

ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Penulis:

Dewi Parwati, S.ST.,M.Keb

Penerbit

FATIMA PRESS

2023

**ASUHAN
KEBIDANAN KOMUNITAS**

ISBN: 978-623-09-3631-9

Penulis
Dewi Parwati, S.ST.,M.Keb

Editor:
Antonius Primus, SS

Penerbit:
Fatima Press ANGGOTA IKAPI
Nomor Anggota; 028/Anggota Luar Biasa/SSL/2020
Jl. Ganggawa, No. 22, Ujung Bulu, Ujung,
Kota Parepare, Sulawesi Selatan
Hp. 085782304575

Dicetak oleh Percetakan Kanisius Yogyakarta

Ketentuan Pidana Pelanggaran Hak Cipta, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2002, Tentang Hak Cipta, Pasal 72:

- (1) Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp 1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).
- (2) Barangsiapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu Ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun,
termasuk fotokopi, tanpa izin tertulis dari Penerbit.





KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah, Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya, sehingga Penulis dapat menyelesaikan penulisan buku berjudul "Asuhan Kebidanan Komunitas". Penulis juga tidak lupa mengucapkan salawat serta salam semoga senantiasa tercurahkan kepada Nabi Besar Muhammad SAW, karena berkat beliau, kita mampu keluar dari kegelapan menuju jalan yang lebih terang.

Buku yang cukup komprehensif dan lengkap ini membahas hal-hal aktual terkait persoalan Kebidanan Komunitas. Beberapa poin pokok dibahas dalam buku ini terkait tanggung jawab Bidan di Komunitas, permasalahan kebidanan dalam pelayanan di komunitas dan perkara hukum dalam kebidanan komunitas serta asuhan kebidanan komunitas.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan buku ini, banyak kendala yang dihadapi Penulis. Namun dengan bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, akhirnya Penulis dapat menyelesaikan buku ini dengan baik.

Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada Editor dan Penerbit Fatima Press yang sudah berkenan untuk mengolah dan menerbitkan buku sederhana ini.

Penulis mengakui bahwa buku ini masih jauh dari sempurna, oleh sebab itu, segala masukan dan saran dari pembaca sangat dibutuhkan demi perbaikan terhadap buku ini.

Makassar, 23 Mei 2023

Penulis

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	v
Pendahuluan	1
BAB 1 Konsep Dasar Kebidanan Komunitas	4
BAB 2 Masalah Kebidanan Di Komunitas	21
BAB 3 Status Kesehatan Ibu	31
BAB 4 Metode Pengkajian Data Kesehatan Di Masyarakat	38
BAB 5 Pemberdayaan Masyarakat	48
BAB 6 Strategi Pelayanan Kebidanan Di Komunitas	68
BAB 7 Tugas Dan Tanggung Jawab Bidan Di Komunitas Dan Bidan Praktik Swasta (BPS)	75
BAB 8 Aspek Perlindungan Hukum Bidan Di Komunitas	82
BAB 9 Pemantauan Pelayanan Kebidanan PWS Kia Dan Pendataan Sasaran	90
BAB 10 Manajerial Asuhan Kebidanan Di Komunitas	111
BAB 11 Pertolongan Pertama Kegawatdaruratan Maternal Neonatal Di Komunitas	124
BAB 12 Manajemen Terpadu Balita Sakit	134
BAB 13 Pelayanan Kontrasepsi dan Rujukan Di Komunitas	145

BAB 14 Kebijakan Dan Program Pemerintah Yang Berkaitan Dengan KIA/KB Di Wilayah Komunitas	154
BAB 15 Asuhan Antenatal, Intranatal, Postnatal, Kontrasepsi, Lansia Di Komunitas	161
Daftar Pustaka	187

PENDAHULUAN

Kebidanan komunitas merupakan konsep dasar bidan dalam melayani keluarga dan masyarakat diwilayah tertentu. Kebidanan komunitas adalah bidan yang melayani keluarga dan masyarakat diluar rumah sakit. Di dalam konsep tersebut berbagai unsur tercakup di dalamnya. Unsur-unsur tersebut adalah bidan sebagai pelaksana pelayanan, pelayanan kebidanan, komunitas sebagai sarana pelayanan, ilmu dan teknologi kebidanan serta faktor yang mempengaruhi seperti lingkungan. Masing-masing unsur memiliki karakteristik tersendiri.

Menurut kesepakatan antara *International Confederation of Midwife, International Federation of Gynecologists and obstetrics, World Health Organisation*, pada tahun 1993 mengatakan bahwa: Bidan (*midwife*) adalah seorang yang telah mengikuti pendidikan kebidanan yang diakui pemerintah setempat, telah menyelesaikan pendidikan tersebut dan lulus serta terdaftar atau mendapat izin melakukan praktek kebidanan.

Sebenarnya sejarah pelayanan kebidanan komunitas di In-

donesia diawali dari masa penjajahan Belanda. Pada tahun 1849 seiring dengan dibukanya pendidikan Jawa di Batavia (di Rumah Sakit Militer Belanda sekarang RSPAD Gatot Subroto), pada tahun 1851 dibuka pendidikan bidan bagi wanita pribumi di Batavia oleh dokter Belanda (dr. W. Rosch). Fokus peran bidan hanya sebatas pelayanan di rumah sakit (bersifat klinis).

Pendekatan baru mengenai kualitas pelayanan menuntut pergeseran titik tekan pelayanan kesehatan terutama kebidanan dari orientasi target pencapaian menuju orientasi penjagaan mutu pelayanan. Pendekatan semacam ini mengharuskan pihak pengelola program untuk mengkoordinasi semua kegiatan yang berbasis klinik seperti rumah sakit, puskesmas, klinik swasta dan sebagainya, ataupun yang berbasis pada masyarakat seperti posyandu, polindes, bidan di desa, petugas penyalur kontrasepsi dan lainnya.

Praktek bidan adalah suatu perwujudan dari kewenangan bidan dalam melakukan tugasnya melayani pasien yang memerlukan. Praktek bidan adalah salah satu kegiatan kebidanan komunitas. Kegiatan praktek kerja dikelola oleh bidan sendiri sesuai dengan kewenangannya. Di dalam kegiatan praktek ini, bidan dapat dibantu oleh tenaga kesehatan atau tenaga lainnya yang kualifikasi pendidikannya lebih rendah. Praktek bidan dapat dilakukan di berbagai unit pelayanan seperti puskesmas, polindes, posyandu dan praktek pribadi.

Bidan yang bekerja di desa mempunyai wilayah kerja atau wilayah pelayanan. Masyarakat yang berada di dekat tempat aktifitas bidan merupakan sasaran utama pelayanan. Kebidanan ko-

munitas mendorong bidan bekerja aktif, tidak menunggu pasien di tempat kerjanya. Bidan harus aktif memberi pelayanan terhadap ibu dan anak balita baik di dalam maupun di luar unit kerjanya. Untuk itu bidan harus mengetahui perkembangan kesehatan masyarakat dari waktu ke waktu. Pemantauan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya harus dilakukan oleh bidan komunitas. Konsep kebidanan komunitas terdiri dari beberapa komponen yang membentuk suatu konsep kebidanan komunitas adalah bidan, pelayanan kebidanan, sasaran pelayanan, lingkungan dan pengetahuan serta teknologi.

BAB 1

KONSEP DASAR KEBIDANAN KOMUNITAS

1. Pengertian

Komunitas berasal dari bahasa Latin *communitas* yang berarti "kesamaan", kemudian dapat diturunkan dari *comunnis* yang berarti "sama, *public*, dibagi oleh semua atau banyak" (Wenger, 2002: 4). Menurut Crow dan Allan, komunitas dapat terbagi menjadi 3 komponen yaitu: 1) Berdasarkan lokasi atau tempat/wilayah. Sebuah komunitas dapat dilihat sebagai tempat di mana sekumpulan orang yang mempunyai sesuatu yang sama secara geografis. 2) Berdasarkan minat. 3) Berdasarkan komunitas dapat berarti ide dasar yang dapat mendukung komunitas itu sendiri.

Menurut Selo Soemardjan (*Social Changes*: 1962) istilah komunitas dalam batas-batas tertentu dapat menunjuk pada warga sebuah dusun (dukuh atau kampung), desa, kota, suku atau bangsa. Komunitas merupakan suatu unit atau kesatuan sosial yang terorganisasikan dalam kelompok-kelompok dengan kepentingan bersama (*communities of common interest*), baik yang bersifat fungsional maupun yang mempunyai teritorial. Komunitas adalah

kelompok sosial yang terbentuk berdasarkan lokalitas.

Masyarakat adalah sekelompok manusia yang telah lama hidup dan bekerja sama, sehingga dapat mengorganisasikan diri dan berpikir tentang dirinya sebagai satu kesatuan sosial dengan batas-batas tertentu.

Kebidanan komunitas adalah bagian dari kebidanan yang berupa serangkaian ilmu dan keterampilan untuk memberikan pelayanan kebidanan pada ibu dan anak yang berada dalam masyarakat di wilayah tertentu.

Pelayanan kebidanan komunitas dikembangkan di Indonesia dimana bidan sebagai ujung tombak pemberi pelayanan kebidanan komunitas. Bidan yang bekerja melayani keluarga dan masyarakat di wilayah tertentu disebut bidan komunitas (*community midwife*) (Syahlan, 1996 : 12).

Kebidanan komunitas adalah pelayanan kebidanan yang menekankan pada aspek-aspek psikososial budaya yang ada di komunitas (masyarakat sekitar). Maka seorang bidan dituntut mampu memberikan pelayanan yang bersifat individual maupun kelompok. Untuk itu bidan perlu dibekali dengan strategi-strategi untuk mengatasi tantangan/kendala seperti berikut ini: 1. Sosial budaya seperti ketidak-adilan gender, pendidikan, tradisi yang merugikan Ekonomi, seperti kemiskinan. 2. Politik dan hukum, seperti ketidak-adilan sosial. 3. Fasilitas, seperti tidak ada peralatan yang cukup, pelayanan rujukan. 4. Lingkungan, seperti air bersih, daerah konflik, daerah kantong (daerah yang terisolir), kumuh, padat, dll.

Kebidanan komunitas merupakan suatu konsep dasar bidan dalam melayani keluarga dan masyarakat. Pelayanan kebidanan

merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan. Konsep adalah kerangka ide yang mengandung suatu pengertian tertentu.

Kebidanan berasal dari kata "Bidan". Kebidanan (*midwifery*) adalah mencakup pengetahuan yang dimiliki dan kegiatan pelayanan untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Pengertian bidan adalah seseorang yang telah mengikuti pendidikan kebidanan yang diakui oleh pemerintah setempat dan telah menyelesaikan pendidikan serta terdaftar atau mendapatkan izin melakukan praktik kebidanan. Komunitas adalah kelompok orang yang berada di suatu lokasi atau daerah tertentu. Bidan Komunitas (*Community Midwifery*) adalah bidan yang bekerja melayani keluarga dan masyarakat di wilayah tertentu. Kebidanan komunitas adalah konsep dasar bidan dalam melayani keluarga dan masyarakat. Pelayanan kebidanan komunitas adalah upaya yang dilakukan bidan untuk pemecahan masalah kesehatan ibu dan anak balita di dalam keluarga dan masyarakat (Siti. C; Yanik. P, 2019).

Komunitas merupakan satu kesatuan hidup manusia yang menempati suatu wilayah nyata yang berinteraksi menurut suatu sistem adat istiadat, serta terikat oleh suatu identitas suatu komunitas. Ciri-ciri komunitas adalah kesatuan wilayah, kesatuan adat istiadat, rasa identitas komunitas, dan loyalitas terhadap komunitas. Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat. Bila ada salah satu anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan, maka akan berpengaruh terhadap anggota keluarga yang lain dan keluarga-keluarga yang ada di sekitarnya (Siti. C; Yanik. P, 2019).

2. Sasaran kebidanan komunitas

Sasaran pelayanan kebidanan komunitas adalah individu, keluarga, dan kelompok masyarakat (komunitas). Individu yang dilayani adalah bagian dari keluarga atau komunitas. Menurut UU nomor 23 tahun 1992, yang dimaksud dengan keluarga adalah suami, istri, anak dan anggota keluarga lainnya. Kelompok di masyarakat adalah kelompok lain, balita, remaja, ibu hamil, ibu nifas, dan ibu menyusui. Pelayanan ini mencakup upaya pencegahan penyakit, pemeliharaan dan peningkatan, penyembuhan, serta pemulihan kesehatan, bidan memandang pasiennya sebagai makhluk sosial yang memiliki budaya tertentu dan dipengaruhi oleh kondisi ekonomi, politik, sosial budaya, dan lingkungan sekitarnya.

3. Tujuan Kebidanan Komunitas

Tujuan dari pelayanan kebidanan komunitas adalah meningkatkan kesehatan ibu dan anak balita di dalam keluarga sehingga terwujud keluarga sehat sejahtera dalam komunitas tertentu (Syahlan, 1996:15).

Tujuan umum kebidanan komunitas

- a) Meningkatkan kesehatan ibu dan anak, balita dalam keluarga sehingga terwujud keluarga sehat sejahtera dalam komunitas tertentu
- b) Meningkatkan kemandirian masyarakat dalam mengatasi masalah kebidanan komunitas untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal.

Tujuan khusus komunitas kebidanan

1. Mengidentifikasi masalah kebidanan komunitas

2. Melakukan upaya promotif dan preventif pelayanan kesehatan;
3. Dipahaminya pengertian sehat dan sakit oleh masyarakat;
4. Mengidentifikasi struktur masyarakat daerah setempat;
5. Meningkatkan kemampuan individu/keluarga/masyarakat untuk melaksanakan askeb dalam rangka mengatasi masalah;
6. Tertanganinya kelainan resiko tinggi/rawan yang perlu pembinaan dan pelayanan kebidanan;
7. Tertanganinya kasus kebidanan di rumah;
8. Tertanganinya tindak lanjut kasus kebidanan dan rujukan;
9. Mengidentifikasi status kesehatan ibu dan anak;
10. Pelayanan KIA/KB/imunisasi;
11. Menggambarkan keadaan wilayah kerja dengan daerah;
12. Mengidentifikasi faktor penunjang KIA/KB di wilayah;
13. Bimbingan pada kader posyandu/kesehatan/dukun bayi;
14. Mengidentifikasi kerja sama LP/LS;
15. Kunjungan rumah;
16. Penyuluhan laporan dan seminar dan evaluasi;
17. Askeb pada sasaran KIA;
18. Melakukan tindakan kegawatdaruratan kebidanan sesuai kewenangan;

Adapun tujuan dari pelayanan kebidanan komunitas meliputi:

1. Ibu dan bayi sehat dan selamat, keluarga bahagia, serta terjaminnya kehormatan martabat manusia;
2. Saling menghormati penerima asuhan dan pemberi asuhan;
3. Kepuasan ibu, keluarga, dan bidan;
4. Adanya kekuatan diri dari wanita dalam menentukan dirinya sendiri;
5. Adanya rasa saling percaya dari wanita sebagai penerima asuhan;
6. Terwujudnya keluarga sejahtera dan berkualitas.

4. Program SDGS 2030

SDGs memiliki 5 pondasi, yaitu manusia, planet, kesejahteraan, perdamaian dan kemitraan yang ingin mencapai 3 tujuan mulia di tahun 2030 berupa mengakhiri kemiskinan, mencapai kesetaraan, dan mengatasi perubahan iklim. Untuk mencapai tujuan mulia tersebut disusunlah tujuh belas tujuan global (*goals*) sebagai berikut:

1. Tanpa kemiskinan
Tidak ada kemiskinan dalam bentuk apapun di seluruh dunia.
2. tanpa kelaparan
Mengakhiri kelaparan, mencapai ketahanan pangan dan meningkatkan gizi, serta mendorong pertanian yang berkelanjutan, yaitu:

- a) Tahun 2030, mengakhiri kelaparan dan menjamin akses pangan yang aman, begizi, dan mencukupi bagi semua orang; khususnya masyarakat miskin dan rentan, termasuk bayi sepanjang tahun;
 - b) Tahun 2030, mengakhiri segala bentuk malnutrisi, termasuk mencapai target internasional 2025 untuk penurunan stunting dan *wasting* pada balita dan mengatasi kebutuhan gizi remaja perempuan, wanita hamil dan menyusui, serta lansia.
3. kesehatan yang baik dan kesejahteraan bagi semua orang di segala usia, yaitu:
- a) Tahun 2030, mengurangi angka kematian ibu hingga di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup;
 - b) Tahun 2030, mengakhiri kematian bayi dan balita yang dapat dicegah dengan menurunkan angka kematian neonatal setidaknya 12 per 1.000 KH dan angka kematian balita 25 per 1.000 KH;
 - c) Tahun 2030, mengakhiri *epidemic* AIDA, TBC, malaria dan penyakit tropis yang terabaikan, serta memurangi hepatitis, penyakit bersumber air, dan penyakit menular lainnya;
 - d) Tahun 2030, mengurangi sepertiga kematian prematur akibat penyakit tidak menular melalui pencegahan dan perawatan, serta mendorong kesehatan dan kesejahteraan mental.
 - e) Memperkuat pencegahan dan perawatan penyalahgunaan zat, termasuk penyalagunaan narkotika dan

alkohol yang membahayakan;

- f) Tahun 2030, mengurangi setengah jumlah global kematian dan cedera akibat kecelakaan lalu lintas;
- g) Tahun 2030, menjamin akses semesta kepada pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk Keluarga Berencana (KB), informasi dan edukasi, serta integrasi kesehatan reproduksi ke dalam strategi dan program nasional;
- h) Mencapai *universal health coverage*, termasuk perlindungan risiko keuangan, akses kepada pelayanan kesehatan dasar berkualitas, dan akses kepada obat-obatan dan vaksin dasar yang aman, efektif, dan berkualitas bagi semua orang;
- i) Tahun 2030, mengurangi secara substansi kematian dan kesakitan akibat senyawa berbahaya serta kontaminasi dan polusi udara, air, dan tanah.

4. Pendidikan berkualitas

Menjamin pemerataan pendidikan yang berkualitas dan meningkatkan kesempatan belajar bagi semua orang, menjamin pendidikan yang inklusif dan berkeadilan, serta mendorong kesempatan belajar seumur hidup bagi semua orang;

5. Kesenjangan gender

Adapun cara untuk mencapai kesetaraan gender dan memberdayakan kaum ibu dan perempuan, yaitu:

- a) Menghilangkan segala bentuk praktik berbahaya, seperti pernikahan anak-anak usia dini dan terpaksa,

- serta sunat perempuan;
- b) Menjamin akses semesta kepada kesehatan seksual dan reproduksi serta hak-hak reproduksi.
6. Air bersih dan sanitasi
Menjamin ketersediaan dan pengelolah air serta sanitasi yang berkelanjutan bagi semua orang, yaitu:
- a) Mencapai akses air minum aman yang universal dan merata;
- b) Mencapai akses sanitasi dan *hygiene* yang cukup merata bagi semua orang serta mengakhiri defekasi terbuka, memberi perhatian khusus pada kebutuhan perempuan dan wanita serta orang-orang yang berada pada situasi rentan;
7. Energi bersih dan terjangkau
Menjamin akses terhadap sumber *energy* yang terjangkau, terpercaya, berkelanjutan, dan modern untuk semua orang;
8. Pertumbuhan ekonomi dan pekerjaan yang layak
Mendukung perkembangan ekonomi yang berkelanjutan dan inklusif, lapangan kerja yang cukup produktif, serta pekerjaan yang layak untuk semua orang;
9. Industri, inovasi, dan infrastruktur
Membangun infrastruktur yang berkualitas, mendorong peningkatan industri yang inklusif dan berkelanjutan, serta mendorong inovasi;
10. Mengurangi kesenjangan
Mengurangi ketidaksetaraan, baik di dalam sebuah

Negara maupun di antara Negara-negara di dunia;

11. Keberlanjutan kota dan komunitas
Membangun kota-kota serta pemukiman yang inklusif, berkualitas, aman dan berketahanan dan berkelanjutan;
12. Konsumsi dan produksi bertanggung jawab
Menjamin kelangsungan konsumsi pola produksi;
13. Perhatian terhadap iklim
Bertindak cepat untuk memerangi perubahan iklim dan dampaknya;
14. Kehidupan bawah laut
Melestarikan dan menjaga keberlangsungan laut dan kehidupan sumber daya laut untuk perkembangan pembangunan yang berkelanjutan;
15. Kehidupan didarat
Melindungi, mengembalikan, dan meningkatkan keberlangsungan pemakaian ekosistem darat, mengelolah hutan secara berkelanjutan, mengurangi tanah tandus serta tukaar guling tanah, memerangi penggurunan, menghentikan dan memulihkan degradasi tanah, serta menghentikan kerugian keanekaragaman hayati.
16. Institusi peradilan yang kuat dan kedamaian
Meningkatkan perdamaian termasuk masyarakat untuk pembangunan berkelanjutan, menyediakan akses untuk keadilan bagi semua orang, termasuk lembaga, dan bertanggung jawab untuk seluruh kalangan, serta membangun institusi yang efektif, akuntabel, dan inklusif di seluruh tingkatan.

17. Kemitraan untuk mencapai tujuan

Memperkuat implementasi dan menghidupkan kembali kemitraan global untuk pembangunan yang berkelanjutan.

5. **Indonesia Sehat 2025**

1. Visi

Dalam Indonesia sehat 2025, lingkungan strategis pembangunan kesehatan yang diharapkan adalah lingkungan yang kondusif bagi terwujudnya keadaan sehat jasmani, rohani, maupun sosial, yaitu lingkungan bebas dari kerawanan sosial budaya dan polusi, tersedianya air minum dan sarana sanitasi lingkungan yang memadai, perumahan dan pemukiman yang sehat, perencanaan kawasan yang berwawasan kesehatan serta terwujudnya kehidupan masyarakat yang memiliki solidaritas sosial dengan memelihara nilai-nilai budaya bangsa.

Perilaku masyarakat yang diharapkan dalam Indonesia sehat 2025 adalah perilaku yang bersifat proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah resiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit dan masalah kesehatan lainnya, sadar hukum, serta berpartisipasi aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat, termasuk menyelenggarakan masyarakat sehat dan aman (*safe community*).

Visi Indonesia yang mandiri, maju, adil, dan makmur:

Mandiri: maupun terwujudnya kehidupan sejajar dan sederajat dengan bangsa lain dengan mengandalkan pada kemampuan dan kekuatan sendiri;

Maju: diukur dari kualitas SDM, tingkat kemakmuran dan kemantapan system dan kelembagaan politik dan hukum.

Adil: tidak ada diskriminasi dalam bentuk apapun, baik antara individu, gender, maupun wilayah;

Makmur: diukur dari tingkat pemenuhan kebutuhan hidup.

Dalam Indonesia sehat 2025 diharapkan masyarakat memiliki kemampuan menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu dan juga memperoleh jaminan kesehatan, yaitu masyarakat mendapatkan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya. Pelayanan kesehatan bermutu yang dimaksud di sini adalah pelayanan kesehatan termasuk pelayanan kesehatan dalam keadaan darurat dan bencana yang memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan serta diselenggarakan sesuai dengan standar dan etika profesi.

Diharapkan dengan terwujudnya lingkungan dan perilaku hidup sehat, serta meningkatnya kemampuan masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu, maka akan dapat dicapai derajat kese-

hatan individu, keluarga, dan masyarakat yang setinggi-tingginya.

2. Misi

Adapaun misi Indonesia sehat 2025 adalah:

a) Menggerakan pembangunan nasional berwawasan kesehatan

Keberhasilan pembangunan kesehatan tidak semata-mata ditentukan oleh hasil kerja keras di sektor kesehatan, tetapi sangat dipengaruhi pula oleh hasil kerja serta kontribusi positif sebagai sektor pembangunan lainnya. Untuk optimalisasi hasil kerja serta kontribusi positif tersebut, harus dapat diupayakan masuknya wawasan kesehatan sebagai salah satu unsur dari kesejahteraan rakyat juga mengandung arti terlindunginya dan terlepasnya masyarakat dari segala macam gangguan yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat.

Untuk dapat terlaksananya pembangunan nasional yang berkontribusi positif terhadap kesehatan seperti yang dimaksud di atas, maka seluruh unsur atau subsistem dan system kesehatan nasional berperan sebagai penggerak utama pembangunan nasional berwawasan kesehatan.

b) Mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat

Kesehatan adalah tanggung jawab bersama dari setiap individu, masyarakat termasuk swasta, dan pe-

merintah. Upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan setiap individu, keluarga, masyarakat, dan lingkungannya dilakukan tanpa meninggalkan upaya penyakit dan pemulihan kesehatan. Kesadaran kemauan, dan kemampuan setiap individu, keluarga, dan masyarakat untuk menjaga kesehatan, memilih dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu sangat memenuhi keberhasilan pembangunan kesehatan. Adapun penyelenggaraan pemberdayaan masyarakat meliputi:

1. Penggerakan masyarakat, masyarakat paling bawah mempunyai peluang yang sebesar-besarnya untuk terlibat aktif dalam proses pembangunan kesehatan;
 2. Organisasi kemasyarakatan; diupayakan agar perorganisasian masyarakat lokal makin berfungsi dalam pembangunan kesehatan;
 3. Advokasi, masyarakat memperjuangkan kepentingnya di bidang kesehatan;
 4. Kemitraan; dalam pemberdayaan masyarakat penting untuk meningkatkan kemitraan dan partisipasi lintas sektor, swasta, dunia usaha, dan pemangku kepentingan;
 5. Sumber daya; diperlukan sumber daya memadai seperti SDM, system informasi dan dana.
- c) Memelihara dan meningkatkan upaya kesehatan

yang bermutu, merata dan terjangkau.

Pembangunan kesehatan diselenggarakan guna menjamin tersedianya upaya kesehatan, baik upaya kesehatan masyarakat maupun upaya kesehatan perorangan yang bermutu, merata dan terjangkau oleh masyarakat. Upaya-upaya kesehatan diselenggarakan dengan pengutamaan pada upaya pencegahan (preventif) dan peningkatan kesehatan (promotif) bagi segenap warga Negara Indonesia, tanpa mengabaikan upaya penyembuhan penyakit (kuratif) dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif). Agar dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan, diperlukan juga upaya peningkatan lingkungan yang sehat. Upaya kesehatan tersebut diselenggarakan dengan kemitraan antara pemerintah dan masyarakat termasuk swasta.

Untuk masa mendatang apabila system jaminan sosial telah berkembang, penyelenggaraan upaya kesehatan perorangan primer akan diserahkan kepada masyarakat dan swasta dengan menerapkan konsep dokter keluarga. Di daerah yang sangat terpencil, masih diperlukan upaya kesehatan perorangan oleh puskesmas.

- d) Peningkatan dan mendayagunakan sumber daya kesehatan

Dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, sumber daya kesehatan perlu ditingkatkan dan di-

dayagunakan, yang meliputi SDM kesehatan, pembiayaan kesehatan, serta kesediaan farmasi dan alat kesehatan. Sumber daya kesehatan meliputi pula penguasaan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan/kedokteran., serta data dan informasi yang makin penting peranannya.

5. Ringkasan Materi

Menurut ICM, IFGO, dan WHO tahun 2005, bidan adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan kebidanan yang diakui oleh pemerintah setempat, lulus dari pendidikan tersebut, dan berkualifikasi untuk diregister serta mendapat izin melakukan praktek kebidanan; sedangkan komunitas adalah kelompok orang yang berada di suatu lokasi dan saling berinteraksi. Bidan komunitas adalah bidan yang bekerja melayani keluarga dan masyarakat di wilayah tertentu. Jadi, kebidanan komunitas adalah serangkaian keterampilan dan pengetahuan dalam memberikan pelayanan kebidanan pada ibu dan anak yang berada dalam masyarakat di wilayah tertentu.

Sasaran pelayanan kebidanan komunitas adalah individu, keluarga, dan kelompok masyarakat (komunitas). Tujuan dari pelayanan kebidanan komunitas meliputi ibu dan bayi sehat dan selamat, keluarga bahagia, serta terjaminnya kehormatan martabat manusia, saling menghormati penerima asuhan dari pemberi asuhan kepuasan ibu, keluarga, dan bidan. Adanya kekeuatan diri dari wanita dalam menentukan dirinya sendiri adanya rasa saling percaya dari wanita nsebagai penerima asuhan dan terwujudnya keluarga

sejahtera dan berkualitas.

Program SDGs memiliki lima pondasi, yaitu manusia, planet, kesejahteraan, perdamaian, dan kemitraan yang ingin mencapai tiga tujuan mulia di tahun 2030, berupa mengakhiri kemiskinan, mencapai kesetaraan dan mengatasi perubahan iklim. Untuk mencapai tujuan mulia tersebut disusunlah tujuh belas global (*goals*) yaitu tanpa kemiskinan, tanpa kelaparan, kesehatan yang baik dan kesejahteraan, pendidikan berkualitas, kesetaraan gender, air bersih dan sanitasi, energi bersih dan terjangkau, pertumbuhan ekonomi dan pekerjaan yang layak, industri, inovasi, dan infrastruktur, mengurangi kesenjangan, keberlanjutan kota dan komunitas, konsumsi dan produksi bertanggung jawab, aksi terhadap iklim, kehidupan bawa laut, kehidupan di darat, institusi peradilan yang kuat dan kedamaian, kemitraan untuk mencapai tujuan.

Dalam Indonesia sehat 2025, terhadap visi misi Indonesia sehat 2025 adalah Indonesia yang mandiri, maju, adil, dan makmur; sedangkan misi dari Indonesia sehat 2025 adalah menggerakkan pembangunan nasional berwawasan kesehatan, mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat, memelihara dan meningkatkan upaya kesehatan yang bermut, merata dan terjangkau dan peningkatan dan mendayagunakan.

BAB 2

MASALAH KEBIDANAN DI KOMUNITAS

1. Kematian Ibu dan Bayi

Sejak kehamilan pertama manusia, mereka mengarahkan diri pada keterampilan menolong persalinan. Di Indonesia dikenal penolong persalinan *parahi* atau dukun beranak. Salah satu bentuk kepedulian dunia tentang tingginya angka kematian ibu di seluruh dunia melalui WHO dan UNICEF (1978) melaksanakan pertemuan dan mencanangkan *primary health care* dan *health for all be the years 2000*. Diperkirakan terjadi kematian di negara berkembang. Sebagian besar kematian maternal masih dapat dihindari jika pertolongan pertama dapat dilakukan dengan memuaskan. Kematian maternal merupakan masalah yang kompleks karena berkaitan dengan penyebab antara dan penyebab tidak langsung. Penyebab kematian antara lain sebagai berikut:

- Ketidaksanggupan memberi pelayanan gawat-darurat
- Keadaan gizi ibu hamil laktasi yang berkaitan dengan status sosial ekonomi
- Kebodohan dan kemiskinan sehingga masih tetap ber-

orientasi pada pelayanan tradisional.

- Penerimaan gerakan keluarga berencana kurang nyata menurunkan angka kematian ibu (AKI) atau angka kematian perinatal (AKP).
- Masalah perilaku seksual sehingga terjadi kehamilan yang tidak dikehendaki dan melakukan terminasi yang tidak adekuat.
- Penyebab kematian tidak langsung, yaitu sebagai berikut.
 1. Rendahnya status sosial perempuan Indonesia.
 2. Wanita melaksanakan pekerjaan yang berat sekalipun sedang hamil.
 3. Budaya komunal, ketika dalam kondisi kritis masih diperlukan persetujuan kepala keluarga, kepala desa, orang yang disegani, sehingga terlambat untuk mengambil keputusan.

Berdasarkan data *Sampling Registration System* (SRS) tahun 2018, sekitar 76% kematian ibu terjadi di fase persalinan dan pasca persalinan dengan proporsi 24% terjadi saat hamil, 36% saat persalinan dan 40% pasca persalinan; yang mana lebih dari 62% Kematian Ibu dan Bayi terjadi di rumah sakit. Artinya akses masyarakat mencapai fasilitas pelayanan kesehatan rujukan sudah cukup baik.

Tingginya kematian ini disebabkan oleh berbagai faktor resiko yang terjadi mulai dari fase sebelum hamil yaitu kondisi wanita usia subur yang anemia, kurang energi kalori, obesitas, mempunyai penyakit penyerta seperti tuberculosi dan lain-lain.

