



# Buletin perinasia

menuju persalinan aman dan bayi baru lahir sehat

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

Tahun XVI, Nomor 3, Edisi Oktober-Desember 2009

## Pelayanan Pasca Persalinan Maternal dan Neonatal Terpadu

(Suatu Tinjauan Pustaka)

oleh : Yudianto Budi Saroyo

### LATAR BELAKANG

Masa nifas untuk seorang ibu melahirkan dan masa neonatus merupakan masa yang rentan. Kurangnya kesadaran dan perhatian dari petugas kesehatan dan keluarga menyebabkan mortalitas dan morbiditas ibu dan bayi menjadi tinggi. Kematian maternal dan neonatal yang tinggi sebagian besar terjadi di negara berkembang.

Di Indonesia, menurut Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2007 angka kematian maternal (angka kematian ibu/AKI) saat ini sebesar 248 per 100.000 kelahiran hidup dan kematian bayi sebesar 26,9 per 1.000 kelahiran hidup. Kematian saat bersalin dan 1 minggu pertama diperkirakan 60% dari seluruh kematian maternal. Sekitar 25% sampai 50% kematian neonatal terjadi dalam 24 jam pertama. Sekitar 75% kematian neonatal terjadi dalam minggu pertama.

Berbagai studi mengenai kunjungan rumah lebih banyak membahas mengenai masalah neonatus. Kunjungan pasca persalinan untuk ibu lebih sedikit tercatat dalam kepustakaan. Padahal pada saat kunjungan pada neonatus, dapat juga dilakukan penilaian untuk ibu.

Tujuan penulisan ini untuk meninjau apakah kunjungan rumah untuk ibu dapat dilakukan saat bidan/tenaga terlatih melakukan kunjungan pasca persalinan untuk neonatus dalam bentuk pelayanan terpadu.

### Lebih Mengetahui Kematian Maternal dan Neonatal: Kapan Terjadinya?

Sebagian besar kematian maternal terjadi pada trimester ketiga dan 1 minggu pasca persalinan. Kematian neonatal terjadi sangat tinggi pada minggu pertama kehidupan (25-45% dari seluruh kematian neonatal).

### Bagaimana kejadian kematian maternal dan neonatal?

Penyebab kematian maternal berturut-turut yaitu :

1. Perdarahan
2. Penyakit hipertensi dalam kehamilan.
3. Infeksi/sepsis
4. Persalinan macet
5. Aborsi tidak aman
6. Penyebab tidak langsung

Pemisahan penyebab langsung dan penyebab tidak langsung kematian maternal harus dilakukan karena berkaitan dengan strategi intervensi dan implikasinya.

Sedangkan penyebab kematian neonatal yaitu :

1. Infeksi (termasuk pneumonia, tetanus dan diare)
2. Prematur/BBLR
3. Asfiksia
4. Kelainan kongenital

### DAFTAR ISI

Pelayanan Pasca Persalinan Maternal dan Neonatal Terpadu .....	1
Kalender Ilmiah .....	6
Peringatan Hari Ibu dan Promosi ASI .....	7
Surat untuk Alissa .....	7
Berita Organisasi .....	6

### REDAKSI

Penanggung jawab  
Trijatmo Rachimhadhi

Pemimpin redaksi  
Effek Alamsyah

Editor  
Rulina Suradi

Redaktur pelaksana  
Sari Handayani  
Hesti K.P. Tobing

Sekretariat  
Eka Susanti  
Bedjo Sardjono  
Andreas Supartono  
Anjar Kristantoro

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

ISSN: 0215 - 9422

TERBIT SETIAP 3 BULAN

Kematian neonatal dini diperkirakan mencapai 75% dari seluruh kematian neonatal dan pencegahan keadaan ini tergantung pada perhatian mengatasi penyebabnya, terutama asfiksia dan prematuritas. Masyarakat miskin paling rentan pada keadaan ini. Untuk mengurangi kematian neonatal secara bermakna maka cakupan pelayanan selama persalinan dan pelayanan pasca persalinan harus dapat menjangkau masyarakat miskin dan populasi yang sulit mendapatkan akses pelayanan kesehatan.

Dimana terjadi kematian maternal dan neonatal?

Kematian maternal tampak lebih banyak terjadi di rumah sakit. Hal ini dapat diterangkan dengan model 3 terlambat terjadi pada kematian maternal maupun neonatal. Keterlambatan mengenali dan pengobatan komplikasi yang mengancam jiwa, lebih banyak berkaitan dengan kemampuan dan kualitas pelayanan kesehatan. Sedangkan keterlambatan mencapai fasilitas kesehatan lebih berkaitan pada rantai rujukan dan terkadang terdapat kendala pada masyarakat.

Masyarakat yang mempunyai risiko kematian maternal lebih besar adalah masyarakat miskin dan tinggal di daerah pedesaan yang mempunyai keterbatasan akses mendapat pelayanan kesehatan.

Pada kematian neonatal, tempat persalinan mempunyai kontribusi cukup besar (tabel 3).

TABEL 3	Mortality setting			
	NMR > 45	NMR 30–45	NMR 15–29	NMR < 15
Jumlah kematian neonatal dalam ribuan (jumlah negara)	1147 (18)	1759 (39)	838 (40)	254 (95)
Persalinan di RS/Institusi kesehatan (IQR)*	33% (16–49)	48% (18–78)	65% (51–91)	98% (95–99)
Persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih (IQR)*	41% (22–44)	50% (27–77)	85% (62–96)	99% (95–100)
Persalinan oleh dukun (IQR)†	20% (18–25; 7 countries)	18% (8–37; 21 countries)	9% (1–31; 16 countries)	9% (9–41; 3 countries)

Intervensi apa yang dapat menurunkan kematian maternal dan neonatal?

Banyak intervensi yang telah terbukti bermanfaat, namun tidak ada yang merupakan intervensi tunggal dalam menurunkan angka kematian di populasi. Strategi akan berhasil bila intervensi dilaksanakan dalam satu paket kegiatan secara efektif dan lebih nyata bila cakupan kegiatan pada populasi cukup luas. Untuk neonatal dan maternal pasca persalinan, risiko kematian menurun setelah 2 hari (48 jam).

Bukti efektivitas intervensi pada saat pasca persalinan dapat dilihat pada tabel.

Tabel 1. Bukti tingkat efektivitas intervensi pada masa pasca persalinan.

