



# Buletin perinasia

menuju persalinan aman dan bayi baru lahir sehat

PERANGKO BERLANGGANAN  
NO. 06/PRKB/JKTL/WILPOSIV/2009

Tahun XVI, Nomor 2, Edisi Juni-September 2009

## Organisasi dan Tatalaksana Neonatologi Klinik

oleh : Eric Gultom

*(cat : tulisan ini sudah lama ingin saya sampaikan sebagai sebuah hasil kompilasi konsep atau pemikiran saya mengenai neonatologi klinik. Sebagai langkah awal, ketika selesai belajar di Royal Melbourne Hospital, Australia (1994-1996), saya menyimpulkan konsep neonatologi klinik (clinical setup) seperti apa yang sejatinya kita usahakan, agar sampai pada praktek neonatologi klinik modern yang dianut oleh negara maju. Di Indonesia, menurut saya usaha tersebut harus dilakukan setahap demi setahap. Banyak sekali kendala yang merintang, terutama segi finansial. Tulisan ini saya maksudkan pula agar mendapat kritikan, sehingga setiap tenaga medis di bidang neonatologi klinik dapat memperoleh lebih banyak lagi informasi mengenai neonatologi, dari hasil-hasil kritikan dan diskusi yang terjadi. Menurut saya, dengan melihat praktek neonatologi klinik yang ada saat ini, tulisan ini masih relevan untuk disampaikan).*

### DAFTAR ISI

Organisasi dan Tatalaksana Neonatologi Klinik .....	1
Kalender Ilmiah .....	5
Berita Organisasi .....	6
ASI & Merdeka!!! .....	7
Konseling Menyusui di Desa Margamulya & Pengalengan .....	9

### 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

### Pendahuluan

Hakikat ilmu kedokteran adalah menyembuhkan pasien. Secara sederhana tujuan ini dapat diterjemahkan menjadi angka epidemiologik : **penurunan angka kesakitan dan kematian**, dengan kata lain **peningkatan angka survival**. Tujuan utama ini berlaku pula untuk bidang Neonatologi. Jadi, setiap usaha medik semata-mata haruslah demi kesejahteraan neonatus. Usaha yang dimaksud adalah **semua praktek klinik** mulai sejak usaha melahirkannya, sampai kepada perawatan di bangsal neonatus. Dengan kata lain, pelayanan klinik adalah di atas segala-galanya. Demikian pula penelitian dan pendidikan, yang selalu membonceng pada suatu rumah sakit pendidikan, harus terlebih dahulu mengutamakan pelayanan klinik. Sama sekali tidak dapat diterima apabila usaha penelitian dan pendidikan ingin disejajarkan dengan pelayanan medik (apalagi didahulukan).

Berdasarkan alasan di atas, maka berikut ini adalah uraian **setup** pelayanan neonatologi yang banyak dipakai untuk mencapai tujuan di atas.

*(cat: cita-cita paling luhur dari praktek kedokteran adalah menyembuhkan pasien dan "komponen-komponen"-nya. Sebagai mahasiswa kedokteran kita tentu masih ingat pelajaran Public Health mengajarkan komponen penting tujuan ilmu kedokteran, yaitu, 1) Promosi Kesehatan (health promotion), 2) Pencegahan (prevention), 3) Diagnosis Cepat dan Pengobatan Tepat (early diagnosis and prompt treatment), 4) Penanggulangan Cacat, 5) Rehabilitasi (rehabilitation). Tidak ada yang salah dengan mencari uang, mengejar gelar, mengejar kemashuran. Akan tetapi semua hal selain 5 komponen di atas tersebut, harus ditempatkan sebagai AKIBAT, bukan sebagai TUJUAN. Karena itu, penerapan TRI DHARMA PERGURUAN TINGGI di fakultas kedokteran dan rumah sakit pendidikan harus berbeda dibanding fakultas-fakultas disiplin ilmu lain).*

ISSN: 0215 9422

TERBIT SETIAP 3 BULAN

## Menentukan layanan standar

Pelayanan standar harus ditentukan terlebih dahulu, dengan tujuan agar mencapai hasil angka survival maksimal. Layanan standar ini dapat berbeda pada setiap klinik karena alasan keterbatasan finansial, peralatan penunjang maupun sumber daya manusia. Akan tetapi banyak hal-hal mendasar (*basic*) pada klinik yang berbeda tersebut, yang seharusnya sama. Contohnya adalah, rasio perawat : neonatus yang dianggap memadai, mungkin terpaksa berbeda karena keterbatasan jumlah perawat. Tetapi bagaimana harus melakukan terapi penyakit HMD, seharusnya selalu sama pada setiap klinik. Sebagai akibat dari perbedaan tersebut adalah selisih angka survival, selisih angka morbiditas dst. Uraian berikut memperlihatkan layanan standar yang saat ini dikenal di bidang neonatologi.

## Ruang lingkup pelayanan

### Konsep ruang rawat tingkat I , II, dan III

Di bidang neonatologi modern, pada saat ini telah dipraktekkan secara luas pelayanan neonatologi dengan melihat pelbagai faktor-faktor berikut :

1. Berat-ringannya penyakit : apakah termasuk bayi risiko tinggi atau bayi risiko rendah.
2. Ketergantungan neonatus sebagai pasien terhadap kebutuhan perawat dan dokter
3. Ketergantungan neonatus terhadap kebutuhan alat-alat monitor
4. Ketergantungan pelayanan terhadap kebutuhan alat penunjang, baik diagnostik maupun terapi.

Berdasarkan faktor di atas, pelayanan di bidang neonatologi pada saat ini dikenal dengan pelayanan tingkat I (rawat gabung/rooming-in), II dan III. Pembagian seperti ini berkembang sejalan dengan semakin membaiknya angka survival sebagai akibat praktek pelayanan neonatologi yang semakin membaik. Praktek klinik tersebut akhirnya sampai pada kesimpulan pentingnya membagi pelayanan neonatus menjadi pelayanan tingkat I , II dan III. Selain pelayanan di ruang perawatan seperti di atas, terdapat pelayanan lain yang perlu pula diperhatikan namun tidak termasuk ke dalam kategori di atas, yaitu pelayanan di ruang bersalin dan kamar bedah operasi kaisar. Pelayanan ini mempunyai keunikan masalah, karena tidak dimiliki oleh bidang ilmu kedokteran lainnya, yaitu **resusitasi bayi baru lahir**.

*(cat : sebagai residen pediatri di FKUI, barangkali masih ada yang ingat dengan papan tanda di bangsal neonatus pav. 8 RSCM, dimana tertera "Prematur" ...."Infeksi"....dan "Non-Infeksi". Ini adalah gambaran di masa lampau, yang pada waktu itu membagi pasien neonatus berdasarkan prematur atau bukan dan apakah dianggap infeksius atau tidak.)*

### Konsep risiko masalah

Konsep lain yang dipakai adalah menetapkan seberapa besar risiko/potensi masalah yang harus dihadapi seorang neonatus. Selanjutnya pasien neonatus dikelompokkan dan ditempatkan sesuai dengan tingkat ruang rawat di atas.

Mereka dikelompokkan :

**Risiko rendah** : adalah neonatus tanpa masalah atau dengan masalah perinatal minimal. Dalam konsep perawatan di atas, neonatus kelompok inilah yang selayaknya di rawat di ruang rawat gabung.

