

# PELAYANAN KESEHATAN NEONATAL BERPENGARUH TERHADAP KEMATIAN NEONATAL DI INDONESIA (ANALISIS DATA RISKESDAS 2010)

**Sri Sukamti dan Pandu Riono**

Dosen Jurusan Kebidanan Poltekkes Jakarta III  
Jl. Arteri JORR Jatiwarna Kec Pondok Melati Kota Bekasi  
Email: sukamtisri@yahoo.co.id

## *ABSTRACT*

*Neonatal mortality rate in Indonesia, namely 19 per 1000 live births, is 55,9% of the infant mortality rate. Even though there are numbers of Maternal Care Health (MCH) program implemented, declining neonatal mortality is still slow. Current efforts to decrease neonatal mortality are designed through the provision of neonatal care visits. They include vitamin K injection, administration of eye ointment, early detection of danger signs, and HB0 immunization. This research aims to examine the effect of neonatal care, particularly neonatal visit, in relation to reduce neonatal mortality rate in Indonesia (Analisis Data Riskesdas 2010). This research employed cross sectional design with total number of sample 13.859 children those born alive, aged 0-59 months.. Data was analyzed using multiple logistic regression based on the Directed Acyclic Graph (DAG). The result shows that the risk of neonatal death is higher among neonatal who received less than 3 neonatal visit services with  $OR_{adj}=12.77$  (95%CI 1,82 - 89,56) than their counter part who did not receive neonatal visit  $OR_{adj}=28.32$  (95%CI 3,86 - 208,26). Neonates with no vitamin K at the time of 1st neonatal visit has high risk of neonatal death, with  $p$  value  $< 0,001$  and  $OR_{adj}$  34,5 (95%CI 4,90 - 243,34). This study shows that a high quality of neonatal health services could prevent neonatal death in Indonesia.*

*Key words: neonatal death, neonatal visits and administration of vitamin K*

## *ABSTRAK*

*Angka kematian neonatal di Indonesia sebesar 19 per 1000 kelahiran hidup menempati 55,9% dari angka kematian bayi. Meskipun berbagai pelayanan kesehatan ibu dan anak sudah banyak dikembangkan, penurunan kematian neonatal masih lambat. Upaya menurunkan kematian neonatal saat ini dilakukan melalui pemberian pelayanan kunjungan neonatal yang meliputi pemberian vitamin K injeksi, pemberian salep mata, deteksi dini tanda bahaya, dan pemberian imunisasi HB0. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pelayanan kesehatan neonatal khususnya pelayanan kunjungan neonatal (KN) terhadap kematian neonatal di Indonesia. Metode penelitian menggunakan rancangan cross sectional dengan sample penelitian berjumlah 13,859 anak lahir hidup usia 0 - 59 bulan. Analisis data menggunakan Regresi logistik ganda berdasarkan Directed Acyclic Graph (DAG). Hasil didapatkan bahwa risiko kematian neonatal lebih tinggi pada anak yang KN1 kurang berkualitas dengan  $p$  value 0,01;  $OR_{adj}=12,77$  (95%CI 1,82 - 89,56) dan anak yang tidak KN1 dengan  $p$  value 0,001;  $OR_{adj}=28,32$  (95%CI 3,86 - 208,26). Neonatus yang tidak mendapatkan vitamin K memiliki risiko kematian neonatal dengan  $p$  value  $< 0,001$ ;  $OR_{adj}$  34,5 (95%CI 4,90 - 243,34). Penelitian menunjukkan bahwa hanya pelayanan kesehatan neonatal yang berkualitas yang dapat mencegah kematian neonatal di Indonesia.*

