



## POLICY BRIEF (Draft I)

# Strategi Penurunan Jumlah Kematian Bayi: Pengembangan Audit Kematian Maternal Perinatal (AMP) dan Penggunaan Prinsip Surveilans Respon

Ditujukan ke pengambil kebijakan di:

- Kementerian Kesehatan
- Pemerintah Propinsi (Dinas Kesehatan Propinsi)
- Pemerintah Kabupaten/Kota (Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota)
- Direksi Rumah Sakit
- Perhimpunan Profesi



## Pengantar

Situasi kematian bayi di Indonesia masih buruk. Data menunjukkan bahwa penurunan laju kematian bayi masih belum seperti apa yang diharapkan. Policy Brief ini berusaha membahas percepatan usaha penurunan kematian bayi dengan pengembangan AMP dan penggunaan surveilans respons.

## Mengapa AMP belum maksimal?

Kementerian Kesehatan sejak tahun 1994 telah meminta setiap daerah untuk menjalankan kegiatan AMP agar dapat mencegah terulangnya kematian yang dapat dicegah. Berbagai penelitian menunjukkankendala dalam menjalankan AMP, antara lain karena audit dianggap sebagai "pengadilan"; pelaksanaan otopsi verbal, yaitu metoda yang digunakan dalam AMP, belum dijalankan dengan baik karena formulir otopsi verbal belum terisi sesuai standar yang ditetapkan seperti informasi identitas pasien dan riwayat penyakit (Satria Wibawa, 2007); penyusunan notulen audit dan rekomendasi tindak lanjut sering tidak dilakukan (Feronica Masila, 2007); terdapat beberapa perbedaan antara hasil AMP ditingkat dinas kesehatan dengan hasil audit kematian ditingkat sarana pelayanan kesehatan dengan instrumen audit kematian yang disusun sistematis yang terkait dengan kesimpulan hasil audit dan juga rekomendasi yang diberikan (Hanevi Djasri, dkk, 2008). Hal-hal lain yang menonjol adalah keterlambatan dilakukannya AMP, terlalu tebalnya isi AMP, dan tidak dijalankannya rekomendasi.

Tidak dilaksanakannya rekomendasi hasil audit kematian ini menjadi temuan terpenting dari Seminar Nasional tentang Analisis Mendalam Penyebab Kematian Bayi di Provinsi NTT yang diselenggarakan akhir bulan Mei lalu. Hasil analisis menunjukkan bahwa penyebab kematian bayi di daerah tersebut terjadi karena berat bayi lahir rendah (BBLR), asfiksia/gangguan pernapasan dan infeksi/sepsis dan sekitar 70% dari kematian tersebut sebenarnya dapat dicegah menurut ilmu medis namun tetap terjadi karena beberapa faktor teknis terkait dengan kompetensi SDM, kondisi peralatan, kelengkapan obat serta mekanisme rujukan (Hanevi Djasri, dkk, 2013). Hasil analisis serupa juga sudah dilaporkan dari berbagai daerah dan berbagai studi namun upaya perbaikan sering sekali terbentur kepada masalah non-teknis yang membuat rekomendasi yang dihasilkan tidak dapat dijalankan.

## Rekomendasi Kebijakan

PKMK merekomendasikan kebijakan mengenai AMP dengan prinsip:

1. Untuk mengurangi kematian ibu dan bayi diperlukan prinsip surveilans respons untuk memberi adrenalin pada usaha penurunan kematian ibu dan bayi
2. AMP untuk kematian ibu dan bayi di fasilitas pelayanan didahului dengan “death conference/konferensi kematian” yang dilakukan maksimal 2 x 24 jam
3. Konferensi kematian ini dipergunakan semaksimal mungkin untuk mencari respon segera atau terencana
4. Keterlibatan Dokter Sp. OG dan Sp. A sebagai pemimpin klinis diharapkan lebih besar
5. AMP penuh ditingkat kabupaten/kota dapat dilakukan kemudian.
6. Diharapkan dokumen AMP dikurangi sehingga tidak terlalu rinci dan tebal yang menyulitkan pelaku.

Tabel 1 menggambarkan arah perubahan situasi yang diharapkan dari Pola Lama ke Pola Baru berbasis usulan ini. Secara garis besar perubahan AMP ini dilakukan dalam konteks penggunaan prinsip surveilans-respon untuk kematian ibu dan bayi yang menggunakan data absolut.