**Risiko tinggi** : adalah neonatus yang memiliki komplikasi medis atau mempunyai potensi berkembang menjadi neonatus dengan masalah medis berat. Kelompok neonatus inilah yang selayaknya dirawat di ruang rawat TK II maupun TK III.

*(cat.: tidak ada neonatus tanpa risiko !!!)*

### Beberapa patokan penting yang sering kurang diperhatikan:

**Masa gestasi** adalah umur janin/neonatus sejak konsepsi sampai saat penentuan terakhir/dilahirkan. Semakin kecil masa gestasi, semakin besar risiko masalah yang mungkin terjadi.

**Berat lahir** adalah berat neonatus yang ditimbang segera setelah lahir.

**Bayi prematur** : neonatus dengan **masa gestasi < 37 minggu**. Pada masa gestasi 28 minggu, berat lahir sekitar 1000 gr masa gestasi 32 minggu, berat lahir sekitar 1500 gr. masa gestasi 34 minggu, berat lahir sekitar 2000 gr. Hampir semua fungsi organ mendekati puncaknya pada masa gestasi 34 minggu. Misalnya, pembentukan surfaktan, fungsi menghisap, fungsi menelan, rangsang (drive) pernapasan.

Masa gestasi 36 minggu, berat lahir sekitar 2500 gr.

## Pelayanan di ruang bersalin

Pelayanan di ruang bersalin sepenuhnya mengikuti alur perawatan bidang obstetri, artinya pelayanan neonatus diberikan berdasarkan permintaan melakukan bantuan resusitasi, baik di ruang bersalin normal ataupun di ruang operasi pada waktu bedah kaisar. Pada kedua jenis persalinan di atas, tindakan terpenting dalam pelayanan neonatus adalah mampu (**ACCREDITED**) melakukan **resusitasi AKTIF**. Termasuk ke dalamnya adalah melakukan persiapan resusitasi dan melakukan resusitasi, baik dengan **BAG + MASK**, intubasi endotrakeal untuk PPV (*positive pressure ventilation*), maupun penghisapan cairan mekonium dengan ETT insitu.

Pada setiap keadaan berikut, harus terdapat seorang dokter yang mampu melakukan resusitasi aktif :

1. Masa gestasi < 36 minggu
2. Persalinan dengan alat (termasuk bedah kaisar elektif)
3. Malpresentasi
4. Kembar dan kehamilan multipel lainnya
5. Gawat janin dan ketuban hijau
6. Inkompatibilitas rhesus
7. Diagnosis antenatal menemukan malformasi kongenital
8. 'Obstetric distress', yaitu dokter ahli kebidanan meminta kehadiran neonatologist (apapun alasannya).

Pada keadaan-keadaan di atas, mampu melakukan antisipasi sehingga mampu memperkirakan resusitasi yang harus dikerjakan, merupakan suatu kewajiban bagi dokter (atau personil medis) yang akan menolong bayi. Diduga, pada kasus-kasus seperti di atas potensi masalah lebih besar dibandingkan dengan persalinan normal. Akan tetapi potensi masalah sangat tergantung pula pada faktor non-medis di setiap rumah sakit.

Oleh karena itu sebaiknya suatu rumah sakit menentukan sendiri kebijakan mengenai kapan seorang dokter yang membantu melakukan resusitasi harus hadir di tempat persalinan. Karena itu pula, urutan indikasi di atas dapat bertambah.

Pelayanan lainnya adalah Inisiasi Menyusui Dini, yang langsung dapat dikerjakan pada bayi-bayi risiko rendah. Bayi langsung ditawarkan menyusui puting susu ibu, yang diharapkan akan mempromosikan produksi air susu ibu dan meningkatkan efek kedekatan psikologis ibu dan bayi.

*(cat : Pelatihan Resusitasi Neonatus sesuai standar AAP dan AHA dan Pelatihan Manajemen Laktasi, saat ini telah banyak dilaksanakan oleh Perinasia bekerjasama dengan IDAI dan POGI).*

## **Pelayanan di ruang perawatan**

### **Pelayanan tingkat I (PNW = postnatal ward, RRG = ruang rawat gabung)**

Pelayanan di ruang rawat menyangkut perawatan bayi sehat maupun sakit. Akan tetapi semua bayi sehat saat ini dianjurkan agar dirawat bersama ibu, yang dikenal sebagai pelayanan rawat gabung (rooming-in, pelayanan tingkat I).

Keadaan paling penting yang harus dipertimbangkan untuk merawat bayi di ruang rawat gabung adalah kemampuan ibu untuk merawat bayinya sendiri, baik secara fisik maupun psikologis. Persalinan bedah kaisar bukan kontraindikasi bagi ibu merawat bayinya sendiri. Sebaliknya, seorang ibu yang melahirkan bayi dengan sindrom Down mungkin belum dapat menerima keadaan tersebut dan perlu waktu agar dapat menerima dan merawat bayinya sendiri. Dengan kata lain, rawat gabung harus memperhatikan kesiapan bayi dan ibu, termasuk keluarga, tidak hanya memperhatikan indikasi atau kontraindikasi medis saja.

Pada *set-up* rawat gabung ini, dengan bantuan tenaga medis dan paramedis, seorang ibu dapat mulai belajar merawat bayinya sendiri, mulai dari cara menyusui yang baik, memandikan bayi, mengukur suhu tubuh dan mendiskusikan semua pertanyaan yang ingin diketahuinya. Dengan demikian ibu dapat pulang ke rumah dengan pengetahuan dan keterampilan cukup untuk merawat bayinya sendiri di rumah. Ikterus fisiologis bukan merupakan alasan untuk memindahkan dan memisahkan bayi dari ibunya. Bila diperlukan terapi sinar, umumnya dapat dikerjakan di ruang rawat gabung, sehingga ibu dapat menyusui bayinya setiap kali ia merasa 'ingin' menyusui bayinya. ASI harus merupakan makanan utama yang diperkenalkan pada bayi.

Kata kunci untuk indikasi perawatan rawat gabung : **apakah ibu dapat merawat bayinya sendiri di ruang rawat gabung?**

### **Pelayanan tingkat II (SCN = Special Care Nursery, SCBU = Special Care Baby Unit, UPKN = Unit Perawatan Khusus Neonatus)**

Pelayanan tingkat II menyangkut pelayanan bayi yang tidak dapat rawat gabung, tetapi belum perlu dirawat di pelayanan tk III. Umumnya bayi dirawat karena sakit, atau dapat pula 'sehat', tetapi karena alasan tertentu tidak dapat dirawat bersama ibu di ruang rawat gabung.

Termasuk ke dalam kategori ini adalah bayi prematur. Bayi prematur, karena prematuritasnya, seringkali belum dapat menyesuaikan diri dengan suhu lingkungan luar. Mereka memerlukan inkubator dan pemantauan suhu tubuh secara berkala, demikian pula perlu pemberian minum secara khusus, misalnya dengan pipa orogastrik. Bayi sakit dengan gawat napas tetapi belum memerlukan pelayanan tk III, misalnya adalah mereka yang memerlukan oksigen FiO<sub>2</sub> 30% dan analisis gas darah masih memuaskan. Demikian pula bayi dengan asfiksia sedang yang tidak memerlukan oksigen sama sekali. Bayi asfiksia berat, yang keadaan respirasinya tidak stabil, dan memerlukan pengendalian kadar PaO<sub>2</sub> dan PaCO<sub>2</sub> untuk pemulihannya, sebaiknya mendapat pertolongan ventilator di ruang rawat tk III.