*Kata kunci: kematian neonatal, kunjungan neonatal, pemberian vitamin K*

## PENDAHULUAN

Kematian bayi merupakan salah satu indikator kesehatan masyarakat dan kesejahteraan suatu daerah atau bangsa. Duapertiga (2/3) kematian bayi dapat terjadi pada bulan pertama (masa neonatal), duapertiga (2/3) kematian neonatal terjadi pada minggu pertama (neonatal dini), dan duapertiga (2/3) kematian neonatal dini risiko tinggi terjadi pada hari pertama (Beck, 2004 dan Depkes, 2008). Angka Kematian Neonatal di Indonesia masih lebih tinggi dibandingkan dengan negara berkembang lainnya seperti Vietnam, Thailand, Filipina dan Sri Lanka. Tetapi masih dibawah Bangladesh, Nepal, Laos dan India (Rajaratnam, et.al., dalam Lancet, 2010). Tingkat penurunan AKB di Indonesia cukup baik dari 109 per 1000 kelahiran tahun 1976 - 1986 menjadi 71 per 1000 kelahiran, pada tahun 1996 sebesar 47 per 1000 kelahiran dan tahun 2001 menjadi 32 per 1000 kelahiran (Supas, 2005). Sedangkan angka kematian neonatal dari 20 per 1000 kelahiran pada tahun 1998-2002 dan tahun 2003 -2007 menjadi 19 per 1000 kelahiran dengan kata lain kematian neonatal tidak mengalami penurunan yang berarti (SDKI, 2007). Tingkat kematian neonatal tahun 2010 sebesar 17,8 per 1000 kelahiran hidup (Rajaratnan, et al. 2010 dalam Soemantri, 2011).

Kematian neonatal pada tahun 2002-2003 sebesar 57,1 persen dan pada tahun 2003 - 2007 sebesar 55,9 persen dari AKB di Indonesia. Hal ini menunjukkan bahwa kematian bayi lebih dari separuhnya merupakan kematian neonatal dan dilihat dari persentasenya hanya mengalami sedikit penurunan (SDKI,2007). Penyebab kematian neonatal di Asia Tenggara secara berurutan dari yang terbesar adalah Prematur, asfiksia, kelainan kongenital dan sepsis (Cuin, et al. dalam Lancet 2011). Sumber lain menyatakan penyebab langsung kematian neonatal adalah

infeksi 36 persen, prematur 27 persen, asfiksia 26 persen, kongenital 7 persen, dan penyebab lain 7 persen (Ronoatmodjo, 2009). Determinan antara penyebab kematian neonatal antara lain jumlah kehamilan, urutan anak pertama, persalinan oleh dukun, bersalin di rumah (SKRT, 2001).

Banyak penelitian telah dilakukan untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi kematian neonatal di Indonesia. Faktor risiko kematian neonatal di NTB didapatkan peningkatan risiko kematian neonatal pada pemberian nasi papak, berat bayi lahir rendah, tidak antenatal care (ANC), dan adanya komplikasi kehamilan dan persalinan (Ronoatmodjo, 1996). Dari analisis SDKI 2002 - 2003 terdapat 9 faktor utama yang mempengaruhi kematian neonatal yang dikontrol oleh variabel sosial ekonomi antara lain tidak diberi Air Susu Ibu (ASI), penolong persalinan non tenaga kesehatan, jarak kelahiran kurang dari 2 tahun, urutan anak, tidak ada pemeriksaan bayi setelah lahir, tidak ANC, tidak menggunakan Keluarga Berencana (KB), ibu bekerja, dan pendidikan ibu rendah meningkatkan risiko kematian neonatal (Iswarati, 2007).

Penelitian dengan menggunakan data yang sama didapatkan risiko kematian neonatal meningkat pada ukuran bayi dibawah rata - rata, ibu dengan riwayat komplikasi persalinan selain partus lama, jenis kelamin laki - laki, urutan anak 2 -3 dengan jarak kelahiran kurang atau sama dengan 2 tahun, urutan anak ke-4 atau lebih dengan jarak kelahiran kurang atau sama dengan tahun, tidak kunjungan neonatal (KN), kedua orang tua bayi bekerja dan ayah yang tidak bekerja. Dari analisis ini disimpulkan bayi yang tidak KN cenderung untuk mengalami kematian neonatal. Penolong persalinan oleh tenaga kesehatan juga merupakan faktor yang mempengaruhi terjadinya kematian neonatal (Titaley, 2008). Indonesia telah memiliki program yang

