



PRKB NO : 5/PRKB/JAT/AREA-IV/2014
NO. IZIN BERLAKU S/D 31 DESEMBER 2014

"Berbincang Masalah Kesehatan Reproduksi dengan Remaja, Mengapa Tidak?"

Sari Handayani

Sekretaris Eksekutif Perinasia

"Bagaimana cara kita sebagai guru berkomunikasi pada anak kelas 3 SD. Saat mengajar suka memberikan tugas-tugas yang berhubungan dengan internet. Pada saat mereka mengakses internet, kadang muncul gambar-gambar yang tidak diinginkan. Bagaimana mengatasinya?"

"Kapan komunikasi bisa dimulai? Ada anak kelas 2 dan 3 SD yang mulai mempertanyakan apa itu hubungan intim? Kenapa dari hubungan intim seorang ibu bisa melahirkan? Bagaimana menjelaskannya?"

"Saya di bagian Promosi Kesehatan, sudah beberapa kali membina remaja dan anak SD. Apa tipsnya untuk memberikan pengarahan pada peserta sekitar 40 orang. Seringkali mereka tidak dapat dipisah antara laki-laki dan perempuan, sementara itu waktu yang disediakan juga terbatas."

"Anak-anak perempuan yang mengalami kekerasan, jika selaput daranya pecah, masih bisakah tumbuh lagi? Lalu, bagaimana cara menyampaikan KRR pada remaja, bisakah dengan cara 'berbohong sedikit' misalnya kalau disentuh payudaranya akan hamil dsb".

"Saya juga mendapati beberapa klien, seorang anak berusia 13 tahun sudah hamil, ada usia 15 tahun sudah melahirkan, ada yang usia 17 tahun hamil diperkosa oleh orangtua. Bagaimana menjelaskan hal itu pada usia-usia seperti itu? Apakah kehamilannya boleh digugurkan?"

"Saya memiliki keponakan, kelas 1 SD. Dia sudah memiliki gadget mewah. Pada saat dia sudah bisa membuka youtube, dia bersikap yang mencurigakan. Dia suka menutup apa yang sedang dilihatnya."

Daftar Isi

"Berbincang Masalah Kesehatan Reproduksi dengan Remaja, Mengapa Tidak?"	1
Kalender Ilmiah	4
Penggunaan Botol dan Risiko Stenosis Pylorus	5
Kesepakatan Istanbul tentang Akselerasi Perawatan Metode Kanguru (PMK) dan Salah Satu Tindak Lanjut di Indonesia	5
Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kejadian IUFD di RSUD Ende	6
Berita Organisasi	11

Ternyata dia membuka konten yang tidak pantas dilihat. Setelah didesak mengaku awalnya dia hanya ingin membuka "berbie". Sesudah itu dia ketagihan, membuka lagi, dan membuka lagi. Bagaimana mengatasinya?"

Di atas adalah beberapa pertanyaan menarik yang disampaikan peserta Seminar "**Berbincang Masalah Kesehatan Reproduksi dengan Remaja, Mengapa Tidak?**". Seminar ini diselenggarakan oleh Perinasia dalam rangka Hari Pendidikan Nasional pada hari Sabtu, 3 Mei 2014 bertempat di Ruang Serba Guna RS Kanker Dharmais, Jakarta.

Sebanyak 80 peserta hadir dari berbagai kalangan, yaitu guru SD-SLTP-SLTA, dosen akademi/ universitas/STIKES, Puskesmas, Rumah Sakit, Dinas Kesehatan, Ikatan Bidan Indonesia (IBI), Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), pemerhati remaja, dan orang tua remaja.

Penyelenggaraan seminar ini antara lain dilatarbelakangi oleh maraknya permasalahan remaja yang berkaitan dengan perubahan gaya hidup, melonggarnya nilai budaya dan kontrol sosial, informasi dari berbagai sumber dan media yang tidak bisa dibendung, anak tumbuh "sendiri" sementara orang tua bekerja. Tidak sedikit informasi yang salah diterima oleh anak dan remaja, termasuk mengenai seksualitas.

Hubungan seks pranikah, kehamilan remaja, keinginan dan upaya melakukan aborsi, upaya mengalihkan keinginan mendapatkan pelayanan aborsi dari petugas kesehatan menjadi adopsi, pernikahan dini, dan kasus-kasus pelecehan/kekerasan seksual yang muncul melalui media adalah sebagian dari permasalahan kesehatan reproduksi remaja. Kecenderungan berganti-ganti pasangan karena belum terikat dalam perkawinan juga membuat remaja terpapar kemungkinan tertular Penyakit Menular Seksual (PMS) dan HIV/AIDS. Maraknya pemberitaan mengenai tindakan pelecehan seksual, pemerkosaan, semakin menambah panjang deretan persoalan KRR. Persoalan tersebut jelas memerlukan perhatian serius, apalagi kalau ingin mewujudkan persalinan aman dan bayi

lahir sehat. Upaya membentuk perilaku seksual yang bisa mengantar remaja pada kesiapan menjadi orangtua yang bertanggung jawab pun semakin mendesak.

Perinasia menyadari sepenuhnya bahwa pemahaman mengenai Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) perlu dimiliki oleh masyarakat, khususnya remaja. Disinilah diperlukan keterlibatan para orangtua, pendidik, dan praktisi kesehatan untuk mensosialisasikan KRR kepada para remaja. Pada intinya seminar ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan peserta tentang bagaimana menyampaikan/menjelaskan permasalahan reproduksi kepada remaja dan mensosialisasikannya di lingkungan mereka.

Berikut topik dan narasumber pada seminar tersebut:

1. **Gaya Hidup Remaja** (fakta dan angka tentang remaja; memahami dan komunikasi efektif dengan remaja; dampak psikologis gaya hidup pada remaja) oleh Vitria Lazzarini, MPsi, Psikolog
2. **Tantangan dalam Menangani Permasalahan KRR** (Dampak negatif akibat kurangnya Pemahaman KRR, mengembangkan program KRR, solusi melalui bimbingan, penyuluhan, konseling) oleh Bd. Indra Supradewi, SKM, MKM
3. **Cara Membicarakan Perkembangan Reproduksi** oleh dr. Agung Witjaksono, Sp. OG
4. **Cara Berdiskusi dengan Remaja agar Paham Dampak Perilakunya terhadap Kesehatan Reproduksi** oleh Ariana Novadian Abrin, S.Psi, Psikolog
5. **Bagaimana membentengi Remaja dari Pengaruh Buruk Media (sosial, cetak, elektronik)** oleh Dra. Nina. M. Armando, M.Si.

Dalam menghadapi remaja, yang perlu kita lakukan adalah tidak menyalahkan dan tidak menghakimi. Situasi nyaman akan muncul kalau kita bisa berempati.

Kita perlu memahami dulu, tidak membandingkan dengan remaja-remaja lainnya. Mengapresiasi yang sudah dia kerjakan. Kita juga perlu meng-update situasi yang sekarang (bahasa gaul, hobi, dll) agar bisa bicara dalam 'satu frekuensi' dengan remaja. Kita perlu tahu apa yang menjadi tren sekarang. Kita harus bisa percaya pada remaja, karena apa yang dihayatinya, itu yang penting buat dia. Mereka memiliki privasi, kekhawatiran dan harapan-harapan sendiri. Jadi yang kita berikan adalah informasi. Kalau mau berdiskusi dengan mereka, cari tahu dulu apa yang mereka pahami dan tangkap. Buat mereka terlibat dalam percakapan.

