



PERANGKO BERLANGGANAN  
NO. 06/PRKB/JKTL/WILPOSIV/2011

Tahun XVII, Nomor 3, Edisi Okt 2010 - Jan 2011

## RESUSITASI NEONATUS KONSENSUS 2010

oleh:

**Nani Dharmasetiawani**  
RS Budi Kemuliaan, Jakarta

### PENDAHULUAN

Diperkirakan 10% bayi baru lahir membutuhkan bantuan untuk bernapas pada saat lahir dan 1% saja yang membutuhkan resusitasi yang ekstensif. Penilaian awal saat lahir harus dilakukan pada semua bayi. Penilaian awal itu ialah: apakah bayi cukup bulan, apakah bayi menangis atau bernapas, dan apakah tonus otot bayi baik. Jika bayi lahir cukup bulan, menangis, dan tonus ototnya baik, bayi dikeringkan dan dipertahankan tetap hangat. Hal ini dilakukan dengan bayi berbaring di dada ibunya dan tidak dipisahkan dari ibunya. Bayi yang tidak memenuhi kriteria tersebut, dinilai untuk dilakukan satu atau lebih tindakan secara berurutan di bawah ini:

- Langkah awal stabilisasi (memberikan kehangatan, membersihkan jalan napas jika diperlukan, mengeringkan, merangsang)
- Ventilasi
- Kompresi dada
- Pemberian epinefrin dan/atau cairan penambah volume

Diberikan waktu kira-kira 60 detik (*the Golden Minute*) untuk melengkapi langkah awal, menilai kembali, dan memulai ventilasi jika dibutuhkan. Penentuan ke langkah berikut didasarkan pada penilaian simultan dua tanda vital yaitu pernapasan dan frekuensi denyut jantung. Setelah ventilasi tekanan positif (VTP) atau setelah pemberian oksigen tambahan, penilaian dilakukan pada tiga hal yaitu frekuensi denyut jantung, pernapasan, dan status oksigenasi.



### DAFTAR ISI

Resusitasi Neonatus: Konsensus 2010 .....	1
Kalender Ilmiah .....	4
Heboh Remaja dan Angka .....	5
Analisis Epidemiologis Terkini: MDGs 4 dan 5 di Indonesia .....	6
Berita Organisasi .....	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

Setelah publikasi tahun 2005, telah diidentifikasi beberapa kontroversi dan pada tahun 2010 dibuat kesepakatan. Berikut ini adalah rekomendasi utama untuk resusitasi neonatus:

- Penilaian setelah langkah awal ditentukan oleh penilaian simultan dua tanda vital, yaitu frekuensi denyut jantung dan pernapasan. Oksimeter digunakan untuk menilai oksigenasi karena penilaian warna kulit tidak dapat diandalkan.
- Untuk bayi yang lahir cukup bulan sebaiknya resusitasi dilakukan dengan udara dibanding dengan oksigen 100%.
- Oksigen tambahan diberikan dengan mencampur oksigen dan udara (*blended oxygen*), dan pengaturan konsentrasi dipandu berdasarkan oksimetri.
- Bukti yang ada tidak cukup mendukung atau menolak dilakukannya pengisapan trakea secara rutin pada bayi dengan air ketuban bercampur mekonium, bahkan pada bayi dalam keadaan depresi (lihat keterangan pada Langkah Awal).
- Rasio kompresi dada dan ventilasi tetap 3 : 1 untuk neonatus kecuali jika diketahui adanya penyebab jantung. Pada kasus ini rasio lebih besar dapat dipertimbangkan.
- Terapi hipotermia dipertimbangkan untuk bayi yang lahir cukup bulan atau mendekati cukup bulan dengan perkembangan ke arah terjadinya ensefalopati hipoksik iskemik sedang atau berat, dengan protokol dan tindak lanjut sesuai panduan.
- Penghentian resusitasi dipertimbangkan jika tidak terdeteksi detak jantung selama 10 menit. Banyak faktor ikut berperan dalam keputusan melanjutkan resusitasi setelah 10 menit.
- Penjepitan talipusat harus ditunda sedikitnya sampai satu menit untuk bayi yang tidak membutuhkan resusitasi. Bukti tidak cukup untuk merekomendasikan lama waktu untuk penjepitan talipusat pada bayi yang memerlukan resusitasi.

## LANGKAH AWAL

Langkah awal resusitasi ialah memberikan kehangatan dengan meletakkan bayi di bawah pemancar panas (radian), memposisikan bayi pada posisi menghidu untuk membuka jalan napas, membersihkan jalan napas jika perlu, mengeringkn bayi, dan stimulasi napas.

Membersihkan jalan napas:

- a. **Jika cairan amnion jernih.** Pengisapan langsung segera setelah lahir tidak dilakukan secara rutin, tetapi hanya dilakukan bagi bayi yang mengalami obstruksi napas dan yang memerlukan VTP.

- b. **Jika terdapat mekonium.** Bukti yang ada tidak mendukung atau tidak menolak dilakukannya pengisapan rutin pada bayi dengan ketuban bercampur mekonium dan bayi tidak bugar atau depresi. Tanpa penelitian (RCT), saat ini tidak cukup data untuk merekomendasikan perubahan praktik yang saat ini dilakukan. Praktik yang dilakukan ialah melakukan pengisapan endotrakeal pada bayi dengan pewarnaan mekonium yang tidak bugar. Namun, jika usaha intubasi perlu waktu lama dan/atau tidak berhasil, ventilasi dengan balon dan sungkup dilakukan terutama jika terdapat bradikardia persisten.

### Menilai kebutuhan oksigen dan pemberian oksigen

Tatalaksana oksigen yang optimal pada resusitasi neonatus menjadi penting karena adanya bukti bahwa baik kekurangan ataupun kelebihan oksigen dapat merusak bayi. Persentil oksigen berdasarkan waktu dapat dilihat pada gambar algoritma.

