

**PANDUAN UKK NEONATOLOGI PP IDAI
DALAM MELAKSANAKAN PERCEPATAN PENURUNAN
ANGKA KEMATIAN NEONATAL DI INDONESIA**



Adhi Teguh Perma Iskandar
Kartika Darma Handayani
Rocky Wilar
Setyadewi Lusyati
Tetty Yuniati
Toto Wisnu Hendrarto
Tunjung Wibowo

JAKARTA 2021

DAFTAR SINGKATAN

AKN	Angka kematian neonatal
KH	Kelahiran Hidup
SDKI	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional
AKN	Angka Kematian Neonatal
AKI	Angka Kematian Ibu
PP	Panduan Pelayanan
IDAI	Ikatan Dokter Anak Indonesia
UKK	Unit Kerja Koordinasi
TIOP	<i>Toward Improving the Outcome of Pregnancy</i>
PMK	Peraturan Menteri Kesehatan
FKTP	Fasilitas Kesehatan Tingkat Primer
ANC	<i>Ante Natal Care</i>
KIA	Kesehatan Ibu Anak
FKRTL	Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut
GADAR MAT-NEO 247	Gawat Darurat Maternal Neonatal 24 jam dalam sehari 7 hari dalam seminggu
PONED	Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar
PONEK	Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif
AAP	<i>American Academic of Pediatric</i>
OTJ	<i>On the Job Training</i>
HFO	<i>High Frequency oscillation</i>
ECMO	<i>Extracorporeal Membrane Oxygenation</i>
ANU	<i>Annual Neonatal Update</i>
PNPK	Panduan Nasional Pelayanan Klinik
BBLR	Bayi Berat Lahir Rendah
RSUD	Rumah Sakit Umum Daerah
POGI	Prkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia
JNPK-KR	Jaringan Nasional Pelatihan Klinik- Kesehatan Reproduksi
AMP	Audit Maternal dan Neonatal

MPDN

Maternal Perinatal Death Notification

NIK

Nomor Induk Kependudukan

CEONC

Comprehensive Emergency Obstetrics and Neonatal Care

SIMATNEO

Self Assesment Neonatal

DAFTAR ISI

Daftar Singkatan	i
Daftar Isi	iii
Daftar Gambar	v
Daftar Tabel	vi
BAB I PENDAHULUAN	1
BAB II STANDARISASI PELAYANAN NEONATAL DI INDONESIA.....	3
BAB III PROGRAM DAN STRATEGI PERCEPATAN PENURUNAN ANGKA KEMATIAN NEONATAL	
3.1 Program Standarisasi Pelayanan Neonatal	6
3.1.1 Standarisasi Internal Profesi Dokter Spesialis Anak	6
3.1.2 Standarisasi Eksternal Profesi	7
3.2 Strategi Percepatan Penurunan Angka Kematian Neonatal	7
3.2.1 Penampisan Ibu Hamil atau Kehamilan dengan Menggunakan Buku KIA...	8
3.2.2 Standarisasi Kapasitas Tingkat Pelayanan Neonatal	8
3.2.3 Pendampingan Rumah Sakit Sesuai dengan Tingkat Kapasitas Pelayanan Neonatal.....	9
3.2.4 Audit Maternal-Neonatal dan Respons Secara Terintegritasi	11
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN	
4.1 Kesimpulan	12

4.2 Saran	12
DAFTAR PUSTAKA	13

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1	1
Gambar 2	2
Gambar 3	8
Gambar 4	9
Gambar 5	10

DAFTAR TABEL

Tabel 1	4
---------------	---

BAB I PENDAHULUAN

Angka kematian neonatal (AKN) menurut SDKI (2017) adalah 15 per 1000 kelahiran hidup (KH). Penyebab kematian terbanyak adalah komplikasi intrapartum (28,3%), gangguan kardiorespiratori (21,3%) kelahiran prematur dan BBLR (19%), kelainan kongenital (14,8%), infeksi (7,3%) dengan tetanus neonatorum masih 1,2% dan akibat lainnya 8,2%. Analisis situasi kematian neonatal data tahun 2014-2017 terlihat pada Gambar 1 di bawah ini.



Gambar 1. Analisis situasi kematian Neonatal dan Balita di Indonesia¹

Strategi yang dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan RI, khususnya melalui program yang dilaksanakan oleh Dir Jen Kesehatan Masyarakat adalah dengan menguatkan sistem kesehatan terutama pada ketersediaan layanan kesehatan yang berkualitas, peningkatan penggunaan layanan, dan pemanfaatan JKN oleh masyarakat. Secara garis besar kerangka konsep penguatan sistem kesehatan dapat dilihat pada Gambar 2. Hasil yang diharapkan dengan penguatan sistem kesehatan tersebut adalah turunnya AKN dari 15 ke 8,6 per 1000 KH.

