refuse with some reasons such as, no trust in the medical staff, shortage of money or difficulty in finding transportation. Lack of incubator in the hospital was also another obstacle.*

Setiap tahun, diperkirakan 4 juta bayi mati di seluruh dunia sebelum mencapai usia 28 hari. Ini dapat diartikan 7 bayi baru lahir mati setiap menitnya atau 10.000 setiap harinya dan hampir semua kematian yaitu 98% terjadi di negara berkembang (Troedsson, Martines 2002, Moss *et al.*, 2002). Menurut Lawn *et al* (2004) 75% dari seluruh kematian neonatal setiap tahunnya yaitu sebanyak tiga juta bayi mati dalam tujuh hari pertama kelahiran. Paling sedikit 1 juta bayi meninggal selama 24 jam pertama ke-hidupannya. Tiga penyebab utama kematian neonatal adalah infeksi (pneumonia, diare dan tetanus); 36%, kelahiran preterm; 28% dan asfiksia; 23%. Penyebab kematian bervariasi antara kematian neonatal periode awal dan kematian neonatal periode lanjut dimana kematian yang disebabkan oleh lahir preterm, asfiksia dan cacat kongenital muncul lebih dominan selama minggu pertama kehidupan sementara infeksi merupakan penyebab utama kematian neonatal setelah itu (Lawn, Cousens dan

Zupan 2005 dalam laporan The World Bank Group 2006, Moss *et al.*, 2002).

Asfiksia bayi baru lahir (BBL) adalah ketidakmampuan bayi untuk bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir (Beck *et al.*, 2004). Menurut WHO (2001), Kumar (2002) setiap tahunnya diperkirakan ada sekitar 5 juta kasus asfiksia di negara berkembang. Hasil penelitian Alisyahbana (1990) di Tanjungsari, Jawa Barat, asfiksia merupakan penyebab utama kematian bayi pada minggu pertama kehidupan (*early neonatal*).

Penyebab asfiksia mungkin berkaitan dengan keadaan ibu dimana ibu mengalami preeklamsi dan eklamsi, perdarahan abnormal (plasenta previa atau solusio plasenta), partus lama dan partus macet, de-

Correspondence:

Drg. Helwiah Umniyati MPH, Department of Nutrition, Faculty of Medicine YARSI University, Jakarta, Jl.Let Jen Suprpto, Cempaka Putih, Jakarta Pusat, Telephone (021) 4206674-76, Facsimile: (021) 4243171.

mam selama persalinan, infeksi berat (malaria, sifilis, TBC, HIV) dan kehamilan post-matur (sesudah 42 minggu kehamilan), atau ada masalah pada tali pusat (lilitan tali pusat, tali pusat pendek, simpul tali pusat, prolapsus tali pusat). Keadaan lain yang memungkinkan bayi mengalami asfiksia walaupun tanpa didahului tanda gawat janin seperti : bayi prematur (< 37 minggu kehamilan), persalinan sulit (letak sungsang, bayi kembar, distosia bahu, ekstraksi vakum, forsep), kelainan kongenital dan air ketuban bercampur mekonium (warna kehijauan) (Departemen Kesehatan RI, 2004).

Menurut Djaja dkk (2003) berdasarkan data Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2001 BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah) merupakan penyebab 30% kematian neonatal di Indonesia, disamping asfiksia (27%), infeksi (15%) dan gangguan pemberian makanan (10%). Alisjahbana *et al.*, (1990) pada penelitiannya di Ujung Berung, Jawa Barat menemukan asfiksia merupakan penyebab 57,8% dari kematian perinatal.

Masalah utama yang berhubungan dengan tingginya kematian neonatal di negara berkembang adalah kurangnya keterampilan perawatan kesehatan selama proses kelahiran yang sebagian besarnya dilakukan di rumah dan sering hanya ditolong oleh dukun yang tidak mengerti masalah kesehatan (*untrained traditional birth attendant*) atau kematian juga dapat terjadi karena adanya keterlambatan akses untuk menerima perawatan yang berkualitas (Darmstadt 2002). Menurut Lawn *et al.*, (2004), alasan penting mengapa kesehatan bayi baru lahir terabaikan dan angka kematian sangat besar adalah bahwa hampir semua kematian neonatal tidak terlihat dan tidak terdokumentasi, karena di negara miskin banyak perempuan melahirkan di rumah dengan akses perawatan yang terbatas. Di negara berkembang diperkirakan 63% bayi dilahirkan di rumah, bahkan di Bangladesh lebih dari 90% kelahiran terjadi di rumah (Darmstadt 2002).