bertujuan untuk menurunkan kematian neonatal melalui Strategi Nasional "*Making Pregnancy Safer*" (MPS) yang memiliki target terhadap kesehatan bayi baru lahir adalah menurunkan angka kematian neonatal menjadi 15 per 1000 kelahiran hidup (Depkes, 2008). Departemen Kesehatan telah menyusun kerangka konsep upaya penurunan kematian neonatal melalui perawatan maternal dan neonatal. Untuk menurunkan angka kematian bayi baru lahir diperlukan asuhan berdasarkan waktu yang meliputi asuhan antenatal, asuhan persalinan, dan asuhan pasca persalinan (Depkes, 2006). Pelayanan kesehatan ibu dan bayi dapat dilihat dari angka cakupan ANC yang meliputi kunjungan ke-1 (K1), kunjungan ke-4 (K4) dan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (Linakes) serta kunjungan ulang saat masa nifas. Sedangkan untuk asuhan bayi baru lahir dapat dilihat dari cakupan kunjungan neonatal (KN).

Upaya untuk mencapai target strategi Nasional dalam MPS maka dibutuhkan langkah kebijakan yang tepat oleh pengambil keputusan, sehingga diperlukan informasi tentang faktor yang mempengaruhi kejadian kematian neonatal berdasarkan data terbaru. Dalam menyusun program yang dapat menekan kematian neonatal yang baik diperlukan studi untuk mengetahui pengaruh faktor pelayanan kesehatan ibu dan bayi terhadap kematian neonatal sebagai *evidence based* dalam menyusun kebijakan. Riskesdas merupakan salah satu alat evaluasi pencapaian *Millenium Development Goal* (MDGs), untuk itu perlu dilakukan analisa lebih lanjut. Hasil analisis ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada perencana program terutama yang berhubungan dengan

penurunan angka kematian bayi di Indonesia. Selanjutnya dapat disusun program penurunan kematian neonatal di Indonesia berdasarkan *evidence based*.

## METODE

Penelitian ini menggunakan rancangan cross sectional, tujuannya untuk mengetahui pengaruh faktor pelayanan kesehatan neonatal terhadap kematian neonatal anak terakhir di Indonesia menggunakan data Riskesdas 2010. Penelitian dilakukan di seluruh 33 provinsi di Indonesia dalam kurun waktu 2005 sampai 2010. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh anak terakhirnya usia kurang dari 59 bulan baik hidup ataupun meninggal di 33 propinsi di Indonesia. Tehnik sampling menggunakan multistage sesuai dengan penarikan sampel pada Riskedas 2010. Sehingga perhitungan sampel minimal berdasarkan proporsi kasus pada penelitian sebelumnya menggunakan rumus perhitungan sampel estimasi proporsi. Berdasarkan perhitungan sampel di atas maka yang digunakan adalah seluruh anak dari wanita yang pernah menikah umur 15 - 59 tahun pernah melahirkan selama kurun waktu 1 Januari 2005 sampai dengan 2010 sesuai data riskesdas yaitu 20 591 memenuhi kecukupan sampel. Analisa dilakukan berdasarkan *directed acyclic graph* (DAG) untuk melihat asosiasi antar variabel dengan menggunakan regresi logistik sederhana dan analisis multivariat menggunakan regresi logistik ganda dengan bantuan program Stata. DAG adalah suatu pendekatan yang dapat digunakan untuk membantu memilih kovariat yang harus dimasukkan dalam pendekatan statistic untuk meminimalkan besarnya bias dalam memperkirakan hasil (Shrier & Platt, 2008).