Penggunaan oksimetri nadi (*pulse oximetry*) direkomendasikan jika:

- Resusitasi diantisipasi
- VTP diperlukan lebih dari beberapa kali napas
- Sianosis menetap
- Oksigen tambahan diberikan.

**Pemberian oksigen tambahan.** Target saturasi oksigen dapat dicapai dengan memulai resusitasi dengan udara atau oksigen campuran (*blended oxygen*) dan dilakukan titrasi konsentrasi oksigen untuk mencapai SpO<sub>2</sub> sesuai target. Jika oksigen campuran tidak tersedia, resusitasi dimulai dengan udara kamar. Jika bayi bradikardia (kurang dari 60 per menit) setelah 90 detik resusitasi dengan oksigen konsentrasi rendah, konsentrasi oksigen ditingkatkan sampai 100% hingga didapatkan frekuensi denyut jantung normal.

## VENTILASI TEKANAN POSITIF (VTP)

Jika bayi tetap apnu atau megap-megap, atau jika frekuensi denyut jantung kurang dari 100 per menit setelah langkah awal resusitasi, VTP dimulai.

**Pernapasan awal dan bantuan ventilasi.** Bantuan ventilasi harus diberikan dengan frekuensi napas 40 – 60 kali per menit untuk mencapai dan mempertahankan frekuensi denyut jantung lebih dari 100 per menit. Penilaian ventilasi awal yang adekuat ialah perbaikan cepat dari frekuensi denyut jantung.

**Tekanan akhir ekspirasi.** Banyak ahli merekomendasikan pemberian *continuous positive airway pressure* (CPAP) pada bayi yang bernapas spontan tetapi dengan kesulitan setelah lahir. Penggunaan CPAP ini baru diteliti pada bayi prematur. Untuk bayi cukup bulan dengan gawat napas, tidak ada cukup bukti untuk mendukung atau tidak mendukung penggunaan CPAP di ruang bersalin.

**Alat untuk ventilasi.** Alat untuk melakukan VTP untuk resusitasi neonatus adalah Balon Tidak Mengembang Sendiri (balon anestesi), Balon Mengembang Sendiri, atau *T-piece resuscitator*.

*Laryngeal Mask Airway* (LMA; sungkup larings) disebutkan dapat digunakan dan efektif untuk bayi >2000 gram atau =34 minggu. LMA dipertimbangkan jika ventilasi dengan balon sungkup tidak berhasil dan intubasi endotrakeal tidak berhasil atau tidak mungkin. LMA belum diteliti untuk digunakan pada kasus air ketuban bercampur mekonium, pada kompresi dada, atau untuk pemberian obat melalui trakea.

### PEMASANGAN INTUBASI ENDOTRAKEAL

Indikasi intubasi endotrakeal pada resusitasi neonatus ialah:

- Pengisapan endotrakeal awal dari bayi dengan mekonium dan tidak bugar.
- Jika ventilasi dengan balon-sungkup tidak efektif atau memerlukan waktu lama.
- Jika dilakukan kompresi dada.
- Untuk situasi khusus seperti hernia diafragmatika kongenital atau bayi berat lahir amat sangat rendah.

