

Buku Ajar

ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS



Rina Marlina Hutasuht, SST, M.Kes
Supriati, SKM, M.Kes

Asuhan Kebidanan Komunitas

Rina Marlina Hutasuhut, SST, M.Kes
Supriati, SKM, M.Kes



PT Inovasi Pratama Internasional

Asuhan Kebidanan Komunitas

Penulis:

Rina Marlina Hutasuhut, SST, M.Kes
Supriati, SKM, M.Kes

ISBN:

Editor:

Rahmah Juliani Siregar, SST.,M.K.M

Penyunting:

Bincar Nasution, S.Pd.,C.Mt

Desain Sampul dan Tata Letak :

InoVal

Penerbit:

PT Inovasi Pratama Internasional
Anggota IKAPI Nomor 071/SUT/2022

Redaksi:

Jl. Cempaka No. 25 Padang Sidempuan 22725
Telp. +628 5360 415005
Email: cs@ipinternasional.com

Distributor Tunggal:

PT Inovasi Pratama Internasional
Jl. Cempaka No. 25 Padang Sidempuan 22725
Telp. +628 5360 415005
Email: info@ipinternasional.com

Cetakan Pertama, April 2023

Hak cipta dilindungi Undang-Undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara
Apapun tanpa izin tertulis dari penerbit

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur ke Hadirat Allah SWT, karena berkat Rahmat dan Hidayah-Nya kami dapat menyelesaikan “Asuhan Kebidanan Komunitas”. Buku ini dibuat sebagai pegangan dosen dan mahasiswa dalam upaya memperlancar serta memudahkan penyelenggaraan proses pembelajaran.

Diharapkan melalui buku ini, tim kesehatan dapat berjalan lebih efisien serta efektif. Buku ini berisi tentang Asuhan Kebidanan Komunitas. Pembuatan dan penyusunan buku ini diperuntukan bagi khalayak umum khususnya tenaga kesehatan sebagai dasar dalam pemahaman tentang asuhan kebidanan Komunitas.

Terimakasih penulis sampaikan kepada seluruh pihak yang telah membantu dalam penulisan Buku ini. Semoga Buku ini dapat dipergunakan untuk menambah wawasan dibidang kesehatan khususnya kebidanan. Semoga Allah SWT memberikan Rahmat serta Karunia-Nya kepada kita semua.

Medan, April 2023
Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
BAB I	
KONSEP KEBIDANAN KOMUNITAS	1
1. Pengertian Kebidanan	1
2. Sejarah dan Perkembangan Pendidikan Bidan Dalam Negeri	2
3. Sasaran Kebidanan Komunitas	38
4. Tujuan Pelayanan Kebidanan Komunitas	39
5. Kegiatan Bidan dan Jaringan Kerja Kebidanan Komunitas.....	41
BAB II	
MASALAH KEBIDANAN KOMUNITAS	48
1. Angka Kematian Ibu dan Bayi	48
2. Kehamilan Remaja	51
3. Aborsi yang Tidak Aman (Unsafe)	52
4. Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Non Kesehatan	54
5. Penyakit Menular Seksual (PMS)	55
6. Perilaku dan Sosial Budaya yang Mempengaruhi Kesehatan di Komunitas	57
BAB III	
STRATEGI PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS	59
1. Pendekatan Edukatif dalam Peran Serta Masyarakat	59
2. Pelayanan yang Berorientasi pada Kebutuhan Masyarakat	62
3. Menggunakan atau Memanfaatkan Fasilitas dan Potensi yang ada di Masyarakat	63
BAB IV	
TUGAS DAN TANGGUNG JAWAB BIDA DI KOMUNITAS	66
1. Tugas Utama Bidan di Komunitas	66
2. Tugas Tambahan Bidan di Komunitas	68
3. Bidan Praktek Mandiri/Swasta	68
BAB V	
ASPEK PERLINDUNGAN HUKUM BAGI BIDAN DI KOMUNITAS	79
1. Standar Pelayanan Kebidanan	79
2. Kode Etik Bidan	81
3. Standar Asuhan Kebidanan	84
4. Registrasi Praktik Bidan	84
5. Kewenangan Bidan di Komunitas	85
BAB VI	
ASUHAN ANTENATAL	86
1. Asuhan Antenatal	86
BAB VII	
ASUHAN INTRANATAL	100
1. Standar Pelayanan Kebidanan	100
2. Persiapan Bidan	106
3. Persiapan Rumah dan Lingkungan	107

4. Persiapan Alat dan Bidan KIT	107
5. Persiapan Ibu dan Keluarga	108
6. Manajemen Ibu Intrapartum	109
BAB VIII	
ASUHAN POST PARTUM DI RUMAH	113
1. Jadwal Kunjungan Rumah	113
2. Manajemen Ibu Postpartum	115
3. Pospartum Group	123
BAB IX	
ASUHAN PADA BAYI	128
1. Manajemen pada BBL dan Neonatus	128
2. Jadwal Kunjungan Ulang	134
BAB X	
PELAYANAN KESEHATAN PADA BAYI DAN BALITA	139
1. Pelayanan Kesehatan pada Bayi dan Balita	139
2. Pertolongan Pertama Kegawatdaruratan Obsterik dan Naonatus (PPKDON)	163
BAB XI	
PELAYANAN RUJUKAN KB	166
1. Pelayanan Kontrasepsi dan Rujukan	166
2. Sistem Rujukan	176
BAB XII	
PEMANTAUAN WILAYAH SETEMPAT KESEHATAN IBU DAN ANAK (PWS-KIA)	181
1. Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA)	181
BAB XIII	
PEMBINAAN DUKUN BAYI.....	210
BAB XIV	
PEMBINAAN KADER KESEHATAN	225
BAB XV	
PENGEMBANGAN WAHANA/FORUM PSM, BERPERAN DALAM KEGIATAN.....	235
1. Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu)	235
2. Polindes (Pos Pelayanan Desa)	239
3. KB-KIA	241
4. DASA-WISMA	244
5. TABULIN	245
6. Donor Darah Berjalan	245
7. Ambulan Desa	246
BAB XVI	
PEMBINAAN PERAN SERTA MASYARAKAT.....	248
1. Pendataan Sasaran	250
2. Pencatatan Kelahiran dan KIB	250

3. Pergerakan Sasaran Agar Mau Menerima/Mendapat Pelayanan KIA	251
4. Pengaturan Transportasi Setempat yang Siap Pakai untuk Rujukan Kedaruratan	252
5. Pengaturan Bantuan Biaya bagi Masyarakat yang tidak Mampu	253
6. Pengorganisasian Donor Darah Berjalan	254
7. Pelaksanaan Pertemuan Rutin GSI dalam Promosi Suami, Bidan Desa Siaga	256
BAB XVII	
MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT (MTBS)	261
BAB XVIII	
KOHORT IBU DAN BALITA	273
1. Kohort Ibu dan Balita	273
BAB XIX	
PENCATATAN DAN PELAPORAN	280
DAFTAR PUSTAKA	288

BAB I

KONSEP KEBIDANAN KOMUNITAS

1. PENGERTIAN KEBIDANAN

Definisi bidan

Kebidanan berasal dari kata “**Bidan**” menurut International Confederation Midwife (ICM), Federation International Obstetry Ginecology (FIGO) & World Health Organisation (WHO) tahun 1993 mengatakan bahwa bidan (midwife) adalah seorang yang telah mengikuti pendidikan kebidanan yang diakui oleh pemerintah setempat dan telah menyelesaikan pendidikan tersebut dan lulus serta terdaftar atau mendapat izin melakukan praktek kebidanan. Untuk Indonesia pengertian bidan sama dengan definsi diatas, menurut Kepmenkes no.900/Menkes/SK/VII/2002 “**Bidan**” adalah seorang wanita yang telah mengikuti program pendidikan bidan dan lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku.

Kebidanan (midwifery) mencakup pengetahuan dan ketrampilan yang dimiliki bidan dan kegiatan pelayanan yang dilakukannya untuk menyelamatkan ibu dan bayi yang dilahirkan.

Komunitas adalah kelompok orang yang berada disuatu lokasi tertentu yang saling berinteraksi.

Bidan komunitas adalah bidan yang bekerja melayani keluarga dan masyarakat di wilayah tertentu.

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

2. SEJARAH DAN PERKEMBANGAN PENDIDIKAN BIDAN DALAM NEGERI

Perkembangan pendidikan bidan berhubungan dengan perkembangan pelayanan kebidanan. Keduanya berjalan seiring untuk menjawab kebutuhan tuntutan masyarakat akan pelayanan kebidanan. Yang dimaksud dengan pendidikan ini adalah pendidikan formal dan non formal.

a. Tahun 1851

Pendidikan bidan dimulai pada masa penjajahan hindia belanda. Seorang dokter militer Belanda (DR. W. Bosch) membuka pendidikan bidan bagi wanita pribumi di Batavia. Pendidikan ini tidak berlangsung lama karena kurangnya peserta didik karena adanya larangan bagi wanita untuk keluar rumah.

b. Tahun 1902

Pendidikan bidan dibuka kembali bagi wanita pribumi di Rumah Sakit militer di Batavia dan tahun 1904 pendidikan bidan bagi wanita Indo dibuka di Makasar.

Lulusan dari pendidikan ini harus bersedia ditempatkan dimana saja tenaganya dibutuhkan dan mau menolong masyarakat yang tidak/kurang mampu secara cuma-cuma. Lulusan ini mendapat tunjangan dari pemerintah kurang lebih 15-25 Gulden per bulan. Kemudian dinaikkan menjadi 40 Gulden perbulan (tahun 1922).

c. Tahun 1911/1912

Dimulai pendidikan tenaga keperawatan secara terencana di CBZ (RSUP) Semarang dan Batavia. Calon yang diterima dari HIS (SD 7 Tahun) dengan pendidikan keperawatan 4 tahun dan pada awalnya hanya menerima peserta didik pria pada tahun 1914 telah diterima juga peserta didik wanita pertama, bagi perawat wanita yang lulus bisa melanjutkan kependidikan bidan selama 2 tahun. Untuk perawat pria dapat meneruskan pendidikan keperawatan lanjutan selama dua tahun juga.

d. Tahun 1935-1938

Pemerintah colonial Belanda mulai mendidik bidan lulusan Mulo (setingkat SLTP bagian B) dan hampir bersamaan di buka sekolah bidan di beberapa kota besar antara lain : di Jakarta di Rumah Sakit BersalinBudi Kemulyaan, RSB Palang Dua, dan RSB mardi Waluyo di Semarang.

Pada tahun itu dikeluarkan peraturan yang membedakan lulusan bidan berdasarkan latar belakang pendidikan.

- Bidan dengan latar pendidikannya Mulo dan pendidikan kebidanan selama 3 tahun disebut bidan kelas satu.
- Bidan dari lulusan perawat (mantri) disebut bidan kelas dua

Perbedaan ini menyangkut gaji pokok dan tunjangan bagi bidan.

e. Tahun 1950-1953

Dibuka sekolah bidan dari lulusan SMP dengan batasan usia minimal 17 tahun dan lama pendidikan 3 tahun. Mengingat tenaga untuk menolong persalinan cukup banyak maka dibuka pendidikan pembantu bidan disebut penjenjang kesehatan E atau pembantu bidan. Pendidikan ini dilanjutkan sampai tahun 1976 dan sekolah itu ditutup. Peserta didik PK/E adalah lulusan SMP ditambah 2 tahun kebidanan dasar. Lulusan PK/E sebagian besar melanjutkan ke pendidikan bidan selama 2 tahun.

f. Tahun 1953

Dibuka kursus tambahan bidan (KTB) di Yogyakarta. Lamanya kursus antara 7-12 minggu. Tahun 1960 KTB

dipindahkan ke Jakarta. Tujuan TKB adalah untuk memperkenalkan kepada lulusan bidan mengenai perkembangan program KIA dalam pelayanan kesehatan masyarakat, sebelum lulusan memulai tugasnya sebagai bidan terutama menjadi bidan di BKIA. Tahun 1967 KTB ditutup.

g. Tahun 1954

Dibuka pendidikan guru bidan secara bersama-sama dengan guru perawat dan perawat kesehatan masyarakat di Bandung. Pada awalnya pendidikan ini berlangsung satu tahun kemudian menjadi 2 tahun dan terakhir berkembang menjadi 3 tahun. Pada awal tahun 1972, institusi pendidikan ini dilebur menjadi Sekolah Guru Perawat (SGP). Pendidikan ini menerima calon dari lulusan sekolah perawat dan sekolah bidan.

h. Tahun 1970

Dibuka program pendidikan bidan yang menerima lulusan dari sekolah pengatur rawat (SPR) ditambah dengan 2 tahun pendidikan bidan yang disebut Sekolah Pendidikan Lanjutan Jurusan Kebidanan (SPLJK) pendidikan ini tidak dilaksanakan merata di seluruh provinsi.

i. Tahun 1974

Mengingat jenis tenaga kesehatan menengah dan bawah sangat banyak (24 kategori), Depkes melakukan penyederhanaan pendidikan tenaga kesehatan non sarjana. Setelah bidan ditutup dan dibuka Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) dengan tujuan adanya tenaga muti porpose dilapangan dimana salah satu tugasnya adalah menolong persalinan normal. Namun karena adanya perbedaan falsafah dan kurikulum terutama yang berkaitan dengan kemampuan seorang bidan , maka tujuan pemerintah agar SPK dapat menolong perasalinan tidak tercapai atau terbukti tidak berhasil.

j. Tahun 1975-1984

Institusi pendidikan bidan ditutup, sehingga dalam 10 tahun tidak menghasilkan bidan. Namun organisasi profesi bidan (IBI) tetap ada dan hidup secara wajar

k. Tahun 1981

Untuk meningkatkan kemampuan perawat kesehatan (SPK) dalam pelayanan ibu dan anak termasuk kebidanan, dibuka pendidikan diploma I Kesehatan Ibu dan Anak. ini hanya berlangsung 1 tahun dan tidak diberlakukan oleh seluruh institusi.

l. Tahun 1985

Dibuka lagi program pendidikan bidan yang disebut dengan PPB yang menerima lulusan dari SPR dan SPK.

Pada saat itu dibutuhkan bidan yang memiliki kewenangan dalam meningkatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana di masyarakat. Lama pendidikan 1 tahun dan lulusannya dikembalikan kepada institusi yang mengirim.

m. Tahun 1989

Dibuka crash program pendidikan bidan secara nasional yang memperbolehkan lulusan SPK untuk langsung masuk program pendidikan bidan. Program ini dikenal sebagai program pendidikan bidan A (PPB/A). lama pendidikan 1 tahun dan lulusannya ditempatkan di desa-desa, dengan tujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan terutama pelayanan kesehatan terhadap ibu dan anak di daerah pedesaan dalam rangka meningkatkan kesejahteraan keluarga dan menurunkan angka kematian ibu dan anak, untuk itu pemerintah menempatkan bidan di setiap desa sebagai PNS golongan II. Mulai tahun 1996 status bidan di desa sebagai pegawai tidak tetap (bidan PTT) dengan kontrak selama 3 tahun dengan pemerintah, yang kemudian dapat diperpanjang dua kali tiga tahun lagi.

Penempatan bidan ini menyebabkan orientasi sebagai tenaga kesehatan berubah. Bidan harus dipersiapkan dengan sebaik-baiknya tidak hanya kemampuan klinik sebagai bidan tapi juga kemampuan untuk berkomunikasi, konseling dan kemampuan untuk menggerakkan masyarakat desa dalam meningkatkan taraf kesehatan ibu dan anak. Program Pendidikan Bidan (A) diselenggarakan dengan peserta didik cukup besar. Diharapkan tahun 1996 sebagian besar desa sudah memiliki minimal seorang bidan. Lulusan pendidikan ini kenyataannya juga tidak memiliki kemampuan dan keterampilan yang diharapkan seorang bidan profesional, karena pendidikan terlalu singkat dan jumlah peserta didik terlalu besar dalam kurun waktu satu tahun akademik, sehingga kesempatan peserta didik untuk praktik klinik kebidanan sangat kurang, sehingga tingkat kemampuan yang dimiliki seorang bidan juga kurang

n. Tahun 1993

Dibuka program pendidikan bidan B (PBB/B) yang peserta didiknya lulusan AKPER dengan lama pendidikan 1 tahun. Tujuan pendidikan ini adalah untuk mempersiapkan tenaga pengajaran pada PPB A. berdasarkan penelitian terhadap kemampuan klinik kebidanan dari lulusan ini tidak menunjukkan kompetensi yang diharapkan karena lama pendidikan

yang hanya 1 tahun. Pendidikan ini hanya berlangsung 2 angkatan (1995 dan 1996) kemudian ditutup.

- o. Tahun 1993 juga dibuka pendidikan bidan program C (PPB/C) yang menerima masukan dari lulusan SMP.** Pendidikan ini dilakukan di 11 provinsi yaitu Aceh, Bengkulu, Lampung dan Riau (untuk wilayah Sumatra) Kalimantan Barat, Kalimantan Timur, dan Kalimantan Selatan (wilayah selatan) Sulawesi Selatan, Nusa Tenggara Timur, Maluku dan Irian Jaya. Pendidikan ini memerlukan kurikulum 3700 jam dan dapat diselesaikan dalam 6 semester.

Selain pendidikan bidan diatas sejak tahun 1994-1995 pemerintah juga menyelenggarakan uji coba pendidikan bidan jarak jauh (Distance Learning) di tiga provinsi yaitu Jawa barat, Jawa Tengah dan Jawa Timur. Kebijakan ini dilakukan untuk memperluas cakupan upaya peningkatan mutu tenaga kesehatan yang sangat diperlukan dalam pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Pengaturan penyelenggaraan ini telah diatur dalam SK Menkes No. 1247/Menkes/SK/XII/1994

Diklat jarak Jauh bidan (DJJ) adalah DJJ kesehatan yang ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan bidan agar mampu melaksanakan tugasnya dan diharapkan berdampak pada penurunan AKI dan

AKB. DJJ bidang dilaksanakan dengan menggunakan modul sebanyak 22 buah. Pendidikan ini dikoordinasikan oleh Pusdiklat Depkes dan dilaksanakan oleh bapelkes di propinsi.

- DJJ I (1995-1996) dilaksanakan di 15 propinsi
- DJJ II (1996-1997) dilaksanakan di 16 propinsi
- DJJ III (1997-1998) dilaksanakan di 26 propinsi

Secara kumulatif dari tahap I-III diikuti oleh 6.306 dan 3.439 (55%) dinyatakan lulus.

- DJJ tahap IV (1998-1999) dilaksanakan di 26 propinsi dengan jumlah setiap propinsinya adalah 60 orang kecuali Maluku, Irian Jaya dan Sulawesi Tengah masing-masing hanya 40 orang dan propinsi Jambi 50 orang.

Selain pelatihan DJJ tahun 1994 juga dilaksanakan pelatihan pelayanan kegawat daruratan maternal dan neonatal (LSS; Life Saving Skill) dengan materi pembelajaran berbentuk 10 modul. Ditinjau dari proses penyelenggaraan ini dinilai tidak efektif.

p. Tahun 1996

IBI bekerjasama dengan Depkes dan American College of Nursing Midwife (ANCM) dan Rumah Sakit swasta mengadakan training of trainer kepada anggota IBI sebanyak 8 orang untuk LSS yang kemudian menjadi pelatih inti LSS di PP IBI. Pelatihan LSS ini

mengadakan TOT dan pelatihan baik untuk bidan di desa maupun bidan praktek swasta. Pelatihan praktek dilaksanakan di 14 propinsi dan selanjutnya melatih BPS secara swadaya, begitu juga guru atau dosen dari D3 kebidanan.

q. Tahun 1995-1998

IBI bekerja langsung dengan Mother Care melakukan pelatihan dan peer review bagi bidan RS, bidan Puskesmas, dan bidan di desa di propinsi Kalimantan selatan.

r. Tahun 2000

Telah ada tim pelatih Asuhan Persalinan Normal (APN) yang dikoordinasikan oleh Maternal Neonatal Health (MNH) yang sampai saat ini telah melatih APN di beberapa propinsi/kabupaten. Pelatihan LSS dan APN tidak hanya untuk pelatihan pelayanan, tetapi juga guru, dosen-dosen dari Akademi Kebidanan.

Selain melalui pendidikan formal dan pelatihan, untuk meningkatkan

kualitas pelayanan juga diadakan seminar dan lokakarya organisasi

(Organization Development : OD) dilaksanakan setiap tahun sebanyak 2 kali mulai tahun 1996 sampai dengan 2000 dengan biaya dari UNICEF.

3. Sejarah Dan Perkembangan Pelayanan Kebidanan Dalam Negeri

Perkembangan pelayanan dan pendidikan kebidanan di Indonesia tidak terlepas dari masa penjajahan Belanda, era kemerdekaan, politik/kebijakan pemerintah dalam pelayanan dan pendidikan tenaga kesehatan, kebutuhan masyarakat serta kemajuan ilmu dan teknologi.

a. Pada tahun 1907 (Zaman Gubernur Jendral Hendrik William Deandels)

Pada zaman pemerintah Hindia Belanda. AKI dan AKB sangat tinggi, Tenaga penolong persalinan adalah dukun . Para dukun dilatih dalam pertolongan persalinan tapi keadaan ini tidak berlangsung lama karena tidak adanya pelatih kebidanan. Pelayanan kesehatan termasuk pelayanan kebidanan hanya diperuntukan bagi orang Belanda yang ada di Indonesia.

b. Tahun 1849

Dibuka pendidikan dokter Jawa di Batavia (di RS Militer Belanda sekarang RSPAD Gatot Subroto), seiring dengan dibukanya pendidikan dokter tersebut pada tahun 1851 dibuka pendidikan bidan bagi wanita pribumi di Batavia oleh seorang dokter militer Belanda (Dr. W. Bosch) lulusan ini kemudian bekerja di RS dan di masyarakat. Mulai saat itu

pelayanan kesehatan ibu dan anak dilakukan oleh dukun dan bidan.

c. Tahun 1952

Mulai diadakan pelatihan bidan secara formal agar dapat meningkatkan kualitas pertolongan persalinan. Kursus untuk dukun masih berlangsung sampai dengan sekarang yang memberikan kursus adalah bidan. Perubahan pengetahuan dan keterampilan tentang pelayanan kesehatan ibu dan anak secara menyeluruh di masyarakat dilakukan dengan kursus tambahan yang dikenal dengan istilah kursus tambahan bidan (KTB) pada tahun 1953 di Yogyakarta yang akhirnya dilakukan pula di kota-kota besar lain. Seiring dengan pelatihan tersebut didirikanlah Balai Kesehatan Ibu dan Anak (BKIA) dimana bidan sebagai penanggung jawab pelayanan kepada masyarakat. Pelayanan yang diberikan mencakup pelayanan antenatal, Postnatal dan pemeriksaan bayi dan anak termasuk imunisasi dan penyuluhan gizi. Sedangkan diluar BKIA, bidan memberikan portolongan persalinan di rumah keluarga dan pergi melakukan kunjungan rumah sebagai upaya tindak lanjut dari pasca persalinan.

Dari BKIA inilah yang akhirnya menjadi suatu pelayanan yang terintegrasi kepada masyarakat yang dinamakan Puskesmas pada tahun 1957. Puskesmas memberikan pelayanan berorientasi pada wilayah kerja.

Bidan yang bertugas di puskesmas berfungsi memberikan pelayanan KIA termasuk pelayanan KB baik diluar gedung maupun didalam gedung. Pelayanan kebidanan yang diberikan di luar gedung adalah pelayanan kesehatan keluarga dan pelayanan di Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu). Pelayanan di Posyandu mencakup empat kegiatan yaitu : pemeriksaan kehamilan, pelayanan KB, imunisasi, gizi dan kesehatan lingkungan.

d. Mulai tahun 1990

Mulai tahun 1990 Pelayanan kebidanan diberikan secara merata dan dekat masyarakat. Kebijakan ini melalui Inpres secara lisan pada sidang Kabinet tahun 1992 tentang perlunya mendidik bidan untuk penempatan bidan di desa. Adapun tugas pokok bidan di desa adalah sebagai pelaksana KIA khususnya dalam pelayanan kesehatan ibu hamil, bersalin, nifas serta pelayanan kesehatan BBL, termasuk pembinaan dukun bayi. Dalam melaksanakan tugas pokoknya bidan didesa melaksanakan kunjungan rumah pada ibu dan anak yang memerlukannya, mengadakan pembinaan pada Posyandu di wilayah kerjanya serta mengembangkan pondok bersalin sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat.

Hal tersebut di atas adalah pelayanan yang diberikan oleh bidan di desa. Pelayanan yang diberikan berorientasi

pada kesehatan masyarakat berbeda dengan halnya bidan yang bekerja di RS dimana pelayanan yang diberikan berorientasi pada individu. Bidan di RS memberikan pelayanan poliklinik antenatal, gangguan kesehatan reproduksi di klinik KB, senam hamil, pendidikan perinatal, kamar bersalin, kamar operasi kebidanan, ruang nifas dan ruang perinatal.

Bertitik tolak dari konferensi kependudukan dunia di Kairo pada tahun 1994 yang menekankan pada kespro, memerlukan area garapan pelayanan bidan. Area tersebut meliputi :

- Family Planning
- PMS termasuk infeksi saluran reproduksi
- Safe Motherhood termasuk bayi baru lahir dan perawatan abortus
- Kesehatan Reproduksi pada remaja
- Kesehatan Reproduksi pada orang tua

Bidan dalam melaksanakan peran, fungsi dan tugasnya didasarkan pada kemampuan dan kewenangan yang diberikan. Kewenangan tersebut diatur melalui Permenkes. Permenkes yang menyangkut wewenang bidan selalu mengalami perubahan sesuai dengan kebutuhan dan perkembangan masyarakat dan kebijakan pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Permenkes tersebut dimulai dari ;

Permenkes No. 5380/IX/1963, wewenang bidan terbatas hanya pada pertolongan persalinan normal secara mandiri didampingi tugas lain

Permenkes No. 363/IX/1980, yang kemudian diubah menjadi Permenkes 623/1989.

Wewenang bidan dibagi dua yaitu wewenang umum dan wewenang khusus. Dalam wewenang khusus ditetapkan bila bidan melaksanakan tindakan khusus dibawah pengawasan dokter. Hal ini berarti bahwa bidan dalam melaksanakan tugasnya tidak bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas tindakan yang dilakukan. Pelaksanaan dari Permenkes ini , bidan dalam melaksanakan praktek perorangan dibawah pengawasan dokter.

a. Permenkes No. 572/VI/1996

Wewenang ini mengatur tentang registrasi dan praktek bidan. Bidan dalam melaksanakan prakteknya diberi kewenangan yang mandiri. Kewenangan tersebut disertai dengan kemampuan dalam melaksanakan tindakan. Dalam wewenang tersebut mencakup : pelayanan kebidanan yang meliputi :pelayanan ibu dan anak, pelayanan KB, pelayanan kesehatan masyarakat.

- b. Kepmenkes No. 900/Menkes/SK/VII/2002 tentang registrasi dan praktek bidan revisi dari Permenkes 572/VI/1996

Dalam melakukan tugasnya, bidan melakukan kolaborasi, konsultasi dan merujuk sesuai dengan kondisi pasien, kewenangan dan kemampuannya. Dalam keadaan keadaan darurat bidan juga diberi wewenang pelayanan kebidanan yang ditujukan untuk penyelamatan jiwa. Dalam aturan tersebut juga ditegaskan bahwa bidan dalam menjalankan praktek harus sesuai dengan kewenangan, kemampuan, pendidikan, pengalamam berdasarkan standar profesi. Pencapaian kemampuan bidan sesuai dengan Kepmenkes No. 900/2002 tidaklah mudah karena kewenangan yang diberikan oleh Depkes ini mengandung tuntutan akan kemampuan bidan sebagai tenaga profesional dan mandiri.

4. Sejarah Pelayanan Kebidanan Di Luar Negeri

a. Yunani

Hipocrates yang hidup antara tahun 460-370 sebelum masehi. Beliau mendapat sebutan ***Bapak Pengobatan*** karena selama hidupnya menaruh perhatian besar terhadap perawatan dan pengobatan serta kebidanan. Beliau menganjurkan ibu bersalin ditolong dengan perikemanusiaan dan mengurangi penderitaan ibu. Beliau menganjurkan agar

ibu bersalin dirawat dengan selayaknya. Sehubungan dengan anjuran itu maka di negeri Yunani dan Romawi terlebih dahulu merawat wanita nifas.

b. Roma

Soranus yang hidup pada tahun 98-138 sesudah Masehi. Beliau disebut Bapak Kebidanan karena dari beliau pertama kali menaruh perhatian terhadap kebidanan setelah masa Hipocrates dan berpendapat bahwa seorang bidan hendaklah seorang ibu yang telah mengalami kelahiran bayi, ibu yang tidak takut akan hantu, setan, serta menjauhkan tahayul.

Disamping itu beliau pertama kali menemukan dan menulis tentang *Versi Podali*, tapi sayang tidak disertai keterangan yang lengkap. Setelah Soranus meninggal usahanya diteruskan oleh muridnya *Moscion*. Ia menulis buku yang merupakan pengajaran bagi bidan-bidan. Bidan-bidan dahulu seringkali tidak mendapatkan pengajaran, hanya bekerja berdasarkan pengalaman dan keberanian. Buku yang ditulisnya itu diberi judul *Katekismus* bagi bidan-bidan Roma. Dengan adanya buku itu majulah pengetahuan bidan.

Galen (129-201 Masehi) menulis beberapa teks tentang pengobatan termasuk Obstetri dan Gynekologi. Dia juga menggambarkan bagaimana bidan melakukan *Dilatasi Servik*.

c. Italia

Zaman setelah Moscion meninggal sampai abad pertengahan merupakan zaman yang galau bagi bidang perawatan, dimana perawatan pada umumnya menjadi mundur. Pengobatan menjadi mundur sekali. Di Eropa ilmu pengobatan kuno menjadi satu dengan astrologi sedangkan yang masih berusaha mempertahankan perkembangan pengobatan kebanyakan hanya tabib-tabib bangsa Arab, karena pada waktu itu pengobatan dan perawatan diabaikan tidak heranlah jika kebidanan juga dilalaikan, umumnya orang menganggap bahwa kebidanan adalah satu hal yang biasa.

Pada abad ke XV waktu sekolah Italia sudah banyak dan besar, pengobatan mulai maju lagi, terutama mengenai anatomi dan fisiologi tubuh manusia. Diantara guru-guru besar Itali yang terkenal dan berjasa adalah :

1. Vesalius
2. Febricus
3. Eustachius yang menemukan tuba Eustachius (saluran yang menghubungkan hidung, telinga dan tenggorokan).
4. Fallopius menemukan Tuba Fallopii (saluran yang menghubungkan ovarium dan uterus)
5. Arantius menemukan Ductus Arantii (pembuluh darah sementara pada janin)

d. Perancis

Perkembangan yang diperoleh oleh guru besar Italia kemudian mempengaruhi pengobatan, perawatan dan kebidanan di Perancis. Setelah kebidanan dikenal, para wanita bangsawan mempeloporinya. Apabila wanita bangsawan itu akan bersalin, terutama yang tinggal di istana, mereka selalu memanggil Dokter atau Bidan, dicontoh oleh kaum terpelajar dan kemudian berkembang pula diantara wanita-wanita biasa.

Tokoh yang terkenal membawa perkembangan kebidanan di Perancis adalah :

1. Amroise Pare (1510-1590) beliau dikenal sebagai seorang ahli bedah, tetapi juga memberikan kontribusi dalam bidang Obstetri dan Gynekologi. Beliau menemukan *Versi Podali* < sebagai mana yang dikemukakan oleh Soranus dahulu, tetapi beliau memberikan cara-cara dengan lengkap. Perasad ini dikenal dengan *Versi Ekstaksi* (diputar) kemudian ditarik keluar.
2. Grullemau, beliau adalah murid dari Amroise Pare yang membantu dan meneruskan minat gurunya.
3. Louise Bourgeois/ Boursie (1563-1636) ia adalah seorang bidan yang cakap, juga murid dari Amroise Pare. Turut memperkenalkan versi ekstraksi pada persalinan sukar. Ia pertama kali menerbitkan buku tentang kebidanan
4. Francois Mauriceau

Menemukan suatu cara untuk melahirkan kepala pada letak sungsang agar lebih mudah yaitu dengan memasukkan dua jari ke dalam mulut bayi agar kepala bertambah fleksi. Cara ini hingga sekarang terkanal dengan istilah *Cara Mauriceau* atau *Perasad Mauriceau*.

e. Inggris

1. William Smellie, (1697-1763)

Beliau mengubah bentuk cunam, serta menulis buku tentang pemasangan cunam dengan karangan yang lengkap, ukuran-ukuran panggul dan perbedaan panggul sempit dan biasa

2. William Hunter (1718-1783)

Murid dari Willian Smellie, yang memeruskan usahanya.

f. Amerika Serikat

Zaman dahulu kala di AS persalinan ditolong oleh dukun beranak yang tidak berpendidikan. Biasanya bila wanita sukar melahirkan, ahli obat menganjurkan agar wanita itu diusir serta ditakuti agar ras sakit bertambah dan kelahiran menjadi mudah karena kesakitan dan keseduhannya. Menurut catatan Thimas yang pertama kali praktek di AS adalah Samuel Fuller dan Istrinya. Kemudian menyusul Anne Hutchinson, ia menjadi bidan pada tahun 1634, pergi ke Boston dan melaporkan disana ia telah menolong persalinan dengan baik dan menghilangkan kepercayaan lama.

Kemudian nasib malang menimpa Anne Hutchinson ketika ia menolong sahabatnya bernama Marry Dyer, melahirkan anak dengan Anencephalus. Orang-orang mengecam Anne sebagai seorang ahli shir wanita. Akibat kecaman itu ia meninggalkan Boston dan pergi ke Long Island, kemudian ke Pelham, New York. Disana ia terbunuh waktu ada pemberontakan orang-orang Indian. Karena ia dianggap sebagai orang yang berjasa maka ia diperingati dengan nama ***Hutchinson River Parkway***

Setelah orang Amerika mendengar perkembangan di Inggris beberapa orang Amerika terpengaruh dengan kemajuan di Inggris dan pergi kesana untuk memperdalam ilmunya. Antara lain :

1. *Dr, James Lloyd (1728-1810).*

Beliau berasal dari Boston, belajar di London di RS Guy dan RS Saint Thimas.

2. *Dr. Willian Shippen (1736-1808)*

Beliau berasal dari Philadelphia, belajar di Eropa selama lima tahun kemudian belajar pada Willian Smellie dan Jhon, William Hunter dan Mackenzie. Sekembalinya di AS mengembangkan kebidanan di Amerika. Pada tahun 1762 Dr. W. Shippen diizinkan mendirikan kursus kebidanan di Philadelphia Gazette. Masyarakat banyak menaruh minat, pria maupun wanitanya , sehingga kursusnya terdiri dari

murid-murid pria dan wanita. Dalam praktek kebidanan murid-murid dipisahkan, murid pria berpraktek pada praktek pratikulinnya sendiri. Kemudian didirikan rumah sakit bersalin yang khusus untuk latihan muridnya. Kursus ini berlangsung terus sampai tahun 1765, kemudian ditutup karena adanya sekolah kedokteran dari Collage Philadelpjia. Dr. William Shippen diangkat menjadi professor Anatomi. Pembedahan dan kebidanan diajarkan bersama-sama pada tahun 1810 setelah ada pangangkatan dokter Thomas Chalkley James sebagai professor kebidanan. Ia menganjurkan partus buatan pada bayi premature bila pinggul ibu nya sempit.

3. *Dr. Samuel Brad* yang hidup pada tahun 1742-1821. setelah menamatkan pelajarannya beliau pergi ke Eropa belajar di Edenburgh hingga tamat. Kemudian meneruskan lagi ke London hingga pada tahun 1768 kembali ke Amerika Serikat pada umur 26 tahun.

Beliau terkenal dengan memajukan berdirinya bagian kedokteran di King College yang sekarang menjadi Universitas Columbia Dr. J.V.L. Tennet yang bekerja juga pada universitas itu menyebutnya sebagai professor kebidanan yang pertama di King College.

