

BUKU DIGITAL KEBIDANAN KOMUNITAS

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BUDI
KEMULIAAN JAKARTA**

TAHUN : 2024

Editor: Agustiawan

KEBIDANAN KOMUNITAS

Yati Purnama | Dwi Hendriani | Inda Julianti
Riski Akbarani | Aida Fitri | Wulan Diana
Nurul Abidah | Eva Inayatul Faiza | Agung Suharto
Nurniati Tianastia Rullyni | Lilis Zuniawati Setianingsih
Cipta Pramana | Marella | Sulenti Widiastutik



BUNGA RAMPAI
KEBIDANAN KOMUNITAS

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

KEBIDANAN KOMUNITAS

Yati Purnama
Dwi Hendriani
Inda Julianti
Riski Akbarani
Aida Fitri
Wulan Diana
Nurul Abidah
Eva Inayatul Faiza
Agung Suharto
Nurniati Tianastia Rullyni
Lilis Zuniawati Setianingsih
Cipta Pramana
Marella
Sulenti Widiastutik

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

Anggota IKAPI
No. 370/JBA/2020

KEBIDANAN KOMUNITAS

Yati Purnama | Dwi Hendriani
Inda Julianti | Riski Akbarani
Aida Fitri | Wulan Diana
Nurul Abidah | Eva Inayatul Faiza
Agung Suharto | Nurniati Tianastia Rullyni
Lilis Zuniawati Setianingsih | Cipta Pramana
Marella | Sulenti Widiastutik

Editor:
Agustiawan

Tata Letak:
Enjellia Putri Zega

Desain Cover:
Manda Aprikasari

Ukuran:
A5 Unesco: 15,5 x 23 cm

Halaman:
vi, 253

ISBN:
978-623-512-139-0

Terbit Pada:
Agustus 2024

Hak Cipta 2024 @ Media Sains Indonesia dan Penulis

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.

PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA
(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga buku kolaborasi ini dapat dipublikasikan dan dapat sampai di hadapan pembaca. Buku ini disusun oleh sejumlah akademisi dan praktisi sesuai dengan kepakarannya masing-masing. Buku ini diharapkan dapat hadir memberi kontribusi positif dalam ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan Kebidanan Komunitas.

Sistematika buku Promosi Kesehatan Rumah Sakit ini mengacu pada pendekatan konsep teoritis dan contoh penerapan. Buku ini terdiri atas 14 BAB yang dibahas secara rinci, diantaranya: definisi kebidanan, asas pelayanan di komunitas, asuhan ante natal, asuhan paska natal, posyandu dan lain sebagainya.

Kami menyadari bahwa tulisan ini jauh dari kesempurnaan dan masih terdapat banyak kekurangan, sejatinya kesempurnaan itu hanya milik Yang Kuasa. Oleh sebab itu, kami tentu menerima masukan dan saran dari pembaca demi penyempurnaan lebih lanjut.

Akhirnya kami mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah mendukung dalam proses penyusunan dan penerbitan buku ini, secara khusus kepada Penerbit Media Sains Indonesia sebagai inisiator buku kolaborasi ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Pekanbaru, Agustus 2024
Editor

dr. Agustawan, MKM

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI.....	ii
1 KONSEP DASAR PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS.....	1
Konsep Dasar Kebidanan Komunitas.....	1
Tujuan Kebidanan Komunitas.....	2
Ruang lingkup kebidanan komunitas	3
Filosofi Kebidanan Komunitas.....	4
Sejarah Kebidanan Komunitas.....	7
Masalah dalam Kebidanan Komunitas.....	7
Kematian Ibu dan Bayi.....	7
Unsafe Abortion	8
Infeksi Menular Seksual.....	8
Kehamilan Remaja.....	9
Kegiatan dalam Pelayanan KebidananKomunitas	12
2 KONSEP KELUARGA DAN MASALAH KESEHATAN DALAM KELUARGA.....	15
Pengertian Keluarga	15
Tipe Keluarga	16
Ciri-Ciri Keluarga	19
Struktur Keluarga.....	19
Konsep Peran Keluarga	20
Proses dan Strategi Koping Keluarga.....	26
Karakteristik Keluarga Sehat.....	27
Tugas Keluarga dalam Menanggulangi Masalah Kesehatan.....	28
Tugas Keluarga dalam Pemeliharaan Kesehatan	29
3 JARINGAN KERJA KEBIDANAN DI KOMUNITAS	33
Konsep Jaringan Kerja Kebidanan di Komunitas .	33

	Langkah Kerja Kebidanan	
	Komunitas Bersama Jaringan	35
	Jaringan Kerja Bidan di Komunitas	39
	Bidan Komunitas dalam	
	Integrasi Layanan Primer pada Jaringan.....	41
4	BIDAN PRAKTIK SWASTA DAN BIDAN DELIMA.....	49
	Bidan Praktik Swasta	50
	Pengertian	50
	Kewenangan.....	51
	Bidan Delima.....	56
	Pengertian	56
	Visi Misi Bidan Delima	57
	Visi.....	57
	Misi.....	57
	Peran Bidan Delima dalam Kesehatan	57
	Logo Bidan Delima	58
	Syarat Bidan Delima	59
	Proses Menjadi Bidan Delima	60
	Monitoring dan Evaluasi Bidan Delima	60
5	STANDAR PELAYANAN ANTENATAL CARE.....	65
	Definisi <i>Antenatal Care</i>	65
	Tujuan pelayanan ANC.....	67
	Konsep Pelayanan Antenatal Care Terpadu	69
	Standar Pelayanan Antenatal Care di Komunitas.	71
	Langkah Teknis Pelayanan Antenatal Care	75
	Kesimpulan.....	77
6	STANDAR ASUHAN INTRANATAL	
	DI KOMUNITAS.....	81
	Pendahuluan.....	81
	Tujuan Asuhan Intranatal.....	82

	Standar Pertolongan Persalinan.....	82
	Persalinan di Rumah.....	95
7	STANDART ASUHAN POSTNATAL DI KOMUNITAS.....	101
	Pendahuluan.....	101
	Standar Asuhan Postnatal di Komunitas.....	101
8	ASUHAN BAYI BARU LAHIR DI KOMUNITAS	125
	Pendahuluan.....	125
	Konsep Dasar Bayi Baru Lahir	126
	Standar Tempat Pelayanan Bayi Baru Lahir dan Neonatus	127
	Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir di Komunitas	128
	Tatalaksana Bayi Baru Lahir di Komunitas.....	129
	Pelayanan Kesehatan yang diberikan pada Bayi	130
	Pemantauan Kesehatan Bayi Baru Lahir 0-28 Hari.....	130
	Perawatan Bayi Baru Lahir 0-28 Hari.....	133
	Anamnesa dan Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir	135
	Pelaksanaan Inisiasi Menyusui Dini (IMD).....	136
	Pelaksanaan Penimbangan Penyuntikan Vitamin K1, Salep mata dan Imunisasi Hepatitis B (HB 0).....	137
	Kebutuhan Perkembangan ada Bayi.....	138
9	ASUHAN KESEHATAN BAYI DAN BALITA DI KOMUNITAS.....	141
	Pendahuluan.....	141
	Konsep Dasar Bayi Baru Lahir	142
	Pengertian Neonatus.....	142
	Klasifikasi Neonatus.....	142
	Tanda-tanda bayi baru lahir normal	143

	Prinsip Asuhan Bayi Baru Lahir.....	143
	Asuhan Kesehatan Bayi Baru Lahir.....	144
	Inisiasi Menyusu Dini (IMD).....	145
	Rawat Gabung/ <i>Rooming In</i>	146
	Asuhan Pada Bayi Baru Lahir dengan Masalah yang Lazim.....	148
10	PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI DI KOMUNITAS.....	161
	Pendahuluan.....	161
	Kesehatan Reproduksi.....	163
	Pelayanan Kesehatan Reproduksi.....	163
11	PROGRAM PEMERINTAH YANG BERKAITAN DENGAN KEBIDANAN KOMUNITAS.....	177
	Pendahuluan.....	177
	Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).....	178
	Tujuan Program KIA.....	178
	Pelayanan Antenatal Care (ANC) di Komunitas.....	179
	Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K).....	183
	Pelaksanaan operasionalisasi (P4K).....	186
	Kegiatan Pelayanan Asuhan Postpartum di Komunitas.....	186
12	KELUARGA BERENCANA.....	193
	Pendahuluan.....	193
	Kontrasepsi.....	194
	Efektivitas Kontrasepsi.....	195
	Metode Kontrasepsi.....	195
	Penutup.....	205
13	PELAYANAN POSYANDU.....	211
	Sejarah Pembentukan Posyandu.....	211
	Pengertian Posyandu.....	212

	Langkah-Langkah Kegiatan Posyandu	213
	Manfaat Posyandu	218
	Peran Kader Posyandu.....	219
	Kegiatan Lain yang dapat dilakukan di Posyandu.....	219
	Hasil Penelitian Terkini Terkait Posyandu.....	220
14	MONITORING EVALUASI DAN PENDOKUMENTASIAN KEGIATAN KEBIDANAN KOMUNITAS.....	231
	Cara Pengisian Kohort Ibu	232
	Cara Pengisian Kohort Bayi.....	234
	Cara Pengisian Kohort Balita	235
	Pengumpulan, Pencatatan dan Pengelolaan Data KIA	237
	Pendokumentasian Pelayanan Kebidanan Komunitas.....	245
	Penyimpanan Dokumen.....	251

KONSEP DASAR PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Yati Purnama,S.ST.,M.Kes
Akademi Kebidanan Harapan Bunda Bima

Konsep Dasar Kebidanan Komunitas

Bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang diakui pemerintah dan organisasi profesi diwilayah Negara Republik Indonesia serta memiliki kualifikasi untuk diregister, sertifikasi dan atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan.

Komunitas Berasal dari bahasa latin:

1. comunicans : kesamaan
2. communis : sama, public, banyak
3. community : masyarakat setempat

Kebidanan Komunitas adalah pelayanan kebidanan profesional yang ditujukan kepada masyarakat dengan penekanan pada kelompok risiko tinggi dengan upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pelayanan kebidanan. Pelayanan Kebidanan Komunitas adalah upaya yang dilakukan bidan untuk pemecahan terhadap masalah kesehatan ibu dan balita dalam keluarga di masyarakat.

Kebidanan komunitas dapat juga merupakan bagian atau kelanjutan dari pelayanan yang diberikan sakit dalam upaya menyelamatkan ibu dan bayi di rumah dalam proses kelahiran.

Tujuan Kebidanan Komunitas

Tujuan umum:

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

Tujuan khusus: mengidentifikasi masalah kebidanan komunitas, melakukan upaya promotif dan preventif pelayanan kesehatan, dipahaminya pengertian sehat dan sakit oleh masyarakat, mengidentifikasi struktur masyarakat daerah setempat, meningkatkan kemampuan individu/keluarga/masyarakat untuk melaksanakan askeb dalam rangka mengatasi masalah, tertanganinya kelainan resiko tinggi/rawan yang perlu pembinaan dan pelayanan kebidanan, tertanganinya kasus kebidanan di rumah, tertanganinya tidak lanjut kasus kebidanan dan rujukan, mengidentifikasi status kesehatan ibu dan anak, pelayanan KIA/KB/imunisasi, Menggambarkan keadaan wilayah kerja dengan daerah, mengidentifikasi faktor penunjang KIA/KB di wilayah, bimbingan pada kader posyandu/kesehatan/dukun bayi, mengidentifikasikan kerjasama LP/LS, kunjungan rumah, penyuluhan laporan dan seminar dan evaluasi, askeb pada sasaran KIA, menolong persalinan rumah, melakukan tindakan kegawatdaruratan kebidanan sesuai kewenangan.

Sasaran Kebidanan komunitas

1. Ibu: Pranikah, prakonsepsi, kehamilan, persalinan, nifas, masa interval, menopause
2. Anak: Meningkatkan kesehatan janin dalam kandungan, bayi, balita, prasekolah, dan anak usia sekolah
3. Keluarga: Pelayanan ibu dan anak termasuk kontrasepsi, pemeliharaan anak, pemeliharaan ibu sesudah persalinan, perbaikan gizi, imunisasi
4. Kelompok penduduk: Kelompok penduduk rumah kumuh, daerah terisolir, daerah tidak terjangkau
5. Masyarakat: Dari satuan masyarakat terkecil sampai masyarakat keseluruhan : remaja, calon ibu, kelompok ibu

Ruang lingkup kebidanan komunitas

1. Promotif (peningkatan kesehatan): informasi tentang imunisasi pada ibu-ibu yang memiliki bayi, penyuluhan tentang kesehatan ibu hamil, informasi tentang tanda bahaya kehamilan, ASI eksklusif.
2. Preventif (pencegahan penyakit): imunisasi terhadap bayi dan anak balita serta ibu hamil, pemberian tablet Fe, pemeriksaan kehamilan, nifas, posyandu untuk penimbangan dan pemantauan kesehatan balita
3. Kuratif (pemeliharaan dan pengobatan: perawatan payudara yang mengalami masalah, perawatan bayi, balita, dan anak sakit dirumah, rujukan bila diperlukan.
4. Rehabilitatif (pemulihan kesehatan): latihan fisik pasca ibu bersalin, pemberian gizi ibu nifas, mobilisasi dini pada ibu pasca salin

5. Resosiantitatif: menggerakkan individu–masyarakat kelingkungan masyarakatnya seperti dasawisma, desa siaga, tabulia, membuat masyarakat untuk melakukan suatu program dalam bidang kesehatan yang dilakukan oleh masyarakat itu sendiri untuk meningkatkan kesehatan masyarakat tersebut.

Filosofi Kebidanan Komunitas

Pengertian filosofi secara umum adalah ilmu yang mengkaji tentang akal budi mengenai hakikat yang ada. Filosofi Kebidanan adalah keyakinan atau pandangan hidup bidan yang digunakan sebagai kerangka pikir dalam memberikan asuhan kebidanan.

Menurut KEPMENKES 369/MENKES/SK/II/2007

1. **Keyakinan tentang kehamilan dan persalinan.** Hamil dan bersalin merupakan suatu proses alamiah dan bukan penyakit.
2. **Keyakinan tentang Perempuan.** Setiap perempuan adalah pribadi yang unik mempunyai hak, kebutuhan, keinginan masing-masing. Oleh sebab itu perempuan harus berpartisipasi aktif dalam setiap asuhan yang diterimanya.
3. **Keyakinan fungsi Profesi dan manfaatnya.** Fungsi utama profesi bidan adalah mengupayakan kesejahteraan ibu & bayinya, proses fisiologis harus dihargai, didukung dan dipertahankan. Bila timbul penyulit, dapat menggunakan teknologi tepat guna dan rujukan yang efektif, untuk memastikan kesejahteraan perempuan & janin/bayinya.
4. **Keyakinan tentang pemberdayaan perempuan dan membuat keputusan.** Perempuan harus diberdayakan untuk mengambil keputusan tentang kesehatan diri dan keluarganya melalui komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) dan konseling.

Pengambilan keputusan merupakan tanggung jawab bersama antara perempuan, keluarga & pemberi asuhan.

5. **Keyakinan tentang tujuan Asuhan.** Tujuan utama asuhan kebidanan untuk menyelamatkan ibu dan bayi (mengurangi kesakitan dan kematian). Asuhan kebidanan berfokus pada pencegahan, promosi kesehatan yang bersifat holistik, diberikan dengan cara yang kreatif & fleksibel, suportif, peduli; bimbingan, monitor dan pendidikan berpusat pada perempuan; asuhan berkesinambungan, sesuai keinginan & tidak otoriter serta menghormati pilihan perempuan
6. **Keyakinan tentang Kolaborasi dan Kemitraan.** Praktik kebidanan dilakukan dengan menempatkan perempuan sebagai partner dengan pemahaman holistik terhadap perempuan, sebagai satu kesatuan fisik, psikis, emosional, sosial, budaya, spiritual serta pengalaman reproduksinya. Bidan memiliki otonomi penuh dalam praktiknya yang berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya.
7. **Sebagai Profesi bidan mempunyai pandangan hidup Pancasila,** seorang bidan menganut filosofis yang mempunyai keyakinan didalam dirinya bahwa semua manusia adalah makhluk bio-psiko-sosio-kultural dan spiritual yang unik merupakan satu kesatuan jasmani dan rohani yang utuh dan tidak ada individu yang sama.
8. **Bidan berkeyakinan bahwa setiap individu berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman dan memuaskan sesuai dengan kebutuhan dan perbedaan kebudayaan.** Setiap individu berhak menentukan nasib sendiri dan mendapatkan informasi yang cukup dan untuk berperan disegala

aspek pemeliharaan kesehatannya **Setiap individu berhak untuk dilahirkan secara sehat**, untuk itu maka setiap wanita usia subur, ibu hamil, melahirkan dan bayinya berhak mendapat pelayanan berkualitas. **Pengalaman melahirkan anak merupakan tugas perkembangan keluarga**, yang membutuhkan persiapan sampai anak menginjak masa-masa remaja. Keluarga-keluarga yang berada di suatu wilayah/daerah membentuk masyarakat kumpulan dan masyarakat Indonesia terhimpun didalam satu kesatuan bangsa Indonesia. Manusia terbentuk karena adanya interaksi antara manusia dan budaya dalam lingkungan yang bersifat dinamis mempunyai tujuan dan nilai-nilai yang terorganisir.

Beberapa keyakinan yang mendasari praktek kebidanan komunitas: Pelayanan kesehatan sebaiknya tersedia dapat dijangkau dan dapat diterima semua orang, Penyusunan kebijakan seharusnya melibatkan penerimaan pelayanan dalam hal ini komunitas, Bidan sebagai pemberi pelayanan dan klien sebagai penerima perlu menjalin kerjasama yang baik, dan Kesehatan merupakan tanggung jawab setiap orang. Falsafah kebidanan komunitas, yaitu: Manusia, Kesehatan, Lingkungan, dan Kebidanan.

Sejarah Kebidanan Komunitas



Gambar 1. Sejarah Kebidanan Komunitas

Masalah dalam Kebidanan Komunitas

Kematian Ibu dan Bayi

Kematian ibu adalah kematian yang terjadi pada ibu selama masa kehamilan atau dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tanpa melihat usia dan lokasi kehamilan, oleh setiap penyebab yang berhubungan dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya tetapi bukan oleh kecelakaan atau incidental (faktor kebetulan). AKI tersebut sudah jauh menurun, namun masih jauh dari target yang diharapkan. Sedangkan untuk target SDGs AKI yaitu sebesar 70/100.000 KH.

Kematian bayi adalah kematian yang terjadi saat setelah bayi lahir sampai bayi belum berusia tepat 1 tahun. Berdasarkan perhitungan BPS tahun 2007 sebesar

27/1000 kelahiran hidup. Adapun target AKB pada SDG's 2030 sebesar 12/1000 kelahiran hidup.

Unsafe Abortion

Unsafe Abortion adalah pengguguran kandungan yang dilakukan dengan tindakan yang tidak steril serta tidak aman, secara medis. Peran bidan dalam menangani *unsafe abortion* adalah memberikan penyuluhan pada klien tentang efek-efek yang ditimbulkan dari tindakan *unsafe abortion*. Jika terminasi kehamilan dilakukan secara illegal maka akan mengakibatkan perdarahan, trauma, infeksi dengan mortalitasnya 1/3 AKI serta adanya kerusakan fungsi alat reproduksi. Dampak jangka panjang dari terminasi kehamilan yang illegal adalah PID/penyakit radang panggul yang menahun, infertilitas dan kehamilan ektopik terganggu/KET.

Infeksi Menular Seksual

Infeksi menular seksual berhubungan dengan keadaan akut, kronik dan kondisi-kondisi lain yang berhubungan dengan kehamilan, seperti Gonore, Chlamidia, Sifilis, Herpes kelamin, Trichomoniasis, HIV/AIDS. Bidan harus dapat memberikan asuhan kepada masyarakat terkait dengan infeksi menular seksual, dan perlu memperhatikan semua jenis infeksi saluran reproduksi, sehingga dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Masalah-masalah lain yang berhubungan dengan sosial budaya masyarakat adalah:

Sosial budaya yang ada di masyarakat memberi 2 pengaruh pada masyarakat tersebut yaitu : pengaruh negatif dan positif. Sosial budaya masyarakat yang bersifat positif antara lain: rasa kekeluargaan dan semangat gotong royong, mengutamakan musyawarah

dalam mengambil keputusan. Rasa tolong menolong/perasaan senasib sepenanggungan. Sosial budaya masyarakat yang bersifat negatif antara lain: Membuang sampah sembarangan sehingga timbul daerah kumuh, Penyalahgunaan obat-obatan, Industri-industri yang tidak memperhatikan pembuangan limbah yang baik, dan Wanita pekerja yang tidak dapat merawat anaknya dengan baik.

Kehamilan Remaja

Arus informasi menuju globalisasi mengakibatkan perubahan perilaku remaja yang makin menerima hubungan seksual sebagai cerminan fungsi rekreasi. Akibatnya, terjadi peningkatan kehamilan yang tidak dikehendaki atau terjadi penyakit menular seksual. Fungsi seksual, yaitu untuk prokreasi (mendapatkan keturunan), rekreasi (untuk kenikmatan), relasi (hubungan kekeluargaan), dan bersifat institusi (kewajiban suami untuk istrinya). Hubungan seksual remaja merupakan masalah besar dalam disiplin ilmu kedokteran (andrologi, seksologi, penyakit kulit dan kelamin, kebidanan, dan kandungan). Langkah-langkah untuk mengendalikan masalah kehamilan remaja adalah sebagai berikut

1. Sebelum terjadi kehamilan
 - a. Menjaga kesehatan reproduksi dengan cara melakukan hubungan seksual yang bersih dan aman.
 - b. Menghindari multipartner.
 - c. Menggunakan alat kontrasepsi, seperti kondom, pil, dan suntikan sehingga terhindar dari kehamilan yang tidak diinginkan.
 - d. Memberikan pendidikan seksual sejak dini.

- e. Meningkatkan iman dan taqwa kepada Tuhan YME sesuai ajaran agama masing-masing.
 - f. Segera setelah hubungan seksual menggunakan KB darurat penginduksi haid atau misoprostol dan lainnya.
2. Setelah terjadi kehamilan. Setelah terjadi konsepsi sampai nidasi, persoalannya makin sulit karena secara fisik hasil konsepsi dan nidasi mempunyai beberapa ketetapan sebagai berikut.
- a. Hasil konsepsi dan nidasi mempunyai hak untuk hidup dan mendapatkan perlindungan.
 - b. Hasil konsepsi dan nidasi merupakan zigot yang mempunyaipotensi untuk hidup.
 - c. Hasil konsepsi dan nidasi nasibnya ditentukan oleh ibu yang mengandung.
 - d. Hasil konsepsi dan nidasi mempunyai landasan moral yang kuat karena potensinya untuk tumbuh kembang menjadi generasi yang didambakan setiap keluarga.

Berdasarkan pertimbangan tersebut langkah yang dapat diambil antara lain :

- 1) Membiarkan tumbuh kembang janin sampai lahir, sekalipun tanpa ayah yang jelas dan selanjutnya menjadi tanggung jawab Negara. Pasangan dinikahkan sehingga bayi yang lahir mempunyai keluarga yang sah. Di lingkungan Negara yang dapat menerima kehadiran bayi tanpa ayah, pihak perempuan memeliharanya sebagai anak secara lazim.
- 2) Dapat dilakukan terminasi kehamilan dengan berbagai teknik sehingga keselamatan remaja dapat terjamin untuk menyongsong

kehidupan normal sebagaimana mestinya. Undang-undang kesehatan yang mengatur gugur kandungan secara legal, yaitu nomor 23 tahun 1992.

3. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Istilah premature telah diganti menjadi berat badan lahir rendah (BBLR) oleh WHO sejak 1960, hal ini karena tidak semua bayi dengan berat badan <2500 gram adalah bayi premature. Pada kongres *European Perinatal Medicine II* di London (1970) dibuat keseragaman definisi, yaitu sebagai berikut :

- a. Bayi kurang bulan: bayi dengan masa kehamilan kurang dari 37minggu (259) hari.
- b. Bayi cukup bulan: bayi dengan masa kehamilan mulai 37-42minggu (259-293 hari).
- c. Bayi lebih bulan: bayi dengan masa kehamilan mulai 42 mingguatau lebih (>294 hari)

BBLR adalah bayi baru lahir yang berat badannya kurang dari 2500 gram. Menurut Depkes RI (1996), bayi berat lahir rendah ialah bayi yang lahir dengan berat 2500 gram atau kurang tanpa memperhatikan usia kehamilan.

Penanganan bayi berat lahir rendah meliputi hal-hal berikut :

- 1) Mempertahankan suhu dengan ketat.
- 2) Mencegah infeksi. Karena BBL sangat rentan terkena infeksi. Contoh mencuci tangan sebelum memegang bayi.
- 3) Pengawasan nutrisi dan ASI. Refleks menelan pada bayi denganBBLR belum sempurna.

- 4) Penimbangan ketat. Sebagai cara memantau status gizi/nutrisi bayi dan erat kaitannya dengan daya tahan tubuh.

Kegiatan dalam Pelayanan Kebidanan Komunitas

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, meliputi program pelayanan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, ibu dengan komplikasi kebidanan, dan keluarga berencana, bayi baru lahir, bayi baru lahir dengan komplikasi, bayi, dan balita. Definisi dan kegiatan PWS tersebut sama dengan definisi surveilans.

Daftar Pustaka

- KEPMEKES RI No. 1529 tahun 2010 “Pedoman umum pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif”.
- Syafrudin dkk. 2009. *Kebijakan Komunitas*. Jakarta: EGC.
- Green, E.C. 1986. *Practicing Development Anthropology*. Boulder and London: Westview
- Leonard Seregar. 2002. *Antropologi dan Konsep Kebudayaan*.
- Jayapura : Universitas Cendrawasih Press
- Masinambow, E.K.M (Ed) 1997 *Koentjaraningrat dan Antropologi di Indonesia*, Jakarta: Asosiasi Antropologi Indonesia dan Yayasan Obor Indonesia.
- Rhoades, R.E. 1986. *Breaking New Ground: Agricultural Anthropology*. Dalam: Green Ed.
- Suparlan, Pasurdi. 1995. *Antropologi dalam Pembangunan*. Jakarta: UI Press
- Kemenkes RI. 2010. *Pedoman pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS-KIA)*. Jakarta

Profil Penulis



Yati Purnama,S.ST.,M.Kes

Lahir di Sape pada tanggal 20 mei 1989, menyelesaikan D3 Kebidanan Akademi Kebidanan Muhammadiyah Makassar tahun 2011, melanjutkan pendidikan Diploma 4 Kebidanan dan berhasil menyelesaikan studi S1 di prodi D4 Kebidanan di Stikes Mega Rezky Makasar yang sekarang menjadi Universitas Mega Rezky Makassar pada tahun 2013. Dua tahun kemudian yaitu pada tahun 2015 penulis menyelesaikan studi S2 di prodi Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Kesehatan Reproduksi.

Penulis mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif melaksanakan Tri Dharma dan aktif sebagai peneliti dibidang keilmuannya. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis beberapa buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini. Atas dedikasi dan kerja keras dalam menulis buku.

Saat ini sebagai dosen tetap program studi D3 Kebidanan di Akademi Kebidanan Harapan Bunda Bima dan menjabat sebagai Ketua Unit Penelitian Dan Pengabdian Pada Masyarakat.

Email Penulis: yatipurnama768@gmail.com

KONSEP KELUARGA DAN MASALAH KESEHATAN DALAM KELUARGA

Dwi Hendriani, SKM., S.Tr.Keb., M.Kes
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Pengertian Keluarga

1. Menurut Duvall and Logan

Keluarga adalah sekumpulan orang yang memiliki hubungan kelahiran, perkawinan, dan adopsi, serta bertujuan untuk menciptakan, meningkatkan perkembangan fisik, emosional, sosial dan psikologis dalam memelihara budaya bagi anggota keluarganya.

2. Menurut Friedman

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang bersatu dalam kesatuan keintiman dan emosional serta menempatkan dirinya sebagai bagian dari keluarga tersebut.

3. Menurut Whall

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang bersatu dalam ikatan emosional dan persatuan, baik karena keturunan ataupun hukum.

4. Menurut Spredley and Allender

Keluarga adalah satu atau lebih individu yang tinggal bersama sehingga memiliki ikatan emosional dan interaksi sosial, baik dalam tugas maupun perannya.

5. Menurut Bailon and Maglaya

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena perkawinan, hubungan darah, adopsi, serta saling berinteraksi dalam peran di rumah tangga untuk menciptakan dan mempertahankan suatu budaya.

6. Khrisna

Keluarga adalah kelompok orang yang terdiri dari beberapa individu, yang terikat oleh ikatan pernikahan atau adopsi, bertujuan untuk menciptakan, meningkatkan pertumbuhan fisik, mental, emosional, dan sosial serta memelihara kebudayaan masing-masing anggota keluarganya.

Tipe Keluarga

Keluarga memerlukan layanan kesehatan dalam berbagai gaya hidup. Seiring dengan perkembangan masyarakat, jenis keluarga juga akan berkembang. Untuk melibatkan keluarga dalam meningkatkan kesehatan, maka kita perlu memahami semua tipe dalam keluarga.

1. Menurut Setyowati dan Murwani

a. Tradisional

- 1) Keluarga inti, mengacu pada keluarga (biologis dan atau adopsi) yang terdiri dari suami, istri, dan anak.
- 2) Keluarga besar, mengacu pada keluarga inti dan keluarga lain yang berhubungan dengan kerabat sedarah, seperti kakek nenek, paman bibi, dan keponakan.
- 3) Keluarga Dyad, merupakan keluarga yang terdiri dari sepasang suami istri tanpa anak.

- 4) *Single Parent/Orang Tua Tunggal*, merupakan keluarga yang terdiri dari orang tua (ayah/ibu) dan anak (dikandung/diadopsi). Perceraian atau kematian menjadi penyebab situasi tersebut.
- 5) *Single Adult/Orang Dewasa Lajang*, mengacu pada keluarga yang hanya terdiri dari satu orang dewasa, misalnya seorang dewasa yang kemudian tinggal di asrama untuk belajar atau bekerja.

b. Non Tradisional

- 1) *The Unmariesteenege Mather* (Remaja yang belum menikah)
 Keluarga yang terdiri dari satu orang dewasa, terutama ibu dengan anak dari hubungan tanpa menikah.
- 2) *The Stepparent Family*
 Keluarga dengan orang tua tiri.
- 3) *Communal Family* (Keluarga Komunal)
 Dimana dua pasangan atau lebih, tinggal dalam satu rumah dan pasangan tersebut monogami dengan anaknya dan bersama dalam penyediaan fasilitas.
- 4) *The Nonmarital Heterosexual Cohabiting Family*
 Keluarga yang hidup bersama, berganti-ganti pasangan tanpa adanya pernikahan.
- 5) *Gay and Lesbian Families*
 Keluarga yang terdiri dari pasangan yang memiliki jenis kelamin yang sama dan tinggal

dalam satu rumah sebagaimana pasangan suami istri.

6) Cohabiting Family

Orang dewasa yang tinggal dalam satu rumah tanpa adanya ikatan pernikahan, karena alasan tertentu.

7) Group Marriage Family

Beberapa orang dewasa yang telah merasa saling menikah, sehingga berbagi berbagi peralatan keluarga dan beberapa hal, termasuk seks dan pengasuhan anak.

8) Group Network Family

Beberapa keluarga inti yang dibatasi oleh aturan dan norma, hidup berdekatan serta saling berbagi peralatan/barang serta tanggung jawab dalam membesarkan anak.

9) Foster Family/Keluarga Angkat

Merupakan keluarga yang menerima anak yang tidak ada hubungan darah/keluarga untuk sementara waktu.

10) Homeless Family

Keluarga yang menerima anak yang tidak ada hubungan darah/keluarga untuk sementara waktu.

11) Geng

Bentuk keluarga yang destruktif/merusak, yang terdiri dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional, tumbuh dan berkembang di dalam lingkungan yang penuh dengan kejahatan dan kekerasan/kriminal dalam hidup mereka.

2. Menurut Marilyn M Friedman and Bowden

a. Keluarga Inti (Suami Istri)

Merupakan keluarga yang memiliki ikatan pernikahan, terdiri dari suami istri dan anak-anak, baik dari hasil perkawinan, adopsi, ataupun keduanya.

b. Keluarga Orientasi (Keluarga Asal)

Merupakan unit keluarga dimana seseorang dilahirkan.

c. Keluarga Besar

Merupakan keluarga inti dan orang yang memiliki ikatan darah, yang paling sering menjadi anggota dari keluarga orientasi adalah salah satu dari keluarga inti, misalnya kakek, nenek, bibi, paman, sepupu, dan keponakan.

Ciri-Ciri Keluarga

1. Terorganisasi, dimana anggota keluarga saling ketergantungan dan saling berhubungan.
2. Terdapat kekhususan dan perbedaan, dimana setiap anggota keluarga memiliki fungsi dan peranan masing-masing.
3. Terdapat keterbatasan, dimana anggota keluarga bebas menjalankan tugas dan fungsinya, tetapi tetap memiliki keterbatasan.

Struktur Keluarga

Struktur keluarga dapat menggambarkan pelaksanaan fungsi keluarga di dalam masyarakat. Struktur keluarga terdiri dari beberapa macam, yaitu:

1. Patrilinear

Merupakan keluarga yang terdiri dari sanak saudara yang memiliki hubungan darah dan terdiri dari beberapa generasi dari garis keturunan ayah.

2. Matrilinear

Merupakan keluarga yang terdiri dari sanak saudara yang memiliki hubungan darah dan terdiri dari beberapa generasi dari garis keturunan ibu.

3. Matrilokal

Merupakan keluarga yang terdiri dari suami istri yang tinggal bersama dengan keluarga yang sedarah dengan istri.

4. Patrilokal

Merupakan keluarga yang terdiri dari suami istri yang tinggal bersama dengan keluarga yang sedarah dengan suami.

5. Keluarga kawin

Merupakan hubungan sepasang suami istri sebagai pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian dari keluarga karena ada hubungan dengan suami atau istri.

Konsep Peran Keluarga

Peran individu didalam keluarga terjadi atas dasar pola perilaku dan harapan dari keluarga, kelompok, dan masyarakat. Peran keluarga merupakan gambaran seperangkat perilaku interpersonal, meliputi sifat dan kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam situasi dan posisi tertentu.

Peran keluarga diklasifikasikan menjadi dua kategori, yaitu:

1. Menurut Friedman

a. Peran Formal

Peran formal adalah peran eksplisit yang termasuk didalam struktur peran keluarga. Peran formal dibagi menjadi delapan peran, yang terdiri dari:

- 1) Peran provider (penyedia)
- 2) Peran pengatur rumah tangga
- 3) Peran perawatan anak
- 4) Peran sosialisasi anak
- 5) Peran rekreasi
- 6) Peran seksual
- 7) Peran persaudaraan (kindship)
- 8) Peran terapeutik (memenuhi kebutuhan afektif)

b. Peran Informal

Peran informal bersifat tidak terlihat dan diharapkan dapat memenuhi kebutuhan emosional dan menjaga keseimbangan keluarga. Peran informal terdiri dari:

- 1) Peran pendorong
- 2) Pioner keluarga
- 3) Peran pendamai
- 4) Peran pengharmonis
- 5) Peran pengasuh keluarga
- 6) Peran penghibur
- 7) Peran perantara keluarga
- 8) Peran inisiator-kontributor

2. Menurut Effendi

a. Peranan Ayah

Ayah merupakan suami dari istri dan anak-anaknya memiliki peran sebagai pemimpin/kepala keluarga, pelindung, pencari nafkah dan menyediakan kebutuhan, sebagai pendidik, sebagai partner ibu, sebagai teman, pemberi rasa aman, pemberi semangat, serta sebagai anggota dari kelompok sosial dan anggota keluarga dari masyarakat di lingkungannya.

b. Peranan Ibu

Ibu merupakan istri dari suami dan anak-anaknya memiliki peran dalam mengurus rumah tangga sebagai pelindung, pengasuh, pendidik dan penjaga anak-anaknya, partner ayah, manajer keluarga, pengatur keuangan, memberikan teladan, sebagai anggota dari kelompok sosial serta anggota keluarga dari masyarakat di lingkungannya.

c. Peranan Anak

Anak-anak melaksanakan peranan secara psiko sosial sesuai dengan tingkatan perkembangan fisik, sosial, maupun spiritual. Anak juga berperan memberikan kebahagiaan, keceriaan dalam keluarga, menjaga nama baik keluarga, serta berperan dalam menjaga dan mengasuh orang tuanya.

Fungsi Keluarga

1. Menurut Friedmann

a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif merupakan fungsi dimana dalam suatu rumah tangga saling mengasuh dan memberikan cinta, serta fungsi emosional yang sangat berguna dalam pemenuhan kebutuhan psikososial. Fungsi afektif berkaitan dengan fungsi internal keluarga dan merupakan basis kekuatan di dalam keluarga, serta berguna dalam pemenuhan kebutuhan psiko sosial. Komponen yang perlu dipenuhi keluarga dalam melaksanakan fungsi afektif adalah:

- 1) Saling mengasuh, saling peduli, cinta kasih, saling menghargai dan menerima, kehangatan, saling mendukung antar anggota keluarga, mendapatkan cinta dan dukungan dari anggota keluarga lainnya. Jika kemampuannya untuk memberikan cinta meningkat, maka akan mampu menjalin hubungan yang suportif dan hangat, sebagai modal dasar dalam membangun relasi dengan orang lain diluar keluarga/komunitas.
- 2) Ikatan dan identifikasi ikatan keluarga, yang dimulai sejak pasangan sepakat untuk memulai hidup baru. Ikatan antar anggota keluarga dikembangkan melalui proses identifikasi positif sehingga anak dapat mengikuti contoh perilaku positif dari kedua orang tuanya.

3) Saling menghargai, menghormati, mengakui keberadaan dan hak dari setiap anggota keluarga, serta selalu mempertahankan suasana/iklim yang positif sehingga fungsi afektif dan fungsi emosional akan bisa terwujud.

b. Fungsi Sosialisasi

Keluarga merupakan tempat individu untuk belajar bersosialisasi dengan lingkungan sekitarnya. Sosialisasi dimulai sejak manusia dilahirkan dan keluarga merupakan tempat dimana individu belajar bersosialisasi. Keberhasilan perkembangan individu dan keluarga dicapai melalui hubungan dan interaksi antar anggota keluarga yang terlihat dalam proses sosialisasi.

c. Fungsi Reproduksi

Keluarga memiliki fungsi untuk meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia melalui perkawinan yang sah, dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan biologis pada pasangan serta membentuk keluarga dan meneruskan kelangsungan keturunan sumber daya manusia.

d. Fungsi Ekonomi

Keluarga memiliki fungsi untuk memenuhi segala kebutuhan finansial seluruh anggota keluarga, seperti pemenuhan kebutuhan akan makanan, tempat tinggal dan pakaian. Penghasilan yang seimbang mampu mencegah agar tidak muncul permasalahan ekonomi yang dapat berujung pada perceraian.

e. Fungsi Perawatan Kesehatan

Keluarga berfungsi untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan merawat anggota keluarga yang sakit. Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan sangat mempengaruhi status kesehatan keluarga. Kesanggupan keluarga dalam melaksanakan pemeliharaan kesehatan terlihat dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakannya. Keluarga yang mampu melaksanakan tugas kesehatan dengan baik, berarti dianggap mampu menyelesaikan masalah kesehatan.

2. Menurut Allender and Spardley

a. *Affection*

- 1) Menambahkan anggota baru (anak)
- 2) Perkembangan kehidupan dan kebutuhan seksual
- 3) Menciptakan persaudaraan dan memelihara kasih sayang

b. *Security and Acceptance*

- 1) Memenuhi kebutuhan fisik
- 2) Menerima individu sebagai anggota

Identity and Satisfaction

- 1) Mengembangkan peran dan citra diri
- 2) Tetap dan mempertahankan motivasi
- 3) Menentukan Tingkat sosial dan kepuasan aktivitas

- c. *Affiliation and Companionship*
 - 1) Mengembangkan metode komunikasi
 - 2) Mempertahankan hubungan yang harmonis
- d. *Socialization*
 - 1) Memahami nilai dan perilaku serta budaya
 - 2) Pedoman atau aturan untuk membebaskan anggota keluarga dalam hubungan internal dan eksternal
- e. *Control*
 - 1) Pembagian kerja
 - 2) Pertahankan control sosial
 - 3) Penempatan dan penggunaan sumber daya yang ada

Proses dan Strategi Koping Keluarga

1. Stressor Jangka Pendek dan Jangka Panjang
 - a. Stressor Jangka Pendek
Yaitu stressor yang memerlukan penyelesaian dalam waktu sekitar 6 bulan.
 - b. Stressor Jangka Panjang
Yaitu stressor yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan.
2. Kemampuan Keluarga Berespon Terhadap Masalah
Merupakan respon keluarga terhadap situasi atau stressor yang dihadapi.
3. Strategi Koping Keluarga
 - a. Strategi yang digunakan oleh keluarga ketika menghadapi suatu permasalahan.

b. Strategi Koping Keluarga Internal

- 1) Pengendalian kelompok keluarga
- 2) Humor
- 3) Pengungkapan masalah bersama
- 4) Mengontrol arti dan makna masalah
- 5) Penyelesaian masalah bersama
- 6) Fleksibilitas peran
- 7) Menormalkan

c. Strategi Koping Keluarga Eksternal

4. Strategi Adaptasi Disfungsional

Strategi adaptasi disfungsional merupakan strategi yang digunakan keluarga apabila menghadapi permasalahan.

Karakteristik Keluarga Sehat

Keluarga dapat berfungsi secara optimal, ditandai dengan:

1. Dapat menunjukkan Tingkat kemampuan dalam bernegosiasi jika menghadapi masalah dalam keluarga secara terus menerus.
2. Dapat mengungkapkan perasaan, kepercayaan, dan kepercayaan dengan terbuka, jelas, dan spontan.
3. Dapat menghargai perasaan anggota keluarga.
4. Dapat memotivasi otonomi anggota di dalam keluarga.
5. Dapat menunjukkan perilaku afiliatif atau kedekatan dan kehangatan sesama keluarga.
6. Anggota keluarga mampu bertanggung jawab atas tindakan yang telah dilakukannya.

