

INISIASI MENYUSU DINI PADA SEKSIO SESAREA: STUDI *MIXED METHODS* PADA DUA RUMAH SAKIT SWASTA SAYANG IBU DAN ANAK DI JAKARTA DAN BEKASI

*EARLY BREASTFEEDING IN CESAREAN SECTION:
A MIXED-METHODS STUDY ON TWO PRIVATE MOTHER-AND-CHILD FRIENDLY HOSPITALS
IN JAKARTA AND BEKASI*

Dian L. Izwar¹, Yayuk Hartriyanti², Ari Probandari³

¹Klinik Psikologi, Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi, Jakarta

²Departemen Gizi dan Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

³Bagian Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Sebelas Maret, Surakarta

ABSTRACT

Background: Early initiation of breastfeeding (EIB) for all babies is recommended globally and nationally as a part of Baby Friendly Hospital Initiatives. Caesarean section (C-section) has been identified as an obstacle to EIB implementation

Objectives: (1) To measure the proportion of EIB among babies born by C-section, and (2) To explore the barriers of EIB in C-section.

Methods: This study used a mixed-methods study, in which the qualitative study embedded to the quantitative study. A cross sectional design was applied to measure the proportion of EIB in all babies born by C-section in two baby friendly hospitals during two months of observation. In-depth interviews were conducted among two pediatricians, two anesthesiologist, two obstetricians, two nurses and two managers. Qualitative data was analyzed by content analysis.

Result: Of 68 babies born by C-section, none were performed for adequate EIB. Variations of knowledge on EIB procedure, lack of cooperation among SC team, lack of infrastructure and policy, as well as other obstacle from patients' side were among the barriers.

Conclusion: EIB is not adequately implemented in the two baby friendly hospitals. Standards of EIB practice should be established and disseminated to C-section team and patients in the hospitals.

Keywords: early initiation of breastfeeding, caesarean section, baby friendly hospital initiative, hospital practices

ABSTRAK

Latar belakang: Inisiasi Menyusu Dini (IMD) telah menjadi program yang direkomendasikan secara internasional dan nasional sebagai bagian dari pelayanan Rumah Sakit Sayang Ibu dan Bayi. Seksio sesaria (SC) merupakan salah satu kendala dalam penerapan IMD.

Tujuan: Mengukur proporsi IMD pada bayi lahir dengan SC serta mengeksplorasi kendala IMD pada SC

Metode: Penelitian berjenis *mixed-method* dengan rancangan penelitian kualitatif terancang pada penelitian kuantitatif pada dua rumah sakit swasta sayang bayi. Penelitian potong lintang dilakukan untuk mengukur proporsi IMD dengan observasi pada seluruh bayi lahir dengan SC selama dua bulan observasi. Wawancara mendalam pada dua dokter spesialis anak, dua dokter spesialis anestesi, dua dokter spesialis obstetri/ginekologi, dua perawat, serta dua manajer rumah sakit. Data kualitatif diolah dengan teknik *content analysis*.

Hasil: Dari 68 bayi yang lahir melalui SC, tidak ada yang dilakukan IMD secara benar. Terdapat variasi pemahaman tentang IMD. Kurangnya kerja sama tim medis SC dalam penerapan IMD, selain adanya kendala sarana/prasarana dan kebijakan, serta kendala lain di tingkat pasien.

Kesimpulan: Inisiasi Menyusu Dini (IMD) tidak diterapkan sesuai tata laksana IMD pada SC. Perlu adanya standar IMD yang didiseminasikan ke seluruh tim medis SC dan pasien di rumah sakit.

Kata kunci: inisiasi menyusu dini, seksio sesarea, rumah sakit sayang ibu dan bayi, kebiasaan di rumah sakit

PENGANTAR

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) telah menjadi rekomendasi WHO dalam bentuk inisiatif rumah sakit sayang ibu dan bayi (*baby-friendly hospital initiative*).¹ Kebijakan tersebut didasarkan pada hasil penelitian sebelumnya tentang manfaat IMD bagi pencegahan kematian bayi baru lahir. Edmond *et al.*² menunjukkan bahwa 16% kematian neonatal dapat dicegah jika bayi disusui sejak hari pertama kelahirannya dan 22% kematian neonatal dapat dicegah jika bayi disusui dalam satu jam pertama kelahiran.