- I. Terbukti tidak bermanfaat.
- II. Tidak ada bukti bermanfaat.
- III. Manfaatnya belum pasti.
- IV. Terbukti efektif. Terbukti efektif namun tidak ada data tingkat efektivitasnya dalam skala besar.
- V. Terbukti efektif dan efisien termasuk untuk skala besar.

Ada berapa kegiatan pasca persalinan & apa saja jenis pelayanan? Paket intervensi pasca persalinan meliputi 3 kegiatan pokok yaitu:

1. Tatalaksana bayi berat badan lahir rendah '*Extra community based care*' (family-community care)
  - Kunjungan rumah; dukungan ASI eksklusif, pencegahan hipotermi dan perawatan tali pusat yang higienis; pengenalan tanda-tanda bahaya dan rujukan kasus
2. Manajemen Pneumonia berbasis komunitas (family-community care)
  - Diagnosis berbasis Algoritma dan manajemen pneumonia, termasuk pemberian antibiotik oral.
3. Paket pelayanan neonatal emergensi
  - Fasilitas kesehatan untuk kasus neonatus sakit, terutama untuk kasus infeksi neonatus, prematuritas dan asfiksia

Jenis pelayanan yang dipergunakan dalam melakukan intervensi dalam kesehatan neonatal meliputi :

1. Pelayanan berbasis fasilitas kesehatan, yang berisi tenaga kesehatan yang terampil dan kompeten dalam menangani kasus akut dan darurat/emergensi. Syarat tenaga kesehatan yang terampil (secara individual) adalah terlatih secara adekuat, peralatan yang memadai dan selalu disupervisi. Keterampilan yang harus dimiliki tercakup dalam PONED.
2. Kunjungan (*Outreach*), dirancang untuk memenuhi kebutuhan secara umum. Keterampilan dan pelatihan yang dibutuhkan jauh lebih sederhana dibandingkan tenaga kesehatan. Pelayanan bersifat periodik dan tidak menetap. Contoh pelayanan ini seperti program imunisasi, posyandu ataupun terapi profilaksis antimalaria.
3. Pelayanan berbasis komunitas dan keluarga, merupakan usaha swadaya masyarakat dalam menerapkan praktek kesehatan praktis untuk mengatasi masalah kesehatan di masyarakat. Pelayanan ini bertumpu pada pemberdayaan komunitas dan individu anggota masyarakat (kader, tokoh adat, tokoh masyarakat/agama dll). Bentuk pelayanannya sangat beragam sesuai kondisi masyarakat.

Dari studi yang dilakukan oleh Zulfiqar A. Bhutta, dkk (2008) terdapat beberapa pihak yang dapat membantu dalam usaha menurunkan angka morbiditas dan mortalitas maternal yaitu dukun terlatih, kader kesehatan dan tenaga kesehatan. Sedangkan intervensi untuk maternal terbatas pada kesehatan mental pasca bersalin. Masalah kontrasepsi tampaknya bukan hal yang diteliti.

Studi tersebut antara lain seperti Manandhar (2004) melakukan studi tentang kunjungan fasilitator ke kelompok perempuan. Perbaikan terjadi pada kunjungan antenatal, persalinan di institusi, penolong persalinan (bidan) dan perawatan yang bersih. Kunjungan pada ibu hamil menunjukkan hasil penurunan kematian maternal dan neonatal (Jokhio, 2005). Kunjungan pada ibu/kelompok ibu-ibu menunjukkan perbaikan dalam persiapan persalinan dan persalinan bersih serta perbaikan dalam merawat bayinya (Darmstadt et al, 2005). Kunjungan pada ibu hamil, 24 jam setelah melahirkan dan 4 kali dalam 1 bulan pertama, terbukti meningkatkan persalinan yang ditolong oleh tenaga terlatih (18% menjadi 30%) dan penurunan persalinan di rumah (76% menjadi 65%) (Bhutta, 2008). Sedangkan untuk tenaga kesehatan perlu dilakukan peningkatan kemampuan dan ketrampilan dalam bentuk pelatihan bagi petugas. Peter (2005) dan kawan-kawan menunjukkan keterlibatan dalam acara adat yang diidentifikasi acara adat yang sejalan dengan misi kunjungan rumah, dapat digunakan sebagai media pertemuan petugas kesehatan dan masyarakat. Semua peneliti/studi tersebut menunjukkan bahwa kunjungan pasca persalinan menguntungkan baik bagi ibu maupun neonatus.

	Tingkat bukti	Pengurangan (%) kematian neonatus ataupun morbiditas bila intervensi dijalankan/ risiko mayor tertentu (rentang efek)
Resusitasi neonatus	IV	6–42%
ASI eksklusif	V	55–87%
Tatalaksana pencegahan hipotermi	IV	18–42% <sup>13</sup>
Perawatan metode kanguru untuk BBLR (di fasilitas kesehatan)	IV	Insidens infeksi: 51% (7–75%)
Manajemen Pneumonia berbasis komunitas	V	27% (18–35%)

### Meningkatkan kualitas pelayanan

Sedikitnya petunjuk mengenai bagaimana meningkatkan kualitas pelayanan maternal mendasari kompleksitas isu ini. Penyedia jasa secara individual merupakan pusat kualitas, dan performa mereka dapat dikatakan bergantung pada kompetensi, motivasi dan sumber yang tersedia. Melebihi level pekerja kesehatan secara individual, kapasitas manajemen yang adekuat diperlukan untuk meyakinkan koordinasi dan organisasi pelayanan yang baik, termasuk penyediaan, pelatihan dan komunikasi. Sistem kesehatan lokal tidak bekerja dalam kekosongan. Secara keseluruhan sistem kesehatan berkaitan dengan bagaimana manajer dan pekerja kesehatan berperilaku (gaji, skala, suplai, dll). Untuk mengatasi masalah yang kompleks dan berbelit ini, pendekatan yang berfokus pada pekerja kesehatan individual perlu dilakukan dengan kerja keras untuk memperkuat seluruh kapasitas manajemen. Peningkatan kualitas manajemen membutuhkan respons konteks sensitif.

Dalam pandangan spesifik waktu dan tempat konfigurasi dari elemen-elemen yang digambarkan sebelumnya, pendekatan berdasarkan *blue print* tidak menguntungkan. Sebaliknya, yang harus ditingkatkan adalah komitmen untuk memfasilitasi pelayanan manajemen yang responsif dan terorganisir.