**HASIL DAN PEMBAHASAN****Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Sosiodemografi Orang Tua**

Variabel	Jumlah	Persentase	95%CI
<b>Usia ibu:</b>			
- 20 - 35 tahun	10.187	73,3	72,53 - 74,15
- <20 th atau >35 th	3.672	26,6	25,85 - 27,47
<b>Pendidikan Ibu:</b>			
- Tinggi	1.202	8,8	8,19 - 9,48
- Menengah	3.561	26,0	25,02 - 27,1
- Dasar	9.096	65,1	63,81 - 66,45
<b>Pendidikan Bapak:</b>			
- Tinggi	1.278	9,4	8,75 - 10,17
- Menengah	4.105	29,8	28,83 - 30,99
- Dasar	8.476	60,7	59,32 - 61,99
<b>Status Pekerjaan Ibu:</b>			
- Tidak bekerja	7.088	51,2	49,89 - 52,61
- Bekerja/sekolah	6.771	48,7	47,39 - 50,11
<b>Status Pekerjaan Bapak:</b>			
- Bekerja	13.708	98,8	98,7 - 99,07
- Tidak /sekolah	151	1,1	0,93 -1,3

Tabel 1. menunjukkan umur ibu yang berisiko yaitu <20 tahun dan > 35 tahun sebesar 26,6%. Pendidikan ibu persentase terbesar adalah pendidikan dasar 65,1%, pendidikan bapak terbesar juga pendidikan dasar sebesar 60,7%. Sedangkan status bekerja ibu terbesar adalah tidak bekerja sebesar 51,2%, status bapak

bekerja sebesar 48,7%. Variabel KN merupakan status KN1 usia 6 - 48 jam dan jumlah pelayanan yang diterima pada saat KN1 tanpa mempertimbangkan tahun kelahiran anak. Selain itu juga melihat KN1 yang mendapat Vitamin K atau tidak mendapat Vitamin K pada saat KN1 dan tidak KN1.

**Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pelayanan Kesehatan Neonatal**

Variabel	Jumlah	Persentase	95%CI
<b>KN</b>			
-Ya, 3 jenis pelayanan	1.815	13,1	12,3 -14,0
-Ya, <3 jenis pelayanan	8.302	59,9	58,6 - 61,2
-Tidak	3.742	27,0	25,7 - 28,2
<b>KN</b>			
- Ya, Vit K	3.201	23,1	22,0 - 24,2
- Ya, tidak Vit K dan tidak KN	10.658	76,9	75,8 - 78,0

Sebagian besar (59,9%) kunjungan neonatal pertama dan mendapatkan kurang dari 3 jenis pelayanan. Berdasarkan KN dan pemberian

Vit K terdapat sebagian besar (76,9%) tidak mendapat Vit K atau tidak KN .

**Tabel 3. Pengaruh Pelayanan Kesehatan dengan Kematian Neonatal Anak Terakhir di Indonesia (Riskesdas 2010) *Crude* dan *Adjusted***

Variabel	<i>Crude Assosiation</i>		P value	<i>Adjusted Assosiation</i>		P value
	Nilai OR	95% CI		Nilai OR	95% CI	
Kunjungan Neonatal						
- KN, sesuai	<i>Reference</i>			<i>Reference</i>		
- KN, tidak sesuai	13,23	1,89 - 92,7	0,009	12,77	1,82 - 89,56	0,01
- Tidak KN	21,91	3,01 - 159,60	0,002	28,34	3,86 - 208,26	0,001
- KN dan Vit K	<i>Reference</i>			<i>Reference</i>		
- KN tidak Vit K dan tidak KN	32,19	4,56 - 227,07	0,001	34,5	4,90 - 243,34	0,000

Tabel 3. menunjukkan hubungan (*crude assosiation*) KN terhadap kematian neonatal dapat dilihat dari nilai odds ratio. Berdasarkan analisis logistik sederhana didapatkan bahwa bayi yang KN1 dengan pelayanan kurang dari 3 jenis kemungkinan lebih memiliki risiko 13 kali kematian neonatal (OR=13,23; 95% CI 1,89 - 92,7) dibandingkan bayi yang KN1 dengan 3 jenis pelayanan, sedangkan bayi yang tidak melakukan KN1 kemungkinan memiliki risiko 21 kali kematian neonatal (OR=21,9; 95% CI 3,01 - 159,6) dibandingkan bayi yang KN1 dengan 3 jenis pelayanan. Pengaruh Kunjungan Neonatal dengan kematian neonatal setelah dikontrol variabel ANC, penghasilan, komplikasi kehamilan, berat lahir, komplikasi persalinan, dan penolong persalinan didapatkan bayi yang dibawa oleh ibu untuk KN1 dan mendapatkan pelayanan kurang dari 3 jenis kemungkinan lebih memiliki risiko kematian neonatal 12 kali (OR=12,79; 95% CI 1,82 - 89,74) dibandingkan bayi yang KN1 dan mendapatkan pelayanan 3 jenis. Sedangkan bayi yang tidak KN1 kemungkinan lebih memiliki risiko kematian neonatal 28 kali (OR=28,3; 95% CI 3,84 - 208,99) dibandingkan bayi yang KN1 dan mendapat pelayanan 3 jenis.