Kemudian Dr Samuel Bard menulis buku kebidanan yang lain dan memuat pelajaran bagi dokter dan bidan. Isi buku tersebut antara lain sebagai berikut :

- a. Cara pengukuran Conyungata diagonalis
 - b. Kelainan-kelainan panggul
 - c. Melarang pemeriksaan dalam bila tidak ada indikasi
4. *kala I*, dari permulaan persalinan sampai pembukaan lengkap
 5. *kala II*, dari pembukaan lengkap sampai kepala kelihatan di atas perineum
 6. *kala III*, dari tampaknya kepala bayi diatas perineum sampai lahirnya seluruh tubuh
 7. *Kala IV*, dari lahirnya anak sampai lahirnya plasenta.
 - a. Menasehatkan jangan menarik tali pusat untuk mencegah terjadinya *inversion uteri*.
 - b. Mengajarkan bahwa letak muka dapat lahir spontan
 - c. Melarang pemakaian cunam yang berulang-ulang karena banyak menimbulkan kerugian.
 8. *Dr. Walter Channing (1786-1876)*

Walter Channing mula-mula belajar kedokteran di universitas Pensiylvania, kemudian meneruskan ke Edenburgh dan London. Sekembalinya di Amerika Serikat beliau diangkat sebagai Profesor kebidanan di Sekolah Kedokteran Harvard, di mana sebelumnya diajarkan subjek kebidanan sebagai subjek tersendiri. Dr. Walter Channing

juga seorang dokter yang pertama kali memperhatikan keadaan nifas di RSUD Boston, Amerika Serikat.

5. Perkembangan Pendidikan Kebidanan Di Luar Negeri

a. Malaysia

Perkembangan kebidanan di Malaysia bertujuan untuk menurunkan MMR dan IMR dengan menempatkan bidan desa. Mereka memiliki basic SMP + juru rawat + 1 tahun sekolah bidan.

b. Jepang

Sekolah bidan di Jepang dimulai pada tahun 1912 pendidikan bidan disini dengan basic sekolah perawat selama 3 tahun + 6 bulan pendidikan bidan. Tujuan pelaksanaan pendidikan ini adalah untuk meningkatkan pelayanan kebidanan dan neonatus tapi pada masa itu timbul masalah karena masih kurangnya tenaga bidan dan bidan hanya mampu melakukan pertolongan persalinan yang normal saja, tidak siap jika terdapat kegawat daruratan sehingga dapat disimpulkan bahwa kualitas bidan masih kurang memuaskan. Pada tahun 1987 ada upaya untuk meningkatkan pelayanan dan pendidikan bidan, menata dan mulai merubah situasi.

c. Belanda

Negara Belanda merupakan Negara Eropa yang teguh berpendapat bahwa pendidikan bidan harus dilakukan secara terpisah dari pendidikan perawat. Menurut Belanda disiplin kedua bidang ini memerlukan sikap dan keterampilan yang berbeda. Perawatan umumnya bekerja secara hirarki di RS dibawah pengawasan sedangkan bidan diharapkan dapat bekerja secara mandiri di tengah masyarakat. Akademi pendidikan bidan yang pertama pada tahun 1861 di RS Universitas Amsterdam. Akademi ke dua dibuka pada tahun 1882 di Rotterdam dan yang ketiga pada tahun 1913 di Heerlen. Pada awalnya pendidikan bidan adalah 2 tahun, kemudian menjadi 3 tahun dan sejak 1994 menjadi 4 tahun. Pendidikannya dengan dasar SMA. Tugas pokok bidan di belanda adalah keadaan normal dan merujuk keadaan yang abnormal ke dokter ahli kebidanan.

d. Inggris

Pada tahun 1902 pelatihan dan registrasi bidan mulai diteraturkan. Selama tahun 1930 banyak perawat yang teregistrasi masuk kebidanan karena dari tahun 1916 mereka melaksanakan kursus-kursus kebidanan lebih singkat dari pada perempuan tanpa kualifikasi keperawatan. Tahun 1936 kebanyakan siswa-siswa kebidanan teregistrasi sebagai perawat. Pelayanan kebidanan di Inggris banyak dilakukan oleh bidan praktek swasta. Semenjak pertengahan 1980 kurang lebih 10 orang bidan melaksanakan praktek mandiri. Tahun 1990

bertambah sekitar 32 bidan, 1991 menjadi 44 bidan, dan 1994 sekitar 100 orang bidan dengan 80 bidan masuk dalam independent Midwives Assosiation.

Alasan bidan di Inggris melakukan praktek mandiri :

- ii. Penolakan terhadap model medis dalam kelahiran (Medicalisasi)
- iii. Ketidakmampuan menyediakan perawatan yang memuaskan dalam NHS (National Health Servis)
- iv. Untuk mengurus status bidan sebagai praktisi
- v. Untuk memberikan kelangsungan perawatan dan kemampuan bidan dalam memberikan pertolongan persalinan di rumah sebagai pilihan mereka.

Pendidikan kebidanan di inggris :

- vi. High School + 3 tahun
- vii. Nurse + 18 bulan

Mayoritas bidan di Inggris adalah lulusan diploma. Sejak tahun 1995 sudah ada lulusan S1 kebidanan dengan dasar SMU + 3-4 tahun.

e. Australia

Australia sedang pada titik perubahan terbesar dalam pendidikan kebidanan. System ini menunjukkan bahwa seorang bidan adalah seorang perawat yang terlegislasi dengan kualifikasi kebidanan. Konsekwensinya banyak bidan-bidan yang telah mengikuti pelatihan di Amerika dan Eropa tidak dapat mendaftar tanpa pelatihan perawatan. Siswa-siswa yang

mengikuti pelatihan kebidanan pertama kali harus terdaftar sebagai perawat. Kebidanan swasta di Australia berada pada poin kritis pada awal tahun 1990, berjuang untuk bertahan pada waktu perubahan besar.

3 faktor yang bekerja melawan kebidanan

- Medical yang dominan
- Berlawanan dengan profesi keperawatan
- Tidak mengabaikan komunitas peran bidan

Medicalisasi telah dibawa sebagian oleh dokter, melalui pelatihan melebihi dari yang diperlukan ini adalah gambaran dari perjuangan bidan-bidan di Negara lain. Profesi keperawatan di Australia menolak hak bidan sebagai identitas profesi yang terpisah. Dengan kekuatan penuh bidan-bidan yang sedikit militant tersupport untuk mencapai kembali hak-hak dan kewenangan mereka dalam menolong persalinan

Pendidikan bidan dengan basic perawat + 2 tahun. Sejak tahun 2000 telah dibuka University of Technology of Sydney yaitu S2 (Doctor Of Midwifery)

f. Spanyol

Spanyol merupakan salah satu Negara di benua Eropa yang telah lama mengenal profesi bidan. Dalam tahun 1752 persyaratan bahwa bidan harus lulus ujian, dimana materi ujiannya adalah dari sebuah buku kebidanan “ A Short Treatise on the Art Of Midwifery) pendidikan bidan di ibu kota Madrid

dimulai pada tahun 1789. Bidan disiapkan untuk bekerja secara mandiri di masyarakat terutama dikalangan petani dan buruh tingkat menengah kebawah. Bidan tidak boleh mandiri memberikan obat-obatan, melakukan tindakan yang menggunakan alat-alat kedokteran.

Pada tahun 1942 sebuah RS Santa Cristina menerima ibu-ibu yang hendak bersalin. Untuk itu dibutuhkan tenaga bidan lebih banyak. Pada tahun 1932 pendidikan bidan disini secara resmi menjadi School of Midwife. Antara tahun 1987-1988 pendidikan bidan untuk sementara ditutup karena diadakan penyesuaian kurikulum bidan menurut ketentuan Negara-negara masyarakat Eropa, bagi mereka yang telah lulus sebelum itu, penyesuaian pada akhir 1992.

g. Ontario Canada

Mulai tahun 1978 wanita dan keluarga tidak puas dengan system perawatan maternity di Ontario. Bidan di Ontario memiliki latar belakang pendidikan yang berbeda-beda yang terbanyak adalah berasal dari pendidikan kebidanan di Britain, beberapa memiliki pendidikan bidan formal di Belanda, Jerman dan beberapa memiliki latar belakang perawat. Selain itu di Canada pada umumnya tenaga bidan datang dari luar. Mereka datang sebagai tenaga perawat dan pelayanan kebidanannya disebut Maternity Nursing. Di Canada tidak ada peraturan atau izin praktek bidan, pada tahun 1991 keberadaan bidan diakui di Canada. Di Ontario

dimulai secara resmi pendidikan di university Based, Direct Entry dan lama pendidikan 3 tahun. Dan mereka telah mempunyai ijazah bidan diberi kesempatan untuk registrasi dan di beri izin praktek.

h. Denmark

Merupakan Negara Eropa lainnya yang berpendapat bahwa profesi bidan tersendiri. Pendidikan bidan disini mulai pada tahun 1787 dan pada tahun 1987 yang lalu merayakan 200 tahun berdirinya sekolah bidan. Kini ada 2 pendidikan bidan di Denmark.

Setiap tahun menerima 40 siswa dengan lama pendidikan 3 tahun direct entry. Mereka yang menjadi perawat maka pendidikan ditempuh 2 tahun. Hal ini menimbulkan berbagai kontroversi dikalangan bidan sendiri, apakah tidak sebaiknya pendidikan bidan didirikan atas dasar perawat sebagian besar berpendapat tidak.

Pendidikan post gradua terbagi bidan selama 9 bulan dalam bidang pendidikan dan pengelola. Tahun 1973 disusun rangkaian pedoman bagi bidan yang mengelompokkan klien dari berbagai resiko yang terjadi. Hal ini menimbulkan masalah kerana tidak jelas batasan mana yang resiko rendah dan tinggi. Pada tahun 1990 diadakan perubahan pedoman baru yang isinya sama sekali tidak menyinggung masalah resiko. Penekanan pelayanan adalah pada kesehatan non invansi care.

i. New Zealand

Selama 50 tahun masalah kebidanan hanya terpaku pada medicalisasi kelahiran bayi yang progresif. Wanita tukang sihir telah dikenal sebagai bagian dari maternal sejak tahun 1904. Tindakan keperawatan mulai dari tahun 1971 mulai diterapkan pada setiap ibu hamil, hal ini menjadikan bidan sebagai perawat spesialis kandungan.

Pada tahun 1970 Selandia Baru telah menerapkan medicalisasi kehamilan. Ini didasarkan pada pendekatan mahasiswa pasca sarjana ilmu kebidanan dari universitas Auckland untuk terjun ke rumah sakit pemerintah khusus wanita. Salah satu konsekuensi dari pendekatan ini adalah regional jasa. Ini adalah efek dari sentralisasi yang mengakibatkan penutupan rumah sakit pedesaan dan wilayah kota.

Dengan adanya dukungan yang kuat terhadap gerakan feminis, banyak wanita yang berjuang untuk meningkatkan medicalisasi dan memilih persalinan di rumah. Dengan adanya dukungan yang kuat terhadap gerakan feminis, banyak wanita yang berjuang untuk meningkatkan medicalisasi dan memilih persalinan di rumah. Kumpulan Homebirth di Auckland dibentuk tahun 1978. dimulai dengan keanggotaan 150 orang dan menjadi organisasi nasional selama 2 tahun yaitu NZNA (New Zealand Nurses Association). Perkumpulan ini didukung oleh para langganan, donator dan tenaga kerja sukarela atau fakultatif yang bertanggung jawab atas banyaknya perubahan positif

dalam system RS. Tahun 1986 homebirth sangat berpengaruh dalam kemajuan melawan penetapan yang dibuat oleh medis, akhirnya menteri pelayanan kesehatan secara resmi mengakui homebirth tahun 1986.

Pada tahun 1980 NZNA membuat garig besar mengenai statemen kebijakan atas pembatasan rumah hal ini disampaikan olah penasehat panitia meternal jasa kepada jawatan kesehatan. Panitia meternal jasa adalah suatu panitia dimana dokter kandungan menyatakan peraturan mengenai survey maternal terutama dalam hal memperdulikan rumah

Sekarang NZNA telah membuat kemajuan yang patut dipertimbangkan dalam menetapkan konsep general perawat kesehatan keluarga secara berkesinambungan menyediakan pelayanan mulai dari kelahiran sampai meninggal. Sejak tahun 1904 RS St. Hellen mengadakan pelatihan kebidanan selama 6 bulan dan ditutup tahun 1979. sebagi penggantinya sejak tahun 1978 beberapa politeknik keperawatan berdiri, selain itu ada yang melanjutkan pendidikan di Australia untuk memperoleh keahlian kebidanan. Tercatat 177 (86 %) bidan telah memperoleh pendidikan kebidanan di luar negeri pada tahun 1986 dari 206 bidan yang ada, dan hanya 29 orang lulusan kebidanan Selandia Baru tahun 1987.

Tahun 1981 sebagian besar RS memasukkan bidan keperkumpulan perawat, para bidan mengalami krisis untuk membentuk organisasi dan pemimpin dari mereka. Kemudian

muncul perkumpulan bidan yang menentang NZNA untuk mendapatkan rekomendasi lebih lanjut langsung di bawah RS atau dibawah dokter kandungan.

j. Amerika Serikat

Mengenai kemajuan kebidanan dapat diceritakan sebagai berikut. Setelah Amerika Serikat mengalami kemajuan maka Negara-negara lain menyusulnya terutama setelah buku tentang kebidanan dicetak dan diedarkan.

Yang memajukan kebidanan itu antara lain ialah mereka yang di sebut dibawah ini :

1. William Harley (1578-1657)

Menyelidiki fisiologi dari plasenta dan selaput janin, sehingga ditemukan fungsi plasenta dan selaput janin seperti yang kita ketahui sekarang ini.

2. Arantius

Seorang guru besar dari Italia menemukan suatu ductus/pembuluh darah sementara pada janin yang menghubungkan vena umbilicalis dan vena cava inferior. Ductus itu tertutup bila anak sudah lahir dan kemudian menjadi jaringan. Ductus itu bernama sesuai dengan yang

menemukannya yaitu Ductus Arabtii/ ductus yang ditemukan oleh Arantius

3. Fallopius

Juga seorang guru besar dari Italia. Menemukan saluran sel telur yang terletak antara uterus dan ovarium. Saluran itu dinamakan Tuba Fallopii

4. Boudelocque dar Perancis (1745-1810)

Beliau mempelajari mengenai panggul dan menemukan ukuran-ukuran panggul, serta memberi banyak sekali pelajaran tentang panggul. Salah seorang muridnya adalah William Potts Dewees yang hidup antara tahun 1768-1841. mula-mula beliau mengikuti James Llyod sebagai professor Kebidanan di Universitas Pensylvania Amerika Serikat, kemudian balajar ke Perancis kepada Boudelocque, terutama mempelajari panggul. Sekembalinya di Amerika Serikat beliau memberikan pelajaran tentang panggul, hingga mendapat sebutan Boudelocque Amerika.

Kecuali itu beliau menerbitkan buku pada tahun 1824, denan pelajaran antara lain sebagai berikut :

- a. pengertian tentang panggul sebagai basis dalam kebidanan

- b. persalinan dapat diperlakukan dengan tidur telentang dan kaki dibengkokkan / sikap *dorsal recumbent*, kecuali tidur miring yang biasa dilakukan.
- c. Pemasangan forcep bila perlu jangan di tunda karena dapat membahayakan ibu dan anak. Ketentuan pemasangan forcep : kepala jangan lebih 6 jam di dasar panggul.

5. Hugh L. Hodge

Menemukan bidang-bidang dalam panggul untuk mengetahui sampai dimana turunnya kepala anak, bidang itu juga dinamakan bidang Hodge, kecuali itu beliau juga memberikan pelajaran kebidanan yang antara lain sebagai berikut :

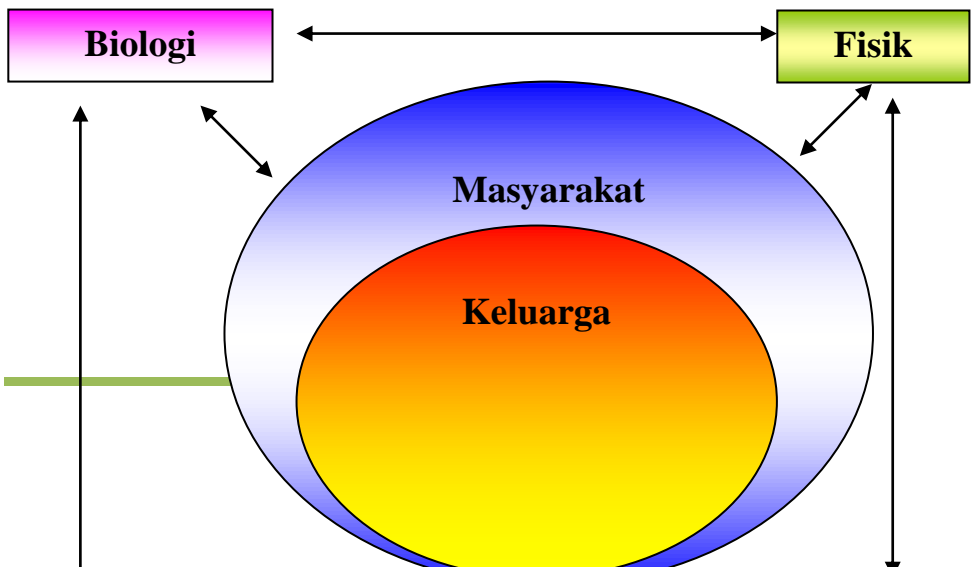
- a.letak vertex/ belakang kepala anak, di belakang bisa disebabkan kerana putaran yang salah
- b.mekanisme letak sungsang sesuai dengan yang diajarkan sekarang
- c.pemasangan forcep harus disamping kepala anak, kecuali bila kepala masih tinggi atau bila anak melintang
- d.mengubah letak kepala dengan tangan (*Inwendige Correctie*) sebelum memasang cunam
- e.membagi turunnya kepala dengan bidang-bidang dalam panggul.

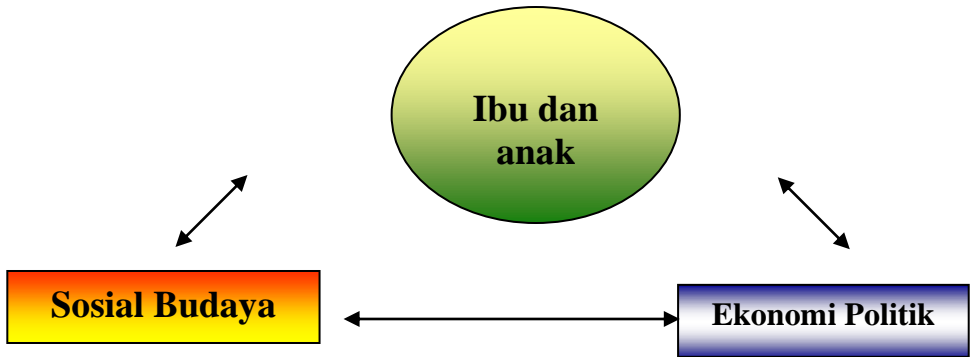
3. SASARAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Sasaran pelayanan kebidanan komunitas adalah Individu, Keluarga, dan Kelompok Masyarakat (komunitas). Individu yang dilayani adalah bagian dari keluarga atau komunitas. Menurut UU No. 23 tahun 1992 yang dimaksud dengan keluarga adalah suami istri, anak dan anggota keluarga lainnya Kelompok di masyarakat adalah kelompok bayi, balita, remaja, ibu hamil, ibu nifas, ibu meneteki. Pelayanan ini mencakup upaya pencegahan penyakit, pemeliharaan dan peningkatan, penyembuhan serta pemulihan kesehatan.

Sasaran utama kebidanan komunitas adalah ibu dan anak balita yang berada didalam keluarga dan masyarakat. Bidan memandang pasiennya sebagai mahluk social yang memiliki budaya tertentu dan dipengaruhi oleh kondisi ekonomi, politik, social budaya dan lingkungan sekitarnya.

Unsur-unsur yang tercakup dalam kebidanan komunitas adalah bidan, pelayanan kebidanan, sasaran pelayanan, lingkungan dan pengetahuan serta teknologi.





4. TUJUAN PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Pelayanan kebidanan komunitas diarahkan *“untuk mewujudkan keluarga yang sehat sejahtera sehingga tercipta derajat kesehatan yang optimal”*. Hal ini sesuai dengan *Survey Development Goal*’s. Kesehatan keluarga merupakan salah satu kegiatan dari upaya kesehatan dimasyarakat yang ditujukan kepada keluarga. Penyelenggaraan kesehatan keluarga bertujuan untuk mewujudkan keluarga kecil, sehat, bahagia dan sejahtera. Didalam kesehatan keluarga, kesehatan ibu mencakup kesehatan masa pra kehamilan, kehamilan, persalinan, pasca persalinan dan masa diluar kehamilan (masa interval).

Kesehatan anak diselenggarakan untuk mewujudkan pertumbuhan dan perkembangan anak. Upaya kesehatan anak dilakukan melalui peningkatan kesehatan anak dalam kandungan, masa bayi, balita, pra sekolah dan sekolah.

Peningkatan kesehatan keluarga dapat mewujudkan lingkungan keluarga yang sehat, selanjutnya meningkatkan

kualitas sumber daya manusia. Wujud dari kesehatan keluarga dan komunitas merupakan cita-cita bangsa Indonesia yang berupa kesehatan untuk semua.

Kesehatan untuk semua menurut WHO adalah semua orang memperoleh derajat kesehatan tertinggi yang memungkinkan dan secara minimum semua orang memperoleh derajat kesehatan sehingga mereka mampu bekerja produktif dan berpartisipasi secara aktif dalam kehidupan social dimasyarakat dimana mereka tinggal.

5. KEGIATAN BIDAN DAN JARINGAN KERJA KEBIDANAN KOMUNITAS

Sebenarnya kegiatan kebidanan komunitas telah lama terlaksana ditengah-tengah masyarakat. ***Aktifitas kebidanan komunitas terutama adalah melayani ibu dan anak balita diluar rumah sakit.*** Sebelum bekerja dikomunitas seorang bidan harus mempunyai kompetensi yaitu memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat.

Pengetahuan dasar yang harus dimiliki :

1. Konsep dasar kebidanan komunitas
2. Masalah kebidanan komunitas

3. Pendekatan asuhan kebidanan pada keluarga, kelompok dan masyarakat
4. Strategi pelayanan kebidanan komunitas
5. Ruang lingkup kebidanan komunitas
6. Upaya peningkatan dan pemeliharaan kesehatan ibu dan anak dalam keluarga dan masyarakat
7. Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan ibu dan anak
8. Sistem pelayanan kesehatan ibu dan anak

Ketrampilan dasar yang harus dimiliki :

1. Melakukan pengelolaan pelayanan ibu hamil, nifas, bayi balita dan KB dimasyarakat
2. Mengidentifikasi status kesehatan ibu dan anak
3. Melakukan pertolongan persalinan dirumah dan polindes
4. Mengelola polindes
5. Melakukan kunjungan rumah pada ibu hamil, nifas, laktasi, bayi dan balita
6. Melakukan pembinaan dan penggerakan PSM
7. Melakukan penyuluhan dan konseling kesehatan
8. Melakukan pencatatan dan pelaporan

Dilihat dari peran dan fungsi bidan yang sesuai dengan kode etik bidan maka peran bidan didalam komunitas adalah sebagai pelaksana, pengelola, pendidik dan juga peneliti.

Pelayanan kebidanan komunitas mencakup pencegahan penyakit, pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, penyembuhan serta pemulihan kesehatan

Sebagian besar kegiatan bidan komunitas adalah memberikan pelayanan kesehatan selama kehamilan, persalinan, nifas, juga pada bayi dan anak, tetapi bidan juga bekerja dalam keluarga berencana serta masa sebelum dan sesudah kehamilan.

Secara garis besar kegiatan pelayanan kebidanan dimasyarakat dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Pelayanan kesehatan ibu

Bertujuan meningkatkan derajat kesehatan yang optimal bagi ibu yang dilakukan pada :

- a. Pra hamil
- b. Hamil
- c. Persalinan
- d. Nifas
- e. Menyusui



2. *Pelayanan medik keluarga berencana*

Bertujuan meningkatkan kesehatan ibu dan anak dalam keluarga dalam rangka mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pemberian kontrasepsi.

Kegiatannya meliputi :

- a. Komunikasi, informasi dan edukasi (KIE)
- b. Pelayanan kontrasepsi
- c. Pembinaan dan pengayoman medis kontrasepsi peserta KB
- d. Pelayanan rujukan KB
- e. Pencatatan dan pelaporan

3. *Pelayanan kesehatan anak*

- a. Pemeriksaan kesehatan balita secara berkala
- b. Penyuluhan pada orang tua, menyangkut pada perbaikan gizi, kesehatan lingkungan dan pengawasan tumbuh kembang anak
- c. Imunisasi dan upaya pencegahan penyakit lainnya
- d. Identifikasi tanda kelainan dan penyakit yang mungkin timbul pada bayi dan balita serta cara penanggulangannya



4. *Peran serta masyarakat*

- a. Pelatihan dukun

- b. Pelatihan kader kesehatan masyarakat
- c. Kursus ibu
- d. Pengembangan kesehatan masyarakat desa (PKMD)
- e. Posyandu
- f. Dana sehat



Pelayanan kebidanan komunitas dapat dilakukan dirumah pasien, polindes, posyandu, puskesmas, dan rumah bidan praktek swasta

BAB II

MASALAH KEBIDANAN KOMUNITAS

1. ANGKA KEMATIAN IBU DAN BAYI

AKI

Angka kematian ibu sebagai akibat langsung / tidak langsung dalam 100.000 kelahiran hidup.

Lingkup masalah :

a. Dunia

1. 180-200 juta kehamilan pertahun
2. 75 juta unwanted pregnancy
3. 50 juta kasus induced abortion
4. 20 juta kasus aborsi yang tidak aman
5. 600.000 kematian ibu (1 orang per menit)
6. 1 kematian ibu = 30 kesakitan ibu

b. Indonesia

1. 5 juta kehamilan per tahun
2. 20.000 kehamilan berakhir dengan kematian ibu
3. AKI tertinggi di ASEAN 373/100.000 kelahiran hidup
4. (SKRT, 1997)

Penyebab Kematian Ibu :

- Langsung
 - Perdarahan : 45.2 %

- Komp. Aborsi : 11.1 %
- Eklamsia : 12.9 %
- Partus Macet : 6.5 %
- Sepsis Postpartum : 9.6 %
- Anemia : 1.6 %
- Tidak langsung : 14.1 %

Masalah-masalah Yang Melatarbelakangi AKI

- Masih banyak persalinan ditolong dukun (30 %)
- 70 % persalinan berlangsung di rumah, shg jk ada komplikasi, butuh waktu lama untuk rujukan
- Derajat kesehatan ibu yang rendah saat hamil antara lain :
 - 50 % ibu hamil dengan anemia
 - 30 % beresiko Kurang Energi Kronis
 - 65 % ibu hamil dengan keadaan “4T”
(Terlalu Muda, Terlalu Tua, Terlalu Sering, Terlalu

Banyak)

- Rendahnya status perempuan dan lambatnya keluarga mengambil keputusan “3 Terlambat”
 - Terlambat mengenali bahaya dan mengambil keputusan
 - Terlambat mencapai fasilitas kesehatan
 - Mendapatkan pertolongan yg cepat dan tepat di fasilitas

kesehatan

AKB

Angka Kematian Bayi per 1000 kelahiran hidup

Lingkup Masalah

a. Dunia

- 3 juta kematian bayi baru lahir
- 3 juta kelahiran kelahiran mati
- Hampir 90% terjadi di negara berkembang

b. Indonesia

- AKB di Indonesia 45,7 per 1000 kelahiran hidup
- Kematian Bayi Baru Lahir memberikan kontribusi 47% terhadap AKB
- 50% dari kematian bayi baru lahir terjadi pada minggu pertama hidupnya

Penyebab Kematian Bayi

- Asfiksia Neonatorum : 50% - 60%
- BBLR : 25% - 30%
- Infeksi : 25% - 30%
- Trauma Persalinan : 5% - 10%

(Manuaba, 1998)

Melihat masih tingginya AKI dan AKB di Indonesia maka upaya kesehatan ibu dan bayi baru lahir menjadi upaya prioritas dalam bidang kesehatan.

2. KEHAMILAN REMAJA

Remaja

Mereka yang berusia antara 10 – 24 tahun
(Definisi Remaja menurut PBB)

Lingkup Permasalahan :

1. Sekitar 1 milyar (1 diantara 6 manusia) adalah remaja
2. 85% nya hidup di negara berkembang
3. Rata-rata pernah melakukan hubungan seks pertama kali di bawah usia 15 tahun
4. 60% kehamilan pada remaja adalah kehamilan yang tidak diinginkan
5. 15 juta remaja usia 15-19 tahun pernah melahirkan

Di Indonesia :

1. Jumlah penduduk remaja usia 10 – 24 tahun adalah 64 juta orang atau sekitar 31% dari total populasi
2. Diperkirakan 8.3% penduduk remaja usia 10-19 tahun sudah menikah
3. Sekitar 10% remaja sudah aktif secara seksual tanpa proteksi terjadinya kehamilan
4. Kehamilan di usia remaja meningkatkan resiko morbiditas dan mortalitas yg lebih besar dibanding wanita berusia diatas 20 tahun
5. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kehamilan di usia remaja disebabkan terutama karena kurangnya

informasi yang didapat remaja mengenai kesehatan reproduksi

3.ABORSI YANG TIDAK AMAN (UNSAFE)

Adalah abortus yang dilakukan oleh orang yang tidak terlatih/kompeten sehingga menimbulkan banyak komplikasi bahkan kematian

Lingkup Permasalahan :

1. Kehamilan usia remaja seringkali berakhir dengan abortus yang biasanya tidak aman dan meningkatkan resiko kematian
2. Pada negara-negara tertentu, abortus yang tidak aman memberi kontribusi sekitar 50% dari seluruh kematian ibu. Perkiraan WHO (1994) :
 - o Terdapat 20 juta kasus abortus yang tidak aman di seluruh dunia per tahun
 - o Terjadi 700.000 kematian maternal akibat abortus tak aman per tahun
 - o 1 dari 8 kematian yang berkaitan dengan kehamilan disebabkan oleh abortus beresiko

Abortus di Indonesia

- Spontan : 10 – 15% dari 6 juta kehamilan = 600 – 900.000

- Buatan : 750.000 – 1.5 juta
- Profil Abortus
 - Menikah : 89%
 - Belum menikah : 11%
 - Umur
 - 19 th : 15%
 - 20 – 29 th : 51%
 - 30 – 39 th : 26%
 - 40 - : 8%

CARA ABORTUS

Cara	Tenaga Medik	Dukun/Sendiri
Kuret isap	91 %	-
D/C	30%	-
PG/Suntik	4%	-
Obat	-	8%
Jamu	-	33%
Pijat	-	79%
Lain-lain	-	17

- 15% - 45% kematian ibu disebabkan komplikasi keguguran
- Sebagian besar kasus terjadi di wilayah pedesaan
- Terbatasnya provider terampil dan sistem rujukan kesehatan

4. PERTOLONGAN PERSALINAN OLEH TENAGA NON KESEHATAN

- Di Indonesia persalinan yang masih ditolong dukun atau tenaga non nakes sebesar 30%
- Terutama di daerah pedesaan 70%-80% persalinan berlangsung di rumah
- Masih kurang koordinasi antara nakes dan dukun bayi
- Masih ada dukun bayi tak terlatih
- Komplikasi yang mungkin timbul karena pertolongan persalinan oleh dukun/non nakes :
 - Partus macet
 - Kematian Janin Dalam Rahim
 - Ruptur Uteri
 - Perdarahan akibat kesalahan pertolongan, robekan jalan lahir,
 - retensio plasenta, solutio plasenta
 - Infeksi berat
 - Mortalitas bayi

5. PENYAKIT MENULAR SEKSUAL (PMS)

Lingkup Permasalahan :

- Sekitar 333 juta kasus PMS yang dapat disembuhkan terjadi setiap tahunnya
- 1/3 dari infeksi PMS di negara berkembang terjadi pada mereka yang berusia 13 – 20 tahun

- 100 juta remaja usia 10 -19 tahun terinfeksi PMS
- 40% dari infeksi PMS yang tidak dapat disembuhkan termasuk HIV/AIDS terjadi pada remaja usia 15 – 24 tahun
- Perkiraan terkahir ada 7000 remaja terinfeksi HIV setiap harinya
- Di Indonesia, jumlah penderita HIV/AIDS tahun 2000, 7.7% adalah gol. Umur < 20 tahun dan 42.9% dari gol umur 20-29 tahun dari jumlah tsb sebagian besar gejala ditunjukkan pada masa remaja
- Dari 30 kasus baru AIDS yg ditemukan April-Juni 2003 terdapat 56.66% akibat penggunaan jarum suntik narkotika dgn kasus terbanyak 53.33% pada kelompok usia 20-29 tahun

Penyebab banyaknya kasus PMS termasuk HIV/AIDS yang terutama diderita remaja adalah :

- Perilaku seks yang tidak aman
- Kurangnya informasi mengenai kesehatan reproduksi,

NAPZA yang didapat remaja

- Belum optimalnya program Pendidikan Seks bagi remaja
- Kurangnya akses remaja terhadap alat kontrasepsi terutama kondom untuk mencegah penularan PMS dan

HIV/AIDS

- Kecenderungan perempuan/remaja putri lebih besar untuk terinfeksi PMS dan HIV/AIDS
- Meningkatkan resiko mortalitas dan morbiditas

6. PERILAKU DAN SOSIAL BUDAYA YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN DI KOMUNITAS

- Indonesia terdiri dari berbagai macam suku dan budaya yang mempunyai perilaku kesehatan yang bermacam pula
- Sebagian dari perilaku itu ada yang menguntungkan dan ada juga yang merugikan kesehatan terutama kesehatan ibu dan balita.
- Perilaku yang menguntungkan misalnya,
 - Upacara Nujuh bulan bagi ibu hamil, memperlihatkan perhatian dan dukungan yang lebih terhadap ibu hamil
 - Pemanfaatan tanaman tradisional/ tanaman obat untuk mengobati penyakit
 - dll
- Perilaku yang merugikan misalnya,
 - Mitos yang berkembang di masyarakat misalnya,
 - > Ibu hamil dilarang makan ikan, nanti anaknya bau amis
 - > Bayi yang baru lahir disematkan bawang putih spy tidak diculik jin

> dll

- Di beberapa budaya, pria muda diharapkan memperoleh pengalaman seks pertama dgn PSK untuk membuktikan kejantanan
- Perempuan/remaja putri seringkali dipaksa berhubungan seks atau dijual ortu untuk membantu menghidupi keluarga
- Mengasingkan wanita yang sedang haid atau wanita yang akan melahirkan
- Predikat “kampungan” kalau belum pernah berhubungan seks sebelum menikah
- Budaya masyarakat yang menempatkan kedudukan laki-laki lebih tinggi dari perempuan

BAB III

STRATEGI PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS

I. PENDEKATAN EDUKATIF DALAM PERAN SERTA MASYARAKAT

Pelayanan kebidanan komunitas dikembangkan berawal dari pola hidup masyarakat yang tidak lepas dari faktor lingkungan, adat istiadat, ekonomi, sosial budaya dll. Sebagian masalah komunitas merupakan hasil perilaku masyarakat sehingga perlu melibatkan masyarakat secara aktif. Keberadaan kader kesehatan dari masyarakat sangat penting untuk meningkatkan rasa percaya diri masyarakat terhadap kemampuan yang mereka miliki.

1. Definisi

a. Secara umum

Rangkaian kegiatan yang dilaksanakan secara sistematis, terencana dan terarah dengan partisipasi aktif individu, kelompok, masyarakat secara keseluruhan untuk memecahkan masalah yang dirasakan masyarakat dengan mempertimbangkan faktor sosial, ekonomi dan budaya setempat.

b. Secara khusus

Merupakan model dari pelaksanaan organisasi dalam memecahkan masalah yang dihadapi masyarakat dengan pendekatan pokok yaitu pemecahan masalah dan proses pemecahan masalah tersebut.

2. Tujuan pendekatan edukatif

- a. Memecahkan masalah yang dihadapi oleh masyarakat yang merupakan masalah kebidanan komunitas.
- b. Kembangkan kemampuan masyarakat, hal ini berbeda dengan memecahkan masalah yang dihadapi atas dasar swadaya sebatas kemampuan.