### Titik awal: mengerjakan pendidikan medis

Pelatihan dasar pekerja kesehatan harus memasukkan perlahan-lahan esensi kompetensi, keahlian, dan perilaku yang disesuaikan dengan kenyataan di lapangan yang berubah. Investasi yang lebih banyak dibutuhkan pada sistem pelatihan, termasuk untuk staf, untuk menjamin proses sosialisasi yang menyeluruh. Kelompok pekerja kesehatan yang responsif dapat dibentuk pada suatu pelatihan cross-professional horizontal di mana modul ditambahkan untuk fungsi kompetensi yang dibutuhkan dan dilengkapi validasi kelulusan melalui proses yang transparan.

### Apa yang dapat dilakukan pelayanan dalam pelatihan?

Sekali menjalankan pelayanan, melanjutkan pendidikan medis dengan dasar pendekatan pendidikan bisa menimbulkan akibat: pengetahuan itu penting, namun dengan pengetahuan ini tidak cukup untuk membuat perubahan pada perilaku praktisioner.

Sebaliknya, syarat kesempatan untuk belajar aktif (diskusi kasus, sesi praktek langsung, dan workshop interaktif), dengan program sekuensial longitudinal (blajar-bekerja-belajar) dan perlengkapan materi pendidikan pasien, *flow chart*, dan pedoman klinis merupakan hal-hal yang efektif.

Penilaian kebutuhan belajar, interaksi antara pengajar dan yang diajarkan, dan kesempatan untuk mempraktekkan apa yang telah dipelajari juga sangat penting. Pendidikan klinis berkelanjutan dapat dihubungkan dengan sertifikasi reguler dan akreditasi dari yang menyediakan untuk memastikan terjaganya kompetensi dan akuntabilitas. Paket belajar dengan komputer dan belajar jarak jauh menunjukkan hasil yang bervariasi dan kemungkinan sulit dipertahankan.

### Peningkatan pendekatan manajemen

Lebih sedikit petunjuk yang ada mengenai perbaikan kapasitas operasional dan manajemen, dan sebenarnya tidak ada yang tersedia secara teknis seperti audit klinis. Dirilisnya data pekerjaan rumah sakit kepada masyarakat tampaknya berkaitan dengan perbaikan pada hasil kerja di bidang kesehatan, terutama responsivitas rumah sakit, tapi tidak ada bukti yang jelas untuk negara-negara berkembang. Sebaliknya, supervisi yang mendukung memiliki setidaknya efek jangka pendek dalam performa dan dapat dihargai oleh staf sebagai tanda dukungan organisasi, dan meningkatkan motivasi mereka. Untuk mendukung motivasi staf yang baik, manajer juga sebaiknya menyediakan pemberian upah yang sesuai dan kondisi kerja yang adekuat. Selain pendekatan-pendekatan ini, manajer pelayanan kesehatan dapat menyebarkan strategi yang bertujuan untuk meningkatkan keterlibatan dan komitmen staf.

### Bekerja pada ruang lingkup yang lebih besar

Sistem institusi yang lebih besar (hukum dan norma), yang menuntun sektor kesehatan, juga memiliki peran. Faktor-faktor ini mempengaruhi ruang lingkup keputusan manajer, dan dapat secara langsung mempengaruhi praktek tenaga kesehatan pada level operasional.

### Keengganan menggunakan pelayanan

Tenaga terlatih membutuhkan dukungan infrastruktur untuk mempraktekkan keahlian mereka.

Bukti dari banyak negara berkembang dengan penurunan besar dimana mortalitas ibu masih tinggi menunjukkan tidak adanya staf dan fasilitas yang merupakan hambatan substansial untuk berkembang. Tenaga teknis mempunyai kekuatan manajerial yang terbatas dan dibebani oleh banyak pekerjaan rutin dan administratif non-teknis.

Meskipun banyak pilihan, keputusan didasarkan atas adanya infrastruktur, staf, kebijakan dan peraturan, keterbatasan pada perekrutan masyarakat karena pengaruh fiscal dan donor; kecenderungan staf dan pengaruh konsultasi medis.

Di Indonesia, asisten bidan, seperti perawat tanpa pelatihan kebidanan memperluas pekerjaan bidan selama pelayanan antenatal dengan melakukan tes skrining dan bantuan selama persalinan dan kunjungan postpartum.

Peraturan terkait bidan, perawat dan provider komunitas dapat memberikan pelayanan untuk menyelamatkan hidup adalah hal yang penting.

Indonesia berusaha untuk mengkompensasi dukun desa dengan subsidi dengan dana masyarakat untuk bidan tahun pertama. Karena fertilitas yang rendah, pendapatan dari keluarga untuk kelahiran bayi tidak dapat menjamin kehidupan sebagian besar bidan desa.

Pemerintah berusaha untuk mengatasi distribusi yang tidak adekuat dengan menginstruksikan lulusan klinis untuk bekerja di daerah terpencil atau pemberian insentif untuk daerah terpencil hanya mencapai keberhasilan yang minimal.

Pilihan untuk meningkatkan cakupan dimana suplai terbatas Untuk menguji bidan yang mendapat pelatihan singkat (disebut asisten bidan) versus bidan yang dilatih dalam jangka lama, sebenarnya mencapai cakupan yang lebih besar selama 10 tahun. Banglades merupakan contoh penurunan ekstrim dengan hanya 13% dengan pertolongan provider terlatih pada tahun 2001-2003.

Diantisipasi bahwa 3-4 bidan bersama-sama dalam tim dengan jumlah asisten bidan dua kali lipat merupakan jumlah minimal yang diijinkan untuk 24 jam, 7 hari seminggu.

Bekerja di fasilitas dalam sebuah tim membuat bidan membantu lebih banyak kelahiran dibandingkan bekerja sendiri. Persalinan di fasilitas dengan tim campuran meningkatkan cakupan lebih dari 10 tahun menjadi antara 23%-40% kelahiran dibandingkan dengan pertolongan sendiri.

Persalinan dengan fasilitas lebih efisien dibandingkan dengan persalinan di rumah. Jika beban kasus di fasilitas lebih besar, pelayanan di fasilitas tersebut akan lebih murah daripada persalinan di rumah.

#### Kesimpulan

Pesan untuk semua wanita yang dapat mengakses pelayanan, adalah wanita membutuhkan perlindungan, standar harus ditingkatkan, pelayanan harus lebih menghargai dan personel kesehatan yang menemani mereka harus diberikan gaji dan diatur secara tepat.

Pilihan untuk melatih dukun pada daerah yang sangat kekurangan.

