KETERAMPILAN BIDAN DALAM RESUSITASI PADA BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH DI RSUD GUNUNG JATI KOTA CIREBON TAHUN 2015

Lisnawati
Dosen Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya
Jl. Pemuda No 38 Kota Cirebon
Email : bidan_lisna85@yahoo.com

ABSTRAK

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) adalah neonatus dengan berat badan lahir kurang dari 2.500 gram (sampai 2.499 gram), tanpa memandang lama masa kehamilan dan merupakan salah satu penyebab kematian bayi di Indonesia. Peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan bidan, merupakan upaya dalam menurunkan angka kematian bayi. Banyaknya persalinan spontan dengan usia kehamilan prematur yang ditolong oleh Bidan menjadi dasar perlunya peningkatan keterampilan mengenai BBLR. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi keterampilan bidan dalam resusitasi pada BBLR. Penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan menggunakan teknik kuantitatif dan kualititaif. Pada teknik kuantitatif, variabel keterampilan bidan bidan dalam resusitasi BBLR, dilakukan oleh lembaga profesional neonatologi yaitu Lanterna Indonesia. Setiap bidan diberikan kasus dan praktek simulasi, kemudian dinilai menggunakan daftar tilik. Pada penelitian kualitatif, dilakukan wawancara pada bidan di ruang bersalin dan manager rumah sakit terkait. Hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai rata-rata keterampilan bidan dalam resusitasi BBLR adalah 42,25% (nilai tertinggi adalah 70% dan terendah 20%). Bidan mengetahui bahwa persalinan BBLR bukan kewenangan bidan, selama ini penatalaksanaan persalinan dengan BBLR adalah melalui advis dokter, namun bidan merasa belum kompeten dan belum percaya diri dalam memberikan asuhan pada bayi baru lahir dengan BBLR. Penelitian ini menunjukkan keterampilan bidan dalam resusitasi pada kasus BBLR belum cukup baik untuk dapat menurunkan angka kematian akibat BBLR.

Kata Kunci : Keterampilan Bidan, Resusitasi BBLR

MIDWIFE SKILLS IN RESUSCITATION OF LOW BIRTH WEIGHT (LBW) IN RSUD GUNUNG JATI 2015

Lisnawati
Dosen Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya
Jl. Pemuda No 38 Kota Cirebon
Email : bidan_lisna85@yahoo.com

Abstract

Low Birth Weight (LBW) is neonates with birth weight less than 2,500 grams (up to 2,499 grams) without looking the duration of pregnancy. LBW is one cause of infant mortality rate in Indonesia. Increasing the knowledge, attitudes and skills of midwives is the strategy to reduce infant mortality rate. The number of spontaneous labor with preterm gestation by midwives is main reason to increase the skills of the LBW. This study was aimed to evaluate midwife skills in resuscitation. The methods were quantitative and qualitative study with cross sectional approach. Evaluation of midwife skills in resuscitation LBW had performed by professional neonatology institutions, Lanterna Indonesia. Each midwife was given case and simulation practice, then assessed using a checklist. Research also conducted qualitatively by interviewing midwives in the delivery room and hospital managers. The results of this study showed that the midwives were not competent in resuscitation LBW. The average value of midwives skills in resuscitation LBW is 42.25% (the highest value is 70% and the lowest is 20%). The midwives know that labor with LBW is not authorized by midwives, all this time management labor with low birth weight is through a doctor's advice, but the midwives was not competent and not confident in providing care in the management of labor with LBW. This study showed that the skills of midwives in resuscitation of LBW is not good enough to be able to reduce mortality due to LBW.

