



# Buletin PERINASIA

Menuju Persalinan Aman dan Bayi Baru Lahir Sehat

Tahun XV, Nomor 2, Edisi April - Juni 2008

PERANGKO BERLANGGANAN  
NO. 06/PRKB/JKTJ/WILPOSIV/2008

## Stabilisasi dan Rujukan yang Benar akan Menyelamatkan Pasien

**Dr. J.M. Seno Adjie, SpOG(K)**

Master Trainer Jaringan Nasional Pelatihan Klinik  
Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

### DAFTAR ISI

Stabilisasi dan Rujukan yang Benar akan Menyelamatkan Pasien .....	1
Kalender Ilmiah .....	3
Epidemiologi Manajerial Dalam Perencanaan Institusi Pelayanan Kesehatan .....	3
Berita Organisasi .....	6
Profil .....	7

### 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 IA/22 - Jakarta 12820

Telp. (021) 8281243, 83794513

Fax. (021) 8281243

E-mail: perinasi@centrin.net.id

ISSN: 0215 - 9422

TERBIT SETIAP 3 BULAN

Salah satu kendala lambatnya penurunan angka kematian ibu dan neonatal adalah adanya hambatan terhadap penyediaan akses pelayanan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal. Masih rendahnya cakupan penanganan kegawatdaruratan tersebut antara lain disebabkan oleh belum mampunya Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan dasar dan perujuk lain dalam menangani dan merujuk kasus obstetri dan neonatal sesuai standar. *Rujukan yang baik dan benar akan menyelamatkan banyak pasien.*

Sekitar 68% dari seluruh rujukan kasus ibu hamil atau pasca persalinan/neonatus yang dirujuk ke Rumah Sakit dr Cipto Mangunkusumo pada bulan Januari hingga Juni 2008, tidak memenuhi syarat/kaidah perujukan yang benar sehingga pasien tidak dapat diselamatkan atau masih mempunyai morbiditas yang tinggi setelah penanganan di rumah sakit. Sebagai contoh: kasus perdarahan pasca persalinan yang dirujuk tanpa infus cairan sama sekali, pasien dengan gangguan nafas tidak diberikan oksigen, pasien dengan eklampsia dirujuk dengan infus tetapi belum mendapatkan Magnesium sulfas dan posisi kepala tidak dalam keadaan menghidu serta tanpa oksigen, pasien dengan abortus incomplete dan syok hemoragik dirujuk tanpa diatasi dahulu syoknya di tempat perujuk, pasien dengan kehamilan ektopik terganggu dirujuk setelah 12 jam tanpa penanganan di rumah sakit perujuk, dan masih banyak kasus lainnya. (.ke hal 2)

27 Tahun Perinasia

13 Juni 1981 - 13 Juni 2008

Di kota besar, sangat mungkin terjadi rujukan antar Puskesmas atau antar fasilitas kesehatan yang setara, atau rujukan bidan/dokter umum/dokter spesialis kebidanan ke rumah sakit daerah, rumah sakit swasta atau bahkan ke rumah sakit rujukan nasional. Pada keadaan apapun, semua petugas yang terlibat, seharusnya mampu untuk membawa pasien yang tidak dapat ditangani di tempat perujuk untuk mencapai tempat dengan fasilitas rujukan yang lebih tinggi dengan prosedur rujukan yang benar agar pasien dapat ditolong dengan lebih optimal di tempat rujukan, bukan dengan asal mengirim pasien tanpa pasien mendapat pertolongan pertama secara adekuat terlebih dahulu.

Menurut buku acuan **Pelatihan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED)** yang diterbitkan oleh DepKes yang bekerja sama dengan JNPK edisi tahun 2007 terdapat elemen-elemen penting dalam stabilisasi pasien antara lain:

- ♦ *Menjamin kelancaran jalan nafas, pemulihan sistem respirasi dan sirkulasi*
- ♦ *Menghentikan sumber perdarahan atau infeksi*
- ♦ *Mengganti cairan tubuh yang hilang*
- ♦ *Mengatasi rasa nyeri atau gelisah*

**Terapi cairan;** Praktek kebidanan sering disebut sebagai **"Bloody Business"** pada kebanyakan kasus gawat darurat pasien pasien memerlukan jalur intravena untuk mengganti cairan/darah yang hilang. Larutan isotonik yang dianjurkan adalah Ringer Laktat dan NaCl fisiologis, atau cairan koloid sebagai pilihan lain. Sedangkan larutan Glukosa tidak dapat dipakai karena tidak dapat menggantikan garam atau elektrolit yang dibutuhkan selama penggantian cairan. Untuk pemberian cairan infus perlu diperhatikan:

- Jumlah cairan yang akan diberikan
- Lamanya pemberian per unit cairan
- Ukuran atau diameter jarum (no 16-18) dan kecepatan tetesan. Jumlah tetesan bervariasi antara 10 atau 20 tetes per menit.