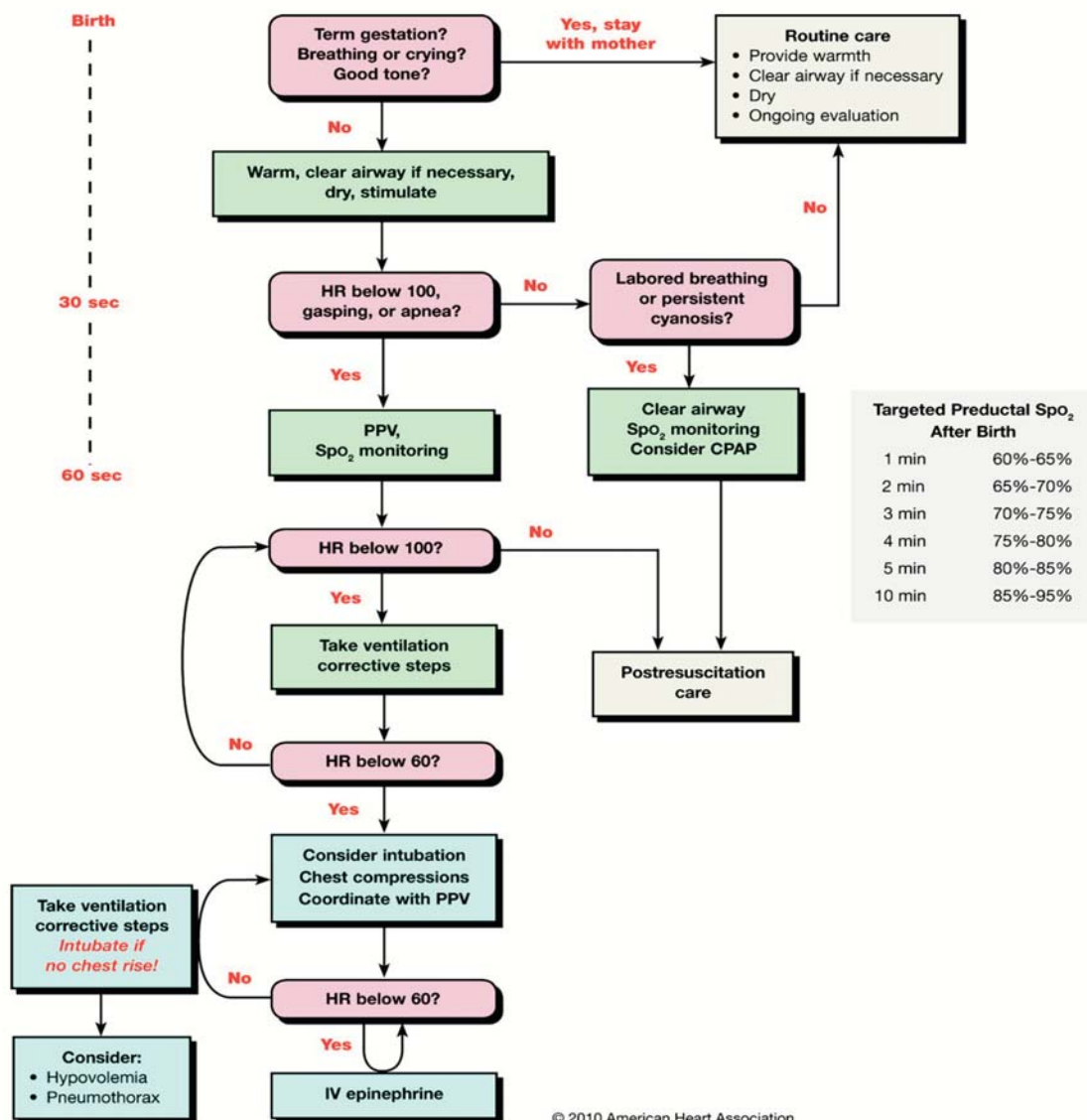
### KOMPRESI DADA

Indikasi kompresi dada ialah jika frekuensi denyut jantung kurang dari 60 per menit setelah ventilasi adekuat dengan oksigen selama 30 detik. Untuk neonatus, rasio kompresi:ventilasi tetap 3:1. Pernapasan, frekuensi denyut jantung, dan oksigenasi harus dinilai secara periodik dan kompresi – ventilasi tetap dilakukan sampai frekuensi denyut jantung sama atau lebih dari 60 per menit.

### MEDIKASI

Obat-obatan jarang digunakan pada resusitasi bayi baru lahir. Namun, jika frekuensi denyut jantung kurang dari 60 per menit walaupun telah diberikan ventilasi adekuat dengan oksigen 100% dan kompresi dada, pemberian epinefrin atau pengembang volume atau ke duanya dapat dilakukan.

**Epinefrin.** Epinefrin direkomendasikan untuk diberikan secara intravena dengan dosis intrvena 0,01 – 0,03 mg/kg. Dosis endotrakeal 0,05 – 1,0 mg/kg dapat dipertimbangkan sambil



Gambar 1.  
Algoritma Resusitasi Bayi Baru Lahir

menunggu akses vena didapat, tetapi efektifitas cara ini belum dievaluasi. Konsentrasi epinefrin yang digunakan untuk neonatus ialah 1:10.000 (0,1 mg/mL).

**Pengembang volume.** Pengembang volume dipertimbangkan jika diketahui atau diduga kehilangan darah dan frekuensi denyut jantung bayi tidak menunjukkan respon adekuat terhadap upaya resusitasi lain. Kristaloid isotonik atau darah dapat diberikan di ruang bersalin. Dosis 10 mL/kg, dapat diulangi.

#### PERAWATAN PASCA RESUSITASI

Bayi setelah resusitasi dan sudah menunjukkan tanda-tanda vital normal, mempunyai risiko untuk perburukan kembali. Oleh karena itu, setelah ventilasi dan sirkulasi adekuat tercapai, bayi harus diawasi ketat danantisipasi jika terjadi gangguan.

**Nalokson.** Nalokson tidak diindikasikan sebagai bagian dari usaha resusitasi awal di ruang bersalin untuk bayi dengan depresi napas.

**Glukosa.** Bayi baru lahir dengan kadar glukosa rendah mempunyai risiko yang meningkat untuk terjadinya perlukaan (*injury*) otak dan akibat buruk setelah kejadian hipoksik iskemik. Pemberian glukosa intravena harus dipertimbangkan segera setelah resusitasi dengan tujuan menghindari hipoglikemia.

**Hipotermia untuk terapi.** Beberapa penelitian melakukan terapi hipotermia pada bayi dengan umur kehamilan 36 minggu atau lebih, dengan ensefalopatia hipoksik iskemik sedang dan berat. Hasil penelitian ini menunjukkan mortalitas dan gangguan perkembangan neurologik yang lebih rendah pada bayi yang diberi terapi hipotermia dibanding bayi yang tidak diberi terapi hipotermia. Penggunaan cara ini harus menuruti panduan yang ketat dan dilakukan di fasilitas yang memadai.

#### Penghentian resusitasi.

Penghentian resusitasi dipertimbangkan jika tidak terdeteksi detak jantung selama 10 menit. Banyak faktor ikut berperan dalam keputusan melanjutkan resusitasi setelah 10 menit.

#### RUJUKAN:

1. Wyllie J, *et al.* Part 11: Neonatal Resuscitation. 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Resuscitation* 2010;81S:e260-e287.
2. Kattwinkel J *et al.* Special Report Neonatal Resuscitation: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Pediatrics* 2010;126:e1400-e1413.

