



Buletin perinasia

menuju persalinan aman dan bayi baru lahir sehat

PERANGKO BERLANGGANAN
NO. 06/PRKB/JKTL/WILPOSIV/2010

Tahun XVII, Nomor 1, Edisi Jan-Mei 2010

ANALISIS EPIDEMIOLOGIS UPAYA KESEHATAN MATERNAL NEONATAL DI INDONESIA DALAM PENCAPAIAN TARGET MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS (MDGs) 2015

Oleh : DR. Dr. Effek Alamsyah, SpA, MPH (Ketua I PP Perinasia)

LATAR BELAKANG

Kesehatan Maternal dan Neonatal tidak dapat dipisahkan oleh karena saling terkait. Ibu hamil dan melahirkan yang sehat akan melahirkan bayi-bayi yang sehat pula. Ibu yang hamil dan melahirkan yang berisiko, menderita penyakit tertentu, bila tidak diantisipasi sedini mungkin untuk disembuhkan, bayi yang dikandungnya tidak akan bertumbuh dengan baik dan lahir dalam keadaan berisiko-tinggi untuk menderita sakit bahkan meninggal. Oleh karena itu, di banyak negara di dunia ini Kesehatan Maternal Neonatal adalah salah satu prioritas upaya pelayanan kesehatan. Bayi yang sehat akan dapat bertumbuh dan berkembang secara normal, sehat baik fisik, mental, inteligensia dan spiritual menjadi manusia yang berkualitas untuk meningkatkan kesejahteraan hidupnya, keluarganya dan masyarakat di sekitarnya.

Kesehatan maternal neonatal di negara-negara tertentu, Angka Kesakitan dan Kematian Ibu, juga Angka Kesakitan dan Kematian Bayi dan Bayi Baru lahir (Neonatal) cukup tinggi (MMR, IMR, NMR) terutama di Sahara Afrika dan beberapa negara Asia termasuk Indonesia. Hal ini oleh karena faktor penyebab tak langsung dan langsung yang mempengaruhi Kematian Ibu dan Kematian Bayi dan Neonatal tersebut.

Millenium Development Goals (MDGs)

1. Merupakan UN Millenium Declaration (2000) dihadiri oleh 189 Kepala Negara dan Pemerintahan dengan dihasilkannya **MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS** (Tujuan Pembangunan Milenium) yaitu: upaya-upaya terarah yang harus diusahakan oleh semua negara untuk meningkatkan kesejahteraan umat di dunia. Pada 2005 direvisi dengan target tertentu yang diusahakan tercapai pada 2015.
 - **MDG 1: To eradicate extreme poverty and hunger**
 - **MDG 2: To achieve universal primary education**
 - **MDG 3: To promote gender equality and empower women**
 - **MDG 4: To reduce child mortality**
 - **MDG 5: To improve maternal health**
 - **MDG 6: To combat HIV/AIDS, malaria, and other diseases**
 - **MDG 7: To ensure environmental sustainability**
 - **MDG 8: To develop a global partnership for development**

DAFTAR ISI

Analisis Epidemiologis Upaya Kesehatan Maternal Neonatal di Indonesia Dalam Pencapaian Target MDGs 2015	1
Surat Pembaca	4
Kalender Ilmiah	4
Berita Organisasi	4
Profil	6

REDAKSI

Penanggung jawab
Trijatmo Rachimhadhi

Pemimpin redaksi
Effek Alamsyah

Editor
Rulina Suradi

Redaktur pelaksana
Sari Handayani
Hesti K.P. Tobing

Sekretariat
Eka Susanti
Bedjo Sardjono
Andreas Supartono
Anjar Kristantoro

Alamat redaksi
Perkumpulan Perinatologi Indonesia
(PERINASIA)
Jl. Tebet Utara 1A/22 - Jakarta 12820
Telp. (021) 8281243, 83794513
Fax. (021) 8281243
E-mail: perinasi@centrin.net.id

ISSN: 0215 – 9422

TERBIT SETIAP 3 BULAN



2. **MDGs 4 dan 5** berhubungan erat dengan **kesehatan ibu dan anak**, tetapi tidak dapat dipisahkan dengan MDGs 1, 2, 3, 6, 7 dan 8 yang dapat mempengaruhi MDGs 4 dan 5.

3. **Indikator dan Target MDGs 4 dan 5 pada 2015**

- **MDGs 4:** Menurunnya Angka Kematian Neonatal (NMR), Angka Kematian Bayi (IMR) dan Angka Kematian Anak Balita (U5MR), dengan target menurunnya Angka Kematian Bayi (IMR) menjadi 2/3 pada 2015 dan cakupan imunisasi Campak.
- **MDGs 5:** Menurunnya MMR, dengan target menurunkan MMR menjadi 3/4 pada 2015, meningkatnya proporsi kelahiran yang dibantu Tenaga Kesehatan (Nakes) dan melakukan akses pelayanan yang lebih luas untuk Kesehatan Reproduksi.

Data-data Epidemiologis beberapa faktor yang berpengaruh terhadap Kesehatan Maternal Neonatal di Indonesia.

1. **Populasi**

Diantara Negara Asean, Indonesia merupakan Negara dengan jumlah penduduk terbanyak: **228.523.342 jiwa**, sedangkan diantara Negara SEARO, Indonesia merupakan Negara ke-2 setelah India. Penyebaran penduduk tidak merata, kepadatan berada di Jawa dan Sumatera. Perempuan usia reproduktif (umur 15 tahun sampai dengan 35 tahun) menempati proporsi lebih dari 35%.