3. Strategi dasar pendekatan edukatif

a. Mengembangkan provider

Perlu adanya kesamaan persepsi dan sikap mental positif terhadap pendekatan yang ditempuh serta sepakat untuk mensukseskan.

Langkah-langkah pengembangan provider

- 1) Pendekatan terhadap pemuka atau pejabat masyarakat.
Bertujuan untuk mendapat dukungan, sehingga dapat menentukan kebijakan nasional atau regional. Bentuknya pertemuan perorangan, dalam kelompok kecil, pernyataan beberapa pejabat yang berpengaruh.
- 2) Pendekatan terhadap pelaksana dari sektor diberbagai tingkat administrasi sampai dengan tingkat desa.

Tujuan yang akan dicapai adalah adanya kesepakatan, memberi dukungan dan merumuskan kebijakan serta pola pelaksanaan secara makro. Berbentuk lokakarya, seminar, raker, musyawarah.

- 3) Pengumpulan data oleh sektor kecamatan/desa
Merupakan pengenalan situasi dan masalah menurut pandangan petugas/provider. Macam data yang dikumpulkan meliputi data umum , data khusus dan data perilaku.

b. Pengembangan masyarakat

Pengembangan masyarakat adalah menghimpun tenaga masyarakat untuk mampu dan mau mengatasi masalahnya sendiri secara swadaya sebatas kemampuan. Dengan melibatkan partisipasi aktif masyarakat untuk menentukan masalah, merencanakan alternatif, melaksanakan dan menilai usaha pemecahan masalah yang dilaksanakan. Langkah- langkahnya meliputi pendekatan tingkat desa, survei mawas diri, perencanaan, pelaksanaan dan penilaian serta pemantapan dan pembinaan.

2. PELAYANAN YANG BERORIENTASI PADA KEBUTUHAN MASYARAKAT

Proses dimana masyarakat dapat mengidentifikasi kebutuhan dan tentukan prioritas dari kebutuhan tersebut serta mengembangkan keyakinan masyarakat untuk berusaha memenuhi kebutuhan sesuai skala prioritas berdasarkan atas sumber-sumber yang ada di masyarakat sendiri maupun berasal dari luar secara gotong royong. Terdiri dari 3 aspek penting meliputi proses, masyarakat dan memfungsikan masyarakat.

Terdiri dari 3 jenis pendekatan :

1. Specific Content Approach

Yaitu pendekatan perorangan atau kelompok yang merasakan masalah melalui proposal program kepada instansi yang berwenang.

Contoh : pengasapan pada kasus DBD

2. General Content objektive approach

Yaitu pendekatan dengan mengkoordinasikan berbagai upaya dalam bidang kesehatan dalam wadah tertentu.

Contoh : posyandu meliputi KIA, imunisasi, gizi, KIE dsb.

3. Proses Objective approach

Yaitu pendekatan yang lebih menekankan pada proses yang dilaksanakan masyarakat sebagai pengambil prakarsa kemudian dikembangkan sendiri sesuai kemampuan.

Contoh : kader

3. MENGGUNAKAN ATAU MEMANFAATKAN FASILITAS DAN POTENSI YANG ADA DI MASYARAKAT

Masalah kesehatan pada umumnya disebabkan rendahnya status sosial-ekonomi yang mengakibatkan ketidaktahuan dan ketidakmampuan memelihara diri sendiri (self care) sehingga apabila berlangsung terus akan berdampak pada status kesehatan keluarga dan masyarakat juga produktivitasnya.

1. Definisi

- a. Usaha membantu manusia mengubah sikapnya terhadap masyarakat, membantu menumbuhkan kemampuan orang, berkomunikasi dan menguasai lingkungan fisiknya.
- b. Pengembangan manusia yang tujuannya adalah untuk mengembangkan potensi dan kemampuan manusia mengontrol lingkungannya.

2. Langkah – langkah

- a. Ciptakan kondisi agar potensi setempat dapat dikembangkan dan dimanfaatkan
- b. Tingkatkan mutu potensi yang ada
- c. Usahakan kelangsungan kegiatan yang sudah ada.

- d. Tingkatkan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan.

3. Prinsip – prinsip dalam mengembangkan masyarakat

- a. Program ditentukan oleh atau bersama masyarakat.
- b. Program disesuaikan dengan kemampuan masyarakat.
- c. Dalam pelaksanaan kegiatan harus ada bimbingan, pengarahan, dan dorongan agar dari satu kegiatan dapat dihasilkan kegiatan lainnya.
- d. Petugas harus bersedia mendampingi dengan mengambil fungsi sebagai katalisator untuk mempercepat proses.

4. Bentuk-bentuk program masyarakat

- a. Program intensif yaitu pengembangan masyarakat melalui koordinasi dengan dinas terkait/kerjasama lintas sektoral.
- b. Program adaptif yaitu pengembangan masyarakat hanya ditugaskan pada salah satu instansi/departemen yang bersangkutan saja secara khusus untuk melaksanakan kegiatan tersebut/kerjasama lintas program

- c. Program proyek yaitu pengembangan masyarakat dalam bentuk usaha – usaha terbatas di wilayah tertentu dan program disesuaikan dengan kebutuhan wilayah tersebut.

BAB IV

TUGAS DAN TANGGUNG JAWAB BIDAN DI KOMUNITAS

1. TUGAS UTAMA BIDAN DI KOMUNITAS

1. **Pelaksana asuhan atau pelayanan kebidanan.**
 - a. Melaksanakan asuhan kebidanan dengan standar profesional.
 - b. Melaksanakan asuhan kebidanan ibu hamil normal dengan komplikasi, patologis dan resiko tinggi dengan melibatkan klien/keluarga.

- c. Melaksanakan asuhan ibu bersalin normal dengan komplikasi, patologis dan resiko tinggi dengan melibatkan klien/keluarga.
- d. Melaksanakan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir normal dengan komplikasi, patologis dan resiko tinggi dengan melibatkan klien/keluarga.
- e. Melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu nifas dan menyusui normal dengan komplikasi, patologis dan resiko tinggi dengan melibatkan klien/keluarga.
- f. Melaksanakan asuhan kebidanan pada bayi dan balita dengan melibatkan klien/keluarga.
- g. Melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita atau ibu dengan gangguan sistem reproduksi dengan melibatkan klien/keluarga.
- h. Melaksanakan asuhan kebidanan komunitas melibatkan klien/keluarga.
- i. Melaksanakan pelayanan keluarga berencana melibatkan klien/keluarga.
- j. Melaksanakan pendidikan kesehatan di dalam pelayanan kebidanan.

2. Pengelola pelayanan KIA/KB.

- a. Mengembangkan pelayanan kesehatan masyarakat terutama pelayanan kebidanan untuk individu, keluarga, kelompok khusus dan masyarakat

diwilayah kerjanya dengan melibatkan keluarga dan masyarakat.

- b. Berpartisipasi dalam tim untuk melaksanakan program kesehatan dan program sektor lain diwilayah kerjanya melalui peningkatan kemampuan dukun bayi, kader kesehatan, dan tenaga kesehatan lain yang berada diwilayah kerjanya
- c. Pendidikan klien, keluarga, masyarakat dan tenaga kesehatan.

Melaksanakan bimbingan/penyuluhan, pendidikan pada klien, masyarakat dan tenaga kesehatan termasuk siswa bidan/keperawatan, kader, dan dukun bayi yang berhubungan dengan KIA/KB.

- d. Penelitian dalam asuhan kebidanan.
Melaksanakan penelitian secara mandiri atau bekerjasama secara kolaboratif dalam tim penelitian tentang askeb.

2. TUGAS TAMBAHAN BIDAN DI KOMUNITAS

TUGAS TAMBAHAN BIDAN DI KOMUNITAS

1. Upaya perbaikan kesehatan lingkungan.
2. Mengelola dan memberikan obat - obatan sederhana sesuai dengan kewenangannya.
3. Surveillance penyakit yang timbul di masyarakat.

4. Menggunakan teknologi tepat guna kebidanan.

3. BIDAN PRAKTEK MANDIRI/ SWASTA

Praktek pelayanan bidan perorangan (mandiri/swasta), merupakan penyedia layanan kesehatan, yang memiliki kontribusi cukup besar dalam memberikan pelayanan, khususnya dalam meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak. Supaya masyarakat pengguna jasa layanan bidan memperoleh akses pelayanan yang bermutu dari pelayanan bidan, perlu adanya regulasi pelayanan praktek bidan secara jelas, persiapan sebelum bidan melaksanakan pelayanan praktek, seperti perizinan, tempat, ruangan, peralatan praktek, dan kelengkapan administrasi semuanya harus sesuai dengan standar. Setelah bidan melaksanakan pelayanan di lapangan, untuk menjaga kualitas dan keamanan dari layanan bidan, dalam memberikan pelayanan harus sesuai dengan kewenangannya. Pihak pemerintah dalam hal ini Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan organisasi Ikatan Bidan memiliki kewenangan untuk pengawasan dan pembinaan kepada bidan yang melaksanakan praktek perlu melaksanakan tugasnya dengan baik.

Penyebaran dan pendistribusian bidan yang melaksanakan praktek perlu pengaturan agar terdapat pemerataan akses pelayanan yang sedekat mungkin dengan masyarakat yang membutuhkannya. Tarif dari pelayanan bidan praktek akan lebih

baik apabila ada pengaturan yang jelas dan transparan, sehingga masyarakat tidak ragu untuk datang ke pelayanan bidan praktek perorangan (swasta). Informasi dari jasa pelayanan bidan untuk masyarakat perlu pengaturan yang jelas, agar masyarakat mendapatkan informasi yang jelas, sehingga konsumen bidan praktek swasta mendapatkan kepuasan akan layanan yang diterimanya.

Kompetensi minimal bidan praktek swasta meliputi :

1. Ruang lingkup profesi

- a. Diagnostik (klinik, laboratorik)
- b. Terapy (promotif, preventif)
- c. Merujuk
- d. Kemampuan komunikasi interpersonal

2. Mutu pelayanan

- a. Pemeriksaan seefisien mungkin
- b. Internal review
- c. Pelayanan sesuai standar pelayanan kebidanan dan etika profesi
- d. Humanis (tidak diskriminatif)

3. Kemitraan

- a. Sejawat/kolaborasi
- b. Dokter, perawat, petugas kesehatan yang lain, psikolog, sosiolog
- c. Pasien, komunitas

4. Manajemen

- a. Waktu
- b. Alat
- c. Informasi/MR
- d. Obat
- e. Jasa
- f. Administrasi/regulasi/Undang-Undang

5. Pengembangan diri

- a. CME (Continue Midwifery Education)
- b. Information Search

PROGRAM BIDAN DELIMA

1. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan di Indonesia dewasa ini masih diwarnai oleh rawannya derajat kesehatan ibu dan anak, terutama pada kelompok yang paling rentan yaitu ibu hamil, ibu bersalin dan nifas, serta bayi pada masa perinatal, yang ditandai dengan masih tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Perinatal (AKP).

Salah satu upaya yang mempunyai dampak relatif cepat terhadap penurunan AKI dan AKP adalah dengan penyediaan pelayanan kebidanan berkualitas yang dekat dengan masyarakat dan didukung dengan peningkatan jangkauan dan kualitas pelayanan rujukan. Sebanyak 30% bidan memberikan pelayanan praktek perorangan (IBI, 2002), dengan berbagai jenis

pelayanan yang diberikan yaitu pelayanan kontrasepsi suntik 58%, kontrasepsi pil, IUD dan implant 25%, dan pelayanan pada ibu hamil dan bersalin masing-masing 93% dan 66%. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa bidan mempunyai peran besar dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak di masyarakat.

Mengingat peran besar dalam pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi tersebut maka berbagai program telah dilaksanakan untuk meningkatkan kualitas pelayanan Bidan Praktek Swasta agar sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku.

Salah satu upaya IBI ialah bekerja sama dengan BKKBN dan Departemen Kesehatan serta dukungan dan bantuan teknis dari USAID melalui program STARH (Sustaining Technical Assistance in Reproductive Health) tahun 2000–2005 dan HSP (Health Services Program) tahun 2005 – 2009 mengembangkan program Bidan Delima untuk peningkatan kualitas pelayanan

Bidan Praktek Swasta dan pemberian penghargaan bagi mereka yang berprestasi dalam pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi.

2. Kerangka Pikir Bidan Delima

Pelayanan bidan di Indonesia mempunyai akar yang kuat sejak zaman Belanda, dan mengalami pasang surut sepanjang zaman kemerdekaan terutama ditinjau dari segi penyelenggaraan pendidikan sebagai institusi yang mempersiapkan bidan sebelum diterjunkan untuk memberikan pelayanan di masyarakat. Riwayat pendidikan bidan di Indonesia sangat fluktuatif dan mengalami pasang surut, dengan sendirinya menghasilkan kinerja pelayanan bidan yang bervariasi.

Kemajuan dunia global yang pesat baik di bidang teknologi informasi, pengetahuan dan teknologi kesehatan termasuk kesehatan reproduksi berdampak pada adanya persaingan yang ketat dalam bidang pelayanan kesehatan. Tuntutan masyarakat pada saat ini adalah pelayanan yang berkualitas, aman, nyaman, dan terjangkau. Hal ini mendorong bidan untuk siap, tanggap serta mampu merespon dan mengantisipasi kemajuan zaman dan kebutuhan masyarakat.

Disisi lain IBI sebagai organisasi profesi yang dalam tujuan filosofisnya melakukan pembinaan dan pengayoman bagi anggotanya juga terus berupaya untuk mencari terobosan guna tercapainya peningkatan profesionalisme para anggotanya.

3. Pengertian Bidan Delima

Bidan Delima adalah suatu program terobosan strategis yang mencakup :

- a. Pembinaan peningkatan kualitas pelayanan bidan dalam lingkup Keluarga
- b. Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi.
- c. Merk Dagang/Brand.
- d. Mempunyai standar kualitas, unggul, khusus, bernilai tambah, lengkap, dan memiliki hak paten.
- e. Rekrutmen Bidan Delima ditetapkan dengan kriteria, system, dan proses baku yang harus dilaksanakan secara konsisten dan berkesinambungan.
- f. Menganut prinsip pengembangan diri atau self development, dan semangat tumbuh bersama melalui dorongan dari diri sendiri, mempertahankan dan meningkatkan kualitas, dapat memuaskan klien beserta keluarganya.
- g. Jaringan yang mencakup seluruh Bidan Praktek Swasta dalam pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi.

4. Tujuan

- a. Meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat.
- b. Meningkatkan profesionalitas Bidan.
- c. Mengembangkan kepemimpinan Bidan di masyarakat.
- d. Meningkatkan cakupan pelayanan Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana.

- e. Mempercepat penurunan angka kesakitan dan kematian Ibu, Bayi dan Anak.

5. Logo Bidan Delima

a. Makna yang ada pada Logo Bidan Delima adalah:

Bidan 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.

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

b. 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/branding/merk Bidan Delima menandakan bahwa BPS 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).

6. Landasan Hukum

- a. UU No.23 tahun 1992 tentang Kesehatanb. Anggaran Dasar IBI, Bab II Pasal 8 dan Anggaran Rumah Tangga IBI Bab III Pasal 4.
- b. Permenkes No.900/VII/2002 tentang Registrasi dan Praktek Bidan.
- c. SPK (Standar Pelayanan Kebidanan) IBI 2002.

7. Visi dan Misi

a. Visi

Meningkatkan kualitas pelayanan untuk memberikan yang terbaik, agar dapat memenuhi keinginan masyarakat

b. Misi

Bidan Delima adalah Bidan Praktek Swasta yang mampu memberikan pelayanan berkualitas terbaik dalam bidang kesehatan reproduksi dan keluarga berencana, bersahabat dan peduli terhadap kepentingan pelanggan, serta memenuhi bahkan melebihi harapan pelanggan.

8. Strategi

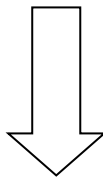
Menggalang upaya terpadu dalam meningkatkan kualitas pelayanan dan profesionalisme Bidan Praktek Swasta dengan:

- a. Menyiapkan pengelola program Bidan Delima di setiap jenjang kepengurusan IBI.
- b. Mengembangkan jaringan pelayanan Bidan Delima yang dirancang secara sistematis sesuai dengan standar kualitas pelayanan yang baku.
- c. Mensosialisasikan program Bidan Delima kepada seluruh jajaran IBI dan Bidan Praktek Swasta dalam rangka meningkatkan minat dan jumlah Bidan berpredikat Bidan Delima.
- d. Memberikan penghargaan kepada Bidan Delima yang berprestasi.
- e. Meluncurkan program pemasaran Bidan Delima untuk meningkatkan minat masyarakat menggunakan jejaring pelayanan Bidan Delima. Suatu program akan dapat terlaksana dengan baik melalui pengelolaan yang cermat dan konsisten; dengan berorientasi utamanya pada potensi, ketersediaan sumber daya dan kemampuan internal organisasi pelaksanaannya. Untuk melaksanakan program Bidan Delima ini; IBI telah memiliki potensi dan sumber daya yang memadai dan akan mencapai hasil yang lebih optimal apabila memperoleh dukungan baik dari internal IBI maupun dari stakeholder.

BAB V
ASPEK PERLINDUNGAN HUKUM BAGI BIDAN DI
KOMUNITAS

I. STANDAR PELAYANAN KEBIDANAN

Pelayanan dilakukan dengan dasar yang jelas



- ♥ Agar aman dan efektif
- ♥ Melindungi masyarakat
- ♥ Masyarakat lebih percaya thd pelaksana pelayanan

RUANG LINGKUP SPK

- Standar pelayanan umum
- Standar pelayanan antenatal
- Standar pertolongan persalinan
- Standar pelayanan nifas
- Standar pelayanan kegawatan obstetri dan neonatal

Standar Pelayanan umum

- ❖ Persiapan untuk kehidupan keluarga sehat
- ❖ Pencatatan dan pelaporan

Standar Pelayanan Antenatal

- ❖ Identitas ibu hamil
- ❖ Pemeriksaan dan pemantauan antenatal
- ❖ Palpasi abdominal
- ❖ Pengelolaan anemia pada kehamilan
- ❖ Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan
- ❖ Persiapan persalinan

Standar Pertolongan Persalinan

- ❖ Asuhan persalinan kala I
- ❖ Persalinan kala II yang aman
- ❖ Penatalaksanaan aktif persalinan kala III
- ❖ Penanganan kala II dengan gawat janin melalui episiotomi

Standar Pelayanan Nifas

- ❖ Perawatan BBL
- ❖ Penanganan pada 2 jam pertama setelah persalinan
- ❖ Pelayanan pada ibu dan bayi pada masa nifas

Standar Pelayanan Kegawatan Obstetri dan Neonatal

- ❖ Penanganan perdarahan dalam kehamilan pada trimester III
- ❖ Penanganan kegawatan pada eklamsia
- ❖ Penanganan kegawatan pada partus lama/macet
- ❖ Persalinan dengan vakum ekstraktor
- ❖ Penanganan retensio plasenta
- ❖ Penanganan perdarahan post partum primer
- ❖ Penanganan perdarahan postpartum sekunder
- ❖ Penanganan sepsis puerperalis
- ❖ Penanganan asfiksia neonatorum

2. KODE ETIK BIDAN

1. Pendahuluan

Pola pikir manusia Indonesia dari tahun ke tahun terus berkembang sejalan dengan pertumbuhan dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang dari hari ke hari semakin cepat sehubungan dengan derasnya era informasi.

Kemajuan tersebut menyebabkan timbulnya berbagai permasalahan antara lain mahalnya pelayanan medik. Selain itu terjadi pula perubahan tata nilai dalam masyarakat, yaitu masyarakat semakin kritis memandang masalah yang ada termasuk menilai pelayanan yang diperolehnya.

Saat ini masyarakat acapkali merasakan ketidakpuasan terhadap pelayanan bahkan tidak menutup kemungkinan mengajukan tuntutan ke muka pengadilan. Apabila seorang bidan merugikan pasien dan dituntut oleh pasien tersebut akan merupakan berita yang menarik dan tersebar luas di masyarakat melalui media elektronik dan media massa lainnya. Hal tersebut menjadi permasalahan yang perlu diperhatikan. Untuk itu dibutuhkan suatu pedoman yang menyeluruh dan integratif tentang sikap dan perilaku yang harus dimiliki oleh seorang bidan yaitu kode etik kebidanan.

2. Pengertian

a. Definisi Bidan

Bidan adalah seorang wanita yang telah mengikuti dan menyelesaikan pendidikan bidan yang telah diakui pemerintah dan lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku, dicatat (register), diberi izin secara sah untuk menjalankan praktik

b. Definisi Kode Etik

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

c. Kode Etik Bidan

Kode etik bidan Indonesia pertama kali disusun pada tahun 1986 dan disahkan dalam Konggres Nasional Ikatan Bidan Indonesia X tahun 1988, sedang petunjuk pelaksanaannya disahkan dalam Rapat Kerja Nasional (Rakernas) IBI tahun 1991, kemudian disempurnakan dan disahkan pada Konggres Nasional IBI ke XII tahun 1998. Sebagai pedoman dalam berperilaku, Kode Etik Bidan Indonesia mengandung beberapa kekuatan yang semuanya tertuang dalam mukadimah dan tujuan bab.

Secara umum Kode Etik tersebut berisi 7 bab. Ketujuh bab dapat dibedakan atas tujuh bagian yaitu :

- 1) Kewajiban bidan terhadap klien dan masyarakat (6 butir)
- 2) Kewajiban bidan terhadap tugasnya (3 butir)
- 3) Kewajiban bidan terhadap teman sejawat dan tenaga kesehatan lainnya (2 butir)
- 4) Kewajiban bidan terhadap profesinya (3 butir)
- 5) Kewajiban bidan terhadap diri sendiri (2 butir)

- 6) Kewajiban bidan terhadap pemerintah, bangsa dan tanah air (2 butir)
- 7) Penutup (1butir)

3. STANDAR ASUHAN KEBIDANAN

- Merupakan pernyataan-pernyataan tertulis mengenai harapan-harapan, tk keterampilan/kompetensi utk memastikan suatu hasil tertentu
- Meningkatkan mutu dan kualitas
- Memberikan perlindungan kepada bidan maupun pasien

4. REGISTRASI PRAKTIK BIDAN

Dijelaskan dalam Kepmenkes No.900/Menkes/SK/VII/2002,

Berisi tentang :

- Ketentuan-ketentuan umum
- Pelaporan dan registrasi
- Masa bakti
- Perizinan
- Praktik bidan
- Pencatatan dan pelaporan
- Pejabat yang berwenang mengeluarkan dan mencabut izin praktik
- Pembinaan dan pengawasan

- Sanksi
- Ketentuan peralihan dan penutup

5. KEWENANGAN BIDAN DI KOMUNITAS

Ditetapkan dalam Kepmenkes No.900/Menkes/SK/VII/2002

Bidan di komunitas berwenang memberikan :

- Pelayanan Kebidanan
- Pelayanan Keluarga Berencana
- Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Pelayanan Kebidanan meliputi :

- ❖ Pelayanan Kebidanan pada Ibu :
Pra nikah, pra hamil, kehamilan, persalinan, nifas,
menyusui dan periode interval
- ❖ Pelayanan Kebidanan pada Anak :
BBL, bayi, balita, pra sekolah

BAB VI

ASUHAN ANTENATAL

1. ASUHAN ANTENATAL

ASUHAN ANTENATAL

- a. Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya, dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam Standar Pelayanan Kebidanan (SPK).
- b. Asuhan antenatal adalah :
Asuhan yang diberikan untuk ibu sebelum kelahiran.
(*Depkes, 2003*).

Tujuan asuhan antenatal :

- 1) Memantau kemajuan kehamilan
- 2) Mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial
- 3) Deteksi dini adanya ketidaknormalan
- 4) Mempersiapkan persalinan cukup bulan dan selamat
- 5) Agar masa nifas normal
- 6) Mempersiapkan ibu dan keluarga setelah bayi lahir.

Asuhan antenatal yang mungkin tidak bermanfaat bahkan merugikan :

- 1) Pembatasan diet untuk eklamsi dan pre eklamsi
- 2) Penilaian letak janin sebelum minggu ke 36 minggu

- 3) Opname untuk kehamilan kembar
- 4) Membatasi kegiatan seksual selama kehamilan
- 5) Aspirin untuk mencegah kehamilan
- 6) Suplemen calcium untuk mencegah kaki kram
- Pemberian diuretika untuk tekanan darah tinggi karena kehamilan

Kompetensi bidan dalam asuhan antenatal

Kompetensi ke-3 : Bidan memberi asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi: deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu.

Pengetahuan Dasar :

1. Anatomi dan fisiologi tubuh manusia.
2. Siklus menstruasi dan proses konsepsi.
3. Tumbuh kembang janin dan faktor-faktor yang mempengaruhinya.
4. Tanda-tanda dan gejala kehamilan.
5. Mendiagnosa kehamilan.
6. Perkembangan normal kehamilan.
7. Komponen riwayat kesehatan.
8. Komponen pemeriksaan fisik yang terfokus selama antenatal.

9. Menentukan umur kehamilan dari riwayat menstruasi, pembesaran dan/atau tinggi fundus uteri.
10. Mengenal tanda dan gejala anemia ringan dan berat, hyperemesis gravidarum, kehamilan ektopik terganggu, abortus imminen, molahydatidosa dan komplikasinya, dan kehamilan ganda, kelainan letak serta pre eklamsia.
11. Nilai Normal dari pemeriksaan laboratorium seperti Haemaglobin dalam darah, test gula, protein, acetone dan bakteri dalam urine.
12. Perkembangan normal dari kehamilan: perubahan bentuk fisik, ketidaknyamanan yang lazim, pertumbuhan fundus uteri yang diharapkan.
13. Perubahan psikologis yang normal dalam kehamilan dan dampak kehamilan terhadap keluarga.
14. Penyuluhan dalam kehamilan, perubahan fisik, perawatan buah dada ketidaknyamanan, kebersihan, seksualitas, nutrisi, pekerjaan dan aktifitas (senam hamil).
15. Kebutuhan nutrisi bagi wanita hamil dan janin.
16. Penata laksanaan immunisasi pada wanita hamil.
17. Pertumbuhan dan perkembangan janin.
18. Persiapan persalinan, kelahiran, dan menjadi orang tua.

19. Persiapan keadaan dan rumah/keluarga untuk menyambut kelahiran bayi.
20. Tanda-tanda dimulainya persalinan.
21. Promosi dan dukungan pada ibu menyusukan.
22. Teknik relaksasi dan strategi meringankan nyeri pada persiapan persalinan dan kelahiran.
23. Mendokumentasikan temuan dan asuhan yang diberikan.
24. Mengurangi ketidaknyamanan selama masa kehamilan.
25. Penggunaan obat-obat tradisional ramuan yang aman untuk mengurangi ketidaknyamanan selama kehamilan.
26. Akibat yang ditimbulkan dari merokok, penggunaan alkohol, dan obat terlarang bagi wanita hamil dan janin.
27. Akibat yang ditimbulkan/ditularkan oleh binatang tertentu terhadap kehamilan, misalnya toxoplasmosis.
28. Tanda dan gejala dari komplikasi kehamilan yang mengancam jiwa seperti pre-eklampsia, perdarahan pervaginam, kelahiran premature, anemia berat.
29. Kesejahteraan janin termasuk DJJ dan pola aktivitas janin.
30. Resusitasi kardiopulmonary.

Pengetahuan Tambahan :

1. Tanda, gejala dan indikasi rujukan pada komplikasi tertentu dalam kehamilan, seperti asma, infeksi HIV, infeksi menular seksual (IMS), diabetes, kelainan jantung, postmatur/serotinus.
2. Akibat dari penyakit akut dan kronis yang disebut diatas bagi kehamilan dan janinnya.

Keterampilan Dasar :

1. Mengumpulkan data riwayat kesehatan dan kehamilan serta menganalisanya pada setiap kunjungan/pemeriksaan ibu hamil.
2. Melaksanakan pemeriksaan fisik umum secara sistematis dan lengkap.
3. Melaksanakan pemeriksaan abdomen secara lengkap termasuk pengukuran tinggi fundus uteri/posisi/presentasi dan penurunan janin.
4. Melakukan penilaian pelvic, termasuk ukuran dan struktur tulang panggul.
5. Menilai keadaan janin selama kehamilan termasuk detak jantung janin dengan menggunakan fetoscope (Pinrad) dan gerakan janin dengan palpasi uterus.
6. Menghitung usia kehamilan dan menentukan perkiraan persalinan.

7. Mengkaji status nutrisi ibu hamil dan hubungannya dengan pertumbuhan janin.
8. Mengkaji kenaikan berat badan ibu dan hubungannya dengan komplikasi kehamilan.
9. Memberikan penyuluhan pada klien/keluarga mengenai tanda-tanda berbahaya serta bagaimana menghubungi bidan.
10. Melakukan penatalaksanaan kehamilan dengan anemia ringan, hyperemesis gravidarum tingkat I, abortus imminen dan pre eklamsia ringan.
11. Menjelaskan dan mendemonstrasikan cara mengurangi ketidaknyamanan yang lazim terjadi dalam kehamilan.
12. Memberikan immunisasi pada ibu hamil.
13. Mengidentifikasi penyimpangan kehamilan normal dan melakukan penanganan yang tepat termasuk merujuk ke fasilitas pelayanan tepat dari:
 - a. Kekurangan gizi.
 - b. Pertumbuhan janin yang tidak adekuat: SGA & LGA.
 - c. Pre eklamsia berat dan hipertensi.
 - d. Perdarahan per-vaginam.
 - e. Kehamilan ganda pada janin kehamilan aterm.
 - f. Kelainan letak pada janin kehamilan aterm.
 - g. Kematian janin.

- h. Adanya adema yang signifikan, sakit kepala yang hebat, gangguan pandangan, nyeri epigastrium yang disebabkan tekanan darah tinggi.
 - i. Ketuban pecah sebelum waktu (KPD=Ketuban Pecah Dini).
 - j. Persangkaan polyhydramnion.
 - k. Diabetes melitus.
 - l. Kelainan congenital pada janin.
 - m. Hasil laboratorium yang tidak normal.
 - n. Persangkaan polyhydramnion, kelainan janin.
 - o. Infeksi pada ibu hamil seperti : IMS, vaginitis, infeksi saluran perkemihan dan saluran nafas.
14. Memberikan bimbingan dan persiapan untuk persalinan, kelahiran dan menjadi orang tua.
 15. Memberikan bimbingan dan penyuluhan mengenai perilaku kesehatan selama hamil seperti nutrisi, latihan (senam), keamanan dan berhenti merokok.
 16. Penggunaan secara aman jamu/obat-obatan tradisional yang tersedia.

Keterampilan Tambahan :

1. Menggunakan Doppler untuk memantau DJJ.
2. Memberikan pengobatan dan/atau kolaborasi terhadap penyimpangan dari keadaan normal dengan

menggunakan standar local dan sumber daya yang tersedia.

3. Melaksanakan kemampuan Asuhan Pasca Keguguran.

Asuhan Antenatal

a. Standar Asuhan Kebidanan

Terdapat enam standar pelayanan antenatal sbb:

1. Identifikasi Ibu Hamil

TUJUAN

Mengenali dan memotivasi ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya.

Yang perlu diingat:

Perlu diingat bahwa:

- Jika ditemukan alasan ibu-ibu hamil tidak memeriksakan kehamilannya maka bidan harus bekerja sama dengan masyarakat untuk mengatasi masalah ini.
- Setiap ibu hamil minimal 4 kali melakukan pemeriksaan antenatal selama masa kehamilannya.
- Bekerjasama dengan setiap ibu, suami dan keluarganya sehingga ibu melakukan perawatan antenatal.

2. Pemeriksaan dan Pemantauan Antenatal

TUJUAN :

Memberikan pelayanan yang berkualitas dan deteksi dini komplikasi kehamilan

Perlu diingat bahwa:

- Segera rujuk jika ditemukan kelainan yang memerlukan pemeriksaan lanjutan.
- Tindak lanjuti setiap rujukan.
- Rujukan sebaiknya dilakukan tepat waktu, untuk menghindari komplikasi.

3. Palpasi Abdominal

TUJUAN :

Mempersiapkan kehamilan, pemantauan pertumbuhan janin, penentuan letak, posisi dan bagian bawah janin.

Kelainan yang memerlukan perawatan lanjutan :

- TFU berbeda dengan usia kehamilan.
- Kelainana letak.
- Dugaan kehamilan ganda.
- Denyut jantung janin kurang dari 100x/mnt atau lebih dari 160x/mnt, atau tidak teratur.
- Gerakan janin lemah atau menurun pada bulan terakhir kehamilan.
- Cairan amnion berlebihan atau kurang

4. Pengelolaan Anemia dalam Kehamilan

TUJUAN :

Menemukan anemia pada kehamilan secara dini, melakukan tindak lanjut yang memadai untuk mengatasi anemia sebelum persalinan berlangsung.

Perlu diingat bahwa:

- Anemia dalam kehamilan berdampak buruk bagi ibu dan bayinya.
- Jika prevalensimalaria tinggi, tekankan untuk menggunakan kelambu dan memberantas nyamuk.
- Cegah anemia dalam kehamilan dengan memberikan makan bergizi bagi anak perempuan, terutama remaja putri.
- Syok dapat terjadi walupun perdarahan sedikit jika ibu mengalami anemia.

5. Pengelolaan Dini Hipertensi pada Kehamilan

TUJUAN :

Mengenali dan menemukan secara dini hipertensi pada kehamilan dan melakukan tindakan yang diperlukan

Perlu diingat bahwa:

- Tekanan darah harus diukur secara seksama
- Tidak memposisikan ibu telentang.
- Baca angka tensimeter setinggi mata
- Gunakan ukuran manset yang tepat.
- Periksa apakah semua peralatan bekerja dengan baik.

- Catat hasil pengukuran tekanan darah

6. Persiapan Persalinan

TUJUAN :

Untuk memastikan bahwa persalinan direncanakan dalam lingkungan yang aman dan memadai dengan pertolongan bidan terampil.




Perlu diingat bahwa :

- Peringatkan ibu hamil agar tidak memasukkan atau mengoleskan minyak atau bahan lainnya kedalam vagian pada akhir kehamilan.
- Peringatkan kepada ibu dan keluarga jika ketuban telah pecah untuk menghubungi bidan.
- Peringatkan bahwa setiap perdarahan pervaginam selama kehamilan atau persalinan yang bukan darah dan lendir, adalah tanda bahaya.
- Pastikan ibu dan keluarga mengerti tanda dan gejala preeklamsia berat

Standar Alat

Standar alat yang digunakan dalam pelayanan antenatal:




- ✚ Tempat tidur
- ✚ Timbangan berat badan
- ✚ Tensimeter
- ✚ Stetoskop

-  Stetoskop laenec
-  Metelin
-  Set imunisasi TT

Manajemen Ibu Antenatal

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisir pikiran serta tidnakan berdasarkan teori yang ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangakaian tahapan untuk mengambil keputusan yang berfokus pada klien. (Varney, 1997)

Kebijakan program :

-  Satu kali pada triwulan pertama. Keahmilan sampai dengan 14 minggu
-  Satu kali pada triwulan kedua. Kehamilan 14-28 minggu
-  Dua kali pada triwulan ketiga. Kehamilan 28-36 minggu dan sesudah 36 minggu.

Standar minimal asuhan :

1. Timbang berat badan
2. Ukur tekanan darah
3. Ukur tinggi fundus uteri
4. Imunisasi TT
5. Pemberian tablet besi

6. Test terhadap PMS
7. Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan
Dan persiapan persalinan

BAB VII

ASUHAN INTRANATAL

I. STANDAR PELAYANAN KEBIDANAN

Terdapat empat standar, yaitu :

1. Standar Persalinan Kala I

TUJUAN :

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

2. Persalinan Kala II yang aman

TUJUAN :

Memastikan persalinan yang bersih dan aman untuk ibu dan bayi.

3. Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala III

TUJUAN :

Membantu secara aktif pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap untuk mengurangi kejadian perdarahan pasca salin, memperpendek waktu persalinan kala 3, mencegah terjadinya atonia uteri dan retensio plasenta.

