

**GAMBARAN ANALISIS SUMBER DAYA DALAM IMPLEMENTASI PERAWATAN
METODE KANGURU (PMK) PADA BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR)
DI RUMAH SAKIT**

Nur Sri Atik¹⁾

Akademi Kebidanan Mardi Rahayu Kudus
Jl. KH Wahid Hasyim No.89 Kudus
e-mail: hanansa_atik@yahoo.co.id

Abstrak

Rumah sakit sebagai institusi yang melakukan upaya rujukan harus mampu mengelola BBLR termasuk didalamnya PMK (Perawatan Metode kanguru). PMK tidak memerlukan fasilitas khusus yang sederhana dapat membuat ibu lebih nyaman tinggal di RS. PMK tidak memerlukan tambahan tenaga yang melebihi dari perawatan dengan menggunakan metode konvensional. Dalam pengelolaannya perawatan metode kanguru bisa sangat bervariasi di masing-masing RS. Faktor sumber daya yang memadai, baik sumber daya manusia maupun sumber daya finansial. Tujuan penelitian ini adalah melihat analisis sumber daya dalam implementasi program Perawatan Metode Kanguru (PMK) pada bayi BBLR di Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus. Jenis penelitian ini adalah kualitatif dengan menggunakan wawancara mendalam dan observasi langsung dengan Informan utama dan informan triangulasi. Analisis yang digunakan dengan analisis tematik. Implementasi PMK menunjukkan hasil yang kurang optimal, hal ini dilatar belakangi karena sumber daya yang diperlukan khususnya SDM terlatih yang mempunyai pengetahuan dan keterampilan tentang PMK belum banyak. Kurangnya kompetensi ini juga yang berakibat pada kurang maksimalnya SOP yang telah disusun sehingga harus disesuaikan dan direvisi kembali. Dari ketersediaan sumber daya diketahui bahwa SDM yang ada belum banyak yang mengikuti pelatihan, jumlah SDM belum mencukupi dengan banyaknya job yang ada, dana yang diperlukan tidak selalu ada dalam pelaksanaan program karena tergantung prioritas program lainnya, sarana prasarana penunjang pelaksanaan PMK belum semua ada terutama ruang khusus untuk PMK walaupun ada beberapa ruangan perawatan yang berdekatan. Hal ini mengakibatkan kurang optimalnya kualitas pelayanan PMK yang diberikan.

Kata Kunci: Sumber Daya, Perawatan Metode Kanguru, BBLR

OVERVIEW OF RESOURCE ANALYSIS IN IMPLEMENTATION OF KANGAROOS (FMD) METHOD IN INFANTS LOW BIRTH WEIGHT (BBLR) IN HOSPITALS

Abstract

Hospitals as institutions that make referral efforts should be able to manage the BBLR including the PMK (Kangaroos treatment method). PMK does not require a special facility that can make the mother more comfortable to stay in RS. PMK does not require additional power that exceeds the treatment using conventional methods. In managing the treatment of kangaroos method can vary greatly in each RS. Adequate resource factors, both human resources and financial resources. The purpose of this research is to see the resource analysis in implementing the Kangaroos (PMK) treatment program in BBLR babies at the Kudus Mardi Rahayu Hospital. This type of research is qualitative by using in-depth interviews and direct observation with the main informant and triangulation informant. Analysis used with thematic analysis. The implementation of PMK shows less optimal results, this is due to the necessary resources, especially trained HUMAN resources who have knowledge and skills on the PMK has not been much. This lack of competence also results in the lack of maximum SOP that has been compiled so that it must be adjusted and revised again. From the availability of resources known that the existing human resources have not been in the training, the number of HUMAN resources are not adequate with the number of existing jobs, the necessary funds are not always in the implementation of the program because it depends on the program priorities, the facility supporting the implementation of FMD is not all there is especially a special space for PMK even though there are some adjacent rooms. This resulted in less optimal quality of FMD service provided.

Keywords: Resources, treatment of kangaroos methods, BBLR.