Keywords: Midwife skills, Low birth weight resuscitation

PENDAHULUAN

Masa yang paling rentan dari sepanjang kehidupan bayi adalah periode neonatal (0-28 hari). Dari periode neonatal, masa yang paling rentan adalah ketika bayi berumur 0-6 hari (neonatal dini), yaitu kondisi bayi baru lahir sangat dipengaruhi oleh faktor biologis (kondisi janin ketika di dalam kandungan) dan faktor luar yaitu manajemen pada persalinan dan penanganan bayi baru lahir sangat mempengaruhi kelangsungan hidup bayi baru lahir.[1]

Prevalensi bayi berat lahir rendah (BBLR) diperkirakan 15% dari seluruh kelahiran di dunia dengan batasan 3,3%-3,8% dan lebih sering terjadi di negara-negara berkembang. Secara statistik menunjukkan 90% kejadian BBLR didapatkan di negara berkembang dan angka kematiannya 35 kali lebih tinggi dibandingkan dengan bayi berat badan lebih dari 2500 gram.[1,2]

Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia masih cukup tinggi bila dibandingkan dengan negara ASEAN (*Assosiation of South East Asian Nation*) lainnya. Berdasarkan Survey Demografi dan Kesehatan indonesia (SDKI) tahun 2012, AKB di Indonesia sebesar 32 per 1.000 kelahiran hidup. Di Indonesia dari seluruh kematian bayi, sebanyak 57% meninggal pada masa bayi baru lahir (usia di bawah 1 bulan) dan setiap 6 menit terdapat 1 bayi baru lahir yang meninggal. Pada tahun 2013, angka kejadian BBLR di Indonesia sebesar 10,2 %. Penyebab kematian bayi baru lahir di Indonesia adalah BBLR (29%), asfiksia (27%) dan lain-lain 44%. [2]

Untuk mencapai penurunan AKB, salah satu rencana strategis Departemen Kesehatan (Renstra Depkes) yaitu meningkatkan akses pelayanan kesehatan yang berkualitas dan meningkatkan keterampilan petugas Kesehatan.

Pengetahuan, sikap dan keterampilan petugas kesehatan, khususnya Bidan, merupakan upaya dalam menurunkan angka kematian bayi. Bidan yang memiliki pengetahuan, sikap dan keterampilan tentang BBLR diharapkan dapat menangani kasus BBLR dengan baik dan benar. [3]

Berdasarkan jurnal kebijakan kesehatan Indonesia tahun 2013, diketahui bahwa kinerja pelayanan KIA di Rumah Sakit Pemerintah Indonesia 66,3% tidak optimal. Proporsi penanganan BBLR <100%, lebih banyak terjadi di Rumah Sakit kelas C (20,7%).[4] Hasil penelitian kualitatif tentang Perilaku Bidan dalam menangani bayi asfiksia menunjukkan bahwa bidan kurang profesional disebabkan masih rendahnya pengetahuan dan keterampilan bidan, disamping faktor pemungkin seperti sarana dan prasarana yang tidak mendukung dan faktor penguat seperti peran pimpinan yang belum maksimal.[5]

Masalah yang sering muncul pada BBLR adalah asfiksia, yaitu keadaan bayi yang tidak dapat bernapas spontan dan teratur segera setelah lahir, sehingga dapat menurunkan oksigen dan meningkatkan karbon dioksida yang dapat menimbulkan akibat buruk dalam kehidupan yang lebih lanjut.[6] Seringkali bayi yang sebelumnya mengalami gawat janin akan mengalami asfiksia sesudah persalinan, sehingga membutuhkan tindakan resusitasi setelah bayi lahir.[7,8]

Faktor risiko kematian neonatal bersifat ganda termasuk BBLR. Bukan hanya penyebab langsung kematian, tetapi juga merupakan faktor utama yang mengancam kesempatan bayi baru lahir untuk bertahan hidup.[9] BBLR yang diperkirakan 15% dari kelahiran hidup di seluruh dunia, mencakup negara maju sebesar 6% dan negara berkembang sebesar 30%. Meskipun hanya 14% bayi

dengan BBLR dilahirkan di negara berkembang, jumlah ini bertanggung jawab terhadap 60% - 80% kematian neonatal.[10]

Angka Kematian Bayi di kota Cirebon tahun 2013 sebanyak 39 bayi. Penyebab kematian bayi terbanyak yaitu 19 bayi meninggal karena BBLR (48,7%), Asfiksia (12,8%) dan lain-lain (38,5%).[11,12]