4. Penanganan Kala II dengan Gawat Janin melalui Episiotomi

TUJUAN :

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

ASUHAN INTRAPARTUM

Kompetensi ke-4 : Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selampersalinan, memimpin selama persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir.

Pengetahuan Dasar :

1. Fisiologi persalinan.
2. Anatomi tengkorak janin, diameter yang penting dan penunjuk.
3. Aspek psikologis dan cultural pada persalinan dan kelahiran.
4. Indikator tanda-tanda mulai persalinan.
5. Kemajuan persalinan normal dan penggunaan partograf atau alat serupa.
6. Penilaian kesejahteraan janin dalam masa persalinan.
7. Penilaian kesejahteraan ibu dalam masa persalinan.
8. Proses penurunan janin melalui pelvic selama persalinan dan kelahiran.

9. Pengelolaan dan penatalaksanaan persalinan dengan kehamilan normal dan ganda.
10. Pemberian kenyamanan dalam persalinan, seperti: kehadiran keluarga pendamping, pengaturan posisi, hidrasi, dukungan moril, pengurangan nyeri tanpa obat.
11. Transisi bayi baru lahir terhadap kehidupan diluar uterus.
12. Pemenuhan kebutuhan fisik bayi baru lahir meliputi pernapasan, kehangatan dan memberikan ASI/PASI, eksklusif 6 bulan.
13. Pentingnya pemenuhan kebutuhan emosional bayi baru lahir, jika memungkinkan antara lain kontak kulit langsung, kontak mata antar bayi dan ibunya bila dimungkinkan.
14. Mendukung dan meningkatkan pemberian ASI eksklusif.
15. Manajemen fisiologi kala III.
16. Memberikan suntikan intra muskuler meliputi: uterotonika, antibiotika dan sedative.
17. Indikasi tindakan kedaruratan kebidanan seperti: distosia bahu, asfiksia neonatal, retensio plasenta, perdarahan karena atonia uteri dan mengatasi renjatan.
18. Indikasi tindakan operatif pada persalinan misalnya gawat janin, CPD.
19. Indikator komplikasi persalinan : perdarahan, partus macet, kelainan presentasi, eklamsia kelelahan ibu, gawat janin, infeksi, ketuban pecah dini tanpa infeksi, distosia

karena inersia uteri primer, post term dan pre term serta tali pusat menubung.

20. Prinsip manajemen kala III secara fisiologis.
21. Prinsip manajemen aktif kala III.

Pengetahuan Tambahan :

1. Penatalaksanaan persalinan dengan malpresentasi.
2. Pemberian suntikan anestesi local.
3. Akselerasi dan induksi persalinan.

Keterampilan Dasar :

1. Mengumpulkan data yang terfokus pada riwayat kebidanan dan tanda-tanda vital ibu pada persalinan sekarang.
2. Melaksanakan pemeriksaan fisik yang terfokus.
3. Melakukan pemeriksaan abdomen secara lengkap untuk posisi dan penurunan janin.
4. Mencatat waktu dan mengkaji kontraksi uterus (lama, kekuatan dan frekuensi).
5. Melakukan pemeriksaan panggul (pemeriksaan dalam) secara lengkap dan akurat meliputi pembukaan, penurunan, bagian terendah, presentasi, posisi keadaan ketuban, dan proporsi panggul dengan bayi.
6. Melakukan pemantauan kemajuan persalinan dengan menggunakan partograph.

7. Memberikan dukungan psikologis bagi wanita dan keluarganya.
8. Memberikan cairan, nutrisi dan kenyamanan yang kuat selama persalinan.
9. Mengidentifikasi secara dini kemungkinan pola persalinan abnormal dan kegawat daruratan dengan intervensi yang sesuai dan atau melakukan rujukan dengan tepat waktu.
10. Melakukan amniotomi pada pembukaan serviks lebih dari 4 cm sesuai dengan indikasi.
11. Menolong kelahiran bayi dengan lilitan tali pusat.
12. Melakukan episiotomi dan penjahitan, jika diperlukan.
13. Melaksanakan manajemen fisiologi kala III.
14. Melaksanakan manajemen aktif kala III.
15. Memberikan suntikan intra muskuler meliputi uterotonika, antibiotika dan sedative.
16. Memasang infus, mengambil darah untuk pemeriksaan hemoglobin (HB) dan hematokrit (HT).
17. Menahan uterus untuk mnecegah terjadinya inverse uteri dalam kala III.
18. Memeriksa kelengkapan plasenta dan selaputnya.
19. Memperkirakan jumlah darah yang keluar pada persalinan dengan benar.
20. Memeriksa robekan vagina, serviks dan perineum.
21. Menjahit robekan vagina dan perineum tingkat II.

22. Memberikan pertolongan persalinan abnormal : letak sungsang, partus macet kepada di dasar panggul, ketuban pecah dini tanpa infeksi, post term dan pre term.
23. Melakukan pengeluaran, plasenta secara manual.
24. Mengelola perdarahan post partum.
25. Memindahkan ibu untuk tindakan tambahan/kegawat daruratan dengan tepat waktu sesuai indikasi.
26. Memberikan lingkungan yang aman dengan meningkatkan hubungan/ikatan tali kasih ibu dan bayi baru lahir.
27. Memfasilitasi ibu untuk menyusui sesegera mungkin dan mendukung ASI eksklusif.
28. Mendokumentasikan temuan-temuan yang penting dan intervensi yang dilakukan.

Keterampilan Tambahan :

1. Menolong kelahiran presentasi muka dengan penempatan dan gerakan tangan yang tepat.
2. Memberikan suntikan anestesi local jika diperlukan.
3. Melakukan ekstraksi forcep rendah dan vacum jika diperlukan sesuai kewenangan.
4. Mengidentifikasi dan mengelola malpresentasi, distosia bahu, gawat janin dan kematian janin dalam kandungan (IUFD) dengan tepat.
5. Mengidentifikasi dan mengelola tali pusat menumbung.
6. Mengidentifikasi dan menjahit robekan serviks.

7. Membuat resep dan atau memberikan obat-obatan untuk mengurangi nyeri jika diperlukan sesuai kewenangan.
8. Memberikan oksitosin dengan tepat untuk induksi dan akselerasi persalinan dan penanganan perdarahan post partum.

2. PERSIAPAN BIDAN

Selalu menerapkan upaya pencegahan infeksi diantaranya cuci tangan, memakai sarung tangan, dan perlengkapan perlindungan pribadi.

1. **Sarung Tangan**

Sarung tangan DTT atau steril harus dipakai saat pemeriksaan dalam, membantu kelahiran bayi, dll.

2. **Perlengkapan Pelindung Pribadi**

Mengenakan PPD sangat membantu penolong terkontaminasi adanya kemungkinan penyakit menular

3. PERSIAPAN RUMAH DAN LINGKUNGAN

Penolong persalinan harus menilai ruangan di mana proses persalinan akan berlangsung. Ruangan harus memiliki sistem penchayaan, baik melalui jendela, lampu di langit-langit kamar,

maupun sumber cahaya lain. Ruangan harus hangat dan terhalang dari tiupan angin secara langsung. Harus tersedia meja atau permukaan yang bersih dan mudah dijangkau untuk meletakkan peralatan yang diperlukan selama persalinan.

4. PERSIAPAN ALAT DAN BIDAN KIT

Bidan Kit :

1. Partus set
2. Hecting set
3. Timbangan bayi
4. Tensi meter
5. Hb Sahli
6. Stetoskop
7. Stetoskop Leanec
8. PPD
9. Termometer
10. Pemeriksaan untuk air seni
11. Sduit 3 cc dan 5 cc
12. Nier bekken

5. PERSIAPAN IBU DAN KELUARGA

1. Anjurkan keluarga untuk mendampingi ibu selama persalinannya.

2. Berikan dukungan dan semangat pada ibu dan keluarga.
3. Tenangkan hati ibu.
4. Bantu ibu memilih posisi yang nyaman
5. Jelaskan cara meneran yang benar saat pembukaan lengkap.
6. Berikan makan dan minum selama proses persalinan

6. MANAJEMEN IBU INTRAPARTUM

- ◆ **Definisi :** adalah asuhan yang diberikan pada ibu saat awal persalinan sampai dengan kelahiran
- ◆ **Tujuan :** memberikan asuhan yang adekuat dan terstandar pada ibu saat awal persalinan sampai dengan kelahiran dengan memperhatikan riwayat selama kehamilan
- ◆ **Hasil yang diharapkan :** terlaksananya asuhan pada ibu intranatal termasuk melakukan pengkajian, membuat diagnosa, mengidentifikasi masalah diagnosa dan masalah potensial, tindakan segera serta merencanakan asuhan

7 Langkah Manajemen Menurut Helen Varney :

I. *Pengkajian (Pengumpulan Data Dasar)*

Pada langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu :

- ☀ Riwayat Kesehatan
- ☀ Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhannya
- ☀ Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya
- ☀ Meninjau data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi

Komponen – komponen pengkajian data fisik ini adalah :

a. Kesehatan secara umum.

- Tanyakan keadaan ibu.

b. Tanda-tanda vital

- Temperatur/suhu
- Tekanan darah
- Nadi
- Pernafasan

c. Pemeriksaan Abdomen

- Menentukan tinggi fundus
- Memantau kontraksi uterus
- Memantau DJJ
- Menentukan presentasi
- Mementukan penurunan bagian terbawah janin

d. Pemeriksaan Dalam

- Nilai portio
- Nilai pembukaan
- Nilai ketuban
- Nilai presentasi

II. Diagnosa, Masalah dan Kebutuhan ibu Postpartum

Melakukan identifikasi yang benar terhadap masalah atau diagnosa berdasarkan intrpretasi yang benar atas data-data yang dikumpulkan. Diagnosa, masalah dan kebutuhan ibu postpartum tergantung dari hasil pengkajian terhadap ibu.

III. Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Mengidentifikasi diagnosa dan masalah potensial yang mungkin terjadi berdasarkan masalah atau diagnosa yang sudah diidentifikasi dan merencanakan antisipasi tindakan. Berdasarkan data yang dikumpulkan, bidan akan memutuskan apakah persalinan ibu normal atau tidak normal.

IV. Identifikasi dan Menetapkan Tindakan Segera

Mengidentifikasi dan menetapkan perlunya tindakan segera oleh bidan atau dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama oleh tim kesehatan lain yang sesuai dnegan kondisi pasien.

V. Membuat Rencana Asuhan

Merencanakan asuhan yang menyeluruh yang rasional sesuai dengan temuan dari langkah sebelumnya. Rencana asuhan untuk ibu yang normal meliputi :

-  Menghadiri orang yang dianggap penting oleh ibu

- ✚ Mengatur aktivitas dan posisi ibu
- ✚ Membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his
- ✚ Menjaga privacy ibu
- ✚ Penjelasan tentang kemajuan persalinan
- ✚ Menjaga kebersihan diri
- ✚ Mengatasi rasa panas
- ✚ Massase
- ✚ Pemberian cukup minum
- ✚ Mempertahankan kandung kemih tetap kosong
- ✚ Sentuhan

VI. *Implementasi Asuhan*

Mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efisien dan aman. Penting sekali untuk melibatkan seluruh keluarga dalam melaksanakan rencana asuhan.

VII. *Evaluasi*

Mengevaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, ulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tetapi Belum efektif atau merencanakan kembali yang belum terlaksana.

BAB VIII

ASUHAN POST PARTUM DI RUMAH

1. JADWAL KUNJUNGAN RUMAH

Paling sedikit 4 kali kunjungan pada masa nifas, dilakukan untuk menilai keadaan ibu dan bayi baru lahir dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi. Frekuensi kunjungan pada masa nifas adalah:






a. **Kunjungan I (6-8 jam setelah persalinan)**

Tujuan:

- 🌸 Mencegah perdarahan pada masa nifas karena atonia uteri
- 🌸 Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut
- 🌸 Membenkan konseling pada ibu atau satah satu anggota keluarga, bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- 🌸 Pemberian ASI awal
- 🌸 Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
- 🌸 Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah terjadi hipotermi
- 🌸 Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil

b. Kunjungan II (6 hari setelah persalinan)

Tujuan:

-  Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi dengan baik, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal atau tidak ada bau
-  Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal
-  Memastikan ibu cukup mendapatkan makanan, cairan dan istirahat
-  Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda tanda penyulit
-  Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

c. Kunjungan III (2 minggu setelah persalinan)

Tujuan: sama dengan kunjungan II

d. Kunjungan IV (6 minggu setelah persalinan)

Tujuan:

- Menanyakan pada ibu tentang penyulit yang ia atau bayi alami

- Memberikan konseling untuk KB secara dini

2. MANAJEMEN IBU POSTPARTUM

a. Defenisi

Asuhan ibu postpartum adalah asuhan yang diberikan pada ibu segera setelah kelahiran, sampai 6 minggu setelah kelahiran

b. Tujuan

Memberikan asuhan yang adekuat dan terstandar pada ibu segera setelah melahirkan dengan memperhatikan riwayat selama kehamilan, dalam persalinan dan keadaan segera setelah melahirkan

c. 7 Iangkah manajemen menurut Helen Vamey

(1) Pengkajian

✚ Melakukan pemeriksaan awal postpartum

❖ Meninjau catatan pasien:

- ✓ Catatan perkembangan antepartum dan intrapartum
- ✓ Berapa lama (jam/han) pasien postpartum
- ✓ Pesanan sebelumnya dan catatan perkembangan
- ✓ Suhu, denyut nadi, pernafasan dan tekanan darah postpartum
- ✓ Pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan

tambahan

- ✓ Catatan obat-obat
- ✓ Catatan bidan/perawat

❖ Menanyakan riwayat kesehatan dan keluhan ibu

Mobilisasi, buang air kecil, buang air besar, nafsu makan, ketidaknyamanan/rasa sakit, kekhawatiran, hal yang tidak jelas, makanan bayi, reaksi pada bayi, reaksi terhadap proses melahirkan dan persalinan

✚ Pemeriksaan fisik

- ❖ Tekanan darah, suhu badan, denyut nadi
- ❖ Tenggorokan, jika diperlukan
- ❖ Buah dada dan puting susu
- ❖ Auskultasi paru-paru, jika diperlukan
- ❖ Abdomen: kandung kencing, uterus, diastasis
- ❖ Lochea: wama, jumlah, bau
- ❖ Perineum: edema, inflamasi, hematoma, pus, bekas luka episiotomi/robek jahitan, memar, haermorrhoid
- ❖ Ekstremitas : varises, betis apakah lemah dan panas, edema, tanda-tanda hodman, reflex

(2) Diagnosa, masalah dan kebutuhan ibu postpartum

✚ Diagnosa

- ❖ Postpartum hari pertama
- ❖ Perdarahan nifas
- ❖ Sub involusio
- ❖ Anemia postpartum
- ❖ Pre eklampsia
- ❖ Post Sectio Caeseria

Masalah

- ❖ Ibu kurang informasi
- ❖ Ibu tidak pernah ANC
- ❖ Keluhan mulas yang mengganggu rasa nyaman
- ❖ Buah dada bengkak dan sakit

Kebutuhan

- ❖ Penjelasan tentang pencegahan infeksi
- ❖ Tanda-tanda bahaya
- ❖ Kontak dengan bayi sesering mungkin (*bonding and attachment*)
- ❖ Penyuluhan perawatan buah dada
- ❖ Bimbingan menyusui
- ❖ Menjelaskan tentang metode KB
- ❖ Imunisasi bayi
- ❖ Kehiasaan yang tidak bermanfaat bahkan dapat membahayakan

(3) Identifikasi diagnosa dan masalah potensial

✚ Diagnose potensial

- Hipertensi postpartum - Anemia postpartum
- Sub involusio - Perdarahan postpartum
- Febris postpartum - Infeksi postpartum

✚ Masalah potensial

- Potensial bermasalah dengan ekonomi
- Sakit pada luka bekas episiotomi
- Sakit kepala
- Mulas

(4) Identifikasi tindakan segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim yang lain sesuai dengan kondisi pasien

Contoh:

- Ibu kejang, segera lakukan tindakan untuk mengatasi kejang dan segera berkolaborasi merujuk ibu untuk perawatan selanjutnya
- Ibu tiba-tiba mengalami perdarahan, lakukan tindakan segera sesuai dengan keadaan pasien, misalnya bila kontraksi uterus kurang baik

segera berikan uterotonika. Bila teridentifikasi adanya tanda-tanda adanya sisa plasenta, segera berkolaborasi dengan dokter untuk tindakan kuratase

(5) Membuat rencana asuhan

Merencanakan asuhan menyeluruh yang rasional sesuai dengan temuan dan langkah sebelumnya.

Contoh:

✚ Manajemen asuhan awal puerperium

- Kontak dini dan sesering mungkin dengan bayi
- Mobilisasistirahat baring di tempat tidur
- Gizi (diet)
- Perawatan perineum
- Buang air kecil spontan/kateter
- Obat penghilang rasa sakit, bila diperlukan
- Obat tidur, bila diperlukan
- Obat pencahar, bila diperlukan
- Pemberian methergine, bila diperlukan
- Tidak dilanjutkan IV, bila diberikan

✚ Asuhan lanjutan

- Tambahan vitamin atau zat besi, atau

keduanya bila diperlukan

- Bebas dari ketidaknyamanan postpartum
- Perawatan buah dada
- Pemeriksaan laboratorium terhadap komplikasi, jika diperlukan
- Rencana KB
- Rh immune globulin, jika diperlukan
- Tanda-tanda bahaya
- Kebiasaan rutin yang tidak bermanfaat bahkan dapat membahayakan

(6) Implementasi asuhan

Mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efisien dan aman.

- Kontak dini sesering mungkin dengan tenaga kesehatan
- Mobilsasi/istirahat baring di tempat tidur
- Pengaturan gizi (diet)
- Perawatan perineum
- Buang air kecil spontan/kateter
- Pemberian obat penghilang rasa sakit, bila diperlukan
- Pemberian obat tidur, bila diperlukan
- Pemberian obat pencahar, bila diperlukan
- Pemberian methergine, bila diperlukan

- Tidak dilanjutkan IV, jika diberikan
- Pemberian tambahan vitamin atau zat besi, atau keduanya, jika diperlukan
- Bebas dari ketidaknyamanan postpartum
- Perawatan buah dada
- Pemeriksaan laboratorium terhadap komplikasi, jika diperlukan
- Rencana KB
- Rh Immune globulin, jika diperlukan
- Rubella vaccine 0,5 cc, jika diperlukan
- Tanda-tanda bahaya
- Penjelasan tentang kebiasaan rutin yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan

(7) Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, ulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tetapi belum efektif atau merencanakan kembali yang belum terlaksana

3. POSTPARTUM GROUP

Di dalam melaksanakan asuhan pada ibu postpartum di komunitas, salah satunya adalah dalam bentuk kelompok. Ibu-ibu postpartum dikelompokkan dengan mempertimbangkan jarak antara satu orang ibu postpartum dengan ibu postpartum lainnya.

Kegiatan dapat dilaksanakan di salah satu rumah ibu postpartum atau di Posyandu dan Polindes. Kegiatannya dapat berupa penyuluhan dan konseling tentang:

a. Kebersihan diri (*personal hygiene*)

- Menganjurkan ibu untuk membersihkan seluruh badan (mandi) minimal 2 kali sehari
- Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah genitalia dengan sabun dan air dari arah depan ke belakang
- Sarankan ibu untuk mengganti pembalut minimal 2-3 kali sehari
- Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun sebelum dan sesudah membersihkan genitalia
- Apabila ibu mempunyai luka bekas episiotomi, maka sarankan ibu untuk tidak menyentuh daerah luka

b. Istirahat

- Sarankan ibu untuk beristirahat dengan cukup, sebaiknya ibu istirahat di saat bayinya sedang tidur

- Sarankan ibu agar mengerjakan pekerjaan rumah pertahan-
lahan

c. Gizi

- Nasi 200 gram (1 piring sedang)
- Lauk 1 potong sedang
- Tahu/tempe 1 potong sedang
- Sayuran 1 mangkuk sedang
- Buah 1 potong sedang
- Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari
- Makanan dengan diet berimbang: protein, mineral, vitamin yang cukup
- Minum sedikitnya 3 liter per hari (8 gelas sehari)
- Meminum pil zat besi selama 40 hari pasca persalinan
- Minum kapsul vitamin A

d. Menyusui

- Tanda-tanda ASI cukup
 - 🍌 Bayi kencing setidaknya 6 kali dalam 24 jam
 - 🍌 Bayi sering BAB, berwarna kekuningan “berbiji”
 - 🍌 Bayi tampak puas, sewaktu-waktu merasa lapar, kemudian bangun tapi tidur cukup
 - 🍌 Bayi setidaknya menyusu 10-12 kali dalam 24 jam
 - 🍌 Payudara terasa kosong setiap kali selesai menyusui
 - 🍌 Berat badan bayi bertambah

Bayi harus diberi ASI setiap kali ia merasa lapar, jika bayi dibiarkan tidur lebih dari 3-4 jam atau bayi diberi jenis makanan lain atau payudara tidak dikosongkan dengan baik setiap kali menyusui, maka "pesan hormonal" yang diterima otak ibu adalah untuk menghasilkan susu lebih sedikit.

- Meningkatkan suplai ASI
 - 🌸 Menyusui bayi setiap 2 Jam, lama \pm 10-15 menit
 - 🌸 Pastikan posisi ibu benar saat menyusui bayinya
 - 🌸 Susukan bayi dalam keadaan tenang dan suasana yang nyaman
 - 🌸 Tidurlah bersebelahan dengan bayi
 - 🌸 Tingkatkan istirahat dan hidrasi
- Perawatan payudara
 - 🌸 Menjaga payudara tetap bersih dan kering
 - 🌸 Gunakan bra yang menyokong
 - 🌸 Apabila puting susu lecet, keluarkan kolostrum dan oleskan setiap kali selesai menyusui
 - 🌸 Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam
 - 🌸 Payudara yang bengkak dapat dikompres hangat selama 5 menit
 - 🌸 Untuk menghilangkan nyeri, ibu dapat diberikan parasetamol 500 mg setiap 6-8 jam

e. Lochea

Pembagian lochea antara lain:

- 🌸 Lochea rubra (1-3 hari postpartum)
Berwarna merah kehitaman berisi jaringan yang sudah mati
- 🌸 Lochea sanguinolenta (3-7 had postpartum)
Berwarna kecoklatan
- 🌸 Lochea serosa (7-14 had postpartum)
Berwarna kekuning-kuningan, berisi serum
- 🌸 Lochea alba (14-40 hari)
Berwarna keputihan

f. Involusi uterus

Setelah bayi dilahirkan, uterus yang selama persalinan mengalami kontraksi dan retraksi akan menjadi keras, sehingga dapat menutup pembuluh darah besar yang bermuara pada bekas implantasi placenta. Pada involusi uteri, jaringan ikat dan jaringan otot mengalami proses proteolitik, berangsur-angsur akan mengecil sehingga akhir kala nifas besarnya seperti semula dengan berat 30 gram.

g. Senggama

Secara fisik untuk memulai hubungan suami istri, begitu darah merah berhenti, ibu dapat memasukkan satu atau dua jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Memulai hubungan suami istri tergantung pada pasangannya.

h. Keluarga berencana

Idealnya, pasangan harus menunggu sekurang-kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil kembali. Pasangan sendirilah yang menentukan kapan ingin berKB. Tapi sebaiknya segera sebelum 40 hari masa nifas. Tenaga kesehatan akan memberitahu tentang cara, kelebihan, keuntungan, dan efek samping dari alat kontrasepsi itu. Meskipun beberapa metode KB mengandung resiko, penggunaan kontrasepsi aman setelah ibu haid kembali.

BAB IX

ASUHAN PADA BAYI

1. MANAJEMEN PADA BBL DAN NEONATUS

Asuhan segera pada bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama jam pertama setelah persalinan. Aspek-aspek penting yang harus dilakukan pada bayi baru lahir :

1. Penilaian awal Bayi Baru Lahir

Segera setelah lahir, letakkan bayi diatas kain bersih dan kering yang disiapkan pada perut ibu. Bila hal tersebut tidak memungkinkan maka letakkan bayi di dekat ibu (diantara kedua kaki atau disebelah ibu) tetapi harus diperhatikan bahwa area tersebut bersih dan kering. Segera pula lakukan penilaian awal dengan menjawab dua pertanyaan sebagai berikut :

- Apakah bayi menangis dan / atau bernafas tanpa kesulitan ?
- Apakah bayi bergerak dengan aktif atau lemas ?

2. Beri ASI, jangan beri makanan lain

- segera teteki/susui bayi dalam 30 menit setelah bersalin untuk merangsang ASI cepat keluar
- ASI yang pertama keluar mengandung zat kekebalan tubuh, langsung diberikan pada bayi jangan dibuang.

Keuntungan pemberian ASI secara dini:

- a. Merangsang produksi ASI
- b. Memperkuat refleks menghisap (reflek menghisap awal pada bayi paling kuat dalam beberapa jam pertama setelah lahir. Memulai pemberian ASI secara dini akan memberikan pengaruh yang positif bagi kesehatan bayi
- c. Mempromosikan hubungan emosional antar ibu dan bayinya
- d. Memberikan kekebalan pasif segera kepada bayi melalui kolostrum
- e. Merangsang kontraksi uterus

Pedoman Umum Untuk Ibu Menyusui

- a. Mulai menyusui segera setelah lahir, dalam 30 menit pertama
- b. Jangan berikan makanan atau minuman lain kepada bayi (misalnya air madu, larutan air gula atau pengganti air susu ibu) kecuali ada indikasi yang jelas (atas alasan-alasan medis). Jarang sekali para ibu tidak cukup memiliki air susu sehingga bayi memerlukan asupan

susu buatan tambahan (Enkin, et at, 2000)

- c. Berikan ASI saja selama enam bulan pertama kehidupan
- d. Berikan ASI pada bayi sesuai dengan kebutuhannya, baik siang maupun malam (delapan kali atau lebih dalam 24 jam) selama bayi menginginkannya.

3. Jaga Bayi tetap hangat

- Tunda memandikan bayi sekurang-kurangnya 6 jam setelah lahir.
- Bungkus bayi dengan kain kering. Ganti kain/pakaian bayi yang basah, selimuti bagian kepala bayi
- Bayi jangan ditidurkan ditempat yang dingin atau banyak angin.
- Jika berat lahir kurang dari 2500 gram, dekap bayi agar kulit bayi menempel kedada ibu (metode kangguru)

Mekanisme Kehilangan panas pada bayi baru lahir ;

- a. Evaporasi : kehilangan panas pada tubuh terjadi karena menguapnya cairan ketuban pada permukaan tubuh setelah bayi lahir karena tubuh bayi tidak segera dikeringkan
- b. Konduksi : Kehilangan panas melalui kontak langsung antar tubuh bayi dengan permukaan yang dingin

- c. Konveksi : Kehilangan panas yang terjadi pada saat bayi terpapar dengan udara sekitar yang lebih dingin
- d. Radiasi : Kehilangan panas yang terjadi saat bayi ditempatkan dekat benda yang mempunyai temperature tubuh lebih rendah dari temperature tubuh bayi

Rekomendasi untuk memandikan bayi

- 1) Tunggu (minimal) 6 jam sebelum memandikan bayi (tunggu lebih lama untuk bayi asfiksia atau hipotermia)
- 2) Lakukan setelah stabilnya temperatur tubuh bayi (36,5-37,5°C)
- 3) Mandikan dalam ruangan yang hangat dan tidak banyak hembusan angin
- 4) Mandikan secara cepat dengan menggunakan air hangat, segera keringkan tubuhnya (dengan handuk bersih, kering, dan hangat) dan segera kenakan pakaiannya
- 5) Tempatkan di dekat ibunya dan beri ASI sedini mungkin

4. Cegah Infeksi pada bayi baru lahir

Berikan salep antibiotik untuk mata segera setelah lahir, yaitu tetrasiklin 1%. Salep antibiotik tersebut harus diberikan dalam waktu 1 jam setelah kelahiran.

Saat melakukan penanganan bayi baru lahir pastikan untuk melakukan tindakan pencegahan infeksi berikut ini:

- a. Cuci tangan secara seksama sebelum dan setelah melakukan penanganan bayi baru lahir
- b. Pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan
- c. Pastikan bahwa semua peralatan, termasuk klem gunting dan benang tali pusat telah didesinfeksi tingkat tinggi atau sterile. Jika menggunakan bola karet penghisap pakai yang bersih dan baru (Jangan pernah menggunakan bola karet penghisap dari satu bayi ke bayi yang lain)
- d. Pastikan bahwa semua pakaian, handuk, selimut serta kain yang digunakan untuk bayi telah dalam keadaan bersih
- e. Pastikan bahwa timbangan, pita pengukur, termometer, steteskope dan benda-benda lainnya yang akan bersentuhan dengan bayi dalam keadaan bersih (dekontaminasi, cuci, dan keringkan setiap kali setelah digunakan).

5. Beri Rangsangan Perkembangan

- Peluk dan timang bayi dengan penuh kasih sayang sesering mungkin.
- Gantung benda bergerak warna cerah agar bayi dapat melihat benda tersebut.
- Ajak bayi tersenyum, bicara serta dengarkan musik

6. Perawatan Tali Pusat

- Jangan atau mengoleskan cairan atau bahan apapun kepuntung tali pusat
- Mengoleskan alkohol atau betadin (terutama jika pemotong tali pusat tidak terjamin DTT atau Steril) masih diperkenankan tetapi tidak dikompreskan karena akan menyebabkan tali pusat basah atau lembab.
- Berikan nasehat pada ibu dan keluarga sebelum meninggalkan bayi :
 - a. Lipat popok dibawah puntung tali pusat
 - b. Jika puntung tali pusat kotor, bersihkan (hati-hati) dengan air DTT dan sabun dan segera keringkan secara seksama dengan menggunakan kain bersih
 - c. Jelaskan pada ibu bahwa ia harus mencari bantuan jika pusat menjadi merah, bernanah atau berdarah atau berbau
 - d. Jika pangkal tali pusat (pusat bayi) menjadi merah, mengeluarkan nanah atau darah, segera rujuk bayi kefasilitas yang dilengkapi perawatan untuk BBL

2. JADWAL KUNJUNGAN ULANG

1. 2 jam setelah persalinan

Bidan melakukan pemantauan terhadap ibu dan bayi terhadap terjadinya komplikasi dan memberikan penjelasan tentang hal-hal yang mempercepat pemulihan kesehatan ibu dan membantu ibu untuk memulai pemberian ASI

2. 6 jam setelah persalinan

- ✓ Tunggu enam jam atau lebih setelah kelahiran bayi sebelum dimandikan. Jika bayi mengalami kesulitan mempertahankan suhu tubuhnya tunda dalam waktu yang lebih lama lagi untuk memandikan bayi. Periksa suhu tubuh bayi sebelum memandikannya, suhu tubuh bayi baru lahir harus berkisar 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.
- ✓ Periksa suhu tubuh bayi setiap jam jika suhu tubuh bayi tidak naik segera rujuk bayi ke rumah sakit. Anjurkan ibu untuk terus menyusui bayinya dan pertahankan terus kontak kulit ibu bayi dengan membiarkan bayi yang diselimuti dalam pelukan

ibu.

- ✓ Beritahu ibu dan keluarga jika dalam 24 jam.bayi tidak mengeluarkan urine atau mekonium segera rujuk ke Puskesmas atau rumah sakit.
- ✓ Lakukan pencatatan semua temuan dan perawatan yang diberikan dengan cermat dan lengkap dalam partograf, kartu ibu dan kartu bayi.

3. Hari ke 3, Minggu ke 2 dan minggu ke 6

Tanyakan pada ibu dan suami/keluarganya jika ada masalah atau kekhawatiran tentang ibu dan bayinya.

- ✓ Cuci tangan sebelum dan sesudah memeriksa ibu dan bayinya
- ✓ Berikan penyuluhan kepada ibu cara merawat bayinya.
- ✓ Periksalah tali pusat bayi
- ✓ Perhatikan kondisi umum bayi, tanyakan pada ibu pemberian ASI, misalnya bayi tidak mau menyusu, cara bayi menangis, berapa kali buang air kecil dan besar serta bentuk fecesnya.
- ✓ Perhatikan warna kulit bayi apakah ada ikterus atau tidak. Ikterus pada hari ketiga postpartum adalah 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.

- ✓ Perhatikan apakah bayi menyusu dengan baik (amati apakah ada kesulitan atau masalah)
- ✓ Nasehati ibu tentang pentingnya pemberian ASI eksklusif sedikitnya 4 sampai 6 bulan. Bicarakan bahaya pemberian unsur makanan tambahan sebelum bayi berumur 4 bulan.
- ✓ Catat dengan tepat semua data yang ditemukan
- ✓ Jika bayi meninggal penyebab kematian harus diketahui sesuai dengan standar kabupaten/provinsi/nasional
- ✓ Beritahu ibu jangan memberikan sesuatu apapun pada tali pusat bayi. Jika ada kemerahan pada pusat, perdarahan atau tercium bau busuk, bayi segera dirujuk.
- ✓ Beritahu ibu tanda-tanda bahaya pada bayi seperti :
 - Kegagalan menyusu terjadi secara berkala
 - Tidak buang air kecil beberapa kali sehari (kurang dari 6-8 kali sehari)
 - Bayi kuning
 - Muntah atau diare
 - Merah, bengkak atau keluarnya cairan dari tali pusat
 - Demam suhu $> 37,5$ C

Menajemen Bayi Baru Lahir dan Neonatus

1. Pengkajian

a. Tanyakan tentang gejala yang berkaitan dengan kondisi bayi:

- Apakah bayi cukup menyusu
- Apakah bayi ada buang air kecil dan besar
- Apakah ada gejala demam pada bayi
- Apakah ada tanda infeksi pada tali pusat bayi
- Apakah air ketuban jaemih, tidak bercampur mekonium ?
- Apakah bayi bemafras spontan ?
- Apakah kulit bayi berwarna kemerahan ?
- Apakah tonus/kekuatan otot bayi cukup ?
- Apakah ini kehamilan cukup bulan ?

b. Kemudian lakukan pemeriksaan

- Tanda Vital (suhu, nadi, tensi, pemafasan)
- Berat badan
- Kondisi janin

c. Mencatat semua hasil pemeriksaan terhadap bayi di dalam patograf

2. ***Melakukan Identifikasi masalah dan diagnosa***

Melakukan identifikasi masalah dan menegakkan diagnosa berdasarkan dari hasil pengkajian

3. ***Mengantisipasi masalah***

4. ***Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan***

5. ***Merencanakan Asuhan*** : sesuai dengan standar pelayanan kebidanan yaitu standar 13,14 dan 15

6. *Melaksanakan Rencana Asuhan Persalinan* : sesuai standar 13,14 dan 15
7. *Mengevaluasi keefektifan dari asuhan*

BAB X

PELAYANAN KESEHATAN PADA BAYI DAN BALITA

I. PELAYANAN KESEHATAN PADA BAYI DAN BALITA

A. Perawatan Kesehatan Bayi

Setelah bayi lahir, bidan segera memeriksa bayi yang lahir untuk mengetahui apakah ada kelainan atau cacat bawaan.

1. Tanda-tanda bayi baru lahir normal

Bayi baru lahir normal memiliki tanda-tanda sebagai berikut:

- a. Berat badan antara 2500 - 4000 gram
- b. Lingkar kepala 31- 35 cm, kepala simetris
- c. Refleks menghisap positif
- d. Lingkaran perut lebih besar dan lingkaran dada, perut lembek dan bundar
- e. Alat kelamin tidak ada kelainan
- f. Mekonium (+)

- g. Anggota gerak tidak ada kelainan dan lengkap
- h. Kulit tertutup verniks kaseosa (lapisan lemak), mungkin mengelupas
- i. Dahi dan punggung tertutup oleh bulu-bulu halus
- j. Refleks more (+)
- k. Ukuran antropometrik normal

2. *Asuhan segera pada bayi baru lahir*

Setelah dilakukan pemeriksaan pada bayi baru lahir, jika tidak ditemukan adanya kelainan, maka bayi ditetapkan (diagnose) lahir dengan keadaan normal. Dalam rencana dan langkah asuhan dilakukan urutan sebagai berikut:

- a. Membersihkan rongga hidung dan mulut dengan kapas steni atau penghisap lendir dan karet (De lee)
- b. Mengeringkan bayi dan air ketuban
- c. Meletakkan bayi diatas perut ibu
- d. Memotong tali pusat
- e. Mengelus telapak kaki, dada, perut dare punggung, bila bayi tidak menangis
- f. Menilai APGAR skor pada satu menit pertama untuk menentukan ada tidaknya asfiksia
- g. Membersihkan bayi dan lapisan lemak yang berlebihan
- h. Memberi salep mata tetrasiklin atau larutan nitro argenti 1% pada kedua mata bayi

APGAR skor

Pengkajian	Nilai		
	0	1	2
Denyut jantung	Tidak ada	Lambat, < 100	> 100
Usaha pernafasan	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Mengangis bagus
Keadaan otot	Lembut	Sebagian ekstremitas lemah	Bergerak aktif
Refleks	Tidak ada	Meringis	Menangis dengan keras
Warna	Biru, pucat	Tubuh merah muda, kaki dan tangan biru	Seluruh tubuh merah muda

3. *Perawatan rutin*

Ajarkan orang tua cara merawat bayi mereka dan perawatan harian untuk bayi bayi baru lahir.