Unit kerja koordinasi (UKK) Neonatologi periode 2017-2020 sebagai perangkat PP IDAI merupakan salah satu mitra kerja Kementerian Kesehatan RI dalam upaya percepatan penurunan AKN tersebut. Hasil kajian bermitra dengan Kementerian Kesehatan RI dalam melaksanakan percepatan penurunan AKN, didapatkan minimal dua hal yang harus diatasi yaitu adanya

disparitas masalah antara satu wilayah dengan wilayah lainnya dan belum terintegrasinya satu kegiatan dengan kegiatan lainnya. Disparitas tiap wilayah dapat dipengaruhi oleh masalah geografis, sosial, kultur, budaya dan juga sumber daya. Disintegrasi kegiatan dipengaruhi oleh masalah birokrasi yang selalu timbul pada setiap pelaksanaan kegiatan, baik horizontal di tingkat pemerintahan pusat maupun vertikal antara pusat dan daerah. Untuk itu program kerja utama UKK Neonatologi PP IDAI adalah melaksanakan standarisasi pelayanan neonatal secara internal profesi maupun eksternal interprofesi dan mitra kerja sesuai dengan salah satu strategi penurunan AKN yang dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan RI yaitu penyediaan layanan kesehatan yang berkualitas.



Gambar 2. Kerangka Konsep Penguatan Sistem Kesehatan dalam upaya penurunan AKI dan AKN¹

BAB II

STANDARISASI PELAYANAN NEONATAL DI INDONESIA

Standarisasi pelayanan neonatal menjadi kebutuhan saat ini dengan semakin berkembangnya kemampuan rumah sakit di seluruh Indonesia dalam melaksanakan tugasnya. Unit kerja koordinasi (UKK) Neonatologi PP IDAI perlu menetapkan panduan baku dalam sistem pelayanan tersebut, meliputi kompetensi ketenagaan, fasilitas, alat dan obat-obatan yang digunakan serta panduan prosedur pelayanannya. Rujukan standarisasi pelayanan neonatal didasari pada kesepakatan global, salah satunya adalah pedoman tingkat kompetensi pelayanan neonatal menurut klasifikasi *Toward Improving the Outcome of Pregnancy* (TIOP). Klasifikasi TIOP terbaru diterbitkan pada tahun 2012² yang merevisi klasifikasi sebelumnya yang diterbitkan tahun 2004. TIOP tahun 2012 disusun dalam upaya regionalisasi pelayanan neonatal berdasarkan tingkatan pelayanan medik subspecialistik lengkap khususnya tata laksana kasus kardiorespirasi baik pada tindakan bedah dan non bedah. Implementasi TIOP 2012 belum dapat dilaksanakan di Indonesia dikarenakan tidak meratanya penyebaran tenaga medis dan kesehatan serta adanya kesenjangan kapasitas rumah sakit yang dimiliki di tiap-tiap wilayah.

Pada saat ini standarisasi yang dilaksanakan selain didasari pada tingkat kapasitas dalam melaksanakan pelayanan neonatal merujuk pada TIOP 2004 juga didasari pada tingkat kapasitas dalam melaksanakan kegawat daruratan (gadar) baik maternal maupun neonatal (matneo). Kapasitas gadar matneo dasar identik dengan PONED (pelayanan obstetri neonatal emergensi dasar) sedangkan gadar matneo spesialis atau subspecialistik identik dengan PONEK (pelayanan obstetri neonatal emergensi komprehensif). Implementasi dari TIOP 2004 dan gadar matneo dilaksanakan dalam sistem rujukan dan regionalisasi pelayanan matneo. Implementasi TIOP 2004 dan gadar matneo dasar (PONED) maupun spesialis atau subspecialistik (PONEK) dapat dilihat pada Tabel 1 di bawah ini.