1. Melatih pekerja komunitas *multipurpose* ilmu kebidanan (asisten bidan) selama 6 bulan untuk bekerja sendiri dengan persalinan di rumah. Asisten bidan harus menghubungkan ibu dengan pelayanan yang mendukung. Pada data di Bangladesh, pekerja seperti ini mengikuti sekitar 20 persalinan per tahun.
2. Melatih pekerja komunitas *single purpose* ilmu kebidanan (asisten bidan) selama 6 bulan untuk menyediakan jasa persalinan. Dari data di Indonesia, penyedia jasa persalinan rumah dapat mengikuti sekitar 50 persalinan per tahun.
3. Perbaiki serentak pada sistem kesehatan ibu termasuk bangsal rumah sakit ibu dengan adanya staf bidan dan dokter ahli kebidanan, juga staf yang mendukung.
4. Pilihan yang serupa dengan pilihan 3, namun setiap bidan menjalani sekitar 220 persalinan per tahun, berdasarkan data observasi di Afrika.
5. Tim campuran termasuk satu bidan untuk dua asisten bidan yang bersama-sama menjalani 175 persalinan setiap tahun.
6. Tim campuran antara lain satu bidan untuk setiap dua asisten bidan yang bersama-sama menjalani 220 persalinan setiap tahun.

#### *Panel 1: Meningkatkan keselamatan ibu: berhubungan dengan Millennium Development Goals (MDGs) lainnya*

MDG-1: penurunan kemiskinan: perbaikan kesehatan pelayanan kesehatan ibu, yang ada dan sesuai tidak hanya dapat membantu mengurangi jumlah jarak kematian ibu antara orang kaya dan miskin, tapi juga mengurangi efek ekonomi pada keluarga miskin, baik akibat hutang pembayaran kepada pelayanan kedaruratan dan akibat kematian atau ketidakmampuan dari anggota keluarga produktif yang penting dalam rumah tangga.

MDG-3: hak kuasa wanita: kematian ibu tinggi ketika status wanita rendah, terutama yang berkaitan dengan tingkat pendidikan.

MDG-4: keselamatan anak: strategi intrapartum dan segera setelah lahir akan mengurangi beban banyak akibat kematian neonatal, dan peningkatan keselamatan ibu juga akan meningkatkan keselamatan dan kehidupan yang baik dari bayi.

MDG-6: penyakit infeksi: pelayanan ibu yang baik menyediakan kesempatan untuk mencegah dan menatalaksana malaria pada ibu & bayi, dan mencegah transmisi HIV dan infeksi menular seksual lain dari ibu ke bayi.

#### *Panel 2: Hak-hak manusia, pemberdayaan perempuan, dan pendekatan mobilisasi masyarakat*

Kunci untuk mengurangi kematian ibu terkadang disarankan menggunakan cara yang berbasis luas, seperti perbaikan pendidikan ibu, pendapatan, atau status. Tidak ada ketidakyakinan dan sedikit kontroversi, mengenai kebutuhan dari cara tersebut dalam suatu agenda pembangunan. Cara-cara untuk meningkatkan faktor-faktor penentu kesehatan ibu ini berjangka menengah sampai jangka panjang, namun faktor-faktor ini juga menyebabkan kondisi yang lebih baik untuk intervensi yang lebih dekat (seperti dibangunnya pelayanan persalinan yang terlatih karena kebutuhan) untuk kesuksesan dalam area jangkauan masyarakat dan dalam mempertahankan. Peningkatan pendidikan perempuan, contohnya, merupakan suatu gambaran intervensi yang besar, yang akan menghasilkan beberapa titik akhir, tidak hanya dari segi yang berhubungan dengan kesehatan. Terdapat juga intervensi jarak jauh, yang pada kenyataannya menjadi alat untuk mengubah intervensi seperti, hak-hak manusia, pemberdayaan perempuan, atau mobilisasi masyarakat. Sebagai contoh, hak manusia berdasarkan pendekatan untuk mengurangi kematian ibu menyebabkan wacana kerja berdasar hukum atau pembangunan, atau keduanya untuk memperkuat politik dan intervensi program, seperti menargetkan sumber daya untuk masyarakat miskin dan terlantar.

#### *Panel 4: Mengikuti perkembangan kesehatan ibu*

Semua kesempatan harus didapatkan untuk mengumpulkan data. Sedikitnya, rata-rata kematian harus memisahkan aborsi dari penyebab obstetrik langsung lain, dan penyebab *coincidenta* harus diidentifikasi dalam statistik kematian ibu.

#### Indikator

- Jumlah total kematian ibu, berdasarkan penyebab
- Rasio kematian ibu, berdasarkan penyebab
- Rasio bidan terhadap populasi masyarakat
- Tersedianya fasilitas pelayanan obstetrik dasar dan komprehensif per 500.000 populasi
- Proporsi kelahiran yang dibantu tenaga kesehatan terlatih di tempat bersalin.
- Proporsi kelahiran dengan seksio sesaria.
- Proporsi kelahiran dengan *life saving surgery*
- Proporsi wanita yang tinggal di fasilitas kesehatan selama 24 jam atau lebih setelah persalinan
- Angka kematian pada wanita usia reproduktif

Perkembangan tidak dapat dinilai hanya dengan angka kematian ibu, karena kebijakan membutuhkan dasar pemahaman yang baik akan mekanisme yang menyebabkan perubahan dalam angka kematian. Telah disarankan indikator untuk mengikuti perkembangan dengan strategi pelayanan intrapartum pusat kesehatan. Pengawasan penggunaan pelayanan dengan parameter yang jelas penting untuk memperkirakan perkembangan tersebut.

## Perawatan ibu pasca melahirkan menggunakan ceklis

- Nilai ibu
  - Cek perdarahan
  - Cek suhu
  - Masalah payudara
- Diskusikan tanda bahaya
- Konsultasikan gizi dan jarak kelahiran
- Rujuk jika perlu

## INTERVENSI EFEKTIF IBU DAN NEONATUS (DARI 1-2 JAM SETELAH PERSALINAN SAMPAI 4 MINGGU)

*Diadaptasi dari SAVE THE CHILDREN, SAVING NEWBORN LIVES.*

- ASI eksklusif
- Manajemen suhu
- Perawatan tali pusat dan higienitas
- Pengenalan tanda bahaya dan pencarian pertolongan segera
- Konseling jarak kelahiran
- Perawatan khusus pada bayi kecil
- Pencegahan transmisi HIV dari ibu ke anak
- Manajemen komplikasi, infeksi serius dan ikterus berat dan bayi berat lahir sangat rendah
- Tindak lanjut pada bayi baru lahir yang membutuhkan perawatan khusus.