- a. Beri ASI sesuai dengan kebutuhan setiap 2-3 jam (paling sedikit setiap 4 jam), mulai dari pertama
- b. Pertahankan agar bayi selalu dengan ibu
- c. Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering, dengan mengganti popok dan selimut sesuai dengan keperluan. Pastikan bayi tidak terlalu panas atau terlalu dingin (dapat

menyebabkan dehidrasi, ingat bahwa pengaturan suhu bayi masih dalam perkembangan). Apa saja yang dimasukkan ke dalam mulut bayi harus selalu bersih

- d. Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering
- e. Peganglah, sayangi dan nikmati kehidupan bersama bayi
- f. Awasi masalah dan kesulitan pada bayi dan minta bantuan jika perlu
- g. Jaga keamanan bayi terhadap trauma dan penyakit/infeksi
- h. Ukur suhu tubuh bayi, jika bayi tampak sakit atau menyusui kurang

4. *Perawatan Tali Pusat*

- Pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara dan tutupi dengan kain bersih secara longgar
- Lipatlah popok di bawah tali pusat
- Jika tali pusat terkena kotoran atau tinja, cuci dengan sabun dan air bersih, dan keringkan

5. *Tanda bahaya*

- Pernapasan sulit atau > 60 kali per menit, lihatlah retraksi pada waktu bernapas
- Suhu teriaku panas $> 38^{\circ}\text{C}$ atau terlalu dingin $< 36^{\circ}\text{C}$
- Warna abnormal, kulit/bibir biru (sianosis), atau pucat, memar atau bayi sangat kuning (terutama 24 jam pertama)

- Pemberian AS(sulit, hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah
- Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah
- Gangguan gastrointestinal misalnya tidak mengeluarkan mekonium selama 3 hari pertama berturut-turut setelah lahir, muntah terus menerus, tinja berdarah atau bertendir
- Tidak berkemih dalam 24 jam
- Menggigil, atau tangis tidak biasa, lemas, mengantuk, lunglai, kejang, tidak bisa tenang, menangis terus menerus
- Mata bengkak dan mengeluarkan cairan
- Cari pertolongan bidan atau tenaga medis jika timbul tanda-tanda bahaya

B. Perawatan Kesehatan Anak Balita

Salah satu upaya untuk mengurangi angka kesakitan dan kematian anak balita adalah dengan melakukan pemeliharaan kesehatannya. Bidan yang bekerja di komunitas melakukan kegiatan pelayanan kesehatan anak balita di rumah (keluarga), Puskesmas/Puskesmas pembantu, Posyandu, Polindes dan Taman Kanak-kanak.

1. Pelayanan kesehatan pada anak balita
 - a. Pemeriksaan kesehatan anak balita secara berkala
 - b. Penyuluhan pada orang tua, menyangkut perbaikan gizi,

kesehatan lingkungan, pengawasan tumbuh kembang anak

- c. Imunisasi dan upaya pencegahan penyakit lainnya
- d. Identifikasi tanda kelainan dan penyakit yang mungkin timbul pada bayi dan cara menanggulangnya

2. Kunjungan anak balita

Bidan berkewajiban mengunjungi bayi yang ditolongnya atupun yang ditolong oleh dukun di bawah pengawasan bidan di rumah.

- Kunjungan ini dilakukan pada minggu pertama setelah persalinan. Untuk selanjutnya bayi bisa dibawa ke tempat bidan bekerja
- Anak berumur sampai 5 bulan diperiksa setiap bulan
- Kemudian pemeriksaan dilakukan setiap 2 bulan sampai anak berumur 12 bulan
- Setelah itu pemeriksaan dilakukan setiap 6 bulan sampai anak bet umur 24 bulan
- Selanjutnya pemeriksaan dilakukan satu kali se-tahun.

Kegiatan yang dilakukan pada kunjungan balita antara lain:

- Pemeriksaan fisik anak ditakukan termasuk penimbangan berat badan
- Penyuluhan atau nasehat pada ibu tentang pemeliharaan kesehatan anak dan perbaikan gizi serta hubungan psiko sosial antar anak, ibu dan keluarga. Ibu diminta

memperhatikan tumbuh kembang anak, pola makan dan tidur serta perkembangan perilaku dan sosial anak.

- Penjelasan tentang Keluarga Berencana
- Dokumentasi pelayanan

3. Pemeriksaan kesehatan anak balita

Kegiatan observasi dilakukan untuk mengetahui keadaan umum anak:

- a. Bagaimana postur tubuhnya, kurus atau gemuk?
- b. Apakah dalam keadaan tenang? Mengantuk atau gelisah?
- c. Bagaimana kondisi psikologis anak, marah, cengeng atau ramah?
- d. Bagaimana kondisi kulit anak?
- e. Apakah sesak napas atau tidak?
- f. Bagaimana kondisi matanya, cekung, ada kotoran, warna konjungtiva?
- g. Bagaimana kesan pertumbuhan anak? Apakah sesuai antara berat badan, tinggi badan, dan perkembangan mentalnya?

Beberapa hal yang perlu dilakukan pada pemeriksaan fisik adalah sebagai berikut:

- ❖ Anak diperiksa dalam keadaan tanpa pakalan kecuali popok atau celana dalam
- ❖ Bila anak gelisah, pemeriksaan dilakukan di atas pangkuan ibu

- ❖ Ibu diminta membantu proses pemeriksaan agar berjalan lancar
- ❖ Berikan pengertian pada anak yang sudah besar dan mengerti tentang pemeriksaan
- ❖ Denyut nadi, suhu napas jangan lupa diperiksa

C. Pemantauan Tumbuh Kembang Bayi dan Balita

Pertumbuhan berkaitan dengan masalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu, yang bisa diukur dengan ukuran berat, panjang, umur tulang dan keseimbangan tulang.

Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan sebagai hasil dari proses pematangan.

David Morloy merupakan pelopor yang menggunakan kartu pertumbuhan anak yang disebut "*road to health card*" pada tahun 1975 di des Imesi, Nigeria. Kartu tersebut disebut dengan KMS (Kartu Menuju Sehat) yang merupakan alat penting untuk memantau tumbuh kembang anak.

Menurut Mortey, pada KMS terdapat 4 patokan sederhana perkembangan psikomotorik, sehingga ibu dapat mengetahui tingkat perkembangan anaknya.

- Kemampuan duduk (5-9 ½ bulan)
- Berjalan ± 10 langkah tanpa bantuan (9-18 ¼ bulan)

- Mengucapkan sepatah kata (10-12 bulan)
- Kemampuan berbahasa beberapa kata (18 ½ bulan-3 tahun)

Tujuan pemantauan fisik anak adalah:

- a. Agar pertumbuhan mudah diamati
- b. Menciptakan kebutuhan akan rasa ingin tahu terhadap kebutuhan anak
- c. Meningkatkan pertumbuhan yang layak untuk pertumbuhan anak
- d. Melukiskan setiap kejadian yang kurang menguntungkan anak
- e. Menemukan seawal mungkin gejala-gejala gangguan pertumbuhan
- f. Merupakan sarana untuk memberikan penyuluhan kepada ibu:
 - ✓ Gizi/makanan bayi dan anak
 - ✓ Tumbuh kembang anak
 - ✓ Kesehatan anak
 - ✓ Imunisasi
 - ✓ Keluarga Berencana
 - ✓ Pencegahan : defisiensi vitamin A, dehidrasi akibat diare, sanitasi lingkungan, dll

Tumbuh kembang anak diperiksa berdasarkan umur. Yang diperhatikan adalah aktifitas motor anak, bahasa dan adaptasi lingkungannya.

Tumbuh kembang anak normal sebagai berikut:

✚ Umur satu bulan

- Refleks moro dapat menghisap, menggenggam positif
- Bila ditelungkupkan bayi berusaha mengangkat kepala dan kaki bergerak seperti mau merangkak
- Dalam posisi duduk, punggung bungkuk, kepala tegak sesaat Bayi kebanyakan tidur
- Bayi diam bila ada suara terkejut bila mendengar bunyi suara vokal (bila menangis)
- Mata bayi mengikuti objek yang tergantung dibenang yang digoyangkan ke kiri dan ke kanan

✚ Umur dua bulan

- Menendang-nendang dan gerak tangan yang energik
- Kepala bergoyang bila dalam posisi duduk
- Bila telungkup, kepala tegak, membentuk sudut 45°
- Tangan dihisap sendiri dan selalu terbuka
- Mengeluarkan satu suara vokal seperti a-e-u
- Kepala dan mata mengarah ke suara
- Mengikuti objek yang bergoyang
- Gerak ekspresi berjaga-jaga
- Senyum bila diajak bicara lembut

✚ Umur tiga bulan

- Telungkup, kepala tegak 90^0
- Refleks moro dan menggenggam mulai tidak nampak
- Berguling (3 – 4 bulan)
- Ketawa kecil, memekik
- Respon terhadap musik
- Bersuara a-a, la-la, oo-oo
- Berusaha menggapai objek tapi tidak tepat
- Memegang benda dengan erat bila diletakkan di atas tangannya dan menarik baju
- Mengikuti objek ke samping (180^0)
- Memperhatikan orang dan mainan
- Senyum spontan

✚ Umur empat bulan

- Dapat duduk dengan bantuan dan berpaling ke arah bunyian
- Mengangkat kepala sewaktu tengkurap, untuk berupaya duduk
- Kaki menendang-nendang bila didirikan
- Tertawa keras (4-5 bulan)
- Mengucapkan : seperti m-p-b
- Mengulang suara yang didengar
- Memegang giring-giring

- Memindahkan objek dari satu tangan ke tangan lain
- Menarik baju ke muka sendiri
- Senyum spontan ke orang yang dilihat

Umur lima bulan

- Berguling dari satu sisi ke sisi lain
- Beringsut dari belakang ke depan
- Tegak bila diangkat dan berpegang bila duduk
- Berdiri bila di bantu
- Mengenal suara yang sering di dengar
- Berhenti menangis bila mendengar nyanyian
- Memegang benda yang disenangi dan menggapai mainan dengan dua tangan
- Senyum pada bayangan kaca
- Memalingkan kepala ke arah suara
- Senang bermain dengan orang lain

Umur enam bulan

- Tengkurap : Mengangkat kepala spontan
- Duduk dengan bantuan
- Beringsut mundur (6-7 bulan)
- Memegang kaki dan bermain dengan jari kaki
- Memegang benda kecil (kubus) dengan telapak
- Bersuara bila melihat kaca
- Mengucapkan empat jenis bunyi

- Melokalisasi sumber suara
- Memasukkan benda kecil ke mulut
- Curiga terhadap orang atau suara asing
- Memberi perhatian pada orang atau objek
- Mempertahankan perhatian bila diambil
- Mengangkat tangan bila mau diambil

✚ Umur delapan bulan

- Duduk sendiri (6-8 bulan)
- Mulai melangkah dan mencoba merangkak
- Bergerak maju mengambil objek
- Bersuara seperti a-la, a-ba, oo-oo, a-ma, ma-ma, pa-pa (8-10 bulan)
- Mendengar orang bercakap-cakap dan berterlak untuk menarik perhatian (8-10 bulan)
- Bergerak mengambil mainan di luar jangkauan
- Membunyikan lonceng
- Minum dan cangkir
- Bermain ci-luk-ba
- Memperhatikan bayangan di kaca
- Bermain kertas
- Makan biskuit sendiri

✚ Umur sepuluh bulan

- ✓ Duduk mandiri
- ✓ Berdiri dengan pegangan, merangkak, dan berjalan


dengan pegangan

- ✓ Dapat berputar bila diletakkan di atas lantai
- ✓ Menggelengkan kepala menyatakan tidak
- ✓ Melambatkan tangan untuk ucapan selamat (tinggal atau jalan)
- ✓ Memberi respon terhadap panggilan nama sendiri
- ✓ Menyuarakan beberapa ucapan (10-12 bulan)
- ✓ Bermain tepuk tangan


✚ Umur dua belas bulan

- ✓ Berdiri sendiri dan berjalan, dengan bantuan atau tangan yang dipegang orang lain
- ✓ Berputar dalam posisi duduk
- ✓ Menggenggam 2 benda kecil di dalam satu tangan
- ✓ Mengucapkan kata dengan arti yang spesiik seperti "mama" untuk Ibu
- ✓ Berbicara kepada mainan
- ✓ Mengocheh bila sendiri
- ✓ Mematuhi perintah yang sederhana seperti "Beri saya cangkir itu"
- ✓ Ikut membantu sendiri bila dipasangkan pakaiannya
- ✓ Bermain dengan cangkir atau sendok
- ✓ Menunjukkan sesuatu dengan jari telunjuk
- ✓ Mencoba mengambil benda kecil dan dalam kotak
- ✓ Memasukkan benda kecil ke mulut

- ✓ Memegang cangkir untuk minum
- ✓ Memperhatikan tulisan

 Umur lima belas bulan

- ✓ Berdiri sendiri dan memanjat
- ✓ Berlutut di lantai atau di kursi
- ✓ Berjalan dengan keseimbangan badan yang baik
- ✓ Berbicara dengan 4-5 kata
- ✓ Menunjukkan keinginan sesuatu dengan bicara
- ✓ Tahu namanya sendiri
- ✓ Mengangkat cangkir untuk minuman
- ✓ Minum dengan sendok
- ✓ Menunjukkan atau membori mainan kepada seseorang
- ✓ Membantu membuka pakaiannya sendiri
- ✓ Memasukkan benda kecil ke dalam botol tanpa demonstrasi
- ✓ Senang mendorong mainan beroda

 Umur delapan belas bulan

- ✓ Berlari dan naik tangga dengan pegangan satu tangan
- ✓ Berjalan mundur dan mengangkat kursi Melempar bola
- ✓ Mengucapkan angka 1-10 (18-21 bulan)
- ✓ Menunjukkan sekurang-kurangnya satu bagian tubuh yang ditanyakan
- ✓ Dapat menyebutkan "halo"

- ✓ Menunjukkan benda yang ditawarkan seperti cangkir, sendok, mobil, kursi
- ✓ Membalikkan halaman buku
- ✓ Membawa atau memeluk boneka
- ✓ Mencoret-coret

Umur dua puluh satu bulan

- ✓ Berlari dan naik turun tangga dengan pegangan
- ✓ Naik tangga sendiri
- ✓ Menendang bola
- ✓ Bercakap dengan mengucapkan 15-20 kata
- ✓ Mampu mengkombinasikan dua atau tiga kata
- ✓ Minta makan atau minum
- ✓ Memberi bola pada orang lain (ibunya), meletakkan bola ke tempat yang lain
- ✓ Menunjukkan 3-4 bagian tubuh yang ditanyakan
- ✓ Membantu kegiatan rumah yang sederhana (21-24 bulan)
- ✓ Memindahkan pakaian dengan baik
- ✓ Menarik orang lain untuk menunjukkan sesuatu

Umur dua puluh empat bulan

- ✓ Berlari tanpa jatuh
- ✓ Mengucapkan sekurang-kurang satu kalimat atau ungkapan 4-5 ungkapan

- ✓ Dapat mengucapkan kembali 5-6 suara konsonan (yang terpilih : m-p-b-h-w)
- ✓ Menunjukkan 4 bagian tubuh yang di tanyakan
- ✓ Menyebutkan benda diatas meja bila di tanyakan
- ✓ Menyebutkan nama sendiri
- ✓ Melempar bola ke dalam kotak
- ✓ Mengambarkan garis vertikal setelah di tunjukan


Umur 2,5 tahun

- ✓ Melompat dan mencoba berdiri dengan satu kaki
- ✓ Memegang pensil dengan jari
- ✓ Mencoba jalan berjingkrak
- ✓ Menyebut nama benda sehari-hari
- ✓ Menjawab pertanyaan sederhana seperti "apa ini"?
- ✓ Mendorong mainan yang terarah
- ✓ Menolong membuang sesuatu
- ✓ Memakai pakaian
- ✓ Membasuh dan mengeringkan tangan
- ✓ Makan dengan sendok
- ✓ Mengambar garis horizontal yang dipertunjukkan
- ✓ Berupaya mengambar lingkaran yang ditunjukkan

Umur tiga tahun

- ✓ Berdiri satu kaki sekurang-kurangnya satu detik
- ✓ Melompat dari anak tangga paling bawah


- ✓ Dapat melepaskan dua kancing baju
- ✓ Menaiki sepeda roda tiga
- ✓ Mengucapkan kalimat dengan enam kata seperti "saya punya ibu, bapak dan kakak"
- ✓ Menyebutkan tiga atau lebih nama objek di dalam gambar atau foto
- ✓ Membedakan laki-laki dan perempuan
- ✓ Menyebutkan nama lengkap
- ✓ Menjawab pertanyaan dengan tepat
- ✓ Mengenal sekurang-kurangnya satu warna
- ✓ Dapat menjawab pertanyaan sekurang-kurangnya dengan tiga kata dalam satu kalimat
- ✓ Menguasai 750-1000 kata (3-3,5 tahun)
- ✓ Memahami giliran
- ✓ Menyalin gambar lingkaran
- ✓ Berpakaian dengan pengawasan
- ✓ Berbisik
- ✓ Makan sendiri dengan baik

 Umur empat tahun

- ✓ Berdiri satu kaki lebih kurang 5 detik
- ✓ Melompat sekurang-kurangnya 2 kali dengan satu kaki
- ✓ Dapat mengancingkan baju dan mengikat sepatu
- ✓ Mengulang 10 kata tanpa salah
- ✓ Menghitung tiga objek, dan menunjukkannya dengan

benar

- ✓ Memahami misalnya : "apa yang diperbuat bila lapar mengantuk dan kedinginan ?"
- ✓ Kalimat spontan, pengucapannya 4 sampai 5 kata Suka mengajukan pertanyaan
- ✓ Memahami kata seperti di atas, di bawah, di belakang, dan sebagainya (letakkan benda ini diatas benda)
- ✓ Dapat menunjukkan 3-4 warna
- ✓ Berbicara dengan komunikasi yang efektif
- ✓ Mencontoh lukisan/gambar Bermain bersama dengan anak-anak lain
- ✓ Memakai dan membuka pakaian sendiri
- ✓ Mengosok gigi dan membasuh muka
- ✓ Ke toilet sendiri

 Umur lima tahun

- ✓ Berdiri 1 kaki 8-10 detik
- ✓ Melompat, menggunakan kaki bergantian
- ✓ Menangkap dengan tangan, bola yang dilempar dengan 2-3 kali percobaan
- ✓ Mengetahui umur sendiri Mengenal 4 macam warna
- ✓ Menyebutkan fungsi benda sehari-hari seperti sendok, pensil dan sebagainya
- ✓ Menyebutkan jenis benda
- ✓ Menanyakan arti sesuatu kata

- ✓ Hanya sedikit salah mengucapkan kata
- ✓ Menggambar manusia sekurang-kurangnya menunjukkan 6 bagian tubuh
- ✓ Membawa mainan dengan mainan kereta
- ✓ Bermain dengan pensil berwarna
- ✓ Bermain dalam kelompok

D. Imunisasi

Imunisasi adalah suatu usaha untuk memberikan kekebalan pada bayi atau anak terhadap penyakit tertentu.

Beberapa imunisasi yang diberikan pada bayi dan balita :

1. BCG

a. Tujuan

Untuk memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit

TBC

b. Jadwal pemberian

Bayi berumur 0-11 bulan, tapi dengan dosis 0,05 cc.

Vaksinasi diulang pada umur 5 tahun

c. Diberikan secara intracutan pada lengan kanan keatas

d. Efek samping

Penyuntikan secara intradermal yang benar akan menimbulkan ulkus lokal yang supervialal 3 minggu setelah penyuntikan, ulkus yang biasu tertutup krusta akan sembuh dalam 2-3 bulan dan meninggalkan parut bulat dengan diameter 4-8 mm. Apabila dosis terlalu

tinggi maka ulkus yang timbul semakin besar, namun apabila penyutikan terlalu dalam, parut yang terjadi tertarik ke dalam.

2. DPT

a. Tujuan

Untuk memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit difteri, pertusis dan tatanus

b. Jadwal pemberian

Pada bayi 2-11 bulan, sebanyak 3 kali suntikan dengan selang waktu 4 minggu secara IM di paha bagian atas dengan dosis 0,5 cc. Imunisasi ulang lainnya dlberikan umur 1,5-2 tahun, kemudian pada usia 6-8 tahun dan 10 tahun

c. Efek samping

Kemerahan, bengkak, dan nyeri pada lokasi injeksi, terjadi pada kira-kira separuh penderita. Proporsi yang sama juga akan menderita demam ringan dan 1% dapat hiperperiksia. Anak sering gelisah, dan menangis terus menerus selama beberapa jam pasca penyuntikan

3. Hepatitis B

a. Tujuan

Untuk mendapatkan kekebalan terhadap virus hepatitis

b. Jadwal pemberian

Pada usia 0-1 bulan, dianjurkan pad usia 0-7 hari. Kemudian pada usia 2-3 bulan.

- c. Diberikan secara IM di paha bayi dengan dosis 0,5 cc
- d. Efek samping yang terjadi biasanya ringan, berupa nyeri, panas, mual nyeri sendi dan otot

4. Polio

a. Tujuan

Untuk mendapatkan kekebalan terhadap penyakit poliomyelitis

b. Jadwal pemberian

Pada bayi umur 2-3 bulan, diberikan sebanyak 3 kali pemberian dengan dosis 2 tetes dengan interval 4 minggu. Pemberian ulang pada umur 1,5 - 2 tahun dan menjelang umur 5 tahun

c. Efek samping

Setelah vaksinasi sebagian kecil resipen dapat mengalami gejala-gejala pusing, diare ringan, dan otot

5. Campak

a. Tujuan

Untuk mendapatkan, kekebalan terhadap penyakit

b. Jadwal pemberian

Umur 9-11 bulan dengan 1 kali pemberian, dengan dosis 0,5 cc secara subkutan di lengan kiri

c. Efek samping

Di laporkan setelah vaksinasi MMR (measies mumps, dan rubella) dapat terjadi malaise demam atau ruam sering terjadi 1 minggu setelah imunisasi dapat terjadi

kejang demam ensefalitis pasca imunisasi dan pembengkakan kelenjar parotis pada minggu ke – 3

2. PERTOLONGAN PERTAMA KEGAWATDARURATAN OBSTERIK DAN NEONATUS (PPKDON)

- ❖ Standar 10 Penanganan perdarahan sebelum kehamilan pada trimester III.
Bidan mengenali secara tepat tanda dan gejala perdarahan pada kehamilan serta melakukan pertolongan pertama dan rujukannya
- ❖ Standar 17 Penanganan kegawatan pada eklampsia
Bidan mengenali secara tepat dan gejala eklampsia, mengancam serta merujuk dan memberikan pertolongan pertama
- ❖ Standar 18 Penanganan kegawatan pada partus lama atau macet
Bidan mengenali kapan secara tepat tanda dan gejala partus lama atau macet serta melakukan penanganan tepat yang memadai dan tepat waktu atau merujuknya.
- ❖ Standar 19 . Persalinan dengan penggunaan vacuum ekstraktor
Bidan mengenali kapan diperlukan ekstraksi vakum, melakukannya secara benar dan memberikan pertolongan

persalinan dengan memastikan keamanan bagi ibu dan janin.

❖ Standar 20 : Penanganan retensio plasenta

Bidan mampu mengenali retensio plasenta dan memberikan pertolongan pertama termasuk plasenta manual dan penanganan sesuai dengan kebutuhannya.

❖ Standar 21 : Penanganan Potts Partum Primer

Bidan mampu mengenali perdarahan yang berlebihan dalam 24 jam pertama setelah persalinan dan segera melakukan pertolongan pertama untuk mengendalikan perdarahan

❖ Standar 22 : Penanganan perdarahan Pos Partum Skunder

Bidan mampu mengenali secara tepat dan dini tanda serta gejala post partum skunder dan melakukan pertolongan pertama untuk menyelamatkan jiwa ibu dan merujuknya.

❖ Standar 23 : Penanganan Sepsis Puerpuralis

Bidan mampu mengenali secara tepat tanda dan gejala sepsis puerpuralis serta melakukan pertolongan pertama atau merujuknya.

❖ Standar 24 : Penanganan Asfiksia neonatorum

Bidan mampu mengenali secara tepat BBL, dengan asfiksia serta melakukan resusitasi secepatnya

menguasahakan bantuan medic yang diperlukan dan memberikan perawatan lanjutan.

BAB XI

PELAYANAN RUJUKAN KB

1. PELAYANAN KONTRASEPSI DAN RUJUKANNYA

1. Pelayanan Kontrasepsi dan Rujukannya

- ❖ Cara kontrasepsi secara tradisional dilakukan melalui minum jamu, mengurut, atau memijit rahim, memakai perintang bikinan sendiri, senggama terputus, pantang berkala dan membatasi berhubungan badan hanya pada waktu- waktu yang kurang subur dalam rangkaian haid.
- ❖ Cara-cara kontrasepsi ilmiah adalah pantang berkala, penggunaan perintang mekanis (kondom, diafragma), pemakaian zat-zat kimia, pembunuh sperma, pemakaian alat yang dimasukkan kedalam rahim dan pemakaian hormon untuk mencegah pembuahan (dengan minum pil tiap hari, dengan suntikan tiap bulan atau 3 bulan) dan susuk KB.
- ❖ Pasien diberikan informasi yang akurat mengenai kegunaan alat kontrasepsi serta efek samping yang mungkin saja bisa terjadi. Sehingga pasien sudah memahami tanda dan gejala yang menyimpang dari

pemakaian alat kontrasepsi tersebut dan dapat langsung menemui bidan ataupun dokter kebidanan bila masalah/komplikasi terjadi.

Pelayanan kontrasepsi

1. Cara kontrasepsi sederhana tanpa alat/obat.

a. Senggama terputus (coitus interruptus).

Senggama dijalankan sebagaimana biasa tetapi pada puncak senggama, alat kemaluan pria (penis) dikeluarkan sehingga mani keluar di luar vagina. Cara ini tidak berbahaya, baik fisik maupun mental. Kepuasan perasaan hati kedua belah pihak biasanya terpelihara, lebih-lebih apabila ada saling pengertian yang baik antara mereka.

b. Pantang berkala.

Pantang berkala ialah tidak melakukan senggama dengan seorang wanita yaitu sekitar waktu terjadi ovulasi. Biasanya ovulasi terjadi pada hari 14 sebelum haid yang akan datang, tetapi dapat pula lebih cepat atau lebih lambat 2 hari yakni menjadi hari ke 16 atau hari ke 12 sebelum haid yang akan datang.

2. Kondom

Kondom adalah suatu kantong karet yang tipis, yang dipakai untuk menutupi penis yang ereksi, agar pada saat senggama, air mani tidak mencapai serviks dan tidak dapat membuahi sel telur sehingga mencegah kehamilan,

kondom menutupi penis, juga digunakan untuk mencegah penularan penyakit.

3. Alat Perintang Bagi Wanita (Diafragma dan Kap)

Kap dan diafragma adalah karet yang di pakai untuk menutupi servik atau lobang vagina, guna mencegah masuknya mani ke dalam servik dan rahim (Diafragma ditempatkan menutupi serviks). Bentuk dan ukuran besar kecilnya bermacam-macam alat. Alat ini paling manjur apabila dipakai bersama - sama spermicide. Alat ini tidak disediakan oleh Program Keluarga Berencana Indonesia. Pemakainya adalah dengan memasukkan diafragma ke dalam vagina setinggi mungkin sampai menutupi mulut rahim Alat tersebut dikeluarkan lagi 8 jam setelah bersenggama.

4. Spermicide

Spermicide adalah bahan kimia yang menghentikan gerak dan mematikan spermatozoa di dalam vagina sebelum membuahi sel telur. Bahan kimia tersebut berbentuk tablet, pessarium. foam / busa, krim dan lapisan tipis yang ditempatkan di dalam vagina setinggi-tingginya dekat cervix. Foam dan krim juga bertindak sebagai penghalang terhadap spermatozoa yang mau masuk ke dalam cervix. Spermicide dipakai 5-10 menit sebelum melakukan hubungan badan.

Penyucian vagina dilakukan dalam waktu setelah 8 jam selesai melakukan hubungan badan.

a. Tablet berbusa

Tablet ini hanya untuk dimasukkan ke dalam vagina. Jangan digunakan tablet yang sudah hancur atau bernoda kuning. Dan yang sudah kadaluarsa. Cara pemberian adalah dengan memasukkan sedalamdalamnya ke dalam vagina. Tablet busa ini akan memekar, memberhentikan gerak dan menghancurkan spermatozoa. Liang vagina jangan dicuci (dengan air atau apa saja) selama sekurang-kurangnya 8 jam sesudah melakukan hubungan badan.

b. Krim dan Jelly

Krim atau jelly dapat dipakai dengan atau tanpa diafragma

- Tidak ada perbedaan antara krim dan jelly.
- Meskipun krim lebih licin dari pada jelly daya gunanya sama saja.
- Alat untuk memasukkan (aplikator) harus disekrupkan dulu di ujung tabung berisi jelly atau krim sebagai ganti tutupnya.
- Untuk mengisi alai pemasuk dengan atau krim, tabung ditekan.
- Alat pemasuk yang sudah berisi penuh

dilepaskan dari tabung.

- Alat pemasuk di masukkan kedalam vagina sedalam-dalamnya, dengan posisi ibu berbaring terlentang sesaat sebelum melakukan hubungan. Alat pendorongnya ditekan untuk menempatkan krim atau jelly sedalam-dalamnya di dalam vagina, hingga serviks tertutup olehnya.
- Tata kerja tersebut diatas dilaksanakan tepat sebelum hubungan badan.
- Bila hubungan badan akan diulang, krim atau jelly baru harus di masukkan lagi.
- Dianjurkan jangan memakai krim atau jelly yang sudah kadaluarsa.
- Saluran vagina jangan disemprot atau dicuci (dengan air atau apa saja) selama sekurang-kurangnya 8 jam sesudah hubungan badan, karena krim atau jelly akan larut dan daya gunanya hilang.

c. Foam

Jelaskan kepada wanita yang bersangkutan tentang penggunaan foam sebagai berikut:

- Foam disediakan dalam kaleng aerosol bersama dengan alat pemasuknya (aplikator)
- Sebelum senggama alat pemasuk diisi dengan foam

- Untuk memasukkan foam, alat pemasuk harus dimasukan ke dalam vagina sedalam-dalamnya dengan posisi ibu berbaring telentang.
- Tekanlah pendorong untuk meletakan foam dipuncak vagina dan menutupi cerviks.
- Foam hanya boleh dimasukan ke dalam vagina tidak lebih dari 2 jam sebelum hubungan badan.
- Bila hubungan badan akan diulangi, foam baru digunakan.
- Foam yang kadaluarsa jangan digunakan.
- Saluran vagina jangan disemprot atau dicuci (dengan air atau apa saja) selama sekurang-kurangnya 8 jam sesudah melakukan hubungan badan.

d. Lapisan Kotrasepsi (tissue intravag)

Intravag disediakan dalam bentuk selaput/tiscue. Setiap kali akan berhubungan badan dipakai selembat intravag. Intravag dimasukan ke dalam vagina dengan jari sebelum melakukan hubungan badan, sampai menyentuh mulut rahim dan tunggu 2 s/d 5 menit sehingga intravag menjadi larut. Bila hubungan badan akan diulangi, gunakan selaput intravag baru. Jangan menyembrotkan air ke dalam liang vagina sebelum 6 jam sesudah melakukan hubungan badan.

5. Pil Keluarga Berencana

Pil keluarga berencana ialah pil yang berisikan hormon estrogen dan atau hormon progesteron yang dimakan wanita secara teratur untuk mencegah kehamilan. Pil KB berisi estrogen dan progesteron buatan. Hormon tersebut mencegah pengeluaran hormon dari kelenjar hipofise, endometrium, sehingga tidak siap untuk nidasi. Kedua hormon itu menambah kepekatan lendir serviks, sehingga tidak mudah ditembus oleh sperma.

6. Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR)

AKDR adalah alat kontrasepsi yang terbuat dari plastik halus berbentuk spiral (Lipes Loop) atau berbentuk lain (Copper T Cu 200,Copper T 220) atau khusus oleh dokter atau bidan yang sudah dilatih Ada bermacam - macam AKDR, antara lain yang terbuat dari bahan plastik halus berbentuk spiral disebut lippes-loop, atau AKDR berlapis tembaga dengan bermacam - macam bentuk seperti multi-load Cu 250 (ML-Cu 250), Copper T 220 (Cu-T220) dan Cooper seven 200 (Cu-7 200) dan lain -lain.

7. Kontrasepsi Suntikan

Kontrasepsi suntikan yang beredar di Indonesia ada 2 (dua) macam yaitu DMPA (Depo Medr oxy Progesteron Acetat) yang lazim disebut Noristerat.

Depo Provera sudah diteliti dengan hasil memuaskan dan telah mendapat pengesahan dari Departemen Kesehatan untuk dapat digunakan dalam Program KB Nasional namun demikian persediaan masih terbatas. Sedangkan Noristerat hanya berisi progesteron, tidak mengandung estrogen seperti pada pil KB.

Kontrasepsi suntikan mencegah kehamilan dengan cara :

- 1) Menghilangkan terjadinya ovulasi.
- 2) Menipiskan endometrium, sehingga nidasi tidak mungkin terjadi.
- 3) Memekatkan Iendir serviks, sehingga menghambat perjalanan sperma melalui kanalis servikalis.

8. Kontrasepsi Susuk (Implant)

Kontrasepsi susuk (implant) di Indonesia disebut dengan nama "susuk KB". Kontrasepsi ini berisi levo norgestrel, terdiri dari 6 kapsul yang diinsersikan dibawah kulit lengan atas bagian dalam progesteron yang telah banyak dipakai nordette. Setiap kapsul mengandung 38 mg levonorgestrel dan akan efektif sebagai kontrasepsi untuk 5 tahun.

Implant merupakan cara KB yang sangat efektif dalam mencegah kehamilan dan dapat mengembalikan kesuburan secara sempurna karena:

- Implant tidak merepotkan. Setelah pemasangan, akseptor tidak perlu melakukan atau memikirkan apa-apa misalnya pada pengguna pil.
- Sekali pasang, akseptor akan mendapat perlindungan selama 5 tahun.
- Pemakaian diarahkan kepada daerah yang sulit menerima IUD/kontap.

Diutamakan bagi peserta yang sudah cukup anak , tidak ingin mempunyai anak lagi tetapi belum siap menjalani kontrasepsi mantap.

- Implant cukup memuaskan, tidak ada yang di masukkan ke dalam vagina dan tidak mengganggu kebahagiaan dalam hubungan seksual
- Implant sangat mudah diangkat kembali. Bila seorang akseptor menginginkan anak lagi, kesuburan langsung dapat kembali setelah implant diangkat.
- Implant merupakan cara KB yang ideal bagi ibu yang tidak mau mempunyai anak lagi, akan tetapi belum siap untuk melakukan sterilisasi. Kontra indikasi pemakaian implant ialah hamil atau disangka hamil, kelainan kardiovaskuler, sakit kuning, gula, infeksi

panggul, psikosis/neurosis, riwayat kehamilan ektopik, riwayat molahidatidosa, varises berat, ibu sedang menyusui.

