

Penggunaan Deksametason untuk Mencegah Komplikasi Kelahiran Prematur di Indonesia

PENDAHULUAN

Kelahiran prematur didefinisikan sebagai kelahiran hidup sebelum genap 37 minggu kehamilan. Walaupun kemungkinan selamat bayi prematur telah semakin membaik, tingkat kematian dan sakit yang serius dari kelahiran prematur masih tinggi. Di Indonesia, tingkat kelahiran prematur termasuk yang tertinggi di dunia, yaitu 15.5% (2010), yang berarti diperkirakan 32.400 bayi meninggal setiap tahun akibat komplikasi kelahiran prematur, menurut Laporan

Born Too Soon 2012.¹ Kementerian Kesehatan memper-timbangkan intervensi untuk mengatasi permasalahan prematur sebagai sebuah isu prioritas untuk menurunkan tingkat kematian bayi baru lahir dan memperbaiki kesehatan bayi baru lahir. Rencana Aksi Bayi Baru Lahir Kemenkes

(2014)² memasukkan pedoman untuk pemberian ACS untuk kelahiran prematur antara 24-34 minggu.

Pedoman kesehatan ibu nasional memberikan petunjuk dasar tentang manajemen ibu hamil dengan risiko tinggi kelahiran prematur dan perawatan untuk bayi prematur. Pedoman ini termasuk pemberian deksametason pada ibu dengan risiko tinggi kelahiran prematur untuk membantu menurunkan komplikasi yang mungkin dialami bayi karena lahir prematur.

Walaupun pemberian deksametason dengan tepat pada ibu hamil dengan risiko tinggi kelahiran prematur direkomendasikan, publikasi terbaru di *Lancet* menunjukkan bahwa median (nilai tengah) tingkat penggunaan ACS di 29 negara adalah 54%.³

METODE DAN IMPLEMENTASI

Di Indonesia, sebuah penelitian dilakukan untuk menilai dan memahami perawatan yang diberikan pada ibu hamil yang berisiko tinggi melahirkan prematur, khususnya pemberian deksametason untuk mencegah komplikasi karena prematur di antara bayi baru lahir. Hal ini dilakukan melalui audit kinerja 3 bulan di enam tempat dan penentuan kendala potensial – pengetahuan/kepercayaan diri atau pemberian layanan – hingga praktik terbaik terkait penggunaan deksametason.

Penelitian ini semula dilakukan oleh Universitas Padjadjaran (UNPAD) dan kemudian oleh program yang didanai USAID- Expanding Maternal and Newborn Survival (EMAS), yang terlibat secara langsung dengan enam daerah/tempat penilaian.. Petunjuk teknis keseluruhan untuk penilaian diberikan oleh Program yang didanai USAID, Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP).

Penelitian tersebut berlangsung di enam fasilitas publik di dua provinsi di Indonesia (Tabel 2). Fasilitas sengaja dipilih yang volume kelahirannya tinggi, juga perwakilan dari beberapa tingkat rumah sakit yang berbeda di sistem kesehatan Indonesia. Penelitian dilakukan dari November 2013 hingga Mei 2014 dengan pengumpulan data dari Januari – April 2014.



Gambar 1. Lokasi Fasilitas di Indonesia

Tabel 2. Indikator Kunci Fasilitas

No FASILITAS	KOTA	TINGKAT KELAHIRAN PREMATUR (JUMLAH KELAHIRAN PER BULAN), JAN	TINGKAT KELAHIRAN PREMATUR (JUMLAH KELAHIRAN PER BULAN), FEB	TINGKAT KELAHIRAN PREMATUR (JUMLAH KELAHIRAN PER BULAN), MAR	TINGKAT KELAHIRAN PREMATUR (JUMLAH KELAHIRAN PER BULAN), JAN-MAR
1	Arjawinangun	12,7% (181)	11,9% (194)	18,4% (185)	12,9%
2	Brebes	10,4% (154)	6,6% (137)	15,2% (164)	8,3%
3	Ciawi Bogor	8,0% (249)	3,8% (240)	5,4% (261)	5,8%
4	Cilacap	13,3% (188)	8,1% (135)	10,0% (170)	8,9%
5	Karawang	7,8% (283)	18,9% (249)	12,6% (342)	11,9%
6	Bandung	3,7% (296)	3,7% (272)	5,5% (311)	3,9%