## KALENDER ILMIAH

### JADWAL KEGIATAN 2011

#### PELATIHAN MANAJEMEN LAKTASI

- 12-13 Feb di Palembang • 26-27 Feb di Bandung
- 12-13 Maret di Jakarta • 2-3 April di Sidoarjo
- 9-10 April di Padang • 30 April – 1 Mei di Jakarta
- 25-26 Juni di Jakarta • 1-2 Okt di Jakarta • 17-18 Des di Jakarta

#### PELATIHAN MANAJEMEN BBLR DENGAN METODE KANGURU

- 5-6 Maret di Jakarta • 14-15 Mei di Jakarta • 9-10 Juli di Jakarta • 17-18 Sep di Jakarta • 26-27 Nop di Jakarta

#### PELATIHAN KONSELING MENYUSUI

- 7-11 Maret di Jakarta • 2-6 Mei di Jakarta • 4-8 Juli
- 3-7 Okt • 5-9 Des di Jakarta

#### PELATIHAN PENATALAKSANAAN BBLR UNTUK YANKES LEVEL I-II

- 19-20 Maret di Jakarta • 26-27 Maret di Malang
- 21-22 Mei di Jakarta • 23-24 Juli di Jakarta

#### PELATIHAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA (KRR)-PAKET BARU 30 JAM!!!

- 12-14 April di Jakarta • 11-13 Okt 2010 di Jakarta

#### PELATIHAN RESUSITASI NEONATUS

- 5-6 Maret di Cilegon • 19-20 Maret di Jakarta • 26-27 Maret di Yogyakarta • 2-3 April di Pekanbaru • 9-10 April di Palembang • 16-17 April di Denpasar • 30 April – 1 Mei di Padang • 7-8 Mei di Bandung • 14-15 Mei di Malang
- 20-21 Mei di Samarinda • 28-29 Mei di Jakarta ■■■

### INFO UJIAN IBLCE 2011

Ujian untuk menjadi KONSULTAN LAKTASI bersertifikat lembaga internasional (IBCLC) tahun ini akan dilaksanakan serentak di seluruh dunia pada **HARI SENIN, 25 JULI 2011**. Biaya pendaftaran ujian sebesar AUD 300. Kursus persiapan ujian akan dilaksanakan bulan Maret-Juni 2011.

**Bagi yang memerlukan informasi lebih lanjut, hubungi: [ibclc.indonesia@gmail.com](mailto:ibclc.indonesia@gmail.com).**



# Heboh Remaja dan Angka

Dra. Ieda Poernomo Sigit Sidi, Psikolog

**62,7 %** remaja pernah melakukan hubungan seks! Wah, banyak betul ya. Angka yang terpapar di media cetak dan elektronik ini memang layak menjadi alasan membelalakkan mata. Bayangkan, WHO menyatakan bahwa remaja (usia 10-19 tahun) dalam struktur kependudukan menempati jumlah yang signifikan, sekitar 44 juta atau 21 persen dari populasi di Indonesia pada 1998-2004. Populasi remaja (usia 10-24 tahun) mencapai jumlah 64 juta atau 31 persen. BPS mengumumkan jumlah penduduk Indonesia tahun 2010 lebih banyak dari 237 juta orang tetapi tidak melebihi 238 juta orang. Data 62,7 persen yang diluncurkan Komisi Perlindungan Anak dan dikutip banyak pihak itu masih dilengkapi dengan penjelasan bahwa 21 persen remaja telah melakukan aborsi. *Ngeri* ya. Tetapi mari tidak terperangkap oleh rasa ngeri, cemas, sedih, prihatin apalagi sampai tercekot dan menitikkan air mata.

Setiap kali membaca paparan hasil penelitian, saya selalu tergelitik untuk tahu, bagaimana cara melakukan penelitian yang mengungkap hasil itu? Metodologinya? Sampel? Sebaran umur? Wilayah? Kapan? Pertanyaan itu muncul karena pengalaman saya ketika melakukan penelitian untuk BKKBN dan Kementerian Kesehatan RI di tahun 90an cukup beresalan untuk menjadi kritis. Saat itu saya tiba di Manado untuk mendampingi pengambilan data yang dilakukan teman-teman di Manado. Sesudah dari Manado saya akan ke Ambon. Dua kota ini adalah yang terakhir dari 12 kota dan 3 desa yang terpilih menjadi lokasi penelitian. Baru saja menjejakkan kaki di Manado, teman-teman sudah menyambut dengan kecemasan. "Bapak gubernur marah-marah. Kami khawatir tidak bisa turun ke lapangan. Izin yang ada bisa saja dibatalkan," katanya. "Kenapa, ada apa?" tanya saya. Lalu dia menuturkan, ada penelitian yang baru dipublikasi di koran. Katanya di Manado tercatat hampir 90 persen gadis yang pernah hamil (kalau sudah hamil berarti bukan gadis lagi ya?). Gubernur tidak percaya gadis yang menjadi warganya sudah separah itu. Saya lalu minta tolong kawan-kawan mencari tahu penelitiannya (individu/instansi) dan kalau bisa metode yang digunakan, syukur kalau bisa dapat kuesionernya.

Kuesioner kami peroleh dan kami pelajari bersama. Pantas saja angkanya begitu tinggi. Pertanyaan pada kuesioner adalah, "Apakah kamu mengetahui ada remaja yang hamil sebelum menikah?" Tidak heran kalau angkanya jadi melonjak tinggi. Satu orang yang hamil sebelum menikah bisa disebutkan oleh lebih dari satu orang, bukan? Kami bergegas turun ke lapangan untuk mengambil data sebelum Pak Gubernur sempat menurunkan larangan pengambilan data. Manado selesai. Sampai di Ambon saya bisa lega karena beritanya belum sampai ke Ambon (untung waktu itu belum ada internet). Jadi pengumpulan data bisa dilaksanakan. Kami pun bergegas. Penelitian selesai. Data 12 kota dan 3 desa diolah. Hasilnya melegakan, angkanya tidak setinggi yang dikemukakan penelitian lain.