Tingginya angka kematian neonatal di Indonesia tidak terlepas dari banyaknya ibu-ibu di Indonesia yang melahirkan tidak dengan bantuan tenaga kesehatan. Ini terlihat dari data yang dirangkum Survei Ekonomi dan Sosial Nasional (Susenas) tahun 2001 yang memperlihatkan bahwa di pedesaan hanya 45,8% saja yang ditolong bidan. Sisanya persalinan lebih banyak dibantu oleh dukun atau bahkan tanpa bantuan siapa pun yang tentu saja akan sangat memungkinkan terjadinya kematian ibu atau kematian bayi. Masalahnya masih banyak dukun bayi yang belum mengerti betul soal kesehatan dan kebersihan, sehingga tak jarang kelahiran berakhir

dengan kematian atau gangguan kesehatan pada bayi. Salah satu upaya menanggulangi masalah tersebut adalah dengan mengadakan pendampingan dukun bayi oleh para bidan agar mereka paham aspek-aspek kebersihan dan kesehatan (Profil Kesehatan Indonesia 2000).

Kabupaten Cirebon merupakan salah satu daerah di propinsi Jawa Barat dengan angka kematian neonatal yang cukup tinggi, dimana setiap tahun diperkirakan terdapat 44.000 kelahiran, dengan kematian neonatal sebanyak 1100 bayi, dan 300 diantaranya karena asfiksia. Penelitian Djaja (2004) di kabupaten Cirebon memperlihatkan kematian neonatal terjadi pada bayi berumur 0-7 hari (neonatal dini). Adapun penyebab kematian pada masa neonatal tersebut adalah asfiksia (44 %), infeksi (20%), kelainan kongenital (13%) dan *hypothermia* (6%). Penelitian Damayanti (2004), mendapatkan hasil bahwa kematian bayi karena asfiksia di Kabupaten Cirebon umumnya disebabkan masih banyak keluarga yang menolak untuk meminta pertolongan pelayanan kesehatan rujukan, serta adanya kualitas pelayanan rujukan yang masih kurang baik di fasilitas kesehatan, khususnya di RS.

Untuk menanggulangi masalah neonatal ini, maka dilakukan beberapa program yang didasari pada Manajemen Terpadu Bayi Muda serta Manual Penatalaksanaan Asfiksia pada bayi baru lahir pada seluruh bidan desa di Cirebon termasuk penyediaan alat resusitasi. Materi pelatihan manajemen asfiksia difokuskan pada: menyiapkan resusitasi, mengambil keputusan perlunya dilakukan resusitasi, tindakan resusitasi, asuhan pasca resusitasi, asuhan tindak lanjut pasca resusitasi dan pencegahan infeksi. Penelitian ini diharapkan dapat memberi informasi mengenai bagaimana peranan bidan desa dalam menangani dan merujuk kasus bayi asfiksia di Kabupaten Cirebon, khususnya apakah bidan dapat mengaplikasikan ilmu dan keterampilan yang didapat dari pelatihan dalam penanganan asfiksia.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui peranan bidan di desa dalam menangani dan merujuk kasus bayi baru lahir asfiksia di Kabupaten Cirebon.

Untuk mencapai tujuan ini akan diungkap (i) Istilah lokal asfiksia, (ii) Penyebab asfiksia, (iii) Pengetahuan bidan bahwa bayi mengalami asfiksia, (iv) Tindakan yang dilakukan bidan pada bayi baru lahir asfiksia, (v) Hambatan yang ditemukan ketika merujuk bayi asfiksia, (vi) Hambatan transportasi, dana dan rumah sakit dan (vii) Tindakan yang dilakukan pada bayi dalam perjalanan.

BAHAN DAN CARA KERJA

Penelitian kualitatif ini termasuk dalam studi kasus deskriptif. Dalam studi ini peneliti mencoba menggali informasi secara deskriptif dan rinci berkaitan dengan fenomena yang terjadi berkaitan dengan kualitas, pemanfaatan, dan masalah yang terjadi dalam sistem pelayanan rujukan untuk kegawatan neonatal di Kabupaten Cirebon. Penelitian dilaksanakan di kabupaten Cirebon pada bayi lahir dengan kasus asfiksia yang di rujuk di dua rumah sakit di Cirebon yaitu Rumah Sakit Arja dan Rumah Sakit Waled pada tanggal 24 Juli sampai dengan 27 Juli 2005.