Berdasarkan analisis regresi logistik sederhana didapatkan bayi yang KN1 tidak mendapat vit K dan tidak KN1 kemungkinan memiliki risiko kematian neonatal 32 kali dibandingkan dengan bayi yang KN1 mendapat vit K

(OR=32,19; 95% CI 4,56 - 227,07). Pengaruh Kunjungan Neonatal dengan kematian neonatal setelah dikontrol variabel ANC, penghasilan, komplikasi kehamilan, berat lahir, komplikasi persalinan, dan penolong persalinan didapatkan bayi yang dibawa oleh ibu untuk KN1 tidak mendapatkan vit K dan tidak KN1 kemungkinan lebih memiliki risiko kematian neonatal 34 kali (OR=34,5; 95% CI 4,90 - 243,34) dibandingkan bayi yang KN1 dan mendapatkan vit K.

Kesehatan bayi dimulai dari kesehatan ibu pada saat hamil sampai dengan persalinan dan dilanjutkan dengan asuhan bayi baru lahir. Pada saat ANC seorang ibu diharapkan dapat merawat dirinya baik fisik maupun psikologis sehingga janin yang dikandungnya dapat tumbuh dan berkembang sesuai dengan usia kehamilan. Melalui ANC dapat mendeteksi secara dini apabila didapatkan komplikasi dalam kehamilan dan melakukan penanganan selanjutnya secara cepat dan tepat. Selain itu ibu dapat mempersiapkan diri untuk memberikan asuhan pada bayinya setelah lahir (IBI, 2006).

Perawatan ibu selama hamil harus dilanjutkan dengan pertolongan persalinan yang aman untuk menjamin keselamatan ibu dan bayi selama proses peesalinan. Pertolongan persalinan yang aman harus dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan seperti Puskesmas, rumah bersalin, bidan prakrek mandiri, rumah sakit atau sarana kesehatan

lain yang menangani pertolongan persalinan. Hal ini sesuai dengan program *safe motherhood* yang menekankan persalinan yang aman di fasilitas kesehatan (Depkes, 2008).

Kunjungan neonatal merupakan sarana untuk mendapatkan asuhan bayi baru lahir esensial sehingga bayi dapat beradaptasi dengan perubahan lingkungan dari dalam rahim ke luar rahim. Adaptasi lingkungan luar rahim perlu difasilitasi oleh orang terdekat dengan bayi, biasanya orang tua dan tenaga kesehatan yang menolong proses persalinan dan memeriksa bayi baru lahir. Kunjungan neonatal dapat dilakukan melalui kunjungan ibu ke tenaga kesehatan atau sebaliknya kunjungan tenaga kesehatan ke rumah ibu.