### **Pelayanan Tk III (NICU = Neonatal Intensive Care, UPIN = Unit Perawatan Intensif Neonatus)**

Pelayanan di tk III adalah pelayanan pengawasan paling ketat bila dibandingkan dua pelayanan di atas, baik dari segi medis penyakitnya, kemampuan dokter dan paramedis serta peralatannya. Secara umum dapat dikatakan setiap bayi yang tidak dapat dirawat di tk II adalah kandidat untuk pelayanan tingkat III. Oleh karena itu pertanyaan termudah yang dapat diajukan sebelum merawat bayi di tk III adalah : apakah bayi ini cukup di rawat di tk II saja ? bila jawabannya tidak (oleh sebab alasan apapun), maka sebaiknya bayi tersebut di rawat di UPIN.

Beberapa indikasi perawatan intensif adalah :

1. Semua bayi dengan berat < 1500 g
2. Bayi dengan gawat napas berat dan memerlukan bantuan ventilator.
3. Bayi dengan apnu berulang sehingga memerlukan *bag+ mask* untuk memulihkannya (tidak cukup dengan rangsang taktil).
4. Eritroblastosis berat.
5. Bayi dengan pneumotoraks (memerlukan *ICC drain*)
6. Bayi yang memerlukan transfusi tukar.
7. Bayi yang memerlukan parenteral nutrisi total.
8. Sebelum dan sesudah tindakan operasi (sebelum diputuskan layak rawat di tingkat II)

Sekali lagi, **potensi masalah neonatologik** yang menyebabkan secara umum indikasinya seperti di atas. Akan tetapi kebijakan rumah sakit dapat menentukan indikasi lain, berdasarkan keadaan non-medis yang dapat mempengaruhi besar-kecilnya potensi masalah. Oleh karena itu wajar apabila sebuah rumah sakit dapat menentukan sendiri indikasi yang lebih kompleks daripada di atas, sepanjang **tidak merugikan pasien dan tidak berpengaruh buruk** terhadap angka survival.

Dari ketiga jenis pelayanan neonatus di atas, dapat dilihat kemana seorang bayi baru lahir harus dikirimkan untuk perawatan selanjutnya. Tentu saja semua indikasi di atas memerlukan penjelasan, agar dapat menerangkan mengapa harus demikian. Jawaban yang bersifat umum adalah: tergantung pada potensi masalah yang dapat timbul pada setiap kasus. Akan tetapi penjelasan rinci memerlukan latar

belakang teori dan pengalaman, yang uraiannya panjang lebar. Penjelasan-penjelasan tersebut pada akhirnya akan bermuara pada penelitian-penelitian klinis dan laporan keberhasilan yang menunjukkan: **survival rate lebih baik dan morbidity rate lebih rendah apabila setiap kasus neonatologi ditinjau dan dianalisis dengan pendekatan pelayanan seperti di atas.**

(cat: Harus diakui bahwa secara hitungan dagang pendekatan seperti di atas belum tentu menguntungkan bagi suatu rumah sakit. Tingkat II dan III adalah tempat mempraktekkan Perawatan Metode Kanguru, seperti yang diajarkan pada modul pelatihan oleh Perinasia).

### Kebutuhan Peralatan, Personil dan Penunjang lain

Dengan pendekatan pelayanan seperti di atas dapat pula diantisipasi kebutuhan kualifikasi dokter, perawat, termasuk jumlahnya, serta ruang dan peralatan penunjang seperti apa yang perlu disediakan. Berikut ini adalah perkiraan kebutuhan tersebut berdasarkan pendekatan tingkat pelayanan seperti di atas.

#### Ruang bersalin :

- Suhu ruangan berkisar 24<sup>o</sup>-26<sup>o</sup> C
- Kelembaban berkisar 60-80%
- Cukup ventilasi

Mengingat kepentingan resusitasi, maka berikut ini adalah kebutuhan standar yang harus tersedia pada **setiap kamar bersalin** tempat melakukan resusitasi :

1. Masing-masing 1 dokter dan 1 perawat/paramedis yang **ter-akreditasi** untuk melakukan resusitasi aktif
2. Meja resusitasi lengkap dengan pemanas (*radiant warmer*)
3. Outlet oksigen dan suction + udara tekan
4. Peralatan resusitasi (Bag + mask, laringoskop, ETT dsb)
5. Inkubator transport
6. Ventilator (portable)
7. Obat-obatan (D10, NaBic, Adrenalin, Dopamin, Vit K1 dsb)

#### Kebutuhan di ruang pelayanan Tk I (rooming-in) :

Bayi dirawat bersama ibu. Oleh karena itu kebutuhan peralatan pada dasarnya sama dengan kebutuhan kamar bayi normal.

#### Kebutuhan di ruang pelayanan Tk II

(*special care baby unit = SCBU*)

Kebutuhan **per tempat tidur** :

Space	: 1.2 m X 1.8 m
Perawat	: 1/3 s/d 1/4 orang (baca : 1 perawat merawat 3 s/d 4 bayi)
Inkubator	: 1 buah (kalau mungkin, servo kontrol)
Gas outlet	: 2 oksigen - 1 suction - 1 udara tekan
Kotak kepala	: 1
O2 analyzer	: 1/3-1/4
Pulse oxymeter	: 1/2-1/3
Monitor	
kardiorespiratori	: 1/2-1/3
Apnea alarm	: 1/2-1/3

### Kebutuhan di ruang pelayanan tk III (Neonatal Intensive Care = NICU)

Kebutuhan **per tempat tidur** sama dengan kebutuhan Tk II, ditambah (per tempat tidur) :

Perawat	: 1 orang
Ventilator	: 1
Kardiorespiratorimonitor	: 1/1
Alat ukur tek. darah	: 1/1
Intubation set	: 1/4-1/6
Bag + mask	: 1/1 - 1/2
Transillumination lamp (fibreoptic)	: 1/4-1/6
Trolley	: 1 untuk intubation set + obat darurat medik 1 untuk pneumotoraks set 1 untuk tindakan intravenous/arterial line

#### Kebutuhan penunjang :

1 portable X-ray, 1 unit sonografi untuk kepala dan jantung  
1 mesin blood gas analysis  
1 unit lab. penunjang 24 jam (elektrolit, darah tepi rutin, bank darah)

(lihat tabel : Kebutuhan Unit Neonatal)

### Tatalaksana Rawat

#### Pertimbangan *Public Health* bagi neonatologi klinik - Regionalisasi

Berdasarkan perhitungan kasar, kebutuhan tempat tidur NICU pada setiap 100 kelahiran hidup adalah 1-2 TT (tk III) dan untuk kasus konvalesens adalah 4-5 TT (tk II). Dengan memperhatikan hal ini, maka tidak efisien apabila setiap rumah sakit yang melayani persalinan berusaha membuat pelayanan tk II atau bahkan NICU sendiri. Sebaiknya dilakukan koordinasi untuk menentukan (akreditasi) rumah sakit mana yang melayani hanya tk I, mana yang melayani tk. II, atau mana yang dapat melayani tk I, II, III. Bentuk pengorganisasian rumah sakit seperti itu dikenal dengan istilah **regionalisasi**. Tujuannya adalah agar sumber daya dapat digunakan seefisien mungkin, mengingat biaya yang diperlukan untuk membangun pelayanan neonatologi lengkap sampai setingkat tk III sangatlah mahal.