Di Indonesia, kebijakan tersebut diterjemahkan dalam kebijakan pelayanan Rumah Sakit Sayang Ibu dan Bayi (RSSIB). Salah satu kriteria RSSIB adalah melaksanakan IMD. Pada saat ini baru sekitar 10% RS dari 1.293 RS di Indonesia yang dapat dikategorikan sebagai RSSIB.²

Sistem mikroklinik yaitu sekelompok kecil orang yang bekerja bersama secara tetap untuk memberikan layanan pada populasi pasien tertentu, merupakan unsur penting untuk mewujudkan mutu layanan kesehatan.³ Pada konteks pelayanan IMD, tim medis yang terlibat dalam penerapan IMD merupakan sistem mikroklinik yang penting.

Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa seksio sesarea (SC) merupakan salah satu kendala

untuk melakukan IMD. Sejalan dengan itu, penelitian pada ibu melahirkan di Puerto Rico menemukan bahwa SC berkorelasi negatif dengan IMD.⁴ Penelitian pada ibu-ibu di Jepang juga menunjukkan bahwa SC merupakan salah faktor yang mempengaruhi ibu untuk tidak melakukan IMD.⁵ Penelitian mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan IMD terhadap 577 ibu pada RSSIB di Turki juga menemukan bahwa SC merupakan salah satu hambatan terbesar untuk melakukan IMD. Hal ini berhubungan dengan pengaruh anestesi, ketidaknyamanan ibu, dan belum keluarnya ASI setelah operasi.^{6,7}

Pillegi *et al.*⁸ menunjukkan bahwa di samping penolakan oleh pasien (ibu yang melahirkan), hambatan IMD juga dapat disebabkan oleh penolakan dari tim medis (dokter spesialis anestesi, dokter spesialis anak, serta dokter spesialis obstetri dan ginekologi). Hal ini didukung oleh penelitian di Rio de Janeiro yang menunjukkan bahwa ibu-ibu yang baru melahirkan hanya memiliki sedikit atau bahkan tidak memiliki otonomi dalam mengambil keputusan untuk melakukan IMD pada satu jam pertama kelahiran. Hal ini karena mereka harus mengikuti tata cara perawatan bayi baru lahir yang diterapkan oleh RS dan tim medis yang membantu proses persalinan.⁹ Sementara itu, penelitian tentang IMD pada SC yang dipublikasi di Indonesia masih sangat terbatas. Penelitian ini bertujuan untuk mengukur proporsi IMD pada bayi lahir dengan SC, serta mengeksplorasi kendala IMD pada SC menurut persepsi tim medis dan manajer RS.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan di dua RS ibu dan anak swasta di Jakarta dan Bekasi yang dikategorikan sebagai Rumah Sakit Sayang Ibu dan Bayi (RSSBI) di Jakarta dan Bekasi. Penelitian dilakukan dengan jenis *mixed methods* menggunakan rancangan kualitatif yang terpancang pada penelitian potong lintang. Penelitian kuantitatif dilakukan untuk mengukur proporsi IMD pada bayi yang lahir dengan SC. Penelitian kualitatif digunakan untuk mengeksplorasi kendala IMD pada SC, yang terpancang pada penelitian kuantitatif tentang proporsi IMD pada SC.

Peraturan di kedua RS tidak memperbolehkan peneliti untuk melakukan observasi langsung pada persalinan SC, sehingga pengamatan IMD dilakukan oleh perawat yang telah dilatih. Observasi dilakukan pada seluruh bayi yang lahir melalui SC di kedua RS selama dua bulan waktu penelitian, dari 9 Maret sampai dengan 9 Mei 2011 (n=101). Kriteria inklusi yang ditetapkan adalah bayi tunggal aterm dengan berat badan minimal 2500 gram tanpa kelainan kongenital. Bayi dari ibu yang tidak dapat

melakukan IMD karena pengaruh anestesi atau komplikasi persalinan dikeluarkan dari sampel penelitian. Definisi IMD yang digunakan pada penelitian ini adalah menaruh bayi di dada ibunya segera setelah bayi lahir selama paling kurang satu jam atau sampai bayi selesai menyusu sendiri.¹⁰ Selain itu, bayi harus ditengkurapkan dalam keadaan telanjang di dada ibu. Kulit bayi dibiarkan melekat dengan kulit ibu dan posisi kontak kulit ini dipertahankan minimum satu jam atau setelah menyusu awal selesai. Keduanya diselimuti, jika perlu gunakan topi bayi.¹¹

