Buletin perinasia
menuju persalinan aman dan bayi baru lahir sehat

PERANGKO BERLANGGANAN
NO. 06/PRKB/JKTL/WILPOSIV/2012

Tahun XVII, Nomor 3, Edisi Desember 2011

DAFTAR ISI

Faktor Risiko Kehamilan & Persalinan yang berhubungan dengan KND 1
Kalender Ilmiah 4
Instalasi Peristi sebagai bagian Pelayanan Terpadu RS Sidoarjo 5
Berita Organisasi 6
Abstrak: Efektifitas Metode Kanguru Mengurangi Rasa Nyeri Pada Penyuntikan Intra Muskuler Pada Bayi Baru Lahir di RS Elisabeth Medan 8

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
Syafroni

Alamat redaksi
Perkumpulan Perinatologi Indonesia (PERINASIA)
Jl. Tebet Utara IA/22 - Jakarta 12820
Telp./Fax.: (021) 8281243, 83794513
E-mail: perinasia_pusat@yahoo.co.id

ISSN: 0215 – 9422
TERBIT SETIAP 3 BULAN

FAKTOR RISIKO KEHAMILAN DAN PERSALINAN YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEMATIAN NEONATAL DINI DI RSU PROF RD KANDOU MANADO

oleh:
John Wantania*, Rocky Wilar** , Yulia Antolis** , Gressela Mamangkey
(* Bagian Obstetri Ginekologi , ** Bagian Pediatri)
Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado

PENDAHULUAN

Kematian bayi merupakan indikator utama dalam pembangunan kesehatan. Di seluruh dunia, setiap tahun diperkirakan 4 juta bayi meninggal pada tahun pertama kehidupannya dan dua pertiganya meninggal pada bulan pertama. Dua pertiga dari yang meninggal pada bulan pertama meninggal pada minggu pertama. Dua pertiga dari yang meninggal pada minggu pertama, meninggal pada hari pertama. Penyebab utama kematian pada minggu pertama kehidupan adalah komplikasi kehamilan dan persalinan seperti asfiksia, sepsis dan komplikasi berat lahir rendah. Kurang lebih 99% kematian ini terjadi di negara berkembang dan sebagian besar kematian ini dapat dicegah dengan pengenalan dini dan pengobatan yang tepat. Kematian Neonatal Dini (KND) adalah kematian bayi baru lahir sampai dengan umur tujuh hari. Salah satu usaha untuk menurunkan Angka Kematian Neonatal Dini adalah dengan mengenal faktor risiko di antaranya yang berasal dari ibu (maternal), faktor dari bayi, serta faktor kehamilan dan persalinan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor risiko yang mempengaruhi kematian neonatal dini.

METODE

Penelitian ini bersifat *case series* deskriptif retrospektif dengan mengkaji rekam medis untuk memperoleh data paparan dan luaran. Data tentang ibu, kehamilan, persalinan dan hasil kehamilannya untuk mendapatkan karakteristik ibu dan hasil kelahirannya sebagai faktor risiko kematian neonatal dini dikumpulkan dari catatan medis pasangan ibu dan bayi yang meninggal dalam tujuh hari pertama kehidupan di bagian Obstetri Ginekologi dan Sub Bagian Neonati BLU RSUP Prof.Dr.R.D.Kandou dalam periode 1 Januari – 31 Desember 2010 dengan variabel tergantung adalah kematian neonatal dini dan variabel bebas keadaan ibu selama hamil, persalinan dan riwayat persalinan sebelumnya serta keadaan bayi baru lahir. Data karakteristik maternal dan hasil kelahirannya dianalisis dengan SPSS.

HASIL

Jumlah KND dalam periode tahun 2010 sebanyak 55 dari 2714 persalinan. Penyebab KND terbanyak adalah asfiksia (48%), yang diikuti oleh prematuritas (23%), sepsis dan sindroma gawat nafas (11%).

Tabel 1. Distribusi Penyebab KND

Penyebab Kematian	Jumlah	Persentase
Asfiksia	26	48
Prematuritas	13	23
Sepsis	6	11
Sindroma Gawat Nafas	6	11
Kelainan bawaan	5	9
Total	55	100

Tabel 2 memperlihatkan distribusi kasus KND berdasarkan faktor ibu, dimana kurangnya pemeriksaan antenatal (ANC<4x), faktor usia (>35 tahun), dan paritas yang tinggi (⩾4) merupakan faktor risiko terbanyak KND.

Tabel 2. Distribusi Kasus KND Berdasarkan Faktor Ibu

Faktor Ibu	Jumlah	Persentase
ANC <4x	25	45.4
Usia >35 tahun	14	25.4
Usia <16 tahun	-	-
Paritas ≥4	11	20
Riwayat kematian janin/ neonatus	4	7.2
Penyakit pada ibu		
– Asma	1	1.8
– TBC	1	1.8
– Malaria	1	1.8
– Anemia	1	1.8
– Hipertensi	2	3.6

Tabel 3 memperlihatkan distribusi kasus KND berdasarkan faktor kehamilan dan persalinan, dimana seksio sesarea darurat, air ketuban hijau kental (mekonium), kelahiran dengan ekstraksi vakum merupakan faktor risiko terbanyak yang terkait KND.

Tabel 3. Distribusi Kasus KND Berdasarkan Faktor Kehamilan dan Persalinan

Faktor Kehamilan dan Persalinan	Jumlah	Persentase
Seksio Sesarea darurat	23	41.8
Air ketuban hijau kental (mekonium)	12	21.8
Kelahiran dgn Ekstraksi Vakum	9	16.3
Kala 2 lama (atau >2 jam)	6	11
Plasenta previa	6	11
Preeklampsi	6	11
Perdarahan trimester 2 dan 3	6	11
Oligohidramnion	4	7.2
Infeksi maternal	4	7.2
Letak sungsang / presentasi abnormal	4	7.2
Lilitan tali pusat	4	7.2
Partus lama (>24 jam)	3	5.4
Ketuban Pecah Dini	2	3.6
Prolaps tali pusat	2	3.6
Kehamilan lewat waktu	2	3.6
Kehamilan ganda	1	1.8

Tabel 4 memperlihatkan distribusi kasus KND berdasarkan faktor bayi, dimana kelahiran kurang bulan dan kelainan kongenital merupakan faktor risiko terbanyak KND.