Spesimen darah dapat diambil pada saat pemasangan cairan infus untuk pemeriksaan kadar hemoglobin, golongan darah atau pemeriksaan laboratorium lainnya. Bila pasien sedang mengalami syok, pemasangan infus dan pengambilan spesimen darah akan sulit dilakukan (memerlukan vena seksi). Pengukuran konsentrasi Hemoglobin darah kapiler pada pasien yang mengalami syok seringkali tidak adekuat, maka penilaian klinis pasien menjadi sangat penting. Pada kasus dengan syok hipovolemik yang diakibatkan oleh perdarahan, berikan 500-1000 ml cairan isotonik dalam 15-20 menit pertama. Stabilisasi pada umumnya terjadi setelah 1-3 liter cairan infus diberikan. Setelah stabilisasi tercapai maka kecepatan cairan infus diatur menjadi tetesan pemeliharaan (1 liter dalam 6-8 jam). Bila pemulihan pasien telah mencapai kondisi memuaskan maka dilakukan pemberian cairan per oral. Infus dapat dilepaskan kecuali bila dibutuhkan untuk jalur pemberian obat secara intravena. Untuk kondisi seperti ini, kecepatan tetesan cairan diperlambat (1 liter selama

10-12 jam). Rumus kecepatan cairan infus:

$$\frac{\text{Jumlah cairan yang dibutuhkan (mililiter)}}{\text{waktu pemberian (menit)}} \times \text{jumlah tetes per mililiter} = \text{jumlah tetes per menit.}$$

Sebagai contoh: berapa jumlah tetesan yang dibutuhkan per menit jika membutuhkan 1000 mililiter cairan dalam 4 jam.

Perhitungan:

$$\frac{1000 \text{ ml}}{4 \times 60 \text{ mnt}} \times 10 \text{ tetes per ml} = 41,67 \text{ atau } 40 \text{ tetes per menit}$$

Seorang wanita yang sehat, pada keadaan perdarahan akan masih dapat bertahan (tanpa penggantian darah melalui transfusi) bila kehilangan darah hingga 20% atau 1000 mililiter, dari total jumlah darah (5000 ml). Kehilangan darah hingga 30% dapat diatasi dengan cairan pengganti plasma. Transfusi darah dibutuhkan apabila darah keluar melebihi 30% dari total jumlah darah dalam tubuh. Pada perdarahan masif, jumlah darah yang keluar dalam waktu kurang dari 3 jam, dapat mencapai lebih dari 50% jumlah total darah. Terapi awal cairan pengganti harus diberikan dalam waktu yang cepat dan ini hanya dimungkinkan dengan pemberian cairan kristaloid isotonik seperti Ringer Laktat atau garam fisiologis. Pada tahap awal, jumlah cairan yang diberikan adalah 50ml/kgBB atau setara dengan 3 kali dari perkiraan jumlah darah yang hilang. Bila ingin memberikan cairan koloid, dosisnya sama yaitu 50ml/kgBB namun kecepatan tetesannya lebih rendah dibandingkan cairan isotonik. Cairan koloid yang diberikan biasanya adalah Amilum Hidroksietil atau Dextran 70 dengan dosis 20ml/kgBB selama 24 jam pertama. Dapat pula diberikan albumin atau fraksi protein, akan tetapi preparat ini tidak dianjurkan untuk resusitasi pertama. Eritrosit tanpa plasma tidak direkomendasikan untuk pengganti cairan yang hilang sedangkan jika diberikan plasma saja, risiko transmisi penyakit cukup tinggi. Cairan darah (eritrosit dan plasma) diberikan sebagai pengganti cairan yang hilang dan pembawa oksigen ke jaringan serta faktor-faktor penting untuk hemostasis.

Seorang pasien yang akan dirujuk dengan perdarahan masif, sebelum mendapat darah membutuhkan cairan bukan darah untuk mempertahankan sirkulasi, agar jantung dapat mempertahankan isi sekuncupnya. Jika dalam perjalanan rujukan, kebutuhan cairan ini tidak terpenuhi maka kerja jantung akan menurun bahkan berhenti. Pada titik tertentu, keadaan ini tidak dapat kembali lagi (syok irreversibel) dan biasanya segala usaha resusitasi tidak akan berhasil. Sebagai contoh: cara merujuk pasien dengan **perdarahan pasca persalinan** karena atonia, sebaiknya pasien dirujuk dengan cairan infus intravena yang sudah diguyur dengan jumlah sekitar 3 kali jumlah perdarahan, posisikan kepala dalam posisi menghidu dan diberikan oksigen, atasi perdarahan yang bisa diatasi terlebih dahulu, dalam rujukan pasien selalu didampingi tenaga perujuk dengan masih dalam posisi penolong melakukan kompresi bimanual.

Contoh lain adalah cara merujuk pasien dengan **eklampsia gravidarum**: posisikan pasien dalam posisi menghidu dengan oksigen serta mulut terpasang pipa orofaring, pasang cairan ringer laktat atau ringer asetat, berikan terlebih dahulu Magnesium sulfas 4g IV 40% bolus selama 5 menit, jika kejang berulang dapat diberikan Magnesium Sulfas (40%) 2g IV selama 5 menit, jika memungkinkan, ditempat perujuk dapat pula diberikan 15 ml Magnesium Sulfas (40%) 6 g dalam ringer asetat/ringer laktat selama 6 jam, jika mungkin fiksasi pasien dengan baik, kemudian pasien dirujuk.

**Sebagai kesimpulan: stabilisasi dan rujukan pasien yang benar akan menyelamatkan banyak pasien.**

## KALENDER ILMIAH

### Pelatihan Manajemen Laktasi Agt-Des 2008

■ 2-3 Agustus di Jakarta ■ 24-25 Agustus di Pekanbaru ■ 18-19 Oktober di Denpasar ■ 1-2 Nopember di Jakarta ■ 9-10 Nopember di Jambi ■ 13-14 Desember di Jakarta

### Pelatihan Metode Kanguru Agt-Des 2008

■ 9-10 Agustus di Jakarta ■ 25-26 Oktober di Timika ■ 29-30 Nopember di Jakarta

### Pelatihan Resusitasi Neonatus Agt-Okt 2008

■ 2-3 Agustus di Yogyakarta ■ 9-10 Agustus di Jambi ■ 17-18 Agustus di Padang ■ 23-24 Agustus di Kupang ■ 30-31 Agustus di Manado ■ 18-19 Oktober di Jakarta ■ 25-26 Oktober di Jakarta