Informan penelitian dilacak dari dua rumah sakit tempat rujukan bayi lahir dengan asfiksia yaitu Rumah Sakit Arjawinangun dan Rumah Sakit Walet. Informan Penelitian terdiri dari : 8 Bidan Desa yang pernah menangani kasus rujukan neonatal asfiksia baik bayi yang dirujuk hidup ataupun bayinya meninggal dunia Sumber data atau informan dalam penelitian ini akan dijaga kerahasiannya dengan cara tidak mencantumkan nama informan atau jenis lainnya yang dapat diketahui pihak lain dalam hasil atau laporan penelitian. Pemilihan informan bidan diperoleh dari data Puskesmas atau Dinas Kesehatan. Untuk wawancara mendalam digunakan instrumen pedoman wawancara yang dilengkapi dengan daftar pertanyaan yang berhubungan dengan topik penelitian ini. Digunakan juga alat perekam suara untuk menyimpan informasi dan penulisan laporan penelitian ini.

Analisis data dilakukan dengan tahapan sebagai berikut : Analisis data menggunakan analisis isi (*content analysis*) dengan menggunakan matriks yang berisi ringkasan hasil wawancara mendalam yang direduksi dari hasil tulisan wawancara mendalam. Data dikelompokkan per variabel untuk kategori yang sama dan dianalisis segera setelah selesai dilakukan wawancara mendalam untuk menghindari kesalahan. Kemudian dilakukan uji validitas (Triangulasi) yaitu : 1) triangulasi sumber dengan melakukan wawancara dengan informan yang berbeda, 2) triangulasi data dengan cara menganalisa data yang dihasilkan lebih dari satu orang dan dilakukan konfirmasi kepada informan penelitian.

HASIL

Istilah lokal asfiksia

Mengenai istilah yang digunakan masyarakat kabupaten Cirebon pada bayi lahir dengan asfiksia, sangat beragam menurut informan bidan. Beberapa

bidan mengungkapkan istilah yang sama yaitu "nyesek", "lahir ga nafas/hilang nafas", dan "ga nangis", sedangkan informan lain mengatakan : "Orang yang ngerti bilangnyanya sesak nafas, orang yang ga ngerti bilangnyanya nganjang".

Penyebab asfiksia

Untuk penyebab terjadinya asfiksia pada bayi baru lahir menurut persepsi masyarakat terdapat berbagai pendapat yang berbeda-beda berdasarkan informasi yang didapat melalui informan. Menurut masyarakat terjadinya asfiksia karena bayi mengalami kesukaran pada waktu lahir sehingga agak lama keluar dari jalan lahir, seperti kutipan ini:

"rada sue keluarnya", "kelamaan di jalan lahir", "ning telat lahirnya, ngedennya terlalu lama."

Tetapi sebagian besar informan mengatakan bahwa penyebab asfiksia yang banyak dipercaya oleh masyarakat adalah karena pengaruh roh halus, seperti disebutkan karena gangguan jin, syaitan, kuntilanak, sehingga masyarakat mempunyai kepercayaan bahwa ibu hamil tidak boleh keluar malam. Seperti ungkapkan para informan di bawah ini :

"ada yang mengganggu syaitan atau jin. Biasanya ada lebabm-lebam pada tubuh bayi terutama bagian belakang karena terkena jin" (Bd IF)

"Kejebak sama syaitan, ada yang megang" begitu kepercayaan masyarakat": "Kejebak kena kuntilanak, kesambet".

"Suka keluar maghriiiiiib, suka keluar subuh sendirian, suka BAB maghriiiiiib. Dari mulai hamil sudah ada yang nungguin di lawangnyanya (maksudnya pintu jalan lahir).(Bd TS)

"Mitosnya ya suka keluar malam, ini kena makhluk-makhluk halus, padahal sih enggak. Makanya kalau disuruh kerumah saya engga mau alasannya udah malam bu" (Bd AR)

"Tapi sebagian orang yang ga ngerti bilang" dari kena di atas"/kecolongan. Hubungannya dengan yang gaib. Kena telung" (Bd M)

"Kalau maghrib kalau orang hamil harus di dalam rumah, istilahnya manis kalau orang hamil tuh, nanti dipegang makhluk halus".(Bd J)

Ada pula kepercayaan-kepercayaan tertentu pada masyarakat seperti dikatakan apabila ibunya pada waktu hamil sering melilitkan handuk ke dadanya, maka akan mengalami lilitan tali pusat, seperti yang diungkapkan:

"Waktu hamil suka ngelibetin handuk jadi bisa mengalami kalung usus" (Bd YS)

Pendapat lain penyebab asfiksia menurut persepsi masyarakat di Cirebon yaitu karena meng-

konsumsi obat-obatan sendiri seperti jamu-jamuan, atau obat warung, seperti ungkapan dibawah ini :

"Dari obat-obatan yang dikonsumsi ibu waktu hamil misalnya jamu gendong, obat warung. (Bd M)

"Ibunya kurang gerak, suka minum jamu-jamu hamil, jadi air ketubannya jelek, hamil muda minum jamu, hamil tua minum jamu, jadi ketubannya jelek". (Bd)

