
Peran Ikatan Dokter Anak Indonesia Dalam “Millennium Development Goals”

IGN. Gde Ranuh

Bagian Ilmu Kesehatan Anak FK Universitas Airlangga

Deklarasi *Millennium Development Goals (MDG's)* yang telah dicanangkan dalam pertemuan global tahun 90-an bertujuan untuk mengurangi separuh masalah kelaparan di dunia, mengupayakan semua anak dapat menyelesaikan pendidikan sekolah dasar, menghapus perbedaan jender tanpa melihat tingkat pendidikan, mengurangi dua per tiga angka kematian bayi dan anak balita, mengurangi angka kematian ibu tiga per empat dari angka sekarang, serta menyediakan air bersih bagi separuh penduduk dunia pada tahun 2015. Untuk mencapai sasaran tersebut, Indonesia harus bekerja keras mengingat indikator kesehatan dasar masih jauh tertinggal dibandingkan negara Asia Tenggara lainnya.

Dasar sasaran butir keempat MDG's adalah anak balita. Mengingat usia anak balita merupakan masa ‘kehidupan emas’, maka dalam masa ini kita mempunyai peluang ‘emas’ untuk dapat melakukan intervensi selama masa tumbuh kembang sehingga dicapai manusia dewasa yang sehat dengan kualitas prima. Memberikan perhatian secara penuh pada perlindungan hak dan kebutuhan seorang anak sangat menguntungkan dan merupakan suatu modal yang tidak ternilai di masa depan. Ikatan Dokter Anak Indonesia, melalui Unit Kerja Koordinasi (UKK) yang merupakan wadah keilmuan kesehatan anak harus berperan aktif dalam intervensi ini. Orientasi terhadap kesehatan komunitas perlu ditingkatkan dalam sikap, pandangan, dan semangat seorang dokter spesialis anak; sehingga peran nyata IDAI bersama pemerintah dapat mensukseskan MDG's. (**Sari Pediatri** 2008;10(2):139-44).

Kata kunci: *Millennium Development Goals*, Ikatan Dokter Anak Indonesia

Pada saat yang memprihatinkan bagi anak-anak kita, kepada siapa kita curahkan segala upaya dan apa saja yang kita miliki untuk membawa mereka menuju kesehatan yang prima,

pintar dan bahagia, tanpa takut akan sakit, cedera maupun mendapatkan kekerasan dan dipisahkan dari keluarganya. Penulis ingin berbagi fikiran tentang bagaimana IDAI berperan-serta bersama pemerintah untuk menyelesaikan MDG's, “*The Millennium Development Goals*”

Penduduk Indonesia telah mencapai 246 juta, di antaranya usia anak tidak kurang dari 75 juta dan khususnya anak balita yang berjumlah sekitar 24 juta

Alamat Korespondensi:

Prof.Dr.I G. N. Gde Ranuh,Sp.A(K). Lab. Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga/RSU Dr. Soetomo Surabaya. Telp.031-5961375 Fax.031- 5946261

(Tabel 1). Definisi anak sebagai yang tercantum di dalam Konvensi PBB tentang Hak Anak adalah kurun waktu sejak konsepsi sampai dewasa usia 18 tahun. Suatu kurun waktu yang relatif singkat dibandingkan dengan kurun waktu kehidupan manusia Indonesia pada umumnya (usia harapan hidup Indonesia saat ini 67 tahun) namun memiliki makna yang jauh lebih penting dalam membangun sumber daya manusia Indonesia yang berkualitas tinggi pada tahun-tahun mendatang.¹ Tuhan Yang Maha Esa memberikan kita kemampuan untuk melihat dan menelaah setiap langkah perjalanan tumbuh kembang anak. Kejadian yang sangat menakjubkan berlangsung dalam proses tumbuh kembang anak yang akan menentukan kualitasnya pada usia dewasa dan dengan pemantauan yang cermat kita dapat mencegah sejak dini penyimpangan-penyimpangan tumbuh kembang seorang anak.