Berdasarkan survey pendahuluan yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Gunung Jati Kota Cirebon periode bulan Januari sampai dengan bulan Desember tahun 2014, terdapat 1.958 persalinan dengan 369 (18,8%) diantaranya adalah persalinan dengan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), dan total kematian neonatal dini akibat BBLR adalah sebanyak 17 bayi meninggal setelah lahir. Dari 17 kasus kematian neonatal dini, 13 diantaranya ditolong oleh bidan, sedangkan 4 kasus persalinan dengan BBLR lainnya ditolong oleh Dokter Spesialis kandungan.[12]

Fenomena yang terjadi di Rumah Sakit Umum Daerah adalah semua persalinan spontan baik pada usia kehamilan aterm maupun prematur ditolong oleh Bidan. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang peneliti lakukan melalui wawancara terhadap beberapa bidan di RSUD Gunung Jati Kota Cirebon, dari 20 orang bidan, 5 orang (25%) telah mengikuti pelatihan tentang penanganan asfiksia pada bayi baru lahir, sedangkan 16 orang lainnya (75%) belum melakukan pelatihan. Pelatihan dapat mempengaruhi keterampilan seseorang disamping faktor umur, pendidikan ataupun lamanya bekerja sebagai bidan.[13,14,15] Salah satu cara untuk menurunkan AKB adalah melalui tenaga kesehatan, terutama bidan yang kompeten, salah satunya dalam tindakan resusitasi pada BBLR.[16]

METODE

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan menggunakan teknik kuantitatif dan kualitatif. Pada teknik kuantitatif, variabel keterampilan bidan dalam melakukan resusitasi BBLR, dilakukan oleh lembaga profesional neonatologi yaitu Lanterna Indonesia, dengan cara masing-masing bidan diuji keterampilannnya pada phantom, satu per satu bidan mendapatkan kasus yang diberikan oleh tim Lanterna indonesia, kemudian keterampilan bidan dinilai dengan menggunakan daftar tilik.

Pada teknik kualitatif, penelitian menggunakan data primer dengan cara wawancara pada seluruh bidan di ruang bersalin dan para *stakeholder* (6 orang) tentang pengelolaan persalinan dengan BBLR di RSUD Gunung Jati Kota Cirebon.

Kriteria inklusi sebagai berikut: a) Bidan pelaksana di ruang bersalin b) Berpendidikan minimal D.III Kebidanan. Kriteria ekslusi penelitian ini adalah: bidan yang tidak hadir saat dilakukan penelitian. Variabel Keterampilan bidan dalam resusitasi BBLR, yang diukur dengan menggunakan daftar tilik, yang dibagi menjadi 2 kategori yaitu kompeten dan tidak kompeten. Keterampilan bidan dikategorikan kompeten apabila nilai mencapai 100%, dan apabila nilai <100% termasuk tidak kompeten. Pada variabel kualitatif, yaitu tentang pengelolaan persalinan dengan BBLR yang ada di RSUD Gunung Jati kota Cirebon. Pengolahan data kuantitatif dilakukan pada data yang telah diperoleh melalui proses pengolahan data yaitu *editing, coding, processing* dan *cleaning*, kemudian data dideskripsikan.[17] Pengelolaan data kualitatif yang terkumpul melalui wawancara mendalam yang diajukan dengan pertanyaan terbuka akan

dilakukan analisis dan kualifikasi terhadap jawaban yang diberikan secara interaktif, yaitu setelah data terkumpul dibuat ringkasan, pengkodean dan membuat catatan kaki, membuang yang tidak perlu, untuk selanjutnya data disajikan dalam bentuk teks naratif.

Penelitian dilakukan di RSUD Gunung Jati kota Cirebon pada bulan Mei sampai September tahun 2015.