Tugas Keluarga dalam Menanggulangi Masalah Kesehatan

Secara umum keluarga mampu melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga, yaitu:

1. Mengenal masalah keluarga
2. Memutuskan Tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga
3. Melakukan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut:
 - a. Keadaan penyakit
 - b. Sumber-sumber yang ada di dalam keluarga
 - c. Sikap keluarga terhadap yang sakit
 - d. Keberadaan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan anggota keluarga yang sakit
 - e. Sifat dan perkembangan yang diperlukan untuk perawatan anggota keluarga yang sakit
4. Memodifikasi lingkungan rumah yang sehat, dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut:
 - a. Sumber-sumber keluarga yang dimiliki
 - b. Manfaat pemeliharaan lingkungan
 - c. Pentingnya hygiene sanitasi
 - d. Upaya pencegahan penyakit
 - e. Sikap dan pandangan keluarga
 - f. Kekompakan antara anggota keluarga
5. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat, dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut:
 - a. Keberadaan fasilitas kesehatan

- b. Keuntungan-keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan
- c. Tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan
- d. Pengalaman yang kurang baik terhadap petugas dan fasilitas kesehatan
- e. Fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga

Tugas Keluarga dalam Pemeliharaan Kesehatan

1. Setelah mengetahui masalah kesehatan masing-masing anggota keluarga, perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga.
2. Buat keputusan untuk mengambil tindakan yang tepat bagi keluarga, dengan tujuan untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, memberikan pertimbangan penuh kepada keluarga yang memiliki kemampuan dalam memutuskan tindakan keluarga, serta segera mengambil Tindakan yang tepat untuk mengurangi masalah kesehatan,
3. Mudah untuk merawat anggota keluarga yang sakit atau tidak mampu mengurus dirinya sendiri karena usia atau cacat.
4. Mengubah lingkungan keluarga, misalnya tentang pentingnya kebersihan keluarga, upaya lingkungan peduli keluarga, upaya pencegahan penyakit keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam mengelola lingkungan internal dan eksternal keluarga.

5. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan.

Daftar Pustaka

- Harris, C, et.al. (2020). Family environment and schoo; engagement: An Investigation of cross-lagged effect. *Journal of Adolescence*: 84, 171-179, doi:10.1016/j.adolescence.2020.08
- Hayati, W, et.al. (2020). Dukungan Keluarga Dapat Memotivasi Pasien Pasca Stroke Dalam Melakukan Latihan Fisioterapi di Aceh. *Idea Nursing Journal*. XI (1). 50-53
- Russell, L. (2020). Capturing Family Complexity in Family Nursing Research and Practice. *Journal of Family Nursing*: 26 (4), 287-293, <https://doi.org/10.1177/1074840720965396>
- Salamung, N, et.al. (2021). *Keperawatan Keluarga (Family Nursing)*. Duta Media Publishing

Profil Penulis



Dwi Hendriani, SKM., S.Tr.Keb., M.Kes

Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan dimulai pada tahun 1996 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Perawat Kesehatan di SPK Depkes Samarinda pada tahun 1996 dan melanjutkan studi ke Diploma III Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur, dilanjutkan ke jenjang Sarjana Terapan Kebidanan. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi S1 Kesehatan Masyarakat Peminatan Promosi Kesehatan/PKIP di Universitas Widya Gama Mahakam pada tahun 2007. Selanjutnya pada tahun 2013, penulis menyelesaikan studi S2 Kesehatan Masyarakat Peminatan Promosi Kesehatan di Universitas Hasanuddin Makassar.

Terhitung bulan Desember 2018 penulis bergabung di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur. Selain itu penulis juga tergabung dalam organisasi Perkumpulan Promotor dan Pendidik Kesehatan Masyarakat Indonesia (PPPKMI), Asosiasi Dosen Indonesia (ADI), organisasi Ikatan Bidan Indonesia (IBI), serta Asosiasi Pendidikan Kebidanan Indonesia (AIPKIND). Sebagai dosen, penulis aktif sebagai peneliti dibidang ilmunya serta menulis Buku dan Modul sebagai Luaran Hasil Penelitian dan Pengabdian Masyarakat, dan sudah terdaftar pada Direktorat Jenderal Kekayaan Intelektual Kementerian Hukum dan HAM RI, dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi perkembangan ilmu kesehatan serta bagi bangsa dan negara yang tercinta ini.

Email Penulis: dwihendriani@gmail.com

JARINGAN KERJA KEBIDANAN DI KOMUNITAS

Indah Julianti, SST, M.Kes

Penyuluh Kesehatan Ahli Madya UPTD Puskesmas
Sekar Jaya Kabupaten OKU

Konsep Jaringan Kerja Kebidanan di Komunitas

Jaringan Kerja merupakan salah satu analisis Teknik Riset Operasional yang berhubungan dengan Manajemen kombinasi kegiatan-kegiatan yang saling berkaitan, yang harus dilakukan dalam urutan tertentu sebelum keseluruhan tugas dapat diselesaikan. Urutan kegiatan-kegiatan tersebut dilakukan secara logis, yaitu mulai dari pelaksanaan satu kegiatan sampai dengan kegiatan lainnya diselesaikan. Teknik analisis jaringan kerja yang dikembangkan dipergunakan dalam perencanaan, penjadwalan, dan pengendalian suatu kegiatan.

Berdasarkan manajemen suatu pelaksanaan proyek atau kegiatan menurut Istimawan Dipohusodo (1996) jaringan kerja adalah cara grafis untuk menggambarkan kegiatan-kegiatan dan kejadian yang diperlukan untuk mencapai harapan suatu kegiatan. Jaringan kerja menunjukkan susunan logis antar kegiatan, hubungan timbal balik proses hingga waktu penyelesaian kegiatan, dan berguna dalam merencanakan urutan kegiatan-kegiatan yang saling tergantung dihubungkan dengan waktu penyelesaian yang diperlukan. Jaringan kerja juga sangat membantu untuk menentukan kegiatan-kegiatan yang paling mendesak atau kritis dan pengaruh

keterlambatan dari suatu kegiatan terhadap waktu penyelesaian seluruh kegiatan.

Menurut Iman Soeharto (1995) dari segi penyusunan jadwal jaringan kerja merupakan penyempumaan metode, karena dapat memberi pemecahan jawaban permasalahan dari metode mengenai lama perkiraan kurun waktu penyelesaian proyek. Penentuan kegiatan-kegiatan dan pengaruh keterlambatan terhadap sasaran jadwal penyelesaian proyek secara menyeluruh.

Jaringan kerja tidak hanya digunakan dalam layanan manajemen bisnis atau suatu perusahaan. Dalam pelayanan kesehatan masyarakat untuk mencapai tujuan kesehatan yang optimal dibutuhkan jaringan yang tertata dan professional sehingga tujuan kesehatan masyarakat dapat tercapai. Salah satu unsur pelayanan kesehatan masyarakat dilakukan oleh bidan komunitas dalam praktik bidan.

Praktik bidan adalah suatu perwujudan dari kewenangan bidan dalam melakukan tugasnya melayani pasien merupakan suatu kegiatan kebidanan komunitas sebagai praktik kerja yang dikelola oleh bidan sendiri sesuai dengan kewenangannya. Dalam kegiatan praktik ini, bidan dapat dibantu oleh tenaga kesehatan lainnya.

Kebidanan komunitas merupakan konsep dasar bidan dalam melayani keluarga dan masyarakat di wilayah tertentu. Kebidanan komunitas adalah bidan yang melayani keluarga dan masyarakat di luar rumah sakit. Di dalam konsep tersebut tercakup berbagai unsur. Unsur - unsur tersebut adalah bidan sebagai pelaksana pelayanan, pelayanan kebidanan, dan komunitas sebagai sarana pelayanan, ilmu dan teknologi kebidanan, serta factor yang mempengaruhi

seperti lingkungan, masing- masing unsur memiliki karekteristik.

Langkah Kerja Kebidanan Komunitas Bersama Jaringan

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

Dalam pelayanan kesehatan bidan komunitas melaksanakan kegiatan berdasarkan langkah-langkah prinsip kegiatan yang dilakukan berdasarkan jaringan memiliki sejumlah layanan kesehatan dengan hubungan ketergantungan yang kompleks dalam setiap jaringan



**Bidan Komunitas Bersama Jaringan
Menyusun langkah pelayanan kesehatan**

Langkah prinsip pelayanan kesehatan bidan komunitas bersama jaringan:

1. Langkah pertama

Mengkaji dan mengidentifikasi tugas dan fungsi bidan komunitas terhadap jaringan, menguraikan atau memecahkannya menjadi kegiatan-kegiatan/kelompok kegiatan pelayanan kebidanan di komunitas.

Bidan yang bekerja di desa mempunyai wilayah kerja atau wilayah pelayanan. Masyarakat yang berada di dekat tempat aktivitas bidan merupakan sasaran utama pelayanan kebidanan komunitas mendorong bidan bekerja aktif, tidak menunggu pasien datang ketempat 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.

2. Langkah kedua

Menyusun komponen-komponen tugas dan fungsi bidan komunitas, menjadi mata rantai dengan urutan sesuai dengan logika ketergantungan. Komponen tersebut dapat terbentuk dari kesepakatan, kerangka acuan kerja, standar operasional prosedur. Konsep kebidanan terdiri dari beberapa komponen yang membentuk suatu konsep kebidanan komunitas. unsur- unsur yang tercakup dalam kebidanan komunitas adalah bidan, pelayanan kebidanan, sasaran pelayanan, lingkungan dan pengetahuan, serta teknologi.

Kebidanan komunitas adalah pelayanan kebidanan professional yang ditujukan kepada masyarakat dengan penekanan pada kelompok resiko tinggi, dengan upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan, menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan kebidanan.

3. Langkah ketiga

Memberikan perkiraan kurun waktu bagi masing-masing kegiatan yang dihasilkan dari penguraian lingkup kegiatan hingga penyusunan jadwal pelaksanaan kegiatan.

Ciri kebidanan komunitas adalah menggunakan populasi sebagai unit analisis. Populasi dapat kelompok sasaran (jumlah perempuan, jumlah kepala keluarga, jumlah laki-laki, jumlah neonates, jumlah balita) dalam area yang dapat ditentukan sendiri oleh bidan. Analisis situasi merupakan proses sistematis untuk melihat fakta, data atau kondisi yang ada dalam suatu lingkup wilayah.

4. Langkah ke empat

Melakukan evaluasi dan monitoring setiap kegiatan bersama jaringan jika ditemukan kendala maupun kemungkinan gangguan keberhasilan dari tujuan kegiatan pelayanan kesehatan secara bersama-sama dengan jaringan.

Kebidanan komunitas memberi perhatian terhadap pengaruh factor lingkungan meliputi fisik, biologis, psikologis, social, kultural, dan spiritual terhadap kesehatan masyarakat dan memberi prioritas pada

strategi pencegahan, peningkatan dan pemeliharaan kesehatan. Kebidanan komunitas didasarkan pada asumsi berikut. System pelayanan kesehatan bersifat kompleks. Pelayanan kesehatan primer, sekunder, dan tersier merupakan komponen system pelayanan kesehatan. Kebidanan merupakan subsistem pelayanan kesehatan, hasil pendidikan dan penelitian yang melandasi praktik. Focus utama adalah pelayanan kesehatan primer sehingga kebidanan komunitas perlu dikembangkan di tatanan pelayanan kesehatan utama.

5. Langkah kelima

Bila semua langkah diatas telah diselesaikan melakukan dokumentasi dan pelaporan, menyusun inovasi dan langkah-langkah lebih efektif dan efisien dalam pelayanan kebidanan komunitas bersama jaringan.

Kebidanan komunitas perlu dikembangkan di tatanan pelayanan kesehatan dasar yang melibatkan komunitas secara aktif dan sesuai keyakinan komunitas. Beberapa keyakinan yang mendasari praktik kebidanan komunitas adalah Pelayanan kesehatan sebaiknya tersedia, dapat dijangkau, dan dapat diterima semua orang. Penyusunan kebijakan seharusnya melibatkan penerima pelayanan, dalam hal ini komunitas. idan sebagai pemberi pelayanan dan klien sebagai penerima pelayanan perlu menjalin kerja sama yang baik. Lingkungan dapat mempengaruhi kesehatan komunitas, baik yang mendukung maupun menghambat sehingga hal ini perlu diantisipasi. Pencegahan penyakit dilakukan dalam upaya meningkatkan kesehatan. Kesehatan merupakan tanggung jawab setiap orang.

Jaringan Kerja Bidan di Komunitas

Beberapa jaringan kerja bidan di komunitas yaitu Puskesmas/ Puskesmas Pembantu, Polindes, Posyandu, BPS, Rumah pasien, Dasa Wisma, PKK. (Syahlan, 1996 : 235)

Di puskesmas bidan berperan sebagai anggota tim, bidan diharapkan dapat mengenali kegiatan yang akan dilakukan, mengenali dan menguasai fungsi dan tugas masing – masing, selalu berkomunikasi dengan pimpinan dan anggota lainnya, serta memberi dan menerima saran serta turut bertanggung jawab atas keseluruhan kegiatan tim dan hasilnya.

Di Polindes, Posyandu, BPS dan rumah pasien, bidan merupakan pimpinan tim/ leader di mana bidan diharapkan mampu berperan sebagai pengelola sekaligus pelaksana kegiatan kebidanan di komunitas.

Untuk itu bekerjasama dalam tim menjadi sangat penting, dengan demikian bidan sebagai pimpinan tim diharapkan mampu sebagai pengelola dan sekaligus pelaksana kegiatan kebidanan di komunitas, sehingga diperlukan kerjasama lintas program dan lintas sektor. Tujuannya adalah meningkatkan koordinasi dan komunikasi serta meningkatkan kemampuan bersama dalam menanggulangi masalah kesehatan dan memaksimalkan manfaat semua pihak. Jaringan kerjasama yang dilaksanakan di dalam satu instansi misalnya imunisasi, pemberian tablet FE, vitamin A, Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dan sebagainya. Sedangkan kerjasama lintas sektor (yang melibatkan intitusi luar) misalnya melalui BIAS (Bulan Imunisasi Anak Sekolah), PAUD dan sebagainya.

Cara kerja di Puskesmas dilakukan dengan mengoordinasikan pelayanan kesehatan primer berdasarkan siklus hidup dan tidak lagi berbasis program. Kepala Puskesmas akan menetapkan pembagian seluruh petugas Puskesmas ke dalam klaster-klaster dan menetapkan struktur organisasi Puskesmas berdasarkan pembagian klaster, yaitu:

1. Klaster 1 : Manajemen
2. Klaster 2 : Ibu dan Anak
3. Klaster 3 : Usia Dewasa dan Lanjut Usia
4. Klaster 4 : Penanggulangan Penyakit Menular
5. Lintas Klaster



Pelayanan Bidan Komunitas dalam Klaster jaringan Masing-masing klaster minimal terdiri atas penanggung jawab (PJ) dan anggota. Bidan Komunitas dalam layanan kesehatan terlibat disetiap klaster berdasarkan peran dan fungsi jaringan. Dalam setiap klaster terdapat minimal 1 orang bidan termasuk bidan komunitas.

Bidan Komunitas dalam Integrasi Layanan Primer pada Jaringan

Pelayanan Kesehatan Primer dilakukan dengan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif, didukung inovasi dan pemanfaatan teknologi. Badan Kesehatan Dunia (WHO) merekomendasikan pendekatan Primary Health Care (PHC) melalui 3 (tiga) strategi utama yaitu integrasi pelayanan kesehatan primer perorangan dan masyarakat, pemberdayaan individu dan masyarakat, serta kebijakan dan aksi multi sektor.

Strategi global pelayanan kesehatan berfokus pada individu (*peoplecentred*) terintegrasi guna mewujudkan pelayanan yang lebih komprehensif, responsif dan terjangkau untuk mengatasi beragam kebutuhan kesehatan yang diperlukan masyarakat. Melalui pendekatan ini diharapkan setiap orang memiliki pengetahuan dan dukungan yang dibutuhkan untuk mampu membuat keputusan dan berpartisipasi dalam perawatan kesehatannya.



Pelayanan Posyandu di UPTD
Puskesmas Sekarjaya Kab. OKU

Kementerian Kesehatan menggulirkan transformasi sistem kesehatan. Terdapat 6 pilar transformasi sistem kesehatan sebagai penopang kesehatan Indonesia yaitu: 1) Transformasi pelayanan kesehatan primer; 2) Transformasi pelayanan kesehatan rujukan; 3) Transformasi sistem ketahanan kesehatan; 4) Transformasi sistem pembiayaan kesehatan; 5) Transformasi SDM kesehatan; dan 6) Transformasi teknologi kesehatan.

Pelayanan diberikan secara komprehensif, meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif sesuai dengan siklus kehidupan dan masalah Kesehatan yang dialami pengunjung Puskesmas.

Kementerian Kesehatan RI mulai mengintegrasikan dan merevitalisasikan pelayanan kesehatan primer. Integrasi pelayanan kesehatan akan terlihat mulai dari pelayanan di Puskesmas sampai ke pelayanan di tingkat desa.

Untuk menunjang hal tersebut dibutuhkan kelembagaan yang baik dan tertata, fokus layanan kesehatan distandarkan, apa saja yang kurang akan dilengkapi baik sarana prasarana maupun SDM nya, serta proses dilakukan secara digital. Pelayanan kesehatan dilakukan melalui kegiatan Posyandu dan kunjungan rumah oleh kader dibawah pemantauan bidan komunitas selaku leader. Untuk itu diperlukan penataan kelembagaan, sumber daya, dan pola pembinaan berjenjang agar integrasi pelayanan kesehatan ini dapat berjalan secara optimal.

Pengembangan konsep integrasi dan penataan kelembagaan telah dibahas bersama oleh Kementerian Kesehatan bersama Kementerian Dalam Negeri dan Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi.

Integrasi pelayanan kesehatan primer akan diterapkan terlebih dahulu di lokasi uji coba yaitu 9 provinsi yang mewakili empat karakteristik wilayah di Indonesia yaitu perkotaan, perdesaan, terpencil dan sangat terpencil. 9 provinsi tersebut antara lain Provinsi Sumatera Selatan, Provinsi Jawa Barat, Provinsi Jawa Timur, Provinsi Nusa Tenggara Barat, Provinsi Nusa Tenggara Timur, Provinsi Kalimantan Selatan, Provinsi Sulawesi Selatan, Provinsi Maluku, dan Provinsi Papua.

Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK) Kementerian Kesehatan RI akan melaksanakan uji coba selama 3 bulan dan akan mendokumentasikan serta mengkaji seluruh proses uji coba integrasi pelayanan primer ini.

Dari proses tersebut BKPK akan mengeluarkan kajian dan rekomendasi kebijakan yang meliputi evaluasi terhadap peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan, pemetaan sumber daya manusia dan kompetensi yang dibutuhkan di jejaring pelayanan primer, serta penghitungan dan pemetaan pembiayaan sebagai dasar pelaksanaan dalam skala nasional.

Integrasi pelayanan kesehatan primer ini merupakan bagian dari kegiatan transformasi pelayanan kesehatan primer yang merupakan pilar pertama dari transformasi sistem kesehatan.

Transformasi layanan kesehatan primer harus mendapat perhatian khusus serta investasi kesehatan yang besar, dengan fokus kepada promotif dan preventif. Transformasi dimulai dari Puskesmas, Posyandu sebagai Lembaga Kemasyarakatan Desa dan juga nantinya harus melibatkan fasilitas pelayanan kesehatan swasta.

Saat ini jumlah Puskesmas sebanyak 10.292, dimana jumlah ini tidak cukup untuk melayani 273,5 juta penduduk. Transformasi ini harus dapat menyediakan

sekitar 300 ribu unit/outlet Posyandu yang memberikan layanan promotive dan preventif di tingkat dusun/RT/RW, dilengkapi dengan pelayanan kesehatan di desa/kelurahan melalui Posyandu Prima.

Posyandu Prima akan memberikan layanan kesehatan setiap hari dan mengkoordinir seluruh kegiatan Posyandu di tingkat dusun/RT/RW, sehingga layanan kesehatan menjadi terintegrasi, lebih mudah diakses dan berada dekat dengan masyarakat.

Integrasi layanan primer di Puskesmas/ tingkat kecamatan, layanan akan diberikan dengan pendekatan kluster, yaitu kluster ibu hamil, anak dan remaja, kluster usia produktif dan lansia, serta kluster penanggulangan penularan penyakit/ surveilans termasuk laboratorium puskesmas.



Pelayanan Kesehatan dikomunitas berdasarkan kluster

Integrasi layanan primer di tingkat desa/kelurahan akan melibatkan seluruh struktur yang ada di desa, yaitu pemerintah desa dan Lembaga Kemasyarakatan Desa (Posyandu, PKK, dan Karang Taruna). Penguatan/revitalisasi Posyandu akan dilakukan dengan mengintegrasikan layanan kesehatan di desa seperti Pustu dan Poskesdes ke dalam Posyandu di desa menjadi Posyandu Prima.

Kegiatan Posyandu di tingkat Dusun/RT/RW akan berjalan lebih efektif karena melaksanakan kegiatan Posyandu untuk seluruh sasaran siklus hidup mulai dari ibu hamil sampai dengan lansia secara terpadu dan terintegrasi dan diperkuat oleh kunjungan rumah oleh kader yang dilakukan secara rutin dan terencana.

Terkait Posyandu Prima, diharapkan seluruh desa dapat dipenuhi dengan pelayanan kesehatan (minimal 1 perawat dan 1 bidan) yang akan bersinergi dengan Posyandu dalam Posyandu Prima.

program Transformasi Layanan Primer semakin memperkuat peran bidan komunitas sebagai garda terdepan bidang kesehatan. Peran bidan komunitas dari data statistik sangat besar, karena jumlah bidan banyak, sekitar 400.000 hingga 500.000-an. Sebanyak 70-75 persen bidan tersebar di tengah masyarakat, khususnya di berbagai pelayanan primer dan jaringannya guna mempermudah akses layanan kepada masyarakat. Distribusi bidan yang merata mendorong masyarakat mengandalkan jasa bidan dalam mengakses layanan kesehatan ibu, bayi dan balita serta program Keluarga Berencana (KB).

dari hasil riset kesehatan dasar tahun 2018, hampir 85 persen pelayanan ibu hamil itu diberikan oleh bidan, dan separuhnya diberikan di tempat praktek mandiri bidan di klinik-klinik yang ada di tengah-tengah pemukiman masyarakat.

Pada sektor layanan KB 76,4 persen dilayani profesi bidan, sebab lebih terjangkau secara finansial dan dekat dengan masyarakat. program layanan kesehatan perlu mengutamakan penyediaan fasilitas pelayanan, akses yang mudah dan murah serta terjangkau. dalam Transformasi Layanan Primer melalui pengembangan Posyandu dan pembangunan Posyandu Prima hingga pengembangan kompetensi bidan. Bidan juga perlu menjaga kualitas pelayanan secara berkesinambungan.

Daftar pustaka

Azizah, y. N., & sodik, m. A. (2018). Pengaruh jaringan sosial dan kesehatan.

Desta ayu cahya rosyida, anik latifah, 2023. Buku ajar kebidanan komunitas, pt. Eureka media aksara

Elly dwi wahyuni agustus 2018 cetakan pertama, asuhan kebidanan komunitas. Kemenekes ri, jakarta

Keputusan menteri kesehatan republik indonesia nomor hk.01.07/menkes/2015/2023 tentang petunjuk teknis integrasi pelayanan kesehatan primer

Lusiana, aldina, yulizawati, 2017 buku ajar kebidanan komunitas penerbit erka cv. Rumah kayu pustaka utama

Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 43 tahun 2019 tentang pusat kesehatan masyarakat

Profil Penulis



Indah Julianti, SST, M.Kes

Penulis merupakan Lulusan Akademi Kebidanan Depkes Palembang Tahun 2001 dan melanjutkan pendidikan Saint Terapan Ilmu Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran Bandung dan Lulus Pada Tahun 2003. Untuk meningkatkan pengetahuan dan keilmuan penulis melanjutkan pendidikan di Program Pasca Sarjana Fakultas Kedokteran Ilmu Biomedik Universitas Sriwijaya Palembang dan Lulus Tahun 2010 dengan konsentrasi Biologi Reproduksi. Buku Kebidanan Komunitas merupakan Buku ke empat keterlibatan sebagai sebagai penulis.

Ketertarikan penulis pada dunia pendidikan dimulai sejak Tahun 2001 sebagai staf pendidik di STIKES Al-Ma'arif Baturaja. Penulis pernah menjadi Ketua Program Studi Ilmu Kebidanan (2003 sd 2013) dan menjadi Wakil Ketua STIKES I Bidang Administrasi Akademik dan Pendidikan (2013 sd 2019) di STIKES Al-Ma'arif Baturaja. Saat ini penulis menduduki Jabatan Fungsional sebagai Penyuluh Kesehatan Masyarakat Ahli Madya di UPTD Puskesmas Sekarjaya Dinas Kesehatan Kabupaten OKU. Penulis tergabung dalam Keanggotaan dan Pengurus Organisasi IBI Kabupaten OKU dan PPPKMI Kabupaten OKU Raya.

Email Penulis: indahjulianti703@yahoo.com

BIDAN PRAKTIK SWASTA DAN BIDAN DELIMA

Riski Akbarani, S.KM., M.Kes
STIKes Kendedes Malang

Sebutan bagi orang yang belajar di sekolah khusus untuk menolong perempuan saat melahirkan disebut dengan bidan yang diakui secara nasional dan internasional. Bidan diakui sebagai tenaga profesional yang bertanggung jawab dan akuntabel, yang bekerja sebagai mitra perempuan untuk memberikan dukungan kepada perempuan sepanjang siklus hidup. Bidan dapat melakukan praktik diberbagai tatanan pelayanan, mulai di rumah sebagai pratik mandiri bidan, di masyarakat atau komunitas, Puskesmas, rumah sakit, klinik dan unit kesehatan lainnya. Bidan adalah salah satu petugas kesehatan yang dapat memberikan pelayanan kepada masyarakat sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya. Bidan telah diakui sebagai sebuah profesi dan untuk dapat dikatakan sebagai seseorang yang bekerja profesional, maka bidan harus dapat memahami sejauh mana peran dan fungsinya sebagai seorang bidan. Bidan dalam menjalankan profesinya mempunyai peran dan fungsi yaitu pelaksana, pengelola, pendidik dan peneliti (Siti, 2011).

Bidan Praktik Swasta

Pengertian

Bidan Praktek Swasta (BPS), merupakan penyedia layanan kesehatan, yang memiliki kontribusi cukup besar dalam memberikan pelayanan, khususnya dalam meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak. Masyarakat sebagai pengguna jasa layanan bidan memperoleh akses pelayanan yang bermutu, sehingga perlu adanya regulasi pelayanan praktek bidan secara jelas. Persiapan yang dilakukan sebelum bidan melaksanakan pelayanan praktek yaitu seperti perizinan, tempat praktek, ruangan, peralatan praktek, dan kelengkapan administrasi seluruhnya harus sesuai dengan standar yang diselenggarakan oleh lebih dari satu jenis tenaga kesehatan dan dipimpin oleh seorang tenaga medis.

Bidan Praktek Swasta Bidan Praktek Swasta (BPS) merupakan pelayanan kesehatan dibidang kesehatan dasar. Praktek bidan adalah serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan kepada (individu, keluarga, dan masyarakat) sesuai dengan kewenangan dan kemampuannya. Bidan yang menajalakan praktek pada saran kesehatan atau program (Anggoro, 2016).

Berdasarkan Permenkes 28 tahun 2017 tentang Izin Praktik Bidan ini mencabut dan menggantikan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, sehingga untuk Bidan Praktek Swasta berubah sebutannya menjadi Praktik Mandiri Bidan (PMB).

Praktik Mandiri Bidan (PMB) adalah tempat pelaksanaan rangkaian kegiatan pelayanan kebidanan yang dilakukan oleh Bidan secara perorangan (Kemenkes RI, 2017).

Tempat Praktik Mandiri Bidan (TPMB) adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh bidan lulusan pendidikan profesi untuk memberikan pelayanan langsung kepada klien.

Kewenangan

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 28 tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, kewenangan bidan diantaranya yaitu:

1. Pelayanan kesehatan ibu

Pelayanan kesehatan ibu diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan. Pelayanan kesehatan ibu meliputi pelayanan:

- a. Konseling pada masa sebelum hamil;
- b. Antenatal pada kehamilan normal;
- c. Persalinan normal;
- d. Ibu nifas normal;
- e. Ibu menyusui; dan
- f. Konseling pada masa antara dua kehamilan.

Dalam pelayanan kesehatan ibu bidan berwenang melakukan :

- a. Episiotomi;
- b. Pertolongan persalinan normal; penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II; penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
- c. Pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil;
- d. Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas;

- e. Fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif;
 - f. Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum;
 - g. Penyuluhan dan konseling;
 - h. Bimbingan pada kelompok ibu hamil;
 - i. Pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran (Kemenkes RI, 2017).
2. Pelayanan kesehatan anak

Pelayanan kesehatan anak di berikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak prasekolah. Pelayanan kesehatan anak meliputi:

- a. Pelayanan neonatal esensial
 - 1) Inisiasi menyusui dini
 - 2) pemotongan dan perawatan tali pusat
 - 3) pemberian suntikan Vit K1
 - 4) Pemberian imunisasi Hepatitis B0
 - 5) Pemeriksaan fisik bayi baru lahir
 - 6) Pemantauan tanda bahaya
 - 7) Pemberian tanda identitas diri
 - 8) Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil dan tepat waktu ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu.
- b. Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
 - 1) Penanganan awal asfiksia bayi baru lahir melalui pembersihan jalan nafas, ventilasi tekanan positif, dan/atau kompresi jantung

- 2) Penanganan awal hipotermia pada bayi baru lahir dengan BBLR melalui penggunaan selimut atau fasilitasi dengan cara menghangatkan tubuh bayi dengan metode kangguru.
 - 3) Penanganan awal infeksi tali pusat dengan mengoleskan alkohol atau povidon iodine serta menjaga luka tali pusat tetap bersih dan kering
 - 4) Membersihkan dan pemberian salep mata pada bayi baru lahir dengan infeksi gonore (GO).
- c. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah;
- 1) Kegiatan penimbangan berat badan,
 - 2) Pengukuran lingkar kepala,
 - 3) Pengukuran tinggi badan,
 - 4) Stimulasi deteksi dini, dan
 - 5) Intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang balita dengan menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP).
- d. Konseling dan penyuluhan.
- 1) Pemberian komunikasi, informasi, edukasi (KIE) kepada ibu dan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir
 - 2) Pemberian komunikasi, informasi, edukasi (KIE) kepada ibu dan keluarga tentang ASI eksklusif

- 3) Pemberian komunikasi, informasi, edukasi (KIE) kepada ibu dan keluarga tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir
 - 4) Pemberian komunikasi, informasi, edukasi (KIE) kepada ibu dan keluarga tentang pelayanan kesehatan
 - 5) Pemberian komunikasi, informasi, edukasi (KIE) kepada ibu dan keluarga tentang imunisasi
 - 6) Pemberian komunikasi, informasi, edukasi (KIE) kepada ibu dan keluarga tentang gizi seimbang
 - 7) Pemberian komunikasi, informasi, edukasi (KIE) kepada ibu dan keluarga tentang PHBS
 - 8) Pemberian komunikasi, informasi, edukasi (KIE) kepada ibu dan keluarga tentang tumbuh kembang (Kemenkes RI, 2017).
3. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana
- Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana meliputi:
- a. Penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana
 - b. Pelayanan kontrasepsi oral, kondom, dan suntikan (Kemenkes RI, 2017).
4. Pelayanan berdasarkan penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan
- Kewenangan pelayanan berdasarkan penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan terdiri dari :

- a. Kewenangan berdasarkan program pemerintah
- 1) Pemberian pelayanan alat kontrasepsi dalam rahim dan alat kontrasepsi bawah kulit;
 - 2) Asuhan antenatal terintegrasi dengan intervensi khusus penyakit tertentu;
 - 3) Penanganan bayi dan anak balita sakit sesuai dengan pedoman yang ditetapkan;
 - 4) Pemberian imunisasi rutin dan tambahan sesuai program pemerintah;
 - 5) Melakukan pembinaan peran serta masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak, anak usia sekolah dan remaja, dan penyehatan lingkungan;
 - 6) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, anak pra sekolah dan anak sekolah;
 - 7) Melaksanakan deteksi dini, merujuk, dan memberikan penyuluhan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk pemberian kondom, dan penyakit lainnya;
 - 8) Pencegahan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) melalui informasi dan edukasi;
 - 9) Melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas.
- b. Kewenangan karena tidak adanya tenaga kesehatan lain di suatu wilayah tempat Bidan bertugas.

Kewenangan penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan diperoleh setelah bidan mendapatkan pelatihan yang diselenggarakan oleh pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah bersama organisasi profesi

terkait berdasarkan modul dan kurikulum yang terstandarisasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dengan bukti bidan mendapatkan sertifikat pelatihan (Kemenkes RI, 2020).

Bidan Delima

Pengertian

Bidan Delima menurut IBI (2014) adalah Praktek Mandiri yang memberikan pelayanan KB/KR yang berkualitas, sudah mengikuti standar pelayanan kebidanan sesuai dengan ketentuan Kepmenkes No. 900/VII/2002 dan standar World Health Organisation (WHO).

Bidan Delima adalah standardisasi pelayanan untuk bidan praktik swasta, melalui kegiatan monitoring dan evaluasi juga kegiatan pembinaan dan pelatihan yang rutin sesuai standar dan kode etik profesi Departemen Kesehatan RI (IBI, 2015).

Bidan Delima merupakan suatu program terobosan strategis yang mencakup: a) pembinaan peningkatan kualitas pelayanan bidan dalam lingkup Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi (KR); b) merk dagang/brand; c) mempunyai standar kualitas, unggul, khusus, bernilai tambah, lengkap, dan memiliki hak paten dan d) rekrutmen bidan delima ditetapkan dengan kriteria, system, dan proses baku yang harus dilaksanakan secara konsisten dan berkesinambungan, menganut prinsip pengembangan diri dan semangat tumbuh bersama (IBI, 2018).

Program Bidan Delima merupakan program yang dikembangkan oleh Ikatan Bidan Indonesia (IBI) untuk sertifikasi Praktek Mandiri Bidan (PMB). Bidan delima sendiri merupakan sistem standarisasi kualitas pelayanan praktik mandiri bidan dengan penekanan

pada kegiatan monitoring dan evaluasi serta kegiatan pembinaan, pelatihan yang rutin dan berkesinambungan.

Visi Misi Bidan Delima

Visi

Bidan Delima menjadi standarisasi pelayanan kebidanan Praktik Mandiri Bidan (PMB) di Indonesia.

Misi

1. Meningkatkan peran IBI dalam membina dan menjaga profesionalitas Praktik Mandiri Bidan
2. Mewujudkan rasa aman, nyaman dan kepuasan bagi Praktik Mandiri Bidan dan pengguna jasa.
3. Mewujudkan Praktik Mandiri Bidan yang handal, kompeten dan profesional dalam pelayanannya melalui standarisasi dan kegiatan monev yang berkesinambungan
4. Meningkatkan kompetensi Bidan berdasarkan hasil penelitian dan perkembangan praktik kebidanan terkini.
5. Meningkatkan kualitas pelayanan Praktik Mandiri Bidan.

Peran Bidan Delima dalam Kesehatan

1. Mempertahankan dan meningkatkan kuantitas dan kualitas pelayanan Bidan Praktik Mandiri sesuai kebutuhan masyarakat.
2. Melindungi masyarakat sebagai konsumen dan bidan sebagai provider dari praktek yang tidak terstandar

3. Sebagai standarisasi pelayanan kebidanan bagi Bidan Praktik Mandiri sejalan dengan rencana strategis Ikatan Bidan Indonesia (IBI).
4. Menjadi standar dalam mengevaluasi pelayanan kebidanan di Bidan Praktik Mandiri karena memiliki tools (perangkat) yang lebih lengkap.
5. Sebagai bagian dari pelaksanaan rencana kerja Ikatan Bidan Indonesia (IBI) dalam pelayanan kebidanan, sekaligus untuk mempertahankan dan meningkatkan citra Ikatan Bidan Indonesia (IBI).
6. Sebagai tempat pilihan terbaik bagi praktik pendidikan bidan (IBI, 2018).

Logo Bidan Delima



Gambar 1. Logo Bidan Delima
Sumber Buku IBI (2015)

Makna yang ada pada logo bidan delima adalah:

1. Bidan adalah Petugas Kesehatan yang memberikan pelayanan yang berkualitas, ramah - tamah, aman-nyaman, terjangkau dalam bidang kesehatan reproduksi, keluarga berencana dan kesehatan umum dasar selama 24 jam.

2. Delima adalah Buah yang terkenal sebagai buah yang cantik, indah, berisi biji dan cairan manis yang melambangkan kesuburan (reproduksi).
3. Merah adalah Warna melambangkan keberanian dalam menghadapi tantangan dan pengambilan keputusan yang cepat, tepat dalam membantu masyarakat.
4. Hitam adalah Warna yang melambangkan ketegasan dan kesetiaan dalam melayani kaum perempuan (ibu dan anak) tanpa membedakan.
5. Hati adalah Melambangkan pelayanan Bidan yang manusiawi, penuh kasih sayang (sayang ibu dan sayang bayi) dalam semua tindakan atau intervensi pelayanan.

Bidan Delima melambangkan:

Pelayanan berkualitas dalam Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana yang berlandaskan kasih sayang, sopan santun, ramah-tamah, sentuhan yang manusiawi, terjangkau, dengan tindakan kebidanan sesuai standar dan kode etik profesi.

Logo atau branding atau merk Bidan Delima menandakan bahwa Bidan Praktik Swasta atau Bidan Praktik Mandiri tersebut telah memberikan pelayanan yang berkualitas yang telah diuji/diakreditasi sesuai dengan standar yang telah ditetapkan, memberikan pelayanan yang berorientasi pada kebutuhan dan kepuasan pelanggannya (*Service Excellence*) (IBI, 2015).

Syarat Bidan Delima

1. Anda adalah Praktik Mandiri Bidan yang memiliki izin (SIPB) yang masih berlaku
2. Anda bersedia mengikuti ketentuan program

3. Bersedia mengikuti pembinaan kualitas dan profesi untuk jaga mutu
4. Membayar biaya registrasi
5. Memenuhi kriteria pra kualifikasi
6. Melakukan kajian Mandiri
7. Lulus validasi
8. Membayar biaya keanggotaan selama 5 tahun

Proses Menjadi Bidan Delima

Ada beberapa tahap yang harus dilalui seorang Bidan atau Bidan Praktik Swasta atau Bidan Praktik Mandiri yang ingin menjadi Bidan Delima, yaitu:

1. Untuk menjadi Bidan Delima, seorang Bidan Praktek Swasta harus memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan, yaitu : memiliki SIPB, bersedia membayar iuran, bersedia membantu BPS menjadi Bidan Delima dan bersedia mentaati semua ketentuan yang berlaku.
2. Melakukan pendaftaran di Pengurus Cabang.
3. Mengisi formulir pra kualifikasi.
4. Belajar dari Buku Kajian Mandiri dan mendapat bimbingan fasilitator.
5. Divalidasi oleh fasilitator dan diberi umpan balik.
6. Prosedur validasi standar dilakukan terhadap semua jenis pelayanan yang diberikan oleh Bidan Praktek Swasta yang bersangkutan (IBI, 2018).

Monitoring dan Evaluasi Bidan Delima

Dalam rangka mempertahankan kualitas pelayanan Bidan Delima secara konsisten, dirancang suatu sistem monitoring yang mencakup antara lain:

1. Laporan bulanan

Secara rutin Bidan Delima diminta untuk mengirimkan laporan kepada Pengurus Cabang Ikatan Bidan Indonesia untuk diteruskan ke Pengurus Pusat dan ditembuskan ke Pengurus Daerah sehingga dapat dianalisa kemajuan, perkembangan dan hambatan yang terjadi dihadapi di lapangan.

2. Merancang Instrumen Penilaian Kualitas.

Instrumen atau *tools* yang dibagikan dan diisi oleh beberapa sampel Bidan Delima setelah 6 bulan pelaksanaan program. Kajian ini dibagikan melalui Pengurus Cabang Ikatan Bidan Indonesia setempat dan dikirimkan kepada Pengurus Daerah dan Pengurus Pusat untuk proses analisa selanjutnya.

3. Monitoring lapangan oleh Pengurus Cabang, Pengurus Daerah, Pengurus Pusat dan Fasilitator akan dilakukan secara *incognito* untuk observasi konsistensi kualitas pelayanan Bidan Delima.

Semua hasil temuan akan dianalisa oleh Unit Pelaksana Bidan Delima Pusat untuk dilaporkan kepada semua Cabang dan Propinsi dan dipergunakan sebagai pertimbangan dalam proses perencanaan selanjutnya (IBI, 2015).

Daftar Pustaka

- Dani Anggoro, Nofiyani. 2016. Analisis Dan Rancang Bangun Sistem Informasi Pelayanan Bidan Praktek Swasta (Studi Kasus Bidan Silviana), Jurnal Ilmiah Teknologi Informasi Terapan, Volume III, No 1, 15 ISSN : 2407 – 3911
- Kemenkes, RI. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggara Pelayanan Kontrasepsi, Serta Pelayanan Kesehatan Seksual. Indonesia. Jakarta: Sekretariat Jendral Kementerian Kesehatan RI
- Kemenkes, RI. (2015). Rencana Strategis Kementerian Kesehatan. Jakarta: Sekretariat Jendral Kementerian Kesehatan RI
- Kemenkes, RI. (2016). Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan. Jakarta: WHO Country Office for Indonesia.
- Kemenkes, RI. (2017). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan. Jakarta: Sekretariat Jendral Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes, RI (2019). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2018. Jakarta: Sekretariat Jendral Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes, RI. (2020). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK. 01. 07/Menkes/320/2020 Tentang Standart Profesi Bidan. Jakarta: Sekretariat Jendral Kementerian Kesehatan RI.
- Megasari, M., J. S. Yanti, E. Husanah, dan N. Lusiana. (2019). Rujukan Lengkap Konsep Kebidanan. Yogyakarta: Deepublish

Pengurus Pusat IBI. (2015). Bidan Delima. Terdapat pada laman : <http://www.bidan-delima.org/>. Jakarta. Ikatan Bidan Indonesia (Diakses tanggal 28 November 2023).

Pengurus Pusat IBI. (2018). Modul Midwifery Update. Jakarta: Ikatan Bidan Indonesia.

Siti M. (2011) Peran dan fungsi Bidan Terdapat pada : <https://infobidannia.wordpress.com/2011/05/28/peran-dan-fungsi-bidan/>. (Diakses Tanggal 24 November 2023).

Profil Penulis



Riski Akbarani, S.KM., M.Kes

Penulis lahir di Madiun, 07 September 1983, dan saat ini menjadi dosen di STIKes Kendedes Malang sejak tahun 2008 sampai dengan sekarang. Penulis lulusan S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya pada tahun 2013. Capaian yang pernah penulis peroleh adalah pernah mendapatkan kesempatan dari Kemendikbud untuk menjadi Dosen Magang di Universitas Airlangga pada tahun 2010 selama 10 bulan. Kemudian pada tahun 2013 dan 2021 penulis mendapatkan hibah pendanaan penelitian dari Kemeristek DIKTI. Selain melaksanakan tugas pendidikan khususnya mengajar, penulis juga aktif menulis jurnal penelitian dan melaksanakan kegiatan pengabdian kepada Masyarakat. Buku yang telah di Tulis sebelumnya ada 2 Buku yakni book chapter KB dan Pelayanan Kontrasepsi yang terbit pada awal tahun 2023 dan book chapter Prinsip – prinsip pengendalian penyakit yang terbit di akhir tahun 2023 ini.