Tabel 4. Distribusi Kasus KND Berdasarkan Faktor Bayi

Faktor Bayi	Jumlah	Persentase
Kelahiran kurang bulan	15	27.3
Kelainan kongenital	5	9
Makrosomia	4	7.2
Berat janin tidak sesuai masa kehamilan	4	7.2

PEMBAHASAN

Diperkirakan 130 juta bayi dilahirkan di seluruh dunia setiap tahunnya. Sebanyak 3-4 juta diantaranya meninggal dalam 28 hari pertama kehidupan. Tiga per empat dari kematian neonatus terjadi pada minggu pertama, dan lebih dari seperempat meninggal dalam 24 jam pertama kehidupan (Lancet, 2005; WHO, 2005). Kematian neonatus bertanggung jawab atas 40% dari kematian anak dibawah usia 5 tahun di seluruh dunia. Oleh karena itu, salah satu tujuan *Millennium Development Goal*s 4 dari PBB adalah mengurangi 2/3 kematian anak pada tahun 2015 dengan memfokuskan pada penurunan kematian neonatus pada negara-negara dengan angka mortalitas yang tinggi (WHO, 2005). Dua per tiga dari kematian neonatus seluruh dunia ditemukan pada 10 negara, sebagian besar ditemukan di Asia. Di Indonesia berdasarkan data SDKI 2002-2003 angka kematian neonatal adalah 20 per 1000 kelahiran hidup (Biro Pusat Statistik, 2003). Angka Kematian Neonatal merupakan indikator kesejahteraan suatu bangsa yang mencerminkan tingkat masalah kesehatan masyarakat. Pada rencana strategi nasional *Making Pregnancy Safer (MPS)* target dampak kesehatan bayi baru lahir adalah menurunkan angka kematian neonatal menjadi 15 per 1000 kelahiran hidup (Biro Pusat Statistik, 2003). Angka kematian neonatal dipengaruhi oleh berbagai faktor risiko seperti tingkat sosial ekonomi yang berhubungan dengan kelahiran bayi berat lahir rendah, mutu pelayanan pranatal, usia ibu, paritas, kelainan kehamilan, komplikasi persalinan, serta kondisi bayi seperti prematuritas, asfiksia dan infeksi. Pola penyebab utama kematian neonatal di Indonesia tidak jauh berbeda dengan pola penyebab utama kematian neonatal dunia, yaitu prematuritas, asfiksia dan infeksi. Hal ini sesuai dengan distribusi penyebab KND pada penelitian ini. Penelitian ini memperlihatkan distribusi penyebab KND dalam periode tahun 2010 dimana penyebab kematian neonatal dini terbanyak adalah asfiksia, yang diikuti oleh prematuritas, sepsis dan sindroma gawat nafas. Hal ini sesuai dengan Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI), tahun 2007 bahwa penyebab kematian neonatus (usia 0-6 hari)

terbanyak di Indonesia adalah asfiksia (37%), prematuritas (34%), lain-lain (17%) dan infeksi (12%) (Depkes RI, 2003). Menurut WHO, asfiksia merupakan penyebab kedua kematian neonatal. Untuk menurunkan angka kematian neonatal, kunci utama terletak pada kualitas perawatan *neonatal emergency*. Diperkirakan dari sepertiga bayi yang membutuhkan resusitasi tidak memperlihatkan tanda-tanda peringatan akan bahaya asfiksia (Daga SR, Daga AS in J. Trop Pediatr, 1989). Hal tersebut penting untuk melengkapi dan melatih petugas kesehatan terutama bidan desa agar dapat melakukan resusitasi terhadap bayi baru lahir dengan sederhana dan efektif pada setiap persalinan.

Faktor ibu yang berpengaruh pada angka KND menurut penelitian ini adalah kurangnya pemeriksaan antenatal (ANC<4x), faktor usia (>35 tahun), dan paritas yang tinggi (⩾4). Faktor risiko kurangnya pemeriksaan antenatal bermakna terhadap kejadian kematian perinatal. Ibu dengan pemeriksaan antenatal kurang kemungkinan tidak terdeteksi sebagai *high risk mother* sehingga mempunyai risiko kematian perinatal lebih besar. Usia ibu > 35 tahun berpengaruh terhadap kejadian kematian perinatal. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa kehamilan di atas 35 tahun merupakan salah satu faktor risiko kematian perinatal karena kehamilan pada usia lebih dari 35 tahun lebih memungkinkan terjadinya keguguran, bayi lahir mati atau cacat, dan kematian ibu. Faktor risiko grande multi gravida ⩾ 4 bermakna terhadap kejadian kematian perinatal. Pada *grande multi gravida*, uterus terlalu sering berkembang dan berkontraksi pada proses persalinan sehingga pada kehamilan berikutnya uterus dapat berkurang kualitasnya dalam memelihara kehamilan maupun berkontraksi pada persalinan serta dapat menyebabkan atonia atau hipotonia uteri yang berakibat terjadinya perdarahan post partum. Angka mortalitas dan risiko terjadinya anomali kongenital serta neurologis meningkat pada *grande multi gravi*da (Cherney, Alan H. De, MD et.al, 2003). Penelitian-penelitian sebelumnya juga memperlihatkan risiko untuk terjadi kematian neonatal pada ibu yang berusia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, 1,5 kali lebih besar (IK 1,13-2,08) daripada ibu berusia 20-34 tahun. Besar risiko sama antara jumlah kelahiran ⩾ 3 dibanding jumlah kelahiran 2 atau kurang (Djaja S. dkk dalam Majalah Kedokteran Indonesia, 2007).