## INDIKATOR PROGRAM PERAWATAN IBU PASCA MELAHIRKAN

### Untuk ibu pasca melahirkan

- Persentase ibu yang mengetahui paling kurang 2 tanda bahaya pada ibu
- Persentase ibu yang mengetahui paling kurang 2 tanda bahaya pada bayi baru lahir

### Fasilitas dan staf

1. WHO memberikan indikator untuk EMOC (EMERGENCY OBSTETRIC CARE)
  - Untuk setiap 500,000 populasi terdapat paling kurang 4 fasilitas EOC dasar dan 1 fasilitas EOC komprehensif
  - Paling kurang 15% dari seluruh kelahiran berlokasi di fasilitas EOC dasar atau komprehensif
  - Paling kurang 100% wanita diperkirakan memiliki komplikasi obstetri diterapi di fasilitas EOC
  - Persalinan dengan seksio sesaria tidak kurang dari 5% dan tidak lebih dari 15% diantara semua populasi
  - Angka kasus fatal diantara wanita yang mengalami komplikasi obstetrik di EOC kurang dari 1% dengan 24/7 sistem rujukan
2. Persentase pusat kesehatan dengan tenaga dukun terlatih memberikan 24/7 pelayanan
3. Persentase tenaga kesehatan terlatih pada perawatan neonatus esensial
4. Persentase tenaga kesehatan yang telah mendapatkan pelatihan pada EMNOC
5. Persentase fasilitas kesehatan dengan dukungan supervisi rutin
6. Persentase fasilitas kesehatan dengan protokol dan panduan dalam performa dan kualitas peningkatan perawatan ibu dan neonatus esensial termasuk pencegahan infeksi.
7. Persentase kematian ibu dan bayi baru lahir pada semua tingkat

## Kunjungan rumah pada ibu pasca persalinan

Dari berbagai literatur diatas, kunjungan pada ibu yang baru melahirkan hanya sebatas evaluasi kesehatan mental ibu, padahal seharusnya saat kunjungan pada bayi, kesehatan ibu juga dapat dievaluasi secara langsung.

Kunjungan pasca persalinan/kunjungan rumah yang dilakukan di Indonesia oleh bidan desa adalah kunjungan pertama dalam 6 jam, kedua pada 3 hari, kunjungan ketiga pada 2 minggu, dan kunjungan keempat pada 6 minggu setelah persalinan. Yang dilakukan pada kunjungan tersebut ialah pelayanan maternal masa nifas berbasis komunitas meliputi :

- Pelayanan maternal dan neonatal, termasuk pelayanan normal (pemeriksaan fisik, tetes mata neonatus, perawatan tali pusat dan pelayanan imunisasi), nutrisi maternal (obat tambah darah dan vitamin A), tatalaksana komplikasi setelah stabilisasi maupun merujuk)
- Pelayanan kontrasepsi, interval kehamilan, konseling
- Konseling keluarga meliputi:
  - Perawatan neonatus (higienitas, penghangatan, pemberian ASI eksklusif) dan tanda-kesiapan akan tanda bahaya dan komplikasi
  - Nutrisi (termasuk pemberian ASI segera dan eksklusif) dan higienitas
  - Tanda-tanda bahaya komplikasi maternal dan penyakit neonatus yang berkaitan dengan persalinan dan periode post partum, dan tempat meminta pertolongan.
  - Petunjuk mengenai modalitas yang akan dialami ibu dan neonatus, seperti anemia, depresi pasca persalinan, fistula, prolaps uterus, dan infeksi
  - Keuntungan penjarangan kelahiran dan risiko-risiko kebiasaan fertilitas lain (misalnya usia tua, muda).

### Kunjungan pertama setelah melahirkan 6 jam

1. Mengenali perdarahan masif, memberikan pelayanan kedaruratan dan merujuk bila perlu.
2. Identifikasi laserasi yang membutuhkan penjahitan dan merujuk.
3. Mengajarkan kepada Ibu dan keluarga tentang tanda bahaya pada maternal dan neonatal
4. Promosi inisiasi dini menyusui.
5. Mengenali bayi dan komplikasi, memberikan pelayanan kedaruratan dan merujuk bila perlu.
6. Mencegah hipotermia (tidak memandikan neonatus dalam 12 jam pertama dan jaga kehangatan)
7. Memberikan profilaksis mata dan tali pusat.
8. Menimbang bayi

### Kunjungan kedua 3 hari pasca bersalin

1. Mengenali perdarahan masif, memberikan pelayanan kedaruratan dan merujuk bila perlu
2. Mengenali dan menatalaksana masalah menyusui (putting lecet atau terbelah, payudara bengkak, ASI yang sedikit)
3. Memberikan preparat besi, folat dan nasehat pasca bersalin
4. Menasihati pemberian vitamin A
5. Mengenali neonatus yang bermasalah: pola makan kurang, konjungtivitis, infeksi tali pusat, jaundice atau tanda komplikasi lain ataupun merujuk bila perlu.
6. Mengingatkan kembali tanda bahaya pada maternal dan bayi.
7. Promosi imunisasi (BCG, polio dan hepatitis B)

### Kunjungan ketiga 2 minggu pasca bersalin

1. Mengenali masalah pada ibu dan neonatus, memberikan pelayanan kedaruratan dan merujuk bila perlu.

2. Mengenali dan menatalaksana masalah menyusui (puting lecet, mastitis, ASI yang sedikit)
3. Mendiskusikan metoda kontrasepsi termasuk metoda amenore laktasi.

Kunjungan keempat 6 minggu pasca bersalin

1. Konfirmasi involusi uterus
2. Mengenali dan menatalaksana masalah menyusui (puting lecet, mastitis, ASI yang sedikit, pertumbuhan bayi yang kurang memuaskan)
3. Memberikan pelayanan kontrasepsi
4. Promosi pelayanan bagi balita

Kesimpulan

1. Perlu memahami adat istiadat setempat mengingat bahwa sebagian besar pertolongan di daerah terpencil.
2. Tenaga kesehatan di daerah sebagai ujung tombak untuk menurunkan morbiditas & mortalitas perinatal.
3. Pelatihan pada dukun tradisional dapat menurunkan morbiditas maternal.
4. Pentingnya kunjungan pertama dalam masa perinatal. Peningkatan kunjungan ibu pada pelayanan kesehatan umum (dukun terlatih)
5. Pentingnya kunjungan rumah untuk menurunkan mortalitas ibu dan neonatus.
6. Peningkatan kewaspadaan terhadap tanda bahaya untuk ibu dan neonatus.