Informasi KRR bisa sedini mungkin dimulai dengan tingkatan-tingkatan tertentu. Misalnya, 'kamu anak perempuan, kamu anak laki-laki'. Ini perlu dijelaskan dengan betul sejak awal, jangan menggunakan simbol tertentu, misalnya burung untuk penis. Pada usia 2-3 tahun, anak perlu diajarkan kemandirian, misalnya ke toilet. Perbincangan ini bisa dimulai sejak awal. Contoh pertanyaan tentang hubungan intim, coba tanyakan pada anak apa yang diketahuinya mengenai itu. Mungkin yang dibutuhkan anak bukan jawaban tentang masuknya penis ke vagina.

Dalam melakukan kegiatan KRR, untuk peserta yang jumlahnya banyak, kita sampaikan materi yang umum, misalnya, materi anatomi fisiologi remaja, masalah-masalah yang dihadapi remaja. Jika ada pertanyaan yang lebih detail, bisa dikonsultasikan lebih lanjut sesudah pertemuan. Pemberian materi dapat dilakukan melalui kegiatan ekstrakurikuler, kerohanian, dsb.

Pertanyaan tentang selaput dara, ditanggapi sebagai berikut: bentuknya beraneka macam, ada yang lubang di tengah agak besar, di pinggir, dll, ini baru bentuk. Ada yang mudah robek, ada yang lentur. Jika robek, tidak ada mekanisme normal untuk membuatnya utuh kembali.

Konseling KRR dapat diberikan pada usia tertentu. Kejadian buruk yang menimpa anak bisa dilakukan oleh orang-orang terdekat, bahkan oleh mereka yang memiliki hubungan keluarga, misalnya paman atau bahkan orangtua, ini sudah masuk dalam kategori kekerasan. Hal ini

akan menjadi dilematis karena anak belum siap. Konseling tidak bisa untuk anak saja tetapi juga orangtua. Pastikan

Ketiga, perlu dibicarakan dengan anak, media itu sifatnya seperti apa? Ini untuk mengantisipasi hal-hal yang

Siapun yang bertugas menjaga anak baik baby sitter, nenek, dll harus pintar.

Menyikapi anak yang mengakses internet, kita perlu memperhatikan Do and Don't di internet, semakin dilarang semakin "SMAP" (Sungguh Mati Aku Penasaran). Ada rambu-rambu yang bisa digunakan untuk mengawasi penggunaan internet, dapat dibuka di <http://ictwatch.com>.

Ada petunjuk di sana mengenai penggunaan internet yang benar. Mengenai situs porno di internet kita harus bicara seperti apa? Yang perlu diperhatikan adalah terkadang saat kita berkomunikasi dengan remaja, yang terjadi bukanlah membangun jembatan, tetapi membangun benteng. Yang dilakukan adalah mengintrogasi, ini yang buruk. Kita harus melepaskan ego, cool saja. Tidak usah cerewet, tidak usah dominan.

Jadikan kita sebagai teman anak kita. Kita perlu membangun jembatan dengan anak, bicara sebagai teman. Jangan menghakimi. Kita bisa pasang strategi pura-pura bodoh (pin-pin bo). Ini untuk memancing, anak akan senang jika kita sebagai orangtua tampak lebih bodoh.

Demikian bahasan singkat tentang KRR yang disampaikan dalam seminar lalu. Peserta sangat antusias, banyak pertanyaan menarik diajukan ketika diskusi. Pada intinya, remaja adalah masa transisi, perlu diberi informasi yang benar agar sehat secara fisik, mental, dan bisa bertanggung jawab, menjalankan fungsi reproduksi dengan baik. Perinasia akan terus mempromosikan KRR, baik melalui seminar maupun pelatihan karena permasalahan kesehatan reproduksi remaja dan tantangannya semakin besar.



anak aman dulu, Puskesmas harus mempunyai jaringan dengan lembaga terkait. Jika anak mengalami Infeksi

dikhawatirkan. Misalnya, dari kata "berbie" saja bisa muncul gambar-gambar yang tidak diinginkan. Banyak konten-konten yang tidak diharapkan muncul dari kata-kata yang netral, jalan masuknya bisa lewat bahasa generik.



Menular Seksual (IMS), diperlukan dukungan dari orangtua, anak yang bermasalah ini membutuhkan akses obat, akses ke Rumah Sakit dll.

Bagaimana orangtua menyikapi penggunaan media?

Pertama, orangtua harus berbicara pada anak sebelumnya, jam berapa boleh nonton, tidak hanya pada anak tetapi seluruh anggota keluarga. Jam boleh menggunakan internet, termasuk saat makan, dan tidur tidak boleh ada gadget. Hal ini perlu disepakati bersama.

Kedua, harus ada pembatasan media apa dan di mana diletakkan? Harus ada di ruang publik. Di mana dan kapan mengakses media itu, perlu disepakati dalam keluarga.

Selain itu, guru juga harus hati-hati memberikan tugas. Ada kasus anak PAUD sudah diberi tugas membuka youtube. Soal seperti ini pun harus diketahui sekolah. Guru harus memberitahu pada orangtua tugas apa saja yang diberikan.

Saat anak menonton TV, coba lakukan pendampingan, lakukan mediasi. Bagaimana jika orangtua bekerja?



**PELATIHAN KONSELING
MENYUSUI 40 JAM STANDAR
WHO/UNICEF**

- 18-22 Agustus di Jakarta
- 15-19 September di Jakarta
- 26-30 September di Balikpapan
- 13-17 Oktober di Jakarta
- 10-14 Nopember di Yogyakarta
- 17-21 Nopember di Jakarta (tentatif)
- 1-5 Desember di Jakarta

**PELATIHAN MANAJEMEN
LAKTASI**

- 16-17 Agustus di Makassar
- 30-31 Agustus di Jakarta
- 1-2 Nopember di Jakarta
- 13-14 Desember di Jakarta

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

- 23-24 Agustus di Jakarta
- 18-19 Oktober di Jakarta
- 29-30 Nopember di Jakarta

**PELATIHAN MANAJEMEN BBLR
DENGAN METODE KANGURU**

- 11-13 Oktober di Jakarta
- 5-8 Desember di Jakarta

**PELATIHAN MANAJEMEN
MP-ASI**

- 9-10 Agustus di Tarakan
- 20-21 September di Jakarta
- 22-23 Nopember di Jakarta

**PELATIHAN RESUSITASI
NEONATUS**

- 25-26 Agustus di Denpasar (Pra PIT POGI XXI)
- 30-31 Agustus di Jakarta
- 6-7 September di Palembang
- 13-14 September di Batam
- 20-21 September di Bandung
- 27-28 September di Yogyakarta & Jakarta
- 7-8 Oktober di Tangerang
- 11-12 Oktober di Padang
- 18-19 Oktober di Jakarta & Tanah Grogot
- 25-26 Oktober di Boven Digoel
- 15-16 Nopember di Jakarta & Makassar
- 22-23 Nopember di Semarang
- 29-30 Nopember di Balikpapan
- 13-14 Desember di Jakarta & Malang
- 20-21 Desember di Yogyakarta