Pada saat hamil ibu juga mengalami berbagai penyulit seperti hipertensi, perdarahan, anemia, diabetes, infeksi, penyakit jantung dan lain-lain. "Kesulitan ini disebabkan kondisi saat hamil, jadi saat hamil misalnya ibu hamil menderita anemia, mengalami kurang gizi, mengalami penyakit tekanan darah tinggi saat hamil. Inilah yang menyebabkan tingginya angka kematian ibu," kata Prof. Kadir dalam Temu Media *World Patient Safety Day* Tahun 2021.

2. Kehamilan Remaja

Masa remaja merupakan masa peralihan masa transisi masa pancaroba yang penuh gejolak yaitu masa kanak-kanak menuju masa dewasa mandiri, kehamilan bisa jadi dambaan tetapi mungkin juga dianggap malapetaka apabila kehamilan itu sendiri tidak belum diinginkan (Ambarawati 2011). Kehamilan remaja adalah kehamilan yang terjadi pada remaja, merupakan akibat perilaku seksual baik disengaja (sudah menikah) maupun tidak disengaja (belum menikah). Kehamilan remaja adalah kehamilan yang terjadi pada usianya relatif muda yaitu usia kurang dari 20 tahun; kurangnya pengetahuan tentang waktu yang aman untuk melakukan hubungan seksual mengakibatkan terjadi kehamilan remaja yang sebagian besar tidak dikehendaki. Kehamilan telah menimbulkan posisi remaja dalam situasi yang serba salah dan memberikan tekanan batin atau stres yang disebabkan oleh beberapa faktor (Rohan dan Siyoto, 2013).

Faktor penyebab kehamilan usia dini pada remaja menurut Mutanana dan Mutara (2015) antara lain yaitu latar belakang sosial ekonomi yang buruk karena beberapa anak terkena aktivitas seks-

ual karena orangtua atau wali gagal merawat mereka; pengaruh teman sebaya dalam beberapa anak dipengaruhi oleh teman-teman sesama; beberapa yang mungkin dari lawan jenis; pendidikan seks karena mayoritas anak-anak tidak menerima pendidikan tentang seks; harga diri yang rendah di antara anak-anak juga membuat mereka melakukan hubungan seksual yang mengarah ke awal pernikahan; tingkat pendidikan yang rendah terutama tingkat pendidikan ibu yang gagal berperan dalam mengasuh anak-anak mereka.

Upaya pencegahan kehamilan remaja yaitu pencegahan primer: pencegahan primer tidak terbatas pada mengajarkan kaum muda tentang seksualitas; selain itu masyarakat harus membahas ketidakadilan dalam memberi kesempatan yang menempatkan wanita dan etnik minoritas dalam kondisi dimana mereka beresiko lebih besar untuk menjadi korban masalah sosial seperti kehamilan remaja. Adapun pencegahan sekunder: pencegahan sekunder harus mencakup pelayanan kontrasepsi bagi remaja yang aktif kegiatan seksual; pencegahan tersier: pencegahan tersier harus mencakup kemudahan untuk memperoleh perawatan perinatal keluarga berencana dan perawatan lebih lanjut untuk bayi dan anak-anak para remaja.

Dalam Suryani (2009) kesiapan seorang perempuan untuk hamil dan melarikan atau mempunyai hak anak ditentukan oleh kesiapan dalam tiga hal yaitu kesiapan fisik kesiapan mental emosi dan psikis kesiapan sosial ekonomi.

3. **Unsafe Abortion**

Banyak efek negatif dari kehamilan remaja diantaranya penyakit fisik seperti anemia, kesulitan bersalin karena tulang panggul belum sempurna, persalinan kromatur, kematian janin dalam kandungan, BBLR, dan sebagainya. Di bidang sosial remaja akan gagal menikmati masa remajanya dan akan menerima sikap ungkapan negatif karena dianggap memalukan, yang dapat menimbulkan sikap penolakan remaja terhadap bayi yang dikandungnya. Kehamilan remaja dapat menimbulkan berbagai konsekuensi psikososial seperti putus sekolah, rasa rendah diri, kawin muda dan perceraian dini.

Yang dimaksud dengan aborsi tidak aman atau *unsafe abortion* adalah pengertian kehamilan dilakukan oleh orang yang tidak terlatih atau kompeten dan menggunakan sarana yang tidak memadai sehingga menimbulkan banyak komplikasi bahkan kematian; banyaknya kematian akibat aborsi yang tidak aman tentu sangat memprihatinkan. Hal ini diakibatkan kurangnya kesadaran perempuan dan masyarakat tentang hak atas pelayanan kesehatan; disamping itu aborsi juga berdampak pada kondisi psikologis perasaan sedih karena kehilangan bayi, beban batin akibat timbulnya perasaan bersalah, dan penyesalan yang dapat mengakibatkan depresi (Suriani, 2009). *Unsafe abortion* adalah upaya terminasi kehamilan muda dimana pelaksanaan tindakan tersebut tidak dilakukan oleh orang yang memiliki cukup keahlian dan mengerti prosedur standar yang aman sehingga dapat membahayakan kesehatan jiwa pasien. Untuk para pelaku abortus yang tidak profesional upaya yang dilakukan antara lain adalah memasukkan cairan

ke dalam uterus. Cairan yang digunakan bervariasi mulai dari air sabun sampai disinfektan rumah tangga yang dimasukkan melalui semprotan ataupun alat suntik, sediaan jamu dan obat-obatan per oral; per oral juga sering digunakan berbagai jamur dan obat yang diduga bersifat abortif, dapat ditemukan di pasaran bebas di beberapa negara berkembang. Di Bangladesh, obat-obat tersebut kemungkinan mengandung kina dan air raksa (Erica,1994).

Ciri-ciri *unsafe abortion* dilakukan oleh tenaga medis atau non medis kurangnya pengetahuan baik pelaku ataupun tenaga pelaksana, kurangnya fasilitas dan sarana, status illegal, adapun alasan wanita tidak menginginkan kehamilannya yaitu banyak alasan mengapa wanita tidak menginginkan kehamilannya, antara lain alasan kesehatan dimana ibu tidak cukup sehat atau untuk hamil alasan psikososial dimana ibu tidak ingin punya anak lagi. Kehamilan di luar nikah masalah ekonomi, masalah sosial, kehamilan yang terjadi akibat perkosaan, kegagalan pemakaian alat kontrasepsi, dampak dari perang Uni Soviet yaitu dampak sosial ekonomi dampak kesehatan.

4. Berat Badan Lahir Redah (BBLR)

Kriteria BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram, diperkirakan kejadian BBLR di Indonesia berkisar 14 sampai 17% dari seluruh kelahiran. Penetapan angka tersebut berkaitan dengan pertumbuhan janin yang sesuai dengan masa gestasi atau usia kehamilan yang normal; umumnya bayi yang normal sendiri berkisar antara 38 sampai 42 Minggu BBLR bisa dibagi menjadi bayi berat lahir sangat rendah atau BBLSR

yaitu dengan berat lahir 1000 sampai 1500 gram dan bayi berat lahir amat sangat rendah BBLSR yaitu dengan berat kurang dari 1000 gram.

Secara umum BBLR berhubungan dengan usia kehamilan yang belum cukup bulan, atau prematur disamping itu juga disebabkan dismaturitas; artinya bayi lahir cukup bulan usia kehamilan 38 minggu tapi berat badannya lahir kecil ketimbang masa kehamilannya, yaitu tidak mencapai 2500 gram.

Biasanya hal ini terjadi karena adanya gangguan pertumbuhan bayi sewaktu dalam kandungan yang disebabkan oleh penyakit ibu seperti adanya kelainan plasenta, infeksi ibu kurang gizi, kurang darah, sering sakit, merokok, bekerja keras, hipertensi dan keadaan lainnya yang menyebabkan suplai makanan ke bayi berkurang (Wahyuni, dkk., 2020). Faktor-faktor yang dapat menyebabkan BBLR, salah satunya faktor ibu, contohnya penyakit, umur ibu dan keadaan sosial ekonomi atau sebab lainnya, seperti ibu perokok, ibu peminum alkohol dan ibu pecandu narkotika.

Adapun faktor janin, faktor janin yaitu hidramnion, kehamilan ganda dan kelainan kromosom dan faktor lingkungan yaitu tempat tinggal di daratan tinggi, radiasi dan zat racun. Saifudin (2021) menjelaskan bayi berat lahir rendah atau BBLR ialah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram sampai dengan 2499 gram.

Menurut Depkes RI (1996), Bayi Berat Lahir Rendah ialah bayi yang lahir dengan berat 2.500 gram atau kurang, tanpa memperhatikan usia kehamilannya.

5. **Perilaku dan Sosial Budaya yang Berpengaruh pada Pelayanan Kebidanan Komunitas**

Dalam pelayanan kebidanan komunitas perilaku dan sosial budaya masyarakat sangat penting diperhatikan, mulai dari kehamilan sampai pada kelahiran bayi. Ada tradisi berupa upacara-upacara yang dilakukan untuk mengupayakan keselamatan bagi janin dalam prosesnya hingga akhir; selain itu adanya pantangan makan pedas asin dan ikan. Ibu nifas tidak boleh keluar rumah selama 40 hari. Adanya perilaku dan sosial budaya yang tidak menguntungkan bagi masyarakat, maka peran bidan di komunitas sangat diharapkan (Pusdiastuti, 2011). Peran bidan tersebut antara lain komunikasi informasi dan edukasi positif KIE tentang menjaga kehamilan, gizi ibu hamil, batasi aktivitas fisik, memberikan pendidikan perawatan bayi baru lahir yang benar dan tepat, memberikan penyuluhan pentingnya pemenuhan gizi selama masa pasca persalinan, bayi dan balita.

Adapun peran bidan dalam mencegah *unsafe abortion* yaitu dalam pendidikan keagamaan, penyuluhan tentang aborsi, dan bahayanya pendidikan seks dini, bekerja sama dengan tokoh agama dalam pendidikan keagamaan dan penyuluhan tentang aborsi dan bahayanya. Pelayanan kebidanan adalah segala aktivitas yang dilakukan oleh bidan untuk menyelamatkan pasiennya dari gangguan kesehatan. Titik pelayanan ini merupakan rangkaian kegiatan yang dilaksanakan secara sistematis, terencana, dan terarah dengan partisipasi aktif individu, kelompok, dan masyarakat secara keseluruhan untuk memecahkan masalah yang dirasakan masyarakat dengan mempertimbangkan faktor sosial,

ekonomi dan budaya setempat.

6. Kesuburan Wanita

Kesuburan seorang wanita diukur dengan banyaknya anak yang dilahirkan pada waktu usia produktif. Untuk mengetahui tingkat kesuburan wanita dengan melihat perbandingan atau rasio anak balita dengan wanita *child women Rate* (CWR). CWR merupakan rata-rata banyaknya anak di bawah usia 5 tahun dibagi 1000 wanita usia subur. Semakin tinggi indeks rasio anak dengan wanita usia subur maka semakin banyak usia produktif yang subur.

Total Fertility Rate (TFR) atau angka kesuburan umum adalah jumlah lahir hidup per tahun dibagi dengan jumlah wanita usia subur pertengahan dalam persen/permil (Pulungan, 2020).

Fertilisasi adalah kemampuan seorang istri untuk menjadi hamil dan melahirkan anak hidup oleh suami yang mampu menghamilinya. Jadi, fertilitas adalah fungsi-fungsi satu pasangan yang sanggup menjadikan kehamilan dan kelahiran anak hidup. Adapun masalah-masalah infertilitas meliputi masalah air mani, masalah vagina, masalah serviks, masalah uterus, masalah tuba, masalah ovarium. Perubahan perilaku seksual remaja menuju liberalisasi tanpa batas akan makin meningkatkan kejadian penyakit hubungan seks; penyakit hubungan seks tanpa pengobatan yang tuntas dapat menyebabkan infeksi radang panggul dan mengenai genitalia bagian atas. Penyakit infeksi radang panggul tanpa pengobatan adekuat dapat berlangsung akut dan besar kemungkinan memerlukan tindakan radikal untuk mengangkat sumber infeksi-nya. Sebagian berlangsung secara menahun dengan menimbulkan

kerusakan fungsi utamanya, yaitu prokreasi. Titik kejadian atau infeksi pertama penyakit radang panggul dapat menyebabkan perlekatan yang berat sehingga dapat terjadi gangguan fungsi tuba Fallopi sebagai tempat transportasi ovum spermatozoa dan hasil konstitusi. Tertutupnya sebagian tubuh falopi. Upaya promotif dan preventif kesehatan alat reproduksi khususnya para remaja menjadi sangat penting untuk mengurangi jumlah pasangan infertilitas kritis. Pengobatan pasca abortus pasca partum dan penyakit hubungan seksual merupakan kunci utama sehingga pasangan fertilitas dapat ditekan sekecil mungkin. Perlu diingat bahwa pemakaian AKDR atau alat kontrasepsi dalam rahim pada mereka yang belum mempunyai anak atau baru menikah sebaiknya dihindari karena besar kemungkinan terjadi infeksi asenden yang berakhir dengan kerusakan alat genitalia internal khususnya tuba Fallopi.

BAB 3

STATUS KESEHATAN IBU

Status kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor yang tidak semua ibu mengetahuinya. Bukan hanya faktor fisik ibu yang dapat dinilai dengan status kesehatan, melainkan juga sehat dalam arti ibu tidak merasa terpaksa mempersiapkan segala sesuatu untuk kehamilannya (faktor sosbud dan ekonomi). Dengan begitu sangat perlu bagi para tenaga kesehatan untuk memahami seluruh kebutuhan ibu dalam masa antenatal, intranatal dan postnatal yang akan sangat menunjang proses persalinan nanti (Bunga. A, dkk, 2019)

Kematian ibu dan kesakitan ibu hamil dan bersalin sudah lama menjadi masalah kesehatan, khususnya di negara-negara berkembang. Sekitar 25-50% kematian perempuan usia subur disebabkan oleh hal yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan. Kematian ketika melahirkan menjadi faktor utama kematian perempuan pada puncak produktivitasnya (Krisnita, dkk, 2016).

Deteksi dini masalah penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan Menanyakan tanda-tanda penting yang terkait dengan

masalah kehamilan dan penyakit yang kemungkinan diderita ibu hamil yaitu muntah berlebihan, pusing, sakit kepala, perdarahan, sakit perut hebat, nyeri perut yang hebat dapat membahayakan kesehatan ibu dan janinnya, Demam, Batuk lama, Jantung berdebar-debar pada ibu hamil merupakan masalah pada kehamilan yang harus diwaspadai, termasuk cepat lelah dalam dua atau tiga bulan pertama kehamilan, sesak nafas atau sukar bernafas, Keputihan yang berbau. Gerakan bayi mulai dirasakan ibu pada kehamilan akhir bulan keempat. Apabila gerakan janin belum muncul pada usia kehamilan ini, gerakan yang semakin berkurang atau tidak ada gerakan maka ibu hamil harus waspada. Perilaku berubah selama hamil, seperti gaduh, gelisah, menarik diri, bicara sendiri, tidak mandi, dsb. Riwayat kekerasan terhadap perempuan (KtP) selama kehamilan (Fatimah, dkk, 2017).

Faktor-faktor yang mempengaruhi fisik dan berdampak pada kehamilan yaitu:

1. Status Kesehatan:
 - a. Faktor Usia: Usia seseorang dapat mempengaruhi keadaan kehamilannya. Bila wanita tersebut hamil pada masa reproduksi, kecil kemungkinan untuk mengalami komplikasi dibanding wanita yang hamil di bawah usia reproduksi ataupun di atas reproduksi.
 - b. Riwayat Kesehatan: Wanita yang mempunyai riwayat kesehatan buruk atau wanita dengan komplikasi kehamilan sebelumnya, membutuhkan pengawasan yang lebih tinggi pada saat kehamilan.
 - c. Kehamilan ganda (*Multiple*): Pada kasus kehamilan mul-

tiple atau kehamilan lebih dari satu janin, biasanya kondisi ibu lemah.

d. Kehamilan dengan HIV

Pada kehamilan dengan ibu yang mengidap HIV, janin akan menjadi sangat rentan terhadap penularan selama proses kehamilannya.

2. Status Gizi

Pemenuhan kebutuhan nutrisi yang adekuat sangat mutlak dibutuhkan oleh ibu hamil agar dapat memenuhi kebutuhan nutrisi bagi pertumbuhan dan perkembangan bayi yang dikandungnya dan persiapan fisik ibu untuk menghadapi persalinan dengan aman.

3. Gaya Hidup

Selain pola makan yang dihubungkan dengan gaya hidup masyarakat sekarang ternyata ada beberapa gaya hidup lain yang cukup merugikan kesehatan seorang wanita hamil, misalnya kebiasaan begadang, bepergian jauh dengan berkendara motor dan lain-lain.

Faktor psikologis:

1. Stressor Internal

Stressor internal meliputi faktor-faktor pemicu stres ibu hamil yang berasal dari diri ibu sendiri. Adanya beban psikologis yang ditanggung oleh ibu dapat menyebabkan gangguan perkembangan bayi yang nantinya akan terlihat ketika bayi lahir. Anak akan tumbuh menjadi seseorang dengan kepribadian yang tidak baik, bergantung pada kondisi stres yang dialami oleh ibunya, seperti anak yang menjadi temperamental, autis atau orang

yang terlalu rendah diri (*minder*). Ini tentu saja tidak diharapkan. Oleh karena itu, pemantauan kesehatan psikologis pasien sangat perlu dilakukan.

2. Stressor Eksternal

Pemicu stres yang berasal dari luar bentuknya sangat bervariasi, misalnya masalah ekonomi, konflik keluarga, pertengkaran dengan suami, tekanan dari lingkungan (respon negatif dari lingkungan pada kehamilan lebih dari 5 kali), dan masih banyak kasus yang lain (Dwi. S, 2018).

Banyak faktor yang dapat menyebabkan kematian ibu diantaranya, kurangnya kunjungan ibu hamil antenatal, riwayat komplikasi, kekurangan darah, persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan, kurangnya tenaga kesehatan terlatih, dan lain-lain. Terdapat faktor langsung maupun tidak langsung. Kematian ibu memiliki faktor-faktor yang meliputi usia ibu saat kehamilan, paritas, pelayanan kesehatan, *antenatal care*, penolong, sarana dan prasarana, serta sosial, ekonomi, dan budaya (Insan A, dkk, 2018).

Kematian ibu dibagi menjadi dua kelompok yaitu:

- a. Kematian obstetri langsung (*direct obstetric death*) yaitu kematian ibu yang disebabkan oleh komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas yang timbul akibat tindakan atau kelalaian dalam penanganan. Komplikasi yang dimaksud antara lain perdarahan antepartum dan postpartum, preeklamsia/eklamsia, infeksi, persalinan macet, dan kematian pada kehamilan muda.
- b. Kematian obstetri tidak langsung (*indirect obstetric death*) adalah kematian ibu yang disebabkan oleh

suatu penyakit yang sudah diderita sebelum kehamilan atau persalinan yang berkembang dan bertambah berat yang tidak berkaitan dengan penyebab obstetri langsung. Kematian obstetri tidak langsung ini misalnya disebabkan oleh penyakit jantung, hipertensi, hepatitis, malaria, anemia, tuberkulosis, HIV/AIDS, diabetes dan lain-lain (Tim Peneliti BPPD Banten, 2019).

1. Faktor yang mempengaruhi Kesehatan ibu

Salah satu indikator Kesehatan di suatu bangsa adalah angka kematian ibu. Kematian ibu adalah kematian seorang wanita yang terjadi pada saat hamil atau dalam 42 hari setelah persalinan, tanpa memperhitungkan lama dan tempat terjadinya kehamilan yang diakibatkan sebagai sebab yang berhubungan atau diperberat oleh kehamilan atau penatalaksanaan, tetapi bukan oleh kecelakaan. Sedangkan pengukuran kematian ibu dinyatakan dalam tiga bentuk ukuran yaitu *Maternal Mortality Ratio* (MMR), *Maternal Mortality Rate*, serta *Lifetime Risk*.

Menurut *international classification of disease* bahwa jenis kematian ibu dikelompokkan menjadi dua bentuk klasifikasi, yaitu:

a. *Direct obstetric deaths* adalah kematian *obstetric* langsung

Direct obstetric deats adalah kematian yang terjadi karena komplikasi *obstetric* pada saat kehamilan, persalinan, dan nifas, tindakan-tindakan, kesalahan-kesalahan, penanganan yang tidak benar, atau sebagai akibat rangkain kejadian tersebut di atas.

b. *Indirect obstetric deaths* kematian *obstetric* tidak lang-

sung.

Indirect obstetric deaths adalah kematian yang terjadi karena penyakit yang sudah ada sebelum atau penyakit yang timbul selama kehamilan dan tidak disebabkan oleh penyebab *obstetric* langsung, tetapi diperparah oleh pengaruh fisiologi kehamilan.

2. Faktor penyebab kematian ibu

Secara umum penyebab kematian ibu dapat digolongkan ke dalam penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung berkaitan dengan kondisi saat melahirkan seperti pendarahan, hipertensi, atau tekanan darah tinggi saat kehamilan eklamsia, infeksi, partus lama, dan komplikasi keguguran.

Penyebab langsung tersebut diperburuk oleh status Kesehatan dan gizi ibu yang kurang baik, sedangkan penyebab tidak langsung antara lain adalah rendahnya taraf Pendidikan perempuan, kurangnya pengetahuan kesehatan reproduksi, rendahnya status sosial ekonomi, kedudukan dan peran ibu yang tidak menguntungkan dalam keluarga, kuatnya tradisi dan budaya lokal dalam menyikapi proses persalinan, serta kurangnya ketersediaan pelayanan kesehatan dan keluarga berencana.

Salah satu model analisis faktor-faktor yang menentukan penyebab terjadinya kematian ibu dikembangkan oleh Mc. Carthy dan Maine 1992, yaitu:

- a. Faktor penentu tidak langsung, *distant factor* yaitu sosial ekonomi dan budaya.
- b. Faktor perantara, *intermediate factor* yang terdiri dari status kesehatan, status reproduksi, akses terhadap

pelayanan kesehatan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

- c. Faktor *outcome*, antara lain faktor kehamilan, komplikasi, dan Kematian

BAB 4

METODE PENGAJIAN DATA KESEHATAN DI MASYARAKAT

1. Skrinning

Penyaringan atau *screening* adalah upaya mendeteksi/mencari penderita dengan penyakit tertentu dalam masyarakat dengan melaksanakan pemisahan berdasarkan gejala yang ada atau pemeriksaan laboratorium untuk memisahkan yang sehat dan yang kemungkinan sakit, selanjutnya diproses melalui diagnosis dan pengobatan (Wahidin et al., 2020).

Menurut WHO (2020) pengertian skrinning adalah upaya pengenalan penyakit atau kelainan yang belum diketahui dengan menggunakan tes, pemeriksaan atau prosedur lain yang dapat secara cepat membedakan orang yang tampak sehat, benar-benar sehat, dengan orang yang tampak sehat tetapi sesungguhnya menderita kelainan.

Skrinning adalah suatu penerapan uji/tes terhadap orang yang tidak menunjukkan gejala dengan tujuan mengelompokkan mereka ke dalam kelompok yang mungkin menderita penyakit tertentu (Umniyatun et al., 2019).

Menurut WHO (2020) *Screening* terbagi atas beberapa bagian yaitu:

- a. *Mass screening*
Skrining yang dilakukan pada seluruh populasi. Misalnya, *mass X-ray survey* atau *blood pressure screening* pada seluruh masyarakat yang berkunjung pada pelayanan kesehatan.
- b. *Selective screening*
Populasi tertentu menjadi sasaran dari jenis skrining ini, dengan target populasi berdasarkan pada resiko tertentu. Tujuan *selective screening* pada kelompok resiko tinggi untuk mengurangi dampak negatif dari skrining.
- c. *Single disease screening*
Jenis skrining yang hanya dilakukan untuk satu penyakit.
- d. *Case finding screening*
Case finding adalah upaya dokter, bidan atau tenaga kesehatan untuk menyelidiki suatu kelainan yang tidak berhubungan dengan kelompok pasien yang datang untuk kepentingan pemeriksaan kesehatan. Contoh penderita yang datang dengan keluhan diare kemudian dilakukan pemeriksaan terhadap mamografi atau rontgen torax.
- e. *Multiphasic screening*
Pemeriksaan skrining untuk beberapa penyakit pada satu kunjungan waktu tertentu. Jenis skrining ini sangat

sederhana, mudah dan murah serta diterima secara luas dengan berbagai tujuan seperti pada evaluasi kesehatan dan asuransi. Sebagai contoh adalah pemeriksaan kanker disertai dengan pemeriksaan tekanan darah, gula darah dan kolesterol serta skrinning Antenatal.

Kesehatan reproduksi menjadi titik awal perkembangan kesehatan ibu dan anak yang dapat dipersiapkan sejak dini, bahkan sebelum seorang perempuan hamil dan menjadi ibu. Kesehatan prakonsepsi merupakan bagian dari kesehatan secara keseluruhan antara perempuan dan laki-laki selama masa reproduksinya. Perawatan kesehatan prakonsepsi berguna untuk mengurangi resiko dan mempromosikan gaya hidup sehat untuk mempersiapkan kehamilan sehat (WHO, 2013).

Perawatan kesehatan prakonsepsi merupakan perawatan yang mengacu pada intervensi biomedis, perilaku, dan pencegahan sosial yang dapat meningkatkan kemungkinan memiliki bayi yang sehat. Untuk dapat menciptakan kesehatan prakonsepsi dapat dilakukan melalui skrinning prakonsepsi. Skrinning prakonsepsi sangat berguna dan memiliki efek positif terhadap kesehatan ibu dan anak. Penerapan kegiatan promotif, intervensi kesehatan preventif dan kuratif sangat efektif dalam meningkatkan kesehatan ibu dan anak sehingga membawa manfaat kesehatan untuk remaja, baik perempuan dan laki-laki selama masa reproduksinya baik sehat secara fisik, psikologis dan sosial, terlepas dari rencana mereka untuk menjadi orang tua (Opon et al., 2017).

1. Bayi perempuan

- a. Pada bayi perempuan telah memiliki folikel pri-

modial sebanyak 750.000, yang kelak akan dikeluarkan ketika ovulasi.

- c. Genitalia interna dan eksterna sudah terbentuk sehingga sudah dapat dibedakan dengan bayi laki-laki.
- d. Pada usia sepuluh hari pertama, masih terpengaruh oleh *hormone esterogen* sehingga pada bayi perempuan terkadang ditemukan pembengkakan payudara atau keputihan.

2. Masak kanak-kanak

- a. Pada periode ini merupakan periode penting bagi tumbuh kembang anak, perkembangan otak sangat cepat hingga pada masa ini disebut fase pertumbuhan dasar.
- b. Pada periode ini juga merupakan masa kritis dimana anak memerlukan rangsangan atau stimulasi untuk mengembangkan potensi otak kanan dan kirinya.
- c. Bentuk skrinning terhadap tumbuh kembang anak dapat dilakukan dengan menggunakan SDIDTK.

3. Masa pubertas

- a. Merupakan masa persalihan atas masa kanak-kanak dengan masa dewasa.
- b. Masa pubertas ditandai dengan munculnya tanda-tanda kelainan sekunder sampai kemampuan bereproduksi

- c. Cepat lambat seorang anak memasuki masa reproduksi dipengaruhi keturunan, iklim, gizi, dan kebudayaan. Semakin baik gizi seseorang semakin cepat memasuki masa pubertas.
4. Masa reproduksi
- a. Masa reproduksi merupakan masa terpenting bagi wanita karena pada masa ini seorang wanita mampu menghasilkan generasi baru dengan hamil, melahirkan, dan menyusui.
 - b. Bentuk skrining pada masa ini dapat dimulai saat ibu melakukan kunjungan awal *antenatal care*.
5. Masa klimakterium
- a. Masa klimakterium adalah suatu masa peralihan antara masa reproduksi dengan masa senium.
 - b. Pada masa ini wanita mengalami perubahan-perubahan tertentu, yaitu timbulnya gangguan yang bersifat ringan sampai berat.
 - c. Kadangkala pada masa ini beberapa wanita membutuhkan bidan untuk mengatasi keluhan-keluhan tersebut.

Manfaat Program Skrining dalam Pelayanan Kebidanan:

- 1) Angka mortalitas (kematian) menjadi lebih rendah, penurunan angka morbiditas (kesakitan), dan biaya kesehatan yang lebih rendah.
- 2) Meningkatnya harapan hidup sehat dan kualitas hidup, berkurangnya rasa nyeri, kecemasan, dan ketidakmampuan.

- 3) Menemukan orang yang terdeteksi menderita suatu penyakit sedini mungkin sehingga dapat dengan segera memperoleh pengobatan.
- 4) Mencegah meluasnya penyakit dalam masyarakat
- 5) Mendidik dan membiasakan masyarakat untuk memeriksakan diri sedini mungkin
- 6) Mendidik dan memberikan gambaran kepada petugas kesehatan tentang sifat penyakit dan untuk selalu waspada melakukan pengamatan terhadap gejala dini.
- 7) Mendapatkan keterangan epidemiologis yang berguna bagi klinis dan peneliti.
- 8) Biaya yang dikeluarkan relatif murah serta dapat dilaksanakan dengan efektif.
- 9) Dapat lebih cepat memperoleh keterangan tentang sifat dan situasi penyakit dalam masyarakat untuk usaha penanggulangan penyakit yang akan timbul.
- 10) Mendeteksi kondisi medis pada tahap awal sebelum gejala ditemukan, sedangkan pengobatan lebih efektif ketika penyakit tersebut sudah terdeteksi keberadaannya.

2. Deteksi Dini

Deteksi dini tumbuh kembang anak adalah kegiatan atau pemeriksaan untuk menemukan secara dini adanya penyimpangan tumbuh kembang pada balita dan anak prasekolah. Dengan ditemukan secara dini penyimpangan atau masalah tumbuh kembang anak, maka intervensi akan lebih mudah dilakukan. Ten-

aga kesehatan juga mempunyai waktu dalam membuat rencana tindakan atau intervensi yang tepat, terutama ketika harus dilibatkan ibu dan keluarga. Bila penyimpangan terlambat diketahui akan lebih sulit dan hal ini akan berpengaruh pada tumbuh kembang anak.

Ada 3 jenis deteksi tumbuh kembang yang dapat dikerjakan oleh tenaga Kesehatan berupa (Huwae et al., 2020):

1. Deteksi dini penyimpangan pertumbuhan, yaitu untuk mengetahui atau menemukan status gizi kurang/buruk.
2. Deteksi dini penyimpangan perkembangan, yaitu untuk mengetahui gangguan perkembangan anak (keterlambatan), gangguan daya lihat, gangguan daya dengar.
3. Deteksi dini penyimpangan mental emosional, yaitu untuk mengetahui adanya masalah mental emosional, autisme dan gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktif.

Deteksi dini tumbuh kembang anak harus dilakukan pada tingkat keluarga dan masyarakat: Orangtua, Kader kesehatan, BKB, TPA, Petugas pusat PADU terlatih, Guru TK terlatih; Puskesmas: dokter, Bidan, dan Perawat.

Hal-hal yang harus dilakukan oleh para ibu terhadap bali-tanya yaitu (Ningtyas, 2020):

1. Timbang berat badan dan tinggi badan setiap bulan dengan tujuan untuk menentukan status gizi anak, normal, kurus, kurus sekali dan gemuk. Dapat dilakukan setiap kali posyandu.
2. Mengukur lingkar kepala setiap 3 bulan sekali dengan

tujuan untuk mengetahui lingkaran kepala anak dalam batas normal atau di luar batas normal. Dapat dilakukan pada saat posyandu.