Email Penulis : akbaraniriski@gmail.com

STANDAR PELAYANAN ANTENATAL CARE

Ns. Aida Fitri, M.Kep
Universitas Syiah Kuala

Definisi *Antenatal Care*

Antenatal care (ANC) adalah serangkaian pemeriksaan yang dilakukan pada ibu hamil yang dimulai dari masa konsepsi hingga sebelum proses inpartu yang dilakukan secara terintegrasi, komprehensif dan berkualitas (Kemenkes RI, 2020). Selama kehamilan sangat mungkin terjadi adanya masalah kesehatan yang memerlukan perawatan yang tepat dan maksimal sehingga wanita dapat menjalani kehamilannya dengan baik hingga hari kelahiran bayi. Pengalaman kehamilan yang baik ialah menjaga kesehatan ibu dan bayi termasuk mencegah atau mengobati risiko, penyakit dan kematian, melakukan transisi yang efektif menuju persalinan dan kelahiran yang positif, dan mencapai peran sebagai ibu yang positif termasuk harga dirinya (*Obstetric Written Documentation Review Group, 2021*).

Hofmeyr et al., (2019) menyatakan pemeriksaan ANC pertama sebaiknya dilakukan pada usia kehamilan tidak lebih dari usia 12 minggu dan kontak berikutnya dilakukan pada usia kehamilan 20, 26, 30, 34, 36, 38, dan 40 minggu. Menurut *Obstetric Written Documentation Review Group* (2021) wanita hamil harus mendapatkan layanan ANC minimal pada usia kehamilan 9 minggu sehingga dapat diidentifikasi lebih dini adanya potensi

resiko dan merencanakan perawatan sesuai dengan kebutuhan. Sedangkan menurut *National Institute for Health and Care Excellence* (2023) pelayanan ANC pertama setidaknya dilakukan pada usia kehamilan 10 minggu.

Menurut Kemenkes RI (2020) pelayanan ANC yang diberikan akan sangat mempengaruhi kesehatan ibu dan bayinya selama masa kehamilan sampai persalinan sehingga pelayanan ANC tidak dapat dipisahkan dari pelayanan persalinan, pelayanan nifas dan kesehatan bayi baru lahir. Pelayanan ANC yang terpadu dan berkualitas harus dapat memastikan kehamilan berlangsung normal hingga persalinan dan dapat mendeteksi dini adanya faktor resiko ataupun penyakit karena pada setiap kehamilan sangat beresiko mengalami penyulit dan komplikasi sehingga pelayanan ANC sesuai standar sangat penting secara rutin dilakukan untuk memantau adanya perkembangan penyulit ataupun komplikasi. Pelayanan ANC secara komprehensif dilakukan melalui:

1. Memberikan pelayanan konseling kesehatan termasuk stimulasi gizi agar kehamilan berlangsung sehat dan janinnya lahir sehat dan cerdas
2. Deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan
3. Penyiapan persalinan yang bersih dan aman
4. Perencanaan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit/komplikasi
5. Penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan

6. Melibatkan ibu hamil, suami dan keluarganya dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit/komplikasi

Tujuan pelayanan ANC

Menurut USAID (2018) terdapat 3 tujuan utama dalam pelayanan ANC yaitu mengidentifikasi resiko selama kehamilan, pencegahan dan tatalaksanaan masalah dalam kehamilan serta edukasi kesehatan dan promosi kesehatan.

Menurut Kemenkes RI (2020) pelayanan ANC memiliki tujuan untuk memberikan pelayanan ibu hamil secara komprehensif untuk mencapai dan menjalani kehamilannya dengan sehat dan menyenangkan. Adapun tujuan umum dan tujuan khusus antenatal care adalah sebagai berikut:

1. Tujuan Umum: Ibu hamil mendapatkan pelayanan ANC berkualitas secara komprehensif sehingga ibu hamil dapat menjalani pengalaman kehamilan dan persalinannya dengan sehat, positif, dan menyenangkan sehingga ibu hamil siap untuk melahirkan bayi sehat dan mampu melaksanakan peran dan tugas sebagai perempuan, istri dan ibu.
2. Tujuan Khusus: Pelayanan ANC dapat terlaksana secara terpadu, termasuk pemeriksaan fisik kehamilan dan konseling mengenai gizi ibu hamil, konseling KB dan pemberian ASI, pelayanan kesehatan mental ibu hamil terkait emosi dan psikososial selama masa kehamilan dan persalinan hingga merawat anak kepada tenaga kesehatan professional. Ibu hamil setidaknya mendapatkan pelayanan ANC terpadu minimal 6 kali selama masa kehamilannya, yaitu sesuai saran dan arahan yaitu

2x pada trimester pertama, 1x pada trimester kedua, dan 3x pada trimester tiga. Pada pelayanan ANC akan dilakukan pemantauan tumbuh kembang janin, screening (deteksi dini) adanya kelainan/penyakit/ataupun gangguan yang diderita ibu hamil sehingga dapat dilakukan tatalaksana pemantauan ketat atau rujukan kasus ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih tinggi.

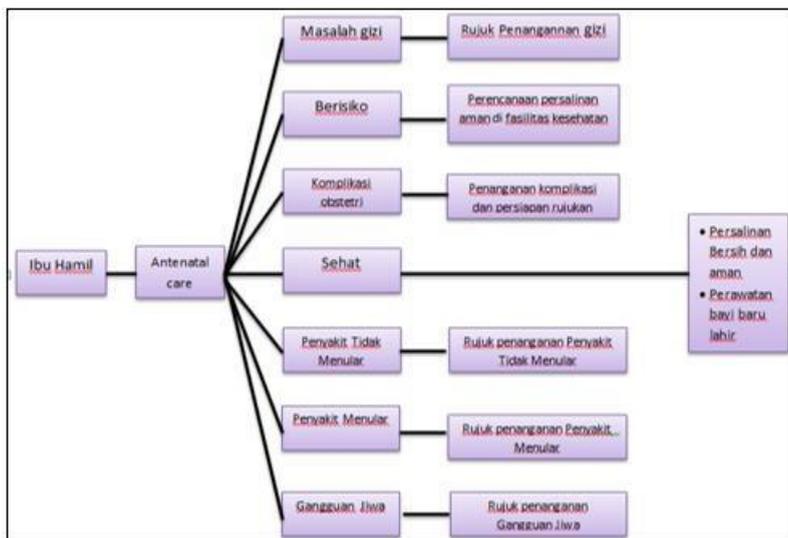
Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 tentang pelayanan kesehatan masa hamil menyatakan tujuan pelayanan ANC adalah :

1. ANC selama kehamilan bertujuan untuk memenuhi hak ibu hamil dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas sehingga dapat menjalani kehamilan dengan sehat, bebas komplikasi, bersalin dengan selamat, dan melahirkan bayi yang sehat dan berkualitas.
2. ANC dilakukan sejak terjadinya masa konsepsi hingga sebelum mulainya proses persalinan
3. ANC wajib dilakukan melalui pelayanan antenatal terpadu.
4. ANC merupakan pelayanan kesehatan komprehensif dan berkualitas yang dilakukan melalui:
 - a. Pemberian pelayanan dan konseling kesehatan, stimulasi dan gizi sehingga proses kehamilan sehat dan bebas komplikasi serta janinnya lahir sehat dan cerdas
 - b. *Screening* masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan
 - c. Penyiapan persalinan yang bersih dan aman

- d. Perencanaan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit/komplikasi
- e. Penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan
- f. Melibatkan ibu hamil, suami, dan keluarganya dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit/komplikasi.

Konsep Pelayanan Antenatal Care Terpadu

Menurut Kemenkes Republik Indonesia (2020) pelayanan ANC terpadu/terintegrasi mengharuskan pemberi pelayanan kesehatan mampu melakukan screening dan pencegahan terkait masalah gizi, faktor risiko kehamilan, komplikasi obstetric, gangguan jiwa, penyakit menular dan tidak menular yang dialami ibu hamil. Selain itu juga melakukan penatalaksanaan yang tepat sehingga ibu beserta janin sehat dan selamat sampai proses persalinan. Kerangka konsep pelayanan ANC terpadu dapat dilihat pada gambar.1 berikut:



Gambar 1. Kerangka konsep pelayanan *antenatal care* terpadu
 Wanita hamil harus dilakukan penilaian risiko
 berkelanjutan pada setiap pertemuan ANC untuk dapat
 menentukan perawatan yang tepat dan sesuai (*National
 Institute for Health and Care Excellence, 2023*).

Pada setiap pertemuan antenatal, lakukan penilaian risiko sebagai berikut:

1. Menanyakan mengenai kesehatan dan kesejahteraan secara umum termasuk faktor risiko tromboemboli vena, diabetes gestasional, preeklamsia dan hambatan pertumbuhan janin
2. Menanyakan apakah ada kekhawatiran yang ingin didiskusikan; hal ini dapat mencakup pembahasan risiko yang berkaitan dengan kondisi genetik orang tua, termasuk hubungan kekerabatan, dan faktor-faktor yang relevan dengan lingkungan tempat tinggalnya.
3. Menyediakan lingkungan yang aman dan kesempatan bagi pasien untuk mendiskusikan topik-topik seperti kekhawatiran di rumah, kekerasan

dalam rumah tangga, kekhawatiran mengenai kelahiran (misalnya, trauma kelahiran sebelumnya) atau masalah kesehatan mental

4. Meninjau dan menilai kembali rencana perawatan kehamilan
5. Mengidentifikasi perempuan yang membutuhkan perawatan tambahan.

Standar Pelayanan Antenatal Care di Komunitas

Menurut Kemenkes RI, (2020) ANC dilakukan minimal 6 kali selama hamil dengan distribusi waktu:

1. Satu kali pada trimester ke-1 (0-12 minggu)
2. Dua kali pada trimester ke-2 (> 12 minggu - 24 minggu)
3. Tiga kali pada trimester ke-3 (> 24 minggu sampai kelahirannya)

Kemenkes RI, (2020) menyusun setidaknya terdapat 10T pelayanan antenatal care terpadu dan berkualitas yang juga diterapkan dalam pelayanan antenatal care di komunitas atau puskesmas, yaitu terdiri dari:

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Setiap kali ibu hamil melakukan kunjungan ANC, berat badannya akan diukur. Kenaikan berat badan selama hamil menandakan terjadi pertumbuhan dan perkembangan janin yang baik. Selama hamil terjadi penambahan berat badan 9 sampai 12 kilogram. Kenaikan berat badan normal pada trimester pertama adalah 1-2,5 kg/3 bulan, pada trimester kedua rata-rata 1,5-2,0 kg/bulan, dan pada trimester ketiga 1 kg/bulan. Penambahan berat badan akan terjadi pada akhir trimester dua sampai menjelang persalinan.

Pengukuran tinggi badan biasanya hanya dilakukan pada kunjungan ANC pertama. Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm meningkatkan risiko untuk terjadinya *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD).

2. Pemeriksaan Tekanan darah

Pengukuran tekanan darah dilakukan pada setiap kali kunjungan ANC untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah; dan atau proteinuria). Tekanan darah normal pada ibu hamil berkisar antara 110/80 mmHg hingga 140/90 mmHg.

3. Nilai status Gizi (Ukur lingkaran lengan atas /LiLA)

Pengukuran LiLA bertujuan skrining ibu hamil berisiko kekurangan Energi Kronik (KEK) untuk dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I. KEK yaitu kondisi ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dengan LiLA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK berisiko melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

4. Pemeriksaan Tinggi fundus uteri

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu

5. Pemberian Tablet zat Besi

Setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan Asam Folat untuk mencegah anemia defisiensi zat besi. Selain itu zat besi juga diharapkan dapat mengurangi risiko perdarahan saat persalinan serta meningkatkan asupan nutrisi bagi janin. Ibu hamil harus mengonsumsi minimal 90 tablet zat besi selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama.

6. Pemberian Imunisasi Tetanus

Pemberian imunisasi *Tetanus Toksoid* (TT) diperlukan untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum. Skrining TT dilakukan pada kunjungan pertama, selanjutnya pemberian imunisasi TT pada ibu hamil dilakukan disesuaikan dengan status imunisasi TT ibu saat ini. Ibu hamil dengan status imunisasi T5 (TT *Long Life*) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi. Pemberian imunisasi TT tidak mempunyai interval maksimal, hanya terdapat interval minimal. Interval minimal pemberian imunisasi TT dan lama perlindungannya dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel. 1 Interval minimal pemberian imunisasi TT dan lama perlindungannya

Imunisasi TT	Selang waktu minimal pemberian imunisasi	Lama perlindungan
TT1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus
TT2	1 Bulan setelah TT1	3 Tahun

TT3	6 bulan setelah TT2	5 Tahun
TT4	12 Bulan setelah TT3	10 Tahun
TT5	12 Bulan setelah TT4	≥25 Tahun

1. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika, pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120 kali/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin.

2. Periksa laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin darah, pemeriksaan protein dalam urin, pemeriksaan kadar gula darah pemeriksaan spesifik daerah endemis/epidemi (malaria, sifilis, BTA, HIV, dll). Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal.

3. Tatalaksana/penanganan Kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

4. Temu wicara (konseling)

Setiap kunjungan ANC juga mencakup sesi konseling atau temu wicara, di mana ibu hamil dapat mendiskusikan masalah atau kekhawatiran yang dialaminya. Materi konseling mencakup yang terjadi selama kehamilan mencakup: Kesehatan ibu, Perilaku hidup bersih dan sehat, Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, Tanda bahaya pada kehamilan, Asupan gizi seimbang Selama hamil, Gejala penyakit menular dan tidak menular, Penawaran untuk melakukan tes HIV dan Konseling di daerah Epidemio, Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif, KB paska persalinan, Imunisasi serta Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (*Brain booster*)

Langkah Teknis Pelayanan Antenatal Care

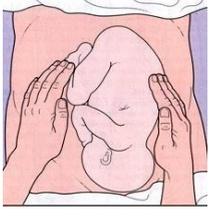
Pada kunjungan pertama ANC dilakukan deteksi resiko atau gejala atau masalah selama kehamilan, menentukan taksiran tanggal persalinan berdasarkan hari pertama haid terakhir (HPHT), memberikan edukasi dan promosi kesehatan selama kehamilan serta membuat perencanaan kelahiran.

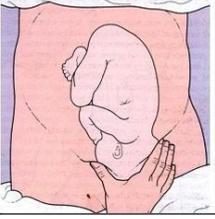
Pemeriksaan fisik ibu hamil juga dilakukan pemeriksaan *head to toe* yaitu mulai inspeksi, palpasi, perkusi maupun auskultasi. Pemeriksaan ini meliputi keadaan

umum, tingkat kesadaran, kondisi mata, konjungtiva, sklera, kulit, leher, gigi mulut, THT, jantung, paru, perut, ekstremitas.

Pemeriksaan di area abdomen meliputi pemeriksaan maneuver leopold, pemeriksaan tinggi funduss uteri dan pemeriksaan Denyut Jantung Janin (DJJ). Pemeriksaan maneuver leopold dapat dilihat pada gambar di bawah

Tabel 1. Palpasi Abdomen Dan Teknik Leopold I-IV

Teknik	Waktu Pengukuran	Tujuan
Palpasi Abdomen	Awal Trimester 1	Meraba ada tidaknya massa intra abdomen Menentukan tinggi fundus uteri
<p>Leopold I</p> 	Akhir Trimester 1	Menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin yang terletak di fundus uteri
<p>Leopold II</p> 	Trimester 2 dan 3	Menentukan bagian janin pada sisi kiri dan kanan ibu

<p>Leopold III</p> 	<p>Trimester 2 dan 3</p>	<p>Menentukan bagian janin yang terletak di bagian bawah uterus</p>
<p>Leopold IV</p> 	<p>Trimester 3 Usia gestasi >36 minggu</p>	<p>Menentukan berapa jauh masuknya janin ke pintu atas panggul</p>

Kesimpulan

Standar pelayanan ANC di komunitas meliputi 10T sesuai dengan kebijakan pemerintah yang telah ditetapkan sesuai dengan panduan dari kemenkes RI. Tujuan ANC meliputi pemberian pelayanan kesehatan terintegrasi untuk mencegah masalah selama kehamilan serta mewujudkan kehamilan yang sehat serta persalinan yang aman.

Daftar Pustaka

- Hofmeyr, G. J., Betrán, A. P., Singata-Madliki, M., Cormick, G., Munjanja, S. P., Fawcus, S., Mose, S., Hall, D., Ciganda, A., Seuc, A. H., Lawrie, T. A., Bergel, E., Roberts, J. M., von Dadelszen, P., Belizán, J. M., Althabe, F., Sawchuck, D., Vidler, M., Allie, S., ... Tahuringana, E. (2019). Prepregnancy and early pregnancy calcium supplementation among women at high risk of pre-eclampsia: a multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled trial. *The Lancet*, 393(10169), 330–339. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31818-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31818-X)
- Kemendes RI. (2020). Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu 2020 Ed.3. In Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: Vol. III (Edisi Keti, Issue 3). Kemendes RI. <https://repository.kemkes.go.id/book/147>.
- KEMENKES RI. (2014). PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 97 TAHUN 2014 TENTANG PELAYANAN KESEHATAN MASA SEBELUM HAMIL, MASA HAMIL, PERSALINAN, DAN MASA SESUDAH MELAHIRKAN, PENYELENGGARAAN PELAYANAN KONTRASEPSI, SERTA PELAYANAN KESEHATAN SEKSUAL, 4–7. https://sikompak.bappenas.go.id/pembelajaran/view/52/id/other_doc/Permenkes%20No%2097%20tahun%202014%20tentang%20P4K/download.pdf.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2023). Antenatal care. February. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11822/>.
- Obstetric Written Documentation Review Group. (2021). Responsibility for Care Throughout All Stages of Pregnancy Guideline. August. <https://wisdom.nhs.wales/health-board-guidelines/hywel-dda-file/responsibility-for-care-throughout-all-stages-of-pregnancy-guideline-619-hywel-dda-guideline-2022-pdf/>.

USAID (2018) National Guidelines for Antenatal Care For
Service Providers,
[https://themimu.info/sites/themimu.info/files/docu
ments/Ref_Doc_National_Guidelines_for_Antenatal_C
are_for_Service_Providers_May2018.pdf](https://themimu.info/sites/themimu.info/files/documents/Ref_Doc_National_Guidelines_for_Antenatal_Care_for_Service_Providers_May2018.pdf)

Profil Penulis



Ns. Aida Fitri, M.Kep

lahir di Bireuen 27 Desember 1986 dan merupakan salah satu dosen di Departemen Keperawatan Maternitas Fakultas Keperawatan Universitas Syiah Kuala. Pendidikan sarjana keperawatan dan profesi Ners di selesaikan di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala pada tahun 2005 sampai dengan 2011. Selanjutnya mengikuti pendidikan Magister Keperawatan di program studi magister keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada pada tahun 2013-2016.

Ns. Aida memulai karir sebagai dosen pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala pada tahun 2011 sampai saat ini. sekarang menjabat sebagai ketua Nursing Education Unit pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Syiah Kuala serta aktif dalam menjalankan kegiatan Tri Dharma Perguruan Tinggi baik dalam kegiatan pendidikan, penelitian maupun pengabdian masyarakat. Area fokus penelitian di bagian Kesehatan Ibu dan Anak. Untuk saat ini telah melakukan berbagai publikasi baik di jurnal nasional maupun internasional.

Email Penulis: aidafitri@usk.ac.id

STANDAR ASUHAN INTRANATAL DI KOMUNITAS

Wulan Diana, SST.,M.Kes

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Artha Bodhi Iswara

Pendahuluan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari uterus ke dunia luar. Persalinan mencakup proses fisiologis yang memungkinkan serangkaian perubahan yang besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir. Fokus asuhan persalinan normal adalah persalinan bersih dan aman serta mencegah terjadinya komplikasi. Hal ini merupakan pergeseran paradigma dari menunggu terjadinya dan menangani komplikasi menjadi proaktif dalam persiapan dan pencegahan komplikasi, hal ini terbukti mampu mengurangi kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir.

Contoh paradigma pencegahan antara lain : (1) Mencegah perdarahan pasca persalinan yang disebabkan *atonia uteri*, (2) Mencegah terjadinya laserasi melalui episiotomi, (3) Mencegah terjadinya *retensio plasenta*, (4) Mencegah terjadinya partus lama, (5) Mencegah terjadinya asfiksia bayi baru lahir (Midwifery Update, 2016). Menurut Sarwono (2016), dasar asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermia, dan asfiksia bayi baru lahir.

Sementara itu fokus utamanya adalah mencegah terjadinya komplikasi.

Asuhan antenatal, intranatal, maupun pelayanan lainnya pada individu di komunitas/masyarakat mempunyai karakteristik yang berbeda dengan asuhan yang diberikan pada institusi kesehatan. Dalam asuhan kebidanan pada individu di komunitas, dibutuhkan kemampuan analisis yang tinggi dan cermat terutama yang berkaitan dengan aspek sosial, nilai-nilai dan budaya setempat karena asuhan kebidanan pada individu di masyarakat sangat dipengaruhi oleh berbagai fakta (Runjati, 2011).

Tujuan Asuhan Intranatal

Tujuan asuhan intranatal adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.

Standar Pertolongan Persalinan

1. Asuhan Persalinan Kala I

a. Pernyataan Standar

Bidan menilai secara tepat bahwa persalinan sudah mulai, kemudian memberikan asuhan dan pemantauan yang memadai dengan memperhatikan kebutuhan klien selama proses persalinan berlangsung.

b. Tujuan

Untuk memberikan pelayanan kebidanan yang memadai dalam mendukung pertolongan persalinan yang bersih dan aman untuk ibu dan bayi.

c. Hasil yang diharapkan

Hasil yang diharapkan adalah: ibu bersalin mendapat pertolongan darurat yang memadai dan tepat waktu bila diperlukan, meningkatkan cakupan persalinan dan komplikasi lainnya yang ditolong tenaga kesehatan terlatih, dan berkurangnya kematian atau kesakitan ibu/bayi akibat partus lama.

d. Persyaratan

- 1) Mengijinkan ibu memilih orang yang akan mendampingi selama proses persalinan dan kelahiran.
- 2) Bidan dipanggil jika ibu sudah mulai mulas/ketuban pecah.
- 3) Bidan telah terlatih dan terampil untuk:
 - a) Memberikan pertolongan persalinan yang bersih dan aman.
 - b) Penggunaan partograf dan pembacaannya.
- 4) Adanya alat untuk pertolongan termasuk beberapa sarung tangan DTT/steril.
- 5) Adanya perlengkapan untuk pertolongan persalinan yang bersih dan aman, seperti air bersih, sabun dan handuk yang bersih, dua handuk/kain hangat yang bersih (satu untuk mengeringkan bayi, yang lain untuk dipakai kemudian), pembalut wanita dan tempat untuk plasenta. Bidan sedapat mungkin menggunakan sarung tangan yang bersih.
- 6) Tersedia ruangan yang hangat, bersih dan sehat untuk persalinan.

- 7) Menggunakan KMS ibu hamil/Buku KIA, partograf dan Kartu Ibu.
 - 8) Sistem rujukan untuk perawatan kegawatdaruratan obstetri yang efektif.
- e. Tindakan yang dilakukan oleh bidan, antara lain:

Tindakan yang dilakukan oleh bidan, antara lain: izinkan ibu untuk memilih orang yang akan menemaninya selama proses persalinan dan kelahiran, segera datangi wanita hamil saat diberitahu bahwa persalinan sudah mulai/ketuban pecah, mencuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, lalu keringkan hingga benar-benar kering menggunakan handuk bersih setiap kali kontak dengan pasien, memakai sarung tangan bersih pada saat memroses alat yang terkontaminasi oleh darah atau cairan tubuh.

Gunakan sarung tangan DTT/steril setiap melakukan pemeriksaan vagina, kaji riwayat kehamilan ibu dengan lengkap, lakukan pemeriksaan fisik secara menyeluruh (fokus pada tekanan darah, DJJ, kontraksi uterus dan apakah ketuban sudah pecah), melakukan pemeriksaan vagina secara aseptik dan tergantung situasi (jika his normal atau lemah namun tanda-tanda vital ibu/janin normal, maka pemeriksaan vagina tidak perlu segera dilakukan), melakukan pemeriksaan vagina setiap empat jam dalam kondisi normal, tidak melakukan pemeriksaan vagina bila ada perdarahan banyak dari vagina. Hal tersebut mungkin karena komplikasi plasenta previa, segera lakukan rujukan.

Catat hasil pemeriksaan dengan cermat pada kartu Ibu dan partograf. Bila menemukan komplikasi, berikan asuhan yang tepat dan lakukan rujukan. Mencatat hasil pemeriksaan selama kala I fase laten pada kartu Ibu, melakukan evaluasi kemajuan persalinan tiap 4 jam dan lebih sering bila ada indikasi. Catatan meliputi : DJJ, pemeriksaan vagina, ketuban, perdarahan pervaginam, intake dan output, obat-obatan dan semua asuhan yang diberikan kepada ibu. Mencatat hasil pemeriksaan sampai dengan kala I fase aktif (pembukaan serviks \geq 4 cm) pada kartu ibu dan partograf. Melengkapi partograf dengan cermat pada semua ibu bersalin. Pantau dan catat DJJ setiap 30 menit, bila ada tanda gawat janin pemeriksaan dilakukan setiap 15 menit. Bila ada tanda gawat janin, siapkan rujukan yang memadai. Lakukan dan catat hasil pemeriksaan vagina pada lembar partograf setiap 4 jam (lebih sering bila ada indikasi). Pemeriksaan meliputi : penyusupan kepala janin dan cairan ketuban. Catat pada partograf, kontraksi uterus setiap 30 menit pada fase aktif. Palpasi jumlah dan lamanya kontraksi selama 10 menit. Catat pada partograf dan amati penurunan kepala janin dengan palpasi abdomen setiap 4 jam dan teruskan setiap periksa dalam.

Pantau dan catat pada partograf : tekanan darah setiap 4 jam, lebih sering jika ada komplikasi, suhu setiap 2 jam, lebih sering jika ada tanda atau gejala infeksi, dan nadi setiap setengah jam. Catat volume urine setiap ibu buang air kecil, dan catat protein atau aseton bila ada dalam urine. Anjurkan ibu untuk mandi dan tetap beraktivitas seperti biasa serta memilih posisi yang nyaman bagi ibu, jika ketuban belum.

Melarang ibu untuk berbaring terlentang selama persalinan dan menganjurkan ibu untuk berbaring miring, duduk, berdiri atau jongkok. Anjurkan ibu untuk minum yang cukup selama proses persalinan untuk menghindari dehidrasi dan gawat janin. Selama persalinan, beri dukungagn moril atau perlakuan yang baik dan peka terhadap kebutuhan ibu, suami/keluarga/orang yang terdekat yang mendampingi.

Anjurkan pada orang yang mendampingi ibu untuk mengambil peran aktif dalam memberikan kenyamanan dan dukungan kepada ibu selama persalinan. Berikan dukungan moril dan selalu memenuhi kebutuhan ibu, serta menganjurkan pendamping persalinan untuk memberi dukungan dan kenyamanan pada ibu selama proses proses persalinan. Jelaskan mengenai proses persalinan, memberitahu ibu, suami dan keluarga tentang kemajuan persalinan secara berkala. Siap-siap untuk menghadapi kelahiran bayi dan melakukan pertolongan persalinan yang bersih dan aman.

2. Persalinan Kala II Yang Aman

a. Pernyataan Standar

Bidan melakukan pertolongan persalinan yang aman dengan sikap sopan dan menghargai terhadap klien serta memperhatikan tradisi setempat.

b. Tujuan

Memastikan persalinan yang bersih dan aman untuk ibu dan bayi.

c. Hasil yang diharapkan

Persalinan yang bersih dan aman, meningkatnya kepercayaan terhadap bidan, meningkatnya jumlah persalinan yang ditolong oleh bidan, menurunnya komplikasi seperti perdarahan *postpartum*, *asfiksia neonatorum*, trauma kelahiran, dan menurunnya angka *sepsis puerperalis*.

d. Persyaratan

Bidan dipanggil jika ibu sudah mulai mulas/pecah ketuban. Bidan sudah terlatih dan terampil dalam menolong persalinan secara bersih dan aman. Alat untuk pertolongan persalinan termasuk sarung tangan dalam keadaan desinfeksi tingkat tinggi/steril tersedia. Perlengkapan untuk pertolongan persalinan yang bersih dan aman, seperti air bersih, sabun dan handuk yang bersih, dua handuk/kain hangat yang bersih (satu untuk mengeringkan bayi, yang lain untuk dipakai kemudian), pembalut wanita dan tempat untuk plasenta. Bidan sedapat mungkin menggunakan sarung tangan yang bersih. Tersedia ruangan yang hangat, bersih dan sehat untuk persalinan. Menggunakan KMS ibu hamil/Buku KIA, partograf dan Kartu Ibu. Sistem rujukan untuk perawatan kegawatdaruratan obstetri yang efektif.

e. Tindakan yang dilakukan oleh bidan, antara lain:

Hargai ibu selama proses persalinan. Izinkan ibu memilih orang yang akan mendampingi selama proses persalinan dan kelahiran. Kita harus tersedianya ruangan yang hangat, bersih dan sehat untuk persalinan, dua handuk/kain hangat yang bersih (satu untuk mengeringkan

bayi, yang lain untuk dipakai kemudian), tempat untuk plasenta. Jika ibu belum mandi, bersihkan daerah perineum dengan sabun dan air mengalir. Mencuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir, lalu mengeringkan sampai kering dengan handuk bersih. Bantu ibu untuk mengambil posisi yang nyaman selama proses persalinan. Pada kala dua, anjurkan ibu untuk mengejan bila merasa ingin mengejan atau saat kepala bayi terlihat. Bila kepala belum terlihat, padahal ibu ingin mengejan, lakukan pemeriksaan vagina untuk mengetahui pembukaan serviks (Bila pembukaan belum lengkap, anjurkan ibu untuk mengambil posisi miring untuk mengurangi keinginan mengejan). Pada kala dua, dengarkan DJJ setiap 5 menit setelah his berakhir, meliputi irama dan frekuensinya. Hindari peregangan vagina secara manual dengan gerakan menyapu atau menariknya kearah luar. Gunakan sarung tangan DTT saat kepala bayi kelihatan. Apabila ada kotoran keluar dari rektum, bersihkan dengan kain basah.

Bantu kepala bayi lahir perlahan, sebaiknya diantara his. Setelah kepala bayi lahir, usap mulut dan hidung dengan kassa bersih dan biarkan kepala bayi memutar. Saat bahu sudah pada posisi anterior posterior yang benar, bantulah persalinan dengan cara yang tepat. Segera setelah lahir, periksa keadaan bayi, letakkan di perut ibu dan segera keringkan bayi dengan handuk bersih yang hangat. Setelah bayi kering, selimuti bayi dengan handuk bersih yang hangat. Minta ibu memegang bayinya. Tali pusat di klem di dua tempat, lalu potong diantara dua

klem dengan gunting tajam steril/DTT. Letakkan bayi dalam pelukan ibu dan mulai menyusui.

Hisaplah lendir dari jalan nafas bayi tidak selalu diperlukan. Jika bayi tidak menangis spontan, gunakan penghisap DeLee yang sudah DTT atau aspirator lendir yang baru dan bersih untuk membersihkan jalan lahir. Untuk melahirkan plasenta, mulailah langkah-langkah untuk penatalaksanaan aktif persalinan kala tiga. Pada saat plasenta sudah dilahirkan lengkap dan utuh dengan mengikuti langkah-langkah penatalaksanaan aktif persalinan kala tiga, lakukan massase uterus agar terjadi kontraksi dan pengeluaran gumpalan darah. Segera sesudah plasenta dikeluarkan, periksa apakah terjadi lacerasi pada vagina atau perineum. Bila ada lacerasi, berikan anastesi local (1% lidokain dengan teknik aseptik dan lakukan penjahitan dengan peralatan steril/DTT.

Perkirakan jumlah kehilangan darah secara akurat. Bersihkan perineum dengan air matang dan tutupi dengan kain bersih, kemudian berikan plasenta kepada suami/keluarga ibu. Pastikan agar ibu dan bayi merasa nyaman. Berikan bayi kepada ibu untuk diberi ASI. Lakukan perawatan bayi baru lahir dan catat semua temuan dengan seksama.

3. Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala III

a. Pernyataan Standar

Bidan melakukan penegangan tali pusat dengan benar untuk membantu pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap.

b. Tujuan

Membantu secara aktif pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap untuk mengurangi kejadian perdarahan pasca persalinan, memperpendek waktu persalinan kala tiga, mencegah terjadinya *atonia uteri* dan *retensio plasenta*.

c. Hasil yang diharapkan

Hal ini dilakukan untuk menurunkan terjadinya perdarahan yang hilang pada persalinan kala tiga, menurunkan terjadinya *atonia uteri*, menurunkan terjadinya *retensio plasenta*, memperpendek waktu persalinan kala tiga, dan menurunkan terjadinya perdarahan *postpartum* akibat salah penanganan kala tiga.

d. Persyaratan

Syarat yang harus dipenuhi, antara lain: bidan sudah terlatih dan terampil dalam melahirkan plasenta secara lengkap dengan melakukan penatalaksanaan aktif persalinan kala tiga secara benar; tersedianya peralatan dan perlengkapan untuk melahirkan plasenta, termasuk air bersih, larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi, sabun dan handuk yang bersih untuk cuci tangan, serta tempat untuk plasenta. Bidan seharusnya menggunakan sarung tangan DTT/steril; tersedia obat-obat oksitosika dan metode yang efektif untuk penyimpanan dan pengirimannya yang dijalankan dengan baik; sistem rujukan untuk perawatan kegawatdaruratan obstetrik yang efektif.

- e. Tindakan yang dilakukan oleh bidan, antara lain:
- Memberikan penjelasan kepada ibu sebelum melahirkan tentang prosedur penatalaksanaan aktif persalinan kala tiga, Masukkan oksitosin 10 IU ke dalam alat suntik steril menjelang persalinan; setelah bayi lahir, klem tali pusat di dua tempat, lalu potong diantara dua klem menggunakan gunting tajam steril/DTT; memeriksa fundus uteri untuk memastikan kehamilan ganda. Jika tidak ada, suntikkan oksitosin 10 IU secara IM (dalam waktu 2 menit setelah persalinan); tunggu uterus berkontraksi, lakukan penegangan tali pusat terus menerus sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati ke arah punggung ibu dan ke arah atas (*dorso kranial*). Ulangi langkah ini pada setiap ada his. Berhati-hati, jangan menarik tali pusat berlebihan karena akan menyebabkan *inversio uteri*.

Apabila plasenta belum lepas setelah melakukan penatalaksanaan aktif persalinan kala tiga dalam waktu 15 menit, ulangi 10 IU oksitosin secara IM dan periksa kandung kemih. Lakukan kateterisasi bila penuh. Beritahu keluarga untuk persiapan merujuk. Teruskan melakukan penatalaksanaan aktif persalinan kala tiga selama 15 menit lagi. Rujuk ibu bila plasenta tidak lahir setelah 30 menit.

Apabila sudah terasa adanya pelepasan plasenta, minta ibu untuk meneran sedikit pada saat tali pusat ditegangkan ke arah bawah kemudian ke atas sesuai dengan kurve jalan lahir hingga plasenta tampak pada vulva (jangan mendorong fundus karena dapat mengakibatkan *inversio uteri*). Setelah plasenta tampak pada vulva,

teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu, pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah jarum jam untuk membantu mengeluarkan plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban dikeluarkan, lakukan masase uterus supaya berkontraksi. Sambil melakukan massase fundus uteri, periksa plasenta dan selaput ketuban untuk memastikan plasenta utuh dan lengkap.

APabila plasenta tidak dilahirkan utuh dan lengkap, lakukan penanganan kegawatdaruratan *retensio plasenta*. Jika terjadi *atonia uteri* atau perdarahan pasca persalinan, lakukan penanganan perdarahan postpartum primer. Perkirakan jumlah kehilangan darah secara akurat. Bersihkan vulva dan perineum dengan air matang dan tutup dengan pembalut wanita/kain bersih. Periksa tanda-tanda vital. Catat semua temuan dengan seksama. Berikan plasenta pada suami/keluarga ibu. Catat semua perawatan dan temuan dengan seksama.

4. Penanganan Kala II Dengan Gawat Janin Melalui Episiotomi

a. Pernyataan Standar

Bidan mengenali secara tepat tanda-tanda gawat janin pada kala II yang lama dan segera melakukan episiotomi dengan aman untuk memperlancar persalinan, diikuti dengan penjahitan perineum.

b. Tujuan

Mempercepat persalinan dengan melakukan episiotomi jika ada tanda-tanda gawat janin pada saat kepala janin meregangkan perineum.

c. Hasil yang diharapkan

- 1) Penurunan kejadian asfiksia neonatorum berat.
- 2) Penurunan kejadian lahir mati pada kala dua.

d. Persyaratan

Bidan sudah terlatih dalam melaksanakan episiotomi dan menjahit perineum secara benar. Sarung tangan / alat / perlengkapan untuk melakukan episiotomi, termasuk gunting tajam yang steril/DTT, dan alat bahan yang steril/DTT untuk penjahitan perineum (anastesi lokal) tersedia. Gunakan Kartu Ibu, partograf dan Buku KIA.

e. Tindakan yang dilakukan oleh bidan, antara lain:

Siapkan alat-alat steril/DTT untuk melakukan episiotomi. Beritahu ibu tentang perlunya episiotomi dilakukan dan yang akan dirasakannya. Gunakan sarung tangan steril/DTT. Apabila kepala janin meregangkan perineum, anastesi lokal diberikan (pada saat his). Masukkan dua jari tangan kiri ke dalam vagina untuk melindungi kepala bayi dan dengan tangan kanan tusukkan jarum sepanjang garis yang akan digunting (sebaiknya dilakukan insisi *medio-lateral*). Sebelum menyuntikannya, tarik jarum sedikit. Masukkan anastesi perlahan-lahan sambil menarik alat suntik perlahan sehingga garis yang akan digunting teranastesi.

Tunggu satu menit agar anastesinya bekerja, lakukan tes kekebalan/mati rasa.

- f. Pada puncak his berikutnya, lindungi kepala janin seperti di atas kemudian lakukan pengguntingan tunggal dengan mantap (sebaiknya *medio-lateral*). Tangan kanan melindungi perineum sementara tangan kiri menahan puncak kepala agar tidak terjadi defleksi yang terlalu cepat saat kepala lahir. Minta ibu untuk meneran diantara dua his. Kemudian lahirkan bayi secara normal. Begitu bayi lahir, keringkan dan stimulasi bayi. Mulai melakukan resusitasi bayi baru lahir jika diperlukan. Lahirkan plasenta dan selaput ketuban secara lengkap mengikuti langkah-langkah penatalaksanaan aktif persalinan kala tiga. Periksa perineum untuk menentukan tingkat luka episiotomi, perluasan episiotomi dan/atau laserasi. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban dikeluarkan dengan menggunakan teknik aseptik, berikan anastesi lokal (lidokain 1%), lalu jahit perlukaan dan/atau laserasi dengan peralatan steril/DTT.
- g. Lakukan jahitan sekitar 1 cm di atas ujung luka episiotomi atau laserasi di dalam vagina. Lakukan penjahitan secara berlapis, mulai dari vagina ke arah perineum. Sesudah penjahitan, lakukan massase uterus untuk memastikan bahwa uterus berkontraksi dengan baik. Pastikan bahwa tidak ada kasa yang tertinggal di vagina dan masukkan jari dengan hati-hati ke rektum untuk memastikan bahwa penjahitan tidak menembus dinding rektum. Bila hal tersebut terjadi, lepaskan jahitan dan lakukan jahit ulang. Kenakan sarung tangan yang bersih,

bersihkan perineum dengan air matang, buatlah ibu merasa bersih dan nyaman. Periksa apakah perdarahan dari daerah insisi sudah berhenti. Bila perdarahan masih ada, periksa sumbernya. Bila berasal dari luka episiotomi, temukan titik perdarahan dan segera ikat, jika bukan lakukan penanganan perdarahan postpartum primer. Pastikan bahwa ibu diberitahu agar menjaga perineum tetap bersih dan kering serta menggunakan pembalut wanita/kain bersih. Catat semua perawatan dan temuan dengan seksama.

Persalinan di Rumah

Alasan ibu dan keluarga memilih persalinan di rumah antara lain: Persalinan di rumah didukung oleh keluarga, dalam lingkungan yang dikenal, tempat mereka memiliki kendali terhadap tubuhnya; Lingkungan rumah sendiri menimbulkan rasa tenang dan tenteram pada ibu yang akan melahirkan; dan, Berdasarkan pengalaman melahirkan di rumah sakit, ibu merasa berada dalam lingkungan yang kurang memiliki sentuhan pribadi yang penuh dengan peraturan dan staf yang sibuk. Pertolongan persalinan di rumah memiliki kekurangan, yaitu pada saat proses persalinan mengalami kesulitan, pertolongan lebih lanjut tidak dapat segera diberikan. Hal tersebut disebabkan karena tidak tersedianya alat-alat yang memadai sehingga memerlukan waktu lebih lama sebelum tiba di rumah sakit.

1. Tujuan Asuhan Persalinan Di Rumah

Tujuan asuhan intranatal di rumah ditentukan oleh bidan bersama-sama dengan ibu hamil dan suami. Tujuan asuhan intranatal adalah : memastikan persalinan yang telah direncanakan, memastikan persiapan persalinan bersih, aman dan dalam

suasana yang menyenangkan, dan mempersiapkan transportasi serta biaya rujukan apabila diperlukan.

2. Syarat Persalinan Di Rumah

Pemilihan persalinan di rumah merupakan hak dari ibu dan keluarga. Meskipun demikian, ibu dan keluarga harus memperhatikan syarat-syarat persalinan di rumah, yaitu sebagai berikut : adanya bidan terlatih dalam melakukan pertolongan persalinan, bidan harus memberikan penjelasan tentang seluruh proses persalinan dan kemungkinan komplikasi, bidan dipanggil bilamana ibu mulai merasakan kontraksi atau air ketuban pecah, tersedianya ruangan hangat, bersih dan sehat, ibu mempunyai Kartu Menuju Sehat (KMS) ibu hamil dan Buku KIA, tersedianya sistem rujukan untuk penanganan kegawatdaruratan obstetric, adanya kesepakatan atau *informed consent* antara bidan dengan ibu/keluarga, tersedianya alat transportasi untuk merujuk, tersedianya peralatan yang lengkap dan berfungsi.