### 1<sup>st</sup> European Conference on the Kangaroo Mother Care Method (KMC) and 7<sup>st</sup> International Workshop on KMC - Sweden, October 6-11, 2008

Information :

Website : <http://www-conference.slu.se/KMCeurope08>

### 1<sup>st</sup> International Congress of UENPS (Union of Europeun Neonatal and Perinatal Societies): "Global Neonatology & Perinatology"

Rome - Italy, November 17-19, 2008

Information:

Email : [uenps2008@emec-roma.com](mailto:uenps2008@emec-roma.com)

Website : [www.uenps2008.eu](http://www.uenps2008.eu)

### Breastfeeding : Advocacy & Practice – A Regional Outreach Course

Penang, Malaysia, November 17-29, 2008

Information:

Email : [waba@streamix.com](mailto:waba@streamix.com)

Website : [www.waba.org.my](http://www.waba.org.my)

## UJIAN IBLCE 2008

Ujian calon **Konsultan Laktasi Bersertifikat Lembaga Internasional (International Board Certified Lactation Consultants/IBCLC)** dilaksanakan secara serentak di seluruh dunia pada tanggal 28 Juli 2008. Pelaksanaan ujian di Jakarta yang dikoordinir oleh IBCLC INDONESIA, rencana diikuti oleh 42 kandidat dari berbagai daerah, bertempat di Jakarta International School.



### PEKAN ASI DUNIA:

**1 - 7 Agustus 2008**

**"DUKUNG IBU UNTUK MENDAPATKAN HASIL EMAS"**

Menyusui adalah hasil dari satu rangkaian kesehatan reproduksi dari ibu ke anak, tanpa ada awal dan akhir, dari generasi ke generasi. Untuk kembali pada budaya menyusui dibutuhkan sumber daya lebih dan mobilisasi.

Berkaitan dengan event Olimpiade bulan Agustus mendatang, **WORLD BREASTFEEDING WEEK (WBW) 2008 meminta dukungan lebih besar untuk kaum ibu dalam mencapai standar emas pemberian makanan bayi, yaitu menyusui secara eksklusif selama 6 bulan dan memberikan makanan pendamping yang tepat dengan ASI dilanjutkan sampai bayi berusia 2 tahun atau lebih.**

Seperti tiap negara mengirimkan atlet-atlet terbaik untuk mengikuti kompetisi Olimpiade, hal ini untuk mengingatkan kita bahwa seorang atlet muda sehat, hanya dapat muncul dari awal kehidupan yang sehat. Tidak diragukan, bahwa pemberian makanan bayi dan anak yang optimal sangat penting untuk pertumbuhan dan perkembangan yang optimal.

**MENDUKUNG IBU = MENDUKUNG DIA MEMBERIKAN AWAL YANG TERBAIK UNTUK SETIAP ANAK!**

PERINGATAN PEKAN ASI DUNIA 2008, terbuka untuk semua kelompok dan individu yang mengorganisir event dan kegiatan PEKAN ASI DUNIA 2008. Silakan kunjungi website: [www.breastfeedingweek.org](http://www.breastfeedingweek.org) Raih medali WBW 2008!. ■■■

## EPIDEMIOLOGI MANAJERIAL DALAM PERENCANAAN INSTITUSI PELAYANAN KESEHATAN

**DR. Dr. Efek Alamsyah, SpA, MPH**

Ketua II PP Perinasia  
(Bidang Riset, Pendidikan, & Sumber Dana)

### Pendahuluan

Pada awalnya ilmu epidemiologi adalah suatu cabang ilmu dari ilmu kesehatan dan kedokteran yang mempelajari distribusi dan determinasi penyakit pada populasi (Lilienfeld dan Stoley, 1994, dikutip Fleming dkk, 2000.).

Dengan epidemiologi kita dapat :

1. menghitung beban penyakit pada suatu populasi tertentu
2. menentukan perbedaan beban penyakit dari beberapa populasi
3. eksplorasi asal muasal atau penyebab perbedaan beban penyakit
4. menentukan hasil dari pengobatan atau tindakan dalam mengurangi beban penyakit.

Ilmu epidemiologi makin berkembang pesat. Beberapa tahun terakhir ini ilmu epidemiologi tidak saja dalam ruang klinis kedokteran dan kesehatan komunitas tetapi juga sudah dipakai sebagai suatu ilmu di dalam ilmu-ilmu yang lain yaitu ilmu manajemen, ilmu ekonomi, ilmu sosial, ilmu politik, ilmu hukum, keadaan bencana (*disaster*) dll. Dipakainya ilmu epidemiologi sebagai suatu cara untuk lebih mendedayakan dan memberhasilgunakan masukan, proses dan keluaran suatu organisasi. Ilmu Epidemiologi yang dipakai dan digunakan dalam ilmu manajemen dinamakan

### Epidemiologi Manajerial.

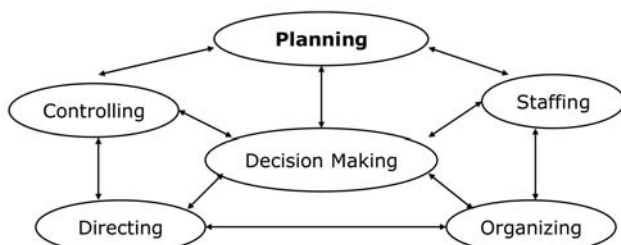
Penggunaan prinsip dan perangkat epidemiologi mulai dipelajari dan diterapkan dalam manajemen, termasuk manajemen pelayanan kesehatan misalnya pelayanan kesehatan dan kedokteran di rumah sakit untuk melaksanakan fungsi manajemen lebih baik.