Kunjungan neonatal pertama yang dilakukan pada umur 6 jam - 48 jam didapatkan 69,9%. Tempat kunjungan neonatal di rumah sebesar 27,8% dan di praktik nakes sebesar 23,2%. Persentase ini selaras dengan data tentang pertolongan persalinan persentase terbesar di rumah dan di bidan praktik. Sedangkan persentase KN ke-2 sebesar 60,0%, KN ke-3 sebesar 37%. Persentase KN ke-1 dan KN ke-2 lebih tinggi dibandingkan KN ke-1 berdasarkan Riskesdas 2007 (Riskesdas, 2007). Jenis pelayanan yang diberikan selama KN1 yang diukur pada Riskesdas 2010 meliputi Immunisasi HB-0 72,3%, pemberian salep mata 32,2% dan vitamin K injeksi 33,3%. Jenis pelayanan ini belum mewakili asuhan bayi baru lahir esensial yang harus diberikan pada saat kunjungan neonatal (Beck, 2004; Depkes, 2009; Ronoatmodjo, 2009). Berdasarkan KN1 dan jenis pelayanan yang diberikan didapatkan KN1 dengan 3 jenis pelayanan hanya sebesar 13,1%, KN1 dengan jenis pelayanan < 3 jenis sebesar 59,9% sedangkan yang tidak KN sebesar 27%. Persentase ini sedikit menggambarkan kualitas pelayanan KN yang berhubungan dengan asuhan penting bayi baru lahir. Pemberian

vitamin K pada bayi baru lahir merupakan usaha untuk mencegah terjadinya perdarahan pada bayi beberapa hari setelah lahir karena belum sepenuhnya sistem pembekuan darah. Hal ini dapat meningkatkan kematian neonatal. Pada saat kunjungan neonatal pertama perlu diyakinkan apakah bayi sudah mendapatkan suntikan vitamin K, sehingga dapat diberikan apabila bayi belum mendapat vitamin K. Pada penelitian ini persentase KN1 dengan pemberian vitamin K sebesar 22,45%, persentase KN1 tidak diberi vitamin K dan tidak KN sebesar 77,45%. Kejadian kematian pada bayi yang KN1 dengan pemberian vitamin K sebesar 0,04% sedangkan pada bayi yang KN1 tidak diberi vitamin K dan tidak KN1 1,2%.

Hasil analisis multivariat, menunjukkan hubungan KN dengan kematian neonatal setelah dikontrol variabel ANC, komplikasi kehamilan, penghasilan, komplikasi persalinan, penolong persalinan, tempat persalinan dan berat lahir didapatkan bayi yang dibawa oleh ibu untuk KN1 dengan mendapatkan pelayanan kurang dari 3 jenis kemungkinan lebih memiliki risiko kematian neonatal 12 kali dibandingkan bayi yang KN1 dan mendapatkan pelayanan 3 jenis. Sedangkan bayi yang tidak KN1 kemungkinan lebih memiliki risiko kematian neonatal 28 kali dibandingkan bayi yang KN1 dan mendapat pelayanan 3 jenis. Penelitian ini selaras dengan penelitian sebelumnya (Titaley, 2008; Afifah, 2009).

Hasil analisis *regresi logistic* sederhana didapatkan bayi yang KN1 yang tidak diberi vitamin K dan tidak KN1 kemungkinan memiliki risiko kematian neonatal 32 kali daripada bayi yang KN1 dengan pemberian vitamin K. Sedangkan hasil analisis logistik ganda didapatkan bayi yang KN1 tidak diberi vitamin K dan tidak KN1 kemungkinan memiliki risiko kematian neonatal 34 kali dari pada bayi yang KN1 dengan pemberian

vitamin K setelah dikontrol variabel ANC, komplikasi kehamilan, penghasilan, komplikasi persalinan, penolong persalinan, tempat persalinan dan berat lahir. Hal ini menunjukkan bahwa pemberian vitamin K dapat memberikan pencegahan kematian neonatal (Saifudin, 2006).

Apabila data jenis pelayanan ditanyakan lebih lengkap akan didapatkan hasil yang lebih menggambarkan kualitas pelayanan KN dan mengetahui efektifitas kualitas KN terhadap kematian neonatal. Data ini juga hanya terbatas dengan pelayanan yang diberikan pada KN1, tidak diketahui pelayanann yang diberikan pada saat KN ke-2 dan KN ke-3, sehingga tidak dapat menggambarkan KN secara lengkap. Menurut standar KN seharusnya di lakukan 3 kali dalam kurun waktu umur neonatus 0 - 28 hari. KN lengkap apabila neonatus melakukan KN ke-1, KN ke-2 dan KN ke-3, apabila salah satu dari KN tidak dilakukan maka tidak dikelompokan KN lengkap (Depkes, 2009).