Penelitian kualitatif dilakukan bersamaan dengan pengumpulan data kuantitatif dengan melakukan wawancara mendalam pada dua dokter spesialis anak, dua dokter spesialis anestesi, dua dokter spesialis obstetri dan ginekologi, dua perawat, serta dua orang manajer RS. Data kualitatif dianalisis dengan teknik *content analysis* dan disajikan dalam bentuk kategori.

Informed consent diberikan baik kepada ibu (pada penelitian kuantitatif) dan tim medis, serta informan lainnya (pada penelitian kualitatif). Penelitian telah mendapatkan izin kelaikan etika penelitian dari komite etik Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Proporsi IMD pada bayi lahir dengan SC

Dari 101 bayi yang diobservasi selama dua bulan waktu penelitian, 68 bayi (67%) masuk kriteria inklusi dan data observasinya dapat diolah lebih lanjut. Tiga belas bayi (13%) tidak memenuhi kriteria inklusi karena 7 bayi lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram, 2 bayi lahir dengan usia gestasi kurang dari 37 minggu dan 4 bayi lainnya kembar. Pada saat data *cleaning*, 20 (20%) data bayi tidak diikutsertakan dalam pengolahan lebih lanjut karena terdapat informasi yang tidak lengkap mengenai waktu mulai dan atau berakhirnya IMD.

Hampir seluruh bayi (99%) diletakkan di dada ibunya setelah dilahirkan melalui SC, sedangkan satu bayi (1%) tidak diberikan kepada ibunya di ruang operasi. Dari seluruh bayi yang diberikan pada ibunya di ruang operasi, semuanya diletakkan dengan menempelkan mulut bayi ke puting susu ibu. Perawat terkadang mengarahkan kepala bayi sedemikian rupa agar mulut bayi dapat langsung berada di puting susu ibu. Hal ini tidak sesuai dengan tatalaksana IMD pada SC yang ada dalam Pedoman Pelaksanaan Program RSSIB yang menyatakan bahwa bayi harus dibiarkan sendiri mencari puting susu ibu. Ibu dapat merangsang bayi dengan sentuhan lembut tetapi tidak memaksakan bayi ke puting.¹¹

Tabel 1. Durasi bayi berada di dada ibu di ruang operasi dan ruang pulih

Tempat IMD	n	Durasi (jam:menit)		
		Minimum	Maksimum	Rerata ± Standar Deviasi
Ruang Operasi	67	0:02	0:20	0:09 ± 0:04
Ruang Pulih	52	0:15	1:00	0:37 ± 0:14

Rerata jarak waktu antara selesai IMD di ruang operasi dan melanjutkan IMD di ruang pulih adalah 37 menit. Rata-rata bayi dikembalikan kepada ibunya di ruang pulih dalam waktu 16 menit setelah operasi selesai. Rerata waktu operasi adalah 46 menit dan rerata IMD dimulai 6 menit setelah bayi lahir. Rerata durasi bayi berada di dada ibu selama di ruang operasi adalah 9 menit dan dilanjutkan di ruang pulih dengan rerata durasi 37 menit (Tabel 1). Pada tatalaksana IMD pada SC, bayi seharusnya berada di dada ibunya selama minimal satu jam, bayi diukur dan ditimbang badannya setelah satu jam. Pada penelitian ini, setelah “dikenalkan dengan puting” bayi langsung diangkat dari dada ibu untuk ditimbang dan diukur berat badannya. Bayi kemudian dibawa ke ruang bayi dan dikembalikan kepada ibu untuk melanjutkan IMD setelah ibu berada di ruang pulih. Hal ini juga tidak sesuai dengan tatalaksana IMD pada SC yang ada dalam Pedoman Pelaksanaan Program RSSIB. Berdasarkan definisi IMD dan tatalaksana IMD pada SC dapat disimpulkan bahwa pada penelitian ini tidak ditemukan IMD pada SC, sehingga insiden IMD pada SC dalam sampel penelitian ini adalah nol. Insiden IMD pada penelitian ini lebih kecil dari penelitian Arifah yang menunjukkan 4,2% ibu yang melahirkan melalui SC melakukan IMD pada 1 jam pertama setelah persalinan.⁷ Hasil observasi ini didukung oleh hasil wawancara terhadap tim medis mengenai kendala dalam melakukan IMD pada SC.