Rekomendasi Kebijakan ini dapat dikomunikasikan lebih lanjut ke:

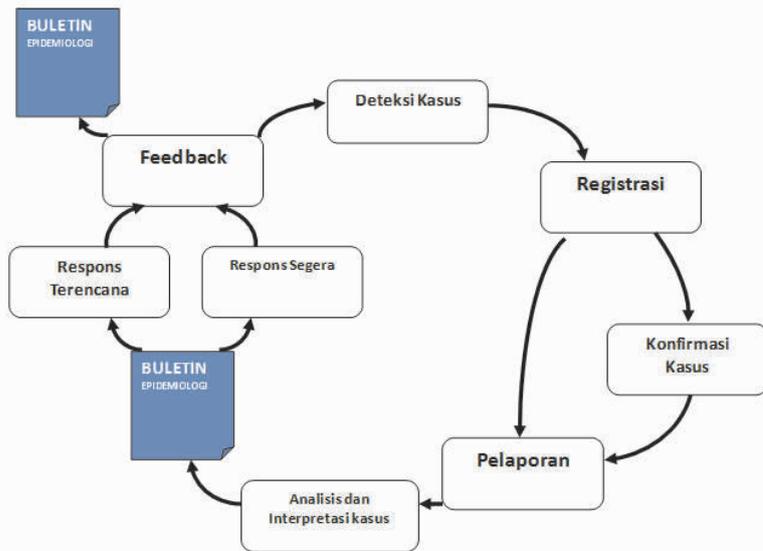
- Hanevi Djasri, e-mail: hanevi\_pmpk@yahoo.com
- Rukmono Siswishanto, e-mail: rukmonos@yahoo.com
- Sitti Noor Zaenab, e-mail: noor.zaenab@yahoo.com
- Laksono Trisnantoro, e-mail: trisnantoro@yahoo.com

## Referensi

- Feronica Masila, “Audit Maternal Perinatal Kabupaten Parigi-Moutong Propinsi Sulawesi Tengah”, Universitas Gadjah Mada, 2007
- Hanevi Djasri, Yayuk Hartriyanti, Siti Noor Zaenab, “Pengembangan Sistem Regulasi Kesehatan Ibu dan Anak Kabupaten Bantul”, Pusat Manajemen dan Pelayanan Kesehatan FK-UGM, 2008
- Hanevi Djasri, Puti Aulia Rahma, Muhammad Hardhantyo, Laksono Trisnantoro, “Evaluasi Mendalam Hasil AMP di 3 RSUD Provinsi NTT”, Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan FK-UGM, 2013
- Satria Wibawa, “Otopsi Verbal Kematian Maternal-Perinatal Studi Kasus Menindaklanjuti Temuan-Temuan Lapangan Di Pesisir Selatan Sumatera Barat”, Program Magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2008



## Lampiran 1. Prinsip Surveilans Respons



Catatan: Untuk kematian ibu dan anak seyogianya menggunakan surveilance respons dimulai dari deteksi kasus, Registrasi, konfirmasi kasus, pelaporan, analisis dan interpretasi kasus, kemudian di masukkan kedalam buletin epidemiologi dan diterjemahkan kedalam respon terencana dan respon segera, Didalam siklus surveilance respon, AMP terdapat pada posisi analisis dan interpretasi kasus. Siklus surveilance respon ini menghubungkan surveilans kematian dengan aksi segera yang merupakan sebuah kerangka kerja yang perlu diperhatikan. Action dapat berupa: (1) respon segera atau (2) respon terencana (termasuk penelitian lebih mendalam mengenai penyebab kematian)

## Lampiran 2. Indeks Responsiveness

Sedang dikembangkan di FK UGM oleh Laksono Trisnantoro dan Rossi Sanusi mengenai Indeks responsiveness yang dapat dijadikan sebagai indikator penilaian kinerja kepala dinas kesehatan kabupaten/kota dan direktur rumah sakit. Seberapa besar respon segera dan respon terencana kepala dinas kesehatan kabupaten/kota dan direktur RS akan dihitung dengan indeks responsiveness ini. Indeks responsiveness ini dapat membedakan kepala dinas kesehatan, direktur RS dan kepala dinas yang sigap/responsif dan yang lambat.

Respon segera yang dapat dilakukan seperti perbaikan sistem rujukan, perbaikan mutu pelayanan di RS dan perbaikan mutu pelayanan dipuskesmas. Sedangkan respon terencana yang dapat dilakukan seperti pengadaan alat, penambahan gedung baru yang perlu proses pengajuan dana. Dana respon segera dapat diambil dari dana-dana yang sudah dianggarkan yaitu dana BLU, dana KLB, kalau sudah dinyatakan sebagai KLB. Sedangkan sana respon terencana dapat dimasukkan kedalam anggaran APBNA/APBD.

Dengan adanya indeks responsiveness ini diharapkan dapat meningkatkan adrenalin pengelola program dan masyarakat dan mampu mengerakkan masyarakat, lintas sektoral dan tenaga kesehatan. Perhitungan Indeks adalah sebagai berikut:

$$\text{Indeks Respon Segera} = \frac{(\text{Jumlah Respon segera yang dilakukan})}{(\text{Jumlah respon segera yang seharusnya dilakukan})} \times 100\%$$

$$\text{Indeks Respon Terencana} = \frac{(\text{Jumlah Respon terencana yang dilakukan})}{(\text{Jumlah respon terencana yang seharusnya dilakukan})} \times 100\%$$

## Penulis

Hanevi Djasri | Puti Aulia Rahma

Rukmono Siswihanto | Sitti Noor Zaenab | Laksono Trisnantoro