2. **Jumlah rakyat miskin**

2006	39,3 juta	(17,8%)
2007	37,2 juta	(16,6%)

63,47 % rakyat miskin berada di pedesaan

(BPS : 2008)

3. **Pendapatan Nasional Bruto**

Pada 2007 PNB Indonesia adalah \$ 3580 (di daerah tertinggal diperkirakan sekitar \$2000) merupakan urutan ke 6 setelah Brunai Darussalam, Singapura, Malaysia Thailand dan Filipina. Pembiayaan berobat untuk rakyat miskin sudah disediakan oleh pemerintah, tetapi belum memadai. Jaminan kesehatan oleh Askes, Jamsostek dan perusahaan – perusahaan Asuransi sudah mulai berjalan, walaupun masih banyak kendala.

4. **Pendidikan**

Jumlah penduduk umur 15 sampai 45 tahun pada tahun **2007 yang buta huruf : 2,96%** dan menurun **1,94% pada 2009**. Penduduk buta huruf tertinggi di Papua, Nusa Tenggara Barat dan Sulawesi Barat dan terendah adalah di Jakarta, Sulawesi Utara dan Riau.

5. **Upaya Mencari Pengobatan**

Secara nasional hanya **44,73% yang berobat ke fasilitas kesehatan, sedangkan 65,59% berobat dengan mengobati diri sendiri**. Paling banyak menggunakan fasilitas kesehatan adalah Bali, Sumatera Barat dan DKI Jakarta, sedangkan yang terendah adalah Sulawesi Tenggara, Kalimantan Tengah dan Maluku.

Tempat mencari pengobatan adalah Puskesmas (35,5%), Dokter (30,11%), Petugas Kesehatan (28,82%) dan Rumah Sakit (8,71%).

Dengan keadaan demikian kita melihat kesadaran masyarakat untuk berobat ke fasilitas kesehatan masih rendah dan rujukan ke Rumah sakit juga masih rendah.

6. **Institusi Pelayanan**

Jumlah Puskesmas	2005	2006	2007	2008
Dengan fasilitas Perawatan		5518	5551	6110
Tanpa fasilitas Perawatan		2497	2683	2438
Jumlah Rumah Sakit	2005	2006	2007	2008-2009
	1268	1292	1319	1320

Diperkirakan jumlah puskesmas dan rumah sakit masih kurang terutama rumah sakit di Provinsi, Kabupaten dan Kota tertentu.

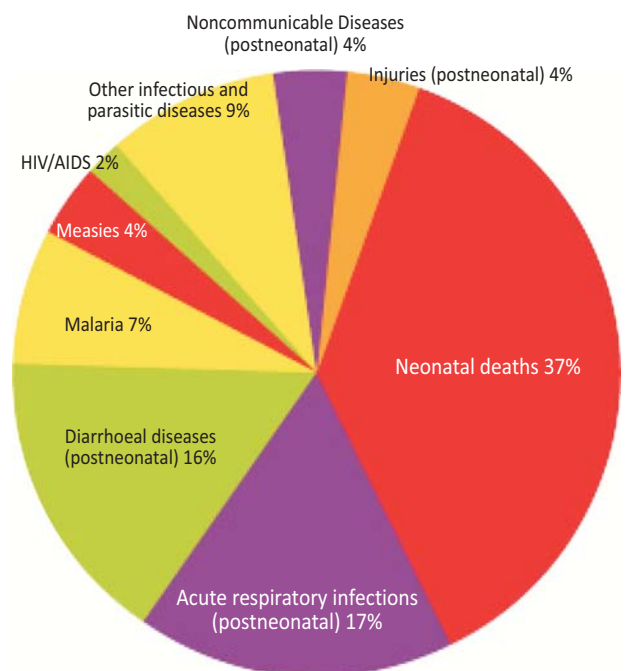
Akses ke pelayanan masih bermasalah, dilain pihak fungsi dan kualitas rumah sakit sebagai rujukan masih belum optimal baik SDM yang kompeten maupun fasilitasnya.

Untuk membina kualitas RS, Kemenkes telah melakukan pembinaan dan akreditasi RS, namun sampai dengan 2009 hanya 41,33% RS yang telah diakreditasi.

Data-data dan Indikator Kesehatan Maternal Neonatal (Maternal Newborn Health , MNH)

Bayi Baru Lahir dan Bayi (BBL, Newborn)) dan Bayi (Infant)

Penyebab Kematian Bayi : 37% disebabkan oleh kematian bayi baru Lahir (Neonatal), kemudian berturut-turut Infeksi Saluran Nafas Akut postneonatal (17%), penyakit diare (16%), Infeksi lain dan Parasit (9%), Malaria (7%), Penyakit tidak menular postneonatal, Trauma postneonatal dan Campak masing-masing 4% dan HIV AID 2%. Sedangkan Kematian Bayi Baru Lahir sampai dengan umur 28 hari (neonatal) disebabkan oleh Asfiksia, Penyakit Distres Pernafasan, Penyakit Infeksi, Hipotermia, BBLR, Sepsis, penyakit Metabolik dan cacat bawaan (*congenital*).



Angka Kematian Bayi

ESTIMASI ANGKA KEMATIAN BAYI PER 1000 KELAHIRAN HIDUP DI INDONESIA TAHUN 1997-2007



Sumber: BPS Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007

Dalam gambar ini kita melihat bahwa Angka Kematian Bayi (AKB) 10 tahun yang lalu 1997: 40/1000, baru menurun sedikit pada kurun waktu 2002-2003 (5 tahun kemudian) hanya turun menjadi 35/1000 dan pada 2007 hanya turun 1/1000 menjadi 34/1000.