Dalam meneliti perilaku seksual remaja kami memang sangat berhati-hati. Penelitian bersama Lembaga Demografi UI membawa kami pada pengalaman mencari metodologi yang tepat untuk mengungkapkan data yang akurat. Rekan peneliti dari Amerika mengajak saya mencoba untuk mengungkap data dengan memadukan metode penelitian kuantitatif dan kualitatif. Untuk yang kuantitatif disusun kuesioner yang pertanyaannya sudah diujicobakan terlebih dulu dan pewawancaranya pun dipilih yang bisa membaca pernyataan tersurat dan tersirat. Untuk keperluan ini kami memilih mahasiswa Fakultas Psikologi karena dianggap punya bekal cukup untuk membaca yang tersirat di balik yang tersurat. Pengambilan data dilakukan dengan cara wawancara dengan kuesioner berstruktur, wawancara mendalam dan fokus grup diskusi dengan panduan. Penelitian ini masih dilengkapi lagi dengan cara pengambilan data khusus. Responden diminta mendengarkan pertanyaan melalui kaset (diberi *walkman* dan ditempatkan di ruang tertutup). Jawaban pertanyaan dituliskan di secarik kertas, anonim, lalu dimasukkan ke dalam amplop yang lalu dimasukkan ke kotak yang sudah disediakan. Pertanyaan yang diberikan memang lumayan pribadi dan terkategori rahasia dirinya. Ternyata efektif, jawaban yang diungkapkan responden dapat disimpulkan mencerminkan perilaku seksual mereka. Jadi, untuk mendapatkan gambaran mengenai perilaku seksual remaja, terus terang, rumit. Tidak bisa hanya mengandalkan satu metode saja. Apalagi kalau cuma mengandalkan angket yang diisi *rame-rame* di kelas. Dari cekikikan mereka ketika mengisinya saja kita sudah tahu, data yang terkumpul belum bisa dijadikan gambaran perilaku seksual mereka.

Publikasi tentang perilaku seksual remaja harusnya bisa lebih dilakukan secara arif. Selain dapat diharapkan menambah kepedulian, perlu diingat bahwa di sisi lain, bagi remaja, data itu bisa dianggap sebagai 'lampu hijau' untuk perilaku seksual mereka yang jelas terkategori melanggar empat pilar nurani yang menjadi dasar pengembangan perilaku yaitu ajaran agama, nilai budaya, norma sosial dan aturan hukum. "Ah, ternyata banyak yang melakukan. Jadi, yang saya lakukan ini sudah biasa kan?" Pernyataan itulah yang saya dengar di meja praktik saya sebagai psikolog. Usia yang melontarkannya, makin lama makin muda. Jadi? Mari kita sikapi publikasi angka remaja berperilaku seksual memprihatinkan dengan sikap yang lebih arif, baik ketika kita menjadi narasumber untuk berita di media massa, sebagai pembicara di seminar, radio, televisi, dan sebagainya maupun ketika mengajar/menyuluh Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) atau saat menangani kasus KRR. Lebih baik tidak menghebohkan angka yang belum jelas tetapi lebih konkret saja melakukan upaya preventif/promotif agar remaja dan orangtuanya terbantu dari masalah KRR. Semoga kita tidak justru ikut menyebarkan 'angka heboh' yang kita belum tahu persis dan malah dijadikan justifikasi bagi remaja yang berperilaku seksual merugikan. \*\*\*

# Analisis Epidemiologis Terkini Millenium Development Goals (MGDs): MDGs 4 dan MDGs 5 di Indonesia dalam rangka pencapaian target MDGs tahun 2015

**DR. Dr. Efek Alamsyah, SpA, MPH**  
Ketua I PP Perinasia

## PENDAHULUAN

*Millenium Development Goals (MDGs)* adalah hasil kesepakatan 189 kepala Negara dan pemerintahan pada pertemuan United Nations Millenium Declaration tahun 2000 yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan umat diseluruh dunia. Telah dilakukan revisi pada tahun 2005 dengan 8 target yang harus diupayakan terjadi perubahan yang berarti pada tahun 2015.

- *MDGs 1: To eradicate extreme poverty and hunger*
- *MDGs 2: To achieve universal primary education*
- *MDGs 3: To promote gender equality and empower women*
- ***MDGs 4: To reduce child mortality***
- ***MDGs 5: To improve maternal health***
- *MDGs 6: To combat HIV/AIDS, malaria, and other diseases*
- *MDGs 7: To ensure environmental sustainability*
- *MDGs 8: To develop a global partnership for development*

Pada buletin Perinasia tengah tahun 2010, telah dipaparkan analisis epidemiologis MDGs 4 dan 5 di Indonesia, beberapa Negara ASEAN/SEARO dan beberapa upaya untuk mencapai target MDGs 2015 tsb.

***Tahun 2015 tinggal sekitar 4 tahun lagi, apakah Indonesia mampu mencapai target yang telah disepakati dunia internasional?***

Upaya telah banyak dilakukan baik oleh pemerintah yang bekerja sama dengan UNDP, juga pelaksanaan dengan system kemitraan antar pemerintah (BAPPENAS, BPS, BKKBN, Kemenko Kesra dan Kementerian terkait, serta pemerintah daerah), organisasi masyarakat sipil (OMS) dan pihak swasta. Untuk MDGs 4 dan 5 disamping upaya pemerintah pusat dan daerah perlu adanya peran serta, baik untuk advokasi maupun tindakan nyata di lapangan yang dilaksanakan secara terkoordinasi, terarah dan terpadu antar organisasi profesi dan LSM Kesehatan. Pertemuan organisasi profesi kesehatan dan LSM Kesehatan telah dilaksanakan 16-17 Februari 2010, dilanjutkan dengan beberapa pertemuan organisasi profesi dengan IDI.