3. Persiapan Persalinan Di Rumah

a. Persiapan Penolong (Bidan)

- 1) Kemampuan: bidan harus mempunyai kemampuan yang cukup terampil, cepat berpikir, cepat menganalisis, cepat menginterpretasi tanda dan gejala, cepat menyusun konsep dan mempunyai pengetahuan serta pengalaman.
- 2) Keterampilan: memiliki keterampilan yang cukup banyak dalam segala perawatan dan pertolongan persalinan.
- 3) Kepribadian: kesehatan jasmani dan rohani dalam segala aspek yang merupakan

organisasi dinamis yang akan selalu mengalami perubahan dan perkembangan. Aspek-aspek tersebut ialah fisik, maturitas atau kematangan mental, emosi dan sikap.

b. Persiapan Keluarga

- 1) Keluarga telah mengambil keputusan bahwa persalinan dilakukan di rumah, keluarga memberikan masukan atau ide dan bersedia/mampu memberikan dukungan yang diperlukan.
- 2) Kegiatan rumah tangga secara rinci perlu dibahas untuk membentuk jaringan kerja, yaitu siapa yang mengurus anak-anak yang lain.

c. Persiapan Tempat Pertolongan Persalinan

Harus ada beberapa hal yang tersedia, antara lain: ruangan yang akan digunakan untuk pertolongan persalinan, penerangan atau lampu yang cukup terang, air yang mengalir dan media komunikasi

d. Persiapan Alat

- 1) Peralatan yang disediakan oleh bidan: Tensimeter, Stetoskop, Termometer, Sarung tangan, Bengkok, Klem tali pusat, Gunting talipusat, Setengah kocher, *Dee lee*, Celemek plastic, Kassa dan kapas, Duk, Jarum dan benang jahit, *Naldfoeder*, Gunting benang, Alkohol, Sput, Obat-obatan (Oksitosin, antibiotika, vitamin K, lidokain, betadin), Dan lain-lain

- 2) Peralatan yang disiapkan oleh keluarga
 - a) Persiapan untuk pertolongan persalinan: Baskom, Sabun cuci, Handuk kering dan bersih, Selimut, Pakaian ganti, Pembalut, Kain pel, dan Lampu.
 - b) Persiapan untuk bayi: Handuk bayi, Tempat tidur bayi, Botol air panas untuk menghangatkan alas, Pakaian bayi, Selimut bayi

Daftar Pustaka

- Departemen Kesehatan RI. (2001). Pedoman Pelayanan Kebidanan Dasar. Jakarta:
- Depkes RI bekerjasama dengan United Nation Population Found
- IBI. (2016). Buku Acuan Midwifery Update. Jakarta. Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia.
- IBI. (2006). Buku 1 Standar Pelayanan Kebidanan Cetakan VI. Jakarta. Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia
- JNPK-KR. (2008). Asuhan Persalinan Normal dan Inisiasi Menyusui Dini. Jakarta.
- Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi
- Runjati. (2011). Asuhan Kebidanan Komunitas. Jakarta: EGC
- Safrudin, Hamidah. (2009). Kebidanan Komunitas. Jakarta. EGC
- Prawiroharjo, Sarwono (2014). Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono. Prawirohardjo
- Prawirohardjo Sarwono (2016). Buku Ilmu Kebidanan Edisi 4. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Yulifah, R dan Yuswanto, TJA. (2012). Asuhan Kebidanan Komunitas. Jakarta. Salemba Medika

Profil Penulis



Wulan Diana, SST.,M.Kes,

lahir pada tanggal 18 April 1978 di Mojokerto Jawa Timur. Riwayat Pendidikan: Program Pendidikan Bidan di Celaket Malang (1996 – 1997), Program Studi D3 Kebidanan Poltekkes Kemenkes Surabaya (1998 – 2021), Program Studi D IV Kebidanan STIKes Insan Unggul Surabaya (2005 – 2006), Magister Kesehatan Universitas Negeri Surakarta (2012 – 2014). Penulis merupakan staf dosen pada Program Studi D III Kebidanan STIKes Artha Bodhi Iswara (2003 - sekarang).

Untuk mewujudkan profesionalisme sebagai seorang dosen yang unggul, kreatif dan inovatif, Penulis selalu mengedepankan pelaksanaan Tri dharma Perguruan Tinggi yaitu pengajaran, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Salah satu bentuk Dharma Pendidikan adalah menulis buku sesuai dengan bidang keahlian penulis, antara lain mengenai kesehatan ibu dan anak dengan harapan dapat menjadi referensi bagi mahasiswa, tenaga kesehatan maupun masyarakat umum dan membantu program pemerintah dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak di Indonesia.

Penulis berharap dapat terus belajar dan berkontribusi dalam bentuk karya tulis untuk menyebarkan dan pengembangan pengetahuan khususnya kesehatan ibu dan anak.

Email penulis: dianawulan227@gmail.com

STANDART ASUHAN POSTNATAL DI KOMUNITAS

Nurul Abidah, SST.,M,Kes
STIKes ABI Surabaya

Pendahuluan

Asuhan ibu post partum adalah suatu bentuk manajemen Kesehatan yang dilakukan pada ibu nifas di Masyarakat. Asuhan ini merupakan kelanjutan asuhan dari rumah sakit atau pelayanan Kesehatan lainnya.

Standar Asuhan Postnatal di Komunitas

Pemberian asuhan secara menyeluruh, tidak hanya kepada ibu nifas, akan tetapi pemberian asuhan melibatkan seluruh keluarga dan anggota masyarakat disekitarnya (Rahayu, Suharto, & Sumaningsih, 2018).

Tujuan asuhan postnatal di komunitas menurut (Bustami, Insani, Iryani, & Yulizawati, 2017)

1. menjaga kesehatan ibu dan bayinya
2. melaksanakan skrining secara komprehensif, deteksi dini dan merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya
3. memberikan pendidikan kesehatan
4. memberikan pelayanan keluarga berencana

Jadwal kunjungan minimal ibu nifas 3 kali dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Kunjungan pertama pada masa 6 jam sampai dengan 3hari setelah persalinan.
2. Kunjungan kedua dalam waktu hari ke- 4 sampai denganhari ke-28 setelah persalinan
3. Kunjungan ketiga dalam waktu hari ke-29 sampai denganhari ke 42 setelah persalinan. (Cholifah & Purwanti, 2019)

Pelayanan yang diberikan adalah :

1. Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu.
2. Pemeriksaan tinggi fundus uteri (involusi uterus).
3. Pemeriksaan lokhia dan pengeluaran per vaginam lainnya.
4. Pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif 6 bulan.
5. Pemberian kapsul Vitamin A 200.000 IU sebanyak dua kali, pertama segera setelah melahirkan, kedua diberikan setelah 24 jam pemberian kapsul Vitamin A pertama.
6. Pelayanan KB pasca salin (Cholifah & Purwanti, 2019)

Standart minimal pelayanan post natal

Asuhan post natal

a. Alat

Alat yang digunakan untuk pemeriksaan harus steril dan bersih

b. Tempat

Di rumah bidan

- 1) Ruang pemeriksaan mempunyai luas 2 x 3 meter
- 2) Setiap bangunan pelayanan minimal mempunyai ruang periksa
- 3) Semua ruangan mempunyai ventilasi dan penerangan

Di rumah pasien

Sesuai dengan keadaan rumah pasien, diusahakan ruangan yang digunakan pasien bersih dan nyaman

Standar pelayanan

a. Standart 13 : Perawatan Bayi Baru Lahir

Tujuan :

Menilai kondisi bayi baru lahir dan membantu dimulainya pernafasan serta mencegah hipotermi, hipoglikimia, dan infeksi

Persyaratan standart :

Bidan memeriksa dan menilai bayi baru lahir untuk memastikan pernafasan spontan mencegah hipoksia sekunder, menemukan kelainan, dan melakukan tindakan atau merujuk sesuai dengan kebutuhan. Bidan harus mencegah atau menangani hipotermi

Persyarat:

- 1) Bidan sudah dilatih dengan tepat dan terampil untuk mendampingi persalinan dan memberikan perawatan bayi baru lahir dengan segera

- 2) Bidan sudah terlatih dan terampil untuk:
 - a) Memeriksa dan menilai bayi baru lahir dengan menggunakan skor APGAR
 - b) Menolong bayi untuk memulai terjadinya pernafasan dan melakukan resusitasi bayi baru lahir
 - c) Mengenal tanda – tanda hipotermi dan dapat melakukan Tindakan yang tepat untuk mencegah dan menangani hipotermi
 - d) Pencegahan infeksi pada bayi baru lahir
 - e) Mengenali tanda-tanda hipoglikemia dan melakukan penatalaksanaan yang tepat jika hipoglekia terjadi
- 3) Tersedianya perlengkapan dan peralatan untuk perawatan yang bersih dan aman bagi bayi baru lahir, seperti air bersih, sabun, 2 handuk atau kain hangat yang bersih, gunting steril/DTT untuk memotong tali pusat, 2 klem steril/DDT, benang steril/DTT (atau klem) untuk mengikat tali pusat, sarung tangan bersih/DTT, thermometer bersih/DTT, bola karet penghisap atau penghisap De Lee yang DTT, timbangan bayi dan pita pengukur yang bersih
- 4) Obat salep mata : tetrasiklin 1% atau eritromisin 0,5%
- 5) Kartu ibu, kartu bayi, dan buku KIA
- 6) System rujukan untuk perawatan kegawatdaruratan bayi baru lahir yang efektif

Hasil yang diharapkan:

- 1) Bayi baru lahir dengan kelainan atau kecacatan dapat segera menerima perawatan yang tepat
- 2) Bayi baru lahir mendapatkan perawatan yang tepat dan dapat bernafas dengan baik
- 3) Penurunan angka kejadian hipotermi

Proses:

Bidan harus:

- 1) Menggunakan sarung tangan bersih/DTT sebelum menangani bayi baru lahir
- 2) Memastikan bahwa suhu ruangan hangat (ruangan harus hangat untuk mencegah hipotermia pada bayi baru lahir)
- 3) Segera setelah lahir, nilai keadaan bayi, letakkan diperut ibu, dan segera keringkan bayi dengan handuk bersi yang hangat setelah bayi kering, selimuti bayi termasuk bagian kepalanya dengan handuk baru yang bersih dan hangat.
- 4) Segera menilai bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas/menangis sebelum menit pertama nilai APGAR, jika bayi tidak menangis atau tidak bernafas spontan, hisap mulut dan hidung bayi secara berhati – hati, menggunakan bola karet penghisap atau penghisap De Lee yang di DTT
- 5) Jika bayi mengalami kesulitan memulai pernafasan walaupun sudah dilakukan pengeringan, stimulasi atau penghisapan lendir dengan hati – hati, mulai lakukan resusitasi bayi baru lahir untuk menangani asfiksia

- 6) Jika bayi menangis atau atau bernafasan, lakukan pemeriksaan APGAR pada menit pertama setelah lahir
- 7) Meminta ibu memegang bayi. Tali pusatnya di klem di dua tempat menggunakan klem steril/DTT. Lalu potong diantara kedua klem dengan gunting tajam steril/DTT
- 8) Pasang benang/klem tali pusat
- 9) Bayi harus tetap diselimuti dengan baik, anjurkan ibu untuk memeluk bayinya (Riset menunjukkan pemberian ASI dini untuk keberhasilan awal pemberian ASI. Kontak kulit ibu dan bayi juga merupakan cara yang baik untuk menjaga pengaturan suhu tubuh bayi pada saat lahir. Pastikan jika bayi tidak didekap oleh ibunya, selimuti bayi dengan handuk yang bersih dan hangat. Tutupi kepala bayi dengan baik untuk mencegah kehilangan panas)
- 10) Sesudah 5 menit lakukan penilaian terhadap keadaan bayi secara umum dengan menggunakan skor APGAR.
- 11) Jika kondisi bayi stabil, lakukan pemeriksaan bayi setelah plasenta lahir dan kondisi ibu stabil.
- 12) Periksa tanda vital bayi. Ukur suhunya dengan menggunakan termometer yang diletakkan diketiak. Bila suhu bayi kurang dari 36°C atau jika tubuh atau kaki bayi terasa dingin, maka segera lakukan penghangatan tubuh bayi. Amati suhu tubuh bayi setiap jam sampai suhunya normal dan stabil.

- 13) Periksa bayi dari kepala sampai ujung kaki untuk mencari kemungkinan adanya kelainan. Periksa anus dan daerah kemaluan. Lakukan pemeriksaan ini dengan cepat agar bayi tidak kedinginan, ibu hendaknya menyaksikan pemeriksaan tersebut.
- 14) Timbang bayi dan ukur panjangnya. Lakukan dengan cepat agar bayi tidak mengalami hipotermi.
- 15) Tetap selimuti bayi pada saat ditimbang, meletakkan bayi pada timbangan yang dingin akan menyebabkan kehilangan panas. Berat yang tercatat kemudian dapat disesuaikan dengan mengurangi jumlah berat handuk/kain tersebut.
- 16) Setelah memeriksa dan mengukur bayi, selimuti dengan baik, pastikan bahwa kepala bayi tertutup dan berikan bayi kembali untuk dipeluk ibu. Hal ini merupakan cara yang sangat baik untuk mencegah hipotermi.
- 17) Cuci tangan lagi dengan sabun, air dan handuk yang bersih. Dalam waktu satu jam setelah kelahiran, berikan salep/obat tetes mata pada mata bayi baru lahir, untuk mencegah oftalia neonatorum: salep mata tetrasiklin 1%, larutan Perak Nitrat 1% dan Eritromisin 0.5%. Biarkan obatnya tetap dimata bayi, jangan dibersihkan salep/obat tetes mata yang berada disekitar mata.
- 18) Jika bayi belum diberi ASI, bantu ibu untuk mulai menyusui. Riset menunjukkan bahwa memulai pemberian ASI dalam waktu 1 jam pertama setelah kelahiran adalah penting

untuk keberhasilan awal pemberian ASI. Kolustrum, ASI pertama, penting karena mengandung zat kekebalan untuk pencegahan infeksi dan penyakit pada bayi baru lahir. Pemberian ASI dini akan mencegah/ menangani hipoglikemia pada bayi baru lahir.

- 19) Hindari pemberian susu formula pada bayi baru lahir, hal ini tidak perlu dan mungkin membahayakan.
- 20) Tunggu 6 jam, atau lebih, setelah kelahiran bayi sebelum memandikannya, tunggu lebih lama jika bayi mengalami kesulitan mempertahankan suhu tubuh bayi sebelum memandikannya, suhu tubuh bayi baru lahir harus antara 36-37°C. Gunakan air hangat untuk memandikan bayi dan pastikan ruangan hangat. Mandikan bayi dengan cepat dan segera keringkan bayi dengan handuk bersih, hangat dan kering untuk mencegah kehilangan panas tubuh yang berlebihan.
- 21) Kenakan baju yang bersih dan selimuti bayi dengan handuk/kain yang hangat dan bersih.
- 22) Periksa apakah bayi baru lahir mengeluarkan urine dan mekonium dalam 24 jam pertama kehidupannya, catat waktu pengeluaran urine dan mekonium. Mintalah ibu memperhatikannya bila persalinan berlangsung dirumah. Bila dalam 24 jam bayi tidak mengeluarkan urine dan mekonium, segera rujuk ke Puskesmas atau rumah sakit.

- 23) Lakukan pencatatan semua temuan dan perawatan yang diberikan dengan cermat dan lengkap dalam partograf, kartu ibu dan kartu bayi.
 - 24) Rujuk segera ke puskesmas atau rumah sakit yang tepat jika ditemukan kelainan dari normal.
- b. Standart 14 : penanganan pada 2 jam pertama setelah persalinan
- 1) Tujuan: Mempromosikan perawatan ibu dan bayi yang bersih dan aman selama persalinan kala empat untuk memulihkan kesehatan ibu dan bayi. Meningkatkan asuhan sayang ibu dan sayang bayi. Memulai pemberian ASI dalam waktu 1 jam pertama setelah persalinan dan mendukung terjadinya ikatan batin antara ibu dan bayinya.
 - 2) Pernyataan Standar
Bidan melakukan pemantauan ibu dan bayi terhadap terjadinya komplikasi dalam dua jam setelah persalinan, serta melakukan tindakan yang diperlukan. Di samping itu, bidan memberikan penjelasan tentang hal-hal yang mempercepat pulihnya kesehatan ibu, dan membantu ibu untuk memulai pemberian ASI.
 - 3) Persyarat
 - a) Ibu dan bayi dijaga oleh bidan terlatih selama dua jam sesudah persalinan dari jika mungkin bayi tetap bersama ibu.
 - b) Bidan terlatih dan terampil dalam memberikan perawatan untuk ibu dan bayi segera setelah persalinan, termasuk

keterampilan pertolongan pertama pada keadaan gawat darurat.

- c) Ibu didukung/dianjurkan untuk menyusui dengan ASI dan memberikan kolustrum.
 - d) Tersedia alat perlengkapan, misalnya untuk membersihkan tangan yaitu air bersih, sabun dan handuk bersih, handuk/kain bersih untuk menyelimuti bayi, pembalut wanita yang bersih, pakaian kering dan bersih untuk ibu, sarung atau kain kering dan bersih untuk alas ibu, kain/selimut yang kering untuk menyelimuti ibu, sarung tangan DTT, tensimeter air raksa, stetoskop dan termometer.
 - e) Tersedianya obat-obatan oksitosika, obat lain yang diperlukan dan tempat penyimpanan yang memadai.
 - f) Adanya sarana pencatatan: partograf, Kartu Ibu, Kartu Bayi, Buku KIA 7. Sistem rujukan untuk perawatan kegawatdaruratan obstetri dan keggawatdaruratan bayi baru lahir yang efektif.
- 4) Hasil Yang Diharapkan
- a) Komplikasi segera dideteksi dan dirujuk
 - b) Penurunan kejadian infeksi nifas dan neonatal
 - c) Penurunan kematian akibat perdarahan postpartum primer

- d) Pemberian ASI dimulai dalam 2 jam pertama sesudah persalinan
- 5) Proses Bidan Harus:
- a) Selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah memberikan perawatan pada ibu dan bayi baru lahir. Menggunakan sarung tangan bersih pada saat melakukan kontak dengan darah atau cairan tubuh.
 - b) Mendiskusikan semua pelayanan yang diberikan untuk ibu dan bayi dengan ibu, suami dan keluarganya.
 - c) Segera setelah lahir, nilai keadaan bayi, letakkan diperut ibu, dan segera keringkan bayi dengan handuk bersih yang hangat. Setelah bayi kering, selimuti bayi dengan handuk baru yang bersih dan hangat. Bila bayi bernafas / menangis tanpa kesulitan, dukung ibu untuk memeluk bayinya (lihat standart 13).
 - d) Sangat penting untuk menilai keadaan ibu beberapa kali selama 2 jam pertama setelah persalinan. Bidan berada bersama ibu dan melakukan pemeriksaan ini, jangan pernah meninggalkan ibu sendirian sampai paling sedikit 2 jam setelah persalinan dan kondisi ibu stabil. Lakukan penatalaksanaan yang tepat persiapkan rujukan jika diperlukan.

- Melakukan penilaian dan masase fundus uteri setiap 15 menit selama satu jam pertama setelah persalinan, kemudian setiap 30 menit selama satu jam kedua persalinan. Pada saat melakukan masase uterus, perhatikan berapa banyak darah yang keluar dari vagina. Jika fundus tidak terasa keras, terus lakukan masase pada daerah fundus agar berkontraksi. Periksa jumlah perdarahan yang keluar dari vagina. Periksa perineum ibu apakah membengkak, hematoma, dan berdarah dari tempatnya perlukaan yang sudah dijahit setiap kali memeriksa perdarahan fundus dan vagina.
- Jika terjadi perdarahan, segera lakukan tindakan sesuai dengan standar 21. Berbahaya jika terlambat bertindak.
- Periksa tekanan darah dan nadi ibu setiap 15 menit selama 1 Jam pertama setelah persalinan, dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua setelah persalinan (jika tekanan darah ibu naik, lihat standar 17).
- Lakukan palpasi kandung kemih ibu 15 menit selama satu jam pertama setelah persalinan dan kemudian setiap 30 menit selama satu jam kedua setelah persalinan. Bila kandung kemih penuh dan meregang mintalah ibu untuk b.a.k jangan

memasang kateter kecuali ibu tidak bisa melakukannya sendiri. (retensi urine dapat menyebabkan perdarahan uterus). Mintalah ibu untuk buang air kecil dalam 2 jam pertama sesudah melahirkan.

- Periksa suhu tubuh ibu beberapa saat setelah persalinan dan sekali lagi satu jam setelah persalinan. Jika suhu tubuh ibu $> 38^{\circ}\text{C}$, minta ibu untuk minum 1 liter cairan, jika suhunya tetap $> 38^{\circ}\text{C}$ segera rujuk ibu ke pusat rujukan terdekat (Jika mungkin mual berikan IV RL dan berikan ibu 1 gr amokxilin dan ampisilin per oral)
- e) Secepatnya bantu ibu agar dapat menyusui. (lihat standar 10 & 13). Atur posisi bayi agar dapat melekat dan menghisap dengan benar. (Semua ibu membutuhkan pertolongan untuk mengatur posisi bayi, baik untuk ibu yang baru pertama kali menyusui maupun ibu yang sudah pernah menyusui).
- f) Penggunaan gurita atau stagen harus ditunda hingga 2 jam setelah melahirkan. Kontraksi uterus dan jumlah perdarahan harus dinilai dan jika ibu mengenakan gurita atau stagen hal ini sulit untuk dilakukan.
- g) Bila bayi tidak memperlihatkan tanda - tanda kehidupan setelah dilakukan resusitasi, maka beritahu orang tua bayi

apa yang terjadi. Berikan penjelasan secara sederhana dan jujur. Biarkan mereka melihat atau memeluk bayii mereka. Beritahulah dengan bijaksana dan penuh perhatian, biarkan orang tua melakukan upacara untuk bayi yang meninggal sesuai dengan adat istiadat dan kepercayaan mereka. Setelah orang tua bayi mulai tenang, bantulah mereka dan perlakukan bayi dengan baik dan penuh pengertian terhadap kesedihan merreka.

- h) Bantu ibu membersihkan tubuhnya dan mengganti pakaian. Ingatkan ibu untuk selalu menjaga kebersihan tubuh dan mengganti kain pembalut secara teratur, berikan penjelasan perubahan-perubahan yang terjadi paskah persalinan.
- i) Catat semua temuan dan tindakan dengan lengkap dan seksama pada partograf, kartu ibu, dan kartu bayi.
- j) Sebelum meninggalkan ibu, bahaslah semua bahaya potensial dan tanda – tandanya dengan suami dan keluarga.
- k) Pastikan bahwa ibu dan keluarganya mengetahui bagaimana dan kapan harus meminta pertolongan.
- l) Jangan meninggalkan ibu dan bayi sampai mereka dalam keadaan baik dan semua cاتاatan lengkap. Jika ada hal yang mengkhawatirkan pada ibu atau janin,lakukan rujukan puskesmas atau rumah sakit.

c. Standart 15 Pelayanan Bagi Ibu dan Bayi Pada Masa Nifas

- 1) Tujuan Memberikan pelayanan kepada ibu dan bayi sampai 42 hari setelah persalinan dan memberikan penyuluhan ASI eksklusif
- 2) Pernyataan Standar Bidan memberikan pelayanan selama masa nifas melalui kunjungan rumah pada hari ketiga, minggu kedua dan minggu keenam setelah persalinan, untuk membantu proses pemulihan ibu dan bayi melalui penanganan tali pusat yang benar, penemuan dini penanganan atau rujukan komplikasi yang mungkin terjadi pada masa nifas, serta memberikan penjelasan tentang kesehatan secara umum, kebersihan perorangan, makanan bergizi, perawatan BBL pemberian ASI, imunisasi dan KB.
- 3) Prasyarat
 - a) Sistem yang berjalan dengan baik agar ibu dan bayi mendapatkan pelayanan pasca persalinan dari bidan terlatih sampai dengan 6 minggu setelah persalinan, baik dirumah, puskesmas atau rumah sakit.
 - b) Bidan telah dilatih dan terampil dalam:
 - Perawatan nifas, termasuk pemeriksaan ibu dan bayi dengan cara yang benar
 - Membantu ibu untuk memberikan ASI

- Mengetahui komplikasi yang dapat terjadi pada ibu dan bayi pada masa nifas
 - Penyuluhan dan pelayanan KB/penjarangan kelahiran
- c) Bidan dapat memberikan pelayanan imunisasi atau bekerja sama dengan juru imunisasi di puskesmas atau fasilitas kesehatan terdekat
- d) Tersedia vaksin, alat suntik, tempat penyimpanan vaksin dan tempat pembuangan benda tajam yang memadai
5. Tersedianya tablet besi dan asam folat
 6. Tersedia alat/perlengkapan, misalnya untuk membersihkan tangan, yaitu sabun, air bersih, dan handuk bersih, sarung tangan bersih/DTT
 7. Tersedia kartu pencatatan, kartu ibu, kartu bayi, kartu KIA
 8. Sistem rujukan untuk perawatan komplikasi kegawatdaruratan ibu dan bayi baru lahir berjalan dengan baik.
- 4) Hasil yang diharapkan
- a) Komplikasi pada masa nifas segera dirujuk untuk penanganan yang tepat
 - b) Mendorong pemberian ASI eksklusif
 - c) Mendorong penggunaan cara tradisional yang berguna dan menganjurkan untuk menghindari kebiasaan yang merugikan
 - d) Menurunkan kejadian infeksi pada ibu dan bayi

- e) Masyarakat semakin menyadari pentingnya penjarangan kelahiran
 - f) Meningkatkan imunisasi pada bayi
- 5) Proses Bidan harus:
- a) Pada kunjungan rumah, menyapa ibu dan suami/keluarganya dengan ramah.
 - b) Menanyakan pada ibu dan suami/keluarganya jika ada masalah atau kekhawatiran tentang ibu dan bayinya.
 - c) Mencuci tangan sebelum dan sesudah memeriksa ibu dan bayi.
 - d) Memakai sarung tangan DTT/ bersih bila melakukan kontak dengan darah atau cairan tubuh
 - e) Periksa tanda –tanda vital ibu. Periksa payudara ibu, amati bila puting retak, dan tanda–tanda atau gejala–gejala saluran ASI yang tersumbat atau infeksi payudara. Periksa involusi uterus (sekitar 2 cm /hari selama 8 hari pertama). Periksa lochea, yang ada pada hari ketiga seharusnya mulai berkurang dan berwarna coklat, dan pada hari ketiga seharusnya mulai berkurang dan berwarna coklat, dan pada hari ke-8 - 10 menjadi sedikit dan berwarna merah muda. Jika ada kelainan segera rujuk. Jika dicurigai sepsis puerperalis gunakan (Standar 23). Untuk penanganan perdarahan pasca persalinan gunakan (Standar 22).

- f) Tanyakan apakah ibu meminum tablet sesuai ketentuan (Sampai 42 hari setelah melahirkan), dan apakah persediaannya cukup.
- g) Bila ibu menderita anemia semasa hamil atau mengalami perdarahan berat selama proses persalinan periksakan Hb pada hari ketiga. Nasehati ibu supaya makan makanan yang bergizi dan berikan tablet tambah darah.
- h) Berikan penyuluhan kepada ibu tentang pentingnya menjaga kebersihan diri, memakai pembalut bersih, makanan bergizi, istirahat cukup dan cara merawat bayi.
- i) Cucilah tangan, lalu periksa bayi. Periksalah tali pusat pada setiap kali kunjungan. Tali pusat harus tetap kering. Ibu perlu diberitahu bahayanya membubuhkan sesuatu pada tali pusat bayi. Misalnya: minyak atau bahan lain. Jika ada kemerahan pada pusat, perdarahan atau tercium bau busuk, bayi segera dirujuk.
- j) Perhatikan kondisi umum bayi, tanyakan kepada ibu pemberian ASI, misalnya bayi tidak mau menyusu, waktu jaga, cara bayi menangis, berapa kali buang air kecil, dan bentuk fesesnya.
- k) Perhatikan warna kulit bayi, apakah ada ikterus atau tidak. Ikterus pada hari ketiga postpartum adalah ikterus fisiologis yang tidak memerlukan pengobatan. Namun, bila ikterus terjadi

sesudah hari ketiga/kapan saja, dan bayi malas untuk menyusu dan tampak mengantuk, maka bayi harus segera dirujuk ke Rumah sakit.

- l) Bicarakan pemberian ASI dan bila mungkin perhatikan apakah bayi menyusu dengan baik (Amati apakah ada kesulitan atau masalah).
 - m) Nasehati ibu tentang pentingnya pemberian ASI eksklusif sedikit 4 sampai 6 bulan. Bicarakan bahaya pemberian unsur tambahan sebelum bayi 4 bulan
 - n) Bicarakan tentang KB dan kapan senggama dapat dimulai. Sebaiknya hal ini didiskusikan dengan kehadiran suaminya.
 - o) Catat dengan tepat semua yang ditemukan.
 - p) Jika ada hal - hal yang tidak normal, segeralah merujuk ibu dan/atau bayi ke puskesmas/rumah sakit.
 - q) Jika ibu atau bayi meninggal, penyebab kematian harus diketahui sesuai dengan standar kabupaten/propinsi/nasional.
- 6) Bahaya Dan Tanda - Tanda Pada Bayinya
- a) Kegagalan menyusu yang terjadi secara berkala;
 - b) Tidak buang air kecil beberapa kali sehari (kurang dari 6 - 8 kali sehari);
 - c) Bayi kuning;
 - d) Muntah atau diare; dan

- e) Merah, bengkak atau keluarnya cairan dan tali pusat
 - f) Demam > 37,5 °C.
- 7) Bahaya Dan Tanda – Tanda Pada Ibu
- a) Perdarahan berat pada vagina;
 - b) Perdarahan berwarna merah segar atau pengeluaran bekuan darah;
 - c) Lochea yang berbau busuk;
 - d) Nyeri pada perut atau pelvis;
 - e) Pusing atau lemas yang berlebihan;
 - f) Suhu tubuh ibu > 38 °C;
 - g) Tekanan darah yang meningkat;
 - h) Ibu mengalami kesulitan atau nyeri pada saat b.a.k atau pada saat pergerakan usus;
 - i) Tanda–tanda mastitis: bagian yang kemerahan, bagian yang panas, gurat – gurat kemerahan pada payudara; dan
 - j) Terdapat masalah mengenal makan dan tidur.
- 8) Prinsip Kunjungan Rumah
- 9) Masa Nifas Prinsip pemberian asuhan lanjutan pada masa nifas di rumah meliputi:
- a) Asuhan postpartum di rumah berfokus pada pengkajian, penyuluhan dan konseling
 - b) Pemberian asuhan kebidanan di rumah, bidan dan keluarga dilakukan dalam suasana rileks dan kekeluargaan

- c) Perencanaan kunjungan rumah 4. Keamanan

10) Jadwal Kunjungan Di Rumah

- a) Kunjungan dilakukan paling sedikit 4 kali selama ibu dalam masa nifas
- b) Kegiatan yang dilakukan selama kunjungan meliputi pencegahan, pendeteksian, dan penanganan masalah yang terjadi pada masa nifas.

11) Perencanaan Kunjungan Rumah

- a) Merencanakan kunjungan rumah dalam waktu tidak lebih dari 24-48 jam setelah kepulangan klien ke rumah
- b) Pastikan keluarga telah mengetahui rencana mengenai kunjungan rumah dan waktu
- c) Kunjungan bidan ke rumah telah direncanakan bersama anggota keluarga.
- d) Menjelaskan maksud dan tujuan kunjungan.

12) Asuhan Postnatal di Rumah

- a) Asuhan post partum di rumah difokuskan pada pengkajian, penyuluhan dan konseling.
- b) Dalam memberikan asuhan kebidanan di rumah bidan dan keluarga diupayakan dapat berinteraksi dalam suasana yang respek dan kekeluargaan.

- 13) Tindakan yang baik untuk asuhan masa nifas normal pada ibu di rumah yaitu:
- a) Memberikan konseling kebersihan Diri;
 - b) Menganjurkan untuk Istirahat cukup;
 - c) Konseling untuk senam nifas;
 - d) Konseling gizi ibu nifas;
 - e) Konseling Perawatan Payudara;
 - f) Konseling mengenai hubungan suami-istri; dan
 - g) Konseling Keluarga Berencana (KB).

Daftar Pustaka

- Bustami, L. E., Insani, A., Iryani, D., & Yulizawati. (2017). *Buku Ajar Kebidanan Komunitas*. Padang: Penerbit Eka.
- Cholifah, S., & Purwanti, Y. (2019). *Buku Ajar Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Komunitas*. Sidoarjo: UMSIDA Press.
- Rahayu, T. P., Suharto, A., & Sumaningsih, R. (2018). *Modul Ajar 1 Kebidanan Komunitas*. Surabaya: Prodi Kebidanan Magetan Poltekkes Kemenkes Surabaya.
- Satrianegara, M. Fais. (2009). *Buku Ajar Organisasi Dan Manajemen Pelayanan Kesehatan Serta Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.

Profil Penulis



Nurul Abidah, SST.,M,Kes

Ketertarikan penulis terhadap komunitas hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk Sekolah Menengah Atas Walisongo 9 Sidoarjo Jawa Timur dengan jurusan Ilmu Pengetahuan Alam (IPA) dan berhasil lulus tahun 2003. Ketertarikan tersebut semakin kuat dan pengaruh kepada bidang Kebidanan yang membawa keberuntungan bagi diri Penulis. Penulis kemudian melanjutkan Pendidikan ke Akademik Kebidanan di Jombang dan berhasil menyelesaikan D III Kebidanan pada tahun 2006. Setelah lulus D III Kebidanan melanjutkan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan di Jombang dan berhasil menyelesaikan D IV Kebidanan pada tahun 2007. 4 Tahun kemudian, Penulis menyelesaikan S2 di Prodi Magister Promosi Kesehatan Kosentrasi Kesehatan Reproduksi HIV/AIDS di Universitas Diponegoro. Penulis ingin memperluas ilmunya di Ilmu Kebidanan. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional. Penulis mencoba menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi kecerdasan anak bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email : nurulabidah5758@gmail.com

ASUHAN BAYI BARU LAHIR DI KOMUNITAS

Eva Inayatul Faiza, AMd.Keb.,SKM.,M.Kes.
STIKes Kendedes Malang

Pendahuluan

Penanganan yang tepat pada bayi baru lahir sangat diperlukan. Kurang baiknya penanganan bayi baru lahir yang sehat dapat menyebabkan kelainan-kelainan yang mengakibatkan cacat seumur hidup bahkan kematian. Pencegahan merupakan hal yang terbaik yang harus diberikan agar bayi baru lahir dapat menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterine sehingga bayi dapat bertahan dengan baik karena periode neonatal merupakan periode yang paling kritis dalam fase pertumbuhan dan perkembangan bayi. Proses adaptasi fisiologis yang dilakukan oleh bayi baru lahir perlu diketahui dengan baik oleh bidan maupun tenaga kesehatan lain dalam memberikan asuhan kebidanan di komunitas bagi ibu dan bayi (Marmi & K, 2018). Seorang bidan harus mampu memberikan asuhan kebidanan di komunitas dengan baik. Bidan memiliki tugas yang sangat penting dalam memberikan asuhan dan perawatan pada bayi baru lahir. Perawatan tersebut menyangkut tindakan preventif, mendeteksi kondisi abnormal, pemberian layanan medis dan melakukan pertolongan pertama sesuai dengan kewenangan bidan di komunitas (Rahayu et al., 2018). Komunitas merupakan satu kesatuan hidup manusia yang menempati suatu

wilayah nyata yang berinteraksi menurut suatu adat istiadat, serta terikat oleh suatu identitas suatu komunitas. Kebidanan komunitas merupakan konsep dasar bidan dalam melayani keluarga dan masyarakat. Upaya yang dilakukan bidan untuk pemecahan masalah kesehatan ibu dan anak di dalam keluarga dan masyarakat (Siti C & P, 2019).

Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal (Neonatal) adalah bayi baru lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu, dengan presentasi belakang kepala atau letak sungsang yang melewati vagina tanpa menggunakan alat, berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram sampai dengan umur bayi 4 minggu (28 hari) sesudah kelahiran. Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir. Neonatus dini adalah bayi 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 7-28 hari (Tando, 2016). Bayi baru lahir merupakan kelompok paling rentan terhadap infeksi penyebab penyakit. Transformasi fisiologis tubuh untuk dapat bertahan hidup di luar kandungan seperti sistem pernafasan, sirkulasi darah, termoregulasi dan kemampuan memproduksi glukosa, masih perlu ditingkatkan pada masa ini (Juwita & Priskusanti, 2020).

Bayi baru lahir dinyatakan normal apabila:

1. Usia kehamilan aterm antara 37-42 minggu
2. Berat badan lahir 2500 gram - 4000 gram
3. Panjang badan 48 – 52 cm
4. Lingkar dada 30 – 38 cm
5. Lingkar kepala 33 – 35 cm
6. Lingkar lengan 11 – 12 cm

7. Frekuensi denyut jantung 120 – 160 x permenit
8. Pernafasan \pm 40 - 60 x permenit
9. Kulit kemerahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup
10. Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna
11. Kuku agak panjang dan lemas
12. Nilai APGAR > 7
13. Gerakan aktif
14. Bayi langsung menangis kuat
15. Refleks rooting sudah terbentuk baik
16. Refleks sucking dan morro sudah terbentuk dengan baik
17. Genetalia sudah terbentuk sempurna, pada laki-laki testis sudah turun ke skrotum dan penis berlubang, pada perempuan: vagina dan uretra yang berlubang, serta labia mayora sudah menutupi labia minora
18. Eliminasi baik, mekonium dalam 24 jam pertama, berwarna hitam kecoklatan.

Standar Tempat Pelayanan Bayi Baru Lahir dan Neonatus

Tempat yang diperlukan untuk pemeriksaan kunjungan bayi baru lahir meliputi:

1. Ruangan khusus untuk pelayanan persalinan
2. Tempat tidur ibu untuk persalinan
3. Tempat periksa bayi
4. Ruangan dilengkapi dengan lampu yang berfungsi untuk penerangan dan memberikan kehangatan

5. Ruangan dilengkapi dengan wastafel dan air mengalir untuk mencuci tangan
6. Tempat (meja) resusitasi bayi, diletakkan di dekat tempat ibu bersalin
7. Terdapat infant warmer atau dapat juga digunakan lampu pijar 60 watt dipasang sedemikian rupa dengan jarak 60 cm dari bayi yang dapat berfungsi untuk penerangan dan memberikan kehangatan
8. Ruangan dilengkapi dengan kamar mandi/WC
9. Ruang tunggu keluarga selama persalinan

Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir di Komunitas

Penatalaksanaan asuhan pada bayi baru lahir mengacu pada pedoman Asuhan Persalinan Normal yang tersedia di pelayanan kesehatan, pemberi asuhan atau layanan pada bayi baru lahir dapat dilaksanakan oleh dokter, bidan dan perawat. Pelaksanaan asuhan bayi baru lahir dilaksanakan dalam ruangan yang sama dengan ibunya atau rawat gabung, ibu dan bayi dirawat dalam satu kamar bayi berada dalam jangkauan ibu selama 24 jam. Rawat gabung bermanfaat untuk mendukung keberhasilan ASI eksklusif karena bayi dapat menyusu langsung tanpa dijadwal dan ibu akan mudah mengenali tanda-tanda lapar pada bayi. Rawat gabung juga dapat mencegah terjadinya payudara bengkak, mengurangi resiko kuning, mencegah penurunan berat badan yang berlebihan, bayi lebih tenang, mengurangi risiko infeksi dan depresi pada ibu pasca persalinan serta meningkatkan rasa percaya diri ibu untuk merawat bayi.

Tatalaksana Bayi Baru Lahir di Komunitas

1. Asuhan bayi baru lahir 0-6 jam
 - a. Asuhan bayi baru lahir normal: dilaksanakan segera setelah lahir, dan diletakkan di dekat ibunya dalam ruangan yang sama
 - b. Asuhan bayi baru lahir dengan komplikasi: dilaksanakan satu ruangan dengan ibunya atau di ruangan khusus
 - c. Pada proses persalinan, ibu dapat didampingi suami
2. Asuhan bayi baru lahir 6 jam-28 hari
 - a. Pemeriksaan neonatus, dapat dilaksanakan di puskesmas/pustu/polindes/poskesdes melalui kunjungan rumah oleh bidan
 - b. Pemeriksaan neonatus dilaksanakan di dekat ibu, bayi didampingi ibu atau keluarga pada saat diperiksa atau diberikan pelayanan kesehatan (Rahayu et al., 2018).