Pengetahuan bidan bahwa bayi yang ditangani mengalami asfiksia

Jawaban dari informan semuanya hampir sama bahwa mereka mengetahui bayi yang ditolong mengalami asfiksia karena beberapa keadaan seperti : lilitan tali pusat, pecah ketuban dini, air ketuban bercampur dengan mekonium, bayi tidak bernafas/ nafas tidak teratur, bayi tidak nangis, bayi terlihat biru, primitua, tali pusat pendek, letak sungsang, BBLR, DJJ (Detak Jantung Janin) ibu >160. Seperti yang diungkapkan oleh beberapa informan sbb:

"Bayi terlihat tidak sehat. Setelah pembukaan lengkap sampai lama (> 2 jam) baru lahir. Ada lilitan tali pusat banyak (di leher dan di badan). Sebelumnya bayi ditolong oleh dukun, dari sore hari sdh keluar air."

Bd TS mengungkapkan "Setelah bayi lahir saya juga kaget". "Kok bayinya ga nafas?". Proses persalinannya cepat. Waktu saya dipanggil (jam 11 malam), kmdn saya balik ke rumahnya untuk ambil alat, ibunya sudah ngeden, "la kepala udah kelihatan" ga lama lahir. Terlihat sisa air ketuban yang berwarna hijau (menurut ibu bayi air ketuban sudah keluar dari jam 7 pagi). Wah saya ga bawa alat."

Ungkap Bd AR "secara fisik tidak kelihatan, tidak terduga". Bayinya ga nangis, diam, pucat, kadang-kadang biru. Ada kasus bayi Atun lahir biru, terus lemes (keplek), tidak nangis, tidak nafas, udah serotinus, kering ketuban pecah. Primitua, tali pusat pendek, lilitan juga. Saya sarankan bayi Atun dirujuk ke rumah sakit sebelum lahiran, tapi tidak mau. Ibu bayi bilang "kalau ada apa-apa sama bayinya biar bayinya aja".

"Periksanya di bidan Sri, terus waktu itu kehamilan 26 mingguan (7 jalan) dia manggil dukun. Pembukaan udah lengkap, hamilnya kecil (1 Kg 4 Ons). Mau pakai sungkup ga muat. Sebelum dilahirkan saya sudah tau kalau bayinya kecil, kemungkinan asfiksia, saya sudah suruh bawa ke rumah sakit dari sebelum lahir, tapi karena hari pasar susah cari mobil."

Pas begitu lahir ga langsung nangis, nafasnya tidak teratur, letak sungsang pada kehamilan 8 bulan, kalung usus, BBLR. Dirujuk ga mau sama bapaknya ga boleh. Dipahitin dulu, "kalau di rumah sakit banyak alat. Saya panggil bidan lain yang satu nanganin ibunya, jadi berdua selain dengan paraji. Saya anjurkan ibunya ke spesialis kandungan karena letak

bokong, tapi dia malah datang ke bidan lain yang lebih senior dari saya. Kata bidan itu ga apa-apa, ternyata letak bokong (Bd YS)

"lilitan tali pusat, partus lama, air ketuban hijau. Lilitan tali pusatnya kuat sekali 4 kali. DJJ sebelum persalinan, misalnya DJJ > 160 ga beraturan. Pada bayi yang saya tolong ga bernafas, tidak segera menangis"(Bd M)

Tindakan yang dilakukan bidan pada bayi asfiksia

Tindakan yang dilakukan bidan pada bayi baru lahir asfiksia adalah sesuai dengan ilmu yang diperoleh informan pada saat mendapatkan pelatihan Manajemen Asfiksia Bayi Baru Lahir seperti yang diungkapkan informan-informan di bawah ini :

"Bayi langsung dibungkus kemudian dipindahkan posisinya, disedot, lalu dikeringkan terus atur lagi posisinya. Lakukan ventilasi 2x tiupan: dada mengembang, kemudian lanjutkan lagi ventilasi 20 x dengan tekanan 30 mm selama 30 detik. Dilakukan ventilasi sebanyak 4x ternyata bayi masih belum menangis, kemudian bayi dirujuk". "Bayi ga melek (mata tertutup), tidak gerak, tidak nangis terlihat seperti merintih, Jantung mengembang"(Bd E).

Awalnya saya tidak dapat melakukan resusitasi dan ventilasi tapi akhirnya saya dapat menolong bayi tersebut. saya melakukan 6 langkah tetapi bayi belum nangis. Bayi nangis melengking (tidak sehat). Nangis berikutnya merintih. Keluarga bayi : mendoakan bayi dan merasa lega karena bayi sudah nangis (walaupun nangisnya melengking), sehingga awalnya tidak mau di bawa ke rumah sakit, walaupun saya sudah menyarankan untuk dirujuk ke R.S". "Bayi tidak menangis normal, terlihat seperti merintih"(Bd IF).