HASIL

1. Analisis Kuantitatif

Tabel 4.1 Keterampilan Bidan dalam resusitasi BBLR

No.	Prosedur					Nilai Total (∑=60)	%	X6	X7	X8	X9
	X1 M =20	X2 M=4	X3 M=28	X4 M=2	X5 M=6						
1	7	2	3	0	0	12	20	25	D.3	1	T
2	8	2	4	0	0	14	23	25	D.3	1	T
3	9	0	6	1	0	16	27	23	D.3	1	T
4	10	2	10	1	0	23	38	24	D.3	1	T
5	9	1	6	0	0	16	27	24	D.3	1	T
6	6	2	4	0	0	12	20	24	D.3	1	T
7	6	1	8	1	0	16	27	31	D.3	4	T
8	8	2	7	1	0	18	30	51	D.3	25	T
9	9	2	8	1	1	21	35	50	D.3	25	T
10	10	2	8	1	2	23	38	25	D.4	2	T
11	14	2	17	1	2	36	60	43	D.4	15	Y
12	10	2	9	1	2	24	40	24	D.3	1	T
13	12	2	10	1	2	27	45	24	D.3	1	T
14	14	2	17	1	2	36	60	28	D.3	3	Y
15	15	2	22	1	2	42	70	32	D.3	4	Y

16	12	2	10	1	2	27	45	50	D.4	25	T
17	14	2	17	1	2	36	60	28	D.3	3	T
18	15	2	22	1	2	42	70	32	D.3	4	Y
19	10	2	9	1	2	24	40	43	D.4	15	T
20	14	2	23	1	2	42	70	43	D.3	15	Y
X	**11**	**2**	**11**	**1**	**1**	**25**	**42,25**				

Keterangan :

no = nomor responden/sampel
X1 = Persiapan
X2 = Perencanaan
X3 = Pelaksanaan
X4 = Evaluasi
X5 = Dokumentasi
X6 = Umur
X7 = Pendidikan terakhir
X8 = Lama Kerja (tahun)
X9 = Pelatihan Resusitasi (Y = ya, T= tidak)
M = nilai maksimum

Berdasarkan tabel 4.1, diketahui bahwa rata-rata nilai keterampilan bidan dalam melakukan resusitasi BBLR adalah 42,25% (nilai rata-rata tertinggi adalah 70% dan terendah adalah 20%). Dari 20 orang bidan, 5 orang telah mengikuti pelatihan resusitasi yang diselenggarakan mandiri oleh Rumah Sakit Gunung Jati Cirebon.

Temuan ketidaksesuaian dalam pelaksanaan alur resusitasi yaitu :

a. Tahap persiapan :
    1) Tidak mengkaji secara lengkap riwayat antenatal dan intranatal
    2) Tidak menginformasikan kemungkinan keadaan bayi yang akan dilahirkan kepada keluarga
    3) Tidak mempersiapkan peralatan yang dibutuhkan secara lengkap dan tidak mengetahui cara menggunakan peralatan dengan benar

b. Tahap Perencanaan

1) Tidak membagi Tim dalam pelaksanaan resusitasi
2) Tidak melakukan kontrol suhu dan pencegahan infeksi pada proses persalinan

c. Tahap Pelaksanaan

1) Tidak mengkonfirmasi dan tidak menentukan 3 pertanyaan langkah awal
2) Tidak melakukan proses pengeringan pada bayi dengan benar
3) Tidak memberikan rangsangan/ stimulus pada bayi dengan benar
4) Tidak melakukan evaluasi setiap 30 detik
5) Rata rata peserta memasang “probe saturasi”
6) Tidak melakukan pemberian VTP dengan benar : siklus, cara pemberian dan lama pemberian
7) Tidak melakukan reposisi/ koreksi pada pemberian VTP : MRSOPA
8) Tidak mengetahui penatalaksanaan bayi lahir dengan meconium aspirasi
9) Melakukan pembersihan jalan nafas dengan tidak tepat : melakukan suction melalui hidung kemudian mulut
10) Tidak mengetahui indikasi pemberian VTP, Kompresi jantung dan pemberian obat/ adrenalin
11) Tidak mengetahui cara pemberian KOMPRESI jantung paru : siklus, evaluasi, cara, kedalaman dan lama pemberian kompresi
12) Tidak mempersiapkan peralatan untuk melakukan intubasi dengan lengkap
13) Tidak mengetahui dosis, cara pemberian dan indikasi pemberian obat adrenalin

d. Tahap Evaluasi

1) Tidak mengevaluasi respon klien selama tindakan : HR, warna kulit dan pernafasan