### Epidemiologi Manajerial dan Pelaksanaan Fungsi Manajemen

Menurut Rakich, Longest dan Darr, 1992, (dikutip Fleming dkk, 2000), fungsi manajemen adalah

1. fungsi perencanaan (*planning*),
2. fungsi pengadaan dan pengembangan staf (*staffing*)
3. fungsi pengorganisasian (*organizing*)
4. fungsi pengarahan, pengaturan dan kepemimpinan (*directing*)
5. fungsi pengawasan dan penilaian (*controlling*)

Setiap fungsi memerlukan keputusan yang mempengaruhi fungsi lainnya. Epidemiologi manajerial menggunakan prinsip dan perangkat epidemiologi untuk membantu pengelola (manajer) melakukan keputusan berdasarkan informasi yang lebih baik.



Gambar 1 : Fungsi manajerial.

(Rakich, Longest & Daar, 1992 dikutip Fleming dkk, 2000 )

Pada tulisan singkat ini akan dibahas epidemiologi manajerial dalam salah satu fungsi manajemen suatu institusi kesehatan yaitu Perencanaan.

### Epidemiologi dan Fungsi Perencanaan

(Scutchfield, Douglas F, Lee, Joel. M., dan Fleming, Steven T., 2000)

Pada umumnya perencanaan bersifat informal, baik pribadi maupun organisasi. Perencanaan yang profesional dapat dirumuskan sebagai berikut :

- Kebijakan sekarang untuk menghasilkan sesuatu di masa depan
- Pilihan-pilihan masa kini yang mempengaruhi masa depan
- Pedoman perubahan
- Menetapkan apa yang akan kita laksanakan, bagaimana kita akan melaksanakan, kapan akan melaksanakan & siapa yang akan mengerjakan
- Merancang masa depan yang kita inginkan dan merancang bagaimana cara kita dapat melakukannya secara efektif
- Kemampuan kita untuk mengawasi sesuatu yang terjadi di masa depan akibat pekerjaan kita masa kini
- Proses pembuatan dan penilaian keputusan dan kebijakan yang saling terkait sebelum pelaksanaan.

Organisasi pelayanan kesehatan (termasuk rumah sakit) harus melibatkan pengukuran dan evaluasi dengan perspektif / metode / desain epidemiologik dalam proses perencanaannya.

### Evaluasi dan Pengukuran dengan Perspektif Epidemiologi

Untuk mengetahui *magnitude* secara kuantitatif masalah kesehatan baik di populasi ataupun di suatu organisasi pelayanan kesehatan atau rumah sakit dapat dilakukan evaluasi dan pengukuran dengan perspektif epidemiologik.

Studi evaluasi adalah bagian penting dari penilaian kinerja institusi pelayanan kesehatan atau rumah sakit. Metode epidemiologi juga dapat digunakan untuk mengukur masalah secara kuantitatif serta mengukur dan menganalisa keluaran program.

*WHO Regional Publications-Western Pacific Education in Action Series No. 5: Health Research Methodology*, 1992, halaman 8, desain studi epidemiologik yang banyak dikenal dan digunakan dalam riset kesehatan adalah desain:

#### 1. Pendekatan Observasional

- a. desain studi deskriptif terdiri atas survei institusional dan survei komunitas.
- b. desain studi analitik terdiri atas studi kohort dan studi kasus-kontrol.

#### 2. Pendekatan Eksperimental, bersifat Analitik terdiri dari 2 desain:

- a. Studi percobaan (*Trials*)
- b. Studi penelitian/ percobaan di laboratorium

### Metode Studi Deskriptif

a. Definisi :

Bila studi epidemiologi tidak terstruktur secara formal sebagai studi analitik atau studi eksperimental misalnya tidak secara spesifik menguji suatu hipotesis maka studi ini dinamakan studi deskriptif yang

Buletin Perinasia - Tahun XV, Nomor 2, Edisi April - Juni 2008

merupakan suatu studi observasional. Namun hasil yang didapat dari studi deskriptif dapat menjadi hipotesis yang akan dapat diuji atau dianalisis pada studi analitik dan eksperimental.

b. Pelaksanaan studi dilakukan dengan mengumpulkan, menganalisis dan menginterpretasikan data melakukan penelitian kualitatif, kuantitatif atau gabungan keduanya dengan memakai kuesioner, wawancara, observasi, dokumen dan data statistik, yang terkait dengan komunitas, grup, situasi, program, unit-unit ekologi dan unit-unit individual. Maksud utama dari studi ini adalah deskriptif, bukan untuk menguji hipotesis atau membuktikan penyebab dan dapat menjadi informasi dasar.

c. Jenis metode

1 Penelitian kasus secara seri (*Case series*)

Jenis penelitian ini berdasarkan laporan serial dari kasus dengan kondisi khusus, kasus yang mendapat suatu pengobatan, tanpa adanya alokasi dari grup kontrol. Menghasilkan numerator dari suatu keadaan atau penyakit dan tidak dapat dipakai sebagai *estimate risk*

Diagnosis komunitas atau penilaian kebutuhan. Studi ini mengumpulkan data yang berhubungan dengan masalah kesehatan yang timbul, program, pencapaian hambatan, stratifikasi sosial, pola kepemimpinan atau grup risiko tinggi.

Tujuannya adalah identifikasi data yang ada dan mencari, serta menyediakan data untuk bahan desain penelitian lanjutan dan pelaksanaan.

2 Deskripsi epidemiologi munculnya penyakit  
Penggunaan umum pendekatan deskriptif ini adalah pengumpulan data tentang timbulnya & penyebaran suatu penyakit di masyarakat berdasarkan beberapa faktor berikut ini.