9. Kontrasepsi Mantap

Sebelum dilaksanakan hendaknya diberikan pengertian bahwa pengembalian kesuburan (reversibilitas) adalah kecil. Penggunaan cara kontrasepsi ini melalui suatu tindakan operasi kecil dengan cara mengikat dan memotong saluran sperma pada suami, sehingga mengakibatkan pasangan yang bersangkutan tidak akan mendapat keturunan lagi.

Kontrasepsi mantap pada istri (tubektomi) dipersiapkan melalui tindakan operasi kecil dengan cara mengikat dan memotong saluran (tuba) pada istri. Dengan demikian telur dari ovarium tidak dapat mencapai rahim. sehingga tidak terjadi pembuahan.

Persiapan ini dapat dilakukan dengan berbagai cara, antara lain dengan operasi kecil melalui rongga perut atau melalui vagina. Operasi ini hanya berlangsung sekitar 20-30 menit, pasien tidak dirawat, hanya memerlukan pengawasan beberapa jam (sekitar 6 jam) setelah operasi, pasien dapat pulang hari itu juga. Dengan tubektom, hubungan suami istri tidak terganggu, fungsi haid berlangsung seperti sediakala, keselamatan fisik, mental, maupun emosi tidak terganggu.

2. SISTEM RUJUKAN

2. Sistem Rujukan

1. Definisi sistem rujukan

Adalah suatu jaringan sistem pelayanan kesehatan yang mungkin terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal balik atas timbulnya suatu masalah dari suatu kasus atau masalah kesehatan masyarakat, baik secara vertikal maupun horisontal, kepada yang lebih kompeten, terjangkau dan dilakukan secara rasional.

a. Tujuan

1. Memberikan pelayanan kesehatan pada pasien dengan tepat dan cepat
2. Menggunakan fasilitas kesehatan secara seefisien mungkin
3. Mengadakan pembagian tugas pelayanan kesehatan pada unit-unit kesehatan sesuai dengan lokasi dan kemampuan unit-unit tersebut.

b. Jenis Rujukan

Dapat dibagi 2, yaitu:

1. Rujukan Medik

Rujukan ini berkaitan dengan upaya penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan pasien. Disamping itu juga mencakup rujukan pengetahuan (konsultasi medis) dan bahan-bahan pemeriksaan

2. Rujukan Kesehatan

Rujukan ini berkaitan dengan upaya pencegahan penyakit (preventif dan peningkatan kesehatan (Promosi), Rujukan ini mencakup rujukan teknologi, sarana dan operasional,

c. Jenjang tingkat Rujukan

Ada 3 bentuk tingkat pelayanan, yaitu :

1. Pelayanan Kesehatan tingkat I (Primary Health Care)

Pelayanan ini diperlukan untuk masyarakat yang sakit ringan dan masyarakat yang sehat untuk meningkatkan kesehatan mereka atau promosi kesehatan,

2. Pelayanan Kesehatan tingkat II (Secondary Health Service)

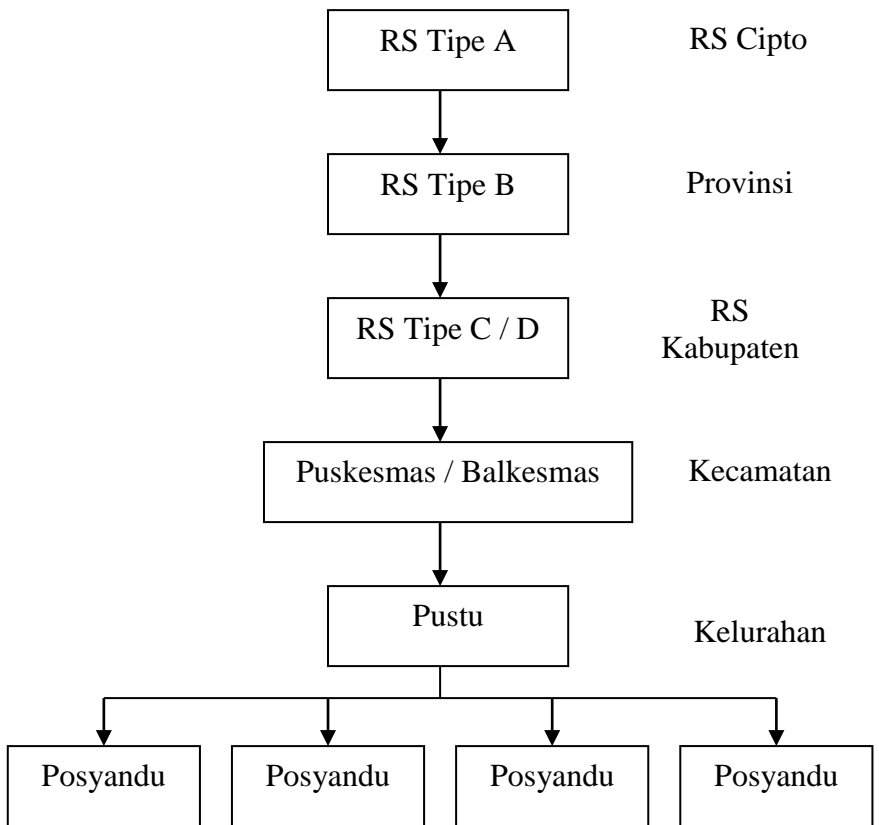
Pelayanan kesehatan ini diperlukan oleh sekelompok masyarakat yang memerlukan perawatan inap yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan primer. Misalnya RS tipe C dan D memerlukan tersedianya tenaga-tenaga spesialis

3. Pelayanan Kesehatan Tingkat III (Tertiary Health

Service)

Pelayanan kesehatan ini diperlukan oleh sekelompok masyarakat atau pasien yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan skunder. Pelayanannya sudah kompleks dan memerlukan tenaga-tenaga spesialis contohnya RS tipe A atau B.

3. Jalur Rujukan



Untuk melakukan rujukan perlu dilakukan langkah-langkah sbb:

- ❖ Bila ditemukan kasus yang tidak dapat ditangani sesuai dengan wewenang bidan, pasien tersebut segera dikirim ke unit pelayanan kesehatan lengkap atau tenaga kesehatan yang memiliki kemampuan mengatasi masalah kesehatan di atas.
- ❖ Penentuan tempat rujukan ditetapkan atas pertimbangan jarak, mudah terjangkau, tersedianya fasilitas dan tenaga yang dapat memenuhi kebutuhan untuk menangani masalah pasien. Tempat rujukan tidak dibatasi oleh wilayah, administrasi dan kesediaan penderita.
- ❖ Pasien dan keluarga diberi info sehingga masalah yang dihadapi dan manfaat perlunya dilakukan rujukan
- ❖ Pasien dan keluarga harus disiapkan sebelum dirujuk ➔ infus dan obat-obatan sesuai dengan kebutuhan
- ❖ Dokumen disiapkan dan berisikan info lengkap tentang masalah kesehatan penderita. Dalam keadaan darurat pasien sebaiknya didampingi oleh bidan menuju ke tempat rujukan.
- ❖ Pasien telah dapat diatasi ditempat rujukan (RS) sebaiknya dikirim kembali kebidan pengirim untuk tidak lanjut bidan melakukan tindakan sesuai dengan saran yang diberikan oleh RS bila diperlukan.

BAB XII

PEMANTAUAN WILAYAH SETEMPAT KESEHATAN IBU DAN ANAK (PWS-KIA)

1. PEMANTAUAN WILAYAH SETEMPAT KESEHATAN IBU DAN ANAK (PWS-KIA)

A. Pengertian

PWS-KIA adalah alat manajemen program KIA untuk memantau cakupan pelayanan KIA di suatu tempat (Puskesmas/Kecamatan) secara terus menerus agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat terhadap desa yang cakupan pelayanan KIA-nya masih rendah.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan KIA di wilayah kerja Puskesmas melalui pemantauan cakupan pelayanan KIA di tiap desa secara terus menerus

2. Tujuan Khusus

- a. Memantau cakupan pelayanan KIA yang dipilih sebagai indikator secara teratur (bulanan) dan terus menerus di tiap desa
- b. Menilai kesenjangan antara target yang ditetapkan

dan pencapaian
sebenarnya untuk tiap desa

- c. Menentukan urutan desa prioritas yang akan ditangani secara intensif berdasarkan besarnya kesenjangan antara target dan pencapaian
- d. Merencanakan tindak lanjut dengan menggunakan sumber data yang tersedia dan yang dapat digali.
- e. Membangkitkan peran pamong setempat dalam penggerakan sasaran dan mobilisasi sumber daya.

C. Prinsip Pengelolaan Program KIA

Kegiatan pokok pelayanan KIA

1. Peningkatan pelayanan antenatal di semua fasilitas pelayanan dengan mutu yang baik serta jangkauan yang setinggi-tingginya Pelayanan antenatal mencakup anamnesis. Pemeriksaan fisik (umum dan kebidanan), pemeriksaan laboratorium atas indikasi serta intervensi dasar dan khusus (sesuai resiko yang ada).

Namun dalam penerapan operasional dikenal standar minimal "7T" terdiri dari :

- Timbang BB, ukur BB.
- (Ukur) Tekanan darah
- (Pemberian imunisasi) Tetanus toksoid (TT) lengkap
- (Ukur) Tinggi Fundus Uteri
- (Pemberian) Tablet zat besi minimal 90 tablet selama

kehamilan

- TORCH
- Temu wicara

Frekuensi pelayanan antenatal adalah minimal 4x selama kehamilan, dengan ketentuan waktu :

- ✎ Minimal 1x pada trimester I
- ✎ Minimal 1x pada trimester II
- ✎ Minimal 2x pada trimester III

2. Peningkatan pertolongan persalinan yang lebih ditujukan kepada peningkatan oleh tenaga profesional secara berangsur. Dalam program KIA, ada beberapa jenis tenaga yang memberikan pertolongan persalinan pada masyarakat seperti;

a. Tenaga Profesional :

Dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan, pembantu bidan (PKE) dan perawat bidan

b. Dukun Bayi, dibagi sebagai berikut :

- Terlatih

Yaitu dukun bayi yang telah mendapat latihan oleh tenaga kesehatan dan dinyatakan lulus.

- Tidak terlatih

Yaitu dukun bayi yang belum pernah dilatih oleh tenaga kesehatan atau dukun bayi yang sedang dilatih dan Belum lulus.

Pertolongan persalinan yang dilakukan oleh dukun diharapkan memenuhi standar minimal "3 Bersih" yang meliputi:

- ✎ Bersih tangan penolong
- ✎ Bersih alat pemotong tali pusat
- ✎ Bersih alas tempat ibu berbaring dan lingkungannya

Pada prinsipnya, penolong persalinan harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

- Sterilitasi
 - Metode pertolongan persalinan yang memenuhi persyaratan teknis medis.
 - Merujuk kasus yang memerlukan tingkat pelayanan yang lebih tinggi
3. Peningkatan deteksi dini resiko ibu hamil, baik oleh tenaga kesehatan maupun di masyarakat oleh kader dan dukun bayi serta penanganan dan pengamatan secara terus menerus
- Faktor resiko ibu hamil, diantaranya :
- a. Primigravida < 20 tahun atau >35 tahun
 - b. Jumlah anak > 4 orang
 - c. Jarak persalinan terakhir dengan kehamilan sekarang < 2 tahun
 - d. Tinggi badan < 145 cm
 - e. Berat badan < 38 kg dan tingkat lengan atas (Ha) < 23,5 cm
 - f. Riwayat keluarga menderita penyakit Diabetes Melitus,

hipertensi dan riwayat cacat kongenital

- g. Kelainan bentuk tubuh misalnya kelainan tulang belakang atau kelainan tulang panggul

Deteksi dini ibu hamil berisiko perlu difokuskan pada keadaan yang menyebabkan kematian ibu bersalin di rumah dengan pertolongan oleh dukun bayi. Risiko tinggi kehamilan merupakan keadaan penyimpangan dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi.

Risiko tinggi pada kehamilan meliputi :

- a. Kadar haemoglobins 8 gr%
- b. Tekanan darah tinggi (sistole >140 mmHg dan diastole > 90 mmHg)
- c. Oedema yang nyata
- d. Eklampsia
- e. Perdarahan pervaginam
- f. Ketuban Pecan Dini (KPD)
- g. Letak lintang pada usia kehamilan > 32 minggu
- h. Letak sungsang pada primigravida
- i. Infeksi berat atau sepsis
- j. Persalinan prematur
- k. Kehamilan ganda
- l. Janin yang besar

- m. Penyakit kronis pada ibu
 - n. Riwayat obstetri yang buruk
4. Peningkatan pelayanan neonatal (bayi < 1 bulan) dengan mutu yang baik dan jangkauan yang setinggi tingginya.
- Penyebab utama kematian neonatal adalah tetanus neonatorum, gangguan yang timbul pada Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dan asfiksia. Upaya yang dilakukan untuk mencegah kematian neonatal diutamakan dengan pemeliharaan kehamilan sebaik mungkin, pertolongan persalinan "3 Bersih" dan perawatan yang adekuat pada bayi. Risiko pada neonatal meliputi :
- a. Bayi lahir dengan berat < 2500 gr dan > 4000 gr
 - b. Bayi dengan tetanus neonatorum
 - c. Bayi dengan asfiksia
 - d. Bayi dengan ikterus neonatorum (ikterus > 10 had setelah lahir)
 - e. Bayi dengan sepsis
 - f. Bayi lahir preterm dan postterm
 - g. Bayi lahir dengan cacat bawaan sedang
 - h. Bayi lahir dengan persalinan tindakan

D. Batasan Operasional Pemantauan PWS-KIA

1. Pelayanan Antenatal

Pelayanan kesehatan oleh tenaga operasional untuk ibu selama masa kehamilannya yang dilaksanakan sesuai

dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan. Standar operasional yang ditetapkan untuk pelayanan antenatal adalah "71".

2. **Penjaringan (deteksi) dini kehamilan berisiko**
Kegiatan ini bertujuan untuk menemukan ibu hamil berisiko, yang dapat dilakukan oleh kader, dukun bayi dan tenaga kesehatan.
3. **Kunjungan ibu hamil**
Adalah kontak ibu hamil dengan tenaga profesional untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar yang ditetapkan.
4. **Kunjungan ibu baru hamil (K1)**
Adalah kunjungan ibu hamil yang pertama kali pada masa kehamilan.
5. **Kunjungan ulang**
Adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang kedua dan seterusnya, untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar selama satu periode kehamilan berlangsung.
6. **K4**
Adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang ke empat (atau lebih), untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar yang ditetapkan.
7. **Kunjungan Neonatal (KN)**

Adalah kontak neonatal dengan tenaga kesehatan minimal 2 (dua) kali untuk mendapatkan pelayanan dan pemeriksaan kesehatan neonatal, baik di dalam maupun di luar gedung Puskesmas (termasuk bidan di desa, polindes, dan kunjungan rumah) dengan ketentuan:

- a. Kunjungan pertama kali pada hari pertama sampai dengan hari ke tujuh (sejak 6 jam setelah lahir)
 - b. Kunjungan kedua kali pada hari ke delapan sampai dengan hari ke dua puluh delapan.
 - c. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan bukan merupakan kunjungan neonatal
8. Cakupan akses

Adalah persentase ibu hamil di suatu wilayah, dalam kurun waktu tertentu, yang pernah mendapat pelayanan antenatal sesuai standar paling sedikit satu kali selama kehamilan.

Cara menghitungnya adalah sebagai berikut:

(Jumlah kunjungan baru ibu hamil dibagi dengan jumlah sasaran ibu hamil yang ada di suatu wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun) dikalikan 100%.

9. Cakupan ibu hamil (cakupan K4)

Adalah persentase ibu hamil di suatu wilayah, dalam kurun waktu tertentu, yang mendapatkan pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit empat kali, dengan distribusi pemberian pelayanan minimal satu kali

pada trimester I, satu kali pada trimester II, dan dua kali pada trimester III.

Cara menghitungnya adalah sebagai berikut:

(jumlah ibu hamil yang telah menerima K4 dibagi jumlah sasaran ibu hamil dalam kurun waktu satu tahun) dikalikan 100%

10. Sasaran ibu hamil

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

11. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan

Adalah persentase ibu bersalin di suatu wilayah dalam kurun waktu tertentu, yang ditolong persalinannya oleh tenaga kesehatan.

Cara menghitungnya adalah sebagai berikut:

(Jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan (tidak tergantung pada tempat pelayanan) dibagi dengan jumlah seluruh persalinan yang ada di suatu wilayah dalam kurun waktu satu tahun) dikalikan 100%.

12. Cakupan penjangkaran ibu hamil berisiko oleh masyarakat

Adalah persentase ibu hamil berisiko yang ditemukan oleh kader dan dukun bayi yang kemudian dirujuk ke Puskesmas/tenaga kesehatan, dalam kurun waktu tertentu.

Diperkirakan persentase ibu hamil berisiko mencapai 15-20% dari seluruh ibu hamil.

13. Cakupan penjangangan ibu hamil berisiko oleh tenaga kesehatan
Adalah persentase ibu hamil berisiko yang ditemukan oleh tenaga kesehatan, yang kemudian ditindaklanjuti (dipantau secara intensif dan ditangani sesuai kewenangan; dan atau dirujuk ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi), dalam kurun waktu tertentu.
14. Ibu hamil berisiko
Adalah ibu hamil yang mempunyai faktor risiko dan risiko tinggi.
15. Cakupan kunjungan neonatal (KN)
Adalah persentase neonatal (bayi umur < 1 bulan) yang memperoleh pelayanan kesehatan minimal dua kali dari tenaga kesehatan satu kali pada hari pertama sampai dengan hari ke dua puluh delapan.

Indicator Pemantauan PWS-KIA

- a. Akses Pelayanan Antenatal (Cakupan K1)

Indikator akses ini digunakan untuk mengetahui jangkauan pelayanan antenatal serta kemampuan program dalam menggerakkan masyarakat.

Rumus yang dipakai untuk perhitungannya adalah:

$$\frac{\text{Jumlah kunjungan baru (K1) ibu hamil}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

Jumlah sasaran ibu hamil dalam satu tahun dihitung

dengan rumus :

$\text{CBR Propinsi} \times 1,1 \times \text{jumlah penduduk setempat}$

☞ Bila propinsi tidak mempunyai data CBR, dapat digunakan angka nasional, sehingga rumus perhitungannya sebagai berikut: $3\% \times \text{jumlah penduduk setempat}$

b. Cakupan Ibu Hamil (K4)

Dengan indikator ini dapat diketahui cakupan pelayanan antenatal secara lengkap (memenuhi standar pelayanan dan menepati waktu yang telah ditetapkan) yang menggambarkan tingkat perlindungan ibu hamil di suatu wilayah disamping menggambarkan kemampuan manajemen ataupun kelangsungan program KIA.

Rumusnya adalah:

$$\frac{\text{Jumlah kunjungan ibu hamil K4}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

c. Cakupan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan

Dengan indikator ini dapat diperkirakan proporsi persalinan yang ditangani oleh tenaga kesehatan dan ini menggambarkan kemampuan manajemen program KIA dalam pertolongan persalinan secara profesional.

Rumus yang dipergunakan sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah persalinan oleh tenaga kesehatan}}{\text{Jumlah seluruh sasaran persalinan dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

Jumlah seluruh sasaran persalinan dalam satu tahun diperkirakan melalui perhitungan :

CBR Propinsi x 1,05 x jumlah penduduk setempat

Bila Propinsi tidak mempunyai data CBR, dapat digunakan angka nasional sehingga rumusnya sebagai berikut :

2,8% x jumlah penduduk setempat

d. Penjaringan (deteksi) Ibu Hamil Berisiko oleh Masyarakat

Dengan indikator ini dapat diukur tingkat kemampuan dan peran serta masyarakat dalam melakukan deteksi ibu hamil berisiko di suatu wilayah. Rumus yang dipergunakan sebagai berikut:

Jumlah ibu hamil berisiko yang dirujuk oleh dukun

$$\frac{\text{Bayi/ Kader kesehatan}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

e. Penjaringan (deteksi) Ibu Hamil Berisiko oleh Tenaga Kesehatan

Dengan indikator ini dapat diperkirakan besarnya masalah yang

dihadapi oleh program KIA dan harus ditindaklanjuti dengan intervensi secara intensif.

Rumus yang dipergunakan sebagai berikut: : Jumlah ibu hamil berisiko yang ditemukan oleh tenaga kesehatan dan atau dirujuk oleh dukun bayi/leader Jumlah sasaran ibu hamil dalam 1 tahun

f. Cakupan Pelayanan Neonatal (KN) oleh tenaga Kesehatan

Dengan indikator ini dapat diketahui jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan neonatal.

Rumus yang dipergunakan sebagai berikut: Jumlah kunjungan neonatal yang mendapat pelayanan kesehatan minimal 1 kali oleh tenaga kesehatan Jumlah seluruh sasaran bayi dalam 1 tahun.

Kunjungan minimal 2 (dua) kali dengan ketentuan:

- a. Kunjungan pertama kali pada hari pertama sampai dengan hari ketujuh (sejak 6 jam setelah lahir)
- b. Kunjungan kedua kali pada hari ke delapan sampai dengan hari ke dua puluh delapan
- c. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan bukan merupakan

kunjungan neonatal

Jumlah sasaran bayi diperkirakan melalui perkiraan:

- CBR Propinsi jumlah penduduk
- Bila propinsi tidak mempunyai data CBR, dapat digunakan angka nasional dengan perhitungan:

2,7 x jumlah setempat

Jenis Data

a. Data Sasaran

- ✍ Jumlah seluruh ibu hamil
- ✍ Jumlah seluruh ibu bersalin
- ✍ Jumlah seluruh bayi berusia < 1 bulan (neonatal)
- ✍ Jumlah seluruh bayi

b. Data Pelayanan

- ✍ Jumlah K1
- ✍ Jumlah K4
- ✍ Jumlah ibu hamil berisiko yang dirujuk oleh masyarakat
- ✍ Jumlah ibu hamil berisiko yang dilayani oleh tenaga kesehatan
- ✍ Jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga profesional

- ✎ Jumlah bayi berusia < 1 bulan yang dilayani oleh tenaga kesehatan minimal 2 (dua) kali.

Data pelayanan pada umumnya berasal dari:

1. Register kohort ibu dan bayi
2. Laporan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan dan dukun bayi.
3. Laporan dari dokter atau bidan praktek swasta
4. Laporan dari fasilitas pelayanan selain Puskesmas yang berada di wilayah Puskesmas.

Proses Penerapan PWS-KIA

Persiapan

Kegiatan yang perlu dilakukan dalam tahap persiapan ini adalah :

- ✎ Pertemuan di tingkat propinsi

Pertemuan ini merupakan pertemuan persiapan, dan dapat berupa rangkaian pertemuan dengan tujuan yang saling melengkapi yaitu untuk:

1. Menyamakan persepsi mengenai PWS-KIA
2. Pelatihan pelatih
3. Merencanakan pelatihan di tingkat kabupaten dan Puskesmas

4. Menentukan siapa yang akan dilatih
5. Menentukan kebijaksanaan propinsi dalam pelaksanaan PWS-KIA
6. Menyusun mekanisme pemantauan kegiatan.

Pihak yang terlibat meliputi:

Kantor wilayah Kesehatan

- a. Kepala Bidang PKPP
- b. Kepala Bidang Yankesmas
- c. Kepala Bidang PPTK
- d. Kepala Seksi Gizi/Kesehatan Keluarga
- e. Kepala Seksi Puskesmas
- f. Kepala Seksi Rujukan
- g. Kepala Seksi Epidemiologi

Dinas Kesehatan Tingkat I

- h. Kepala Subdinas KIA
- Kepala Subdinas Pemulihan
- i. Kepala Subdinas P2
- j. Kepala Subdinas PKM
- k. Kepala Seksi Ibu dan Anak
- l. Kepala Seksi Puskesmas

- m. Kepala Seksi RS
- n. Kepala Seksi Imunisasi
- o. Kepala Sub-bagian Perencanaan

☞ Pelatihan petugas Dati II

Petugas Dati II dilatih untuk menjadi pelatih petugas Puskesmas.

Peserta diambil dari unsur-unsur KIA (prioritas), P2M, PKM, Pemulihan baik dari Dinas Kesehatan maupun Kantor Departemen Tingkat II.

Setiap kali pelatihan, sebaiknya peserta tidak lebih dari 30 orang.

Materi pelatihan :

- Pedoman PWS-KIA
- Pedoman Pelayanan Antenatal
- Kebijakan Program KIA
- Perencanaan pelaksanaan dan pemantauan kegiatan

☞ Pelatihan petugas Puskesmas di Dati II

Pelatihan petugas Puskesmas mengenai PWS-KIA diikuti oleh:

- Pimpinan Puskesmas
- Koordinator Unit KIA
- Petugas SP2TP

Pelatihnya adalah petugas dari Dati II dan Dati I yang telah dilatih.

✎ Pertemuan dengan unit kesehatan swasta dan Rumah sakit umum Pertemuan ini penting karena PWS-KIA mempunyai pendekatan wilayah. Dengan demikian semua pelayanan KIA dari fasilitas pelayanan di luar Puskesmas pun perlu dilibatkan agar dapat diketahui cakupan pelayanan KIA oleh tenaga kesehatan.

c. Pelaksanaan

Pelaksanaan PWS-KIA dimulai di tingkat Dati II, yakni melalui:

1. Pertemuan di Dati II
2. Pertemuan intern kesehatan, yang dihadiri oleh para Kepala Seksi terkait di lingkungan Dinas Kesehatan dan Kandep, serta Puskesmas.

3. Pertemuan lintas sektor, yang dihadiri oleh sektor terkait di tingkat kabupaten dan kecamatan.

Pertemuan bertujuan memberikan informasi mengenai PWS-KIA, perencanaan yang akan dilakukan dan peran masing-masing yang diharapkan.

2. Pertemuan di tingkat Puskesmas

Pertemuan ini dapat disatukan dengan Mini Lokakarya, yang merupakan pertemuan rutin bulanan di Puskesmas. Semua staf yang memberikan pelayanan KIA diartih PWS-KIA. dan disusun rencana tindak lanjut.

3. Pertemuan di tingkat Kecamatan

Pertemuan bulanan berupa rapat koordinasi dapat dipakai untuk menginformasikan mengenai PWS-KIA non teknis. Hadir dalam pertemuan tersebut biasanya adalah Kepala Desa, Tim Penggerak PKK Desa, Puskesmas dan lintas sektor.

d. Pemantauan

Pemantauan kegiatan PWS-KIA dapat dilakukan melalui laporan dan supervisi yaitu:

✎ Tingkat Kabupaten

- a. Laporan Puskesmas
- b. Laporan Rumah Sakit
- c. Laporan Swasta
- d. Supervisi checklist
- ☞ Tingkat Puskesmas
 - a. Sarana Pencatatan (buku register, dll)
 - b. Laporan Swasta
 - c. Kunjungan ke desa yang rawan

Cara Membuat grafik PWS-KIA

PWS-KIA disajikan dalam bentuk grafik dari tiap indikator yang dipakai, yang juga menggambarkan pencapaian tiap desa dalam tiap bulan. Dengan demikian tiap bulannya dibuat 6 grafik, yaitu:

1. Grafik cakupan K1
2. Grafik cakupan K4
3. Grafik cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan
4. Grafik penjangkaran ibu hamil berisiko oleh masyarakat
5. Grafik penjangkaran ibu hamil berisiko oleh tenaga kesehatan
6. Grafik cakupan neonatal oleh tenaga kesehatan ,:

Langkah-langkah pokok dalam pembuatan grafik PWS-KIA:

a. Pengumpulan Data

Data yang diperlukan untuk menghitung tiap indikator diperoleh dari catatan ibu hamil per desa, register kegiatan harian, register kohort ibu dan bayi, kegiatan pemantauan ibu hamil per desa, catatan posyandu, laporan dari bidan/dokter praktek swasta, rumah sakit bersalin dan sebagainya.

b. Pengelolaan Data

➤ Perhitungan untuk cakupan K1 (akses)

2. Pencapaian kumulatif per desa adalah

$$\frac{\text{Pencapaian cakupan kumulatif ibu hamil baru per desa (Januari s/d Juni 1994)}}{\text{Sasaran ibu hamil per desa selama 1 tahun}} \times 100\%$$

3. Pencapaian bulan ini per desa

$$\frac{\text{Pencapaian cakupan ibu hamil baru per desa selama (Juni 1994)}}{\text{Sasaran ibu hamil per desa selama 1 tahun}} \times 100\%$$

s

4. Pencapaian bulan lalu per desa adalah

$$\frac{\text{Pencapaian cakupan ibu hamil baru per desa selama (Mei 1994)}}{\text{Sasaran ibu hamil per desa selama 1 tahun}} \times 100\%$$

➤ Perhitungan untuk cakupan K4

5. Pencapaian kumulatif per desa adalah :

$$\frac{\text{Pencapaian cakupan kumulatif kunjungan ibu hamil (K4) Per desa (Januari s/d Juni 1994)}}{\text{Sasaran ibu hamil perdesa selama 1 tahun}} \times 100\%$$

6. Pencapaian bulan ini per desa

$$\frac{\text{Pencapaian cakupan kumulatif kunjungan ibu hamil (K4) Per desa (Juni 1994)}}{\text{Sasaran ibu hamil perdesa selama 1 tahun}} \times 100\%$$

7. Pencapaian bulan lalu per desa adalah

$$\frac{\text{Pencapaian cakupan kunjungan ibu hamil (K4) Per desa selama (Mei 1994)}}{\text{Sasaran ibu hamil perdesa selama 1 tahun}} \times 100\%$$

c. Penggambaran grafik PWS-KIA

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

1. Menentukan target rata-rata perbulan untuk menggambarkan skala pada garis vertikal (sumbu y).

Misalnya target cakupan ibu hamil baru (cakupan K1) dalam 1 tahun ditentukan 90 % (garis a), maka sasaran rata-rata setiap bulan adalah:

$$\frac{90\%}{12 \text{ bulan}} = 7,5\%$$

Dengan demikian, maka sasaran pencapaian kumulatif sampai dengan bulan Juni adalah ($6 \times 7,5\% =$) 45 % (garis b).

2. Hasil perhitungan pencapaian kumulatif cakupan K1 sampai dengan bulan Juni dimasukkan ke dalam jalur % kumulatif secara berurutan sesuai peringkat. Pencapaian tertinggi sebelah kiri dan terendah disebelah kanan, sedangkan pencapaian untuk puskesmas dimasukkan kedalam kolom terakhir.
3. Nama desa bersangkutan dituliskan pada lajur desa, sesuai dengan cakupan kumulatif masing-masing desa
4. Hasil perhitungan pencapaian bulan ini (Juni) dan bulan lalu (Mei) untuk tiap desa dimasukkan kedalam lajur masing-masing
5. Gambar anak panah dipergunakan untuk lajur trend. Bila pencapaian cakupan bulan ini lebih besar dari pencapaian cakupan bulan lalu, maka di gambarkan anak panah yang menunjuk ke atas. Sebaliknya, untuk cakupan bulan lalu, digambarkan anak panah yang menunjukkan kebawah, sedangkan untuk cakupan yang tetap/sama gambarkan dengan tanda (-).

Analisis dan Tindak Lanjut PWS-KIA

Grafik PWS-KIA perlu di analisis dan ditafsirkan, agar dapat diketahui desa mana yang paling memerlukan perhatian dan tindak lanjut yang perlu dilakukan.

1. Analisis Grafik PWS-KIA

Analisis dari grafik cakupan ibu hamil baru (akses) pada pemantauan bulan Juni 1994 dapat digambarkan dalam matriks seperti dibawah ini:

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

Dari matriks diatas dapat disimpulkan ada 4 macam status cakupan desa, yaitu:

✎ Status baik

Adalah desa dengan cakupan diatas target yang ditetapkan, untuk bulan Juni 1994 dan mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang meningkat atau tetap dibandingkan dengan cakupan bulan yang lalu. Misalnya adalah desa A dan B, maka desa-desa ini akan mencapai atau melebihi target tahunan yang ditentukan.

✎ Status kurang

Adalah desa dengan cakupan di atas target bulan Juni 1994, namun mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang menurun jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu. Misalnya adalah desa C, yang perlu mendapat perhatian karena cakupan bulan ini hanya 5% (lebih kecil dari cakupan bulan minimal 7,55). Jika cakupan terus menurun, maka desa ini tidak akan mencapai target tahunan.

✎ Status cukup

Adalah desa dengan cakupan dibawah target bulan Juni 1994, dan mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang meningkat jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu. Misalnya adalah desa D, yang perlu didorong agar cakupan bulanan selanjutnya tidak lebih kecil dari cakupan bulanan minimal 7,5%. Jika keadaan tersebut dapat terlaksana, maka desa ini kemungkinan besar akan mencapai target tahunan yang ditentukan.

✎ Status jelek

Adalah desa dengan cakupan dibawah target bulan Juni 1994, dan mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang menurun dibanding dengan bulan lalu. Misalnya adalah desa E, yang perlu diprioritaskan untuk pembinaan agar cakupan bulanan selanjutnya dapat ditingkatkan diatas cakupan bulanan minimal agar dapat

mengejar kekurangan target sampai bulan Juni, sehingga dapat pula mencapai target tahunan yang ditentukan.

2. Rencana tindak lanjut

Bagi kepentingan program, analisis PWS-KIA ditujukan untuk menghasilkan suatu keputusan tindak lanjut teknis dan non teknis. Bagi Puskesmas, keputusan ini harus dijabarkan dalam bentuk rencana operasional jangka pendek untuk dapat menyelesaikan masalah yang dihadapi sesuai dengan spesifikasi daerah. Rencana operasional tersebut perlu dibicarakan dengan semua pihak terkait:

- a. Bagi desa yang berstatus baik atau cukup, pola penyelenggaraan pelayanan KIA perlu dilanjutkan dengan beberapa penyesuaian tertentu sesuai kebutuhan.
- b. Desa berstatus kurang, yang terutama berstatus jelek perlu diprioritaskan untuk pembinaan selanjutnya. Perlu dilakukan analisis lebih mendalam serta dicari penyebab rendahnya atau menurunnya cakupan bulanan, sehingga dapat diupayakan cara penanganan masalah secara lebih spesifik.
- c. Intervensi dan kegiatan bersifat teknis (termasuk segi penyediaan logistik) harus dibicarakan dalam mini

Lokakarya Puskesmas dan rapat Dinas kesehatan Dati II
(untuk bantuan dari Dati II)

- d. Intervensi dan kegiatan bersifat non-teknis (untuk motivasi, penggerakan sasaran, dan mobilisasi sumber daya di masyarakat) harus dibicarakan pada rapat koordinasi kecamatan.

BAB XIII

PEMBINAAN DUKUN BAYI

PEMBINAAN DUKUN BAYI

A. PENGERTIAN DUKUN BAYI

1. Pengertian

- a. Dukun bayi adalah seorang anggota masyarakat pada umumnya seorang wanita yang mendapat kepercayaan serta memiliki ketrampilan menolong persalinan secara turun menurun, belajar secara praktis atau cara lain yang menjurus kearah peningkatan ketrampilan tersebut serta memiliki petugas kesehatan.
- b. Pembinaan adalah suatu usaha yang dilakukan oleh seseorang, masyarakat, pemerintah dalam rangka

meningkatkan keterampilan dan mempersempit kewenangan sesuai dengan fungsi dan tugasnya.

- c. Kemitraan adalah kerjasama yang didasarkan atas kesepakatan → kesepakatan bersama antara beberapa pihak yang terkait.

Tenaga yang sejak dahulu kala sampai sekarang memegang peranan penting dalam pelayanan kebidanan ialah dukun bayi atau nama lainnya dukun beranak, dukun bersalin, dukun peraji. Dalam lingkungan dukun bayi merupakan tenaga terpercaya dalam segala soal yang terkait dengan reproduksi wanita. Ia selalu membantu pada masa kehamilan, mendampingi wanita saat bersalin, sampai persalinan selesai dan mengurus ibid an bayinya dalam masa nifas.