Pelayanan kesehatan neonatal khususnya kunjungan neonatal merupakan pelayanan yang diberikan untuk neonatus selama periode 0 - 28 hari. Kunjungan neonatal bukan hanya sekedar kunjungan atau datang ke pelayanan kesehatan dan bertemu dengan tenaga kesehatan tetapi harus mendapat pelayanan kesehatan neonatal yang terstandar dan berkualitas. Pelayanan kesehatan neonatal yang berkualitas yang dapat mempertahankan bayi tetap sehat, menurunkan kesakitan dan kematian. Semakin sedikit kontak dengan tenaga kesehatan dan semakin sedikit jenis pelayan kesehatan yang diterima oleh bayi maka semakin besar kemungkinan bayi sakit atau meninggal (Kemenkes, 2010). Pelayanan kesehatan bagi neonatus didapatkan sejak pertolongan persalinan di fasilitas kesehatan berupa pertolongan yang bersih dan aman, mendapatkan asuhan esensial bayi baru lahir sesuai dengan standar pelayanan

kesehatan neonatal esensial meliputi Kewaspadaan Umum (*Universal Precaution*), Penilaian Awal, Pencegahan Kehilangan Panas, Pemotongan dan Perawatan Tali Pusat, inisiasi Menyusu Dini (IMD), Pencegahan Perdarahan dengan pemberian vitamin K injeksi, Pencegahan Infeksi Mata, Pemberian Imunisasi, Pemberian Identitas, Anamnesis dan Pemeriksaan Fisis. Pelayanan ini diberikan segera setelah bayi lahir selama bayi di fasilitas kesehatan dan sebelum meninggalkan fasilitas kesehatan (Kemenkes, 2010).

Sistem pembekuan darah pada bayi baru lahir belum sempurna, maka semua bayi akan berisiko untuk mengalami perdarahan tidak tergantung apakah bayi mendapat ASI atau susu formula atau usia kehamilan dan berat badan pada saat lahir. Perdarahan bisa ringan atau menjadi sangat berat, berupa perdarahan pada Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi ataupun perdarahan intrakranial. Untuk mencegah kejadian perdarahan pada bayi, maka pada semua bayi baru lahir diberikan suntikan vitamin K1 (Phytomenadione) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intra muskular pada antero lateral paha kiri. Suntikan Vitamin K1 dilakukan setelah proses IMD dan sebelum pemberian imunisasi hepatitis B (Kemenkes, 2010)

Pemantauan dan asuhan bayi baru lahir selanjutnya di berikan selama bayi atau neonatus dibawa oleh orang tua ke fasilitas kesehatan untuk kunjungan neonatal ke-1 24 jam - 2 hari, neonatal ke-2 antara umur 3 hari- 7 hari dan kunjungan neonatal lengkap dilakukan pada usia 8 hari sampai 28 hari. Kunjungan neionatal ke-2 memberikan asuhan kepada bayi meliputi mengecek pemberian vitamin K, mengecek pemberian immunisasi HB0, mendeteksi tanda bahaya pada bayi sesuai manajemen terpadu bayi muda (MTBM) dan konseling bagi ibu tentang perawatan bayi di rumah (menjaga kehangatan, memberi ASI, menjaga

kebersihan dan mengenali tanda bahaya pada bayi serta memberikan asuhan yang tepat, stimulasi pertumbuhan perkembangan dan imunisasi). Pelayanan kesehatan neonatal ini sangat penting untuk memberikan asuhan pada bayi, mendeteksi bahaya pada bayi dan melakukan penanganan secara efektif sehingga memfasilitasi kelangsungan hidup bayi yang sehat optimal.