Tabel 1. Beberapa catatan kesehatan di Indonesia

Parameter kesehatan	Jumlah
Jumlah penduduk	246 juta
Pertumbuhan riil GDP	6 %
Pendapatan per kapita	USD 1.581
Usia harapan hidup	67,97 tahun
Angka di bawah kemiskinan	17,75 %
Tersedianya air bersih	52 %
Sanitasi yang memadai	44 %
Angka Kematian Bayi	35 / 1000
Angka Kematian Balita	46 / 1000
Angka Kematian Maternal	307 / 100.000

Sumber: Survei Ekonomi Nasional, 2002 -2006

Deklarasi PBB telah dilahirkan pada bulan September tahun 2000 sebagai hasil pertemuan global yang intensif dan tanpa lelah sejak tahun '90-an. Deklarasi yang dikenal sebagai "Millennium Development Goal's" di mana para pemimpin dunia bertekad untuk menekan adanya kelaparan di dunia ini sampai separuh, agar semua anak dapat menyelesaikan pendidikan sekolah dasar, menghapus perbedaan gender tanpa melihat tingkat pendidikannya, mengurangi angka kematian bayi dan anak balita sebesar 2/3 dan angka kematian ibu tiga perempatnya dari angka sekarang serta tersedianya air bersih bagi separuh penduduk dunia pada tahun 2015.² Delapan tahun telah berlalu dan masih tersisa tujuh tahun lagi untuk mengejar tujuan tersebut.

Masalah Kesehatan Anak di Indonesia^{1,3,4}

Permasalahan yang disebutkan di dalam MDG's sebenarnya selalu dalam pikiran dan keprihatinan kita semua sejak empat dekade terakhir, tetapi sampai sekarang belum juga tampak kemajuan yang riil dan menggembirakan tentang kesehatan anak sampai saat kita bertemu kembali dalam kongres nasional kita yang ke-14 tahun 2008. Kita juga memahami permasalahan yang tercantum di dalam Konvensi Hak Anak (KHA) yang sudah diratifikasi Indonesia pada tahun 1990 dan telah banyak diupayakan pemerintah bersama masyarakat luas untuk memenuhi setiap pasal dari KHA dimaksud, beberapa dengan solusi yang cukup memuaskan.

Namun demikian, masih 17,75% penduduk kita hidup dalam kemiskinan pada tahun 2006, meningkat dari tahun 2005 yang menunjukkan angka 15,97% karena berbagai sebab. Limapuluh dua persen masyarakat luas belum bisa menikmati air bersih dan sanitasi yang belum memadai sebanyak 44%. Salah satu kriteria kesehatan masyarakat, yaitu angka kematian maternal masih menunjukkan yang tertinggi di kawasan Asia tenggara, yaitu 307 per 100.000 kelahiran hidup. Demikian pula angka kematian bayi dan balita, dan apabila dibandingkan dengan keadaan di negara industri maju maka terlihat perbedaan sebab kematiannya.

Di negara berkembang kejadian berat badan lahir rendah (BBLR) berat, merupakan penyebab kematian pada bayi merupakan yang paling menonjol diikuti infeksi saluran nafas akut (ISPA) sedangkan di negara yang maju masalah kelainan lahir merupakan yang utama. Pada usia balita di negara yang sedang berkembang penyebab kematian utama adalah masalah ISPA diikuti dengan diare (Tabel 2, 3 dan 4).

Marilah kita fokuskan perhatian kita pada anak-anak balita kita. Apakah anak balita kita yang dapat melampaui usia 5 tahun cukup sehat? Tidak, mereka tidak sehat. Memang pada umumnya anak balita tampak sehat dan ceria, seperti halnya semua anak balita yang kita lihat di masyarakat, tetapi apakah mereka cukup sehat untuk menjadi dewasa yang kita harapkan? Dapatkah mereka kita harapkan untuk menjadi generasi penerus yang mampu menyelesaikan pembangunan jangka panjang dan membawa bangsanya menuju masyarakat sehat, cerdas dan bahagia serta makmur? Usia anak balita disebutkan juga sebagai masa kehidupan EMAS, tetapi masa kehidupan tersebut merupakan juga masa EMAS bagi kita untuk melakukan intervensi dalam tumbuh