Pada penelitian ini, berdasarkan faktor kehamilan dan persalinan, seksio sesarea darurat, air ketuban hijau kental (mekonium), kelahiran dengan ekstraksi vakum merupakan faktor risiko terbanyak KND. Penelitian oleh MacDorman dkk. menunjukkan bahwa angka mortalitas neonatal lebih tinggi pada bayi yang dilahirkan secara seksio sesarea (1.77 per 1,000 kelahiran hidup) daripada secara normal (0.62) (MacDorman MF, et.al in Birth, 2006). Metode persalinan dengan menggunakan alat juga dihubungkan dengan beberapa efek merugikan pada neonatus, seperti perdarahan intra dan ekstrakranial. Akan tetapi, mortalitas neonatal tidak berubah karena penggunaan alat seperti forsep atau ekstraksi vakum jika tidak ada faktor risiko lain yang berhubungan (Boud O in J. Gynecol Obstet Biol Reprod., 2008). Penelitian sebelumnya memperlihatkan air ketuban hijau kental (bercampur mekonium) mempunyai risiko 3 kali lebih besar terhadap kejadian kematian bayi pada masa neonatal daripada ibu tanpa komplikasi. Penelitian memperlihatkan ibu yang mengalami komplikasi perdarahan atau eklampsia juga mempunyai risiko bayinya mengalami kematian pada masa neonatal 3 kali lebih besar daripada ibu yang tidak mengalami komplikasi ketika hamil (Djaja S, dkk dalam Majalah Kedokteran Indonesia, 2009). Lee, dkk (2008) melakukan penelitian terhadap faktor risiko antepartum, intrapartum dan faktor risiko janin pada asfiksia neonatorum. Dalam penelitian tersebut didapatkan bahwa gejala-gejala penyakit maternal yang dilaporkan 7 hari sebelum kelahiran memiliki hubungan yang bermakna terhadap peningkatan risiko kematian neonatal akibat asfiksia neonatorum. Kehamilan ganda akan meningkatkan risiko komplikasi saat persalinan, karena itu kebutuhan resusitasi dengan personel yang tepat harus dipersiapkan. Komplikasi saat persalinan antara lain malpresentasi, kompresi tali pusat, robekan plasenta, malformasi kongenital dan prematuritas (Bland RD, 2003).

Pada penelitian ini distribusi kasus KND berdasarkan faktor bayi, terlihat bahwa kelahiran kurang bulan dan kelainan kongenital merupakan faktor risiko terbanyak KND. Faktor risiko kelahiran kurang bulan bermakna terhadap kejadian kematian perinatal. Organ tubuh bayi prematur belum berfungsi seperti bayi matur. Oleh sebab itu, ia mengalami lebih banyak kesulitan untuk hidup di luar uterus ibunya. Makin pendek masa kehamilannya makin kurang sempurna pertumbuhan alat-alat dalam tubuhnya, dengan akibat makin mudahnya terjadi komplikasi dan makin tingginya angka kematiannya (MacDorman MF, et.al in Birth, 2006). Penelitian sebelumnya memperlihatkan perbedaan yang sangat jelas akan prevalensi kematian neonatal pada bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram (5%) dibanding bayi dengan berat lahir 2500 gram ke atas (0,7%) (Djaja S dkk dalam Majalah Kedokteran Indonesia, 2009). Faktor risiko kelahiran bayi dengan kecil untuk masa kehamilan (KMK) bermakna terhadap kejadian kematian perinatal. Beberapa komplikasi yang umumnya terjadi pada KMK misalnya aspirasi mekoneum, asfiksia neonatorum serta gangguan pernapasan yang disebabkan oleh kekurangan surfaktan (Cherney, Alan H. De, MD et.al, 2003). Faktor risiko berat lahir bayi ⩾ 4000 gram bermakna terhadap kejadian kematian perinatal. Hal ini diduga karena pada makrosomia sering mengalami trauma persalinan. Bayi besar juga dapat menderita hipoglikemia, hipokalsemia, hiperinsulinemia dan kematian perinatal (Stoll BJ, 2007).

Penelitian ini memiliki kekurangan antara lain tidak menggunakan kontrol, beberapa catatan rekam medik tidak lengkap, seperti data tentang pendidikan dan status sosial ekonomi ibu, dan kami tidak dapat memperoleh data dari petugas kesehatan yang terlibat dalam persalinan karena penelitian ini bersifat retrospektif.

Masa awal kehidupan bayi menjadi saat yang paling kritis bagi bayi-bayi berisiko tinggi. Deteksi dini berbagai faktor risiko tinggi pada ibu dan neonatus akan sangat membantu pemantauan dan pengobatan yang cepat dan tepat. Tujuan pendekatan antisipasi dan intervensi aktif adalah untuk mencegah progresivitas penyakit dan mengurangi cacat dan kematian pada neonatus risiko tinggi. Hasil penelitian diharapkan dapat dijadikan masukan bagi rumah sakit dan para pengambil keputusan di bidang kesehatan dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir.

Kesimpulan

Salah satu usaha untuk menurunkan angka KND adalah dengan mengenal faktor risiko di antaranya yang berasal dari ibu (maternal) dan faktor dari bayi, serta faktor kehamilan dan persalinan. Kurangnya pemeriksaan antenatal (ANC<4x), faktor usia (>35 tahun), dan paritas yang tinggi (⩾4) merupakan faktor risiko ibu terbanyak KND. Berdasarkan faktor kehamilan dan persalinan, seksio sesarea darurat, air ketuban hijau kental (bercampur mekonium), kelahiran dengan ekstraksi vakum merupakan faktor risiko terbanyak KND. Kelahiran kurang bulan dan kelainan kongenital merupakan faktor risiko bayi terbanyak KND.