Pendahuluan

Bentuk intervensi yang dilakukan dalam penanganan BBLR selama ini adalah berupa perawatan dengan inkubator. Penggunaan inkubator untuk merawat BBLR memerlukan biaya yang cukup tinggi atau relatif mahal. Negara-negara berkembang termasuk Indonesia akan dihadapkan pada masalah kekurangan tenaga terampil, biaya pemeliharaan alat, serta logistik. Akibat terbatasnya fasilitas inkubator, tidak jarang satu inkubator ditempati lebih dari satu bayi, sehingga dapat meningkatkan resiko terjadinya infeksi nosokomial di rumah sakit. Selain itu, penggunaan inkubator dinilai menghambat kontak dini ibu-bayi dan pemberian Air Susu Ibu (ASI), serta berakibat ibu kurang percaya diri dan tidak terampil merawat bayi BBLR.¹

Analisis terkini dari WHO menunjukkan bahwa sekitar 3 juta kematian BBLR dapat dicegah dengan cara memperbaiki akses atas intervensi yang

tidak mahal, tepat guna (tidak teknologi tinggi) yang saat ini belum terjangkau oleh mereka yang memerlukan. Oleh karena itu dalam rangka menurunkan AKB (Angka kematian Bayi) karena BBLR, maka WHO telah menganjurkan untuk penerapan perawatan metode kanguru yang pelaksanaannya sangat mudah dilakukan oleh masyarakat asalkan memenuhi persyaratan.²

Rumah sakit sebagai institusi yang melakukan upaya rujukan harus mampu mengelola BBLR termasuk didalamnya PMK (perawatan Metode Kanguru). Kementerian Kesehatan bersama dengan organisasi profesi mengembangkan metode ini melalui kegiatan untuk membangun jejaring pelayanan dari tingkat pelayanan dasar sebagai bagian dari program PONED (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Dasar) sampai tingkat pelayanan rujukan di RS sebagai bagian dari program RSSIB (RS Sayang Ibu dan Bayi) dan PONEK Hal ini didukung dengan adanya Keputusan Menteri

Kesehatan RI Nomor 203/Menkes/SK/III/2008 tentang pembentukan kelompok kerja (Pokja) Nasional Perawatan Metode Kanguru (PMK) dan adanya Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 603 tahun 2008 tentang pemberlakuan pedoman rumah sakit sayang ibu dan bayi (RSSIB).¹

pengelolaan perawatan metode kanguru bisa sangat bervariasi di masing-masing rumah sakit. Hal ini bisa dilihat dari aspek jenis layanan yang tersedia, kompetensi SDM (sumber daya manusia), serta fasilitas dan sarana yang ada. Berdasarkan pedoman pelayanan kesehatan BBLR dengan PMK di RS dan jejaringnya, pengelolaan PMK di RS dikoordinir oleh tim pokja (Kelompok Kerja) perinatal yang ditetapkan dengan SK Direktur, secara prinsip layanan PMK menjadi bagian dari pelayanan anak/perinatal.^{1,3}

Faktor sumber daya mempunyai peran penting dalam implementasi. Setiap kebijakan harus didukung oleh sumber daya yang memadai, baik sumber daya manusia maupun sumber daya finansial. Edward III menegaskan bahwa sejelas dan sekonsisten apapun ketentuan atau aturan, serta seakurat apapun dalam komunikasinya, jika para pelaksana yang bertanggung jawab untuk melaksanakan kebijakan kekurangan sumber daya dalam melaksanakan, maka akan mengakibatkan kurang efektifnya implementasi kebijakan.⁴⁻⁷

Berdasarkan beberapa hasil penelitian yang sudah dilakukan, dapat diketahui bahwa implementasi perawatan metode kanguru di negara berkembang mengalami beberapa permasalahan khususnya bagi institusi atau fasilitas kesehatan yang akan menjalankan intervensi tersebut. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam implementasi metode kanguru adalah struktur kelembagaan, manajemen masalah, infrastruktur dan masalah sumber daya manusia. Dinamika ini terlihat sebagai salah satu hal yang mungkin memiliki pengaruh besar dalam keberhasilan pelaksanaan metode kanguru.⁸

PMK tidak memerlukan fasilitas khusus. Pengaturan yang sederhana dapat membuat ibu lebih nyaman tinggal di RS. PMK tidak memerlukan tambahan tenaga

yang melebihi dari perawatan dengan menggunakan metode konvensional. Petugas kesehatan yang ada seperti dokter dan perawat harus memiliki pelatihan dasar tentang pemberian ASI dan juga pelatihan yang memadai di semua aspek PMK. Dengan demikian melihat gambaran tersebut sangatlah penting untuk diketahui bagaimana analisis sumber daya dalam implementasi pelayanan kesehatan perawatan metode kanguru (PMK) pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Rumah Sakit Mardi Rahayu berdasarkan Surat Keputusan Direktur yang telah dikeluarkan sejak bulan Juni tahun 2012 sehingga dapat dilakukan perencanaan lebih lanjut untuk mencapai keoptimalan program tersebut.