Asuhan Bayi Baru lahir meliputi:

1. Pencegahan infeksi (PI)
2. Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi
3. Pemotongan dan perawatan tali pusat
4. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)
5. Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi
6. Pencegahan perdarahan melalui penyuntikan vitamin K1 dosis tunggal di paha kiri

7. Pemberian imunisasi Hepatitis B (HB 0) dosis tunggal di paha kanan
8. Pencegahan infeksi mata melalui pemberian salep mata antibiotika dosis tunggal
9. Pemberian ASI eksklusif

Pelayanan Kesehatan yang diberikan pada Bayi

1. Pemberian imunisasi dasar lengkap (BCG, Polio, DPT/HB, Campak) sebelum bayi berusia 1 tahun
2. Stimulasi deteksi intervensi dini tumbuh kembang bayi (SDIDTK)
3. Pemberian vitamin A 100.000 IU (6-11 bulan)
4. Konseling ASI eksklusif, pemberian makanan pendamping ASI, tanda-tanda sakit dan perawatan kesehatan bayi di rumah menggunakan buku KIA
5. Penanganan dan rujukan bila di gunakan

Pemantauan Kesehatan Bayi Baru Lahir 0-28 Hari

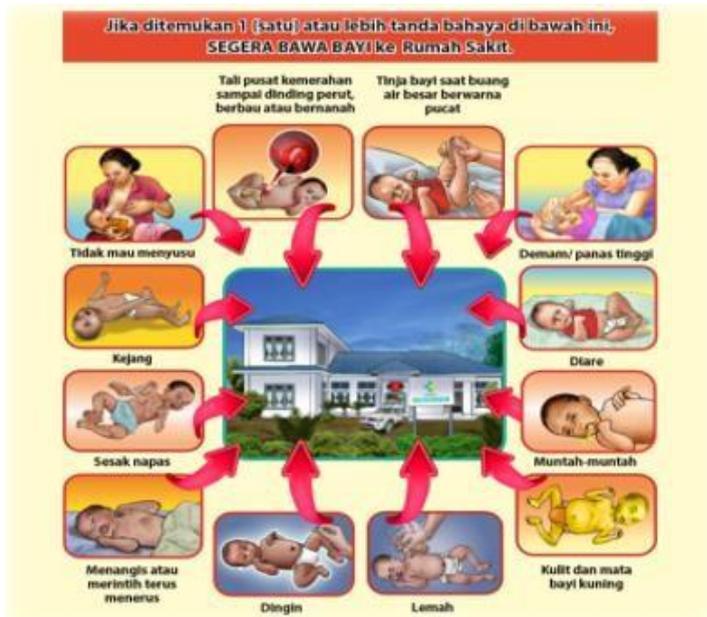
Ibu dan Keluarga di Komunitas dapat mendeteksi keadaan bayinya sendiri di rumah, apabila ditemukan 1 kriteria atau lebih tanda bayi tidak sehat dapat segera dibawa ke fasilitas kesehatan seperti Puskesmas, Bidan Praktik, Dokter Praktik dan Rumah Sakit terdekat (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Tabel Pemantauan Kesehatan Bayi Baru
Lahir 0-28 Hari (Neonatus)

KRITERIA	SEHAT	TIDAK SEHAT
Napas	40-60 kali/menit	Kurang 40 kali/menit atau lebih dari 60 kali/menit
Warna Kulit	Merah muda	Bayi pucat/ biru pada tubuh
Kejang	Tidak ada	Ada, mata mendelik, tangan bergerak seperti menari, menangis melengking, tiba-tiba badan kaku, mulut mencucu
Aktivitas	Menangis jika sedang haus dan buang air besar	Menangis terus, bayi lemas tidak bergerak
Minum ASI	Mau minum	Tidak mau minum atau memuntahkan semuanya
Hisapan bayi	Hisapan kuat	Hisapan lemah
Kuning pada bayi	Tidak ada/Ada: Muncul antara 24-72 jam pertama Hilang dalam 2 minggu Bilirubin < 15	Ada Muncul < 24 jam pertama atau menetap setelah 2 minggu Bilirubin > 15 mg/dl

	mg/dl	
Buang air kecil	Warna kuning jernih 6-8 kali/hari	Warna kencing kuning pekat dan sedikit < 6 kali/hari
Suhu tubuh	Normal (35,5 °C - 37,5 °C)	Panas seluruh tubuh/dingin seluruh tubuh
Tali pusat	Bersih	Merah di pinggir tali pusat/bernanah/berbau
Mata	Bening	Merah menetap, bernanah, ada kotoran
Bercak putih di mulut	Tidak ada	Ada
Kulit	Bersih	Ada bintil, bernanah berair dan kemerahan

Sumber : Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Kementerian Kesehatan RI, 2023) Hal. 81



Sumber: Buku Kesehatan Ibu dan Anak
(Kementerian Kesehatan RI, 2023) Hal. 82

Perawatan Bayi Baru Lahir 0-28 Hari

1. Cara Memberikan ASI

- a. Inisiasi menyusui dini (IMD), segera setelah lahir bayi diletakkan di dada ibu untuk mendapatkan puting
- b. Ibu menyusui ASI yang pertama keluar dan berwarna kekuningan (kolostrum)
- c. Tidak memberikan makanan/minuman selain ASI
- d. Susui bayi sesering mungkin/ 8-12 kali, dan setiap bayi menginginkan
- e. Normalnya bayi menyusui antara 5-30 menit
- f. Jika bayi tidur lebih dari 3 jam, bangunkan lalu susui

- g. Susui sampai payudara terasa kosong, lalu pindah ke payudara sisi lainnya
 - h. Susui anak dalam kondisi menyenangkan, nyaman dan penuh perhatian
 - i. Dukungan suami dan keluarga sangat penting dalam keberhasilan ASI Eksklusif
2. Cara Menjaga Bayi Tetap Hangat
- a. Mandikan bayi dengan air hangat 6 jam setelah lahir dengan syarat kondisi stabil
 - 1) Sebelum tali pusat lepas, mandikan bayi dengan dilap
 - 2) Setelah tali pusat lepas, bayi dapat dimandikan dengan dimasukkan ke dalam air. Hati-hati agar kepala tidak terendam
 - 3) Bersihkan kemaluan bayi dari depan ke belakang dengan kapas yang dibasahi air bersih atau handuk bersih basah
 - b. Beri pakaian dan selimut setiap saat
 - c. Pakaikan topi, kaos kaki, kaos tangan jika dirasakan cuaca dingin
 - d. Segera ganti baju dan popok jika basah
 - e. Lakukan perawat metode kangguru jika berat badan < 2500 gram
 - f. Bidan/perawat/dokter menjelaskan perawatan metode kangguru
 - g. Usahakan bayi berada dalam lingkungan udara sejuk
3. Cara Merawat Tali Pusat
- a. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum dan sesudah memegang bayi

- b. Jangan memberikan apapun pada tali pusat
- c. Rawat tali pusat terbuka dan kering
- d. Jika kotor/basah, cuci dengan air bersih dan sabun, lalu keringkan (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Anamnesa dan Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

Pemeriksaan bayi baru lahir bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin jika terdapat kelainan pada bayi. Resiko terbesar kematian bayi baru lahir terjadi pada 24 jam pertama kehidupan sehingga jika bayi lahir di fasilitas kesehatan sangat dianjurkan untuk tetap tinggal di fasilitas kesehatan selama 24 jam pertama (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Waktu Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir adalah:

1. Setelah lahir saat bayi stabil (sebelum 6 jam)
2. Pada usia 6-48 jam (Kunjungan neonatal 1)
3. Pada usia 3-7 hari (Kunjungan neonatal 2)
4. Pada usia 8-28 hari (Kunjungan neonatal 3)

Langkah-langkah pemeriksaan Bayi Baru Lahir:

1. Pemeriksaan dilakukan dalam keadaan bayi tenang (Tidak Menangis)
2. Pemeriksaan tidak harus berurutan, dahulukan menilai pernapasan dan tarikan dinding dada bawah, denyut jantung serta perut
3. Selalu mencuci tangan pakai sabun dengan air mengalir sebelum dan sesudah memegang bayi

Tabel Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir (Neonatus) menggunakan pendekatan MTBS
 Algoritma Bayi Muda Umur <2 bulan

0 - 6 jam	6 - 48 jam (KN1)	3 - 7 hari (KN2)	8 - 28 hari (KN3)
Kondisi: BB: gr PB: cm LK: cm Inisiasi Menyusui Dini (IMD) <input type="checkbox"/> Vit K1 <input type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata <input type="checkbox"/> Imunisasi HB <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th: Jam: Nomor Batch:	Menyusui <input type="checkbox"/> Tali Pusat <input type="checkbox"/> Vit K1* <input type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata* <input type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th: Jam: Nomor Batch: BB: gr PB: cm LK: cm Skrining Hipotiroid Kongenital <input type="checkbox"/> *Bila belum diberikan	Menyusui <input type="checkbox"/> Tali Pusat <input type="checkbox"/> Tanda bahaya <input type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th: Jam: Nomor Batch: Skrining Hipotiroid Kongenital* <input type="checkbox"/> *Bila belum diberikan	Menyusui <input type="checkbox"/> Tali Pusat <input type="checkbox"/> Tanda bahaya <input type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input type="checkbox"/> **  ** Berikan tanda pada bagian tubuh mana bayi tampak kuning dengan melingkari angka.
Masalah:	Masalah:	Masalah:	Masalah:
Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**
Nama jelas petugas:	Nama jelas petugas:	Nama jelas petugas:	Nama jelas petugas:

Sumber : Buku Kesehatan Ibu dan Anak, (Kementerian Kesehatan RI, 2023) Hal. 44

Pelaksanaan Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu untuk melaksanakan proses IMD. Langkah-langkah IMD antara lain:

1. Suami/keluarga dianjurkan mendampingi ibu di kamar bersalin
2. Bayi segera dikeringkan kecuali tangannya, tanpa menghilangkan vernix kemudian tali pusat diikat

3. Bila bayi memerlukan resusitasi, bayi ditengkurapkan di dada ibu dengan kulit bayi melekat pada kulit ibu dan mata bayi setinggi puting susu ibu. Keduanya diselimuti dan bayi diberi topi
4. Ibu dianjurkan merangsang bayi dengan sentuhan, dan biarkan bayi sendiri mencari puting susu ibu
5. Ibu didukung dan di bantu tenaga kesehatan mengenali perilaku bayi sebelum menyusu
6. Biarkan kulit bayi bersentuhan dengan kulit ibu minimal selama 1 jam
7. Jika bayi belum mendapatkan puting susu ibu dalam 1 jam posisikan lebih dekat dengan puting susu ibu dan biarkan kontak kulit bayi dengan kulit ibu selama 30 menit atau 1 jam berikutnya.

Setelah selesai proses IMD bayi dilakukan penimbangan, di ukur, di cap/diberi tanda identitas, diberi salep mata dan penyuntikan vitamin K1 pada paha kiri. Hepatitis B (HB 0) pada paha kanan (Rahayu et al., 2018).

Pelaksanaan Penimbangan Penyuntikan Vitamin K1, Salep mata dan Imunisasi Hepatitis B (HB 0)

Pemerian layanan kesehatan tersebut dan dilaksanakan pada periode setelah Imd sampai 2-3 jam setelah bayi lahir, dan dilaksanakan di kamar bersalin. Dengan memperhatikan hal-hal berikut ini:

1. Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan Vitamin K1 (Phytomenadione) 1 mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah perdarahan bayi baru lahir akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir
2. Salep mata atau tetes mata diberikan untuk mencegah infeksi mata (Oxytetrasiklin 1%)

3. Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di paha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati.

Kebutuhan Perkembangan ada Bayi

1. Asuh

Asuh menunjukkan kebutuhan bayi dalam mendukung pertumbuhan otak dan jaringan tubuh, sehingga bayi membutuhkan nutrisi yang penuh dengan makanan bergizi. Kebutuhan asuh merupakan kebutuhan fisik dan biologis yang meliputi kebutuhan nutrisi, imunisasi, kebersihan badan dan lingkungan tempat tinggal, pengobatan, bergerak dan bermain.

2. Asah

Kebutuhan asah merupakan kebutuhan rangsangan atau stimulasi yang dapat meningkatkan perkembangan kecerdasan anak secara optimal. Kebutuhan asah berhubungan dengan perkembangan psikomotor anak. Kebutuhan asah merupakan awal dari proses pembelajaran, mendidik dan merangsang perkembangan anak yang dilatih sedini mungkin.

3. Asih

Kebutuhan yang dipenuhi dari rasa kasih sayang dan luapan emosi. Orang tua terkadang melupakan pentingnya akan kasih sayang atau asih diantara anak dan rang tua yang sudah terbentuk sejak anak dalam kandungan. Kebutuhan asih merupakan kebutuhan bayi untuk mendukung perkembangan emosi, kasih sayang, dan spiritual anak. Kebutuhan asih juga dapat memberikan rasa aman dengan cara kontak fisik dan psikis sedini mungkin dengan ibu (Sinta et al., 2019).

Daftar Pustaka

- Juwita, & Priskusanti. (2020). Asuhan Neonatus. Qiara Media.
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 53 TAHUN 2014 tentang PELAYANAN KESEHATAN NEONATAL ESENSIAL.
- Kementerian Kesehatan RI. (2023). Buku KIA Kesehatan Ibu Dan Anak.
- Marmi, & K, R. (2018). Asuhan Neonatus Bayi, Balita dan Anak Prasekolah. Pustaka Pelajar.
- Rahayu, T. P., Suharto, A., & Sumaningsih, R. (2018). Modul Ajar 1 Kebidanan Komunitas. Prodi D-3 Kebidanan Magetan Poltekes Kemenkes Surabaya.
- Sinta, L. El, Andriani, F., Yulizawati, & Insani, A. A. (2019). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Neonatus, Bayi Dan Balita. Indomedia Pustaka.
- Siti C, & P, Y. (2019). Buku Ajar Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Komunitas. UMSIDA Press.
- Tando. (2016). Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, dan Anak Balita. EGC.

Profil Penulis



Eva Inayatul Faiza, AMd.Keb.,SKM.,M.Kes

Penulis di lahirkan di Malang pada tanggal 10 Februari 1984. Penulis menyelesaikan program Diploma III di Perguruan Tinggi Kebidanan di STIKes Widyagama Husada lulus pada tahun 2005. Kemudian melanjutkan dan berhasil menyelesaikan studi S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia lulus pada tahun 2008. Pada tahun 2011, penulis menyelesaikan studi S2 di Fakultas Program Pasca Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga lulus pada tahun 2013. Mulai tahun 2008 sampai dengan saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi Kebidanan Program Sarjana STIKes Kendedes Malang. Penulis saat ini menjabat sebagai Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat. Sehari-harinya bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah Kebidanan dan Kesehatan Masyarakat. Selain aktif sebagai pengajar, penulis juga aktif dalam kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat di bidang kebidanan dan kesehatan masyarakat.

Email Penulis : evainayatul@gmail.com

ASUHAN KESEHATAN BAYI DAN BALITA DI KOMUNITAS

Dr. Agung suharto, APP, S.Pd., M.Kes.
Politeknik Kesehatan Kemenkes Surabaya

Pendahuluan

Asuhan bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama jam pertama setelah kelahiran, sebagian besar BBL akan menunjukkan usaha pernapasan spontan dengan sedikit bantuan. Kurang tepatnya penanganan bayi baru lahir yang sehat juga akan menyebabkan neonatal dengan komplikasi yaitu neonatal dengan penyakit dan atau kelainan yang dapat menyebabkan kecacatan dan atau kematian, seperti asfiksia, ikterus, hipotermia, tetanusneonatorum, infeksi/sepsis, trauma lahir, BBLR, sindroma gangguan pernafasan, dan kelainan kongenital maupun yang termasuk klasifikasi kuning dan merah pada pemeriksaan dengan manajemen terpadu bayi muda (MTBM) yang merupakan suatu pendekatan terpadu dalam tatalaksana bayi umur 1 hari - 2 bulan (Nurhidayah et al., 2019).

Tahapan pertumbuhan dan perkembangan yang paling memerlukan perhatian dan menentukan kualitas seseorang dimasa mendatang adalah pada masa anak, karena pada masa ini merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan dasar yang akan mempengaruhi dan menentukan perkembangan anak selanjutnya (Soetjiningsih, 2002). Masa prenatal memiliki 6 ciri

penting, diantaranya; terjadinya pembauran sifat-sifat yang diturunkan oleh kedua orang tua janin, pengaruh kondisi-kondisi dalam tubuh ibu, kepastian jenis kelamin, pertumbuhan cepat, mengandung banyak bahaya fisik dan psikis, dan membentuk sikap-sikap yang baru diciptakan (Purbowati et al., 2021).

Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

Pengertian Neonatus

Neonatus adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstra uterin. Neonatus adalah organisme yang berada pada periode adaptasi kehidupan intrauterin ke ekstra uterin (Sekolah *et al.*, n.d.).

Klasifikasi Neonatus

1. Neonatus menurut masa gestasinya: 1) Kurang bulan (preterm infant): <259 hari (37 minggu); 2) Cukup bulan (term infant): 259- 294 hari (37-42 minggu); dan 3) Lebih bulan(postterm infant) :>294hari (42 minggu)
2. Neonatus menurut berat lahir: 1) Berat lahir rendah: <2500 gram; 2) Berat lahir cukup: 2500 - 4000 gram; dan 3) Berat lahir lebih : >4000 gram.
3. Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan: 1) Neonatus cukup/ kurang/ lebih bulan.; 2) Sesuai/ kecil/ besar ukuran masa kehamilan.

Bayi baru lahir disebut dengan neonatus dengan tahapan:

1. Umur 0 - 7 hari disebut neonatal dini.; 2. Umur 8 - 28 hari disebut neonatal lanjut. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 sampai 42 Minggu dan berat badan lahir 2500 - 4000 gram (Utami *et al.*, 2021).

Tanda-tanda bayi baru lahir normal

Adapun tanda BBL normal, antara lainL Lahir aterm antara 37- 42 minggu, Berat badan 2500 - 4000 gram, Panjang badan 48 - 52 cm, Lingkar dada 30 - 38 cm, Lingkar kepala 33 - 35 cm, Frekuensi jantung 120-160×/menit, Pernapasan ± 40 - 60×/menit, Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup, Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna, Kuku agak panjang dan lemas, Nilai APGAR > 7, Gerakan aktif, Bayi lahir langsung menangis kuat, Refleks Rooting (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik, Refleks Sucking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik, Refleks Moro atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik, Refleks Graps atau menggenggam sudah baik, Genitalia (kematangan laki-laki ditandai dengan testis pada skrotum dan penis yang berlubang dan perempuan memiliki labia mayora yang sudah menutupi labia minora), eliminasi baik, yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan mekonium berwarna hitam kecoklatan (Nurbaity & Sundari, 2021).

Prinsip Asuhan Bayi Baru Lahir

Saat bayi baru lahir maka kita melakukan prinsip asuhan sebagai berikut : Pencegahan infeksi, Penilaian segera setelah lahir, Pencegahan kehilangan panas, Asuhan tali pusat, Inisiasi menyusui dini, Manajemen laktasi, Pencegahan infeksi mata, Pemberian vit K1, Pemberian imunisasi, dan Pemeriksaan BBL (Yuliani *et al.*, 2021).

Asuhan Kesehatan Bayi Baru Lahir

Asuhan kesehatan neonatal esensial dilakukan terhadap bayi baru lahir, meliputi tatalaksana bayi baru lahir:

1. Pada saat lahir 0 (nol) sampai 6 (enam) jam, asuhan yang diberikan:
 - a. Menjaga bayi tetap hangat, dengan cara keringkan bayi secara seksama, lakukan imd, selimuti bayi dengan selimut bersih, kering dan hangat, tutupi kepala bayi, anjurkan ibu memeluk dan memberikan asi, jangan segera menimbang atau memandikan bayi, tempatkan bayi di lingkungan yang hangat.
 - b. Inisiasi menyusui dini
 - c. Pemotongan dan perawatan tali pusat, cara merawat tali pusat bayi sesudah melakukan dengan benar, jika punting tali pusat kotor bersihkan (hati-hati) dengan air DTT dan sabun dan keringkan dengan menggunakan kain bersih.
 - d. Pemberian suntikan vitamin KI 1 mg intramuscular di paha kiri anterolateral setelah inisiasi menyusui dini.
 - e. Pemberian salep mata antibiotik, berikan sebelum 12 jam setelah persalinan.
 - f. Pemberian imunisasi hepatitis B, imunisasi HB0 dilakukan boleh dilakukan pada 0-7 hari usia bayi.
 - g. Pemeriksaan fisik bayi baru lahir
 - h. Pemantauan tanda bahaya
 - i. Pemberian tanda identitas diri.

2. Setelah lahir 6 (enam) jam sampai 28 (dua puluh delapan) hari, dilakukan paling sedikit 3 (tiga) kali kunjungan, yang meliputi: 1) 1 (satu) kali pada umur 6-48 jam, 2) 1 (satu) kali pada umur 3-7 hari, 3) 1 (satu) kali pada umur 8-28 hari.

Dengan yang diberikan: a) Menjaga bayi tetap hangat; b) Perawatan tali pusat; c) Pemeriksaan bayi baru lahir; d) Perawatan dengan metode kanguru pada bayi berat lahir rendah; e) Pemeriksaan status vitamin K1 profilaksis dan imunisasi; f) Penanganan bayi baru lahir sakit dan kelainan bawaan; dan g) Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil, tepat waktu ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu (Fitri *et al.*, 2021).

Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

1. Pengertian IMD

IMD adalah pemberian ASI (Air Susu Ibu) pada 1 jam pertama setelah melahirkan. IMD dengan cara merangkak mencari payudara. Dari hasil penelitian dalam dan luar negeri (8) IMD tidak hanya mensukseskan pemberian ASI Eksklusif. Lebih dari itu terlihat hasil yang nyata yaitu menyelamatkan nyawa bayi. Oleh karena itu menyusu di satu jam pertama bayi baru lahir sangat berperan dalam menurunkan AKB. Faktanya dalam 1 tahun, 4 juta bayi berusia 28 hari meninggal. Jika semua bayi di dunia segera lahir diberikan kesempatan menyusu sendiri dengan membiarkan kontak kulit ibu ke kulit bayi setidaknya selama 1 jam maka 1 nyawa bayi dapat diselamatkan (Syahrir *et al.*, 2018).

2. Manfaat IMD

Kontak kulit dengan kulit segera lahir dan menyusu sendiri 1 jam pertama kehidupan sangat penting.

- a. Bagi Bayi : 1) Makanan dengan kualitas dan kuantitas yang optimal agar kolostrum segera keluar yang disesuaikan dengan kebutuhan bayi; 2) Memberikan kesehatan bayi dengan kekebalan pasif yang segera kepada bayi, kolostrum adalah imunisasi pertama bagi bayi; 3) Meningkatkan kecerdasan; 4) Membantu bayi mengkoordinasikan hisap, telan dan nafas; 5) Meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dan bayi; 6) Mencegah kehilangan panas; 7) Merangsang kolostrum segera keluar
- b. Bagi Ibu: 1) Rangsangan puting susu ibu, memberikan refleks pengeluaran oksitosin kelenjar hipofisis, sehingga pelepasan plasenta akan dapat dipercepat; 2) Pemberian ASI memepercepat involusi uterus menuju keadaan normal; 3) Rangsangan puting susu ibu mempercepat pengeluaran ASI, karena oksitosin bekerja sama dengan hormone prolactin (Nazli & Erlinda, 2020).

Rawat Gabung/*Rooming In*

Rawat Gabung/*Rooming in* adalah Suatu cara perawatan, dimana setelah bayi lahir, bayi langsung didekatkan dengan ibunya dalam satu ruangan dalam 24 jam guna mendapatkan ASI eksklusif dan melancarkan proses laktasi.

Tujuan: a. Memperkuat ikatan bathin antara ibu dan bayinya; b. Melancarkan proses laktasi; c. Memberikan kepercayaan pada ibu dengan merawat bayinya

Sasaran dan Syarat:

Tidak semua bayi dan ibu bisa dirawat gabung. Bayi dan ibu yang dapat

dirawat gabung harus memenuhi kriteria: 1. Lahir spontan dengan persentase kepala atau bokong; 2. Bila lahir dengan tindakan, bayi boleh rooming in setelah bayi cukup sehat, refleks isap (+); 3. Bayi lahir dengan tindakan SC / dengan pembiusan umum pada ibu, rooming in diperbolehkan setelah 4-6 jam setelah operasi selesai; 4. Bayi tidak dalam keadaan asfiksia; 5. Umur kehamilan > 37 minggu; BBL > 2500 gram; Bayi tidak infeksi intra partu; dan Bayi-ibu sehat (Saepuddin *et al.*, 2018)

Manfaat *Rooming In*:

1. Aspek Fisik: mudah melakukan perawatan bayi dengan mandiri, dapat menyusui kapan saja, sehingga ibu dapat melihat perubahan pada bayinya.
2. Aspek Fisiologis: ibu akan sering menyusukan bayinya. Proses ini adalah proses fisiologis yang alami.
3. Aspek Psikologis: Dengan rawat gabung antara ibu dan bayi akan terjadi proses lekat (early infant mother bonding) akibat sentuhan badan antara ibu dan bayi.
4. Aspek Edukatif: ibu akan mempunyai pengalaman yang berguna terutama yang baru mempunyai anak.
5. Aspek Ekonomi: pemberian ASI dapat dilakukan sedini mungkin. Bagi pihak keluarga bisa menjadi penghematan dalam pengeluaran biaya untuk susu botol.
6. Aspek Medis: menurunkan terjadinya infeksi nasokomial (Sekolah *et al.*, n.d.).

Asuhan Pada Bayi Baru Lahir dengan Masalah yang Lazim

Asuhan kesehatan pada neonatus dengan masalah yang lazim secara efektif, aman dan holistic dengan memperhatikan aspek budaya berdasarkan standar praktik dan kode etik profesi. Hal ini akan memberi kemampuan untuk memberikan asuhan kesehatan pada bayi pada bayi baru lahir dengan masalah yang lazim sehingga dapat menerapkannya ketika praktek di lahan praktek dan memasuki dunia kerja. Dalam buku ini akan disajikan pembahasan dan latihan memberikan asuhan pada bayi baru lahir dengan masalah yang lazim (Nurhidayah *et al.*, 2019) Adapun asuhan kesehatan pada bayi dengan masalah yang lazim antara lain sebagai berikut: Bercak mongol; Hemangioma; Ikterik; Muntah dan gumoh; Oral trush; Diaper rash; Seborea; Bisulan; Miliariasis; Diare; dan Obstipasi.

1. Bercak Mongol (Mongolian Spot)

Suatu makula biru-hitam yang ditemukan didaerah lumbosakral pada 90% bayi-bayi indian, negro dan oriental disebut bercak mongol. Bercak ini kadang-kadang dijumpai pada bahu dan punggung dan dapat meluas sampai pantat. Secara histologic, bercak mongol terdiri dari selsel pigmen berbentuk kumpanan yang terletak dalam didalam dermis, lesi memudar dengan perjalanan waktu, tetapi sisanya dapat menetap sampai usia dewasa (Nurhidayah *et al.*, 2019).

Penatalaksanaan:

- a. Memberitahu ibu bahwa bayi mengalami bercak mongol.

- b. Memberikan konseling bahwa bercak mongol tidak berbahaya dan tidak memerlukan penanganan khusus. Biasa menghilang dalam usia 2 thn pertama dan menghilang antara 7-13 thn, akan tetapi ada juga yang menetap.
- c. Jika penderita telah dewasa, bercak mongol yang mengganggu dpt juga ditangani dengan alasan estetik menggunakan sinar laser.

2. Hemangioma

Hemangioma adalah suatu tumor jaringan lunak / tumor vaskuler jinak akibat proliferasi (pertumbuhan yang berlebih) dari pembuluh darah yang tidak normal dan dapat terjadi pada setiap jaringan pembuluh darah. Hemangioma sering terjadi pada bayi baru lahir dan pada anak berusia kurang dari 1 tahun (5-10%). Biasanya, hemangioma sudah tampak sejak bayi dilahirkan (30%) atau muncul setelah beberapa minggu setelah kelahiran (70%). Hemangioma muncul di setiap tempat pada permukaan tubuh seperti kepala, leher, muka, kaki atau dada.

Penatalaksanaan:

Beritahu ibu bahwa bayi mengalami hemangioma dan jelaskan mengenai hemangioma. Beritahu ibu dan keluarga penanganannya. Hemangioma kapiler atau superfisial tidak perlu penanganan khusus karena akan menghilang dan kulit terlihat normal. Hemangioma pada organ vital, dengan perdarahan, dengan ulserasi, infeksi, hemangioma yang mengalami pertumbuhan cepat dan menimbulkan deformitas jaringan harus segera dilakukan penanganan (Nasution *et al.*, 2021).

3. Muntah dan Gumoh pada bayi

Muntah bisa disebabkan karena berbagai, seperti: kelainan kongenital, infeksi pada saluran pencernaan, pemberian makan yang salah, dan keracunan. Gumoh (regurgitasi) adlh gejala klinis dan merupakan keadaan fisiologis yg normal pada bayi di bawah 1 thn. Gumoh terjadi karena ada udara di dlm lambung yg terdorong keluar kala makan masuk ke lambung bayi.

Penatalaksanaan: perbaiki teknik menyusui, perhatikan posisi botol saat pemberian susu, sendawakan bayi setelah disusui, dan lakukan teknik menyusui yang benar, yaitu bibir mencakup rapat seluruh putting susu ibu (Utami *et al.*, 2021).

4. Oral Trush

Oral trush adalah terinfeksi membran mukosa mulut bayi oleh jamur Candidiasis yang ditandai dengan munculnya bercak-bercak keputihan dan membentuk plak-plak berkeping di mulut, terjadi ulkus dangkal. Biasanya penderita akan menunjukkan gejala demam karena adanya iritasi gastrointestinal. Oral trush terjadi karena adanya infeksi jamur (*Candida albican*) yang merupakan organisme penghuni kulit dan mukosa mulut, vagina, dan saluran cerna.

Penatalaksanaan: memberitahu ibu bahwa bayi mengalami oral trush dan berikan obat anti jamur nistatyn tetes 4x sehari jika keadaan semakin parah

5. Diaper Rash

Termasuk kandidiasis kulit setempat/lokal pada daerah bokong & selangkangan, sehingga berbentuk seperti popok/diaper kulit kemerahan, gatal, basah, vesikel kecil, kadang2 bersisik. Penyebab tersering

jamur candida albicans. Pengobatan dilakukan dgn membersihkan pantat dengan sabun lembut & air, keringkan setiap kali membersihkan, biarkan pantat mendapat udara dgn membiarkan popok terbuka jika memungkinkan, gunakan krim yg sesuai dgn jenis ruam yang timbul

Penatalaksanaan: daerah yang terkena ruam popok, tidak terkena air dan harus dibiarkan terbuka dan tetap kering. Gunakan kapas halus yang mengandung minyak untuk membersihkan kulit yang iritasi. Segera bersihkan dan keringkan bayi setelah BAK atau BAB. Atur posisi tidur anak agar tidak menekan kulit/dearth iritasi. Perhatikan kebersihan kulit dan tubuh secara keseluruhan. Jagalah kebersihan pakaian dan alat-alat untuk bayi. Rendamlah pakaian atau velana yang terkena urine dalam air yang dicampur acidum borium, setelah itu bersihkan tetapi jangan menggunakan sabun cuci, segera bilas dan keringkan.

6. Seborea = Dermatitis Seboroik

Sebhorrea adalah radang berupa sisik yang berlemak dan eritema pada daerah yang memiliki banyak kelenjar sebaceous, biasanya didaerah kepala

Patofisiologi:

Diduga karena: disfungsi kelenjar sebaceous. Pengaruh hormon kehamilan ibu

Pelaksanaan: jelaskan hasil pemeriksaan kepada orang tua bayi, terutama tentang seborea. Menjelaskan kepada orang tua bahwa biasanya sembuh dalam waktu 8 – 12 jam.

Perlu perawatan khusus:

- a. Sampo anti seборе (mengandung sulfur 3-5 %)
- b. Menggosok pelan2 kulit kepala dgn minyak sayur. Cuci dgn sampo dan kemudian lepaskan dengan sisir bergigi halus

7. Konstipasi

Adalah kesulitan/kelambatan pengeluaran tinja
Panyebabnya: Neurogenik psikogenik, meningomielokel, tumor, trauma tolong balakang, penyakit Hirschprung, Muskular atonia, gangguan metabolik dan elektrolit;Mekanik fisura anal, abses perirektal, stenosis, tumor, tinja keras (diet kurang serat), dan dehidrasi.

Pelaksanaan: menjelaskan hasil pemeriksaan kepada orang tua bayi dan tentang konstipasi. Menjelaskan pada orangtua bahwa pemberian laktasi hanya merupakan tindakan pariatif yaitu hanya bila diperlukan saja

8. Furunkel (bisulan)

Bisulan/furunkel adalah radang folikel dan jaringan sekitarnya, disebabkan oleh Staphylococcus aureus. Ada bentuk lain dari furunkel yaitu kurbunkel yaitu beberapa furunkel yang berkonfluensi menjadi kurbunkulosis Perjalanannya bermula dari infiltrat kecil yang dalam waktu singkat membesar berupa vodus yang eritematus yang berbentuk kerucut. Kemudian di tempat rambut keluar tampak bintik putih sebagai mata bisul (nodus akan melunak/supurasi) menjadi abses yang akan pecah melalui lokus minoris resistensial yaitu muara folikel. Rambut menjadi rontok/terlepas. Jaringan nekrotik yang keluar berupa pus dan berbentuk fisiel.

Tanda dan gejala:

Infeksi cupak rambut setempat, akut, benjolan nyeri, semu putih dikelilingi daerah merah, keras pada sentuhan. Sesudah beberapa hari keluar dan kemudian keluar inti/mata. Tempat tumbuh di leher, ketiak, muka, pantat dan tungkai. Gejala mungkin terjadinya nyeri panas setempat

Penanganan:

- a. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada orang tua bayi
- b. Menjelaskan kepada orang tua tentang bisulan
- c. Memberikan kompres dengan air panas (hangat) 20-30 menit, 3-4x sehari, yang dapat meningkatkan sirkulasi darah ke tempat tersebut. Lama waktu pecahnya bisul tergantung pada perawatan selama proses pematangan bisul.
- d. Menjelaskan kepada orang tua Jika bisul tidak terlalu parah dan selalu dijaga kebersihannya, maka dalam waktu tiga hari, nanah yang terdapat dalam bisul sudah bisa dikeluarkan atau bisulnya pecah dengan sendirinya. Tapi, bila bisulnya parah bahkan membetuk furunkulosis (satu mata) atau karbunkel, nanah bisul baru bisa dikeluarkan atau pecah setelah seminggu atau lebih. Sebagian besar bisul akan sembuh dengan sendirinya tanpa pengobatan.
- e. Memberikan sabun anti bakteri atau antibiotik topikal (salep atau krim) pada bisul.
- f. Menjelaskan pada orangtua bahwa jangan pernah memencet atau mencoba memecahkan bisul karena bisa memperburuk dan menyebarkan infeksi.

9. Miliariasis

Miliariasis adalah Dermatosis yg disebabkan oleh retensi keringat yaitu akibat tersumbatnya pori kelenjar keringat. Peradangan kulit akibat obstruksi mekanis kelenjar keringat.

Pengobatan: mengurangi produksi keringat & memberi kesempatan agar sumbatan pori itu lenyap sendiri. Tinggal di ruangan yg menggunakan AC / ditempat sejuk dan kering udaranya, sebaiknya diusahakan ventilator.

Penatalaksanaan:

- a. Jaga kebersihan tubuh bayi.
- b. Upayakan untuk menciptakan lingkungan dengan kelembapan yang cukup serta suhu yang sejuk dan kering, misalnya pasien tinggal di ruangan ber-AC atau didaerah yang sejuk dan kering.
- c. Gunakan pakaian yang menyerap keringat dan tidak terlalu sempit.
- d. Segera ganti pakaian yang basah dan kotor.
- e. Pada miliaria rubra dapat diberikan bedak salisil 2% dengan menambahkan mentol 0,5- 2% yang bersifat mendinginkan ruam.

10. Diare

Frekuensi bab > 4x pada bayi dan > 3x pada anak, konsistensi encer, dapat berwarna hijau, atau dapat pula bercampur lendir dan darah atau lendir saja. Anak cengeng, gelisah, suhu biasanya nafsu makan kurang/ tidak ada, kemudian timbul diare, tinja cair, mungkin disertai lendir atau lendir dan darah. Warna tinja makin lama berubah kehijauan, anus dan daerah sekitarnya lecet. Tinja makin lama makin asam, Muntah

Klasifikasi

Diare Dehidrasi Berat

Gejala: Letargi atau tidak sadar; Mata cekung; Tdk bisa minum/malas minum; dan Cubitan kulit perut kembalinya sangat lambat

Tindakan/pengobatan: Rencana terapi C; Jika perlu dirujuk Rujuk; Jika mungkin tetap beri ASI; Cegah agar gula darah tidak turun; Pertahankan suhu bayi

Diare Dehidrasi Ringan / Sedang

Gejala: a. Gelisah/Rewel; b. Mata cekung, haus; c. Turgor kembali lambat

Tindakan/Pengobatan: Tangani sesuai rencana terapi B; Rujuk segera; Tetap berikan ASI; Jaga bayi tetap hangat; Lakukan asdas bayi muda; Kunjungan ulang 2 hari lagi

Diare Tanpa Dehidrasi: Beri ASI lebih sering dan lama, Lakukan Asuhan dasar bayi muda, dan tangani sesuai rencana terapi A

Diare Persisten Berat/Diare 14 hari atau lebih

Pengobatan/Tindakan; Atasi dehidrasi sebelum dirujuk; Cegah agar gula darah tidak turun; Menjaga bayi tetap hangat; Rujuk segera; Jika ada darah dalam tinja; Kemungkinan adalah Disentri

Tindakan/Pengobatan: Atasi Dehidrasi; Cegah gula darah turun; Jaga bayi agar tetap hangat; Rujuk Segera

Rencana Terapi A : Jelaskan kepada ibu ttg 3 aturan prwtan di rumah: Beri cairan tambahan, Lanjutkan Pemberian makanan/ASI, dan Kapan harus kembali

Rencana terapi B: Penanganan dehidrasi sedang/ ringan dgn oralit

Rencana terapi C: Beri IV Secepatnya, jika anak bisa minum beri oralit melalui mulut, sementara infus disediakan beri 100 ml/kg cairan RL / NaCl.

Daftar Pustaka

- Fitri, S. Y. R., Pratiwi, S. H., & Yuniarti, E. (2021). Pendidikan Kesehatan dan Skrining Tumbuh Kembang Balita. *Media Karya Kesehatan*, 4(2), 144–153. <https://doi.org/10.24198/mkk.v4i2.28287>
- Fitriyah, Roifatun Nisa, S. (2021). Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Tentang Kebersihan Gigi Terhadap Karies Gigi pada Anak di SD Negeri 2 Mundu Kabupaten Indramayu. *Jurnal Medika Utama*, 02(02), 456–468.
- Nasution, A., Parinduri, S. K., Asnifatima, A., & Suci, M. A. A. (2021). Peluang dan Tantangan Promosi Kesehatan Kader Kesehatan Remaja Kota Bogor. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 10(01), 46–54. <https://doi.org/10.33221/jikm.v10i01.812>
- Nazli, R., & Erlinda, E. (2020). Pemodelan Aplikasi Pendukung Keputusan Makanan Pendamping Air Susu Ibu (Mipasi) Berbasis Android. *Jurnal Teknologi Dan Open Source*, 3(2), 272–283. <https://doi.org/10.36378/jtos.v3i2.900>
- Nurbaity, N., & Sundari, D. T. (2021). Konseling Tentang Pertumbuhan Dan Perkembangan Anak. *Community Development Journal : Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 2(3), 797–801. <https://doi.org/10.31004/cdj.v2i3.2604>
- Nurhidayah, I., Hidayati, N. O., & Nuraeni, A. (2019). Revitalisasi Posyandu melalui Pemberdayaan Kader Kesehatan. *Media Karya Kesehatan*, 2(2), 145–157. <https://doi.org/10.24198/mkk.v2i2.22703>
- Purbowati, M. R., Ningrom, I. C., & Febriyanti, R. W. (2021). Gerakan Bersama Kenali, Cegah, dan Atasi Stunting Melalui Edukasi Bagi Masyarakat di Desa Padamara Kabupaten Purbalingga. *AS-SYIFA : Jurnal Pengabdian Dan Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat*, 2(1), 15. <https://doi.org/10.24853/assyifa.2.1.15-22>

- Sekolah, A. P. R. A., Prodi, D., & Universitas, K. (n.d.). Modul A J A R Praktikum Asuhan Kebidanan Neonatus Bayi.
- Syahrir, S., Syamsiah Adha, A., Promosi Kesehatan FKM Universitas Pancasakti, B., & Gizi Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar, B. (2018). Perilaku Ibu Terhadap Pemanfaatan Posyandu Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Tarakan Kecamatan Wajo Kota Makassar. 10, 12–25.
- Utami, S., Susilaningrum, R., & Purwanti, D. (2021). Optimalisasi Tumbuh Kembang Bayi Dan Balita Melalui Pemberdayaan Keluarga Dalam Pemanfaatan Buku KIA Di Surabaya Optimizing the Growth of Babies and Children Through Empowerment of the Family in the Utilization of KIA Books in Surabaya. *Jurnal ABDI: Media Pengabdian Kepada Masyarakat*, 7(1), 139. <https://doi.org/10.26740/ja.v7n1.p139-142>
- Yuliani, A., Nugroho, H., Royani, & Amelia, S. (2021). Pendampingan Ibu Dalam Stimulasi Perkembangan Motorik Untuk Mengoptimalkan Tumbuh Kembang Balita di Kabupaten Pematang. *ADI Pengabdian Kepada Masyarakat*, 2(1), 57–61. <https://doi.org/10.34306/adimas.v2i1.547>

Profil Penulis



Dr. Agung Suharto, APP, S.Pd., M.Kes,

lahir di Ponorogo, 06 Oktober 1969, Lulus Sekolah Perawat Kesehatan Dr Soedono Madiun (1989). Lulus Diploma III Keperawatan (Program Keguruan) Soetopo Surabaya (1995). Lulus Program Studi DIV Perawat Pendidik (Komunitas) FK Unair Surabaya (1999). Lulus S1 Pendidikan (Bimbingan dan Konseling) IKIP PGRI Madiun (2001). Lulus S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat (Perilaku Promosi Kesehatan) UGM Jogjakarta (2003). Lulus Program Doktor (S3) Fakultas Kesehatan Masyarakat Unair Surabaya (2017). Sejak tahun 1990 sampai 1999 sebagai Guru pada SPK Depkes Magetan. Sejak tahun 1999 sampai sekarang, penulis sebagai Dosen pada Program Studi DIII Kebidanan Magetan Poltekkes Kemenkes Surabaya. Penulis sebagai Reviewer nasional penelitian dan pengabdian masyarakat, Asesor Beban Kinerja (BKD) Dosen, Anggota Tim KEPK Poltekkes Kemenkes Surabaya. Selain itu penulis aktif dalam penelitian dan pengabdian masyarakat di bidang pemberdayaan masyarakat dan perilaku promosi kesehatan serta publikasi artikel jurnal nasional maupun internasional. Buku-buku karya penulis yang sudah diterbitkan antara lain: Monograf Status Gizi Balita Berbasis Health Belief Model (Model Kepercayaan Kesehatan) (Media Sains, Bandung, Februari 2022), Promosi Kesehatan Suatu Pendekatan Praktis (Media Sains, Bandung, Februari 2022), Metode Penelitian Dan Statistika Dasar, Suatu Pendekatan Praktis (Media Sains, Bandung, April 2022), Pengembangan Instrumen Deteksi Demam Berdarah Dengue Berdasarkan Kepadatan Jentik Dan Kognitif, Afektif Dan Psikomotorik (Media Sains, Bandung, April 2022), Bunga Rampai Pengendalian Penyakit Di Indonesia (Media Sains, Bandung, Januari 2023), Bunga Rampai Aplikasi Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan Berbasis Perilaku Caring (Media Sains, Bandung, Januari 2023), Buku Monograf Pemberdayaan Masyarakat Dalam Mewujudkan Keluarga Sehat Bebas Stunting Berbasis Health Belief Model Dan Theory Of Planned Behavior (Media Sains, Bandung, Januari 2023), Bunga Rampai Perilaku Organisasi, Meningkatkan Kemampuan Daya Saing Organisasi (Media Sains, Bandung, Maret 2023), dan Bunga Rampai Promosi Kesehatan Rumah Sakit (Media Sains, Bandung, Desember 2023).

Email Penulis: agungsuarto14@gmail.com

PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI DI KOMUNITAS

Nurniati Tianastia Rullyni, S.ST.M.Keb
Poltekkes Kemenkes Tanjungpinang

Pendahuluan

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan indikator utama derajat kesehatan masyarakat dan ditetapkan sebagai salah satu target tujuan Millennium Development Goals (MDGs). Menurut Survei Demografi Keluarga Indonesia (SDKI) tahun 2012, Indonesia memiliki AKI sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup dan AKB sebesar 32 per 1.000 kelahiran hidup. Angka tersebut menempatkan Indonesia pada posisi tertinggi dalam peringkat ASEAN. (SDKI, 2012)

Berdasarkan kondisi tersebut, pemerintah berupaya mewujudkan sebuah terobosan baru yang mempunyai kekuatan dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat Indonesia secara komprehensif yaitu kemajuan berbasis masyarakat. Kemampuan menggerakkan masyarakat dengan menjamin kesehatan reproduksi yang baik sehingga terwujud perilaku sehat di masyarakat. Hal ini tergantung pada tenaga kesehatan khususnya bidan yang memberikan layanan kesehatan kepada individu dan masyarakat. Pelayanan kebidanan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, yang bertujuan untuk mencapai kesehatan reproduksi pada tingkat individu dan keluarga.