"Pas lahir tau tidak menangis langsung potong tali pusat, langsung saya lakukan 6 langkah awal: jaga bayi tetap hangat, pakai kain. Atur posisi baru diisap. Isap lendir dari mulut dulu terus dari hidung. Rangsang taktil belum juga nangis (rangsang taktil: dipijat punggung, diselentik telapak kakinya). Terus ganti kain yang baru atur posisi lagi, nilai tidak nangis. Habis lakuin 6 langkah awal baru saya kasih ventilasi. Nafas buatan 3x 20 kali tiupan dalam 30 detik, langsung mengembang dadanya, baru ada suara rintihan. Nangis belum kencang, cuma merintih, langsung saya rujuk aja."(Bd AR) .

Ada salah satu informan yang menceritakan pengalamannya bahwa dia tidak membawa alat sungkup untuk membantu pernafasan buatan, sehingga bidan tersebut menggunakan tali infus untuk membantu pernafasan bayi. Ungkapan bidan tersebut:

"Karena mukjizat yang Kuasa juga ya" setelah saya tahu dia asfiksia, setelah 4 langkah sudah saya jalani,

disedot., takdir masih belum. Saya ingat dalam tas saya ada selang infus, saya ambil, saya potong selang infusan sebagai pengganti sungkup, saya tiupin sekencang-kencangnya untuk ganti ventilasi, ternyata alhamdulillah langsung ada nafas. Jam 12 malam bayi sudah menangis dan sudah diteteki ibunya. Kemudian saya memasang lampu panjang di kamar pasien untuk pemanasan bayi agar tetap hangat". bayi menangis, bisa nafas" (Bd TS).

Seorang informan mengalami masalah pada saat membantu melahirkan bayi asfiksia yang BBLR dengan berat 1 Kg 4 ons, karena sungkup yang ada terlalu besar untuk bayi tersebut, sehingga menutupi muka bayi kalau digunakan.

"Disedot ga nangis cuma ngek ngek. kegedean sungkup, jadi ga bisa dipake. Setelah dihangatkan ada perubahan, tadinya biru jadi agak merah. Berat bayi cuma 1 kg 4 ons"

Hambatan yang ditemui ketika akan merujuk bayi asfiksia

Hambatan keluarga

Sering kali bidan menjumpai keluarga yang sulit diberi pengertian akan pentingnya rujukan, bahkan kadang kala memerlukan waktu cukup lama untuk menerangkan kepada keluarga pasien betapa pentingnya bayi asfiksia dirujuk ke rumah sakit guna mendapatkan pelayanan lebih intensif, karena bila tidak segera dirujuk akan berdampak tidak baik bagi kesehatan si bayi. Alasan keluarga tidak mau merujuk bayinya ke rumah sakit diantaranya: merepotkan keluarga, sudah takdir, tidak ada biaya, bayi sudah mulai menangis walaupun tangisannya meringkik/merintih (tidak normal), ada keluarga yang hanya mementingkan keselamatan ibunya saja, dan ada pula keluarga yang tidak percaya pada bidan. Beberapa perkataan bidan yang menyatakan tanggapan keluarga yang awalnya menolak rujukan adalah sbb:

"Tanggapan keluarga untuk rujukan awalnya tidak setuju dengan alasan bayi sdh menangis walaupun melengking dan sudah malam. Lama kelamaan setelah keluarga melihat sendiri kondisi bayi yang makin tidak baik dan setelah saya berkata "Eman-eman sudah 9 bulan mengandung kalau tidak dirujuk". "Lama-lama keluarga liat sendiri keadaan bayinya. Baru keluarga mau merujuk bayi ke rumah sakit setelah 3 jam lebih di rumah. Kondisi bayinya nangis merintih, pucat, nafasnya belum teratur, dan ngulet-ngulet. Bayi di rujuk ke R.S Walet (Bd IF)

Keluarga ga mau "udah bu lillahitaala wae". Keluarga ga mampu, tapi setelah diurus kartu sehat, baru mau dirujuk. Setelah diberi penjelasan keluarga rembukan

"jangan terlalu lama udah ga usah mikirin biaya, pakai kartu sehat aja" (Bd E).