2. Kendala IMD pada SC

Kendala IMD pada SC yang teridentifikasi dengan penelitian kualitatif adalah: variasi pemahaman tim medis tentang standar durasi IMD, kurangnya kerja sama dari tim medis yang terlibat, kurangnya sosialisasi, dan dukungan dari manajemen, kurangnya tenaga, dan waktu yang dibutuhkan untuk melaksanakan IMD dengan optimal, kondisi bayi dan atau ibu yang tidak memungkinkan untuk dilakukannya IMD, serta penolakan oleh ibu.

Perawat merupakan anggota tim medis SC yang menjadi pelaksana IMD. Hasil wawancara pada informan perawat menunjukkan bahwa mereka tidak mengetahui standar lama IMD di ruang operasi. Informan perawat lainnya mengemukakan tidak tahu dengan pasti harus berapa menit, sementara pera-

wat lainnya mengatakan tidak ada standar harus berapa lama IMD di ruang operasi.

“Rata-rata kita IMD 10-15 menit tapi pasti semua IMD kalau bayinya bugar...ya, ada SPO... ada juknisnya..tapi saya juga tidak hafal harus berapa menit...nanti di RR kita lanjutin lagi... kecuali kalau ibunya menggigil.. kalau sudah stabil kita antar lagi bayinya..” (Perawat bayi 1).

“Ga ada [standar] sih...tergantung kita [tim medis] aja..” (Perawat bayi 2)

Sementara, wawancara dengan pihak manajemen juga mengungkapkan tidak ada standar durasi IMD yang diacu oleh RS. Durasi tersebut tergantung pada tim SC.

“Kalau di kamar operasi terus terang tidak lama... sekitar 10 menit... paling nggak ibunya sudah senang lihat bayinya...nanti dilanjutkan di RR, tidak ada standar harus berapa lama... rata-rata 10 menit, 10 menitlah minimal..nanti dilanjutkan di kamar pulih sadar..” (Manajemen 1)

“Kalau rata-rata, mereka setengah jam IMD di kamar operasi...menurut saya sudah cukuplah...kalau 1 jam anestesinya nanti repot banget...kalau saya bilang udahlah...setengah jam aja cukuplah...udah lumayan baguslah... kalau satu jam operatornya dah ngomel... kecuali dokter yang mendukung banget IMD, yang konselor juga...kalau dokternya mau satu jam...kita oke aja... intinya, manajemen mencari tengah-tengahnya deh...yang penting ada IMD...30 menit cukuplah...nanti dilanjutkan lagi di RR..” (Manajemen 2)

Informan perawat menyebutkan bahwa keberatan tentang pelaksanaan IMD datang dari dokter spesialis baik anak, anestesi dan obstetri/ginekologi. Di antara dokter spesialis sendiri terdapat variasi informasi tentang siapa tim medis yang sering merasa berkeberatan. Informan dokter spesialis anak mengungkapkan belum ada sosialisasi prosedur IMD pada SC dari manajemen RS kepada tim medis SC. Sosialisasi kepada ibu pada saat ANC juga belum dilakukan. Pimpinan RS dipandang tidak mengerti dengan benar prosedur IMD. “Harus ada instruksi dari atas.. kan RSSIB, untuk jadi RSSIB, direktur harus tahu IMD itu apa, jika ada *training* tentang IMD yang harus ikut *training* duluan pimpinan, yang paling penting pimpinan harus tahu, baru SDMnya, kalau kita sudah

sosialisasi IMD tapi pimpinan tidak tahu atau tidak mendukung, tidak bisa jalan... harus ada SOP yang jelas.. nanti tinggal dilaksanakan” (Spesialis anak 1)