KALENDER ILMIAH

KONGRES NASIONAL (KONAS) PERINASIA XI

Tema:
Optimalisasi Pelayanan Maternal Neonatal dalam Pencapaian Millenium Development Goals (MDGs) 2015

PRA KONAS : 3-4 NOPEMBER 2012
KONAS : 5-7 NOPEMBER 2012
HOTEL LABERSA PEKANBARU
Website : www.perinasia2012.com
Sekretariat panitia: 021 - 392 8721

THE 17th CONGRESS OF FEDERATION OF ASIA OCEANIA PERINATAL SOCIETIES (FAOPS) AND THE 16th ANNUAL CONGRESS OF THE PERINATAL SOCIETY OF AUSTRALIA AND NEW ZEALAND (PSANZ)

Sydney Convention & Exhibition Center, Sydney, Australia
March 18-21, 2012

http://faopspsanz2012.eventplanners.com.au/

JADWAL KEGIATAN 2012

PELATIHAN MANAJEMEN LAKTASI

• 14-15 Jan di Semarang • 10-11 Feb di Jakarta • 25-26 Feb di Malang • 10-11 Maret di Palembang (PIT Fetomaternal POGI) • 21-22 April di Jakarta • 23-24 Juni di Jakarta • 8-9 Sep di Jakarta • 20-21 Okt di Jakarta • 15-16 Des di Jakarta

PELATIHAN PENATALAKSANAAN BBLR UNTUK YANKES LEVEL I-II

• 21-22 Jan di Jakarta • 17-18 Mar di Jakarta • 16-17 Juni di Jakarta • 22-23 Sep di Jakarta • 3-4 Nop di Pekanbaru (Pra Konas Perinasia) • 8-9 Des di Jakarta

PELATIHAN MANAJEMEN BBLR DENGAN METODE KANGURU

• 31 Mar-2 Apr di Jakarta • 7-9 Juli di Jakarta • 6-8 Okt di Jakarta • 1-3 Des di Jakarta

KONSELING MENYUSUI MODUL 40 JAM (STANDAR WHO/KEMKES/UNICEF)

• 13-17 Feb di Jakarta • 7-11 Mei di Jakarta • 2-6 Juli di Jakarta • 1-5 Okt di Jakarta • 3-7 Des di Jakarta

PELATIHAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

• 18-19 April di Jakarta • 3-4 Nop di Pekanbaru (Pra Konas Perinasia)

PELATIHAN RESUSITASI NEONATUS

• 14-15 Jan di Yogyakarta • 21-22 Jan di Malang • 28-29 Jan di Tangerang *(In-House Training)* • 4-5 Feb di Semarang • 18-19 Feb di Jakarta • 25-26 Feb di Solo • 3-4 Mar di Karawang • 10-11 Maret di Palembang (PIT Fetomaternal POGI) • 17-18 Mar di Jakarta • 31 Mar-1 Apr di Denpasar • 14-15 Apr di Jakarta • 21-22 Apr di Balikpapan • 28-29 Apr di Yogyakarta.

INFO UJIAN IBLCE 2012

Ujian untuk menjadi KONSULTAN LAKTASI Bersertifikat Lembaga Internasional (IBCLC) akan dilaksanakan secara serentak di seluruh dunia pada hari **SENIN, 30 JULI 2012.** Biaya pendaftaran ujian sebesar AUD 300 (s.d. Feb 2012) atau AUD 400 (s.d. April 2012).

Untuk memenuhi syarat menjadi peserta ujian, Anda perlu memiliki 90 jam pendidikan laktasi dan 1000 jam konseling untuk petugas kesehatan atau 1500 jam untuk non petugas kesehatan. Untuk membantu Anda memenuhi syarat ini, IBCLC Indonesia akan membuat kursus jarak jauh dan Seminar laktasi.

Untuk informasi lebih detail, hubungi:
ibclc.indonesia@gmail.com

INSTALASI PERISTI SEBAGAI BAGIAN PELAYANAN TERPADU DI RUMAH SAKIT SIDOARJO

dr. Setya Budi Pamungkas, SpOG
SMF OBGIN RSUD SIDOARJO

Pendahuluan

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian bayi (AKB) yang masih tinggi di Indonesia, memerlukan suatu gerakan dari semua lapisan mulai pemerintah dengan jajarannya sampai dengan masyarakat dan para professional. Program pemerintah tentang *maternity* di rumah sakit meliputi Rumah Sakit Sayang Ibu dan Bayi (RSSIB), Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK), Pelayanan Perinatal Risiko Tinggi (Pelayanan Peristi dalam akreditasi RS), dan yang terakhir *Millennium Development Goals (MDGs.)*

Sejak tahun 1992 RSUD Sidoarjo sudah mengikuti program dari Kemenkes meliputi semua program di atas dengan prinsip untuk memperbaiki pelayanan melalui pelaksanaan program – program dari Kemenkes.

Pada akhirnya dipikirkan untuk membentuk Instalasi Peristi yang terdiri dari :

- Kamar Operasi
- Ruang bersalin/ nifas
- Neonatus

Kegiatan Instalasi PERISTI diintegrasikan dengan kegiatan dari Antenatal Care (Instalasi Rawat Jalan), Kamar Operasi Emergensi (Instalasi Gawat Darurat) dan Instalasi Transfusi. Semua kegiatan dalam 10 langkah keberhasilan menyusui juga dilaksanakan dalam Instalasi Peristi dan dilaksanakan secara terintegrasi, mulai dari ANC yang bekerjasama dengan Asosiasi Ibu Menyusui Indonesia (AIMI) mengadakan kelas ibu hamil sehingga pemahaman tentang pentingnya ASI sudah dimulai dari ANC. Dengan prinsip sayang bayi sejak dalam kandungan, pelayanan ANC dengan fasilitas Kardiotokografi dan Ultrasonografi sehingga ibu hamil yang memerlukan pelayanan tersebut bisa langsung dilayani.