Penilaian tingkat fasilitas dilakukan, terdiri dari tinjauan kesiapan fasilitas, penilaian komoditas dan analisis kendala. Hal ini termasuk verifikasi ketersediaan dan kondisi penyimpanan pengobatan, suplai, perlengkapan, staf, pencatatan dan infrastruktur terkait kesehatan ibu dan bayi baru lahir di setiap fasilitas yang menjadi sampel. Pengetahuan dan kepercayaan diri diukur di antara sampel para penyedia layanan kesehatan terkait penyaringan (*screening*) dan manajemen kelahiran prematur dan pemberian ACS. Wawancara dengan informan kunci yang dapat mengambil keputusan atau mempengaruhi keputusan atau kebijakan terkait kesehatan ibu dan bayi baru lahir dilakukan untuk mengidentifikasi berbagai masalah yang ada terkait penyediaan layanan untuk ibu hamil yang memiliki probabilitas tinggi melahirkan prematur. Selain itu, praktik tindakan diukur melalui tinjauan berbentuk grafik setiap bulannya untuk mengidentifikasi ibu hamil dengan risiko tinggi melahirkan prematur, dan manajemen klinis mereka. Semua perangkat tersedia di kantor MCHIP di Washington DC.

Praktik terbaik dalam situasi ini, berdasarkan rekomendasi klinis nasional dan WHO yang ada pada saat penelitian didefinisikan sebagai berikut:

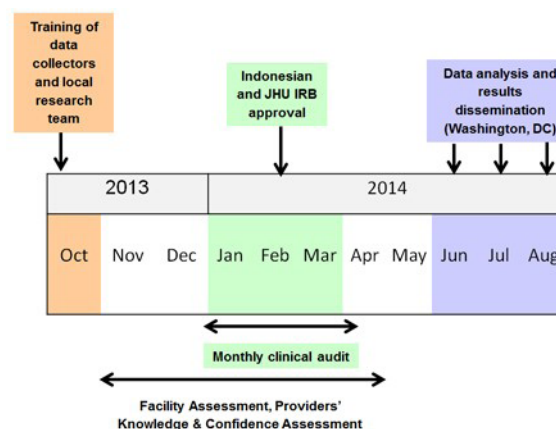
- Ibu dengan kondisi meningkatnya kemungkinan kelahiran prematur (contohnya, persalinan prematur, pecah ketuban dini, pendarahan pasca persalinan atau pre-eklampsia/eklampsia parah) dapat diidentifikasi dengan baik oleh para penyedia layanan;
- Usia kehamilan dapat dinilai setepat mungkin;
- Ibu hamil yang diperkirakan usia kehamilannya antara 24+0 dan 36+6 minggu, dengan kondisi yang telah disebutkan di atas, diberikan deksametason (24mg dalam dosis terpisah) untuk pencegahan komplikasi karena prematur pada bayi.

Penelitian ini disetujui oleh Komite Etik Riset (*Research Ethics Committees*) di UNPAD Indonesia dan Dewan Peninjau Kelembagaan (*Institutional Review Board*) The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

Jadwal

Penilaian dilakukan menurut jadwal di bawah ini (Gambar 2). Persiapan dan pelatihan staf berlangsung pada Oktober 2013. Dari November 2013 hingga April 2014, penilaian tingkat fasilitas dan skor pengetahuan dan tingkat kepercayaan diri penyedia layanan diperoleh di setiap fasilitas. Pengumpulan data dan audit tingkat fasilitas dilakukan setiap bulannya dari Januari 2014 hingga Maret 2014.