Semua informan mengkonfirmasi adanya kendala yang bersumber dari dukungan tim medis. Tidak semua dokter spesialis obstetri dan ginekologi, yang merupakan operator SC menunjukkan kepedulian yang tinggi untuk melakukan IMD pada SC. “Ya... kalau ada pasien yang minta, titip sama saya, saya bilang sama dokter anaknya, kalau tidak, saya tidak peduli...” (Dokter spesialis obstetri dan ginekologi1)

Dokter spesialis obstetri dan ginekologi merasa terganggu pekerjaannya atau mengeluh jika suhu ruang operasi dinaikkan. Sementara dokter spesialis anak khawatir bayi akan mengalami hipotermia. Hal ini juga didukung oleh tidak ada perawat khusus yang mengawasi IMD pada SC. Dokter spesialis anestesi juga belum menunjukkan komitmen yang cukup dalam melaksanakan IMD pada SC. Wawancara pada dokter spesialis anak dan perawat mengkonfirmasi adanya resistensi dari dokter anestesi.

“IMD kan urusannya dokter anak...saya nggak ngerti itu...” (Dokter spesialis anestesi1)

“Kadang-kadang obginnya tidak mau atau anestesinya...pasiennya ditidurkan, jadi tidak bisa IMD...”

“Sebenarnya obgin dan anestesinya sudah tahu (tentang IMD) tapi ada yang berkiblat ke Eropa... di sana ada yang pake dot... obginnya yakin tidak perlu (IMD), jadi tidak dilakukan.” (Dokter spesialis anak2)

Faktor lain yang dirasakan sebagai kendala adalah sarana yang belum mendukung pelaksanaan IMD, misalnya posisi AC di ruang operasi di atas kepala ibu, serta posisi ibu selama operasi menyulitkan IMD. Perawat merasakan kesulitan untuk memposisikan bayi karena terhalang kabel dan laken. Sehubungan dengan sarana untuk IMD di ruang operasi, hasil wawancara dengan satu dokter spesialis anak menyatakan pihak manajemen belum terlalu serius menyediakan sarana untuk mendukung pelaksanaan IMD yang benar, misalnya tidak disediakan topi bayi untuk IMD. “IMD-nya masih setengah-setengah... harusnya disediakan topi bayi... jadi bayinya tidak kedinginan...”(Dokter spesialis anak2)

Selain itu, terdapat pula kendala dari pihak ibu dan bayi. Dokter spesialis obstetri dan ginekologi menyebutkan bahwa pada kondisi tertentu IMD tidak dilakukan secara optimal karena ibu gelisah dan bayi kedinginan. Keadaan ini juga terkait dengan suhu ruangan operasi yang terlalu dingin. Informan perawat menyebutkan kendala berupa ibu yang menolak

untuk IMD atau ibu yang mengantuk, mual, muntah, menggigil, tidak bisa memeluk bayi dan tidak bisa berkonsentrasi karena pengaruh obat anestesi.

Selain itu, pelaksanaan IMD tidak dapat optimal pada situasi di mana frekuensi SC yang berturut-turut karena hanya ada satu perawat bayi yang bertugas di kamar operasi pada setiap *shift* sehingga perawat tersebut harus segera memindahkan bayi dari kamar operasi ke kamar bayi agar ia dapat menolong bayi dari SC yang berikutnya. Selain itu, perawat harus cepat melengkapi data sebelum menolong bayi yang lahir dari SC berikutnya. “kalau banyak SC ya nggak bisa lama-lama, kan kita harus ngurusin bayi berikutnya juga. Di atas (ruang bayi) juga kan banyak bayi. Kita nggak cuma ngurusin bayi SC, bayi di atas juga. Kalau di sini (ruang operasi) kelamaan nanti bayi yang di atas gimana.. kadang-kadang dokternya juga suruh cepat-cepat.... udah-udah...angkat-angkat...tergantung operatornya juga sih...” (Perawat bayi 2)