**Time:** Karakteristik dari waktu yang terdiri atas epidemik, musiman, siklus dan lain-lain.

**Place:** Karakteristik dari tempat yang terdiri atas perkotaan, pedesaan, lokal, regional, nasional, internasional

**Person:** Karakteristik spesifik individual yang meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, pekerjaan, kelas sosial, status perkawinan, status kesehatan dan lain-lain.

3 Studi potong-lintang deskriptif (*cross-sectional descriptive study*) atau survei komunitas/populasi. Pengumpulan data dari suatu populasi atau sampel (proporsi) yang tidak bertujuan untuk uji hipotesis dari suatu asosiasi, jadi hanya deskriptif yang menghasilkan *prevalence rate* baik *point prevalence* atau *period prevalence*. Populasi berisiko adalah denominator dari *prevalence rate* ini.

4 Studi deskriptif ekologi

Apabila unit observasi merupakan suatu kumpulan misalnya keluarga, kelompok atau sekolah) dan unit ekologi (misalnya desa, kabupaten, kota) studi ini dinamakan suatu studi deskriptif ekologi.

## Metode Studi Analitik

Studi analitik adalah observasi yang digunakan pada investigasi epidemiologi untuk menguji hipotesis etiologi spesifik. Tujuan dari studi tersebut didesain untuk mencari penyebab penyakit dengan melihat hubungan antara pajanan dari suatu faktor risiko dan timbulnya penyakit.

1. Studi analitik observasional

Ada beberapa macam studi observasional yaitu

- Studi *Cross-sectional* (potong lintang) analitik atau studi prevalens
- Kasus-kontrol (*Case-control*)
- Kohort, dapat berupa :
  - Longitudinal (*prospective, cohort*)
  - Kohort Retrospektif atau kohort historikal
  - Kohort prognostik

## Studi ekologi

1. deskriptif; 2. *time-series*; 3. kohort, kasus kontrol;
4. potong lintang; 5. eksperimental

## Metode analitik eksperimental

Metode analitik eksperimental dikenal 2 macam desain yaitu:

1. desain eksperimental
2. desain penelitian klinik (*clinical trials*)

Untuk perencanaan yang lebih baik, institusi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit harus membuat perencanaan strategik (**Renstra**).

Bagian dari Renstra yaitu rancangan implementasi strategik mempunyai komponen-komponen yang penting diantaranya fungsi pengarahan, pengaturan dan kepemimpinan serta fungsi pengawasan dan penilaian.

Tingkatan perencanaan baik itu institutional (hanya satu organisasi kesehatan atau rumah sakit) maupun komunitas (terdiri dari beberapa organisasi kesehatan dan rumah sakit dalam suatu komunitas), terdiri dari tingkat **perencanaan strategik**, tingkat **perencanaan operasional**, tingkat **perencanaan fungsional** dan tingkat **perencanaan taktikal**.

Untuk tercapainya Visi dan Misi, pelaksanaan hal-hal yang telah direncanakan dalam Renstra untuk mencapai *Goals* dan *Objectives*, konsep dan pengukuran epidemiologi harus digunakan sebagai bagian yang terpadu. Perencanaan operasional bersifat **fungsional**, namun dapat pula mencakup perencanaan operasional yang lebih luas seperti perencanaan finansial. Sebagian besar dari perencanaan adalah fungsional, sedangkan perencanaan **taktikal** ruang lingkupnya adalah semua unit pelaksana di seluruh organisasi dan dalam waktu yang tertentu yang lebih singkat.

Dua tingkat perencanaan lainnya adalah perencanaan **program/proyek** dan perencanaan **kontingensial** yang merupakan perencanaan antisipasi peristiwa yang akan terjadi (*contingency*).

**Untuk membuat perencanaan yang baik harus dilakukan pengumpulan dan analisis data, baik yang ada pada waktu sekarang maupun data yang akan datang, baik data kuantitatif yang lebih bersifat statistik dan epidemiologi maupun data kualitatif.**

# BERITA ORGANISASI

## KEGIATAN CABANG DKI JAKARTA

Hari Sabtu, tanggal 3 Mei 2008, PERINASIA JAYA kembali mengadakan acara besar yaitu SEMINAR 'PERAWATAN METODE KANGURU DI RUMAH SAKIT: TANTANGAN & HARAPAN', bertempat di Aula RS Kanker Dharmais, Jakarta.

Seperti seminar yang diadakan PERINASIA JAYA sebelumnya, kali ini pun acara dibanjiri peserta yang haus akan informasi mengenai penatalaksanaan terkini masalah seputar ibu dan bayi baru lahir. Tercatat sebanyak 305 peserta, pembicara dan panitia hadir memenuhi Aula RS Kanker Dharmais sampai terasa penuh sesak, namun demikian tidak mempengaruhi antusiasme peserta untuk menyimak materi yang disajikan dari awal hingga akhir.

Walaupun diadakan oleh PERINASIA JAYA, seminar ini ternyata mampu menarik minat saudara-saudara kita nun jauh di Wamena Papua yang mengirimkan tim delegasi sebanyak 8 orang, juga daerah lain seperti Bogor, Banten, Bandung, Ciamis, Cirebon, Karawang, Semarang, Yogyakarta, Malang. Bukan hanya itu, hadir pula ahli dari disiplin ilmu lain yaitu Psikologi dan Antropologi. Hal ini membuktikan bahwa PERINASIA sebagai organisasi seminar terbuka, bukan hanya dari kalangan medis, tetapi dari masyarakat awam dan berbagai disiplin ilmu.