R I S E T

Penggunaan Botol dan Risiko Stenosis Pylorus

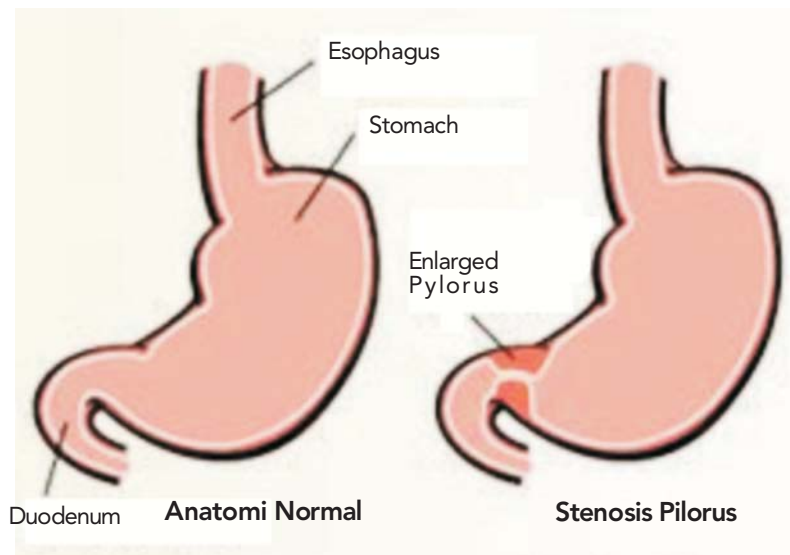
Stenosis Pylorus (SP) adalah suatu kondisi yang paling sering memerlukan tindakan bedah pada bulan-bulan pertama pasca kelahiran bayi. Kondisi ini disebabkan oleh hipertrofi lapisan otot polos melingkari pilorus, menghalangi saluran lambung ke usus kecil dan menyebabkan muntah yang hebat. Penyebab SP umumnya tidak diketahui, tetapi pemberian minum dengan botol dicurigai sebagai salah satu faktor risiko.

Studi ini menunjukkan bahwa bayi yang mendapat susu botol memiliki risiko 4,6 kali lebih tinggi mengalami stenosis pilorus dibandingkan mereka yang tidak mendapat susu botol. Hasil penelitian ini menambah lagi bukti tentang keuntungan pemberian ASI eksklusif pada bulan-bulan pertama setelah kelahiran.

ABSTRAK

TUJUAN: Susu botol telah diketahui meningkatkan risiko SP. Namun demikian, studi berbasis populasi yang besar tetap diperlukan. Penelitian mengenai dampak pemberian susu botol dilakukan selama

4 bulan pertama setelah kelahiran, dengan menggunakan data rinci mengenai saat pertama kalinya bayi terpapar susu botol dan temuan informasi yang lengkap.



METODE: Peneliti melakukan studi kohort berbasis populasi yang besar berdasarkan Danish National Birth Cohort, yang memberikan informasi tentang bayi dan praktik pemberian minum. Informasi tentang operasi untuk SP diperoleh dari Daftar Pasien Nasional Denmark. Gabungan penggunaan botol susu dan risiko SP dievaluasi menggunakan hazard ratios (HR), diestimasi dalam model regresi Cox, disesuaikan untuk temuan yang memungkinkan.

HASIL: Di antara 70.148 bayi tunggal, 65 bayi menjalani operasi SP dan 29 di antaranya menggunakan botol sebelum didiagnosis SP. HR secara keseluruhan untuk bayi yang menggunakan botol susu dibandingkan dengan yang tidak adalah 4,62 (95 % confidence interval [CI]: 2,78-7,65). Kelompok bayi yang menggunakan botol, risikonya meningkat hampir sama dengan bayi yang selain menetek langsung juga menggunakan botol susu. (HR: 3,36 [95 % CI: 1,60-7,03]), bayi yang pernah menetek langsung (HR : 5,38 [95 % CI: 2,88-10,06]), dan tidak pernah menetek langsung (HR:6,32 [95% CI: 2,45-16,26]) (P=0,76). Peningkatan risiko SP pada bayi yang menggunakan botol susu diamati bahkan sampai lebih 30 hari sejak pertama kali terpapar susu botol dan tidak berbeda dengan usia saat pertama terpapar botol susul.

SIMPULAN: Bayi yang menggunakan botol susu berisiko 4,6 kali lebih tinggi mengalami SP dibandingkan bayi yang tidak pernah minum susu botol. Hasil penelitian ini menambah bukti yang mendukung keuntungan pemberian ASI eksklusif pada bulan-bulan pertama setelah kelahiran.

Diterjemahkan dari publikasi Majalah Pediatrics volume 130 no. 4, October 2012, pp 943-949.

PENULIS: Camilla Krogh, MD dan kawan-kawan.

KESEPAKATAN ISTANBUL TENTANG AKSELERASI PERAWATAN METODE KANGURU (PMK) DAN SALAH SATU TINDAK LANJUT DI INDONESIA

Hadi Pratomo

Anggota Dewan Pertimbangan Perinasia dan Guru Besar Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, peserta lokakarya Kesepakatan Istanbul

Secara global prematuritas merupakan salah satu penyebab kematian dan kecacatan neonatus. Setiap tahun diperkirakan terjadi 1 juta kematian neonatus karena komplikasi prematuritas yang merupakan 35% seluruh kematian neonatus. Perawatan Metode Kanguru (PMK) yaitu cara merawat bayi prematur dengan cara bayi dalam keadaan telanjang, dadanya ditempelkan di dada ibu diantara kedua payudara ibu sehingga terjadi kontak kulit ibu dan bayinya telah terbukti dapat menurunkan kesakitan dan kematian akibat prematuritas. PMK sebagai solusi masalah ini dapat menurunkan hingga 450.000 kematian per tahun karena prematuritas.

Implementasi PMK memiliki manfaat di luar kelangsungan hidup neonatus termasuk tumbuh kembang yang sehat. PMK di sini merupakan serangkaian praktik untuk perawatan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) termasuk kontak kulit ibu dengan kulit bayi, pemberian ASI dini dan tindak lanjut sesudah pemulangan bayi dari fasilitas kesehatan. Kontak kulit ibu dan kulit bayi serta pemberian ASI eksklusif bermanfaat baik untuk bayi maupun ibunya. Selain itu, hal ini dapat mempercepat penurunan kematian neonatal. Walaupun PMK telah lama dibuktikan efektif menurunkan kematian neonatal, secara global implementasi PMK sangat lambat dengan berbagai penyebab berikut.

a) PMK dipersepsikan secara tidak benar yaitu PMK dianggap sebagai praktik perawatan prematur di negara berkembang sebagai alternatif terbaik metode perawatan bayi dengan inkubator,

- b) Masih banyak tenaga kesehatan (di berbagai tingkat pelayanan) yang tidak tahu atau tidak percaya manfaat PMK dan bahkan kurang terampil dalam melaksanakan PMK,
- c) Implementasi PMK menjadi sebuah tantangan ketika terdapat hambatan budaya dan norma sosial terkait dengan perawatan ibu dan bayi,
- d) Di satu sisi sumber daya manusia (SDM) untuk mendukung implementasi PMK masih kurang, di lain pihak peran masyarakat dan ibu kurang mendapat perhatian. Bahkan di banyak negara PMK masih belum menjadi kebijakan dan program.