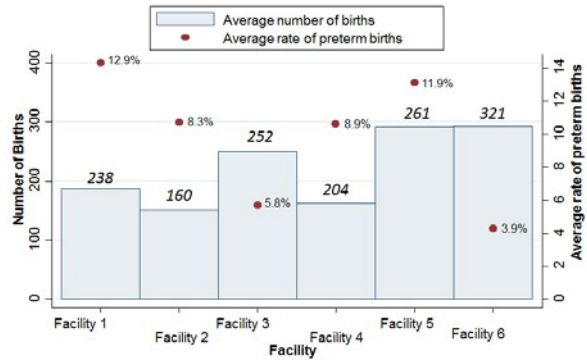
Gambar 2. Jadwal



Volume Fasilitas dan Tingkat Kelahiran Prematur

Rata-rata jumlah kelahiran per bulan di antara enam fasilitas serupa, angka terendah di RS Fasilitas 2(160) dan tertinggi di Fasilitas 6 (321) (Gambar 3). Rata-rata tingkat kelahiran prematur beragam, tetapi masih dalam batas normal yang diharapkan. Tingkat terendah ada di Fasilitas 6 (4%) dan tertinggi ada di Fasilitas 1 (13%). Perbedaan ini mungkin mencerminkan pola rujukan yang berbeda di masyarakat.

Gambar 3. Rata-rata Jumlah Kelahiran dan Tingkat Kelahiran Prematur selama Intervensi menurut Fasilitas Jan-Mar

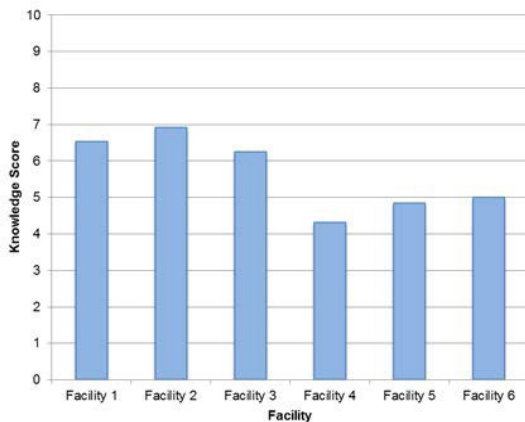


TEMUAN DAN PEMBAHASAN

Pengetahuan dan Kepercayaan Diri Tenaga Kesehatan

Rata-rata nilai pengetahuan berkisar dari yang rendah (4,3) hingga yang tinggi (6,9) (Gambar 4). Terkait kepercayaan diri penyedia layanan kesehatan dalam pemberian deksametason yang semestinya dalam rentang beberapa situasi klinis, para penyedia layanan di sebagian besar fasilitas yang diamati tidak merasa “sangat tidak nyaman” maupun “sangat percaya diri”, angkanya dalam skala menengah. (Gambar 5).

Gambar 4. Nilai Pengetahuan menurut Fasilitas



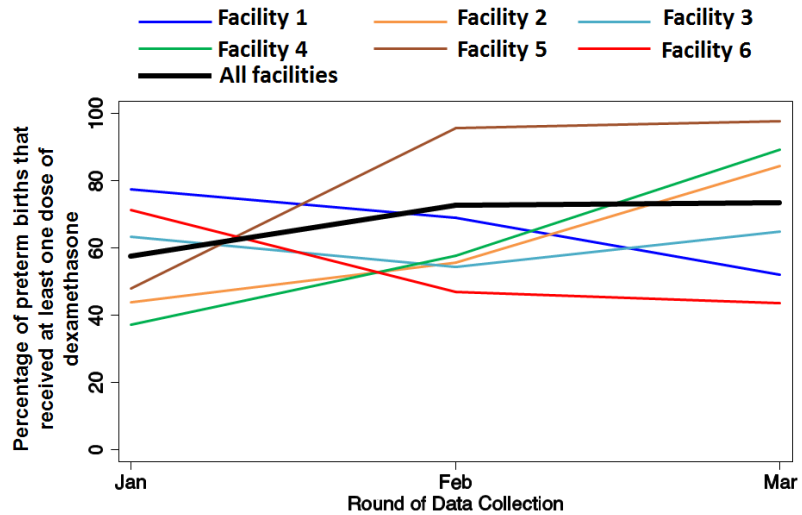
Gambar 5. Tingkat Kepercayaan Diri menurut Fasilitas



Cakupan Deksametason

Secara keseluruhan, data menunjukkan adanya perbaikan dalam cakupan deksametason, dari 58% pada Januari hingga 71% pada Maret (Gambar X). Di tingkat fasilitas, berbagai perubahan tersebut sulit ditafsirkan. Di Fasilitas 1, cakupan menurun dari 78% menjadi 52%. Demikian juga di Fasilitas 6 berkurang dari 71% menjadi 44%. Cakupan membaik di Fasilitas 2 (44% menjadi 84%), Fasilitas 4 (37% menjadi 89%), dan Fasilitas 5 (48% menjadi 98%). Fasilitas 3 tidak berubah, dengan persentase 63% pada bulan Januari, 55% pada Februari, dan 65% pada bulan Maret.