1. Pelayanan di kamar bersalin dilengkapi dengan fasilitas continuous cardiotocografi dan USG dengan melaksanakan persalinan aman, KB *post partum,* Inisiasi Menyusu Dini dan pembebasan biaya bagi peserta Jamkesmas dan Jampersal dengan melaksanakan *clinical pathway* dengan jadwal dokter jaga Obstetri Ginekologi dalam 24 jam.
   Pelayanan di kamar operasi emergensi ditunjang dengan petugas jaga 24 jam siaga, *infant warmer, transport incubator* dan ruang stabilisasi neonatus di Instalasi Gawat Darurat.
2. Pelayanan neonatus termasuk NICU merupakan bagian dari Instalasi Peristi (dengan pojok laktasi yang dilengkapi dengan sarana penyuluhan) dimana tidak ada pemakaian dot, susu kaleng maupun promosinya.
3. Pelayanan nifas juga merupakan bagian dari Instalasi Peristi telah dibuat kebijakan bahwa ibu dan bayi sehat dirawat bersama (rawat gabung) menjadi tanggung jawab bidan ruang nifas, dimana jasa perawatan ibu dan bayi menjadi hak bidan ruang nifas yang sudah terintegrasi dalam billing system. Di ruang nifas sudah ada kebijakan KB post partum dimana ibu melahirkan setelah dilakukan *inform consent* akan dilakukan pemasangan IUD *post partum*.
4. Ruang menyusui dilengkapi dengan sarana perlengkapan ASI termasuk pompa ASI dan sarana penyuluhan.

RSUD Sidoarjo sudah mempunyai SDM yang kompeten dalam pelaksanaan pelayanan ibu menyusui yaitu 10 tenaga fasilitator (TOT), 34 konselor ASI dan 60 tenaga yang sudah dilatih manajemen ASI. Selain itu, sudah di bentuk Sentra Laktasi Sidoarjo yang menjadi :

- Sentra Informasi
- Sentra pelayanan ASI
- Sentra komunikasi
- Sentra pendidikan / pelatihan

Program strategis dari Sentra Laktasi yaitu :

a. Membangun kesadaran publik infrastruktur dan pranata sosial mengenai ASI dan Menyusui Dini di masyarakat. Bentuk kegiatan utama:
   1) Disseminasi brosur dan sosialisasi Inisiasi Menyusu Dini (IMD).
   2) Pengembangan jaringan IMD di masyarakat.
   3) Penguatan kapasitas jaringan dan partisipasi masyarakat.
   4) Kampanye publik dan kerjasama dengan media massa.

b. Mengembangkan pusat laktasi sebagai sumber informasi yang memadai bagi tenaga penyedia kesehatan dan masyarakat luas. Bentuk kegiatan utama:
   1) Mengembangkan data dan pusat referensi/ rujukan ASI dan IMD.
   2) Melakukan riset dan pengembangan strategi lokal untuk ASI dan IMD.
   3) Pengembangan bahan ajar/modul, KIE.
   4) Kemitraan dengan peneliti dan akademisi untuk mendukung ASI dan IMD.
   5) Hotline ASI

c. Membangun kapasitas tenaga konselor ASI dan penyedia informasi mengenai dan menyusui. Bentuk kegiatan utama:
   1) Penyediaan dan pelatihan tenaga konselor dan profesional untuk ASI dan IMD.
   2) Pendidikan berkelanjutan untuk peningkatan kapasitas konselor.

3) Pengorganisasian jaringan konselor di tingkat lokal desa, kecamatan, kabupaten, propinsi, Nasional, bahkan internasional.

4) Pelatihan master / *training of trainer Councelor* ASI dan IMD.

d. Melakukan advokasi kebijakan untuk memunculkan landasan yuridis bagi gerakan pemanfaatan ASI dan Inisiasi Menyusu Dini. Bentuk Kegiatan Utama:

1) Mengajukan draft dan advokasi peraturan daerah dan kebijakan publik tentang ASI dan IMD.

2) Melakukan advokasi anggaran bagi kegiatan mendukung ASI dan IMD pada pemerintah daerah.

3) Melakukan kajian hukum/kebijakan/legal review Pemerintah Daerah mengenai ASI, IMD, kesejahteraan ibu dan anak.

4) Mensosialisasikan peraturan hukum tentang ASI, IMD, dan lain-lain kepada jajaran aparatur dan pemerintah untuk *me-mindstream*-kan ASI dan IMD pada seluruh jajaran Pemerintah Daerah.

Di RSUD Sidoarjo telah dilaksanakan kegiatan pelatihan Managemen Laktasi (Perinasia), Pelatihan Konselor ASI, TOT Konselor ASI (Selasi), Pelatihan Asuhan Persalinan Normal (APN), dan Pelatihan *Contraceptive Technologie Update* (CTU) dari JNPK-KR (P2KP) bekerjasama dengan RSUD Sidoarjo, POGI, IBI dan Dinkes tingkat 2.

Penutup

Demikian telah disampaikan tulisan singkat tentang Instalasi Peristi sebagai bagian pelayanan terpadu di Rumah Sakit Umum Daerah Sidoarjo dengan harapan dapat berguna bagi semua.

BERITA ORGANISASI

KEPENGURUSAN CABANG LAMPUNG 2011-2014

Ketua	:	dr. Prambudi Rukmono, SpA
Wakil Ketua	:	dr. Zulkarnain Husen, SpOG
Sekretaris	:	dr. Suhiarto, BSc - Magdalena, SST
Bendahara	:	Ellassandria Ellen, SKep
		Risneni R., SSiT, MKes
Bidang Organisasi	:	dr. Fedriyansyah, MKes, SpA
		Faizuna Hayanti, SKep
		Yuliyanti, AmdKep
Bidang Pendidikan & Pelatihan	:	dr. Etty Widyastuti, SpA
		Darminto, SKep.
		Endri Setiawan, SKep
Bidang Pengabdian Masyarakat	:	dr. Murdoyo R, SpA
		dr. Lina Herliyana
		Pundari Umar, SST

HASIL UJIAN IBLCE 2011

Berdasarkan informasi dari IBCLC INDONESIA, ada 9 orang IBCLC baru yang LULUS dalam Ujian IBLCE 25 Juli 2011 dan 4 IBCLC yang LULUS ujian resertifikasi. Mereka yang lulus ujian adalah:

IBCLC Baru

1.	dr. Armalis F. CH Nisa F, IBCLC	(Jakarta)
2.	dr. Galih Linggar Astu, IBCLC	(Jakarta)
3.	dr. Wiyarni, SpA, IBCLC	(Jakarta)
4.	Rahma Housniati, S.Sos, IBCLC	(Jakarta)
5.	dr. Yovita Ananta, IBCLC	(Jakarta)
6.	dr. Yetty M.N., SpA, IBCLC	(Semarang)
7.	dr. M. Rizal Altway, SpA, IBCLC	(Sidoarjo)
8.	dr. Astri Pramarini, IBCLC	(Sidoarjo)
9.	dr. Simplicia Maria A., SpA, IBCLC	(Kupang)

Resertifikasi

1.	Prof. dr. Rulina Suradi, SpA(K), IBCLC	(Jakarta)
2.	dr. Utami Roesli, SpA, IBCLC	(Jakarta)
3.	dr. Dien Sanyoto Besar, SpA, IBCLC	(Jakarta)
4.	dr. Sri Durjati, MSc, PhD, IBCLC	(Jakarta)

Selamat
kepada para IBCLC yang lulus ujian tahun 2011!