(Target MDGs 2015) harus menurun menjadi 2/3 dari tahun 2010)

Terdapat disparitas/perbedaan AKB antar provinsi, terendah pada provinsi DI Yogyakarta, Jawa Tengah, Kalimantan Timur dan Tengah (<30/1000). Tertinggi di Nusa Tenggara Barat dan Timur, Maluku, Kalimantan Selatan dan Sulawesi Barat (>49/1000).

Dibandingkan dengan negara-negara lain Angka Kematian Bayi Baru Lahir (NMRs) di Indonesia cukup tinggi (5-29/1000) dibandingkan dengan Amerika, Eropa, Rusia, Australia, Negara Arab dan Mesir, Malaysia dan Thailand.

Angka Kematian Ibu (AKI, MMR)

ANGKA KEMATIAN IBU (PER 100.000 KELAHIRAN HIDUP) DI INDONESIA TAHUN 1994-2007



Sumber: Badan Pusat Statistik, 2008

Dibandingkan dengan tahun 2002 : 307/100000, AKI turun pada tahun 2007 : 228/100000. AKI juga memperlihatkan disparitas antar Provinsi, Kabupaten dan Kota. Jumlah Kematian Maternal di RS pada tahun 2008 meningkat menjadi 505 Orang jika dibandingkan dengan jumlah kematian pada 2007: 170 Orang dan 2006: 237 orang, sedangkan jumlah lahir hidup hampir sama, sekitar 138.000.

Penderita penyakit yang berhubungan dengan Perinatal yang dirawat di Rumah Sakit pada 2008, menempati nomor urut 3, setelah Penyakit Sirkulasi Pembuluh Darah dan Penyakit Saraf.

Penyebab kematian maternal disebabkan oleh faktor-faktor risiko antenatal, waktu proses persalinan dan postnatal dan pada masa nifas terutama perdarahan oleh karena abortus, perdarahan antenatal, intrapartum dan postpartum, penyakit yang merupakan penyulit pada masa antenatal, waktu partus dan nifas, penyakit hipertensi dan eklampsia, infeksi dan sepsis.

(Target MGDs AKI turun 3/4 pada 2015)

PERAN PERINASIA

Sejak beberapa tahun lalu, Perinasia tingkat pusat dan cabang bersama-sama melaksanakan program dengan mengadakan pelatihan bagi bidan, perawat, dokter dan dokter spesialis yang bertujuan untuk meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan sehingga mampu berperan untuk mengurangi AKB dan AKI yaitu:

Resusitasi Neonatus, Manajemen Laktasi, Metode Kanguru, Penanganan BBLR, dan Kesehatan Reproduksi Remaja.

Disamping itu, melaksanakan Seminar tentang Infeksi pada Bayi dan Penanganan terpadu ibu dan bayi yang menderita HIV AIDS dll.

Diakui, peserta pelatihan dan seminar tersebut cukup banyak peminatnya namun banyak peserta dari perkotaan dan propinsi tertentu dan belum menjangkau tenaga medis di propinsi dan kabupaten yang AKB dan AKI tinggi, seperti di Papua dan beberapa propinsi tertentu di Sulawesi

HAMBATAN DALAM PENCAPAIAN MDGS 2015

UNDP dan Bappenas pada tahun 2008 melaporkan bahwa target MDGs Indonesia cukup berhasil dan yang penting adalah upaya bersama pemerintah, swasta dan masyarakat untuk memperbaiki kondisi rakyat kita sehingga dari waktu ke waktu kita dapat mencapai perbaikan.

Pada tanggal 16 dan 17 Februari 2010 lalu atas inisiatif Menkokesra dilakukan "LOKAKARYA NASIONAL DALAM PENCAPAIAN TUJUAN PEMBANGUNAN MILENIUM MDG's 2015".

Lokakarya tsb mengundang organisasi profesi bidang kesehatan seperti: IDI, IDAI, POGI, IBI, PPNI, IAKMI, LSM Kesehatan dan Keluarga Berencana, Perkumpulan Perinatologi Indonesia (Perinasia) sebagai peserta dan juga Pelaksana.

Paparan tentang perencanaan program dan implementasi untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak dalam rangka pencapaian MDGs 2015 di sampaikan oleh yang mewakili Menkokesra, Menkes, Bapennas dan Kepala BKKBN.

Organisasi profesi kesehatan menyampaikan program yang telah dilaksanakan dan yang akan datang dalam rangka menurunkan AKI, AKB dan program lainnya untuk membantu pemerintah.

Hasil dari lokakarya tsb, kelompok organisasi profesi dan seminar telah bersepakat:

- Menggalang komitmen untuk berkoordinasi, bersinergi dalam pencapaian MDGs, khususnya 4 dan 5 baik secara langsung maupun tidak langsung, antara lain dengan program fokus di propinsi atau kabupaten/kota terpilih yang disepakati sebagai daerah uji coba.**

- b) *Meningkatkan kerjasama antar profesi dan perkumpulan seminari dalam menyebarkan informasi terkait MDGs 4 dan 5 kepada masyarakat maupun masing-masing organisasi.*
- c) *Meningkatkan peran dalam advokasi maupun koreksi, kajian atas kebijakan publik (eksekutif, legislatif dan non pemerintah) terkait upaya pencapaian MDGs 4 dan 5 di berbagai tingkat administrasi pemerintahan secara berkelanjutan.*
- d) *Meningkatkan pembinaan kepada anggota organisasi profesi maupun seminari dalam hal profesionalisme, etika dan nilai altruisme.*
- e) *Meningkatkan peran organisasi profesi dalam pemantauan dan evaluasi pencapaian MDGs 4 dan 5 serta upaya lain terkait oleh pemerintah.*
- f) *Memfasilitasi terjadinya kemitraan (sparing partner) antara institusi pendidikan tinggi kesehatan dengan Dinas Kesehatan Propinsi (kabupaten terpilih) dalam pemecahan masalah kesehatan termasuk pencapaian MDGs 4 dan 5.*