Tabel 1 Implementasi TIOP 2004 dalam sistem pelayanan neonatal di Indonesia

Tingkat kapasitas pelayanan neonatal	TIOP 2004	Implementasi pada sistem pelayanan neonatal di Indonesia
<p>Dasar (tingkat pelayanan primer)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pertolongan persalinan dari ibu hamil sehat, kehamilan (janin dan tali pusat) normal. • Pelayanan neonatal esensial pada bayi sehat. • Resusitasi neonatal, stabilisasi dan prosedur rujukan ke FKRTL tingkat lanjut (spesialistis atau subspecialistis) 	<p>Sama dengan TIOP 2004, dilaksanakan di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP).</p> <p>Definisi kasus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu hamil sehat, diartikan tidak memiliki komorbid yang berpengaruh pada kehamilan dan proses persalinannya. • Janin normal, diartikan taksiran berat janin ≥ 2500 - < 4000 gram, usia kehamilan mencapai ≥ 37 - < 42 minggu, presentasi belakang kepala. • Plasenta dan tali pusat normal, diartikan tidak ada morbiditas dan berfungsi normal. <p>Kapasitas resusitasi, stabilisasi dan prosedur rujukan neonatal sakit dinyatakan sebagai kapasitas gadar matneo lengkap 247 (PONED), yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tim lengkap terdiri dari dokter, bidan dan perawat atau bidan • Fasilitas, alat kedokteran dan obat-obatan lengkap sesuai panduan gadar matneo. • Lengkap dapat melaksanakan tugasnya 24 jam dalam sehari dan 7 hari dalam seminggu. • Kapasitas yang dimiliki FKTP adalah secepatnya merujuk neonatus sakit setelah tercapai keadaan klinis stabil ke FKRTL yang adekuat secara optimal melalui sistem rujukan yang tersedia (sisrute). <p>Tupoksi dari FKTP yang utama adalah penapisan ibu hamil sehat dan kehamilan normal untuk dapat menentukan tempat persalinan yang aman.</p> <p>Rujukan untuk terminasi kehamilan ke fasilitas pelayanan kesehatan yang sesuai sudah ditentukan dari hasil penapisan dalam pelayanan ante natal menggunakan buku KIA, dengan parameter rujukan berupa diagnosis (ICD-10) atau prosedur tindakan (ICD-9CM)</p> <p>FKTP mampu menolong persalinan tetapi</p>

		belum memenuhi standar yang ditentukan dinyatakan sebagai FKTP non-PONED , dan berkewajiban ditingkatkan dan dikembangkan menjadi FKTP PONED.
Spesialistis (tingkat pelayanan sekunder)	<p>Memiliki tingkat kapasitas pelayanan neonatal dasar ditambah:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tata laksana spesialisasi bayi baru lahir dengan berat ≥ 1500 gram • Melaksanakan gadar matneo 247 bayi prematur untuk siap dirujuk ke FKRTL subspecialistis dalam 24 jam 	<p>Dilaksanakan di FKRTL spesialisasi lengkap dan mampu PONEK.</p> <p>Kapasitas pelayanan neonatal spesialisasi adalah</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tim medis yang diketuai oleh dokter spesialis anak • Fasilitas, alat kedokteran dan obat-obatan untuk pelayanan spesialisasi neonatal. <p>Kapasitas PONEK adalah:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memiliki tim PONEK lengkap yaitu: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tim PONED lengkap (dokter, bidan, perawat/ bidan) ○ Tim PONEK yang terdiri dari dokter spesialis kebidanan, anestesi dan anak ○ Siap melaksanakan tugas 24 jam dalam sehari 7 hari dalam seminggu. • Memiliki fasilitas PONEK lengkap yang terdiri: <ul style="list-style-type: none"> ○ Fasilitas, alat kedokteran dan obat-obatan GaDar MatNeo 247 ○ Kamar operasi ○ Unit perawatan intensif (dapat diartikan satu bed/ inkubator, dan bukan ruang) baik untuk maternal maupun neonatal dalam rangka stabilisasi maksimal 24 jam sebelum dirujuk ke FKRTL yang sesuai secara optimal melalui sistem rujukan (sirsute) ○ Bank darah ○ Laboratorium penunjang tindakan maternal neonatal spesialisasi. • Memiliki alat kedokteran dan obat-obatan sesuai panduan PONEK. <p>Definisi kasus neonatal untuk kapasitas pelayanan spesialisasi lengkap adalah:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bayi dengan berat lahir ≥ 1600 gram dengan usia kehamilan ≥ 34 minggu (<i>late preterm infants</i>) • Morbiditas yang memerlukan perawatan spesialisasi (<i>special / intermediate care</i>) yaitu