Perawat ruang operasi menyatakan yang paling sering keberatan untuk melakukan IMD pada SC adalah dokter spesialis anestesi dan dokter spesialis obstetri dan ginekologi. Hasil wawancara dengan seorang perawat juga menunjukkan bahwa dokter spesialis anestesi kurang peduli terhadap IMD pada SC. “Dokter anaknya setuju, obginnya juga.. kalau dokter anestesi... yah.. begitulah.. merasa bahwa IMD itu urusannya dokter anak” (Perawat ruang operasi1).

Sementara menurut perawat yang menerima bayi, yang sering keberatan adalah seluruh dokter yang terlibat dalam SC, yaitu dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi, dokter spesialis obstetri dan ginekologi. Hasil wawancara dengan manajer media mengungkapkan semua tim mendukung, hanya beberapa dokter spesialis obstetri dan ginekologi yang keberatan untuk melakukan IMD pada SC. “dokter obginnya biasanya silakan aja... paling satu dua yang bilang nanti aja setelah jahit...tapi yang bilang tidak setuju tidak ada, semuanya mendukung...” (Manajemen1)

Hasil wawancara dengan manajer puncak menyatakan tidak ada yang secara langsung menolak, tapi juga tidak seluruhnya mendukung. “Tidak ada yang menolak..secara langsung bilang gue nggak mau IMD gitu...nggak ada.. tapi yaa...terserah deh...hehe...” (Manajemen 2)

Tidak ada satu profesi pun yang menyatakan bahwa perawat paling sering berkeberatan untuk melakukan IMD pada SC. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tim medis yang berkeberatan untuk melaksanakan IMD pada SC adalah dokter yang terlibat dalam SC.

Kendala IMD pada SC yang ditemui pada penelitian ini tidak jauh berbeda dengan kendala IMD pada SC yang dikemukakan oleh Pillegi. Pillegi⁷ mengemukakan bahwa kendala IMD pada SC dapat disebabkan oleh faktor ibu, faktor bayi dan faktor eksternal yaitu penolakan oleh tim medis, jumlah persalinan yang banyak dan kurangnya ruangan persiapan operasi.

Pada penelitian ini ditemui kendala ibu yang menolak IMD dan ibu mengalami efek sekunder anestesi seperti mual, muntah, menggigil seperti yang dilaporkan pada penelitian Pillegi.⁷ Dari segi bayi, juga ditemukan kendala bayi yang tidak memungkinkan untuk IMD karena nilai apgar skor yang rendah atau bayi kedinginan.

Kendala eksternal pada penelitian ini yaitu jumlah persalinan yang banyak dan penolakan dari tim medis juga ditemui pada penelitian Pillegi.⁷ Jumlah persalinan yang banyak membuat perawat bayi tidak bisa mendampingi ibu pada saat IMD di ruang operasi, padahal pendampingan ini diperlukan karena keterbatasan keadaan ibu selama proses operasi. Hal ini senada dengan kesimpulan yang dikemukakan oleh Pérez-Ríos¹¹ yang menyarankan adanya tenaga bantuan khusus untuk IMD pada ibu-ibu yang menjalani SC. Untuk mengoptimalkan IMD pada SC, pihak manajemen RS perlu untuk memperhatikan ketersediaan tenaga yang dapat mendampingi ibu selama di ruang operasi. Semua tim yang terlibat perlu bekerja sama sebagai sebuah sistem untuk memberikan layanan yang terbaik bagi ibu dan bayinya sesuai dengan sistem mikrodari Berwick.¹²

Sementara kendala eksternal yang tidak muncul pada penelitian Pillegi namun ditemukan pada penelitian ini adalah kendala yang berhubungan dengan manajemen, kendala prosedur, serta kendala sarana. Munculnya kendala yang berhubungan dengan manajemen dan sarana ini disebabkan oleh belum seriusnya pihak manajemen dalam memfasilitasi IMD pada SC. Selama ini pihak manajemen masih memusatkan perhatian pada IMD untuk persalinan normal. Pada IMD dengan persalinan normal, baik durasi dan tatalaksananya telah sesuai dengan kaidah IMD. Pada konteks *the chain of effect* yang dikemukakan oleh Berwick¹², pihak manajemen, sebagai tempat sistem mikro ini bernaung perlu memberikan dukungan terhadap peningkatan kualitas layanan yang dilakukan. Pada sudut pandang ini, kualitas dari sebuah RS ditentukan dari kapasitas dari manajemen untuk mendukung sistem mikro yang ada meningkatkan mutu layanannya.