Tabel 2. Penyebab kematian utama bayi

Penyebab kematian	Presentasi
Perinatal	29.5
ISPA	29.3
Diare	13.9
Gangguan gastrointestinal	5.5
Tidak diketahui	3.7
Gangguan syaraf	3.5

Sumber: Survei Kesehatan Nasional 2001

Tabel 3. Penyebab kematian utama balita

Penyebab kematian	Presentasi
ISPA	34.7
Diare	27.6
Penyakit neurologik	9.4
Demam tifoid	4.3
Gangguan gastrointestinal	4.1
Lain-lain	3.2

Sumber: Survei Kesehatan Nasional 2001

Tabel 4. Penyebab kematian perinatal

Negara industri	Negara berkembang
Kelainan kongenital	BBLR yang berat
Asfiksia	RDS
Prematuritas	Perdarahan ventrikel otak
<i>Respiratory distress syndrome</i>	Apnea, asfiksia pada waktu lahir
Eklampsia	Aspirasi mekonium
<i>Premature rupture of membrane</i>	Kelainan lahir
	Sepsis & intra uterine growth retardation

Sumber: Ocampo, Perla D.S., 1994

kembangnya menuju manusia dewasa yang sehat dengan kualitas prima. Mereka adalah aset negara untuk masa depan dan yang mereka dapatkan selama hidupnya akan menentukan kualitas dan sikap terjang pada usia dewasa yang akan mencerminkan kesejahteraan suatu bangsa dan negara. Memberikan perhatian secara penuh pada perlindungan hak dan kebutuhan seorang anak adalah sangat menguntungkan dan merupakan suatu modal yang tidak ternilai di masa depan.

Kita telah berhasil menekan angka kematian bayi dan balita dalam dua dekade terakhir ini, namun situasi tersebut masih samar karena tingkat kesehatan anak balita kita tidaklah sehat sepenuhnya. Mereka sesungguhnya dalam keadaan "kedaruratan yang tersembunyi". Mereka menderita kurang gizi yang membuat mereka rentan terhadap berbagai penyakit yang

sebenarnya mudah dapat dicegah sehingga kualitas hidup mereka menurun pada usia dewasanya. Mereka juga rentan dan peka, di daerah urban maupun daerah rural terpencil akan terjadinya cedera dan keracunan karena kecelakaan disebabkan karena lingkungan yang tidak menguntungkan bagi mereka. Demikian juga seringkali menderita cedera karena kekerasan maupun terpisahkan dari keluarganya (*child abuse and neglect*) yang terjadi karena adanya ketidak tentraman lingkungan oleh karena konflik antar kelompok maupun suku serta tindakan teror. Tidak luput perhatian kita pada berita yang seringkali kita baca maupun lihat dari media cetak dan elektronik masalah kehamilan pada anak usia pra-remaja karena pengaruh lingkungan yang tidak baik sehingga terjadilah hubungan seks bebas dengan hasil bayi yang tidak diinginkan (*unwanted child*) dan bahkan seringkali dibarengi dengan penyakit karena hubungan seksual (*STD*) dan lebih jelek lagi ditemukannya penyakit HIV/AIDS, yang terakhir sudah menjadi epidemi di beberapa titik penting di negara

kita.⁵ Perihal pendidikan dasar dapat dilaporkan dengan cukup memuaskan bahwa sudah 81% anak-anak telah mendapatkan pendidikan dasar (2003).⁶

Beban pemerintah sangat berat dalam memenuhi apa yang tercantum di dalam MDG's karena banyak hal. Menurunkan angka kematian ibu hamil atau maternal sebesar tiga perempat dan sepertiga kematian bayi dan balita dari yang ada sekarang dirasakan sangat berat. Demikian pula untuk membantu rakyat mendapatkan kehidupan dengan upah lebih dari satu dollar sehari merupakan tugas yang sangat sulit. Bencana alam yang datang bertubi-tubi di tanah air kita dalam beberapa tahun terakhir ini membuat kita tidak saja sangat berduka tetapi juga keputusan untuk dapat menyehatkan dan memberi kesejahteraan rakyatnya. Terlebih lagi harga minyak yang mencekik leher kita,

timbulnya wabah flu burung di mana-mana akan menambah beban dalam upaya kita mencapai apa yang disebutkan di dalam MDG's.