		<p>keadaan stabil kardio-respirasi, asupan cairan/ elektrolit/ nutrisi melalui akses vena perifer Parameter rujukan *) untuk morbiditas ini adalah:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Perdarahan karena gangguan koagulasi ○ Hiperbilirubinemia ○ Infeksi/ sepsis ● Melaksanakan gadar matneo 247 bayi prematur untuk siap dirujuk ke FKRTL subspecialistis dalam 24 jam <p>FKRTL spesialisistis mampu menolong persalinan tetapi belum memenuhi standar yang ditentukan, dinyatakan sebagai FKRTL non-PONEK, dan berkewajiban ditingkatkan dan dikembangkan menjadi FKRTL PONEK.</p> <p>*)Parameter rujukan dapat dinyatakan dalam diagnosis (ICD-10) atau prosedur tindakan yang dibutuhkan dalam (ICD-9CM)</p>
<p>Subspesialistis Dasar (Tingkat pelayanan tersier/ IIIA)</p>	<p>Memiliki kapasitas pelayanan neonatal spesialisistis ditambah:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tidak ada batasan berat lahir, tetapi disesuaikan dengan tunjangan ventilator konvensional, optimal bayi berat lahir >1000gram ● Mampu memberikan tunjangan ventilasi invasif dengan ventilator konvensional ● Mampu memberikan tunjangan cairan/ elektrolit/ nutrisi melalui akses vena sentral ● Mampu melaksanakan tata laksana kasus 	<p>Sama dengan FKRTL spesialisistis PONEK, ditambah memiliki kapasitas melaksanakan pelayanan intensif dasar pada neonatus.</p> <p>Kapasitas pelayanan neonatal intensif dasar adalah</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tim medis yang diketuai oleh dokter spesialis anak mendapat pendidikan tambahan fellow-ship di bidang neonatologi. ● Fasilitas ruang, alat kedokteran dan obat-obatan untuk pelayanan intensif dasar neonatal. <p>Definisi kasus neonatal untuk kapasitas pelayanan intensif dasar adalah:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Bayi dengan berat lahir ≥ 1400gram dengan usia kehamilan ≥ 32minggu. ● Morbiditas yang memerlukan perawatan intensif dasar yaitu: <ul style="list-style-type: none"> ○ Mampu memberikan tunjangan ventilasi invasif dengan ventilator konvensional <p>Parameter rujukan *) untuk morbiditas ini adalah semua diagnosis neonatal (ICD-10) dengan adanya gangguan respirasi (apne,</p>

	<p>bedah neonatus sederhana, yaitu prosedur stoma.</p>	<p>distres pernapasan) yang dapat ditunjang dengan ventilator konvensional (ICD-9CM)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mampu memberikan tunjangan cairan/ elektrolit/ nutrisi melalui akses vena sentral <p>Parameter rujukan^{*)} untuk morbiditas yang memerlukan tunjangan ini adalah semua diagnosis neonatal (ICD-10) yang dapat ditunjang dengan akses vena perifer (ICD-9CM)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mampu melaksanakan tata laksana kasus bedah neonatus sederhana, yaitu prosedur stoma. <p>^{*)}Parameter rujukan dapat dinyatakan dalam diagnosis (ICD-10) atau prosedur tindakan yang dibutuhkan dalam (ICD-9CM)</p>
<p>Subspesialistis lengkap (tingkat pelayanan tersier/ IIIB)</p>	<p>Sama dengan subspesialistis dasar, ditambah:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada batasan berat lahir • Mampu memberikan tunjangan ventilasi invasif dengan HFO • Mampu melaksanakan tata laksana kasus bedah neonatus kompleks. 	<p>Sama dengan FKRTL subspesialistis dasar menurut TIOP 2004, ditambah memiliki kapasitas melaksanakan pelayanan intensif lengkap pada neonatus.</p> <p>Implementasi di Indonesia dilaksanakan di FKRTL subspesialistis, RS non-pendidian.</p> <p>Kapasitas pelayanan neonatal intensif lengkap adalah</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tim medis yang diketuai oleh dokter spesialis anak mendapat pendidikan konsultan (Sp2) di bidang neonatologi. • Tersedianya kapasitas pelayanan subspesialistis disiplin ilmu yang lain • Fasilitas ruang, alat kedokteran dan obat-obatan untuk pelayanan intensif lengkap neonatal. <p>Parameter rujukan^{*)} morbiditas ke FKRTL ini adalah:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Semua neonatus dengan permasalahan morbiditasnya. • Semua neonatus dengan masalah bedah. <p>^{*)}Parameter rujukan dapat dinyatakan dalam diagnosis (ICD-10) atau prosedur tindakan yang dibutuhkan dalam (ICD-9CM)</p>