Kendala penolakan oleh tim medis yang ditemukan Pillegi⁷ juga ditemukan pada penelitian ini.

Tim medis yang paling sering menolak IMD pada SC adalah dokter spesialis obstetri dan ginekologi dan dokter spesialis anestesi. Hal ini berhubungan dengan masih rendahnya pemahaman dan kepedulian kedua dokter spesialis ini dibandingkan dengan dokter spesialis anak terhadap IMD pada SC. Masih ada dokter spesialis obstetri dan ginekologi, serta dokter anestesi yang menganggap bahwa IMD adalah tanggung jawab dan urusan dokter anak. Di sisi lain, tidak ada perawat yang menolak IMD pada SC. Hal ini disebabkan karena adanya prosedur yang mengharuskan mereka melakukan IMD pada SC. Namun demikian, perawat juga mengeluhkan kurangnya tenaga jika mereka harus menunggu IMD pada SC secara optimal sehingga mereka cenderung melakukan IMD sebatas kemampuan mereka saja, terutama dari segi waktu.

Secara umum, kendala-kendala dalam melakukan IMD pada SC yang ditemukan pada penelitian ini dapat diatasi dengan merancang ulang sistem mikro dengan tiga prinsip yang disampaikan oleh Berwick.¹² Seluruh pihak yang terkait perlu mendapatkan sosialisasi dan memiliki pemahaman yang sama mengenai tujuan dan tata laksana IMD pada SC yang tepat sesuai dengan perkembangan pengetahuan terkini. Semua pihak yang terlibat juga perlu memiliki kepedulian terhadap kepentingan pasien, dalam hal ini ibu dan bayinya, sehingga dapat mengutamakan hak dan keinginan pasien untuk melakukan IMD. Semua pihak juga perlu bekerja sebagai sebuah sistem yang saling membantu dan mau berbagi informasi untuk memberikan layanan IMD yang terbaik bagi ibu dan bayi yang lahir melalui SC. Pihak manajemen perlu mempersiapkan sarana dan prasarana yang menunjang pelaksanaan IMD pada SC seperti pengaturan suhu dan letak AC pada ruang operasi. Dukungan manajemen dirasakan sangat perlu oleh para pelaksana dalam meningkatkan insiden IMD di rumah sakit.

KESIMPULAN

Pada penelitian ini tidak ditemukan penerapan IMD yang sesuai dengan tata laksana IMD pada SC, yaitu dalam hal durasi dan posisi bayi di dada ibu. Kendala yang dihadapi oleh tim medis dalam melaksanakan IMD pada SC adalah kondisi bayi dan atau ibu yang tidak memungkinkan untuk dilakukannya IMD, penolakan oleh ibu, kurangnya kerja sama dari tim medis yang terlibat, kurangnya sosialisasi dan dukungan dari manajemen, kurangnya tenaga dan waktu yang dibutuhkan untuk melaksanakan IMD dengan optimal.

SARAN

Untuk itu, diseminasi informasi tentang IMD pada SC pada para petugas kesehatan di rumah sakit menjadi hal yang penting. Diseminasi informasi dapat dilakukan dengan penyajian hasil-hasil penelitian terkini terkait IMD pada SC untuk tim SC, terutama bagi dokter spesialis. Selain itu perlu dibuat suatu petunjuk teknis pelaksanaan IMD pada SC yang dipersepsi secara sama oleh setiap tim medis yang terlibat.