Acara dimulai dengan Sambutan dari Ketua Panitia Pelaksana Seminar sekaligus Ketua PERINASIA JAYA, dr. Achmad Mediana, SpOG, dilanjutkan pembukaan secara resmi oleh Ketua Umum PERINASIA PUSAT, dr. Trijatmo Rachimhadhi, SpOG(K). Sebelum para pembicara memaparkan makalahnya, tampil rekan-rekan mahasiswa dari AKBID Cipto Mangunkusumo, Pulomas Jakarta membawakan fragmen mengenai Perawatan Metode Kanguru yang cukup menarik.

Acara seminar yang berisi 7 topik ini terbagi menjadi 3 sesi. **Pada Sesi I**, dr. Rosalina D. Roeslani, SpA dan Prof. dr. Rulina Suradi, SpA(K), IBCLC, berturut-turut menyajikan materi (1) Perkembangan Global dan Nasional Perawatan Metode Kanguru: Tantangan dan Harapan, (2) Perawatan Metode Kanguru sebagai Pengganti Inkubator untuk BBLR, dipandu oleh Prof. dr. Hadi Pratomo, MPH, Dr.PH. **Pada sesi II**, dr. Ekawaty L. Haksari, SpA(K), dr. Eric Gultom, SpA dan dr. Kiki M.K. Samsi, SpA, masing-masing menyampaikan materi (3) Perawatan Metode Kanguru di Neonatal Intensive Care Unit (NICU), (4) Nutrisi Enteral dan Parenteral pada Bayi Risiko Tinggi: Panduan Praktis, (5) Infeksi, BBLR, dan Penerapan Metode Kanguru, dipandu oleh moderator dr. Debbie Latuperissa, SpA. **Sesi III** yang berlangsung setelah sholat dan makan siang juga tak kalah menarik dan memancing pertanyaan peserta seperti sesi sebelumnya. Materi (6) Aspek Psikososial dan Komunikasi dalam Metode Kanguru, dan (7) Evaluasi Pelaksanaan Metode Kanguru pada BBLR Pasca Perawatan Intensif Neonatus masing-masing dibawakan

oleh Ibu Yeni Rustina, SKp, MApp.Sc, PhD dan dr. Anky Tri Rini, SpA dengan moderator dr. Achmad Mediana, SpOG.

Pada acara kali ini, PERINASIA JAYA bekerja sama dengan MENOX HEALTH CARE, sebuah lembaga kesehatan yang baru berdiri, juga memiliki perhatian serupa terhadap ibu hamil dan bayinya sebagai generasi penerus bangsa; acara didukung juga oleh mitra PRODIA dan PT. Wyeth.

Selamat untuk para panitia dan pengurus PERINASIA JAYA. Ditunggu gebrakan dan inovasi selanjutnya, BRAVO, maju terus PERINASIA JAYA.■■■ (Bob Erissa)

## PELATIHAN RESUSITASI NEONATUS (PRN) DI BANDA ACEH

Pada ANGKATAN 168, akhirnya Program Pelatihan Resusitasi Neonatus (kerjasama Perinasia-IDAI-POGI) dapat terselenggara untuk pertamakalinya di Banda Aceh, tepatnya tanggal 31 Mei – 1 Juni 2008. Pelatihan diikuti 30 peserta yaitu dokter, bidan dan perawat dari RSU Zainoel Abidin (RSUZA), Banda Aceh dan melibatkan 6 orang pelatih yaitu dr. Ferdy P. Harahap, SpA, dr. Anky Tri Rini, SpA, dr. Yudianto B. Saroyo, SpOG (Jakarta), dr. Bugis Mardina Lubis, SpA (Medan), dr. Dora Darussalam, SpA, dr. Mohd. Andalas, SpOG (Banda Aceh).

Pelatihan perdana di Banda Aceh ini tergolong istimewa dari sekian ratus kali kegiatan PRN. Perjalanan tim Jakarta menuju Banda Aceh pada tanggal 30 Mei 2008 dengan pesawat Garuda pukul 13.00 sempat diwarnai ketegangan menjelang transit di Medan. Ketika itu sekitar pukul 15.20, pesawat yang sudah siap mendarat terus-menerus berputar di udara Bandara Polonia Medan, sampai kemudian awak pesawat menginformasikan bahwa keadaan cuaca tidak memungkinkan pesawat mendarat dan akan kembali berkeliling di udara selama  $\pm$  15 menit. Karena cuaca belum juga membaik, penerbangan lalu dialihkan menuju bandara terdekat yaitu Kuala Lumpur. Tiba di Kuala Lumpur, penumpang merasa agak lega karena diijinkan keluar dari pesawat. Setelah transit selama kurang lebih 1,5 jam, pesawat diterbangkan kembali menuju Medan dan berhasil mendarat. Selanjutnya tidak ada hambatan berarti, tim dari Jakarta dan Medan tiba di Banda Aceh pada pukul 20.00, terlambat tiga jam dari jadwal tiba semestinya pukul 16.50. Dari Bandara Sultan Iskandar Muda, tim langsung menuju RSUZA untuk pertemuan teknis/persiapan sarana pelatihan.



Wajah tim yang terdampar di airport Kuala Lumpur

Acara pelatihan bertempat di Ruang Diklat RSUZA, dibuka dengan Sambutan dari Ketua Komite RS Sayang Ibu Bayi RSUZA/Ketua IDAI Cabang NAD (dr. Nurjannah, SpA), Wadir SDM RSUZA/Ketua Perinasia Cabang NAD (dr. Mohd. Andalas, SpOG), dan perwakilan Project HOPE. Para peserta mengikuti pelatihan dengan semangat tinggi meski terlihat lelah karena padatnnya materi plus kondisi ruangan yang terasa panas. Pelatihan berlangsung hingga pukul 19.00, mundur 1 jam dari jadwal resmi karena kendala teknis dan perpanjangan waktu praktik. Bagi tim pelatih, pengalaman yang dilalui dalam perjalanan dan keletihan selama proses belajar-mengajar dirasakan sebagai dinamika. Di setiap kegiatan mereka selalu bersemangat membagi ilmu, bahkan senang dapat menjalin kebersamaan dengan banyak teman pelatih dan panitia di berbagai daerah, termasuk berwisata kuliner.