Lokakarya Nasional Konsolidasi Organisasi Non-Pemerintah Menuju Pencapaian MDGs 1, 4 dan 5 sekaligus peluncuran Gerakan Kesehatan Ibu dan Anak oleh Menko Kesra dilaksanakan pada 23 Juni 2010 yang bertujuan membuat program dan upaya terpandu antara Pemerintah, organisasi profesi dan LSM Kesehatan untuk mempercepat pencapaian target MDGs 4 dan 5 pada tahun 2015.

Pada Seminar *Internasional Islamic Health Consortium (IHC)* di Samarinda Juni 2010, Alamsyah (MUKISI) menyampaikan analisis epidemiologis Kesehatan Ibu Bayi dan Anak di Indonesia, negara ASEAN dan sebagai upaya umat Islam dan organisasi berbasis Islam membantu pemerintah untuk pencapaian target MDGs 2015 dengan meningkatkan kesadaran umat hidup sehat, meningkatkan kompetensi petugas kesehatan terutama di daerah tertentu dengan pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan kualitas hidup, sekaligus mengurangi angka kematian ibu, bayi dan anak.

Data dan indikator pencapaian target MDGs 4 dan 5 terkini 2009-2010

## TARGET MDGS 2015

### MDGS 4 : UPAYA MENURUNKAN KEMATIAN ANAK

Target 2015: Angka Kematian Bayi dan Anak (NMR: Angka Kematian Bayi, IMR: Angka Kematian Anak dan U5MR: Angka Kematian Balita), menurun menjadi 2/3 dari tahun 1991

### MDGs 5 : UPAYA MENINGKATKAN KESEHATAN MATERNAL

Target 2015 : 2 Target

1. Menurunkan AKI (Angka Kematian Ibu) menjadi  $\frac{1}{3}$  dari tahun 1991
2. Melakukan akses pelayanan yang lebih luas untuk Kesehatan Reproduksi

Kesehatan Ibu dan Anak dipengaruhi oleh beberapa faktor yang juga berhubungan dengan MDGs lainnya, seperti pemberantasan kemiskinan dan kelaparan, pendidikan, kesetaraan gender dan pemberdayaan wanita (terutama wanita dalam masa reproduksi), penyakit-penyakit menular tertentu, situasi dan kondisi lingkungan dan keberhasilan kerjasama global untuk pembangunan kesejahteraan rakyat .

**Data epidemilogis dan indikator terkini (2009-2010) pencapaian target MDGs 4 dan 5**

### 1. Data kualitatif sekunder (pendapat & pernyataan pejabat/pakar )

**Menko Kesra:** Pencapaian 8 Tujuan MDGs dapat dibagi menjadi 3 kategori, yaitu sasaran yang telah tercapai, sasaran yang menunjukkan kemajuan signifikan yang akan tercapai pada 2015 dan sasaran yang masih memerlukan upaya dan kerja keras untuk mencapainya. (Rakyat Merdeka, 3 Februari 2011)

**Menkes:** Angka Kematian Ibu (AKI) menurun 41% dari 390/100.000 pada 1991 menjadi 228/100.000 optimis akan menurun sesuai target menjadi 102/100.000 pada 2015. Persalinan dilaksanakan di rumah: 43,2%, (ditolong bidan 51,9 %, ditolong dukun 40,2 %) di fasilitas kesehatan hanya 55,4 %. Kondisi ini makin diperberat oleh 3 Terlambat dan 4 Terlalu, dan jumlah anak yang lebih dari 4 (5 -7 anak) yang terjadi lebih banyak pada wanita di pedesaan, tidak bersekolah, nelayan, buruh, tani dengan status ekonomi yang lemah. Penyebab kematian langsung adalah, hipertensi, partus macet, infeksi dan komplikasi aborsi.

Untuk menurunkan AKI di Indonesia, Kemkes menetapkan 5 strategi operasional :

1. Penguatan Puskesmas dan jaringannya
2. Penguatan system program dan sistem rujukannya
3. Peningkatan peran serta masyarakat, kerja sama kemitraan,
4. Kegiatan akselerasi dan inovasi 2011
5. Penelitian dan pengembangan yang terkoordinir (Menkes: Kebijakan Strategi Pembangunan Kesehatan dalam rangka Penurunan AKI, 26 Januari 2011)

**Badan Pusat Statistik BPS:** Pertumbuhan Ekonomi Indonesia 2010 sebesar 6,1 %, lebih tinggi dari pada target pemerintah dan meningkatkan *Income per Capita* rakyat Indonesia.

**Yustika** (Guru Besar FE Universitas Brawijaya/Direktur Indef) menyatakan, walaupun pertumbuhan ekonomi meningkat, tetapi sektor riil masih dalam zona rendah (<5%) sehingga menimbulkan masalah yang sulit untuk dipecahkan, yaitu kemiskinan dan pengangguran belum bisa dipecahkan secara signifikan. (Kompas 10 Februari 2011)

**Sumodiningrat** (Guru Besar FE UGM) di Jakarta baru-baru ini mengatakan, pencapaian MDGs yang masuk Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional 2005-2025 masih rendah, masih sekitar 25% saja, sangat jauh dari sasaran, diantaranya pengentasan kemiskinan, kelaparan ekstrim dan pemerataan pendidikan dasar. (Rakyat Merdeka, 3 Februari 2011)

Pengamat ekonomi **Baswir** juga menyatakan pemerintah masih sulit memenuhi target 2015 dengan masih tingginya angka kemiskinan, tingginya angka kematian bayi (AKB), masalah kependudukan yang multikompleks dan kualitas kesehatan masyarakat yang masih rendah. (Rakyat Merdeka 3 Februari 2011)

## 2. Data kuantitatif sekunder

**MDGs 4.** Indikator: Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Balita (AKABA)

Data: Profil Kesehatan Indonesia 2009 (Data dalam Profil Kesehatan Indonesia 2009 belum mencantumkan data tahun 2008 sd 2010) dan Presentasi pada Lokakarya Konsolidasi Organisasi Non-Pemerintah Menuju Pencapaian MDGs 1,4,5, Jakarta 23 Juni 2010