3. Melakukan pemeriksaan perkembangan anak tiap 3 bulan sekali dengan cara menggunakan Kuisisioner Pra Skrinning Perkembangan (KPSP), tanyakan pada tenaga kesehatan terdekat.
 4. Melakukan Tes Daya Dengar (TDD) dengan tujuan untuk menemukan gangguan pendengaran sejak dini, agar dapat segera ditindak-lanjuti untuk meningkatkan kemampuan daya dengar dan bicara anak. Tes dapat dilakukan setiap 3 bulan sekali oleh tenaga kesehatan.
 5. Melakukan Tes Daya Lihat (TDL) dengan tujuan untuk mendeteksi secara dini kelainan daya lihat agar segera dapat dilakukan tindakan lanjutan sehingga kesempatan untuk memperoleh ketajaman daya lihat menjadi lebih besar. Hal tersebut dapat dilakukan setiap 6 bulan sekali dan dilakukan oleh tenaga kesehatan dan petugas yang sudah terlatih.
 6. Melakukan pemeriksaan masalah mental emosional agar secara dini dapat menemukan gangguan berupa masalah mental emosional, autisme dan gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas pada anak. Hal tersebut dapat dilakukan setiap 6 bulan sekali dan dilakukan oleh tenaga kesehatan dan petugas terlatih.
2. Demikianlah serangkaian kegiatan para ibu untuk mendeteksi tumbuh kembang para balitanya agar sedini mungkin dapat

diketahui penyimpangan yang dialami oleh balita.

Tidak menutup kemungkinan dapat segera melakukan rujukan jika terjadi penyimpangan terhadap tumbuh kembang anak agar penyimpangan dapat segera diatasi oleh petugas kesehatan.

1. Untuk lebih jelasnya mengenai tumbuh kembang anak tanyakan pada petugas kesehatan terdekat. Dengan begitu kita semua dapat mewujudkan generasi penerus bangsa yang sehat jasmani dan rohaninya.
 - a. Dengan deteksi dini, ibu hamil yang beresiko dapat terdeteksi sejak awal sehingga dapat menurunkan angka kematian ibu.
 - b. Kehamilan merupakan hal yang bersifat fisiologis, tetapi perlu perawatan yang khusus agar ibu dan janin sehat. Tanpa perawatan hal-hal yang berfisiologi dapat menjadi patologis.
2. Bayi dan balita.

Pada bayi dan balita deteksi dini dapat dilakukan dengan SDIDTK.
3. Pubertas
 - a. Gangguan pada masa pubertas sering kali diakibatkan oleh hidup remaja, dengan pola hidup yang sehat akan didapat tubuh yang sehat jasmani dan rohani.
 - b. Gangguan menstruasi yang dialami pada remaja putri dapat merupakan indikasi adanya gangguan pada organ reproduksi wanita.
 - c. Bidan dapat melakukan penyuluhan-penyuluhan, bimbingan pada remaja putri dalam konteks keseha-

tan reproduksi.

4. Klimakterium, menopause, dan senium
 - a. Gangguan yang sering dialami pada masa ini adalah osteoporosis, hipertensi, dan lain sebagainya.
 - b. Untuk melakukan deteksi dini pada masa ini salah satu program pemerintah adalah posyandu lansia.

3. Ringkasan Materi

Bayi perempuan memiliki folikel primodial sebanyak 750.000 yang kelak akan dikeluarkan ketika ovulasi, genitalia interna dan eksterna sudah terbentuk sehingga sudah dapat dibedakan dengan bayi laki-laki, dan pada usia sepuluh hari pertama, masih terpengaruh oleh hormon esterogen sehingga pada bayi perempuan terkadang ditemukan pembengkakan payudara atau keputihan.

Masah kanak-kanak merupakan periode penting bagi tumbuh kembang anak. Perkembangan otak sangat cepat sehingga pada masa ini disebut fase pertumbuhan dasar. Pada priode ini juga merupakan masa kritis dimana anak memerlukan rangsangan atau stimulasi untuk mengembangkan potensi otak kanan dan kirinya, dan dapat dibentuk skinning terhadap tumbuh kembang anak yang dapat dilakukan dengan menggunakan SDIDTK.

BAB 5

PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

1. Pembinaan Kader

a. Pengertian Kader

Kader adalah tenaga masyarakat yang dianggap paling dekat dengan masyarakat. Departemen kesehatan membentuk kebijakan mengenai pembinaan untuk kader yang dimaksudkan agar meningkatkan pengetahuan, menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi. Para kader kesehatan rakyat itu seyogyanya mempunyai latar belakang pendidikan yang cukup sebagai akibatnya memungkinkan mereka untuk mampu membaca, menulis serta menghitung secara sederhana.

Kader kesehatan warga bertanggung jawab terhadap masyarakat setempat dan pimpinan-pimpinan yang ditunjuk oleh pusat-pusat pelayanan kesehatan. Diharapkan mereka bisa melaksanakan petunjuk yang diberikan para pembimbing dalam jalinan kerja dari sebuah tim kesehatan (Cholifah, 2021).

b. Peran Fungsi Kader

Peran dan fungsi kader sebagai pelaku penggerak masyarakat, yaitu:

1. Memiliki perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).
2. Mempunyai kemampuan pengamatan terhadap masalah kesehatan di desa.
3. Mempunyai upaya penyehatan lingkungan.
4. Meningkatkan kesehatan ibu, bayi dan anak balita.
5. Menjadikan pemasyarakatan keluarga sadar gizi (Kardarzi).

Kader ditunjuk oleh masyarakat dan biasanya kader melaksanakan tugas-tugas kader kesehatan masyarakat yang secara umum hampir sama tugasnya di beberapa Negara, yaitu:

1. Pertolongan pertama pada kecelakaan dan penanganan penyakit yang ringan.
2. Melakukan pengobatan sederhana.
3. Pemberian motivasi dan saran-saran pada ibu-ibu sebelum dan sesudah melahirkan.
4. Pemberian motivasi dan saran-saran tentang perawatan anak.
5. Memberikan motivasi dan peragaan tentang gizi (program UPGK).
6. Program penimbangan balita dan pemberian makanan tambahan.
7. Pemberian motivasi tentang imunisasi dan bantuan pengobatan.
8. Melakukan penyuntikan imunisasi (Kolumbia, Papua

New Guinea dan Sudan).

9. Pemberian motivasi KB.
10. Membagikan alat-alat KB.
11. Pemberian motivasi tentang sanitasi lingkungan, kesehatan perorangan dan kebiasaan sehat secara umum.
12. Pemberian motivasi tentang penyakit menular, pencegahan dan perujukan.
13. Pemberian motivasi tentang perlunya *follow up* pada penyakit menular dan perlunya memastikan diagnosis.
14. Membantu kegiatan di klinik.
15. Merujuk penderita ke puskesmas atau ke rumah sakit.
16. Membina kegiatan UKS secara teratur.
17. Mengumpulkan data yang dibutuhkan oleh puskesmas dan membantu pencatatan dan pelaporan.

c. Pembentukan Kader

Mekanisme pembentukan kader membutuhkan kerja sama tim. Hal ini ditimbulkan sebab kader yang akan dibentuk terlebih dahulu harus diberikan pelatihan kader. pelatihan kader ini diberikan pada para calon kader di desa yang telah ditetapkan. Sebelumnya telah dilaksanakan kegiatan persiapan taraf desa berupa pertemuan desa, pengamatan dan adanya keputusan beserta buat terlaksananya acara tadi.

Calon kader berdasarkan kemampuan dan kemauan berjumlah sekitar 4-5 orang untuk tiap posyandu. Adapun persiapan dari pembinaan kader ini adalah:

1. Calon kader yang akan dilatih.
2. Waktu pelatihan sesuai kesepakatan bersama.
3. Tempat pelatihan yang bersih, terang, segar dan cukup luas.
4. Adanya perlengkapan yang memadai.
5. Pendanaan yang cukup.
6. Adanya tempat praktik (lahan praktik bagi kader).

Tim pelatihan kader melibatkan dari beberapa sektor. Camat bertanggung jawab terhadap pelatihan ini, namun secara teknis oleh kepala puskesmas. Pelaksanaan harian pelatihan ini adalah staf puskesmas yang mampu melaksanakan. Adapun pelatihnya adalah tenaga kesehatan, petugas KB (PLKB), pertanian, agama, PKK dan sektor lain.

Waktu pelatihan ini membutuhkan 32 jam atau disesuaikan. Metode yang digunakan adalah ceramah, diskusi, simulasi/demonstrasi, permainan peran, penugasan dan praktik lapangan. Jenis materi-materi yang disampaikan adalah:

1. Pengantar tentang posyandu.
2. Persiapan posyandu.
3. Kesehatan ibu dan anak.
4. Keluarga berencana
5. Imunisasi.
6. Gizi.
7. Penanggulangan diare.
8. Pencatatan dan pelaporan.

d. Syarat Untuk Menjadi Kader

Syarat untuk menjadi seorang kader harus mempunyai latar belakang pendidikan yang cukup, yaitu:

1. Bisa membaca
2. Bisa menulis
3. Bisa menghitung secara sederhana
4. Mau menjadi seorang kader

e. Strategi Menjaga Eksistensi Kader

Setelah kader posyandu terbentuk, perlu adanya strategi agar mereka dapat selalu eksis membantu masyarakat di bidang kesehatan. Beberapa upaya yang dapat dilaksanakan adalah:

1. *Refreshing* kader posyandu pada saat posyandu telah selesai dilaksanakan oleh bidan maupun petugas lintas *sector* yang mengikuti kegiatan posyandu.
2. Adanya paguyuban kader posyandu tiap desa dan dilaksanakan pertemuan rutin tiap bulan secara bergilir di setiap posyandu.
3. Revitalisasi kader posyandu baik tingkat desa maupun kecamatan, dimana semua kader diundang dan diberikan penyegaran materi serta hiburan dan bisa juga diberikan *rewards*.
4. Pemberian *rewards* rutin misalnya berupa kartu berobat gratis ke puskesmas untuk kader dan keluarganya dan juga dalam bentuk materi yang lain yang diberikan setiap tahun.

Salah satu tugas bidan dalam upaya menggerakkan peran

serta masyarakat adalah melaksanakan pembinaan kader. Adapun hal-hal yang perlu disampaikan dalam pembinaan kader adalah:

1. Pemberitahuan ibu hamil untuk bersalin di tenaga kesehatan (promosi bidan siaga).
2. Pengenalan tanda bahaya kehamilan, persalinan dan nifas serta rujukannya.
3. Penyuluhan gizi dan keluarga berencana.
4. Pencatatan kelahiran dan kematian bayi atau ibu.
5. Promosi tabulin, donor darah berjalan, ambulance desa, suami SIAGA, satgas Gerakan sayang Ibu.

Pembinaan kader yang dilakukan bidan di dalamnya berisi tentang peran kader adalah dalam daur kehidupan wanita dari mulai kehamilan sampai dengan masa perawatan bayi. Adapun hal-hal yang perlu disampaikan dalam persiapan persalinan adalah sebagai berikut:

1. Sejak awal, ibu hamil dan suami menentukan persalinan ini ditolong oleh bidan atau dokter.
2. Suami atau keluarga perlu menabung untuk biaya persalinan.
3. Ibu dan suami menanyakan ke bidan/dokter kapan perkiraan tanggal persalinan.
4. Jika ibu bersalin di rumah, suami atau keluarga perlu menyiapkan penerangan, tempat tidur dengan alas kain yang bersih, air bersih dan kering dan pakaian ganti ibu.

Pembinaan kader yang dilakukan bidan yang berisi tentang peran kader dalam deteksi dini tanda bahaya dalam kehamilan

meliputi hal-hal berikut ini:

1. Perdarahan (hamil muda atau tua).
2. Bengkak di kaki, tangan, wajah atau sakit kepala yang hebat disertai kejang.
3. Demam tinggi.
4. Keluar air ketuban sebelum waktunya.
5. Bayi dalam kandungan gerakannya berkurang atau tidak bergerak.
6. Ibu muntah terus dan tidak mau ibuan.

Pembinaan kader yang dilakukan bidan tentang peran kader dalam deteksi dini tanda bahaya dalam persalinan meliputi hal-hal seperti di bawah ini:

1. Bayi tidak lahir dalam 12 jam sejak terasa mulas.
2. Perdarahan lewat jalan lahir.
3. Tali pusat atau tangan bayi keluar dari jalan lahir.
4. Ibu tidak kuat mengejan atau mengalami kejang.
5. Air ketuban keruh dan berbau.
6. Setelah bayi lahir ari-ari tidak keluar.
7. Ibu gelisah atau mengalami kesakitan yang hebat.

Pembinaan kader yang dilakukan bidan yang berisi tentang peran kader dalam deteksi dini tanda bahaya dalam masa nifas adalah:

1. Perdarahan lewat jalan lahir.
2. Keluar cairan berbau dari jalan lahir.
3. Demam lebih dari 2 hari.
4. Bengkak di kaki, tangan, wajah atau sakit kepala yang hebat disertai kejang.

5. Payudara bengkak kemerahan disertai rasa sakit.
6. Mengalami gangguan jiwa.

2. Pembinaan Dukun Bayi

a. Definisi

Dukun bayi merupakan seorang perempuan atau pria yang menolong persalinan. Kemampuan ini diperoleh secara turun-temurun dari ibu pada anak atau asal keluarga dekat lainnya. Cara menerima kemampuan ini artinya melalui magang berasal pengalaman sendiri atau ketika membantu melahirkan. Definisi lain dukun bayi merupakan orang yang dianggap terampil dan dipercaya oleh rakyat buat menolong persalinan dan perawatan ibu dan anak sesuai kebutuhan masyarakat (Dainty, 2017).

b. Ciri-ciri Dukun

Dukun mempunyai ciri-ciri sebagai berikut:

1. Pada umumnya adalah seorang anggota masyarakat yang cukup dikenal di desa.
2. Pendidikan tidak melebihi pendidikan orang biasa, umumnya buta huruf.
3. Pekerjaan sebagai dukun umumnya bukan untuk tujuan mencari uang tetapi karena panggilan atau melalui mimpi-mimpi, dengan tujuan untuk menolong sesama.
4. Disamping menjadi dukun, mereka mempunyai pekerjaan lainnya yang tetap. Misalnya petani, atau buruh kecil sehingga dapat dikatakan bahwa pekerjaan dukun hanyalah pekerjaan sambilan.

5. Ongkos yang harus dibayar tidak ditentukan, tetapi menurut kemampuan dari masing-masing orang yang ditolong sehingga besar kecil uang yang diterima tidak sama setiap waktunya.
6. Umumnya dihormati dalam masyarakat atau umumnya merupakan tokoh yang berpengaruh, misalnya kedudukan dukun bayi dalam masyarakat.

c. Pembagian Dukun Bayi

1. Dukun Bayi Terlatih, adalah dukun bayi yang telah mendapatkan pelatihan oleh tenaga kesehatan yang dinyatakan lulus.
2. Dukun Bayi Tidak Terlatih, adalah dukun bayi yang belum pernah terlatih oleh tenaga kesehatan atau dukun bayi yang sedang dilatih dan belum dinyatakan lulus.

d. Pembinaan dukun

Pembinaan adalah suatu pelatihan yang diberikan kepada dukun bayi oleh tenaga kesehatan yang menitik-beratkan pada peningkatan pengetahuan dukun yang bersangkutan, terutama dalam hal higiene sanitasi, yaitu mengenai kebersihan alat – alat persalinan dan perawatan bayi baru lahir, serta pengetahuan tentang perawatan kehamilan, deteksi dini terhadap resiko tinggi pada ibu dan bayi, KB, gizi serta pencatatan kelahiran dan kematian. Pembinaan dukun merupakan salah satu upaya menjalin kemitraan antara tenaga kesehatan (bidan) dan dukun dengan tujuan menurunkan angka kematian ibu dan bayi.

Kesalahan yang sering dilakukan oleh dukun sehingga dapat mengakibatkan kematian ibu dan bayi, antara lain:

1. Terjadinya robekan rahim karena tindakan mendorong bayi di dalam rahim dari luar sewaktu melakukan pertolongan pada ibu bersalin.
2. Terjadinya perdarahan pasca bersalin yang disebabkan oleh tindakan mengurut- ngurut rahim pada waktu kala III.
3. Terjadinya partus tidak maju, karena tidak mengenal tanda kelainan partus dan tidak mau merujuk ke puskesmas atau RS. Untuk mencegah kesalahan tindakan dukun tersebut diperlukan suatu bimbingan bagi dukun.

e. Tujuan Pembinaan

Tujuan supervisi/bimbingan dukun bayi:

1. Menjaga, mempertahankan, meningkatkan keterampilan dukun bayi.
2. Menjaga, mempertahankan dan meningkatkan cakupan hasil kegiatan dukun dalam merawat bumil, bulin dan bufas.
3. Sebagai kesempatan pemasukan bahan habis pakai.
4. Sebagai bahan asupan dalam penyusunan laporan kegiatan petugas puskesmas.

Untuk meningkatkan status dukun ibu, dilakukan upaya pelatihan dan pembinaan dukun dengan tujuan:

1. Agar mereka memiliki pengetahuan dan ide baru yang dapat disampaikan dan diterima oleh anggota

masyarakat.

2. Memperbesar peran dukun bayi dalam program KB dan pendidikan kesehatan di berbagai aspek kesehatan reproduksi dan kesehatan anak.
3. Untuk memperbaiki kegiatan – kegiatan yang sebenarnya sudah dilakukan oleh dukun, seperti memberikan, saran tentang kehamilan, melakukan persalinan bersih dan aman, serta mengatasi masalah yang mungkin muncul pada saat persalinan, sehingga angka kematian ibu dan bayi dapat dikurangi atau dicegah sedini mungkin.

Kelebihan dan Kekurangan persalinan yang ditolong oleh dukun antara lain:

a. Kelebihan

- 1) Dukun merawat ibu dan bayinya sampai tali pusatnya putus.
- 2) Kontak ibu dan bayi lebih awal dan lama.
- 3) Persalinan dilakukan di rumah.
- 4) Biaya murah dan tidak ditentukan.

b. Kekurangan

- 1) Dukun belum mengerti teknik septik dan anti-septik dalam menolong persalinan.
- 2) Dukun tidak mengenal keadaan patologis dan kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir.
- 3) Pengetahuan dukun rendah sehingga sukar ditatar dan diikutsertakan dalam program pemerintah.

f. Upaya Pembinaan Dukun

Masyarakat masih menganggap dukun sebagai tokoh masyarakat yang patut dihormati, memiliki peranan penting bagi ibu – ibu di desa. Oleh karena itu, dibutuhkan upaya agar bidan dapat melakukan pembinaan dukun.

- a. Beberapa upaya yang dapat dilakukan bidan diantaranya adalah:
 - 1) Melakukan pendekatan dengan para tokoh masyarakat setempat.
 - 2) Melakukan pendekatan dengan para dukun.
 - 3) Memberikan pengetahuan kepada para dukun tentang pentingnya persalinan yang bersih dan aman.
 - 4) Memberi pengetahuan kepada para dukun tentang komplikasi – komplikasi kehamilan dan bahaya proses persalinan.
 - 5) Membina kemitraan dengan dukun dengan memegang asas saling menguntungkan.
 - 6) Menganjurkan dan mengajak dukun merujuk kasus–kasus resiko tinggi kehamilan kepada tenaga kesehatan.
- b. Tempat pelaksanaan pembinaan dukun bayi
 - 1) Posyandu pada hari buka oleh petugas/pembina posyandu
 - 2) Perkumpulan dukun bayi dilaksanakan di puskesmas.
- c. Waktu pelaksanaan pembinaan dukun bayi
 - 1) Saat kunjungan supervisi petugas puskesmas di

- posyandu di desa tempat tinggal dukun.
- 2) Pertemuan rutin yang telah disepakati
 - 3) Waktu-waktu lain saat petugas bertemu dengan dukun bayi
 - 4) Saat mendampingi dukun bayi waktu menolong persalinan
- d. Langkah – Langkah Pembinaan Dukun
- Pembinaan dukun dilakukan dengan memperhatikan kondisi, adat, dan peraturan dari masing–masing daerah atau dukun berasal, karena tidaklah mudah mengajak seorang dukun untuk mengikuti pembinaan. Beberapa langkah yang dapat dilakukan bidan dalam pembinaan dukun adalah sebagai berikut:
- 1) Mengajak dukun bayi yang sudah dilatih untuk ikut serta memberikan penyuluhan dan membantu melakukan deteksi dini ibu resiko tinggi di posyandu maupun pada kegiatan–kegiatan yang ada di masyarakat.
 - 2) Meminta bantuan pamong desa untuk memotivasi dukun bayi agar bersedia mengikuti pelatihan–pelatihan dukun yang diselenggarakan.
- e. Hambatan dan Solusi Dalam Pembinaan Dukun
- Hambatan–hambatan yang sering dijumpai dalam melakukan pembinaan dukun di masyarakat diantaranya adalah sebagai berikut:
- 1) Sikap Dukun yang Kurang Kooperatif
- Faktor yang menyebabkan sikap dukun tidak koo-

peratif adalah adanya perasaan malu apabila dilatih oleh bidan, dukun merasa tersaingi oleh bidan, dan dukun terlalu idealis dengan cara pertolongan persalinan yang dilakukan.

2) Kultur yang Kuat

Sosial budaya mengenai dukun yang merupakan hambatan dalam upaya pembinaan dukun adalah sebagai berikut:

- a) Dukun bayi biasanya adalah orang yang dikenal masyarakat setempat.
- b) Kepercayaan masyarakat terhadap dukun diperoleh secara turun-temurun.
- c) Dukun bayi masih memiliki peranan penting bagi perempuan di pedesaan.
- d) Biaya pertolongan persalinan dukun jauh lebih murah daripada tenaga kesehatan.
- e) Pelayanan dukun dilakukan sampai ibu selesai masa nifas.
- f) Masyarakat masih terbiasa dengan cara – cara tradisional.

3) Tingkat pendidikan

Kebanyakan di masyarakat, dukun adalah orang tua yang harus dihormati dan mempunyai latar belakang pendidikan rendah. Oleh karena dukun memiliki latar belakang pendidikan rendah, sehingga tidak jarang dukun sulit untuk menerima pemahaman dan pengetahuan baru.

4) Sosial Ekonomi

Masyarakat dengan sosial ekonomi rendah dengan pendidikan yang rendah cenderung mencari pertolongan persalinan pada dukun. Masyarakat yang demikian beranggapan bahwa dukun adalah seorang pahlawan, karena melahirkan di dukun lebih murah, dukun bersedia dibayar dengan barang, dan pembayarannya dapat diangsur.

3. Pengembangan Wahana/Forum PSM

a. Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu)

Posyandu merupakan jenis UKBM (Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat) yang paling memasyarakatkan saat ini. Gerakan posyandu ini telah berkembang dengan pesat secara nasional sejak tahun 1982. Saat ini telah populer di lingkungan desa dan RW di seluruh Indonesia. Posyandu meliputi lima program prioritas yaitu: KB, KIA, imunisasi, dan penanggulangan diare yang terbukti mempunyai daya ungkit besar terhadap penurunan angka kematian bayi. Sebagai salah satu tempat pelayanan kesehatan masyarakat yang langsung bersentuhan dengan masyarakat level bawah, sebaiknya posyandu diaktifkan kembali seperti pada masa orde baru karena terbukti ampuh mendeteksi permasalahan gizi dan kesehatan di berbagai daerah. Permasalahan gizi buruk anak balita, kekurangan gizi, busung lapar dan masalah kesehatan lainnya menyangkut kesehatan ibu dan anak akan mudah dihindarkan jika posyandu kembali diprogramkan secara menyeluruh (Contesa, 2021).

b. Pondok Bersalin Desa (Polindes)

Pondok bersalin desa (Polindes) merupakan salah satu peran serta masyarakat dalam menyediakan tempat pertolongan persalinan pelayanan dan kesehatan ibu serta kesehatan anak lainnya. Kegiatan pondok bersalin desa antara lain melakukan pemeriksaan (ibu hamil, ibu nifas, ibu menyusui, bayi dan balita), memberikan imunisasi, penyuluhan kesehatan masyarakat terutama kesehatan ibu dan anak, serta pelatihan dan pembinaan kepada kader dan masyarakat.

Polindes ini dikhususkan untuk menutupi empat kesenjangan dalam KIA, yaitu kesenjangan geografis, kesenjangan informasi, kesenjangan ekonomi, dan kesenjangan sosial budaya. Keberadaan bidan di tiap desa diharapkan mampu mengatasi kesenjangan geografis, sementara kontak setiap saat dengan penduduk setempat diharapkan mampu mengurangi kesenjangan informasi (Irawan, 2018). Polindes dioperasionalkan melalui kerja sama antara bidan dengan dukun bayi, sehingga tidak menimbulkan kesenjangan sosial budaya, sementara tarif pemeriksaan ibu, anak, dan melahirkan yang ditentukan dalam musyawarah LKMD diharapkan mampu mengurangi kesenjangan ekonomi.

c. Upaya Kesehatan Tradisional

Tanaman obat keluarga (TOGA) adalah sebidang tanah di halaman atau ladang yang dimanfaatkan untuk menanam tanaman yang berkhasiat sebagai obat. Dikaitkan dengan peran serta masyarakat, TOGA merupakan wujud partisipasi mereka dalam bidang peningkatan kesehatan dan pengobatan sederhana dengan memanfaatkan obat tradisional. Fungsi utama dari TOGA adalah

menghasilkan tanaman yang dapat dipergunakan antara lain untuk menjaga meningkatkan kesehatan dan mengobati gejala (kelelahan) dari beberapa penyakit yang ringan. Selain itu, TOGA juga berfungsi ganda mengingat dapat dipergunakan untuk memperbaiki gizi masyarakat, upaya pelestarian alam dan memperindah taman dan pemandangan.

d. Pos Gizi (Pos Timbangan)

Salah satu akibat krisis ekonomi adalah penurunan daya beli masyarakat termasuk kebutuhan pangan. Hal ini menyebabkan penurunan kecukupan gizi masyarakat yang selanjutnya dapat menurunkan status gizi. Dengan sasaran kegiatan yakni bayi berumur 6-11 bulan terutama mereka dari keluarga miskin, anak umur 12-23 bulan terutama mereka dari keluarga miskin, anak umur 24-59 bulan terutama mereka dari keluarga miskin, dan seluruh ibu hamil dan ibu nifas terutama yang menderita kurang gizi (Siti, 2022).

Perlu ditekankan bahwa untuk kegiatan pada pos gizi ini apabila setelah diberikan PMT anak masih menderita kekurangan energi protein (KEP) ibu, ibuanan tambahan terus dilanjutkan sampai anak pulih dan segera diperiksakan ke puskesmas (dirujuk).

e. Pelayanan Puskesmas dan Puskesmas Pembantu

Puskesmas merupakan fasilitas kesehatan pemerintah terdepan yang memberikan pelayanan langsung kepada masyarakat. Sejalan dengan upaya pemerataan pelayanan kesehatan di wilayah terpencil dan sukar dijangkau telah dikembangkan pelayanan puskesmas dan puskesmas pembantu dalam kaitan ini dipandang selaku tempat rujukan bagi jenis pelayanan di bawahnya yakni

berbagai jenis UKBM sebagaimana tertera di atas.

4. Pembinaan Peran Serta Masyarakat

Tujuan pembinaan peran serta masyarakat yang dilakukan sang bidan merupakan terwujudnya upaya yang dilakukan oleh masyarakat secara terorganisasi untuk mempertinggi kesehatan ibu, anak, keluarga berencana menuju keluarga sehat dan sejahtera (Margayaningsih, 2018). Untuk mencapai tujuan tadi aneka macam upaya dilakukan sang bidan, seperti:

- a. Peningkatan kiprah pemimpin pada warga buat mendorong dan mengarahkan warga pada setiap upaya kesehatan ibu, anak serta keluarga berencana.
- b. Peningkatan serta pencerahan dan kemauan warga dalam pemeliharaan, perbaikan serta peningkatan keluarga terutama kesehatan bunda, anak serta keluarga berencana.
- c. Dorongan masyarakat buat mengenali potensi tersedia yang bisa dimanfaatkan buat mendukung kesehatan masyarakat

Selain itu juga, tujuan kiprah dan masyarakat ialah tujuan acara kiprah dan rakyat yang menaikan peran serta kemandirian dan bekerja sama dengan lembaga-lembaga non pemerintah yang memiliki visi yang sama, yaitu menaikan kuintitas dan kualitas kelembagaan dan organisasi non pemerintah serta rakyat, memperkuat peran aktif masyarakat pada setiap tahap pada proses pembangunan melalui peningkatan ja-

ringan kemitraan dengan rakyat (Qowiyyum, 2021).

Faktor–faktor yang mempengaruhi peran serta masyarakat:

- a. Manfaat kegiatan yang dilakukan
Jika kegiatan yang dilakukan memberikan manfaat yang nyata dan jelas bagi masyarakat, kesediaan masyarakat untuk berperan serta menjadi lebih besar.
- b. Memiliki Keterampilan
Jika yang dilaksanakan membutuhkan keterampilan tertentu dan orang mempunyai keterampilan sesuai dengan keterampilan tersebut, maka orang tertarik untuk berperan serta.
- c. Faktor Tokoh Masyarakat
Jika dalam kegiatan yang diselenggarakan masyarakat melihat bahwa tokoh – tokoh masyarakat atau pimpinan kader yang disegani ikut serta, mereka akan tertarik pula berperan serta.
- d. Adanya Kesempatan
Kesediaan juga dipengaruhi oleh adanya kesempatan atau ajakan untuk berperan serta dan masyarakat melihat memang ada hal – hal yang berguna dalam kegiatan yang akan dilakukan.
- e. Rasa Memiliki
Rasa memiliki sesuatu akan tumbuh jika sejak awal kegiatan masyarakat sudah diikuti-sertakan jika rasa memiliki ini bisa ditumbuh-kembangkan dengan baik, peran serta akan dapat dilestarikan.

5. Ringkasan Materi

Kader merupakan tenaga masyarakat yang dianggap paling dekat dengan masyarakat. Departemen kesehatan membuat kebijakan mengenai pelatihan untuk kader yang dikhususkan untuk meningkatkan pengetahuan, menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi.

Adapun dukun bayi adalah seorang wanita atau pria yang menolong persalinan. Kemampuan ini diperoleh secara turun-temurun dari ibu kepada anak atau dari keluarga dekat lainnya. Cara mendapatkan kemampuan ini adalah melalui magang dari pengalaman sendiri atau saat membantu melahirkan.

Pengembangan wahana atau forum PSM yang berkaitan dengan kesehatan dapat berupa posyandu, polindes, upaya kesehatan tradisional, pos gizi dan pelayanan puskesmas pembantu. Selain itu juga, tujuan peran serta masyarakat adalah tujuan program peran serta masyarakat yang meningkatkan peran dan kemandirian dan kerja sama dengan lembaga – lembaga non pemerintah yang memiliki visi sesuai, yaitu meningkatkan kuantitas dan kualitas kelembagaan dan organisasi non pemerintah dan masyarakat, memperkuat peran aktif masyarakat dalam setiap tahap dalam proses pembangunan melalui peningkatan jaringan kemitraan dengan masyarakat (Husaini, 2017).

BAB 6

STRATEGI PELAYANAN KEBIDANAN DI KOMUNITAS

1. Pendekatan Edukatif Dalam Peran Serta Masyarakat

a. Pengertian

Pendekatan edukatif secara umum adalah suatu rangkaian kegiatan yang dilaksanakan secara sistematis, terencana, dan terarah dengan partisipasi aktif dari individu, kelompok maupun masyarakat umum, untuk memecahkan masalah masyarakat dengan mempertimbangkan faktor sosial, ekonomi, dan budaya.

Pendekatan edukatif secara khusus adalah salah satu bentuk atau model pelaksanaan organisasi sosial masyarakat dalam memecahkan masalah yang dirasakan oleh masyarakat dengan pokok penekanan pada hal berikut;

1. Pemecahan masalah dan proses pemecahan masalah
2. Pengembangan provider merupakan bagian dari proses perkembangan masyarakat secara keseluruhan.

Peran serta masyarakat adalah suatu proses dimana individu, keluarga, dan lembaga masyarakat termasuk swasta ikut mengambil tanggung jawab atas kesehatan diri, keluarga, dan

masyarakatnya.