Pelayanan lainnya yang memerlukan koordinasi regionalisasi antara lain adalah laboratorium khusus, misalnya sitologi atau genetik, Bank Darah, dan transport (ambulans darat, laut atau udara) bagi bayi sakit. Pada beberapa negara maju, beberapa rumah sakit pada suatu regional membuat pendidikan khusus untuk perawat neonatologi. Bahkan pada regional yang tingkat pelayanannya demikian padat, tersedia Bank Perawat. Perawat dapat dicadangkan untuk bekerja pada jam atau hari tertentu bila dibutuhkan mendadak. Misalnya bila kebutuhan meningkat karena jumlah pasien pada suatu saat meningkat.

Sekali lagi, tujuan regionalisasi seperti di atas adalah dalam rangka pencapaian target menurunkan mortalitas dan morbiditas, bukan untuk pertimbangan bisnis industri kesehatan.

Kebutuhan unit neonatal					
	Umum	Perawat (skill-knowledge sesuai)	Dokter (skill- knowledge sesuai)	Alat khusus	Catatan
Ruang Resusitasi		1	1	Rad. Warmer Oksigen, suction, udara tekan Bag + mask, laringoskop, ETT Inkub. transport Ventilator (portable)	
Tingkat I	◆ Port. X-ray, USG, kotak lampu, h.box ◆ AGD, lab 24 j (DPL, elekt, bili)	Rawat gabung	Dokter obgyn/ped.	Blue light Alat infus Obat standar	
Tingkat II	◆ Trolley Tube, B + M (resus set), laringoskop ◆ Obat morph/sedasi inotropik musc. Relaksan a'biotik, xantin, vit K1, cairan	Rasio 1-2 (HD) Rasio 1-4/6 (LD)	1 residen 1 konsultan	Inkubator Head box O2 O2 analyzer Monitor apne Monitor cardioresp Transiluminator Sirkuit CPAP atau back- up ventilator	Tk 1 ditambah.....
Tingkat III	◆ syringe/inf. pump ◆ Protokol, buku panduan Buku rujukan Telp, pager	Rasio 1-1	1 residen 1 konsultan	Rad. Warmer Monitor tek.darah invasif/non-invasif SPO2 TcmO2/CO2 HFO	Tingkat 1 dan 2 ditambah.....

HD = high dependent  
LD = low dependent

## KALENDER ILMIAH

### PELATIHAN KES. REPRODUKSI REMAJA (KRR) 2009

• 3-4 Nop di Balikpapan (Pra Konas Perinasia) • 5-6 Des di Yogyakarta

### PELATIHAN PERAWATAN METODE KANGURU (PMK) 2009

• 17-18 Okt 2009 di Jambi • 3-4 Nop di Balikpapan (Pra Konas Perinasia) • 21-23 Nop di Jakarta

### PELATIHAN MANAJEMEN LAKTASI (PML) 2009

• 10-11 Okt di Jakarta • 14-15 Nop di Jakarta • 29-30 Nop di Bandung • 5-6 Des di Jakarta.

### PELATIHAN KONSELING MENYUSUI 40 JAM (MODUL DEPKES RI-WHO)

• 7-11 Des di Jakarta

### PELATIHAN RESUSITASI NEONATUS (PRN) 2009

• 3-4 Nop di Balikpapan • 21-22 Nop di Bandung • 28-29 Nop di Jakarta • 5-6 Des di Cilegon • 12-13 Des di Bandar Lampung • 19-20 Des di Yogyakarta

## KONGRES NASIONAL PERINASIA X

HOTEL GRAN SENYIUR BALIKPAPAN

Tema: Upaya Peningkatan Kualitas Hidup BBLR

Pra Kongres: 3-4 Nopember 2009

Kongres: 5-7 Nopember 2009

Website & Pemberitahuan III:

<http://www.konas10perinasia.com>



30<sup>th</sup> Anniversary and 20 Years Peri-Neonatal Unit  
Harapan Kita Women and Children Hospital  
SYMPOSIUM & WORKSHOP IN PERI-NEONATAL CARE

“Are We Ready for the Next Steps?”

The Ritz Carlton Hotel Pacific Place, Jakarta  
January 24-25, 2010

Website: [www.perinatologi-harapankita.com](http://www.perinatologi-harapankita.com)

6<sup>th</sup> WORLD CONGRESS OF PERINATAL MEDICINE  
IN DEVELOPING COUNTRIES

“Improving Perinatal Care for Better Generation”

The Ritz Carlton Hotel Pacific Place, Jakarta  
March 6-10, 2010

Website: [www.6wcpm2010.com](http://www.6wcpm2010.com)

## BERITA ORGANISASI

### KEGIATAN CABANG YOGYAKARTA

Perinasia Cabang Yogyakarta pada tahun 2009 ini mengadakan beberapa kegiatan ilmiah, yaitu **Pelatihan Resusitasi Neonatus** pada tanggal 14-15 Februari dan 27-28 Juni 2009, bertempat di Hotel Garuda jalan Malioboro, Yogyakarta. Peserta umumnya adalah dokter umum/peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis Anak dan Obstetri-Ginekologi. Pelatihan lainnya adalah **Manajemen Laktasi** yang diselenggarakan tanggal 3-4 Mei dan 12-13 Juli 2009. Pada pelatihan ini kebanyakan pesertanya adalah perawat/bidan. **Workshop Kangaroo Mother Care (KMC)** diselenggarakan oleh Divisi Perinatologi, Bagian Ilmu Kesehatan Anak FK-UGM/Instalasi Maternal-Perinatal RSUP Dr. Sardjito dengan salah fasilitatornya dari Perinasia. **Workshop** ini diselenggarakan dalam rangka *Annual Scientific Meeting* Dies Natalies FK UGM pada tanggal 8 Maret 2009. Namun, karena banyaknya peminat, maka diadakan workshop angkatan 2 pada tanggal 25 Juli 2009.



Beberapa kegiatan yang belum terlaksana tahun ini adalah Pelatihan Resusitasi Neonatus tanggal 19-20 Desember 2009, **IPOKRATES Seminar: Neonatal Neurology** tanggal 30 November – 2 Desember 2009. Pada tahun 2010 kegiatan ilmiah yang sudah diagendakan adalah Pelatihan Resusitasi Neonatus, *Workshop*

*Kangaroo Mother Care*, Pelatihan Manajemen Laktasi, dan beberapa kegiatan lain yang berkaitan dengan ASI.

Setya Wandita,

Yogyakarta.

### KEGIATAN CABANG LAMPUNG



Perinasia Cabang Lampung pada akhir Juli dan awal Agustus lalu mengadakan serangkaian kegiatan. Kegiatan pertama, yaitu Simposium Sehari Perinasia yang diadakan pada tanggal 31 Juli 2009 di Graha Gading Karang, Bandar Lampung. Simposium dibuka oleh Ketua Perinasia Lampung (dr. Zulkarnain, SpOG) dan dihadiri oleh lebih kurang 250 orang peserta yang terdiri dari dokter spesialis anak, dokter umum, bidan, perawat serta mahasiswa kedokteran dan keperawatan. Hadir sebagai pembicara dalam simposium ini adalah dr. Utami Rusli, Sp.A, IBCLC yang membawakan materi **Inisiasi Menyusu Dini**, Dr. dr. Nani Dharmasetiawani, Sp.A dengan materi **Perdarahan pada Bayi Baru lahir** dan dr. Yudianto B.Saroyo, Sp.OG memberikan materi **Pelayanan Maternal Neonatal Terpadu dan Perdarahan Pasca persalinan**.