Rekomendasi telah disusun ditujukan kepada Kepala Negara/ Presiden RI, DPR RI (Komisi IX), Menteri Koordinator Kesejahteraan Rakyat, Menteri Kesehatan, Kepala BKKBN, Menteri Dalam Negeri, Menteri Pendidikan Nasional, dan Menteri Keuangan. Rekomendasi yang telah disusun diharapkan akan membantu memperbaiki keadaan sehingga target MDGs 2015 dapat tercapai, minimal akan mengurangi AKB, AKBa, AKI dapat turun secara bertahap dan signifikan. *(Pembaca yang ingin mendapatkan hasil lokakarya secara lengkap, dapat menghubungi Sekretariat PERINASIA)*

Surat dari Redaksi.....

Saya ingin menyampaikan pengalaman saya mengikuti suatu seminar yang dilaksanakan oleh IDAI Jaya dengan sponsor sufor untuk memperkenalkan Neocate susu untuk bayi dengan alergi susu sapi. Harga susunya lebih dari Rp.500.000 per kaleng 400 gram. Memang penyakit alergi susu sapi (Cow's milk protein allergy) sudah mulai meningkat angka kejadiannya dan ini adalah ulah kita sendiri dengan memberikan susu formula bagi bayi dan susu pada ibu hamil dan menyusui. Ibu hamil yang minum susu sapi akan membentuk antibodi terhadap susu sapi yang akan melalui placenta ke bayi sehingga bayi baru lahir sudah mengandung antibodi terhadap protein susu sapi. Begitu bayi mendapat susu formula akan terjadi reaksi antigen –antibodi yang pernah saya lihat berupa perdarahan pada bayi. Bayi yang ibunya sudah disensitisasi walaupun kemudian minum ASI namun ibunya masih minum susu sapi akan dapat juga memperlihatkan reaksi alergi tersebut. Sebenarnya kalau ibu hamil dan menyusui tidak diberikan susu sapi dan bayi mendapat ASI saja, kejadian alergi susu sapi akan sangat berkurang. Bukankah pola makan yang sehat adalah bukan lagi 4 sehat 5 sempurna yang 5 nya adalah susu tetapi makanan seimbang dan proteinnya tidak perlu susu. *(Rulina Suradi)*

Mohon komentar pembaca.....

KALENDER ILMIAH

PELATIHAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA (KRR)

- 30-31 Oktober 2010 di Jakarta

PELATIHAN KONSELING K. R. R.

- 6-7 Nopember 2010 di Jakarta

PELATIHAN PERAWATAN METODE KANGURU (PMK)

- 26-28 Juni 2010 di Jakarta • 7-9 Agustus 2010 di Jakarta
- 23-25 Oktober 2010 di Jakarta • 18-20 Des. 2010 di Jakarta

PELATIHAN PENATALAKSANAAN BBLR UNTUK YANKES LEVEL I-II

- 2-3 Oktober 2010 di Bandar Lampung

PELATIHAN MANAJEMEN LAKTASI (PML)

- 10-11 Juli 2010 di Jakarta • 1-2 Agustus 2010 di Yogyakarta
- 16-17 Okt 2010 di Jakarta

PELATIHAN KONSELING MENYUSUI

- 5-9 Juli 2010 di Jakarta • 4-8 Okt 2010 di Jakarta
- 6-10 Des 2010 di Jakarta

PELATIHAN RESUSITASI NEONATUS (PRN)

- 3-4 Juli 2010 di Bandung • 5-6 Juli 2010 di Jakarta (PRA PIT POGI XVIII) • 24-25 Juli 2010 di Jakarta • 31 Juli – 1 Agt 2010 di Semarang • 7-8 Agustus 2010 di Bekasi

BERITA ORGANISASI

Beberapa Cabang Perinasia telah melakukan rapat organisasi untuk menyusun Kepengurusan Cabang periode 2010-2013. Berikut informasi dari beberapa Cabang yang sudah membentuk pengurus baru.

PERINASIA CABANG N.T.B.

Ketua	: dr. H. Agus Rusdy Hariawan Hamid, SpOG
Wakil Ketua	: dr. Artsini Manfaati, SpA
Sekretaris	: dr. Gede Made Punarbawa, SpOG
Bendahara	: dr. Ni Luh Kade Dewi Sangawati, SpA
Anggota	: dr. H. Tatang A. Hidayat, SpA Ni Nyoman Sudarmi, SST Gusti Ayu Kusumawati, Amd.Kep Siti Rahmawati, SST Nurmalasari, SST
Sekretariat	: SMF Anak RSUD Mataram Jl. Pejanggit no. 6 Mataram – NTB Talp/Fax: (0370) 631911

PERINASIA CABANG DKI JAKARTA

Ketua : dr. Achmad Mediana, SpOG
Wakil Ketua : dr. Lola Purnama Dewi, SpA
Sekretaris : dr. Kiki M.K. Samsi, SpA
Bendahara : dr. Regintha Bachtum
Wakil bendahara : Imami Nurrachma, SKp, SpA
Seksi Ilmiah : dr. Debbie Latupeirissa, SpA
dr. Eric Gultom, SpA
dr. Evelyn Phangkawira