Gambar 6. Persentase Kelahiran Prematur yang Menerima Paling Sedikit Satu Dosis Deksametason, menurut Fasilitas dan Bulan

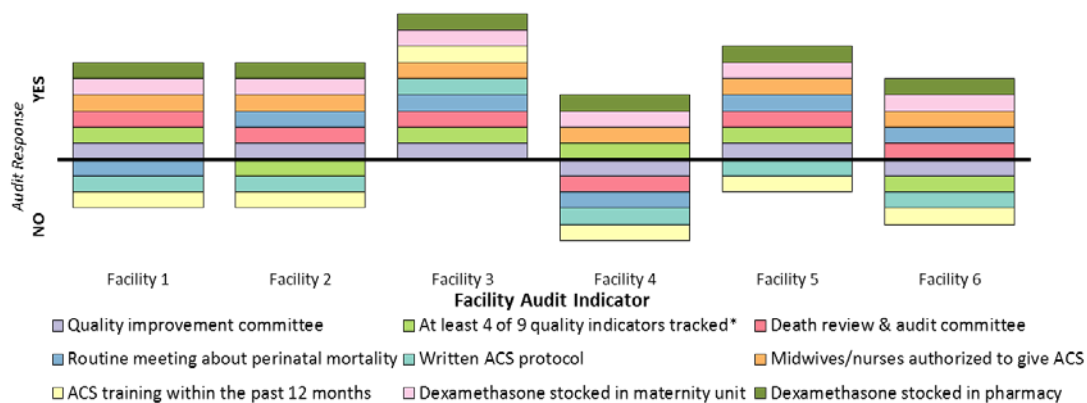


Average percentage use of dexamethasone, by month, all facilities		
Jan.	Feb.	Mar.
58.3%	68.8%	71.1%

Kesiapan Fasilitas dan Penilaian Komoditas

Terdapat variasi di antara fasilitas dalam hal kesiapan tingkat fasilitas dan indikator komoditas, dimana satu fasilitas yang diamati memenuhi semua sembilan indikator audit fasilitas (Fasilitas 3), sementara fasilitas lainnya gagal memenuhi empat atau lima indikator (Gambar 8). Hanya empat di antara enam fasilitas yang melaporkan adanya komite perbaikan kualitas. Semua kecuali satu fasilitas (Fasilitas 4) yang melaksanakan tinjauan kematian dan rapat komite audit secara rutin untuk membahas kematian bayi, dan seluruh bidan dan perawat fasilitas yang berwenang untuk memberikan ACS. Hanya satu fasilitas (Fasilitas 3) yang diobservasi yang mempunyai protokol ACS tertulis. Seluruh fasilitas menyimpan deksametason baik di apotik maupun unit persalinan, walaupun ampulnya berisi 5 mg, kurang dari dosis yang direkomendasikan. Terkait kualitas, empat dari enam fasilitas yang diamati memenuhi paling tidak setengah dari berbagai indikator kesiapan fasilitas yang diidentifikasi.