## Peringatan Hari Ibu dan Promosi ASI

**M**emperingati Hari Ibu ke-81, Forum Peduli ASI Kota Kediri mengadakan *roadshow* dengan acara Tali Kasih untuk Ibu. Program ini sudah dimulai sejak peringatan Hari Ibu tahun 2005, yang bersama dengan Radio Bonansa FM dan beberapa sponsor pendukung menggelar kembali acara yang intinya memberi bingkisan kepada 22 ibu yang melahirkan tepat di Hari Ibu yaitu pada tanggal 22 Desember 2009 (mulai Pk. 00.01 sd 23.59).

Pada peringatan Hari Ibu ke-81 tanggal 22 Desember 2009 bertepatan dengan Hari Selasa, acara dimulai dengan start dari Radio Bonansa FM di Jl KH Agus Salim 134 Kota Kediri Pk. 09.00 WIB. Selain tim dari radio dan FP ASI Kota Kediri, acara kali ini juga bekerjasama dengan PKK Kota Kediri, Lactamil Ibu Menyusui, Pigeon, Konicare, Flexi. Sebelum berangkat untuk berkunjung ke tempat-tempat persalinan (BPS (Bidan Praktek Swasta), RS, RSIA maupun RB), ada sedikit seremonial di lobby Radio Bonansa FM. Diantaranya sambutan dari ketua FP ASI Kota Kediri, berdoa bersama dan menyanyikan "Lagu ASI", yang mengubah lirik lagu Terajana dengan lirik tentang pentingnya pemberian ASI.

Selanjutnya tim yang juga dihadiri Ibu Walikota Kediri selaku Ketua Tim Penggerak PKK menuju tempat tempat persalinan, sesuai data kelahiran yang sudah masuk ke tim pendataan. Yang pertama dikunjungi RB Rien di Jl dr Saharjo dekat terminal Tamanan, RS Ratih, RSUD Gambiran, RSB Nirmala dan seterusnya. Setiap ibu mendapat 5 bingkisan dari sponsor pendukung yaitu dari PKK Kota Kediri, Lactamil Ibu Menyusui, produk perawatan bayi Pigeon, Konicare dan bingkisan dari FP ASI. Acara juga disiarkan langsung melalui 105,1 Bonansa FM dan juga diliput Dhoho TV. Selain pemberian bingkisan dari FP ASI juga memberikan pelatihan teknis bagaimana menyusui yang baik dan benar oleh tim manajemen laktasi, dan secara khusus Ketua FP ASI Kota Kediri dr H Sulaimi Putra Sp Anak mensosialikan UU Kesehatan No. 36 th 2009 yaitu Pasal 128 dan Pasal 129 tentang

## KALENDER ILMIAH

### PELATIHAN KES. REPRODUKSI REMAJA (KRR)

• 24-25 April di Jakarta • 17-18 Juli di Jakarta (khusus KONSELING KRR)

### PELATIHAN PERAWATAN METODE KANGURU (PMK)

• 27-29 Maret di Jakarta • 29-31 Mei di Jakarta • 26-28 Juni di Jakarta

### PELATIHAN MANAJEMEN LAKTASI (PML)

• 27-28 Feb di Jakarta • 13-14 Maret di Jakarta • 24-25 April di Jakarta  
• 8-9 Mei di Jakarta • 19-20 Juni di Jakarta

### PELATIHAN KONSELING MENYUSUI 40 JAM

• 5-9 April di Jakarta • 5-9 Juli di Jakarta

### PELATIHAN RESUSITASI NEONATUS (PRN)

• 11-12 Maret di Jakarta • 20-21 Maret di Semarang • 27-28 Maret di Solo • 1-2 Mei di Jakarta • 8-9 Mei di Semarang • 15-16 Mei di Bandung • 22-23 Mei di Batam

6<sup>th</sup> World Congress of Perinatal Medicine in  
Developing Countries  
"IMPROVING PERINATAL CARE"  
Shangri-la Hotel, Jakarta  
March 8-12, 2010

*Organized by:*

Fetomaternal Jakarta  
Jl. Kimia no. 5 Jakarta Pusat  
Tel: (021) 3915041, Fax: 3928721  
Email: fetomaternal@yahoo.com,  
secretariat@6wcpm\_2010.com  
Website: www.6wcpm\_2010.com

## UJIAN IBLCE 2010

Ujian sebagai konsultan laktasi bersertifikat lembaga internasional (IBCLC) tahun ini akan dilaksanakan pada tanggal 26 Juli 2010. Peserta yang akan mengikuti ujian tahun ini diharapkan sudah memenuhi persyaratan jam pendidikan laktasi 120 jam. Biaya pendaftaran ujian untuk kandidat baru sebesar AUD 180, sedangkan kandidat yang mengulang mendapat potongan, hanya membayar sebesar AUD 100. Tidak seperti tahun lalu, tahun ini tidak ada kursus persiapan ujian oleh IBCLC INDONESIA. Untuk informasi lebih lanjut, hubungi: [ibclc.indonesia@gmail.com](mailto:ibclc.indonesia@gmail.com).

hak bayi mendapatkan ASI eksklusif serta Pasal 200 dan 2001 tentang ancaman hukuman penjara maupun denda jika ada yang dengan sengaja menghambat pemberian ASI pada bayi baik kepada perorangan maupun perusahaan. Sekaligus juga penilaian BPS, RS, RB maupun RSIA Sayang Bayi yang kriterianya antara lain: melaksanakan IMD<sup>1/2</sup> jam setelah lahir, tidak ada *Pre Lacteal Feeding*, tidak ada susu formula/botol, dan adanya rawat gabung. Acara berburu bayi berlangsung sampai jam 11 malam, saat target 22 bayi yang lahir tepat di Hari Ibu sudah terpenuhi. Melelahkan tapi seruu!

Selamat Hari Ibu, jangan lupa ASI tetap nutrisi yang terbaik untuk bayi karena memang sudah disediakan Tuhan untuk bayi manusia.

*(Sulaimi Putra)*

## Surat untuk Alissa...

(sebuah renungan di penghujung tahun 2009)

Alissa, sekitar 20 tahun sudah waktu memisahkan kita. Hmm... sudah terlalu lama semenjak kita sama-sama duduk di bangku SMAN 8 Bukit Duri Jakarta Selatan. Satu hal yang kuingat jelas adalah ketika kita sedang asyik bercerita di luar pagar sekolah usai jam pelajaran terakhir, tiba-tiba kau permisi pulang terlebih dahulu karena bapak dan ibumu sudah datang menjemput. Kulihat sekilas di dalam sebuah sedan kecil, bapak ibumu tersenyum menyambut kedatanganmu. "Keluarga bahagia," pikirku ketika itu. Pastilah bapak dan ibumu amat menyayangimu. Sayangnya aku tidak terlalu banyak tahu tentangmu karena kita memang tidak pernah sekelas.