Koord. Manajemen Laktasi : Hesti K.P. Tobing, SKM
Koord. Resusitasi Neonatus : dr. Eric Gultom, SpA
Koord. Metode Kanguru : dr. Regintha Bachtum
Koord. Kes. Repr. Remaja : dr. Agung Witjaksono, SpOG
Bd. Indra Supradewi

Koord. Litbang : Imami Nurrachma, SKp, SpA
Koord. Gawat Darurat & Bencana : dr. Agung Witjaksono, SpOG
dr. Kiki M.K. Samsi, SpA, MKes

Sekretariat : Ervina Savitri
Alamat : RSIA Kemang Medical Care
Jl. Ampera Raya no. 34 – Jakarta
Telp: (021) 27545454, 27545400

PERINASIA CABANG SUMATERA BARAT

Ketua : Prof. Dr. H. Djuar Sulin, SpOG(K)
Wakil Ketua : Dr. Hj. Mayetti, SpA(K), IBCLC
Sekretaris : Dr. Hj. Desmiwati, SpOG(K)
Wakil Sekretaris : Hj. Fatimah, SKM
Bendahara : Dr. Hj. Ermawati, SpOG(K)
Anggota Pengurus : Dr. Hj. Gustina Lubis, SpA(K)
Dr. Eka Agustia Rini, SpA(K)
Dr. H. Syahredi SA, SpOG(K)
Dr. Rusdi, SpA(K)
Dr. Hj. Yusrawati, SpOG(K)
Dr. Didik Haryanto, SpA(K)
Dr. Enny Yantri, SpA(K)
Dr. Rahmi Lestari

Koordinator Program :

1. Program Resusitasi Neonatus :

Koordinator : Dr. Didi Haryanto, SpA(K)
Wakil : Dr. Yoshida, SpOG

2. Program Manajemen Laktasi :

Koordinator : Dr. Rahmi Lestari
Wakil : Hj. Fatimah, SKM

3. Program Perawatan Metode Kanguru :

Koordinator : Dr. Eka Agustia Rini, SpOG(K)
Wakil : Hj. Osmiryetti, AMK

4. Program Penatalaksanaan BBLR :

Koordinator : Dr. Enny Yantri, SpA
Wakil : Sri Yanti Yanor, AMK

5. Program Kesehatan Reproduksi Remaja :

Koordinator : Dr. H. Syahredi SA, SpOG(K)
Wakil : Hj. Zulmaidar, Amd.Keb

6. Program Konseling Menyusui :

Koordinator : Dr. Hj. Gustina Lubis, SpA(K)
Wakil : Suryeni, AmdKeb

7. Program Pengendalian Infeksi Perinatal :

Koordinator : Dr. Hj. Yusrawati, SpOG(K)
Wakil : Dr. Almirah

8. Program Pengabdian Masyarakat :

Koordinator : Dr. Rusdi, SpA(K)
Wakil : Dr. H. Aladin, SpOG(K)

PERINASIA CABANG RIAU

Ketua : dr. Dewi A. Wisnumurti, Sp.A, IBCLC
Ketua I : dr. Ilya Viskhar, Sp. OG
Ketua II : dr. Indra Yanti, Sp.A
Sekretaris : dr. Nazardi Oyong, Sp.A
Sekretaris I : dr. Irma Aliawati
Bendahara I : dr. Yuliati, Sp.A
Bendahara II : dr. Neza Puspita, Sp. OG

Bidang Organisasi

Ketua : dr. Riza Iriani Nasution, Sp.A
Anggota : dr. Ismar, Sp.B., Sp.BA

Bidang Ilmiah dan Perencanaan Program

Ketua : dr. Donel Suhaimi, Sp. OG (K)
Anggota : dr. Rizalya Dewi, Sp.A, IBCLC

Bidang Pendidikan dan Pelatihan

Ketua : dr. Noviardi, Sp. OG
Anggota : dr. Zulfikri, Sp.A



Dr. Dewi A. Wisnumurti, SpA, IBCLC yang terpilih kembali sebagai Ketua Perinasia Cabang Riau 2010-2013 menyerahkan laporan kerja 2007-2010 kepada Ketua Umum Perinasia Pusat, dr. Trijatmo Rachimhadhi, SpOG(K)



Pengurus Cabang Riau usai dilantik oleh Ketua Umum Perinasia Pusat pada tanggal 15 Mei 2010 di Aula RSUD Arifin Achmad Pekanbaru



Gubernur Riau, Drs. H. Rusli Zainal bersama Direktur RSUD Arifin Achmad, Dra. Yulwiriati Moesa, Apt, Msi meninjau Pelatihan Resusitasi Neonatus usai acara Pelatihan Pengurus Cabang.

PELATIHAN MANAJEMEN LAKTASI ANGKATAN KE-100

Pelatihan Manajemen Laktasi yang diselenggarakan oleh Perinasia terus bergulir dan tanpa terasa telah sampai pada Angkatan ke-100, tepatnya pada tanggal 8-9 Mei 2010. Pelatihan saat itu dihadiri oleh 28 peserta dari berbagai profesi dan institusi. Prof. Dr. Rulina Suradi, SpA(K), IBCLC sebagai Koordinator Program Manajemen Laktasi menandai perayaan ini dengan acara tiup lilin dan potong kue.



Peserta Pelatihan Manajemen Laktasi Angkatan ke-100, Jakarta, 8-9 Juni 2010

PROFIL

Dua “RINI” berjuang membantu menyelamatkan BBLR

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi yang berat lahirnya kurang dari 2500 gram. BBLR mempunyai kecenderungan untuk sakit atau meninggal jauh lebih besar bila dibandingkan dengan bayi dengan berat lahir normal (berat sekitar 2500-4000 gram).