<p>Subspesialistis sangat lengkap (tingkat pelayanan tersier/ IIIC)</p>	<p>Sama dengan subspesialistis lengkap, ditambah:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mampu melaksanakan tata laksana kasus bedah jantung sederhana tanpa menggunakan ECMO. 	<p>Sama dengan FKRTL subspesialistis lengkap menurut TIOP 2004, ditambah memiliki kapasitas melaksanakan pelayanan intensif sangat lengkap pada neonatus.</p> <p>Implementasi di Indonesia dilaksanakan di FKRTL subspesialistis, RS pendidikan.</p> <p>Kapasitas pelayanan neonatal intensif sangat lengkap adalah</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tim medis yang diketuai oleh dokter spesialis anak mendapat pendidikan konsultan (Sp2) di bidang neonatologi. • Tersedianya kapasitas pelayanan subspesialistis disiplin ilmu yang lain • Fasilitas ruang, alat kedokteran dan obat-obatan untuk pelayanan intensif lengkap neonatal. • Dengan kemampuan pelayanan 247 <p>Parameter rujukan *) morbiditas ke FKRTL ini adalah semua morbiditas neonatal termasuk bedah jantung sederhana yang dalam tindakan koreksi tidak memerlukan ECMO</p> <p>*)Parameter rujukan dapat dinyatakan dalam diagnosis (ICD-10) atau prosedur tindakan yang dibutuhkan dalam (ICD-9CM)</p>
<p>Subspesialistis amat sangat lengkap (tingkat pelayanan tersier/ IIID)</p>	<p>Sama dengan subspesialistis sangat lengkap, ditambah:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mampu melaksanakan tata laksana kasus bedah jantung kompleks dengan menggunakan ECMO. 	<p>Sama dengan FKRTL subspesialistis lengkap menurut TIOP 2004, ditambah memiliki kapasitas melaksanakan pelayanan intensif amat sangat lengkap pada neonatus.</p> <p>Implementasi di Indonesia dilaksanakan di FKRTL subspesialistis, RS pendidikan/ pusat rujukan nasional.</p> <p>Parameter rujukan *) morbiditas ke FKRTL ini adalah semua morbiditas neonatal termasuk bedah jantung kompleks yang dalam tindakan koreksinya memerlukan ECMO</p> <p>*)Parameter rujukan dapat dinyatakan dalam diagnosis (ICD-10) atau prosedur tindakan yang</p>

		dibutuhkan dalam (ICD-9CM)
--	--	----------------------------

BAB III
PROGRAM DAN STRATEGI PERCEPATAN PENURUNAN ANGKA KEMATIAN
NEONATAL

3.1 Program Standarisasi Pelayanan Neonatal.

3.1.1 Standarisasi Internal Profesi Dokter Spesialis Anak

Standarisasi internal profesi dokter spesialis anak di bidang neonatal dilaksanakan berdasarkan kurikulum melalui Kolegium Ilmu Kesehatan Anak Indonesia dan non-kurikulum melalui standar kompetensi profesi yang disertifikasi oleh Komite CPD PP IDAI. Standarisasi profesi berdasarkan kurikulum dilaksanakan melalui program pendidikan *fellow-ship* di bidang neonatologi selama enam bulan. Pendidikan tersebut bertujuan untuk menghasilkan dokter spesialis anak yang mampu bertugas di unit perawatan intensif neonatal khususnya di wilayah yang belum tersedia tenaga konsultan di bidang neonatologi yaitu di RS dengan kapasitas pelayanan neonatal tingkat IIIA (unit perawatan intensif neonatal dasar). Sedangkan standarisasi kompetensi non-kurikulum dilaksanakan dengan mengadakan pelatihan profesi di bidang neonatologi. Pada saat ini dimiliki 10 modul pelatihan kompetensi di bidang neonatologi, yaitu:

- Resusitasi neonatal
- Stabilisasi dan transport
- Terapi hipotermi
- Ventilasi invasive
- Ventilasi non-invasif
- Nutrisi pada BBLR
- Kegawatan bedah neonatal
- Prosedur invasif neonatal
- *Neo-comfort* dan *neurodevelopmental*
- ASI pada perawatan intensif neonatal

Standarisasi internal di bidang neonatologi didiskusikan dalam pertemuan ilmiah tahunan UKK Neonatologi PP IDAI dalam bentuk seminar dan pelatihan yang disebut *Annual Neonatal Update* (ANU) yang sampai saat ini sudah berlangsung untuk yang ke lima, dan

direncanakan bulan November 2021 untuk yang ke enam diselenggarakan di Semarang. Upaya lain dalam standarisasi internal di bidang neonatologi adalah terbentuknya tiga panduan nasional pelayanan klinik (PNPK) yang telah ditanda tangani oleh Menteri Kesehatan RI, yaitu PNPK Resusitasi, stabilisasi dan transpor pada BBLR; PNPK asfiksi neonatorum serta PNPK Hiperbilirubinemia. Untuk PNPK Hiperbilirubinemia diperkenalkan pula aplikasi BiliNorm yang diciptakan oleh tim Neonatologi dari Divisi Neonatologi Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, RSUD Dr Soetomo Surabaya. Aplikasi ini digunakan untuk penapisan kasus hiperbilirubinemia dalam upaya pencegahan terjadinya hiperbilirubinemia berat.