e. Tahap Dokumentasi

1) Tidak mencatat respon klien selama dilakukan tindakan

2. Analisis Kualitatif

a. Kewenangan Bidan dalam pengelolaan Persalinan dengan BBLR

Terbatasnya keterampilan yang dimiliki oleh bidan, terutama dalam pengelolaan BBLR merupakan salah satu kendala rendahnya kualitas pelayanan kebidanan yang diberikan. Fenomena di rumah sakit umum adalah seluruh persalinan spontan ditolong oleh bidan termasuk persalinan dengan BBLR. Namun, tidak semua bidan kompten dalam melakukan pertolongan persalinan dengan BBLR, maka hal ini perlu dipertanyakan.[18]

"*Kalau menurut saya dari tugas dan wewenang bidan, persalinan BBLR itu kan termasuk dengan penapisan ya, kalau praktik di rumah, memang tidak boleh, tapi karena lingkungan kerja kita rumah sakit, itu kan ada yang lebih, dokter jaganya atau penanggng jawab dari bidang maternal nya ya, jadi kalau di VK itu kan ada dokter jaga, jadi ya sesuai dengan anjuran dokter kalau misalkan kira-kira inimah masuk partus normal, yang penting persiapan alat lengkap, trus bayinya tidak berisiko, boleh ditolong oleh bidan. tapi kalau misalnya bayinya sudah BBLR, ibunya kehamilannya preterm tapi misalkan dengan kelainan jantung, hipertensi mungkin itu beda lagi ceritanya, jadi yang BBLR nya yang dilahirkan dari ibu yang gak ada komplikasi, tapi kalau ada komplikasi itu beda lagi.*" (R.8)

Namun ada pula bidan yang berpendapat bahwa bidan sebaiknya tidak melakukan pertolongan persalinan dengan BBLR karena banyaknya risiko yang dihadapi bidan. Berikut kutipan wawancaranya :

"*Kalau dilihat dari undang-undang ya bukan, karena berat badan lahir rendah ini kan resiko, walaupun terkadang setelah dilahirkan tidak*

tampak kelainan-kelainannya ya, tapi kalau setelah beberapa jam, beberapa hari atau beberapa minggu baru keliatan, jadi sebaiknya oleh dokter obgyn dan spesialis anak." (R.8)

b. Protap penanganan Persalinan dengan BBLR

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, prosedur tetap atau protap adalah tindakan yang harus dijalankan dengan cara yang sama agar selalu memperoleh hasil yang sama dari kejadian yang sama. Di RSUD Gunung Jati Cirebon, protap tentang penatalaksanaan persalinan dengan BBLR tidak ada. Selama ini pelaksanaannya adalah dengan melakukan konsultasi ke dokter, dan melakukan pemantauan keadaan ibu dan bayi, bila bayi *fetal dystress* maka selalu dipantau dengan CTG, peralatan kegawatdaruratan sudah siap, jika instruksi dokter partus pervaginam, maka penolong adalah bidan. Salah satu kutipannya sebagai berikut :

"*Kalau protap khusus tentang persalinan BBLR di VK gak ada, Ya, kalau BBLR di kita, di rumah sakit itu, kalau memang intrapartumnya normal, maksudnya...eee... DDJ baik, itu kan kita penatalaksanaan asuhan yang biasa, tapi kalau memang ...eeee..distress dan itu mungkin pemantauan ketat terhadap ibu dan bayi. Kalau memang distress kita pantau dengan memasang CTG walaupun itu awal kita rekam, selanjutnya kita rekam tapi tidak di print, kita pantau stand by di sana.*" (R.5)

c. Penilaian tentang Kompetensi diri dalam penanganan persalinan dengan BBLR

Beberapa Bidan di Rumah Sakit Gunung Jati Cirebon pernah mengikuti pelatihan tentang resusitasi BBLR yang diselenggarakan mandiri oleh pihak rumah sakit, namun mereka tetap merasa belum kompeten dalam menangani kasus pengelolaan persalinan dengan

BBLR, terutama kasus resusitasi pada BBLR. Salah satu kutipan wawancara sebagai berikut :