**Tabel 1: AKB Nasional 1991 sd 2007**

1991	1997	2002-2003	2007
68	46	35	34

**Tabel 2: AKB beberapa Provinsi yang masih tinggi (2007)**

Sulawesi Barat	74
NTB	72
Sulawesi Tengah	63
Maluku	59
Kalsel	58
NTT	57
Gorontalo	52

**Tabel 3 : AKABA Nasional**

1991	1997	2002-2003	2007
97	58	46	44

**Tabel 4: AKABA beberapa Provinsi yang masih tinggi**

Sulawesi Barat	96
Maluku	93
NTB	92
NTT	80
Kalimantan Selatan	75

**MDG 5.** Indikator : Angka Kematian Ibu (AKI), Persalinan oleh Tenaga Kesehatan dan Akses Pelayanan

**Tabel 5 : Angka Kematian Ibu (AKI) : 1991 sd 2007** (Riskesdas yang diumumkan oleh Menkes 2011)

1991	1997	2002-2003	2007
390	334	307	228

### Akses Kesehatan Reproduksi

Jumlah anak yang lebih dari 4 (5-7 anak) yang terjadi lebih banyak pada wanita di pedesaan, tidak bersekolah, nelayan, buruh, tani dengan status ekonomi yang lemah.

### Hasil-hasil dan upaya pencapaian target

1. Pemerintah menyatakan telah berhasil mencapai laju pertumbuhan ekonomi menjadi 6,2 % yang mengakibatkan *income per capita* rakyat Indonesia meningkat, namun karena sektor riil masih dalam zona < dari 5%, upaya mengurangi kemiskinan dan pengangguran agak sulit dilaksanakan.
2. Pemerintah menyadari bahwa pencapaian target MDGs masih dibagi dalam 3 kategori, yaitu sasaran yang telah tercapai, sasaran yang menunjukkan kemajuan signifikan yang akan tercapai pada 2015 dan sasaran yang masih memerlukan upaya dan kerja keras untuk mencapainya.
3. Pencapaian MDGs dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional 2005-2025 masih rendah, masih sekitar 25% saja, masih jauh dari sasaran, diantaranya pengentasan kemiskinan, kelaparan ekstrim dan pemerataan pendidikan dasar.
4. Peningkatan koordinasi Pemerintah Pusat (DPR, Bappenas, Menko Kesra, Kementerian Terkait) untuk merealisasikan program secara komprehensif, terintegrasi, tersinkronisasi yang menyertakan pemerintah propinsi, kabupaten/kota, LSM kesehatan dalam dan luar negeri sejak Februari 2010, Lokarya peluncuran **Gerakan Kesehatan Ibu dan Anak** masih belum dirasakan keberhasilannya secara signifikan, masih memerlukan upaya yang sungguh-sungguh dari semua pihak terkait.
5. Khusus upaya koordinasi antar profesi kesehatan yang juga dimulai pada Februari 2010 dan dilanjutkan dengan beberapa kali pertemuan sampai akhir 2010 masih belum mencapai kesepakatan bentuk dan programnya sehingga perlu kesadaran, niat dan tekad organisasi profesi dan anggotanya untuk membantu menurunkan AKI dan AKB terutama di daerah tertentu yang AKI dan AKB nya masih tinggi, berupa advokasi, pelatihan teknologi kedokteran tepat guna.
6. Indikator-indikator MDGs 4 dan 5 sampai 2007 masih tinggi, perlu upaya penanganan yang komprehensif, terkoordinasi dan terintegrasi dengan pelaksanaan 5 Program Kemkes 2011
7. Peningkatan jumlah tenaga medik (dokter dan dokter spesialis), bidan, perawat dan ahli kesehatan masyarakat yang kompeten dan yang berkomitmen baik oleh pemerintah dan organisasi kemasyarakatan.



8. Meningkatkan peran pemimpin, pemuka agama dan masyarakat untuk lebih memberikan arahan dan pencerahan hidup sehat kepada masyarakat untuk meningkatkan kualitas hidup mereka.

## BERITA ORGANISASI

### KEGIATAN PERINASIA CABANG KALTIM

Kegiatan Pelatihan Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) untuk pertama kalinya diselenggarakan di wilayah Kabupaten, yaitu Kutai Kartanegara, Kaltim pada tanggal 5-6 Oktober 2010. Dalam Sambutan Pembukaan, **dr. Hj. Emmy Dasimah, DA** sebagai Kepala Dinas Kesehatan Kab. Kutai Kartanegara menyampaikan bahwa Kabupaten Kutai Kartanegara merasa tertantang dan berkeinginan kuat untuk menjadikan Program KRR sebagai Unggulan mengingat besarnya permasalahan kesehatan reproduksi remaja di Kaltim. Pada kesempatan yang sama, Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Kaltim, **dr. M. Syafak Hanung, SpA** sangat mendukung upaya yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kab. Kutai Kartanegara untuk mengangkat program KRR, hal ini diharapkan dapat menjadi contoh bagi kabupaten lain di propinsi Kaltim, bahkan kabupaten di seluruh Indonesia.

Kegiatan selama 2 (dua) hari berlangsung dengan sangat baik, diikuti oleh 30 peserta berasal dari seluruh Puskesmas di wilayah Kutai Kartanegara. Acara dipandu oleh fasilitator KRR: **Dra. Ieda Poernomo Sigit Sidi, Psi (Perinasia Pusat/Koordinator Program KRR)**, **dr. Joelianoes Adam (Kab. Kutai Kartanegara)**, dan **Sari Handayani, SKM (Perinasia Pusat)**. Pada hari ke-3 (tanggal 8 Oktober 2010), acara dilanjutkan dengan Penyusunan Rencana Tindak Lanjut yang diikuti pula oleh seluruh peserta bersama Tim Dinas Kesehatan Kutai Kartanegara. Kita tunggu Aksi Nyata dari Tim KRR Kutai Kartanegara.