Peserta dan Pelatih PRN di Banda Aceh

Pada acara penutupan, Project HOPE yang mendanai pelatihan ini menyerahkan bantuan manekin dan peralatan resusitasi neonatus untuk RSUZA. Sebelumnya, kedua pihak juga telah mengundang Tim Perinasia untuk melaksanakan Pelatihan Manajemen Laktasi pada tanggal 27-28 Februari 2008 dan Pelatihan Perawatan Metode Kanguru pada tanggal 23-24 April 2008. Semoga kerjasama seperti ini dapat diperluas untuk tenaga kesehatan di wilayah Aceh yang lain. (SH)

## PERAWATAN METODE KANGURU (PMK) DI RUMAH SAKIT

Tiga RS Pendidikan di Indonesia yaitu RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, RSUD Dr. Soetomo Surabaya, dan RSUP Dr. Wahidin Makassar telah mengirim tenaga di bidang perinatologi masing-masing 4 orang, yaitu 1 SpA, 2 perawat, dan 1 bidan untuk mengikuti *Study Tour* Perawatan Metode Kanguru di Cape Town, Afrika Selatan. Kegiatan yang berlangsung selama 2 minggu (tanggal 9-25 Mei 2008) ini didanai oleh HSP-USAID.

Perinasia lalu mendapat kepercayaan dari HSP-USAID untuk mengelola dukungan pasca pelatihan kepada 3 RS untuk menerapkan PMK, bekerja sama dengan Direktorat Pelayanan Medik Depkes RI dan organisasi profesi IDAI. Tujuan utama kegiatan adalah:

1. Agar RS yang berpartisipasi dalam *study tour* mendapat dukungan teknis dalam pelaksanaan PMK, juga dukungan politis berupa kebijakan/ manajemen dari RS.

2. Adanya dokumentasi yang baik dari proses dan hasil pelaksanaan PMK di tiap RS.
3. Kegiatan ini menjadi proses pembelajaran dan promosi replikasi PMK di RS lain.

Kegiatan akan berlangsung selama 7 bulan (Juni-Desember 2008), meliputi:

- a. Pengembangan pedoman, SOP, instrumen PMK di RS
- b. Lokakarya pemantapan rencana PMK di 3 RS
- c. Dukungan teknis dalam *on-the job-training* dan penerapan PMK di 3 RS
- d. Supervisi ke 3 RS
- e. Pengembangan media komunikasi, informasi, dan edukasi PMK (brosur/poster/lembar balik)
- f. Studi banding antar perawat agar saling memberikan dukungan moril dalam melaksanakan PMK.
- g. Seminar

Departemen Kesehatan RI akan mengeluarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pembentukan Kelompok Kerja Nasional (POKJANAS) PMK, yang diketuai oleh Prof. Dr. Rulina Suradi, SpA(K), IBCLC. Kerjasama dan dukungan pihak-pihak terkait akan menentukan keberhasilan pelaksanaan PMK di RS, terutama dalam mengatasi keterbatasan sarana inkubator dan memberikan perawatan yang lebih humanis bagi BBLR. ■■■ (SH)

## PROFIL

### Dr. M. Andalas, SpOG

Ketua Perinasia Cabang Nangroe Aceh Darussalam (NAD)



**"Saat gempa dahsyat menyusul terjadinya tsunami, saya sedang bermain tennis di RS Zainoel Abidin. Setelah itu, saya sempat keliling kota mencari baterai kamera. Saya senang fotografi dan sempat memotret lapangan blangpadang-tempat yang cukup parah terkena gempa. Setelah meninggalkan arena tersebut, air datang. Saya benar-benar terhindar dari musibah tersebut".**

Demikian sepenggal kisah Dr. M. Andalas, SpOG-Ketua Perinasia Cabang NAD saat terjadinya bencana tsunami di Aceh beberapa tahun lalu. Ia menyangkan bahwa

ternyata manajemen disaster kita (Indonesia) masih kurang, sehingga banyak hal yang terjadi berkaitan dalam pertolongan medis tidak sesuai dengan kondisi di negara kita. Aturan baku tentang syarat-syarat yang harus dipenuhi oleh sukarelawan belum ada sehingga banyak penolong tidak kompeten. Sosialisasi masalah gempa dan tsunami masih sangat kurang, sehingga masyarakat tidak pernah tahu tsunami, bila mereka tahu, ratusan ribu korban bisa dihindari.

Obgin Nang dilahirkan di Banda Aceh pada tanggal 28 Nopember 1960 ini bergabung dengan Perinasia pada tahun 1995. Ketika itu ia masih menjalani pendidikan di bagian kebidanan dan kandungan di Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran. Hal yang memotivasinya untuk bergabung adalah karena Perinasia sangat perhatian dalam hal penurunan morbiditas perinatologi. Sebelum ia terpilih, Perinasia Aceh dipimpin oleh Dr. TMA Chalik, SpOG. Karena beliau cukup lama memimpin (beberapa periode), maka pada tahun 2003 melalui musyawarah khusus anggota Perinasia Aceh secara aklamasi memilih Dr. Andalas menjadi ketua cabang sampai saat ini. Ia mengaku bahwa sangat banyak manfaat yang dirasakannya sebagai bagian dari keluarga besar Perinasia. Selain pengetahuan bertambah, teman bertambah dan ia dapat belajar banyak tentang organisasi profesi. Pada kepengurusan Perinasia Pusat periode tahun 2006-2009, ia dipilih menjadi anggota Panitia Tetap Organisasi dan Nominasi. Tahun 2001, atas dukungan dana dari IAMANEH (International Association for Maternal and Neonatal Health), ia mendapat beasiswa mewakili Perinasia mengikuti "Postgraduate Course on Reproductive Medicine and Reproductive Biology" di Geneva, Swiss.