Dukun bayi biasanya seorang wanita sudah berumur \pm 40 tahun ke atas. Pekerjaan ini turun temurun dalam keluarga atau karena ia merasa mendapat panggilan tugas ini. Pengetahuan tentang fisiologis dan patologis dalam kehamilan, persalinan, serta nifas sangat terbatas oleh karena itu apabila timbul komplikasi ia tidak mampu untuk mengatasinya, bahkan tidak menyadari akibatnya, dukun tersebut menolong hanya berdasarkan pengalaman dan kurang professional.

Program penempatan Bidan Di desa (BDD) di satu sisi masih ada beberapa desa yang mempunyai masalah kesehatan yang tingkat kematian ibu hamil, bayi dan balitanya masih tinggi, di sisi lain program penempatan BDD yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kematian ibu hamil, bayi dan balita belum menunjukkan hasil yang optimal, karena masih banyak persalinan yang terjadi di beberapa daerah dilakukan oleh dukun bayi, berarti Dukun Bayi masih dibutuhkan oleh masyarakat setempat, dan masih mengandalkan kepiawian Dukun Bayi dalam menolong persalinan, sekalipun secara medis berisiko tinggi terhadap kematian ibu hamil, bayi dan balitanya.

Upaya meminimalisasi dan menurunkan tingkat kematian ibu hamil, bayi dan balita, maka semua persalinan yang ditangani oleh dukun bayi, harus beralih ditangani oleh BDD, kecuali hal-hal yang berhubungan dengan adat dan kebiasaan masyarakat setempat, dengan menjalin hubungan kemitraan antara keduanya.

Hasil temuan dilapangan menunjukkan bahwa kemitraan BDD dengan Dukun bayi sudah menampakkan tanda-tanda yang menggembirakan, masih berjalan lancar, saling mendukung tanpa menimbulkan image persaingan,

pasaran kerja, dan mengurangi status dukun bayi sebagai tokoh masyarakat. Tetapi kemitraan yang sementara berjalan sekarang ini masih dalam batas pemaknaan transfer knowledge, masih dalam bentuk pembinaan cara-cara persalinan yang higienis BDD kepada Dukun Bayi, berarti belum ada dalam bentuk kesepakatan uraian tugas dan fungsi masing-masing, juga belum mengarah pada alih peran pertolongan persalinan secara optimal. Namun dikhawatirkan di masa mendatang, pembinaan yang dilakukan oleh BDD justru memberikan peran baru Dukun Bayi, menambah prestasinya, dan menaikkan status mereka, bahkan semakin menambah kepercayaan mereka menjalankan profesinya secara sendiri-sendiri.

Upaya meminimalisasi dan menurunkan tingkat kematian ibu hamil, bayi dan balita maka semua persalinan yang ditangani oleh dukun bayi harus beralih ditangani oleh bidan. Kecuali hal-hal yang berhubungan dengan adat dan kebiasaan setempat dengan menjalin hubungan antara dukun dan bidan, tetapi kemitraan yang berjalan sekarang ini masih dalam batas pemaknaan transfer ilmu pengetahuan, masih dalam bentuk pembinaan cara-cara persalinan yang higienis kepada dukun bayi.

Berarti belum ada dalam bentuk kesepakatan uraian tugas dan fungsi masing-masing, juga belum mengarah pada alih peran pertolongan persalinan secara optimal.

Namun kekhawatiran dimasa mendatang pembinaan yang dilakukan oleh bidan justru memberikan peran baru bagi dukun bayi, menambah prestise dan menaikkan status mereka bahkan semakin menambah kepercayaan mereka menjalankan profesinya sebagai dukun bayi.

2. Peran Dukun Bayi

Perbedaan antara peran dukun bayi jaman sekarang dan jaman dulu.

a. Jaman Dahulu

- 1) Melakukan pemeriksaan ibu hamil.
- 2) Menolong persalinan.
- 3) Merawat ibu nifas dan bayi.
- 4) Menganjurkan ibu hamil dan nifas untuk berpantang makanan tertentu.
- 5) Melarang ibu untuk ber KB sebelum 7 bulan pasca persalinan.
- 6) Melarang bayi diimunisasi.

b. Jaman Sekarang.

- 1) Merujuk ibu hamil ke petugas kesehatan.

- 2) Merujuk ibu bersalin ke petugas kesehatan dan tidak boleh menolong persalinan.
- 3) Membantu merawat ibu nifas dan bayi.
- 4) Melarang ibu berpantang makanan tertentu sesuai dengan petunjuk kesehatan.
- 5) Memotivasi ibu untuk segera berKB, ASI eksklusif dan segera imunisasi.

3. Tujuan Pembinaan dan Kemitraan Dukun Bayi dan Bidan

Untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia utamanya mempercepat penurunan AKI dan AKB.

4. Manfaat Pembinaan dan Kemitraan Dukun Bayi

- a. Meningkatkan mutu ketrampilan dukun bayi dalam memberikan pelayanan sesuai dengan tugas dan fungsinya.
- b. Meningkatkan kerjasama antara dukun bayi dan bidan.
- c. Meningkatkan cakupan persalinan dengan petugas kesehatan.

5. Program pembinaan dukun bayi meliputi :

a. Fase I : Pendaftaran dukun

- 1) Semua dukun yang berpraktek didaftar dan diberikan tanda terdaftar.

- 2) Dilakukan assesment mengenai pengetahuan, keterampilan, dan sikap mereka dalam penanganan kehamilan dan persalinan.

b. Fase II : Pelatihan

- 1) Dilakukan pelatihan sesuai dengan hasil assesment.
- 2) Diberikan sertifikat.
- 3) Dilakukan penataan kembali tugas dan wewenang dukun dalam pelayanan kesehatan ibu.
- 4) Yang tidak dapat sertifikat tidak diperkenankan praktek.

c. Fase III : Pelatihan oleh tenaga terlatih

- 1) Persalinan hanya boleh ditolong oleh tenaga terlatih.
- 2) Pendidikan bidan desa diprioritaskan pada anak/keluarga dukun.

B. PELATIHAN DUKUN BAYI

a. Tujuan

- ✎ Tujuan pelatihan dukun adalah meningkatkan keterampilan dukun dalam upaya melayani ibu hamil, bersalin, hipus dan bayi yang dilahirkan sesuai dengan persyaratan kesehatan.

✎ Melalui pelatihan dukun diharapkan akan menghasilkan dukun yang antara lain:

1. Memperoleh pengetahuan dasar dalam persalinan ibu hamil, pertolongan persalinan normal, ibu nifas, perawatan bayi baru lahir.
2. Mengenal kelahiran ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi yang dilahirkan untuk dirujuk ke bidan.
3. Memahami keluarga berencana dan penyakit-penyakit yang sering timbul pada masa ibu hamil.
4. Hanya bekerja sama dengan bidan dalam memberi pelayanan kesehatan ibu dan bayi.

b. Prinsip Pelatihan.

- ✎ Waktu pelatihan dilakukan selama dalam seminggu pemberian dilakukan berulang-ulang.
- ✎ Bahasa yang digunakan bahasa yang mudah dimengerti
- ✎ Pelatihan lebih banyak digunakan alat-alat Bantu agar seperti basker, pamplit, gambar-

gambar dll.

- ✎ Metode yang diberikan adalah : demonstrasi dan simulasi dalam pelatihan dukun.
- ✎ Bila mated sudah diberikan, perlu pengulangan dan pengajaran agar dukun tidak lupa.
- ✎ Melatih dukun diperlukan kesabaran dan ketekunan karena daya tangkap (-)
- ✎ Dukun diberi kebebasan untuk butanya, maka harus diberi ransangan agar mengajukan pertanyaan.
- ✎ Praktek dilakukan secara individu bersama" memeriksa menolong ibu dan bayi haru lahir.
- ✎ Waktu besuk cukup 1 jam untuk menghindari kebosanan.

c. Materi

Kurikulum pelatihan dukun mencakup materi sebagai berikut:

1. Standar dan fisiologi sistem reproduksi secara umum.
2. Pemeliharaan kesehatan ibu hamil.
 - Pengenalan tanda-tanda bahaya.
 - Pemeliharaan ibu hamil dan janin di dalam rahim.

- Pengenalan tanda kehamilan dengan resiko tinggi.
 - Asuhan pada ibu hamil.
 - Nasehat pada ibu hamil (ibumil).
3. Penolongan persalinan.
- Pengenalan tanda-tanda persalinan.
 - Penyiapan dan penggunaan alat. Bimbingan dan bantuan yang diberikan pada persalinan normal.
 - Pengenalan tanda-tanda resiko tinggi.
4. Asuhan ibu nifas
- Pengenalan tanda-tanda masa nifas.
 - Pengenalan kelainan yang mungkin timbul pada masa nifas.
 - Perawatan ibu nifas.
5. Asuhan pada BBL
- Pengenalan tanda-tanda BBL.
 - Pengenalan kelainan yang mungkin timbul.
 - Memotong dan mengikat tali pusat serta perawatannya.
 - Memandikan bayi.
 - Perawatan bayi.
6. Bekerja secara aseptik
- Mencuci tangan.

- Membersihkan dan mensterilkan alat.
 - Membuang kotoran darah persalinan.
7. Penyuluhan
- Perbaiki gizi
 - Mencuci ASI
 - Higiene perorangan
 - Perawatan payudara
 - KB
8. Penyakit yang pada umumnya mengganggu ibu dan bayi.
9. Cara merujuk pasien.

Pemberitahuan Ibu hamil untuk bersalin di tenaga kesehatan (promosi bidan SIAGA).

- Memberikan penjelasan kepada dukun bayi bahwa bila menemukan seorang Ibu hamil. Ibu bersalin. Ibu nifas wanita tersebut dianjurkan untuk memeriksakan diri kepada bidan/tenaga kesehatan.

Pengenalan tanda-tanda bahaya kehamilan, persalinan dan nifas serta rujukannya.

- Memberitahu kepada dukun bayi bahwa ada tanda bahaya yang harus diketahuinya bila menemukan seorang Ibu hamil Ibu bersalin, Ibu nifas dan bagaimana merujuknya.

Tanda-tanda pada kehamilan:

1. Perdarahan pervaginam.
 2. Sakit kepala yang hebat.
 3. Penglihatan kabur.
 4. Bengkak pada muka atau tangan.
 5. Nyeri abdomen/perut yang hebat.
 6. Bayi kurang bergerak seperti biasa. :
 7. Keluar cairan pervaginam.
 8. Primipara < 17 th > 35 th.
 9. Multipara > 35 th (anak lebih dan 4).
 10. TB < 145 Cm.
- Rujukannya -> dapat ke bidan/ke Puskesmas.
 - Rujukannya kelainan-kelainan pada kehamilan.
 - Persiapan.
 - Kerja sama dengan kader/keluarga dalam persiapan (transportasi).
 - Tanda bahaya pada masa persalinan
 1. Tali pusat menimbung.
 2. Kelemahan his.
 3. Perdarahan
 4. Bengkak pada muka, kaki, pusing-pusing dan kejang.
 5. Partus lama/persalinan macet.
 6. Persalinan sebelum waktunya.
 - Rujukannya :
 - Persiapan
-

- Kerjasama dengan kader keluarga untuk transportasi.
- Tanda-tanda bahaya pada masa nifas :
 1. Panas.
 2. Payudara bengkak/bendungan payudara.
 3. Kurang darah/pucat.
 4. Perdarahan.
- Bila dukun bayi menemukan salah satu dari tanda bahaya diatas segera merujuk ke Bidan/Puskesmas terdekat.

Pengenalan dini tetanus neonotorium BBL serta rujukannya.

- Menjelaskan tanda-tanda tetanus neonotorium pada BBL diantaranya :
 1. Tiba-tiba badan panas.
 2. Tidak mau/tidak dapat menetek bayi.
 3. Mulut mencucut seperti mulut ikan.
 4. Mudah sekali dan sering kejang disertai ujung anggota gerak membiru.
 5. Kodok kaku.
- Bila dukun bayi menemukan salah satu dari tanda diatas segera merujuk ke Bidan/Puskesmas terdekat.

Penyuluhan gizi dan KB.

Menjelaskan kepada dukun bayi bagaimana memberi Ibu tentang :

- Makanan Ibu hamil perlu ditambah kalori, protein maupun mineral untuk perkembangan bagi terutama pada trimester 2 dan 3 tetapi disesuaikan dengan keadaan makanan setempat.
 - Mengonsumsi tablet Fe juga harus diberitahukan
 - Memberitahukan penjelasan tentang macam-macam kontrasepsi
 - Manfaat dan jadwal pemberian ASI.
 - Penyuluhan tentang zat-zat makanan yang diperlukan untuk pertumbuhan, kekuatan, perlindungan badan.
- Lampiran Materi

BAB XIV

PEMBINAAN KADER KESEHATAN

PEMBINAAN KADER KESEHATAN

A. Pengertian

Kader kesehatan adalah tenaga sukarela yang dipilih atau mendapat kepercayaan dari masyarakat setempat. Yang telah mendapatkan pelatihan dan merasa terpanggil untuk melaksanakan, memelihara dan mengembangkan kegiatan yang tumbuh di tengah-tengah masyarakat dalam usaha pembangunan kesehatan

B. Tujuan Pembinaan Kader

Memberikan kemampuan pada kader agar dapat melaksanakan tugasnya sebagai tenaga sukarela

C. Pembinaan Kader Kesehatan

Pembinaan kader kesehatan merupakan kegiatan dalam rangka mempersiapkan kader kesehatan agar mampu berperan serta dalam mengembangkan pasien kesehatan di desa.

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pembinaan kader kesehatan antara lain:

- Metode Partisipatif: sesuai dengan pendidikan orang dewasa dan sesuai dengan tujuan pembinaan yang diharapkan seperti :

- Curah pendapat
- Diskusi kelompok
- Demonstrasi
- Studi kasus/ pemecahan masalah
- Role play (bermain peran), simulasi: permainan
- Praktek lapangan
- Materi Pembinaan : Disesuaikan dengan tugas kader
 - a. Pemberitahuan ibu hamil untuk bersalin di tenaga kesehatan

Pada akhir pembinaan diharapkan kader kesehatan dapat menjelaskan kepada Ibu hamil untuk memeriksa kehamilan dan bersalin di tenaga kesehatan.
 - b. Pengenalan tanda bahaya pada kehamilan. persalinan dan nifas serta rujukannya.
 - ☒ Ibu hamil yang dianjurkan bersalin di tenaga kesehatan
 - Umur < 20 tahun atau > 35 tahun
 - Jarak kehamilan < 2 tahun
 - Pernah melahirkan > 4 kali
 - Mengalami kesulitan pada persalinan yang lalu misalnya : bayi lahir sungsang, bayi lahir prematur, riwayat SE, kejang-kejang dH .
 - Mempunyai riwayat sakit menahun misalnya: malaria, TBC, sakit jantung dan lain-lain
 - ☒ Tanda bahaya pada kehamilan

- Keluar darah dari jalan kelahiran Keluar air ketuban sebelum waktunya
- Kejang.
- Gerakan janin berkurang atau tidak ada
- Demam.
- Nyeri hebat di perut
- Sakit kepala ataupun kaki bengkak
- Muntah terus dan tidak bisa makan pada kehamilan muda
- Selaput kelopak mata pucat
- ✎ Tanda bahaya pada persalinan
 - Kelainan atau kelemahan HIS
 - Tali pusat menumbung
 - Perdarahan
 - Partus lama/macet
 - Persalinan sebelum waktunya
- ✎ Tanda bahaya pada masa nifas
 - Demam
 - Payudara bengkak (bendungan payudara)
 - Kurang darah dan pucat
 - Perdarahan

c. Penyuluhan gizi dan KB

1) Gizi

- a) Petunjuk agar ibu dan bayi sehat

- Makanan bergizi
 - Menjaga kesehatan dan gizi ibu tetap baik
 - Menjaga kelangsungan pertumbuhan normal bayi dalam kandungan sehingga bayi lahir sehat
 - Mempersiapkan produk ASI
- Makan 1-2 piring lebih banyak dan biasanya selama hamil dan menyusui
- Makan aneka makanan setingan pada pagi dan sore hari seperti kolak pisang, bubur kacang hijau, lempeng dan lain-lain
- Makan makanan sumber zat besi yaitu bahan makanan hewani, kacang-kacangan dan sayur hijau tua
- Gunakan garam beryodium setiap kali masak
- Minum tablet tambah darah 1 tablet sehari sekurang-kurangnya 90 tablet selama hamil sampai 40 hari setelah persalinan
- Timbang berat badan setiap bulan untuk memantau pertambahan berat badan selama hamil
- Selama hamil kenaikan berat badan 7-12 Kg
- Mintalah imunisasi TT sebelum kehamilan 8 bulan

b) Gizi

Makanan ibu hamil perlu di tambah baik kalori, protein maupun mineral untuk perkembangan bayi terutama pada trimester II dan III.

Jumlah makanan ibu hamil sehari-hari berpedoman pada menu - seimbang yaitu :

- ✗ Sumber zat tenaga : nasi, kentang, singkong, roti, ubi dan lain-lain.
- ✗ Sumber zat pembangun : daging, ikan, telur, tempe, tahu
- ✗ Sumber zat pengatur
- ✗ Sayuran : daun ubi jalar, bayam dan lain-lain
- ✗ Buah : pisang, pepaya dan lain-lain

Dari segi praktis, ibu hamil dianjurkan untuk makan satu piring lebih banyak dari biasanya

2) Keluarga Berencana (KB)

a) Alasan kesehatan yang mendorong ibu mengikuti KB adalah :

- Ibu menderita penyakit yang akan bertambah berat bila hamil
- Ibu yang berusia < 20 tahun dan > 35 tahun
Ibu yang punya > 5 anak Ibu yang sukar dalam persalinan Keluarga dan anak yang bergizi buruk Ibu yang selalu keguguran
- Keluarga miskin

- Keluarga yang tinggal di rumah sempit
Keluarga berpendidikan rendah
- Keluarga yang telah mempunyai 2 anak
dianjurkan mengikuti KB.

b) Manfaat KB

- Memberi kemungkinan bagi ibu untuk menjarangkan kehamilan sehingga dapat mengatur jumlah dan jarak anak yang dilahirkan. Sehingga kesehatan ibu lebih terjamin baik fisik, mental maupun sosial.
- Anak yang direncanakan dan akan mendorong keluarganya mengasuh dan memperhatikan perkembangannya secara sungguh-sungguh sehingga dapat tumbuh secara wajar
- Anak-anak lainnya sudah siap menerima adik yang akan dilahirkan. Mereka memperoleh waktu dan perhatian untuk tumbuh kembang, mendapat pendidikan dan asuhan yang cukup
- Keluarga mengatur pendapatannya untuk kehidupan keluarganya. Rasa cemas terhadap pembiayaan keluarga dapat diatasi karena anak yang akan lahir telah disiapkan dan

*Masa
menunda*

*Masa
mengatur*

*Masa
mengakhiri*

didukung oleh kondisi rumah tangga yang cukup memenuhi kebutuhan.

- Jumlah keluarga yang direncanakan akan membawa kondisi kearah terwujudnya norma keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (NKKBS).

Perencanaan keluarga menuju keluarga kecil, bahagia dan sejahtera di bagi atas 3 masa menurut usia reproduksi ibu sebagai berikut :

- Menunda kehamilan ibu berumur < 20 tahun
- Mengatur masa kebutuhan (menjarangkan kehamilan)

Periode usia ibu antara 20-30 tahun merupakan usia yang paling baik untuk melahirkan dengan jumlah anak 2 orang dan jarak kelahiran anak ke-I dan anak ke-II adalah 3-4 tahun.

- Mengakhiri masa kesuburan (tidak hamil lagi) pada periode usia ibu > 30 tahun kesuburan di akhiri setelah mempunyai dua orang anak.

Usia ibu	<i>kehamilan/ kesuburan</i>	<i>kehamilan (3-4 tahun)</i>	<i>kesuburan</i>
	20 th	35 th	

d. Pencatatan kelahiran dan kematian ibu dan bayi

Diharapkan agar kader dapat melaksanakan pencatatan dan pelaporan sebagai berikut:

- Jumlah ibu hamil
- Jumlah ibu bersalin
- Jumlah bayi
- Jumlah balita
- Jumlah kelahiran per bulan
- Jumlah kematian ibu
- Jumlah kematian bayi

e. Promosi TABULIN, Donor darah berjalan, Ambulan desa, Suami siaga.

▪ TABULIN (tabungan ibu bersalin)

TABULIN merupakan dana simpanan ibu hamil atau keluarga yang dipersiapkan untuk biaya persalinan.

- ☒ Penyimpanan dapat dititipkan kepada bidan, bank ataupun disimpan dalam bentuk benda atau barang bergerak seperti ayam, kelapa dan sebagainya.

- ☒ Dengan adanya Tabulin akan sangat membantu keluarga terutama keluarga yang kurang mampu untuk membiayai biaya persalinan. Sebab kemungkinan mereka akan sulit bila harus menyediakan sejumlah dana dalam waktu dekat.
- ☒ Yang harus diperhitungkan adalah adanya pencatatan dan jumlah penitipan dan kepercayaan amanah itu
- Donor darah
Donor darah adalah sekelompok warga yang siap untuk menjadi donor darah bagi ibu yang melahirkan yang membutuhkan darah. Pada warga dikelompokkan berdasarkan golongan darahnya. Dengan pengelompokkan ini maka akan membantu memudahkan warga dalam mendapatkan darah sesuai dengan kebutuhan
- Dalam proses donor darah, kelompok ini dapat bekerjasama dengan Palang Merah Indonesia (PMI) setempat.
- Ambulan desa
Ambulan desa adalah sistem kegotongroyongan yang dikembangkan untuk mengantar atau membawa ibu

hamil yang akan bersalin terutama jika ibu tersebut diidentifikasi akan mengalami komplikasi sehingga memerlukan pertolongan segera

BAB XV

PENGEMBANGAN WAHANA/FORUM PSM, BERPERAN DALAM KEGIATAN

1. POSYANDU (POS PELAYANAN TERPADU)

- ☞ Posyandu adalah pusat pelayanan kesehatan keluarga dan KB yang dikelola dan diselenggarakan untuk dan oleh masyarakat dengan dukungan teknis dari petugas kesehatan dalam rangka pencapaian NKKBS.
- ☞ Posyandu dapat dikembangkan seperti : Pos penimbangan balita, pos imunisasi, pos KB-desa, pos kesehatan, kelompok belajar atau mungkin dibentuk baru (pembentukannya).
- ☞ Satu posyandu sebaiknya melayani sekitar 100 balita (120 Id) atau sesuai dengan kemampuan petugas dan keadaan setempat

seperti :
keadaan geografis, jarak antara kelompok rumah. Jumlah
KK dalam
satu kelompok dan sebagainya.

☞ Posyandu diselenggarakan dengan tujuan adalah :

1. Mempercepat penurunan angka kematian bayi, anak, balita dan angka kelahiran.
2. Peningkatan pelayanan kesehatan Ibu untuk menurunkan angka kematian bayi.
3. Mempercepat penerimaan NKKBS.
4. Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengembangkan kegiatan yang menunjang kemampuan hidup sehat.

☞ Sasaran posyandu berada dalam lingkup Lembaga Ketahanan Masyarakat Desa (LK.MD).

☞ Hirarki pelayanan kesehatan dimulai dari individu, keluarga, masyarakat sampai ke tingkat pelayanan profesional.

☞ Posyandu merupakan pelayanan berlandaskan swadaya masyarakat untuk Masyarakat sendiri.

☞ Pelaksana posyandu di lapangan adalah para kader.

☞ Kegiatan posyandu identik dengan kegiatan kebidanan komunitas :

- Peran bidan dalam penyelenggaraan posyandu diperlukan.
- Bidan sebagai tenaga kesehatan secara teknis turut membantu _____ atau membina kegiatan posyandu.

☞ Kegiatan Posyandu/umum

- KIA
- KB
- Imunisasi
- Peningkatan gizi
- Penanganan diare

☞ Kegiatan khusus Posyandu

1. Pemeliharaan
 - a. Penimbangan balila
 - b. Imunisasi bayi
 - c. Pemberian oralit untuk menanggulangi diare
 - d. Pengobatan penyakit sebagai pertolongan pertama
 - e. PMI bagi BB yang kurang

2. Pemeliharaan kesehatan Ibu mil, buteki dan Pus
 - a. Pemeliharaan kesehatan umum

- b. Pemeliharaan kehamilan dan nifas.
- c. Pelayanan peningkatan gizi Ibu hamil, pemberian Vit dan pil penambah darah.
- d. TT Ibu hamil.
- e. Penyukihan kesehatan dan KB.
- f. Pemberian alat kontrasepsi.
- g. Pemberian oralit pada Ibu diare.
- h. Pengobatan penyakit sebagai pertolongan pertama.
- i. P3K

☞ Sistem Posyandu ada lima meja :

- | | | |
|-------------------------|---|---------------------------|
| 1. Meja 1 : pendaftaran | } | → Kader |
| 2. Meja 2 : penimbangan | | |
| 3. Meja 3 : pencatatan | | |
| 4. Meja 4 : penyuluhan | } | → Petugas kesehatan/bidan |
| 5. Meja 5 : pelayanan | | |

Langkah-langkah pembentukan.

1. Persiapan sosial
 - Persiapan masyarakat sebagai pengelola dan pelaksanaan Posyandu.
 - Persiapan masyarakat umum sebagai pemakai jasa Posyandu.
2. Perumusan masalah

- Survey mawas diri.
- Lokmin
- 3. Perencanaan pemecahan masalah
 - Kondisi sebagai pelaksana Posyandu.
 - Pembentukan pengurus sebagai pengelola Posyandu.
 - Menyusun rencana kegiatan Posyandu.
- 4. Pelaksanaan kegiatan
 - 1 x sebulan /lebih.
 - Pengumpulan dana sehat.
 - Pencatatan dan pelaporan.
- 5. Evaluasi
 - Hasil kegiatan yang sedang berjalan.
 - Hasil kegiatan sesuai dengan balas waktu yang telah ditetapkan.

2. POLINDES (POS PERSALINAN DESA)

☞ Suatu tempat yang didirikan oleh masyarakat alas dasar musyawarah sebagai kelengkapan dari pembangunan kesehatan, musyawarah desa, untuk memberikan pelayanan KIA dan KB.

☞ Kegiatan Polindes

1. Pemeriksaan kehamilan, termasuk pemberian

- imunisasi TT, bumil.
2. Pertolongan persalinan normal.
 3. Deteksi dini dan pertolongan pertama kehamilan, persalinan.
 4. Pelayanan kesehatan Ibu nifas dan bisu;
 5. Pelayanan kesehatan neonatal, bayi, anak balita, prasekolah dan imunisasi dasar pada bayi.
 6. Pelayanan KB.
 7. Menampung rujukan dari dukun bayi dan kader.
 8. Merujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih mampu
 9. Melatih dan membina dukun bayi/kader.
 10. Penyuluhan kesehatan dan gizi buruk, anak dan peningkatan penggunaan ASI serta KB.

3. KB-KIA

☞ KB :

Daya upaya manusia untuk mengatur secara sengaja kehamilan dalam keluarga pada khususnya dan bangsa pada umumnya. Meningkatkan taraf kehidupan rakyat dengan cara menurunkan angka kelahiran sehingga penambahan penduduk tidak melebihi kemampuan negara.

Tujuan :

1. Meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan Ibu, anak dan keluarga pada khususnya dan bangsa pada umumnya.
2. Meningkatkan taraf kehidupan rakyat dengan cara menurunkan angka kelahiran sehingga penambahan penduduk tidak melebihi kemampuan negara.

☞ Usaha-usaha KB :

1. Meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan keluarga.
 - Menjarangkan kehamilan dan membatasi jumlah anak.
 - Mengobati kemandulan.
 - Memberikan nasehat perkawinan.
2. Menurunkan angka kelahiran.

- Secara langsung dari penggunaan alat /obat kontrasepsi.
- (kegunaan kehamilan).
- Kebijakan kependudukan terpadu yang secara tidak langsung membantu menurunkan angka kelahiran.

✍ KIA

Tujuan :

1. Memberikan pelayanan kesehatan kepada Ibu-ibu secara teratur dan terus menerus dalam waktu sehat dan sakit, masa ante partum, intra partum. post partum dan masa menyusui serta pemeliharaan anaknya dan mulai lahir sampai masa prasekolah.
2. Mengadakan integrasi pelayanan kesehatan menyeluruh (penerasi health service) dan kerja sama serta koordinasi dengan dinas kesehatan lain.
3. Mencari dan mengumpulkan masalah-masalah mengenai ibu bayi dan anak untuk mencari penyelesaiannya.

Kegiatannya :

1. Peningkatan kesehatan ibu hamil, melahirkan, menyusui serta bayi anak balita dan pra sekolah.

2. Memberikan nasehat tentang gizi serta bila ada pembinaan (PMT).
3. Pemberian nasehat tentang perkembangan anak dan cara stimulasinya.
4. Imunisasi TY 2 x pada ibu hamil dan BEG, DPT 3 x, polio 3 x, dan campak pada bayi.
5. Pelayanan kesehatan meliputi : berbagai aspek dalam mencapai tujuan.
6. Pelayanan KB Puskesmas dan perhatian khusus pada mereka yang dalam keadaan bahaya (reshi).
7. Pengobatan bayi, anak balita dan anak pada pra sekolah untuk penyakit ringan.
8. Kunjungan rumah.
9. Pengawasan dan bimbingan kepada kader dan dukun bayi.

4. DASA-WISMA

- ✘ Dasa wisma adalah : Kelompok Ibu berasal dari 10 rumah yang bertetangga.
- ✘ Kelompok ini terjadi melalui kegiatan PKK.
- ✘ Didalam kelompok ini bidan dapat memberikan

penyuluhan.

- ✗ Kegiatannya : upaya untuk meningkatkan kesehatan keluarga.
- ✗ Kelompok dasa wisma dapat melakukan arisan untuk menunjang kesehatan keluarga, pembuatan jamban keluarga, sumur dsbnya.
- ✗ Kelompok dasa wisma dapat mengembangkan dana sehat.
- ✗ Melalui dana sehat, uang dapat dikumpulkan secara gotong-royong untuk kepentingan kesehatan keluarga.
- ✗ Dengan uang terkumpul dapat mendukung kegiatan :
 - Pemberian makanan tambahan bagi bayi dan anak.
 - Pengobatan ringan.
 - Membangun sarana pembuangan sampah dan kotoran

5. TABULIN

- ✗ Adalah : merupakan dana simpanan Ibu hamil atau keluarga yang dipersiapkan untuk biaya persalinan.
- ✗ Penyimpanan dapat ditiupkan kepada. Bank maupun disimpan dalam bentuk benda Awang bergerak seperti: ayam, kelapa dsbnya.

- ✘ Dengan adanya tabulin akan sangat membantu keluarga terutama keluarga yang kurang mampu untuk membiayai biaya persalinan

6. DONOR DARAH BERJALAN

- ✘ Adalah: sekelompok warga yang siap untuk menjadi donor darah bagi Ibu melahirkan yang membutuhkan darah.
- ✘ Dalam memenuhi kebutuhan donor darah untuk membantu persalinan dalam kegiatan gerakan sayung Ibu, warga masyarakat telah mengembangkan berbagai cara diantaranya :
 1. Di Malang (Jatim)

Masyarakat Malang khususnya Kecamatan Singosari membentuk kelompok donor darah bagi bulin yang terdiri dari laki-laki dewasa.
 2. Di Subang (Jabar)

Dilakukan pemitraan para pendonor darah.
 3. Di Cirebon (Jabar)

Ada 1 orang yang mengkoordinir untuk jenis golongan darah (misalnya : golongan darah A. B yang masing-masing 1 koordinator). Bila butuh darah kita mencari koordinatornya, nanti koornya

yang mencari orang-orang yang golongan darah tersebut.

7. AMBULAN DESA

- ✎ Yaitu : alat transportasi ibu hamil dari rumah menuju pelayanan kesehatan seperti : tempat praktik ibu Bidan, Puskesmas, ataupun Rumah Sakit, atau alat transportasi untuk menghadirkan Bidan ke Ibu hamil/melahirkan.
- ✎ Intinya adalah : Untuk memberi bantuan agar Ibu yang akan melahirkan mendapatkan pelayanan kesehatan dengan cepat. :
- ✎ Sarana transportasi ini : merupakan pinjaman dari warga desa yang diikhhlaskan untuk memberikan pertolongan kepada Ibu hamil, terutama di Desa yang kesulitan mendapatkan fasilitas transportasi.
 - mobil (pribadi atau angkot). banyak juga ambulan desa seperti motor, andobng, dokar, ataupun b«cak. Pokoknya semua Jenis transportasi yang ada di desa dan bisa dimanfaatkan untuk membawa ibu ke tempat rujukan.
 - Syarat:
 - Dapat diakses setiap saat, bila diperlukan
 - Diketahui oleh semua ibu hamil dan

keluarganya

- Suami siaga

Suami siaga adalah kewaspadaan suami untuk menjaga kesehatan dan keselamatan istrinya yang sedang hamil sampai dengan persalinannya.

- Suami siaga senantiasa siap untuk memberikan yang terbaik untuk istrinya dan janinnya (bayi).
- Sebagai suami siaga, ia harus siap-siaga dan Ikhlas untuk memeriksakan kehamilan istrinya dan ikut mempersiapkan persalinan dengan bantuan tenaga medis.

BAB XVI

PEMBINAAN PERAN SERTA MASYARAKAT

PEMBINAAN PERAN SERTA MASYARAKAT

1. Pengertian

Peran serta masyarakat adalah keikutsertaan Individu, keluarga dan kelompok masyarakat dalam setiap mengerakkan upaya kesehatan yang juga merupakan tanggung jawab kesehatan diri, keluarga dan masyarakatnya.

2. Tujuan

Tujuan pembinaan peran serta masyarakat yang dilakukan oleh bidan adalah terwujudnya upaya yang dilakukan oleh masyarakat secara terorganisasi untuk meningkatkan kesehatan ibu, anak dan keluarga sehat dan sejahtera.

Upaya yang dilakukan bidan untuk mencapainya antara lain :

- a. Peningkatan peran pemimpin di masyarakat untuk mendorong dan mengarahkan masyarakat dalam setiap upaya kesehatan ibu, anak dan keluarga berencana.
- b. Peningkatan kesadaran dan kemauan masyarakat dalam pemeliharaan, perbaikan dan peningkatan kesehatan keluarga terutama kesehatan Ibu, anak dan keluarga.

- c. Dorongan masyarakat untuk menggali potensi tersedia yang dapat di dimanfaatkan untuk mendukung kesehatan keluarga.

3. Langkah-Langkah

- a. Melaksanakan pengalangan, pemimpin dan organisasi di masyarakat melalui dialog untuk mendapatkan dukungan.
- b. Meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengenal dan memecahkan masalah kesehatan keluarga dengan mengali dan menggerakkan sumber daya yang dimiliki. Rangkaian kegiatannya antara lain:
 - a. Pendekatan kepada tokoh masyarakat
 - b. Survey diri masyarakat untuk mengenali masalah kesehatan (diagnosa masalah kesehatan keluarga oleh masyarakat)
 - c. Musyawarah masyarakat desa untuk penentuan bersama rencana pemecahan masalah kesehatan yang di hadapi dan pelatihan kader.
- c. Melaksanakan kegiatan kesehatan keluarga oleh dan untuk masyarakat melalui kadernya yang telah terlatih
- d. Pengembangan dan pelestarian kegiatan kesehatan keluarga oleh masyarakat.

I. PENDATAAN SASARAN

- Jumlah penduduk setempat
- Jumlah kepala keluarga
- Jumlah penduduk dengan jenis kelamin laki-laki.
- Jumlah penduduk dengan jenis kelamin perempuan
- Jumlah ibu hamil
- Jumlah bayi dibawah 1 tahun
- Jumlah balita (1-5 tahun)
- Jumlah anak U3ia sotoalah dan pra sekolah
- Jumlah remaja
- Jumlah akseptor KB
- Jumlah pasangan usia subur
- Jumlah wanita usia subur
- Jumlah wanita menopause

2. PENCATATAN KELAHIRAN DAN KIB

Pencatatan kelahiran dan kematian bayi dan ibu dapat dilaksanakan oleh tenaga kesehatan (bidan) dan kader kesehatan. Kader kesehatan dilatih agar mampu berperan serta dalam pengembangan program kesehatan didesanya. Pengetahuan dan latihan dapat diberikan secara individu sewaktu bersama-sama memeriksa dan menolong ibu dan bayi baru lahir serta sewaktu mencatat kelahiran dan kematian ibu dan bayi.