Pelayanan kesehatan reproduksi diberikan oleh bidan dengan tujuan untuk peningkatan kesehatan ibu dan anak guna membangun keluarga yang berkualitas. melalui terselenggaranya pelayanan kesehatan bermutu sehingga diharapkan dapat dekat dengan masyarakat, strategi utama pelayanan kesehatan adalah suatu pendekatan sebagai acuan pelayanan kesehatan yang diberikan, yaitu upaya pelayanan esensial, yang sangat di perlukan oleh masyarakat dan pada umumnya upaya tersebut mudah untuk dicapai, oleh karena itu bidan dalam melakukan pelayanan kebidanan komunitas dititik beratkan pada penggunaan teknologi tepat guna. Penerapan nyata dari kegiatan ini adalah seorang bidan dapat menstimulasi atau memotivasi masyarakat untuk meningkatkan kesehatan reproduksi dengan memilih alat edukatif sederhana yang tersedia didaerahnya.

Kebidanan komunitas merupakan pelayanan kebidanan profesional bagi masyarakat yang berfokus pada kelompok risiko tinggi dan berupaya mencapai kesehatan optimal dengan cara mencegah penyakit, meningkatkan kesehatan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang diperlukan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi layanan kebidanan. Pelayanan Kebidanan Komunitas merupakan upaya bidan dalam pemecahan masalah kesehatan ibu dan anak di masyarakat. Pelayanan kebidanan komunitas diberikan diluar rumah sakit atau institusi. Kebidanan komunitas juga dapat menjadi bagian atau kelanjutan dari pelayanan yang diberikan dirumah sakit dengan tujuan untuk menyelamatkan ibu dan bayi pada saat persalinan. Bidan komunitas mempunyai pengetahuan yang luas tentang seluruh aspek kehamilan dan persalinan karena tugasnya adalah bekerja sama dengan perempuan sebagai mitra untuk secara aktif menerima pengalaman

kehamilan dan persalinan, serta memberikan dukungan kepada keluarga sehingga mereka mampu dalam pengambilan keputusan berdasarkan informasi yang diberikan

Kesehatan Reproduksi

Kesehatan Reproduksi tidak hanya mengacu pada bebas dari penyakit dan kecacatan, tetapi juga kesehatan fisik, mental dan sosial secara menyeluruh dalam segala aspek yang berkaitan dengan sistem, fungsi dan proses reproduksi. Setiap orang harus dapat memiliki kehidupan seks yang memuaskan dan aman bagi dirinya, serta mampu mengekspresikan dan memenuhi keinginannya tanpa ada kendala mengenai waktu dan frekuensi memiliki keturunan. Setiap orang berhak menentukan besar kecilnya keluarganya, termasuk memiliki akses terhadap penjelasan lengkap mengenai metode kontrasepsi sehingga dapat memilih metode kontrasepsi yang tepat. Selain itu, hak untuk memperoleh manfaat dari pelayanan kesehatan reproduksi lainnya, seperti pelayanan kehamilan, persalinan, nifas serta pelayanan kesehatan anak dan remaja.

Pelayanan Kesehatan Reproduksi

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No.61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi, pelayanan kesehatan adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang mempunyai efek promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, sedangkan kesehatan reproduksi adalah kesehatan fisik, mental, dan sosial secara utuh, serta bebas dari penyakit dan kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi dan proses reproduksi.

Tujuan pelayanan kesehatan reproduksi adalah untuk meningkatkan dan mendorong kemandirian dalam pengelolaan fungsi dan proses reproduksi, termasuk kehidupan seksual, serta mewujudkan hak-hak reproduksi. Menjamin terpenuhinya hak kesehatan reproduksi setiap orang melalui pelayanan kesehatan bermutu, aman dan bertanggungjawab. Menjamin kesehatan ibu usia subur, melahirkan generasi yang sehat, berkualitas dan menurunkan angka kematian ibu.

Ruang lingkup pelayanan kesehatan reproduksi meliputi pelayanan kesehatan reproduksi esensial dan komprehensif, khususnya kesehatan ibu dan bayi baru lahir, keluarga berencana, kesehatan reproduksi remaja, serta pencegahan dan pengendalian Penyakit Menular Seksual (PMS) termasuk HIV/AIDS dan pelayanan kesehatan reproduksi untuk usia lanjut.

Pelayanan kesehatan reproduksi dilaksanakan melalui pendekatan siklus hidup, guna mencapai tujuan tertentu dan pelayanan yang jelas berdasarkan kepentingan khalayak sasaran atau klien dengan memperhatikan hak-hak reproduksinya, dengan memperhatikan kebutuhan penatalaksanaan sistem reproduksi secara spesifik pada setiap tahapan kehidupan, serta kesinambungan antar fase kehidupan tersebut, sehingga permasalahan kesehatan reproduksi pada setiap tahapan kehidupan dapat diprediksi dan diatasi.

Bentuk pelayanan kesehatan reproduksi di komunitas berupa:

1. Pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir

Kehamilan, persalinan dan masa setelah melahirkan merupakan periode berisiko bagi perempuan karena dapat berakibat kematian. Kematian seorang ibu tidak hanya berarti hilangnya salah satu anggota keluarga tetapi juga hilangnya kehidupan suatu

keluarga. Untuk menekan terjadinya kematian ibu akibat kehamilan dan persalinan, diperlukan pengawasan sejak dini untuk mengambil suatu tindakan yang cepat, tepat sebelum terjadi kedaruratan obstetrik. Upaya intervensi yang dilakukan dapat berupa layanan prenatal, layanan intranatal dan layanan postnatal.

2. Pelayanan keluarga berencana

Promosi Keluarga Berencana (KB) bertujuan untuk meningkatkan kesehatan perempuan, termasuk kesejahteraan keluarga. Calon suami-istri hendaknya merencanakan kehidupan berkeluarga atas dasar kasih sayang, mempertimbangkan secara rasional agar mempunyai masa depan yang baik bagi kehidupan suami istri, anak dan masyarakat. KB merupakan strategi dibidang kesehatan untuk meningkatkan kesehatan ibu dengan mengatur jarak maupun banyaknya kelahiran bukan hanya sekedar strategi demografi untuk mengendalikan penambahan penduduk supaya sesuai dengan daya dukung lingkungan. Kualitas pelayanan juga perlu ditingkatkan dengan lebih memperhatikan pendapat pengguna pelayanan. Komponen Pencegahan dan Penanganan Infeksi Saluran Reproduksi (ISR) (termasuk PMS dan HIV/AIDS). Upaya pencegahan dan pengendalian ISR berupa upaya pencegahan dan pengendalian penyakit menular seksual dengan pendekatan simtomatis melalui layanan KIA/KB. Pencegahan dan pengobatan penyakit menular, pemberantasan penyakit dan gangguan sistem reproduksi, baik disebabkan penyakit infeksi menular seksual maupun maupun non PMS, termasuk infeksi penyebab penyakit radang panggul (Pelvic Inflammatory Diseases/PID) dan penyakit menular seksual yang mematikan, khususnya HIV.

3. Pelayanan kesehatan reproduksi pada remaja

Masa remaja merupakan masa yang sangat penting dalam kehidupan reproduksi seseorang. Pada masa ini, seorang anak (laki-laki dan perempuan) membangun dasar-dasar kehidupan reproduksi. Banyak peristiwa penting terkait reproduksi manusia yang terjadi pertama kali pada periode ini, antara lain pubertas, hubungan seksual pertama, pernikahan pertama, dan persalinan pertama. Oleh karena itu, tindakan dan keputusan pada masa ini akan mempunyai dampak yang sangat penting terhadap kehidupan individu di masa depan, terutama pada masalah kesehatan reproduksi dan kehidupan sosial dan ekonomi (Mensch et al., 1998).

Remaja dalam tahap tumbuh kembangnya memerlukan perhatian, bimbingan, pengawasan dan perencanaan pelayanan yang baik terkait masalah kesehatan reproduksi, agar terhindar dari perilaku dan tumbuh kembang yang berisiko agar tumbuh kembangnya menjadi optimal (Allender & Spardley, 2001). Bidang kesehatan memiliki peran penting untuk membantu remaja dalam mencapai kesehatan yang baik dan keberhasilan dalam pertumbuhan dan perkembangan, sehingga generasi muda mempunyai kehidupan reproduksi sehat dan bertanggungjawab (WHO, 2008)

Pelayanan kesehatan reproduksi remaja, diberikan sebagai bagian dari penyelenggaraan pelayanan kesehatan remaja dengan penempatan pelayanan kesehatan peduli remaja. Pemberian pelayanan kesehatan reproduksi pada remaja harus sesuai dengan permasalahan dan tahap tumbuh kembang remaja, dengan tetap memperhatikan keadilan dan kesetaraan gender, dengan memperhatikan etika,

nilai-nilai agama dan perkembangan spiritual serta berdasarkan peraturan perundang undangan.

Upaya perbaikan dan pencegahan masalah kesehatan reproduksi juga harus terfokus pada masa remaja, yaitu masa yang ditandai dengan peralihan dari masa kanak-kanak ke masa dewasa, dan ditandai dengan perubahan fisik. Bentuk dan fungsi tubuh muncul relatif cepat. Hal ini ditandai dengan berkembangnya ciri-ciri seksual sekunder dan pertumbuhan fisik yang pesat, sehingga remaja secara fisik telah mampu menjalankan fungsi-fungsi proses reproduksi namun belum mampu memahami akibat dari proses reproduksi tersebut. Mengatasi permasalahan kesehatan reproduksi pada remaja memerlukan peningkatan informasi, edukasi dan, konseling, serta pelayanan klinis. Masalah kesehatan reproduksi pada remaja, dapat menimbulkan dampak fisik, mental dan emosional, termasuk status ekonomi dan kesejahteraan sosial.

Pelayanan kesehatan reproduksi remaja dilaksanakan melalui komunikasi, informasi dan edukasi, perupa pendidikan keterampilan hidup sehat, ketahanan mental melalui keterampilan sosial, sistem, fungsi dan proses reproduksi, perilaku seksual yang sehat dan aman, risiko perilaku seksual berisiko dan akibatnya, keluarga berencana, perilaku berisiko lainnya atau masalah kesehatan lain yang mempengaruhi kesehatan reproduksi. Hal ini dicapai melalui proses pendidikan formal maupun informal dengan memberdayakan remaja sebagai pendidik sebaya atau konselor sebaya. Selain itu, pelayanan kesehatan reproduksi remaja juga dilakukan melalui konseling. Hal ini dilakukan dengan menghormati privasi, dan menjaga kerahasiaan. Melalui konseling dapat membantu

remaja menyadari permasalahannya dan membantu mereka mengambil keputusan, selain itu juga dapat membekali mereka dengan pengetahuan, keterampilan, menggali potensi serta sumber daya secara terus menerus

Upaya sosialisasi informasi fokus pada upaya peningkatan pengetahuan dan kapasitas tentang program UKS, guru BP, kader kesehatan sekolah seperti Palang Merah Remaja (PMR) dan Saka Bhakti Husada (SBH), serta melalui kelompok kerja (Pokja), KIE dilakukan melalui pendekatan kolaborasi dengan sektor terkait Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial Terpadu (PKRT) meliputi pelayanan kesehatan remaja dan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) melalui UKS, organisasi remaja dan kegiatan lain dengan perhatian khusus terhadap privasi dan keamanan dan yang tidak kalah pentingnya, partisipasi remaja dari perencanaan sampai evaluasi

Berbagai upaya telah membuahkan hasil yang baik dalam meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku remaja untuk memenuhi kebutuhan reproduksi di komunitas. Hal ini memerlukan peran serta keluarga sebagai unit terkecil di masyarakat, dalam merangsang tumbuh kembang remaja dengan memenuhi kebutuhan reproduksinya sesuai dengan konteks budaya keluarga dan masyarakat setempat.

Begitu pula dengan adanya klinik kesehatan sahabat remaja berbasis komunitas yang ditujukan bagi remaja, kelompok remaja, keluarga dan masyarakat yang dianggap mampu menerapkan model kehidupan reproduksi sehat dikalangan remaja, keluarga, sekolah dan masyarakat, yang dilakukan di lingkungan komunitas remaja, sehingga remaja dapat dengan mudah mengakses dan bergantung

pada, sumber daya, pendanaan, waktu yang tersedia bagi remaja, melalui pelaksanaan pembelajaran partisipatif mengenai kesehatan reproduksi yang dihimpun menjadi peer group remaja yang bersifat peduli remaja, dimana keluarga dan remaja akan mengetahui pertumbuhan dan perkembangan kesehatan reproduksi, meningkatkan kapasitas (pengetahuan, sikap dan perilaku/ keterampilan dalam masalah kesehatan reproduksi, kemandirian remaja dalam masalah kesehatan reproduksi remaja. Remaja sebagai kelompok berisiko kesehatan, memerlukan layanan, bimbingan dan pemantauan kesehatan yang optimal dan memperhatikan kebutuhan remaja berdasarkan pertumbuhan, perkembangan dan lingkungannya.

4. Pelayanan kesehatan reproduksi masa sebelum hamil, hamil bersalin dan sesudah melahirkan.

Tujuannya adalah untuk menyiapkan perempuan menghadapi masa hamil dan bersalin aman . Pelayanan kesehatan reproduksi prakonsepsi meliputi pemeriksaan kesehatan, imunisasi, konsultasi kesehatan

Pelayanan kesehatan reproduksi pada kehamilan diberikan berupa pemeriksaan kehamilan, minimal 6 kali selama kehamilan, dan ibu hamil yang mempunyai faktor risiko dan komplikasi, akan di lakukan rujukan rujukan, mampu menanggulangi risiko dan komplikasi, tujuannya adalah menjaga kesehatan ibu hamil dan janinnya, mencegah terhadap terjadinya penyulit saat kehamilan, persalinan dan nifas.

Pelayanan kesehatan reproduksi di masa bersalin meliputi: pencegahan infeksi, pemantauan dan deteksi dini adanya faktor risiko dan komplikasi,

dukungan dan pertolongan persalinan terstandar, inisiasi menyusui dini, dan rujukan. Pelayanan kesehatan reproduksi pasca melahirkan, meliputi: pelayanan nifas berupa promosi kesehatan, deteksi dini masalah kesehatan fisik dan mental serta pencegahan penanganannya, termasuk pelayanan dukungan ASI Eksklusif.

Tahapan sebelum hamil, hamil, melahirkan dan nifas seringkali dikaitkan dengan usia reproduksi, sehingga pelayanan kesehatan reproduksi yang diberikan meliputi pelayanan kehamilan dan persalinan yang aman, pencegahan kecacatan dan kematian akibat kehamilan pada ibu dan bayi baru lahir. Menjaga jarak kelahiran dan jumlah kehamilan melalui penggunaan alat kontrasepsi, pencegahan penyakit menular seksual/PMS/HIV/AIDS, pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas, pencegahan dan penatalaksanaan masalah aborsi secara rasional, deteksi dini kanker payudara dan serviks, pencegahan dan manajemen infertilitas

5. Pelayanan kesehatan reproduksi pada lansia

Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun dan telah mengalami perubahan fisik, psikis dan sosial. Lansia dapat di klasifikasi lansia menurut Depkes adalah: pra senile/prajanjut usia (45-49), lanjut usia (60-69), lanjut usia resiko tinggi (70 tahun keatas), sedangkan klasifikasi lansia menurut WHO adalah usia pertengahan (middle age: 45-59), lanjut usia (elderly: 60-74), lanjut usia tua (old age: 75-90), usia sangat tua (very old: lebih dari 90 tahun). Pada masa lanjut usia akan terjadi kemunduran kondisi fisik atau biologis, kondisi psikis, kondisi ekonomi dan sosial.

Kesehatan reproduksi pada usia lanjut merupakan upaya untuk memahami tindakan pencegahan, penatalaksanaan dan perawatan anatomi dan organ reproduksi bagi individu yang telah memasuki masa lansia. Gangguan kesehatan yang terjadi pada lansia, akan makin meningkat seiring meningkatnya proporsi penduduk usia lanjut. Permasalahan utama yang sering terjadi pada kelompok lansia ini berupa gangguan menopause, osteoporosis, kanker prostat, serta penyakit kardiovaskular dan degeneratif, yang berdampak pada sistem reproduksi, termasuk malnutrisi dan gangguan muskuloskeletal sering memperburuk keadaan. Melengkapi siklus hidup keluarga, komponen ini akan mendorong peningkatan kualitas penduduk usia lanjut, sebelum dan sesudah akhir usia reproduksi (menopause/adropause). Upaya pencegahan dapat dilakukan dengan melakukan skrining terhadap penyakit keganasan organ reproduksi seperti Ca serviks, Ca prostat, defisiensi hormon dan berbagai akibat yang ditimbulkannya.

Secara umum pelayanan kesehatan pada lansia dapat dibedakan menjadi pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, atau rehabilitatif. Jenis-jenis pelayanan kesehatan yang biasa diberikan pada lansia mencakup pemeriksaan fisik dengan anjuran makan sehat, pemantapan mental agar mampu mengendalikan emosi.

Kebijakan kesehatan reproduksi pada lansia bertujuan untuk menguatkan peran keluarga maupun masyarakat di dalam penyelenggaraan kesehatan reproduksi lansia dan bermitra secara jangka panjang, berkoordinasi dan konsistensi dukungan pusat dan daerah terhadap kesehatan reproduksi lansia. Membangun dan mengembangkan

system penjaminan mutu dan dukungan sosial, sehingga lansia dapat menjangkau terhadap pelayanan kesehatan reproduksi, selain itu juga melakukan penguatan dan pemantapan terhadap peran organisasi kesehatan reproduksi dalam mendukung peningkatan kualitas hidup bagi lansia.

Kebijakan pelayanan kesehatan terhadap lansia bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan dan mutu hidup lansia guna mencapai hari tua yang bahagia dan produktif dalam kehidupan berkeluarga dan bermasyarakat sesuai dengan kelangsungan hidupnya. Bentuk nyata pelayanan sosial dan kesehatan yang digagas pemerintah terhadap penduduk usia lanjut diberbagai tingkatan, khususnya pelayanan kesehatan di tingkat masyarakat yaitu posyandu lansia.

Posyandu lansia merupakan suatu tempat pelayanan komprehensif bagi lansia di suatu wilayah tertentu, disepakati, dijalankan oleh masyarakat Posyandu lansia merupakan evolusi dari kebijakan pemerintah. Pelayanan kesehatan lansia yang dilaksanakan dalam program puskesmas dengan partisipasi lansia, keluarga, tokoh masyarakat dan organisasi sosial dalam proses pelaksanaannya..

Posyandu untuk usia lanjut memberikan pelayanan berupa pemeriksaan kesehatan fisik, mental dan emosional kemudian dilakukan pencatatan, selanjutnya pemantauan melalui KMS guna mendeteksi sejak dini terhadap adanya penyakit atau gangguan kesehatan yang dialami. Adapun jenis pelayanan kesehatan yang dilakukan di posyandu lansia meliputi, pemeriksaan terhadap kegiatan sehari-hari, status mental, status gizi, pengukuran tekanan darah, hemoglobin, glukosa urin, protein urin, rujukan dan penyuluhan kesehatan.

Strategi kesehatan reproduksi lansia mencakup melakukan advokasi, sosialisai untuk membangun kemitraan dalam upaya kesehatan reproduksi lansia. Mendorong dan meningkatkan partisipasi dan peran serta keluarga dan masyarakat dalam pelayanan kesehatan reproduksi bagi lanjut usia. Meningkatkan profesionalisme dan menerapkan pengendalian kualitas pelayanan. Membangun system pelayanan kesehatan reproduksi pada lansia serta melakukan survey/penelitian untuk mengetahui permasalahan kesehatan reproduksi pada lansia. Melaksanakan kegiatan lanjutan untuk memperkuat layanan kesehatan reproduksi bagi lansia.

Daftar Pustaka

- Catriona M. 2019. *At A Glance: Kesehatan Reproduksi*. Jakarta. Erlangga
- Direktorat Kesehatan Usia Produktif dan Lanjut Usia. *Rencana Aksi Kegiatan Kesehatan Usia Produktif dan Lanjut Usia 2022-2025*. 2022.
- Departemen Kesehatan RI. 2005. *Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Depkes RI. 2005. *Pedoman Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Puskesmas*. Jakarta: Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat.
- Depkes RI. 2008. *Program Kesehatan Reproduksi dan Pelayanan Integratif di Tingkat Pelayanan Dasar*. Jakarta: Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat, Direktorat Bina Kesehatan Ibu.
- Direktorat Remaja dan perlindungan Hak-Hak Reproduksi BKKBN. 2008. *Pendewasaan Usia Perkawinan dan Hak-Hak Reproduksi Bagi Remaja Indonesia*. BKKBN Pusat
- Depkes RI. 2005. *Strategi Nasional Kesehatan Remaja*. Jakarta: Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat.
- Depkes RI. 2008. *Program Kesehatan Reproduksi dan Pelayanan Integratif di Tingkat Pelayanan Dasar*. Jakarta: Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat, Direktorat Bina Kesehatan Ibu.
- Kementerian Kesehatan RI, 2014. *Pedoman Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar*. Jakarta, Direktorat Jenderal Bina Gizi dan kesehatan ibu dan anak
- Kemenkes RI. 2020. *Panduan pelayanan Kesehatan Reproduksi Calon pengantin Dalam Masa pandemi Covid-19 dan Adaptasi kebiasaan baru*. Jakarta : Direktorat jenderal Kesehatan Masyarakat

- Kementerian Kesehatan RI. 2014. Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu. Kemenkes RI. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2014
- Kementrian Kesehatan RI. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 97 Tahun 2014 Tentang pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, dan masa sesudah melahirkan, penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi, serta pelayanan kesehatan seksual. Jakarta: Kemenkes; 2014.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No 61 Tahun 2014 tentang kesehatan Reproduksi
- SDKI 2012. Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012.
- Syafrudin dkk. 2009. Kebidanan Komunitas. Jakarta: EGC.
- Stanhope, M. dan Lancaster, J. (2004). Community Health Nursing : Promoting Health Of Agregates, Families And Individuals, 4 th ed. St.Louis : Mosby, Inc.
- UNPFA. (2009). Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit For Humanitarian Settings: A Companion to The Interagency Field Manual on Reproductive Health in Humanatarian Setting.
- WHO. (2008). Accelerating Implementation of Adolescent Friendly Health Services in South East Asia Region. Report of The Meeting of The National Adolescent Health Programme Managers in Member Countries of The South East Asia Region Bali, Indonesia, 12-15 February 2008.

Profil Penulis



Nurniati Tianastia Rullyni, S.ST.M.Keb

Ketertarikan penulis terhadap kesehatan dimulai pada tahun 1995. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Perawat Kesehatan di SPK DEPKES BUKITTINGGI dan berhasil lulus pada tahun 1998. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Akademi Kebidanan DEPKES BUKITTINGGI dan berhasil menyelesaikan studi DIII AKBID DEPKES BUKITTINGGI pada tahun 2001. Pada tahun 2002 penulis melanjutkan pendidikan ke DIV kebidanan FK UNPAD dan lulus pada tahun 2003. Pada tahun 2011 penulis kembali melanjutkan pendidikan ke S2 kebidanan FK UNAND, penulis menyelesaikan studi S2 di prodi KEBIDANAN FK UNAND TAHUN 2014.

Berawal dari adanya surat perintah melaksanakan tugas dari direktur, yang pada saat itu tepatnya tahun 2005, penulis mulai menerapkan ilmu sebagai pendidik, dan sampai sekarang mengampu beberapa mata kuliah diantaranya asuhan kebidanan kehamilan, konsep kebidanan, asuhan kebidanan persalinan dan BBL, Etikolegal Dalam Praktik kebidanan. Penulis juga aktif dalam kegiatan penelitian sebagai bagian dari tri dharma perguruan tinggi, berupa kegiatan penelitian Risbinakes maupun kegiatan penelitian mandiri dengan melibatkan mahasiswa. Pada tahun 2019 pernah meraih juara II lomba karya tulis ilmiah kategori umum (kelompok) tingkat kota Tanjungpinang. Disamping itu penulis juga melaksanakan kegiatan pengabdian kepada masyarakat. Berupa penyuluhan dan pelayanan kesehatan Masyarakat.

Email Penulis: nurniatitr@gmail.com

PROGRAM PEMERINTAH YANG BERKAITAN DENGAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Lilis Zuniawati Setianingsih, S.S.T, Bd, M.H (Kes)
STIKes Salsabila Serang - Banten

Pendahuluan

Peningkatan kesejahteraan ibu dan anak menjadi poin sentral dalam upaya pembangunan kesehatan di Indonesia. Kedua kelompok ini cenderung lebih rentan terhadap dampak lingkungan dan kondisi keluarga, sehingga evaluasi terhadap status kesehatan dan keberhasilan program kesehatan untuk ibu dan anak menjadi sangat penting, sebagaimana dijelaskan oleh Kemenkes pada tahun 2016.

Pelayanan kebidanan komunitas merujuk pada usaha Bidan untuk mengatasi masalah kesehatan Ibu dan Anak Balita di tingkat keluarga dan masyarakat. Pelayanan kebidanan profesional ini difokuskan pada masyarakat, terutama pada kelompok yang memiliki risiko tinggi, dengan tujuan mencapai tingkat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, memastikan ketersediaan pelayanan kesehatan yang diperlukan, dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan kebidanan. Seluruh proses ini dilakukan dengan memperhatikan Standar Asuhan Kebidanan Antenatal, standar alat antenatal, dan manajemen antenatal yang berlaku (Dainty Materniti, dan Ratna Dewi dkk, 2017).

Pemberian asuhan antenatal, intranatal, dan layanan lain kepada individu dalam komunitas memiliki ciri-ciri yang berbeda dengan pelayanan yang diberikan di lembaga kesehatan. Dalam konteks asuhan kebidanan bagi individu di masyarakat, diperlukan kemampuan analisis yang tinggi dan akurat, terutama dalam menghadapi aspek-aspek sosial, nilai-nilai, dan budaya lokal. Hal ini karena pemberian asuhan kebidanan kepada individu di masyarakat sangat dipengaruhi oleh beragam faktor .

Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

Program KIA merupakan program yang secara umum mencakup pengelolaan untuk ibu hamil dan bayinya secara terus menerus. Pengelolaan itu mencakup pelayanan bagi ibu hamil, proses persalinan, selama masa nifas, terkait keluarga berencana, pelayanan bayi baru lahir hingga balita, baik bagi ibu dan bayi yang tanpa maupun dengan komplikasi kebidanan. Dalam melakukan pengelolaan program KIA, beberapa kegiatan yang dilakukan antara lain melakukan pengumpulan, pengolahan, analisis, dan interpretasi data. Setelah itu, data dipublikasikan ke pihak-pihak yang menyelenggarakan program KIA dan ke instansi yang membutuhkan informasi tersebut guna dijadikan rujukan atau ditindak lanjuti hasilnya.

Tujuan Program KIA

1. Peningkatan kemampuan ibu, termasuk pengetahuan, sikap, dan perilaku, dalam menangani kesehatan diri dan anggota keluarganya dengan memanfaatkan teknologi yang sesuai, merupakan bagian dari usaha untuk memperkuat pembinaan kesehatan keluarga.

2. Peningkatan inisiatif pembinaan kesehatan bagi balita dan anak prasekolah secara mandiri di lingkungan keluarga.
3. Perluasan cakupan layanan kesehatan untuk bayi, anak balita, ibu hamil, ibu bersalin, ibu pasca melahirkan, dan ibu menyusui.
4. Peningkatan standar pelayanan kesehatan untuk ibu hamil, ibu yang sedang melahirkan, pasca melahirkan, ibu menyusui, bayi, dan anak balita.
5. Peningkatan kemampuan dan partisipasi masyarakat serta keluarga, seluruh anggotanya, dalam mengatasi masalah kesehatan ibu, balita, dan anak prasekolah, terutama dengan memperkuat peran ibu dan keluarganya.

Pelayanan Antenatal Care (ANC) di Komunitas

Asuhan antenatal merujuk pada pemeriksaan kehamilan yang dilakukan secara berkala untuk menilai dan memonitor kondisi ibu hamil dan janin. Langkah-langkah korektif diterapkan untuk mengatasi deviasi yang mungkin ditemukan selama periode kehamilan.

Pelayanan antenatal adalah rangkaian kegiatan komprehensif dan berkualitas yang diberikan kepada semua ibu hamil, dimulai dari masa konsepsi hingga sebelum dimulainya proses persalinan.

Pemberian asuhan antenatal di komunitas disebut sebagai asuhan kebidanan komunitas. Manajemen asuhan antenatal di komunitas mencakup serangkaian langkah alami dan sistematis yang dilakukan oleh bidan. Tujuan dari asuhan antenatal di komunitas adalah untuk mempersiapkan kehamilan dan persalinan yang sehat, mengacu pada standar yang berlaku, dan dilaksanakan melalui kerjasama aktif dengan ibu, keluarga, serta masyarakat.

Langkah-langkah manajemen asuhan antenatal di komunitas dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Membangun kepercayaan dengan menyambut ibu dan keluarga dengan penuh keramahan untuk menciptakan suasana yang nyaman.
2. Menanyakan riwayat kehamilan ibu dengan menggunakan prinsip mendengar secara efektif.
3. Melakukan anamnesis secara menyeluruh, terutama terkait dengan riwayat kesehatan dan kebidanan ibu.
4. Melakukan pemeriksaan fisik yang dibutuhkan.
5. Melakukan pemeriksaan laboratorium sederhana seperti albumin dan kadar hemoglobin (Hb).
6. Membantu ibu dan keluarga dalam persiapan menghadapi kelahiran dan kemungkinan tindakan darurat.
7. Merencanakan dan mempersiapkan kondisi bersih dan aman untuk kelahiran di rumah.
8. Memberikan penjelasan kepada ibu dan keluarga mengenai tanda-tanda darurat, seperti perdarahan pervaginam, sakit kepala berlebihan, gangguan penglihatan, nyeri abdomen, dan perubahan gerakan janin, serta mendorong mereka untuk mencari bantuan segera jika tanda-tanda tersebut muncul.
9. Memberikan konseling sesuai dengan kebutuhan ibu.
10. Memberikan suplemen tablet zat besi (Fe) sebanyak 90 butir mulai saat usia kehamilan 20 minggu.
11. Melakukan imunisasi tetanus toksoid (TT) dengan dosis 0,5 cc.
12. Menjadwalkan kunjungan berikutnya.
13. Mendokumentasikan hasil kunjungan.

Skrining Antenatal pada ibu hamil

SKRINING/DETEKSI DINI IBU RESIKO TINGGI							
OLEH PKK DAN PETUGAS KESEHATAN							
Nama	:					Umur ibu	:
Hamil Ke	:					TP tgl	:
Pendidikan Ibu	:					Suami	:
Pekerjaan Ibu	:						
KELF.R	NO	Masalah/Faktor Resiko	SKOR	Tribulan			
				I	II	III. ¹	III. ²
		Skor Awal Ibu hamil	2				
I	1	Terlalu Muda, Hamil ≤ 20 Th	4				
	2	a. Terlalu lambat hamil 1, kawin ≥ 4 Th	4				
		b. Terlalu tua, hamil 1 ≥ 35 Th	4				
	3	Terlalu cepat hamil lagi (<2 Th)	4				
	4	Terlalu lama hamil lagi (≥10 Th)	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4/lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur ≥ 35 Th	4				
	7	Terlalu pendek ≤ 145cm	4				
	8	Pemah gagal kehamilan	4				
	9	Pemah melahirkan dengan					
a. Tarikan tang/vakum		4					
b. Uri dirogoh		4					
		c. Diberi Infus/Transfusi	4				
	10	Pemah operasi sesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil					
		a. Kurang darah/KEK	4				
		b. Malaria	4				
		c. TBC Paru	4				
		c. Payah Jantung	4				
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
	f. Penyakit Menular Seksual	4					
	12	Bengkak pada muka/tungkai dari tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar / lebih	4				
	14	Hamil kembar air (Hidramnion)	4				
15	Bayi mati dalam kandungan	4					
16	Kehamilan lebih bulan	4					
	17	Letak sungsang	8				
	18	Letak lintang	8				
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Pre-eklampsia berat/kejang-kejang	8				
Jumlah SKOR							

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN								
RUJUKAN TERENCANA								
KEHAMILAN				PERSALINAN DENGAN RISIKO				
JML SKOR	KEL RISIKO	PERA-WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN		
						RDB	RDR	RTW
2	KRR	BIDAN	TINDAKAN RUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN			
6-10.	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES/ PKM/RS	BIDAN DOKTER			
>12	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER			
Kematian ibu dalam kehamilan :				1. Abortus		2. Lain-lain		

Keterangan:

1. Kehamilan Risiko Rendah (KRR): Merupakan kehamilan yang normal tanpa adanya masalah atau faktor risiko. Meskipun kemungkinan besar berjalan normal, perlu tetap berhati-hati terhadap potensi komplikasi persalinan.
2. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT): Merujuk pada kehamilan dengan adanya faktor risiko, baik dari ibu maupun janin, yang dapat menyebabkan komplikasi persalinan. Dampaknya dapat mencakup kesakitan, kematian, atau kecacatan pada ibu atau bayi baru lahir. Rujukan ke rumah sakit diperlukan untuk mendapatkan penanganan yang khusus dan memadai.
3. Kehamilan Risiko Tinggi (KRST): Merupakan kehamilan dengan risiko ganda atau lebih dari dua faktor risiko, baik dari ibu maupun janin, yang dapat menyebabkan komplikasi persalinan atau risiko kematian yang lebih tinggi baik bagi ibu maupun bayi. Rujukan ke rumah sakit diperlukan untuk mendapatkan penanganan khusus dan memadai (Yulifah & Yuswanto, 2009).

Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

P4K merupakan suatu inisiatif yang dipandu oleh bidan di tingkat desa dengan tujuan utama meningkatkan keterlibatan aktif suami, keluarga, dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman serta mempersiapkan diri menghadapi kemungkinan komplikasi bagi ibu hamil. Kegiatan yang dilakukan dalam P4K melibatkan pendataan dan penerapan stiker pada ibu hamil, bantuan persalinan oleh tenaga kesehatan, pengelolaan dana persalinan, ketersediaan ambulan desa, program keluarga berencana pasca persalinan, dan mendukung sumbangan donor darah (Ariani, Antri et al., 2022).

Tujuan utama dari program P4K adalah untuk meningkatkan cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi yang baru lahir. Hal ini diungkapkan dalam penelitian oleh Runjati pada tahun 2018. Dengan melibatkan suami, keluarga, dan masyarakat secara aktif, diharapkan program ini dapat memberikan manfaat signifikan dalam aspek-aspek tersebut, serta memberikan perlindungan yang lebih baik untuk ibu hamil dan bayi baru lahir.

Program P4K bertujuan untuk mencakup penanggung jawab dan pengelola program KIA di tingkat provinsi dan kabupaten atau kota, termasuk bidan koordinator, kepala Puskesmas, dokter, perawat, bidan, kader, serta melibatkan forum peduli KIA seperti forum P4K dan pokja posyandu (Depkes RI, 2009).

Beberapa dari manfaat Program P4K menurut Depkes (2009) antara lain:

1. Mempercepat fungsi desa siaga.
2. Meningkatkan ketersediaan pelayanan Antenatal Care (ANC) sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
3. Meningkatkan ketersediaan persalinan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan terampil.
4. Meningkatkan kolaborasi antara bidan dan dukun.
5. Mendeteksi kejadian komplikasi secara dini.
6. Meningkatkan jumlah peserta Keluarga Berencana (KB) pasca persalinan.
7. Memantau kondisi kesakitan dan kematian ibu dan bayi.
8. Mengurangi angka kesakitan dan kematian ibu serta bayi.

Terdapat tujuh indikator keberhasilan dalam Program P4K, yaitu:

1. Persentase desa yang melaksanakan P4K dengan menggunakan stiker.
2. Persentase ibu hamil yang menerima stiker.
3. Persentase ibu hamil yang memiliki stiker dan menerima pelayanan ANC sesuai standar.
4. Persentase ibu hamil yang memiliki stiker dan melahirkan di fasilitas kesehatan.
5. Persentase ibu hamil, melahirkan, dan masa nifas yang memiliki stiker, serta berhasil diatasi jika mengalami komplikasi.
6. Persentase penggunaan KB setelah melahirkan.

7. Persentase ibu yang melahirkan di fasilitas kesehatan dan menerima pelayanan nifas.

Menurut Depkes RI (2009), Output yang diharapkan mencakup :

1. Registrasi semua ibu hamil dan pemasangan stiker P4K di rumah mereka.
2. Bidan memberikan layanan antenatal sesuai dengan standar yang ditetapkan.
3. Ibu hamil dan keluarganya membuat rencana persalinan, termasuk rencana kontrasepsi, bersama dengan penolong persalinan.
4. Bidan memberikan bantuan persalinan sesuai dengan pedoman yang berlaku.
5. Bidan memberikan pelayanan nifas sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
6. Keluarga mempersiapkan biaya persalinan, menjaga kebersihan, dan menjaga kesehatan lingkungan.
7. Melibatkan tokoh masyarakat, baik formal maupun non formal, serta Forum Peduli KIA atau Pokja Posyandu dalam perencanaan persalinan, termasuk rencana kontrasepsi pasca persalinan sesuai peran masing-masing.
8. Ibu menerima pelayanan kontrasepsi pasca persalinan.
9. Terjalin kerjasama yang kuat antara bidan, Forum Peduli KIA atau Pokja Posyandu, serta (jika ada) dukun bayi dan pendamping persalinan.

Pelaksanaan operasionalisasi (P4K)

Menurut Departemen Kesehatan RI (2009), pelaksanaan Program P4K mencakup:

1. Memaksimalkan pertemuan bulanan di tingkat desa atau kelurahan untuk meningkatkan keterlibatan aktif ibu hamil, keluarga, dan masyarakat dalam persiapan persalinan yang aman bagi ibu.
2. Meningkatkan aktifitas forum peduli KIA yang sudah ada di masyarakat, seperti GSI, Forum Desa Siaga, dan Pokja Posyandu.
3. Melakukan kontak dengan ibu hamil dan keluarganya saat mengisi stiker, yang dilakukan bersama bidan dengan pendampingan kader.
4. Melakukan pemasangan stiker di rumah ibu hamil setelah mendapatkan konseling; stiker dipasang di depan rumah sebagai penanda untuk pencatatan dan pemantauan ibu hamil.
5. Mengelola kegiatan donor darah dan menyediakan sarana transportasi atau ambulan desa.
6. Menggunakan, mengelola, dan mengawasi tabungan ibu bersalin.
7. Membuat dan menandatangani amanat persalinan sebagai dokumen yang memperkuat pencatatan ibu hamil yang memiliki stiker.

Kegiatan Pelayanan Asuhan Postpartum di Komunitas

Periode puerperium atau masa nifas, menurut Sarwono Parwirohardjo, dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika organ-organ kandungan kembali ke kondisi sebelum hamil, berlangsung sekitar 6 minggu. Masa nifas merupakan tahap yang dialami oleh setiap wanita setelah melahirkan, di mana kemungkinan

terjadinya komplikasi persalinan, baik secara langsung maupun tidak langsung, dapat terjadi. Masa ini menjadi periode penting bagi tenaga kesehatan, terutama bidan, untuk terus memantau kesehatan ibu. Pelayanan yang kurang optimal pada masa nifas dapat mengakibatkan berbagai masalah bagi ibu, bahkan dapat mengarah pada komplikasi seperti sepsis puerperalis. Dari segi penyebab kematian ibu, infeksi menjadi penyebab kematian terbanyak kedua setelah perdarahan, sehingga memberikan perhatian tinggi pada periode ini sangatlah tepat (Wiknjosastro, 2019).

Pelayanan Nifas adalah layanan kesehatan yang diselenggarakan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan standar, dimulai dari 6 jam hingga 42 hari setelah persalinan. Masa nifas dimulai setelah keluarnya plasenta dan berakhir ketika organ reproduksi kembali ke kondisi seperti sebelum kehamilan, biasanya berlangsung selama kurang lebih 6 minggu. Dalam periode ini, bidan memiliki peran dan tanggung jawab untuk mendeteksi potensi komplikasi pada ibu, mengevaluasi kebutuhan rujukan, memberikan konseling kepada ibu dan keluarganya tentang pencegahan perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya, memfasilitasi hubungan emosional antara ibu dan bayi, serta memulai dan mendukung praktik pemberian ASI. Oleh karena itu, penting untuk memberikan asuhan sesuai dengan standar pada ibu nifas dan melakukan kunjungan rutin ke rumah untuk mendeteksi dini Anemia Kekurangan Zat Besi (AKI) dan Anemia Kekurangan Vitamin A (AKB).

Bidan memberikan layanan selama masa nifas melalui kunjungan rumah pada hari ketiga, minggu kedua, dan minggu keenam setelah persalinan. Kunjungan tersebut bertujuan untuk mendukung pemulihan ibu dan bayi dengan melibatkan tindakan yang benar terkait tali

pusat, mendeteksi dini potensi komplikasi selama masa nifas, serta memberikan informasi tentang kesehatan umum, kebersihan perorangan, pola makan bergizi, perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI, imunisasi, dan kontrasepsi.

Kunjungan pada masa nifas dilaksanakan minimal sebanyak 4 kali. Tujuan dari kunjungan rumah ini adalah untuk mengevaluasi kondisi ibu dan bayi yang baru lahir serta mencegah, mendeteksi, dan menangani potensi komplikasi selama masa nifas. Kunjungan rumah memberikan keunggulan, antara lain, bidan dapat mengamati dan berinteraksi dengan keluarga dalam lingkungan yang alami dan aman. Selain itu, bidan dapat menilai kecukupan sumber daya, keamanan, dan lingkungan di rumah. Meskipun demikian, terdapat beberapa keterbatasan pada kunjungan rumah, seperti biaya yang dapat menjadi hambatan, jumlah bidan yang terbatas, dan kekhawatiran terkait dengan keamanan saat mendatangi pasien, terutama di daerah tertentu (Ambarwati. 2020).

Pemberian asuhan pada ibu pasca persalinan di masyarakat dapat dilakukan melalui metode kelompok, dan salah satu pendekatannya adalah melalui kelompok postpartum. Ibu-ibu pasca persalinan dikelompokkan dengan mempertimbangkan jarak antara satu ibu dengan ibu lainnya. Kelompok postpartum ini merupakan bentuk organisasi kecil dari ibu nifas, yang bertujuan untuk mendeteksi, mencegah, dan mengatasi masalah-masalah yang muncul selama masa nifas.

Kegiatan kelompok postpartum dapat dilaksanakan di rumah salah satu ibu pasca persalinan, posyandu, atau polindes. Kegiatan ini melibatkan penyuluhan dan konseling mengenai berbagai aspek. Dalam memberikan asuhan pada ibu pasca persalinan di komunitas, salah satu pendekatannya adalah melalui pembentukan

kelompok. Ibu-ibu pasca persalinan dikelompokkan dengan mempertimbangkan jarak antara satu ibu pasca persalinan dengan ibu lainnya (Wahyuni. 2018)

1. Program Ibu Nifas

Melibatkan kunjungan pada ibu pasca persalinan dan neonatus, pemberian ASI eksklusif, tablet Fe, dan vitamin A.

2. Pengumpulan Data

a. Dilakukan bersamaan dengan kunjungan pada ibu pasca persalinan dan neonatus.

b. Data yang dikumpulkan mencakup jumlah ibu pasca persalinan, kebiasaan atau tradisi setempat, permasalahan selama masa pasca persalinan, sumber daya masyarakat, dan faktor penentu kebijakan.