- b. Tujuan pendekatan edukatif
 1. Memecahkan masalah yang dihadapi masyarakat
 2. Mengembangkan kemampuan masyarakat untuk dapat memecahkan masalahnya sendiri secara gotong-royong.
 3. Langkah pendekatan edukatif
 - a) Pendekatan pada tokoh masyarakat
 - b) Pendekatan kepada *provider*. Diadakan pada waktu pertemuan tingkat kecamatan, tingkat desa/kelurahan, tingkat dusun/lingkungan.
 - c) Pengumpulan data primer dan sekunder.
 - d. Prinsip peran serta masyarakat
 1. mendorong/mempercepat terjadinya perubahan.
 2. mobilisasi diri sendiri.
 3. terlibat dalam suatu tujuan bersama dan saling mendorong.
 4. terlibat dalam memberikan dukungan dan informasi.
 5. Faktor-faktor dalam peran serta masyarakat.
 - a) Faktor pendorong
 - b) Faktor penghambat

2. Pelayanan Berorientasi Pada Kebutuhan Masyarakat

Bekerja sebagai bidan di masyarakat berarti melayani masyarakat dengan memberi pelayanan kesehatan yang mereka

butuhkan. Disamping itu, masyarakat dapat diajak bekerja sama agar mampu berperilaku hidup sehat dan menyebarkannya ke orang lain di lingkungan sekitar. Mereka juga dapat memberi masukan tentang bagaimana bentuk pelayanan yang diharapkan. Dengan demikian, keberhasilan bidan yang bekerja di masyarakat sangat ditentukan oleh kemampuannya untuk mendengarkan dan memenuhi harapan masyarakat serta melibatkan masyarakat dalam upaya memperbaiki tingkat kesehatan masyarakat.

Ibu hamil di tengah keluarganya juga merupakan bagian dari masyarakat. Selain itu memerlukan makanan bergizi dan seimbang yang lebih banyak dari biasanya, dan kebutuhan fisik lainnya, dan juga memerlukan kasih sayang dari keluarga. Namun kebutuhan tersebut sering tidak terpenuhi, antara lain karena, kemiskinan, pendidikan yang rendah, takhayul, atau kepercayaan yang merugikan kesehatan, tindak kekerasan dalam keluarga, atau status wanita dianggap lebih rendah.

Pelayanan kebidanan komunitas diberikan dengan cara bidan melakukan kunjungan ke pasien yang bersifat promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Rumah sakit bukan merupakan kebidanan komunitas karena pelayanan klinik (pasien mengunjungi/meminta pelayanan yang berorientasi pada pelayanan kuratif). Bidan di masyarakat bekerja sama dengan tenaga kesehatan lain, anatara lain; dokter, dan perawat maternal.

Peran nyata bidan di komunitas adalah kunjungan rumah dalam memberi pelayanan ANC, INC, dan PNC. Peran bidan sebagai pemberi pelayanan, pendidik, pengelola, dan peneliti karena

bidan harus mampu menggerakkan masyarakat agar mau menjaga kesehatan dan bidan harus mampu mengelola upaya –upaya masyarakat untuk meningkatkan kesehatan.

1. Kewajiban bidan terhadap klien dan masyarakat
 - Sikap bidan terhadap klien, tugas dan tanggung jawab sesuai dengan kebutuhan klien, keluarga dan masyarakat.
 - Setiap bidan dalam menjalankan tugasnya senantiasa mendahulukan kepentingan klien, keluarga dan masyarakat dengan identitas yang sama sesuai dengan kebutuhan berdasarkan kemampuan yang dimiliki.
2. Langkah-langkah
 - a) Bersama tim kesehatan dan pemuka masyarakat mengkaji kebutuhan terutama yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak untuk meningkatkan dan mengembangkan program pelayanan kesehatan di wilayah kerja.
 - b) Menyusun rencana kerja sesuai dengan hasil pengkajian bersama masyarakat.
 - c) Mengelola kegiatan-kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak serta sesuai dengan rencana.

Dengan makin terlihatnya ketersediaan sumber daya termasuk pembiayaan pelayanan kesehatan ibu dan anak, penentuan kegiatan prioritas yang langsung mempengaruhi penurunan angka kematian ibu (AKI)

dan angka kematian bayi (AKB) sangat penting. Untuk itu, program harus mampu merencanakan kegiatan yang *cost effective* berdasarkan sumber daya yang ada dan menggali sumber daya dari sektor lain, swasta dan masyarakat.

3. Menggunakan/memanfaatkan fasilitas dan potensi yang ada di masyarakat.

1. Manfaat

a. Mengembangkan strategi untuk meningkatkan kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana (KB) termasuk sumber terkait.

b. Menggerakkan, mengembangkan kemampuan masyarakat dalam memelihara kesehatannya dengan memanfaatkan potensi-potensi yang ada.

Fasilitas dan potensi yang ada di masyarakat, yaitu sumber daya alam atau potensi desa, dan sumber daya manusia/kader kesehatan. Bidan dalam memberi pelayanan kepada ibu dan anak di komunitas perlu memperhatikan faktor lingkungan berikut;

a) Lingkungan sosial

Masyarakat yang berada di dalam komunitas memiliki ikatan sosial dan budaya. Dukun penolong persalinan sangat dekat dengan masyarakat, terutama di kalangan

keluarga di desa karena mereka menggunakan pendekatan sosial-budaya sewaktu memberi pelayanan.

Bidan dalam memberi pelayanan kepada ibu hamil dan bersalin diupayakan tidak bertentangan dengan kebiasaan, adat istiadat, kepercayaan dan agama di masyarakat. Oleh karena itu, peran masyarakat penting dalam upaya peningkatan kesehatan ibu, anak balita, keluarga berencana. Peran serta masyarakat ini selalu digerakkan dan ditingkatkan melalui kegiatan penyuluhan kesehatan.

Kondisi tingkat pendidikan dan ekonomi menentukan tingkat partisipasinya dalam peningkatan kesehatan masyarakat, semakin tinggi tingkat pendidikan masyarakat, semakin meningkat perhatian tersebut, menimbulkan peningkatan tuntutan masyarakat. pelayanan kebidanan komunitas perlu mendapat dukungan politik dari organisasi swasta atau pemerintah terutama mendukung adanya undang-undang dan pelaksanaannya.

b) lingkungan flora

kebutuhan gizi manusia bergantung pada keberadaan flora dan fauna. Masyarakat

dianjurkan melakukan penghijauan. Bidan yang bekerja di komunitas memperhatikan pengaruh flora dan fauna ini. Pemanfaatan tumbuh-tumbuhan dan hewan ternak disampaikan melalui penyuluhan kesehatan merupakan bantuan bidan kepada masyarakat terutama pada kaum ibu. Kerja sama dengan petugas gizi dan pertanian diperlukan di dalam peningkatan gizi masyarakat.

4. Ringkasan Materi

Pendekatan edukatif adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan secara sistematis, terencana, terarah, dengan partisipasi aktif individu, keluarga, masyarakat dengan memperhitungkan faktor ekonomi dan budaya setempat.

Bekerja sebagai bidan di masyarakat berarti melayani masyarakat dengan memberi pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan. Disamping itu, masyarakat dapat diajak bekerja sama agar mampu berperilaku hidup sehat dan menyebarkannya ke orang lain di lingkungan sekitar. Mereka juga dapat memberi masukan tentang bagaimana bentuk pelayanan yang diharapkan. Dengan demikian, keberhasilan bidan yang bekerja di masyarakat sangat ditentukan oleh kemampuannya untuk mendengarkan dan memenuhi harapan masyarakat serta melibatkan masyarakat dalam upaya memperbaiki tingkat kesehatan masyarakat.

BAB 7

TUGAS DAN TANGGUNG JAWAB BIDAN DI KOMUNITAS DAN BIDAN PRAKTIK SWASTA (BPS)

1. Bidan di Komunitas

Sebelum memahami tugas dan tanggung jawab bidan di komunitas, perlu diketahui sebelumnya mengenai bidan komunitas itu sendiri. Bidan komunitas merupakan tenaga kesehatan tradisional namun profesional yang bekerja di masyarakat untuk memberikan asuhan pada perempuan dan anak dimulai pada masa sebelum kehamilan hingga selesai persalinan. Bidan di komunitas tidak bekerja sendiri, namun melakukan setiap aktivitasnya secara berkelompok (memiliki team). Asuhan yang diberikan tidak hanya berpusat pada fasilitas kesehatan masyarakat (posyandu, polindes atau puskesmas), namun dapat memberikan asuhan di rumah (*homebirth*, ANC di rumah, kunjungan bayi dan nifas di rumah dan sebagainya) selama keadaan kesehatan ibu dan anak baik (keadaan normal).

Berdasarkan paparan kompetensi ICM (*International Confederation Of Midwife*-organisasi bidan dunia), kompetensi Bidan nomor 2 menyatakan bahwa: "*Midwives provide high quality, cultur-*

ally sensitive health education and services to all in the community in order to promote healthy family life, planned pregnancies and positive parenting," yang dapat diartikan bahwa bidan memberikan asuhan berkualitas tinggi, peka terhadap nilai budaya dalam memberikan edukasi dan asuhan di komunitas untuk mempromosikan kesehatan keluarga, perencanaan kehamilan dan pengetahuan positif mengenai menjadi orangtua.

2. Tugas utama

Bidan pertama kali dilahirkan dan disiapkan untuk mendekatkan pelayanan terhadap ibu dan anak pada masyarakat. Sehingga dapat dikatakan bahwa bidan dilahirkan di tengah masyarakat, namun tugas dan wewenangnya semakin bertambah dan meningkat yaitu pada pelayanan kesehatan terstier (Rumah sakit). Bidan sebagai tenaga kesehatan pada tingkat primer (bidan desa, bidan praktek swasta, bidan puskesmas) memiliki tanggungjawab yang dibatasi oleh UU kesehatan serta peraturan perundangan berkenaan dengan praktik kebidanan (permenkes 1464). Tugas utama bidan diantaranya:

- a) Pelaksana Asuhan, dalam hal ini memberikan pelayanan kebidanan (Asuhan kebidanan KIA-KB) sesuai kewenangan dengan memperhatikan program yang ditetapkan pemerintah serta disesuaikan kebutuhan masyarakat. Melakukan pemantauan KIA dengan menggunakan PWS KIA (pemantauan wilayah sekitar KIA).
- b) Dapat dijabarkan sebagai berikut:
 1. Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai standar

profesi

2. Melakukan setiap asuhan dengan melibatkan keluarga
 3. Melaksanakan promosi kesehatan terkait pelayanan kebidanan
- c) Pengelola dengan ikut serta dalam menjalankan program puskesmas sesuai kebutuhan masyarakat, melakukan analisis dan penyelesaian masalah di komunitas dengan berprinsip pada kebutuhan dan kemampuan masyarakat, melaksanakan kolaborasi dengan tokoh agama, tokoh masyarakat serta dukun yang berperan di masyarakat dalam menyelesaikan permasalahan.
- d) Pendidik yaitu memberikan penyuluhan dan pendidikan kesehatan kepada individu, keluarga dan masyarakat mengenai kesehatan remaja, kesehatan reproduksi dan pelayanan kebidanan lainnya.
- e) Peneliti yaitu melakukan penelitian dalam asuhan kebidanan sehingga dapat meningkatkan kualitas asuhan yang diberikan.

3. Tugas Tambahan

Bidan merupakan tenaga kesehatan yang bekerja di bawah pengawasan pemerintah dan senantiasa menjalankan setiap layanan asuhan sesuai dengan program pemerintah. Sehingga dalam hal ini tugas tambahan yang bidan miliki tidak lepas dari program yang dicanangkan pemerintah, yaitu meliputi:

- a. Kesehatan lingkungan (PHBS) dan kesehatan lingku-

ngan;

- b. *Surveillance* penyakit (Pengendalian penyakit menular (HIV/AIDS) dan Pengendalian penyakit *regenerative*) Inovasi pencegahan penularan dari jarum suntik yang disebut *Harm Reduction* pada tahun 2006; pencegahan Penularan Melalui Transmisi Seksual (PMTS) mulai tahun 2010; penguatan Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak (PPIA) pada tahun 2011; pengembangan Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB) di tingkat Puskesmas pada tahun 2012; hingga terobosan paling baru yang disebut Strategic use of ARV (SUFA) dimulai pada pertengahan tahun 2013;
- c. Issue UU Desa No. 6 tahun 2014 (pasal 71-75, terutama mengenai bantuan dana 1M dari Negara);
- d. Kesehatan jiwa dan keluarga ;
- e. Akses layanan kesehatan dengan puskesmas terakreditasi Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 bahwa setiap Puskesmas wajib untuk diakreditasi secara berkala paling sedikit tiga tahun sekali. Akreditasi merupakan salah satu persyaratan kredensial sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS, sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional Pasal 6 ayat. Tujuan utama akreditasi Puskesmas adalah untuk pembinaan peningkatan mutu, kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan ter-

hadap sistem manajemen, sistem manajemen mutu dan sistem penyelenggaraan pelayanan dan program, serta penerapan manajemen risiko, dan bukan sekedar penilaian untuk mendapatkan sertifikat akreditasi;

- f. Jaminan kesehatan nasional (BPJS); dan
- g. Penggunaan teknologi tepat guna.

4. Bidan Praktik Swasta

Bidan praktik swasta atau bidan praktik mandiri merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan secara mandiri (dilindungi oleh Permenkes 1464) secara profesional dalam lingkup kewenangan praktik kebidanan. Dalam menjalankan pelayanan mandiri, seorang bidan harus melalui regulasi praktik yang meliputi perizinan (diperbaharui setiap 5 tahun dengan syarat dan ketentuan diatur oleh perundang-undangan dan profesi), kelayakan tempat praktik, ketersediaan alat praktik minimal, kompetensi sebagai bidan dan kelengkapan administrasi sesuai peraturan perundang dan standar yang ditetapkan oleh profesi.

Ikatan Bidan Indonesia (IBI), sebagai organisasi profesi kebidanan di Indonesia berinisiatif mengeluarkan Program “Bidan Delima” sebagai penilaian bagi bidan praktik mandiri yang memiliki kualifikasi baik serta melakukan pelayanan secara profesional di atas standar. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas layanan, dan meningkatkan profesionalisme asuhan bidan.

Dalam pengertian umumnya, bidan praktik swasta adalah bidan yang bekerja secara mandiri atau dalam kelompok di praktik swasta, dengan memberikan pelayanan kesehatan pada ibu

hamil, bersalin, dan masa nifas. Tugas dan tanggung jawab bidan praktik swasta sangat penting dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Pada poin ini akan dibahas tugas dan tanggung jawab bidan praktik swasta, yaitu sebagai berikut:

- a) Memberikan Pelayanan Antenatal, Persalinan, dan Posnatal

Bidan praktik swasta memberikan pelayanan antenatal, persalinan, dan posnatal pada ibu hamil dan pasangan, termasuk memberikan konseling dan edukasi terkait kehamilan, persalinan, dan merawat bayi. Hal ini dilakukan agar ibu dan bayi mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik dan sesuai dengan kebutuhan mereka.

- b) Melakukan Pemeriksaan Kesehatan dan Pengobatan Ringan

Bidan praktik swasta melakukan pemeriksaan kesehatan dan pengobatan ringan pada ibu dan bayi, serta memberikan obat-obatan yang sesuai dengan keahliannya. Hal ini dilakukan untuk memastikan bahwa ibu dan bayi mendapatkan perawatan medis yang tepat dan sesuai dengan kebutuhan mereka.

- c) Memberikan Dukungan Psikologis dan Emosional

Bidan praktik swasta juga memberikan dukungan psikologis dan emosional kepada ibu dan keluarganya. Hal ini dilakukan untuk membantu ibu dan keluarganya dalam mengatasi masalah-masalah yang terkait dengan persalinan dan perawatan bayi. Dukungan ini juga berperan penting dalam memperbaiki kesehatan

mental ibu dan keluarganya.

d) Mengelola Data Kesehatan

Bidan praktik swasta mengelola data kesehatan pasiennya, termasuk pencatatan dan pelaporan terhadap semua pelayanan yang diberikan. Data ini sangat penting untuk memantau kinerja bidan dan meningkatkan pelayanan.

e) Menjaga Kualitas Pelayanan

Bidan praktik swasta juga bertanggung jawab untuk menjaga kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan, termasuk memastikan bahwa peralatan medis yang digunakan dalam pelayanan kesehatan sudah steril dan aman.

f) Menjalin Kerjasama dengan Pihak Terkait

Bidan praktik swasta juga harus menjalin kerja sama dengan pihak terkait, seperti tenaga medis lain dan fasilitas kesehatan, untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan pelayanan kesehatan yang terbaik.

BAB 8

ASPEK PERLINDUNGAN HUKUM BIDAN DI KOMUNITAS

1. Standar Pelayanan Kebidanan

Salah satu pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kebidanan kepada masyarakat dan mempunyai peranan penting dalam mengatasi masalah mutu dalam pelayanan kesehatan, pelaksanaan pelayanan ini dianjurkan agar tetap mengikuti pedoman pada standar yang telah diterapkan. Tetapi untuk mengetahui tercapai tidaknya standar tersebut dapat menggunakan tolak ukur (*indicator*) tercapai tidaknya standar tersebut.

Standar pelayanan kebidanan meliputi 24 standar yang dikelompokkan menjadi 5 bagian besar yaitu:

- 1) Standar pelayanan umum
 - Standar 1 : Persiapan untuk kehidupan keluarga
 - Standar 2 : Pencatatan dan pelaporan
- 2) Standar pelayanan antenatal:
 - Standar 3 : Identifikasi ibu hamil
 - Standar 4 : Pemeriksaan dan pemantauan
 - Standar 5 : Palpasi abdominal

- Standar 6 : Pengelolaan anemia pada ibu hamil
Standar 7 : Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan
Standar 8 : Persiapan persalinan
- 3) Standar pelayanan persalinan
Standar 9 : Asuhan persalinan kala I
Standar 10 : Persalinan kala II yang aman
Standar 11 : Penatalaksanaan aktif persalinan kala III
Standar 12 : Penanganan kala II dengan gawat janin melalui episiotomi
- 4) Standar pelayanan nifas
Standar 13 : Perawatan bayi baru lahir
Standar 14 : Penanganan pada 2 jam pertama setelah persalinan
Standar 15 : Pelayanan bagi ibu dan bayi pada masa nifas
- 5) Standar pelayanan kegawatdaruratan Obstetri-Neonatal
Standar 16 : Penanganan pendarahan dalam kehamilan pada trimester III
Standar 17 : Penanganan kegawatan pada eklampsia
Standar 18 : Penanganan kegawatan pada partus lama/macet
Standar 19 : Persalinan dengan menggunakan *vacuum* ekstraktor
Standar 20 : penanganan retensio plasenta
Standar 21 : Pendarahan postpartum primer
Standar 22 : Penanganan postpartum sekunder

Standar 23 : Penanganan sepsis puerperalis

Standar 24 : Penanganan asfeksia neonator

2. Kode Etik

Kode etik merupakan suatu ciri profesi yang bersumber dari nilai dan nilai internal dan eksternal suatu disiplin ilmu dan merupakan pernyataan komprehensif suatu profesi yang memberikan tuntunan bagi anggota dalam melaksanakan pengabdian profesi.

Tujuan

Kode etik profesi kebidanan dibuat sebagai pedoman bidan dalam berperilaku. Tujuan kode etik adalah sebagai berikut (Argaheni et al, 2022):

1. Menjunjung tinggi martabat dan citra profesi
Dalam hal ini yang dijaga adalah *image* dari pihak luar atau masyarakat untuk mencegah orang luar memandang rendah atau remeh suatu profesi. Oleh karena itu, setiap kode etik suatu profesi akan melarang berbagai bentuk tindak tanduk atau kelakuan anggota profesi yang dapat mencemarkan nama baik profesi di dunia luar. Dari segi ini kode etik juga disebut kode kehormatan.
2. Menjaga dan memelihara kesejahteraan para anggota
Kesejahteraan yang dimaksud adalah kesejahteraan material dan spiritual atau mental. Dalam kesejahteraan material anggota profesi; kode etik umumnya menerapkan larangan bagi anggota yang melakukan perbu-

tan yang merugikan kesejahteraan kode etik juga menciptakan peraturan-peraturan yang ditujukan kepada pembahasan tingkah laku yang tidak pantas atau tidak jujur para anggota profesi dalam interaksinya dengan sesama anggota profesi.

3. Standar Asuhan Kebidanan

1. Standar : Identifikasi ibu hamil. Melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk penyuluhan dan motivasi untuk pemeriksaan dini dan teratur.
2. Standar : Pemeriksaan dan pemantauan antenatal sedikitnya 4 kali pemeriksaan kehamilan. Pemeriksaan meliputi : anamnesis dan pemantauan ibu dan janin, mengenal kehamilan risiko tinggi, imunisasi, nasehat dan penyuluhan, mencatat data yang tepat setiap kunjungan, tindakan tepat merujuk.
3. Standar : Palpasi abdominal
4. Standar : pengelolaan anemia pada kehamilan
5. Standar : Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan
6. Standar : Persiapan persalinan

4. Registrasi Praktik Kebidanan

Registrasi adalah pencatatan resmi terhadap bidan yang telah memiliki sertifikat kompetensi atau sertifikat profesi dan telah mempunyai kualifikasi tertentu lain. Serta mempunyai pengakuan secara hukum untuk menjalankan praktik kebidanan.

Surat tanda registrasi yang selanjutnya di singkat STR adalah bukti tertulis yang diberikan oleh konsil bidan yang telah diregistrasi.

BAGIAN KESATU

Registrasi

Pasal 21

1. Setiap bidan yang akan menjalankan praktik kebidanan wajib memiliki STR
2. STR sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1)

Pasal 25

1. Bidan yang akan menjalankan praktik kebidanan wajib memiliki izin praktik
2. Izin praktik sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) diberikan dalam bentuk SIPB.
3. SIPB sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota atas rekomendasi pejabat kesehatan yang berwenang di kabupaten/kota tempat bidan menjalankan praktiknya
4. Pemerintah daerah kabupaten/kota sebagaimana dimaksud pada ayat (3) harus menerbitkan SIPB paling lama 15 hari kerja sejak pengajuan SIPB diterima
5. Untuk mendapatkan SIPB sebagaimana dimaksud pada ayat (3) bidan harus memiliki
 - a. STR yang masih berlaku dan,
 - b. Tempat praktik

6. SIPB berlaku apabila
 - a. STR yang masih berlaku ;
 - b. Bidan berpraktik di tempat sebagaimana tercantum dalam SIPB.

PASAL 26

1. Bidan paling banyak mendapatkan 2 (dua) STR
2. SIPB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku untuk;
 - a. 1 (satu) di tempat praktik mandiri bidan satu di fasilitas pelayanan kesehatan selain di tempat praktik mandiri atau;
 - b. 2 (dua) kesehatan selain di tempat praktik mandiri bidan.

5. Kewenangan Bidan di Komunitas

Bidan dalam menjalankan praktiknya di komunitas berwenang untuk memberikan pelayanan sesuai dengan kompetensi 8 yaitu bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada keluarga, kelompok, dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat yang meliputi;

1. Pengetahuan dasar
 - a. Konsep dasar dan sasaran kebidanan komunitas
 - b. Masalah kebidanan komunitas. Pendekatan asuhan kebidanan komunitas pada keluarga, kelompok dan masyarakat
 - c. Strategi pelayanan kebidanan komunitas
 - d. Upaya peningkatan dan pemeliharaan KIA dalam keluarga dan masyarakat
 - e. Faktor-faktor yang mempengaruhi KIA sistem pelayanan KIA

2. Pengetahuan tambahan
 - a. Kepemimpinan untuk semua (kesuma)
 - b. Pemasaran sosial
 - c. Peran serta masyarakat
 - d. Audit maternal perinatal
 - e. Prilaku kesehatan masyarakat
 - f. Program-program pemerintah yang terkait dengan KIA (*safe mother hood* dan gerakan sayang ibu)
 - g. Paradigma sehat tahun 2010.
3. Keterampilan dasar
 - a. Melakukan pengelolaan pelayanan ibu hamil, nifas, laktasi, bayi, balita, dan KB di masyarakat
 - b. Mengidentifikasi status kesehatan ibu dan anak
 - c. Melakukan pertolongan persalinan di rumah dan polindes
 - d. Melaksanakan penggerakan dan pembinaan peran serta masyarakat untuk mendukung upaya kesehatan ibu dan anak
 - e. Melaksanakan penyuluhan dan konseling kesehatan
 - f. Melakukan pencatatan dan pelaporan
4. Keterampilan tambahan
 - a. Melakukan pelatihan dan pembinaan dukun bayi
 - b. Melakukan pemantauan KIA dengan menggunakan PWS KIA
 - c. Mengelola dan memberikan obat-obatan sesuai

- dengan kewenangannya
- d. Menggunakan teknologi tepat guna

6. Rinkasang Materi

Menurut ICM, IFGO dan WHO tahun 2005 bidan adalah seorang yang telah menyelesaikan pendidikan yang diakui oleh pemerintah setempat, lulus dari pendidikan tersebut dan berkualifikasi untuk register serta mendapatkan izin melakukan praktik kebidanan; sedangkan komunitas adalah kelompok orang yang berada di suatu lokasi dan saling berinteraksi.

Bidan komunitas adalah bidan yang bekerja melayani keluarga dan, masyarakat di wilayah tertentu. Jadi kebidanan komunitas adalah serangkaian keterampilan dan pengetahuan dalam memberikan pelayanan kebidanan pada ibu dan anak yang berada dalam masyarakat di wilayah tertentu.

BAB 9

PEMANTAUAN PELAYANAN KEBIDANAN PWS KIA DAN PENDATAAN SASARAN

1. PWS KIA

a. Pengertian

Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) adalah alat manajemen untuk melakukan pemantauan program KIA di suatu wilayah kerja secara terus-menerus, agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat. Program KIA yang dimaksud meliputi: pelayanan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, ibu dengan komplikasi kebidanan, keluarga berencana, bayi baru lahir, bayi baru lahir dengan komplikasi, bayi, dan balita. Kegiatan PWS KIA terdiri dari pengumpulan, pengolahan, analisis dan interpretasi data serta penyebarluasan informasi ke penyelenggara program dan pihak/instansi terkait untuk tindak lanjut.

Definisi dan kegiatan PWS tersebut sama dengan definisi *Surveilans*. Menurut WHO, *Surveilans* adalah suatu kegiatan sistematis berkesinambungan, mulai dari kegiatan mengumpulkan, menganalisis dan menginterpretasikan data yang untuk selanjutnya dijadikan landasan dalam membuat rencana, implementasi

dan evaluasi suatu kebijakan kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, pelaksanaan *surveilans* dalam kesehatan ibu dan anak adalah dengan melaksanakan PWS KIA.

b. Tujuan

1. Tujuan Umum

Terpantaunya cakupan dan mutu pelayanan KIA secara terus-menerus di setiap wilayah kerja.

2. Tujuan Khusus

- a) Memantau pelayanan KIA secara Individu melalui Kohort
- b) Memantau kemajuan pelayanan KIA dan cakupan indikator KIA secara teratur (bulanan) dan terus-menerus.
- c) Menilai kesenjangan pelayanan KIA terhadap standar pelayanan KIA.
- d) Menilai kesenjangan pencapaian cakupan indikator KIA terhadap target yang ditetapkan.
- e) Menentukan sasaran individu dan wilayah prioritas yang akan ditangani secara intensif berdasarkan besarnya kesenjangan.
- f) Merencanakan tindak lanjut dengan menggunakan sumber daya yang tersedia dan yang potensial untuk digunakan.
- g) Meningkatkan peran aparat setempat dalam penggerakan sasaran dan mobilisasi sumber daya.
- h) Meningkatkan peran serta dan kesadaran

masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan KIA.

c. Prinsip Pengelolaan Program KIA

Pengelolaan program KIA pada prinsipnya bertujuan memantapkan dan meningkatkan jangkauan serta mutu pelayanan KIA secara efektif dan efisien. Pemantapan pelayanan KIA dewasa ini diutamakan pada kegiatan pokok sebagai berikut:

1. Peningkatan pelayanan antenatal sesuai standar bagi seluruh ibu hamil di semua fasilitas kesehatan.
2. Peningkatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan kompeten diarahkan ke fasilitas kesehatan.
3. Peningkatan pelayanan bagi seluruh ibu nifas sesuai standar di semua fasilitas kesehatan.
4. Peningkatan pelayanan bagi seluruh neonatus sesuai standar di semua fasilitas kesehatan.
5. Peningkatan deteksi dini faktor resiko dan komplikasi kebidanan dan neonatus oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat.
6. Peningkatan penanganan komplikasi kebidanan dan neonatus secara adekuat dan pengamatan secara terus-menerus oleh tenaga kesehatan.
7. Peningkatan pelayanan kesehatan bagi seluruh bayi sesuai standar di semua fasilitas kesehatan.
8. Peningkatan pelayanan kesehatan bagi seluruh anak balita sesuai standar di semua fasilitas kesehatan.
9. Peningkatan pelayanan KB sesuai standar. Pelayanan Program KIA itu meliputi:

a. Pelayanan Antenatal

Adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilannya sesuai dengan standar pelayanan antenatal. Walaupun pelayanan antenatal selengkapnyanya mencakup banyak hal yang meliputi anamesa, pemeriksaan fisik (umum dan kebidanan), pemeriksaan laboratorium atas indikasi, serta intervensi dasar dan khusus (sesuai resiko yang ada), namun dalam penerapan operasionalnya dikenal standar minimal "7T" untuk pelayanan antenatal, yang terdiri atas:

- 1) Timbang berat badan dan tinggi badan.
- 2) Ukur tekanan darah
- 3) Ukur tinggi fundus uteri
- 4) Pemberian imunisasi (*Tetanus Toxoid*) lengkap, minimal 2 kali pemberian.
- 5) Pemberian tablet besi minimal 90 tablet selama kehamilan.
- 6) Tes terhadap penyakit menular seksual.
- 7) Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan.

Untuk menjamin mutu pelayanan ditetapkan frekuensi pelayanan minimal 4 kali, dengan ketentuan sebagai berikut:

- 1) Minimal 1 kali pada triwulan I (1-3 bln)
- 2) Minimal 1 kali pada triwulan II (4-6 bln)
- 3) Minimal 2 kali pada triwulan III (7-6 bln)

b. Pertolongan Persalinan

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah pelayanan persalinan yang aman yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten. Pada kenyataan di lapangan, masih terdapat penolong persalinan yang bukan tenaga kesehatan dan dilakukan di luar fasilitas pelayanan kesehatan. Tenaga kesehatan yang berkompeten memberikan pelayanan pertolongan persalinan adalah dokter spesialis kebidanan, dokter dan bidan.

c. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan sesuai standar pada ibu mulai 6 jam sampai 42 hari pasca bersalin oleh tenaga kesehatan. Untuk deteksi dini komplikasi pada ibu nifas diperlukan pemantauan pemeriksaan terhadap ibu nifas dan meningkatkan cakupan KB Pasca Persalinan dengan melakukan kunjungan nifas minimal sebanyak 3 kali dengan ketentuan waktu:

- 1) Kunjungan nifas pertama pada masa 6 jam sampai dengan 3 hari setelah persalinan.
- 2) Kunjungan nifas kedua dalam waktu hari ke-4 sampai dengan hari ke-28 setelah persalinan.
- 3) Kunjungan nifas ketiga dalam waktu hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 setelah persalinan.

d. Pelayanan Kesehatan Neonatus

Pelayanan kesehatan neonatus adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga

kesehatan yang kompeten kepada neonatus sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir, baik di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah. Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus:

- 1) Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6 s.d. 48 Jam setelah lahir.
 - 2) Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke- 3 sampai dengan hari ke- 7 setelah lahir.
 - 3) Kunjungan Neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 setelah lahir.
- e. Deteksi Dini Faktor Resiko dan Komplikasi Kebidanan dan Neonatus oleh Tenaga Kesehatan Maupun Masyarakat.