3. PERGERAKAN SASARAN AGAR MAU MENERIMA/MENDAPAT PELAYANAN KIA

Agar sasaran kebidanan komunitas mau menerima pelayanan KIA maka melalui peran serta masyarakat (kader kesehatan dan dukun bayi) dapat memberikan informasi agar sasaran tersebut dapat langsung kontak dengan tenaga kesehatan.

Kegiatan yang dapat dilaksanakan antara lain :

- ☞ Penyuluhan di Posyandu
- ☞ Penyuluhan di masjid
- ☞ Penyuluhan pada pertemuan tingkat desa langsung mendatangi sasaran

4. PENGATURAN TRANSPORTASI SETEMPAT YANG SIAP PAKAI UNTUK RUJUKAN KEDARURATAN

Mekanisme transportasi adalah sistem kegotongroyongan yang dikembangkan untuk mengantar / membawa ibu hamil yang akan bersalin terutama jika ibu tersebut diidentifikasi mengalami komplikasi sehingga memerlukan pertolongan segera.

Mekanisme transportasi ini sering disebut "AMBULAN DESA". Ambulan desa adalah alat transportasi ibu hamil dan rumah menuju pelayanan kesehatan seperti tempat praktek ibu bidan, puskesmas ataupun rumah sakit atau alat transportasi untuk menghadirkan bidan ke ibu hamil melahirkan.

Ambulan desa tidak selalu harus pakai mobil, bisa juga menggunakan motor, ojek, andong, dokar ataupun becak. Pokoknya semua transportasi yang ada di desa dan dapat dimanfaatkan untuk membawa Ibu ke tempat rujukan.

Intinya adalah untuk memberi bantuan agar Ibu yang akan melahirkan mendapatkan pelayanan kesehatan dengan cepat. Disamping itu juga untuk mendekatkan kelompok masyarakat yang kaya dengan yang kurang mampu. Dengan harapan perbedaan status ekonomi di masyarakat tidak menjadi jarak pemisah dalam kehidupan bermasyarakat tetapi justru muncul rasa solidaritas.

Syarat bagi mekanisme transportasi antara lain :

- ☞ Dapat diakses setiap saat diperlukan
- ☞ Diketahui semua ibu hamil dan keluarga

5. PENGATURAN BANTUAN BIAYA BAGI MASYARAKAT YANG TIDAK MAMPU

Mekanisme ini berupa tabungan yang dikembangkan oleh masyarakat dan atau ibu hamil yang akan digunakan untuk membiayai persalinan.

Terdapat 2 jenis mekanisme pendanaan yaitu :

1. DASOLIN (*dana sosial ibu bersalin*)

Adalah dana yang dikumpulkan dari dan oleh masyarakat untuk membantu pembiayaan ibu melahirkan.

Sumber-sumber Dasolin :

- Iuran rumah tangga /keluarga/ibu hamil
- Kas kampung (RT/RW)
- Kas desa (kantor/desa)
- Kas organisasi (PKK)

2. TABULIN (*Tabungan ibu bersalin*)

Merupakan dana simpanan ibu hamil atau keluarga yang di persiapkan untuk biaya persalinan. Hal-hal yang perlu diperhatikan :

- Prinsip kegotongroyongan
- Transportasi
- Sistem pengelolaan dana
- Kepemimpinan musyawarah/mufakat
- Upaya pengembangan

Adapun syarat untuk mekanisme pendanaan yang memadai adalah sebagai berikut:

1. Membantu keperluan pelayanan kedaruratan di rumah sakit
2. Dapat diakses setiap saat diperlukan
3. Diketahui semua ibu hamil dan keluarga

6. PENGORGANISASIAN DONOR DARAH BERJALAN

Mekanisme ini disebut juga "BANK DARAH" yang terdiri dari sekelompok pendonor darah yang terdiri dari warga setempat. Darah di sumbangkan melalui PMI dan dipakai untuk semua jenis kebutuhan kegawatdaruratan tapi dalam sistem siaga di khususkan pada penyediaan darah untuk membantu persalinan. Masyarakat yang tersedia untuk menjadi pendonor harus diketahui jenis golongan darah dan bersedia setiap waktu untuk menyumbangkan darahnya jika diperlukan.

Donor darah adalah sekelompok warga yang siap untuk menjadi donor darah bagi ibu melahirkan yang membutuhkan darah. Ada dua jenis donor darah yaitu :

1. Donor darah tetap

Pendonor darah rutin yang mendonorkan darahnya untuk membantu memenuhi kebutuhan suplai darah di PMI

2. Bank darah desa/kampung

Berapa daftar relawan yang bersedia mendonorkan darahnya untuk memenuhi kebutuhan insidentil.

Salah satu kendala adalah :

- Banyak orang yang tidak tahu golongan darah
- Takut jarum suntik
- Takut darahnya berkurang jika diambil

Syarat bagi mekanisme donor darah :

- Data golongan darah (calon) pendonor tersedia
- Dapat diakses setiap kali diperlukan
- Diketahui semua ibu hamil dan keluarga

7. PELAKSANAAN PERTEMUAN RUTIN GSI DALAM PROMOSI SUAMI, BIDAN DAN DESA SIAGA

Di dalam pembinaan dan pergerakan PSM di bidang kesehatan adalah dengan melaksanakan pertemuan-pertemuan rutin. Pertemuan dapat dilaksanakan di balai desa, rumah penduduk, masjid sesuai kesepakatan bersama dan sesuai dengan kebutuhan. Dalam pertemuan tersebut, tenaga kesehatan dapat mempromosikan :

1. Suami Siaga

Kewaspadaan suami untuk menjaga kesehatan dan keselamatan istrinya yang Bidang hamil sampai persalinan

2. Bidan Siaga

Bidan desa yang siap untuk memberikan pertolongan terhadap persalinan sesuai dengan standar penanganan ibu hamil dan melahirkan. Karena keberadaan bidan sangat diperlukan maka bidan harus berada di tempat yang mudah dijangkau

3. Desa Siaga

Desa yang masyarakatnya telah mengenal dan mendata para ibu hamil di desa. Para warga di desa siaga juga menyiapkan angkutan. Dana untuk membantu persalinan, darah untuk persalinan darurat dan mengingatkan para suami atau keluarga ibu hamil untuk mendampingi saat persalinan tiba.

Pengertian Aksi Siaga serta Maksud dan Tujuan Pembentukan Desa Siaga

Keberhasilan pembangunan kesehatan tidak bisa lepas dari peran serta masyarakat. Oleh karena itu upaya peningkatan taraf kesehatan, khususnya KIA, harus melibatkan peran serta masyarakat. Dalam rangka mencapai tujuan tersebut, pemerintah melakukan upaya pembinaan masyarakat dalam suatu program gerakan masyarakat ASUH (Awal Sehat Untuk Hidup Sehat). Aksi Siaga adalah implementasi dari Gerakan Masyarakat ASUH.

Wujud Aksi Siaga adalah pembentukan Desa Siaga, yaitu desa dimana warga, bidan dan pihak-pihak terkait di

dalamnya siap-siaga dan bergotong-royong melakukan upaya-upaya penyelamatan ibu dan bayi baru lahir, terutama pada masa kritis 1- 7 hari pasca kelahiran, sehingga mendukung upaya-upaya penyiapan manusia sehat sejak dini.

Tujuan yang akan dicapai dari aksi siaga dengan pembentukan desa siaga adalah untuk membentuk atau mengembangkan sistem pencatatan kehamilan, kelahiran dan kematian ibu dan bayi. menumbuhkan dukungan promosi masyarakat dalam perawatan bayi baru lahir, dan meningkatkan perubahan perilaku masyarakat dalam pemberian ASI segera dan ASI saja selama 6 bulan sejak kelahiran.

Warga Siaga

Siap :

- Meminta dan menerima layanan bidan di desa atau petugas kesehatan lainnya untuk memeriksa bayi dan ibu pada minggu pertama setelah kelahiran.
- Meminta dan menerima imunisasi hepatitis B untuk bayi setelah lahir atau 1-7 hari setelah lahir.
- Waspada terhadap kondisi gawat darurat ibu hamil dan bayi baru lahir.

Antar:

- Menyampaikan setiap berita kehamilan, kelahiran dan kematian ibu hamil dan bayi baru lahir sesegera mungkin kepada bidan di desa atau petugas kesehatan lainnya.

- Mengantar bidan di desa atau tenaga kesehatan terdekat bila terjadi masalah dengan ibu dan bayi baru lahir.

Jaga:

- Mendorong keluarga agar memastikan ibu untuk segera memberikan ASI dalam 30 – 60 menit pertama setelah kelahiran.
- Mendorong keluarga agar mendukung ibu untuk memberikan hanya ASI saja selama 6 bulan pertama.



Bidan Siaga

Siap:

- Menolong setiap persalinan
- Melakukan kunjungan rumah untuk bayi baru lahir dan ibu nifas pada minggu pertama setelah kelahiran.
- Senantiasa bersikap ramah, bersahabat dan terampil dalam memberi pelayanan.

Antar:

- Merujuk dan/atau mendampingi ibu dan bayi ke fasilitas kesehatan terdekat bila terjadi masalah.

Jaga:

- Menjaga mutu pelayanan kunjungan rumah minggu pertama untuk bayi baru lahir dan ibu nifas sesuai standar.
- Mendampingi ibu menemukan solusi dalam mengatasi masalah-masalah pemberian ASI.

BAB XVII

MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT (MTBS)

MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT

Mengapa Perlu MTBS

- 1) 12 juta balita per tahun meninggal di negara berkembang
- 2) 70% kematian balita karena pneumonia, malaria, diare, campak, malnutrisi atau kombinasi.
- 3) Lebih dari 75% ibu membawa balita ke klinik dengan keluhan salah satu kondisi di atas
- 4) Sering ditemukan *overlapping* gejala, sehingga diagnosis tunggal tidak tepat.

1. MTBS

Suatu pendekatan keterpaduan dalam tatalaksana balita sakit di fasilitas kesehatan tingkat dasar yang digagas oleh WHO dan UNICEF untuk menyiapkan petugas kesehatan melakukan penilaian, membuat klasifikasi serta memberikan tindakan kepada anak terhadap penyakit-penyakit yang umumnya mengancam jiwa.

2. Strategi MTBS

- Kombinasi kuratif (case management) dengan pencegahan (imunisasi) dan promotif (gizi dan konseling perawatan) pada balita sakit.
- Penyakit anak dipilih yang merupakan penyebab utama kematian dan kesakitan bayi dan anak balita.

3. Komponen MTBS

- Meningkatkan keterampilan petugas kesehatan dalam manajemen balita sakit.
- Memperbaiki pelayanan kesehatan anak agar penanganan penyakit-2 pada balita lebih efektif.
- Memperbaiki praktek keluarga dalam merawat balita sakit di rumah dan mencari pertolongan ke petugas kesehatan.

4. Pelaksana MTBS

- Tenaga kesehatan di unit rawat jalan tingkat dasar, yaitu:
 - Paramedis (perawat, bidan).
 - Asisten dokter.
 - Dokter.
- Bukan untuk rawat inap
- Bukan untuk kader

TATALAKSANA BALITA SAKIT UMUR 2 BULAN SAMPAI 5 TAHUN

Tanggal kunjungan : _____

Nama anak : _____ L / P Umur : _____ BB : _____ kg
PB/TB _____ cm Suhu : _____ °C

Tanyakan: Anak sakit apa ? _____ Kunjungan
pertama? _____ Kunjungan ulang? _____

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN
<p>MEMERIKSA TANDA BAHAYA UMUM</p> <ul style="list-style-type: none">• Tidak bisa minum atau menyusu.• Memuntahkan semuanya.• Kejang.• Letargis atau tidak sadar.	<p>Ada tanda bahaya umum? Ya ___ Tidak ___ Ingatlah adanya tanda bahaya umum dalam menentukan klasifikasi</p>	<p>Ingatlah untuk merujuk setiap anak yang mempunyai tanda bahaya umum</p>
<p>APAKAH ANAK BATUK ATAU SUKAR BERNAPAS? Ya ___ Tidak ___</p> <ul style="list-style-type: none">• Sudah berapa lama? _____ hari• Hitung napas dalam 1 menit. _____ kali/menit. Napas cepat ?• Lihat tarikan dinding dada kedalam• Dengar adanya stridor		
<p>APAKAH ANAK DIARE?</p> <ul style="list-style-type: none">• Sudah berapa lama? _____ hari• Adakah darah dalam tinja ?• Ya ___ Tidak ___• Lihat keadaan umum anak:<ul style="list-style-type: none">- Letargis atau tidak sadar- Gelisah atau rewel• Lihat apakah mata cekung?• Beri anak minum:<ul style="list-style-type: none">- Tidak bisa minum atau malas minum- Haus, minum dengan lahap• Cubit kulit perut, apakah kembalinya:<ul style="list-style-type: none">- Sangat lambat (lebih dari 2 detik)?- Lambat?		

<p>APAKAH ANAK DEMAM? Ya ___ Tidak ___ (anamnesis ATAU teraba panas ATAU suhu $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$)</p> <p>Tentukan Daerah Risiko Malaria : Tinggi - Rendah - Tanpa Risiko. Jika Risiko Rendah atau Tanpa Risiko Malaria, tanyakan : Apakah anak berkunjung keluar daerah ini dalam 2 minggu terakhir? Jika Ya, tentukan daerah risiko sesuai tempat yang dikunjungi.</p> <p>Ambil sediaan darah: (tidak dilakukan untuk daerah tanpa risiko) Periksa RDT jika belum pernah dilakukan dalam 28 hari terakhir. ATAU Periksa mikroskopis darah jika sudah dilakukan RDT dlm 28 hari terakhir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sudah berapa lama anak demam? ___hari • Jika lebih dari 7 hari, apakah demam terjadi setiap hari? • Apakah anak pernah mendapat anti malaria dalam 2 minggu terakhir? • Apakah anak menderita campak dalam 3 bulan terakhir? 		<p>Lakukan pemeriksaan RDT Hasil :RDT (+) / (-)</p> <p>Lakukan pemeriksaan SDM (mikroskopis)</p>
<p>Jika anak sakit campak saat ini atau dalam 3 bulan terakhir:</p>	<p>Lihat dan teraba adanya kaku kuduk</p> <p>• Lihat adakah pilek</p> <p>• Lihat tanda-tanda CAMPAK: - Ruam kemerahan di kulit yang menyeluruh DAN - Salah satu dari: batuk, pilek atau mata merah</p> <p>• Lihat adanya luka di mulut. Jika ya, apakah dalam atau luas?</p> <p>• Lihat adakah nanah di mata</p> <p>• Lihat</p>	

adakah
kekeruhan
di kornea

Klasifikasikan Demam Berdarah jika demam 2 hari sampai dengan 7 hari

- Apakah demam mendadak tinggi dan terus menerus?
- Apakah ada perdarahan dari hidung atau gusi yang berat?
- Apakah anak muntah?
Jika ya :
 - Apakah sering?
 - **Apakah berdarah/ seperti kopi?**
- Apakah beraknya berwarna hitam?
- Apakah nyeri ulu hati atau gelisah?
- Perhatikan tanda-tanda syok:
Ujung ekstremitas teraba dingin dan nadi sangat lemah atau tak teraba.
- Lihat adanya perdarahan dari hidung atau gusi yang berat
- Lihat adanya bintik perdarahan di kulit (petekie)
Jika sedikit **dan** tak ada tanda lain dari DBD, lakukan uji Torniket jika mungkin.

<ul style="list-style-type: none"> • Apakah ibu menyusui anak ini? Ya___ Tidak___ Jika ya, berapa kali dalam 24 jam? ___ kali Apakah menyusui juga di malam hari? Ya___ Tidak___ • Apakah anak mendapat makanan/minuman lain? Ya___ Tidak___ Jika ya, makanan atau minuman apa? _____ Berapa kali sehari? ___ kali. Alat apa yang digunakan untuk memberi makan/minum anak? _____ <p>• Jika anak KURUS : Berapa banyak makanan/minuman yang diberikan pada anak? _____ _____</p> <p>Apakah anak mendapat makanan tersendiri? Ya___ Tidak___ Siapa yang memberi makan dan bagaimana caranya? _____ _____</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selama sakit ini apakah ada perubahan pemberian makan pada anak? Ya ___ Tidak ___ Jika ya, bagaimana? _____ _____ 	
	<p>Nasihati kapan kembali segera Kunjungan ulang : _____ hari</p>

FORMULIR PENCATATAN BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

Tanggal kunjungan : _____

Nama bayi : _____ L / P Nama orang tua : _____
Alamat : _____

Umur : _____ Berat badan : _____ gram
Suhu badan : _____ °C

Tanyakan: Bayi sakit apa? _____ Kunjungan
pertama? _____ Kunjungan ulang? _____

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)

KLASIFIKASI

<p>MEMERIKSA KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI</p> <ul style="list-style-type: none">• Bayi tidak mau minum atau memuntahkan semuanya.• Ada riwayat kejang.• Bayi bergerak hanya jika dirangsang.• Hitung napas dalam 1 menit _____ kali / menit.<ul style="list-style-type: none">- Ulangi jika ≥ 60 kali / menit, hitung napas kedua _____ kali/ menit. Napas cepat.- Napas lambat (< 30 kali / menit).• Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat.• Bayi merintih.• Suhu tubuh $\geq 37,5$ ° C• Suhu tubuh $< 35,5$ ° C• Mata bernanah : apakah sedikit atau banyak ?• Pustul kemerahan meluas sampai dinding perut.• Pustul kemerahan atau bernanah.• Ada pustul di kulit.	
<p>APAKAH BAYI DIARE ? Ya _____ Tidak _____</p> <ul style="list-style-type: none">• Sudah diare selama _____ hari• Keadaan umum bayi :<ul style="list-style-type: none">- Letargis atau tidak sadar.- Gelisah / rewel.• Mata cekung.• Cubitan kulit perut kembalinya :<ul style="list-style-type: none">- Sangat lambat (> 2 detik)- Lambat.	

MEMERIKSA IKTERUS.

- Bayi kuning, timbul pada hari pertama setelah lahir (< 24 jam)
- Kuning ditemukan pada umur \geq 24 jam sampai \leq 14 hari.
- Kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari.
- Kuning sampai telapak tangan atau telapak kaki.
- Tinja berwarna pucat

PENILAIAN (Lingkari semua gejala yang ditemukan)**KLASIFIKASI**

MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN/ATAU MASALAH PEMBERIAN ASI.

- Apakah inisiasi menyusui dini dilakukan ? Ya ___ Tidak ___
- Berat badan menurut umur :
 - $BB/U \leq - 2 SD$ _____
 - $BB/U > - 2 SD$ _____
- Ibu mengalami kesulitan pemberian ASI ? Ya ___ Tidak ___
- Apakah bayi diberi ASI ? Ya ___ Tidak ___
 - Jika ya, berapa kali dalam 24 jam ? _____ kali.
- Apakah bayi diberi minuman selain ASI ? Ya ___ Tidak ___
 - Jika ya, berapa kali dalam 24 jam ? _____ kali
 - Alat apa yang digunakan ? _____
- Ada luka atau bercak putih (thrush) di mulut.
- Ada celah bibir / langit-langit _____

JIKA BAYI: ada kesulitan pemberian ASI, diberi ASI < 8 kali dalam 24 jam, diberi makanan/ minuman lain selain ASI, atau berat badan rendah menurut umur **DAN** tidak ada indikasi di rujuk ke Rumah Sakit.

LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENYUSUI :

- Apakah bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir ?
 - Jika TIDAK, minta ibu menyusui bayinya.
 - Jika YA, minta ibu memberitahu jika bayi sudah mau menyusui lagi.

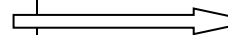
Amati pemberian ASI dengan seksama.

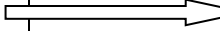
Bersihkan hidung yang tersumbat, jika menghalangi bayi menyusui.

- **Lihat apakah bayi menyusui dengan baik.**
 - Lihat apakah posisi bayi benar.
Seluruh badan bayi tersangga dengan baik – kepala dan tubuh bayi lurus – badan bayi menghadap ke dada ibu – badan bayi dekat ke ibu
Posisi salah – posisi benar
 - Lihat apakah perlekatan benar.
Dagu bayi menempel payudara – mulut bayi terbuka lebar – bibir bawah membuka keluar – areola bagian atas tampak lebih banyak.
Tidak melekat sama sekali – tidak melekat dengan baik – melekat dengan baik
 - Lihat dan dengar apakah bayi mengisap dalam dan efektif :
Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat – hanya terdengar suara menelan.
Tidak mengisap sama sekali – tidak mengisap dengan efektif mengisap dengan efektif

MEMERIKSA STATUS VITAMIN K₁

tandai rumput (√) jika sudah diberikan segera setelah lahir _____



MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (Lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini) HB-0 ___ BCG ___ Polio 1 ___	
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN	
Nasihatikan kapan kembali segera Kunjungan ulang : _____ hari	
MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU	

BAB XVIII

KOHORT IBU DAN BALITA

1. KOHORT IBU DAN BALITA

A. Register Kohort Ibu

1. Pengertian

Register kohort ibu merupakan sumber data pelayanan ibu hamil dan bersalin, serta keadaan/resiko yang dipunyai ibu.

B. TUJUAN

Untuk mengidentifikasi masalah kesehatan ibu dan neonatal yang terdeteksi di rumah tangga yang teridentifikasi dari data bidan.

C. JENIS REGISTER KOHORT

1. Register kohort ibu

Register kohort ibu merupakan sumber data pelayanan ibu hamil dan bersalin, serta keadaan/resiko yang dipunyai ibu yang di organisir sedemikian rupa yang pengkoleksiaannya melibatkan kader dan dukun bayi diwilayahnya setiap bulan yang mana informasi pada saat ini lebih difokuskan pada kesehatar ibu dan bayi baru lahir tanpa adanya duplikasi informasi.

2. Register kohort bayi

Merupakan sumber data pelayanan kesehatan bayi, termasuk neonatal.

3. Register kohort balita

Merupakan sumber data pelayanan kesehatan balita, umur 12 bulan sampai dengan 5 tahun

Pendataan suatu masyarakat yang baik bilamana dilakukan oleh komponen yang merupakan bagian dari komunitas masyarakat bersangkutan, karena merekalah yang paling dekat dan mengetahui situasi serta keadaan dari masyarakat tersebut. Sumber daya masyarakat itu adalah Kader dan dukun bayi serta Tokoh masyarakat.

Bersama-sama dengan Bidan desa, pendataan ibu hamil, ibu bersalin, neonatal, bayi dan balita dapat dilakukan. Dengan mendata seluruh ibu hamil yang ada di suatu komunitas tanpa terlewatkan yang dilakukan oleh kader dan dukun bayi kemudian bidan desa memasukan seluruh data ibu hamil ke dalam kohort yang telah disediakan di Puskesmas, sehingga data yang ada di desa pun dimiliki puskesmas.

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

Dengan puskesmas memiliki seluruh data ibu hamil dan bidan desa memberikan pemeriksaan seluruh ibu hamil tanpa melihat apakah ibu hamil tersebut mempunyai faktor resiko atau tidak,

sehingga dapat menyelamatkan jiwa ibu dan anak yang dikandung.

D. CARA PENGISIAN KOHORT IBU

Petunjuk Pengisian Kohort ibu

Kolom	Petunjuk Pengisian
1	Diisi nomor urut
2	Diisi nomor indeks dari family folder SP2TP
3	Diisi nama ibu hamil
4	Diisi nama suami ibu hamil
5	Diisi alamat ibu hamil
6	Diisi umur ibu hamil yang sebenarnya dengan angka
7	Diisi umur kehamilan pada kunjungan pertama dengan angka
8	Diisi tanda (√) bila umur ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun
9	Diisi tanda (√) bila ibu telah melahirkan lebih dari 4 kali
10	Diisi tanda (√) bila jarak kehamilan kurang dari 2 tahun
11	Diisi tanda (√) bila berat badan ibu kurang dari 40 kg atau lingkaran atasnya kurang dari 23,5 cm
12	Diisi tanda (√) bila tinggi badan ibu kurang dari 145

	cm
13	Diisi tanggal ditemukan ibu hamil dengan perdarahan
14	Diisi tanggal ditemukan ibu hamil dengan infeksi
15	Diisi tanggal ditemukan ibu hamil dengan pre-eklampsia dan eklampsia
16	Diisi tanggal ditemukan ibu hamil dengan Hb < 8 gr%
17	Diisi tanggal dan kelainan yang ditemukan
18	Diisi tanggal ditemukan ibu hamil dengan resiko oleh petugas kesehatan
19	Diisi tanggal ditemukan ibu hamil dengan resiko oleh tenaga non kesehatan
20-43	Diisi dengan tanggal dan kode sebagai berikut : 0 : untuk K1 1 : untuk K4 * : untuk persalinan + : untuk kematian ibu F1,F2,F3 untuk pemberian Tetanus Toxoid ke 1,2, dan 3. Y untuk pemberian Yodium T1,T2, TU untuk pemberian Tetanus Toxoid ke 1,2 dan Ulang
44	Diisi tanda (√) jika persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan

45	Diisi tanda (√) jika persalinan ditolong oleh dukun bayi
46	Diisi tanggal, bila ibu mengalami abortus
47	Diisi tanggal, bila anak lahir mati
48	Diisi tanggal, bila anak lahir hidup dengan berat lahir kurang dari 2500 gr
49	Diisi tanggal, bila anak lahir hidup dengan berat lahir lebih atau sama dengan dari 2500 gr
50	Diisi tanggal (√) bila ibu melahirkan/nifas dalam keadaan sehat
51	Diisi tanggal dan jenis penyakit, bila ibu melahirkan menderita sakit
52	Diisi tanggal dan sebab kematian bila ibu mendapat vitamin A
53	Diisi tanda (√) pada ibu nifas yang mendapat vitamin A
54	Diisi hal lain yang dianggap penting pada ibu hamil atau bayi baru lahir

B. Register Kohort Balita

1. Petunjuk Pengisian Kohort Balita

Kolom	Petunjuk Pengisian
--------------	---------------------------

1	Diisi nomor urut
2	Diisi nomor indeks dari family folder SP2TP
3	Diisi dengan nama balita dan anak pra sekolah
4	Diisi tanggal lahir
5	Diisi dengan nama orang tua
6	Diisi dengan alamat tempat tinggal
7	Diisi dengan jenis kelamin
8	Diisi dengan berat badan bayi pada waktu lahir atau sekurang-kurangnya 24 jam pertama
9-10	Diisi dengan tanggal dan hasil kunjungan neonatal (1-7 hari) dan (8-28 hari) S : Sehat TS : Tidak Sehat
11-22	Diisi tanggal dan kode berat badan yang ditimbang N : naik T : Turun # : dibawah garis merah
23	Diisi tanggal mulai pemberian sirup Fe pada bulan pertama
24	Diisi tanggal mulai pemberian sirup Fe pada bulan kedua
25	Diisi tanggal pemberian vitamin A pada bulan Februari
26	Diisi tanggal pemberian vitamin A pada bulan Agustus
27	Diisi tanggal pemberian kapsul Yodium
28-36	Diisi tanggal pemberian imunisasi
37-38	Diisi dengan tanggal kontak pertama balita dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pelayanan deteksi dini tumbuh kembang (DDTK) dan hasilnya disesuaikan dengan hasil DDTK N : Normal TN : Tidak Normal Kunjungan pertama setiap ganti tahun dihitung sebagai kontak pertama
39-43	Diisi tanggal anak meninggal disesuaikan dengan sebab kematian :

	<ul style="list-style-type: none">• Gangguan perinatal, termasuk didalamnya adalah asfiksia, trauma lahir, infeksi/sepsis dan sebagainya• TN : Tetanus Neonatorum• Pneumonia• Diare• Lainnya : sebab kematian lain termasuk kecelakaan, penyakit yang dicegah dengan imunisasi dan sebab kematian lainnya.
--	--

BAB XIX

PENCATATAN DAN PELAPORAN

PENCATATAN DAN PELAPORAN

A. KEPMENKES 900/MENKES/VI/2002

1. Dalam melaksanakan pelayanan kebidanan, bidan harus melaksanakan pencatatan hasil pelayanan, baik berupa rekam medis kebidanan untuk setiap pasien maupun rekapitulasi hasil pelayanan sebagai dasar untuk pembuatan laporan
2. Bidan setiap memberikan pelayanan harus sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Informasi yg dibuat dalam rekam medis sekurang-kurangnya meliputi :

@ Identitas pasien

@ Data kesehatan

@ Data persalinan

@ Data bayi yg dilahirkan

@ Tindakan & obat yg diberikan

3. Bidan sedapat mungkin memberikan Kartu Menuju Sehat (KMS) Ibu Hamil dan Balita atau Buku KIA yg telah diisi dengan hasil pemeriksaan pada setiap balita dan bumil utk dibawa pulang
4. Pelaporan yang dilakukan dengan mengikuti ketentuan program pemerintah, khususnya dalam pelayanan KIA-KB. Pelaporan ditujukan ke puskesmas setempat sebulan sekali.

Data yg dilaporkan minimal meliputi :

- 1) # Jumlah ibu hamil yg dilayani(K1, K4)
- 2) # Jumlah persalinan
- 3) # Jumlah persalinan abnormal
- 4) # Jumlah kelahiran (lahir hidup & mati)
- 5) # Jumlah ibu yg dirujuk & kelainannya
- 6) # Jumlah bumil, bufas & bulin yg dilayani yg meninggal
- 7) # Jumlah BBL (0-28 hari) yang dilayani

- 8) # Jumlah bayi yg dilayani & jenis pelayanan yg dilakukan
- 9) # Jumlah ibu nifas yg dilayani
- 10) # Jumlah PUS yg mendapat pelayanan kontrasepsi & jenisnya

B. PENCATATAN

Kegiatan pendokumentasian aktifitas dalam bentuk tulisan

- 1) Pencatatan dilakukan diatas kertas, disket, dan pita film
- 2) Bentuk catatan dapat berupa

@ tulisan

@ grafik

@ gambar

C. MANFAAT

1. Memberikan informasi tentang suatu keadaan, masalah atau kegiatan
2. Dapat dijadikan sebagai bukti dari suatu kegiatan/peristiwa
3. Dapat digunakan sebagai bahan proses belajar mengajar
4. Dapat digunakan sebagai bahan penelitian
5. Dapat digunakan sebagai pertanggungjawaban
6. Dapat digunakan sebagai bahan pembuatan laporan

7. Dapat digunakan untuk perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi
8. Dapat digunakan sebagai bukti hukum
9. Dapat digunakan sebagai alat komunikasi (penyampai pesan)
10. Dapat digunakan sebagai alat untuk mengingatkan suatu kegiatan/peristiwa khusus

D. BENTUK CATATAN BERDASARKAN ISI

1. Catatan Tradisional

- Berisikan apa yang didengar & dilakukan oleh pencatat.
 - Pencatat bebas menuliskan apa yang dikehendakinya
 - Tidak sistematis & tidak lengkap
- Contoh : catatan harian

2. Catatan Sistemik

- Menggambarkan pola yg menggambarkan keadaan, masalah & langkah pemecahan serta tindak lanjut
- Mempunyai format tertentu, misal : format Pengkajian Ibu Hamil yg Mempunyai

komponen2 :

- Identitas pasien
- Keluhan utama

- Riwayat kehamilan sekarang dan yang lalu
- Riwayat persalinan, dll
- Dalam pelayanan kebidanan, pencatatan menggunakan pendekatan Manajemen kebidanan

E. BENTUK CATATAN BERDASARKAN SASARAN

1. Catatan Individu

- Menggambarkan keadaan, masalah & tindakan yg dilakukan pada individu
- Biasanya digunakan oleh Puskesmas, Pustu ataupun Polindes dalam pelayanan Ibu & anak
- Dibedakan atas :
 - Catatan ibu
 - Catatan bayi
 - Catatan anak balita

2. Catatan Keluarga

- Berisi tentang kesehatan keluarga tertentu
Dalam catatan ini terdapat tentang identitas keluarga, keadaan & masalah keluarga, langkah penanganan & hasil tindakan yg dilakukan
- Catatan ini digunakan dalam kunjungan rumah

3. Catatan Masyarakat

- Dilakukan dalam kegiatan survei komuniti
 - Menggambarkn keadaan & masalah komuniti, rencana & langkah yg dilakukan serta hasilnya
- Dalam kegiatan kebidsssanan komuniti catatan masyarakat lebih diarahkan kepada ibu & anak

Catatan berdasarkan kegiatan

1. Catatan pelayanan kesehatan anak
2. Catatan pelayanan kesehatan ibu
3. Catatan pelayanan keluarga berencana
4. Catatan imunisasi
5. Catatan kunjungan rumah
6. Catatan persalinan
7. Catatan kelainan
8. Catatan kematian ibu dan bayi
9. Catatan rujukan

Catatan berdasarkan proses pelayanan

1. Catatan awal/masuk
2. Catatan perkembangan
3. Catatan pindah
4. Catatan keluar

F. PELAPORAN

Laporan: Catatan yang memberikan informasi tentang kegiatan tertentu dan hasilnya disampaikan ke pihak yg berwenang dengan kegiatan tersebut.

G. MANFAAT

1. Merupakan pertanggungjawaban otentik tentang pelaksanaan kegiatan
2. Memberikan informasi yang secara terdokumentasi kepada orang / pihak lain yang berwenang
3. Dapat dipergunakan sbagai bahan bukti kegiatan termasuk sebagai bukti hukum
4. Dapat digunakan sebagai bahan pelayanan
5. Dapat digunakan utk penyusunan rencana dan evaluasi
4. Dapat dipergunakan sbagai bahan untuk penelitian

H. BENTUK LAPORAN

1. Pendahuluan : latarbelakang, tujuan & ruang lingkup laporan
2. Isi Laporan :
 1. Perencanaan kegiatan
 2. Pelaksanaan kegiatan; mencakup waktu, tempat dan proses pelaksanaan

3. Hasil kegiatan
4. Masalah dan hambatan
5. Saran untuk tindak lanjut

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan RI. 2010. *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS- KIA)*, Jakarta
- Endang Th. 2015. *Komunikasi & Konseling Kebidanan*. Yogyakarta. Pustakabarupress.
- Karwati. 2013. *Asuhan Kebidanan V (Kebidanan Komunitas)*. Jakarta. TIM.
- Lisnawaty. 2013. *Buku Praktik Kebidanan Komunitas*. Jakarta. TIM.
- Lisnawati, L, 2011, *Panduan Praktis Menjadi Bidan Komunitas*. TIM, jakarta
- Maternity, DKK. 2017. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta: Andi.
- Saifuddin A.B 2000 *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan*. Jakarta:JNPKRR
- Matthews, M. Et.al., 2000, *Impact Managing Complication in Prehnancy and Chilbirth*, Departement of Refroductive Health Angresearch
- Syafrudin. 2018. *Praktik Kebidnan Komunitas dengan Pendekatan PKMD*. Jakarta. TIM
- Rostam mochtar. 2016. *Asuhan Kebidanan Komunitas* .Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. PT.Rhineka Cipta :Jakarta
- Pujiati Dewi, DKK. 2011, *Asuhan Kebidan Komunitas*. Jakarta. Trans Info Media
- Revika. 2019. *Komunikasi & Konseling Dalam Praktek Kebidanan*. Yogyakarta. Pustakabarupress
- Runjati M, (2010), *Asuhan Kebidanan komunitas*. EGC, Jakarta.

Runjati. (2011). *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Yuniati I. 2015. *Filosofi Kebidanan*. Bandung: Program Pascasarjana Program

Studi Magister Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung; 2011.

Tombakan. DKK.2016. *Asuhan Kebidanan Komunitas Pendekatan Kurikulum Akademi Kebidanan Berbasis Kompetensi*. Manado. IN Media.

Buku Ajar

ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Rina Marlina Hutasuhut, SST, M.Kes
Supriati, SKM, M.Kes

Kebidanan berasal dari kata “Bidan” menurut International Confederation Midwife (ICM). Komunitas adalah kelompok orang yang berada disuatu lokasi tertentu yang saling berinteraksi. Bidan komunitas adalah bidan yang bekerja melayani keluarga dan masyarakat diwilayah tertentu.



PT Inovasi Pratama Internasional