Berdasarkan bukti dan data yang ada, para ahli, badan dunia dan pemangku kepentingan menyelenggarakan Lokakarya Internasional Percepatan PMK di Istanbul, 21-23 Oktober 2013 dan membuat kesepakatan bahwa perlu ada akselerasi atau percepatan PMK sebagai standar pelayanan dan intervensi yang penting untuk bayi prematur. Pada tahun 2020 secara global dan nasional diharapkan keberhasilan implementasi PMK mencapai cakupan 50% di antara bayi prematur. Intervensi ini juga merupakan bagian terintegrasi dari upaya kesehatan reproduksi, kesehatan ibu, kesehatan neonatus dan anak. Untuk mencapai hal tersebut disepakati rekomendasi hal berikut (Kesepakatan Istanbul, 2013):

1. Melakukan revisi pedoman WHO, penyesuaian kebijakan dan program pemerintah atau negara memutuskan PMK sebagai standar pelayanan untuk semua bayi prematur,

- | | | |
|---|--|--|
| 2. Secara nasional mengintegrasikan pelayanan PMK berkualitas dalam kebijakan, perencanaan, program terkait kesehatan reproduksi, kesehatan ibu neonatus kesehatan anak dan gizi, | 5. Mendorong keluarga dan masyarakat mendukung praktik atau pelaksanaan PMK untuk menepis anggapan yang salah terkait persalinan prematur, hubungan lekat dini, praktik kontak kulit ibu ke kulit bayi serta ASI, | Pesan kesehatan yang terkandung di dalamnya dapat diadaptasi dalam berbagai keadaan, |
| 3. Melibataktifkan organisasi profesi di negara maju untuk mengadopsi PMK sebagai pelayanan standar untuk menepis kepercayaan bahwa pelayanan PMK hanya untuk negara berkembang, | 6. Bekerjasama dengan organisasi profesi, Kementerian Kesehatan, pemimpin tradisional untuk memperbaiki implementasi PMK, sehingga petugas kesehatan setempat dapat mengatasi hambatan terkait kemampuan, keterampilan dan norma budaya, | 8. Mengukur kemajuan dan keberhasilan implementasi PMK menggunakan indikator yang jelas, |
| 4. Mempertimbangkan hambatan lokal dan konteks spesifik daerah dalam membuat desain pedoman, protokol maupun edukasi PMK, | 7. Mengembangkan upaya advokasi bahwa secara budaya dan medis PMK adalah hal normal dan wajar. | 9. Melakukan riset PMK untuk lebih memahami waktu yang tepat, lama dan kondisi untuk PMK, serta dampak PMK pada perkembangan dan kelangsungan kehidupan bayi menurut usia kehamilan, bagaimana mengatasi hambatan implementasi PMK, mengubah perilaku tenaga kesehatan dan analisis biaya untuk melakukan PMK. |

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEJADIAN IUFD DI RSUD ENDE

MARIETA K.S. BAI, SULANSI, HENDRIKUS MBIRA

Dosen pada Prodi Keperawatan Ende, Peltekkes Kemenkes Kupang

LATAR BELAKANG

Pelayanan kesehatan masyarakat khususnya pelayanan obstetri diukur dengan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB). Dalam AKB terdapat komponen angka kematian perinatal (AKP) yang dapat digunakan sebagai parameter untuk mengukur keberhasilan pelayanan obstetri. Definisi AKP adalah angka kematian janin atau bayi yang terjadi pada usia kehamilan >22 minggu dengan berat badan >500 gram. AKP dianggap lebih baik dan lebih peka untuk menilai kualitas pelayanan obstetri, mengingat kesehatan dan keselamatan janin dalam rahim sangat tergantung pada kesempurnaan bekerjanya sistem dalam tubuh ibu yang mempunyai fungsi untuk pertumbuhan hasil konsepsi dari mudigah menjadi janin cukup bulan (Sidarta, 2007).

Sampai saat ini AKB di Indonesia masih tertinggi di antara negara-negara ASEAN dan penurunannya sangat lambat. AKB nasional sebesar 32 per 1000 (SDKI, 2007) dibandingkan negara Malaysia 10/1000, Thailand 20/1000, Brunai Darusalam 8/1000 dan Singapura 3/1000. Penyebab AKB di Indonesia terbanyak adalah kematian perinatal sebesar 36 % (UNFPA, 2005)

Data di propinsi NTT tentang lahir mati tahun 2007 1.487 jiwa dari 71.767 kelahiran (20.7%), tahun 2008 jumlah lahir mati 1.659 dari 93.632 kelahiran (18.82%). Angka tersebut cenderung menurun dengan kebijakan penempatan bidan PTT di desa dan kebijakan Revolusi KIA. Data kematian perinatal di Kabupaten Ende tahun 2009 sebesar 59 dari 5.566 (10,6/1000) relatif menurun dibandingkan tahun 2008 sebesar 63 dari 5.504 (11,47/1000).

Di RSUD Ende jumlah kematian perinatal tahun 2011 sebanyak 58 dari 1.383 kelahiran hidup (41,93/1000) meningkat dari tahun sebelumnya 55 dari 1.381 kelahiran hidup (39.82/1000). Kematian IUFD bulan Januari s/d Maret 2012 sebanyak 16 dari 349 (45,84/1000). Kecenderungan terjadinya peningkatan kasus kematian perinatal di RSUD Ende karena sebagai pusat rujukan dari bidan desa dan puskesmas kabupaten Ende.

Faktor yang menyebabkan tingginya kematian perinatal tersebut dipengaruhi oleh ANC (*Ante Natal Care*) yang tidak teratur, sehingga tidak dapat mendeteksi penyakit atau komplikasi yang timbul pada ibu maupun janin (Dinkes Propinsi NTT, 2009). *Intra Uteri Fetal Death (IUFD)* dapat diminimalisasi dengan meningkatkan kualitas ANC. Dengan ANC yang teratur dan bermutu akan dapat mendeteksi penyakit yang timbul maupun komplikasi dari kehamilan dan pencegahan trauma seperti urut/pijat maupun pencegahan kecelakaan yang menimbulkan IUFD.

RUMUSAN MASALAH

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah "Faktor-faktor apakah yang mempengaruhi kejadian IUFD di RSUD Ende?" Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian IUFD di RSUD Ende sedangkan tujuan khususnya adalah mengidentifikasi faktor ANC, faktor penyakit yang menyertai kehamilan, faktor komplikasi kehamilan dan faktor trauma yang mempengaruhi kejadian IUFD di RSUD Ende.