Deteksi dini kehamilan dengan faktor resiko adalah kegiatan yang dilakukan untuk menemukan ibu hamil yang mempunyai faktor resiko dan komplikasi kebidanan. Kehamilan merupakan proses reproduksi yang normal, tetapi tetap mempunyai resiko untuk terjadinya komplikasi. Oleh karenanya deteksi dini oleh tenaga kesehatan dan masyarakat tentang adanya faktor resiko dan komplikasi, serta penanganan yang adekuat sedini mungkin, merupakan kunci keberhasilan dalam penurunan angka kematian ibu dan bayi yang dilahirkannya.

f. Penanganan Komplikasi Kebidanan

Penanganan komplikasi kebidanan adalah pelayanan kepada ibu dengan komplikasi kebidanan untuk mendapat penanganan definitif sesuai standar oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan.

Komplikasi dalam kehamilan dan persalinan tidak selalu dapat diduga sebelumnya, oleh karenanya semua persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan agar komplikasi kebidanan dapat segera dideteksi dan ditangani. Untuk meningkatkan cakupan dan kualitas penanganan komplikasi kebidanan maka diperlukan adanya fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu memberikan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi secara berjenjang mulai dari polindes/poskesdes, puskesmas mampu PONED sampai rumah sakit PONEK 24 jam.

g. Pelayanan Neonatus Dengan Komplikasi

Pelayanan Neonatus dengan komplikasi adalah penanganan neonatus dengan penyakit dan kelainan yang dapat menyebabkan kesakitan, kecacatan dan kematian oleh dokter/bidan/perawat terlatih di polindes, puskesmas, puskesmas PONED, rumah bersalin dan rumah sakit pemerintah/swasta.

Kebijakan Departemen Kesehatan dalam peningkatan akses dan kualitas penanganan komplikasi neonatus tersebut antara lain penyediaan puskesmas mampu

PONED dengan target setiap kabupaten/kota harus mempunyai minimal 4 (empat) puskesmas mampu PONED. Untuk mendukung puskesmas mampu PONED ini, diharapkan RSUD Kabupaten/Kota mampu melaksanakan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi komprehensif (PONEK) yang siap selama 24 jam. Dalam PONEK, RSUD harus mampu melakukan pelayanan emergensi dasar dan pelayanan operasi seksio cesaria, perawatan neonatus level II serta transfusi darah.

h. Pelayanan Kesehatan Bayi

Pelayanan kesehatan bayi adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada bayi sedikitnya 4 kali, selama periode 29 hari sampai dengan 11 bulan setelah lahir. Kunjungan bayi bertujuan untuk meningkatkan akses bayi terhadap pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin bila terdapat kelainan pada bayi sehingga cepat mendapat pertolongan, pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit melalui pemantauan pertumbuhan, imunisasi, serta peningkatan kualitas hidup bayi dengan stimulasi tumbuh kembang.

i. Pelayanan Kesehatan Anak Balita

Lima tahun pertama kehidupan, pertumbuhan mental dan intelektual berkembang pesat. Masa ini merupakan masa keemasan atau *golden period* dimana terbentuk dasar-dasar kemampuan keindraan, berfikir, berbicara serta pertumbuhan mental intelektual yang

intensif dan awal pertumbuhan moral.

j. Pelayanan KB Berkualitas

Pelayanan KB berkualitas adalah pelayanan KB sesuai standar dengan menghormati hak individu dalam merencanakan kehamilan sehingga diharapkan dapat berkontribusi dalam menurunkan angka kematian Ibu dan menurunkan tingkat fertilitas (kesuburan) bagi pasangan yang telah cukup memiliki anak (2 anak lebih baik). Pelayanan KB bertujuan untuk menunda (merencanakan) kehamilan.

2. Batasan dan Indikator Pemantauan

a. Batasan

1) Pelayanan Antenatal

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya, yang dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang telah ditetapkan.

2) Penjaringan (Deteksi) Dini Kehamilan Berisiko

Kegiatan ini bertujuan untuk menemukan ibu hamil berisiko/komplikasi, yang dapat dilakukan oleh kader, dukun bayi dan tenaga kesehatan.

3) Kunjungan Ibu Hamil

Yang dimaksud kunjungan ibu hamil di sini adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar yang ditetapkan. Istilah "kunjungan" di sini tidak mengandung arti

bahwa ibu hamil yang berkunjung ke fasilitas pelayanan, tetapi setiap kontak tenaga kesehatan (di posyandu, pondok bersalin desa, kunjungan rumah) dengan ibu hamil untuk memberikan pelayanan antenatal sesuai standar dapat dianggap sebagai kunjungan ibu hamil.

- 4) Kunjungan Baru Ibu Hamil (K1)
Adalah kunjungan ibu hamil yang dilakukan pertama kali masa kehamilan.
- 5) K 4
Adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang keempat (atau lebih), untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar yang ditetapkan, dengan syarat:
 - 1) Minimal satu kali kontak pada triwulan I.
 - 2) Minimal satu kali kontak pada triwulan II
 - 3) Minimal dua kali kontak pada triwulan III
- 6) Kunjungan Neonatal (KN)
Adalah kontak neonatal dengan tenaga kesehatan minimal 2 kali untuk mendapatkan pelayanan dan pemeriksaan kesehatan neonatal, baik di dalam maupun di luar gedung puskesmas (termasuk bidan di desa, polindes, dan kunjungan rumah) dengan ketentuan:
 - a) Kunjungan pertama : 1 – 7
 - b) Kunjungan kedua : 8 – 28 hari
 - c) Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan bukan merupakan kunjungan neonatal.
- 7) Kunjungan Ibu Nifas.
Adalah kontak ibu nifas dengan tenaga kesehatan mini-

mal 3 kali untuk mendapatkan pelayanan dan pemeriksaan kesehatan ibu nifas, baik di dalam maupun di luar gedung puskesmas (termasuk bidan di desa, polindes, dan kunjungan rumah) dengan ketentuan:

- a) Kunjungan pertama : 1 – 7 hari
- b) Kunjungan kedua : 8 – 28 hari
- c) Kunjungan ketiga : 29 – 42 hari

8) Sasaran Ibu Hamil

Sasaran ibu hamil adalah jumlah ibu hamil di suatu wilayah dalam kurun waktu satu tahun.

9) Ibu Hamil Beresiko

Adalah ibu hamil yang mempunyai faktor resiko dan resiko tinggi.

b. Indikator Pemantauan

Ditetapkan 6 indikator dalam PWS-KIA yaitu:

1) Akses pelayanan antenatal (cakupan I)

Merupakan alat untuk mengetahui jangkauan pelayanan antenatal serta kemampuan program dalam menggerakkan masyarakat.

DENGAN RUMUS:

$$\frac{\text{Jumlah kunjungan baru ibu hamil (KI)} \times 100 \%}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil dalam 1 tahun}}$$

2) Cakupan ibu hamil (cakupan K4)

Menggambarkan tingkat perlindungan ibu hamil di suatu wilayah serta menggambarkan kemampuan manajemen/kelangsungan program KIA.

DENGAN RUMUS :

$$\frac{\text{Jumlah kunjungan ibu hamil (cakupan K4)} \times 100\%}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil dalam satu tahun}}$$

- 3) Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan
Merupakan alat untuk memperkirakan proporsi persalinan yang ditangani oleh tenaga kesehatan yang menggambarkan kemampuan manajemen program KIA dalam pertolongan persalinan secara profesional.

DENGAN RUMUS:

$$\frac{\text{Jumlah persalinan oleh tenaga kesehatan} \times 100\%}{\text{Jumlah sasaran persalinan dalam satu tahun}}$$

- 4) Deteksi ibu hamil beresiko oleh tenaga kesehatan
Merupakan alat untuk mengukur besarnya masalah yang dihadapi oleh program KIA yang harus ditindak lanjuti dan diintervensi secara intensif.

DENGAN RUMUS:

$$\frac{\text{Jumlah ibu hamil beresiko} \times 100\%}{\text{Jumlah sasaran bumil dalam satu tahun}}$$

- 5) Deteksi ibu hamil beresiko oleh masyarakat.
Merupakan alat untuk mengukur tingkat kemampuan dan peran serta masyarakat dalam melakukan deteksi ibu hamil beresiko di suatu wilayah.

DENGAN RUMUS:

$$\frac{\text{Jumlah bumil dirujuk oleh kader ke peskesmas/nakes} \times 100\%}{\text{Jumlah sasaran bumil dalam 1 tahun}}$$

- 6) Cakupan pelayanan neonatal oleh tenaga kesehatan
Untuk mengetahui jangkauan layanan kesehatan neo-

natal serta kemampuan program dalam menggerakkan masyarakat melakukan layanan kesehatan neonatal.

DENGAN RUMUS:

Jumlah kunjungan baru bayi usia < 1 bulan yang X 100%
mendapatkan layanan kesehatan oleh nakes

Jumlah sasaran bayi dalam satu tahun

Dalam PWS-KIA 6 indikatornya disebut sebagai "Indikator Pemantauan Teknis" Untuk KI dan K4 disebut sebagai "Indikator Pemantauan Non Teknis". Kedua indikator ini digunakan sebagai alat motivasi dan komunikasi dengan lintas terkait dalam menyampaikan kemajuan maupun permasalahan operasional KIA di suatu wilayah. Kedua indikator ini disajikan setiap bulan dalam rakor, untuk menyampaikan desa (RW) mana yang maju atau yang masih kurang dari target.

JIKA: pencapaian KI kurang dari 80% dan pencapaian K4 kurang dari 70% Menunjukkan:

1. Manajemen program KIA belum optimal
2. Petugas bersifat pasif
3. Upaya KIE-nya belum memadai.

3. Pengumpulan, Pencatatan, Pengolahan Data dan Pembuatan Grafik KIA

a. Pengumpulan Data

Pengumpulan dan pengelolaan data merupakan kegiatan pokok dari PWS KIA. Data yang dicatat per desa/kelurahan dan kemudian dikumpulkan di tingkat puskesmas akan dilaporkan sesuai jenjang administrasi. Data yang diperlukan dalam PWS KIA adalah

Data Sasaran dan Data Pelayanan.

Data sasaran berasal dari perkiraan jumlah sasaran (proyeksi) yang dihitung berdasarkan rumus yang diuraikan diatas. Berdasarkan data tersebut, Bidan di Desa bersama dukun bersalin/bayi dan kader melakukan pendataan dan pencatatan sasaran di wilayah kerjanya. Data pelayanan pada umumnya berasal dari :

- 1) Register kohort ibu
- 2) Register kohort bayi
- 3) Register kohort anak balita
- 4) Register kohort KB

b. Pencatatan Data

1) Data Sasaran

Data sasaran diperoleh sejak saat Bidan memulai pekerjaan di desa/kelurahan. Data sasaran dari para kader dan dukun bayi yang melakukan pendataan ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, bayi dan anak balita dimana sasaran tersebut diberikan buku KIA dan bagi ibu hamil dipasang stiker P4K di depan rumahnya.

2) Data Pelayanan

Bidan di desa/kelurahan mencatat semua detail pelayanan KIA di dalam kartu ibu, kohort Ibu, kartu bayi, kohort bayi, kohort anak balita, kohort KB, dan buku KIA. Pencatatan tersebut diperlukan untuk memantau secara intensif dan terus menerus kondisi dan permasalahan yang ditemukan pada para ibu, bayi dan anak di desa/kelurahan tersebut.

c. **Pengolahan Data**

Setiap bulan Bidan di desa mengolah data yang tercantum dalam buku kohort dan dijadikan sebagai bahan laporan bulanan KIA. Bidan Koordinator di Puskesmas menerima laporan bulanan tersebut dari semua laporan dan informasi kemajuan pelayanan KIA bulanan yang disebut PWS KIA.

d. **Pembuatan Grafik PWS KIA**

PWS KIA disajikan dalam bentuk grafik dari tiap indikator yang dipakai, yang juga menggambarkan pencapaian tiap desa/kelurahan dalam tiap bulan.

4. Pelembagaan Pws Kia

Pelembagaan PWS KIA adalah pemanfaatan PWS KIA secara teratur dan terus menerus pada semua siklus pengambilan keputusan untuk memantau penyelenggaraan program KIA, di semua tingkatan administrasi pemerintah, baik yang bersifat teknis program maupun yang bersifat koordinatif nonteknis dan lintas sektoral.

Sesuai PP No. 34 th 2004 tentang Otonomi Daerah diharapkan Pelembagaan PWS KIA dilakukan mulai tingkat desa, kabupaten/kota sehingga PWS KIA dapat dijadikan bahan masukan musrenbang desa dan kabupaten/kota.

5. Pelaksanaan PWS KIA

a) **Sosialisasi**

Fokus pertemuan untuk sosialisasi tentang PWS KIA, menyepakati peran lintas sektor dalam PWS KIA dan

menyusun mekanisme pemantauan kegiatan.

b) Fasilitasi

Kegiatan ini bertujuan untuk memberikan bantuan teknis berupa kunjungan ke lapangan atau pertemuan.

c) Evaluasi /Tindak lanjut

Kegiatan ini bertujuan untuk menilai kemajuan cakupan program KIA dan merencanakan kegiatan tindak lanjut.

6. Pemantauan dan Pelaporan

Pemantauan kegiatan PWS KIA dapat dilakukan melalui laporan kegiatan PWS KIA bulanan dengan melihat kelengkapan data PWS KIA berikut dengan:

a) Hasil analisis indikator PWS KIA, antara lain: grafik hasil cakupan, hasil penelusuran dll

b) Rencana tindak lanjut berupa jadwal rencana kegiatan. Pelaksanaan PWS KIA yang dilaporkan di masing-masing tingkatan adalah:

a) Di tingkat Desa untuk dilaporkan ke Puskesmas setiap bulan.

b) Di tingkat puskesmas untuk dilaporkan ke Dinas Kesehatan kabupaten/kota setiap bulan.

c) Di tingkat kabupaten/provinsi untuk dilaporkan ke Dinas Kesehatan.

7. Pendataan Sasaran

1. Pengertian

Dalam kebidanan komunitas, bidan harus dapat bekerja sama dengan mitra dan masyarakat untuk membantu mengurangi angka kematian dan kesakitan ibu dan bayi. Pada proses ini masyarakat dapat dibina, salah satunya dapat dilakukan dengan pendataan sasaran.

Pendataan sasaran dapat dilakukan oleh masyarakat sendiri, dengan dipantau tenaga kesehatan dan diperoleh sejak saat bidan memulai pekerjaan di desa atau di kelurahan. Data yang ada haruslah data yang baru dan senantiasa diperbaharui apabila terjadi perubahan.

2. Data Sasaran

Data sasaran PWS-KIA meliputi:

- a. Jumlah seluruh ibu hamil.
- b. Jumlah seluruh ibu bersalin.
- c. Jumlah seluruh bayi berusia kurang dari 1 bulan (neonatal).

Beberapa cara untuk mengetahui 3 sasaran dalam 1 tahun yaitu dengan rumus:

- a. Sasaran bumil:
 - 1) CBR (*crude birth rate*) propinsi x 1,1 x jumlah penduduk setempat.
 - 2) Jika tidak punya CBR/angka kelahiran kasar, memakai angka nasional, dengan rumus 3% x jumlah penduduk setempat.
 - 3) Untuk DKI Jakarta dengan rumus: 2,8 % x jumlah

penduduk setempat.

b. Sasaran Ibu Bersalin

- 1) CBR propinsi x 1,05 x jumlah penduduk setempat.
- 2) Angka nasional dengan rumus: 2,8 % x jumlah penduduk setempat.
- 3) DKI Jakarta: 2,67 % x jumlah penduduk setempat.

c. Sasaran Bayi

- 1) CBR propinsi x jumlah penduduk setempat.
- 2) Angka nasional dengan rumus : 2,7 % x jumlah penduduk setempat
- 3) DKI Jakarta; 2,55 % x jumlah penduduk setempat.

3. Langkah-langkah Pendataan Sasaran

a. Pendataan

Pendataan suatu masyarakat yang baik bilamana dilakukan oleh komponen yang merupakan bagian dari komunitas masyarakat bersangkutan, karena merekalah yang paling dekat dan mengetahui situasi serta keadaan dari masyarakat tersebut. Sumber daya masyarakat itu adalah Kader dan dukun bayi serta tokoh masyarakat. Bersama-sama dengan Bidan desa, pendataan ibu hamil, ibu bersalin, neonatal, bayi dan balita dapat dilakukan. Dengan mendata seluruh ibu hamil yang ada di suatu komunitas tanpa terlewatkan yang dilakukan oleh kader dan dukun bayi kemudian bidan desa memasukkan seluruh data ibu hamil ke dalam kohort yang telah disediakan di Pusesmas, sehingga data yang ada di desa pun dimiliki puskesmas.

Dengan Puskesmas juga memiliki data dasar, bidan desa dan Puskesmas dalam hal ini bidan puskesmas dan timnya dapat memonitor dan mengikuti setiap individu yang ada di daerah tersebut.

Dengan puskesmas memiliki seluruh data ibu hamil dan bidan desa memberikan pemeriksaan seluruh ibu hamil tanpa melihat apakah ibu hamil tersebut mempunyai faktor resiko atau tidak, sehingga dapat menyelamatkan jiwa ibu dan anak yang dikandung.

Dalam memantau program kesehatan ibu, dewasa ini digunakan indikator cakupan, yaitu cakupan layanan Antenatal (K1 untuk akses dan K4 untuk kelengkapan layanan antenatal), cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan dan cakupan kunjungan neonatus /nifas. Untuk itu, sejak awal tahun 1990-an telah digunakan alat pantau berupa Pemantauan Wilayah Setempat-Kesehatan Ibu Anak (PWS KIA), yang mengikuti program jejak imunisasi. Dengan adanya PWS KIA, data cakupan layanan proram kesehatan Ibu dapat diperoleh setiap tahunnya dari semua provinsi.

Walau demikian, disadari bahwa indikator cakupan tersebut belum cukup memberi gambaran untuk menilai kemajuan menurunkan angka AKI. Mengingat bahwa mengukur AKI, Sebagai indikator dampak, secara berkala dalam waktu kurang dari 5-10 tahun tidak realistis, maka pakar dunia menganjurkan pemakaian indikator *outcome*. Indikator tersebut antara lain:

- 1) Cakupan penanganan kasus *obstetric*.
 - 2) *Case fatality rate* kasus obstetri yang ditangani.
 - 3) Jumlah kematian absolute (mutlak).
 - 4) Penyebaran fasilitas pelayanan obstetri yang mampu PONEK dan PONEK.
 - 5) Persentase bedah cesar terhadap seluruh persalinan di suatu wilayah.
- b. Langkah-langkah
- Untuk memperoleh data per individu pasien, dapat dilakukan dengan cara:
- 1) Anamnesis
 - 2) Biodata
 - 3) Riwayat mensturasi
 - 4) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas
 - 5) Bio-psikososio spiritual
 - 6) Pengetahuan klien
 - 7) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital
 - 8) Pemeriksaan khusus
 - a) Inspeksi
 - b) Palpasi
 - c) Auskultasi
 - d) Perkusi
 - 9) Pemeriksaan penunjang
 - a) Laboratorium
 - b) Diagnostik
 - 10) Catatan terbaru dan sebelumnya

Dengan klien mengalami kompleksitas yang perlu dikonsultasikan kepada dokter, dalam manajemen kolaborasi bidan akan melakukan konsultasi. Tahap ini merupakan langkah yang akan menentukan langkah berikutnya, kelengkapan data yang sesuai dengan kasus yang dihadapi akan menentukan. Oleh karena itu, proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya, sehingga dalam pendekatan ini harus komprehensif, meliputi data subjektif, objektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi/masukan klien yang sebenarnya dan valid. Kaji ulang data yang sudah dikumpulkan apakah sudah, tepat, lengkap dan akurat.

BAB 10

MANAJERIAL ASUHAN KEBIDANAN DI KOMUNITAS

1. Asuhan Antenatal Di Komunitas

Asuhan antenatal yang dilakukan di masyarakat dinamakan asuhan kebidanan komunitas. Manajemen Asuhan antenatal di komunitas merupakan langkah-langkah alamiah dan sistematis yang dilakukan bidan, dengan tujuan mempersiapkan kehamilan dan persalinan yang sehat berdasarkan standar yang berlaku dan dilakukan dengan kerja sama dengan ibu, keluarga dan masyarakat.

a. Melakukan kunjungan rumah

Kunjungan rumah yang dilakukan minimal satu kali pada trimester I, satu kali pada trimester II dan dua kali pada trimester III. Untuk dapat melakukan asuhan antenatal di rumah, bidan harus dapat melakukan beberapa hal berikut:

- a) Mempunyai data ibu hamil di wilayah kerjanya
- b) Melakukan identifikasi apakah ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan dengan teratur
- c) Melakukan ANC di rumah, apabila ibu tidak memeriksakan kehamilannya

- d) Sebelum melakukan antenatal di rumah, lakukan kontrak waktu, tentang tanggal, hari dan jam yang disepakati bersama
 - e) Melakukan pemeriksaan kehamilan sesuai dengan standar sekaligus mengidentifikasi lingkungan rumah untuk persiapan persalinan di rumah.
- b. Berusaha memperoleh informasi mengenai alasan ibu tidak melakukan pemeriksaan
 - c. Apabila ada masalah, coba untuk membantu ibu dalam mencari pemecahannya
 - d. Menjelaskan pentingnya pemeriksaan kehamilan

2. Standar Asuhan Antenatal Kebidanan

Standar pelayanan asuhan antenatal di komunitas merupakan bagian dari ruang lingkup pelayanan kebidanan yaitu standar 3 – standar 8. Standar tersebut meliputi:

- **Standar 3: Identifikasi ibu hamil**

Bidan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk penyuluhan dan memotivasi ibu, suami dan anggota keluarganya agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya secara dini dan secara teratur.

Hasil yang diharapkan adalah:

- 1) Ibu memahami tanda dan gejala kehamilan.
- 2) Ibu, suami, anggota masyarakat menyadari manfaat pemeriksaan kehamilan secara dini dan teratur, serta mengetahui tempat pemeriksaan keha-

milan.

- 3) Meningkatkan cakupan ibu hamil yang memeriksakan diri sebelum kehamilan 16 minggu.

- **Standar 4: Pemeriksaan dan pemantauan antenatal**

Bidan memberikan sedikitnya 4 kali pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesis dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal. Bidan juga harus mengenal kehamilan risti/kelainan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS/infeksi HIV; memberikan pelayanan imunisasi, nasehat dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainnya yang diberikan oleh puskesmas. Mereka harus dapat mencatat data yang tepat pada setiap kunjungan. Bila ditemukan kelainan, mereka harus mampu mengambil tindakan yang diperlukan dan merujuknya untuk tindakan selanjutnya.

Hasil yang diharapkan adalah:

- 1) Ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal minimal 4 x selama kehamilan.
- 2) Meningkatnya pemanfaatan jasa bidan oleh masyarakat.
- 3) Deteksi dini dan penanganan komplikasi kehamilan.
- 4) Ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat mengetahui tanda bahaya kehamilan dan tahu apa yang harus dilakukan.
- 5) Mengurus transportasi rujukan jika sewaktu-waktu terjadi kedaruratan.

- **Standar 5 : Palpasi abdominal**

Bidan melakukan pemeriksaan abdomen dengan sek-sama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan. Bila umur kehamilan bertambah, memerik-sa posisi, bagian terendah, masuknya kepala ke dalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melaku-kan rujukan tepat waktu.

Hasil yang diharapkan adalah:

- 1) Perkiraan usia kehamilan yang lebih baik.
- 2) Diagnosis dini kelainan letak, dan merujuknya sesuai dengan kebutuhan.
- 3) Diagnosis dini kehamilan ganda dan kelainan lain, serta merujuknya sesuai dengan kebutuhan.

- **Standar 6: Pengelolaan anemia pada kehamilan**

Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan, dan/atau rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Hasil yang diharapkan adalah:

- 1) Ibu hamil dengan anemia berat segera dirujuk.
- 2) Penurunan jumlah ibu melahirkan dengan anemia.
- 3) Penurunan jumlah bayi baru lahir dengan anemia/
BBLR

- **Standar 7: Pengelolaan dini hipertensi pada kehami-
lan**

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda serta gejala preeklamsia lainnya, serta mengambil tindakan yang te-

pat dan merujuknya.

Hasil yang diharapkan adalah:

- 1) Ibu hamil dengan tanda preeklamsia mendapat perawatan yang memadai dan tepat waktu.
- 2) Penurunan angka kesakitan dan kematian akibat preeklamsia.

- **Standar 8: Persiapan persalinan**

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami/keluarganya pada trimester III memastikan bahwa persiapan persalinan bersih dan aman dan suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, di samping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat. Bidan mengusahakan untuk melakukan kunjungan ke setiap rumah ibu hamil untuk hal ini.

Hasil yang diharapkan adalah :

- 1) Ibu hamil, suami dan keluarga tergerak untuk merencanakan persalinan yang bersih dan aman.
- 2) Persalinan direncanakan di tempat yang aman dan memadai dengan pertolongan bidan terampil.
- 3) Adanya persiapan sarana transportasi untuk merujuk ibu bersalin jika perlu.
- 4) Rujukan tepat waktu telah dipersiapkan bila diperlukan

3. Asuhan Antenatal Pada Kebidanan Komunitas

Langkah-langkah Manajemen Asuhan antenatal di komunitas yakni:

- 1) Ciptakan adanya rasa percaya dengan menyapa ibu dan keluarga seramah mungkin dan membuatnya merasa nyaman
- 2) Menanyakan riwayat kehamilan ibu dengan cara menetapkan prinsip mendengar efektif
- 3) Melakukan anamnesis secara lengkap, terutama riwayat kesehatan ibu dan kebidanan
- 4) Melakukan pemeriksaan seperlunya
- 5) Melakukan pemeriksaan laboratorium sederhana (Misalnya: albumin, Hb)
- 6) Membantu ibu dan keluarga mempersiapkan kelahiran dan kemungkinan tindakan darurat
- 7) Merencanakan dan mempersiapkan kelahiran yang bersih dan aman di rumah
- 8) Menjelaskan kepada ibu dan keluarga untuk segera mencari pertolongan apabila ada tanda-tanda:
 - a. Perdarahan pervaginam
 - b. Sakit kepala lebih dari biasanya
 - c. Gangguan penglihatan
 - d. Nyeri abdomen
 - e. Janin tidak bergerak seperti biasanya
- 9) Memberi konseling sesuai kebutuhan
- 10) Memberikan tablet Fe 90 butir dimulai pada saat usia kehamilan 20 minggu
- 11) Memberikan imunisasi TT dengan dosis 0,5 cc
- 12) Menjadwalkan kunjungan berikutnya
- 13) Mendokumentasikan hasil kunjungan

4. Asuhan Intranatal Pada Kebidanan Komunitas

Langkah-langkah Manajemen Asuhan antenatal di komunitas meliputi:

- 1) Ciptakan adanya rasa percaya dengan menyapa ibu dan keluarga seramah mungkin dan membuatnya merasa nyaman
- 2) Menanyakan riwayat kehamilan ibu dengan cara menetapkan prinsip mendengar efektif
- 3) Melakukan anamnesis secara lengkap, terutama riwayat kesehatan ibu dan kebidanan
- 4) Melakukan pemeriksaan seperlunya
- 5) Melakukan pemeriksaan laboratorium sederhana (Misalnya: albumin, Hb)
- 6) Membantu ibu dan keluarga mempersiapkan kelahiran dan kemungkinan tindakan darurat
- 7) Merencanakan dan mempersiapkan kelahiran yang bersih dan aman di rumah
- 8) Menjelaskan kepada ibu dan keluarga untuk segera mencari pertolongan apabila ada tanda-tanda:
 - a) Perdarahan pervaginam
 - b) Sakit kepala lebih dari biasanya
 - c) Gangguan penglihatan
 - d) Nyeri abdomen
 - e) Janin tidak bergerak seperti biasanya
- 9) Memberi konseling sesuai kebutuhan
- 10) Memberikan tablet Fe 90 butir dimulai pada saat usia kehamilan 20 minggu

- 11) Memberikan imunisasi TT dengan dosis 0,5 cc
- 12) Menjadwalkan kunjungan berikutnya
- 13) Mendokumentasikan hasil kunjungan

5. Standar Asuhan Intranatal Kebidanan

Falsafah Ibu Bersalin di Komunitas:

- 1) Bidan meyakini bahwa setiap individu berhak untuk merasa aman, puas terhadap pelayanan masyarakat.
- 2) Yakin bahwa proses kehamilan dan persalinan dapat ditingkatkan kualitasnya melalui pendidikan, kesehatan dan intervensi berbentuk dukungan.
- 3) Asuhan bulin yang berfokus pada kebutuhan individu dan keluarganya baik emosi, fisik dan sosial.
- 4) Asuhan diberikan secara terus-menerus yang menekankan pada aspek keamanan manajemen klinis yang sesuai standar (Lusiana, 2017:205).

6. Standar Asuhan Postpartum Kebidanan

Kebijakan pemerintah dalam asuhan PNC, yakni melakukan kunjungan postpartum minimal 4 kali:

- 1) 6-8 jam postpartum
- 2) 6 hari postpartum
- 3) 2 minggu postpartum
- 5) 6 minggu postpartum

Asuhan postpartum oleh bidan:

- 1) Pemantauan 4 jam pertama postpartum yaitu tanda-tanda vital dan perdarahan.

- 2) Perawatan ibu postpartum.
- 3) Bimbingan menyusui dini.
- 4) Bimbingan pemantauan kontraksi uterus kepada ibu dan keluarga.
- 5) Pemberian dukungan psikologi.
- 6) Memberikan pendidikan kesehatan tentang kebutuhan gizi ibu, KB, tanda bahaya masa nifas, hubungan seksual dan perawatan bayi.

7. Manajemen Postpartum

Tujuan dari pemberian asuhan pada masa nifas untuk:

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
2. Melaksanakan skrining secara komprehensif, deteksi dini mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibumaupun bayi.
3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari
4. Memberikan pelayanan keluarga berencana
5. Mendapatkan kesehatan emosi

8. Postpartum Group

Asuhan pada ibu post partum di komunitas adalah dalam bentuk kelompok salah satunya Cara Merawat Payudara, harus diperhatikan sebagai persiapan untuk menyusui nanti. Saat kehamilan payudara akan membesar dan daerah sekitar puting akan

lebih gelap warnanya dan juga lebih sensitif. Banyak ibu hamil mengabaikan perawatan payudara. Boleh jadi lantaran malas atau sesungguhnya belum mengetahui akan manfaatnya. Padahal perawatan payudara selama hamil sangat penting untuk kelancaran air susu kelak setelah melahirkan. Dengan perawatan yang benar, hasilnya bukan cuma produksi yang cukup, tapi juga bentuk payudara akan tetap baik selama menyusui.

9. Asuhan Bayi Baru Lahir Pada Kebidanan Komunitas

Bayi baru lahir (BBL) normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37-42 minggu atau 294 hari dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram. Bayi baru lahir (*newborn* atau neonatus) adalah bayi yang baru dilahirkan sampai dengan usia empat minggu.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus adalah:

- 1) Kunjungan neonatus ke-1 (KN 1) dilakukan pada waktu 6-48 jam setelah lahir. Hal yang dilaksanakan:
 - a. Jaga kehangatan tubuh bayi
 - b. Berikan ASI eksklusif
 - c. Rawat tali pusat
- 2) Kunjungan neonatus ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah lahir.
 - a. Jaga kehangatan tubuh bayi
 - b. Berikan ASI eksklusif
 - d. Cegah infeksi
 - e. Rawat tali pusat
- 3) Kunjungan neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun

waktu hari ke- 8 sampai ke- 28 setelah lahir.

- a. Periksa ada/tidak tanda bahaya dan atau gejala sakit,
- b. Lakukan:
 - a) Jaga kehangatan tubuh
 - b) Beri ASI eksklusif
 - c) Rawat tali pusat

10. Asuhan Balita Pada Kebidanan Komunitas

Prinsip asuhan bayi dan balita dalam pelayanan kebidanan komunitas:

- 1) Bidan memiliki data bayi dan balita di wilayah kerjanya.
- 2) Memastikan bahwa semua bayi mendapatkan ASI eksklusif. Bidan memiliki data bayi yang diimunisasi dan bayi yang belum diimunisasi.
- 3) Bersama masyarakat memberikan motivasi pada keluarga untuk melakukan imunisasi bayinya.
- 4) Mendorong keluarga yang memiliki bayi dan balita untuk memanfaatkan posyandu dan fasilitas kesehatan yang ada di wilayahnya.
- 5) Memberikan asuhan yang esensial pada bayi dan balita sesuai standar.
- 6) Melibatkan keluarga dalam stimulasi dan pemantauan tumbuh kembang bayi dan balita.
- 7) Memberi penyuluhan ke masyarakat tentang pola asuh anak yang tidak membedakan antara anak laki-laki dan

perempuan serta tidak melakukan kekerasan baik fisik maupun psikis.