Pada pelaksanaannya di lapangan, perlu adanya pemahaman yang sama mengenai tujuan IMD pada SC dari semua tim medis terutama bagi perawat yang menerima bayi saat SC. Hal ini dapat dilakukan dengan diskusi tim dan juga dengan memasang poster mengenai tujuan IMD pada SC di tempat-tempat strategis yang mudah dilihat oleh tim SC, misalnya di dekat tempat cuci tangan di ruang operasi.

Pihak manajemen juga dapat mempersiapkan kelengkapan sarana penunjang IMD pada SC seperti penempatan AC, pengaturan suhu ruangan dan ketersediaan topi bayi di ruang operasi. Untuk mengatasi keterbatasan tenaga, bidan/perawat ruang bersalin dapat membantu di ruang operasi untuk mendampingi ibu selama proses IMD hingga operasi selesai. Dengan demikian, perawat penerima bayi hanya memastikan bahwa bayi telah diposisikan dengan benar di dada ibu dan menyerahkan pengawasan bayi pada bidan/perawat ruang bersalin yang membantu. Untuk mendukung pelaksanaan di lapangan, pihak manajemen dapat menuangkan kebijakan penggunaan tenaga bidan/perawat kamar bersalin ini dalam standar prosedur operasional disertai petunjuk teknis mengenai durasi IMD.

Untuk mengatasi kendala yang berhubungan dengan penolakan ibu untuk melakukan IMD pada SC, pemberian informasi kepada ibu mengenai manfaat IMD pada SC dapat dilakukan. Dokter spesialis obstetri yang ginekologi memiliki peran yang sangat besar dalam memberikan informasi kepada calon ibu untuk melakukan IMD. Untuk dapat melakukan hal ini, dokter spesialis obstetri dan ginekologi perlu mempunyai pengetahuan dan rasa kepedulian yang tinggi terhadap IMD pada SC.

REFERENSI

1. WHO. Breastfeeding-early initiation. http://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/en/index.html. Diakses pada 14 Oktober 2012.
2. Edmond K, Zandoh C, Quigley M. Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality. *Pediatrics*, 2006; 117: 380–386.
3. Restri P. 60 Persen RSSIB pada 2014. *Republika Daily*, 2014:5. Available at www.republika.co.id/berita/breaking-news/kesehatan/10/08/20/131141-pemerintah-targetkan-60-persen-rumah-sakit-untuk-ibu-dan-bayi. Diakses pada 23 Agustus 2010.
4. Pérez-Ríos N, Ramos-Valencia G, Ortiz AP. Cesarean delivery as a barrier for breastfeeding Initiation: the Puerto Rican Experience. *J Hum Lact*, 2008;24(3):293-302.
5. Nakao Y, Moji K, Honda S, Oishi K. Initiation of breastfeeding within 120 minutes after birth is associated with breastfeeding at four months among Japanese women: A self-administered questionnaire survey. *International Breastfeeding Journal*, 2008;3:1. doi:10.1186/1746-4358-3-1.
6. Örün E, Yağcı SS, Madendag Y, Üstünyurt-Eras Z, Kutluk S, Yurdakök K. Factors associated with breastfeeding initiation time in a Baby-Friendly Hospital. *Turk J Pediatr*, 2010;52(1):10-6.
7. Pillegi MC, Policastro A, Abramovici S, Cordiol E, Deutsch AD. Breastfeeding in the first hour of life and modern technology: prevalence and limiting factors. *Einstein*, 2008;6(4):467-72.
8. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MI, Vasconcellos AG. Factors associated with breastfeeding in the first hour of life. *Revista de Saúde Pública*, 2011;45(1):69-78.
9. Nelson EC, Batalden PB, Godfrey MM. *Quality by Design: A Clinical Microsystems Approach*. John Wiley & Sons, Inc. USA, 2007.
10. Direktorat Bina Gizi Masyarakat Depkes. *Pesan-pesan tentang IMD dan ASI eksklusif bagi tenaga kesehatan dan keluarga Indonesia*. Jakarta. 2008.
11. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Medik Kementerian Kesehatan RI. *Pedoman Pelaksanaan Rumah Sakit Sayang Ibu dan Bayi*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta, 2009.
12. Berwick DM. A User's Manual for the IOM's 'Quality Chasm' Report. *Health Aff*, 2002;21(3):80-90.