"Gimana ya..kalau menolong persalinan dengan BBLR itu kan bukan kewenangan bidan, tapi disini kan rumah sakit rujukan, bidan harus punya keterampilan tentang kegawatdaruratan. Jadi Rumah sakit memberikan pelatihan juga kepada bidan disini. Untuk tindakan resusitasi BBLR itu yang dirasa sangat sulit, kayanya walaupun sudah pelatihan juga masih merasa kurang mampu, itu kan kegawatdaruratan. waktu pelatihan juga kan latihannya ke phantoom jadi tetap merasa sangat berbeda dengan kenyataannya".(R.5)

d. Alasan bidan menolong persalinan dengan BBLR

Rumah Sakit memiliki aturan bahwa persalinan normal ditolong oleh bidan, dengan dokter sebagai penanggung jawabnya, termasuk persalinan dengan BBLR, namun bidan belum percaya diri dalam melakukan pengelolaan persalinan dengan BBLR terutama pada kasus resusitasi BBLR.

"Eeeee....gimana ya saya kan disini bekerja di rumah sakit rujukan, jadi di sini kasusnya nggak hanya yang fisiologis aja, tapi yang patologis juga banyak. khusus untuk persalinan dengan BBLR di rumah sakit ini, selama ini ya kita mengikuti saja aturan yang ada disini. kalau partus normal kan oleh bidan, bearti kalau BBLR juga kalau lahirannya normal ya dengan bidan. Kita mau nggak mau ya harus bisa, makanya bidan disini dilatih. paling kita kalau ada apa-apa ya konsul dengan dokternya, kita juga bertindak atas instruksi dokter. Kalau percaya diri sih kayanya kalau kasusnya udah sering kita tangani ya percaya diri, kalau belum pernah ya pasti takut juga. resusitasi BBLR nggak sebanyak yang bukan BBLR, tapi selama ini kita berusaha untuk belajar".(R.5)

e. Kebijakan tentang pertolongan persalinan dengan BBLR

Selama ini, belum ada protap atau aturan khusus tentang pengelolaan persalinan dengan BBLR. Aturan yang sudah berjalan adalah bidan selalu melaporkan hasil observasi pasien di ruang bersalin kepada dokter kandungan yang jaga saat itu, maka tindakan yang akan

dilakukan sesuai dengan advis dokter. Bila keadaan janin baik dan bisa lahir spontan, maka persalinan ditolong oleh bidan. Hal ini berdasarkan salah satu kutipan berikut :

"*Selama ini kita pakai protap umum yang sudah ada, kita masih terus melakukan perbaikan.*" (R.2)
"Sesuai dengan SOP penanganan persalinan, bidan tetap melaporkan ke dokter jaga. Setiap hari selalu ada visit dokter jaga. Selalu diobservasi, apakah bisa partus pervaginam atau harus SC." (R.3)

PEMBAHASAN

1. Keterampilan bidan dalam resusitasi BBLR

Pada kolom X1 (persiapan), nilai terendah adalah 6 dan tertinggi adalah 15 (nilai maksimal adalah 20). Pada keterampilan ini, bidan tidak melakukan konfirmasi tentang usia gestasi dan tafsiran berat anak. Hal ini penting dilakukan agar bidan bisa mempersiapkan tindakan kegawatdaruratan terutama bila usia gestasi < 29 minggu. Sebagian besar bidan tidak mengetahui nama dan fungsi obat-obatan yang diperlukan dalam tindakan resusitasi. Dalam persiapan kain penyangga, sebagian besar bidan juga hanya mempersiapkan 1 kain penyangga, dari yang seharusnya dipersiapkan 3 kain penyangga untuk managemen hipotermi.

Pada kolom X2 (perencanaan), nilai terendah adalah 0 dan tertinggi adalah 2 (nilai maksimal adalah 4). Pada keterampilan ini, 17 orang bidan telah menyipakan alat sesuai dengan kebutuhan yang akan dilakukan namun masih kurang lengkap, namun adapula 1 orang bidan yang tidak tepat dalam mempersiapkan alat sesuai dengan kebutuhan.