- 8) Memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang deteksi dini penyakit yang sering menjangkit pada bayi dan balita, gizi seimbang.
- 9) Memfasilitasi keluarga untuk pemenuhan hak-hak anak seperti akte kelahiran, dll.

11. Pelayanan Keluarga Berencana Pada Kebidanan Komunitas

Pelayanan Keluarga Berencana yang bermutu meliputi hal-hal antara lain:

1. Pelayanan perlu disesuaikan dengan kebutuhan klien
2. Klien harus dilayani secara profesional dan memenuhi Standar pelayanan
3. Kerahasiaan dan privasi perlu dipertahankan
4. Upayakan agar klien tidak menunggu terlalu lama untuk dilayani
5. Petugas harus memberi informasi tentang pilihan kontrasepsi yang tersedia
6. Petugas harus menjelaskan kepada klien tentang kemampuan fasilitas kesehatan dalam melayani berbagai pilihan kontrasepsi
7. Fasilitas pelayanan harus memenuhi persyaratan yang ditentukan
8. Fasilitas pelayanan tersedia pada waktu yang ditentukan dan nyaman bagi klien

9. Bahan dan alat kontrasepsi tersedia dalam jumlah yang cukup
10. Terdapat mekanisme supervisi yang dinamis dalam rangka membantu menyelesaikan masalah yang mungkin timbul dalam pelayanan.
11. Ada mekanisme umpan balik yang relatif dari klien

BAB 11

PERTOLONGAN PERTAMA KEGAWATDARURATAN MATERNAL NEONATAL DI KOMUNITAS

1. Pertolongan Pertama Kegawatdaruratan Maternal

a. Abortus

Abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi yang usia kehamilannya kurang dari 20 minggu. Pada abortus septik, perdarahan pervagina yang banyak atau sedang demam (menggigil), kemungkinan gejala iritasi peritonium, dan kemungkinan syok. Tetapi untuk perdarahan yang tidak mengancam nyawa adalah dengan Macrodex, Haemaccel, Periston, Plasmagel, Plasmafundin (pengeksansi plasma pengganti darah) dan perawatan di rumah sakit. Tetapi untuk perdarahan yang mengancam nyawa (syok hemoragik) dan memerlukan anestesi, harus dilakukan dengan sangat hati-hati jika kehilangan darah banyak. Pada syok berat, lebih dipilih kuretase tanpa anestesi kemudian Methergin. Pada abortus dengan demam menggigil, tindakan utamanya dengan penisilin, ampicilin, sefalotin, rebofasin dan pemberian infus.

b. Mola Hidatidosa (Kista Vesikuler)

Pada hasil pemeriksaan, biasanya uterus lebih besar daripada usia kehamilannya karena ada pengeluaran kista. Kista ovarium

tidak selalu dapat dideteksi. Pada mola kistik, hanya perdarahan mengancam yang boleh dianggap kedaruratan akut, akibatnya tindakan berikut tidak dapat dilakukan pada kejadian gawat- darurat. Terapi untuk gangguan ini adalah segera merawat pasien di rumah sakit, dan pasien diberi terapi oksitosin dosis tinggi, pembersihan uterus dengan hati-hati atau histerektomi untuk wanita tua atau yang tidak menginginkan menambah anak lagi, tranfusi darah dan antibiotika.

c. Kehamilan Ekstrauteri (Ektopik)

Diagnosis ditegakkan melalui adanya amenore 3-10 minggu, jarang lebih lama, perdarahan pervagina tidak teratur (tidak selalu). Nyeri yang terjadi serupa dengan nyeri melahirkan, sering unilateral (abortus tuba), hebat dan akut (rupture tuba), ada nyeri tekan abdomen yang jelas dan menyebar. Kavum doglas menonjol dan sensitif terhadap tekanan. Jika ada perdarahan intra-abdomial, gejalanya sebagai berikut:

- a. Sensitivitas tekanan pada abdomen bagian bawah, lebih jarang pada abdomen bagian atas.
 - b. Abdomen tegang.
 - c. Mual
 - d. Nyeri bahu
 - e. Membran mukosa anemis
- d. Plasenta Previa

Tindakan dasar umum, memantau tekanan darah, nadi, dan hemoglobin, memberi oksigen, memasang infus, memberi ekspander plasma atau serum yang diawetkan. Usahakan pemberian darah lengkap yang telah diawetkan dalam jumlah mencukupi.

Pada perdarahan yang mengancam nyawa, seksio cesaria segera dilakukan setelah pengobatan syok dimulai. Pada perdarahan yang tetap hebat atau meningkat karena plasenta previa totalis atau parsialis, segera lakukan seksio cesaria, karena plasenta letak rendah (plasenta tidak terlihat jika lebar mulut serviks sekitar 4-5 cm), pecahkan selaput ketuban dan berikan infus oksitosin, jika perdarahan tidak berhenti, lakukan persalinan pervaginam dengan forsep atau ekstraksi vakum, jika perdarahan tidak berhenti, lakukan seksio cesaria.

e. Solusio (Abrupsio) Plasenta

Tindakan di rumah sakit meliputi pemeriksaan umum yang teliti (nadi, tekanan darah, jumlah perdarahan pervaginam, penentuan hemoglobin, hematokrit, dan pemantauan pengeluaran urine). Profilaksis untuk syok dengan mulai memberi infuse, menyediakan darah lengkap yang diawetkan, pemeriksaan golongan darah dan profil koagulasi. Pemeriksaan vagina, pada perdarahan hebat pecahkan selaput ketuban tanpa memandangi keadaan serviks dan nyeri persalinan. Tindakan ini harus diikuti dengan infuse oksitosin (*Syntocinon*) 3 unit per 500 ml. Penghilangan nyeri dan sedatif untuk profilaksis syok menggunakan dolantin (*Petidin*), novalgin (*Noraminodopirin*) IV, talwin (*Pentazosin*) IV dan IM. Tindakan tambahan pada janin yang hidup dan dapat hidup adalah dengan seksio cesaria. Pada janin yang mati, usahakan persalinan spontan. Jika perlu, ekstraksi vakum atau kraniotomi pada perdarahan yang mengancam nyawa (juga pada janin yang mati atau tidak dapat hidup).

f. Retensio Plasenta (Plasenta Inkompletus)

Terapi untuk retensio atau inkarserasi adalah 35 unit Syntocinon (oksitosin) IV yang diikuti oleh usaha pengeluaran secara hati-hati dengan tekanan pada fundus. Jika plasenta tidak lahir, usahakan pengeluaran secara manual setelah 15 menit. Jika ada keraguan tentang lengkapnya plasenta, lakukan palpasi sekunder.

g. Ruptur Uteri

Rupture Uteri mengancam (hampir lahir) diagnosis melalui temuan peningkatan aktifitas kontraksi persalinan (gejolak nyeri persalinan), terhentinya persalinan, regangan berlebihan disertai nyeri pada segmen bawah rahim (sering gejala utama), pergerakan cincin Bandl ke atas, tegangan pada ligament rotundum, dan kegelisahan wanita yang akan bersalin. Rupture yang sebenarnya didiagnosis melalui temuan adanya kontraksi persalinan menurun atau berhenti mendadak (munculnya sebagian atau seluruh janin ke dalam rongga abdomen yang bebas), berhentinya bunyi jantung atau pergerakannya atau keduanya, peningkatan tekanan akibat arah janin, gejala rangsangan peritoneal (nyeri difus, muscular *defence*, dan nyeri tekan) keadaan syok peritoneal, perdarahan eksternal (hanya pada 25% kasus), perdarahan internal (anemia, tumor yang tumbuh cepat di samping rahim yang menunjukkan hematoma karena ruptur inkompletus/terselubung).

Rupture tenang didiagnosis melalui temuan setiap keadaan syok yang tidak dapat dijelaskan pada inpartum atau pasca partum dan harus dicurigai disebabkan oleh ruptur uteri. Terapi untuk gangguan ini meliputi hal-hal berikut.

1. Histerektomi total, umumnya ruptur meluas ke segmen bawah uteri, sering ke dalam serviks.

2. Hesterektomi supra vagina hanya dalam kasus gawat darurat.
3. Membersihkan uterus dan menjahit ruptur, bahaya ruptur baru pada kehamilan berikutnya sangat tinggi.
4. Pada hematoma parametrium dan angioreksis (ruptur pembuluh darah). Buang *hematoma* hingga bersih, jika perlu ikat arteri *iliaka hipogastrikum*.
5. Pengobatan antisyok harus dimulai bahkan sebelum dilakukan operasi.

h. Perdarahan Pasca Persalinan

Terapinya bergantung penyebab perdarahan, tetapi selalu dimulai dengan pemberian infuse dengan ekspander plasma, sediakan darah yang cukup untuk mengganti yang hilang, dan jangan memindahkan penderita dalam keadaan syok yang dalam. Pada perdarahan sekunder atonik:

1. Beri Syntocinon (oksitosin) 5-10 unit IV, tetes oksitosin dengan dosis 20 unit atau lebih dalam larutan glukosa 500 ml.
2. Pegang dari luar dan gerakkan uterus ke arah atas.
3. Kompresi uterus bimanual.
4. Kompresi aorta abdominalis.
5. Lakukan hiserektomi sebagai tindakan akhir.

i. Syok Hemoragik

Penyebab gangguan ini.

1. Perdarahan eksterna atau interna yang menyebabkan hiposekemia atau ataksia vasomotor akut.
2. Ketidakcocokan antara kebutuhan metabolit perifer dan

peningkatan transpor gangguan metabolik, kekurangan oksigen jaringan dan penimbunan hasil sisa metabolik yang menyebabkan cedera sel yang semula reversibel kemudian tidak reversibel lagi.

3. Gangguan mikrosirkulasi.

j. Syok Septik (Bakteri, Endotoksin)

Penyebab gangguan ini adalah masuknya endotoksin bakteri gram negatif (*coli, proteus, pseudomonas, aerobakter, enterokokus*). Toksin bakteri gram positif (*streptokokus, Clostridium welchii*) lebih jarang terjadi. Pada abortus septic, sering terjadi amnionitis atau pielonefritis. Adanya demam sering didahului dengan menggigil, yang diikuti penurunan suhu dalam beberapa jam, jarang terjadi hipotermi. Tanda lain adalah takikardia dan hipotensi yang jika tidak diobati hampir selalu berlanjut ke syok yang tidak reversible. Gangguan pikiran sementara (disorientasi) sering tidak diperhatikan. Nyeri pada abdomen (obstruksi portal dan ekstremitas yang tidak tegas). Ketidakcocokan antara gambaran setempat dan keparahan keadaan umum. Jika ada gagal ginjal akut dapat berlanjut ke anuria. Trobopenia sering terjadi hanya sementara.

Terapi untuk gangguan ini adalah tindakan segera selama fase awal. Terapi tambahan untuk pengobatan syok septic (bakteri) selalu bersifat syok hipovolemik (hipovolemia relatif) adalah terapi infuse secepat mungkin yang diarahkan pada asidosis metabolik. Terapi untuk infeksi adalah antibiotika (Leucomycin, kloramfenikol 2-3 mg/hari, penisilin sampai 80 juta satuan/ hari). Pengobatan insufisiensi ginjal dengan pengenalan dini bagi perkembangan insufisiensi ginjal, manitol (*Osmofundin*). Jika insufisiensi ginjal ber-

lanjut 24 jam setelah kegagalan sirkulasi, diperlukan dialysis peritoneal.

k. Preeklamsia Berat

Jika salah satu diantara gejala atau tanda berikut ditemukan pada ibu hamil, dapat diduga ibu tersebut mengalami preeklamsia berat.

1. Tekanan darah 160/110 mmHg.
2. Oligouria, urin kurang dari 400 cc/ 24 jam.
3. Proteinuria, lebih dari 3g/ liter.
4. Keluhan subyektif (nyeri epigastrium, gangguan penglihatan, nyeri kepala, edema paru, sianosis, gangguan kesadaran).
5. Pada pemeriksaan, ditemukan kadar enzim hati meningkat disertai ikterus, perdarahan pada retina, dan trombosit kurang dari 100.000/mm.

Diagnosis eklamsia harus dapat dibedakan dari epilepsi, kejang karena obat anestesia, atau koma karena sebab lain seperti diabetes. Komplikasi yang terberat adalah kematian ibu dan janin. Sebagai pengobatan untuk mencegah timbulnya kejang dapat dilakukan:

1. Larutan magnesium sulfat 40% sebanyak 10 ml (4 gram) disuntikkan IM pada bokong kiri dan kanan sebagai dosis permulaan, dan dapat diulang 4 gram tiap jam menurut keadaan.
2. Klorpomazin 50 mg IM.
3. Diazepam 20 mg IM

Penanganan kejang dengan memberi obat anti-konvulsan,

menyediakan perlengkapan untuk penanganan kejang (jalan nafas, masker, dan balon oksigen), memberi oksigen 6liter/menit, melindungi pasien dari kemungkinan trauma tetapi jangan diikat terlalu keras, membaringkan pasien posisi miring kiri untuk mengurangi resiko respirasi. Setelah kejang, aspirasi mulut dan tenggorokan jika perlu. Penangan umumnya meliputi:

1. Jika setelah penanganan diastolik tetap lebih dari 110 mmHg, beri obat anti-hipertensi sampai tekanan diastolik diantara 90- 100 mmHg.
2. Pasang infus dengan jarum besar (16G atau lebih besar).
3. Ukur keseimbangan cairan jangan sampai terjadi *overload* cairan.
4. Kateterisasi urine untuk memantau pengeluaran urine dan protein uria.
5. Jika jumlah urine kurang dari 30 ml/jam, hentikan magnesium sulfat dan berikan cairan IV NaCl 0,9% tau Ringer Laktat 1 L/ 8 jam dan pantau kemungkinan odema paru.
6. Jangan tinggalkan pasien sendirian. Kejang disertai aspirasi muntah dapat mengakibatkan kematian ibu dan janin.
7. Observasi tanda-tanda vital, refleks, dan denyut jantung tiap jam
8. Auskultasi paru untuk mencari tanda-tanda odema paru.
9. Hentikan pemberian cairan IV dan beri diuretik (mi-

salnya: furosemid 40 mg/IV sekali saja jika ada odema paru).

10. Nilai pembekuan darah jika pembekuan tidak terjadi sesudah 7 menit (kemungkinan terdapat koagulopati)

2. Pertolongan Pertama Kegawatdaruratan Neonatus

Penyebab kematian yang paling banyak pada neonatus antara lain asfiksia dan perdarahan. Kondisi neonatus yang memerlukan resusitasi:

1. Sumbatan jalan nafas
 2. Kondisi depresi pernafasan akibat obat-obatan yang diberikan kepada ibu (analgesik, diazepam, MgSO₄)
 3. Kerusakan neurologis, saluran nafas atau kelainan congenital
 4. Syok hipovolemik, misalnya akibat kompresi tali pusat atau perdarahan.
- a. Identifikasi neonatus yang akan dirujuk

Oleh karena itu dalam tahap yang lebih awal penolong persalinan harusnya dapat mengenali bahwa kehamilan yang dihadapinya adalah suatu kelahiran resiko tinggi, seperti yang tertera dibawah ini:

1. Ketuban pecah dini
2. Amnion tercemar mekonium
3. Kelahiran prematur < 37 minggu
4. Kelahiran post matur > 42 minggu
5. Toksemia
6. Ibu menderita diabetes mellitus

7. Primigravida muda (< 17 tahun)
 8. Primigravida tua (> 35 tahun)
 9. Kehamilan kembar
 10. Ketidakcocokan golongan darah/resus
 11. Hipertensi
 12. Penyakit jantung pada ibu
 13. Penyakit ginjal pada ibu
 14. Penyakit epilepsi pada ibu
 15. Ibu demam/sakit
 16. Pendarahan ibu
 17. Sungsang
 18. Lahir dengan seksio segar/ekstraksi vakum/ekstraksi forsep
 19. Kecanduan obat-obatan
 20. Dicurigai adanya kelainan bawaan
 21. Komplikasi obstetri lain
- b. Bayi Resiko Tinggi
- Yang termasuk bayi Resiko Tinggi adalah:
1. Prematur/berat badan lahir rendah (BB< 1750–2000gr)
 2. Umur kehamilan 32-36 minggu
 3. Bayi dari ibu DM
 4. Bayi dengan riwayat apnea
 5. Bayi dengan kejang berulang
 6. Sepsis
 7. Asfiksia Berat
 8. Bayi dengan gangguan pendarahan
 9. Bayi dengan Gangguan nafas (respiratory distress)

BAB 12

MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT

1. Manajemen Terpadu Balita Sakit

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) adalah suatu pendekatan yang digagas oleh WHO dan UNICEF untuk menyiapkan petugas kesehatan melakukan penilaian, membuat klasifikasi, serta memberikan tindakan kepada anak terhadap penyakit–penyakit yang umumnya mengancam jiwa. MTBS bertujuan untuk meningkatkan keterampilan petugas, memperkuat sistem kesehatan serta meningkatkan kemampuan perawatan oleh keluarga, masyarakat yang diperkenalkan pertama kali tahun 1999. MTBS dalam kegiatan di lapangan khususnya di puskesmas merupakan suatu sistem yang mempermudah pelayanan serta meningkatkan mutu pelayanan.

Untuk setiap balita usia 2 tahun sampai dengan 59 bulan yang diperiksa, hendaknya dicatat pada lembar (formulir balita sakit umur 2 bulan sampai 5 tahun) formulir ini berfungsi sebagai media pencatatan yang nantinya akan direkap ke dalam buku register MTBS. Petugas akan mengisi identitas pasien, penilaian, klas-

ifikasi penyakit, serta tindakan atau pengobatan yang diberikan.

Terapi dan konseling berupa nasihat pemberian makan, nasihat kunjungan ulang, nasihat kapan harus kembali segera. Konseling lain misalnya kesehatan lingkungan, imunisasi, dan konseling cara perawatan di rumah. Rujukan diperlukan jika keadaan balita sakit membutuhkan rujukan.

Pemeriksaan balita sakit ditangani oleh tim yang dipimpin oleh pengelola MTBS yang berfungsi sebagai *case manager*. Pemilihan *case manager* oleh pimpinan puskesmas berdasarkan pertimbangan pernah mengikuti pelatihan dan sanggup untuk mengelola MTBS.

Dalam keseharian pengelola bertanggung jawab kepada kordinator KIA puskesmas. *Case manager* bertanggung jawab melakukan pemeriksaan dari penilaian, membuat klasifikasi, mengambil tindakan, serta melakukan konseling dengan dipandu buku bagian dan tercatat dalam formulir pemeriksaan.

Case manager bertanggung jawab mengelola kasus balita sakit apabila memerlukan konseling gizi, kesehatan lingkungan, serta imunisasi. Petugas dapat meminta petugas yang bersangkutan untuk memberikan konseling. Sesudah mendapatkan konseling maka dilakukan penulisan resep serta penjelasan agar pengantar mematuhi perintah yang diberikan dalam pengobatan di rumah.

Konseling mengenai secara pemberian obat dosis, lama pemberian waktu, pemberian cara pemberian dan lain-lain menjadi hal yang rutin dilakukan hasil kegiatan pemeriksaan dicatat dalam register kunjungn, kemudian direkap setiap akhir bulan

untuk laoproan MTBS kepada Dinkes.

2. Formulir Manajemen Terpadu Balita Sakit

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) adalah suatu program intervensi berisi penjelasan secara rinci penanganan penyakit pada anak usia di bawah lima tahun (balita) dan program tersebut merupakan salah satu upaya pemerintah dalam menurunkan angka kematian bayi. Pendekatan yang digunakan salah satunya yaitu dengan konsisten dalam mengisi MTBS, namun dengan tenaga yang terbatas dan beban kerja yang padat membuat bidan tidak melaksanakan pengisian MTBS.

Program pembangunan milenium (*Millenium Development Goals*) adalah untuk menurunkan angka kematian bayi baru lahir, bayi dan anak usia di bawah lima tahun (balita). Dalam pembangunan kesehatan bagi anak, upaya menurunkan angka kematian bayi baru lahir, bayi dan balita dilakukan dengan berbagai cara diantaranya program peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dan akses pelayanan kesehatan (Depkes RI, 2017). Manajemen terpadu balita sakit (MTBS) adalah suatu program intervensi berisi penjelasan secara rinci penanganan penyakit pada anak balita. Proses manajemen kasus MTBS dilaksanakan pada anak umur 2 bulan sampai 5 tahun pada anak balita yang sakit dan pedoman ini telah diperluas mencakup Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) bagi bayi umur 1 hari sampai 2 bulan baik dalam keadaan sehat maupun sakit.

Berdasarkan profil kesehatan Indonesia, tahun 2017 angka kematian bayi 32 per 1000 kelahiran hidup. Di provinsi Jawa Timur

kematian bayi 23 per 1000 kelahiran hidup sedangkan angka kematian bayi di Kabupaten Situbondo tahun 2016 mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2015 dari 10,7% menjadi 11,8% dengan penyebab antara lain diare, pneumoni, demam berdarah dan kejang karena demam. Penemuan kasus demam berdarah tertinggi di Puskesmas Banyuputih kurang lebih 28 kasus selama tahun 2018 dan kasus penumoni kurang lebih 20 kasus.

Salah satu pendekatan yang digunakan untuk menurunkan angka kematian bayi dan anak balita dilakukan melalui penerapan program MTBS. Kepatuhan petugas terutama bidan dalam melakukan pemeriksaan anak balita sakit dengan mengikuti standar yang ada menjadi kunci keberhasilan dalam penerapan MTBS. Salah satu kunci keberhasilan program MTBS yaitu ditandai dengan kepatuhan dan kekonsistenan petugas dalam melengkapi pengisian lembar MTBS. Dinas Kesehatan Kabupaten dan Puskesmas sebagai unsur pelaksana di bidang kesehatan bayi dan balita telah mewajibkan pelaksanaan MTBS terutama pada kinerja proses yakni kelengkapan pengisian lembar MTBS. Namun untuk pelaksanaannya menghadapi masalah yakni pada ketidak-lengkapan penggunaan lembar MTBS berupa pelayanan pada balita sakit yang terkadang tidak menggunakan lembar tersebut, bidan hanya melakukan pengisian pada buku rekam medik pasien.

Pada pelaksanaan proses manajemen kasus, penggunaan lembar MTBS dan pengisian secara lengkap sangat menentukan keberhasilan dalam rangka menangani anak balita sakit secara komprehensif. Setelah dilakukan studi pendahuluan terkait alasan tidak mengisi lembar MTBS dengan lengkap yaitu dikarenakan ter-

batasnyabalita yang sakit dan pedoman ini telah diperluas mencakup Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) bagi bayi umur 1 hari sampai 2 bulan baik dalam keadaan sehat maupun sakit.

Berdasarkan profil kesehatan Indonesia, tahun 2017 angka kematian bayi 32 per 1000 kelahiran hidup. Di provinsi Jawa Timur kematian bayi 23 per 1000 kelahiran hidup sedangkan angka kematian bayi di Kabupaten Situbondo tahun 2016 mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2015 dari 10,7% menjadi 11,8% dengan penyebab antara lain diare, pneumoni, demam berdarah dan kejang karena demam. Penemuan kasus demam berdarah tertinggi di Puskesmas Banyuputih kurang lebih 28 kasus selama tahun 2018 dan kasus penumoni kurang lebih 20 kasus. Salah satu pendekatan yang digunakan untuk menurunkan angka kematian bayi dan anak balita dilakukan melalui penerapan program MTBS. Kepatuhan petugas terutama bidan dalam melakukan pemeriksaan anak balita sakit dengan mengikuti standar yang ada menjadi kunci keberhasilan dalam penerapan MTBS. Salah satu kunci keberhasilan program MTBS yaitu ditandai dengan kepatuhan dan kekonsistenan petugas dalam melengkapi pengisian lembar MTBS.

Dinas Kesehatan Kabupaten dan Puskesmas sebagai unsur pelaksana di bidang kesehatan bayi dan balita telah mewajibkan pelaksanaan MTBS terutama pada kinerja proses yakni kelengkapan pengisian lembar MTBS. Namun untuk pelaksanaannya menghadapi masalah yakni pada ketidaklengkapan penggunaan lembar MTBS berupa pelayanan pada balita sakit yang terkadang tidak menggunakan lembar tersebut, bidan hanya melakukan pengisian

pada buku rekam medik pasien.

Pada pelaksanaan proses manajemen kasus, penggunaan lembar MTBS dan pengisian secara lengkap sangat menentukan keberhasilan dalam rangka menangani anak balita sakit secara komprehensif. Setelah dilakukan studi pendahuluan terkait alasan tidak mengisi lembar MTBS dengan lengkap yaitu dikarenakan terbatasnya. Setelah mengidentifikasi masalah, peneliti melakukan observasi dengan mengumpulkan data-data yang dibutuhkan dengan cara wawancara dan studi literatur untuk selanjutnya akan dibuatkan Sistem Informasi MTBS yang akan disebut dengan MTBS.

a. Perancangan sistem

Tahap berikutnya setelah dilakukan analisis data dari semua bahan-bahan yang telah dikumpulkan adalah perancangan e-MTBS dengan merancang sistem informasi untuk memudahkan tenaga bidan dalam mengisi form MTBS tanpa harus bersusah payah mencocokkan aturan dalam bagan MTBS. Rancangan e-MTBS disesuaikan dengan kebutuhan dan aturan-aturan dalam bagan MTBS dengan membuat *context diagram*, *data flow diagram* dan *entity relationship diagram*.

b. Membangun sistem

Pada tahap ini adalah tahap penulisan bahasa pemrograman PHP untuk membangun sistem informasi dengan menerapkan semua rancangan yang telah disusun sesuai dengan analisis masalah pengisian MTBS yang telah terjadi di Puskesmas Banyuputih.

c. Uji Coba dan Implementasi

Pada bagian uji coba dan implementasi sistem terdapat beberapa tahapan:

- a. Mengimplemetasikan sistem di Puskesmas Banyu-putih dengan melakukan sosialisasi cara penggunaan dan pengisian e-MTBS.
- b. Melakukan uji coba e-MTBS apakah sesuai dengan panduan dan deteksi penyakit balita dalam MTBS.
- c. Melakukan uji coba kelayakan sistem dengan menggunakan empat karakteristik ISO 9126 dalam *Web Quality Evaluation Method* (WebQEM) yaitu *functionality, reliability*.

a. Perancangan Sistem

Penelitian ini menghasilkan sebuah sistem yang disebut dengan e-MTBS. MTBS adalah sebuah sistem informasi yang dirancang dan dibangun untuk membantu tenaga bi-dan dalam mengisi form MTBS untuk meningkatkan kualitas pelayanan bidan dalam memberikan asuhan kebidanan pada anak usia di bawah lima tahun di Puskesmas Banyu-putih. Proses alur data yang terjadi dalam sistem digam-barkan dengan *context diagram*. Terdapat 3 entitas dalam perancangan sistem ini, yaitu Admin, Bidan dan Puskesmas. Data desa, pustu, bidan dan data-data pendukung yang berhubungan dengan aturan MTBS diantaranya data kelu-han, klasifikasi, gejala dan tindakan berasal dari entitas Ad-min. Sedangkan data ibu, anak dan kunjungan anak sakit berasal dari entitas Bidan. Kemudian data kunjungan sakit

yang berasal dari entitas bidan akan diproses otomatis oleh sistem dan akan menghasilkan output data berupa hasil MTBS dan rekap laporan yang diterima oleh entitas Admin dan Puskesmas. Pemrosesan data.

b. Perancangan Basis Data

Perancangan basis data pada e-MTBS dengan merancang tabel-tabel yang dibutuhkan berupa entitas dalam membangun sistem informasi menggunakan ER Diagram. Terdapat 11 entitas dalam ER Diagram perancangan basis data e-MTBS di antaranya *tb_anak*, *tb_ibu*, *tb_bidan*, *tb_pustu*, *tb_desa*, *tb_pekerjaan*, *tb_keluhan*, *tb_gejala*, *tb_klasifikasi*, *tb_tindakan* dan *tb_kunjungan_sakit*. Rancangan basis data tersebut telah disesuaikan dengan kebutuhan untuk memroses data sesuai dengan Bagan MTBS yang telah digunakan oleh bidan dalam melakukan pemeriksaan balita sakit.

c. Implementasi

Proses alur data dan basis data yang telah dirancang kemudian diimplementasikan menjadi sebuah sistem informasi e-MTBS. Dalam e-MTBS terdapat beberapa *menu* sesuai dengan hak akses masing-masing *user*. Setiap tenaga bidan yang bertugas di Pustu dan Puskesmas memiliki akun yang berbeda. Dalam *menu setting data* terdapat beberapa *sub menu*, diantaranya menu untuk mengolah data Desa, Pustu, Keluhan, Gejala, Klasifikasi, dan Tindakan. Data tersebut adalah data-data yang diinputkan oleh Admin sesuai dengan isi dari bagan MTBS yang telah diberikan kepada semua tenaga bidan yang menjadi acuan dari pengisian

MTBS. *Menu setting data* adalah data penunjang untuk menghasilkan *data output* yang diproses secara otomatis oleh sistem. Selanjutnya *menu master*, terdapat *sub menu* untuk mengolah data Ibu, Anak dan Bidan. Untuk menginput kunjungan dan ceklis anak sakit terdapat dalam *sub menu* Balita Sakit dalam menu Kunjungan. *Menu master* dan kunjungan adalah data yang dapat diinputkan oleh masing-masing bidan.

3. Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit

Manajemen Terpadu Balita Sakit yang selanjutnya disingkat MTBS adalah suatu pendekatan yang terintegrasi/terpadu dalam tatalaksana balita sakit dengan fokus kepada kesehatan anak berusia 0-59 bulan secara menyeluruh di unit rawat jalan fasilitas pelayanan kesehatan dasar (Kemenkes RI, 2014). Organisasi Kesehatan Dunia atau *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa MTBS merupakan pendekatan terbaik dalam menurunkan Angka Kematian Balita (AKB). Hal ini terbukti terjadinya penurunan kematian balita yang sangat bermakna dari negara-negara yang menerapkan MTBS. Pada tahun 1990 kematian balita secara global 15.6 juta dan menurun menjadi 6,6 juta di tahun 2012, walaupun penurunan. Kendala utama penerapan MTBS adalah lemahnya manajemen menerapkan dan kurangnya supervisi dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Penerapan MTBS diawali dari komitmen Kepala Puskesmas untuk memberikan pelayanan sesuai standar dan komitmen dokter Puskesmas sebagai motivator perawat dan bidan selain seba-

gai supervisor dan menerima rujukan. Penerapan MTBS menekankan pada tiga komponen yaitu 1) memperkuat sistem pelayanan kesehatan agar penanganan balita sakit lebih efektif, 2) meningkatkan kualitas pelayanan MTBS, serta 3) meningkatkan peran keluarga dan masyarakat dalam hal perawatan balita sakit, deteksi dini, dan pertolongan segera ke tenaga kesehatan (Kemenkes RI, 2019). Manajemen Terpadu Balita Sakit termasuk pelayanan standar yang termuat dalam Permenkes nomor 25 tahun 2014 tentang upayausat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah unit yang bertanggung jawab dalam melaksanakan pelayanan MTBS. Kasus kematian bayi di Puskesmas Sukadana pada tiga tahun terakhir yaitu tahun 2018, 2019 dan 2020 berturut-turut adalah 5 orang, 6 orang dan 4 orang. Banyak faktor penyebab kematian bayi/balita secara umum adalah tingkat kesakitan dan status gizi. Kabupaten Kayong Utara merupakan satu dari 200 Kabupaten/Kota Lokus penelitian penurunan angka kematian bayi yang ditetapkan oleh pemerintah melalui Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/319/2020 tentang Lokus Penelitian Penurunan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi.