Menurut Ketua Panitia Kegiatan dr Prambudi Rukmono, SpA, simposium ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan para perawat, bidan, dokter umum dan dokter spesialis dalam bidang perinatologi sehingga dapat menekan angka kematian perinatal dan bayi serendah-rendahnya.

Kegiatan kedua yaitu Pelatihan Resusitasi Neonatus yang diadakan keesokan harinya, tanggal 1-2 Agustus 2009 bertempat di Hotel Marcopolo, Bandar Lampung. Pelatihan Resusitasi Neonatus ini merupakan yang pertama diadakan di Propinsi Lampung. Ketua Panitia Pelatihan dr Prambudi Rukmono, SpA menyatakan peserta pelatihan tidak hanya berasal dari propinsi Lampung saja, tetapi juga dari Palembang, Pagar Alam dan Jakarta sebanyak 36 orang terdiri dari dokter spesialis anak (2 orang), dokter umum (10 orang), perawat/bidan (24 orang).

Rencananya Perinasia Lampung akan kembali mengadakan kegiatan serupa pada bulan Desember 2009. Bagi para dokter spesialis, dokter umum, perawat dan bidan yang ingin pelatihan resusitasi neonatus di Bandar Lampung silahkan menghubungi sekretariat perinasia Lampung Ruang SMF Anak RSUD Dr.H.Abdul Moeloek Propinsi Lampung, telp/fax (0721) 783345. Email: [perinasia\\_lampung@yahoo.co.id](mailto:perinasia_lampung@yahoo.co.id). ■■■

## Penandatanganan MoU RSIA Kemang Medical Care dengan Perinasia Cabang DKI Jakarta (Perinasia Jaya)

**K**amis, 1 Oktober 2009, pukul 14.00 WIB, bertempat di RSIA Kemang Medical Care, Jakarta, Prof. Purnawan Junadi, Dr. M.P.H., Ph.D., selaku *Chief Executive Officer* RSIA Kemang Medical Care menandatangani surat perjanjian kerjasama dengan Perinasia Jaya, yang diwakili oleh Ketua Perinasia Jaya, Dr. Achmad Mediana, SpOG.

Perjanjian tersebut menyepakati antara lain: RSIA Kemang Medical Care bermitra dan mendukung program Perinasia Jaya (Resusitasi Neonatus, Kesehatan Reproduksi Remaja, Infeksi Neonatus, Bayi Berat Lahir Rendah, Laktasi dan Perawatan Metode Kanguru), menyetujui untuk menyumbangkan sumber daya organisasi untuk melaksanakan kegiatan, menyetujui pembentukan suatu tim yang beranggotakan perwakilan dari masing-masing pihak (khususnya Tim Laktasi), dan menyepakati untuk bekerja berdasarkan Program Kerja Bersama.

Perinasia Jaya menjalin kerjasama dengan RSIA Kemang Medical Care untuk bersama mengembangkan Konsep Rumah Sakit Sayang Bayi. Gagasan konsep tersebut terbentuk setelah melihat potensi yang ada dari kedua belah pihak, dimana RSIA Kemang Medical Care adalah rumah sakit yang salah satu layanannya diperuntukan khusus bagi kesehatan perempuan dan anak, sedangkan Perinasia Jaya merupakan sebuah organisasi yang memiliki pengalaman serta sumber daya manusia yang dapat mendukung konsep tersebut.

Melalui kerjasama yang terjalin, diharapkan Perinasia Jaya akan berhasil mewujudkan RSIA Kemang Medical Care sebagai "Proyek Percontohan" bagi Perinasia Cabang lainnya.

(Sisilya Oktaviana Bolilanga, SKM)

## BERITA DUKA CITA

Keluarga Besar Perinasia turut berduka cita atas meninggalnya:

**dr. Alia Pranita Sari**

Palembang, 23 Agustus 2009

Putri dari dr. Agustria Zainu Saleh, SpOG(K).Onk

**Ny. Rr. Sri Soediatmi (74 tahun)**

Surabaya, 24 Agustus 2009

Ibunda dr. Risa Etika, SpA(K)

**Prof. Dr. dr. Gulardi H. Wiknjosatro, SpOG(K)**

Jakarta, 19 September 2009

- Salah satu pendiri Perkumpulan & Yayasan Perinasia
- Ketua Umum Perinasia periode 1987-1991 & 1991-2004
- Mantan Ketua & Bendahara Yayasan Perinasia
- Saat ini dalam kepengurusan Perinasia menjabat sebagai Ketua Pantap Perlindungan, Koordinator Program Pelayanan Perinatal Regional & Penasehat Yayasan Perinasia

Semoga almarhum/almarhumah mendapat tempat yang mulia di sisi Allah SWT dan bagi keluarga yang ditinggalkan, semoga diberikan ketabahan dan kekuatan iman. Amien

## ASI & MERDEKA!!!



Tanggal 17 Agustus 64 tahun yang silam, setelah Soekarno - Hatta membacakan teks Proklamasi yang bersejarah itu, pekik "Merdeka!" berkumandang dimana-mana. Apa benar kita sudah merdeka? Satu hari sebelum bangsa ini merayakan hari kemerdekaannya, seorang pembawa acara di televisi mempertanyakan hal tersebut. Tamu yang diwawancarai pada acara tersebut menjawab bahwa kemerdekaan dari penjajahan telah dicapai, tapi merdeka dari kemiskinan, berpendapat, dan lain sebagainya belum terpenuhi. Kalau dipikir-pikir, apa yang dikatakan orang ini benar juga. Saya, sebagai seorang konsultan laktasi, berpikir, "Apakah bayi-bayi di Indonesia sudah merdeka dalam mendapatkan haknya, yaitu ASI dari ibunya selama 6 bulan secara eksklusif?"

Secara sederhana kata 'merdeka' dapat diartikan sebagai bebas. Artinya, orang yang merdeka bebas untuk melakukan apa saja sesuka hatinya. Apa benar demikian? Saat saya masih duduk di bangku SMP / SMA, saya masih mengingat kata seorang guru yang menerangkan apa sesungguhnya yang dimaksud dengan bebas merdeka. Menurut beliau, merdeka yang dimaksud di negara Indonesia ini adalah bebas yang bertanggungjawab, bukan bebas yang semena-mena.

### Kemerdekaan dalam Mendapatkan ASI

Dalam hubungannya dengan menyusui dan menyusu, kata 'merdeka' sebenarnya bisa dilihat dari dua sudut pandang yang berbeda: satu dari sudut pandang ibu dan satunya lagi dari sudut pandang si bayi itu sendiri. Suatu hari seorang ibu feminis yang mengatakan bahwa menyusui itu adalah hak perempuan Indonesia. Kalau perempuan tersebut tidak mau menyusui bayinya, itu adalah haknya. Apa benar pernyataan ibu ini? Apakah ini dampak dari kata merdeka itu? Mau melahirkan atau tidak, itu adalah hak perempuan. Saat perempuan tersebut memutuskan mau mempunyai anak dan kemudian melahirkan, saat itu pulalah ASI menjadi hak si bayi yang dilahirkan. Masalahnya, tidak semua bayi yang dilahirkan bisa meminta kepada ibunya ASI secara bebas merdeka.