Penyebab BBLR adalah:

(1) Bayi lahir prematur atau bayi yang lahir sebelum usia kehamilan mencapai 37 minggu penuh atau kurang dari 259 hari dihitung dari hari pertama haid terakhir ibu. Oleh karena berat bayi berhubungan dengan usia kehamilan, maka bayi yang lahir prematur mempunyai berat lahir yang kurang. Adakalanya bayi lahir prematur tetapi berat lahirnya lebih dari 2500 gram (bukan BBLR). Keadaan ini dapat terjadi pada bayi dari ibu penderita diabetes (kencing manis).

(2) Bayi dengan gangguan pertumbuhan dalam kandungan atau janin yang mengalami hambatan pertumbuhan (Pertumbuhan Janin terhambat =PJT). Dalam hal ini bayi dapat lahir cukup bulan, akan tetapi karena kekurangan gizi dalam kandungan, mempunyai berat lahir yang rendah. Namun dapat terjadi bahwa bayi dengan gangguan pertumbuhan dalam kandungan dapat pula dilahirkan prematur. Jadi selain prematur bayi tersebut juga mengalami gangguan pertumbuhan dalam kandungan.

Banyak masalah yang dihadapi untuk menangani dan merawat BBLR, diantaranya adalah yang berkaitan dengan pemberian minum BBLR. Minuman terbaik bagi bayi baru lahir tanpa terkecuali BBLR maupun bayi prematur adalah ASI ibunya sendiri. Namun banyak ditemui di rumah sakit-rumah sakit di Indonesia, petugas kesehatan seringkali malah mempercayakan susu formula menjadi minuman yang seolah “terbaik” untuk bayi-bayi kecil tersebut dengan alasan utama ASI ibu tidak/belum keluar. Yang menyedihkan, tidak ada upaya berarti yang dilakukan oleh petugas kesehatan untuk memotivasi sang ibu untuk menyusui bayinya dan menjelaskan tentang manajemen laktasi agar ASI dapat dipanggil keluar. Padahal kalau mau jujur, sejak jaman dahulu kala sebelum ada susu formula, satu-satunya nutrisi pada bayi hanya ASI. Ada juga “Human Milk Fortifier” yang katanya diformulasi dari ASI manusia/susu sapi untuk menambah berat badan bayi 30-50 gram per hari, namun harganya sangat mahal sekitar Rp. 1.100.000,-/ box isi 50 sachets dan ini tidak dijual di Indonesia. Terbayang, bagaimana orang tidak mampu dapat membelinya?

Untungnya kita masih mempunyai dokter-dokter yang mau berjuang membantu menyelamatkan BBLR tersebut dengan ASI. Di bawah ini adalah dua “RINI” yang bercerita tentang pengalamannya menangani BBLR.

Dr. Asti Praborini, SpA, IBCLC - Menyelesaikan Pendidikan Dokter Umum pada tahun 1980 di FKUI, dan Dokter Spesialis Anak tahun 1990 di FKUI. Pernah mendapat penghargaan sebagai “Mahasiswa Teladan FKUI Tahun 1979” dan “Dokter Teladan Propinsi Irian Jaya Tahun 1982”. Tahun 2007 lulus sebagai IBCLC-International Board Certified Lactation Consultant.



Dr. Asti Praborini, SpA, IBCLC

Tanya: Kasus BBLR seperti apa saja yang telah ditangani oleh Dr. Rini? Pernahkah menangani kasus BBLR dibawah 1.500 gram? Mohon diceritakan.

Jawab: Saya pernah bekerja di beberapa daerah seperti di Irian Jaya, Bali, Bengkulu, Lombok, dll. Di Bali tahun 1993-1998 saya menemukan kasus-kasus BBLR, karena saat itu ibu-ibu di daerah tersebut mengerjakan pekerjaan berat seperti mengaspal jalan.

Di Irian pada tahun 1980-1982 saat bekerja di pedalaman (Enarotali), kasus BBLR dijumpai karena ibu-ibu di sana bekerja di kebun ubi sepanjang hari meskipun sedang hamil, mereka juga punya kewajiban mengurus binatang ternak (babi). Beberapa kasus juga dijumpai di Bengkulu (2000-2001) dan Lombok (2006-2008) karena kedua provinsi tersebut belum dapat dikatakan maju. Saat ini di Jakarta (2008-2010) saya bekerja di LKC (Layanan Kesehatan Cuma-cuma) yang melayani pasien tidak mampu secara cuma-cuma atau gratis. BBLR acap kali dijumpai, lahir di luar LKC dan dirujuk ke LKC. Saya juga bekerja di RSIA Lestari – Cirendeuyang menerima pasien kurang mampu (2008-sekarang). Saya juga menangani banyak kasus BBLR rujukan saat saya bekerja di NICU RS MH Thamrin Jakarta (1998-2007). Saya pernah menangani kasus BBLR dibawah 1.500 gram, baik itu prematur murni maupun pertumbuhan janin terhambat.

Tanya: Apa yang membuat Dr. Rini memutuskan untuk memberikan ASI kepada BBLR?

Jawab: Karena ASI adalah makanan yang terbaik dan terlengkap bagi bayi, apalagi untuk bayi prematur. Pada pasien yang saya rawat di NICU bila diberikan bukan ASI maka cepat sekali timbul komplikasi terutama NEC dan sepsis. Tetapi bila diberi ASI bayi pulang sembuh. Untuk pasien-pasien yang sangat tidak mampu ada keuntungan yang luar biasa, yaitu keluarga tersebut tidak bertambah miskin karena harus membeli yang bukan ASI. Saya sama sekali tidak pernah menggunakan susu formula apapun pada bayi di bawah 1.500 gram tanpa memandang pasien tersebut mampu atau tidak mampu untuk membeli yang bukan ASI.