JOURNEY TO THE KELIMUTU AND DRAGON KOMODO ISLAND

dr. I Wayan Retayasa, Sp.A(K)
dan
TIM Pelatih Resusitasi Neonatus

Ketika kami ditawari oleh PERINASIA untuk melatih Resusitasi Neonatus ke **Ende** kami langsung menyanggupi. Apalagi pelatihan yang akan dilakukan pada tanggal 10- 11 September 2011 akan dilanjutkan dengan pendakian ke **Gunung Kelimutu** dengan danau tiga warnanya. Yang ikut dalam rombongan ke Ende saat itu adalah **dr. Woro Indri Padmosiwi, Sp.A** dari Kupang, **dr. Wirastari Marnoto, SpA, IBCLC, Dr.dr. Nani Dharmastiawani, SpA(K), Sari Handayani, SKM** dari Jakarta, **dr Elizeus Hanindito, SpAn.,KIC** dari Surabaya, **dr. RAy. Siti Lintang Kawuryan, SpA(K)** dan suami beliau **Prof. Dr. dr. Bambang Pardjianto, SpB,SpBP(K)** spesialis bedah plastik dari Malang yang sudah sering ke Ende dalam rangka bakti sosial operasi bibir sumbing, saya **dr. I Wayan Retayasa, Sp.A(K)** dari Denpasar.

Selain itu ada **Prof dr Koeshartono, SpAn.KIC, PGD, PallMed.ECU** spesialis anestesi dari Surabaya, beliau datang ke Ende tiap 3 bulan sebagai Team Leader - Sister Hospital dengan beberapa RS di NTT seperti RS SOE di TTS, RS TC Hillers di Maumere, RS Bajawa di Ngada, RS Ende, RS Eka Pata di Waikabubak Sumba Barat, RS Lewaleba di Lembata.

Saya bersama istri berangkat dari Denpasar dengan pesawat Trans Nusa kapasitas 80 tempat duduk tanggal 9 September pk 10.00. Sebenarnya istri saya ragu berangkat ke Ende dikiranya naik pesawat baling-baling bambu twinotter atau kapal capung. Kira-kira menempuh 2 jam perjalanan, kami akhirnya tiba di **bandara Haji Aroeboesman Ende** dijemput oleh **dr Agustini, SpA** dan staf RSU Ende. Kami diinapkan di **Hotel Grand Wisata** dan pelatihan dilakukan di **Hotel Dwi Putra**. Kami sangat senang melatih di Ende karena pesertanya sangat antusias mengikuti pelatihan, dari 36 peserta latih sebanyak 33 lulus sebagai provider.

Usai pelatihan, hari Minggu tanggal 11 September 2011 setelah makan malam tanpa mandi kami berangkat melanjutkan perjalanan menuju **Gunung Kelimutu** dengan menempuh perjalanan selama 2 jam atau sejauh 60 km. Kami menginap **di Moni Kelimutu (Vila Sauria Wisata)**. Di Vila ini kami disambut pemilik Vila beserta **Prof Koeshartono** dan **Prof Bambang** yang sudah berangkat lebih dahulu. Kami disuguh singkong goreng dan sayur pucuk labu. Di vila itu masing masing keluarga mendapat satu vila. Vila yang kami tempati banyak pacetnya (sejenis lintah) ada di dinding kamar mandi dan di lantai sehingga kami tak jadi mandi dan sulit tidur. Menjelang pukul empat pagi hari Senin tanggal 12 September 2011 kami bangun. Setelah cuci muka dan sikat gigi saja, kami melanjutkan perjalanan selama 45 menit atau kira kira sejauh 13 km. Setelah sampai di tempat parkir kami dituntun oleh seorang pemandu wisata menuju puncak. Kami mendaki sejauh satu km menyusuri jalan setapak dan ± 300 meter dari puncak sudah ada tangga dan pagar pembatas dari besi, tetapi suasana di puncak pada pukul tujuh masih berkabut sehingga menghalangi mata kami untuk melihat ketiga danau Kelimutu itu. Walaupun kami sudah berhasil sampai puncak tetapi masih ada ganjalan di hati kami karena gagal melihat danaunya. Kejadian ini juga terjadi kemarinnya. Menurut pemandu, pada pukul tiga sore baru bisa melihat kawahnya. Kami sabar nenunggu sampai jam sembilan walaupun matahari sudah tinggi namun kabut masih tebal, jarak pandang hanya 5 meter. Sebagian dari kami sudah turun seperti **dr. Tari** dan istri saya **Ibu Retayasa**. Saya akhirnya menyusul setengah jam berikutnya, menuruni tangga sampai tangga terakhir kira-kira 20 menit perjalanan. Dari kejauhan **dr. Nani** memanggil-manggil bahwa kawah sudah kelihatan. Oleh karena penasaran dan tanggung sudah sampai di puncak tetapi tak melihat kawah, walaupun kaki masih pegal, saya nekat naik lagi menyusuri tangga, apalagi dari tangga terbawah sudah bisa dilihat danau berwarna hijau toska. Dengan naik perlahan akhirnya sampai juga saya di puncak. Dengan sabar menunggu akhirnya penantian kami tak sia-sia, ketiga danau bisa kami lihat dimana danau yang paling besar dengan luas 65 km persegi airnya **berwarna hitam**. Dipercaya bahwa kalau orang meninggal maka arwahnya akan ditempatkan di dasar danau. Kalau yang meninggal nenek maka arwahnya akan ditempatkan di danau yang berwarna hitam.