3. Mengatur Strategi

Menerapkan pendekatan dengan melibatkan keluarga ibu, tokoh masyarakat (tomas), tokoh agama (togam), kepala desa, dan kader sebagai pengambil keputusan dan penentu kebijakan untuk membentuk kelompok ibu pasca persalinan.

4. Perencanaan

a. Menyusun usulan atau proposal yang mencakup latar belakang dan tujuan pembentukan kelompok.

b. Rencana perencanaan melibatkan kegiatan, tempat dan waktu, anggaran, serta peserta yang terlibat.

5. Pelaksanaan

a. Memilih orang sebagai contoh (*Role Model*) yang menjadi penentu kebijakan.

- b. Melakukan diskusi untuk membentuk susunan organisasi, dengan bidan berperan sebagai narasumber.
 - c. Membuat rencana tindak lanjut.
6. Evaluasi
- a. Dilakukan pada akhir masa pasca persalinan, setelah kunjungan ke-4.
 - b. Memastikan bahwa tujuan akhir pembentukan kelompok tercapai, ibu dan bayi sehat, serta proses pasca persalinan berjalan normal.

Daftar Pustaka

- Kementerian Kesehatan, Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019. Jakarta: Kemkes, 2015.
- Ambarwati. (2020). Asuhan Kebidanan Nifas. Yogyakarta: Mitra Cendikia.
- Maryuni A. Asuhan Ibu Nifas dan Asuhan Ibu Menyusui. Bogor: In Media; 2017.
- Wiknjosastro H. Ilmu Kebidanan. Edisi ke-4 Cetakan ke-2. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2018; 523 - 529.
- Wahyuni, Dwi Elly. 2018. Bahan Ajar Kebidanan Nifas dan Menyusui. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
- Erna. Mulati. 2020. Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu Edisi Ketiga Jakarta : Kementrian Kesehatan RI

Profil Penulis



Lilis Zuniawati Setianingsih, S.S.T., Bd., MH.Kes

Penulis lahir di Jepara - Jawa Tengah tanggal 11 Juni 1990. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh adalah jenjang Diploma III Kebidanan FIK Universitas Islam Sultan Agung (UNISSULA) Semarang pada tahun 2008-2011. Dilanjutkan jenjang Diploma IV Kebidanan Pendidik Universitas Karya Husada (UNKAHA) Semarang pada tahun 2011-2012.

Pendidikan Pasca Sarjana yang ditempuh pada Prodi Magister Ilmu Hukum Konsentrasi Hukum Kesehatan Universitas 17 Agustus 1945 (UNTAG) Semarang April 2013 - November tahun 2014. Pada bulan Mei tahun 2023 penulis menyelesaikan pendidikan Profesi Bidan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Abdi Nusantara Jakarta. Saat ini penulis sedang menempuh pendidikan pada Prodi Magister Kebidanan di STIKes Dharma Husada Bandung. Pekerjaan di bidang Pendidikan diawali pada tahun 2012-2013 sebagai Dosen tetap di Universitas Karya Husada (UNKAHA) Semarang. Sejak awal tahun 2015 sampai dengan saat ini penulis merupakan Dosen Tetap STIKes Salsabila Serang - Banten pada Prodi Kebidanan.

Selain aktif dalam kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi, penulis aktif pula dalam kegiatan organisasi profesi, penulis merupakan Pengurus IBI Cabang Kota Serang - Banten di Bagian Hukum Organisasi.

E-mail Penulis : liliszuniawati90@gmail.com

KELUARGA BERENCANA

Dr. dr. Cipta Pramana, SpOG(K)
Universitas Islam Negeri Walisongo Semarang

Pendahuluan

Angka kematian ibu di Indonesia masih sangat tinggi meskipun telah dilakukan langkah-langkah dan kebijakan oleh pemerintah secara komprehensif. Angka kematian ibu berdasarkan Survei Antar Sensus Penduduk (SUPAS) tahun 2015 adalah 305 ibu kematian per 100.000 kelahiran hidup (Suryamin, 2015). Sebuah konsensus global telah disepakati mengenai strategi untuk mengurangi angka kematian ibu, yaitu antara lain terdiri dari (1) KB dengan pelayanan kesehatan reproduksi terkait, (2) pelayanan tenaga kesehatan terampil selama kehamilan dan persalinan, (3) mendapatkan perawatan obstetrik darurat secara tepat waktu dan (4) segera mendapat perawatan yang baik pascakelahiran (Utomo et al., 2021; WHO, 1994).

Menurut WHO, Keluarga Berencana memungkinkan individu dan pasangan untuk mengatur jumlah anak yang diinginkan serta jarak dan waktu kelahiran mereka. Hal ini dicapai melalui penggunaan metode alat kontrasepsi dan pengobatan infertilitas yang tidak disengaja. Kemampuan perempuan untuk memberi jarak dan membatasi kehamilannya berdampak langsung terhadap kesehatan dan kesejahteraan mereka (Kamruzzaman & Hakim, 2015).

Program KB mengurangi angka kematian ibu dengan cara (1) mengurangi jumlah kehamilan yang terjadi dan (2) mengurangi proporsi kehamilan yang dianggap “berisiko tinggi” (Ross & Blanc, 2012; Utomo et al., 2021). Dengan sedikitnya jumlah kehamilan berarti berkurangnya jumlah perempuan yang mempunyai risiko terhadap kematian akibat kehamilan. Penggunaan kontrasepsi juga menurunkan risiko kematian ibu per kelahiran, yang diukur dengan MMR, dengan mencegah kelahiran berisiko tinggi, yaitu kelahiran bagi perempuan yang “terlalu muda” atau “terlalu tua”, jarak kelahiran yang “terlalu dekat”, dan paritas kelahiran “terlalu banyak” (Stover & Ross, 2010; Utomo et al., 2021) .

Dengan Keluarga berencana diperkirakan dapat mengurangi tingkat kematian ibu di berbagai negara berkisar antara 6 hingga 60% (Dr Saifuddin Ahmed et al., 2012), serta menurunkan angka kematian bayi dan tingkat aborsi, terutama aborsi yang tidak aman (Tsui et al., 2010). Secara global bahwa dengan keluarga berencana dapat mencegah hingga 30% kematian ibu (Utomo et al., 2021).

Kontrasepsi

Kontrasepsi adalah cara atau alat yang digunakan dengan tujuan untuk mencegah terjadinya kehamilan. Penggunaan alat kontrasepsi akan mencegah sel telur dan sel sperma bertemu, menghentikan produksi sel telur, menghentikan penggabungan sel sperma dan sel telur yang telah dibuahi yang menempel pada lapisan rahim. Cara pemakaian alat kontrasepsi bergantung pada jenisnya. Setiap jenis alat kontrasepsi memiliki kelebihan dan kekurangan masing-masing. Ada banyak jenis alat kontrasepsi, seperti kontrasepsi alami, pil kb, kondom pria, suntik, implan, IUD dan kondom wanita. Cara menentukan alat kontrasepsi yang sesuai bagi

pasangan suami-istri harus melalui konseling oleh tenaga kesehatan terlatih (Rodiah, 2022). Syarat kontrasepsi ideal antara lain adalah dapat dipercaya, efek samping ringan, tidak mempengaruhi koitus, mudah penggunaannya dan harga murah/terjangkau (Wiknyosastro, 2002).

Efektivitas Kontrasepsi (Wiknyosastro, 2002)

Efektivitas atau daya guna kontrasepsi dinilai dengan dua cara, yaitu:

1. Daya guna teoritis (theoretical effectiveness), yaitu kemampuan suatu cara kontrasepsi untuk mengurangi terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan, apabila kontrasepsi tersebut digunakan dengan mengikuti aturan yang benar.
2. Daya guna pemakaian (use effectiveness), yaitu kemampuan kontrasepsi dalam keadaan sehari-hari dimana pemakaiannya dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti pemakaian yang tidak hati-hati, kurang disiplin dengan aturan pemakaian dan sebagainya.

Metode Kontrasepsi

Terdapat beberapa jenis atau metode kontrasepsi, yaitu sebagai berikut:

1. Kontrasepsi Sederhana
 - a. Lactational amenorrhea method (LAM)

Metode amenore laktasi (LAM) adalah metode kontrasepsi yang sangat efisien dengan memanfaatkan sistem fisiologi untuk menjarangkan kelahiran. Menyusui menyebabkan penurunan gonadotropin releasing hormone, luteinizing hormone dan follicle stimulating hormone, yang mengakibatkan

amenore, melalui jalur opioid intraserebral: β -endorfin menghambat sekresi hormon pelepas gonadotropin dan dopamin, yang pada gilirannya merangsang sekresi prolaktin dan produksi air susu. Metode amenore laktasi didasarkan pada tiga kondisi simultan: (1) bayi berusia di bawah 6 bulan; (2) ibu masih amenore; dan (3) ibu melakukan pemberian ASI eksklusif atau kuasi-eksklusif sesuai permintaan, siang dan malam. Metode amenore laktasi mempunyai keefektifan sampai 98%, dibandingkan dengan metode kontrasepsi lainnya (Vekemans, 1997)

b. Keluarga Berencana Alamiah (KBA)/Senggama Terputus. (Freundl et al., 2010)

Metode kontrasepsi berdasarkan perhitungan masa subur (ovulasi), dengan alat dan instrumen ini secara bersamaan mengidentifikasi hari subur selama siklus menstruasi. Pantang melakukan hubungan intim pada hari-hari tersebut. Cara menentukan kapan ia harus pantang melakukan hubungan badan, wanita harus:

- 1) Dokumentasikan jangka waktu terpanjang dan terpendeknya siklus menstruasi selama periode 6-12 bulan sehingga waktu ovulasi bisa diperkirakan.
- 2) Ukur suhu basal tubuh dengan menggunakan termometer khusus. Suhu yang tinggi bertahan setidaknya selama tiga hari menunjukkan kemungkinan besar ovulasi telah terjadi.

3) Memeriksa sekresi lendir serviks sepanjang siklus. Bila keluaranya cairan serviks yang terlalu basah, licin, transparan, melar, sebaiknya menghindari hubungan intim.

c. Kontrasepsi Barrier (Nelson, 2000; Roe & Bartz, 2019)

Metode kontrasepsi penghalang adalah salah satu teknik pencegahan kehamilan tertua; penggunaannya sudah ada sejak zaman kuno. Pada awal abad ke-20, metode penghalang menjadi satu-satunya alat kontrasepsi bagi banyak perempuan. Meskipun penggunaanya berkurang namun demikian, ada yang berpendapat bahwa karena tingginya angka kehamilan yang tidak diinginkan dan penyakit menular seksual (PMS), maka kontrasepsi penghalang dengan peran gandanya yaitu mencegah kehamilan dan pencegahan PMS menjadi sangat penting.

Yang termasuk dalam kontrasepsi barrier adalah seperti kondom pria, kondom wanita, diafragma, tutup serviks, dan spons, serta penghalang kimiawi berupa jeli, busa, atau spermisida.

2. Kontrasepsi Hormonal (George Adriaansz, Eka Rusdianto Gunardi, 2012)

a. Pil Kombinasi.

Jenis:

1) Monofasik, pil tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dengan dosis yang sama dan 7 tablet tanpa hormon aktif.

- 2) Bifasik, pil tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- 3) Trifasik, pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dengan tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

b. Suntikan Kombinasi.

Suntikan kombinasi adalah 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat dan 5 mg Estradiol Sipionat diberikan injeksi I.M. sebulan sekali (cyclofem), dan 50 mg Noretindron Enantat dan 5 mg Estradiol Valerat diberikan injeksi I.M. sebulan sekali.

c. Suntikan Progestin

Tersedia 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu:

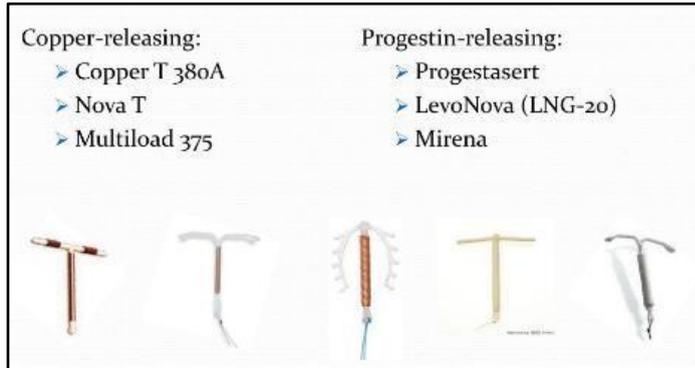
- 1) Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depo Provera), mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskuler di bokong.
- 2) Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat), yang mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuskuler.

3. Metode Kontrasepsi Jangka Panjang

Metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) merupakan metode kontrasepsi dengan tingkat keefektifan yang tinggi dengan tingkat kegagalan

yang rendah serta komplikasi dan efek samping yang lebih sedikit dibandingkan metode kontrasepsi yang lain. MKJP merupakan jenis kontrasepsi yang sekali pemakaiannya dapat bertahan selama 3 tahun sampai seumur hidup. Terdapat berbagai jenis MKJP seperti alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR), implan, medis operatif wanita (MOP) dan medis operasi pria (MOP) (Unair News, 2019).

- a. Alat kontrasepsi dalam rahim (IUD) adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan oleh penyedia layanan kesehatan ke dalam rahim. Setelah dipasang, IUD dapat mencegah kehamilan hingga 10 tahun atau lebih, tergantung jenis spesifiknya. Penyedia layanan dapat melepas IUD kapan saja jika akseptor memutuskan ingin hamil. Berbeda dengan alat kontrasepsi lainnya, seperti kondom, IUD tidak bisa mencegah terjadinya infeksi menular seksual (IMS). Ada dua jenis IUD, yaitu IUD tembaga dan IUD hormonal (levonorgestrel). Keduanya memiliki bingkai plastik yang terbuka berbentuk huruf T saat berada di dalam rahim. Alat ini memiliki benang yang terpasang di bagian bawah yang memanjang ke dalam vagina sehingga petugas Kesehatan dapat melepas IUD sesuai kebutuhan (Cleveland clinic, 2024).

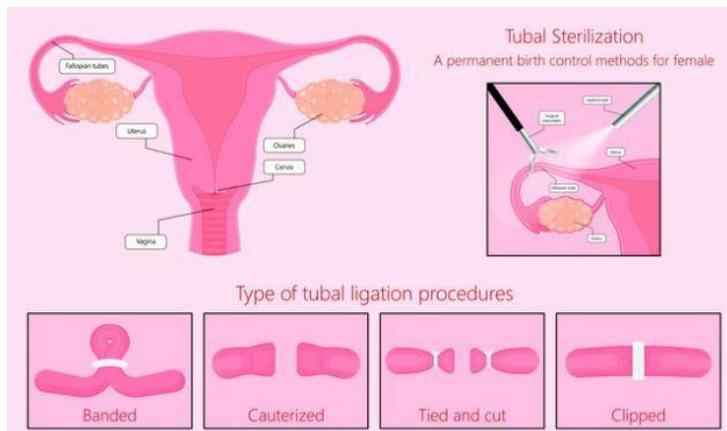


Gambar 1. Jenis-jenis IUD

- b. Sterilisasi tuba (MOW) adalah salah satu metode terbaik dan efektif bagi wanita yang telah cukup anak. Sterilisasi wanita dapat dilakukan pada waktu-waktu berikut ini, yaitu dilakukan pascapersalinan, pasca abortus atau dilakukan bersamaan saat operasi ginekologi seperti miomektomi atau kistektomi. Sterilisasi dilakukan dengan minilaparotomi, laparoscopi atau histeroscopi (Mahadevappa et al., 2016). Gambar 2. Teknik operasi sterilisasi tuba (Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, et al. Williams Obstetrics, 20th edition. Stamford, CT, Appleton & Lange, 1997:1376.)

Teknik sterilisasi tuba. A, prosedur Irving. Ujung potongan medial saluran telur dimasukkan di miometrium di bagian posterior, dan ujung potongan distal masuk ke mesosalpinx. B, prosedur Pomeroy. Lingkaran saluran telur diikat, dan tuba di atas pengikat dipotong. C, Prosedur Parkland. Segmen tengah tuba dipisahkan dari mesosalpinx pada lokasi avaskular, dan segmen tuba yang terpisah diikat secara proksimal dan distal dan kemudian dipotong. D, Prosedur Madlener. Buku jari

saluran telur dihancurkan dan kemudian diikat tanpa reseksi; teknik ini memiliki tingkat kegagalan yang sangat tinggi, yaitu sekitar 7%. E, prosedur Kroener. Tuba diikat melintasi ampula, dan bagian distal ampula, termasuk seluruh fimbria, direseksi; beberapa penelitian melaporkan tingkat kegagalan yang sangat tinggi dengan teknik ini.



Gambar 3. Berbagai macam tipe ligasi tuba

Efektifitas tubektomi: (George Adriaansz, Eka Rusdianto Gunardi, 2012)

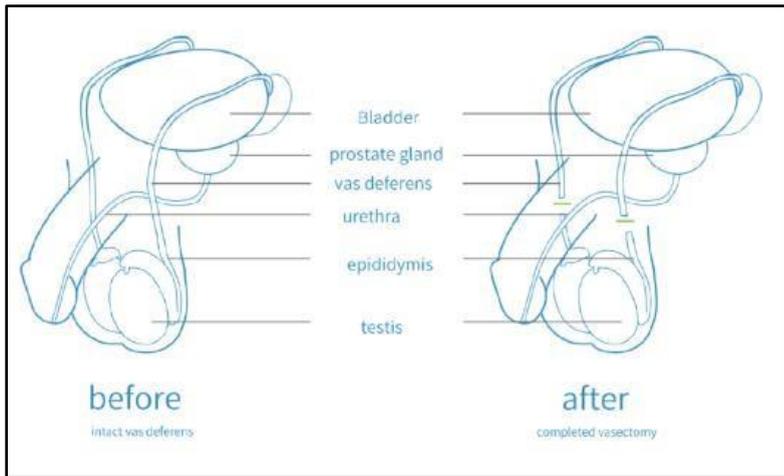
- 1) Kurang dari 1 kehamilan per 100 (5 per 1000) Perempuan pada tahun pertama penggunaan.
- 2) Sekitar 2 kehamilan per 100 perempuan (18-19 per 1000 perempuan) pada 10 tahun penggunaan.
- 3) Efektifitas kontraseptif terkait juga dengan Teknik tubektomi, tetapi secara keseluruhan efektifitas tubektomi cukup tinggi dibanding metode kontrasepsi lainnya.

- c. Sterilisasi pria (vasektomi) adalah bentuk kontrasepsi jangka panjang yang paling efektif dibandingkan dengan sterilisasi wanita, sterilisasi ini lebih efektif, lebih hemat biaya, dan memiliki tingkat komplikasi yang lebih rendah. Teknik vasektomi harus memberikan hasil maksimal untuk menjadi mandul (azoospermia) dengan melakukan pengikatan/pemotongan saluran sperma (vas deferens) dan komplikasi pasca operasi yang minimal. Operasi biasanya dilakukan sebagai pasien rawat jalan dengan prosedur anestesi lokal (Rakhi & Sumathi, 2011; Weiske, 2001).

Efektifitas Vasektomi (George Adriaansz, Eka Rusdianto Gunardi, 2012)

- 1) Setelah pengosongan sperma dari vesikula seminalis (20 kali ejakulasi menggunakan kondom) maka kehamilan hanya terjadi pada 1 per 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan.
- 2) Mereka yang tidak dapat memastikan masih adanya sperma pada ejakulat atau tidak patuh menggunakan kondom hingga 20 kali ejakulasi maka kehamilan terjadi pada 2-3 per 100 perempuan pada tahun pertamam penggunaan
- 3) Selama 3 tahun penggunaan, terjadi sekitar 4 kehamilan per 100 perempuan.
- 4) Bila terjadi kehamilan pasca vasektomi, kemungkinannya adalah:
 - a) Pengguna tidak menggunakan metode barrier saat senggama dalam 3 bulan pertama pascavasektomi.

- b) Oklusi vas deferens tidak tepat
- c) Rekanalisasi spontan.



Gambar 4. Kondisi sebelum dan sesudah vasektomi (<https://www.prestonfamilymedical.com/services/vasectomy/>)

4. Implan (Roe & Bartz, 2019; Rowlands & Searle, 2014)

Implan adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga hingga lima tahun. Metode ini dikembangkan oleh *The Population Council*, sebuah organisasi internasional yang didirikan tahun 1952 untuk mengembangkan teknologi kontrasepsi (George Adriaansz, Eka Rusdianto Gunardi, 2012)

a. Implan Levonorgestrel

Implan LNG adalah implan dua batang yang dimasukkan menggunakan trocar sekali pakai dalam bentuk V yang sempit. Ada dua produk yang tersedia: Jadelle (Gambar 1) dan Sino-implant (II)® (Shanghai Dahua Pharmaceutical Co, Ltd, Shanghai, Republik Rakyat Tiongkok). Pada kedua implan tersebut, setiap kapsul

berukuran 2,5 × 43 mm mengandung 75 mg LNG. Tabung silikon (silastic) ber dinding tipis membungkus LNG yang tertanam dalam kopolimer siloksan (Roe & Bartz, 2019; Rowlands & Searle, 2014)



Gambar 5. Paket Jadelle yang menunjukkan trocar sekali pakai.

b. Implan etonogestrel

Merupakan batang tunggal padat berukuran 2 × 40 mm dengan aplikator khusus; aplikator yang lebih baru untuk Implanon NXT/Nexplanon ditunjukkan pada Gambar 2. Digunakan Progestin ENG (sebelumnya disebut 3-ketodesogestrel) digunakan. Mikrokristal ENG (68 mg) tertanam dalam matriks kopolimer etinil-vinil asetat, ditutupi oleh membran etinil-vinil asetat pengontrol laju berukuran 0,6 mm. Implanon NXT/Nexplanon juga mengandung 15 mg barium sulfat; implan ENG radiopak ini bioekuivalen dengan Implanon nonradiopak. Implan ENG aman dan sangat efektif. Tidak ada perbedaan signifikan dalam tingkat kehamilan antara implan ENG dan LNG (Roe & Bartz, 2019; Rowlands & Searle, 2014).



Gambar 6. Implanon NXT/Nexplanon applicator

Penutup

Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia masih cukup tinggi dibandingkan negara ASEAN lainnya. Berbagai Upaya dan kebijakan telah dilakukan oleh pemerintah maupun peran serta Masyarakat. Namun demikian usaha tersebut belum memperoleh hasil yang optimal. Salah satu Upaya menurunkan AKI adalah dengan program Keluarga Berencana, karena dengan program ini dapat membatasi jumlah kehamilan bagi ibu usia reproduktif. Dengan penurunan jumlah kehamilan tentu saja akan mengurangi risiko ibu hamil untuk mengalami morbiditas dan mortalitas. Ada banyak pilihan kontrasepsi untuk program KB dengan kelebihan dan kekurangannya. Untuk memilih jenis kontrasepsi yang akan digunakan tentu ada beberapa faktor menjadi pertimbangan. Untuk itu diperlukan konsultasi dengan petugas layanan kesehatan.

Daftar Pustaka

- Cleveland clinic. (2024). Intrauterine Device. <https://my.clevelandclinic.org/health/treatments/24441-intrauterine-device-iud>
- Dr Saifuddin Ahmed, P., Qingfeng Li, M., Li, Q., Affiliations, Department of Population, Family and Reproductive Health, Bill and Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health, Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, MD, U., Author, S. for articles by this, Li Liu, P., & Prof Amy O Tsui, P. (2012). Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *The Lancet*. <https://doi.org/DrSaifuddinAhmed,PhDQingfengLi,MAQingfengLiAffiliationsDepartmentofPopulation,FamilyandReproductiveHealth,BillandMelindaGatesInstituteforPopulationandReproductiveHealth,BloombergSchoolofPublicHealth,JohnsHopkinsUniversity,Baltimore,MD,USA> Search for articles by this author Li Liu, PhD [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60478-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60478-4)
- Freundl, G., Sivin, I., & Batár, I. (2010). State-of-the-art of non-hormonal methods of contraception: IV. Natural family planning. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15(2), 113–123. <https://doi.org/10.3109/13625180903545302>
- George Adriaansz, Eka Rusdianto Gunardi, H. K. (2012). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi* (Biran Affandi (ed.)). Bina Pustaka Prawirohardjo.
- Kamruzzaman, M., & Hakim, A. (2015). Family Planning Practice Among Married Women Attending Primary Health Care Centers in Bangladesh. *International Journal of Bioinformatics and Biomedical Engineering*, 1(3), 251–255. <http://www.aiscience.org/journal/ijbbe>
- Mahadevappa, K., Prasanna, N., & Channabasappa, R. A. (2016). Trends of various techniques of tubectomy: A

- five year study in a tertiary institute. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(1), QC04–QC07.
<https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/16863.7104>
- Nelson, A. L. (2000). Barrier methods of contraception. *Infertility and Reproductive Medicine Clinics of North America*, 11(4), 669–685.
<https://doi.org/10.2307/1967095>
- Rakhi, J., & Sumathi, M. (2011). Contraceptive methods: Needs, options and utilization. *Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 61(6), 626–634.
<https://doi.org/10.1007/s13224-011-0107-7>
- Rodiah, S. S. (2022). Kontrasepsi. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1143/kontrasepsi-tepat-tingkatkan-kesehatan-reproduksi
- Roe, A. H., & Bartz, D. (2019). Society of Family Planning clinical recommendations: contraception after surgical abortion. *Contraception*, 99(1), 2–9.
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.08.016>
- Ross, J. A., & Blanc, A. K. (2012). Why aren't there more maternal deaths? A decomposition analysis. *Maternal and Child Health Journal*, 16(2), 456–463.
<https://doi.org/10.1007/s10995-011-0777-x>
- Rowlands, S., & Searle, S. (2014). Contraceptive implants: current perspectives. *Open Access Journal of Contraception*, 73.
<https://doi.org/10.2147/oajc.s55968>
- Stover, J., & Ross, J. (2010). How increased contraceptive use has reduced maternal mortality. *Maternal and Child Health Journal*, 14(5), 687–695.
<https://doi.org/10.1007/s10995-009-0505-y>
- Suryamin. (2015). Penduduk Indonesia. Badan Pusat Statistik Indonesia.
<https://www.bps.go.id/id/publication/2015/11/23/9de128fbee9ae5bd40914d0/penduduk-indonesia-hasil-survei-penduduk-antar-sensus-2015.html>

- Tsui, A. O., McDonald-Mosley, R., & Burke, A. E. (2010). Family planning and the burden of unintended pregnancies. *Epidemiologic Reviews*, 32(1), 152–174. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxq012>
- Unair News. (2019). Metode Kontrasepsi Jangka Panjang dan Pentingnya Paket Edukasi MKJP, Tingkatkan Pengetahuan dan Sikap Ibu Hamil Tentang MKJP. UNAIR News. <https://news.unair.ac.id/2019/12/19/metode-kontrasepsi-jangka-panjang-dan-pentingnya-paket-edukasi-mkjp-tingkatkan-pengetahuan-dan-sikap-ibu-hamil-tentang-mkjp/?lang=id>
- Utomo, B., Sucahya, P. K., Romadlona, N. A., Robertson, A. S., Aryanty, R. I., & Magnani, R. J. (2021). The impact of family planning on maternal mortality in Indonesia: what future contribution can be expected? *Population Health Metrics*, 19(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12963-020-00245-w>
- Vekemans, M. (1997). Postpartum contraception: The lactational amenorrhea method. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2(2), 105–111. <https://doi.org/10.3109/13625189709167463>
- Weiske, W. H. (2001). Vasectomy. *Andrologia*, 33(3), 125–134. <https://doi.org/10.1046/j.1439-0272.2001.00445.x>
- WHO. (1994). Mother-Baby Package: Implementing safe motherhood in countries. In *Whqlibdoc.Who.Int* (p. 114). http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_FHE_MSM_94.11_Rev.1.pdf
- Wiknyosastro. (2002). Ilmu Kebidanan. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Profil Penulis



Dr. dr. Cipta Pramana, SpOG., Subsp. Obsginsos.

Lulus SMA Negeri Klaten tahun 1984, dan lulus dokter umum di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro (UNDIP) Semarang tahun 1992. Setelah lulus mengabdikan diri sebagai dokter umum di propinsi Timor-Timur (sekarang negara Timor Leste) antara tahun 1994- 1999 hingga propinsi Timor-Timur lepas dari NKRI. Lulus dokter Spesialis Kebidanan dan Kandungan FK UNDIP Semarang tahun 2004, selanjutnya bertugas di RSUD Biak Papua tahun 2005- 2012. Tahun 2015 lulus sebagai dokter Konsultan Obstetri dan Ginekologi Sosial Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Lulus Doktor Manajemen Kependidikan, sekolah Pascasarjana Universitas Negeri Semarang tahun 2023.

Sejak tahun 2012 sampai sekarang sebagai staf Medis Fungsional di bagian Obstetri dan Ginekologi RS Daerah K.R.M.T Wongsonegoro kota Semarang. Menjadi dosen pembimbing klinis mahasiswa Fakultas Kedokteran (Universitas Tarumanagara Jakarta, Universitas Trisakti Jakarta, Universitas Wahid Hasyim Semarang), Dosen Pasca Sarjana S2 Kebidanan STIKES Guna Bangsa Yogyakarta dan Dosen di Fakultas Kedokteran UIN Walisongo Semarang. Jumlah buku yang telah dipublikasikan ada 25 buku baik berupa monograf, referensi maupun book chapter yang diterbitkan oleh penerbit buku nasional maupun internasional (Springer dan Nova Science Publisher). Buku yang ditulis tentang kedokteran, kesehatan dan pendidikan. Selain itu jug aktif publikasi artikel ilmiah ke jurnal internasional bereputasi (terindeks Scopus dan Web of Science).

Email: pramanacipta@yahoo.com

PELAYANAN POSYANDU

Marella, SST., Bdn., MKM
Poltekkes Kemenkes Tanjungpinang

Sejarah Pembentukan Posyandu

Posyandu, singkatan dari Pos Pelayanan Terpadu, merupakan salah satu program kesehatan masyarakat yang bermula di Indonesia pada tahun 1980-an. Konsep Posyandu pertama kali diperkenalkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia sebagai upaya untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak di tingkat masyarakat lokal.

Ide awalnya adalah untuk membantu mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi oleh ibu hamil, ibu menyusui, dan anak-anak di tingkat lokal dengan mendekatkan layanan kesehatan ke komunitas. Posyandu didirikan sebagai pusat layanan kesehatan yang terintegrasi dan berada di tingkat desa atau kelurahan, yang memungkinkan pendekatan yang lebih personal dan mendalam terhadap kebutuhan kesehatan masyarakat. Posyandu biasanya dijalankan oleh kader kesehatan dan tenaga kesehatan yang dilatih secara khusus untuk memberikan layanan kesehatan dasar seperti imunisasi, pemeriksaan kesehatan, pemberian makanan tambahan, penyuluhan kesehatan, dan pemantauan pertumbuhan balita serta ibu hamil.

Peran serta masyarakat sangat penting dalam operasional Posyandu. Masyarakat didorong untuk aktif berpartisipasi dalam kegiatan Posyandu, baik sebagai

kader kesehatan maupun sebagai penerima manfaat layanan kesehatan yang disediakan. Sejak awal konseptualisasi, Posyandu telah berkembang dan menjadi bagian integral dari sistem kesehatan Indonesia dalam upaya meningkatkan aksesibilitas layanan kesehatan dasar bagi masyarakat di tingkat lokal (Kemenkes-RI, 2018).

Pengertian Posyandu

Posyandu adalah singkatan dari Pos Pelayanan Terpadu, sebuah program kesehatan masyarakat pada tingkat desa atau kelurahan dengan memberdayakan masyarakat dalam pelaksanaannya sebagai upaya penunjang kesehatan ibu, bayi, dan anak. Kegiatan di Posyandu dilaksanakan dari dan bersama masyarakat (Kemenkes-RI, 2011). Kegiatan utama di posyandu meliputi Kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, imunisasi, gizi, pencegahan dan penanggulangan diare (Kemenkes-RI, 2012). Posyandu adalah pusat layanan kesehatan masyarakat di tingkat desa atau kelurahan di Indonesia. Posyandu dirancang untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar kepada ibu hamil, bayi, balita, anak-anak, remaja, orang dewasa, hingga lansia. Inilah beberapa poin utama tentang posyandu:

Tujuan Posyandu:

1. Pemantauan Kesehatan: Memantau pertumbuhan dan perkembangan anak-anak, memberikan imunisasi, serta memberikan layanan kesehatan dasar kepada masyarakat.
2. Pendidikan Kesehatan: Menyediakan informasi, edukasi, dan penyuluhan kepada masyarakat tentang gizi, kesehatan reproduksi, kesehatan lingkungan, dan pencegahan penyakit.

3. **Pemberdayaan Masyarakat:** Mengajak partisipasi aktif masyarakat dalam mengelola dan memanfaatkan layanan kesehatan yang tersedia.
4. **Pencegahan Penyakit:** Mengidentifikasi masalah kesehatan masyarakat, memberikan intervensi awal, dan melakukan pencegahan penyakit.

Struktur Posyandu:

1. **Petugas Kesehatan:** Terdiri dari bidan, perawat, kader kesehatan, dan sukarelawan yang mengelola kegiatan posyandu.
2. **Meja-Meja Layanan:** Biasanya terdapat meja pemeriksaan kesehatan, pelayanan imunisasi, penyuluhan kesehatan, serta administrasi dan pencatatan.

Posyandu berperan penting dalam meningkatkan kesehatan masyarakat, memberdayakan masyarakat dalam hal kesehatan, dan memastikan layanan kesehatan dasar tersedia bagi seluruh anggota keluarga di tingkat masyarakat yang lebih luas.

Langkah-Langkah Kegiatan Posyandu

Langkah 1(Meja 1): Pendaftaran/ registrasi



Meja pertama yang didatangi saat posyandu dilaksanakan yaitu meja 1 Pendaftaran. Proses pendaftaran ini untuk memperoleh informasi dasar mengenai anggota keluarga yang akan diberikan layanan di posyandu. Proses pendaftaran

biasanya bervariasi menyesuaikan kebijakan pada tiap posyandu. Adapun yang biasanya ditanyakan pada saat pendaftaran posyandu adalah kepemilikan KMS dan

buku KIA, Nama ibu, nama Anak, tanggal lahir anak, dan usia anak saat ini, alamat, riwayat imunisasi yang pernah diterima, atau riwayat kesehatan ibu dan anak, serta nomor kontak.

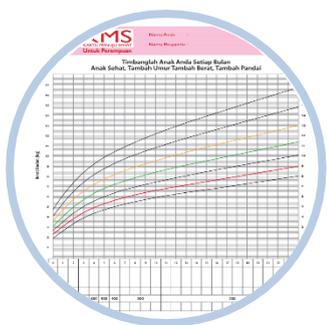
Langkah 2 (Meja 2): Penimbangan dan Pengukuran bayi-balita



Pengukuran pertumbuhan bayi balita di posyandu penting dilakukan untuk mengidentifikasi dini masalah kesehatan dan status gizi anak. Di posyandu anak akan ditimbang dengan timbangan khusus bayi dan balita sesuai dengan prosedur yang sudah terstandar.

Pengukuran tinggi/ panjang badan juga menggunakan alat ukur yang terstandar agar hasil pengukuran akurat.

Langkah 3 (Meja 3): Pencatatan hasil penimbangan dan pengukuran bayi balita



Meja pencatatan dan penimbangan di posyandu sangat penting untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan balita serta anak-anak di lingkungan tersebut. Meja pencatatan biasanya dilengkapi dengan buku catatan atau formulir yang digunakan

untuk mencatat data penting seperti berat badan, tinggi badan, lingkaran kepala, serta perkembangan kesehatan anak. Sementara itu, alat penimbangan yang tepat dan terkalibrasi juga diperlukan untuk mengukur berat badan anak-anak dengan akurat. Dengan menggunakan

alat ini, petugas kesehatan di posyandu dapat memantau pertumbuhan anak secara berkala dan memberikan intervensi jika ada kebutuhan, seperti pemberian imunisasi, vitamin, atau saran gizi kepada orang tua.

Posyandu memainkan peran penting dalam pemantauan kesehatan anak-anak dan menyediakan informasi yang berguna kepada orang tua tentang tumbuh kembang anak mereka. Penggunaan meja pencatatan dan alat penimbangan yang baik akan membantu mencatat dan melacak perkembangan anak secara lebih sistematis dan efektif.

Langkah 4 (Meja 4) : Penyuluhan Kesehatan



Meja penyuluhan kesehatan di posyandu merupakan area yang diperuntukkan untuk memberikan informasi, edukasi, dan penyuluhan kepada orang tua atau pengunjung posyandu tentang berbagai aspek kesehatan yang relevan dengan

pertumbuhan dan perkembangan anak.

Di meja penyuluhan kesehatan ini, petugas kesehatan Seperti Bidan atau kader posyandu dapat menyampaikan informasi terkait:

1. Gizi Seimbang: Menyediakan informasi tentang makanan bergizi, porsi makan yang tepat untuk anak-anak, dan pentingnya makanan sehat dalam pertumbuhan anak.
2. Imunisasi: Edukasi mengenai pentingnya imunisasi, jadwal imunisasi yang dianjurkan, serta manfaat perlindungan yang diberikan oleh vaksin.

3. Perkembangan Anak: Memberikan pemahaman kepada orang tua tentang tahapan perkembangan anak, pentingnya stimulasi awal, dan cara mendukung perkembangan anak secara optimal.
4. Higiene dan Kesehatan: Memberikan informasi tentang kebersihan, pentingnya mencuci tangan, perawatan gigi, dan tindakan pencegahan penyakit lainnya.
5. Kesehatan Reproduksi: Bisa juga mencakup informasi mengenai perawatan ibu hamil, persiapan persalinan, serta perawatan pasca-melahirkan.

Meja penyuluhan ini biasanya dilengkapi dengan materi edukasi seperti poster, brosur, atau bahan bacaan lainnya yang memberikan informasi yang mudah dipahami dan berguna bagi orang tua atau pengunjung posyandu.

Tujuan utama dari meja penyuluhan kesehatan di posyandu adalah meningkatkan pemahaman dan kesadaran orang tua atau pengunjung posyandu tentang pentingnya perawatan kesehatan anak-anak dan keluarga secara menyeluruh. Hal ini akan membantu masyarakat dalam mengambil keputusan yang lebih baik terkait kesehatan dan kesejahteraan keluarga mereka.

Langkah 5 (Meja 5): Pelayanan Kesehatan Imunisasi dan KB



Di meja pelayanan imunisasi dan KB di posyandu, berbagai kegiatan yang terkait dengan imunisasi dan program keluarga berencana (KB) dilakukan. Berikut beberapa komponen yang mungkin ada di meja pelayanan tersebut:

Imunisasi:

1. **Jadwal Imunisasi:** Menyediakan informasi tentang jadwal imunisasi yang dianjurkan sesuai dengan usia anak. Ini meliputi jenis vaksin yang diberikan dan usia kapan pemberiannya.
2. **Pendaftaran dan Catatan:** Proses pendaftaran anak untuk mendapatkan imunisasi, serta pencatatan data terkait imunisasi yang telah diberikan. Ini penting untuk memantau perkembangan imunisasi setiap anak.
3. **Pemberian Vaksin:** Menyediakan tempat di mana vaksinasi dapat diberikan oleh petugas kesehatan yang terlatih dan memastikan prosedur keamanan vaksinasi terpenuhi.
4. **Edukasi Orang Tua:** Memberikan informasi kepada orang tua tentang manfaat imunisasi, perlunya vaksinasi lengkap, serta menjawab pertanyaan atau kekhawatiran yang mungkin mereka miliki terkait imunisasi anak.

Keluarga Berencana (KB):

1. **Konseling KB:** Memberikan layanan konseling kepada pasangan suami-istri tentang berbagai metode kontrasepsi yang tersedia, efektivitas, dan dampaknya.
2. **Pemberian Alat Kontrasepsi:** Jika diizinkan, posyandu mungkin menyediakan layanan pemberian alat kontrasepsi seperti kondom, pil KB, atau alat kontrasepsi lainnya.
3. **Pendidikan Kesehatan Reproduksi:** Memberikan informasi tentang kesehatan reproduksi, termasuk kehamilan yang sehat, persalinan aman, dan perencanaan keluarga yang baik.

4. **Konsultasi dan Tanya Jawab:** Memberikan kesempatan kepada pasangan suami-istri untuk bertanya tentang KB dan mendapatkan jawaban yang informatif dari petugas kesehatan yang bertugas.

Meja pelayanan imunisasi dan KB di posyandu bertujuan untuk memberikan akses mudah kepada masyarakat untuk mendapatkan informasi dan layanan terkait imunisasi anak-anak dan program keluarga berencana untuk menjaga kesehatan keluarga secara keseluruhan (Yuliandari, 2023)

Manfaat Posyandu

Kesehatan Bayi dan Balita:

1. Mengetahui status kesehatan anak
2. Mengetahui pertumbuhan dan perkembangan anak
3. Memperoleh kapsul Vitamin A dua kali dalam setahun pada bulan Februari dan Agustus
4. Mendapatkan imunisasi secara lengkap
5. Deteksi awal gangguan pertumbuhan berat badan dan panjang/tinggi badan anak, sebagai upaya pencegahan gizi buruk dan stunting serta dapat dirujuk segera ke Puskesmas terdekat
6. Memperoleh penyuluhan tentang kesehatan bayi dan balita Kesehatan Bayi dan Balita

Kesehatan Ibu Hamil Nifas dan Menyusui:

1. Memantau berat badan dan pengukuran lingkaran lengan atas
2. Memperoleh Tablet Tambah Darah serta imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bagi ibu yang sedang hamil

3. Memperoleh penyuluhan kesehatan tentang kesehatan ibu (perencanaan kehamilan, gizi untuk ibu hamil dan ibu menyusui, dan sebagainya).

Peran Kader Posyandu

Peran Kader Posyandu Sebagai penyuluh, pencatat dan penggerak dan pencegahan stunting. Penyuluh melakukan kegiatan promotif meliputi edukasi kepada ibu hamil dan ibu dengan balita. Pencatat melakukan kegiatan preventif meliputi deteksi dini gangguan pertumbuhan dan perkembangan balita. Penggerak mendorong terlaksananya promosi kesehatan dan pencegahan stunting. Terlibat aktif dalam forum desa dan bekerjasama dengan sektor lain.

Kegiatan Lain yang dapat dilakukan di Posyandu

Posyandu dapat memiliki berbagai kegiatan tambahan yang berbeda setiap bulannya, mengikuti permintaan atau kebutuhan masyarakat. Semakin banyak usulan kegiatan tambahan dari masyarakat, semakin beragam dan menarik pula kegiatan yang diselenggarakan di Posyandu. Aktivitas tambahan ini bisa berupa Pos PAUD (Pendidikan Anak Usia Dini), Posyandu Remaja untuk Kesehatan Reproduksi Remaja, Pos UKK (Upaya Kesehatan Kerja) untuk Kesehatan Usia Kerja, Posyandu Lansia untuk Kesehatan Lanjut Usia, TOGA (Tanaman Obat Keluarga), BKB (Bina Keluarga Balita), Posbindu PTM (Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular), upaya Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Posmaldes (Pos Malaria Desa), Pokmair (Kelompok Pemakai Air), dan lain sebagainya (Kemenkes-RI, 2020).