Manfaat dan hasil penelitian dapat digunakan untuk memotivasi ibu hamil, agar dapat memelihara kesehatannya, dengan meningkatkan kunjungan ANC sehingga dapat mendeteksi kelainan maupun penyakit yang menyertai kehamilannya, dan dapat mencegah kejadian IUFD.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan rancangan *case-control*, untuk memperoleh gambaran tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian IUFD di RSUD Ende. Tempat penelitian yaitu Ruang Bersalin RSUD Ende. Penelitian dilaksanakan pada tanggal 5 Mei s/d 5 Juli 2012. Populasi, ibu yang melahirkan di RSUD Ende periode 1 Januari s/d 30 Juni 2012, sebanyak 744 persalinan, dengan rata-rata setiap bulan 122 orang. Kasus ibu yang melahirkan dengan kejadian IUFD periode 1 Januari s/d 30 Juni 2012 di RSUD Ende, sebanyak 43 orang, sampel kontrol : Ibu yang melahirkan bayi hidup di RSUD Ende periode 1 Januari s/d 30 Juni 2012 sebanyak 86. Kasus IUFD dan Kontrol dengan perbandingan 1 : 1. Kasus kontrol diambil sesuai dengan kriteria inklusi:

1. Melahirkan bayi aterm (cukup bulan)
2. Bayi Berat badan lahir > 2500 gram
3. Partus normal maupun Sectio Caesaria

Teknik pengolahan data dan analisis data.

Pengumpulan data sekunder dari register persalinan di ruang Bersalin RSUD Ende, tahun 2012. Data dikelompokkan sesuai karakteristik ibu yang mengalami kejadian IUFD, dan data variabel penelitian tentang ANC, penyakit yang menyertai kehamilan, komplikasi kehamilan dan trauma kehamilan.

Analisis data menggunakan teknik Analisis Univariat, untuk menggambarkan karakteristik subyek penelitian dengan menghitung distribusi frekuensi dan persentase setiap variabel dan disajikan dalam bentuk tabel dan narasi, dan Analisis Bivariat, untuk mengetahui pengaruh variabel independen dan dependen, diuji dengan regresi logistic, dengan probabilitas $p = <0.05$, Odds Ratio (OR), untuk melihat besar faktor risiko dari setiap variabel independent terhadap variabel dependent dengan menggunakan variabel 2 x 2.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Tabel 1.

Angka kejadian IUFD Per bulan di RSUD Ende

No	Bulan	Persalinan	IUFD	Persentase (%)
1	Januari	116	4	3.45
2	Pebruari	132	9	6.82
3	Maret	118	6	5.08
4	April	128	9	7.03
5	Mei	124	7	6.64
6	Juni	122	8	6.56
	Total	740	43	5.81

Tabel di atas menunjukkan kejadian IUFD tertinggi pada bulan April 2012 sebanyak 7.03%, sedangkan kejadian IUFD terendah pada bulan Januari 2012 sebanyak 3.45%.

Hasil penelitian menurut umur, pada responden kasus yang berumur 26-30 tahun sebanyak 16 orang (37%), sedangkan kelompok kontrol sebagian besar berumur >30 tahun (42%). Menurut pendidikan, sebagian besar kasus berpendidikan SMP dan SMA (44%) dan pada kontrol berpendidikan SMA dan PT (48%).

Tabel 2.

Distribusi Responden Menurut Pekerjaan di RSUD Ende, 2012

Pekerjaan	Kasus		Kontrol	
	F	%	F	%
PNS	11	26	18	21
Swasta	5	12	20	23
Wiraswasta	4	9	4	5
IRT	23	53	44	51
Total	43	100	86	100

Tabel di atas menunjukkan bahwa pada kasus yang bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga (IRT) sebanyak 23 orang (53%) sedangkan pada kontrol sebagai IRT sebanyak 22 orang (51%)

Tabel 3.

Distribusi Responden Menurut Paritas di RSUD Ende, 2012

Paritas	Kasus		Kontrol	
	F	%	F	%
1	15	35	26	30
2	15	35	32	37
3	8	18	12	14
>3	5	12	16	19
Total	43	100	86	100

Tabel di atas menunjukkan responden kasus dengan paritas 1 dan 2, masing-masing sebanyak 15 orang (35%) dan paritas > 3 sebanyak 5 orang (12%), sedangkan kelompok kontrol sebagian besar dengan paritas 2 yaitu 16 orang (37%) dan sebagian kecil paritas 3 yaitu 6 orang (14%).

Tabel 4.

Distribusi Responden Menurut Usia Kehamilan di RSUD Ende, 2012

Usia Kehamilan	Kasus		Kontrol	
	F	%	F	%
T I	0	0	0	0
T II	13	30	0	0
T III	30	70	86	100
Total	43	100	86	100

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden kasus dengan usia kehamilan trimester III sebanyak 30 orang (70%) dan trimester II sebanyak 13 orang (30%) sedangkan pada kelompok kontrol semuanya dengan trimester III yaitu 43 orang.

Tabel 5. Distribusi Responden Menurut Frekuensi ANC di RSUD Ende, 2012

ANC	Kasus		Kontrol	
	F	%	F	%
Sesuai (>4)	26	60.46	76	88
Tidak sesuai (<4)	17	39.54	10	12
Total	43	100	86	100

Tabel di atas menunjukkan bahwa responden kasus dengan ANC sesuai sebanyak 26 orang (60%) dan hampir 40% dengan ANC tidak sesuai, sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar dengan ANC sesuai yaitu 38 orang (88%).

Tabel 6. Distribusi Responden Menurut Penyakit yang Menyertai Kehamilan di RSUD Ende, 2012

Penyakit	Kasus		Control	
	F	%	F	%
Infeksi	0	0	2	2
Malaria	9	21	0	0
Diabetes mellitus	0	0	0	0
Hipertensi	20	47	18	21
Hipertiroid	2	5	0	0
Lain-lain (trauma)	12	28	0	0
Tidak sakit	0	0	66	77
Total	43	100	86	100

Tabel di atas menunjukkan bahwa responden kelompok kasus menderita penyakit hipertensi sebanyak 20 orang (46%) sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar (77%) tidak menderita sakit dan sebagian kecil (2%) menderita penyakit infeksi.

Tabel 7. Distribusi Responden Menurut Komplikasi Kehamilan di RSUD Ende, 2012

Komplikasi	Kasus		Kontrol	
	F	%	F	%
PE dan Eklampsia	37	86	6	7
Placenta previa	2	5	0	0
Solution placenta	1	2	0	0
Prolaps tali pusat	0	0	0	0
Oligo/hidramnion	3	7	2	2
Tidak ada komplikasi	0	0	78	91
Total	43	100	86	100

Tabel di atas menunjukkan bahwa responden pada kelompok kasus dengan komplikasi PE dan eklampsia sebanyak 37 orang (86%), sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar (91%) tidak ada komplikasi dan sebagian kecil (2%) mengalami oligo.

Hasil Analisis Bivariat, pengaruh variabel bebas dan variabel terikat. Kriteria yang digunakan berdasarkan nilai statistic odds ratio (OR), regresi logistic, serta confidence interval (CI) 95%. Hasil analisis bivariat sebagai berikut :

Tabel 8. Analisis Pengaruh Ante Natal Care (ANC) terhadap kejadian IUDF di RSUD Ende tahun 2012

ANC	Kelompok		Jumlah	OR, p Value (95% CI)
	Kasus	Kon Troll		
Sesuai kehamilan	14 (32.6)	10 (11.6)	24 (10.5)	OR = 3.669 P value = 0.042 (1.186 – 11.355)
Tidak sesuai kehamilan	29 (67.4)	76 (88.4)	135 (89.5)	
Total	43 (100)	86 (100)	129 (100)	

Data tabel menunjukkan variabel Ante Natal Care (ANC) mempunyai pengaruh signifikan dengan kejadian IUDF, $p=0.042 < 0.05$. Kunjungan ANC mempunyai risiko 3.669 kali untuk terjadinya IUDF.