Marilah kita telaah masalah gizi yang merupakan dasar dari segala permasalahan kesehatan. Prevalensi global adanya BBLR sebesar 15,5% berarti bahwa 20,6 juta bayi lahir setiap tahunnya dengan BBLR. Dari mereka yang lahir dengan berat badan lahir rendah, 95% terdapat di negara yang sedang berkembang dan yang tertinggi adalah di kawasan Asia Tenggara, yaitu sebesar 27,1%.⁷ Mereka telah menderita kurang gizi pada usia yang sangat dini! Mereka berisiko tinggi untuk mengalami keterlambatan tumbuh kembang, terserang berbagai penyakit infeksi, dan angka mortalitas pada usia bayi dan balita meningkat. Intervensi pemberian nutrisi kiranya dapat memperbaiki kesehatan secara langsung maupun jangka panjang yang pada gilirannya akan menurunkan angka kematain bayi di masyarakat.^{7,8}

Ikatan Dokter Anak Indonesia (I.D.A.I.)

Kita harus berbangga hati memiliki profesi dalam memberikan pelayanan kesehatan pada anak serta membawa mereka tumbuh kembang menuju dewasa dengan kualitas hidup yang tinggi dengan harapan dapat menyelesaikan tugas pembangunan jangka panjang bangsa dan negara kita. Ikatan Dokter Anak Indonesia merupakan ikatan profesi yang populer di masyarakat dan memiliki posisi yang sangat strategis, khususnya dalam menyiapkan sumber daya manusia Indonesia masa depan. Unit Koordinasi Kerja (UKK) yang berada di bawah naungan IDAI merupakan organ yang sangat ampuh untuk berkiprah dalam program MDG's. Masing-masing UKK setiap saat mengejar kemajuan ilmu dan teknologi dunia secara terus menerus yaitu dengan mengikuti berbagai kegiatan ilmiah di tanah air maupun di luar negeri. Hasil kerja UKK juga merupakan pedoman langkah setiap dokter anak di negeri kita ini. Setiap UKK menunjukkan kemajuan pesat akhir-akhir ini tetapi rupanya belum dapat terlihat maupun tercermin dalam peningkatan kesehatan anak kita di negeri ini.

Peran IDAI dalam MDG'S

Bagaimana IDAI dapat berperan efektif bersama pemerintah mencapai butir-butir yang tercantum

di dalam MDG's? Sebenarnya situasi anak yang terlihat hanya yang ada di puncak gunung es dan kita mengetahui benar apa yang masih tersembunyi di bawah permukaan laut tersebut. Kita memiliki banyak ahli dari berbagai bidang ilmu yang tersembunyi di dalam UKK kita. Kita memiliki kekuatan untuk ikut menanggulangi permasalahan yang ada di masyarakat kita, namun rupanya kita masih bersikap "acuh" maupun menderita "kelumpuhan" karena situasi yang "lebih menarik" lainnya yang ada di masyarakat kita. Jadi, bagaimana kita dapat lebih berkiprah dan berperan aktif dalam rencana MDG's? Tidak banyak waktu lagi dan tinggal beberapa tahun lagi untuk sampai pada tahun 2015.

Masing-masing UKK masih terlalu sibuk dengan bidangnya sendiri dan untuk kelompok peminat ilmu itu sendiri dan tidak tampak suatu kebersamaan sebagai kekuatan nasional yang ampuh untuk menyelesaikan MDG's. Sampai sekarang kita memiliki sebanyak 14 UKK dari berbagai macam subspecialisasi, seperti UKK gizi, perinatologi, kardiologi, respirologi, gastro-hepatologi, nefrologi, neurologi, tumbuh kembang / pediatri sosial dan masih banyak lagi akan berkembang sesuai perkembangan ilmu dan teknologi di dunia. Bagaimana kita ikut berperan?