Pelatihan Kesehatan Reproduksi Remaja  
Kutai Kartanegara, 5-6 Oktober 2010

## KETUA PERINASIA SULSELBAR PERIODE 2011-2013

Perinasia SulSelBar atau Sulawesi Selatan Barat telah memiliki ketua baru yaitu **dr. Ema Alasiry, SpA(K), IBCLC** karena telah terpilih pada Pemilihan Ketua Perinasia di Restoran Istana Laut Makassar pada hari Ahad tanggal 18 Desember 2010. Ema berhasil meraih suara terbanyak (68,87% suara) dari 106 suara yang diperebutkan untuk menempati Kursi Nomor Satu (P1) Perinasia SulSelBar, menyusul para pesaingnya yaitu dr. Retno Budiati Farid, SpOG(K) - 28,30% suara, dr. Triko Irianta, SpOG(K) - 1,89% suara, dan Bidan Rajaminah, AMK. Keb. - 0,94% suara, saat perhitungan suara. Terpilihnya Ema untuk 3 tahun mendatang memberikan harapan baru memajukan Perinasia kedepan lebih profesionalisme dan lebih menyentuh masyarakat banyak. *"Just wait and see"* kepiawalan Ema dalam meraih harapan dan impian anggota Perinasia tiga tahun kedepan. Selamat bekerja ■■■ (chen).



Inilah Ketua Baru PERINASIA SULSELBAR 2011-2013,  
dr. Ema Alasiry, SpA(K), IBCLC

### HASIL UJIAN IBLCE 2010

Berdasarkan pengumuman hasil ujian IBLCE bulan Oktober 2010, ada 6 (enam) peserta dari Indonesia yang LULUS dalam ujian IBLCE 26 Juli 2010. Mereka yang berhasil meraih gelar IBCLC adalah:

1. dr. Chatidjah, SpA, IBCLC - Klaten
2. dr. Fitra Sukrita Irsal, IBCLC - Bogor
3. Hesti Kristina P. Tobing, SKM, IBCLC - Jakarta
4. dr. Regintha Yasmeeen B.B, IBCLC - Jakarta
5. Regina Vita, IBCLC - Jakarta
6. dr. Sylvia Haryeny, IBCLC - Jakarta

*SELAMAT kepada mereka yang lulus!! Bagi teman-teman yang belum berhasil, masih ada kesempatan mengikuti ujian tahun 2011. TETAP SEMANGAT DAN TERUS MEMPERJUANGKAN ASI BAGI ANAK INDONESIA!!!*



## PELINDUNG WAJAH 'PRISPERIN'

### Risiko terpapar darah atau cairan tubuh pasien

Risiko infeksi pasca pajanan perkutan ke dalam darah dari sumber yang terinfeksi pada pasien:

- Hepatitis B diperkirakan sekitar 5-30%
- Risiko terinfeksi Hepatitis C pasca pajanan perkutan dari sumber yang diperkirakan sekitar 3-10%
- Risiko infeksi HIV:
  - Pasca tertusuk jarum suntik yang terinfeksi darah HIV diperkirakan sekitar 0,3%
  - Pasca pajanan membrane diperkirakan 0,09%

### Tujuan Pelindung Wajah

Untuk melindungi kulit dan membrane mukosa (mata, bibir, mulut, hidung) petugas kesehatan dari paparan darah ataupun cairan tubuh pasien.

### Standard dan Syarat Pelindung Wajah

Pelindung wajah harus cukup besar untuk menutupi hidung, wajah bagian bawah, rahang, dan rambut wajah, juga untuk mencegah percikan darah atau cairan tubuh lain yang terkontaminasi ke hidung atau mulut petugas kesehatan.

### Alat pelindung harus:

- Terbuat dari bahan yang tahan air agar efektif untuk pencegahan tersebut.
- Harus dipergunakan selama prosedur medik yang diperkirakan bisa membuat percikan darah ataupun cairan tubuh pasien
- Alat pelindung haruslah sesuai dan cocok
- Tembus pandang
- Tidak mudah berembun
- Tidak mudah berubah bentuk



**Harga Rp 70.000,-**

*Pembelian dalam jumlah banyak akan mendapat potongan harga*

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

Dapat digunakan pada :

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

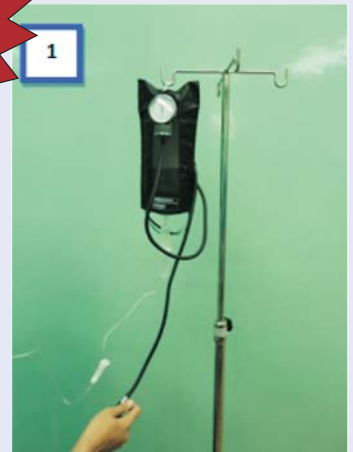
Keuntungan:

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

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

Harga: Rp. 120.000,-

**Inovasi Baru  
Dapatkan di Perinasia**



Cara 1:  
Lubang kecil menghadap keatas



Cara 2:  
Lubang kecil menghadap kebawah

## Media Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) PERAWATAN METODE KANGURU



Lembar Balik PMK

Dapatkan di Perinasia dengan mengganti ongkos cetak

(Rp 15.000 untuk buklet, Rp 70.000 untuk lembar balik, dan Rp 60.000 untuk DVD)

Buklet PMK



DVD PMK  
(2 keping, untuk Umum & Petugas)