Tetapi ada juga saya nolong ibu bayinya asfiksia (hamil diluar nikah) tapi suaminya ga ada, orang tuanya cuek aja. "ibunya aja diurus bu", bayinya meninggal juga ga apa-apa. Saya ketar-ketir (Bd M)

Ada juga keluarga yang tidak percaya dengan bidan, mereka lebih percaya dengan dukun bayi (paraji) sehingga menyulitkan bidan untuk merujuk bayi asfiksia, seperti kutipan di bawah ini:

Keluarga tidak percaya dengan saya, apalagi saya merujuk ke R.S Walet, sedangkan keluarga biasanya berobat ke "Wetan", ke R.S Bakti Asih (swasta). Jadi setelah bayi meninggal keluarga menyalahkan saya". (Bd IF)

Keluarga: mulanya ga setuju. "Berabe" (merepotkan) (Bd E)

Hambatan transportasi, dana dan rumah sakit

Untuk membawa bayi asfiksia ke rumah sakit Kabupaten dibutuhkannya kendaraan mobil, dimana sebagian besar masyarakat akan menyewa kendaraan tersebut. Masalahnya kadang diperlukan waktu yang cukup lama untuk mencari mobil sewa.

Saya sudah tahu pasti Ini bayinya kecil kemungkinan asfiksia, saya sudah menyuruh bawa ke rumah sakit sebelum bayi lahir, tetapi karena hari pasar susah cari mobil. Perlu waktu untuk cari mobil karena hari itu hari pasar banyak mobil dipakai, saya udah lari-lari cari mobil. Mobil datang langsung saya bawa ke Arjawinangun (Bd J)

Rada lama ngerujuknya karena mobil belum siap. (Bd E & Bd AR)

Hambatan lain adalah hambatan dana, ada orang tua bayi yang pasrah saja anaknya mengalami asfiksia, tidak mau merujuk ke rumah sakit karena tidak ada biaya.

"Pasien tidak punya uang, pinjam tetangga Rp 50.000,- sedangkan harga obat Rp 78.000,-" (Bd ES)

"Dana pada hari pertama bayar sendiri, semuanya habis lima ratus ribuan Pertama masuk tidak bawa K.S (Kartu Sehat). Setelah itu pakai JPS" (Bd TS)

Masalah lain yang dihadapi adalah adanya keterbatasan persediaan inkubator di rumah sakit, sehingga kadang bayi tidak mendapatkan incubator dan hanya menggunakan lampu saja atau bayi harus di rujuk ke rumah sakit lain seperti ke RS Mitra dan RS Gunung Djati.

"Saya rujuk ke rumah sakit Arjawinangun. Di rumah sakit cuma sebentar, langsung datang nebus obat, disuntik, infus, Oksigen, lampu sorot. Pas mau dipindah ke ruangan inkubator penuh, bayi dirujuk lagi ke Rumas Sakit Gunung Djati pakai ambulan Arjawinangun. Bd AR)

"Di Rumah Sakit Arjawinangun bayi langsung ditangani dikasih O2, inkubator penuh. Setelah dikasih tahu kekeluarganya bahwa inkubator penuh, bayi langsung dirujuk ke Rumah Sakit Mitra, dibawa pakai ambulans". (Bd J).

Tindakan yang dilakukan pada bayi di perjalanan

Semua informan ikut menemani bayi ke rumah sakit dan mendampingi pihak keluarga. Mereka menggendong langsung bayi yang akan dirujuk. Sebagian dari mereka tetap melakukan tindakan ventilasi diperjalanan, walaupun mengalami hambatan, atau kesukaran ketika melakukan ventilasi:

"Saya masih melakukan ventilasi. Karena bayi belum nafas normal, hanya merintih. Hambatannya agak susah melakukan ventilasi di mobil karena posisi bayi sambil digendong" (Bd ES).

"Di jalan ngasih nafas buatan teruuuus. Dekat Puskesmas Winong baru mulai merintih nangis tapi mata tetap belum membuka. (Bd AR)

"Jaga bayi tetap hangat, lakukan ventilasi, tiap 30 detik dilakukan penilaian). karena bayi tidak segera menangis, masih merintih, takut nanti berhenti bernafas, dijaga supaya tetap bernafas. Kalau bayi merintih istirahat dulu, bila diam lakukan ventilasi lagi. Kalau merintih agak tenang" (Bd M)

Sebagian informan lain hanya mengobservasi bayi dengan menyelimuti bayi dan memantau pernafasan bayi, dengan alasan kondisi bayi sudah menunjukkan kemajuan atau karena kesukaran melakukan tindakan.

"Saya pantau terus pasca resusitasi, ternyata kulitnya pucat, setelah diteliti ga tambah bagus, saya bilang kekeluarga untuk dirujuk. Bayi nafas tapi ga nangis keras, Cuma merintih. Keluarga ga mau dan mengatakan " udah bu lillahitaala wae" (Bd E).