Danau yang berwarna hijau toska dengan luas 20 km persegi dipercaya tempat **arwah anak muda** dan danau yang berbatasan dengan danau hijau toska adalah danau dengan air **berwarna biru** dipercaya tempat arwah orang jahat. Danau ini sedikit bisa dilihat dari puncak namun terlihat jelas dari tempat pemantauan di bawah. Warna danau berubah ubah yang mulai diamati sejak tahun 2002, dimana danau yang hijau toska sebelumnya berwarna coklat, putih atau biru tua. Demikian juga danau yang berwarna biru sebelumnya juga pernah berwarna coklat dan hijau. Hal ini mungkin dipengaruhi oleh kandungan mineral di dalamnya atau efek pembiasan cahaya, entahlah. Setelah puas memandang dan mendokumentasikan kami turun sambil melihat danau yang **biru** dari bawah dan selanjutnya shopping kain khas Ende di Artshop.

Setelah pukul 10.30, rombongan kembali ke kota Ende untuk meninjau RSU Ende. Usai berpamitan dengan Ibu Direktur RSU Ende **dr E.Yayik Prawitra Gati, Sp.M,** kami makan siang di **Keda**i **Sate Bangkalan** yang sangat terkenal di Ende. Setelah *check out* dari hotel, kami berangkat ke Bandara. Namun sayang, karena sejak pagi cuaca buruk (mendung dan berkabut), hari itu tidak ada pesawat bisa mendarat di Ende dan penerbangan kami yang rencana *take off* pk 15.30 dibatalkan. Penerbangan kami untuk pulang baru bisa dijadwalkan lusa (hari Rabu). Kami sebenarnya ingin cepat meninggalkan Ende karena merasa sudah terlalu lama meninggalkan tempat tugas. Lalu dijajagi beberapa alternatif untuk bisa keluar dari Ende pada Senin sore/malam, mau berangkat lewat **Maumere** naik mobil 4 jam, tetapi penerbangan Selasa penuh, baru ada *seat* untuk hari Kamis, mau naik **Kapal Laut Awu** menuju **Kupang** tetapi didapat informasi bahwa kapal diperkirakan akan menempuh waktu hampir 24 jam karena gelombang di laut sedang tinggi sehingga harus transit, selain akan lelah di perjalanan, penuh risiko, itu pun belum tentu ada pesawat hari Selasa sore dari Kupang. Akhirnya kami putuskan berangkat hari Rabu saja dari Ende, itu pun harus menunggu cukup lama untuk mendapatkan tiket karena *seat* terbatas.

Untuk mengisi waktu hari Selasa yang kosong, kami pergi ke **Desa Wisata Bena** (3 jam dari kota Ende) untuk melihat rumah adat dan usaha tenun khas Ende, serta mengetahui adat istiadat di sana. Menurut tokoh adat di sana, kalau mendirikan **rumah baru** harus menyembelih 10 ekor kerbau yang harganya 15 juta per ekor atau 50 ekor babi seharga 5 juta per ekor. Sungguh sangat mahal uang 150 juta untuk suatu upacara seremonial saja. Setelah sore kami pulang mampir ke **Situs Bung Karno** tempat dimana **Bung Karno** pernah diasingkan selama empat tahun dari tahun 1934 sampai tahun 1938 oleh Pemerintah Belanda. Selanjutnya ke **taman perenungan Bung Karno**. Di sana ada **pohon sukun yang bercabang lima**. Di bawah pohon inilah Bung Karno dulu merenung yang akhirnya melahirkan **Panca Sila.** Sayangnya patung Bung Karno dibuat tidak proporsional antara badan kaki dan kepala beliau, terlalu tinggi dan kurus. Dari sini kami kembali ke hotel untuk persiapan tenaga esok pagi.

Rabu pagi, 14 September 2011, **dr Nani, dr Tari, dr. Woro, dr. Hanin, Prof Koes dan Ibu Sari** berangkat ke Kupang dengan pesawat **AviaStar** pk 10.00, sedangkan saya dan istri, serta **dr Lintang** dan suaminya **Prof Bambang**

dijadwalkan berangkat sore menuju Denpasar melalui Labuhan Bajo. Pukul tiga sore kami berangkat ke bandara dengan perasaan sedikit was-was menunggu pesawat datang dari Kupang. Akhirnya pesawat yang kami nantikan datang juga yaitu **AviaStar** dengan 80 tempat duduk, kami pun terbang keluar dari Ende. Saat pesawat mendarat untuk transit di **Labuhan Bajo** kami sangat kaget karena pesawat ngerem sangat keras tidak seperti biasanya dan terdengar suara benturan keras. Dari kaca jendela jelas terlihat **puluhan sapi di dalam landasan pacu**. Kami tak habis pikir kenapa bisa ada sapi di landasan pacu, yang pasti sapi-sapi itu bukan untuk ikut berebut tiket naik pesawat. Kata pilotnya, sebelumnya tidak ada sapi dalam landasan pacu mungkin karena mendengar bunyi pesawat yang sangat keras, sapi-sapi yang ada di luar landasan pacu panik dan berlari kucar kacir, sayangnya arah larinya menuju landasan pacu searah dengan laju pesawat. Tiga ekor sapi tertabrak dan satu mati. Kami semua sangat kecewa dengan otoritas bandara. Bagaimana bandara bisa dimasuki ternak. Apakah tidak ada **prosedur operasional standar** untuk *landing* dan *take-off* pesawat. Kenapa petugas duduk-duduk saja dan baru beraksi mengangkuti sapi-sapi itu dengan truk setelah ada kejadian. Apakah nyawa kami tak berarti. Bahkan wakil Bupati Labuhan Bajo juga berada dalam satu pesawat dengan kami. Kejadian itu juga banyak dilihat oleh wisatawan asing. Kami bermaksud mendokumentasikan untuk dimuat dalam surat pembaca, tetapi tak diijinkan oleh pihak bandara, namun keesokannya kami bisa mengambil gambar pesawat yang rusak untuk kenang-kenangan. Kejadian pertama di sana mungkin juga **pertama di dunia, pesawat nabrak sapi.** Kami mendapat fasilitas penginapan 1 malam untuk melanjutkan penerbangan esok hari ke Denpasar. Kami berfikir, bagaimana kalau ada korban jiwa dalam kecelakaan itu pasti gaungnya mendunia dan perlu waktu beberapa tahun untuk pemulihan pariwisata Pulau Komodo yang sudah mulai berkembang. Kami prediksi dalam 5 sampai 10 tahun ke depan sejalan dengan target kunjungan wisata Indonesia tahun 2015 sejumlah 15 juta wisatawan, maka disana diperlukan **perluasan bandara** agar bisa untuk mendarat pesawat yang berbadan lebar dan tentu saja dengan tingkat keamanan yang lebih ketat. Bila terwujud, juga akan diperlukan penginapan yang lebih banyak. Sekaranglah saatnya untuk berinvestasi di **Labuhan Bajo** mumpung lahan dekat pantai masih tersedia dan harganya masih terjangkau bila dibandingkan dengan Bali dan Lombok. Siapa tahu Labuhan Bajo menjadi **"Litle Kuta",** maka pariwisata di sana akan menggeliat dan ekonomi masyarakat akan terangkat.