Namun akhirnya, beberapa bulan lalu di tahun 2009, kita bertemu di dunia maya alias Facebook. Hehehe... senang juga bisa melihat wajahmu, wajah teman-teman satu SMA dulu. Terimakasih untuk penemu Facebook. Hampir setiap malam aku berusaha mencari teman lamaku. Karena sangat ingin menemukannya, aku seolah tidak peduli dengan apa yang tertulis dalam profil mereka. Pokoknya begitu melihat dan ingat wajah serta nama, aku langsung 'add' (tambahkan sebagai teman). Begitu juga ketika melihat wajah dan namamu. Aku lupa siapa yang terlebih dahulu 'meng-add'. Ah, itu tidak penting. Hanya sempat terlintas tanya dalam hatiku, mengapa ada tertulis WAHID di belakang namamu? Ah... itu juga tidak penting, pikirku. Mungkin nama suamimu.

Ketika suatu saat kubuka beranda Facebook, kamu mengatakan sedang resah karena Gus Dur sakit. Ah, saat itupun aku tidak terlalu ingin tahu bagaimana kau mengenal Gus Dur. Tapi tanggal 30 Desember 2009 lalu pk. 18.30 WIB, saat seorang teman menulis di beranda Facebook mengabarkan Gus Dur telah wafat, disitulah aku tahu bahwa kau adalah putri kandung seorang mantan Presiden RI. Oh Alissa... bodohnya aku tidak tahu selama ini...

Padahal aku begitu mengagumi sepak terjang bapakmu dengan guyon-guyon segar yang kadang menjadi kontroversi di negara ini. Pribadi yang tangguh walau dengan begitu banyak keterbatasan fisik. Sosok yang berani berpendapat, jujur dan apa adanya, tidak gentar mengumandangkan apa yang diyakininya benar, walau terkadang kebenaran yang dianutnya dianggap menyakiti hati sebagian orang yang notabene tidak sealiran dengannya. Tapi aku bangga dengan beliau, Alissa. Bapakmu benar-benar adalah guru bangsa ini. Sayang, tidak banyak orang seperti beliau. Tidak heran ketika akhirnya beliau dipanggil menghadap "Si Empunya Hidup" begitu banyak orang yang merasa kehilangan. Termasuk aku. Bangsa ini berduka. Lautan manusia mengantarkannya ke tempat peristirahatannya yang terakhir. Benar apa yang kau tulis di beranda Facebook ketika itu "...*he truly is not mine alone*. Semua orang memilikinya...".

Alissa, di penghujung tahun 2009, seharian aku mengamati proses pemakaman bapak. Walau hanya melalui pesawat televisi, namun pandanganku seolah tidak sempat beralih ke acara lain, seolah tidak mau menyesal jika seandainya momen ini tidak akan pernah ditayangkan ulang. Saat itu juga aku menyaksikanmu sebagai putri tertua menyerahkan jenazah bapak kepada Ketua MPR RI Taufik Kiemas untuk dibawa ke lokasi Pondok Pesantren Tebu Ireng Jombang Jawa Timur untuk disemayamkan dan kemudian dimakamkan.

Ada satu hal lagi yang membuatku sangat kagum pada Almarhum bapak, Lissa. Ketika sebuah stasiun televisi mewawancarai ibumu

dan menyakan tentang kenangan yang paling indah yang pernah dialami ibu ketika bersama bapak. Saat itu dengan mantap ibumu menjawab, "Saat bapak tidak menjadi siapa-siapa, ketika anak-anak baru lahir, bapak yang selalu mengganti popok anak-anak pada tengah malam, menggendongnya dan memberikannya ke saya sehingga saya hanya tinggal menetekinya saja."

Alissa, jawaban sederhana ibumu itu sangat merasuki relung hatiku sampai saat ini, bahkan senantiasa terngiang saat aku menulis surat ini. Kubayangkan betapa bahagianya ibumu memiliki seorang suami ketika itu ya... Andai saat ini banyak yang mengikuti jejak seorang Abdurrahman Addakhil ketika itu.... Luar biasa... bapak benar-benar mendukung ibumu memberikan ASI (air susu ibu) ya Lis... Kembali aku bangga pada bapakmu, Alissa. Pantaslah beliau memiliki putri yang cerdas dan manis-manis tentunya. Karena keempatnya adalah anak-anak ASI kan?

Sayangnya Lis, prosentase pemberian ASI di Indonesia semakin menurun, justru angka pemberian susu formula semakin meningkat. Berdasarkan Survei Demografi Kesehatan Indonesia tahun 1997 prosentase pemberian ASI sebesar 52%, tahun 2002-2003 menjadi 40% dan turun kembali menjadi 32% (SDKI 2007). Sedangkan prosentase pemberian susu formula adalah 17% (SDKI 2002-2003) dan meningkat menjadi 28% (SDKI 2007). Ada apa ini? Sampai-sampai, pada bulan Agustus 2009 lalu, DPR-RI telah mensahkan UU Kesehatan nomor 36 yang didalamnya memuat pasal-pasal yang mengatur tentang pemberian ASI yang merupakan hak bayi (terlampir pasal-pasal terkait). Di satu sisi kita bergembira karena ada peraturan-peraturan tegas yang membela hak bayi untuk mendapatkan ASI. Terus terang saya terlibat aktif dalam memperjuangkan UU tersebut. Namun di sisi lain hati saya miris, mengapa untuk mengasahi sang buah hati yang adalah anugerah yang hakiki dari Sang Pemberi Hidup, kita seolah dipaksa dengan ancaman-ancaman serta pidana-pidana yang membuat bulu kuduk berdiri? Apakah ini bukti ketidakmampuan kita atau pemerintah memperjuangkan suatu kelembutan untuk memenangkan ASI di hati para orangtua, tenaga kesehatan dan penguasa-penguasa yang hanya memikirkan uang dan kepuasan materi semata-mata? Atau sebenarnya kita sudah di puncak kelelahan untuk tetap konsisten memperjuangkan anugerah Tuhan yang luar biasa itu? Entahlah Alissa.... Sayangnya, aku tidak sempat bertanya pada Gus Dur...