Hasil Penelitian Terkini Terkait Posyandu

No	Judul, Penulis, Tahun	Tujuan	Metode/ Populasi/ Sampel/ Teknik Penelitian	Hasil	
				Kelebihan	Kekurangan
1.	Permodelan E-Posyandu Untuk Perkembangan Balita Menggunakan Extreme Programming (Pasha, et al., 2023)	Membuat aplikasi sistem E-posyandu bertujuan untuk memberikan kemudahan dalam mencatat data posyandu dan mempermudah akses masyarakat terhadap informasi tentang	Metode Pengembangan sistem berjalan melalui empat langkah yang dimulai dari tahap perencanaan untuk mengidentifikasi permasalahan dan kebutuhan pengguna. Tahap selanjutnya adalah tahap perancangan yang melibatkan pembuatan skema UML dan antarmuka	Pengembangan sistem ini menggunakan metode extreme programming dengan fokus pada objek, didukung oleh database MySQL, dengan antarmuka back-end melalui website dan bagian untuk orang tua balita melalui aplikasi mobile sebagai antarmuka front-end. Dengan sistem ini, masyarakat dapat melihat	Kurangnya informasi yang lengkap mengenai tumbuh kembang balita yang dapat diakses oleh masyarakat, mulai dari tingkat sasaran hingga pencatatan pertumbuhan yang masih menggunakan

		<p>pertumbuhan balita dan bayi.</p>	<p>yang diperlukan. Setelahnya, langkah pengkodean menerapkan rencana desain ke dalam kode program. Langkah terakhir adalah pengujian sistem.</p>	<p>informasi yang terperinci dan infografis mengenai data pertumbuhan balita, serta mendapatkan informasi gizi dan spesialis kesehatan. Berdasarkan hasil pengujian kecocokan fungsional, diperoleh hasil sebesar 96,92%, menunjukkan bahwa responden menganggap sistem yang dibangun berhasil. Hasil pengujian ketergunaan mencapai 82,33%, menandakan tingkat persetujuan yang tinggi dari responden terhadap kesesuaian pengembangan sistem</p>	<p>metode konvensional seperti papan tulis, membatasi cakupan informasi yang tersedia.</p>
--	--	-------------------------------------	---	--	--

				tersebut.	
2.	<p>Posyandu sebagai sentra pendidikan masyarakat bagi anak usia dini</p> <p>(Islami, et al., 2022)</p>	<p>Penelitian bertujuan untuk mengidentifikasi dorongan yang mendorong warga di desa Parumasaan, Kabupaten Serang, untuk hadir di Posyandu. Penelitian ini bertujuan untuk</p>	<p>Metode penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan menggunakan observasi, wawancara, dan dokumentasi. Wawancara difokuskan pada para ibu pengunjung.</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa kegiatan dan program yang dilakukan oleh Posyandu berdampak pada pengetahuan para pengunjungnya dalam mengasuh anak usia dini. Pengetahuan ini didapat baik secara langsung dari fasilitator maupun melalui diskusi antara para ibu. Pengetahuan semacam ini dapat</p>	<p>Penelitian masih terbatas pada motivasi keaktifan sementara Posyandu masih memiliki ruang yang luas bagi pendidikan anak usia dini bersentra masyarakat untuk ditindaklanjuti</p>

		memperluas pemahaman mengenai pengembangan anak usia dini di daerah pedesaan serta mengedukasi tentang manfaatnya terhadap pendidikan anak berbasis masyarakat melalui Posyandu.		mengubah persepsi masyarakat terkait gizi dan pertumbuhan anak sejak usia dini.	
--	--	--	--	---	--

3.	<p>Pemberdayaan kader posyandu terhadap kejadian stunting pada balita di Indonesia : <i>Systematic literature Review</i></p> <p>(Afifa, et al., 2023)</p>	<p>Untuk mengetahui efektifitas <i>baby gym</i> terhadap perkembangan motorik pada bayi.</p>	<p>Penelitian ini menggunakan metode systematic review untuk mengidentifikasi, mengevaluasi, dan mengumpulkan semua hasil temuan yang relevan dan berkualitas terkait hubungan pemberdayaan kader posyandu terhadap kejadian balita stunting di Indonesia. Pencarian literatur menggunakan electronic database yaitu One Search Indonesia, Garuda, dan Google Scholar dengan menggunakan kata kunci Pemberdayaan</p>	<p>Hasil dari tinjauan sistematis menunjukkan bahwa pemberdayaan kader kesehatan atau posyandu melalui pelatihan dapat meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan motivasi mereka dalam mencegah serta mengatasi masalah stunting pada balita di Indonesia. Diperlukan pemberdayaan dan pelatihan kader posyandu yang lebih terstruktur secara bertahap dan berkala untuk meningkatkan kapasitas mereka secara maksimal. Dengan adanya program</p>	<p>Perlu diterapkan program yang lebih terstruktur dan rutin dalam pemberdayaan kader posyandu guna mengurangi kasus stunting pada balita di Indonesia.</p>
----	---	--	--	---	---

			<p>“AND”Kader Posyandu “AND”Balita “AND” Stunting “AND” Indonesia. Formula penetapan pertanyaan menggunakan PICOS (Population, Intervention, Comparison, Outcome, Study Type). Berdasarkan PICOS, kriteria inklusi yaitu 1) populasi studi merupakan balita di Indonesia. 2) Exposure of interest menjelaskan pemberdayaan kader posyandu. 3) Outcome kejadian stunting di Indonesia. 4) studi observasional.</p>	<p>pemberdayaan kader posyandu yang lebih terorganisir, diharapkan masalah stunting pada balita di Indonesia bisa ditangani dengan lebih efektif dan optimal.</p>	
--	--	--	--	---	--

			5) Tahun publikasi 2018-2023. 6) full text.		
4.	Decreasing coverage of co-production based on maternal and child health services (Posyandu) during the COVID-19 pandemic in Indonesia (Al Farizi, et al.,	Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis turunnya cakupan pelayanan Posyandu pada masa Pandemi Covid-19	Penelitian ini menggunakan analisis kualitatif dengan pendekatan induktif. Sebelumnya, data yang diperoleh disusun secara tematis berdasarkan subkumpulan data. Penelitian ini mengeksplorasi tema-tema terkait produksi bersama dalam layanan kesehatan selama pandemi	Memperhatikan peranan yang sangat penting dari Posyandu, diperlukan upaya inovatif guna meningkatkan mutu layanan. Beberapa penelitian telah memberikan saran terkait hal ini. Contohnya, sebuah penelitian menyarankan penggunaan aplikasi iPosyandu, yang	Pandemi COVID-19 juga menjadi pembelajaran penting bahwa sistem layanan kesehatan di Indonesia perlu siap menghadapi situasi darurat. Terlebih lagi, Posyandu telah menghadapi beberapa kendala dalam pelaksanaannya

	2023)		<p>COVID-19. Penelitian difokuskan pada pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Posyandu. Kerangka penelitian dibagi menjadi empat tahap: 1) mengumpulkan data sekunder dari situs resmi Kementerian Kesehatan RI dan jurnal terkait, 2) memilih data yang relevan, 3) mengekstraksi subset data yang paling relevan, 4) melakukan analisis kualitatif dari data</p>	<p>menggunakan teknologi informasi untuk mempromosikan kesehatan dan mendeteksi dini. Pemanfaatan teknologi dalam layanan Posyandu akan mendorong terciptanya layanan kesehatan digital yang adaptif dan fleksibel</p>	<p>sebelum pandemi COVID-19. Salah satu hambatan utama dalam layanan Posyandu adalah ketidakmampuan bertemu langsung antar individu. Solusi digital menjadi alternatif untuk menciptakan layanan Posyandu yang berinovasi.</p>
--	-------	--	--	--	--

Daftar Pustaka

- Afifa Irma and Setyowati Susana Pemberdayaan kader posyandu terhadap kejadian stunting pada balita di Indonesia : Systematic literature Review [Journal] // Jurnal Kesehatan Tambusai. - 2023. - pp. 2262-2268.
- Al Farizi Sofia and Harmawan Bagus Nuari Decreasing coverage of co-production based on maternal and child health services (Posyandu) during the COVID-19 pandemic in Indonesia [Journal] // Cogent Social Sciences. - 2023. - pp. 1-10.
- Chang Ing Chau [et al.] The effects of baby massage on physical development of infant [Journal]. - China : AIP Conference Proceedings, 2023. - Vol. 2685.
- Islami Azmi [et al.] Posyandu sebagai sentra pendidikan masyarakat bagi anak usia dini [Journal] // As-Sibyan Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini. - 2022. - pp. 13-22.
- Kemendes-RI Ayo Kes Posyandu Setiap Bulan [Report]. - Jakarta : Pusat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2012.
- Kemendes-RI Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu [Book]. - Jakarta : Kemendes RI, 2011. - Vol. 1.
- Kemendes-RI Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu [Book]. - Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018. - Vol. 1.
- Kemendes-RI Pos Pelayanan Terpadu [Report]. - Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020.
- Pasha Donaya, Puspaningrum Ajeng Savitri and Eritiana Delicia Izazi Eka Permodelan E-Posyandu Untuk Perkembangan Balita Menggunakan Extreme Programming [Journal] // Journal of Data Science and Information System (DIMIS). - 2023. - pp. 1-8.

Yuliandari

Inriza

<https://ayosehat.kemkes.go.id/posyandu-semakin-siap-melayani-masyarakat-secara-menyuluh->
[Online] // Kemkes.go.id. - Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, May 16, 2023. - Januari 11, 2024. - <https://ayosehat.kemkes.go.id/posyandu-semakin-siap-melayani-masyarakat-secara-menyuluh->.

Profil Penulis



Marella, SST., Bdn., MKM

Penulis merupakan seorang Dosen kebidanan sejak tahun 2011 di institusi pendidikan kebidanan di Kota Bekasi, namun saat ini menjabat sebagai Dosen tetap di Poltekkes Kemenkes Tanjungpinang. Jalur pendidikan menuju dunia kebidanan diawali sejak pendidikan D3 kemudian dilanjutkan dengan pendidikan Bidan Pendidik di Perguruan tinggi swasta Kota Cimahi, Jawa Barat. Selanjutnya jenjang pendidikan Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan peminatan Kesehatan Reproduksi ditempuh di Universitas Indonesia. Penulis juga telah menyelesaikan pendidikan Profesi Kebidanan.

Pada awal karir pada tahun 2010 penulis mendapatkan pengalaman klinis pertama di Praktik Mandiri Bidan sebagai Bidan Pelaksana sehingga membentuk perspektif awal penulis tentang praktik kebidanan. Setelah berkarir di bidang klinis dan praktisi kebidanan, penulis berkarir di bidang pendidikan kebidanan, penulis ingin berkontribusi dalam pembentukan Bidan-bidan profesional di Indonesia. Untuk mendukung kompetensi, penulis telah mengikuti berbagai pelatihan dan seminar klinis maupun non klinis serta melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi sesuai dengan bidang keilmuannya.

Dengan karir di bidang kebidanan tersebut diharapkan penulis dapat memberikan kontribusi hasil pemikirannya dalam buku ini demi perkembangan ilmu kebidanan.

Email Penulis: marella@poltekkes-tanjungpinang.ac.id

MONITORING EVALUASI DAN PENDOKUMENTASIAN KEGIATAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Sulenti Widiastutik,SST.,M.Kes
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Artha
Bodhi Iswara Surabaya

Monitoring adalah proses rutin pengumpulan data dan pengukuran kemajuan atas obyektif program. Monitoring melibatkan perhitungan atas apa yang kita lakukan dan melibatkan pengamatan atas kualitas dari pelayanan. Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses kebidanan pelayanan komunitas yang menandakan seberapa jauh pendataan, perencanaan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Pelaksanaan monitoring dan evaluasi pelayanan kebidanan di komunitas adalah register kohort. Register kohort merupakan sumber instrument pencatatan konsep kerja wilayah puskesmas untuk memantau seluruh sasaran baik data pelayanan ibu ibu hamil, bersalin, nifas, neonatal, bayi dan balita.

Register kohort ibu merupakan sumber data pelayanan ibu hamil dan bersalin serta keadaan atau resiko dipunyai ibu diorganisir sedemikian rupa yang melibatkan kader dan dukun bayi di wilayahnya dalam setiap bulan yang mana informasi pada saat ini lebih difokuskan pada Kesehatan ibu dan bayi baru lahir. Register kohort bayi merupakan sumber data pelayanan Kesehatan bayi, termasuk neonata. Register kohort balita

merupakan sumber data pelayanan Kesehatan balita umur 12 bulan sampai dengan 5 tahun.

Cara Pengisian Kohort Ibu

Kolom	Pengisian
1	Diisi nomor urut
2	Diisi nama pasien (ibu hamil)
3	Diisi nama suami / keluarga pasien (ibu hamil)
4	Diisi alamat pasien (ibu hamil)
5	Diisi tanggal lahir pasien (ibu hamil)
6	Diisi Pendidikan terakhir (ibu hamil)
7	Diisi tanggal HPHT (hari pertama haid terakhir)
8	Diisi tanggal kedatangan pasien (ibu hamil)
9	Diisi umur kehamilan pada kunjungan pertama dalam minggu HPHT dan HPL
10	Diisi status paritas, gravida
11	Diisi jika jarak kehamilan sebelumnya dibawah 2 tahun
12	Diisi bila BB ibu < 145 kg, dan lila < 23,5 cm
13	Diisi bila TB < 145 cm

14-17	Diisi jika mengalami komplikasi di kehamilan sebelumnya (resiko tinggi) diisi tanggal ditemukan
18	Pendeteksian factor resiko : di isi tanggal ditemukan ibu hamil dengan resiko tinggi oleh nakes
19	Diisi tanggal ditemukan ibu hamil dengan resiko tinggi oleh non nakes
20-22	Diisi tanggal imunisasi sesuai dengan statusnya
23-34	Diisi umur kehamilan dalam bulan kode pengisian sebagai berikut: KI: kontak pertama kali dengan tenaga Kesehatan dimana saja pada kehamilan 1-5 bulan dengan rambu-rambu O dan secara langsung juga akses dengan rambu-rambu o K4: Kunjungan ibu hamil yang keempat kalinya. Untuk memperoleh K4 dapat memakai rumus 1-1-2 atau 0-2-2 dengan rambu-rambuPerhatikan: K4 tidak boleh ada usia kehamilan 7 bulan pada ibu hamil pertama kali kunjungan pada usia kehamilan 5 bulan pada bulan berikutnya yaitu 6 bulan harus berkunjung atau dikunjungi agar tidak kehilangan K4. Pada ibu hamil yang awalnya periksa di luar kota dan pada akhir kehamilannya periksa diwilayah kita karena untuk melahirkan dan penduduk setempat bisa mendapatkan K1, K4 dan sekaligus akses apabila ibu tersebut dapat menunjukkan pemeriksaan dengan jelas akses: kontak pertama kali dengan tenaga Kesehatan tidak memandang usia kehamilan dengan rambu-rambu O
35	Penolong persalinan, diisi tanggal penolong persalinan oleh tenaga kesehatan
36	Diisi tanggal bila yang menolong bukan nakes
37	Diisi hasil akhir kehamilan : abortus diisi tanggal kejadian abortus

38	Diisi lahir mati
39	Diisi BB bila BBL < 2500 gram
40	Diisi BB bila > 2500 gram
41	Keadaan ibu bersalin, diberi tanda V bila sehat
42	Dijelaskan sakitnya
43	Diisi sebab kematiannya V
44	Diisi apabila pindah atau yang perlu diterangkan

Cara Pengisian Kohort Bayi

Kolom	Pengisian
1	Diisi nomor urutan
2	Diisi nama bayi lengkap dengan nama orang tua
3	Diisi alamat RT/RW
4	Diisi gakin / non gakin
5	Diisi tanggal, bulan, dan tahun lahir
6	Diisi sesuai jenis kelamin laki-laki (L) dan perempuan (P)
7	Diisi BB lahir (gram) jika BB < 2500 gram ditulis BBLR, diisi PB lahir (cm) jika < 48 cm ditulis pendek

8-9	Diisi tanggal pemeriksaan oleh nakes
10	Diisi tanggal pemeriksaan post neonatal oleh nakes
11-23	Diisi hasil penimbangan bayi dalam kg dan rambu gizi yaitu: N=naik, T= turun, R= bawah garis titik-titik (BGT), BGM (bawah garis merah)
23-35	Diisi bayi mendapatkan imunisasi
36	Diisi tanggal bayi ditemukan meninggal
37	Diisi penyebab kematian bayi
38	Diisi bila bayi pindah/ bila ada keterangan penting tentang bayi tersebut

Cara Pengisian Kohort Balita

Kolom	Pengisian
1	Diisi nomor urut
2	Diisi nama bayi lengkap dengan nama orang tua
3	Diisi alamat RT/RW
4	Diisi gakin / non gakin
5	Diisi tanggal, bulan, dan tahun lahir
6	Diisi sesuai jenis kelamin laki-laki (L) dan perempuan (P)
7-31	Diisi hasil penimbangan dalam kg dan rambu gizi

32-35	Diisi tanggal pemberian vit A bulan februari dan agustus
36	Diisi tanggal bila ditemukan sakit
37	Diisi penyebab sakit
38	Diisi bayi mendapatkan imunisasi
39	Diisi tanggal bayi ditemukan meninggal
40	Diisi penyebab kematian bayi
41	Diisi bila ditemukan kelainan tumbuh kembang
42	Diisi bila balita pindah/ bila ada keterangan penting tentang balita tersebut

1. Pengertian PWS KIA (Pemantauan Wilayah Setempat)

Kegiatan PWS KIA terdiri dari pengumpulan, pengolahan, analisis dan interpretasi data instansi terkait untuk tindak lanjut. Dengan PWS KIA diharapkan cakupan pelayanan dapat ditingkatkan dengan menjangkau seluruh sasaran di suatu wilayah kerja. PWS KIA dapat digunakan untuk memecahkan masalah teknis dan non teknis. Hasil analisis PWS KIA ditingkat puskesmas kabupaten/kota dapat digunakan untuk menentukan puskesmas da desa/kelurahan yang rawan.

2. Tujuan PWS KIA

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

- b. Memantau pelayanan KIA secara individu melalui kohort
- c. Memantau kemajuan pelayanan KIA dan cakupan indicator KIA secara teratur (bulanan) dan terus-menerus
- d. Menilai kesenjangan pencapaian cakupan indicator KIA.
- e. Menilai kesenjangan pelayanan KIA terhadap standar pelayanan KIA
- f. Menentukan sasaran individu dan wilayah prioritas.
- g. Merencanakan tindak lanjut.
- h. Meningkatkan peran aparat dalam penggerakan sasaran dan sumberdaya.
- i. Meningkatkan peran serta dan kesadaran untuk memanfaatkan pelayanan KIA

Pengumpulan, Pencatatan dan Pengelolaan Data KIA

Pengumpulan dan pengelolaan data merupakan kegiatan pokok dari PWS KIA. Data yang dicatat perdesa/kelurahan dan kemudian dikumpulkan ditingkat puskesmas akan dilaporkan sesuai jenjang administrasi. Data yang diperlukan dalam PWS KIA adalah data sasaran sebagai berikut :

1. Pengumpulan data

a. Jenis data

Data yang diperlukan untuk mendukung pelaksanaan PWS KIA adalah data sasaran yaitu jumlah seluruh ibu hamil, jumlah seluruh ibu bersalin, jumlah ibu nifas, jumlah seluruh bayi, jumlah seluruh anak balita, jumlah seluruh PUS. Data pelayanan yaitu Jumlah K1, jumlah K4,

jumlah persalinan yang ditolong oleh nakes, jumlah ibu nifas yang dilayani 3x (KF 3) oleh nakes, jumlah neonates yang mendapatkan pelayanan Kesehatan pada umur 6-48 jam, jumlah neonates yang mendapatkan pelayanan Kesehatan lengkap KN lengkap), jumlah ibu hamil, bersalin, nifas dengan factor resiko yang dideteksi oleh masyarakat, jumlah kasus komplikasi obstetric yang ditangani, jumlah neonates dengan komplikasi yang ditangani, jumlah bayi 29 hari sampai 12 bulan yang mendapatkan pelayanan kesehatan sedikitnya 8x, jumlah anak balita sakit yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar, jumlah peserta KB aktif

b. Sumber data

Data sasaran berasal dari perkiraan jumlah sasaran yang dihitung berdasarkan rumus. 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 register kohort ibu, bayi, anak balita dan KB

2. Pencatatan data

- a. Data sasaran: sejak saat bidan memulai pekerjaan di desa/ kelurahan.
- b. Data pelayanan: semua detail pelayanan KIA di dalam kartu ibu, kohort ibu, kartu bayi, kohort anak balita, kohort KB dan buku KIA. Pencatatan harus dilakukan segera setelah bidan melakukan pelayanan.

3. Pengelolaan data

Setiap bulan bidan di desa mengolah data yang tercantum dalam buku kohort dan dijadikan sebagai bahan laporan bulanan KIA. Bidan coordinator di puskesmas menerima laporan bulanan tersebut dari semua bidan yang mengolahnya menjadi laporan dan informasi kemajuan playanan KIA bulanan yang disebut PWS KIA. Informasi perdesa/kelurahan dan perkecamatan tersebut disajikan dalam bentuk grafik PWS KIA yang harus dibuat oleh tiap bidan koordinator. Hasil pengolah data dapat disajikan dalam bentuk: narasi, grafik, table, maupun peta.

4. Pembuatan grafik PWS KIA

PWS KIA disajikan dalam bentuk grafik dari tiap indicator yang dipakai, yang juga menggambarkan pencapaian tiap desa/kelurahan dalam tiap bulan. Denga demikian tiap bulannya dibuat 13 grafik yaitu: grafik kunjungan anteatal ke-1 (K1), kunjungan antenatal ke-4 (K4), cakupan persalinan oleh nakes (Pn), cakupankunjingan nifas (KF), deteksi factor resiko/komplikasioleh masyarakat, penanganan komplikasi obstetric (PK), cakupan kunjungan antenatal pertama (KN1), cakupan kunjungan antenatal lngkap (KNL), penanganan komplikasi antenatal (NK), cakupan kunjungan bayi (KBy), cakupan pelayanan anak balita (KBal), cakupan pelayanan anak balita sakit (BS), cakupan pelayanan KB (CPR). Semua itu dipakai untuk alat pemantauan program KIA, sedangkan grafik cakupan K4,PN,KF/KN, PK, NK, KBy,KBal dan grafik cakupan pelayanan Kb (CPR) dapat digunakan alat advokasi dan komunikasi lintas sector. Langkah-langkah pokok dalam pembuatan grafik PWS KIA

1) Penyiapan data

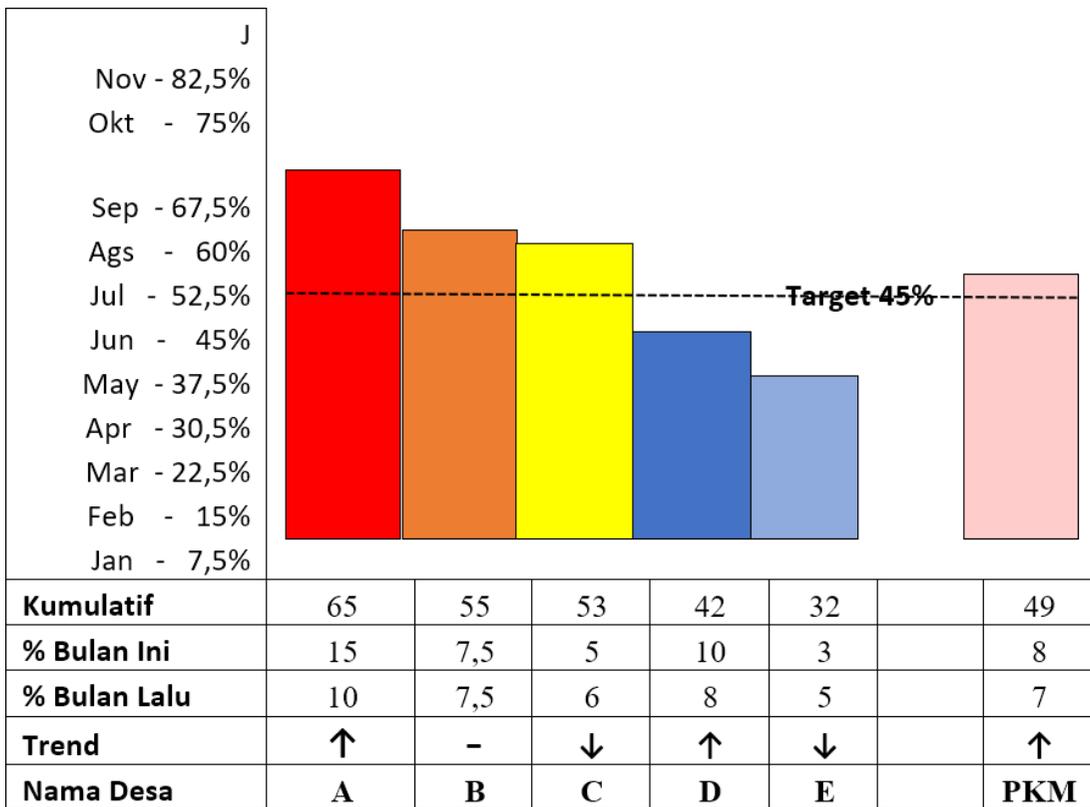
Data yang diperlukan untuk membuat grafik dari tiap indikator diperoleh dari catatan kartu ibu, buku KIA, register kohort ibu, kartu bayi, kohort bayi serta kohort anak balita perdesa/ kelurahan, catatan posyandu, laporan dari perawat/bidan/dokter praktek swasta, rumah sakit bersalin dan sebagainya.

2) Penggambaran grafik

Langkah-langkah yang dilakukan dalam menggambarkan grafik PWS KIA (dengan menggunakan contoh indikator cakupan K1) adalah sebagai berikut:

- a) Menentukan target rata-rata per bulan untuk menggambarkan skala pada garis vertical (sumbu Y). Misalnya target cakupan ibu hamil baru (cakupan K1) dalam satu tahun ditentukan 90% (garis a), maka sasaran rata-rata setiap bulan adalah $90\% : 12 \text{ bulan} \times 100$. Dengan demikian, maka sasaran pencapaian kumulatif sampai dengan bulan juni adalah $(6 \times 7,5\%) = 45,0\%$ (garis b)
- b) Hasil perhitungan pencapaian kumulatif cakupan K1 per desa/kelurahan sampai dengan bulan juni dimasukkan ke dalam jalur % kumulatif secara berurutan sesuai peringkat. Pencapaian tertinggi di sebelah kiri dan terendah di sebelah kanan, sedangkan pencapaian untuk puskesmas dimasukkan ke dalam kolom terakhir

- c) Nama desa/kelurahan bersagkutan dituliskan pada lajur masing-masing desa/kelurahan yang dituliskan pada butir b diatas.
- d) Hasil perhitungan pencapaian pada bulan ini (juni) dan bulan lalu (Mei) untuktiap desa/kelurahan dimasukkan kedalam lajur masing-masing
- e) Gambara anak panah digunakan untuk mengisi lajur tren. Bila pencapaian cakupan bulan ini lebih besar dari bulan lalu, maka Digambar anak panah yang menunjuk eatas. Sebaliknya untuk cakupan bulan ini yang lebih rendah dari cakupan bulan lalu, digambarkan anak panah menunjukkan ke bawah, sedangkan untuk cakupan yang tetap/ sama gambarkan dengan tanda (-). Berikut contoh grafik PWS KIA hasil perhitungan tersebut atas



Contoh grafik PWS

Analisis penelusuran data kohort dan rencana tindak lanjut

Data yang dianalisis adalah data register kohort ibu, bayi dan anak balita serta cakupan.

1. Analisis sederhana

Analisis ini membandingkan cakupan hasil kegiatan antar wilayah terhadap target dan kecenderungan dari waktu ke waktu. Analisis sederhana ini bermanfaat untuk mengetahui desa/kelurahan mana yang paling memerlukan perhatian dan tindak lanjut yang harus dilakukan.

Analisis dari grafik cakupan K1 (akses) pada pemantauan bulan juni 2008 dapat digambarkan dalam matriks seerti dibawah ini:

Analisis dari grafik cakupan K1 (akses) pada pemantauan bulan Juni 2008 dapat digambarkan dalam matriks dibawah ini

Desa/Kelurahan	Cakupan Terhadap Target		Terhadap Cakupan Bulan Lalu			Status Kelurahan
	Diatas	Dibawah	Naik	Turun	Tetap	
A	+		+			Baik
B	+				+	Baik
C	+			+		Kurang
D		+				Cukup
E		+		+		Jelek

Analisis sederhana

Dari matrik diatas dapat disimpulkan adanya 4 macam status cakupan desa/kelurahan, yaitu:

a. Status baik

Adalah desa/kelurahan dengan cakupan diatas target yang ditetapkan dan mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang meningkat atau tetap dibandingkan dengan cakupan bulan lalu.

b. Status kurang

Adalah desa/kelurahan dengan cakupan diatas target bulan juni 2008, namun mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang menurun jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu.

c. Status cukup

Adalah desa/kelurahan dengan cakupan dibawah target bulan juni 2008, namun mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang meningkat jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu.

d. Status jelek

Adalah desa/kelurahan dengan cakupan dibawah target bulan juni 2008, dan mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang menurun dibandingkan dengan bulan lalu.

2. Analisis lanjut (Tabulasi silang)

Analisis ini dilakukan dengan cara membandingkan variable tertentu dengan variable terkait lainnya untuk mengetahui hubungan sebab akibat antar variable yang dimaksud.

Contoh analisis indikator Kesehatan ibu: K1 dibandingkan dengan K4, K1 dibandingkan dengan

Pn, Pn dibandingkan dengan KF dan KN, jumlah ibu hamil anemi dibandingkan dengan K1 dan K4

Contoh analisis indicator ibu hamil

Desa/Kelurahan	Cakupan K1	Cakupan K4	Cakupan Pn	Keterangan
A	70 %	60 %	50 %	DO K4
B	85 %	70 %	55 %	DO Pn

Analisis grafik PWS KIA K1,K4, Pn

Pendokumentasian Pelayanan Kebidanan Komunitas

Dokumentasi kebidanan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan berdasarkan komunikasi tertulis yang akurat dan lengkap yang dimiliki oleh bidan dalam melakukan asuhan kebidanan dan berguna untuk kepentingan klien, tim Kesehatan serta kalangan bidan sendiri. Secara umum, tujuan pencatatan asuhan kebidanan adalah sebagai berikut: bukti pelayanan yang bermutu/standar, tanggung jawab legal, informasi untuk perlindungan nakes, data statistic untuk perencanaan layanan, informasi pembiayaan/asuransi, informasi untuk penelitian dan Pendidikan, perlindungan hak pasien.

Tujuan pendokumentasian asuhan kebidanan di komunitas sebagai berikut: kebawah untuk melakukan instruksi, ke atas untuk memberi laporan, ke samping (lateral) untuk memberi saran, tersedianya data dan informasi mengenai Tindakan yang dilaksanakan oleh bidan kepada pasien, terkendalinya jenis Tindakan yang telah dilakukan oleh bidan sehingga Tindakan tidak terulang lagi, terlaksananya pelayanan kebidanan yang berkualitas Prinsip pendokumentasian yaitu: *simplicity* (kesederhanan), *conservatism* (akurat), *precision*

(ketepatan), *irretufility* (jelas dan obyektif), *confidentiality* (rahasia) yaitu informasi yang di dapat dari pasien didokumentasikan dan petugas wajib menjaga atau melindungi rahasia pasien yang bersangkutan.

Manfaat pendokumentasian yaitu untuk mendefenisikan fokua asuhan bagi klien atau kelompok, dokumentasi tersebut dapat digunakan sebagai barang bukti di pengadilan, melalui dokumentasi dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi bidan dalam memberikan asuhan keoadaa klien. Tehnik pendokumentasian: narrative tehnik yaitu merupak tehnik yang dipakai untuk mencatat perkembangan pasien dari hari-hari dalam bentuk narasi.Flowsheet yaitu memungkinkan petugas untuk mencatat hasil observasi atau pengukuran yang dilakukan secara berulang yang tidak perlu ditulis secara naratif termasuk data klinik klien.

Model pendokumentasian: problem oriented record (POR) Wildan dan Hidayat 2009 menyatakan bahwa problem oriented record (POR) adalah suatu model pendokumentasian system pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada masalah klien, dapat menggunakan multidisiplin dengan mengaplikasikan pendekatan pemecahan masalah, mengarahkan ide-ide anggota tim. Source oriented ricord (SOR) adalah suatu model pendokumentasian system pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada sumber informasi, model ini menempatkan atas dasar disiplin orang atau sumber yang mengelola pencatatan. Dokumentasi dibuat dengan cara setiap anggota tim Kesehatan membuat catatan sendiri dari hasil observasi. Fungsi pendokumentasian asuhan kebidanan di komunitas.

1. Sarana komunikasi

- a. Sebagai sarana koordinasi asuhan kebidanan yang diberikan oleh tim Kesehatan
- b. Mencegah informasi yang berulang terhadap pasien oleh anggota tim Kesehatan.
- c. Mencegah terjadinya tumpang tindih Tindakan adanya kelalaian melakukan Tindakan terhadap pasien
- d. Mengurangi kesalahan dan meningkatkan ketelitian dalam memberikan asuhan kebidanan pada pasien
- e. Membantu tim bidan dalam menggunakan waktu sebaik-baiknya
- f. Bidan mampu memperkecil kesalahan dalam melakukan asuhan kebidanan

2. Tanggung jawab dan angung gugat

Dokumentasi pelayanan kebidanan yang dilaksanakan secara baik dan benar sebagai pertanggung jawaban bidan atas pelayanan yang dilakukan untuk berbagai kepentingan seperti menjawab ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diterima secara hukum.

3. Informasi statistic

Dokumentasi pelayanan kebidanan yang dilaksanakan secara baik dan benar dapat dijadikan data statistic dalam merencanakan kebutuhan SDM, sarana, prasarana dan pelayanan medis.

4. Sarana Pendidikan

Dokumentasi pelayanan kebidanan yang dilaksanakan secara baik dan benar akan menjadi bahan pengetahuan yang berarti baik teori maupun praktek lapangan bagi Pendidikan dalam proses belajar mengajar.

5. Sumber data penelitian

Dokumentasi pelayanan kebidanan yang dilaksanakan secara baik dan benar akan menjadi bahan informasi yang dapat digunakan sebagai sumber data penelitian untuk menciptakan satu bentuk pelayanan kebidanan yang aman, efektif dan berkualitas

6. Jaminan kualitas pelayanan kebidanan

Dokumentasi pelayanan kebidanan yang dilakukan bidan dengan baik dan benar, diharapkan pelayanan kebidanan sesuai standar yang telah ditetapkan dapat mencapai kualitas sesuai harapan masyarakat.

7. Sumber data perencanaan pelayanan kebidanan

Dokumentasi pelayanan kebidanan yang dilakukan bidan dengan baik dan benar, akan didapatkan data yang actual dan konsisten.

Macam-macam metode pendokumentasian.

1. SOPIER (Subyektif, Obyektif, *Assessment, Planing, Implementasi, evaluasi, Reassessment*)

S: Data Subjektif Perkembangan keadaan didasarkan dari sudut pandang klien tentang ekspresi klien mengenai kekhawatiran yang dirasakan, dikeluhkan, dan diungkapkan klien maupun keluarga klien.

O: Perkembangan yang bisa diamati dan diukur oleh bidan,

P : Perencanaan (*Plan*) Membuat rencana tindakan/ rencana penanganan klien dalam hal ini didasarkan pada hasil analisis di atas yang berisi melanjutkan rencana sebelumnya apabila keadaan atau masalah belum teratasi dan membuat rencana baru bila rencana awal tidak efektif

I : Intervensi/pelaksanaan (*intervention*) Melakukan tindakan berdasarkan rencana yang sudah dibuat untuk mengatasi masalah, keluhan atau mencapai tujuan pasien.

E : Evaluasi (*Evaluation*) Menginterpretasikan efek-efek dari intervensi yang sudah dilakukan

R : Reassessment/Revisi (*Revision*) Bila hasil evaluasi menunjukkan masalah belum teratasi, komponen evaluasi dapat menjadi petunjuk perlunya perbaikan dari perubahan intervensi dan tindakan atau menunjukkan perubahan dari rencana awal atau perlu suatu kolaborasi baru atau rujukan

2. SOAPIE

S : Subjektif, berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien.

O: Objektif, pendokumentasian hasil observasi yang jujur.

A : Analysis.

P : Planning, membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang.

I : Implementation, pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah klien

E : Evaluation, tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan

3. SOAPIED

S : Data subjektif (anamnesa langsung dengan pasien/keluarga pasien)

O: Objektif (observasi langsung, pemeriksaan)

A : Membuat analisis dari data S dan O yang didapat

P : Membuat perencanaan yang sesuai dengan masalah yang ada

I : Melaksanakan rencana tindakan

E : Melakukan evaluasi

D :Melakukan dokumentasi secara tersendiri dari semua asuhan yang dilakukan

4. SOAP

SOAP merupakan pencatatan yang memuat kemajuan informasi yang sistematis, mengorganisasikan kesimpulan sehingga terbentuk suatu rencana asuhan. SOAP merupakan intisari dari manajemen kebidanan untuk penyediaan pendokumentasian. SOAP merupakan urutan-urutan yang dapat membantu bidan mengorganisasikan pikiran dalam pemberian asuhan yang bersifat komprehensif. Penyusunan data sebagai indicator dari data yang mendukung diagnose kebidanan adalah suatu kegiatan kognitif yang kompleks dan bahkan pengelompokan data fokus.

S : Subjektif (apa yang dikatakan klien atau keluarga)

O: Objektif (data yang diperoleh bidan/tenaga kesehatan)

A : Asement/diagnose kebidanan (kesimpulan yang dibuat dari data subjektif dan objektif)

P : Planing, tindakan atau asuhan yang dilakukan saat ini dan akan datang, untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien yang sebaik mungkin atau mempertahankan kesejahteraanya.)

Penyimpanan Dokumen

Semua catatan tentang diagnosis pasien adalah milik institusi pelayanan kebidanan dan pasien boleh memiliki jika menghendaki boleh mempunyai akses terhadap semua catatan yang dibuat tentang dirinya, Kecuali jika bidan bekerja secara mandiri catatan dokumentasi pasien adalah milik BPS atau institusi dimana dia bekerja, Penyimpanan harus menurut suatu system tertentu (*coding, filling*) agar dapat dengan mudah dicari bila kita membutuhkannya Kembali, Penyimpanan tiap dokumen sedikitnya 3 tahun (*open filling*) dan sesudah itu penyimpanan menjadi "*closed*" (arsip), Jikadokumntasi diperlukan untuk rose pemeriksaan tertentu agar pada saat dikembalikan agar dicek jenis dokumennya dan berapa banyak berkas yang sesudah Kembali, Jika ada yang meminjam dokumen harus jelas peminjamnya dan surat bukti peminjaman harus ditanda tangan/paraf yang mengambil dan yang mengembalikan/menerima Kembali.

Daftar Pustaka

Betty Mangkuji dkk, (2013) Asuhan Kebidanan 7 langkah SOAP,EGC

Dinkes Provinsi Jawa Timur Surabaya (2012) Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA)

Sandra dkk, (2014) Asuhan Kebidanan Komunitas, In media Bogor

Teta Puji Rahayu dkk, (2018) Kebidanan Komunitas, Poltekes Surabaya

Profil Penulis



Sulenti Widiastutik,SST.,M.Kes

lahir di Lumajang 10 juni 1976 dan sekarang menetap di Surabaya. Menyelesaikan Pendidikan Sekolah Dasar di SDN Penanggal II Lumajang tahun 1989 dan melanjutkan Pendidikan di SMPN Candipuro Lumajang tahun 1992. Sekolah Perawat Kesehatan Dep. Kes Sidoarjo tahun 1995. Bekerja di RSUD Sidoarjo tahun 1995 sampai dengan 1997. Melanjutkan Program Pendidikan Bidan 1998 Baptis Kediri. Bekerja di RSUD Ponorogo tahun 1998-2000.Melanjutkan Diploma III Kebidanan (Amd.Keb) Tahun 2003 di Poltekes Kemenkes Surabaya.Tahun 2003 sebagai tenaga pengajar dan petugas laboratorium di Stikes Abi Surabaya. Melanjutkan Sarjana Sains Terapan (SST) Insan Unggul Surabaya tahun 2006. Magister Kesehatan (M.Kes) Universitas Sebelas Maret Surakarta tahun 2014. Pengalaman mengajar tahun 2006 hingga sekarang dan menjadi wakil Ketua di penjaminan Mutu tahun 2017 sampai dengan 2020 kemudian tahun 2021 Ketua Penjaminan Mutu hingga sekarang. Dan menjadi Koordinator kepanitian di kegiatan kampus. Selain melakukan penelitian, penulis juga mencoba membuat buku dengan harapan memberikan kontribusi kecerdasan bagi anak bangsa.

Email Penulis: lentiwidia14@gmail.com

- 1 KONSEP DASAR PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS
Yati Purnama
- 2 KONSEP KELUARGA DAN MASALAH KESEHATAN DALAM KELUARGA
Dwi Hendriani
- 3 JARINGAN KERJA KEBIDANAN DI KOMUNITAS
Inda Julianti
- 4 BIDAN PRAKTIK SWASTA DAN BIDAN DELIMA
Riski Akbarani
- 5 STANDAR PELAYANAN ANTENATAL CARE
Aida Fitri
- 6 STANDAR ASUHAN INTRANATAL DI KOMUNITAS
Wulan Diana
- 7 STANDART ASUHAN POSTNATAL DI KOMUNITAS
Nurul Abidah
- 8 ASUHAN BAYI BARU LAHIR DI KOMUNITAS
Eva Inayatul Faiza
- 9 ASUHAN KESEHATAN BAYI DAN BALITA DI KOMUNITAS
Agung Suharto
- 10 PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI DI KOMUNITAS
Nurniati Tianastia Rullyni
- 11 PROGRAM PEMERINTAH YANG BERKAITAN DENGAN
KEBIDANAN KOMUNITAS
Lilis Zuniawati Setianingsih
- 12 KELUARGA BERENCANA
Cipta Pramana
- 13 PELAYANAN POSYANDU
Marella
- 14 MONITORING EVALUASI DAN PENDOKUMENTASIAN KEGIATAN
KEBIDANAN KOMUNITAS
Sulenti Widiastutik

Editor:

Agustiawan

Untuk akses **Buku Digital**,
Scan **QR CODE**



Media Sains Indonesia
Melong Asih Regency B.40, Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
Email : penerbit@medsan.co.id
Website : www.medsan.co.id



ISBN 978-623-512-139-0 (PDF)