Marilah kita mulai dari pendidikan dokter anak yang saat ini masih banyak berorientasi pada masalah anak sakit di rumah sakit dan tidak banyak bergerak di masyarakat luas. Adalah penting bagi setiap dokter anak untuk bekerja-sama di masyarakat untuk menyelesaikan berbagai permasalahan kesehatan dan sosial yang rumit. Masa pendidikan spesialisasi di enam belas lembaga pendidikan dokter spesialis anak di Indonesia merupakan saat yang bagus dalam mencetak seorang dokter anak yang berorientasi pada kesehatan di masyarakat (Tabel 5).⁹

Sejak permulaan pendidikan dokter sudah diberikan teori-teori dan praktek kesehatan anak di masyarakat, tetapi ke depan masih belum cukup untuk dapat melihat dan memiliki semangat untuk mengobati anak sakit di dalam lingkungannya di mana anak tumbuh dan berkembang. Sikap, pandangan dan semangat seorang dokter anak untuk melihat jauh lebih luas dan komprehensif perlu ditimbulkan ke dalam sanubari setiap calon dokter anak. Orientasi komunitas dalam kurikulum perlu ditimbulkan pada tingkat pimpinan fakultas dan kepala departemen bersama lembaga swadaya masyarakat yang ada.⁸ Untuk itu perlu memiliki anggota pimpinan yang

Tabel 5. Data lulusan dokter spesialis anak dari 16 lembaga pendidikan di Indonesia

No	Universitas	2005	2006	2007	2008*	Jumlah
1	Univ. Syahkuala	0	0	0	0	0
2	Univ. Sumatera Utara	13	10	0	12	35
3	Univ. Andalas	6	3	5	3	17
4	Univ. Sriwijaya	4	13	4	0	21
5	Univ. Indonesia	28	33	16	4	81
6	Univ. Padjadjaran	15	18	19	11	71
7	Univ. Sebelas Maret	0	0	4	3	7
8	Univ. Diponegoro	12	21	11	2	46
9	Univ. Gajahmada	20	20	14	8	62
10	Univ. Brawijaya	0	0	0	0	0
11	Univ. Airlangga	9	11	17	0	37
12	Univ. Udayana	9	6	6	0	21
13	Univ. Hasanudin	4	7	9	0	20
14	Univ. Sam Ratulangi	14	5	7	0	26
15	Univ. Lambung Mangkurat	0	0	0	0	0
16	Univ. Soedirman	0	0	0	0	0
Jumlah						444

Sumber: Pengurus Pusat Ilmu Kesehatan Anak

* Sampai dengan Juni 2008

berkompetensi menyelesaikan masalah komunitas dan menyusun kurikulum atau menetapkan prioritas di dalam departemen tersebut dalam pendidikan dokter spesialis. Berikutnya tentu tidak boleh dilupakan untuk menyiapkan sarana dan dana yang diperlukan untuk itu. Pendekatan dengan penentu kebijakan di daerahnya perlu dijalin dengan baik dengan bekerjasama dalam proyek longitudinal, melaksanakan riset di masyarakat, menyelenggarakan *talk shows* dengan para orang tua, guru, pemuka agama dan tokoh-tokoh penting di daerahnya.