Gambar 7. Data Audit Fasilitas

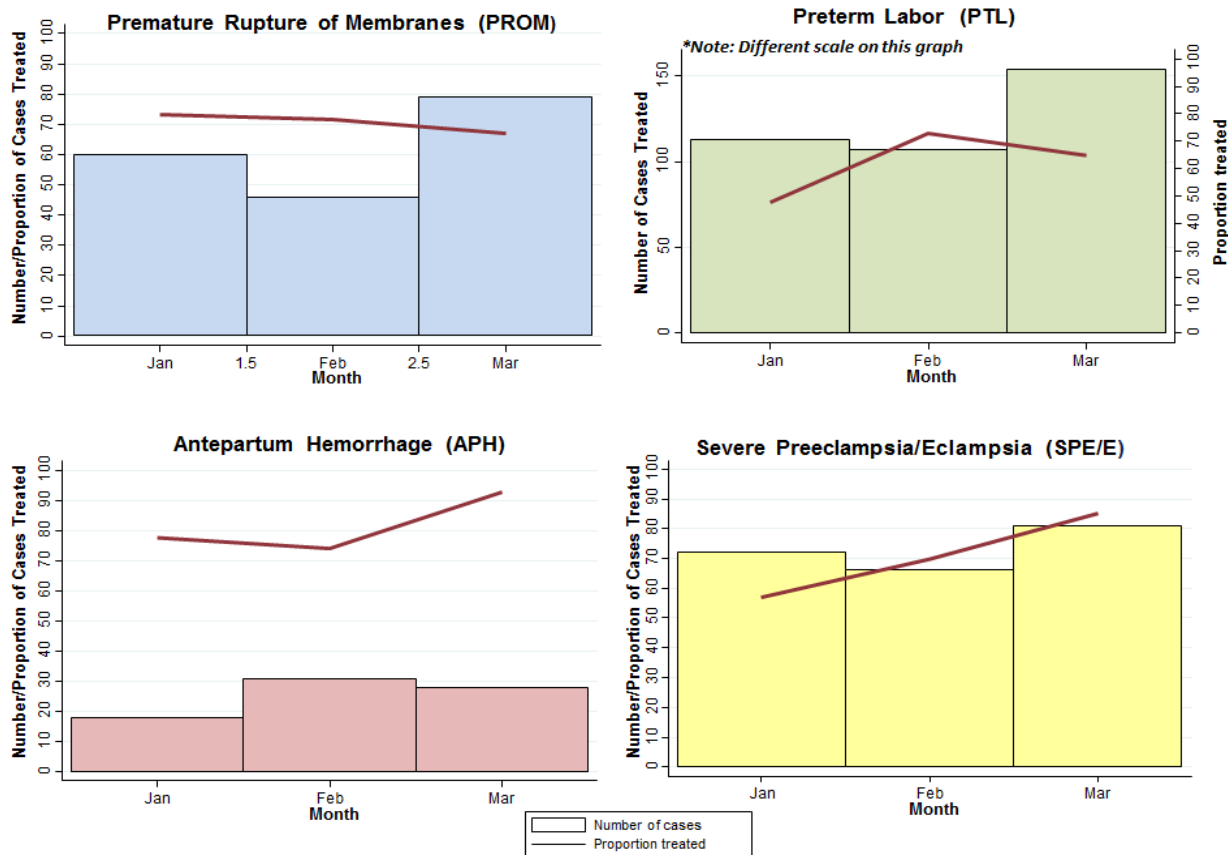


* 9 indikator kesiapan fasilitas adalah: kebersihan area penerimaan; kebersihan lantai rumah sakit; ketersediaan ruang penyimpanan yang aman untuk menyimpan catatan medis pasien rawat inap; sumber utama listrik yang dapat diandalkan; adanya generator yang berfungsi sebagai sumber listrik; sumber air utama rumah sakit yang dapat diandalkan, jumlah ranjang di unit/bangsang persalinan di fasilitas, dan jenis area persalinan

Tindakan berdasarkan Diagnosis

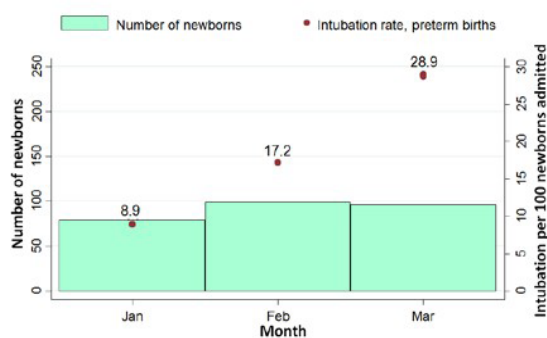
Jika seluruh fasilitas digabungkan, jumlah ibu hamil yang didiagnosis mengalami Ketuban Pecah Dini (*Premature Rupture of Membranes* /PROM) atau Persalinan Prematur (*Preterm Labor* /PTL) meningkat jauh pada bulan Maret dibandingkan dengan Januari atau Februari (Gambar 8). Selaras dengan data cakupan keseluruhan, tingkat tindakan dari PTL, Pendarahan Pasca Persalinan (*Antepartum Hemorrhage*/APH) dan Pre- Eklampsia/ Eklampsia (*SPE/E*) yang parah meningkat dari Januari hingga Maret. Sebaliknya, tingkat tindakan PROM tidak berubah pada kurun waktu tersebut.