Contoh berikut terjadi di ruang konsultasi seorang dokter, namun sebenarnya sangat lazim terjadi. Suatu hari seorang ibu membawa anaknya ke dokter anak untuk diimunisasi. Dokter kemudian menanyakan kepada si ibu, "Sudah makan atau minum apa anak ini?" Dengan yakin dan tegas, si ibu menjawab lantang, "Susu formula dok". Dokter lanjut bertanya, "Kenapa tidak diberi ASI?" Dengan sedikit tersipu-sipu, ibu menjawab, "Habis ASI saya sedikit, tidak banyak keluarnya".

Kisah lain berlangsung di sebuah rumah sakit swasta di Jakarta. Seorang ibu baru melahirkan anaknya yang pertama dan ia ingin sekali memberikan ASI bagi bayinya tersebut. Namun, apa yang terjadi?

Hari ketiga, kulit bayi menjadi kuning. Setelah dokter anak melakukan pemeriksaan, ia segera ke ruang dimana si ibu dirawat. Dengan nada marah, dokter tersebut berkata, "Beginilah bu kalau ibu maunya ASI. Bayinya jadi kuning. Udah, sekarang ibu pilih mau pake susu formula apa biar nanti rumah sakit yang belikan". Si ibu hanya bisa bengong tanpa tahu harus berbuat apa. Kalau mengikuti nasehat dokter, si ibu tentunya harus mengorbankan idealismenya untuk memberikan ASI kepada bayinya secara eksklusif. Sebaliknya, kalau dilawan sudah dapat dipastikan akan terjadi pertengkaran yang akan membuat suasana berubah menjadi tidak menyenangkan. Ujung-ujungnya, si ibu hanya bisa pasrah, menerima nasib.

Cerita berikutnya masih terjadi di rumah sakit, namun tidak ada hubungannya dengan pasien. Suatu hari sejawat saya, seorang dokter anak, diminta oleh suatu perusahaan alat pemerah ASI untuk berbicara tentang ASI bagi masyarakat awam di sebuah rumah sakit swasta. Apa yang terjadi setelah acara selesai? Wakil dari perusahaan tersebut dipanggil oleh pimpinan rumah sakit. Pimpinan rumah sakit tersebut terlihat sangat marah atas kejadian ini. Usut punya usut, ternyata rumah sakit tersebut sudah menjalin kerjasama dengan produsen susu formula merek tertentu.

Buku kode etik tentang pemasaran susu formula sudah lama beredar di Indonesia. Namun, buku tetaplah buku. Tidak ada yang mengindahkan apa yang tercantum di dalamnya. Terbukti, masih banyak produsen susu formula yang melanggar pasal demi pasal buku tersebut. Pemerintah, yang diharapkan dapat menjadi "polisi" dalam penerapan isi dari buku kode etik ini, tidak terlihat kiprahnya. Sangsi bahkan peringatan tertulis tidak pernah dikeluarkan oleh pejabat yang berwenang untuk menindak produsen-produsen susu formula yang melanggar.

Setelah membaca cerita di atas, kita dapat menyimpulkan bahwa kemerdekaan yang dimiliki seorang bayi baru lahir di Indonesia adalah kemerdekaan yang pasif. Sebagai seorang bayi, ia tidak bisa mengungkapkan perasaannya dengan menggunakan kata-kata. Ia hanya bisa menangis. Kemerdekaan yang pasif membutuhkan orang lain di sekitar bayi untuk mengerti apa yang menjadi keinginannya, bahkan untuk memperoleh hak menyusunnya. Untuk memastikan bayi-bayi Indonesia memperoleh apa yang menjadi haknya, pengetahuan orangtua, bidan, dan dokter (khususnya dokter anak dan kebidanan) tentang ASI eksklusif tentunya harus ditingkatkan.

#### **Koalisi untuk ASI**

Jika dilihat akhir-akhir ini, upaya-upaya positif sudah banyak dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan tentang ASI eksklusif kepada khalayak ramai. Hanya saja, kebersamaan kita masih kurang. Kita masih suka untuk bergerak secara sendiri-sendiri. Suatu ide yang baik jika semua pemain di bidang ASI berkoalisi dan membuat satu program terpadu yang mengarah kepada satu tujuan, yaitu semua bayi yang baru lahir di Indonesia memperoleh apa yang menjadi haknya, ASI. Pemerintah pun sudah mulai menunjukkan dukungan yang positif dengan diberlakukannya Peraturan Bersama Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan, Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi, dan Menteri Kesehatan tentang Peningkatan Pemberian Air Susu Ibu Selama Waktu Kerja di Tempat Kerja pada tahun 2008 yang lalu. Ke depan, diharapkan dukungan pemerintah dapat semakin nyata lagi, misalnya dengan disahkannya Undang-Undang tentang ASI eksklusif, membuat peraturan yang tegas tentang pemasaran makanan pengganti ASI, dan lain sebagainya.

#### **ASI dengan "HELP"**

Memang kita belum sampai tujuan, namun kita sudah mulai mengarahkan pandangan kita ke arah tujuan tersebut. Biarkan upaya-upaya tersebut di atas bergulir dengan baik. Sementara waktu, apa yang harus dan bisa kita lakukan? Saat saya menghadiri kongres di Vietnam pertengahan Agustus kemarin, saya bertemu dengan Ardy Roberto dari Filipina, pengarang buku *Healing with Heart*. Beliau saat itu berbicara tentang suatu hal yang sangat inspiratif buat saya, yaitu tentang "HELP". Empat huruf ini adalah singkatan dari Hope, Encouragement, Love, and Pray.

Apa yang dapat dihubungkan antara ASI dan HELP? Tentang hope (harapan), kita diminta untuk selalu memberi harapan kepada ibu-ibu yang mungkin pada awalnya sudah memberi susu formula terlebih dahulu kepada bayinya. Katakan untuk jangan merasa malu atau gengsi jika ingin beralih ke ASI. Tidak ada istilah terlambat untuk sesuatu yang baik dan menguntungkan bagi seorang bayi yang baru dilahirkan ke dunia. ASI tidak pernah kurang, cairan ini selalu ada jika sang bayi membutuhkannya. Jangan putus asa menghadapi ibu-ibu yang bersikap seperti ini.

Berikutnya adalah encouragement (dorongan). Beri dorongan kepada orangtua, ibu dan ayah si bayi, bahkan sejak bayi itu masih di dalam kandungan ibunya. Diharapkan, saat sang bayi lahir, orangtua sudah siap secara mental dan fisik untuk memberikan bayi yang mereka dambakan ASI eksklusif. Dorongan dari segi pengetahuan juga harus dilakukan terhadap tenaga kesehatan. Tidak mustahil, lama kelamaan, sedikit demi sedikit, semua tenaga kesehatan yang ada di Indonesia menjadi pro ASI.

Love (cinta) adalah kata berikutnya. Katakan kepada orangtua bahwa ASI merupakan ungkapan cinta orangtua kepada anaknya. Ungkapan cinta yang dihadirkan diharapkan dapat dirasakan oleh sang bayi dan ungkapan ini kiranya dapat diteruskan kepada orang-orang yang ada di sekitarnya saat sang bayi ini menginjak usia dewasa. Sebagai tenaga kesehatan atau siapa saja yang berupaya mempromosikan ASI, lakukanlah apa yang harus dilakukan juga dengan penuh rasa cinta. Cinta yang kita ungkapkan dapat berujung pada kesabaran dan tidak mudah putus asa setiap kali ada masalah menghadang di depan kita. Harus diakui, kancah per-ASI-an di negara kita sangat ruwet. Walaupun demikian, tetaplah bertahan, lakukan apa yang bisa kita lakukan saat ini dengan penuh rasa cinta.