(Hesti Tobing)

### Catatan:

#### Lampiran

(Undang-undang Republik Indonesia  
Nomor 36 Tentang Kesehatan)

#### Pasal 128

- (1) Setiap bayi berhak mendapatkan air susu ibu eksklusif sejak dilahirkan selama 6 (enam) bulan, kecuali atas indikasi medis.
- (2) Selama pemberian air susu ibu, pihak keluarga, pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat harus mendukung ibu bayi secara penuh dengan penyediaan waktu dan fasilitas khusus.
- (3) Penyediaan fasilitas khusus sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diadakan di tempat kerja dan tempat sarana umum.

- (1) Pemerintah bertanggung jawab menetapkan kebijakan dalam rangka menjamin hak bayi untuk mendapatkan air susu ibu secara eksklusif.
- (2) Ketentuan lebih lanjut sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah.

### Pasal 200

Setiap orang yang dengan sengaja menghalangi program pemberian air susu ibu eksklusif sebagaimana dimaksud dalam pasal 128 ayat (2) dipidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan denda paling banyak Rp. 100.000.000,00 (seratus juta rupiah).

### Pasal 201

(1) Dalam hal tindak pidana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 190 ayat (1), Pasal 191, Pasal 192, Pasal 196, Pasal 197, Pasal 198, Pasal 199, dan pasal 200 dilakukan oleh korporasi, selain pidana penjara dan denda terhadap pengurusnya, pidana yang dapat dijatuhkan terhadap korporasi berupa pidana denda dengan pemberatan 3 (tiga) kali dari pidana denda sebagaimana dimaksud dalam pasal 190 ayat (1), Pasal 191, Pasal 192, Pasal 196, Pasal 197, Pasal 198, Pasal 199, dan pasal 200.

(2) Selain pidana denda sebagaimana dimaksud pada ayat (1), korporasi dapat dijatuhi pidana tambahan berupa:  
a. pencabutan izin usaha; dan/atau  
b. pencabutan status badan hukum

## BERITA ORGANISASI

### HASIL UJIAN IBLCE 2009

Berdasarkan informasi dari IBCLC INDONESIA, ada 3 (tiga) peserta dari Indonesia yang LULUS dalam ujian IBLCE 27 Juli 2009. Mereka yang berhasil meraih gelar IBCLC adalah:

1. dr. Jeanne Roos Tikoalu, SpA, IBCLC Jakarta
2. dr. Fransiska Handy, SpA, IBCLC Jakarta
3. dr. Mayetti, SpA(K), IBCLC Padang

*SELAMAT buat yang lulus!! Bagi teman-teman yang belum berhasil, TETAP SEMANGAT, TERUS BERJUANG DEMI ASI!!*

### SUSUNAN PENGURUS PUSAT PERINASIA 2009 - 2012

Kongres Nasional X Perinasia telah usai dilaksanakan pada tanggal 5-7 Nopember 2010 di Balikpapan.

Saat ini telah tersusun Kepengurusan Perinasia Pusat periode 2009-2012.

- Ketua umum : dr. Trijatmo Rachimhadhi, SpOG(K)  
Ketua I : Dr. dr. Efek Alamsyah, SpA, MPH  
Ketua II : dr. Rinawati Rohsiswatmo, SpA(K)  
Sekretaris Umum : dr. J. M. Seno Adjie, SpOG  
Sekretaris : dr. Ali Sungkar, SpOG  
Bendahara : dr. Uut Uhudiyah  
Wakil Bendahara : dr. Rosalina D. Roeslani, SpA  
Anggota : dr. Yudianto Budi Saroyo, SpOG  
dr. Anky Tri Rini, SpA  
dr. Aryono Hendarto, SpA(K)  
dr. Bernie Endyarni, SpA  
Yeni Rustina, SKp, MApp.Sc, PhD  
Dra. Harni Koesno, MKM

### PANITIA TETAP (PANTAP) PERINASIA

1. Pantap Perlindungan  
Ketua : Prof. Dr. Ariawan Soejoenoes, SpOG  
Anggota : Prof. Dr. Anna Alisjahbana, SpA(K), PhD  
dr. Imral Chair, SpA(K)
2. Pantap Organisasi dan Nominasi  
Ketua : Prof. Dr. Asril Aminullah, SpA(K)  
Anggota : dr. Bantuk Hadijanto, SpOG(K)  
dr. Mohd. Andalas, SpOG
3. Pantap Ilmiah dan Perencanaan Program  
Ketua : dr. M. Sholeh Kosim, SpA(K)  
Anggota : Prof. dr. Hadi Pratomo, MPH, Dr.PH  
Prof. Dr. dr. Agus Abadi, SpOG(K)
4. Pantap Pendidikan dan Pelatihan  
Ketua : DR. dr. Nani Dharmasetiawani, SpA  
Anggota : Prof. dr. Djauhariah A. Madjid, SpA(K)  
dr. Herman Kristanto, MS, SpOG(K)

### KOORDINATOR PROGRAM

1. Program Resusitasi Neonatus  
Koordinator : dr. Ferdy P. Harahap, SpA  
Wakil : dr. Rudy Firmansyah B. Rifai, SpA
2. Program Manajemen Laktasi  
Koordinator : Prof. dr. Rulina Suradi, SpA(K), IBCLC  
Wakil : dr. Edi Setiawan Tehuteru, SpA, MHA, IBCLC
3. Program Perawatan Metode Kanguru  
Koordinator : Yeni Rustina, SKp, MApp.Sc, PhD  
Wakil : dr. Bernie Endyarni, SpA
4. Program Penatalaksanaan BBLR (untuk Yankes Tingkat I-II)  
Koordinator : dr. B. Wirastari Marnoto, SpA, IBCLC  
Wakil : dr. Eriyati Indrasanto, SpA(K)
5. Program Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR)  
Koordinator : Dra. Ieda Poernomo Sigit Sidi, Psi  
Wakil : dr. Agung Witjaksono, SpOG
6. Program Konseling Menyusui  
Koordinator : Sientje Masoara, MCN  
Wakil : dr. Sri Durjati, MSC, PhD, SpGK, IBCLC
7. Program Pengendalian Infeksi Perinatal  
Koordinator : dr. Kiki Madiapermana, SpA, MKes  
Wakil : dr. Yudianto Budi Saroyo, SpOG

## BERITA DUKA CITA

Keluarga Besar Perinasia turut berduka cita atas meninggalnya:

- Ayahanda dr. Edi Setiawan Tehuteru, SpA  
Jakarta, 20 Nopember 2009
- Ibunda dr. Eric Gultom, SpA  
Jakarta, 16 Desember 2009

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