Suatu contoh seperti yang dilakukan kelompok ASI IDAI Cabang DKI untuk menyelenggarakan *talk shows* di banyak kota yang tersebar di Indonesia tentang pentingnya pemberian ASI pada bayinya adalah sangat bermanfaat. Beberapa informasi menunjukkan berbagai manfaat jangka panjang dalam pemberian ASI kepada bayinya, yaitu mempunyai tekanan darah dan kadar kolesterol total yang lebih rendah dari yang tidak diberi ASI serta adanya kemampuan tes intelegensi yang lebih tinggi. Demikian pula prevalensi untuk obesitas dan diabetes tipe 2 lebih rendah pada bayi dengan ASI dari yang tidak dengan ASI. Air susu ibu tidak saja nutritif, tetapi juga memberikan zat-zat antibodi untuk mencegah berbagai penyakit infeksi serta memberikan stimulasi dini yang diperlukan dalam tumbuh kembangnya.⁹ Perlu dilaporkan pula bahwa kegiatan UK tumbuh kembang/

pediatri sosial IDAI bersama dengan pimpinan daerah kabupaten di Jawa Timur telah mengadakan kegiatan pelatihan dan pemeriksaan deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang anak-anak dengan sangat sukses dan antusiasme yang menggembirakan di masyarakat. Kegiatan tersebut merangsang kita untuk melaksanakan lebih jauh lagi, karena terbanyak di masyarakat tidak mengetahui arti tumbuh kembang anak maupun dampak penyimpangan tumbuh kembang anak jangka panjang.

Penulis yakin bahwa IDAI sebagai salah satu unsur ampuh bersama pemerintah dan berbagai lembaga swadaya masyarakat yang ada di negeri kita maupun di kawasan Asia Tenggara dapat menyelesaikan tugasnya untuk mencapai tujuan MDG's pada tahun 2015. Pembentukan suatu satgas (satuan tugas) IDAI seperti tumbuh kembang, imunisasi, ASI, dan gizi, dan masih banyak lagi perlu dikembangkan dan direncanakan lebih baik dengan target yang jelas ke depan.

Akhirnya, kita berharap agar pemerintah maupun penentu kebijakan berfikir lebih keras lagi untuk menyusun prioritas program maupun alokasi dana pada setiap langkah untuk kepentingan anak dalam memperbaiki tumbuh kembangnya menuju dewasa prima. Untuk kita semua, marilah kita bekerjasama sebagai bagian dari kekuatan nasional untuk mencapai target di dalam MDG's tersebut. Untuk itu, perlu kita

sadari bahwa kita tidak berdiri sendiri, tetapi dengan upaya bersama secara global niscaya hasilnya akan lebih efektif seperti yang ditulis dalam salah satu butir deklarasi MDG's tersebut.

Daftar Pustaka

1. Badan Penelitian & Pengembangan Departemen Kesehatan RI. Survei ekonomi nasional, 2002-2006. Didapat dari: http://www.litbang.depkes.go.id/riskedas/download/BS/dsbs_ssn_2k7_11_nad.pdf
2. MDG's. Didapat dari: <http://www.undp.org/mdg/>
3. Departemen Kesehatan RI. Survei kesehatan nasional 2001. Departemen Kesehatan, Jakarta 2003.
4. WHO. Inter census population survey, indicator of 2001. WHO Geneva, 2002.
5. Edmond, K., Bahl, Rajiv. Optimal feeding of low-birth-weight infants. Technical review. World Health Organization, Geneva 2006.
6. Horta, B.L., Bahl, Rajiv., Martines, J.C., Victoria, C.G. Evidence on the long-term effects of breastfeeding. Systematic reviews and meta-analysis. World Health Organization, Geneva 2006.
7. Minkowitz, C.S., Chandra, A., Solomon, B.S., Sanders, L.M., Grason, H.A., Carracco, C. Factors influencing community pediatric training in residency. Note from The Association of Medical School Pediatric Department Chairs, Inc. *J Pediatr* 2007;150:231-7.
8. Yudoyono, S.B. Indonesia on the move. Edisi pertama. Penyunting: Dino Pati Djalal. PT Bhuana Ilmu Populer, Kelompok Gramedia, Jakarta 2006.
9. Ranuh, I.G.N.Gde. Child abuse and neglect, a threat to child's development. Dipresentasikan pada The XII National Congress of Child Health & ASEAN Pediatric Federation Conference, Bali 1-4 Juli 2002.
10. UNDP Indonesia. Didapat dari: http://www.undp.org/mdg/undps_role.shtml