PEMBAHASAN

Menurut informasi bidan masih banyak masyarakat di Kabupaten Cirebon yang belum mengerti bahwa asfiksia merupakan suatu keadaan serius dimana bayi tidak mampu bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir (Beck *et al.*, 2004). Mereka lebih mempercayai bahwa bayi tidak dapat menangis karena adanya gangguan dari roh halus seperti syaitan, jin dll. Merekapun tidak mengetahui penyebab-penyebab medis bayi mengalami asfiksia seperti misalnya preeklamsia dan eklamsia, plasenta previa, lilitan tali pusat, ketuban bercampur mekonium dan banyak faktor-faktor lainnya (Departemen Kesehatan RI, 2004).

Pada studi ini ditemui banyak hambatan pada saat bayi akan dirujuk ke rumah sakit yaitu hambatan dari keluarga (keluarga tidak setuju bayi dirujuk), hambatan dana dan transportasi serta hambatan fasilitas alat misalnya saja pada kasus bayi dengan BBLR pada saat bidan ingin memberi bantuan nafas sungkup terlalu besar, sehingga tidak dapat dipakai. Begitu pula pada saat bayi dirujuk ke rumah sakit, bayi tidak dapat dimasukkan ke dalam inkubator karena kurangnya peralatan inkubator di rumah sakit.

DepKes (2001) melaporkan bahwa keterlambatan untuk mendapatkan perawatan yang berkualitas bagi bayi yang sakit merupakan salah satu dari penyebab kematian neonatal. Keterlambatan dapat terjadi pada keadaan sbb:

1. Keterlambatan dalam mengenal masalah ketika di rumah. Untuk bayi yang dilahirkan di rumah seringkali petugas kesehatan dan anggota keluarga tidak mengenal dan tidak dapat mengidentifikasi tanda bahaya. Banyak bayi meninggal dalam 24 jam pertama setelah lahir, dari hasil SKRT 2001 bayi yang meninggal dalam 24 jam pertama mencapai 38,9% dari seluruh kematian neonatal.
2. Keterlambatan dalam memutuskan pencarian pengobatan. Bahkan setelah tanda dan gejala diketahui, keluarga tidak segera mencari pengobatan dengan berbagai alasan seperti tidak mengerti bahwa kasus tersebut merupakan kasus gawat darat, kesulitan biaya dan transportasi, lebih mempercayai dukun, pengalaman yang buruk sbelumnya dengan petugas kesehatan dll.
3. Keterlambatan dalam mencapai fasilitas kesehatan akibat hambatan transportasi dan sumber daya (Djaya dan Soemantri, 2003)

Penyebab kematian bayi diantaranya berat bayi lahir rendah (BBLR) dengan berat bayi 1 Kg 4 ons, infeksi pada otak (encephalitis), dan partus lama karena banyaknya lilitan tali pusat yang menyebabkan gawat janin. Menurut Lawn *et al.*, (2004) 75% dari seluruh kematian neonatal setiap tahunnya. Paling sedikit 1 juta bayi meninggal selama 24 jam pertama kehidupannya. Tiga penyebab utama kematian neonatal adalah infeksi; 36%, kelahiran preterm; 28% dan asfiksia; 23%.

Pada kasus bayi BBLR adanya hambatan pada alat (sungkup terlalu besar), susah mendapatkan kendaraan dan juga bayi tidak mendapatkan inkubator di rumah sakit (karena jumlah inkubator sangat terbatas). Faktor lain yang didapatkan pada kasus bayi asfiksia yang meninggal adalah karena pertolongan yang dilalukan bidan terhadap bayi agak

terlambat. Hal ini disebabkan keluarga lebih percaya pada dukun dari pada ke bidan sehingga untuk memutuskan bayi dibawa ke rumah sakit harus menunggu sampai 3 jam. Banyaknya ibu yang lebih memilih dukun pada saat melahirkan sesuai dengan studi kualitatif yang dilaksanakan oleh MotherCare (1996) di 3 kabupaten di Kalimantan Selatan dimana sebagian besar dari wanita-wanita lebih memilih menggunakan pelayanan tradisional (dukun) untuk memeriksa kehamilan dan persalinannya. Alasan yang dikemukakan oleh para wanita tersebut antara lain adalah ongkos pemeriksaan/perawatan yang relatif lebih murah, adanya pelayanan tambahan (kesehatan/perawatan bayi, bahkan terkadang sampai membantu memasak dan membersihkan rumah) dan kemudahan-kemudahan lain yaitu mudah dihubungi serta mudahnya berkomunikasi (McDemott J 1999 ; Ronsmans *et al.*, 1999).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. Masyarakat di Kabupaten Cirebon masih memiliki kepercayaan bahwa bayi lahir tidak nangis disebabkan oleh gangguan roh halus.
2. Penanganan kasus asfiksia oleh bidan sudah sesuai dengan prosedur yang didapat pada pelatihan manajemen bayi asfiksia, hanya saja dalam prakteknya bidan masih menemui hambatan-hambatan baik dari alat ataupun hambatan lain (keluarga, transportasi dll).
3. fasilitas inkubator yang kurang di rumah sakit juga merupakan hambatan lainnya, dimana hal ini akan mempengaruhi kesehatan dan keselamatan bayi yang dirujuk.