3.1.2 Standarisasi Eksternal Interprofesi

Standarisasi eksternal interprofesi dilaksanakan bermitra dengan POGI melalui Jaringan Nasional Pelatihan Klinik- Kesehatan Reproduksi (JNPK-KR), suatu badan pelengkap di bawah Kolegium POGI. Standarisasi yang dilaksanakan adalah pelatihan interprofesi dalam melaksanakan pelatihan PONEK untuk Puskesmas yang berjarak >30 menit dari FKRTL dan PONEK untuk RS dengan kapasitas pelayanan neonatal tingkat IIB.

3.2 Strategi Percepatan Penurunan Angka Kematian Neonatal

Strategi percepatan penurunan angka kematian neonatal dilaksanakan bermitra dengan Kementerian Kesehatan RI. Unit Kerja Koordinasi Neonatologi PP IDAI berperan sebagai narasumber dalam pelaksanaan program-program Kementerian Kesehatan RI. Konsep yang diajukan oleh UKK Neonatologi PP IDAI adalah melaksanakan Rangkaian Aksi Nasional di bidang Neonatal dengan mengintegrasikan semua kegiatan Kementerian Kesehatan RI khususnya di bidang Neonatal untuk tujuan percepatan penurunan AKN dari 15 menjadi 8,6 per 1000 KH. Rangkaian aksi nasional di bidang neonatologi terdiri dari kegiatan penapisan morbiditas ibu hamil/ kehamilan menggunakan buku KIA agar terminasi kehamilan dilaksanakan di tempat yang sesuai, *leveling* kapasitas pelayanan neonatal, program pendampingan sesuai tingkat kapasitas pelayanan neonatal yang ditentukan dan audit maternal perinatal untuk tujuan penurunan AKNn Kerangka konsep rangkaian aksi nasional neonatal dapat dilihat pada Gambar 3 di bawah ini.

**PENGUATAN SISTEM PELAYANAN NEONATAL DI INDONESIA
DALAM PERCEPATAN PENURUNAN AKN: KONSEP TERINTEGRASI, KOLABORASI TIGA TATA KELOLA**



Gambar 3. Kerangka konsep penguatan sistem pelayanan neonatal yang terintegrasi

3.2.1 Penapisan Ibu Hamil atau Kehamilan Dengan Menggunakan Buku KIA

Buku KIA sudah digunakan di Indonesia berdasarkan Keputusan MenKes RI No284/MenKes/SK/III/2004. Pada tahun 2020 ini, Buku KIA direvisi dengan beberapa kelengkapan yang diusulkan oleh UKK Neonatologi khususnya yang berhubungan dengan pelayanan neonatal. Pertama, Buku KIA harus teregistrasi berdasarkan nomor induk kependudukan (NIK), dan pemberiannya ke ibu hamil harus tercatat. Prinsip ini penting untuk janin atau bayi baru lahirnya terdeteksi hasil akhirnya. Dengan teridentifikasi berdasarkan NIK, akan tercatat data kematian janin (*stillbirth*) atau data kelahiran bayi. Kedua, Buku KIA menjadi alat penapisan awal ibu hamil/ kehamilan abnormal khususnya berhubungan dengan akibat pada janin atau bayi baru lahir. Berdasarkan penapisan ini, diharapkan persalinan dapat dilaksanakan di tempat yang paling sesuai, untuk neonatal berdasarkan kapasitas tingkat pelayanan neonatal.