Tabel 9. Analisis Pengaruh Penyakit yang menyertai kehamilan terhadap kejadian IUDF di RSUD Ende, tahun 2012

Penyakit	Kelompok		Jumlah	OR, p Value
	Kasus	Kontrol		
Ada Penyakit	28 (65.1)	18 (20.9)	46 (43)	OR = 7.052 P value = 0.000 (2.684-18.528)
Tidak ada penyakit	15 (34.9)	68 (79.1)	83 (57)	
Total	43 (100)	86 (100)	129 (100)	

Data tabel di atas menunjukkan variabel Penyakit yang menyertai kehamilan, mempunyai pengaruh signifikan dengan kejadian IUDF, $p=0.000 < 0.05$. Penyakit yang menyertai kehamilan mempunyai risiko 7.052 kali untuk terjadinya IUDF.

Tabel 10. Analisis Pengaruh Komplikasi kehamilan terhadap kejadian IUDF di RSUD Ende tahun 2012

Komplikasi	Kelompok		Jumlah	OR, p Value
	Kasus	Kontrol		
Ada komplikasi	15 (34.9)	6 (7.0)	21 (20.9)	OR = 7.143 P value = 0.180 (1.888-27.017)
Tidak ada komplikasi	28 (65.1)	80 (93)	108 (79.1)	
Total	43 (100)	86 (43)	129 (100)	

Data tabel menunjukkan variabel Komplikasi kehamilan, tidak mempunyai pengaruh signifikan dengan kejadian IUDF, $p = 0.180 > 0.05$ Komplikasi kehamilan mempunyai risiko 7.143 kali untuk terjadinya IUDF.

Tabel 11. Analisis Pengaruh Trauma kehamilan terhadap kejadian IUFD, di RSUD Ende tahun 2012

Trauma kehamilan	Kelompok		Jumlah	OR, p Value
	Kasus	Kontrol		
				OR = 2.387
Ada trauma	14 (32.6)	0	14 (4.7)	P value = 0.698 (1.825 – 3.122)
Tidak ada trauma	29 (67.4)	86 (100)	115 (95.3)	
Total	43 (100)	86 (100)	129 (100)	

Tabel di atas menunjukkan variabel Trauma kehamilan, tidak mempunyai pengaruh signifikan dengan kejadian IUFD, $p = 0.698 > 0.05$ Komplikasi kehamilan mempunyai risiko 2.387 kali untuk terjadinya IUFD.

PEMBAHASAN

IUFD adalah kematian hasil konsepsi sebelum dilahirkan dengan sempurna dari rahim dengan > 500 gram dan usia kehamilan >22 minggu (Manuaba, 2002)

Faktor penyebab IUFD, faktor janin antara lain anomaly/cacat pada janin, biasanya disebabkan faktor kromosom sehingga janin tidak tumbuh berkembang, akibatnya mengalami Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT) yang pada akhirnya mengalami terjadi IUFD. Pertumbuhan janin sangat tergantung pada kualitas dan letak plasenta, yang memberikan suplai oksigen dan nutrisi dari ibu ke janin. Gangguan pada fungsi dan letak plasenta, akan berpengaruh pada IUFD. Faktor penyebab IUFD dari ibu, antara lain usia ibu < 20 tahun atau > 35 tahun, paritas dan ANC yang tidak sesuai dengan ketentuan, sosial ekonomi rendah, tingkat pendidikan rendah, kehamilan di luar nikah dan gangguan gizi yang menimbulkan anemia (Wiknjosastro, 1999).

Pengaruh ANC terhadap kejadian IUFD

Terdapat pengaruh signifikan terhadap kejadian IUFD di mana hasil uji regresi logistic $p = 0.042$. Masih terdapat 32,6 % ANC tidak dilaksanakan sesuai ketentuan, yaitu 4 x selama kehamilan. ANC, berpotensi 3.669 kali dapat menyebabkan IUFD dengan nilai OR 5.669. ANC sangat penting bagi ibu hamil, karena dengan ANC yang teratur, dapat mendeteksi kelainan secara dini, mengobati penyakit yang menyertai kehamilan, pemberian pendidikan kesehatan, persiapan menghadapi kedaruratan dan persalinan (Dep.Kes.RI, 2004). Sesuai hasil penelitian, masih terdapat 32.6%, ibu yang tidak melakukan ANC sesuai ketentuan, yaitu < 4 x, kelompok kontrol 91.9%. Hal ini sesuai dengan penelitian Sidarta (2006) bahwa ANC yang teratur dan sesuai ketentuan dapat mencegah kelainan selama kehamilan.

Setiap ibu hamil dan keluarganya perlu memahami keadaan kedaruratan pada masa kehamilan dan persalinan sehingga dapat segera mencari pertolongan, apabila hal tersebut menimpa pada diri dan keluarganya, sehingga dapat menyelamatkan ibu dan bayinya. Dalam rangka menurunkan

angka kematian ibu dan bayi, pemerintah telah berupaya dengan (1) Mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, melalui pelayanan di puskesmas, poskesdes maupun bidan desa (2) Menyediakan pendanaan askeskin, Gakin atau tabulin dll. Hal ini dilakukan pemerintah, agar semua masyarakat dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia. Namun kenyataannya, akses masyarakat terhadap pelayanan masih rendah. Hal ini disebabkan karena faktor pendidikan, ekonomi dan budaya masyarakat setempat, yang berakibat terjadinya IUFD, yaitu (a) Responden dengan pendidikan Dasar (SD dan SMP) sebanyak 22 orang (50.2%), tingkat pendidikan dasar, akan berpengaruh pada luasnya wawasan, kedalaman pemahaman dan kemudahan menerima informasi. Akibat pendidikan yang rendah, akses dalam melakukan ANC juga terbatas, karena pada umumnya, beranggapan kelainan yang sering muncul dianggap sebagai hal yang biasa terjadi pada ibu hamil. (b) Pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, yang berpengaruh terhadap pendapatan keluarga dan kemampuan ekonomi keluarga dalam penyediaan makanan yang bergizi terutama kepada ibu hamil, sehingga terhindar dari anemia. (c) Pendapatan keluarga, berpengaruh terhadap akses pemeriksaan ANC, sehingga cenderung mencari alternatif yang lebih murah antara lain ke dukun, untuk memeriksakan kehamilannya. Untuk menanggulangi permasalahan tersebut, diharapkan peran serta tokoh masyarakat, tokoh agama, dan tenaga kesehatan lainnya, untuk mendorong keterlibatan semua pihak untuk menggerakkan sasaran agar dapat melakukan ANC dengan optimal.

Pengaruh penyakit yang menyertai kehamilan terhadap kejadian IUFD.