Tanya: Kendala/tantangan apa yang dihadapi Dr. Rini?

Jawab: Kendalanya bukan dari keluarga pasien. Tetapi dari petugas kesehatan sendiri karena pasien-pasien saya harus cepat saya beri ASI, harus cepat berkontak dengan ibu, harus segera dikangurukan untuk mencegah perburukan (terutama bila tidak di NICU). Sementara petugas saya lebih percaya pada susu formula dan pada inkubator. Karena saya berpindah-pindah tugas saya harus selalu mulai mengajari petugas kesehatan yang bekerja di bawah saya. Saya pun juga harus meyakinkan kolega dokter dan manajemen rumah sakit di tempat saya bekerja, karena saya selalu menjadi "orang baru"

Tanya: Bagaimana Dr. Rini menghadapi tantangan dan menyelesaikan segala permasalahan atau hambatan yang ada?

Jawab: Saya selalu menekankan hubungan antar manusia yang baik terutama dengan para tenaga kesehatan. Berusaha untuk sabar meskipun kadang mereka mencuri kesempatan untuk melanggar instruksi yang saya berikan. Tetapi dengan bukti bahwa BBLR memang hanya dapat hidup baik dengan ASI, tenaga kesehatan lama-lama menjadi percaya. Dan saat mereka sudah percaya, saya pindah lagi. Tetapi di beberapa rumah sakit yang saya tinggalkan, hanya ASI pada BBLR tetap diteruskan. Sikap ramah dan menyayangi pasien dan keluarganya akan sangat membantu suksesnya perawatan BBLR. Saya banyak meluangkan waktu untuk berbincang dengan keluarga pasien. Kadang-kadang ada kesulitan-kesulitan yang belum dikemukakan oleh keluarga karena mereka sungkan kepada dokter dengan banyak ngobrol kesulitan tersebut dapat terungkap dan diselesaikan.

Tanya: Adakah kasus yang gagal ditangani?

Jawab: Tentu ada dan hal ini biasanya terjadi bila bayi BBLR mempunyai kelainan organik lain.

Tanya: Apa yang dirasakan dr. Rini jika gagal atau jika berhasil?

Jawab: Sebagai manusia saya hanya berusaha tetapi hasil akhir ada ditangan Allah SWT, hal ini pula yang selalu saya tekankan kepada keluarga pasien. Keberhasilan pun merupakan hasil kerjasama antara seluruh petugas medis dan keluarga pasien. Oh ya, saat ini di RSIA Lestari Cirendeuyang saya sedang merawat bayi F yang lahir dengan berat badan 1 kg dan usia gestasi 28 minggu. Kami tidak mempunyai NICU dan pasien bukan orang yang mampu, bayi kami rawat dengan inkubator "kotak sabun" dan mula-mula cara kanguru intermiten, dan telah diberi ASI sejak usia 6 jam. Mula-mula dibantu ASI perah ibu lain selama 2 hari setelah itu ASI dari ibunya sampai sekarang. Bayi pulang pada hari ke 46 dengan berat 1,600 gram. Saat ini usia kronologis bayi 3 bulan dengan usia konversi 40 minggu dan berat badan 2200 gram. Akan dirawat dengan metode kanguru sampai berat bayi 2.500 gram. Bayi ini hanya mendapat ASI. Perkembangan baik.

Dr. Eka Agustia Rini, SpA(K) - Menyelesaikan Pendidikan Dokter Umum pada tahun 1986 di FK UNAND (Universitas Andalas), Padang, dan Dokter Spesialis Anak tahun 2002. Dikukuhkan sebagai Konsultan di bagian Ilmu Kesehatan Anak Divisi Endokrinologi tahun 2006.



Dr. Eka Agustia Rini, SpA(K)

Saya dari dulu memang menyenangi merawat bayi baru lahir, karena harus ada skill, kecepatan, ketelitian dan feeling tersendiri. Mereka tidak bisa bicara kan? Apalagi sewaktu penelitian untuk tesis saya adalah perawatan BBLR dengan metode kanguru, itulah titik awalnya yang disuport penuh oleh mendiang Almarhumah. Dr. Parma Oemi Asnil SpA(K). Semua BBLR < 2000 gram, terbanyak 1500-2000 gram. Tapi justru yang unik adalah bayi dengan berat 1000 gram. Sampai saat ini saya merawat beberapa orang bayi dengan berat 1000 gram seperti Dinda (sekarang 6 tahun), Natasya (sekarang 4 tahun), Syafani (sekarang 6 tahun), Annisa (sekarang 4 tahun). Semuanya dirawat hanya dengan metode kanguru dan ASI. Acungan jempol untuk ibu-ibu mereka yang betul-betul mau berjuang untuk bayinya. Apalagi Syafani yang terlahir sebagai kembar 3. Sampai saat ini kemampuan motorik mereka sangat bagus dan malahan terlihat lebih baik dari teman seumurnya. Juga masih banyak lagi yang lahir dengan berat < 1500 gram, seperti Jasmin (sekarang 3 tahun), Felicia (sekarang 6 tahun), Manda (maaf saya lupa namanya, sekarang 19 bulan). Ketiga mereka ini lahir dari keluarga dengan ras Chinese. Saya bangga sekali karena mereka semua senang, memuji, dan menyebarkan "Partai ASI" ini kepada kerabatnya.