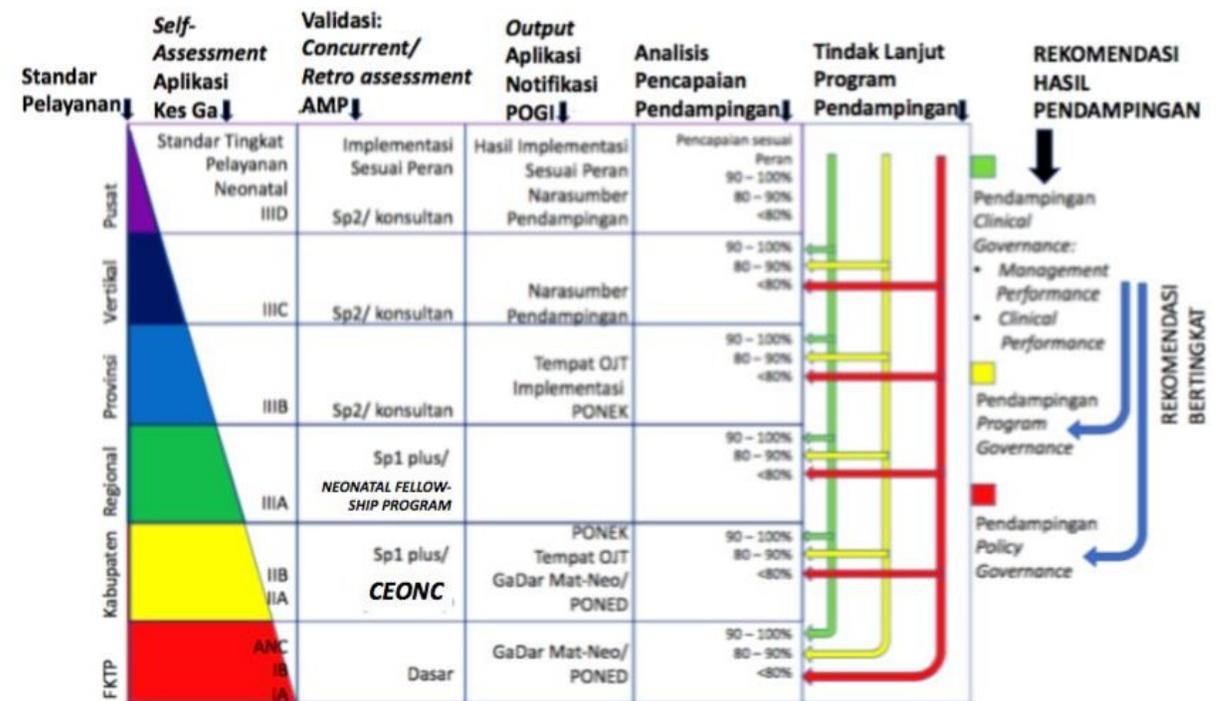
3.2.2 Standarisasi Kapasitas Tingkat Pelayanan Neonatal

Tingkat pelayanan neonatal harus terstandarisasi berdasarkan kapasitas yang dimiliki oleh masing-masing wilayah. Upaya ini membutuhkan integrasi antara profesi, manajemen fasyankes dan Dinas Kesehatan setempat. Standarisasi meliputi tiga unsur dalam sistem pelayanan neonatal yang terdiri dari ketenagaan, sarana/ prasarana, alat

kedokteran dan obat-obatan serta panduan pelayanan klinik yang digunakan. Unit Kerja Koordinasi Neonatologi PP IDAI bertanggung jawab pada tatakelola klinis dalam pelayanan neonatal, yang harus didukung oleh tatakelola manajemen fasyankes, dan tatakelola program Dinas Kesehatan setempat bersama lintas sektoral terkait terutama yang berhubungan dengan sistem rujukan dan regionalisasi. Standarisasi tingkat pelayanan neonatal pada saat ini didasari pada klasifikasi TIOP II yang dipublikasikan pada tahun 2004 sebagaimana telah dijelaskan pada bab sebelum ini.

3.2.3 Pendampingan Rumah Sakit Sesuai Dengan Tingkat Kapasitas Pelayanan Neonatal

Konsep pendampingan RS sebenarnya sudah dimulai sejak diperkenalkan PONEK dan PONEK pada periode sekitar tahun 2005. Pelaksanaannya mengalami beberapa kali revisi, dan revisi terakhir dilakukan sejak tahun 2018. Konsep pendampingan revisi terakhir meliputi tiga tatakelola, yaitu tatakelola klinik, manajemen dan program. Konsep yang diajukan oleh UKK Neonatologi PP IDAI sebagaimana tergambar dalam gambar 4.



Gambar 4. Konsep pendampingan RS dalam mencapai standarisasi pelayanan neonatal

Pelaksanaan konsep pendampingan RS yang diajukan oleh UKK Neonatologi PP IDAI adalah sebagai berikut:

- Kajian Mandiri

Kajian mandiri dilaksanakan oleh masing-masing fasyankes berdasarkan kapasitas tingkat pelayanan neonatal yang dimiliki dengan menggunakan aplikasi yang disusun bersama Direktorat Kesehatan Keluarga, Kementerian Kesehatan RI dengan profesi yang dinamakan aplikasi SIMATNEO. Kajian mandiri meliputi dua tatakelola, yaitu tatakelola klinis dan tatakelola manajemen. Hasil kajian mandiri akan menggambarkan kapasitas tingkat pelayanan neonatal yang telah dilaksanakan oleh fasyankes tersebut.