## SIMPULAN

Pelayanan kesehatan neonatal khususnya kunjungan neonatal (KN) dan pemberian injeksi vitamin K pada bayi baru lahir secara statistik terdapat hubungan bermakna dengan kematian neonatal di Indonesia. Kunjungan neonatal yang tidak sesuai standar atau perilaku tidak melakukan kunjungan neonatal serta tidak mendapatkan pelayanan pemberian injeksi vitamin K secara statistik memiliki risiko kematian neonatal yang besar. Hasil penelitian ini mengisyaratkan agar tenaga kesehatan dapat memperbaiki pelayanan kesehatan Ibu dan Anak dengan memperhatikan aspek pelayanan yang berkualitas sehingga dapat memberikan kontribusi dalam menurunkan kesakitan dan kematian neonatal. Pelaksanaan program kunjungan neonatal yang optimal dengan memberikan asuhan bayi baru lahir melalui pemberian pelayanan; deteksi dini tanda bahaya, menjaga kehangatan, pemberian ASI, pencegahan infeksi, pencegahan perdarahan dengan memberikan vitamin K injeksi untuk menurunkan risiko kesakitan dan kematian pada masa neonatus.

## DAFTAR PUSTAKA

Acuin, C. S. et. al. 2011. *Health in Southeast Asia 2 Maternal, neonatal, and child health in southeast Asia: towards greater regional collaboration.* (online), [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Vol 377 February 5, 2011

- Afifah, T. 2009. *Determinan Kematian Neonatal Dini, Neonatal Lanjut, dan Post Neonatal di Indonesia (Analisa Data Sekunder SDKI 2007)*. Tesis tidak diterbitkan. Depok. FKM-UI.
- Beck, D., Ganges, F., Goldman, S. & Long, P. 2004. *Care of the Newborn References Manual*. Washingtons: KINETIK.
- Black, R. E. et. al. 2010. *Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: A systematic analysis*. Lancet.
- Departemen Kesehatan RI. 2008. *Panduan Pelaksanaan Strategi making Pregnancy Safer dan Child Survival*. Jakarta: Depkes RI.
- , 2009. *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA)*. Jakarta: Depkes.
- 2008. *Rencana Strategi Nasional Making Pregnancy Safer (MPS) di Indonesia 2001 - 2010*. Jakarta : Depkes.
- , 2008. *Profil Kesehatan Indonesia 2008*. Jakarta: Depkes.
- Dewi, R. 2010. *Faktor - faktor yang berhubungan dengan kematian neonatal di Indonesia Analisis Data SDKI 2007*. Skripsi tidak diterbitkan. Depok. FKMUI.
- IBI. 2006. *Standar Pelayanan Kebidanan*. Jakarta.
- Iswarati & Oesman, H. 2007. *Kematian Neonatal, Bayi dan Balita di Indonesia*. Jurnal Ilmiah Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi, tahun I, no.1.
- Kementerian Kesehatan RI. 2010. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial Pedoman Teknis Pelayanan Kesehatan Dasar*. Jakarta: Kemkes.
- Lawn, J. E, et. al. 2004. *Why are 4 million newborn babies dieing each years?* Vol 364 July 31, 2004. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com). Diunduh tanggal 1/3/2011.

- Mosley & Chen. 2003. *An Analytical Framework for the Study of Child Survival in Developing Countries*. Bulletin of WHO.
- Ronoatmodjo, S. 2009. *Kunjungan Rumah Pasca Persalinan Sebuah Strategi Meningkatkan Kelangsungan Hidup Neonatal*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol.4 No.2 Oktober 2009.
- Saifuddin, A.B, Adriaansz, G, Wiknjosastro, G.H, & Waspodo, J. 2006. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Maternal Neonatal*. Jakarta: YB-PSP.
- Shrier, I. & Platt, R. W. 2008. *Reducing Bias Through Directed Acyclic Graphs*. BMC Medical Research.
- Soemantri, S. dkk. 2011. *Uncertain DMGS Target Achievement and Current Gaps in the Continuum of Care. Evidence from Household Surveys*. Presented in informal meeting at WHO office. April 2011.
- Titaley, et.al. 2008. *Determinants Of Neonatal Mortality In Indonesia*. *BMC Public Health 2008*, diunduh dari <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/232>, tanggal 27/12/2010