Target Kinerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kayong Utara tahun 2020 adalah AKB tidak lebih dari 20 per 1000 kelahiran hidup, dengan capaian pada tahun 2020 adalah 24 kematian, sehingga penerapan MTBS yang baik diharapkan akan berkontribusi dalam menurunkan AKB tersebut. Berdasarkan pengamatan peneliti di Puskesmas Sukadana, pelayanan MTBS masih belum optimal dilakukan karena kurangnya persiapan faktor pendukung penerapan pelayanan MTBS. Hal ini sejalan dengan Pedoman Penerapan Pe-

ayanan MTBS yang menyatakan bahwa agar MTBS berjalan optimal maka diperlukan persiapan penerapan MTBS di Puskesmas seperti persiapan sumber daya manusia (SDM), persiapan faktor pendukung pelayanan, dan penyesuaian alur pelayanan (Kemenkes RI).

BAB 13

PELAYANAN KONTRASEPSI DAN RUJUKAN DI KOMUNITAS

1. Pelayanan Kontrasepsi Di Komunitas

a. Pengertian KB

Apa Yang Dimaksud KB? KB (Keluarga Berencana) adalah perencanaan kehamilan sehingga hanya terjadi pada waktu yang diinginkan (Handajani, 2012).

b. Tujuan KB

Tujuan umum adalah meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta keluarga dalam rangka mewujudkan Norma Keluarga Kecil yang Bahagia dan Sejahtera (NKKBS) yang menjadi dasar bagi terwujudnya masyarakat yang sejahtera melalui pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia.

Tujuan khusus KB adalah:

- a. Meningkatkan kesadaran masyarakat/keluarga dalam penggunaan alat kontrasepsi.
- b. Menurunkan angka kelahiran bayi
- c. Meningkatkan kesehatan masyarakat/keluarga dengan cara penjarangan kelahiran.

c. Sasaran KB

Pasangan yang harusnya diberi pelayanan KB, diantaranya:

- a. Mereka yang ingin mencegah kehamilan karena alasan pribadi
- b. Mereka yang ingin menjarangkan kelahiran demi kesehatan ibu dan anak. Jarak kelahiran yang baik adalah tidak kurang dari 3 tahun
- c. Mereka yang ingin membatasi jumlah anak
- d. Keluarga yang dianjurkan menggunakan alat kontrasepsi:
 - 1) Ibu yang mempunyai penyakit menahun/mendadak (kronis/akut)
 - 2) Ibu yang berusia kurang dari 20 tahun dan lebih dari 30 tahun
 - 3) Ibu yang mempunyai lebih dari 5 anak
 - 4) Ibu yang mempunyai riwayat kesulitan dalam persalinan, bayi lahir mati, seksio cesaria berulang dan komplikasi lain.
 - 5) Keluarga yang memiliki anak-anak dengan gizi buruk
 - 6) Ibu yang telah mengalami keguguran berulang
 - 7) Kepala keluarga tidak mempunyai pekerjaan tetap
 - 8) Keluarga dengan rumah tinggal yang sempit
 - 9) Keluarga dengan taraf pendidikan yang rendah, pengetahuan tentang pemeliharaan kesehatan sangat sedikit.

- d. Manfaat KB
 - a. Manfaat untuk Ibu
 - 1) Perbaikan kesehatan fisik dengan cara mencegah kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu singkat dan mencegah keguguran yang menyebabkan kurang darah, mudah terserang penyakit infeksi, dan kelelahan.
 - 2) Peningkatan kesehatan mental dan emosi yang memungkinkan adanya cukup waktu untuk mengasuh anak yang lain, beristirahat, menikmati waktu luang, dan melakukan kegiatan lain.
 - b. Manfaat untuk Anak yang Akan Dilahirkan
 - 1) Tumbuh secara wajar selama dalam kandungan
 - 2) Setelah lahir mendapat pemeliharaan dan asuhan yang cukup dari ibunya
 - c. Manfaat untuk Anak yang lainnya
 - 1) Perkembangan fisik yang lebih baik karena setiap anak memperoleh makanan yang cukup dari sumber yang tersedia
 - 2) Perkembangan mental dan emosi yang lebih baik karena pemeliharaan yang lebih banyak dapat diberikan oleh ibu untuk setiap anak
 - 3) Pemberian kesempatan pendidikan yang lebih baik karena sumber pendapatan keluarga tidak habis untuk mempertahankan hidup
 - d. Manfaat untuk Ayah

- e. Manfaat untuk Seluruh Keluarga
 - 1) Meningkatkan kesehatan fisik, mental, dan emosi setiap anggota keluarga.
 - 2) Satu keluarga yang direncanakan dengan baik memberi contoh yang nyata bagi generasi yang akan datang.
 - 3) Setiap anggota keluarga mempunyai kesempatan yang lebih banyak untuk mendapatkan pendidikan.
 - 4) Suatu keluarga yang direncanakan dengan baik dapat memberi sumbangan yang lebih banyak untuk kesejahteraan lingkungan.
- e. Pembagian NKKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera)

NKKBS dibagi atas tiga masa menurut usia reproduksi istri, yaitu sebagai berikut:

 - a. Masa menunda kehamilan. Pasangan usia subur dengan istri yang berusia kurang dari 20 tahun, dianjurkan untuk menunda kehamilan.
 - b. Masa mengatur kesuburan (menjarangkan kehamilan). Periode usia istri antara 20-30 tahun merupakan periode usia yang paling baik untuk melahirkan dengan jumlah anak dua orang dan jarak kelahiran anak ke-1 dan anak ke-2 adalah 3 sampai 4 tahun.
 - c. Masa mengakhiri kesuburan (tidak hamil lagi). Pasangan usia subur dengan periode usia istri lebih dari 30 tahun sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah mem-

punyai dua anak.

e. Pengguna Kontrasepsi Rasional

a. Masa Menunda Kehamilan

- 1) Ciri kontrasepsi yang diperlukan: reversibilitas yang tinggi, efektivitas yang relatif tinggi.
- 2) Kontrasepsi yang cocok: pil KB, cara sederhana, KB secara alamiah/pantang berkala, AKDR mini, kondom.
- 3) Alasan:
 - a) Usia kurang dari 20 tahun adalah usia yang sebaiknya tidak mempunyai anak dahulu karena berbagai alasan.
 - b) Prioritas penggunaan kontrasepsi adalah pil oral karena peserta masih muda.
 - c) Penggunaan kondom kurang menguntungkan karena frekuensi pasangan bersenggama masih tinggi sehingga resiko kegagalan tinggi.
 - d) Penggunaan AKDR dini dianjurkan, terlebih bagi calon peserta dengan kontra-indikasi terhadap pil oral.

b. Masa Mengatur Kesuburan

- 1) Ciri kontrasepsi yang diperlukan: efektivitas cukup tinggi, reversibilitas cukup tinggi, dapat dipakai 2-3 tahun sesuai dengan rencana yang diinginkan, tidak menghambat produksi ASI.
- 2) Kontrasepsi yang cocok: AKDR, suntikan, pil, implant, KB cara sederhana, kontap MOW.

- 3) Alasan:
 - a) Usia antara 20-30 tahun merupakan usia terbaik untuk mengandung
 - b) Segera setelah anak lahir, dianjurkan untuk memakai AKDR sebagai pilihan pertama.
 - c) Kegagalan yang menyebabkan kehamilan yang cukup tinggi, namun tidak/kurang berbahaya karena masih dalam periode usia terbaik untuk mengandung.
 - d) Kegagalan kontrasepsi bukan kegagalan program.
- c. Masa Mengakhiri Kesuburan
 - 1) Ciri kontrasepsi yang diperlukan: efektivitas sangat tinggi, reversibilitas rendah, dapat dipakai untuk jangka panjang, tidak menambah kelainan yang sudah ada.
 - 2) Kontrasepsi yang cocok: kontap (MOW/MOP), implant, AKDR, pil, suntikan, KB secara sederhana.
 - 3) Alasan:
 - a) Usia di atas 30 tahun berisiko untuk mengandung.
 - b) Pilihan utama adalah kontrasepsi mantap
 - c) Dalam kondisi darurat, kontap cocok dipakai dibanding implant, AKDR, dan suntikan untuk mengakhiri kesuburan.
 - d) Pil kurang dianjurkan karena pertimbangan efek samping dan komplikasi (Handajani, 2012).

- d. Tugas Bidan di Komunitas mengenai KB, diantaranya:
- 1) Mengkaji kebutuhan pelayanan KB pada pasangan/ wanita usia subur.
 - 2) Menentukan diagnosis dan kebutuhan pelayanan
 - 3) Menyusun rencana pelayanan KB sesuai prioritas masalah bersama klien.
 - 4) Melaksanakan asuhan sesuai dengan asuhan rencana yang dibuat.
 - 5) Mengevaluasi asuhan kebidanan yang telah diberikan.
 - 6) Membuat asuhan tindak lanjut pelayanan bersama klien.
 - 7) Membuat catatan dan laporan asuhan (Safrudin & Hamidah, 2009).

B. Rujukan KB di Komunitas

1. Pengertian pelayan rujukan

System rujukan dalam mekanisme pelayanan MKET merupakan suatu system pelimpahan tanggung jawab timbal balik di antara unit pelayanan MKET baik secara vertikal maupun horizontal atau kasus atau masalah yang berhubungan dengan MKET.

2. Jenis Rujukan

Rujukan MKET dapat dibedakan atas tiga jenis yaitu sebagai berikut:

a. Pelimpahan Kasus

- 1) Pelimpahan kasus dari unit pelayanan MKET yang lebih sederhana ke unit pelayanan MKET

yang lebih mampu dengan maksud memperoleh pelayanan yang lebih baik dan sempurna.

- 2) Pelimpahan kasus dari unit pelayanan MKET yang lebih mampu ke unit pelayanan yang lebih sederhana dengan maksud memberikan pelayanan selanjutnya atas kasus tersebut.
 - 3) Pelimpahan kasus ke unit pelayanan MKET dengan tingkat kemampuan sama dengan pertimbangan geografis, ekonomi dan efisiensi kerja.
 - 4) Pelimpahan pengetahuan dan keterampilan.
- b. Pelimpahan pengetahuan dan keterampilan ini dapat dilakukan dengan:
- 1) Pelimpahan tenaga dari unit pelayanan MKET yang lebih mampu ke unit pelayanan MKET yang lebih sederhana dengan maksud memberikan latihan praktis.
 - 2) Pelimpahan tenaga dari unit pelayanan MKET yang lebih sederhana ke unit pelayanan MKET yang lebih mampu dengan maksud memberikan latihan praktis
 - 3) Pelimpahan tenaga ke unit pelayanan MKET dengan tingkat kemampuan sama dengan maksud tukar-menukar pengalaman
- c. Pelimpahan bahan-bahan penunjang diagnostic
- 1) Pelimpahan bahan-bahan penunjang diag-

nostik dari unit pelayanan MKET yang lebih sederhana ke unit pelayanan MKET yang lebih mampu dengan maksud menegakkan diagnose yang lebih tepat.

- 2) Pelimpahan bahan-bahan penunjang diagnostic dari unit pelayanan MKET yang lebih sederhana dengan maksud untuk dicobakan atau sebagai informasi.
 - 3) Pelimpahan bahan-bahan penunjang diagnostik ke unit pelayanan dengan tingkat kemampuan sama dengan maksud sebagai informasi atau untuk dicobakan.
- d. Sasaran Rujukan MKET
- a. Sasaran obyektif: PUS yang akan memperoleh pelayanan MKET, peserta KB yang akan ganti cara ke MKET, peserta KB MKET untuk mendapatkan pengamatan lanjutan, peserta KB yang mengalami komplikasi atau kegagalan pemakaian MKET, pengetahuan dan keterampilan MKET, bahan-bahan penunjang diagnostik.
 - b. Sasaran subyektif: petugas-petugas pelayanan MKET disemua tingkat wilayah.

BAB 14

KEBIJAKAN DAN PROGRAM PEMERINTAH YANG BERKAITAN DENGAN KIA/KB DI WILAYAH KOMUNITAS

1. Pelayanan Antenatal Care (ANC) Terpadu

Pelayanan *Antenatal Care* adalah pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan terhadap ibu hamil untuk memelihara kehamilannya. Tujuan dari pelayanan antenatal adalah mengantarkan ibu hamil agar dapat bersalin dengan sehat dan memperoleh bayi yang sehat, deteksi dan antisipasi dini kelainan kehamilan, serta deteksi dan antisipasi dini kelainan janin (Maternity et al.,2017).

Pelayanan *Antenatal Care* terpadu adalah keterpaduan pelayanan antenatal dengan beberapa program lain yang memerlukan intervensi selama masa kehamilan. Tujuan dari ANC terpadu ini adalah menyediakan pelayanan yang komprehensif gangguan pada ibu Hamil, intervensi dini terhadap kelainan atau gangguan penyakit lain, serta menyediakan rujukan sesuai dengan sistem yang ada (maternity et al.,2017).

2. Standar Pelayanan ANC

Menurut Kemenkes RI (2018), di tingkat pelayanan dasar,

pemeriksaan antenatal hendaknya memenuhi tiga aspek pokok, yaitu:

1. Aspek medik, meliputi: diagnosis kehamilan, penemuan kelainan secara dini, pemberian terapi sesuai diagnosis.
2. Penyuluhan komunikasi dan motivasi ibu hamil, antara lain mengenai: pen jagaan kesehatan dirinya dan janinnya, pengenalan tanda-tanda bahaya dan faktor resiko yang dimilikinya, pencarian pertolongan yang memadai secara tepat waktu.
3. Rujukan, ibu hamil dengan resiko tinggi harus dirujuk ke tempat pelayanan mempunyai fasilitas yang lebih lengkap.

Menurut Kemenkes (2018) terdapat enam standar dalam pelayanan antenatal seperti berikut:

1. Identifikasi ibu hamil bidan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala dan memberi penyuluhan dan memotivasi ibu untuk memeriksakan kehamilannya secara dini dan teratur.
2. Pemeriksaan dan pemantauan antenatal; bidan memberikan sedikitnya 4 kali pemeriksaan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesis dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama, apakah perkembangan berlangsung normal.
3. Palpasi abdomen bidan melakukan pemeriksaan abdominal secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan, serta bila umur

kehamilan bertambah, memeriksa posisi, bagian terendah janin ke dalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.

4. Pengelolaan anemia pada kehamilan bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan dan atau rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
5. Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan; bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya.
6. Persiapan persalinan; bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester ketiga, untuk mempersiapkan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, disamping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat.

3. Kegiatan Pelayanan Antenatal Care Terpadu

Menurut *World Health Organization* (WHO), *Antenatal Care* selama kehamilan berguna untuk mendeteksi dini terjadinya resiko tinggi terhadap kehamilan dan persalinan juga dapat menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi (AKI). Idealnya bila tiap ibu hamil ingin memeriksakan kehamilannya, bertujuan untuk mendeteksi kelainan-kelainan yang mungkin ada atau akan timbul pada kehamilan tersebut cepat diketahui,

dan segera dapat diatasi sebelum berpengaruh tidak baik terhadap kehamilan tersebut dengan melakukan pemeriksaan *Antenatal Care* (Winkjosastro,2018).

Ibu hamil, agar mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar, hendaknya melakukan sedikitnya enam kali kunjungan selama periode antenatal yaitu satu kali kunjungan selama trimester I, satu kali selama trimester II, dan dua kali selama trimester III, serta dua kali kunjungan ke spesialis kandungan pada trimester I dan III. Perlu segera memeriksakan kehamilan bila dirasakan ada gangguan atau bila janin tidak bergerak lebih dari 12 jam (Rachman, 2021).

Di Indonesia Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi merupakan salah satu indikator pembangunan kesehatan dalam RPJM 2019 dan SDGs 2030. Berdasarkan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015, Indonesia masih menempati posisi 305 per 100 ribu kelahiran hidup. Rasio AKI dirasa masih tinggi sebagaimana ditargetkan menjadi 70 per 100 ribu kelahiran hidup pada tahun 2030 (Kemenkes RI, 2017).

Berdasarkan observasi, Desa Pandansari merupakan salah satu desa yang berada di bawah naungan Puskesmas Paguyangan yang secara geografis jauh dari pelayanan kesehatan yang memfasilitasi pemeriksaan ibu hamil secara terpadu, namun Puskesmas Paguyangan tetap memfasilitas dengan kunjungan sebulan sekali ke Puskesmas Pembantu (PUSTU) yang berada didesa tersebut untuk dilaksanakan *Antenatal Care* terpadu untuk semua ibu hamil.

4. Kegiatan Pelayanan Asuhan Persalinan Normal

Pelayanan yang berkualitas merupakan pelayanan kesehatan yang sesuai standar. Setiap ibu bersalin harus mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar yang dilakukan sesuai dengan standar Asuhan Persalinan Normal (APN) meliputi 5 (lima) aspek dasar yang terdiri-dari pengambilan keputusan klinis, asuhan sayang ibu dan sayang bayi, pencegahan infeksi, pencatatan (rekam medis) asuhan persalinan, dan rujukan pada kasus komplikasi ibu dan bayi baru lahir.^{5,6,7} Penerapan APN oleh bidan, belum sesuai harapan.

Hal ini ditunjukkan dari beberapa hasil penelitian, seperti penerapan partograf pada persalinan normal di Puskesmas Melati II, 20% dilakukan tidak tepat. Kepatuhan bidan menerapkan APN sebesar 70% di ruang bersalin Puskesmas wilayah Jakarta Timur. Studi pendahuluan pada 15 orang bidan pada praktik mandiri bidan (PMB) di Kota Denpasar yang telah mengikuti pelatihan APN ditemukan seluruh bidan membuat dokumen Asuhan Kebidanan dengan metode SOAP, namun sebagian tidak lengkap dengan alasan: awalnya ingin menunda pencatatan karena fokus melayani pasien, namun akhirnya lupa mencatat (62%). Studi pendahuluan pada 15 orang bidan pada PMB di Kota Denpasar yang telah mengikuti pelatihan APN. Dari hasil observasi dokumen asuhan kebidanan, ditemukan seluruh bidan membuat dokumen Asuhan Kebidanan dengan metode SOAP. Delapan puluh tujuh persen belum melakukan pencatatan hasil asuhan kebidanan sesuai standar, terutama penerapan asuhan sayang ibu dan sayang bayi. Alasan yang disampaikan adalah lupa mencatat karena fokus melayani

pasien (62%); bidan menganggap tindakan tersebut adalah rutin dan wajib dilakukan sehingga tidak perlu dicatat (38%). Alat pelindung diri (APD) tidak lengkap sebanyak 13%. APD tersedia lengkap tetapi tidak digunakan seluruhnya, seperti kaca mata *google* dan/atau topi (27%). Kondisi ini menunjukkan bahwa, tidak semua bidan patuh menerapkan standar pelayanan pada saat melakukan asuhan persalinan karena faktor lupa. Oleh karena itu diperlukan bantuan, yang mampu mengingatkan bidan setiap kali melakukan pelayanan pada ibu bersalin.

Kalender APN memuat tentang tanggal dalam sebulan dan standar asuhan persalinan. Kalender ini dirancang sebagai kalender pengingat yang membantu penolong persalinan dalam memberikan pelayanan pada ibu bersalin normal agar sesuai dengan standar asuhan persalinan. Kalender ini dipasang di kamar bersalin, sehingga.

5. Kegiatan Pelayanan Asuhan Postpartum di Komunitas

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula atau sebelum hamil; yang berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Tujuan dari Pengabdian kepada masyarakat ini adalah untuk meningkatkan derajat pengetahuan masyarakat terutama ibu post partum tentang asuhan postpartum di komunitas dan mensosialisasikan Metode yang digunakan untuk dapat mencapai target dari kegiatan ini adalah dengan cara pendekatan dan penyuluhan serta pemberian konseling bagi ibu postpartum. Dengan demikian masyarakat yang dalam hal ini adalah ibu postpartum

akan mendapatkan pelayanan melalui berbagai rangkaian kegiatan yang menunjang peningkatan kualitas kesehatan dan pendidikan masyarakat tentunya. Luar anak hirdari kegiatan ini adalah setiap ibu postpartum mampu memahami dan mengaplikasikan asuhan postpartum di komunitas sehingga dapat memberikan pemantauan terhadap ibu karena pelaksanaan yang kurang maksimal dapat menyebabkan ibu mengalami berbagai masalah, bahkan dapat berlanjut pada komplikasi masa nifas seperti sepsis puerperalis. Kata kunci: Pelayanan, Asuhan, Postpartum dan Komunitas

Masa nifas (puerperium) menurut Sarwono Parwirohardjo adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula atau sebelum hamil yang berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Masa nifas merupakan masa yang dilalui oleh setiap wanita setelah melahirkan. Pada masa tersebut dapat terjadi komplikasi persalihan baik secara langsung maupun tidak langsung. Masa nifas ini merupakan masa yang cukup penting bagi tenaga kesehatan khususnya bidan untuk selalu melakukan pemantauan terhadap ibu karena pelaksanaan yang kurang maksimal dapat menyebabkan ibu mengalami berbagai masalah, bahkan dapat berlanjut pada komplikasi masa nifas seperti sepsis puerperalis. Jika ditinjau dari penyebab kematian ibu, infeksi merupakan penyebab kematian terbanyak nomor dua setelah perdarahan sehingga sangat tepat jika tenaga kesehatan memberikan perhatian yang tinggi pada masa ini (Wiknjosastro, 2019).

BAB 15

ASUHAN ANTENATAL, INTRANATAL, POSTNATAL, KONTRASEPSI, LANSIA DI KOMUNITAS

1. Asuhan Antenatal di Komunitas

Semua ibu hamil berpotensi mempunyai resiko, resiko atau bahaya adalah terjadinya komplikasi dalam persalinan yang berdampak kepada 5D/5K, yaitu: Kematian (*Death*), Kesakitan (*Disease*), Kecacatan (*Disability*), Ketidaknyamanan (*Discomfort*), Ketidakpuasan (*Dissatisfaction*) baik pada ibu maupun pada bayi baru lahir. Pemberian asuhan antenatal yang baik dapat membantu dalam menurunkan angka kematian ibu (Yulifah & Yuswanto, 2009).

Asuhan antenatal adalah pemeriksaan kehamilan untuk melihat dan memeriksa keadaan ibu dan janin yang dilakukan secara berkala diikuti dengan upaya koreksi terhadap penyimpangan yang ditemukan selama kehamilan.

Asuhan antenatal yang dilakukan di masyarakat dinamakan asuhan kebidanan komunitas. Manajemen Asuhan antenatal di komunitas merupakan langkah-langkah alamiah dan sistematis yang

dilakukan bidan, dengan tujuan mempersiapkan kehamilan dan persalinan yang sehat berdasarkan standar yang berlaku dan dilakukan dengan kerja sama dengan ibu, keluarga dan masyarakat (Yulifah & Yuswanto, 2009).

1. Melakukan kunjungan rumah. Kunjungan rumah yang dilakukan minimal: satu kali pada trimester I, satu kali pada trimester II dan dua kali pada trimester III. Untuk dapat melakukan asuhan antenatal di rumah, bidan harus dapat melakukan beberapa hal berikut:
 - a) Mempunyai data ibu hamil di wilayah kerjanya
 - b) Melakukan identifikasi apakah ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan dengan teratur
 - c) Melakukan ANC di rumah, apabila ibu tidak memeriksakan kehamilannya
 - d) Sebelum melakukan antenatal di rumah, lakukan kontrak waktu, tentang tanggal, hari dan jam yang disepakati bersama
 - e) Melakukan pemeriksaan kehamilan sesuai dengan standar sekaligus mengidentifikasi lingkungan rumah untuk persiapan persalinan di rumah.
2. Berusaha memperoleh informasi mengenai alasan ibu tidak melakukan pemeriksaan
3. Apabila ada masalah, coba untuk membantu ibu dalam mencari pemecahannya
4. Menjelaskan pentingnya pemeriksaan kehamilan
 - a. Standar pelayanan antenatal di komunitas
 - 1) Identifikasi ibu hamil

- 2) Pemeriksaan dan pemantauan antenatal
 - 3) Palpasi abdomen
 - 4) Pengelolaan anemia pada kehamilan
 - 5) Pengelolaan dini pada kasus hipertensi dalam kehamilan
 - 6) Persiapan persalinan
- b. Langkah-langkah Manajemen Asuhan antenatal di komunitas
- 1) Ciptakan adanya rasa percaya dengan menyapa ibu dan keluarga seramah mungkin dan membuatnya merasa nyaman
 - 2) Menanyakan riwayat kehamilan ibu dengan cara menetapkan prinsip mendengar efektif
 - 3) Melakukan anamnesis secara lengkap, terutama riwayat kesehatan ibu dan kebidanan
 - 4) Melakukan pemeriksaan seperlunya
 - 5) Melakukan pemeriksaan laboratorium sederhana (Misalnya: albumin, Hb)
 - 6) Membantu ibu dan keluarga mempersiapkan kelahiran dan kemungkinan tindakan darurat
 - 7) Merencanakan dan mempersiapkan kelahiran yang bersih dan aman di rumah
 - 8) Menjelaskan kepada ibu dan keluarga untuk segera mencari pertolongan apabila ada tanda-tanda:
 - a) Perdarahan pervaginam
 - b) Sakit kepala lebih dari biasanya

- c) Gangguan penglihatan
 - d) Nyeri abdomen
 - e) Janin tidak bergerak seperti biasanya
- 9) Memberi konseling sesuai kebutuhan
 - 10) Memberikan tablet Fe 90 butir dimulai pada saat usia kehamilan 20 minggu
 - 11) Memberikan imunisasi TT dengan dosis 0,5 cc
 - 12) Menjadwalkan kunjungan berikutnya
 - 13) Mendokumentasikan hasil kunjungan
- c. Skrining Antenatal pada ibu hamil

Keterangan:

- Kehamilan Resiko Rendah (KRR): Kehamilan normal tanpa masalah atau faktor resiko, kemungkinan besar kehamilan normal, akan tetapi harus tetap waspada akan adanya komplikasi persalinan.
- Kehamilan Resiko Tinggi (KRT): kehamilan dengan faktor resiko, baik dari ibu ataupun janin yang dapat menyebabkan komplikasi persalinan, dampak terhadap kesakitan, kematian, kecacatan baik pada ibu ataupun bayi baru lahir. Diperlukan rujukan ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan khusus dan adekuat.
- Kehamilan Resiko Tinggi (KRST): kehamilan dengan resiko ganda atau lebih dari dua faktor resiko baik dari ibu ataupun janin yang dapat menyebabkan komplikasi persalinan atau resiko yang lebih besar yaitu kematian ibu dan bayi, dibutuhkan rujukan ke rumah sakit untuk penanganan khusus

dan adekuat (Yulifah & Yuswanto, 2009).

2. Asuhan Intranatal Di Komunitas

Apa yang Anda ketahui tentang asuhan intranatal? Jika Anda kurang yakin dengan jawaban Anda, untuk lebih meyakinkan Anda pelajari uraian berikut:

1. Asuhan Intranatal di Komunitas

Persalinan adalah proses yang alami yang ditandai oleh terbukanya serviks, diikuti dengan lahirnya bayi dan plasenta melalui jalan lahir (Depkes, 2001).

Manajemen asuhan intranatal di komunitas merupakan suatu pendekatan yang berpusat kepada suatu individu di masyarakat yang membutuhkan kemampuan analisis yang tinggi dan cepat terutama yang berhubungan dengan aspek sosial, nilai-nilai, dan budaya setempat.

Dengan memberikan asuhan intranatal yang tepat dan sesuai standar, diharapkan dapat membantu menurunkan angka kematian ibu dan bayi akibat perdarahan pada saat persalinan. Adapun tujuan dari dilaksanakannya asuhan intranatal di rumah:

- a. Memastikan persalinan telah dilaksanakan
- b. Memastikan persiapan persalinan bersih, aman dan dalam suasana yang menyenangkan
- c. Mempersiapkan transportasi, serta biaya rujukan apabila diperlukan

Agar tujuan tersebut dapat tercapai ada hal penting yang perlu didiskusikan dengan ibu dan keluarga

yaitu sebagai berikut:

- 1) Membuat perencanaan persalinan yang perlu ditetapkan yang mencakup unsur-unsur berikut: tempat persalinan, tenaga penolong persalinan, cafa menjangkau tempat persalinan, pendamping persalinan, biaya yang dibutuhkan, siapa yang mengurus keluarga pada saat ibu bersalin, rencana metode kontrasepsi yang akan digunakan.
- 2) Membuat rencana pengambilan keputusan pada keadaan gawat darurat, apabila pengambil keputusan utama tidak ada di tempat
- 3) Mengatur sistem transportasi apabila terjadi kegawatdaruratan
- 4) Mempersiapkan peralatan untuk melahirkan

2. Persalinan di rumah:

Telah terjadi perubahan lingkungan dari perawatan akut di rumah sakit ke perawatan di rumah. Hal ini mempengaruhi struktur organisasi perawatan, keterampilan yang diperlukan dalam pemberian pertolongan, dan biaya yang dikeluarkan pasien (Safrudin & Hamidah, 2009). Pemilihan persalinan di rumah diambil dengan pertimbangan:

- a. Setiap ibu memiliki hak dan kepuasan atas dirinya
- b. Ada beberapa ibu yang diperbolehkan untuk bersalin di rumah
- c. Mengharapkan kualitas yang lebih tinggi

- d. Anak lebih mendapatkan kasih sayang, suami lebih bebas mengekspresikan perasaannya
- e. Persalinan di rumah didukung keluarga, dalam lingkungan yang dikenal, tempat mereka merasa memiliki kendali terhadap tubuhnya.
- f. Lingkungan rumah sendiri menimbulkan rasa tenang dan tentram pada ibu yang akan melahirkan
- g. Berdasarkan perbandingan dengan pengalaman melahirkan di rumah sakit, dalam lingkungan yang kurang memiliki sentuhan pribadi yang penuh dengan peraturan dan staf yang sibuk.

Selain memiliki beberapa pertimbangan yang menguntungkan persalinan dapat dilakukan di rumah, persalinan di rumah juga mempunyai beberapa kerugian, diantaranya ialah ketika proses kelahiran mengalami kesukaran, pertolongan lebih lanjut tidak dapat segera diberikan. Hal ini dikarenakan tidak tersedianya alat-alat sehingga membutuhkan waktu lama sebelum di rumah sakit.

Melihat adanya beberapa bahaya yang dapat timbul selama proses persalinan di rumah, maka ada beberapa indikasi dan syarat yang harus dipenuhi, diantaranya adalah:

- a. Multipara, jika persalinan bayi pertama tidak ada kesulitan, melahirkan bayi berikutnya di rumah dapat diizinkan.
- b. Selama melakukan asuhan antenatal tidak didapati

adanya kelainan atau penyakit yang akan menyulitkan proses persalinan.

- c. Jauh dari tempat pelayanan kesehatan (tinggal di pemukiman pedesaan) (Safrudin & Hamidah, 2009).

3. Syarat Persalinan di Rumah

- a. Adanya bidan terlatih dalam melakukan pertolongan persalinan.
- b. Bidan harus memberikan penjelasan tentang seluruh proses persalinan dan kemungkinan komplikasi.
- c. Bidan dipanggil, bilamana ibu mulai merasakan kontraksi atau air ketuban pecah.
- d. Tersedianya ruangan hangat, bersih dan sehat.
- e. Ibu mempunyai Kartu Menuju Sehat (KMS) ibu hamil dan kartu KIA.
- f. Tersedianya sistem rujukan untuk penanganan kegawatdaruratan obstetrik.
- g. Adanya kesepakatan atau informed consent antara bidan dengan ibu/keluarga.
- h. Tersedianya alat transportasi untuk merujuk.
- i. Tersedianya peralatan yang lengkap dan berfungsi.