Metode

Metode analisis data yang digunakan adalah strategi analisis tematik yaitu memberikan pelaporan dengan menekankan pada jawaban-jawaban atas pertanyaan penelitian, sehingga menghasilkan tema-tema pelaporan yang sesuai dengan pertanyaan penelitian dengan tahapan sebagai berikut:¹⁰⁻¹²

Sementara metode pengumpulan data merupakan pengumpulan berbagai informasi penting tentang rencana penelitian. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan wawancara mendalam (*Indepth Interview*) dan observasi. Dalam penelitian ini, data yang dikumpulkan ada 2 meliputi:¹⁰

a. Data Primer

Pengumpulan data primer dilakukan dengan dengan 2 cara yang pertama dengan wawancara mendalam yaitu metode pengambilan data dengan cara menanyakan sesuatu kepada seseorang yang menjadi informan, yang dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara. Dalam penelitian ini wawancara mendalam dilakukan pada informan utama yaitu ibu dan atau keluarga pasien dengan BBLR dan informan triangulasi yaitu pelaksana dan penyelenggara program dari RS. Yang kedua dengan metode observasi yaitu pengamatan dan pencatatan secara sistematis terhadap unsur-unsur yang tampak dalam suatu gejala atau gejala-

gejala dalam obyek penelitian. Observasi dalam penelitian dilakukan terhadap pelaksana PMK di RS baik di ruang perinatologi dan ruang perawatan ibu nifas dan bayi baru lahir. Pengamatan dilakukan terhadap kegiatan yang berlangsung dan sumber daya penunjang yang ada di ruangan.

b. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dengan telaah dokumen dari laporan-laporan tentang implementasi perawatan metode kanguru. Dokumen-dokumen ini terkait dengan perawatan bayi BBLR, jumlah bayi yang di rawat serta pendokumentasian kegiatan PMK seperti kurve pemantauan BBLR dan KIE yang diberikan.

Hasil dan Bahasan

Sumber daya dalam implementasi program perawatan metode kanguru di rumah sakit dapat meliputi sumber daya manusia, sumber dana atau anggaran dan sumber daya yang berbentuk sarana prasarana pendukung program seperti ruangan, peralatan pendukung seperti alat, dan media informasi. Hasil observasi dan wawancara mendalam tentang sumber daya yang ada di RS Mardi Rahayu dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Sumber daya manusia (SDM)

Sumber daya manusia dalam pelaksanaan PMK di RS Mardi Rahayu ada dokter spesialis anak dan perawat atau bidan pelaksana. Jumlah tenaga yang ada di ruang bayi (ruang perawatan level I) merupakan tenaga yang juga memberikan perawatan di ruang bersalin maupun di ruang nifas. Jumlah keseluruhan tenaga di ruang bersalin nifas dan bayi ada 32 orang bidan dengan kualifikasi 30 bidan lulusan DIII kebidanan, 1 orang DIV kebidanan dan 1 orang masih DI kebidanan, kemudian ada 3 orang pos (pembantu perawat) serta 1 orang administrasi dan 1 orang pekarya. Jumlah bidan yang ada dalam ruangan terbagi dalam 3 shif dan terbagi juga dalam 3 ruangan, yaitu ruang bayi, ruang bersalin dan ruang nifas.

Sementara untuk ruang peristi (ruang perawatan level II) jumlah tenaga yang ada sebanyak 15 orang dengan

kualifikasi pendidikan 10 orang DIII keperawatan, 1 orang bidan DIII Kebidanan, 4 orang pos dengan pendidikan 3 orang SMA dan 1 SMP. Jumlah dokter spesialis anak di RS Mardi Rahayu ada 5 orang, 3 orang merupakan dokter tetap (*full time*) dan 2 orang merupakan dokter tamu. Dari seluruh tenaga yang ada baru ada 2 dokter yang pernah mengikuti pelatihan, sedangkan dokter tamu lainnya belum pernah. Untuk perawat ada 1 orang yang telah mengikuti pelatihan manajemen BBLR akan tetapi bukan pelatihan metode kanguru, sedangkan untuk bidan hanya ada 1 orang yang telah mengikuti sosialisasi program perawatan metode kanguru dan belum ikut pelatihan khusus tentang PMK.