Saran

1. Petugas kesehatan khususnya bidan desa diharapkan lebih meningkatkan program penyuluhan kepada ibu-ibu hamil akan pentingnya menjaga kesehatan ibu dan anak sebelum dan sesudah melahirkan, sehingga apabila anak mengalami gangguan kesehatan seperti asfiksia, keluarga dapat bekerja sama dengan baik dengan petugas kesehatan dalam menangani kasus asfiksia, termasuk merujuk bayi ke rumah sakit.
2. Rumah sakit Kabupaten Cirebon khususnya RS Arjawinangun diharapkan dapat lebih meningkatkan fasilitas pelayanan yang lebih baik dengan menambah alat inkubator untuk mencukupi

kebutuhan perawatan pasien rujukan asfiksia yang sangat membutuhkan.

KEPUSTAKAAN

- Alisjahbana A, Soeroto-Hamzah E, Peeters R, Meheus A 1990. Perinatal Mortality and Morbidity in Rural West Java, Indonesia Part II: The result of Longitudinal Survey on Pregnant Women, *Pediatric Indonesia*, vol 30, no 7-8, Jul-Aug, p 179-190.
- Beck D, Ganges F, Goldman S, Long P 2004. *Care of the Newborn, Reference Manual*, Save the Children Federation.
- Darmstadt GL 2002. Current Program Issues, *Journal of Perinatology* No 22, p S5-S9
- Departemen Kesehatan RI 2001. Rencana Strategis Nasional Making Pregnancy Safer (MPS) di Indonesia 2001-2010
- Departemen Kesehatan RI 2004. Manajemen Asfiksia Bayi Baru Lahir untuk Bidan, Buku acuan, Proyek upaya Kelangsungan Hidup Bayi Baru Lahir di Kabupaten Cirebon
- Djaja S, Soemantri S 2003. Penyakit penyebab kematian bayi baru lahir (neonatal) dan sistem pelayanan kesehatan yang berkaitan di Indonesia, SKRT 2001, Bulletin penelitian Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan RI, vol 3, No 3, p 155-165
- Kumar V 2002. Improving Neonatal Health in South East Asia Region: Resuscitation of Newborn in the Community and Maternity Facilities, Report of a Regional Consultation, New Delhi, India.
- Lawn JE, Cousens S, Bhutta ZA, *et al* 2004. Why are 4 million newborn babies dying each year? *Lancet* 364: 399-401
- Moleong LJ 2002. Metode penelitian Kualitatif, PT Remaja Rosdakarya, Bandung
- Morse JM, Field PA 1995. *Qualitative Research Methods for Health Professionals*, Second Edition, Sage Publications; 80-81
- Moss W, Darmstadt GL, Marsh DR, Black RE and Santosham M 2002. Research Priorities for the Reduction of Perinatal and Neonatal Morbidity and Mortality in Developing Country Communities *Journal of Perinatology* 22, 6, P 484-495
- McDemott J, Achadi E, Zahri A 1999. Survey Profil Bidan di Desa (BdD) Seri Laporan Mother Care Indonesia No 05
- McDemott J 1999. Register Bidan di Desa, Seri Laporan Mother Care Indonesia No 07
- Ronsmans C, Achadi E, Zahri A 1999. Peningkatan Pemanfaatan Penolong Persalinan Terlatih, Seri Laporan Mother Care Indonesia No 12
- The World Bank Group 2006 Disease Control Priorities Project online pada <http://www.ncbi.nlm.nih>
- Troedsson H, Martines J 2002. Introduction to the meeting, *Journal of Perinatology* 22, S5-S9
- WHO 1997. Strengthening Nursing and Midwifery, A Global Study WHO, **Managing newborn problems: A guide for doctors, nurses and midwives**. Department of Reproductive Health and Research (RHR), World Health Organization
- Zupan J 2002. Burden and Determinants of Perinatal and Neonatal Mortality, Perinatal and Neonatal Health Interventions Research, *Journal of Perinatology* No22, p S5-S9
- Zupan J, Aahman E 2005. Perinatal Mortality for the Year 2000 Estimates Developed by WHO, Geneva, World Health Organization.