4. Persiapan Persalinan di Rumah

a. Persiapan Penolong

- 1) Kemampuan. Mengingat pentingnya dan resiko yang dihadapi, bidan harus mempunyai kemampuan yang cukup terampil, cepat berpikir, cepat menganalisis, cepat menginterpretasi tanda dan gejala, cepat me-

- nyusun konsep, dan mempunyai pengetahuan serta pengalaman.
- 2) Keterampilan. Bidan harus memiliki keterampilan yang cukup banyak dalam segala perawatan, pertolongan, dan persalinan.
 - 3) Kepribadian, yang dimaksud dengan kepribadian adalah kesehatan jasmani dan rohani dalam segala aspek, yang merupakan organisasi yang dinamis yang akan selalu mengalami perubahan dan perkembangan, aspek-aspek tersebut ialah fisik, maturitas, mental, emosi, dan sikap (Safrudin & Hamidah, 2009).
- b. Persiapan Keluarga.
- 1) Keluarga telah mengambil keputusan bahwa persalinan dilakukan di rumah, keluarga memberikan masukan atau ide/mampu memberikan dukungan yang diperlukan.
 - 2) Kegiatan rumah tangga secara rinci perlu dibahas untuk membentuk jaringan kerja, yaitu seperti yang mengurus anak-anak yang lain.
- c. Persiapan Rumah dan Tempat Pertolongan Persalinan
- 1) Situasi dan kondisi yang perlu diketahui oleh keluarga: apakah rumah cukup hangat dan aman? Apakah tersedia ruangan yang akan digunakan untuk menolong persalinan? Apakah tersedia air mengalir? Apakah kebersihan cukup terjamin? Apakah tersedia telepon atau media komunikasi lainnya.
 - 2) Rumah harus sudah dilakukan pengecekan sebe-

lum usia kehamilan 37 minggu, persyaratan yang harus dipenuhi diantaranya: ruangan sebaiknya cukup luas, adanya penerangan yang cukup, tempat nyaman, tempat tidur yang layak untuk pertolongan persalinan

d. Persiapan Peralatan

- 1) persiapan untuk pertolongan persalinan: Waskom, sabun cuci, handuk kering dan bersih, selimut, pakaian ganti, pembalut, kain pel, lampu.
- 2) persiapan untuk bayi: handuk bayi, tempat tidur bayi, botol air panas unuk menghangatkan alas, pakaian bayi, selimut bayi (Yulifah & Yuswanto, 2009).

5. Manajemen Asuhan Intranatal di Rumah

a. Asuhan Persalinan Kala I

Bertujuan untuk memberikan pelayanan kebidanan yang memadai dalam pertolongan persalinan yang bersih dan aman.

Bidan perlu mengingat konsep tentang konsep sayang ibu, rujuk bila partograf melewati garis waspada atau ada kejadian penting lainnya.

b. Asuhan Persalinan Kala II

Bertujuan memastikan proses persalinan aman, baik untuk ibu maupun bayi.

Bidan dapat mengambil keputusan sesegera mungkin apabila diperlukan rujukan.

c. Asuhan Persalinan Kala III

Bidan sebagai tenaga penolong harus terlatih dan

terampil dalam melakukan manajemen aktif kala III. Hal penting dalam asuhan persalinan kala III adalah mencegah kejadian perdarahan, karena penyebab salah satu kematian pada ibu

d. Asuhan Persalinan Kala IV

Asuhan persalinan yang mencakup pada pengawasan satu sampai dua jam setelah plasenta lahir. Pengawasan/observasi ketat dilakukan pada hal-hal yang menjadi perhatian pada asuhan persalinan kala IV.

6. Asuhan pada Kegawatdaruratan Persalinan di Komunitas

- a. Jangan menunda untuk melakukan rujukan
- b. Mengenali masalah dan memberikan instruksi yang tepat
- c. Selama proses merujuk dan menunggu tindakan selanjutnya lakukan pendampingan secara terus menerus
- d. Lakukan observasi Vital Sign secara ketat
- e. Rujuk segera bila terjadi Fetal Distress
- f. Apabila memungkinkan, minta bantuan teman untuk mencatat riwayat kasus dengan singkat (Yulifah & Yuswanto, 2009).

7. Pertolongan Persalinan Domino (*DOMinicilliary IN and Out*)

Di Inggris terdapat perawatan maternitas lain yang dapat dipilih sebagai pilihan persalinan adalah persalinan

Domino. Persalinan domino adalah persalinan kombinasi antara rumah pasien dan unit kesehatan. Program persalinan domino hanya disediakan di beberapa rumah sakit tertentu. Ibu yang menggunakan pelayanan Domino dilayani oleh bidan di komunitas dan datang ke rumah sakit ketika mereka akan melahirkan dan ditolong oleh salah satu tim domino. Ibu dan bayi tinggal di rumah sakit selama beberapa jam dan dilakukan perawatan berkelanjutan di rumah sampai 4 minggu postnatal. Keuntungan persalinan domino:

- a. Pelayanan berkesinambungan antara komunitas dan dokter
- b. Kontak dengan kegiatan rumah sakit sedikit
- c. Gangguan kehidupan keluarga sedikit atau minimal
- d. Mudah memperoleh fasilitas untuk pertolongan *emergency*
- e. Pilihan alternative untuk ibu yang tidak memenuhi persyaratan persalinan di rumah
- f. Bidan tetap dapat mempertahankan keterampilan menolong persalinan

Kerugian persalinan domino:

- a. Resiko terutama ke rumah sakit karena jarak yang jauh.
- b. Merepotkan waktu pulang ke rumah dari rumah sakit setelah persalinan (Reid, 2007).

3. Asuhan Postnatal di Komunitas

Masa nifas adalah masa pemulihan alat reproduksi setelah proses persalinan (2 jam setelah kala IV sampai 6-8 minggu kemudian) Kunjungan rumah diberikan 2 minggu postpartum dan dilanjutkan minggu ke-4 sampai ke-6.

Manajemen Asuhan Postnatal di komunitas adalah suatu bentuk manajemen kesehatan yang dilakukan pada ibu nifas di masyarakat. Pemberian asuhan secara menyeluruh, tidak hanya kepada ibu nifas, akan tetapi pemberian asuhan melibatkan seluruh keluarga dan anggota masyarakat di sekitarnya (Yulifah & Yuswanto, 2009)

a. Ruang Lingkup Asuhan

Asuhan kebidanan pada ibu nifas di komunitas meliputi:

- 1) Melakukan kunjungan nifas dan neonatal (KN1 dan KN2)
 - a) Perawatan ibu nifas
 - b) Perawatan neonatal
 - c) Pemberian imunisasi Hb I
 - d) Pemberian vitamin A ibu nifas
- 2) Melakukan penyuluhan dan konseling pada ibu dan keluarga mengenai
 - a) Tanda bahaya dan penyakit ibu nifas
 - b) Tanda bayi sehat
 - c) Kebersihan pribadi dan lingkungan
 - d) Kesehatan dan gizi
 - e) ASI eksklusif

- f) Perawatan tali pusat'KB setelah melahirkan
 - g) Melakukan rujukan apabila diperlukan
 - h) Melakukan pencatatan pada:
 - (1) Kohort bayi
 - (2) Buku KIA
 - (3) Melakukan laporan (PWS KIA dan AMP)
- b. Tujuan Asuhan
1. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
 2. Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
 3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusun pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat.
- Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik ibu dan bayinya. Kunjungan dilakukan paling sedikit 4 kali selama ibu dalam masa nifas. Kegiatan yang dilakukan selama kunjungan meliputi pencegahan, pendeteksian, dan penanganan masalah yang terjadi pada masa nifas.
- c. Jadwal Kunjungan Rumah
1. Kunjungan I (6-8 jam sesudah persalinan)
 - a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
 - b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan

- han
 - c) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
 - d) Pemberian ASI dini
 - e) Membina hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
 - f) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia
2. Kunjungan II (6 hari setelah persalinan)
- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
 - b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
 - c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
 - e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
3. Kunjungan III (2 minggu setelah persalinan)
Tindakan yang diberikan sama dengan kunjungan II
4. Kunjungan IV (6 minggu setelah persalinan)
- a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ibu atau bayi alami.

- b) Memberikan konseling untuk KB secara dini (Runjati, 2011).
- d. Manajemen Asuhan Postnatal di Komunitas
- 1. Pengkajian
 - a) Anamnesis
 - (1) Data yang harus di eksplorasi adalah riwayat kesehatan lengkap serta pemeriksaan fisik dan panggul
 - (2) Pemenuhan kebutuhan seksual
 - (3) Fungsi bowel dan fungsi perkemihan
 - (4) Metode KB yang diinginkan
 - (5) Tanda bahaya ibu nifas
 - (6) dan lain-lain
 - b) Pemeriksaan

Pemeriksaan fisik dilakukan sesuai dengan jadwal kunjungan yang dilakukan dan kebutuhan ibu pada saat kunjungan. Pemeriksaan yang dilakukan antara lain: tekanan darah, suhu tubuh, evaluasi payudara, pengkajian abdomen, pemeriksaan abdomen dan pemeriksaan perineum termasuk lokea.
- 2. Perencanaan
 - a) Perencanaan digunakan sebagai acuan untuk melakukan implementasi dan evaluasi
 - b) Dibuat berdasarkan masalah yang aktual, dapat diukur dan sesuai dengan kebutuhan

3. Pelaksanaan
Tindakan/perlakuan yang dilakukan pada ibu nifas sesuai dengan yang direncanakan berdasarkan pada hasil pengkajian. Di sini diberikan dan nasihat atau penyuluhan seputar nifas, menyusui, dan permasalahannya.
4. Evaluasi
Langkah akhir untuk melihat keberhasilan dari tindakan yang telah dilakukan dan untuk menilai status kesejahteraan ibu nifas dan bayi.
Hal yang perlu diperhatikan adalah memberikan asuhan yang bersifat komprehensif dengan memadukan antara kebutuhan ibu, keluarga, masyarakat dan program pemerintah.
5. Kelompok Postpartum
Salah satu bentuk kelompok atau organisasi kecil dari ibu nifas. Bertujuan untuk mendeteksi, mencegah, dan mengatasi permasalahan-permasalahan yang timbul masa nifas.
 1. Program Ibu Nifas
Kunjungan pada ibu nifas dan neonates, ASI eksklusif, tablet tambah darah dan vitamin A.
 2. Pengumpulan Data
Pengumpulan data dilakukan bersamaan dengan kunjungan pada ibu nifas dan neonates.
Data yang dibutuhkan antara lain: jumlah ibu nifas; kebiasaan atau tradisi setempat; permasalahan pada masa nifas; sumber daya masyarakat; dan

- penentu kebijakan
3. Mengatur Strategi
Pendekatan dengan keluarga ibu, tomas, togam, kepala desa dan kader sebagai pengambil keputusan dan penentu kebijakan sangat diperlukan untuk mewujudkan suatu kelompok ibu nifas.
 4. Perencanaan
Buat usulan atau proposal yang di dalamnya memuat tentang latar belakang dan tujuan dari pembentukan kelompok.
Perencanaan meliputi kegiatan yang akan dilakukan, tempat dan waktu, anggaran, serta peserta.
 5. Pelaksanaan
Jadikan contoh (*Role Model*) orang sebagai penentu kebijakan dan lakukan diskusi untuk membentuk susunan organisasi. Bidan dapat berperan sebagai narasumber kemudian buat rencana tindak lanjut.
 6. Evaluasi
Dilakukan pada akhir masa nifas, setelah kunjungan ke-4. Pastikan bahwa tujuan akhir dari pembentukan kelompok benar-benar tercapai, ibu dan bayi sehat, serta nifas berjalan normal.

4. Asuhan Kontrasepsi Di Komunitas

KB (Keluarga Berencana) adalah perencanaan kehamilan sehingga hanya terjadi pada waktu yang diinginkan (Handa-

jani, 2012).

a. Tujuan KB

Tujuan umum adalah meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta keluarga dalam rangka mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera (NKKBS) yang menjadi dasar bagi terwujudnya masyarakat yang sejahtera melalui pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia.

Tujuan khusus KB adalah:

- a. Meningkatkan kesadaran masyarakat/keluarga dalam penggunaan alat kontrasepsi.
- b. Menurunkan angka kelahiran bayi
- c. Meningkatkan kesehatan masyarakat/keluarga dengan cara penjarangan kelahiran.

b. Sasaran KB

Pasangan yang harusnya diberi pelayanan KB, di antaranya:

- a. Mereka yang ingin mencegah kehamilan karena alasan pribadi
- b. Mereka yang ingin menjarangkan kelahiran demi kesehatan ibu dan anak. Jarak kelahiran yang baik adalah tidak kurang dari 3 tahun
- c. Mereka yang ingin membatasi jumlah anak
- d. Keluarga yang dianjurkan menggunakan alat kontrasepsi:
 - 1) Ibu yang mempunyai penyakit menahun/mendadak (kronis/akut)

- 2) Ibu yang berusia kurang dari 20 tahun dan lebih dari 30 tahun
 - 3) Ibu yang mempunyai lebih dari 5 anak
 - 4) Ibu yang mempunyai riwayat kesulitan dalam persalinan, bayi lahir mati, seksio sesaria berulang dan komplikasi lain.
 - 5) Keluarga yang memiliki anak-anak dengan gizi buruk
 - 6) Ibu yang telah mengalami keguguran berulang
 - 7) Kepala keluarga tidak mempunyai pekerjaan tetap
 - 8) Keluarga dengan rumah tinggal yang sempit
 - 9) Keluarga dengan taraf pendidikan yang rendah, pengetahuan tentang pemeliharaan kesehatan sangat sedikit.
- c. Manfaat KB
- 1) Manfaat untuk Ibu
 - 1) Perbaikan kesehatan fisik dengan cara mencegah kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu singkat dan mencegah keguguran yang menyebabkan kurang darah, mudah terserang penyakit infeksi, dan kelelahan.
 - 2) Peningkatan kesehatan mental dan emosi yang memungkinkan adanya cukup waktu untuk mengasuh anak yang lain, beristirahat, menikmati waktu luang, dan melakukan kegiatan lain.

- 2) Manfaat untuk anak yang akan dilahirkan
 - 1) Tumbuh secara wajar selama dalam kandungan.
 - 2) Setelah lahir mendapat pemeliharaan dan asuhan yang cukup dari ibunya.
- 3) Manfaat untuk Anak yang lainnya
 - a) Perkembangan fisik yang lebih baik karena setiap anak memperoleh makanan yang cukup dari sumber yang tersedia.
 - b) Perkembangan mental dan emosi yang lebih baik karena pemeliharaan yang lebih banyak dapat diberikan oleh ibu untuk setiap anak.
 - c) Pemberian kesempatan pendidikan yang lebih baik karena sumber pendapatan keluarga tidak habis untuk mempertahankan hidup.
- 4) Manfaat untuk Ayah
- 5) Manfaat untuk Seluruh Keluarga
 - 1) Meningkatkan kesehatan fisik, mental, dan emosi setiap anggota keluarga.
 - 2) Satu keluarga yang direncanakan dengan baik memberi contoh yang nyata bagi generasi yang akan datang.
 - 3) Setiap anggota keluarga mempunyai kesempatan yang lebih banyak untuk mendapatkan pendidikan.
 - 4) Suatu keluarga yang direncanakan dengan baik dapat memberi sumbangan yang lebih banyak untuk kesejahteraan lingkungan.

- d. Pembagian NKKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera)
- NKKBS dibagi atas tiga masa menurut usia reproduksi istri, yaitu sebagai berikut:
- a. Masa menunda kehamilan. Pasangan usia subur dengan istri yang berusia kurang dari 20 tahun, dianjurkan untuk menunda kehamilan
 - b. Masa mengatur kesuburan (menjarangkan kehamilan). Periode usia istri antara 20-30 tahun merupakan periode usia yang paling baik untuk melahirkan dengan jumlah anak dua orang dan jarak kelahiran anak ke-1 dan anak ke-2 adalah 3 sampai 4 tahun.
 - c. Masa mengakhiri kesuburan (tidak hamil lagi). Pasangan usia subur dengan periode usia istri lebih dari 30 tahun sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah mempunyai dua anak.
- e. Pengguna Kontrasepsi Rasional
- a. Masa Menunda Kehamilan
 - 1) Ciri kontrasepsi yang diperlukan: reversibilitas yang tinggi, efektivitas yang relative tinggi
 - 2) Kontrasepsi yang cocok: pil, KB, cara sederhana, KB secara alamiah/pantang berkala, AKDR mini, kondom
 - 3) Alasan:
 - a) Usia kurang dari 20 tahun adalah usia

yang sebaiknya tidak mempunyai anak dahulu karena berbagai alasan.

- b) Prioritas penggunaan kontrasepsi adalah pil oral karena peserta masih muda.
 - c) Penggunaan kondom kurang menguntungkan karena frekuensi pasangan bersenggama masih tinggi sehingga resiko kegagalan tinggi.
 - d) Penggunaan AKDR dini dianjurkan, terlebih bagi calon peserta dengan kontraindikasi terhadap pil oral.
- b. Masa Mengatur Kesuburan
- 1) Ciri kontrasepsi yang diperlukan: efektivitas cukup tinggi, reversibilitas cukup tinggi, dapat dipakai 2-3 tahun sesuai dengan rencana yang diinginkan, tidak menghambat produksi ASI.
 - 2) Kontrasepsi yang cocok: AKDR, suntikan, pil, implant, KB cara sederhana, kontak MOW.
 - 3) Alasan:
 - a) Usia antara 20-30 tahun merupakan usia terbaik untuk mengandung.
 - b) Segera setelah anak lahir, dianjurkan untuk memakai AKDR sebagai pilihan pertama.
 - c) Kegagalan yang menyebabkan kehamilan yang cukup tinggi, namun tidak/kurang

- berbahaya karena masih dalam periode usia terbaik untuk mengandung
- d) Kegagalan kontrasepsi bukan kegagalan program
- c. Masa Mengakhiri Kesuburan
- 1) Ciri kontrasepsi yang diperlukan: efektivitas sangat tinggi, reversibilitas rendah, dapat dipakai untuk jangka panjang, tidak menambah kelainan yang sudah ada.
 - 2) Kontrasepsi yang cocok: kontap (MOW/MOP), implant, AKDR, pil, suntikan, KB secara sederhana.
 - 3) Alasan:
 - a) Usia di atas 30 tahun beresiko untuk mengandung
 - b) Pilihan utama adalah kontrasepsi mantap
 - c) Dalam kondisi darurat, kontap cocok dipakai dibanding implant, AKDR, dan suntikan untuk mengakhiri kesuburan
 - d) Pil kurang dianjurkan karena pertimbangan efek samping dan komplikasi (Handajani, 2012)
- f. Tugas Bidan di Komunitas mengenai KB, diantaranya:
- 1) Mengkaji kebutuhan pelayanan KB pada pasangan/wanita usia subur
 - 2) Menentukan diagnosis dan kebutuhan pelayanan

- 3) Menyusun rencana pelayanan KB sesuai prioritas masalah bersama klien
- 4) Melaksanakan asuhan sesuai dengan asuhan rencana yang dibuat
- 5) Mengevaluasi asuhan kebidanan yang telah diberikan
- 6) Membuat asuhan tindak lanjut pelayanan bersama klien
- 7) Membuat catatan dan laporan asuhan (Safrudin & Hamidah, 2009).

5. Asuhan Lansia Di Komunitas

Asuhan kebidanan pada lansia lebih berfokus kepada wanita dengan menopause. Menopause adalah berhentinya mens secara permanen. Prefix *mens* diambil dari kata Yunani yang mempunyai arti siklus menstruasi; *-pause*, kata Latin, memiliki arti berhentinya proses. Margaret Lock mengemukakan bahwa istilah menopause sebaiknya dibatasi pada peristiwa aktual-akhir menstruasi dan bahwa menopause menggambarkan, bukan suatu kondisi, tetapi lebih dari perubahan fisiologis dan psikologis yang terjadi pada masa tertentu dalam kehidupan wanita (Varney, 2007).

Klimakterium, sebutan untuk periode transisi secara keseluruhan, didefinisikan sebagai fase proses penuaan yang dilewati wanita selama tahap reproduktif ke non reproduktif. Pra menopause adalah bagian dari klimakterium sebelum terjadi menopause sebelum terjadi menopause-masa ketika siklus menstruasi cenderung menjadi tidak teratur dan selama waktu tersebut wan-

ita mungkin mengalami gejala klimakterium *hot flash* (kemerahan yang terasa panas). Pasca menopause adalah fase setelah menopause dengan titik akhir tidak ditetapkan dengan baik- hingga gejala hilang atau hingga akhir kehidupan. Peri-menopause adalah istilah yang digunakan untuk beberapa tahun sebelum dan setelah berhentinya mens (Varney, 2007).

Tugas bidan di komunitas pada wanita dengan menopause, diantaranya:

- a. Mengkaji status kesehatan dan kebutuhan asuhan klien
- b. Menentukan diagnosis, prognosis, prioritas, dan kebutuhan asuhan
- c. Menyusun rencana asuhan sesuai prioritas masalah bersama klien
- d. Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana
- e. Mengevaluasi bersama klien hasil asuhan yang telah diberikan
- f. Membuat rencana tindaklanjut bersama klien
- g. Membuat catatan dan laporan asuhan (Safrudin & Hamidah, 2009).

DAFTAR PUSTAKA

- Maternity, Dainty. 2007. Asuhan kebidanan komunitas . Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Dwi. S. (2018). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kehamilan. Hampar Baiduri: Akademi Kebidanan Hampar Baiduri.
- Fatimah, dkk. (2017). BUKU AJAR ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN. Jl. KH Ahmad Dahlan Cirendeu Ciputat 15419: Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta.
- Insan A, dkk. (2018). Pemodelan Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Jumlah Kematian Ibu di Jawa Timur Menggunakan Geographically Weighted Generalized Poisson Regression. JURNAL SAINS DAN SENI ITS Vol. 7, No. 2, 2337-3520.
- Krisnita, dkk. (2016). FAKTOR YANG MEMENGARUHI KEMATIAN IBU (STUDI KASUS DI KOTA SURABAYA). Jurnal Wiyata, 2355-6498.
- Lusiana, dkk. (2017). BUKU AJAR KEBIDANAN KOMUNITAS. Kelurahan Surau Gadang, Kecamatan Nanggalo, Padang. 25146.: CV. Rumahkayu Pustaka Utama.

- Saifudin. (2015). Gambaran Faktor Penyebab Ibu Hamil Resiko Tinggi di Polindes Sambikerep Kecamatan Rejoso Kabupaten Nganjuk. *Jurnal Penelitian*, ISSN: 2086-3098.
- Siti. C; Yanik. P. (2019). *Buku Ajar Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Komunitas*. Sidoarjo, Jawa Timur: UMSIDA Press.
- Teta P, dkk. (2019). *Modul Ajar 1 Kebidanan Komunitas*. Jl. Jend S Parman No.1 Magetan 63313: Prodi Kebidanan Magetan Poltekkes Kemenkes Surabaya.
- Ningtyas, W. S., Ferdinandus, E. D. dan Anis, W. 2020. LOGBOOK ASUHAN KEBIDANAN PROGRAM PROFESI. Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga. Surabaya
- Deteksi Dini | ASKEB V KEBIDANAN KOMUNITAS - DIAN HUSADA Huwae,L. M.C., Dabutar, P.S.A., Oeijano, G.A., Kundiman, C.R., Mahua, A.U. dan Hukubun, R.D. 2023. Pelaksanaan Skrining Kesehatan sebagai Upaya Mencegah Penyakit Tidak Menular pada Usia Produktif dan Lansia di Negeri Lathalath. *Jurnal Inspirasi Mengabdikan Untuk Negeri* Vol.2, No.1, Hal 27-36. e-ISSN: 2963-5446; p-ISSN: 2963-5020.
- Wahidin M, Febrianti R dan SukocoN.E.W. 2020. Kringing Kesehatan Tertentu Di Kota Bogor, Jawa Barat. *Jurnal Kesehatan Poltekkes Palembang*. Vol. 15, No. 1. eISSN 2654-3427.
- Suryani, D., Nurdjanah, E. P., Yogatama, Y., & Jumadil, M. (2019). MEMBUDAYAKAN HIDUP SEHAT MELALUI GERAKAN MASYARAKAT HIDUP SEHAT (GERMAS) DI DUSUN MENDANG III, JAMBU DAN JRAKAH KECAMATAN, TANJUNGSARI, GUNUNGKIDUL. *Jurnal Pemberdayaan: Publikasi Hasil*

Pengabdian Kepada Masyarakat.

- Wisana, I. D. G. K. (2018). Kesehatan sebagai Suatu Investasi. *Jurnal Ekonomi dan Pembangunan Indonesia*.
- Moeloek, N. F. (2017). Indonesia national health policy in the transition of disease burden and health insurance coverage. *Medical Journal of Indonesia*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). Pentingnya Peran Lintas Sektor Demi Wujudkan GERMAS. Retrieved May 29, 2019,
- Opon, et al. 2017. Folate supplementation during the preconception period, pregnancy and puerperium. *Ginekologia Polska* 2017, vol. 88, no. 11.
- Manakandan, Sujith Kumar dan Sutan Rosan. 2017. Expanding the Role of Pre-Marital HIV Screening: Way Forward for Zero New Infection. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 7, 71-79.
- Umniyatun Y, Nurmansyah M.I., Hidayati dan Jacob T.N.Z. 2019. *krining Dan Penyuluhan Kesehatan Dalam Mewujudkan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat Dan Produktif. Jurnal Pemberdayaan Masyarakat Madani*.3 (2). 313-323.
- WHO (2020). Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11 March 2020.
- Cholifah, S., & Purwanti, Y. (2021). *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Umsida Press, 1-177.
- Contesa, L. (2019). FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PELAKSANAAN PROGRAM LAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS DI PUSKESMAS OPI PALEMBANG. *Masker Medika*,

7(1), 27-33.

Dainty Maternity, Putri, R. D., & Aulia, (2017). Asuhan Kebidanan Komunitas. Penerbit Andi.

Husaini, S. K. M., Lenie Marlinae, S. K. M., KL, M., Lenie Marlinae, S. K. M., & KL, M. 2017.

Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan.

Irawan, B., & Ainy, A. (2018). Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Di Wilayah Kerja Puskesmas Payakabung, Kabupaten Ogan Ilir. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 9(3), 189–197.

Lawintono, L., Pangesti, W. D., Astuti, A. W. 2020. Modul Kebidanan Komunitas. Jakarta.

Margayaningsih, D. I. (2018). Peran Masyarakat Dalam Kegiatan Pemberdayaan Masyarakat Di Desa. *Publiciana*, 11(1), 72-88.

Qowiyyum, E. B., & Pradana, G. W. (2021). Pemberdayaan Masyarakat Melalui Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga (Pis-Pk) Untuk Meningkatkan Akses Pelayanan Kesehatan Di Wilayah Kerja Puskesmas. *Publika*, 9(3), 211-226.

Siti Suciati, Anita Dwi Agustinasari, & Ernik Rustiana. (2022). Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan Ibu dan Anak melalui Pendidikan Kesehatan. *JANITA : JURNAL PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT*, 2(1), 46-50.

Wahyuni ED. 2018. Bahan Ajar Kebidanan. Kemenkes RI
CAROLINE S HOMER, DEBORAH V MATHA, G L, JORDAN JW, DAVIS GK. Community-based continuity of midwifery care ver-

- sus standard hospital care: a cost analysis. *Australian Health Review*. 20018;24(1):9.
- health p. Tujuan, Standar Penilaian dan Dasar Hukum Akreditasi Puskesmas. 2015.
- ICM. INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES. Essential competencies for basic midwifery practice. UK: ICM; 2019.
- What is a midwife? If you are wondering 'what is a midwife?', read this article to find out more about midwifery and the role of midwives in providing antenatal care. [database on the Internet]. NCT. 2017.
- Shahnaz Kohan, Marziyeh Sayyedi, Nafisehsadat Nekuei, Yousefi4 H. Community-based maternity care from the view of Iranian midwives: A phenomenological study. *Iranian Journal of Nursing and amidwifery Research*. 2020;20(1):7.
- Tabbassam HF, Menhas R. Role of Community Midwife in Maternal Health Care System in Rural Areas of Pakistan. *American-Eurasian J. Agric. & Environ. Sci*. 2017;14(11):4.
- WHO. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. In: WHO, editor. Geneva 2017.
- Kementerian Kesehatan RI. 2018. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. 2014. Pedoman Praktik Bidan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Argeheni N. B. al 2022 Etika profesi kebidanan jakarta yayasan kita menulis
- Astari, R. Y. 2020. Mutu Pelayanan Kebidanan dan Kebijakan Kesehatan Deepublish.

- Astuti, A., Dewi, R K., Azizah, N., Nardina, E,, A., Lestari, R. T., Huto-
mo, C. S., ,,, & Santi, M. Y. 2021. Mutu Pelayanan Kebidanan:
Standar, Indikator dan Penilaian. Yayasan Kita Menulis.
- Cut Sriyanti, S. S. T., Keb, M., Cut Sriyanti, S.S. T., & Keb, M. 2016.
Mutu Layanan Kebidanan Kebijakan Kesehatan.
- Simatupang, Erna Juliana. 2008. "Manajemen Pelayanan Kebidanan". Jakarta: EGC
- D. Muma, Richard. 1997. "HIV". Jakarta. Buku Kedokteran EGC.
- Departemen Kesehatan RI. 2001. Pedoman Pelayanan Kebidanan
Dasar. Jakarta: Depkes RI bekerjasama dengan United Na-
tion Population Found
- Direktorat Jendral Pembinaan Kesehatan Masyarakat. 1995. "Kum-
pulan Materi Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR)". Jakarta:
Departemen Kesehatan RI.
- Effendy, Nasrul. 1998. Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan
Masyarakat. Jakarta: EGC
- Gani, Ascobat. 1993. "Makanan Untuk Bayi". Jakarta: Perkumpulan
Perinatologi Indonesia.
- Handajani, Sutjiati Dwi. 2012. Kebidanan Komunitas: Konsep &
Manajemen Asuhan. Jakarta: EGC
- Machfoedz, Ircham. 2005. "Pendidikan Kesehatan Promosi Keseha-
tan". Yogyakarta: Fitramaya.
- Notoatmojo, Soekidjo. 2003. "Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan".
Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Reid, Lindsay. 2007. Midwifery: Freedom to Practise? An Interna-
tional Exploration of Midwifery Practice British: Elsevier.
- Runjati. 2011. Asuhan Kebidanan Komunitas. Jakarta: EGC

- Soetjiningsih. 2004. "Tumbuh Kembang Remaja dan Persamaannya". Jakarta: SagungSeto.
- Safrudin & Hamidah. 2009. *Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC
- Syafrudin. 2009. *Sosial Budaya Dasar untuk Mahasiswa Kebidanan*. Jakarta: TIM.
- Varney, Helen. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC
- Yulifah & Yuswanto. 2009. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Akbar, Muhammad Ilham. Dachlan, Ery Gumilar. 2013. *Deteksi Preeklamsia dan Eklamsia, disampaikan dalam SOGU 5 Surabaya*.
- Cunningham, William. 2002. *William Obstetri vol 2*. EGC : Jakarta.
- Campbell S, Lee C. *Obstetric emergencies*. In: Campbell S, Lee C, editors. *Obstetrics by Ten Teachers*. 17th edition. Arnold Publishers; 2000. pp. 303-317.
- Depkes RI. 2007. *Paket Pelatihan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif. JNPK-KR*. Jakarta Depkes RI. Pedoman MTBM. Depkes RI. Jakarta
- Nwobodo EL. *Obstetric emergencies as seen in a tertiary health institution in North-Western Nigeria: maternal and fetal outcome*. *Nigerian Medical Practitioner*. 2006; 49(3): 54– 55.
- Maryunani, Anik. Yulianingsih. 2009. *Asuhan kegawatdaruratan dalam Kebidanan*. Trans Info Media. Jakarta
- Prawirohardjo, Sarwono. 2002. *Buku Panduan Praktis Maternal dan Neonatal*. YBSP: Jakarta.
- Purwaka, Bangun T. 2011. *Prosedur tetap penatalaksanaan Preeklamsia berat/ eklamsia di tingkat pelayanan dasar*. Disa-

jikan dalam seminar sehari kebidanan, RSUD dr. Sutomo.
Surabaya

Waspodo, dkk. 2005. Pelatihan Pelayanan Kegawatdaruratan Obstetri neonatal Esensial Dasar. Jakarta : Depkes RI.