Gambar 8. Jumlah Kasus dan Proporsi yang Ditindak dengan ACS, menurut Diagnosis (Data keseluruhan untuk semua Fasilitas)

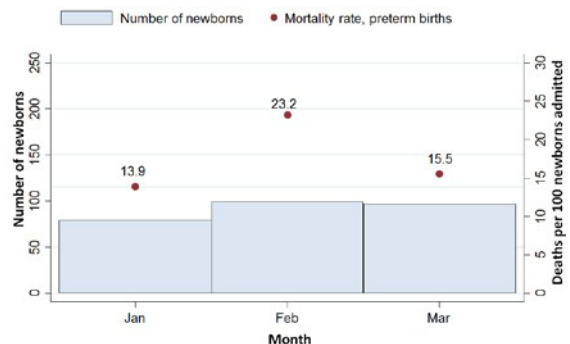


Walaupun penelitian ini tidak bertujuan mengukur kinerja kesehatan untuk bayi baru lahir, data dari perawatan anak khusus digabungkan untuk memberikan informasi kontekstual. Jumlah bayi baru lahir prematur yang dirawat di ruang perawatan khusus, kurang lebih 100, hampir sama setiap bulannya. Tingkat intubasi meningkat, dari 9% pada bulan Januari menjadi 17% pada bulan Februari dan 29% pada bulan Maret (Gambar 9). Namun, tingkat kematian (di tempat penilaian) tidak menunjukkan pola yang jelas, 14% pada bulan Januari, 23% pada bulan Februari dan 16% pada bulan Maret (Gambar 10). Dalam konteks ini, tingkat kematian dihitung sebagai jumlah bayi prematur yang meninggal setelah dirawat di ruang perawatan khusus, dibagi jumlah bayi prematur yang diserahkan ke ruang perawatan khusus.

Gambar 9. Jumlah bayi prematur yang dirawat di ruang perawatan khusus dan tingkat intubasi, per bulan



Gambar 10. Jumlah bayi prematur yang dirawat di ruang perawatan khusus dan tingkat kematian, per bulan



Perspektif dari Direktur Unit Persalinan dan Manager lainnya

Tim studi mewawancarai informan kunci untuk memperoleh informasi kontekstual tentang penggunaan ACS di berbagai fasilitas (n=13). Informan kunci termasuk direktur rumah sakit dan direktur unit persalinan dari lima fasilitas, bersama perwakilan dari dinas kesehatan provinsi, asosiasi badan regional dan asosiasi dokter spesialis obstetri dan ginekologi. Informan kunci mengatakan biaya bukan merupakan halangan bagi penggunaan ACS, karena disubsidi oleh pemerintah. Namun mereka mencatat ACS diberikan secara tidak konsisten. Beberapa informan mengusulkan agar badan dapat memberikan di fasilitas kesehatan pertama/primer.

Untuk informasi lebih lanjut, hubungi:

Mr. Ali Zazri
M&E Director
EMAS
Ali.Zazri@jhpiego.org

Dr. Jeffrey M. Smith,
Maternal Health Director
MCHIP/Washington
Jeffrey.Smith@Jhpiego.org

¹ March of Dimes, PMNCH, Save the Children, World Health Organization [WHO]. (2012). Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. (Wall Chart: Estimated National Rates of Preterm Birth in 2010). Eds Howson, CP, Kinney, MV, Lawn, JE. Geneva: World Health Organization. Retrieved from <http://www.marchofdimes.com/materials/born-too-soon-the-global-action-report-on-preterm-birth-wallchart.pdf>.

² Indonesian Newborn Action Plan, Ministry of Health, 2014

³ Vogel, J. P., Souza, J. P., Gülmezoglu, A. M., Mori, R., Lumbiganon, P., Qureshi, Z., ... & Temmerman, M. (2014). Use of antenatal corticosteroids and tocolytic drugs in preterm births in 29 countries: an analysis of the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *The Lancet*. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60580-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60580-8)