Selama periode kepengurusannya, ia memiliki target utama untuk membuat pencerahan bagi anggota dalam hal peningkatan pengetahuan perinatologi, melalui seminar dan diskusi, selanjutnya meningkatkan jumlah anggota Perinasia NAD melalui penyebaran berbagai brosur. Ia ingin banyak anggota yang paham membantu pertolongan bayi gagal nafas, sehingga kematian atau kesakitan bayi bisa ditekan. Sampai saat ini anggota Perinasia NAD baru berjumlah 33 orang (dokter umum 5, dokter anak 8, obgin 2, bidan 12, perawat 4 dan sarjana lain 2 orang).

Berawal ketika ia mengalami sakit dan tidak punya uang untuk berobat, ia berniat menjadi dokter. Pada tahun 1980, ia pun diterima di Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, Padang, Sumatera Barat dan menyelesaikan pendidikannya tahun 1987. Di kota itu pulalah ia bertemu dengan pujaan hatinya yaitu Yashtina Ratu, SE dan mereka menikah pada tahun 1990. Mereka dikaruniai 3 orang anak yaitu Visa Yunanda (siswi kelas 2 SMA Unggul Fajar Harapan, Banda Aceh), M. Shanan Asyi (siswa kelas 1 SMA Unggul Fajar Harapan) dan M. Rizal Akbar (siswa kelas 2 Madrasah Tsanawiyah, Banda Aceh).

Sebenarnya masyarakat di NAD lebih banyak mengenal sosok Dr. Andalas sebagai dokter olahraga. Sejak tahun 1987, ia sudah aktif sebagai anggota PPKORI (Perhimpunan Peminat Kesehatan Olah Raga Indonesia).

Selain itu, ia aktif sebagai dokter tim sepakbola Persiraja dan pernah menjadi salah seorang tim dokter PON Aceh pada tahun 1987, 1993, dan 2001. Sejak menjadi asisten ahli di FK Universitas Syiah Kuala Banda Aceh yang ditempatkan di bagian pediatrik, kemudian ia ditempatkan lagi di bagian kebidanan. Sejak itulah akhirnya ia memutuskan untuk melanjutkan pendidikan di bagian Obgin tepatnya pada tahun 1994 di FK Universitas Padjadjaran (Unpad) dan selesai tahun 1998. Pada tahun yang sama ia mengikuti pendidikan berkelanjutan Fetomaternal dan Onkologi di FK-Unpad dan beberapa postgraduate course, diantaranya Tropical Medicine/ Infection Control di Rostock-German-2005, Hands-on Pelvic Anatomi and Vaginal Surgery di Boca Raton-Florida-USA-2005, dan Hands-on *Reconstructive Vaginal Surgery* di Charlotte-NC-USA-2007.

Dokter yang mempunyai hobi jalan-jalan, tennis, memancing dan fotografi ini masih aktif melakukan praktek sebagai ahli kebidanan dan kandungan di RSUD Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh, juga di beberapa RS jejaring seperti RS Kesdam dan Klinik Putroe Phang PKBI Aceh (di klinik ini, ia juga sebagai pengelola). Selama 2 periode berturut-turut yaitu tahun 2001-2008, ia pernah terpilih menjadi Pudek (Pembantu Dekan) bidang keuangan/administrasi dan saat ini ia ditunjuk menjadi wakil direktur pengembangan sumber daya manusia (SDM) RSUD Dr. Zainoel Abidin, namun tetap aktif dalam pendidikan dan pengajaran. Tidak ketinggalan, selain aktif menjadi penasehat PKBI Aceh, wakil ketua NU NAD, pengurus IDI Aceh, dan Yayasan ayah 3 anak ini pun ikut mengurus sekolah menengah atas Unggul Fajar Harapan Banda Aceh sebagai ketua komite sekolah dimana kedua anaknya kini mengenyam pendidikan.

Walau dengan segudang aktifitas yang digelutinya, ia tetap menjaga keseimbangan menjalani peran dalam keluarganya. "Mereka sangat mendukung kegiatan saya, walau kadang sedikit protes kalau pada hari keluarga ada tindakan emergensi."

Pada minggu pertama pasca tsunami, Dr. Andalas pernah melakukan operasi Caesar dengan menggunakan lampu senter dan pasiennya pulang ke rumah dalam 12 jam pasca operasi karena takut gempa berulang. Ia pun pernah menolong ekstraksi vakum tengah malam dijemput bidan dan keluarga, akan tetapi saat pulang ke tempat pengungsian, ia terpaksa naik sepeda dengan menempuh jarak sekitar 6 km karena bensin motor habis. Kejadian tersebut dianggapnya merupakan pengalaman yang sangat istimewa dalam hidupnya. Dalam keteguhannya memegang prinsip untuk terus berkarya membantu masyarakat yang membutuhkan tenaganya, ia juga pernah merasakan kebanggaan juga kekecewaan.

"Saya bangga bila menolong persalinan sungsgang anak pertama pervaginam sehat. Tapi juga kecewa jika menolong pasien hasilnya tidak optimal. Bisa-bisa saya tidak praktek selama seminggu karena hal itu. Tapi setiap kegagalan akan saya jadikan sebagai guru." ■■■

(Hesti Tobing)