- Validasi Kajian Mandiri

Validasi kajian mandiri dilakukan oleh RS pengampu yang memiliki tim terdiri dari tim manajemen dan profesi. Dokter spesialis anak dari RS pengampu akan memvalidasi tatakelola klinis di bidang neonatologi sesuai dengan tingkat kapasitas yang dilaksanakan fasyankes tersebut berdasarkan kajian mandiri. Hasil validasi kajian mandiri atas tatakelola klinis di bidang neonatologi akan menjadi dasar program pendampingan oleh dokter spesialis anak RS pengampu.

- Program Pendampingan Oleh Dokter Spesialis Anak RS Pengampu

Pelaksanaan program pendampingan oleh dokter spesialis anak RS pengampu didasari pada konsep yang digambarkan pada Gambar 6.



Gambar 5. Konsep pendampingan dokter spesialis anak RS pengampu

Pendampingan dilaksanakan berdasarkan panduan praktik klinik standar UKK Neonatologi agar mencapai minimal 90% keberhasilan dalam menurunkan morbiditas dan mortalitas kasus bayi baru lahir berdasarkan kapasitas tingkat layanan neonatal yang ditetapkan pada saat validasi mandiri.

- Monitor dan Evaluasi

Monitor dan evaluasi hasil pendampingan dilaksanakan melalui aplikasi *Maternal Perinatal Death Notification* (MPDN) yang diciptakan oleh POGI bermitra dengan UKK Neonatologi untuk bidang terkait. Selain itu, monitor dan evaluasi juga dilaksanakan melalui implementasi dari audit maternal perinatal (AMP) yang akan dijelaskan pada pembahasan berikutnya.

- Evaluasi Dampak Program Pendampingan

Evaluasi dampak program pendampingan akan dianalisis dan dijadikan bahan acuan rencana tindak lanjut oleh Komite Nasional Percepatan Penurunan AKI dan AKN yang telah dibentuk. Penyelesaian terhadap masalah yang teridentifikasi pada tiga tatakelola dalam implementasi sistem pelayanan neonatal diharapkan akan diselesaikan secara terintegrasi.

3.2.4 Audit Maternal-Neonatal dan Respons Secara Terintegrasi

Audit maternal-neonatal di Indonesia sudah dilaksanakan sejak tahun 1997. Unit Kerja Koordinasi Neonatologi PP IDAI mengajukan konsep revisi yaitu, pertama audit didasari pada surat rujukan fasyankes yang merujuk. Surat rujukan merupakan alat komunikasi utama antar fasyankes dalam merujuk bayi baru lahir, sebagaimana dilatihkan dalam modul GADAR MAT-NEO 247. Surat rujukan akan selalu menyertai bayi baru lahir ke fasyankes tujuan rujukan. Oleh sebab itu, tidak lagi diperlukan rekam medik perantara yang akan ditelusuri pada saat melakukan audit. Kedua, untuk tatakelola klinik dan manajemen dilakukan audit intra dan inter fasyankes yang berhubungan dengan proses meninggalnya bayi baru lahir. Hasil audit tatakelola klinik dan manajemen digunakan untuk memperbaiki sistem pelayanan intra dan inter fasyankes. Hasil audit yang berhubungan dengan tatakelola program dibahas dan didiskusikan pada AMP di tingkat wilayah/ kabupaten.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

1. Standarisasi pelayanan neonatal diperlukan untuk mengatasi disparitas masalah yang berhubungan dengan sistem pelayanan neonatal.
2. Pelaksanaan sistem pelayanan neonatal tidak dapat hanya berfokus pada peningkatan tatakelola klinik saja, karena implementasinya harus didukung oleh tatakelola manajemen dan difasilitasi oleh tatakelola program Dinas Kesehatan dan lintas program di satu wilayah.

4.2 Saran

1. Perlu kebijakan berjenjang untuk mengatasi disparitas yang ada dalam sistem pelayanan neonatal.
2. Perlu ditingkatkan implementasi sistem pelayanan neonatal dalam konsep terintegrasi antara tiga tatakelola, yaitu klinik, manajemen dan program baik horizontal di tingkat Nasional dan wilayah, maupun vertikal dari tingkat Nasional ke wilayah.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes RI, Di Rakesnas 2019, Dirjen Kesmas Paparkan Strategi Penurunan AKI dan Neonatal [Available from: https://kesmas.kemkes.go.id/portal/konten/~rilis-berita/021517-di-rakesnas-2019_-dirjen-kesmas-paparkan-strategi-penurunan-aki-dan-neonatal.]
2. American-Academy-of-Pediatrics. Committee on Fetus and Newborn: Levels of Neonatal Care. *Pediatrics*. 2012;130(3):587-97.
3. American-Academy-of-Pediatrics. Committee on Fetus and Newborn: Levels of Neonatal Care. *Pediatrics*. 2004;114(5):1341-47.