Wah... banyak sekali pengalaman yang indah untuk ini yang membawa saya ke alam banyak saudara, banyak cucu jadinya ya..? Setiap datang biasanya mereka minta gendong, minta permen, pin, cipika-cipiki, dll karena sedemikian dekatnya.

Tapi perjuangan ini bukan tidak ada halangannya, dari mitra keperawatan saya mendapat suport yang baik, mereka bisa bekerja sama dan mendukung saya. Yang berat itu adalah bagaimana merubah pendapat keluarga yang sekarang pikirannya seperti sudah di "print" oleh susu formula. Kita menjual cerita diantara rasa cemas, capek, sakit dan mengantuk si ibu yang baru melahirkan. Sementara itu pihak keluarga selalu ingin memproteksi ibu yang dianggap masih sangat lemah. Ada cerita yang menarik, ibunya Yasmin pada awalnya merasa tersinggung dengan jawaban saya "tidak akan memperhatikan setiap keluhannya seandainya beralih pandang dari ASI". Pernyataan ini disampaikan kepada saya ketika Yasmin berusia 8 bulan, dan saya minta maaf. Tapi sebaliknya dia merasa bersyukur dengan pernyataan itu yang membuatnya tegar dalam merawat bayinya dengan ASI saja.

Kenapa saya memilih ASI saja? Kata orang tua " Ada nyawa ada rizki". Rizki pertama adalah ASI. Komposisi ASI pada ibu yang melahirkan bayi prematur berbeda jumlah kandungannya dengan bayi cukup bulan. Pengalaman yang dilakukan tenaga kesehatan di Columbia yang merawat bayi dengan Kangaroo Mother Care dan ASI saja memperlihatkan hasil yang baik. Semua komposisi yang ada di ASI sesuai untuk bayi yang dapat menjamin tumbuh kembang bayi itu nantinya.

Dalam menggalakkan ASI memang tidak mudah, tidak semuanya berhasil (walaupun angka ini sangat kecil, tergantung cara kita memberikan pengertian; ada yang harus ilmiah dan ada yang dengan cara sedikit instruktif). Bagi saya untuk mengatasi ini yang pertama kali adalah membuat agar ibunya percaya dan dependen kepada saya, kita masuk ke dunianya. Kalau ini tidak berhasil... biasanya gagal. Ya.... sedihlah, karena dicuekin jadinya ya?

Mau tahu bangganya? Ibunya akan bercerita kepada ibu lain bahwa anaknya bisa bagus berkat ASI. Ada yang cerita bisa menyimpan uang 57 juta dari uang yang sebenarnya sudah dicadangkan untuk beli susu formula (tapi ini bukan pengalaman merawat BBLR, tapi asfisia berat dan sepsis neonatorum). Truzz...? Orangtuanya sering bawaan oleh-oleh setiap habis bepergian, ha...ha... Apalagi..? mereka sangat jarang sakit, dia datang cuma untuk imunisasi dan bertanya "normalkah anak saya?". Dibalik itu... seperti kegiatan *multilevel marketing*, mereka akan membawa pasien-pasien lain. Pokok'e siip...lah!! ---- (Hesti Tobing)

PEMERAS INFUS PERINASIA

Dapat digunakan pada :

- Keadaan gawat darurat, untuk memasukkan cairan infus secara cepat pada kasus syok hipovolemik/perdarahan hebat.
- Pada operasi, untuk mengalirkan cairan secara cepat pada lapangan operasi (laparoskopik)
- Amnioinfusi, untuk memasukkan cairan ke kantung amnion (pada kasus obstetri)

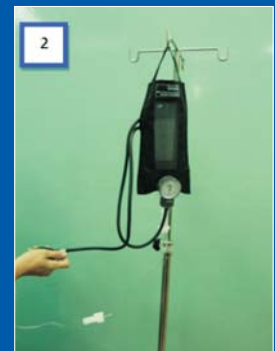
Keuntungan:

- Sederhana dan mudah digunakan
- Efisien dan praktis
- Tidak mudah rusak
- Suku cadang mudah diperoleh
- Ketersediaan alat terjangkau
- Harga terjangkau

Alat ini terdiri dari beberapa bagian: • Kantong infus • Pompa • Pengukur tekanan (manometer) • Penggantungan manometer • Selang pompa • Tas tangan : sebagai tempat penyimpanan alat bila sedang tidak digunakan.



Cara 1:
Lubang kecil menghadap keatas



Cara 2:
Lubang kecil menghadap kebawah

Nama : _____

Nomor anggota : _____

Alamat institusi : _____

Telp. _____ Fax, : _____

Alamat rumah : _____

Kota: _____ Prop: _____

Telp. _____ Fax, : _____

Dengan ini memperpanjang keanggotaan Perinasia

KATEGORI ANGGOTA	IURAN ANGGOTA	
	1 Tahun	3 Tahun
Dokter / Sarjana	Rp. 20.000,-	Rp. 50.000,-
Bidan / Perawat / Lain-lain.	Rp. 10.000,-	Rp. 25.000,-

Formulir Perpanjangan Keanggotaan

Iuran anggota ditransfer ke rekening:
PP Perinasia
No. Rek: 025.01.25049.00.5
Bank CIMB NIAGA Tebet
Jl. Prof Supomo SH no. 47 Jaksel

Formulir dan bukti transfer dikirim ke:
PERINASIA
Jl. Tebet Utara IA no. 22
Jakarta 12820
Telp.: (021) 828 1243, 8379 4513
Faks.: (021) 828 1243