Pada kolom X3 (pelaksanaan), nilai terendah adalah 3 dan nilai tertinggi adalah 22 (nilai maksimal adalah 28). Bidan yang memiliki nilai terendah, hanya

mampu melakukan tindakan menentukan bayi bugar, menghangatkan bayi dan memposisikan bayi, tindakan selanjutnya tidak tepat. Semua bidan tidak mampu melakukan tindakan pemasangan ETT.

Pada kolom X4 (evaluasi), nilai terendah adalah 0 dan nilai tertinggi adalah 1 (nilai maksimal adalah 2). Pada keterampilan ini, 16 orang bidan telah melakukan tindakan evaluasi, namun dilakukan tidak lengkap.

Pada kolom X5 (dokumentasi), nilai terendah adalah 0 dan nilai tertinggi adalah 2 (nilai maksimal adalah 6). Pada keterampilan ini, 8 orang bidan tidak melakukan tindakan dokumentasi. Sisanya bidan melakukan tindakan dokumentasi namun tidak dilakukan dengan benar.

Berdasarkan tabel 4.1 rata-rata nilai keterampilan bidan dalam melakukan resusitasi BBLR adalah 42,25% (nilai rata-rata tertinggi adalah 70% dan terendah adalah 20%). Dari 20 orang bidan, 5 orang telah mengikuti pelatihan resusitasi yang diselenggarakan mandiri oleh Rumah Sakit Gunung Jati Cirebon.

Nilai rata-rata tersebut berarti di bawah batas standar nilai kompetensi keterampilan yaitu 100%. Hal ini berarti semua bidan tidak terampil dalam melakukan resusitasi pada BBLR. Terdapat 3 orang bidan yang memiliki nilai tertiggi yaitu : responden nomor 15 (usia 32 tahun, pendidikan terakhir D.3 Kebidanan, masa kerja 4 tahun dan telah mengikuti pelatihan resusitasi), responden nomor 18 (usia 32 tahun, pendidikan terakhir D.3 Kebidanan, masa kerja 4 tahundan telah mengikuti pelatihan resusitasi), responden nomor 20 (usia 43 tahun, pendidikan terakhir D.3 Kebidanan, masa kerja 15 tahun dan telah mengikuti pelatihan resusitasi). Sedangkan pada bidan yang memiliki nilai

terendah terdapat 2 orang, yaitu responden nomor 1 (usia 25 tahun, pendidikan terakhir D.3 Kebidanan, masa kerja 1 tahun dan belum mengikuti pelatihan resusitasi), responden nomor 6 (usia 24 tahun, pendidikan terakhir D.3 Kebidanan, masa kerja 1 tahun dan belum mengikuti pelatihan resusitasi).

Berdasarkan data tersebut diketahui bahwa karakteristik bidan (usia, pendidikan terakhir, masa kerja dan keikutsertaan pelatihan) adalah bervariasi. Namun, pada nilai tertinggi seluruh bidan telah mengikuti pelatihan tentang resusitasi, sebaliknya pada nilai terendah seluruh bidan belum mengikuti pelatihan. Penelitian Soetimah tahun 2014 menunjukkan bahwa pelatihan berdasar kompetensi berpengaruh terhadap kepatuhan bidan dalam melakukan asuhan pertolongan persalinan.

Berdasarkan Kepmenkes nomor 369 tahun 2007 tentang standar profesi bidan dicantumkan bahwa pada kompetensi ke lima (Keterampilan klinis dalam praktik kebidanan), kompetensi inti yaitu : bidan memiliki keterampilan tentang ilmu kebidanan, neonatologi dan ilmu-ilmu sosial, ilmu kesehatan masyarakat, etika, budaya dan asuhan yang tepat untuk perempuan, bayi yang baru lahir, "*chidbearing woman*", dan keluarga. Komponen kompetensi yaitu bidan memiliki keterampilan yang diperlukan dalam memberikan asuhan dasar komprehensif dan berkualitas tinggi.[19]

Berdasarkan hasil penelitian kuantitatif di atas didapatkan hasil bahwa bidan tidak kompeten dalam resusitasi BBLR, dan dari hasil penelitian kualitatif diketahui bahwa bidan menganggap persalinan BBLR bukan kewenangan bidan, selama ini penatalaksanaan persalinan dengan BBLR adalah melalui

advis dokter, namun bidan merasa belum kompeten dan belum percaya diri dalam memberikan asuhan pada pengelolaan persalinan dengan BBLR.