Terakhir adalah kata pray (berdoa). Indonesia, sebagai negara yang menjamin setiap warganya untuk secara bebas memeluk agamanya masing-masing, berdoa merupakan suatu kegiatan yang tidak pernah lepas dalam kehidupan masyarakat sehari-hari. Walaupun diletakkan paling akhir, tapi justru kata ini yang memegang kunci. Keberhasilan tidak mungkin dicapai jika kita tidak memohon bantuan Tuhan yang Maha Kuasa. Segala sesuatu yang terjadi di bumi ini adalah atas kehendak-Nya. Apa yang kita rencanakan, apa yang kita harapkan, kiranya dilandasi oleh suatu kepercayaan bahwa Tuhan-lah yang memungkinkan semua itu terjadi.

Kiranya apa yang menjadi tujuan kita, yaitu semua bayi yang lahir di Indonesia mendapatkan ASI eksklusif, dapat terwujud dengan memohon bantuan Tuhan. Berdoalah dan yakinlah bahwa Tuhan akan memberi apa yang dikehendaki umatnya tepat pada waktunya.

## Penutup

Hingar bingar perayaan Hari Kemerdekaan negara kita sudah tidak terdengar lagi. Hingga perayaan berikutnya, sebagai warga negara Indonesia, kita ditantang untuk terus melanjutkan tugas dan tanggungjawab mengisi kemerdekaan ini. Salah satunya adalah mewujudkan hak bayi baru lahir untuk segera menyusui pada ibunya dan dilanjutkan hingga 6 bulan secara eksklusif. Semoga dapat terwujud sehingga bayi-bayi ini dapat merasakan kemerdekaan yang sesungguhnya. Ingat, anak-anak hari ini adalah masa depan Indonesia. Merekalah yang nantinya akan membangun negara yang katanya sudah merdeka ini. **ASI.....YESSSS!!!! (EST)**

## KONSELING MENYUSUI DI DESA MARGAMULYA & PENGALENGAN

(catatan 5 hari tanggap darurat di daerah bencana)

**G**empa berkekuatan 7.3 skala richter yang terjadi pada tanggal 2 September 2009 dan sempat mengguncang Jakarta ternyata berpusat di daerah Tasik, Garut, dan Pengalengan di Jawa Barat serta beberapa daerah di sekitarnya. World Vision Indonesia (WVI) bekerjasama dengan Perinasia mengirimkan tim konselor dalam misi mempertahankan kelangsungan pemberian ASI di daerah bencana tersebut tepatnya berkonsentrasi di daerah Desa Margamulya dan Pengalengan (oleh Tim Perinasia) dan Desa Sukamanah (Tim WVI). Dalam misi itu, Tim Siaga Bencana Perinasia yang terdiri dari 4 orang konselor menyusui yaitu Sientje Masoara, MCN, Dr. Toety Arriany, MPH, Titi Budhiastuti dan Sr. Ambar Lusiani serta seorang konselor laktasi dari Asosiasi Ibu Menyusui Indonesia (AIMI) yaitu Dr. Heny diberangkatkan ke daerah Kecamatan Pengalengan dalam misi 5 hari dari tanggal 11-15 September 2009.

Pada hari pertama sesampainya di lokasi bencana, tim langsung menuju lokasi dan menyusun rencana serta melakukan pemetaan ibu-ibu hamil dan menyusui yang ada di daerah tersebut. Dari hasil pemetaan dan observasi di lapangan didapat bahwa sebagian besar rumah penduduk hancur bahkan ada yang rata dengan tanah. Sebagian besar penduduk tinggal di dalam tenda-tenda dimana satu tenda ditempati oleh sekitar 8 keluarga. Namun didapat juga dari hasil survey awal bahwa memang sebagian besar ibu-ibu masih menyusui bayi dan balitanya. Hari itu juga Tim menemui beberapa orang tokoh masyarakat untuk merencanakan penyuluhan dan konseling menyusui keesokan harinya.

Pada hari kedua sekitar 50 orang ibu menyusui dan ibu hamil datang dan berkumpul di lokasi yang ditentukan. Berbekal alat-alat bantu konseling dari Perinasia seperti peraga boneka, model payudara, spuit, NGT, handuk kecil, plester, cangkir, dan beberapa berkas brosur tentang manfaat menyusui, Tim memberikan informasi tentang makanan bayi serta mengkonseling beberapa ibu yang mempunyai masalah dengan pemberian ASI. Trauma bencana memang sangat sering membuat ibu stress sehingga dapat menghambat lancarnya produksi ASI, namun ini hanya bersifat sementara. Dalam keadaan tersebut bayi diusahakan agar dapat terus bersama ibu karena menyusui dapat meredakan ketegangan, memberikan ketenangan kepada ibu dan bayi, serta meningkatkan tali kasih keduanya.

Dari pertemuan di hari kedua itu, para ibu tersebut minta pada TIM untuk dibantu dalam pengadaan beberapa bahan kebutuhan bayi yang mereka anggap sangat penting seperti minyak kayu putih/minyak telon, dan bedak salicyl yang konon sangat sulit didapat saat itu. Keadaan cuaca yang sangat dingin di malam hari (suhu udara luar berkisar 15°C) membuat bayi-bayi dan balita merasakan kedinginan terlebih karena harus tidur di tenda-tenda darurat. Anak-anak dan balita juga banyak mengalami gatal-gatal pada kulit juga banyak yang terkena penyakit ISPA akibat debu yang berasal dari reruntuhan bangunan dan sanitasi yang buruk.

Pada hari ketiga, Dr. Wirastari Marnoto, SpA, IBCLC, Dr. Edi Tehuteru, SpA, IBCLC, dan Hesti Kristina P. Tobing, SKM datang dari Jakarta dan bergabung dengan tim melakukan konseling juga edukasi kepada beberapa ibu. Dari penggalangan dana pribadi mereka membawa bahan-bahan kebutuhan bayi seperti yang diminta ibu-ibu setempat juga beberapa barang tambahan yang diperkirakan akan dibutuhkan di lokasi bencana tersebut seperti kaos kaki bayi, selimut, juga sandal jepit. Walau jumlahnya terbatas, namun ibu-ibu sangat gembira mendapatkannya. Pada kesempatan itu juga dilakukan kunjungan ke tenda-tenda kesehatan yang dibangun oleh Depkes dan Depsos. Beberapa ibu postpartum yang melahirkan di tenda-tenda darurat dikonseling dan dimotivasi untuk memberikan ASI pada bayinya. Sebelum kembali ke penginapan, Tim menemui Kepala Desa atau Lurah di Desa Pengalengan yang adalah seorang wanita untuk membantu mengumpulkan ibu-ibu di daerahnya untuk hadir dan diberi penyuluhan serta bimbingan oleh TIM. Kepala Desa sangat antusias menerima tawaran itu. Beberapa Kader KB dikerahkan untuk mengumpulkan ibu-ibu hamil dan menyusui untuk datang di esok hari.