Terdapat pengaruh signifikan terhadap kejadian IUFD dimana hasil uji regresi logistic $p = 0.000$. Sesuai hasil penelitian tertinggi adalah hipertensi 47% dan malaria yang mengakibatkan anemia sebanyak 21%. Anemia adalah penurunan sel-sel darah merah dalam sirkulasi. Pengaruh anemia, jelas pada kelangsungan kehidupan buah kehamilan. Akibat anemia, pasokan oksigen menjadi tidak adekuat yang berdampak pada kemampuan metabolisme tubuh, yang dapat berdampak pada hipoksia pada jaringan plasenta sehingga menimbulkan IUFD. Anemia dapat diatasi dengan pemberian tablet besi selama hamil 90 tablet yang diminum 1 x 1, dimulai setelah emesis berlalu. Perlu dijelaskan detail tentang tablet zat besi ini sehingga ibu hamil dapat meminumnya dengan senang hati, sehingga tujuan mengatasi anemia dapat tercapai. Hipertiroid menyebabkan IUFD 100%, di mana yodium diperlukan untuk pertumbuhan janin, karena kekurangan yodium dapat menyebabkan IUGR dan IUFD. Hal ini perlu diinformasikan pada ibu yang akan merencanakan kehamilan dengan hipertiroid, seyogyanya mengatasi hipertiroid, baru merencanakan kehamilan, supaya IUFD dapat dihindari.

Pengaruh komplikasi kehamilan terhadap kejadian IUFD

Tidak terdapat pengaruh signifikan terhadap kejadian IUFD, dimana hasil uji regresi logistic $p = 0.180$. Hasil penelitian ini terlihat bahwa dari faktor komplikasi yang menonjol adalah

kejadian pre eklamsia/eklampsia sebanyak 9 kasus (20.9%). Ibu hamil dengan pre eklamsi/eklamsi, akan terjadi spasme pembuluh darah arteriol yang menuju organ penting tubuh sehingga menimbulkan gangguan metabolisme, gangguan peredaran darah yang dapat menyebabkan nekrosis jaringan, perdarahan, dan mengecilnya aliran darah kearah retroplacenta sehingga terjadi IUFD (Moore, 2001). Kejadian pre eklamsi dan eklamsia, dapat dideteksi secara dini, dengan ANC yang teratur, sehingga dapat dicegah. Hipertensi, selama kehamilan dapat dipantau melalui ANC, karena pre dan eklamsia, didahului dengan gejala awal berupa adanya hipertensi, dimana terjadi kenaikan sistole > 30 mmHg dan kenaikan diastole > 15 mmHg. Demikian pula dengan kejadian placenta previa, terdapat 2 kasus (5%) dan oligo/hidroamnion yang juga dapat dideteksi melalui ANC, sehingga IUFD dapat dicegah. Bahaya hidroamnion adalah tali pusat menumbung, sehingga pada saat persalinan tali pusat terjepit antara kepala janin dan panggul, sehingga menyebabkan IUFD. Tugas Bidan, melakukan pemantauan selama kehamilan dan segera melakukan rujukan terencana, apabila didapatkan kelainan yang timbul selama hamil. Kadang ibu hamil dan keluarganya datang dengan keadaan yang sudah gawat dan berat, sehingga terlambat ditangani, oleh karena itu penting bagi ibu hamil dan keluarganya mengetahui tanda bahaya kehamilan sehingga apabila mengalami hal tersebut, mereka segera melaporkan kepada puskesmas atau bidan terdekat.

Pengaruh trauma terhadap kejadian IUFD

Tidak ada pengaruh signifikan, dengan nilai p 0.698. Trauma berpotensi dapat menyebabkan IUFD 2.387. Trauma pada kehamilan, pada umumnya terjatuh atau terpelesep sehingga berakibat pada terlepasnya placenta dari insersinya, sehingga memutuskan suplai oksigen dan nutrisi dari ibu ke janin. Dari penelitian ini tidak nampak terdeteksi adanya trauma akibat urut/pijatan selama kehamilan, walaupun secara nyata, adanya dugaan itu. Hal ini tidak sesuai dengan penelitian Sidarta (2006) bahwa kejadian trauma kehamilan 81% disebabkan karena akibat pijat/ urut pada masa kehamilan di Kabupaten Tangerang.

Keterbatasan penelitian ini adanya keterbatasan peneliti sehingga pengolahan data masih dibantu oleh tim konsultan. Variabel penelitian terbatas pada variabel ibu, sehingga penyebab IUFD dari faktor janin tidak diteliti.

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian IUFD, ditinjau dari faktor ANC, penyakit yang menyertai kehamilan, komplikasi dan trauma kehamilan maka dapat disimpulkan sebagai berikut.

Ada pengaruh signifikan antara ANC terhadap kejadian IUFD, dengan p = 0.042 dan ANC yang tidak sesuai standar berpotensi menyebabkan IUFD sebesar 3-4 kali.

Ada pengaruh signifikan antara penyakit yang menyertai kehamilan terhadap kejadian IUFD, dengan p=0.000, dan adanya penyakit yang menyertai kehamilan berpotensi menyebabkan IUFD 7 kali.

Tidak ada pengaruh antara komplikasi kehamilan dan kejadian IUFD dengan p = 0.180 dan Komplikasi kehamilan berpotensi menyebabkan IUFD 7 kali.

Tidak ada pengaruh antara trauma kehamilan dan kejadian IUFD dengan p=0.698 dan trauma berpotensi menyebabkan IUFD 2 kali.

Secara simultan keempat variabel memberikan kontribusi 69.20% terhadap kejadian IUFD, sisanya sebesar 30.80% disebabkan faktor lain yang tidak diteliti.

Berdasarkan simpulan di atas, disarankan kepada :

1. **Ibu hamil**, diharapkan dapat melakukan ANC sesuai anjuran bidan, untuk mencegah hal-hal yang tidak diinginkan termasuk kejadian IUFD.
2. **Para bidan**, tetap terus mendampingi ibu hamil sampai tiba saat melahirkan, apabila seharusnya jadwal pemeriksaan ANC namun ibu hamil tidak datang, perlu dilakukan kunjungan rumah. Tetap terus memotivasi ibu hamil apabila didapatkan tanda bahaya kehamilan segera konsultasi ke Bidan atau puskesmas terdekat.
3. **Kepada Puskesmas**, agar penyuluhan kesehatan tetap terus dilakukan, terutama tentang tanda bahaya kehamilan sehingga apabila timbul kelainan, ibu dan keluarganya segera konsultasi ke Bidan atau puskesmas terdekat, kepada peneliti selanjutnya
4. Perlu penelitian berikutnya, karena masih ada faktor lain yang menyebabkan kejadian IUFD sebesar 30.80% yang tidak diteliti.

KONAS PERINASIA XII

“Pencapaian Target MDGs dan Program Penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi Menuju Indonesia Sehat”

Hotel Golden Tulip Galaxy, Banjarmasin
Kalimantan Selatan, 6-11 November 2015

Sampai bertemu di Kota Banjarmasin 2015

RAPAT KERJA PERINASIA

Pada bulan Ramadhan, Sabtu-Minggu 12-13 Juli 2014, bertempat di Hotel Haris Jakarta, telah berlangsung Rapat Kerja (Raker) Perinasia. Raker ini dihadiri oleh hampir seluruh perwakilan Cabang Perinasia. Sembilan belas dari 21 Cabang hadir pada pertemuan ini.

Penyelenggaraan raker ini dilatar belakangi oleh ketentuan dalam AD/ART Perinasia (ART Bab V, pasal 19) yang menyebutkan bahwa minimal 1 kali dalam pertengahan masa bakti, PP Perinasia menyelenggarakan Raker yang dihadiri oleh Pengurus Pusat, Pengurus Cabang, dan Badan Khusus. Tujuan Raker adalah untuk menyusun dan menetapkan program kerja Perinasia sesuai amanat Kongres Nasional Perinasia untuk dilaksanakan pada masa bakti kepengurusan. Sebelumnya telah digelar rapat Pleno PP Perinasia tanggal 13 Juni 2014 yang diantaranya menghasilkan keputusan untuk melaksanakan Raker di bulan Juli 2014.