Kamis pagi, 15 September 2011 pukul 09.00, kami berangkat ke bandara dari Hotel Jayakarta (hotel bintang lima yang bagus sekali) baru dibangun 2 tahun. Dari sini **Pulau Komodo** dan **Pulau Rinca** dapat dilihat. Sayang kami tak punya waktu lagi untuk ke pulau tersebut, mudah-mudahan bisa pada **Journey** (perjalanan) berikutnya. Sungguh kata orang, **NTT** adalah singkatan dari kata **Nasib Tak Tentu,** atau **Nanti Tuhan Tolong** dan bisa juga berarti **Nikmat Tak Ternilai** walaupun banyak halangan dalam perjalanan kami ke Ende. Suatu perjalanan yang takkan pernah kami lupakan selamanya bersama **Tim Pelatih Resusitasi Neonatus PERINASIA**. Salam untuk teman teman di Daerah.

Rombongan Tim Resusitasi Neonatus Perinasia di Ende, Sep 2011

ABSTRAK

EFEKTIFITAS METODE KANGURU MENGURANGI RASA NYERI PADA PENYUNTIKAN INTRA MUSKULER PADA BAYI BARU LAHIR DI RS ST. ELISABETH MEDAN

Nur Asnah Sitohang
Program studi D IV Bidan Pendidik, F.Kep.USU

Nyeri adalah suatu mekanisme produktif bagi tubuh yang timbul apabila ada jaringan tubuh yang rusak yang akan menyebabkan seseorang bereaksi, bayi baru lahir memiliki rangsangan nyeri lebih kuat dibanding orang dewasa, dikarenakan bayi baru lahir masih memiliki sensitifitas nyeri yang tinggi pada bayi baru lahir sering mengalami berbagai prosedur invasif salah satunya adalah penyuntikan intra muskuler untuk pemberian imunisasi hepatitis B sebagai pencegahan penyakit hepatitis. Metode kanguru memegang peranan penting dalam memberikan asuhan kebidanan untuk memberikan rasa nyaman, mengurangi stres dan nyeri pada bayi. Tujuan penelitian adalah mengidentifikasi efektifitas metode kanguru untuk mengurangi nyeri pada penyuntikan intra muskuler pada bayi baru lahir di RS. St. Elisabeth Medan. Desain *penelitian* yang digunakan adalah quasi eksperimen dengan besar sampel sebanyak 35 orang pada kelompok intervensi dan 35 orang kelompok kontrol dengan metode pengambilan sampel cara random sampling. Penelitian dilakukan Januari – Mei 2010. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata rasa nyeri pada kelompok intervensi 0,94 dengan SD 0,416 dari pada kelompok kontrol 1.46 dengan SD 0.505. Dari hasil uji statistik nilai P = 0,00 dapat disimpulkan bahwa, terdapat perbedaan yang signifikan pada rasa nyeri antara kelompok intrvensi dengan kelompok kontrol. Bagi petugas kesehatan metode kanguru dapat sebagai intervensi dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bayi baru lahir.

Kata Kunci: Metode kanguru, nyeri, penyuntikan intra muskuler

INFO PRODUK

PERALATAN BALON DAN SUNGKUP RESUSITASI

Harga Rp. 550.000,-

Buku-Buku Pengetahuan ASI

Manajemen Laktasi, Modul Belajar Sendiri (WELLSTART)	Rp 125.000,-
Buku Ultimate Breastfeeding, Book of Answer Segala yang Perlu Anda Tahu Soal Menyusui	Rp. 90.000,-
Buku 365 Hari Pertama Perkembangan Bayi Sehat	Rp. 40.000,-

KAOS PERINASIA <<<

Warna biru tua dan merah

Dapat dipesan sesuai ukuran

(S, M, L, XL, 2XL, 3XL)

Harga Rp 100.000,-

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. 50.000,-	Rp. 120.000,-
Bidan / Perawat / Lain-lain.	Rp. 20.000,-	Rp. 50.000,-

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./Faks.: (021) 828 1243,
(021) 8379 4513

PEMERAS INFUS PERINASIA

Inovasi Baru
Dapatkan di 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 terjamin
- Harga terjangkau

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

Harga: Rp. 120.000,-

Cara 1:
Lubang kecil menghadap keatas

Cara 2:
Lubang kecil menghadap kebawah

Media Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE)

PERAWATAN METODE KANGURU

Lembar Balik PMK

Buklet PMK

Dapatkan di Perinasia dengan mengganti ongkos cetak

(Rp 15.000 untuk buklet, Rp 70.000 untuk lembar balik, dan Rp 70.000 untuk DVD)

DVD PMK
(2 keping, untuk Umum & Petugas)