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara mendalam yang dilakukan, diketahui bahwa sebagian besar informan menyatakan jumlah tenaga yang ada dalam memberikan pelayanan belum mencukupi kebutuhan, hal tersebut dapat dilihat dalam kutipan sebagai berikut:

Kotak 1: Kecukupan Pelaksana Program

Kalau pas pasiennya sedikit ya gak apa-apa si mbak, tapi kalo pas pasiennya banyak kayake kok perlu ya, Padahal pasien BBLR kan juga banyak banget disini (IT1;42)

Kalau pasien banyak terus terang tenaga kewalahan, karena kalo yang dikamar bayi itu hanya 2, di peristi ada 2-3 orang Kalau untuk PMK mungkin harus ditambah karena perlu ada pengawasan tentunya. (IT2;44)

Perlu tambahan, disini ada 15 standarnya 17, bed ada 15" (IT3;39)

Jika dilakukan ya perlu penambahan tenaga, jumlah perawat 15 dengan kapasitas 10 tapi seringnya lebih dari itu.(IT5;38)

"Saya rasa belum mencukupi ya mbak, karena kalau pelaksanaan PMK itu kan perlu pengawasan khusus secara terus menerus sementara tenaga kita cuma beberapa dengan job yang bermacam-macam.....Di ruang bayi ada 2 bidan 1 bidan melengkapi administrasi dan dokumentasi, 1 bidan sebagai pelaksana untuk BBL. Contoh saja kalau bayi 17 pasien pulang 10, masih ada rawat gabung, ada bimbingan juga tenaganya gak memungkinkan. (IT6;33)

..... Di ruang bayi ada 2 orang petugas dengan

jumlah bayi sedikit ataupun banyak tetap sama. Jumlah bayi yang dirawat pernah sampai 26 bayi, paling sedikit ya kira-kira 10 orang bayi, (IT7;27)

Kalau ibunya sudah mandiri ditinggal juga ndak apa2, tapi kan maksudnya tidak mendampingi terus menerus, mungkin itu caranya ibunya gendong duluan, kalau ibunya butuh apa2 memanggil susternya dengan memencet tombol kringggg. Jadi ya gak masalah lah mbak (IT10;48)

ya kayake ya kurang ya, kadang kan orange ada yang 2 ada yang 3 tapi kalo bayinya banyak ya kayake kurang ya bu, hehe (IU2;35)

Dari kutipan diatas dapat diketahui bahwa sebagian besar pelaksana menyatakan tenaga yang ada tidak memenuhi untuk pelaksanaan program PMK, mereka masih beranggapan bahwa kalau PMK dilakukan butuh pemantauan yang terus menerus sehingga tidak dapat melakukan aktifitas yang lain. Di sisi lain tugas pelaksana dalam menjalankan job yang telah ditetapkan cukup banyak, dengan demikian apabila PMK dilaksanakan secara penuh maka memerlukan tenaga tambahan agar implementasinya dapat lebih optimal.

Sumber daya manusia (SDM) merupakan variabel yang paling penting. Keberadaannya dapat mempengaruhi keberhasilan dan kegagalan implementasi. Kecukupan secara kuantitas dan kualitas pelaksana PMK harus dapat memenuhi seluruh kelompok sasaran. Jumlah SDM belum tentu bergerak positif bagi implementasi, hal ini karena kurangnya keahlian yang dimiliki. Namun apabila ada kekurangan SDM akan menimbulkan masalah pada efektifitas implementasi PMK. Dilihat dari tenaga yang diperlukan dalam implementasi PMK diketahui memang harus ada dokter spesialis anak, atau dokter umum terlatih, ada bidan, ada perawat, dan juga ada ibu atau keluarga terlatih. Apabila dalam pelaksanaannya bidan maupun perawat yang ada secara jumlah belum memenuhi dan sekalipun sudah memenuhi akan tetapi job yang ada belum diatur secara tersendiri untuk pelaksanaan PMK, maka hal tersebut akan berpengaruh terhadap keoptimalan implementasi yang dijalankan.⁵⁻⁷