Secara spesifik, pelaksanaan Raker tersebut meliputi agenda adalah:

1. Laporan pelaksanaan Rencana Strategi (Renstra) Perinasia 2012-2015.
2. Sosialisasi rencana pelaksanaan penelitian multisenter
3. Presentasi beberapa update topik ilmiah
4. Rapat organisasi
5. Diskusi Persiapan Kongres Nasional 2015

Beberapa rekomendasi dihasilkan pada Raker ini antara lain berkaitan dengan persetujuan mengenai amandemen AD/ART tentang tata cara pemberian penghargaan/award, penerimaan laporan sementara Ketua Umum PP Perinasia tentang renstra dan pencapaian kegiatan sesuai program tahunan Perinasia, persetujuan mengenai rencana pelatihan Metodologi Riset, dan yang tidak kalah penting adalah persetujuan atas usulan Tim Koordinator Penelitian untuk melaksanakan Penelitian Multisenter dan permintaan kepada

seluruh cabang untuk terlibat di dalamnya.

Rencana Penelitian Multisenter

Penelitian multisenter ini mengambil tema tentang Kematian Perinatal dan Neonatal di Rumah Sakit di Indonesia. Penelitian ini dilatarbelakangi oleh kenyataan bahwa Kematian Neonatal merupakan masalah dalam bidang kesehatan di Indonesia dan merupakan bagian terbesar dari kematian anak balita. Kematian anak balita berjumlah lebih dari 8 juta per tahun, 41%nya adalah kematian neonatal dan 59% adalah kematian setelah masa neonatal. Penyebab kematian neonatal adalah prematuritas 12%, asfiksia 9%, sepsis 6%, penyakit

kematian perinatal bahkan belum mendapat perhatian dan belum disebut dalam Millenium Development Goals (MDGs) (Cousens dkk, 2011).

Tingginya angka lahir mati sebagian besar terjadi di negara yang tidak memiliki registrasi memadai. Data tersebut dibutuhkan segera untuk meningkatkan kualitas data luaran kehamilan yang dikumpulkan dari sumber data alternatif, khususnya dari survei kesehatan rumah tangga. Hal ini untuk menghitung jumlah lahir mati, memperkirakan penyebab dengan menggunakan pengelompokan terprogram, dan memperbaiki cakupan dan pelacakan data untuk intervensi terhadap kesehatan maternal, kesehatan



neonatus lain 5%, pneumonia neonatal 4%, kelainan kongenital 3%, tetanus 1%, dan diare neonatal 1% (Newborn death and illness Updated, 2011). Sebanyak 98% kematian neonatal terjadi di negara kurang mampu (Victoria CG, 2003). Kematian neonatal dini merupakan bagian terbesar dari kematian neonatal yaitu dua per tiga kematian neonatal. Kematian perinatal terdiri dari bayi lahir mati dan kematian neonatal dini. Selama ini perhatian dan upaya telah dilakukan untuk meningkatkan kesehatan maternal, neonatal, dan anak. Walaupun demikian masih banyak yang perlu dilakukan untuk kesehatan maternal, neonatal, dan anak. Lahir mati yang merupakan bagian dari

neonatal, dan lahir mati. Semua negara sebaiknya mempunyai data lahir mati dan menjadi kebijakan nasional dan global (Lawn dkk, 2011). Petugas kesehatan termasuk dokter seharusnya mempunyai definisi dan melaporkan kelahiran hidup, lahir mati, dan kelahiran neonatal (Barfield, 2011).

Pencegahan dan upaya intervensi efektif pada kejadian bayi lahir mati sering bersamaan dengan penurunan kematian maternal dan neonatal. Pengetahuan tentang penyebab dan solusi lahir mati merupakan kunci pencegahan terjadinya kematian. Di sisi lain, kelahiran merupakan jendela terjadinya risiko kesakitan dan kematian ibu dan bayinya



menurunkan kematian neonatal di Indonesia. Untuk itulah Perinasia melakukan penelitian ini.

Adapun tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mendapatkan

terutama di negara dengan ekonomi lemah dan sedang (Froen dkk, 2011; Pattinson dkk, 2011).

Beberapa hari dan minggu setelah kelahiran, yaitu masa postnatal, merupakan masa kritis kehidupan ibu dan bayinya. Kualitas pelayanan pada periode ini sering diabaikan meskipun data telah menunjukkan banyak ibu dan bayi yang meninggal pada periode ini (WHO, 2006).

Indonesia termasuk dalam 10 negara yang mempunyai angka kematian neonatal dan lahir mati tertinggi (Lawn dkk, 2011).

Berdasarkan hal tersebut diperlukan data pelayanan kesehatan perinatal saat merencanakan intervensi untuk

angka dan mengetahui penyebab lahir mati, kematian perinatal, dan kematian neonatal di beberapa rumah sakit di Indonesia. Secara khusus penelitian ini bertujuan sebagai berikut:

1. Mendapatkan angka lahir mati, kematian perinatal, dan kematian neonatal di beberapa rumah sakit di Indonesia.
2. Mengetahui penyebab lahir mati, kematian perinatal, dan kematian neonatal di beberapa rumah sakit di Indonesia.

Untuk dapat diperoleh data valid yang mewakili beberapa wilayah di Indonesia, keterlibatan Cabang Perinasia untuk berpartisipasi dalam riset ini merupakan bagian penting yang tidak dapat dipisahkan. (Haryati)

SUSUNAN PENGURUS CABANG BALI PERIODE 2014-2017

Pembina

Prof. Dr.dr. I Gede Putu Surya, SpOG(K)
Prof. dr. Made Kornia Karkata, SpOG(K)

Ketua

dr. Tjok. Gde Agung Suwardewa, SpOG(K)

Wakil Ketua

dr. I Nyoman Hariyasa Sanjaya, SpOG(K), MARS

Sekretaris

dr. Ketut Surya Negara, SpOG(K)

Bendahara

dr. Made Darmayasa, SpOG(K)

Anggota

dr. I Wayan Retayasa, SpA(K)
dr. AAN Jaya Kusuma, SpOG(K)
dr. I Made Kardana, SpA(K)
dr. I Wayan Dharma Artana, SpA(K)
dr. Putu Junara, SpA
dr. Made Bagus Dwi Aryana, SpOG(K)
dr. I Wayan Artana Putra, SpOG
dr. AA Gede Putra Wiradnyana, SpOG

Sekretariat

Dra. Luh Ketut Ariasih
Luh Putu Rika Suantari, SE

Dirgahayu PERINASIA ke- 33



Semoga Tetap Jaya

Acara syukuran Ulang Tahun Perinasia ke 33 (13 Juni 1981 - 13 Juni 2014) dilaksanakan bertepatan dengan Rapat Koordinasi PP Perinasia pada hari Jumat, 13 Juni 2014 di Hotel Ibis Jakarta. Acara ini dihadiri oleh Pendiri, Pengurus dan Staf Perinasia. Harapannya Perinasia semakin sukses dan bermanfaat untuk masyarakat.