Pada hari ke-empat, Tim melakukan penyuluhan dan bimbingan kepada sekitar 125 orang ibu yang terdiri dari 100 ibu menyusui dan 25 ibu hamil. Mereka dimotivasi untuk tetap memberikan ASI pada bayi-bayi terutama yang berusia kurang dari 6 bulan. Tim juga menyampaikan manfaat ASI dan kerugian susu formula pada bayi. Juga diajarkan tentang posisi dan pelekatan yang baik pada proses menyusui. Para ibu juga diingatkan bahwa jika ada sumbangan berupa susu formula, sebaiknya ditolak atau jika sudah terlanjur diterima, tidak boleh diberikan pada bayi dan disarankan diberikan untuk anak berusia 2 tahun lebih atau diminum orangtuanya. Antusiasme ibu sangat besar dalam merespon kegiatan ini. Bahkan beberapa ibu yang sudah terlanjur memberikan susu formula pakai dot minta dilakukan relaktasi agar dapat menyusui kembali. Setelah dilakukan penyuluhan, dilakukan bimbingan kepada ibu-ibu tersebut. Mereka dibagi dalam kelompok-kelompok kecil yaitu kelompok ibu hamil, kelompok ibu yang mempunyai bayi di bawah 6 bulan, kelompok ibu yang mempunyai bayi di atas enam bulan atau balita di bawah 2 tahun dan ibu-ibu yang ingin relaktasi. Pada hari itu juga Dr. Heny berhasil menggalang dana dari para anggota AIMI juga dari dana pribadi para konselor untuk membelikan tambahan kebutuhan-kebutuhan bayi yang masih kurang. Barang-barang tersebut berhasil dibeli dalam jumlah yang sudah lebih banyak di Bandung karena persediaan di toko-toko terdekat sudah tidak ada lagi. Dari bimbingan yang dilakukan oleh Tim, ternyata ibu-ibu hamil di sana sama sekali belum pernah mendengar tentang Inisiasi Menyusui Dini (IMD) yang konon di Jakarta istilah itu sudah sangat populer. Mungkin sosialisasi tentang IMD harus lebih diingkatkan lagi karena IMD adalah langkah awal dari 4 kebijakan tentang Pemberian makan pada bayi (yang direkomendasikan oleh UNICEF, WHO, dan IDAI pada tanggal 7 Januari 2005) yaitu:

1. Memberikan Air Susu Ibu (ASI) segera setelah lahir – dalam waktu 1 jam pertama.

2. Memberikan hanya ASI saja atau ASI eksklusif sejak bayi lahir sampai umur 6 bulan.
3. Memberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) pada bayi mulai umur 6 bulan.
4. Tetap memberikan ASI sampai anak umur 2 tahun atau lebih.

Pada hari terakhir, konseling dilakukan kembali di wilayah Desa Pengalengan dan seluruh tim dari Perinasia kembali ke Jakarta. Setiap hari terus dipantau apakah ada donatur yang memberikan sumbangan susu formula. Ternyata memang ada. Semoga ibu-ibu menyusui yang ditinggalkan menghayati pesan-pesan yang diberikan oleh Tim Konselor sehingga berharap bahwa hal itu tidak akan mempengaruhi usaha ibu-ibu tersebut untuk tetap memberikan ASI pada bayinya. *(Hesti Tobing)*

### CATATAN PENTING:

Langkah-langkah praktis untuk mengurangi risiko pemberian susu formula dan produk pengganti ASI lainnya pada situasi darurat:

#### YANG TIDAK BOLEH DILAKUKAN:

- Meminta atau menerima sumbangan produk-produk pengganti ASI (susu formula, makanan dan minuman bayi), termasuk botol dan dot.
- Mendistribusikan sumbangan-sumbangan susu formula dan produk pengganti ASI lainnya.
- Memasukkan produk-produk pengganti ASI termasuk botol dan dot sebagai bagian dari paket sembako yang dibagikan kepada korban bencana.
- Mendistribusikan susu formula tanpa memberikan penyuluhan dan melakukan kunjungan kepada penerima bantuan sebagai bagian dari tindak lanjut penggunaan produk pengganti ASI.
- Memberikan sampel secara gratis dari produk-produk pengganti ASI.
- Mendorong penggunaan botol dan dot (yang berisiko tinggi terkontaminasi dan penyiapan yang sulit dalam situasi darurat).
- Mendistribusikan susu bubuk sebagai produk tunggal.
- Menggunakan produk dengan merk berbahasa asing yang tidak mematuhi Kode Etik Pemasaran Produk Pengganti ASI.
- Membiarkan distribusi bantuan produk-produk pengganti ASI terjadi tanpa melakukan tindakan.
- Meremehkan kemungkinan untuk mempertahankan menyusui, relaktasi, ibu susu, atau penggunaan ASI perah pada situasi darurat.

#### YANG HARUS DILAKUKAN:

- Pengadaan lokal untuk memenuhi kebutuhan.
- Menyimpan sumbangan yang tidak dikehendaki hingga instansi pemerintah yang bertanggung jawab untuk koordinasi dan UNICEF menyusun rencana penggunaan maupun pemusnahannya.
- Pendistribusian produk pengganti ASI kepada bayi yang membutuhkan, hanya boleh dilakukan setelah mendapatkan saran dari petugas kesehatan yang telah dilatih mengenai pemberian makanan pada bayi dalam situasi darurat.
- Memberikan penyuluhan, demonstrasi dan pelatihan oleh tenaga kesehatan terlatih mengenai penyiapan susu botol yang aman bagi bayi-bayi yang membutuhkannya. Tindak lanjut secara rutin termasuk pemantauan berat badan bayi.
- Memberikan susu formula untuk bayi yang membutuhkan, dalam jumlah yang sesuai kebutuhan dan selama dibutuhkan.
- Mendukung penggunaan cangkir atau gelas untuk pemberian susu dan tidak mempromosikan penggunaan botol dan dot.

- Mendistribusikan susu bubuk yang terdapat dalam bubur instan.
- Memilih produk berbahasa Indonesia dan dengan label yang memenuhi persyaratan Kode Etik Pemasaran Pengganti ASI.
- Menghentikan donasi-donasi tersebut dengan memberikan informasi kepada pers, instansi/organisasi terkait, pemerintah, WHO, dan UNICEF.
- Memberikan informasi penting dalam Pedoman Operasional Mengenai Pemberian Makanan Pada Bayi dan Anak Dalam Situasi Darurat.
- Memantau dan melaporkan pelanggaran-pelanggaran terhadap Kode Etik Pemasaran Produk Pengganti ASI dan Pedoman Operasional Mengenai Pemberian Makanan Pada Bayi dan Anak Dalam Situasi Darurat dengan menggunakan formulir dari IBFAN-ICDC (Formulir tersebut terdapat di <http://www.ibfan.org/site2005/Pages/article.php?artid=418&iui=1>)
- Memberikan dana untuk mendukung upaya-upaya peningkatan pemberian ASI.

(Diadaptasi oleh UNICEF dari "ICDC Focus Newsletter: The Code and infant feeding in emergencies" by IBFAN, May 2009.)



Tim memberikan pendidikan tentang Manfaat ASI pada Para Ibu Hamil dan Menyusui Korban Gempa di dalam bangunan darurat dari bambu



Tim Laktasi Siaga Bencana PERINASIA diantara tenda-tenda darurat: Dr. Edi, Dr. Heny, Hesti Tobing, Dr. Wirastari, Dr. Toety, Bu Sientje, dan Bu Titi

Doc. foto: Marnoto