Kalau memang tenaga terbatas tentunya dapat disikapi dengan pembagian

job yang jelas sehingga dapat lebih terpantau siapa yang akan menjalankan job tersebut, selain itu perlu juga ada pelatihan khusus sehingga yang akan melaksanakan juga sudah memiliki kemampuan dan memahami apa yang harus dilakukan apabila ada kendala dalam implementasi PMK. Dari hasil wawancara mendalam diketahui bahwa dokter spesialis anak sudah ada 2 orang yang mengikuti pelatihan, sementara yang lain dari bidan maupun perawat belum ada. Hal ini juga menjadi salah satu penyebab khusus kurang optimalnya implementasi PMK karena pelaksana belum mendapat pelatihan tentang PMK. Hal ini dapat diketahui dari beberapa jawaban dalam kutipan berikut:

Kotak 2: Kegiatan Pelatihan PMK

Belum pernah, kalau khusus PMK. Saya yang sudah ikut adalah manajemen BBLR (IT3;39)

Belum pernah mengikuti, sudah pernah minta ada pelatihan atau seminar tapi memang sampai saat ini belum ada tentang PMK, dan kami belum mendapat kesempatan. (IT6;33)

Belum, belum semua. Biasanya yang diutus pelatihan yang senior-senior (yang tua-tua) (IT7;27)

Berdasarkan hasil analisis diatas diketahui bahwa pemahaman sebagian besar pelaksana masih belum maksimal karena keterbatasan informasi, pengetahuan dan keterampilan yang diterima, hal itu juga yang mempengaruhi implementasi PMK belum maksimal karena petugas yang melakukan tentunya butuh keterampilan atau pelatihan khusus. Dengan demikian, sumber daya manusia dalam implementasi kebijakan disamping harus cukup, juga memiliki keahlian dan kemampuan untuk melaksanakan tugas, anjuran, perintah dari atasan atau pimpinan. Oleh karena itu, harus diperhatikan benar ketepatan sumber daya manusia, jumlah SDM yang dibutuhkan dan keahlian yang dimiliki disesuaikan dengan tugas pekerjaan yang ditanganinya.⁷

SDM yang mempunyai keterampilan memadai dan jumlah yang cukup merupakan salah satu bagian dari implementasi. Semakin teknis kebijakan yang dilaksanakan dan semakin besar keahlian yang dibutuhkan dari pelaksana, maka semakin besar pula kekurangan

personil yang mempunyai keterampilan yang memadai dan hal ini akan menghambat pelaksanaan kebijakan. Kekurangan staf yang terampil merupakan masalah utama dalam program-program baru yang membutuhkan keahlian. Ruang lingkup dalam staf ini meliputi tingkat pendidikan, tingkat pemahaman terhadap tujuan, dan kemampuan menyampaikan program dan mengarahkan.^{4, 6, 7, 13, 14,}

2. Dana/anggaran

Berdasarkan hasil wawancara dengan satu informan diketahui bahwa tidak ada anggaran khusus yang digunakan pada program PMK. Sementara informan yang lain menyatakan bahwa ada anggaran yang bisa digunakan, pasti setiap program dianggarkan tergantung skala prioritasnya juga. Hal tersebut dapat diketahui dari kutipan berikut:

Kotak 3: Dana pelaksanaan program dan insentif

Kalau dana untuk untuk program si sebenarnya ada mbak ya, masa gak dianggarkan, Cuma persisnya saya gak tau. (IT1;42)

Kalau dana harusnya ya ada, Cuma berapanya saya gak tau mbak, tapi sebenarnya untuk program tiap tahun ada..... (IT2;44)

Tidak ada, kalau dana untuk program? Belum ada, masih menggunakan ruangan yang ada..... (IT3;39)

..... Cuma kalau program tentu ada dananya, tapi kita tidak tau karena kalau kita mengajukan program tentunya dari atas yang menentukan disetujui atau tidak, sehingga berapa anggarannya yang digunakan kita juga belum tau karena program RS banyak, tentunya mana yang jadi prioritas. (IT6;33)

Program memang diajukan kekita dari masing-masing ruangan ya nanti dipilih mana yang kira-kira diperlukan dan jadi prioritas itu yang kita masukkan sehingga bisa dianggarkan. (IT9;43)

Dana tentunya ada untuk setiap program, pasti dianggarkan kalau memang itu ada dalam programnya, tapi tentunya kan itu ditinjau mana yang harus diselesaikan dulu, anggaran kita juga harus sesuaikan kebutuhan, untuk pelatihan juga ada. (IT10;48)

Hasil wawancara mendalam diatas diketahui bahwa sebenarnya dana untuk setiap program ada akan tetapi ditinjau kembali prioritas dari program yang ada. Apabila program tersebut dianggap sebagai sesuatu yang prioritas maka tentunya program disetujui dan akan dianggarkan dananya. Dari sisi pelaksana program sudah mengajukan program PMK kedalam anggaran RS akan tetapi pelaksana sendiri tidak mengetahui berapa besar anggaran yang disediakan untuk program tersebut.

Sumber daya lain yang mempengaruhi efektifitas pelaksanaan kebijakan adalah anggaran untuk membiayai pelaksanaan kebijakan. Anggaran adalah kecukupan modal investasi sebuah kebijakan yang berfungsi menjamin kelangsungan kebijakan tersebut. Tanpa dukungan anggaran yang memadai, kebijakan tidak dapat berjalan efektif dalam mencapai tujuan dan sasaran. Terbatasnya anggaran yang tersedia menyebabkan rendahnya kualitas pelayanan. Kondisi ini menyebabkan para pelaksana tidak dapat melaksanakan tugas dan fungsinya secara optimal, hal ini bisa karena insentif yang mereka terima tidak sesuai dengan harapannya, sehingga disposisi dalam pelaksanaan program tidak terlalu maksimal.⁷

Dilihat dari analisis diatas diketahui bahwa anggaran yang ada memang belum transparan bagi pelaksana program, sehingga pelaksana juga kurang mengetahui ada tidaknya anggaran yang digunakan untuk membiayai program yang PMK. Anggaran yang ada juga harus dilihat lagi sesuai prioritas kegiatan, apabila ada kebutuhan yang lebih prioritas tentunya anggaran tersebut akan digunakan untuk program lain yang lebih prioritas. Jadi dapat dikatakan secara keberlanjutan program tersebut belum tentu selalu ada dananya, dilihat lagi prioritasnya dengan program yang lain. Jika dana tidak ada tentunya program tidak bisa berjalan dengan optimal, dana untuk program PMK diperlukan untuk meningkatkan kualitas pelaksana program dan tentunya juga untuk pengadaan sarana yang diperlukan sehingga implementasinya dapat lebih optimal.

3. Sarana Prasarana

Berdasarkan hasil observasi, dapat diketahui bahwa sarana prasarana yang digunakan untuk perawatan metode kanguru memang belum ada ruangan khusus yang disediakan untuk PMK, ruangan yang ada adalah ruang pojok ASI, ruang perinatologi, ruang nifas dan ruang bersalin yang jaraknya berdekatan dan berada dalam 1 gedung yang sama. Dikethui juga di ruangan yang ada tersebut belum ada ruangan khusus yang digunakan untuk pelaksanaan PMK, ruang pojok ASI yang ada digunakan untu penyampaian informasi dan mengajari ibu melakukan PMK sebelum pulang.

Untuk peralatan yang digunakan dalam perawatan metode kanguru sebagian besar ada dan layak untuk digunakan, hanya saja belum ada form pendokumentasian pelaksanaan tindakan khusus PMK, kurve pemantauan bayi dengan BBLR dan baju kanguru yang terbatas jumlahnya karena hanya digunakan pada saat pendidikan kesehatan sebelum pasien pulang. Dalam pendidikan kesehatan yang dilakukan belum semua ditunjang dengan media KIE sehingga ibu/keluarga yang menerima informasi menjadi kurang jelas. Dari 3 informan utama diketahui 2 orang menyampaikan ada media yang digunakan sedangkan 1 orang menyampaikan tidak menggunakan media. Dalam hal ini sarana pemberian informasi atau media yang ada belum digunakan sepenuhnya oleh semua pelaksana. Hal ini dapat diketahui dari kutipan sebagai berikut:

Kotak 4: Media Penyampaian Informasi

Ya jelas si, tapi ya gak begitu jelas juga, (kenapa kok gak jelas bu?) ya saat itu menjelaskannya disambi bu, disambi dengan mengerjakan pekerjaan yang lain, sambil nulis-nulis apa gitu. (apakah pakai gambar atau alat yang dipakai untuk menjelaskan bu?) gak pakai, hanya bicara saja (IU2;35)

Waktu itu dipraktekan susternya pakai boneka, dipraktekan susternya tapi saya belum pernah mencoba. (IU3;35)

Ada boneka, baju, ada lembar yang ada gambar-gambare tapi gak jelas, ada dr. Wahyu datang jadine keputus, (apakah tidak dijelaskan lagi bu?) dijelaskan lagi, masuk lagi tanya anak saya kalau

menyusui gimana caranya. (bagaimana menurut ibu, apakah jelas?) nek menurut aku yo tambah bingung mbak, (IU4;39)

Ya sebenarnya pernah memberikan DVD yang berisi cara perawatan metode kanguru ke mereka, e ke bu kurnia waktu itu mungkin bisa dipakai karena juga ada tv, tapi katanya e anu dok, ini belum bisa dilihat karena DVD playernya rusak trus saya juga gak tau akhirnya gimana (IT1;42)

Terbatasnya fasilitas dan peralatan dalam pelaksanaan kebijakan menyebabkan kegagalan implementasi. Hal ini dikarenakan dengan terbatasnya fasilitas apalagi yang sudah usang, terutama ketertinggalan dalam teknologi informasi sulit untuk mendapatkan informasi yang akurat, tepat, handal dan dapat dipercaya sehingga akan merugikan pelaksanaan akuntabilitas. Terbatasnya fasilitas yang tersedia menyebabkan tidak efisien implementasi dan dapat menurunkan motivasi para pelaksana dalam implementasi kebijakan.⁷

Dari hasil observasi memang untuk sarana penunjang program yang ada di RS Mardi Rahayu yang menjadi kendala paling utama adalah ruang khusus untuk PMK. Apabila PMK ditempatkan pada ruang yang ada belum semua tempat nyaman untuk ditempati ibu, sehingga ada ibu yang merasa malu kalau sampai PMK dilakukan di ruang perawatan karena ada banyak orang yang ada dirungan. Hal tersebut dapat diketahui dari kutipan berikut ini:

Kotak 5: Sarana Prasarana PMK

Kalau sarana untuk tempat tidur ini gak nyaman, karena lari terus, gak ada ganjelnya. Kalau yang lain si gak apa-apa sudah baik. (IU3;35)

Aku nek ngarani yo lumayan mbak, tapi nek neng kene yo isin ah mbah, yo kurang etis nek menurutku (IU4;39)

untuk tempat aja nggak ada tempat khusus hanya pojok ASI itu yang bisa dipakai (IT1;42)

Tapi kita sendiri disini belum ada ruangan yang bisa dipakai khusus PMK, jadi ya susah. Kalau pakai pojok asi ya kurang nyaman, yang bisa mungkin kelas utama, karena ada 1 ruang tersendiri. (IT2;44)

Semua sepertinya ada, kalau dari sisi kecukupan cukup., hanya kalau dari sisi ruangan kita belum ada ruangan tersendiri, masih pakai

ruangan yang ada (IT3;39)

Kalau yang sehari full tidak bisa, karena ibu tidak menunggui dan tidak ada bangsal khusus, ruangan khusus ya untuk PMK (IT4;34)

Itu yang masih sulit, kondisi bangunan untuk yang itu butuh bangunan sendiri, sementara untuk RS sendiri sudah ada perencanaan kedepan untuk ruang bersalin, master plannya sudah ada, Kalau peralatan yang lain si sebenarnya sudah ada dan bisa dipakai, saya rasa kok cukup ya, kalau untuk baju kanguru memang kami hanya menyediakan untuk penkes saja belum bisa menyediakan dalam jumlah banyak. (IT6;33)

Kalau ruang khusus mungkin nanti waktu pengembagan kedepan bisa coba dialokasikan. Tapi kalau yang lain kayake ada dan cukup mbak. (IT9;43)

Alatnya apa ya mbak? Kayake ada ya. Yang gak ada apa ya. mungkin pas ibunya pas bangun keliatan udo, itu kelas 3 kan ada kordenya, kalau ndak salah itu posisinya ibunya harus setengah duduk, jadi posisi bed'nya bisa disesuaikan, kalau yang kelas 3 kan tidak bisa disetting bed biasa,. itu bisa disiasati untuk ibu yang sc, (IT10;48)

Hasil analisis diatas diketahui bahwa kurang optimalnya implementasi program PMK dilihat dari sisi sumber daya disebabkan oleh sumber daya manusia dalam hal ini pelaksana program belum semua memiliki pengetahuan dan keterampilan tentang PMK, sehingga pemahaman dalam mengimplementasikan PMK juga masih kurang, selain itu tingginya job yang ada dan jumlah bidan maupun perawat yang ada diruangan belum proporsional dengan jumlah pasien yang ada. Penyebab yang lain dari sisi dana belum ada anggaran khusus yang disediakan untuk PMK dan masih melihat sisi prioritas program yang lain. Dari sisi sarana-prasana penunjang belum ada ruangan khusus yang disiapkan untuk PMK sehingga mengurangi kenyamanan pasien yang akibatnya menyebabkan banyak kendala dalam mengimplementasikannya. Dengan demikian masalah sumber daya baik SDM, dana maupun sarana prasarana penunjang pelaksanaan PMK mengakibatkan kurang optimalnya kualitas pelayanan yang diberikan.

Kesimpulan

Secara keseluruhan dapat diketahui bahwa implementasi program perawatan metode kanguru di RS Mardi Rahayu Kudus belum berjalan dengan optimal. Hal ini disebabkan dari faktor penyelenggara program sendiri belum melakukan sosialisasi program PMK sebagai bentuk komunikasi yang harus disampaikan sehingga dapat terlihat bahwa belum ada kejelasan, konsistensi maupun transmisi informasi tentang PMK. Hal ini juga dilatar belakangi karena sumber daya yang diperlukan khususnya SDM terlatih yang mempunyai pengetahuan dan keterampilan tentang PMK belum banyak. Kurangnya kompetensi ini juga yang berakibat pada kurang maksimalnya SOP yang telah disusun sehingga harus disesuaikan dan direvisi kembali. Dari hal ini akhirnya membawa pengaruh juga terhadap sikap pelaksana program yang kurang mendukung sepenuhnya program PMK ini karena belum adanya sosialisasi SOP maupun konsistensi perintah dan informasi.

Ketersediaan sumber daya diketahui bahwa SDM yang ada belum banyak yang mengikuti pelatihan, jumlah SDM belum mencukupi dengan banyaknya job yang ada, dana yang diperlukan tidak selalu ada dalam pelaksanaan program karena tergantung prioritas program lainnya, sarana prasarana penunjang pelaksanaan PMK belum semua ada terutama ruang khusus untuk PMK walaupun ada beberapa ruangan perawatan yang berdekatan. Hal ini mengakibatkan kurang optimalnya kualitas pelayanan PMK yang diberikan.

Daftar Pustaka

1. Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI. *Pedoman Pelayanan Kesehatan Bayi Berat lahir rendah (BBLR) dengan Perawatan Metode Kanguru di Rumah Sakit dan jejaringnya*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2009.
2. Departemen of Reproductive Health and Research. *Kangaroo Mother Care a Practical Guide*. Geneva: WHO; 2003
3. Bailey, SD. *Kangaroo Mother Care*. *British Journal of Hospital Medicine*. May 2012; vol 73; no.5; 278-81.
4. Indiahono, Dwiyanto. *Kebijakan Publik Berbasis Dynamic Policy Analisis*. 1 ed. Yogyakarta: Gaya Media; 2009.

5. Subarsono, AG. Analisis Kebijakan Publik Konsep, Teori dan Aplikasi. Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2012.
6. Winarno, Budi. Kebijakan Publik: Teori dan Proses. Yogyakarta: MedPress; 2008.
7. Widodo, J. Analisis kebijakan Publik. Konsep dan Aplikasi Analisis Proses kebijakan Publik. Malang: Bayu Media; 2009.
8. Bergh. A-M and Pattinson. RC. Development Of A Conceptual Tool For The Implementation Of Kangaroo Mother Care. Acta Paediatrica. 2003; 92; 709-14.
9. Moleong, Lexy J. Metodologi Penelitian Kualitatif. Bandung: PT Remaja Rosdakarya; 2010.
10. Afifudin, Saebani. Metodologi Penelitian Kualitatif. Bandung: CV Pustaka Setia; 2012.
11. Creswell, JW. Research Design Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif, dan Mixed. Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2010.
12. Saryono dan Anggraeni, MD. Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Bidang Kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medika; 2010.
13. Nugroho, Riant. Public Policy Teori Kebijakan Analisis Kebijakan Proses Kebijakan Perumusan, Implementasi, Revisi Risk Management dalam Kebijakan Publik Kebijakan Sebagai The Fifth Estate Metode Penelitian Kebijakan. Jakarta: PT. Gramedia; 2008.
14. Winarno, Budi. Kebijakan Publik: Teori, Proses, dan Studi Kasus. 1 ed. Yogyakarta: C A P S; 2012.