Kesimpulan

Hasil penelitian mengenai keterampilan bidan dalam resusitasi BBLR menunjukkan bahwa bidan tidak terampil dalam tindakan resusitasi BBLR

Bidan mengetahui bahwa persalinan BBLR bukan kewenangan bidan, selama ini penatalaksanaan persalinan spontan dengan BBLR dilakukan oleh bidan berdasarkan advis dokter, namun bidan merasa belum kompeten dan belum percaya diri dalam memberikan asuhan pada pengelolaan persalinan dengan BBLR.

Saran

Penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar untuk penelitian lebih lanjut khususnya tentang BBLR dan khusus untuk Rumah Sakit Umum Daerah, perlu adanya pelatihan untuk bidan tentang pengelolaan persalinan dengan BBLR di tingkat provinsi atau nasional, tidak hanya dilakukan mandiri oleh rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

1. D Sarimawar. Trend of Stillbirth and Neonatal Mortality in Indonesia, Based on Health Survey Result Year 1995-2007.
2. Badan Pusat Statistik B, Kementerian Kesehatan. SDKI tahun 2012. In: Indonesia DKR, editor. Jakarta
3. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014 Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.03.01/60/1/2010. In: KESEHATAN D, editor. JakartaTahun 2010.

4. Demsa Simbolon DC, Ernawati. Determinan Kinerja Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Rumah Sakit Pemerintah Indonesia Kebijakan Kesehatan Indonesia 2011. 4 Desember 2013;02:202-14.
5. Sunarti NN. Perilaku Bidan dalam menangani bayi Asfiksia Studi Kualitatif di RSUD Umbu Rara Waingapu Sumba Timur NTT. 2008.
6. Pedro R Coutinho JGC, Fernanda G Surita, Maria L Costa and Sirlei S Morais. Perinatal outcomes associated with Low Birth Weight in a historical cohort. Biomed Central. 2011.
7. Fauchere JC. Care and Resuscitation of the newborn infant. PEDIATRICA. 2012.
8. Walther F.J. A randomised controlled trial of delivery room respiratory management in very preterm infants. Pediatrics. 2007
9. Culhane RL. Low Birth Weight in the United States. The American Journal Of Clinical Nutrition. 2007.
10. Yanti E. Faktor-Faktor yang mempengaruhi Pengetahuan Bidan terhadap Penanganan Asfiksia pada Bayi Baru Lahir di RSU Cut Nyak Dhien Meulaboh Kabupaten Aceh Barat. 2014.
11. Profil Kesehatan Kotamadya Cirebon Dinas Kesehatan Kotamadya Cirebon Tahun 2013.
12. Laporan Persalinan di RSUD Gunung Jati Kota CirebonTahun 2013.
13. Rahmi DSA, Rismayanti. Faktor-faktor yang berhubungan dengan Kejadian Bayi Berat Badan Lahir Rendah di RSIA Pertiwi Makassar. 2013
14. Andriani Elvira, Pengaruh Pelatihan dan motivasi kerja terhadap kualitas pelayanan di RS. Siloam Gleneagles. Universitas Indonesia. 2009

15. Endang S. Karakteristik Individu dan Karakteristik Organisasi Pengaruhnya Terhadap Motivasi dan Kinerja Bidan Pada Rumah Sakit Umum Pemerintah Daerah Tapal Kuda Jawa Timur 2012.
16. AIPKIN Id. Standar Kompetensi bidan Indonesia (revisi November 2011). Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan 2011.
17. Arikunto S. Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik. Jakarta: Rineka Cipta; 2006.
18. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1464/MENKES/PER/2010 tentang izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan. Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia; Tahun 2010.
19. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 369/MENKES/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Bidan. In: Kesehatan D, editor. Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia.