

MODUL PEMBELAJARAN ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS



Disusun Oleh :

1. Marni Br Karo
2. Nurmah
3. Puri Kresnawati

**PROGRAM STUDI KEBIDANAN (D3)
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
MEDISTRA INDONESIA**

VISI MISI
PROGRAM STUDI KEBIDANAN (D3) STIKES MEDISTRA INDONESIA

Visi

Menjadi Program Studi Kebidanan yang unggul dalam bidang *entrepreneurship* pelayanan Kebidanan yang terkemuka di tingkat Jabodetabek

Misi

- a. Menyelenggarakan Pendidikan bermutu untuk dapat menghasilkan Bidan yang professional, kompeten, mandiri, dan berjiwa entrepreneur.
- b. Mengembangkan ilmu pengetahuan melalui pelaksanaan penelitian sebagai upaya penyelesaian masalah kesehatan khususnya kebidanan di masyarakat.
- c. Melakukan pengabdian masyarakat sebagai upaya peningkatan pengetahuan dan keterampilan di masyarakat melalui kerjasama dengan berbagai pihak untuk menyelesaikan masalah kesehatan dan peningkatan kesehatan wanita, ibu, dan anak.

Tujuan

- a. Menghasilkan lulusan berjiwa entrepreneur yang mempunyai kompetensi, dan integritas sesuai dengan dengan bidang keilmuan yang dapat berperan aktif dalam peningkatan kesehatan wanita, ibu, dan anak.
- b. Menciptakan budaya penelitian melalui pengkajian masalah kesehatan wanita, ibu, dan anak di masyarakat.
- c. Meningkatkan keterlibatan program studi dalam aktifitas pemberdayaan masyarakat, melalui pengabdian kepada masyarakat

Diketahui,
Kepala Program Studi Kebidanan (D3)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Kuasa sehingga Modul Ajar Mata Kuliah Komunikasi dalam Prkatek Kebidanan ini telah dapat disusun. Harapan dari tersusunnya modul ini ada untuk dapat digunakan oleh mahasiswa selama proses pembelajaran pada mata kuliah Komunikasi dalam Prkatek Kebidanan. Diharapkan para dosen pengajar dapat memanfaatkan modul ini dengan sebaik-baiknya selama pelaksanaan proses belajar mengajar.

Dalam modul pembelajaran ini sudah tersusun materi yang akan tersampaikan dan latihan-latihan soal pada setiap materinya, sehingga mahasiswa dapat banyak membaca dan berlatih untuk meningkatkan kemampuannya.

Semoga modul pembelajaran mata kuliah Komunikasi dalam Prkatek Kebidanan dapat memberikan banyak manfaat bagi mahasiswa dan dosen pengajar. Kami juga mengharapkan masukan dari para pembaca, untuk dapat meningkatkan kualitas dari modul yang sudah kami buat.

2019

Penulis

DAFTAR ISI

Cover.....	1
Kata Pengantar	2
Daftar isi.....	3
Materi I.....	4
Materi II.....	20
Materi III.....	31
Materi IV	44
Materi V.....	63
Materi VI.....	72
Materi VII.....	93
Materi VII.....	103
Materi IX.....	112
Materi X.....	126

Petunjuk Penggunaan Modul

Modul ini sebagai penuntun dalam proses pembelajaran, sangat penting untuk dipelajari karena akan sangat berkaitan dengan materi berikutnya dalam mata kuliah , untuk dapat memahami uraian materi dalam modul ini dengan baik, maka ikuti penggunaan modul ini, yaitu:

1. Bacalah dengan cermat bagian pendahuluan ini sampai anda memahami betul apa, untuk apa, dan bagaimana mempelajari modul ini.
2. Bacalah modul ini secara teratur dimulai dari Kegiatan belajar dengan mengikuti materi-materi yang dibahas dan temukan kata-kata yang dianggap baru. Carilah arti dari kata-kata tersebut dari kamu ataupun media internet.
3. Carilah informasi sebanyak-banyaknya tentang materi modul untuk lebih memahami materi yang dipelajari.
4. Pada akhir kegiatan belajar anda akan ada latihan untuk menguji pemahaman anda mengenai materi yang telah dibahas. Apabila pemahaman anda belum maksimal, anda ditugaskan kembali untuk mempelajari materi terkait hingga memahami dan dapat melanjutkan pada kegiatan berikutnya.
5. Apabila evaluasi menyatakan anda mampu menjawab dengan tepat dan sistematis maka anda telah menyelesaikan kegiatan pembelajaran pada modul ini.



KONSEP DASAR KEBIDANAN KOMUNITAS

PENDAHULUAN

I. Deskripsi dan Relevansi

Mata kuliah ini memiliki bobot 4 SKS terdiri dari 2 sks teori dan 2 sks praktik. Pada mata kuliah ini memberikan kemampuan peserta didik tentang konsep pelayanan kebidanan komunitas diantaranya pengertian, riwayat kebidanan komunitas, sasaran dan tujuan, jaringan kerja kebidanan komunitas, ruang lingkup kebidanan komunitas, perkembangan kebidanan komunitas dan melakukan promosi kesehatan serta PHC meliputi model, prinsip promosi serta penyiapan media promosi di kebidanan komunitas. Mengenali masalah-masalah kebidanan komunitas termasuk P2NH dan HIV/AIDS. mengintegrasikan aspek perlindungan hukum bagi praktisi bidan sesuai tugas dan tanggung jawab di komunitas, menggerakkan dan meningkatkan peran serta masyarakat dalam menunjang kesehatan ibu dan anak di komunitas melaksanakan manajerial asuhan kebidanan komunitas baik dirumah, posyandu, polindes dan kegawadaruratan kebidanan komunitas serta system rujukan ekologi manusia dan perilaku manusia serta cultural awarnes sistem jaminan kesehatan masyarakat di komunitas penanggulangan kesehatan lingkungan dan PHBS melalui prinsip KIE Program pemerintah yang berkaitan dengan PWS KIA/KB di wilayah kerja, pembinaan peran serta masyarakat, mengaplikasikan asuhan kebidanan di komunitas, Monitoring dan evaluasi kegiatan pelayanan kebidanan komunitas dan Pendokumentasian asuhan kebidanan di komunitas. Mahasiswa mampu menyusun proposal dalam pengabdian masyarakat dan menyusun proposal untuk melakukan kuliah pakar.

II. Capaian Pembelajaran

Menguasai konsep teoritis ilmu kebidanan (*midwifery*), asuhan kebidanan, dan etika profesi

III. Kegiatan Belajar

IV. Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari modul ini, mahasiswa diharapkan mampu :

1. Mengemukakan konsep Dasar Kebidanan Komunitas meliputi :
 - a. Definisi Kebidanan Komunitas
 - b. Riwayat Kebidanan komunitas di Indonesia dan Beberapa Negara Lain
 - c. Focus sasaran
 - d. Tujuan kebidanan Komunitas
 - e. Bekerja di Komunitas
 - f. Jaringan Kerja kebidanan komunitas

URAIAN MATERI

KONSEP DASAR KEBIDANAN KOMUNITAS



PENDAHULUAN

Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi di Indonesia masih sangat tinggi. Menurut Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 1994, angka kematian ibu adalah 390 per 100.000 kelahiran hidup dan angka kmatian perinatal aadalah 40 per 1000 kelahiran hidup. Jika dibandingkan dengan Negara – negaa lain, maka Angka Kematian ibu di Indonesia adalah 15kali angka kematian ibu di Malaysia, 10 kali lebih tinggi daripada Thailand, atau 5 kali lebih tinggi daripada Filipina.

Melihat kenyataan di atas, pemerintah membuat terobosan baru yang benar – benar memiliki daya ungkit bagi meningkatnya derajat kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia, yaitu terobosan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia, yaitu terobosan kesehatan yang bertumpuh pada masyarakat/komunitas dengan pencapaian ‘Desa Sehat’ sebagai tenaga terdepan dikomunitas atau masyarakat harus mempunyai kemampuan dalam menggerakkan masyarakat , dengan memberikan asuhan kebidanan komunitas yang baik, sehingga akan terwujud perilaku sehat dimasyarakat. Yang baik, sehingga akan terwujud perilaku sehat dimasyarakat. Dan

itu semua tergantung dari tenaga keehatan khususnya bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan baik individu maupun masyarakat. Pelayanan kebidanan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, yang diarahkan untuk mewujudkan kesehatan keluarga yang berkualitas.

Pelayanan kebidanan merupakan layanan yang diberikan oleh bidan sesuai dengan maksud untuk meningkatkan kesehatanibu dan anak dalam rangka tercapainya keluarga berkualitas. Bahagia dan sehatera sehingga tercapainya Indonesia sehat 2015 dengan visinya yaitu “Keluarga berkualitas tahun 2015”, keluarga yang berkualitas adalah keluarga yang sejahtera, sehat, maju, mandiri, memiliki jumlah anak yang ideal, berwawasan ke depan bertanggung jawab, harmonis dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa. Melalui pelayanan kesehatan yang berkualitas dalam pelaksanaannya, pelayanan kesehatan di upayakan dekat dengan masyarakat, sehingga strategi pelayanan kesehatan yang utama merupakan pendekatan yang juga menjadi acuan pelayanan kesehatan yang akan diberikan, Artinya. Upaya pelayanan atau asuhan yang diberikan tersebut merupakan upaya yang esensial, atau sangat dibutuhkan oleh masyarakat/komunitas, dan secara universal upaya tersebut mudah dijangkau, dengan demikian didalam kebidanan komunitas penggunaan teknologi tepat guna sangat ditekankan. Wujud aplikasi kegiatan nyatanya adalah seorang bidan komunitas mampu melakukan rangsangan atau memotivasi masyarakat diwilayah binaannya dengan memilih alat edukatif sederhana yang tersedia diwilayah tersebut



URAIAN MATERI

Diberi pengantar

Apa Pengertian kebidanan komunitas ?

1. Pengertian kebidanan komunitas

Istilah kebidanan komunitas merupakan gabungan dari beberapa istilah, yaitu bidan di komunitas, kebidanan, komunitas, dan kebidanan komunitas. Dari beberapa istilah tersebut dapat dijabarkan sebagai berikut.

Bidan di komunitas adalah bidan yang bekerja memberikan pelayanan kepada keluarga dan masyarakat disuatu wilayah tertentu.

Kebidanan, istilah kebidanan mencakup segala pengetahuan yang dimiliki bidan dan bentuk-bentuk kegiatan pelayanan yang dilakukan dengan tujuan untuk menyelamatkan ibu dan bayi.

Komunitas (community) artinya masyarakat terbatas yang mempunyai persamaan nilai (values), perhatian (interest) yang merupakan kelompok khusus dengan batas-batas geografis yang jelas, dengan norma dan nilai yang telah melembaga. Misalnya kelompok ibu hamil, ibu nifas, kelompok bayi dan kelompok balita (Effendi, 1998).

Masyarakat adalah sekelompok manusia yang telah hidup saling berinteraksi dan bergantung serta bekerjasama untuk mencapai tujuan.

Kebidanan komunitas adalah bentuk – bentuk pelayanan kebidanan yang dilakukan diluar bagian atau pelayanan berkelanjutan yang diberikan di rumah sakit dengan menekankan kepada aspek – aspek psikososial budaya yang ada di masyarakat.

2. Riwayat kebidanan di komunitas

Pada zaman pemerintahan Hindia Belanda tahun 1807 pertolongan persalinan dilakukan oleh dukun, tahun 1951 didirikan sekolah bidan bagi wanita pribumi di Batavia kemudian tahun 1953 kursus tambahan bidan (KTB) di masyarakat jogyakarta dan berkembang didaerah lain. Seiring dengan pelatihan ini dibukalah BKIA, bidan sebagai penanggung jawab, memberikan pelayanan antenatal care, post natal care, pemeriksaan bayi dan gizi, intranatal dirumah, kunjungan rumah pasca salin. Tahun 1952 diadakan pelatihan secara formal untuk kualitas persalinan, tahun 1967 Kursus tambahan bidan (KTB) ditutup, kemudian BKIA terintegrasi dengan Puskesmas.

Puskesmas memberi pelayanan didalam dan diluar gedung dalam wilayah kerja. Bidan di Puskesmas memberi pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA) termasuk keluarga berencana (KB). Diluar gedung pelayanan kesehatan keluarga dan posyandu yang mencakup pemeriksaan kehamilan, KB, Imunisasi, gizi dan

kesehatan lingkungan. Tahun 1990 merata pada semua masyarakat. Instruksi presiden secara lisan pada sidang kabinet tahun 1992 tentang perlunya mendidik bidan untuk ditempatkan diseluruh desa sebagai pelaksana KIA. Tahun 1994 merupakan titik tolak dari konferensi kependudukan dunia di Kairo yang menekankan pada reproduksi health memperluas garapan bidan antara lain Safe Motherhood, Keluarga berencana, Penyakit Menular Seksual (PMS), kesehatan reproduksi remaja dan kesehatan reproduksi orang tua.

Sebagian besar wanita lebih menyukai persalinan di rumah dari pada di institusi pelayanan kesehatan (Rumah sakit). Hasil penelitian McKee (1982) menggambarkan bahwa, jika persalinan dilakukan di komunity dan dilaksanakan oleh bidan maka akan terjadi peningkatan kunjungan antenatal ,penurunan frekuensi Persalinan dengan induksi, penurunan frekuensi Persalinan prematur, BBLR, IUGR, persalinan forsep, frekuensi SC dan pemeriksaan rutin Antenatal dan Intranatal di rumah sakit.

Berdasarkan hal tersebut, sebaiknya masa kehamilan, persalinan dan nifas dikembalikan ke komunitas sebagai asal dari childbirth tersebut.

LATIHAN

Jawablah pertanyaan berikut secara singkat dan jelas

1. Jelaskan pengertian kebidanan komunitas!
2. Jelaskan Riwayat Kebidanan komunitas di Indonesia dan beberapa Negara lain!
3. Sebutkan Focus sasaran di kebidanan komunitas!
4. Jelaskan tujuan kebidanan komunitas!
5. Jelaskan bagaimana bekerja di kebidanan komunitas!
6. Jelaskan jaringan kerja kebidanan komunitas!



RANGKUMAN

1. Kesimpulan

Kebidanan komunitas adalah bentuk – bentuk pelayanan kebidanan yang dilakukan diluar bagian atau pelayanan berkelanjutan yang diberikan di rumah sakit dengan menekankan kepada aspek – aspek psikososial budaya yang ada di masyarakat. Fokus/Sasaran pelayanan kebidanan komunitas adalah individu,

keluarga dan masyarakat baik yang sehat, sakit maupun yang mempunyai masalah kesehatan secara umum (Meilani, Niken dkk, 2009 : 9).

Ruang lingkup dan jaringan kerja pelayanan bidan di komunitas :

- ❖ Promotif
- ❖ Preventif

Diagnosis Dini dan Pertolongan Tepat Guna :

- ❖ Meminimalkan kecatatan
- ❖ Rehabilitasi
- ❖ Kemitraan

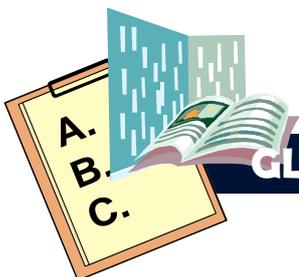
2. Saran

Makalah ini jauh dari kesempurnaan. Dengan dibuatnya makalah ini, diharapkan dapat menambah pengetahuan serta wawasan pembaca. Penulis mengharapkan kritik dan saran pembaca, demi kesempurnaan makalah ini untuk kedepannya.



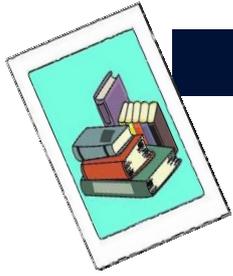
TES FORMATIF

1. Jelaskan pengertian kebidanan komunitas
2. Jelaskan Riwayat Kebidanan komunitas di Indonesia dan Beberapa Negara Lain
3. Sebutkan Focus sasaran di kebidanan komunitas
4. Jelaskan tujuan kebidanan komunitas
5. Jelaskan bagaimana bekerja di kebidanan komunitas
6. Jelaskan jaringan kerja kebidanan komunitas



GLOSARIUM

1. **Kebidanan Komunitas**
2. **Focus Sasaran**
3. **Jaringan kerja kebidanan komunitas**



DAFTAR PUSTAKA

Depkes. (2007). Kurikulum dan Modul Pelatihan Bidan Poskesdes dan Pengembangan Desa Siaga. Depkes. Jakarta.

Syahlan, J.H. (1996). Kebidanan Komunitas. Yayasan Bina Sumber Daya Kesehatan.

Karyawati.dkkk.(2011) Asuhan Kebidanan Komunitas.TIM. Jakarta

Drs. Nasrul Effendy. Dasar-Dasar Kesehtan Masyarakat. EGC. Jakarta, 1997

Pujiati, Dewi, dkk.2011. Asuhan Kebidanan V (kebidanan komunitas). Jakarta : Trans Info Media.

Cunningham, F.Gary.2001. Obstetri William. Jakarta:EGC

Materi II



VISI MISI INDONESIA SEHAT 2025 SEBAGAI LANDASAN BERFIKIR PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS



PENDAHULUAN

Indonesia Sehat 2025, merupakan strategis pembangunan kesehatan yang diharapkan adalah lingkungan yang kondusif bagi terwujudnya keadaan sehat jasmani, rohani maupun sosial, yaitu lingkungan yang bebas dari kerawanan sosial budaya dan polusi, tersedianya air minum dan sarana sanitasi lingkungan yang memadai, perumahan dan pemukiman yang sehat, perencanaan kawasan yang berwawasan kesehatan, serta terwujudnya kehidupan masyarakat yang memiliki solidaritas sosial dengan memelihara nilai-nilai budaya bangsa (Depkes RI, 2009).

Perilaku masyarakat yang diharapkan dalam Indonesia Sehat 2025 adalah perilaku yang bersifat proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah resiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit dan masalah kesehatan lainnya, sadar hukum, serta berpartisipasi aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat, termasuk menyelenggarakan masyarakat sehat dan aman (safe community) (Depkes RI, 2009). Pengertian kesehatan menurut UU Kesehatan RI Nomor 36 tahun 2009 bab 1 pasal 1 yaitu “Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.”

Visi Indonesia 2030 dimotivasi oleh aspirasi mewujudkan Indonesia yang moderen, maju dan memenuhi kebutuhan masyarakatnya. Di dalamnya terkandung cita-cita, imajinasi dan mimpi menjadi bangsa yang kuat, lebih dari sekedar meneruskan keadaan seperti saat ini (business as usual).

Visi Indonesia 2030 dibangun dengan optimisme yang rasional. Rasa optimis lahir dari cara memandang masa depan bangsa yang lebih baik, yang merupakan modal

memacu semangat. Dasar rasional dibentuk melalui proses yang terarah yang didasarkan pada kajian yang komprehensif, mendalam dan bertanggung jawab secara ilmiah. Kesemuanya diciptakan melalui sinergi tiga komponen: pengusaha, birokrasi dan akademisi. Menjadi negara maju hanya bisa dicapai dengan kerja keras dalam kerangka dan rencana yang baik. Untuk itu diperlukan visi yang jelas, yang berfungsi sebagai jembatan yang menghubungkan kondisi saat ini dengan kondisi masa depan yang lebih baik.



TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari modul ini, mahasiswa diharapkan mampu :

1. Memahami dan mengaplikasikan visi misi Indonesia sehat meliputi :
 - a. Tujuan visi misi Indonesia sehat 2025
 - b. Sasaran visi misi Indonesia sehat 2025
 - c. Isu strategi visi misi Indonesia sehat 2025
 - d. Kebijakan visi misi Indonesia sehat 2025



URAIAN MATERI

Diberi pengantar

Apa visi/misi Indonesia sehat 2025

1. Visi Indonesia Sehat 2025

Keadaan masyarakat Indonesia di masa depan atau visi yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan dirumuskan sebagai: “Indonesia Sehat 2025”. Dalam Indonesia Sehat 2025, lingkungan strategis pembangunan kesehatan yang diharapkan adalah lingkungan yang kondusif bagi terwujudnya keadaan sehat jasmani, rohani maupun sosial, yaitu lingkungan yang bebas dari kerawanan sosial budaya dan polusi, tersedianya air minum dan sarana sanitasi lingkungan yang memadai, perumahan dan pemukiman yang sehat, perencanaan kawasan yang berwawasan kesehatan, serta

terwujudnya kehidupan masyarakat yang memiliki solidaritas sosial dengan memelihara nilai-nilai budaya bangsa.

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

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

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

2. Misi Indonesia Sehat 2025

Dengan berlandaskan pada dasar Pembangunan Kesehatan, dan untuk mewujudkan Visi Indonesia Sehat 2025, ditetapkan 4 (empat) misi Pembangunan Kesehatan, yaitu:

- a. Menggerakkan Pembangunan Nasional Berwawasan Kesehatan.
- b. Keberhasilan pembangunan kesehatan tidak semata-mata ditentukan oleh hasil kerja keras sektor kesehatan, tetapi sangat dipengaruhi pula oleh hasil kerja serta kontribusi positif berbagai sektor pembangunan lainnya. Untuk optimalisasi hasil kerja serta kontribusi positif tersebut, harus dapat diupayakan masuknya wawasan kesehatan sebagai asas pokok program pembangunan nasional. Kesehatan sebagai salah satu unsur dari kesejahteraan rakyat juga mengandung arti terlindunginya dan terlepasnya masyarakat dari segala macam gangguan yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Untuk dapat terlaksananya pembangunan nasional yang

berkontribusi positif terhadap kesehatan seperti dimaksud di atas, maka seluruh unsur atau subsistem dari Sistem Kesehatan Nasional berperan sebagai penggerak utama pembangunan nasional berwawasan kesehatan.

c. Mendorong Kemandirian Masyarakat untuk Hidup Sehat.

Kesadaran, kemauan dan kemampuan setiap individu, keluarga dan masyarakat untuk menjaga kesehatan, memilih, dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, sangat menentukan keberhasilan pembangunan kesehatan. Penyelenggaraan pemberdayaan masyarakat meliputi:

- 1) penggerakan masyarakat; masyarakat paling bawah mempunyai peluang yang sebesar-besarnya untuk terlibat aktif dalam proses pembangunan kesehatan,
- 2) organisasi kemasyarakatan; diupayakan agar peran organisasi masyarakat lokal makin berfungsi dalam pembangunan kesehatan,
- 3) advokasi; masyarakat memperjuangkan kepentingannya di bidang kesehatan,
- 4) kemitraan; dalam pemberdayaan masyarakat penting untuk meningkatkan kemitraan dan partisipasi lintas sektor, swasta, dunia usaha dan pemangku kepentingan,
- 5) sumber daya; diperlukan sumberdaya memadai seperti SDM, sistem informasi dan dana.

d. Memelihara dan Meningkatkan Upaya Kesehatan yang Bermutu, Merata, dan terjangkau.

Pembangunan kesehatan diselenggarakan guna menjamin tersedianya upaya kesehatan, baik upaya kesehatan masyarakat maupun upaya kesehatan perorangan yang bermutu, merata, dan terjangkau oleh masyarakat. Upaya kesehatan diselenggarakan dengan pengutamaan pada upaya pencegahan (preventif), dan peningkatan kesehatan (promotif) bagi segenap warga negara Indonesia, tanpa mengabaikan upaya penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif). Agar dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan, diperlukan pula upaya peningkatan lingkungan yang sehat. Upaya kesehatan tersebut diselenggarakan dengan kemitraan antara pemerintah, dan masyarakat termasuk swasta. Untuk masa mendatang, apabila sistem jaminan kesehatan sosial telah berkembang, penyelenggaraan upaya kesehatan perorangan primer akan diserahkan kepada

masyarakat dan swasta dengan menerapkan konsep dokter keluarga. Di daerah yang sangat terpencil, masih diperlukan upaya kesehatan perorangan oleh Puskesmas.

e. Meningkatkan dan Mendayagunakan Sumber Daya Kesehatan.

Penyelenggaraan pembangunan kesehatan, sumber daya kesehatan perlu ditingkatkan dan didayagunakan, yang meliputi sumber daya manusia kesehatan, pembiayaan kesehatan, serta sediaan farmasi dan alat kesehatan. Sumber daya kesehatan meliputi pula penguasaan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan/kedokteran, serta data dan informasi yang makin penting peranannya. Pembiayaan kesehatan yang bersumber dari masyarakat, swasta, dan pemerintah harus tersedia dalam jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan dimanfaatkan secara berhasil-guna serta berdaya-guna. Jaminan kesehatan yang diselenggarakan secara nasional dengan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, bertujuan untuk menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Sediaan farmasi, alat kesehatan yang aman, bermutu, dan bermanfaat harus tersedia secara merata serta terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat, makanan dan minuman yang aman, bermutu serta dengan pengawasan yang baik. Upaya dalam meningkatkan ketersediaan tersebut, dilakukan dengan upaya peningkatan manajemen, pengembangan serta penggunaan teknologi di bidang sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan minuman. bebas dari kerawanan sosial budaya dan polusi, tersedianya air minum dan sarana sanitasi lingkungan yang memadai, perumahan dan pemukiman yang sehat, perencanaan kawasan yang berwawasan kesehatan, serta terwujudnya kehidupan masyarakat yang memiliki solidaritas sosial dengan memelihara nilai-nilai budaya bangsa.

3. Sasaran Visi Misi Indonesia Sehat 2025

Sasaran pembangunan kesehatan yang akan dicapai pada tahun 2025 adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat, yang ditunjukkan oleh indikator dampak yaitu:

- Meningkatnya Umur Harapan Hidup (UHH) dari 69 tahun 2005 menjadi 73,7 tahun pada tahun 2025.

- Menurunnya Angka Kematian Bayi dari 32,3 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2005 menjadi 15,5 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2025.
- Menurunnya angka kematian kematian ibu dari 262 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2005 menjadi 74 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2025.
- Menurunnya prevalensi gizi kurang pada balita dari 26% pada tahun 2005 menjadi 9,5% pada tahun 2025.

4. Kebijakan Visi Misi Indonesia sehat 2025

Untuk dapat mencapai tujuan pembangunan kesehatan dan visi misi diatas, maka penyelenggaraan upaya kesehatan perlu memperhatikan kebijakan sebagai berikut :

a. Meningkatkan kerjasama lintas sector

Untuk optimalisasi hasil pembangunan berwawasan kesehatan, kerjasama lintas sector merupakan hal yang utama dan karena itu perlu dimantapkan secara seksama. Kerja sama lintas sector harus mencakup pada tahapan perencanaan pelaksanaan dan penilaian dengan seksama pada dasar-dasar pembangunan kesehatan.

b. Meningkatkan kesehatan lingkungan

Kesehatan lingkungan perlu di selenggarakan untuk mewujudkan kualitas lingkungan. Lingkungan yang sehat yaitu keadaan lingkungan yang bebas dari resiko yang membahayakan kesehatan dan keselamatan hidup manusia. Upaya ini perlu untuk meningkatkan kemauan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat dalam merencanakan pembangunan berwawasan kesehatan.

c. Peningkatan sumber daya kesehatan.

Peningkatan tenaga kesehatan harus menunjang seluruh upaya pembangunan kesehatan dan diarahkan untuk menciptakan tenaga kesehatan yang ahli dan terampil sesuai pengembangan ilmu dan teknologi.

d. Peningkatan kebijakan kesehatan

Kebijakan kesehatan perlu di tingkatkan terutama melalui peningkatan secara strategis dalam kerja sama antara sector kesehatan dan sector lain yang terkait , dan

antara berbagai program kesehatan serta para pelaku dalam kebijakan kesehatan sendiri.

e. Peningkatan lingkungan sosial budaya

Selain berpengaruh positif globalisasi juga menimbulkan perubahan sosial dan budaya masyarakat dan dapat berpengaruh negative terhadap pembangunan kesehatan untuk itu sangat diperlukan peningkatan kesehatan sosial dan budaya masyarakat melalui peningkatan sosial ekonomi masyarakat, sehingga dapat mengambil manfaat sebesar-besarnya sekaligus meminimalkan dampak negative dari globalisasi. (ilmu kesehatan masyarakat, syarifudin.)

5. *Rencana dan Tujuan berkelanjutan 2030 pada Sustainable Development Goals (SDGs)*

- a. Mengakhiri kemiskinan dalam segala bentuknya di mana-mana.
- b. Mengakhiri kelaparan, mencapai ketahanan pangan dan meningkatkan gizi dan mempromosikan pertanian berkelanjutan.
- c. Pastikan hidup sehat dan mempromosikan kesejahteraan bagi semua pada segala usia.
- d. Menjamin pendidikan inklusif dan adil dan mempromosikan kesempatan belajar seumur hidup untuk semua.
- e. Mencapai kesetaraan gender dan memberdayakan semua perempuan dan anak perempuan.
- f. Memastikan ketersediaan dan pengelolaan yang berkelanjutan air dan sanitasi untuk semua
- g. Menjamin akses ke energi yang terjangkau, dapat diandalkan,berkelanjutan dan modern untuk semua.
- h. Mempromosikan pertumbuhan yang berkelanjutan ekonomi, kesempatan kerja penuh produktif dan pekerjaan yang layak untuk semua.
- i. Membangun infrastruktur tangguh, mempromosikan industrialisasi inklusif berkelanjutan dan mendorong inovasi.
- j. Mengurangi ketimpaan dalam dan diantara negara-negara.
- k. Membuat kota-kota dan pemukiman inklusif, aman dan tangguh
- l. Pastikan pola konsumsi dan produksi berkelanjutan.

6. *Membedingkan MDGs dan SDGs*

Sustainable Development Goals (SDGs), yaitu sebuah dokumen yang akan menjadi sebuah acuan dalam kerangka pembangunan dan perundingan negara-negara di dunia. Konsep SDG's diperlukan sebagai kerangka pembangunan baru yang mengakomodasi semua perubahan yang terjadi pasca 2015-MDG'S. Terutama berkaitan dengan perubahan situasi dunia sejak tahun 2000. .

Post-2015, juga dikenal sebagai *Sustainable Development Goals (SDGs)* didefinisikan sebagai kerangka kerja untuk 15 tahun ke depan hingga tahun 2030. Berbeda dengan MDGs yang lebih bersifat birokratis dan teknokratis, penyusunan butir-butir SDGs lebih inklusif melibatkan banyak pihak termasuk organisasi masyarakat sipil atau *Civil Society Organization (CSO)*. Penyusunan SDGs sendiri memiliki beberapa tantangan karena masih terdapat beberapa butir-butir target MDGs yang belum bisa dicapai dan harus diteruskan di dalam SDGs. Seluruh tujuan, target dan indikator dalam dokumen SDGs juga perlu mempertimbangkan perubahan situasi global saat ini. (yohanna, 2015)

Millennium Development Goals (MDGs) atau dalam bahasa Indonesia diterjemahkan menjadi Tujuan Pembangunan Milenium, adalah sebuah paradigma pembangunan global yang dideklarasikan Konferensi Tingkat Tinggi Milenium oleh 189 negara anggota Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB) di New York pada bulan September 2010.

Adapun 8 tujuan dari MDGs sebagai berikut :

- a. Memberantas kemiskinan dan kelaparan
- b. Mewujudkan pendidikan dasar bagi semua
- c. Mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan
- d. Menurunkan angka kematian balita
- e. Meningkatkan kesehatan ibu
- f. Memerangi HIV/AIDS, malaria dan penyakit menular lainnya
- g. Menjamin kelestarian fungsi lingkungan hidup
- h. Mengembangkan kemitraan global untuk pembangunan.

SDGs ini tidak terpisah dari MDGs, SDGs merupakan bentuk penyempurnaan MDGs. SDGs merupakan kelanjutan dari apa yang sudah dibangun pada MDGs (*Millenium Development Goals*).

Apabila MDGs terdiri dari 8 tujuan (goals), 18 sasaran (target) dan 58 indikator, sedangkan SDGs terdiri dari 17 tujuan (goals) yang terbagi menjadi 169 target dan 300 indikator.

Situs *theguardian.com* menyebutkan beberapa alasan mengapa pelaksanaan SDGs nantinya akan lebih baik dari MDGs, yaitu : (1) SDGs lebih berkolaborasi secara global karena melibatkan seluruh negara anggota PBB, baik negara berpenghasilan rendah dan menengah; (2) sektor swasta dalam SDGs memiliki peran yang lebih besar untuk terlibat; (3) MDGs tidak berakar pada standar hak asasi manusia, sementara SDGs dinilai sudah didukung dengan dasar-dasar dan prinsip-prinsip HAM yang lebih baik; (4) SDGs bersifat inklusif; (5) Indikator dalam SDGs memberikan kesempatan untuk keterlibatan masyarakat sipil; (6) PBB dapat menginspirasi dunia lewat SDGs; dan (7) *The 2015 United Nations Climate Change Conference* adalah kesempatan lain untuk membuat kemajuan.

Pada dasarnya MDGs dan SDGs mempunyai persamaan dan tujuan yang sama. SDGs melanjutkan cita-cita mulia, MDGs yang ingin konsen menanggulangi kelaparan dan kemiskinan di dunia. Namun, dokumen yang disepakati pimpinan pada tahun 2000 tersebut habis pada tahun 2015. Para pemimpin dunia merasa agenda Millenium Development Goals (MDGs) perlu di lanjutkan, sehingga muncul sebuah dokumen susulan yang bernama Sustainable Development Goals (SDGs).



LATIHAN

Jawablah pertanyaan berikut secara singkat dan jelas

1. sebutkan tujuan visi misi Indonesia sehat 2025
2. Sebutkan sasaran visi misi Indonesia sehat 2025
3. Jelaskan Isu strategi visi misi Indonesia sehat 2025
4. Sebutkan kebijakan visi misi Indonesia sehat 2025



RANGKUMAN

Visi, misi dan tujuan pembangunan kesehatan terdapat dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJP-K) 2005-2025. Adapun sasaran strategis Kemenkes yang berlaku saat ini merupakan penjabaran dari Rencana Pembangunan Jangka Menengah bidang Kesehatan (RPJM-K) ke-dua (2010-2014) yang disusun setiap 5 tahun sekali.

Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJP-K) adalah rencana pembangunan nasional di bidang kesehatan, yang merupakan penjabaran dari Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) Tahun 2005-2025, dalam bentuk dasar, visi, misi, arah dan kebutuhan sumber daya pembangunan nasional di bidang kesehatan untuk masa 20 tahun ke depan, yang mencakup kurun waktu sejak tahun 2005 sampai dengan tahun 2025.

Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) merupakan penjabaran dari dibentuknya Pemerintahan Negara Indonesia yang tercantum dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar (UUD) 1945, yaitu untuk: 1) melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia; 2) memajukan kesejahteraan umum; 3) mencerdaskan kehidupan bangsa; dan 4) ikut menciptakan ketertiban dunia berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi, dan keadilan sosial.

Permasalahan kesehatan di Indonesia memang bukanlah hal yang mudah untuk di selesaikan dengan cepat, oleh karena itu, untuk mewujudkan tercapainya keberhasilan Indonesia Sehat 2025 nantinya, maka perlu adanya peran aktif dari masyarakat Indonesia sendiri yang mengenai kesadaran tentang pentingnya kesehatan bagi dirinya sendiri maupun bagi orang lain.

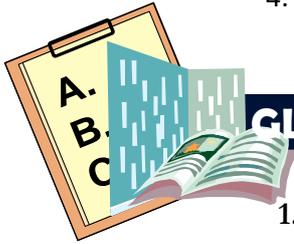
Untuk memberikan pelayanan kesehatan dengan profesional sesuai dengan standar, tanpa membeda-bedakan pasien yang satu dengan yang lainnya. Serta mereka perlu meningkatkan kualitas pelayanan, dengan terus mengikuti perkembangan ilmu dan pengetahuan dalam bidang kesehatan .



TES FORMATIF

1. sebutkan tujuan visi misi Indonesia sehat 2025
2. Sebutkan sasaran visi misi Indonesia sehat 2025
3. Jelaskan Isu strategi visi misi Indonesia sehat 2025

4. Sebutkan kebijakan visi misi Indonesia sehat 2025



GLOSARIUM

1. Visi Misi Indonesia sehat 2025
2. Sasaran Visi misi
3. Kebijakan Visi Misi Indonesia sehat 2025



DAFTAR PUSTAKA

Depkes RI. 2009. *Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan 2005 – 2025*. Jakarta: Depkes RI. <http://www.depkes.go.id>.

Kementrian Kesehatan RI. 2010. *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2010 – 2014*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. <http://www.depkes.go.id>.

Biro Hukum dan Organisasi Setjen Depkes RI. 2008. *Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten atau Kota*, Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 741/Menkes/Per/VII/2008.

Biro Hukum dan Organisasi Setjen Depkes RI. 2008. *Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten atau Kota*, Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 828/Menkes/SK/IX/2008.

Materi III



MASALAH-MASALAH KEBIDANAN KOMUNITAS



PENDAHULUAN

Pelayanan kebidanan komunitas merupakan upaya yang dilakukan Bidan untuk pemecahan terhadap masalah kesehatan Ibu dan Anak Balita dalam keluarga dan masyarakat. Pelayanan kebidanan professional yang ditujukan pada masyarakat dengan penekanan pada kelompok resiko tinggi dalam upaya pencapaian derajat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksana dan evaluasi pelayanan kebidanan.

TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari modul ini, mahasiswa diharapkan mampu :

- ❖ Mengidentifikasi masalah kebidanan komunitas meliputi :
 - a. Kematian ibu dan bayi
 - b. Kehamilan remaja .
 - c. Unsafe abortion
 - d. BBLR
 - e. Tingkat kesuburan
 - f. Penyakit menular seksual
 - g. Prilaku dan social budaya di masyarakat.
 - h. Pertolongan persalinan oleh non tenkes



URAIAN MATERI

Diberi pengantar

Masalah-masalah yang sering terdapat di kebidanan Komunitas

1. Kematian Ibu dan bayi

Angka kematian maternal (maternal mortality rate) ialah jumlah kematian maternal diperhitungkan terhadap 1.000 atau 10.000 kelahiran hidup. Bahkan di beberapa negara diperhitungkan terhadap 100.000 kelahiran hidup.

Angka Kematian Ibu (AKI) saat persalinan di Indonesia ternyata tergolong tinggi.

Indonesia menduduki nomor 3 tertinggi di kawasan Asia Selatan dan Asia Tenggara untuk

jumlah AKI. Berdasarkan data dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007, banyaknya AKI berjumlah 228 orang dari 100.000 kelahiran. Sementara angka kematian bayi (AKB) 34 bayi diperkirakan meninggal dari 100 ribu kelahiran. Angka ini 20 – 30 kali lebih lipat dibanding dengan AKI di Malaysia dan Singapura.

Angka tersebut masih jauh dari target nasional tahun 2015 dimana AKI Indonesai diharapkan dapat terus menurun hingga 102/100 ribu kelhairdan. Sementara untuk AKB diharapkan dapat terus ditekan menjadi 32/100 ribu kelahiran. Salah satu upaya untuk menurunkan AKI adalah dengan mengupayakan program Safe Motherhood, yaitu :

a. Keluarga berencana

Bahwa setiap orang/pasangan mempunyai akses ke informasi dan pelayanan KB agar dapat merencanakan waktu yang tepat untuk kehamilan, jarak kehamilan, dan jumlah anak.

b. Pelayanan antenatal

Untuk mencegah adanya komplikasi obstetrik bila mungkin, dan memastikan bahwa komplikasi dideteksi sedini mungkin serta ditangani secara memadai

c. Persalinan yang aman

Memastikan semua penolong persalinan mempunyai pengetahuan, keterampilan, dan alat untuk memberikan pertolongan yang aman dan bersih, serta memberikan pelayanan nifas kepada ibu dan bayi.

d. Pelayanan obstetri esensial

Memastikan bahwa pelayanan obstetri untuk resiko tinggi dan komplikasi tersedia bagi ibu hamil yang membutuhkan

Dalam pemantauan program kesehatan ibu, sekarang ini digunakan indikator cakupan. Yaitu cakupan layanan antenatal (K1 untuk akses dan K4 untuk kelengkapan layanan antenatal), cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan dan cakupan kunjungan neonatus/nifas.

Kematian bayi yang ada dibagi menjadi 2 yaitu :

a. Kematian bayi endogen

Kematian bayi endogen atau yang umum disebut dengan neonatal adalah kematian bayi yang terjadi pada bulan pertama setelah dilahirkan. Penyebabnya adalah karena faktor bawaan sejak lahir, diwarisi orang tuanya saat konsepsi atau didapat dari ibunya selama kehamilan

b. Keamtian eksogen

Kematian bayi eksogen atau yang lebih dikenal dengan kematian post neonatal adalah keamtian bayi yang terjadi setelah usia satu bulan sampai menejalang usia satu tahun yang disebabkan oleh faktor yang berkaitan dengan pengaruh lingkungan luar.

Diantaranya :

- Endogenous causes : Perawatan kehamilan, budaya, kurang gizi selama kehamilan, pendidikan ibu, pendapatan keluarga
- Exogenous causes : Perawatan bayi, budaya, fasilitas kesehatan ibu dan anak, pendapatan keluarga

2. Kehamilan Remaja

Masa remaja menurut WHO adalah pada usia 12 sampai dengan 24 tahun. Unwanted pregnancy atau yang dikenal dengan kehamilan yang tidak diinginkan merupakan suatu kondisi dimana pasangan tidak mengkehendaki adanya proses kelahiran dari suatu kehamilan. Kehamilan ini bisa diakibatkan karena perilaku seksual/hubungan seksual yang disengaja atau tidak disengaja.

Faktor penyebabnya :

- a. Ketidak tahuan tentang perilaku seksual yang dapat menyebabkan kehamillan
- b. Kehamilan karena kasus pemerkosaan
- c. Persoalan ekonomi

Pencegahan :

- a. Tidak melakukan hubungan seksual sebelum menikah
- b. Memanfaatkan waktu luang dengan melakukan kegiatan yang positif
- c. Hindari kegiatan yang menimbulkan dorongan seksual

Akibat yang ditimbulkan dari unwanted pregnancy :

- a. Bila kehamialan dipertahankan
 - Resiko fisik
Melahirkan pada usia dini dapat menimbulkan kesulitan dalam persalinan seperti pendarahan, bahkan sampai keamtian.
 - Resiko psikis atau psikologis
Ada kemungkinan pihak perempuan menjadi orang tua tunggla jika pihak laki-laki tidak mau bertanggung jawab atau menikahinya.

- Resiko sosial
Seperti berhenti atau putus sekolah, cuti sekolah, atau sampai dikeluarkan oleh pihak sekolah
 - Resiko ekonomi
Merawat kehamilan, melahirkan, dan membesarkan bayi memerlukan biaya biaya yang besar
- b. Bila kehamilan tidak dipertahankan
Banyak remaja yang memilih untuk mengakhirinya dengan aborsi

Penanganan khusus :

- a. Bersikap bersahabat dengan remaja
- b. Memberikan konseling pada remaja dan keluarganya
- c. Memberikan jalan keluar yang terbaik dengan memberi alternatif penyelesaian masalah.

3. Unsafe Abortion

Adalah aborsi yang tidak aman. Yaitu penghentian kehamilan yang dilakukan oleh orang yang tidak terlatih atau berkompoten dan menggunakan sarana yang tidak memadai, sehingga menimbulkan banyak komplikasi sampai kematian.

Definisi menurut WHO, 1998: prosedur melakukan terminasi (pengertian) kehamilan yang tidak diinginkan (unwanted pregnancy) oleh tenaga kurang terampil (medis/non medis) alat tidak memenuhi syarat kesehatan dan lingkungan tidak memenuhi.

- a. Ciri-ciri unsafe abortion
 - Dilakukan oleh tenaga medis / non medis
 - Kurangnya pengetahuan baik pelaku ataupun tenaga pelaksana
 - Kurangnya fasilitas dan sarana
 - Status illegal.
 - Alasan wanita tidak menginginkan kehamilan
 - 1) Alasan kesehatan : tidak cukup sehat untuk hamil
 - 2) Alasan psikologi : ibu tidak sendirian, tidak ingin punya anak lagi
 - 3) Kehamilan di luar nikah
 - 4) Masalah ekonomi : menambah anak akan menambah beban ekonomi
 - 5) Masalah sosial : khawatir akan adanya penyakit keturunan

- 6) Kehamilan akibat korban perkosaan
 - 7) Kegagalan pemakaian alat kontrasepsi
- b. Peran bidan dalam mencegah unsafe abortion
- Pendidikan seks
 - Bekerjasama dengan tokoh agama dalam pendidikan agama
 - Pendidikan SDM
 - Penyuluhan abortion dan bahayanya
- c. Kebijakan DEPKES untuk mencegah komplikasi/ kematian akibat abortus
- Mencegah kehamilan tak diinginkan melalui program KB , pendidikan kesehatan reproduksi, moral dan agama
 - Legalisasi abortus karena alasan medis
 - Mengembangkan APK (asuhan Pasca Keguguran)
- d. Dampak unsafe abortion
- Dampak sosial : biaya lebih banyak , dilakukan secara sembunyi-sembunyi
 - Dampak kesehatan : abortus tidak lengkap (incomplete abortio) yang bisa menyebabkan nyeri pelvis sampai pendarahan terus menerus. Sepsis yaitu infeksi yang eksistensif sampai seluruh tubuh
 - Dampak psikologis : trauma
- e. Agar abortus aman
- Informed consent
 - Harus sesuai standar operasional prosedur (SOP)
 - Dilakukan di RS atau klinik yang ditunjuk
 - Dilakukan oleh pekerjaan kesehatan yang terlatih dan pengalaman melakukan abortus
 - Pelaksanaan menggunakan alat-alat kedokteran yang layak
 - Dilakukan dalam kondisi bersih (steril dan tidak tercemar kuman)
 - Dilakukan < 3 bulan setelah menstruasi terakhir

4. BBLR (Bayi Berat Badan Lahir Rendah)

BBLR adalah bayi baru lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram. Dan dibagi menjadi tiga kelompok yaitu :

- a. Berat bayi lahir rendah (BBLR) berat lahir 1500-2500 gram
- b. Bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR), berat lahir <1500 gram

- c. Bayi berat lahir ekstrem rendah (BBLER), berat lahir <1000 gram

Faktor-faktor yang berhubungan dengan BBLR

- a. Umur ibu < 20 tahun atau > 35 tahun
- b. Jarak kehamilan < 1 minggu
- c. Paritas > 4
- d. Ibu dengan keadaan:
 - 1) Mempunyai BBLR sebelumnya
 - 2) Melakukan pekerjaan fisik beberapa jam tanpa istirahat
 - 3) Sangat miskin
 - 4) Perkawinan tidak sah
 - 5) Kurang gizi
 - 6) Perokok, pengguna obat terlarang dan alcohol

Penyakit yang dapat berhubungan dengan prematur adalah :

- a. Pneumonia aspirasi, karena refleks menelan dan batuk belum sempurna
- b. Perdarahan spontan akibat ventrikel otak lateral karena anoksia otak
- c. Hiperbilirubinemia, karena fungsi hati belum matang
- d. Hipotermia
- e. Infeksi

Penanganan :

- a. Mempertahankan suhu dengan ketat
- b. Mencegah infeksi dengan ketat
- c. Pengawasan nutrisi/ASI
- d. Penimbangan ketat

5. Tingkat Kesuburan

Upaya yang dapat dilakukan oleh bidan untuk mengatasi permasalahan tingkat kesuburan di masyarakat adalah melakukan analisis situasi tentang demografi dan program KB, memberikan pelayanan Keluarga Berencana Dan Kesehatan Reproduksi (KB-KR), melakukan kemitraan dengan Petugas Keluarga Berencana (PKB) dan kader, melakukan Komunikasi Informasi dan Edukasi dengan tujuan membentuk keluarga PE-DU-LI : keluarga peduli KB dan kesehatan Produksi , Keluarga Peduli Ketahanan Keluarga.

PE : perhatian, setiap anggota keluarga memberi perhatian terhadap posisi keluarganya menurut tahapan kesejahteraan dan siklus pertumbuhannya

DU : Dukungan, setiap anggota keluarga sesuai dengan posisi dan keampuannya berusaha mendukung secara aktif untuk menjadikan keluarga kecil bahagia sejahtera

LI : Lindungan, setiap keluarga sesuai dengan potensi dan kemampuannya berusaha melindungi agar keluarganya tetap merupakan keluarga kecil bahagia sejahtera.

6. Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Non Kesehatan

Penyebab masih banyaknya persalinan oleh dukun adalah otonomi daerah sangat bervariasi, sarana yang tersedia belum sesuai standar, belum semua petugas kesehatan kompeten, sistem rujukan belum berjalan baik, belum semua kabupaten/kota melaksanakan Audit Maternal Neonatal (AMP) non-medis, dan belum semua desa mempunyai tenaga bidan. Upaya yang dapat dilakukan bidan dalam hal ini adalah :

- a. Menggalang kemitraan dengan masyarakat, tokoh masyarakat, terutama dukun
- b. Melaksanakan Program Perencanaan Persalinan berbasis masyarakat
- c. Melakukan pendampingan warga dan kader untuk pemetaan ibu hamil, terutami ibu dengan resti.



LATIHAN

Jawablah pertanyaan berikut secara singkat dan jelas

1. Jelaskan penyebab Kematian ibu dan bayi?
2. Apa penyebab Kehamilan remaja?
3. Apa yang dimaksud dengan Unsafe abortion?
4. Faktor0faktor apa yang menyebabkan BBLR?
5. Jelaskan tentang Tingkat kesuburan?
6. Sebutkan jenis Penyakit menular seksual?
7. Jelaskan Prilaku dan social budaya di masyarakat?
8. Bagaimana Pertolongan persalinan oleh non tenkes?



RANGKUMAN

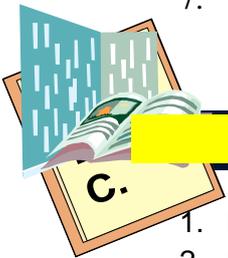
Permasalahan kebidanan di komunitas yang sering ditemui adalah : kematian ibu dan bayi, Unsafe abortion, BBLR, Tingkat kesuburan, Pertolongan persalinan oleh tenaga non kesehatan, PMS, Prilaku dan sosial budaya yang berpengaruh pada pelayanan kebidanan komunitas. Oleh karena itu Bidan dalam memberikan pelayanan kepada ibu dan anak di

komunitas perlu memperhatikan factor lingkungan yang mendukung terjadi masalah-masalah kebidanan komunitas. Faktor lingkungan tersebut mencakup lingkungan fisik, social dan



TES FORMATIF

1. Berikan dan jelaskan contoh permasalahan di kebidanan komunitas ?
2. Apa yang dimaksud dengan Unsafe abortion dan dampak yang terjadi ?
3. Sebutkan klasifikasi BBLR ?
4. Apa yang mempengaruhi dampak kesuburan ?
5. Apa penyebab timbulnya pertolongan persalinan oleh tenaga non kesehatan ?
6. Sebutkan cara penularan PMS ?
7. Sebutkan prilaku sosial budaya masyarakat pada saat hamil ?



GLOSARIUM

1. Kematian ibu dan bayi
2. Kehamilan remaja .
3. Unsafe abortion
4. BBLR
5. Tingkat kesuburan
6. Penyakit menular seksual
7. Prilaku dan social budaya di masyarakat.
8. Pertolongan persalinan oleh non tenkes

DAFTAR PUSTAKA

- Pudiasuti, Ratna Dewi,SST 2012. *Buku Ajar Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Dwi Maryanti, Majestika. *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Teori Dan Praktikum*. 2009. Yogyakarta. Nuha medika
- Manuaba, Ida Bagus.2008 *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: Buku Kedokteran.

Materi IV



STRATEGI PELAYANAN KEBIDANAN DI KOMUNITAS



PENDAHULUAN

MODUL PEMBELAJARAN ASUHAN KEBIDANAN
KOMUNITAS
PROGRAM STUDI KEBIDANAN (D3) STIKES MI

Bidan komunitas adalah bidan yang bekerja melayani keluarga dan masyarakat di wilayah tertentu. Kebidanan komunitas adalah bagian dari kebidanan yang berupa serangkaian ilmu dan keterampilan untuk memberikan pelayanan kebidanan pada ibu dan anak yang berada dalam masyarakat di wilayah tertentu. Sasaran kebidanan komunitas adalah ibu dan anak balita yang berada di dalam keluarga dan masyarakat. Bidan memandang pasiennya sebagai makhluk sosial yang memiliki budaya tertentu dan dipengaruhi oleh kondisi ekonomi, politik, sosial, budaya, dan lingkungan sekitarnya. Setiap petugas kesehatan yang bekerja di masyarakat perlu memahami masyarakat yang dilayaninya, baik keadaan budaya maupun tradisi setempat sangat menentukan pendekatan yang di tempuh.

Pendekatan yang akan digunakan oleh bidan harus memperhatikan strategi pelayanan kebidanan, tugas dan tanggung jawab bidan serta aspek perlindungan hukum bagi bidan di komunitas. Karena itu, dalam makalah ini akan di paparkan mengenai strategi pelayanan kebidanan komunitas yang terdiri atas tiga yaitu: Pendekatan edukatif dalam peran serta masyarakat, Pelayanan Yang Berorientasi Pada Kebutuhan Masyarakat, dan Menggunakan/Memanfaatkan Fasilitas dan Potensi Yang Ada di Masyarakat.



TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari modul ini, mahasiswa diharapkan dapat:

1. Mampu menjelaskan tentang strategi pelayanan kebidanan meliputi:
 1. Pendekatan edukatif dalam PSM
 2. Berorientasi pada kebutuhan kesmas
 3. Menggunakan memanfaatkan fasilitas dan potensi yang ada di masyarakat



URAIAN MATERI

Diberi pengantar

Apa yang dimaksud dengan strategi kebidanan komunitas

1. Pendekatan Edukatif

Dalam pendekatan ini ujung tombaknya adalah gerakan pemberdayaan, yang memiliki tiga mata tombak disebut TRISULA, yaitu konseling, kunjungan rumah, dan

pengorganisasi masyarakat. Ketiga mata tombak ini pada hakikatnya adalah upaya memfasilitasi proses pemecahan masalah dalam diri sasaran/ klien. Pemberdayaan itu pun tidak dilakukan secara serta-merta, melainkan secara berjenjang. Para petugas kesehatan dan petugas lintas sektor terkait memberdayakan pemuka-pemuka masyarakat, yang disusul dengan gerakan para pemuka masyarakat untuk memberdayakan unsur-unsur masyarakat (yaitu kader), dan akhirnya para kader bergerak memberdayakan seluruh masyarakat.

Pendekatan edukatif memerlukan kesabaran dan ketangguhan dari para petugas (penggerak), karena mereka harus mengawal proses secara berkelanjutan hingga tercapainya kemandirian masyarakat. Di jajaran kesehatan, penggerak awal adalah para petugas di Dinas kesehatan Kabupaten/Kota, rumah sakit, serta puskesmas dan jaringannya.

A. 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.

B. Tujuan Pendekatan Edukatif

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

C. Strategi Dasar Pendekatan Edukatif

1. Mengembangkan provider

Perlu adanya kesamaan persepsi dan sikap mental positif terhadap pendekatan yang di tempuh serta sepekat untuk mensukseskan . Langkah-langkah pengembangan provider.

- a. 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.
- b. Pendekatan terhadap pelaksana dari sector diberbagai tingkat administrasi sampai dengan tingkat desa. Tujuan yang akan dicapai adalah adanya kesepahaman, memberi dukungan dan merumuskan kebijakan serta pola pelaksanaan serta makro. Bentuknya lokakarya, seminar, raker, musyawarah.
- c. Pengumpulan data oleh oleh sector kecamatan/desa Merupakan pengenalan situasi dan masalah menurut pandangan petugas/provider. Macam data yang dikumpulkan data umum, data khusus dan data perilaku.

2. Pengembangan masyarakat

Pengembangan masyarakat adalah penghimpunan masyarakat untuk mampu dan mau mengatasi masalahnya sendiri secara swadaya sebatas kemampuan. Dengan melibatkan partisipasi aktif masyarakat untuk menentukan masalah, merencanakan alternative, melaksanakan dan menilai usaha pemecahan masalah yang dilaksanakan. Langkah-langkahnya meliputi pendekatan tingkat desa, survey 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 tiga aspek penting meliputi proses, masyarakat dan memfungsikan masyarakat.

Terdiri dari 3 jenis pendekatan :

a. Specific Content Approach

Yaitu pendekatan perorangan atau kelompok yang merasakan masalah melalui proposal program kepada instansi yang berwenang. Contoh : pengasapan pada DBD .

b. General Content Objective Approach

Yaitu pendekatan dengan mengkoordinasikan berbagai upaya dalam bidang kesehatan dalam wadah tertentu Contoh : posyandu meliputi KIA, imunisasi, gizi, KIE dsb.

c. Proses Objective Approach

Yaitu pendekatan yang lebih menekankan pada proses yang dilaksanakan masyarakat sebagai pengambilan prakarsa kemudian dikembangkan sendiri sesuai kemampuan. Contoh : kader



LATIHAN

Jawablah pertanyaan berikut secara singkat dan jelas

1. Jelaskan pendekatan edukatif dalam psm
2. Jelaskan cara berorientasi pada kebutuhan kesehatan masyarakat
3. Jelaskan bagaimana memanfaatkan fasilitas dan potensi yang ada di masyarakat



RANGKUMAN

Strategi pelayanan kebidanan di komunitas ada 3 yaitu: Pendekatan edukatif dalam peran serta masyarakat, Pelayanan Yang Berorientasi Pada Kebutuhan Masyarakat, dan Menggunakan/Memanfaatkan fasilitas dan potensi yang ada di masyarakat. Pelayanan kebidanan komunitas dikembangkan berawal dari pola hidup masyarakat yang tidak lepas dari faktor lingkungan, adat istiadat, ekonomi, sosial budaya dll.

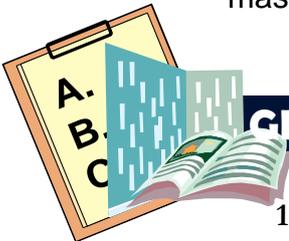
Sebagian masalah komunitas merupakan hasil perilaku masyarakat sehingga perlu melibatkan masyarakat secara aktif. Keberadaan kader kesehatan dari masyarakat sangat penting untuk meningkatkan rasa percaya diri masyarakat terhadap kemampuan yang mereka miliki. Pelayanan Yang Berorientasi Pada Kebutuhan Masyarakat adalah

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.



TES FORMATIF

1. Jelaskan pendekatan edukatif dalam psm
2. Jelaskan cara berorientasi pada kebutuhan kesehatan masyarakat
3. Jelaskan bagaimana memanfaatkan fasilitas dan potensi yang ada di masyarakat



GLOSARIUM

1. Edukatif dalam psm
2. Kesehatan masyarakat
3. Fasilitas dan Potensi yang ada di masyarakat

DAFTAR PUSTAKA

Depkes RI, 1990. Pendekatan Edukatif Suatu Alternatif Pendekatan Dalam Membangun Masyarakat. Jakarta. Depkes RI, 1991.

Bidan di Masyarakat, Jakarta. Pengurus Pusat IBI, 1999.

Etika dan Kode Etik Kebidanan, Jakarta Safrudin dan Hamidah. 2009.

Kebidanan Komunitas. Jakarta: EGC



TUGAS DAN KEWAJIBAN BIDAN DI KOMUNITAS



PENDAHULUAN

Bidan komunitas adalah bidan yang bekerja melayani keluarga dan masyarakat di wilayah tertentu. Kebidanan komunitas adalah bagian dari kebidanan yang berupa serangkaian ilmu dan keterampilan untuk memberikan pelayanan kebidanan pada ibu dan anak balita yang berada di dalam keluarga dan masyarakat. Bidan memandang pasiennya sebagai makhluk social yang memiliki budaya tertentu dan dipengaruhi oleh kondisi ekonomi, politik social, budaya dan lingkungan sekitarnya.

Setiap petugas kesehatan yang bekerja dimasyarakat perlu memahami masyarakat yang di layaninya, baik keadaan budaya maupun tradisi setempat sangat menentukan pendekatan yang di tempuh. Pendekatan yang akan digunakan oleh bidan harus memperhatikan strategi pelayanan kebidanan dan tugas dan tanggung jawab bidan agar masyarakat mau membuka hatinya untuk bekerja sama dengan bidan sehingga tercipta pelayanan kesehatan yang bermutu di masyarakat.



TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Setelah mempelajari modul ini, mahasiswa diharapkan dapat :
 - a. Tugas utama bidan di komunitas
 - b. Tugas tambahan bidan di komunitas
 - c. Bidan praktik swasta



URAIAN MATERI

Diberi pengantar

A. TUGAS UTAMA BIDAN KOMUNITAS

Memberikan pelayanan kebidanan meliputi :

1. Pelaksanan asuhan/pelayanan kebidanan
2. Pengelola pelayanan KIA-KB

3. Pendidikan individu, keluarga dan masyarakat
4. Peneliti dalam asuhan kebidanan

1. PELAKSANA ASUHAN

- a. Melakukan bimbingan terhadap kelompok remaja masa pra nikah.
- b. Memberikan asuhan kebidanan dengan standar professional
- c. Melaksanakan asuhan kebidanan ibu hamil normal dengan dan resiko tinggi komplikasi,patologis dengan melibatkan klien/keluarga
- d. Melaksanakan asuhan ibu bersalin normal dengan komplikasi, patologis dan resiko tinggi dengan melibatkan keluarga/klien
- e. Melaksanakan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir normal dengan komplikasi, patologis dan resiko tinggi dengan melibatkan keluarga/klien
- f. Melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu nifas dan menyusui normal dengan komplikasi, patologis dan resiko tinggi dengan melibatkan keluarga/klien
- g. Melaksanakan asuhan kebidanan pada bayi dan balita dengan melibatkan klien/keluarga
- h. Melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita atau ibu dengan gangguan system reproduksi dengan melibatkan klien/keluarga
- i. Melaksanakan asuhan kebidanan komunitas melibatkan klien/keluarga
- j. Melaksanakan pelayanan keluarga berencana melibatkan klien/keluarga
- k. Melaksanakan pendidikan kesehatan di dalam pelayanan kebidanan

2. PENGELOLA KIA-KB

- a. Peran Bidan adalah sebagai pengelola kegiatan kebidanan di unit KIA, puskesmas.
- b. polindes, posyandu dan praktek bidan.
- c. Sebagai pengelola bidan memimpin dan mengelola bidan lain atau tenaga kesehatan.
- d. yang pendidikannya lebih rendah
- e. Mengembangkan pelayanan kesehatan masyarakat terutama pelayanan kebidanan untuk individu, keluarga, kelompok khusus dan masyarakat di wilayah kerjanya dengan melibatkan keluarga dan masyarakat
- f. Berpartisipasi dalam tim untuk melaksanakan program kesehatan dan program sektor lain di wilayah kerjanya melalui peningkatan kemampuan dukun bayi, kader kesehatan dan tenaga kesehatan lain yang berada diwilayah kerjanya

3. PENDIDIK

- a. Melaksanakan bimbingan, penyuluhan, pendidikan pada klien, masyarakat dan tenaga kesehatan termasuk siswa bidan/keperawatan, kader, dukun bayi yang berhubungan dengan KIA/KB
4. PENELITI
- a. Melaksanakan penelitian secara mandiri atau bekerjasama secara kolaboratif dalam tim penelitian tentang askeb
 - b. Dasar-dasar penelitian perlu diketahui oleh Bidan seperti pencatatan, pengolahan dan analisa data.
 - c. Secara sederhana Bidan dapat memberikan kesimpulan atau hipotesa atas hasil analisisnya.
 - d. Berdasarkan data ia dapat menyusun rencana dan tindakan sesuai dengan permasalahan yang ditemui, ia juga harus mampu melaksanakan evaluasi atas tindakan yang dilakukannya

B. KETRAMPILAN DASAR BIDAN KOMUNITAS

- a) Melakukan pengelolaan pelayanan ibu hamil, nifas, laktasi, bayi balita dan KB masyarakat.
- b) Mengidentifikasi status kesehatan ibu dan anak
- c) Melakukan pertolongan persalinan di rumah dan polindes.
- d) Mengelola pondok bersalin desa (polindes)
- e) Melaksanakan kunjungan rumah pada ibu hamil, nifas dan laktasi, bayi dan balita
- f) Melakukan penggerakan dan pembinaan peran serta masyarakat untuk mendukung upaya-upaya kesehatan ibu dan anak

C. KETRAMPILAN TAMBAHAN

- a) Melakukan pemantauan KIA dengan menggunakan PWS KIA
- b) Melaksanakan pelatihan dan pembinaan dukun bayi
- c) Mengelola dan memberikan obat-obatan sesuai dengan kewenangannya
- d) Menggunakan teknologi kebidanan tepat guna

D. TUGAS TAMBAHAN BIDAN DI KOMUNITAS

Tugas Tambahan Bidan meliputi :

1. Upaya Perbaikan Kesehatan Lingkungan

Peran bidan kini tidak lagi terbatas pada penanganan kesehatan reproduksi ibu saja, tetapi ia harus mampu menggerakkan dan memberdayakan masyarakat pedesaan untuk terlibat di kesehatan komunitasnya.

Masyarakat pedesaan harus diposisikan sebagai mitra dalam kegiatan pengawasan kebutuhan gizi, kesehatan lingkungan, penyakit menular dan penanganan akibat bencana. Minimal satu tenaga bidan akan ditempatkan di setiap desa di Indonesia untuk memenuhi kebutuhan Desa Siaga. Sehingga, dibutuhkan sekitar 69.957 bidan untuk desa dengan jumlah yang sama. Bidan akan menjadi salah satu komponen Desa Siaga untuk ditempatkan di pos-pos kesehatan desa. Setiap bidan diharapkan akan memiliki dua orang kader untuk mendampingi di pos kesehatan desa.

2. Mengelola dan memberikan obat-obatan sederhana sesuai dengan kewenangannya

Pemanfaatan teknologi dan obat-obatan sudah sejak lama digunakan dalam dunia kebidanan. Penyediaan dan penyerahan obat-obatan:

- a. Bidan harus menyediakan obat-obatan maupun obat suntik sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan
- b. Bidan diperkenankan menyerahkan obat kepada pasien sepanjang untuk keperluan darurat.

3. Surveillance (Pengamatan) Penyakit yang Timbul di Masyarakat

Surveillance adalah suatu kegiatan pengamatan terus menerus terhadap kejadian kesakitan dan faktor lain yang memberikan kontribusi yang menyebabkan seseorang menjadi sakit dan upaya tindakan yang diperlukan, dengan kegiatan mencakup:

- a. Mendiagnosis secara klinis atau laboratories
- b. Mengidentifikasi penyebab terjadinya sakit atau faktor risiko terjadinya sakit
- c. Pencatatan hasil anamnesa klinis dan identifikasi kasus menurut variable orang, tempat, dan waktu.
- d. Analisis hasil identifikasi kasus

- e. Tindakan penanganan kasus
- f. Melakukan tindakan observasi di rumah kasus dan sekitar kasus dengan konsep wilayah satu kelompok Rukun Tetangga (RT) atau satu wilayah Posyandu.
- g. Analisis hasil identifikasi kasus dan hasil observasi lapangan di wilayah kasus.

Surveillance merupakan kegiatan pengamatan terhadap penyakit atau masalah kesehatan serta faktor determinannya. Penyakit dapat dilihat dari perubahan sifat penyakit atau perubahan jumlah orang yang menderita sakit. Sakit dapat berarti kondisi tanpa gejala tetapi telah terpapar oleh kuman atau agen lain, misalnya orang terpapar HIV, terpapar logam berat, radiasi dsb. Sementara masalah kesehatan adalah masalah yang berhubungan dengan program kesehatan lain, misalnya Kesehatan Ibu dan Anak, status gizi, dsb. Faktor determinan adalah kondisi yang mempengaruhi resiko terjadinya penyakit atau masalah kesehatan.

4. Menggunakan Tehnologi Tepat Guna Kebidanan

Dalam peranannya bidan mampu memberikan pelayanan kepada klien secara tepat baik secara manual maupun dengan memanfaatkan teknologi kebidanan yang memadai guna menunjang kelancaran serta keakuratan dalam pelayanan. Berbagai macam teknologi yang sudah kita kenal sering digunakan baik mulai dari awal proses kehamilan sampai proses persalinan. Penggunaan teknologi tepat guna dalam kebidanan antara lain:

- a. Fetal Doppler

Adalah merupakan alat yang digunakan untuk mendeteksi denyut jantung bayi, yang menggunakan prinsip pantulan gelombang elektromagnetik, alat ini sangat berguna untuk mengetahui kondisi kesejahteraan janin.

- b. Staturmeter

Adalah alat yang digunakan untuk mengukur tinggi badan, alat ini sangat sederhana karena hanya ditempelkan pada tembok bagian atas dan ketika akan digunakan hanya perlu untuk menariknya sampai ke bagian kepala teratas, sehingga dapat diketahui tinggi badan orang tersebut.

- c. Alat Pengukur Panjang Bayi

Adalah merupakan peralatan sederhana yang biasa digunakan oleh bidan dan petugas posyandu, untuk mengetahui perkembangan tinggi bayi dari waktu ke waktu, terbuat dari kayu dengan mistar yang mudah dibaca.

d. Reflek Hammer / Reflek Patela

Hammer yang dilapisi dengan karet yang digunakan untuk mengetahui respon syaraf dari anggota tubuh biasanya kaki.

e. Umbilical Cord Clem Nylon

Adalah merupakan alat yang digunakan untuk menjepit tali pusar bayi sesaat setelah bayi dilahirkan.

D. Bidan Praktik Swasta (BPS)

1. Definisi

Bidan praktik swasta adalah bidan yang diberi izin untuk menjalankan praktik perorangan setelah memenuhi persyaratan yang telah ditentukan.

a. VISI

Meningkatkan kualitas pelayanan untuk memberi yang terbaik agar dapat memenuhi keinginan masyarakat

b. MISI

Memberi pelayanan yang berkualitas terbaik dalam bidang KB dan Kespro.

Bersahabat dan peduli terhadap kepentingan pasien, serta memenuhi harapan pasien.

2. Persyaratan BPS

- a. Telah memenuhi syarat mulai dari pendidikan, registrasi sampai lisensi dengan bukti mempunyai SIB atau SIPB.
- b. Memiliki keterampilan sesuai dengan standar
- c. Memiliki pengetahuan yang mutakhir
- d. Berprilaku positif dan peduli terhadap kepentingan pasien
- e. Memiliki kinerja yang baik
- f. Memiliki tempat dan peralatan praktik standar, memiliki alat bantu komunikasi (poster, leaflet)

3. Karakter BPS

- a. Memiliki rasa peduli yang tinggi terhadap pasien
- b. Menunjukkan kehangatan terhadap pasien sehingga mereka merasa yakin berada di tempat yang tepat
- c. Mengerti apa yang di rasakan pasien
- d. Memperoleh rasa percaya sehingga mudah berbagi masalah
- e. Memiliki kesabaran untuk memperbaiki segala masalah pasien.
- f. Merasa senang untuk berbicara dengan pasien, mau meberi pendapat dan menghargai, simpati serta memberi solusi atas masalah pasien
- g. Memiliki sikap yang bersahabat memiliki rasa positif, murah senyum, dan memberi sentuhan kepada pasien.
- h. Memiliki kepedulian terhadap keluarga pasien



LATIHAN

Jawablah pertanyaan berikut secara singkat dan jelas

1. Sebutkan tugas utama bidan di komunitas
2. Sebutkan tugas tambahan bidan di komunitas
3. Jelaskan bidan praktek swasta

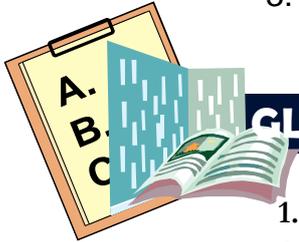


RANGKUMAN

Asuhan kebidanan komunitas memfokuskan pemberian pelayanan pada setiap keluarga yang berada dalam wilayah kerjanya. Bentuk pemberian pelayanan yang dilaksanakan adalah menyelesaikan berbagai permasalahan di bidang kesehatan khususnya kesehatan ibu dan anak. Kegiatan-kegiatan tersebut tentunya bertujuan akhir untuk menurunkan angka kematian ibu dan kematian bayi. Dari berbagai penyuluhan yang telah dilakukan diharapkan akan mampu meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai permasalahan kesehatan mereka sehingga diharapkan masyarakat akan lebih mandiri dalam menyelesaikan masalah kesehatan yang ada di lingkungannya.



1. Sebutkan tugas utama bidan di komunitas
2. Sebutkan tugas tambahan bidan di komunitas
3. Jelaskan bidan praktek swasta



GLOSARIUM

1. Tugas utama bidan dikomunitas
2. Tugas tambahan bidan
3. Praktik swasta

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes. (2007). Kurikulum dan Modul Pelatihan Bidan Poskesdes dan Pengembangan Desa Siaga. Depkes. Jakarta.
- Syahlan, J.H. (1996). Kebidanan Komunitas. Yayasan Bina Sumber Daya Kesehatan.
- Karyawati.dkkk.(2011) Asuhan Kebidanan Komunitas.TIM. Jakarta
- Drs. Nasrul Effendy. Dasar-Dasar Kesehtan Masyarakat. EGC. Jakarta, 1997
- Pujiati, Dewi, dkk.2011. Asuhan Kebidanan V (kebidanan komunitas). Jakarta : Trans Info Media.
- Cunningham, F.Gary.2001. Obstetri William. Jakarta:EGC

Materi VI

Materi VII



PELAYANAN KEGAWATDARURATAN DI KOMUNITAS



PENDAHULUAN

Perkembangan nasional dibidang kesehatan bertujuan untuk mencapai kemampuan untuk hidup sehat, bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Untuk mewujudkan kesehatan masyarakat secara optimal diperlukan peran serta masyarakat dan sumber daya masyarakat sebagai modal dasar dalam pembangunan nasional, termasuk keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat.

Dalam upaya mewujudkan kesehatan masyarakat terutama dalam mencegah angka kematian ibu dan anak pemerintah mencanangkan program safe methorhood yang berupa 6 pilar sebagai realisasi kerja, antara lain :

1. Pelayanan keluarga berencana
2. Asuhan antenatal
3. Persalinan bersih dan aman
4. Pelayanan obsetrik neonatal
5. Pelayanan kesehatan dasar
6. Pelayanan kesehatan primer dengan pemberdayaan wanita

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarkat dimana masalah kesehatan dapat timbul, berupa masalah KIA/KB, KELING.



TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari modul ini, mahasiswa diharapkan dapat :

1. Mampu mengemukakan pelayanan kegawatdaruratan di komunitas meliputi:
 1. Pertolongan pertama kegawatdaruratan obstetric dan neonates (PPGDON)
 2. PONEK & PONEK
 3. Pelayanan kontrasepsi dan rujukan
 4. Mekanisme rujukan
 5. Advokasi, negoisasi, komunikasi



URAIAN MATERI

Diberi pengantar

Definisi Antenatal

Asuhan antenatal adalah suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi dan penanganan medik pada ibu hamil, untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persalinan yang aman dan memuaskan. (pada beberapa kepustakaan disebut sebagai Prenatal Care).

Pelayanan Antenatal

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga profesional (dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan, pembantu bidan dan perawat bidan) untuk ibu selama masa kehamilannya, sesuai dengan standard minimal pelayanan antenatal yang meliputi 5T yaitu timbang berat badan, ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, pemberian imunisasi TT, ukur tinggi fundus uteri dan pemberian tablet besi minimal 90 tablet selama masa kehamilan.

Tujuan Antenatal

- a. Menjaga agar ibu sehat selama masa kehamilan, persalinan dan nifas serta mengusahakan bayi yang dilahirkan sehat.
 - b. Memantau kemungkinan adanya risiko-risiko kehamilan, dan merencanakan penatalaksanaan yang optimal terhadap kehamilan risiko tinggi.
 - c. Menurunkan morbiditas dan mortalitas ibu dan perinatal.
 - d. Asuhan antenatal HARUS dimulai sedini mungkin.
- a. perencanaan

Jadwal pemeriksaan (usia kehamilan dari hari pertama haid terakhir):

- a. Sampai 28 minggu : 4 minggu sekali
- b. 28 - 36 minggu : 2 minggu sekali
- c. Di atas 36 minggu : 1 minggu sekali

KECUALI jika ditemukan kelainan / faktor risiko yang memerlukan penatalaksanaan medik lain, pemeriksaan harus lebih sering dan intensif.

4 Kunjungan/Pemeriksaan Pertama Antenatal Care

A. Tujuan

1. Menentukan diagnosis ada/tidaknya kehamilan
2. Menentukan usia kehamilan dan perkiraan persalinan
3. Menentukan status kesehatan ibu dan janin
4. Menentukan kehamilan normal atau abnormal, serta ada/ tidaknya faktor risiko kehamilan

B. Anamnesis

1. Identitas pasien

- a. Identitas umum, perhatian pada usia ibu, status perkawinan dan tingkat pendidikan
- b. Range usia reproduksi sehat dan aman antara 20-30 tahun.
- c. Pada kehamilan usia remaja, apalagi kehamilan di luar nikah, kemungkinan ada unsur penolakan psikologis yang tinggi.

- d. Tidak jarang pasien meminta aborsi.
- e. Usia muda juga faktor kehamilan risiko tinggi untuk kemungkinan adanya komplikasi obstetri seperti preeklampsia, ketuban pecah dini, persalinan preterm, abortus.

C. Keluhan umum

Sadar/tidak akan kemungkinan hamil, apakah semata-mata ingin periksa hamil, atau ada keluhan / masalah lain yang dirasakan.

D. Riwayat kehamilan sekarang / riwayat penyakit sekarang

1. Ada/tidaknya gejala dan tanda kehamilan.
2. Jika ada amenorea, kapan hari pertama haid terakhir, siklus haid biasanya berapa hari. Hal ini penting untuk memperkirakan usia kehamilan menstrual dan memperkirakan saat persalinan menggunakan Rumus Naegele ($(h+7) - 3 + x + 1 \text{mg}$) untuk siklus $28 + x$ hari.
3. Ditanyakan apakah sudah pernah periksa kehamilan ini sebelumnya atau belum (jika sudah, berarti ini bukan kunjungan antenatal pertama, namun tetap penting untuk data dasar inisial pemeriksaan kita).
4. Apakah ada keluhan / masalah dari sistem organ lain, baik yang berhubungan dengan perubahan fisiologis kehamilan maupun tidak.

E. Riwayat penyakit dahulu.

- a. Riwayat penyakit sistemik lain yang mungkin mempengaruhi atau diperberat oleh kehamilan (penyakit jantung, paru, ginjal, hati, diabetes mellitus), riwayat alergi makanan / obat tertentu dan sebagainya.
- b. Ada/tidaknya riwayat operasi umum / lainnya maupun operasi kandungan (miomektomi, sectio cesarea dan sebagainya).

F. Riwayat penyakit keluarga, Riwayat penyakit sistemik, metabolik, cacat bawaan, dan sebagainya.

G. Riwayat khusus obstetri ginekologi.

- a) Adakah riwayat kehamilan / persalinan / abortus sebelumnya (dinyatakan dengan kode GxPxAx, gravida / para / abortus), berapa jumlah anak hidup.
- b) Ada/tidaknya masalah² pada kehamilan / persalinan sebelumnya seperti prematuritas, cacat bawaan, kematian janin, perdarahan dan sebagainya.
- c) Penolong persalinan terdahulu, cara persalinan, penyembuhan luka persalinan, keadaan bayi saat baru lahir, berat badan lahir jika masih ingat.
- d) Riwayat menarche, siklus haid, ada/tidak nyeri haid atau gangguan haid lainnya, riwayat penyakit kandungan lainnya.
- e) Riwayat kontrasepsi, lama pemakaian, ada masalah/tidak.

H. Riwayat sosial / ekonomi, Pekerjaan, kebiasaan, kehidupan sehari-hari.

I. Pemeriksaan Fisik

1. Status generalis / pemeriksaan umum.
2. Penilaian keadaan umum, kesadaran, komunikasi/kooperasi.
3. Tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan), tinggi/berat badan. Kemungkinan risiko tinggi pada ibu dengan tinggi < 145 cm, berat badan < 45 kg atau > 75 kg.
4. Batas hipertensi pada kehamilan yaitu 140/90 mmHg (nilai diastolik lebih bermakna untuk prediksi sirkulasi plasenta).
5. Kepala ada/tidaknya nyeri kepala (anaemic headache nyeri frontal, hypertensive / tension headache nyeri suboksipital berdenyut).
6. Mata konjungtiva pucat / tidak, sklera ikterik / tidak.
7. Mulut / THT ada tanda radang / tidak, lendir, perdarahan gusi, gigi-geligi.
8. Paru / jantung / abdomen inspeksi palpasi perkusi auskultasi umum.
9. Ekstremitas diperiksa terhadap edema, pucat, sianosis, varises, simetri (kecurigaan polio, mungkin terdapat kelainan bentuk panggul).
10. Jika ada luka terbuka atau fokus infeksi lain harus dimasukkan menjadi masalah dan direncanakan penatalaksanaannya.

J. Nasehat untuk Perawatan Umum/Sehari – hari

a. Aktifitas fisik

Dapat seperti biasa (tingkat aktifitas ringan sampai sedang), istirahat minimal 15 menit tiap 2 jam. Jika duduk/berbaring dianjurkan kaki agak ditinggikan. Jika tingkat aktifitas berat, dianjurkan untuk dikurangi. Istirahat harus cukup. Olahraga dapat ringan sampai sedang, dipertahankan jangan sampai denyut nadi melebihi 140 kali per menit. Jika ada gangguan/keluhan yang mencurigakan dapat membahayakan (misalnya, perdarahan per vaginam), aktifitas fisik harus dihentikan.

b. Pekerjaan

Hindari pekerjaan yang membahayakan atau terlalu berat atau berhubungan dengan radiasi / bahan kimia, terutama pada usia kehamilan muda.

c. Imunisasi

Terutama tetanus toksoid. Imunisasi lain sesuai indikasi.

d. Bepergian dengan pesawat udara

Tidak perlu khawatir bepergian dengan menumpang pesawat udara biasa, karena tidak membahayakan kehamilan. Tekanan udara di dalam kabin kapal penumpang telah diatur sesuai atmosfer biasa.

e. Mandi dan cara berpakaian

Mandi cukup seperti biasa. Pemakaian sabun khusus / antiseptik vagina tidak dianjurkan karena justru dapat mengganggu flora normal vagina. Selain itu aplikasi sabun vaginal dengan alat semprot dapat menyebabkan emboli udara atau emboli cairan yang dapat berbahaya. Berpakaian sebaiknya yang memungkinkan pergerakan, pernapasan dan perspirasi yang leluasa.

f. Senggama atau coitus

Dapat seperti biasa, kecuali jika terjadi perdarahan atau keluar cairan dari kemaluan, harus dihentikan (abstinencia). Jika ada riwayat abortus sebelumnya, coitus ditunda sampai usia kehamilan di atas 16 minggu, di mana diharapkan plasenta sudah terbentuk, dengan implantasi dan fungsi yang baik. Beberapa kepustakaan menganjurkan agar coitus mulai dihentikan pada 3-4 minggu terakhir menjelang perkiraan tanggal persalinan. Hindari trauma berlebihan pada daerah serviks / uterus. Pada beberapa keadaan seperti kontraksi / tanda-tanda persalinan awal, keluar cairan pervaginam, keputihan, ketuban pecah, perdarahan pervaginam, abortus iminens atau abortus habitualis, kehamilan kembar, penyakit menular seksual, sebaiknya coitus jangan dilakukan.

g. Perawatan mammae atau abdomen

Jika terjadi papila retraksi, dibiasakan papilla ditarik manual dengan pelan. Striae / hiperpigmentasi dapat terjadi, tidak perlu dikuatkan berlebihan.

h. Hewan piaraan

Hewan piaraan dapat menjadi carrier infeksi (misalnya, bulu kucing / burung, dapat mengandung parasit toxoplasma). Dianjurkan menghindari kontak.

i. Merokok/minuman keras/obat – obatan

Harus dihentikan sekurang-kurangnya selama kehamilan dan sampai persalinan, nifas dan menyusui selesai. Obat-obat depresan adiktif (narkotik dsb.) mendepresi sirkulasi janin dan menekan perkembangan susunan saraf pusat pada janin.

j. Gizi/nutrisi

Makanan sehari-hari dianjurkan yang memenuhi standar kecukupan gizi untuk ibu hamil (detail cari/baca sendiri ya). Untuk pencegahan anemia defisiensi, diberi tambahan vitamin dan tablet Fe.

2.2 Asuhan Intranatal

1. Tujuan

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

2. Syarat Persalinan Di Rumah

- a. Adanya bidan terlatih untuk menolong persalinan
- b. Bidan menjelaskan seluruh proses persalinan dan kemungkinan komplikasi
- c. Bidan dipanggil bila ibu mulai kontraksi atau air ketuban pecah
- d. Tersedianya ruangan hangat, bersih dan sehat
- e. Ibu mempunyai KMS ibu hamil dan kartu KIA
- f. Tersedianya sistem rujukan untuk penanganan kegawatdaruratan obstetri
- g. Adanya kesepakatan antara bidan dan ibu/keluarga
- h. Tersedianya alat transportasi
- i. Tersedianya peralatan yang lengkap dan berfungsi.

3. Persiapan Rumah Dan Lingkungan

- a. Situasi dan kondisi

Situasi dan kondisi yang harus diketahui oleh keluarga, yaitu:

- 1) Rumah cukup aman dan hangat
- 2) Tersedia ruangan untuk proses persalinan
- 3) Tersedia air mengalir
- 4) Terjamin kebersihannya
- 5) Tersedia sarana media komunikasi

- b. Rumah

Tugas bidan adalah mengecek rumah sebelum usia kehamilan 37 minggu dan syarat rumah diantaranya:

- 1) Ruangan sebaiknya cukup luas
- 2) Adanya penerangan yang cukup
- 3) Tempat nyaman
- 4) Tempat tidur yang layak untuk proses persalinan.

4. Persiapan Peralatan

Perlengkapan yang harus disiapkan oleh keluarga untuk melakukan persalinan di rumah:

a. Persiapan untuk pertolongan persalinan

- 1) Waskom
- 2) Sabun cuci
- 3) Handuk kering dan bersih
- 4) Selimut
- 5) Pakaian ganti
- 6) Pembalut
- 7) Kain pel
- 8) Lampu

b. Persiapan Untuk Bayi

- 1) Handuk Bayi
- 2) Tempat Tidur Bayi
- 3) Botol air panas untuk menghangatkan alas
- 4) Pakaian bayi
- 5) Selimut bayi

5. Persiapan Keluarga

a. Keluarga telah mengambil keputusan bahwa persalinan dilakukan dirumah dan bersedia/mampu memberikan dukungan yang diperlukan

b. Kegiatan rumah tangga secara rinci untuk membentuk jaringan kerja

6. Manajemen Asuhan Intranatal

Asuhan intranatal yang diberikan harus baik dan benar sesuai dengan standar, sehingga dapat membantu menurunkan angka kematian atau kesakitan ibu dan bayi.

7. Intranatal Di Rumah

a. Asuhan Persalinan Kala I

- 1) Bertujuan untuk memberikan pelayanan kebidanan yang memadai dalam pertolongan persalinan yang bersih dan aman
- 2) Bidan perlu mengingat konsep tentang konsep sayang ibu, rujuk bila partograf melewati garis waspada atau ada kejadian penting lainnya

b. Asuhan Persalinan Kala II

- 1) Bertujuan memastikan proses persalinan aman, baik untuk ibu maupun bayi
- 2) Bidan dapat mengambil keputusan sesegera mungkin apabila diperlukan rujukan

c. Asuhan Persalinan Kala III

- 1) Bidan sebagai tenaga penolong harus terlatih dan terampil dalam melakukan manajemen aktif kala III
- 2) Hal penting dalam asuhan persalinan kala III adalah mencegah kejadian perdarahan, karena penyebab salah satu kematian pada ibu.

d. Asuhan Persalinan Kala IV

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

8. Kegawatdaruratan Persalinan

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

2.3 Asuhan Ibu Postpartum

1. Definisi

Masa nifas adalah masa setelah partus selesai, dan berakhir setelah kira-kira 6 minggu tetapi seluruh alat genitalia baru pulih kembali seperti sebelumnya ada kehamilan dalam waktu 3 bulan. (Sarwono. 2005 : 237).

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan yang diperlukan untuk pulihnya kembali alat-alat kandungan yang lamanya 6 minggu.

Kala puerperium berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, merupakan waktu yang dikeluarkan untuk pulihnya alat kandungan pada keadaan normal. Dijumpai 2 kejadian penting pada puerperium, yaitu involusi uterus dan proses laktasi. (Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB untuk Pendidikan Bidan, Manuaba. 1998 : 190)

2. Perubahan psikologi dan fisik

Beberapa penulis berpendapat, dalam minggu pertama setelah melahirkan banyak wanita menunjukkan gejala-gejala psikiatrik terutama depresi, dari ringan sampai berat serta gejala-gejala neurosis obstetric.

Beberapa yang berlebihan dalam masa hamil:

- a. Ketakatukan yang berlebihan dalam masa hamil.
- b. Struktur perorangan yang tidak normal sebelumnya.
- c. Riwayat psikiatrik abnormal.
- d. Riwayat obstetric (kandungan) abnormal.
- e. Riwayat kelahiran mati atau kelahiran cacat.

3. Fase – fase psikologi

a. Fase Taking In

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung hari pertama sampai kedua setelah melahirkan pada saat itu focus perhatian ibu terutama padadirinya sendiri. Pengalaman selama persalinan sering berulang diceritakannya.

b. Fase Taking On

Fase ini berlangsung antara 3 – 10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan merasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi, perasaannya sangat sensitive sehingga mudah tersinggung, karena itu ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat dirinya dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri.

c. Fase Letting Go

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya, keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

4. Involusi alat – alat kandungan

a. Uterus

Setelah melahirkan, rahim mengalami proses involusi pada hari ke-10 –19, uteris dengan berat sekitar 350 gram tidak teraba lagi dan luar, setelah 40hari, kembali pada keadaan semula dengan berat 80 – 100 gram. Bekas plasenta(ari-ari) yang tertanam dalam uteris akan mengecil karena kontrak sirahim dan kembali ke keadaan semula selama masa nifas.

b. Serviks

Serviks menjadi tebal, kaku dan masih terbuka sampai 3 hari, namun ada juga yang berpendapat sampai 1 minggu bentuk mulut serviks yang bulat menjadi agak memanjang dan akan kembali normal 3 – 4 bulan.

c. Vagina

Vagina yang membengkak dan lipatnya (rugae) yang hilang akan kembali seperti semula setelah 3 – 4 minggu.

d. Abdomen

Perut akan menjadi lembek dan kendur, proses involusi pada perut sebaiknya diikuti dengan olahraga atau senam penguatan otot-otot perut jika ada garis-garis biru (strie) tidak akan hilang, tetapi hanya berubah warna menjadi keputih-putihan.

e. Payudara

Payudara yang membesar selama hamil dan menyusui akan kembali normal setelah masa menyusui terakhir. Untuk menjaga bentuknya, dibutuhkan perawatan yang baik.

f. Endokrin

Setelah plasenta lepas, hormon estrogen dan progesteron menurun. Kondisi ini akan cepat mengembalikan fungsi ovarium. Apabila ibu menyusui secara eksklusif, kadar prolaktin (yang diproduksi oleh kelenjar hipofise anterior) meningkat dan meningkatkan produksi FSH sehingga fungsi ovarium tertunda. Dengan menurunnya hormon estrogen dan progesteron juga akan mengembalikan fungsi organ lainnya yang berubah sejak masa kehamilan.

g. Hemokonsentrasi

Volume darah yang meningkat waktu hamil akan kembali normal dengan adanya mekanisme kompensasi yang menimbulkan hemokonsentrasi, umumnya hemokonsentrasi terjadi pada hari ke-3 – 5 kadang-kadang sampai 1 minggu setelah melahirkan dengan pengeluaran melalui keringat/urine.

h. Kulit

Setelah melahirkan, pigmentasi akan menurun sehingga hyperpigmentasi pada muka, payudara, dll akan menghilang perlahan-lahan kembali seperti semula.

2.4. Asuhan Bayi Baru Lahir dan Balita

1. Asuhan pada Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Bayi baru lahir normal adalah bayi baru lahir dari kehamilan yang aterm (37-42 minggu) dengan berat badan lahir 2500 – 4000 gram. Asuhan bayi baru lahir adalah asuhan pada bayi tersebut selama jam pertama setelah kelahiran.

Menurut Donna L. Wong, (2003) Bayi baru lahir adalah bayi dari lahir sampai usia 4 minggu. Lahirnya biasanya dengan usia gestasi 38 – 42 minggu.

Menurut Dep. Kes. RI, (2005) Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram.

b. Ciri – ciri bayi normal

- 1) Berat badan 2500 – 4000 gram
- 2) Panjang badan 48-52 cm
- 3) Lingkar badan 30-38 cm
- 4) Lingkar kepala 33-35 cm
- 5) Bunyi jantung dalam menit pertama kira-kira 180 x/menit kemudian menurun sampai 120-160 x/menit.
- 6) Pernafasan pada menit pertama kira-kira 80 x/menit kemudian turun sampai 40 x/menit.
- 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan terbentuk dan diliputi verniks caseosa.
- 8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut tampak sempurna.
- 9) Kuku agak panjang dan lemas.

- 10) Testis sudah turun (pada anak laki-laki), genitalia labio mayora telah menutupi labia minora (pada anak perempuan).
 - 11) Refleks hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
 - 12) Refleks moro sudah baik, bayi dikagetkan akan memperlihatkan gerakan tangan seperti memeluk.
 - 13) *Graff refleks* sudah baik, bila diletakkan suatu benda ke telapak tangan maka akan menggenggam.
 - 14) *Eliminasi, urin dan mekonium* akan keluar dalam 24 jam, pertama mekonium berwarna kecoklatan. (Saifuddin, 2006).
- c. Bentuk pelayanan kesehatan pada bayi baru lahir

1. IMD

Inisiasi menyusui dini (IMD) adalah proses bayi menyusui segera setelah dilahirkan dimana bayi dibiarkan mencari puting susu ibunya sendiri. Inisiasi menyusui dini (IMD) akan sangat membantu dalam keberlangsungan pemberian ASI eksklusif.

Pemerintah Indonesia mendukung kebijakan WHO dan UNICEF yang merekomendasikan inisiasi menyusui dini sebagai tindakan penyelamatan kehidupan, karena IMD dapat menyelamatkan 22 % dari bayi yang meninggal sebelum usia 1 bulan. Program ini dilakukan dengan cara langsung meletakkan bayi baru lahir di dada ibunya dan membiarkan bayi mencari untuk menemukan puting susu ibu untuk menyusui. IMD harus dilaksanakan langsung saat lahir, tanpa boleh ditunda dengan kegiatan menimbang atau mengukur bayi. Bayi juga tidak boleh dibersihkan hanya dikeringkan kecuali tangannya. Proses ini harus berlangsung skin to skin antara bayi dan ibu.

Menyusui 1 jam pertama kehidupan yang diawali dengan kontak kulit antara ibu dan bayi dinyatakan sebagai indikator global dan ini merupakan hal baru bagi Indonesia, dan merupakan program pemerintah khususnya Departemen Kesehatan RI.

2. Melakukan penilaian bayi baru lahir

- a) Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernafas tanpa kesulitan
- b) Apakah bayi bergerak dengan aktif atau lemas
- c) Jika bayi tidak bernafas atau bernafas megap – megap atau lemah maka segera lakukan tindakan resusitasi bayi baru lahir.

3. Membebaskan jalan nafas

Dengan cara sebagai berikut yaitu bayi normal akan menangis spontan segera setelah lahir, apabila bayi tidak langsung menangis, penolong segera membersihkan jalan nafas dengan cara sebagai berikut:

- a) Letakkan bayi pada posisi terlentang di tempat yang keras dan hangat.
- b) Gulung sepotong kain dan letakkan di bawah bahu sehingga leher bayi lebih lurus dan kepala tidak menekuk. Posisi kepala diatur lurus sedikit tengadah ke belakang.
- c) Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokkan bayi dengan jari tangan yang dibungkus kassa steril.
- d) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar.
- e) Alat penghisap lendir mulut (De Lee) atau alat penghisap lainnya yang steril, tabung oksigen dengan selangnya harus sudah ditempat
- f) Segera lakukan usaha menghisap mulut dan hidung
- g) Memantau dan mencatat usaha bernapas yang pertama (Apgar Score)
- h) Warna kulit, adanya cairan atau mekonium dalam hidung atau mulut harus diperhatikan.

4. Perawatan tali pusat

- a) Setelah plasenta dilahirkan dan kondisi ibu dianggap stabil, ikat atau jepitkan klem plastik tali pusat pada puntung tali pusat.
- b) Celupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 % untuk membersihkan darah dan sekresi tubuh lainnya.
- c) Bilas tangan dengan air matang atau disinfeksi tingkat tinggi
- d) Keringkan tangan (bersarung tangan) tersebut dengan handuk atau kain bersih dan kering.
- e) Ikat ujung tali pusat sekitar 1 cm dari pusat bayi dengan menggunakan benang disinfeksi tingkat tinggi atau klem plastik tali pusat (disinfeksi tingkat tinggi atau steril). Lakukan simpul kunci atau jepitankan secara mantap klem tali pusat tertentu.
- f) Jika menggunakan benang tali pusat, lingkarkan benang sekeliling ujung tali pusat dan dilakukan pengikatan kedua dengan simpul kunci dibagian tali pusat pada sisi yang berlawanan.
- g) Lepaskan klem penjepit tali pusat dan letakkan di dalam larutan klorin 0,5%
- h) Selimuti ulang bayi dengan kain bersih dan kering, pastikan bahwa bagian kepala bayi tertutup dengan baik. (Dep. Kes. RI, 2002)

5. Pencegahan kehilangan panas

Mekanisme kehilangan panas:

a) Evaporasi

Penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan.

b) Konduksi

Kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin, co/ meja, tempat tidur, timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap panas tubuh bayi bila bayi diletakkan di atas benda – benda tersebut

c) Konveksi

Kehilangan panas tubuh terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin, co/ ruangan yang dingin, adanya aliran udara dari kipas angin, hembusan udara melalui ventilasi, atau pendingin ruangan.

d) Radiasi

Kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda – benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari suhu tubuh bayi, karena benda – benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung)

Cegah terjadinya kehilangan panas melalui upaya berikut:

a. Keringkan bayi dengan seksama

Mengeringkan dengan cara menyeka tubuh bayi, juga merupakan rangsangan taktil untuk membantu bayi memulai pernapasannya.

b. Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih dan hangat

Ganti handuk atau kain yang telah basah oleh cairan ketuban dengan selimut atau kain yang baru (hangat, bersih, dan kering)

c. Selimuti bagian kepala bayi

Bagian kepala bayi memiliki luas permukaan yg relative luas dan bayi akan dengan cepat kehilangan panas jika bagian tersebut tidak tertutup.

d. Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya

Pelukan ibu pada tubuh bayi dapat menjaga kehangatan tubuh dan mencegah kehilangan panas. Sebaiknya pemberian ASI harus dimulai dalam waktu satu (1) jam pertama kelahiran

- e. Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir

Karena bayi baru lahir cepat dan mudah kehilangan panas tubuhnya, sebelum melakukan penimbangan, terlebih dahulu selimuti bayi dengan kain atau selimut bersih dan kering. Berat badan bayi dapat dinilai dari selisih berat bayi pada saat berpakaian/diselimuti dikurangi dengan berat pakaian/selimut. Bayi sebaiknya dimandikan sedikitnya enam jam setelah lahir.

6. Pencegahan infeksi

- a) Cuci tangan dengan seksama sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi
- b) Pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan
- c) Pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan, terutama klem, gunting, penghisap lendir DeLee dan benang tali pusat telah didesinfeksi tingkat tinggi atau steril.
- d) Pastikan semua pakaian, handuk, selimut dan kain yang digunakan untuk bayi, sudah dalam keadaan bersih. Demikian pula dengan timbangan, pita pengukur, termometer, stetoskop.
- e) Memberikan vitamin K
Untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir normal atau cukup bulan perlu di beri vitamin K per oral 1 mg / hari selama 3 hari, dan bayi beresiko tinggi di beri vitamin K parenteral dengan dosis 0,5 – 1 mg IM.
- f) Memberikan obat tetes atau salep mata
- g) Untuk pencegahan penyakit mata karena klamidia (penyakit menular seksual) perlu diberikan obat mata pada jam pertama persalinan, yaitu pemberian obat mata eritromisin 0.5 % atau tetrasiklin 1 %, sedangkan salep mata biasanya diberikan 5 jam setelah bayi lahir. Perawatan mata harus segera dikerjakan, tindakan ini dapat dikerjakan setelah bayi selesai dengan perawatan tali pusat.

7. Pemeriksaan fisik bayi baru lahir

Kegiatan ini merupakan pengkajian fisik yang dilakukan oleh bidan yang bertujuan untuk memastikan normalitas & mendeteksi adanya penyimpangan dari normal. Pengkajian ini dapat ditemukan indikasi tentang seberapa baik bayi melakukan penyesuaian terhadap

kehidupan di luar uterus dan bantuan apa yang diperlukan. Dalam pelaksanaannya harus diperhatikan agar bayi tidak kedinginan, dan dapat ditunda apabila suhu tubuh bayi rendah atau bayi tampak tidak sehat.

Prinsip pemeriksaan bayi baru lahir:

- a) Jelaskan prosedur pada orang tua dan minta persetujuan tindakan
- b) Cuci dan keringkan tangan , pakai sarung tangan
- c) Pastikan pencahayaan baik
- d) Periksa apakah bayi dalam keadaan hangat, buka bagian yang akan diperiksa (jika bayi telanjang pemeriksaan harus dibawah lampu pemancar) dan segera selimuti kembali dengan cepat.

8. Imunisasi BCG, hepatitis B dan polio oral

2. Pelayanan Kesehatan pada Balita

a. Pemantauan pertumbuhan balita dengan KMS

KMS (Kartu Menuju Sehat) untuk balita adalah alat yang sederhana dan murah, yang dapat digunakan untuk memantau kesehatan dan pertumbuhan anak. Oleh karenanya KMS harus disimpan oleh ibu balita di rumah, dan harus selalu dibawa setiap kali mengunjungi posyandu atau fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk bidan dan dokter.

KMS-Balita menjadi alat yang sangat bermanfaat bagi ibu dan keluarga untuk memantau tumbuh kembang anak, agar tidak terjadi kesalahan atau ketidak seimbangan pemberian makan pada anak.

KMS juga dapat dipakai sebagai bahan penunjang bagi petugas kesehatan untuk menentukan jenis tindakan yang tepat sesuai dengan kondisi kesehatan dan gizi anak untuk mempertahankan, meningkatkan atau memulihkan kesehatan- nya.

KMS berisi catatan penting tentang pertumbuhan, perkembangan anak, imunisasi, penanggulangan diare, pemberian kapsul vitamin A, kondisi kesehatan anak, pemberian ASI eksklusif dan Makanan Pendamping ASI, pemberian makanan anak dan rujukan ke Puskesmas/ Rumah Sakit.

KMS juga berisi pesan-pesan penyuluhan kesehatan dan gizi bagi orang tua balita tentang kesehatan anaknya (Depkes RI, 2000).

Manfaat KMS adalah:

- 1) Sebagai media untuk mencatat dan memantau riwayat kesehatan balita secara lengkap, meliputi : pertumbuhan, perkembangan, pelaksanaan imunisasi, penanggulangan diare,

pemberian kapsul vitamin A, kondisi kesehatan pemberian ASI eksklusif, dan Makanan Pendamping ASI.

- 2) Sebagai media edukasi bagi orang tua balita tentang kesehatan anak
- 3) Sebagai sarana komunikasi yang dapat digunakan oleh petugas untuk menentukan penyuluhan dan tindakan pelayanan kesehatan dan gizi.

b. Pemberian Kapsul Vitamin A

Vitamin A adalah salah satu zat gizi dari golongan vitamin yang sangat diperlukan oleh tubuh yang berguna untuk kesehatan mata (agar dapat melihat dengan baik) dan untuk kesehatan tubuh yaitu meningkatkan daya tahan tubuh, jaringan epitel, untuk melawan penyakit misalnya campak, diare dan infeksi lain.

Upaya perbaikan gizi masyarakat dilakukan pada beberapa sasaran yang diperkirakan banyak mengalami kekurangan terhadap Vitamin A, yang dilakukan melalui pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi pada bayi dan balita yang diberikan sebanyak 2 kali dalam satu tahun. (Depkes RI, 2007)

Vitamin A terdiri dari 2 jenis:

- 1) Kapsul vitamin A biru (100.000 IU) diberikan pada bayi yang berusia 6-11 bulan satu kali dalam satu tahun
- 2) Kapsul vitamin A merah (200.000 IU) diberikan kepada balita

Kekurangan vitamin A disebut juga dengan xeroftalmia (mata kering). Hal ini dapat terjadi karena serapan vitamin A pada mata mengalami pengurangan sehingga terjadi kekeringan pada selaput lendir atau konjungtiva dan selaput bening (kornea mata). Pemberian vitamin A termasuk dalam program Bina Gizi yang dilaksanakan oleh Departemen Kesehatan setiap 6 bulan yaitu bulan Februari dan Agustus, anak-anak balita diberikan vitamin A secara gratis dengan target pemberian 80 % dari seluruh balita. Dengan demikian diharapkan balita akan terlindungi dari kekurangan vitamin A terutama bagi balita dari keluarga menengah kebawah.

c. Pelayanan Posyandu

Posyandu merupakan salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna memberdayakan masyarakat dan

memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi.

Adapun jenis pelayanan yang diselenggarakan Posyandu untuk balita mencakup:

- 1) Penimbangan berat badan
- 2) Penentuan status pertumbuhan
- 3) Penyuluhan
- 4) Jika ada tenaga kesehatan Puskesmas dilakukan pemeriksaan kesehatan, imunisasi dan deteksi dini tumbuh kembang, apabila ditemukan kelainan, segera ditunjuk ke Puskesmas.

d. Manajemen terpadu balita sakit

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) atau Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) adalah suatu pendekatan yang terintegrasi/terpadu dalam tatalaksana balita sakit dengan fokus kepada kesehatan anak usia 0-59 bulan (balita) secara menyeluruh. MTBS bukan merupakan suatu program kesehatan tetapi suatu pendekatan/cara menatalaksana balita sakit. Kegiatan MTBS merupakan upaya pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian sekaligus meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di unit rawat jalan kesehatan dasar (Puskesmas dan jaringannya termasuk Pustu, Polindes, Poskesdes, dll).

Bila dilaksanakan dengan baik, pendekatan MTBS tergolong lengkap untuk mengantisipasi penyakit-penyakit yang sering menyebabkan kematian bayi dan balita di Indonesia. Dikatakan lengkap karena meliputi upaya preventif (pencegahan penyakit), perbaikan gizi, upaya promotif (berupa konseling) dan upaya kuratif (pengobatan) terhadap penyakit-penyakit dan masalah yang sering terjadi pada balita. Badan Kesehatan Dunia WHO telah mengakui bahwa pendekatan MTBS sangat cocok diterapkan negara-negara berkembang dalam upaya menurunkan angka kematian, kesakitan dan kecacatan pada bayi dan balita.

Kegiatan MTBS memiliki 3 komponen khas yang menguntungkan, yaitu:

- 1) Meningkatkan ketrampilan petugas kesehatan dalam tatalaksana kasus balita sakit (selain dokter, petugas kesehatan non-dokter dapat pula memeriksa dan menangani pasien asalkan sudah dilatih).

- 2) Memperbaiki sistem kesehatan (perwujudan terintegrasinya banyak program kesehatan dalam 1 kali pemeriksaan MTBS).
 - 3) Memperbaiki praktek keluarga dan masyarakat dalam perawatan di rumah dan upaya pencarian pertolongan kasus balita sakit (meningkatkan pemberdayaan masyarakat dalam pelayanan kesehatan).
- e. Pelayanan Immunisasi

Imunisasi adalah upaya pencegahan penyakit infeksi dengan menyuntikkan vaksin kepada anak sebelum anak terinfeksi. Anak yang diberi imunisasi akan terlindung dari infeksi penyakit-penyakit: sebagai berikut: TBC, Difteri, Tetanus, Pertusis (batuk rejan), Polio, Campak dan Hepatitis B. Dengan imunisasi, anak akan terhindar dari penyakit-penyakit, terhindar dari cacat, misalnya lumpuh karena Polio, bahkan dapat terhindar dari kematian.

Imunisasi bermanfaat untuk memberikan kekebalan pada bayi dan anak sehingga tidak mudah tertular penyakit: TBC, tetanus, difteri, pertusis (batuk rejan), polio, campak dan hepatitis.

Imunisasi dapat diperoleh di Posyandu, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling, Praktek dokter atau bidan, dan di Rumah sakit.

f. Konseling pada keluarga balita

Konseling yang dapat diberikan adalah:

- 1) Pemberian makanan bergizi pada bayi dan balita
- 2) Pemberian makanan bayi
- 3) Mengatur makanan anak usia 1-5 tahun
- 4) Pemeriksaan rutin/berkala terhadap bayi dan balita
- 5) Peningkatan kesehatan pola tidur, bermain, peningkatan pendidikan seksual dimulai sejak balita (sejak anak mengenal idenitasnya sebagai laki-laki atau perempuan)

3. Jenis Rujukan

Rujukan MKET dapat dibedakan atas tiga jenis yaitu sebagai berikut:

a. Pelimpahan kasus

- 1) Pelimpahan kasus dari unit pelayanan MKET yang lebih sederhana ke unit pelayanan MKET yang lebih mampu dengan maksud memperoleh pelayanan yang lebih baik dan sempurna

- 2) Pelimpahan kasus dari unit pelayanan MKET yang lebih mampu ke unit pelayanan yang lebih sederhana dengan maksud memberikan pelayanan selanjutnya atas kasus tersebut
- 3) Pelimpahan kasus ke unit pelayanan MKET dengan tingkat kemampuan sama dengan pertimbangan geografis, ekonomi dan efisiensi kerja

b. Pelimpahan pengetahuan dan keterampilan

Pelimpahan pengetahuan dan keterampilan ini dapat dilakukan dengan:

- 1) Pelimpahan tenaga dari unit pelayanan MKET yang lebih mampu ke unit pelayanan MKET yang lebih sederhana dengan maksud memberikan latihan praktis
- 2) Pelimpahan tenaga dari unit pelayanan MKET yang lebih sederhana ke unit pelayanan MKET yang lebih mampu dengan maksud memberikan latihan praktis
- 3) Pelimpahan tenaga ke unit pelayanan MKET dengan tingkat kemampuan sama dengan maksud tukar-menukar pengalaman

c. Pelimpahan bahan – bahan penunjang diagnostic

- a) Pelimpahan bahan-bahan penunjang diagnostik dari unit pelayanan MKET yang lebih sederhana ke unit pelayanan MKET yang lebih mampu dengan maksud menegakkan diagnose yang lebih tepat
- b) Pelimpahan bahan-bahan penunjang diagnostic dari unit pelayanan MKET yang lebih sederhana dengan maksud untuk dicobakan atau sebagai informasi
- c) Pelimpahan bahan-bahan penunjang diagnostic ke unit pelayanan dengan tingkat kemampuan sama dengan maksud sebagai informasi atau untuk dicobakan.

4. Sasaran Rujukan MKET

a. Sasaran obyektif

- 1) PUS yang akan memperoleh pelayanan MKET
- 2) Peserta KB yang akan ganti cara ke MKET
- 3) Peserta KB MKET untuk mendapatkan pengamatan lanjutan
- 4) Peserta KB yang mengalami komplikasi atau kegagalan pemakaian MKET
- 5) Pengetahuan dan keterampilan MKET
- 6) Bahan-bahan penunjang diagnostic

b. Sasaran subyektif

Petugas-petugas pelayanan MKET disemua tingkat wilayah.

5. Jaringan Rujukan MKET

1. Dokter/bidan praktek swasta, Rumah Bersalin dengan kewajiban

- 1) Merujuk kasus-kasus yang tidak mampu ditanggulangi sendiri ke unit pelayanan MKET yang lebih mampu dan terdekat
- 2) Menerima kembali untuk tindakan lebih lanjut kasus yang dikembalikan oleh unit pelayanan MKET yang lebih mampu
- 3) Mengadakan konsultasi dengan mengusahakan kunjungan ke unit pelayanan yang lebih mampu untuk meningkatkan pengetahuan pelayanan yang lebih mampu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan
- 4) Mengusahakan kunjungan tenaga dari unit pelayanan MKET yang lebih mampu untuk pembinaan tugas dan pelayanan MKET

2. Unit pelayanan MKET tingkat kecamatan (puskesmas) yang mempunyai kewajiban sebagai berikut:

- 1) Menerima dan menanggulangi kasus rujukan dari unit pelayanan MKET
- 2) Meengirim kembali kasus yang sudah ditanggulangi untuk dibina lebih lanjut oleh unit pelayanan MKET yang merujuk
- 3) Merujuk kasus-kasus yang tidak mampu ditanggulangi ke unit pelayanan MKET yang lebih mampu dan terdekat
- 4) Menerima kembali untuk pembunaan tindak lanjut kasus-kasus yang dikembalikan oleh unit pelayanan MKET yang lebih mampu
- 5) Mengadakan konsultasi dan mengadagn kunjungan ke unit pelayanan yang lebih mampu untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan
- 6) Mengusahakan adanya kunjungan tenaga dari unit pelayanan MKET yang lebih mampu untuk pembinaan petugas dan pelayanan masyarakat
- 7) Mengirim bahan-bahan penunjang diagnostic ke unit pelayanan MKET yang lebih mampu, jika tidak dapat melakukan pemeriksaan diagnose yang lebih tepat
- 8) Menerima kembli hasil pemeriksaan bahan-bahan diagnosik yang sebelumnya dikirim ke unit pelayanan MKET yang lebih mampu.

3. Unit pelayanan MKET tingkat kabupaten/kotamadya (RS klas D,RS klas D, RS klas C).

- 1) Menerima dan menanggulangi kasus rujukan dari unit pelayanan MKET dibawahnya.
Pelayanan

- 2) Mengirim kembali kasus yang sedang ditanggulangi untuk dibina lebih lanjut oleh unit pelayanan MKET yang merujuk
 - 3) Merujuk kasus-kasus yang tidak mampu ditanggulangi ke unit pelayanan MKET yang lebih mampu dan terdekat
 - 4) Kasus kembali untuk pembinaan tindak lanjut kasus-kasus yang dikembalikan oleh unit pelayanan MKET yang lebih mampu
 - 5) Mengadakan konsultasi dan mengadakan kunjungan ke unit pelayanan yang lebih mampu untuk pembinaan petugas dan pelayanan masyarakat
 - 6) Mengusahakan adanya kunjungan tenaga dari unit pelayanan MKET yang lebih mampu untuk pembinaan petugas dan pelayanan masyarakat
 - 7) Mengirim bahan-bahan penunjang diagnostic ke unit pelayanan MKET yang lebih mampu, jika tidak mampu melakukan pemeriksaan sendiri atau jika hasilnya meragukan untuk menegakkan diagnose yang lebih tepat
 - 8) Menerima kembali hasil pemeriksaan bahan-bahan diagnostic yang sebelumnya dikirim ke unit pelayanan MKET yang lebih mampu
4. Unit pelayanan mKET tingkat provinsi (RS klas C, RS klas B, RS klas B2)
- 1) Menerima dan menanggulangi kasus rujukan dari unit pelayanan MKET dibawahnya
 - 2) Mengirim kembali kasus yang sudah ditanggulangi untuk dibina lebih lanjut oleh unit pelayanan MKET yang merujuk
 - 3) Menerima konsultasi dan latihan petugas pelayanan MKET dari Unit pelayanan MKET dibawahnya
 - 4) Mengusahakan dilaksanakannya kunjungan tenaga/spesialis keunit pelayanan MKET yang kurang mampu untuk pembinaan petugas dan pelayanan masyarakat
 - 5) Menerima rujukan bahan-bahan penunjang diagnostic
 - 6) Mengirimkan hasil pemeriksaan bahan-bahan penunjang diagnostic tersebut diatas
5. Unit pelayanan MKET tingkst pusat (RS klas A)
- 1) Menerima dan menanggulangi kasus rujukan dari unit pelayanan MKET dibawahnya
 - 2) Mengirim kembali kasus yang sudah ditanggulangi untuk dibina lebih lanjut oleh unit pelayanan MKET yang merujuk
 - 3) Menerima konsultasi dan latihan petugas pelayanan MKET dari unit pelayanan MKET dibawahnya

- 4) Mengusahakan dilaksanakannya kunjungan tenaga/spesialis ke unit pelayanan MKET yang kurang mampu untuk pembinaan petugas dan pelayanan masyarakat
- 5) Menerima rujukan bahan-bahan penunjang diagnostic
- 6) Mengirimkan hasil pemeriksaan bahan-bahan penunjang diagnostic tersebut diatas

6. Mekanisme (Tata Cara) Rujukan

a. Rujukan kasus

1) Unit pelayanan yang merujuk

- a) Unit pelayanan MKET yang merujuk kasus ke unit pelayanan yang lebih mampu.

Unit pelayanan bisa merujuk kasus ke unit pelayanan yang lebih mampu setelah melakukan proses pemeriksaan dan dengan hasil sebagai berikut:

- Berdasarkan pemeriksaan penunjang diagnostic kasus tersebut tidak dapat diatasi
- Perlu pemeriksaan penunjang diagnostic yang lebih lengkap dengan memerlukan kedatangan penderita ybs
- Setelah dirawat dan diobati ternyata penderita masih memerlukan perawatan dan pengobatan di unit pelayanan yang lebih mampu

- b) Unit pelayanan yang merujuk kasus ke unit pelayanan yang lebih sederhana

Unit pelayanan yang merujuk kasus ke unit pelayanan yang lebih sederhana:

- Setelah melakukan pemeriksaan dengan atau tanpa pemeriksaan penunjang diagnostic, terhadap penderita ternyata pengobatan dan perawatan dapat dilakukan di unit pelayanan yang lebih sederhana
- Setelah melakukan pengobatan dan perawatan ternyata penderita masih melakukan pembinaan selanjutnya yang dapat dilakukan oleh unit pelayanan yang lebih sederhana

- c) Unit pelayanan yang merujuk kasus ke unit pelayanan dengan kemampuannya yang sama.

Unit pelayanan dapat merujuk ke unit pelayanan dengan kemampuan sama jika:

- Setelah melakukan pemeriksaan dengan atau tanpa pemeriksaan penunjang diagnostic, ternyata untuk kemudahan penderita pengobatan dan perawatan dapat dilakukan di unit pelayanan yang lebih dekat
- Setelah melakukan pengobatan dan perawatan, penderita masih memerlukan pembinaan lanjutan di unit pelayanan yang lebih dekat

2) Unit pelayanan yang menerima rujukan

- a) Unit pelayanan yang menerima rujukan dari unit pelayanan yang lebih sederhana.
 - Sesudah melakukan pemeriksaan penunjang diagnostic, dapat mengirimkan kembali penderita ke unit pelayanan yang merujuk untuk perawatan dan pengobatan
 - Sesudah melakukan perawatan dan pengobatan, dapat mengirimkan kembali penderita ke unit pelayanan yang merujuk untuk pembinaan lebuah lanjut
 - b) Unit pelayanan yang menerima rujukan dari unit pelayanan yang lebih mampu
 - Melakukan perawatan dan pengobatan penderita yang dirujuk, atau
 - Melakukan pembinaan lanjutan terhadap penderita yang dirujuk
 - c) Unit pelayanan yang menerima rujukan dari unit pelayanan dengan kemampuan sama.
 - Melakukan perawatan dan pengobatan penderita yang dirujuk, atau
 - Melakukan pembinaan lanjutan terhadap penderita yang dirujuk
- b. Rujukan bahan-bahan penunjang diagnostic
- 1) Unit pelayanan yang merujuk
 - a) Unit pelayanan yang merujuk ke unit pelayanan yang lebih mampu
 - Jika tidak mampu melakukan pemeriksaan sendiri terhadap bahan-bahan penunjang diagnostic tersebut
 - Jika hasil pemeriksaan terhadap bahan-bahan penunjang diagnostic tersebut meragukan
 - b) Unit pelayanan yang merujuk ke unit pelayanan yang lebuah sederhana, jika hasil pemeriksaan bahandiagnostik tersebut perlu diinformasikan dan pemeriksaan bahan diagnostic tersebut akan dicobakan di unit pelayanan yang dirujuk
 - c) Unit pelayanan yang merujuk kasus ke unit pelayanan dengn kemampuan yang sama jika hasil pemeriksaan bahan diagnostic tersebut perlu diinformasikan dan pemerikaan bahan diagnostic tersebut akan dicobakan di unit pelayanan yang dirujuk
 - 2) Unit pelayanan yang menerima rujukan
 - a) Unit pelayanan yang menerima rujukan dari unit pelayanan yang lebih sederhana perlu melakukan tindakan-tindakan sebagai berikut:
 - Melakukan pemeriksaan bahan-bahan penunjang diagnostic yang dirujuk.
 - Mengirimkan hasil pemeriksaan bahan-bahan penunjang diagnostic kepada unit pelayanan yang merujuk.

- b) Unit pelayanan yang menerima bahan-bahan penunjang diagnostic dari unit pelayanan yang lebih mampu, perlu melakukan tindakan. "Mencoba pemeriksaan yang lebih mampu, perlu melakukan yang dirujuk"
 - c) Unit pelayanan yang menerima bahan penunjang diagnostic dari unit pelayanan dengan kemampuan yang setingkat, perlu melakukan tindakan.
- c. Rujukan kemampuan dan keterampilan
- 1) Unit pelayanan yang merujuk
 - a) Unit pelayanan yang merujuk ke unit pelayanan yang lebih mampu
 - Melakukan konsultasi
 - Mengirimkan tenaga-tenaga untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan
 - Mengusahakan adanya kunjungan tenaga dari unit pelayanan yang lebih mampu
 - b) Unit pelayanan yang merujuk ke unit pelayanan yang lebih sederhana
 - Mengirimkan tenaga-tenaga ahli atau spesialis untuk membina petugas unit pelayanan yang merujuk
 - Mengirimkan informasi tentang pengetahuan baru ke unit pelayanan yang dirujuk
 - c) Unit pelayanan yang merujuk ke unit pelayanan dengan kemampuan setingkat
 - 2) Unit pelayanan yang menerima rujukan
 - a) Unit pelayanan yang menerima rujukan dari unit pelayanan yang lebih sederhana
 - Memberikan informasi
 - Memberikan latihan –latihan pada tenaga yang dikirimkan
 - Mengirimkan kunjungan tenaga-tenaga yang diperlukan oleh unit pelayanan yang dirujuk
 - b) Unit pelayanan yang menerima rujukan dari unit pelayanan yang lebih mampu
 - Memanfaatkan tenaga-tenaga yang dikirim oleh unit pelayanan yang merujuk untuk pembinaan petugas masyarakat
 - Memanfaatkan informasi yang dikirimkan oleh unit pelayanan yang merujuk untuk pembinaan petugas
 - c) Unit pelayanan yang menerima rujukan dari unit pelayanan dengan kemampuan setingkat
7. Pencatatan dan Pelaporan Rujukan
- a. Unit pelayanan yang merujuk
 - 1) Mencatat penderita yang dirujuk dalam register klinik.

- 2) Membuat surat pengiriman penderita
 - 3) Melaporkan jumlah penderita yang dirujuk dalam laporan bulanan klinik
- b. Unit pelayanan yang menerima rujukan
- 1) Membuat tanda terima penderita
 - 2) Mencatat penderita dalam register klinik
 - 3) Memberikan informasi kepada unit pelayanan yang merujuk, jika penderita yang dirujuk tidak perlu perawatan, pengobatan atau pembinaan lanjut dari unit-unit pelayanan yang merujuk
 - 4) Membuat surat pengiriman kembali serta memberikan informasi kepada unit pelayanan yang merujuk tentang pemeriksaan yang dilakukan terhadap penderita, bila penderita yang dirujuk perlu perawatan dan pengobatan di unit pelayanan yang merujuk.
 - 5) Membuat surat pengiriman kembali dan memberikan informasi kepada unit pelayanan yang merujuk tentang pemeriksaan dan perawatan serta pengobatan yang diberikan kepada penderita yang dirujuk, jika penderita memerlukan pembinaan lanjut unit pelayanan yang merujuk
8. Pengelolaan Bantuan Biaya Penanggulangan Komplikasi, Kegagalan Dan Biaya Rujukan
- a. Bantuan biaya
- Diberikan kepada peserta KB yang mengalami efek samping komplikasi maupun kegagalan:
- 1) Efek samping, dengan memberikan obat-obat efek samping secara gratis
 - 2) Kasus kegagalan AKDR, implant dan kontrasepsi mantap dengan kelahiran normal mendapat bantuan biaya yang disesuaikan dengan peraturan daerah setempat dengan ketentuan tarif rumah sakit pemerintah kelas 3
 - 3) Yang dimaksud dengan komplikasi/ kasus kegagalan yang disertai komplikasi AKDR, Implant dan kontrasepsi mantap misalnya:
 - a) Infeksi berat yang memerlukan perawatan
 - b) Perdarahan berat yang memerlukan perawatan
 - c) Tindakan pemeriksaan roentgen dan laboratorium untuk membantu diagnosis
 - d) Komplikasi yang memerlukan tindakan operasi

- e) Berdasarkan biaya komplikasi disesuaikan dengan peraturan daerah setempat dengan ketentuan tariff Rumah Sakit Pemerintah kelas 3, termasuk biaya obat-obatan terpakai
- 4) Kasus komplikasi/kegagalan yang memerlukan rujukan. Apabila peserta KB yang mengalami komplikasi/kegagalan harus dirujuk dari unit pelayanan yang lebih rendah ke unit pelayanan KB yang lebih tinggi, bantuan biaya transport penderita ditanggung sesuai dengan peraturan yang ada. Semua kasus efek samping, komplikasi serta kegagalan tersebut diatas dapat dilayani di semua tempat pelayanan tidak dibatasi pada domisili/tempat tinggal peserta KB yang bersangkutan.
- 5) Peserta KB yang mengalami kegagalan/komplikasi dan mencari jasa pelayanan/perawatan swasta yang tidak ditunjuk untuk itu (seperti dokter swasta, RB/RS swasta) dianggap untuk menanggulangi dengan kemampuannya sendiri. Bagi mereka dipandang tidak perlu diberikan bantuan biaya atau maksimal hanya diberikan bantuan minimum, kecuali untuk kasus-kasus gawat darurat seperti misalnya pemakaian IUD dengan kehamilan diluar kandungan dengan perdarahan dalam keadaan pre shock.

b. Prosedur

1) Efek sampingan

Pengadaan obat-obat efek samping dilaksanakan secara terkoordinir ditingkat propinsi antara BKKBN dengan unit pelaksana sesuai rencana kebutuhan yang telah disepakati. Sedangkan distribusinya dilaksanakan melalui BKKBN kabupaten/kodya dan alokasinya (penjatahannya) pada masing-masing klinik KB dibicarakan bersama dengan unit pelaksana Kabupaten/Kodya yang bersangkutan.

2) Komplikasi dan kegagalan

Bantuan biaya komplikasi dan kegagalan yang disebabkan pemakaian alat kontrasepsi diambil di BKKBN kabupaten/kodya oleh:

- a) Tempat pelayanan (Rumah Sakit/Puskesmas/PKBRS).
- b) Dalam keadaan khusus oleh pasien/suami pasien/ orang lain yang diberi kuasa secara tertulis
- c) Pengambilan bantuan biaya penanggulangan kegagalan/komplikasi pemakaian kontrasepsi dengan menyerahkan kwitansi bukti pembayaran kegagalan/komplikasi pemakaian alat kontrasepsi disertai dengan surat keterangan diagnosa dari dokter yang

merawat serta surat keterangan dari KKb tempat pemasangan kontrasepsinya, dan surat pernyataan pasien bahwa sudah mendapat perawatan dan pengobatan dan sudah/belum membayar

- d) Rumah Sakit/Puskesmas/PKBRS dapat mengajukan uang muka ke BKKBN kab/kodya. Penyaluran uang mula selanjutnya kepada BKKBN Dati II setempat.

3) Rujukan Kasus

- a) Surat pengiriman rujukan dari unit pelayanan yang merujuk.
- b) Tanda terima pasien oleh unit pelayanan yang menerima rujukan.
- c) K/I/KB dan surat pernyataan klinik KB tempat pemasangan kontrasepsi.

2.7. System Rujukan

1. Pengertian Sistem Rujukan

Sistem rujukan upaya keselamatan adalah suatu sistem jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal-balik atas masalah yang timbul baik secara vertikal (komunikasi antara unit yang sederajat) maupun horizontal (komunikasi inti yang lebih tinggi ke unit yang lebih rendah) ke fasilitas pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau, rasional dan tidak dibatasi oleh wilayah administrasi. (Kebidanan Komunitas: hal 207)

Rujukan Pelayanan Kebidanan adalah pelayanan yang dilakukan oleh bidan dalam rangka rujukan ke sistem pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya yaitu pelayanan yang dilakukan oleh bidan sewaktu menerima rujukan dari dukun yang menolong persalinan, juga layanan yang dilakukan oleh bidan ke tempat atau fasilitas pelayanan kesehatan atau fasilitas kesehatan lain secara horizontal maupun vertical.

Tata laksana rujukan:

- a. Internal antas-petugas di satu rumah
- b. Antara puskesmas pembantu dan puskesmas
- c. Antara masyarakat dan puskesmas
- d. Antara satu puskesmas dan puskesmas lainnya
- e. Antara puskesmas dan rumah sakit, laboratorium atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya

- f. Internal antar-bagian/unit pelayanan di dalam satu rumah sakit
- g. Antar rumah sakit, laboratorium atau fasilitas pelayanan lain dari rumah sakit (Kebidanan Komunitas)

2. Tujuan Sistem Rujukan

Tujuan umum sistem rujukan adalah untuk meningkatkan mutu, cakupan dan efisiensi pelayanan kesehatan secara terpadu (Kebidanan Komunitas). Tujuan umum rujukan untuk memberikan petunjuk kepada petugas puskesmas tentang pelaksanaan rujukan medis dalam rangka menurunkan IMR dan AMR.

Tujuan khusus sistem rujukan adalah:

- a. Meningkatkan kemampuan puskesmas dan peningkatannya dalam rangka menangani rujukan kasus “resiko tinggi” dan gawat darurat yang terkait dengan kematian ibu maternal dan bayi.
- b. Menyeragamkan dan menyederhanakan prosedur rujukan di wilayah kerja puskesmas.

3. Kegiatan Dan Pembagian Dalam Sistem Rujukan

Rujukan dalam pelayanan kebidanan merupakan kegiatan pengiriman orang sakit dari unit kesehatan yang kurang lengkap ke unit yang lebih lengkap berupa rujukan kasus patologis pada kehamilan, persalinan dan nifas masuk didalamnya, pengiriman kasus masalah reproduksi lainnya seperti kasus ginekologi atau kontrasepsi yang memerlukan penanganan spesialis. Termasuk juga didalamnya pengiriman bahan laboratorium.

Jika penderita telah sembuh dan hasil laboratorium telah selesai, kembalikan dan kirimkan ke unit semula, jika perlu disertai dengan keterangan yang lengkap (surat balasan).

Rujukan informasi medis membahas secara lengkap data-data medis penderita yang dikirim dan advis rehabilitas kepada unit yang mengirim. Kemudian Bidan menjalin kerja sama dalam sistem pelaporan data-data parameter pelayanan kebidanan, terutama mengenai kematian maternal dan pranatal. Hal ini sangat berguna untuk memperoleh angka-angka secara regional dan nasional pemantauan perkembangan maupun penelitian.

Menurut tata hubungannya, sistem rujukan terdiri dari: rujukan internal dan rujukan eksternal:

- a. Rujukan Internal adalah rujukan horizontal yang terjadi antar unit pelayanan di dalam institusi tersebut. Misalnya dari jejaring puskesmas (puskesmas pembantu) ke puskesmas induk.
- b. Rujukan Eksternal adalah rujukan yang terjadi antar unit-unit dalam jenjang pelayanan kesehatan, baik horizontal (dari puskesmas rawat jalan ke puskesmas rawat inap) maupun vertikal (dari puskesmas ke rumah sakit umum daerah).

Menurut lingkup pelayanannya, sistem rujukan terdiri dari:

- a. Rujukan Medika adalah rujukan pelayanan yang terutama meliputi upaya penyembuhan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif). Misalnya, merujuk pasien puskesmas dengan penyakit kronis (jantung koroner, hipertensi, diabetes mellitus) ke rumah sakit umum daerah. Jenis rujukan medik:

- 1) Transfer of patient.

Konsultasi penderita untuk keperluan diagnostik, pengobatan, tindakan operatif dan lain-lain.

- 2) Transfer of specimen.

Pengiriman bahan untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap.

- 3) Transfer of knowledge/personel.

Pengiriman tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk meningkatkan mutu layanan pengobatan setempat. Pengiriman tenaga-tenaga ahli ke daerah untuk memberikan pengetahuan dan keterampilan melalui ceramah, konsultasi penderita, diskusi kasus dan demonstrasi operasi (transfer of knowledge). Pengiriman petugas pelayanan kesehatan daerah untuk menambah pengetahuan dan keterampilan mereka ke rumah sakit yang lebih lengkap atau rumah sakit pendidikan, juga dengan mengundang tenaga medis dalam kegiatan ilmiah yang diselenggarakan tingkat provinsi atau institusi pendidikan (transfer of personel).

- b. Rujukan Kesehatan adalah hubungan dalam pengiriman dan pemeriksaan bahan ke fasilitas yang lebih mampu dan lengkap. Rujukan ini umumnya berkaitan dengan upaya peningkatan promosi kesehatan (promotif) dan pencegahan (preventif). Contohnya, merujuk pasien dengan masalah gizi ke klinik konsultasi gizi (pojok gizi puskesmas),

atau pasien dengan masalah kesehatan kerja ke klinik sanitasi puskesmas (pos Unit Kesehatan Kerja).

4. Alur Sistem Rujukan

Alur rujukan kasus kegawat daruratan:

a. Dari Kader

Dapat langsung merujuk ke:

- 1) Puskesmas pembantu
- 2) Pondok bersalin atau bidan di desa
- 3) Puskesmas rawat inap
- 4) Rumah sakit swasta / RS pemerintah

b. Dari Posyandu

Dapat langsung merujuk ke:

- 1) Puskesmas pembantu
- 2) Pondok bersalin atau bidan di desa

5. Langkah-Langkah Rujukan Dalam Pelayanan Kebidanan

a. Menentukan kegawatdaruratan penderita

- 1) Pada tingkat kader atau dukun bayi terlatih ditemukan penderita yang tidak dapat ditangani sendiri oleh keluarga atau kader/dukun bayi, maka segera dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang terdekat, oleh karena itu mereka belum tentu dapat menerapkan ke tingkat kegawatdaruratan.
- 2) Pada tingkat bidan desa, puskesmas pembantu dan puskesmas. Tenaga kesehatan yang ada pada fasilitas pelayanan kesehatan tersebut harus dapat menentukan tingkat kegawatdaruratan kasus yang ditemui, sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya, mereka harus menentukan kasus mana yang boleh ditangani sendiri dan kasus mana yang harus dirujuk.

b. Menentukan tempat rujukan

Prinsip dalam menentukan tempat rujukan adalah fasilitas pelayanan yang mempunyai kewenangan dan terdekat termasuk fasilitas pelayanan swasta dengan tidak mengabaikan kesediaan dan kemampuan penderita.

c. Memberikan informasi kepada penderita dan keluarga

Kaji ulang rencana rujukan bersama ibu dan keluarga. Jika perlu dirujuk, siapkan dan sertakan dokumentasi tertulis semua asuhan, perawatan dan hasil

penilaian (termasuk partograf) yang telah dilakukan untuk dibawa ke fasilitas rujukan. Jika ibu tidak siap dengan rujukan, lakukan konseling terhadap ibu dan keluarganya tentang rencana tersebut. Bantu mereka membuat rencana rujukan pada saat awal persalinan.

d. Mengirimkan informasi pada tempat rujukan yang dituju

- 1) Memberitahukan bahwa akan ada penderita yang dirujuk.
- 2) Meminta petunjuk apa yang perlu dilakukan dalam rangka persiapan dan selama dalam perjalanan ke tempat rujukan.
- 3) Meminta petunjuk dan cara penanganan untuk menolong penderita bila penderita tidak mungkin dikirim.

e. Persiapan penderita (BAKSOKUDO)

f. Pengiriman Penderita

g. Tindak lanjut penderita:

- 1) Untuk penderita yang telah dikembalikan (rawat jalan pasca penanganan)
- 2) Penderita yang memerlukan tindakan lanjut tapi tidak melapor harus ada tenaga kesehatan yang melakukan kunjungan rumah

6. Rujukan Terhadap Kelainan Ginekologi

a. Asuhan yang diberikan oleh Bidan

1) Anamnesa

Pada anamnesa hal-hal yang perlu ditanyakan:

a) Riwayat Kesehatan

Ini berhubungan dengan kebudayaan, ras, dan umur, ini berguna untuk membantu perawat mengkaji kelompok resiko terjadinya penyakit-penyakit gangguan sistem reproduksi. Kebudayaan kepercayaan/agama sangat mempengaruhi perilaku seseorang dalam hal seksualitas, jumlah pasangan. Penggunaan kontrasepsi dan prosedur spesifik terhadap mengakhiri kehamilan.

b) Riwayat Kesehatan Individu dan Keluarga

Kebiasaan sehat pasien seperti: diet, tidur dan latihan penting untuk dikaji. Pentingnya juga ditentukan apakah pasien peminum alcohol, perokok dan menggunakan obat-obat.

c) Status Sosial Ekonomi

Yang perlu dikaji adalah tempat lahir, lingkungan, posisi dalam keluar, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, situasi financial, sumber stress, agama, aktivitas-aktifitas yang menyenangkan akan mempengaruhi kesehatan reproduksi.

d) Riwayat Kesehatan Sekarang

Meliputi keluhan utama, misalnya: nyeri, perdarahan, pengeluaran cairan/sekret melalui vagina, ada massa keluhan

e) Fungsi reproduksi

Nyeri yang berhubungan dengan gangguan sistem reproduksi hampir sama dengan nyeri pada gangguan system gastrointestinal dan perkemihan pasien harus menguraikan tentang : nyeri, intensitas kapan dan dimana kesediannya, durasi dan menyebabkan nyeri bertambah dan berkurang, hubungan nyeri dan menstruasi, seksual fungsi urinarius dan gastrointestinal.

Perdarahan perlu dikaji ke dalam perdarahan abnormal seperti: perdarahan pada saat kehamilan, dan setelah menopause, karakteristik perdarahan abnormal harus dikaji mencakup : terjadinya durasi, interval, dan faktor-faktor pencetus perdarahan. Kapan kejadiannya : pada siklus menstrurasi atau menopause, setelah berhubungan seksual, trauma atau setelah aktifitas juga dikaji jumlah darah, warna konsistensi dan perubahan-perubahan yang terjadi.

Pengeluaran cairan melalui vagina dapat menyebabkan infeksi berair di sekitarnya jaringan, gatal, nyeri, selanjutnya timbul rasa malu dan cemas. Perawat harus menanyakan tentang tentang jumlah, warna, konsiskensi, bau dan pengeluaran terus-menerus. Gejalanya seperti luka, perdarahan, gatal, dan nyeri pada genital.

2) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan ini mencakup:

a) Pemeriksaan fisik umum yaitu:

- Tinggi badan
- Berat badan
- Bentuk / postur tubuh
- Sistem pernapasan
- Kardiovaskaler
- Tingkat kesadaran

b) Pemeriksaan spesifik yaitu:

- Pemeriksaan payudara

Pemeriksaan inspeksi payudara dilakukan pada pasien dengan posisi duduk. Hal yang diperiksa : ukuran, simetris, apakah ada pembengkakan, masa retraksi, jaringan perut / bekas luka, kondisi puting susu.

- Pemeriksaan abdomen

Pemeriksaan abdomen untuk mengetahui adanya masa abdominopelvic. Massa yang dapat ditemukan pada organ reproduksi, sehingga perlu dikombinasikan riwayat kesehatan.

- Pemeriksaan genetalia eksternal

Bertujuan mengkaji kesesuaian umur dengan perkembangan system reproduksi. Posisi pasien saat pemeriksaan genetalia eksternal adalah litotomi.

Kaji kondisi rambut pada simpisis pubis dan vulva, kulit dan mukosa vulva dari anterior ke posterior hal yang dikaji mencakup adanya tanda-tanda peradangan, bengkak, lesi dan pengeluaran cairan dari vagina.

- Pemeriksaan pelvic

Pemeriksaan dalam pada vagina dan serviks, pertama kali dilakukan secara manual dengan jari telunjuk, untuk menentukan lokasi serviks. Lakukan inspeksi serviks, erosi, nodul, massa, cairan pervaginam dan perdarahan, juga lesi atau luka.

b. Asuhan yang dilakukan di Puskesmas

Pemeriksaan Laboratorium:

1) Tes papanicolaou's atau pap smear

Merupakan pemeriksaan sitologi untuk deteksi adanya sel prekanker dan kanker juga untuk mendeteksi adanya gangguan virus, jamur dan parasit. Pemeriksaan sel dinding vagina juga untuk mengevaluasi fungsi hormon-hormon steroid.

c. Asuhan yang dilakukan di Rumah Sakit

1) Pemeriksaan laboratorium di RS

a) Pemeriksaan darah

- Pituitary Endotropin

Pemeriksaan ini untuk menentukan tingkat kuantitatif follicle stimulating hormone (FSH), luteinizing hormone (LH) dan prolaktin kadar serum diperiksa menggunakan metode radioimmuniassay.

- Hormon Steroid

Pemeriksaan radioimmuniassay untuk mendeteksi kadar estrogen, progesterone dan testosterone pada siklus menstruasi atau orang dewasa laki-laki.

- Tes Serologi

Untuk mendeteksi reaksi antigen-anti bodi terhadap respon mikroorganisme seperti pada pasien sifillis, rubella dan herpes simpleks.

- VDRL (Veneral Discase Research Laboratory)

Ini digunakan untuk mendeteksi, menentukan dan memantau sifillis. Hasil pemeriksaan berbeda pada setiap tahap sifillis. Pada minggu pertama setelah timbulnya kelainan kulit hasilnya negatif dan positif sekali 1-3 minggu.

Hasil pemeriksaan VDRL dibaca dalam tingkat kualitas. Normal disebut non reactive

Titer 1 : 8 indikasi adanya sifillis

Titer diatas 1 : 32 indikasi sifillis stage ill

- Treponomo pallidum Immobilization (TPI) dan Fluoroscent Troponemal Antibody Absorption Test (FTA).

Pemeriksaan ini dilakukan khusus deteksi adanya: Treponema pollidron, tetapi pemeriksaan ini lebih mahal dan lama dibandingkan dengan pemeriksaan VDAL. Hasilnya dibaca positif dan negative, hasil yang (+) mungkin ditemukan lama setelah terapi.

- b) Pemeriksaan Urinalis untuk hormone steroid

Pemeriksaan urine 24 jam dapat di pergunakan untuk menentukan kadar esterogen total dan pregnonodial.

- c) Pemeriksaan Mikroskopi

Wet Prep (Wet Smears)

Sekresi vagina dapat diambil pada awal pemeriksaan

2) Tindakan Operatif

- a) Persiapan (Pre-Operatif)

Tindakan operasi pada sistem reproduksi wanita ada 2 jenis yaitu operasi minor dan mayor. Operasi minor bertujuan utamanya adalah untuk diagnostik sedangkan operasi mayor adalah pengangkatan satu atau lebih organ reproduksi.

- Operasi minor mencakup: dilatasi dan kuret, biopsi serviks, konisasi serviks.
- Operasi mayor mencakup : oophorectomy (pengangkatan ovarium), salpectomy (pengangkatan tuba fallopi), histerektomi (pengangkatan usus), histerektomi radikal (pengangkatan uterus, vagina dan parametrium) serta eksentrisasi pelvis (pengangkatan pelvis dalam mencakup kandung kemih, rektosigmoid dan semua organ reproduksi).



LATIHAN

Jawablah pertanyaan berikut secara singkat dan jelas

1. Jelaskan Pertolongan pertama kegawatdaruratan obstetric dan neonates (PPGDON)
2. Sebutkan PONEK & PONEK
3. Sebutkan Pelayanan kontrasepsi dan rujukan
4. Jelaskan Mekanisme rujukan
5. Jelaskan Advokasi, negoisasi, komunikasi



RANGKUMAN

Asuhan antenatal adalah suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi dan penanganan medik pada ibu hamil, untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persalinan yang aman dan memuaskan. (pada beberapa kepustakaan disebut sebagai Prenatal Care). Sedangkan asuhan intranatal diantaranya Memastikan persalinan yang telah direncanakan Memastikan persiapan persalinan bersih, aman, dan dalam suasana yang menyenangkan Mempersiapkan transportasi, serta biaya rujukan apabila diperlukan.

Masa nifas adalah masa setelah partus selesai, dan berakhir setelah kira-kira 6 minggu tetapi seluruh alat genitalia baru pulih kembali seperti sebelumnya ada kehamilan dalam waktu 3 bulan. (Sarwono. 2005 : 237). Bayi baru lahir normal adalah bayi baru lahir dari kehamilan yang aterm (37-42 minggu) dengan berat badan lahir 2500 – 4000 gram. Asuhan bayi baru lahir adalah asuhan pada bayi tersebut selama jam pertama setelah

kelahiran. Menurut Saifuddin, (2002) Bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir selama satu jam pertama kelahiran.

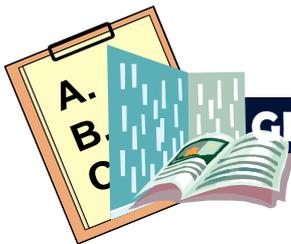
Tugas bidan disamping sebagai pemberi asuhan antenatal, persalinan & nifas harus mampu menangani kasus gawat darurat obstetri-neonatal untuk penyelamatan jiwa ibu & bayi. Sistem rujukan dalam mekanisme pelayanan MKET merupakan suatu sistem pelimpahan tanggung jawab timbal balik diantara unit pelayanan MKET baik secara vertikal maupun horizontal atau kasus atau masalah yang berhubungan dengan MKET.

Sistem rujukan upaya keselamatan adalah suatu sistem jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal-balik atas masalah yang timbul baik secara vertikal (komunikasi antara unit yang sederajat) maupun horizontal (komunikasi inti yang lebih tinggi ke unit yang lebih rendah) ke fasilitas pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau, rasional dan tidak dibatasi oleh wilayah administrasi. (Kebidanan Komunitas: hal 207)



TES FORMATIF

1. Jelaskan Pertolongan pertama kegawatdaruratan obstetric dan neonates (PPGDON)
2. Sebutkan PONEK & PONEK
3. Sebutkan Pelayanan kontrasepsi dan rujukan
4. Jelaskan Mekanisme rujukan
5. Jelaskan Advokasi, negoisasi, komunikasi



GLOSARIUM

1. Mekanisme rujukan
2. Kegawatdaruratan Obstetrik
3. Komunikasi



DAFTAR PUSTAKA

Rahma. 2010. *Pelayanan Kesehatan Pada Bayi Baru Lahir Dan Balita*. [Online]. Tersedia:<http://rahmayushem.blogspot.com/2010/06/pelayanan-kesehatan-pada-bayi-baru.html>. [20 April 2011].

Wahyuningsih, Tuti. 2008. *Pertolongan Pertama Kegawatdaruratan Obstetrik & Neonatus*. [Online]. Tersedia:<http://studykesehatan.blogspot.com/2008/07/tugas-uas-komputer-iv-c.html>. [20 April 2011].

Bencoolen, Rafless. 2011. *Makalah Pertolongan Pertama Kegawat Daruratan Obstetric Dan Neonatal (PPGDON)*. [Online]. Tersedia:<http://bahankuliahkesehatan.blogspot.com/2011/04/makalah-program-kb-di-indonesia.html>. [20 April 2011].

Saifuddin, Bari Abdul. 2006. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.

Materi VII



AUDIT MATERNAL PERINATAL (AMP) PENGUMPULAN DATA



Pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berdasarkan peri kemanusiaan, pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata, serta pengutamakan dan manfaat dengan perhatian khusus pada penduduk rentan, antara lain ibu, bayi, anak, manusia usia lanjut (manula) dan keluarga miskin.

Saat ini Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) masih tergolong tinggi. Indonesia pun salah satu negara yang memiliki Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) yang masih sangat tinggi. Menurut Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2002 Angka Kematian Ibu (AKI) sebesar 307/ 100.000 kelahiran hidup, dan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 35/ 1000 kelahiran hidup, sedangkan tahun 2007 Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia adalah 228/100.000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 34/ 1.000 kelahiran hidup. Angka kematian Ibu saat melahirkan telah ditargetkan dalam MDGs pada tahun 2015 yaitu nilainya 110. Tiap tahun terdapat 14.778 kematian ibu atau tiap dua jam terdapat dua ibu hamil, bersalin, maupun nifas yang meninggal karena berbagai penyebab.

Menurut data pemerintah, Angka Kematian balita mengalami penurunan yang cukup tajam dari 82,6 per 1.000 menjadi 46 per 1.000 kelahiran hidup. Namun, kasus kematian bayi saat ini lebih banyak terjadi pada keluarga miskin dan sebagian besar penyebab utamanya adalah karena akses, biaya, pelayanan kesehatan yang tidak terjangkau keluarga miskin, serta kurangnya pengetahuan dan perilaku mengenai kesehatan ibu dan anak.

Salah satu upaya Kementerian Kesehatan dalam percepatan penurunan AKI dan AKB adalah kegiatan Audit Maternal Perinatal (AMP) yang mencakup audit terhadap kematian ibu yang disebabkan karena masalah kehamilan, persalinan dan nifas, serta kematian janin/bayi (perinatal dan neonatal). Oleh karena itu, dalam penulis membahas mengenai Audit Maternal Perinatal, yang pelaksanaannya perlu dilakukan secara lebih optimal dan terarah, sebagai upaya percepatan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia.

PWS-KIA adalah alat manajemen program KIA untuk memantau cakupan pelayanan KIA di suatu wilayah kerja secara terus menerus. Hal tersebut dimaksudkan agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat terhadap wilayah kerja yang cakupan pelayanan KIA-nya masih rendah ataupun wilayah yang membutuhkan penanganan atau tindak lanjut secara khusus.

Penyajian PWS-KIA dapat dipakai sebagai alat motivasi dan komunikasi kepada sektor terkait yang berkaitan terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Dapat dijabarkan lebih lanjut bahwa penyajian PWS-KIA berkaitan langsung dengan

masyarakat setempat, khususnya aparat yang berperan dalam pendataan dan penggerakan sasaran agar mendapatkan pelayanan KIA, maupun dalam membantu memecahkan masalah non teknis rujukan kasus resiko tinggi. Dalam hal ini adalah sumber daya masyarakat setempat seperti kader kesehatan, tokoh masyarakat dan tokoh agama.



TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari modul ini, mahasiswa diharapkan dapat :

1. Mampu mengemukakan audit maternal perinatal (AMP) Dan pengumpulan data dan PWS meliputi:
 - a. Data sasaran
 - b. Data Dasar
 - b. Perencanaan kegiatan
 - c. Pelaksaan Kegiatan
 - d. Pemantauan Hasil Kegiatan
 - e. Pembuatan PWS KIA
 - f. simulasi
 - g. Latihan Kasus



URAIAN MATERI

Diberi pengantar

Menurut kamus ringkas kedokteran Stedman audit adalah tinjauan atau analisis resmi dari suatu kumpulan data, khususnya catatan fisik. Maternal adalah berkaitan dengan atau berasal dari ibu. Perinatal adalah terjadi selama, atau berkenaan dengan periode sebelum, selama, atau setelah waktu kelahiran.

Audit maternal perinatal adalah menceritakan kronologis atau membuka kasus (kesakitan dan kematian ibu dan perinatal) oleh penolong dihadapan teman sejawat, pembina dan narasumber dengan tujuan untuk mencari penyebab terjadinya kasus untuk dipelajari dan dicarikan upaya pencegahan agar kasus itu tidak terulang kembali (Depkes, 2006).

AMP adalah kegiatan penelusuran sebab kematian atau kesakitan ibu, perinatal, dan neonatal guna mencegah kesakitan dan atau kematian serupa di masa yang akan datang. Audit maternal perinatal (AMP) merupakan suatu kegiatan untuk menelusuri sebab kesakitan, kematian maternal dan perinatal dengan maksud mencegah kesakitan dan kematian dimasa yang akan datang. Kegiatan ini memungkinkan tenaga kesehatan dapat menentukan hubungan antara faktor penyebab kejadian kesakitan dan kematian maternal perinatal, sehingga dapat menetapkan langkah-langkah intervensi.

Kegiatan Audit Maternal-Perinatal yang dilakukan harus menerapkan prinsip menghormati dan melindungi semua pihak yang terkait, baik individu maupun institusi.

Sebelum audit dilakukan, harus ditekankan kembali kepada pihak yang terkait bahwa kegiatan ini tidak dapat digunakan untuk kepentingan hukum (bukti dalam persidangan) maupun untuk kepentingan lainnya selain hanya untuk kajian terhadap kasus (Depkes, 2010).

Audit maternal perinatal juga dapat berfungsi sebagai alat pemantauan dan sistem rujukan. Agar fungsi ini berjalan dengan baik, maka dibutuhkan :

1. Pengisian rekam medis yang lengkap dengan benar di semua tingkat pelayanan kesehatan.
2. Pelacakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan puskesmas dengan cara otopsi verbal, yaitu wawancara kepada keluarga atau orang lain yang mengetahui riwayat penyakit atau gejala serta tindakan yang diperoleh sebelum penderita meninggal sehingga dapat diketahui perkiraan sebab kematian.

2.2 Tujuan AMP

AMP bertujuan untuk menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan KIA melalui upaya penerapan tata kelola klinik yang baik (clinical governance). Kegiatan ini diharapkan dapat menggali permasalahan yang terkait dengan kejadian kesakitan (morbiditas) maupun kematian (mortalitas) yang disebabkan masalah pasien/keluarga, petugas kesehatan, manajemen pelayanan, maupun kebijakan pelayanan.

Tujuan dilakukannya AMP adalah sebagai berikut:

1. Menentukan sebab dan faktor terkait dlm kesakitan dan kematian ibu dan perinatal (3 terlambat & 4 terlalu).
2. Memastikan dimana dan mengapa berbagai sistem & program gagal dalam mencegah kematian.
3. Menerapkan pembahasan analitik mengenai kasus kebidanan dan perinatal secara teratur dan berkesinambungan, yang dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota, puskesmas, rumah sakit pemerintah/swasta, rumah bersalin dan bidan praktek.
4. Menentukan intervensi dan pembinaan untuk masing-masing pihak yang diperlukan dalam hal mengatasi masalah yang ditemukan dalam pembahasan kasus.
5. Mengembangkan mekanisme koordinasi antara dinas kesehatan kabupaten/kota, rumah sakit pemerintah/swasta, rumah bersalin, dan bidan praktek dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi terhadap intervensi yang disepakati.

2.3 Azas-azas AMP

Prinsip atau azas yang mutlak dalam kegiatan AMP ini adalah:

1. No Name (tidak menyebutkan identitas)

Seluruh informasi mengenai identitas kasus maupun petugas dan institusi kesehatan yang memberikan pelayanan kepada Ibu dan neonatal yang meninggal akan di anonimkan (no name) pada saat proses penelaahan kasus.

2. No shame (tidak dipermalukan)

Jika seluruh identitas telah dihilangkan, maka kemungkinan kegiatan AMP berpotensi memermalukan petugas atau institusi kesehatan dapat diminimalkan.

3. No Blame (tidak menyalahkan)

Tidak adanya identitas pada saat pengkajian kasus dilakukan, potensi menyalahkan dan menghakimi (blaming) petugas atau institusi kesehatan dapat dihindari.

Penganoniman juga diharapkan dapat membuat petugas kesehatan yang memberikan pelayanan bersedia untuk lebih terbuka dan tidak menyembunyikan informasi yang ditakutkan dapat menyudutkan petugas tersebut.

4. No Pro Justisia (tidak untuk kepentingan peradilan)

Seluruh informasi yang diperoleh dalam kegiatan AMP ini tidak dapat digunakan sebagai bahan bukti di persidangan (no pro justisia). Seluruh informasi adalah bersifat rahasia dan hanya dapat digunakan untuk keperluan memperbaiki kualitas pelayanan kesehatan maternal dan perinatal/neonatal.

5. Pembelajaran Salah satu upaya AMP untuk meningkatkan pelayanan kesehatan maternal dan perinatal/neonatal adalah melalui pembelajaran yang dapat bersifat : individual, kelompok terfokus, maupun massal berdasarkan rekomendasi yang dihasilkan oleh pengkaji kepada seluruh komunitas pelayanan KIA.

2.4 Persiapan dan Pelaksanaan AMP

1. Persiapan

a Pembentukan Tim AMP :

- 1) Manajemen
- 2) Tim pengkaji
- 3) Tim komunitas pelayanan

b Orientasi Tim AMP

Sebelum dilaksanakan kegiatan AMP, perlu dilakukan orientasi terlebih dahulu untuk seluruh pelaksanaan kegiatan AMP ini (baik Tim Manajemen maupun Tim Pengkaji) mengenai filosofi dan pengertian AMP, mekanisme kerja, metodologi serta tugas-tugas pelaksana.

c Pelatihan Pengumpulan dan Pelaporan Data

Pelatihan ini ditujukan kepada para bidan koordinator/ bidan Puskesmas/ bidan RS dan dokter penanggungjawab pelayanan RS dalam mengisi formulir untuk audit kematian perinatal/ neonatal.

d Pelatihan Tim Pengkaji

Sebelum melaksanakan pengkajian kasus, tim pengkaji akan mendapat pelatihan untuk menganalisa kasus kematian. Dalam melakukan analisa, akan dipakai Form Pengkaji dan Form Ringkasan Pengkaji. Untuk mengisi kedua form tersebut, calon anggota tim pengkaji akan memperoleh pelatihan.

2. Pelaksanaan

a. Langkah 1 : Identifikasi Kasus Kematian dan Pelaporan Data Kematian

1) Kematian Maternal: kematian wanita yang sedang dalam keadaan hamil, melahirkan, atau dalam masa nifas dan tidak termasuk kematian karena kecelakaan atau kejadian insidental.

2) Kematian Perinatal/Neonatal : kematian bayi usia 0 sampai 28 hari

3) Permintaan Data Kematian Ibu, Perinatal atau Neonatal : setelah diketahui adanya kejadian kematian, penanggungjawab Tim AMP akan meminta data kematian kepada Pimpinan Fasilitas Pelayanan (untuk kejadian di puskesmas dan rumah sakit). Data laporan dalam bentuk tertulis pada fotmulir yang telah disediakan Tim AMP.

4) Pengiriman Berkas Data Kematian Ibu, Perinatal atau Neonatal

b. Langkah 2 : Registrasi dan Anonimasi

Berkas laporan akan diterima oleh Sekretariat AMP dan dilaporkan kepada Koodinator Tim manajemen AMP untuk dikaji kelengkapan pengisiannya untuk kebutuhan pengkajian. Berkas akan di dokumentasikan dalam Buku Register Kematian Maternal/Perinatal/Neonatal dan dijaga kerahasiaannya. Registrasi diikuti kegiatan anonimasi yaitu proses pemberian nomor kode kasus dan menghilangkan seluruh identitas pasien, pemberi layanan kesehatan, serta institusi kesehatan yang terkait.

c. Langkah 3 : Pemilihan Kasus dan Pengkajiannya, serta Penjadwalan Pengkajian

Untuk kasus kematian maternal, tim pengkaji minimal yang diperlukan adalah 1 dokter spesialis kebidanan, 1 Bidan senior/kompeten, dan 1 staf unit KIA Kabupaten/Kota. Untuk kasus kematian Perinatal/Neonatal, tim pengkaji kasus maternal ditambah 1 dokter spesialis anak.

d. Langkah 4 : Penggandaan dan Pengiriman Bahan Kajian

Penggandaan berkas hanya boleh dilakukan setelah proses anonimasi selesai dilakukan. Bahan kajian yang telah digandakan dikirim dalam bentuk arsip kepada Pengkaji Internal serta Eksternal beberapa hari sebelum pelaksanaan pengkajian.

e. Langkah 5 : Pertemuan Pengkajian Kasus

1) Analisis kematian

Aspek medis: penilaian awal, pengenalan masalah/penegakan diagnosis, rencana tatalaksana, monitoring, hingga upaya resusitasi sejak pasien bersentuhan dengan petugas kesehatan hingga terjadinya kegawatdaruratan hingga akhirnya meninggal.

Aspek non-medis: hal yang berkaitan dengan pasien (masalah pribadi pasien, keluarga, dan masyarakat termasuk masalah sosial dan ekonomi), masalah administratif/sistem kesehatan, termasuk masalah rujukan (transportasi, keterjangkauan pembiayaan, fasilitas kesehatan, kurangnya petugas yang mendapat pelatihan pada kasus tersebut).

2) Klasifikasi penyebab kematian

Penyebab kematian maternal dikelompokkan dalam:

- Kematian maternal langsung
- Kematian maternal tidak langsung
- Kematian incidental
- Kematian maternal lanjut

Penyebab kematian Perinatal (umur 0-6 hari) dibagi dalam:

- Penyebab utama neonatus
- Penyebab lain neonatus
- Penyebab utama ibu
- Penyebab lain ibu
- Kondisi perinatal lainnya

Penyebab kematian Neonatus (> 7) hari dibagi dalam:

- Penyebab langsung
- Penyebab antara
- Penyebab dasar

3) Penyusunan rekomendasi

Sasaran rekomendasi perlu dirumuskan dengan rinci apakah ditujukan pada masyarakat, petugas kesehatan, pimpinan pelayanan kesehatan, atau para pembuat kebijakan.

f. Langkah 6 : Pendataan dan Pengolahan Hasil Kajian

Data yang dikumpulkan dikelompokkan menjadi dua : data identitas dan data kejadian kematian.

Untuk setiap kejadian kematian Maternal, Perinatal/Noenatal Tim pengkaji menyimpulkan hal-hal tersebut di bawah ini:

- 1) Diagnosis penyebab kematian
- 2) Komorbiditas apa saja yang ada
- 3) Komplikasi apa saja yang terjadi

- 4) Peningkatan pemenuhan standar pelayanan
 - 5) Masalah dalam area klinis
 - 6) Masalah dalam area rujukan
 - 7) Akar penyebab masalah yang dapat dicegah
 - 8) Akar penyebab masalah yang dapat dicegah dalam area rujukan
 - 9) Rekomendasi spesifik yang dapat dilakukan oleh kelompok dalam komunitas pelayanan
- g. Langkah 7 : Pemanfaatan Hasil Kajian
- Hasil kajian dapat dimanfaatkan untuk keperluan pembelajaran/pembinaan, pelaporan, dan perencanaan.

2.5 Kebijakan dan Strategi AMP

Kebijakan yang berhubungan dengan Audit Maternal Perinatal tercantum dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang kesehatan, yang menyatakan bahwa tenaga kesehatan dalam menjalankan tugas harus mematuhi standar profesi dan menghormati hak pasien. Kebijakan Audit Maternal Perinatal diantaranya:

1. Kegiatan audit perinatal yaitu dengan program jaga mutu puskesmas melalui peningkatan mutu pelayanan KIA.
2. Peningkatan mutu pelayanan KIA dengan melibatkan unit efektif, yaitu kabupaten/kota melalui pemanfaatan potensi wilayahnya secara maksimal.
3. Peningkatan pelayanan KIA di tingkat dasar (puskesmas) dan Rumah Sakit di kabupaten/kota.
4. Kegiatan analisis manajemen dan pelatihan klinis sebagai upaya peningkatan kemampuan manajerial dan keterampilan teknis dari pelaksana program pelayanan KIA.

Kebijakan berupa Instruksi Presiden dalam upaya penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) tahun 2012-2014:

1. Menyediakan pelayanan KIA di tingkat desa sesuai standar.
2. Menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan di tingkat dasar yang mampu menyediakan pelayanan kesehatan berupa pertolongan persalinan sesuai standar selama 24 jam 7 hari seminggu.
3. Terlaksananya rujukan efektif pada kasus komplikatif.
4. Penguatan pemda kabupaten/ kota dalam tata kelola desentralisasi program kesehatan.
5. Meningkatkan kemitraan lintas sektor dan swasta.

6. Meningkatkan perubahan perilaku dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang P4k dan posyandu.

Kebijakan Teknis dalam Upaya Penurunan AKI dan AKB:

1. Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan KIA termasuk KB
2. Program prioritas untuk mengatasi penyebab kematian ibu, bayi, dan balita
3. Mendorong persalinan di tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan
4. Meningkatkan kualitas keahlian tenaga kesehatan serta distribusi ketersediaan (bidan, perawat, dokter spesialis) melalui tugas belajar, pengiriman residen, dan sister hospital.
5. Menerapkan standar pelayanan kesehatan di puskesmas dan rumah sakit tingkat kabupaten/kota.
6. Pemberdayaan keluarga dan masyarakat dalam KIA.
7. Pengaturan dan Perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan.
8. Peningkatan upaya pembiayaan kesehatan melalui dana alokasi khusus, dana jamkesmas dan jampersal.
9. Peningkatan kerjasama dengan organisasi profesi, Lembaga Swadaya Masyarakat, Perguruan Tinggi, dan pihak swasta.

Strategi penerapan Audit Maternal Perinatal:

1. Penerapan secara bertahap kendali mutu melalui program peningkatan mutu pelayanan KIA di unit efektif, yaitu pada semua kabupaten/kota.
2. Upaya peningkatan kendali mutu di wilayah kabupaten/kota dengan cara melibatkan kerjasama antara Dinas Kesehatan Kabupaten/kota sebagai koordinator, dengan rumah sakit, puskesmas, dan unit pelayanan KIA swasta.
3. Pembentukan Tim Audit Maternal Perinatal di tingkat kabupaten/kota untuk menyeleksi, membahas, dan membuat suatu tindak lanjut dari suatu kasus kematian/kesakitan ibu dan bayi.
4. Perencanaan program KIA untuk upaya pemecahan masalah, dari hasil audit, serta dilakukan pembinaan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota bekerja sama dengan rumah sakit yang disepakati bersama oleh Tim Audit Maternal Perinatal.

2.6 Pemantauan dan Evaluasi

Proses penyelenggaraan AMP perlu dimonitor dan dievaluasi untuk memastikan bahwa tujuan untuk pembelajaran bagi seluruh anggota komunitas pelayanan dapat tercapai. Untuk dapat melakukan monitoring dan evaluasi yang efektif diperlukan adanya :

1. Indikator

- Indikator Input : ketersediaan suratpenetapan tentang pembentukan tim AMP, bidan koordinator, dan dana tahunan
- Indikator Proses : ketepatan waktu pelaporan, pengiriman berkas, pengisian masing-masing formulir, pertemuan pengkajian, dan kehadiran anggota.
- Indikator Output : baru dapat ditentukan setelah selesai proses pengkajian (pembelajaran individu, kelompok, dan massal)
- Indikator Outcome : persentase peringkat pemenuhan standar pelayanan maternal perinatal/neonatal, Angka kematian ibu, Angka kematian perinatal/neonatal, case fatality rate dari tiap jenis komplikasi utama baik maternal (misalnya perdarahan) maupun perinatal/ neonatal (misalnya asfiksia).

2. Target

Besarnya pencapaian indikator yang ditetapkan untuk dicapai dalam kurun waktu tertentu.

3. Data dan Pelaporan

4. Supervisi fasilitatif

Tujuan dilakukannya supervisi fasilitatif ialah :

- Mengidentifikasi hambatan dan kesulitan yang dihadapi oleh tim yang di supervisi dalam melakukan rangkaian kegiatan AMP
- Memberikan bantuan teknis
- Menghimpun bahan-bahan yang diperlukan bagi penyusunan laporan berkala AMP.

2.7 Pengertian Pengumpulan Data Dan PWS KIA

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

Proses pengumpulan data sasaran sebagai berikut :

1. Jenis data

Data yang diperlukan untuk mendukung pelaksanaan PWS KIA adalah

a. Data sasaran :

- Jumlah seluruh ibu hamil
- Jumlah seluruh ibu bersalin
- Jumlah ibu nifas

- Jumlah seluruh bayi
 - Jumlah seluruh anak balita
 - Jumlah seluruh PUS
- b. Data dasar (pelayanan) :
- Jumlah K1
 - Jumlah K4
 - Jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan
 - Jumlah ibu nifas yang dilayani 3 kali (KF 3) oleh tenaga kesehatan
 - Jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan kesehatan pada umur 6 –48jam
 - Jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan kesehatan lengkap pada umur 0-28 hari (KN 1, KN 2, KN 3)
 - Jumlah ibu hamil, bersalin dan nifas dengan factor resiko/komplikasi yang dideteksi oleh masyarakat
 - Jumlah kasus komplikasi obstetri yang ditangani
 - Jumlah neonatus dengan komplikasi yang ditangani
 - Jumlah bayi yang mendapatkan pelayanan kesehatan pada umur 29 hari –11 bulan sedikitnya 4 kali
 - Jumlah anak balita (12 –59 bulan) yang mendapatkan pelayanan kesehatan sedikitnya 8 kali
 - Jumlah anak balita sakit yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar
 - Jumlah peserta KB aktif

2. Sumber data

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

Data pelayanan pada umumnya berasal dari :

- Register kohort ibu
- Register kohort bayi
- Register kohort anak balita

- Register kohort KB

2.8 Perencanaan Dan Pelaksanaan Kegiatan PWS KIA

1 Perencanaan PWS KIA

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

- Menyamakan persepsi mengenai PWS KIA
- Menentukan kebijaksanaan propinsi dalam pelaksanaan PWS KIA
- Merencanakan Fasilitas tingkat kabupaten /kota dan Puskesmas
- Menyusun mekanisme pemantauan kegiatannya dll

Pihak yang terlibat meliputi:

- Subdinas/bidang yang menangani KIA.
- Subdinas/bidang yang menangani puskesmas dan rumah sakit.
- Subdinas/bidang yang menangani pengendalian penyakit.

Pertemuan ini dilaksanakan satu kali untuk memfasilitasi kabupaten/kota untuk memberikan bantuan teknis, bentuknya adalah kunjungan ke lapangan atau pertemuan di propinsi. Pelaksanaan 2x setiap tahunnya. Evaluasi/ tindak lanjut untuk menilai kemajuan cakupan program KIA, merencanakan kegiatan hasil dari analisa. Pelaksanaan pertemuan 1x pertahun.

- Pertemuan di tingkat Kabupaten/kota

Pertemuan sosialisasi/orientasi untuk memfasilitasi puskesmas dan analisis tindak lanjut.

- Pertemuan di puskesmas

Minilokakarya puskesmas untuk mengatur alur data KIA memfasilitasi bidan desa, implementasi PWS KIA. Bidan bekerjasama dengan kader, dukun dan masyarakat dan tindak lanjut.

- Fasilitas petugas kabupaten /kota

Petugas kabupaten dibekali untuk dapat memfasilitasi petugas puskesmas. Peserta terdiri dari unsur-unsur lain dari Dinas kesehatan kabupaten/kota seperti: yankes, pengendalian penyakit.

Setiap kali fasilitas, sebaiknya peserta tidak lebih dari 30 orang. Materi fasilitas:

- Pedoman PWS KIA
- Pedoman pelayanan kebidanan dasar.
- Kebilaksanaan program KIA.
- Perencanaan pelaksanaan dan pemantauan kegiatan.

- Pelatihan petugas puskesmas

Pelatihan petugas kesehatan mengenai PWS KIA ini diikuti oleh :

- Kepala puskesmas.
 - Pengelola Program KIA.
 - Petugas SP2TP.
 - Pelatuhnya adalah petugas dari kabupaten dan propinsi yang dilatih.
- e. Pertemuan dengan unit kesehatan swasta dan RSUD

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.

2 Pelaksanaan PWS KIA

Proses yang diperlukan dalam penerapan PWS KIA dimulai dengan langkah-langkah sosialisasi, fasilitas dan evaluasi yang diikuti dengan tindak lanjut sesuai kebutuhan.

a. Pelaksanaan PWS KIA di tingkat provinsi

Langkah-langkah atau urutan yang dilaksanakan meliputi :

1) Pertemuan orientasi

Pertemuan ini merupakan pertemuan dengan tujuan :

- Menyamakan persepsi mengenai PWS KIA
- Menentukan kebijaksanaan provinsi dalam pelaksanaan PWS KIA
- Merencanakan fasilitas tingkat kabupaten/kota dan puskesmas
- Menyusun mekanisme pemantauan kegiatan, dll

Pihak yang terlibat meliputi :

- Subdinas/bidang yang menangani KIA dan Dinas Kesehatan propinsi dan kabupaten/kota
- Subdinas/bidang yang menangani puskesmas dan RS dan Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten/Kota

Selain itu pertemuan juga dapat melibatkan RSUD, hal 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.

2) Pertemuan sosialisasi

Focus pertemuan ini adalah untuk lintas sektor di tingkat propinsi, dengan tujuan untuk sosialisasi tentang PWS KIA, menyepakati peran lintas sektor dalam PWS KIA dan menyusun mekanisme pemantauan kegiatan.

Pihak yang terlibat meliputi :

- Dinas Kesehatan
- BAPPEDA
- Biro Pembangunan Masyarakat Desa
- Biro PP dan KB

3) Fasilitas

Kegiatan ini bertujuan untuk memberikan bantuan teknis berupa kunjungan ke lapangan atau pertemuan di kabupaten/kota dan puskesmas. Petugas propinsi dibekali untuk dapat memfasilitasi petugas kabupaten/kota dan puskesmas. Peserta terdiri dari unsur-unsur lain dari dinas kesehatan kabupaten/kota seperti : Gizi, Imunisasi, Yankes, Yanfar, P2PL, dll
Setiap kali fasilitas, sebaiknya peserta sekitar 30 orang. Materi fasilitas :

- Pedoman PWS KIA
- Kebijakan program KIA
- Pedoman pelayanan kebidanan dasar
- Perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan kegiatan.

4) Evaluasi/tindak lanjut

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

b. Pelaksanaan PWS KIA di tingkat kabupaten

Langkah-langkah atau urutan yang dilaksanakan meliputi :

1) Pertemuan orientasi

Pertemuan ini merupakan pertemuan dengan tujuan :

- Menyamakan persepsi mengenai PWS KIA
- Menentukan kebijaksanaan provinsi dalam pelaksanaan PWS KIA
- Merencanakan fasilitas tingkat kabupaten/kota dan puskesmas
- Menyusun mekanisme pemantauan kegiatan, dll

Pihak yang terlibat meliputi

- Subdinas/bidang yang menangani KIA dan Dinas Kesehatan propinsi dan kabupaten/kota
- Subdinas/bidang yang menangani puskesmas dan RS dan Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten/Kota
- Subdinas atau bidang yang menangani pengendalian penyakit dari dinas kesehatan kabupaten/kota

➤ Kepala puskesmas dan bidan coordinator

Selain itu pertemuan juga dapat melibatkan RSUD dan unit pelayanan kesehatan swasta. Hal 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.

2) Pertemuan sosialisasi

Fokus pertemuan ini adalah untuk lintas sector di tingkat kabupaten/kota, dengan tujuan untuk sosialisasi tentang PWS KIA, menyepakati peran lintas sector dalam PWS KIA dan menyusun mekanisme pemantauan kegiatan.

Pihak yang terlibat meliputi :

- Dines kesehatan
- BAPPEDA
- Biro Pembangunan Masyarakat Desa
- Biro PP dan KB

3) Fasilitas

Kegiatan ini bertujuan untuk memberikan bantuan teknis berupa kunjungan ke lapangan atau pertemuan di puskesmas. Petugas kabupaten/kota dibekali untuk dapat memfasilitasi petugas puskesmas.

Materi fasilitas :

- Pedoman PWS KIA
- Kebijakan program KIA
- Pedoman pelayanan kebidanan dasar
- Perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan kegiatan.

4) Evaluasi/tindak lanjut

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

c. Pelaksanaan PWS KIA di tingkat Puskesmas

Langkah-langkah atau urutan yang dilaksanakan meliputi :

1) Pertemuan reorientasi

Pertemuan ini merupakan pertemuan dengan tujuan :

- Menyamakan persepsi mengenai PWS KIA
- Sosialisasi kebijaksanaan kabupaten/kota dalam pelaksanaan PWS KIA
- Merencanakan fasilitas ke desa
- Menyusun mekanisme pemantauan kegiatan, dll

Pihak yang terlibat meliputi :

- Bidan di desa
- Bidan coordinator
- Pengelola program KIA
- Kepala puskesmas
- Petugas gizi
- P2PL
- Data operator
- Farmasi

2) Pertemuan sosialisasi

Fokus pertemuan ini adalah untuk lintas sector tingkat kecamatan dan desa, dengan tujuan untuk sosialisasi tentang PWS KIA, menyepakati peran lintas sector dalam PWS KIA dan menyusun mekanisme pemantauan kegiatan.

Pihak yang terlibat meliputi :

- Puskesmas
- Camat
- Kepala desa
- Dewan kelurahan
- LKMD
- PKK
- Koramil
- Polsek

3) Memfasilitasi bidan di desa :

Kegiatan ini bertujuan untuk memberikan bantuan teknis berupa kunjungan ke lapangan atau pertemuan di Desa. Petugas puskesmas memfasilitasi bidan di desa dan di lintas sector tingkat.

Materi fasilitas :

- Pedoman PWS KIA
- Pedoman pelayanan kebidanan dasar
- Kebijakan program KIA
- Perencanaan pelaksanaan dan pemantauan kegiatan

4) Implementasi PWS KIA puskesmas

Puskesmas melaksanakan kegiatan PWS KIA melalui pengumpulan, pengolahan analisis, penelusuran dan pemanfaatan data PWS KIA sesuai dengan yang diterangkan pada pembahasan sebelumnya termasuk dalam implementasi PWS KIA di puskesmas adalah pemanfaatan PWS KIA dalam lokakarya mini, pertemuan bulanan kecamatan dan musrenbangcam.

5) Tindak lanjut

Kegiatan ini bertujuan untuk menindaklanjuti hasil-hasil pembahasan implementasi PWS KIA di tingkat puskesmas.

d. Pelaksanaan PWS KIA di tingkat Desa

Langkah-langkah urusan pelaksanaan meliputi :

1) Implementasi PWS KIA oleh bidan desa

Bidan di desa melaksanakan kegiatan PWS KIA melalui pengumpulan, pengolahan, analisis, penelusuran dan pemanfaatan data PWS KIA sesuai dengan yang diterangkan pada pembahasan sebelumnya. Termasuk dalam implementasi PWS KIA di tingkat desa adalah pemanfaatan PWS KIA untuk dibahas dalam lokakarya mini puskesmas bulanan desa dan musrenbangdes.

2) Tindak lanjut

Kegiatan ini bertujuan untuk menindaklanjuti hasil-hasil pembahasan implementasi PWS KIA di tingkat puskesmas dan desa.

3) Pemantauan dan pelaporan

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

- Hasil analisis indikator PWS KIA, antara lain : grafik hasil cakupan hasil penelusuran dan lain-lain
- Rencana tindak lanjut berupa jadwal rencana kegiatan

Data PWS KIA yang dilaporkan di masing-masing tingkat adalah :

- Di tingkat desa untuk dilaporkan ke puskesmas setiap bulan :
 - a. Register KIA
 - b. Rekapitulasi kohort KB
- Di tingkat puskesmas untuk dilaporkan ke dinas kabupaten/kota setiap bulan :
 - a. LB 3 KIA
 - b. LB 3 Gizi
 - c. LB 3 Imunisasi

d. Rekapitulasi kohort KB

- Di tingkat kabupaten atau propinsi untuk dilaporkan ke dinas kesehatan setiap 3 bulan:
 - 2.1 Lampiran 1 berisi laporan pelayanan antenatal care
 - 2.2 Lampiran 2 berisi laporan pelayanan persalinan dan nifas
 - 2.3 Lampiran 3 berisi laporan sarana pelayanan kesehatan dasar
 - 2.4 Lampiran 4 berisi laporan kematian ibu dan neonatal
 - 2.5 Lampiran 5 berisi laporan sarana pelayanan kesehatan rujukan
 - 2.6 Lampiran 6 berisi laporan pelayanan antenatal yang terintegrasi dengan program lain seperti PMTCT pada ibu penderita HIV/AIDS dan malaria dalam kehamilan
 - 2.7 Lampiran 7 berisi laporan pelayanan KB
 - 2.8 Lampiran 8 berisi laporan diagnosa dan tindakan pasien terhadap perempuan dan anak yang mengalami kekerasan

Untuk mempermudah mendapatkan laporan dari tingkat bidan di desa, puskesmas, kabupaten, maupun propinsi, kini proses pencatatan, pengolahan dan pelaporan dapat dilakukan secara komputerisasi yang prosesnya dimulai dari tingkat bidan di desa. Proses komputerisasi ini merupakan proses pemberian kartu ibu dan kartu bayi secara langsung dari lapangan yang dilakukan oleh bidan di desa dan diserahkan kepada data operator di tingkat puskesmas.

Setelah data masuk di tingkat puskesmas dan diolah secara komputerisasi, bidan di desa, bidan koordinator, dan kepala puskesmas dapat dengan mudah dan langsung melihat data secara cepat setiap bulan dan menggunakan data tersebut untuk meningkatkan kualitas program KIA.

Laporan yang keluar dari tingkat puskesmas akan diproses sedemikian rupa pula untuk menjadi konsumsi di tingkat kabupaten, propinsi dan pusat. Secara lengkap proses operasional sistem komputerisasi dari PWS KIA ini dapat dilihat pada modul operasional komputerisasi PWS KIA yang ada didalam software PWS KIA.

2.9 Pemantauan Hasil Kegiatan dan Pembuatan PWS KIA

1. Pemantauan Hasil Kegiatan

Kegiatan PWS KIA dapat dilakukan melalui terlampir:

- a. Tingkat kabupaten /kota :
 - Laporan puskesmas.
 - Laporan rumah sakit.

- Laporan pelayanan kesehatan swasta.
- b. Tingkat puskesmas :
- Sarana pencatatan PWS KIA (kohort ibu, kohort bayi dll)
 - Laporan yankes swasta.
 - Kunjungan ke desa/kelurahan yang statusnya jelek.
2. Pembuatan PWS KIA
- a. Pembuatan Grafik PWS KIA

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

Dengan demikian tiap bulannya dibuat 13 grafik, yaitu :

- Grafik cakupan kunjungan antenatal ke-1 (K1).
- Grafik cakupan kunjungan antenatal ke-4 (K4).
- Grafik cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan (Pn).
- Grafik cakupan kunjungan nifas (KF).
- Grafik deteksi faktor risiko/komplikasi oleh masyarakat.
- Grafik penanganan komplikasi obstetrik (PK).
- Grafik cakupan kunjungan neonatal pertama (KN1).
- Grafik cakupan kunjungan neonatal lengkap (KNL).
- Grafik penanganan komplikasi neonatal (NK).
- Grafik cakupan kunjungan bayi (KBy).
- Grafik cakupan pelayanan anak balita (KBal).
- Grafik cakupan pelayanan anak balita sakit (BS).
- Grafik cakupan pelayanan KB (CPR).

Semuanya itu dipakai untuk alat pemantauan program KIA, sedangkan grafik cakupan K4, PN, KF/KN, PK, NK, KBy, KBal dan grafik cakupan pelayanan KB (CPR) seperti telah diuraikan dalam Bab III, dapat dimanfaatkan juga untuk alat advokasi dan komunikasi lintas sektor.

Di bawah ini dijabarkan cara membuat grafik PWS KIA untuk tingkat puskesmas, yang dilakukan tiap bulan, untuk semua desa/kelurahan. Bagi bidan di desa akan sangat penting apabila dapat membuat grafik cakupan dari PWS KIA diatas di tingkat Poskesdes/Polindes yang diupdate setiap bulannya. Sedangkan untuk puskesmas, penyajian ke 13 cakupan dalam bentuk grafik maupun angka akan sangat berguna untuk keperluan analisa PWS lebih lanjut.

Langkah-langkah pokok dalam pembuatan grafik PWS KIA:

1) **Penyiapan data**

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

- Untuk grafik antar wilayah, data yang diperlukan adalah : Data cakupan perdesa/kelurahan dalam kurun waktu yang sama.
- Misalnya : untuk membuat grafik cakupan K4 bulan Juni di wilayah kerja Puskesmas X, maka diperlukan data cakupan K4 desa/kelurahan A, desa/kelurahan B, desa/kelurahan C, dst pada bulan Juni.
- Untuk grafik antar waktu, data yang perlu disiapkan adalah : Data cakupan perbulan
- Untuk grafik antar variabel diperlukan data variabel yang mempunyai korelasi misalnya : K1, K4 dan Pn

2) Penggambaran Grafik

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

- Menentukan target rata-rata per bulan untuk menggambarkan skala pada garis vertical (sumbu Y). Misalnya : target cakupan ibu hamil baru (cakupan K1) dalam 1 tahun ditentukan 90 % (garis a), maka sasaran rata-rata setiap bulan adalah:

$$\frac{90\%}{12 \text{ bulan}} \times 100$$

- Dengan demikian, maka sasaran pencapaian kumulatif sampai dengan bulan Juni adalah $(6 \times 7,5 \%) = 45,0\%$
- Hasil perhitungan pencapaian kumulatif cakupan K1 per desa/kelurahan sampai dengan bulan Juni dimasukkan ke dalam jalur % kumulatif secara berurutan sesuai peringkat. Pencapaian tertinggi di sebelah kiri dan terendah di sebelah kanan, sedangkan pencapaian untuk puskesmas dimasukkan ke dalam kolom terakhir (lihat contoh grafik).
- Nama desa/kelurahan bersangkutan dituliskan pada lajur desa/kelurahan (sumbu X), sesuai dengan cakupan kumulatif masing-masing desa/kelurahan yang dituliskan pada butir b diatas.
- Hasil perhitungan pencapaian pada bulan ini (Juni) dan bulan lalu (Mei) untuk tiap desa/kelurahan dimasukkan ke dalam lajur masing-masing.

- Gambar anak panah dipergunakan untuk mengisi lajur tren. Bila pencapaian cakupan bulan ini lebih besar dari bulan lalu, maka digambar anak panah yang menunjuk ke atas. Sebaliknya, untuk cakupan bulan ini yang lebih rendah dari cakupan bulan lalu, digambarkan anak panah yang menunjukkan kebawah, sedangkan untuk cakupan yang tetap / sama gambarkan dengan tanda (-).



LATIHAN

Jawablah pertanyaan berikut secara singkat dan jelas

1. Sebutkan data sasaran
2. Sebutkan data Dasar
3. Jelaskan tentang Perencanaan kegiatan
4. Jelaskan tentang Pelaksanaan Kegiatan
5. Sebutkan Pemantauan Hasil Kegiatan
6. Jelaskan Pembuatan PWS KIA
7. Sebutkan simulasi
8. Jelaskan Latihan Kasus



RANGKUMAN

Audit maternal perinatal (AMP) merupakan kegiatan menelusuri sebab kesakitan, kematian maternal dan perinatal dengan maksud mencegah kesakitan dan kematian dimasa yang akan datang. Kegiatan ini memungkinkan tenaga kesehatan dapat menentukan hubungan antara faktor penyebab kejadian kesakitan dan kematian maternal perinatal, sehingga dapat menetapkan langkah-langkah intervensi. Kegiatan AMP lebih cenderung ke arah pemecahan masalah dengan upaya peningkatan kualitas pelayanan. Ruang lingkup AMP dibatasi, yaitu pada tingkat kabupaten atau kota, karena wilayah tersebut dinilai efektif dalam memberikan pelayanan obstetrik, perinatal, serta KIA secara langsung kepada masyarakat. Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota yang berperan sebagai koordinator dan penanggungjawab kegiatan AMP, yang dilaksanakan minimal empat kali dalam jangka waktu satu tahun yang bertujuan untuk menjaga mutu pelayanan KIA.

Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) adalah alat manajemen untuk melakukan pemantauan program KIA disuatu wilayah kerja secara terus menerus, agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat.

Program KIA yang dimaksud meliputi pelayanan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, ibu dengan komplikasi kebidanan, keluarga berencana, bayi baru lahir, bayi baru lahir dengan komplikasi, bayi, dan balita.

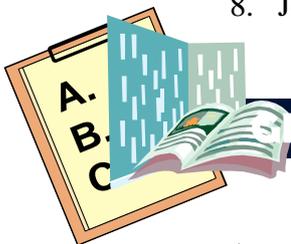
Tujuan PWS-KIA adalah Meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan KIA di wilayah kerja puskesmas, melalui pemantauan cakupan pelayanan KIA di tiap desa secara terus menerus. Indikator pemantauan program KIA yang dipakai untuk PWS-KIA meliputi indikator yang dapat menggambarkan keadaan kegiatan pokok dalam program KIA. Ditetapkan 6 indikator PWS-KIA yaitu:

1. Akses pelayanan antenatal (cakupan K1).
2. Cakupan ibu hamil (Cakupan K4).
3. Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan.
4. Deteksi ibu hamil beresiko oleh masyarakat.
5. Deteksi ibu hamil beresiko oleh tenaga kesehatan.
6. Cakupan pelayanan neonatal oleh tenaga kesehatan



TES FORMATIF

1. Sebutkan data sasaran
2. Sebutkan data Dasar
3. Jelaskan tentang Perencanaan kegiatan
4. Jelaskan tentang Pelaksanaan Kegiatan
5. Sebutkan Pemantauan Hasil Kegiatan
6. Jelaskan Pembuatan PWS KIA
7. Sebutkan simulasi
8. Jelaskan Latihan Kasus



GLOSARIUM

1. PWS KIA
2. Data sasaran
3. Pemantauan hasil kegiatan

DAFTAR PUSTAKA

1. Karwati SST, Pujiati Dewi SST, dkk. 2011. Asuhan Kebidanan V (Kebidanan Komunitas). CV. Trans Info Media
2. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/55441/4/Chapter%20II.pdf> diakses pada tanggal 06 September 2016, Bekasi (20.44 WIB)
3. https://books.google.co.id/books?id=qTqERPPWTYAC&pg=PA218&dq=buku+asuhan+komunitas+kebidanan&hl=id&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=buku%20asuhan

[n%20komunitas%20kebidanan&f=false](#) diakses pada tanggal 06 September 2016, Bekasi (21.20 WIB)

4. <https://staff.blog.ui.ac.id/r-suti/files/2010/03/buku-pws-bab-iv.pdf> diakses pada tanggal 06 September 2016, Bekasi (21.54 WIB)
5. <http://repository.ui.ac.id/contents/koleksi/16/5bb648298d380d4ecdd5a2581ce95ae76d87d9d8.pdf> diakses pada tanggal 06 September 2016, Bekasi (22.11 WIB)
6. <https://core.ac.uk/download/pdf/11717533.pdf> diakses pada tanggal 06 September 2016, Bekasi (22.33 WIB)

Materi VIII



PELAYANAN KESEHATAN PADA WANITA SEPANJANG DAUR KEHIDUPANNYA



PENDAHULUAN

Pendekatan yang diterapkan dalam menguraikan ruang lingkup Kesehatan Reproduksi adalah pendekatan siklus hidup, yang berarti memperhatikan kekhususan kebutuhan penannganan sistem reproduksi pada setiap fase kehidupan, serta kesinambungan antar fase kehidupan tersebut. Dengan demikian, masalah kesehatan reproduksi pada setiap fase kehidupan dapat diperkirakan, yang bila tidak ditangani dengan baik maka hal ini dapat berakibat buruk pada masa kehidupan selanjutnya.

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk mempertinggi derajat kesehatan masyarakat. Demi tercapainya derajat kesehatan yang tinggi, maka wanita sebagai penerima kesehatan, anggota keluarga dan pemberi pelayanan kesehatan harus berperan dalam keluarga, supaya anak tumbuh sehat sampai dewasa sebagai generasimuda. Oleh sebab itu wanita, seyogyanya diberi perhatian sebab :

1. Wanita menghadapi masalah kesehatan khusus yang tidak dihadapi pria berkaitan dengan fungsi reproduksinya
2. Kesehatan wanita secara langsung mempengaruhi kesehatan anak yangdikandung dan dilahirkan.

3. Kesehatan wanita sering dilupakan dan ia hanya sebagai objek dengan mengatasnamakan 'pembangunan' seperti program KB, dan pengendalian jumlah penduduk.
4. Masalah kesehatan reproduksi wanita sudah menjadi agenda Internasional diantaranya Indonesia menyepakati hasil-hasil Konferensi mengenai kesehatan reproduksi dan kependudukan (Beijing dan Kairo).
5. Berdasarkan pemikiran di atas kesehatan wanita merupakan aspek paling penting disebabkan pengaruhnya pada kesehatan anak-anak. Oleh sebab itu pada wanita diberi kebebasan dalam menentukan hal yang paling baik menurut dirinya sesuai dengan kebutuhannya di mana ia sendiri yang memutuskan atas tubuhnya sendiri



TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari modul ini, mahasiswa diharapkan dapat :

1. Mampu mengemukakan pelayanan kesehatan pada wanita sepanjang daur kehidupannya meliputi:
 - a. Skrining
 - b. Deyteksis



URAIAN MATERI

Diberi pengantar

Pelayanan Kesehatan Pada Wanita Sepanjang Daur Kehidupannya

Pendekatan yang diterapkan dalam menguraikan ruang lingkup Kesehatan Reproduksi adalah pendekatan siklus hidup, yang berarti memperhatikan kekhususan kebutuhan penanganan system reproduksi pada setiap fase kehidupan, serta kesinambungan antar fase kehidupan tersebut. Dengan demikian, masalah kesehatan reproduksi pada setiap fase kehidupan dapat diperkirakan, yang bila tidak ditangani dengan baik maka hal ini dapat berakibat buruk pada masa depan kehidupan selanjutnya.

Dalam pendekatan siklus hidup ini, dikenal lima tahap, yaitu :

1. **Konsepsi :**
 - a. Perlakuan sama terhadap janin laki-laki/perempuan
 - b. Pelayanan antenatal, persalinan aman dan nifas serta pelayanan bayi baru lahir
 - c. Masalah yang mungkin terjadi pada tahap ini : pengutamaan jenis kelamin, BBLR, kurang gizi (malnutrisi)
 - d. Pendekatan pelayanan antenatal, promosi kesehatan dan pencegahan penyakit.

2. **Bayi dan anak :**
 - a. ASI Eksklusif dan penyapihan layak
 - b. Tumbuh kembang anak, pemberian makanan dengan gizi seimbang
 - c. Imunisasi dan manajemen terpadu balita sakit
 - d. Pencegahan dan penanggulangan kekerasan
 - e. Pendidikan dan kesempatan yang sama pada anak laki-laki dan perempuan
 - f. Masalah yang mungkin terjadi pada tahap ini : pengutamaan jenis kelamin, sunat perempuan, kurang gizi (malnutrisi), kesakitan primer, imunisasi, pelayanan antenatal, persalinan, postnatal, menyusui serta pemberian suplemen, dll

Asuhan yang diberikan

- a. ASI Eksklusif
 - b. Tumbuh kembang anak dan pemberian makanan dengan gizi seimbang
 - c. Imunisasi dan manajemen terpadu balita sakit
 - d. Pencegahan dan penanggulangan kekerasan terhadap perempuan (KtP)
 - e. Pendidikan dan kesempatan yang sama pada anak laki-laki dan perempuan
-
3. **Remaja :**

Masa remaja atau pubertas adalah usia antara 10 sampai 19 tahun dan merupakan peralihan dari masa kanak-kanak menjadi dewasa. Peristiwa terpenting yang terjadi pada gadis remaja adalah datangnya haid pertama yang dinamakan menarche. Secara

tradisi, menarche dianggap sebagai sebagai tanda kedewasaan, dan gadis yang mengalaminya dianggap sudah tiba waktunya untuk melakukan tugas-tugas sebagai wanita dewasa, dan siap dinikahkan. Pada usia ini tubuh wanita mengalami perubahan dramatis, karena mulai memproduksi hormone-hormon seksual yang akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan system reproduksi.

- a. Gizi seimbang
- b. Informasi tentang kesehatan reproduksi
- c. Pencegahan kekerasan termasuk seksual
- d. Pencegahan terhadap ketergantungan napza
- e. Perkawinan pada usia wajar
- f. Pendidikan, peningkatan keterampilan
- g. Peningkatan penghargaan diri
- h. Peningkatan pertahanan terhadap godaan dan ancaman
- i. Masalah yang ditemui meliputi : seks komersial, pelecehan seksual, penyalahgunaan obat

4. Usia Subur

Usia dewasa muda, yaitu antara 18 sampai 40 tahun, sering dihubungkan dengan masa subur, karena pada usia ini kehamilan sehat paling mungkin terjadi. Inilah usia produktif dalam menapak karir yang penuh kesibukan di luar rumah. Di usia ini wanita harus lebih memperhatikan kondisi tubuhnya agar selalu dalam kondisi prima, sehingga jika terjadi kehamilan dapat berjalan dengan lancar, dan bayi yang dilahirkan pun sehat. Pada periode ini masalah kesehatan berganti dengan gangguan kehamilan, kelelahan kronis akibat merawat anak, dan tuntutan karir. Kanker, kegemukan, depresi, dan penyakit serius tertentu mulai menggerogoti tubuhnya. Gangguan yang sering muncul pada usia ini, adalah endometritis yang ditandai dengan gejala nyeri haid, kram haid, nyeri pinggul saat berhubungan seks, sakit saat buang air besar atau air kecil. Penderita kadang mengalami nyeri hebat, tetapi ada juga yang tidak mengalami gejala apa-apa.

- a. Kehamilan dan persalinan yang aman

- b. Pencegahan kecacatan dan kematian akibat kehamilan pada ibu dan bayi
- c. Menjaga jarak kelahiran dan jumlah kehamilan dengan menggunakan alat kontrasepsi
- d. Pencegahan terhadap PMS/HIV/AIDS
- e. Pelayanan kesehatan reproduksi berkualitas
- f. Pencegahan dan penanggulangan masalah aborsi secara rasional
- g. Deteksi dini kanker payudara dan leher rahim
- h. Pencegahan dan manajemen infertilitas
- i. Masalah yang mungkin ditemui: kesakitan dan kematian ibu yang disebabkan berbagai kondisi, malnutrisi, anemia, kemandulan, pelecehan/kekerasan seksual, komplikasi aborsi, ISR/IMS/HIV/AIDS dan pengaturan kesuburan
- j. Pendekatan yang dapat dilakukan: pendidikan kesehatan, suplemen, konseling, pencegahan primer, pengobatan KB, pendidikan tentang perilaku seksual yang bertanggung jawab, pencegahan dan pengobatan IMS, pelayanan antenatal, persalinan, post partum pelayanan kebidanan darurat, imunisasi dan informasi-informasi.

Asuhan yang diberikan

- a. Kehamilan dan persalinan yang aman
- b. Pencegahan kecacatan dan kematian akibat kehamilan pada ibu dan bayi
- c. Menjaga jarak kelahiran dan jumlah kehamilan dengan menggunakan alat kontrasepsi
- d. Pencegahan terhadap PMS/HIV/AIDS
- e. Pelayanan kesehatan reproduksi berkualitas
- f. Pencegahan dan penanggulangan masalah aborsi secara rasional
- g. Deteksi dini kanker payudara dan leher rahim
- h. Pencegahan dan manajemen infertilitas

5. Usia Lanjut

Yang dianggap lanjut usia (lansia) adalah setelah mencapai usia 60 tahun. Inilah masa yang paling rentan diserang berbagai penyakit degeneratif dan penyakit berat lainnya. Sangat penting bagi wanita untuk melakukan pemeriksaan kesehatannya secara teratur. Prioritas utamanya adalah menjaga agar tubuh tetap sehat dengan mengatur pola makan yang benar, dan minum suplemen yang dibutuhkan tubuh. Selain itu olahraga ringan dan tetap aktif secara intelektual.

- a. Perhatian pada problem menopause
- b. Perhatian pada penyakit utama degeneratif, termasuk rabun, gangguan mobilitas dan osteoporosis
- c. Deteksi dini kanker rahim
- d. Masalah yang mungkin terjadi pada tahap ini: penyakit sistem sirkulasi, kekerasan, prolaps/osteoporosis, kanker saluran reproduksi, kanker payudara, ISR/IMS/HIV/AIDS
- e. Pendekatan yang dapat dilakukan: dipengaruhi oleh pengalaman reproduksi sebelumnya, diagnosis, informasi dan pengobatan dini

Asuhan apa yang diberikan

- a. Perhatian pada problem menopause
- b. Penyakit jantung koroner

Kadar estrogen yang cukup, mampu melindungi wanita dari penyakit jantung koroner, berkurangnya hormone estrogen dapat menurunkan kadar kolesterol baik (HDL) dan meningkatnya kadar kolesterol tidak baik (LDL) yang meningkatkan kejadian jantung koroner

- c. Osteoporosis

Adalah berkurangnya kepadatan tulang pada wanita akibat penurunan kadar hormone estrogen sehingga tulang menjadi rapuh dan mudah patah

- d. Gangguan mata

Mata terasa kering dan kadang terasa gatal karena produksi air mata berkurang

e. Kepikunan

Kekurangan hormone estrogen juga mempengaruhi susunan saraf pusat dan otak. Penurunan hormone estrogen menyebabkan kesulitan berkonsentrasi, sukar tidur, gelisah, depresi sampai pada kepikunan tipe Alzheimer dapat terjadi bilamana kekurangan estrogen sudah berlangsung cukup lama dan berat, yang dipengaruhi factor keturunan

f. Deteksi dini kanker rahim

Factor-Faktor Yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan Perempuan

a. Kemiskinan

Diperkirakan sekitar 40% penduduk Indonesia masih berada di bawah garis kemiskinan sejak terjadinya krisis ekonomi yang berkepanjangan. Hal ini menghambat akses terhadap pelayanan kesehatan yang pada akhirnya dapat berakibat kesakitan, kecacatan dan kematian.

b. Kedudukan perempuan dalam keluarga dan masyarakat

Kedudukan perempuan dalam keluarga dan masyarakat ditentukan oleh banyak hal, misalnya keadaan sosial ekonomi, budaya dan nilai-nilai yang berlaku di masyarakat di mana mereka menetap. Dewasa ini masih banyak ditemukan diskriminasi terhadap perempuan, antara lain :

- Perempuan di nomorduakan dalam segala aspek kehidupan, misalnya dalam pemberian sehari-hari, kesempatan memperoleh pendidikan, kerja dan kedudukan
- Perempuan seringkali terpaksa menikah pada usia muda karena tekanan ekonomi atau orang tua mendorong untuk cepat menikah agar terlepas dari beban ekonomi.
- Keterbatasan perempuan dalam pengambilan keputusan untuk kepentingan dirinya, misalnya dalam ber- KB, dalam memilih bidan sebagai penolong persalinan atau dalam mendapat pertolongan segera di RS ketika di perlukan, disamping kurangnya kesempatan mengendalikan penghasilan keluarga
- Tingkat pendidikan perempuan yang belum merata dan masih rendah menyebabkan informasi yang diterima tentang kesehatan reproduksi sangat terbatas. Seperti diketahui, tingkat pendidikan yang meningkat dapat meningkatkan rasa percaya diri, wawasan dan kemauan untuk mengambil

keputusan yang baik bagi diri dan keluarga, termasuk yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi

- c. Akses ke fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan
 - Jarak ke fasilitas kesehatan yang cukup jauh dan sulit dicapai
 - Kurangnya informasi tentang kemampuan fasilitas kesehatan
 - Keterbatasan biaya
 - Tradisi yang menghambat pemanfaatan tenaga dan fasilitas kesehatan
- d. Kualitas pelayanan kesehatan reproduksi yang kurang memadai, antara lain karena :
 - Pelayanan kesehatan yang kurang memperhatikan kebutuhan klien
 - Kemampuan fasilitas kesehatan yang kurang memadai
- e. Beban ganda, tanggung jawab tidak proporsional sehingga kesehatan anak perempuan dan perempuan semakin buruk
- f. Akses pelayanan kespro rendah karena :
 - Pengetahuan tentang seksualitas dan informasi mengenai hak reproduksi masih rendah
 - Menonjolnya perilaku seksual resiko tinggi
 - Diskriminasi sosial
 - Sikap negative terhadap perempuan dan anak perempuan
 - Rendahnya kemampuan dalam pengendalian kehidupan seksual pada reproduksi
- g. Kurangnya penanganan kespro dan seksual pada laki-laki dan perempuan usia lanjut
- h. Kebijakan dan program kesehatan masih belum mempertimbangkan perbedaan social

Pelayanan Kesehatan Pada Wanita Sepanjang Daur Kehidupannya

a. Skirining

Definisi

Skirining (screening): pemeriksaan sekelompok orang untuk memisahkan orang yang sehat dari orang yang mempunyai keadaan patologis yang tidak terdiagnosis atau mempunyai risiko tinggi. (Kamus Dorland ed. 25 : 974)

Skirining: pengenalan dini secara pro-aktif pada ibu hamil untuk menemukan adanya masalah atau faktor risiko. (Rochjati P, 2008)

Skirining: usaha untuk mengidentifikasi penyakit atau kelainan yang secara klinis belum jelas, dengan menggunakan tes, pemeriksaan atau prosedur tertentu yang dapat digunakan secara cepat untuk membedakan orang yang terlihat sehat, atau benar – benar sehat tapi sesungguhnya menderita kelainan.

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

b. Penemuan Penyakit Dengan ‘Screening’

- ✓ Screening: Penemuan penyakit secara aktif pada orang-orang yang tampak sehat dan tidak menunjukkan adanya gejala.
- ✓ Uji screening tidak dimaksudkan sebagai diagnostik, akan tetapi seringkali digunakan sebagai tes diagnosis.
- ✓ Diagnosis menyangkut konfirmasi mengenai ada atau tidaknya suatu penyakit pada individu yang dicurigai atau menderita suatu penyakit tertentu. Orang-orang dengan tanda positif atau dicurigai menderita penyakit seharusnya diberi perawatan/ pengobatan setelah diagnosa dipastikan hasilnya.

3. Kriteria Menilai, Suatu Alat Ukur

Suatu alat (test) screening yang baik adalah yang mempunyai tingkat validitas dan reabilitas yang tinggi yaitu mendekati 100%. Validitas merupakan petunjuk tentang

kemampuan suatu alat ukur (test) dapat mengukur secara benar dan tepat apa yang akan diukur. Sedangkan reliabilitas menggambarkan tentang keterandalan atau konsistensi suatu alat ukur

4. Tujuan Screening

- Mengetahui diagnosis sedini mungkin agar cepat terapinya
- Mencegah meluasnya penyakit
- Mendidik masyarakat melakukan general check up
- Memberi gambaran kepada tenaga kesehatan tentang suatu penyakit (waspada mulai dini)
- Memperoleh data epidemiologis, untuk peneliti dan klinisi

5. Bentuk Pelaksanaan Screening

- Mass screening adalah screening secara masal pada masyarakat tertentu
- Selective screening adalah screening secara selektif berdasarkan kriteria tertentu, contoh pemeriksaan ca paru pada perokok; pemeriksaan ca servik pada wanita yang sudah menikah
- Single disease screening adalah screening yang dilakukan untuk satu jenis penyakit
- Multiphasic screening adalah screening yang dilakukan untuk lebih dari satu jenis penyakit contoh pemeriksaan IMS; penyakit sesak nafas

6. Kriteria Program Penyaringan

- Penyakit yang dipilih merupakan masalah kesehatan prioritas
- Tersedia obat potensial untuk terapinya
- Tersedia fasilitas dan biaya untuk diagnosis dan terapinya
- Penyakit lama dan dapat dideteksi dengan test khusus
- Screeningnya memenuhi syarat sensitivitas dan spesivitas
- Teknik dan cara screening harus dapat diterima oleh masyarakat
- Sifat perjalanan penyakit dapat diketahui dengan pasti

- Ada SOP tentang penyakit tersebut
- Biaya screening harus seimbang (lebih rendah) dengan resiko biaya bila tanpa screening
- Penemuan kasus terus menerus

7. Contoh Screening

- Mammografi untuk mendeteksi ca mammae
- Pap smear untuk mendeteksi ca cervix
- Pemeriksaan Tekanan darah untuk mendeteksi hipertensi
- Pemeriksaan reduksi untuk mendeteksi diabetes mellitus
- Pemeriksaan urine untuk mendeteksi kehamilan
- Pemeriksaan EKG untuk mendeteksi Penyakit Jantung Koroner

8. Apa Itu Validitas

- Validitas adalah kemampuan dari test penyaringan untuk memisahkan mereka yang benar sakit terhadap yang sehat
- Besarnya kemungkinan untuk mendapatkan setiap individu dalam keadaan yang sebenarnya (sehat atau sakit)
- Validitas berguna karena biaya screening lebih murah daripada test diagnostic

9. Komponen Validitas

- Sensitivitas adalah kemampuan dari test secara benar menempatkan mereka yang positif betul-betul sakit
- Spesivicitas adalah kemampuan dari test secara benar menempatkan mereka yang negatif betul-betul tidak sakit

10. Hasil Screening

Rumus

Sensitivitas: $TP / (TP + FN)$

Spesivitas: $TN / (T$

MTBS (Manajemen Terpadu Balita Sakit)

A. Manajemen Terpadu Balita Sakit

MTBS singkatan dari Manajemen Terpadu Balita Sakit atau Integrated Management of Childhood Illness (IMCI dalam bahasa Inggris) adalah suatu pendekatan yang terintegrasi/terpadu dalam tatalaksana balita sakit dengan fokus kepada kesehatan anak usia 0-5 tahun (balita) secara menyeluruh. MTBS bukan merupakan suatu program kesehatan tetapi suatu pendekatan/cara menatalaksana balita sakit. Kegiatan MTBS merupakan upaya yang ditujukan untuk menurunkan kesakitan dan kematian sekaligus meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan anak balita di unit rawat jalan kesehatan dasar seperti Puskesmas, Pustu, Polindes, Poskesdes, dll.

Bila dilaksanakan dengan baik, upaya ini tergolong lengkap untuk mengantisipasi penyakit-penyakit yang sering menyebabkan kematian bayi dan balita. Dikatakan lengkap karena meliputi upaya kuratif (pengobatan), preventif (pencegahan), perbaikan gizi, imunisasi dan konseling (promotif). Badan Kesehatan Dunia WHO telah mengakui bahwa pendekatan MTBS sangat cocok diterapkan negara-negara berkembang dalam upaya menurunkan kematian, kesakitan dan kecacatan pada bayi dan balita.

Praktek MTBS memiliki 3 komponen khas yang menguntungkan yaitu:

- a. Meningkatkan ketrampilan petugas kesehatan dalam tatalaksana balita sakit (petugas kesehatan non-dokter yang telah terlatih MTBS dapat memeriksa dan menangani pasien balita)
- b. Memperbaiki sistem kesehatan (banyak program kesehatan terintegrasi didalam pendekatan MTBS)
- c. Memperbaiki praktek keluarga dan masyarakat dalam perawatan di rumah dan upaya pencarian pertolongan balita sakit (berdampak meningkatkan pemberdayaan masyarakat dalam pelayanan kesehatan)

B. Mengapa MTBS sangat cocok diterapkan di Puskesmas?

Pada sebagian besar balita sakit yang dibawa berobat ke Puskesmas, keluhan tunggal kemungkinan jarang terjadi, menurut data WHO, tiga dari empat balita sakit seringkali memiliki banyak keluhan lain yang menyertai dan sedikitnya menderita 1 dari 5 penyakit tersering pada balita yang menjadi fokus MTBS. Pendekatan MTBS dapat mengakomodir hal ini karena dalam setiap pemeriksaan MTBS, semua aspek/kondisi yang sering menyebabkan keluhan anak akan ditanyakan dan diperiksa.

Menurut laporan Bank Dunia (1993), MTBS merupakan jenis intervensi yang *costeffective* yang memberikan dampak terbesar pada beban penyakit secara global. Bila Puskesmas menerapkan MTBS berarti turut membantu dalam upaya pemerataan pelayanan kesehatan dan membuka akses bagi seluruh lapisan masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang terpadu.

3. Sejarah penerapan MTBS di Indonesia

MTBS telah diadaptasi pada tahun 1997 atas kerjasama antara Kementerian Kesehatan RI, WHO, Unicef dan IDAI (Ikatan Dokter Anak Indonesia).

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) atau Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) adalah suatu pendekatan terpadu dalam tatalaksana balita sakit.

MTBS bukan merupakan program kesehatan, tetapi suatu standar pelayanan dan tatalaksana balita sakit secara terpadu di fasilitas kesehatan tingkat dasar. WHO memperkenalkan konsep pendekatan MTBS dimana merupakan strategi upaya pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk menurunkan angka kematian dan kesakitan bayi dan anak balita di negara-negara berkembang.

Ada 3 komponen dalam penerapan strategi MTBS yaitu:

1. Komponen I : meningkatkan ketrampilan petugas kesehatan dalam tatalaksana kasus balita sakit (dokter, perawat, bidan, petugas kesehatan)
 2. Komponen II : memperbaiki sistem kesehatan agar penanganan penyakit pada balita lebih efektif
 3. Komponen III : Memperbaiki praktek keluarga dan masyarakat dalam perawatan di rumah dan upaya pencarian pertolongan kasus balita sakit (meningkatkan pemberdayaan keluarga dan masyarakat, yang dikenal sebagai “Manajemen Terpadu Balita Sakit berbasis masyarakat”).
 4. Untuk keberhasilan penerapan MTBS, proporsi penekanan pada ketiga komponen harus sama besar.
4. Tujuan MTBS :
- ✓ Menurunkan secara bermakna angka kematian dan kesakitan yang terkait penyakit tersering pada balita.

- ✓ Memberikan kontribusi terhadap pertumbuhan dan perkembangan kesehatan anak.

Menurut data Riskesdas tahun 2007, penyebab kematian perinatal 0 – 7 hari terbanyak adalah gangguan/kelainan pernapasan (35,9 %), prematuritas (32,4 %), sepsis (12,0 %). Kematian neonatal 7 – 29 hari disebabkan oleh sepsis (20,5 %), malformasi kongenital (18,1 %) dan pneumonia (15,4 %). Kematian bayi terbanyak karena diare (42 %) dan pneumonia (24 %), penyebab kematian balita disebabkan diare (25,2 %), pneumonia (15,5 %) dan DBD (6,8 %).

Penyakit-penyakit terbanyak pada balita yang dapat di tata laksana dengan MTBS adalah penyakit yang menjadi penyebab utama kematian, antara lain pneumonia, diare, malaria, campak dan kondisi yang diperberat oleh masalah gizi (malnutrisi dan anemia). Langkah pendekatan pada MTBS adalah dengan menggunakan algoritma sederhana yang digunakan oleh perawat dan bidan untuk mengatasi masalah kesakitan pada Balita. Bank Dunia, 1993 melaporkan bahwa MTBS merupakan intervensi yang *costeffective* untuk mengatasi masalah kematian balita yang disebabkan oleh Infeksi Pernapasan Akut (ISPA), diare, campak malaria, kurang gizi, yang sering merupakan kombinasi dari keadaan tersebut

Pendekatan MTBS di Indonesia pada awalnya dimanfaatkan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di unit rawat jalan kesehatan dasar (Puskesmas dan jaringannya termasuk Pustu, Polindes, Poskesdes, dll). MTBS mengkombinasikan perbaikan tatalaksana kasus pada balita sakit (kuratif) dengan aspek gizi, imunisasi dan konseling (promotif dan preventif). Agar penerapan MTBS dapat berjalan sebagaimana yang diharapkan, maka diperlukan langkah-langkah secara sistematis dan menyeluruh, meliputi pengembangan sistem pelatihan, pelatihan berjenjang, pemantauan pasca pelatihan, penjaminan ketersediaan formulir MTBS, ketersediaan obat dan alat, bimbingan teknis dan lain-lain.

Dari kedua survey di atas, menunjukkan bahwa kematian neonatal mendominasi penyebab kematian bayi dan balita. Puskesmas dikatakan sudah menerapkan MTBS apabila memenuhi kriteria melaksanakan/melakukan pendekatan MTBS minimal 60% dari jumlah kunjungan balita sakit di puskesmas tersebut.

Mengingat MTBS telah diterapkan di Indonesia sejak 1997 dan banyak pihak yang telah berkontribusi dalam pelatihan MTBS, tentunya banyak tenaga kesehatan yang

telah dilatih MTBS dan banyak insitusi yang terlibat di dalamnya. Sudah banyak fasilitator dilatih MTBS dan para fasilitator ini sudah melatih banyak tenaga kesehatan, baik di tingkat desa dan puskesmas.

Keberhasilan penerapan MTBS tidak terlepas dari adanya monitoring pasca pelatihan, bimbingan teknis bagi perawat dan bidan, kelengkapan sarana dan prasarana pendukung pelaksanaan MTB termasuk kecukupan obat-obatan. Namun, hal tersebut seringkali dihadapkan pada keterbatasan alokasi dana, sehingga diperlukan suatu metode lain untuk meningkatkan ketrampilan bidan dan perawat serta dokter akan MTBS melalui komputerisasi atau yang lebih dikenal dengan ICATT (*IMCI ComputerizeAdaptationTrainingTools*), yaitu suatu aplikasi inovatifsoftware berbasis komputer untuk MTBS yang mempunyai 2 tujuan:

- a) Untuk adaptasi pedomanMTBS
- b) Untuk pelatihan MTBS melalui komputer.

5. Bagaimana cara menatalaksana balita sakit dengan pendekatan MTBS?

Seorang balita sakit dapat ditangani dengan pendekatan MTBS oleh Petugas kesehatan yang telah dilatih. Petugas memakai *tool* yang disebut Algoritma MTBS untuk melakukan penilaian/pemeriksaan dengan cara menanyakan kepada orang tua/wali, apa saja keluhan-keluhan/masalah anak kemudian memeriksa dengan cara 'lihat dan dengar' atau 'lihat dan raba'. Setelah itu petugas akan mengklasifikasikan semua gejala berdasarkan hasil tanya-jawab dan pemeriksaan. Berdasarkan hasil klasifikasi penyakit, petugas akan menentukan tindakan/pengobatan, misalnya anak dengan klasifikasi Pneumonia Berat atau Penyakit Sangat Berat akan dirujuk ke dokter Puskesmas.

Contoh begitu sistematis dan terintegrasinya pendekatan MTBS, ketika anak sakit datang berobat, petugas kesehatan akan menanyakan kepada orang tua/wali secara berurutan, dimulai dengan memeriksa tanda-tanda bahaya umum seperti:

- a. Apakah anak bisa minum/menyusu?
- b. Apakah anak selalu memuntahkan semuanya?
- c. Apakah anak menderita kejang ?

Kemudian petugas akan melihat/memeriksa apakah anak tampak letargis/tidak sadar?

Setelah itu petugas kesehatan akan menanyakan keluhan utama lain:

- a. Apakah anak menderita batuk atau sukar bernafas?
- b. Apakah anak menderita diare?
- c. Apakah anak demam?
- d. Apakah anak mempunyai masalah telinga?
- e. Memeriksa status gizi
- f. Memeriksa anemia
- g. Memeriksa status imunisasi
- h. Memeriksa status pemberian vitamin A
- i. Menilai masalah/keluhan-keluhan lain

Berdasarkan hasil penilaian hal-hal tersebut di atas, petugas akan mengklasifikasi keluhan/penyakit anak, setelah itu petugas melakukan langkah-langkah tindakan/pengobatan yang telah ditetapkan dalam penilaian/klasifikasi. Tindakan yang dilakukan dapat berupa:

- a. Mengajari ibu cara pemberian obat oral di rumah
- b. Mengajari ibu cara mengobati infeksi lokal di rumah
- c. Menjelaskan kepada ibu tentang aturan-aturan perawatan anak sakit di rumah, misal aturan penanganan diare di rumah
- d. Memberikan konseling bagi ibu, misal: anjuran pemberian makanan selama anak sakit maupun dalam keadaan sehat
- e. Menasihati ibu kapan harus kembali kepada petugas kesehatan
- f. dan lain-lain

Perlu diketahui, untuk bayi yang berusia s/d 2 bulan, dipakai penilaian dan klasifikasi bagi Bayi Muda (0-2 bulan) memakai Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) yang merupakan bagian dari MTBS. Penilaian dan klasifikasi bayi

Pemeriksaan dan tindakan secara lengkap tentunya tidak akan diuraikan disini karena terlalu panjang. Sebagai gambaran, untuk penilaian dan tindakan/pengobatan bagi setiap balita sakit, pendekatan MTBS memakai 1 set Bagan Dinding yang ditempelkan di tembok ruang pemeriksaan dan dapat memenuhi hampir semua sisi tembok ruang pemeriksaan MTBS di Puskesmas dan formulir pencatatan baik bagi bayi muda (0-2 bulan) maupun balita umur 2 bulan-5 tahun. Sedangkan untuk pelatihan petugas, diperlukan 1 paket buku yang terdiri dari 7 buku Modul, 1 buku Foto, 1 buku Bagan, 1 set bagan dinding serta 1 set buku Pedoman Fasilitator dengan lama pelatihan selama 6 hari ditambah pelajaran pada sesi malam.

Dinas Kesehatan perlu memonitor secara berkala apakah Puskesmas di wilayah kerjanya menerapkan MTBS? Bila belum menerapkan, mungkin Tenaga Kesehatan yang bertugas disana perlu dilatih. Untuk itu perlu merencanakan kegiatan pelatihan MTBS dengan jadwal penuh seperti yang dipersyaratkan.

KOHORT IBU DAN BALITA

Pengertian

Register kohort adalah sumber data pelayanan ibu hamil, ibu nifas, neonatal, bayi dan balita.

Tujuan

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

Jenis Register Kohort

Register Kohort Ibu

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

Register Kohort Bayi

Merupakan sumber data pelayanan kesehatan bayi, termasuk neonatal.

Register Kohort Balita

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

Cara Pengisian Kohort Ibu

Kolom

1. Diisi nomer urut

2. Diisi nomer indeks dari famili folder
3. Diisi nama ibu hamil
4. Diisi nama suami ibu hamil
5. Diisi alamat ibu hamil
6. Diisi umur ibu hamil
7. Diisi umur kehamilan pada kunjungan pertama dalam minggu/tanggal HPL
8. Faktor resiko : diisi v (rumput) untuk umur ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun
9. Paritas diisi Gravidanya
10. Diisi bila jarak kahamilan < 2 tahun
11. Diisi bila BB ibu < 45 kg, lila < 23,5 cm
12. Diisi bila TB ibu < 145 cm
13. sd 17 Resiko tinggi : diisi dengan tanggal ditemukan ibu hamil dengan resiko tinggi, HB diperiksa dan ditulis hasil pemeriksaannya
14. Pendeteksian faktor resiko : diisi tanggal ditemukan ibu hamil dengan resiko tinggi oleh tenaga kesehatan.
15. Diisi diisi tanggal ditemukan ibu hamil dengan resiko tinggi oleh Non NAKES.
16. 20 sd 22 diisi tanggal immunisasi sesuai dengan statusnya.
17. 23 sd 34 diisi umur kehamilan dalam bulan kode pengisian sebagai berikut : K I :Kontak pertama kali dengan tenaga kesehatan dimana saja pada kehamilan I s/d 5 bulan dengan rambu-rambu O dan secara langsung juga akses dengan rambu-rambu K4 : Kunjungan ibu hamil yang keempat kalinya. Untuk memperoleh K4 dapat memakai rumus 1-1-2 atau 0-2-2 dengan rambu-rambu Δ Perhatian: K4 tidak boleh rada usia kehamilan 7 bulan Pada ibu hamil pertama kali kunjungan pada usia kehamilan 5 bulan pada bulan berikutnya yaitu 6 bulan harus berkunjung atau dikunjungi agar tidak kehilangan K4. Pada ibu hamil yang awalnya periksa diluar

kota, dan pada akhir kehamilannya periksa di wilayah kita karena untuk melahirkan dan penduduk setempat bisa mendapatkan K1, K4 dan sekaligus Akses apabila ibu tersebut dapat menunjukkan pemeriksaan dengan jelas Akses :Kontak pertama kali dengan tenaga kesehatan tidak memandang usia kehamilan dengan rambu-rambu O.

18. Penolong Persalinan, diisi tanggal penolong persalinan tenaga kesehatan

19. Diisi tanggal bila yang menolong bukan nakes.

20. Hasil akhir Kehamilan : Abortus diisi tanggal kejadian abortus

21. Diisi lahir mati

22. Diisi BB bila BBL < 2500 gram

23. Diisi BB bila BBL > 2500 gram

24. Keadaan ibu bersalin,di beri tanda v bila sehat

25. Dijelaskan sakitnya

26. Diisi sebab kematiannya

27. Diisi v (rumput)

28. Diisi apabila pindah, atau yang perlu diterangkan

2.1 Sistem Pencatatan Dan Pelaporan Terpadu Puskesmas

2.1.1 Defenisi

SP2TP adalah kegiatan pencatatan dan pelaporan data umum, sarana, tenaga dan upaya pelayanan kesehatan di Puskesmas yang bertujuan agar didapatnya semua data hasil kegiatan Puskesmas (termasuk Puskesmas dengan tempat tidur, Puskesmas Pembantu, Puskesmas keliling, bidan di Desa dan Posyandu) dan data yang berkaitan, serta dilaporkannya data tersebut kepada jenjang administrasi di atasnya sesuai

kebutuhan secara benar, berkala dan teratur, guna menunjang pengelolaan upaya kesehatan masyarakat.

Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas adalah kegiatan pencatatan dan pelaporan data umum, sarana, tenaga dan upaya pelayanan kesehatan di Puskesmas yang ditetapkan melalui SK MENKES/SK/II/1981. Data SP2PT berupa Umum dan demografi, Ketenagaan, Sarana, Kegiatan pokok Puskesmas. Menurut Yusran Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) merupakan kegiatan pencatatan dan pelaporan puskesmas secara menyeluruh (terpadu) dengan konsep wilayah kerja puskesmas. Sistem pelaporan ini ini diharapkan mampu memberikan informasi baik bagi puskesmas maupun untuk jenjang administrasi yang lebih tinggi, guna mendukung manajemen kesehatan.

Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas merupakan sumber pengumpulan data dan informasi ditingkat puskesmas. Segala data dan informasi baik faktor utama dan tenaga pendukung lain yang menyangkut puskesmas untuk dikirim ke pusat serta sebagai bahan laporan untuk kebutuhan. Menurut Bukhari Lapau data yang dikumpul oleh puskesmas dan dirangkum kelengkapan dan kebenarannya. Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) ialah laporan yang dibuat semua puskesmas pembantu, posyandu, puskesmas keliling bidan-bidan desa dan lain-lain yang termasuk dalam wilayah kerja puskesmas.

Sedangkan lokakarya mini puskesmas adalah upaya untuk menggalang kerja sama tim untuk penggerakan dan pelaksanaan upaya kesehatan puskesmas sesuai dengan perencanaan yang telah disusun dari tiap-tiap upaya kesehatan pokok puskesmas sehingga dapat di hindarkan terjadinya tumpang tindih dalam pelaksanaan kegiatannya.

2.1.2 Fungsi Puskesmas

Ada tiga fungsi puskesmas yaitu :

1. Sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat di wilayahnya
2. Membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat
3. Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya.

Proses dalam melaksanakan fungsinya dilakukan dengan cara:

1. Merangsang masyarakat termasuk swasta untuk melaksanakan kegiatan dalam rangkamenolong dirinya sendiri
2. Memberikan petunjuk kepada masyarakat tentang bagaimana menggali dan menggunakan sumber daya yang ada secara efektif dan efisien
3. Memberikan bantuan yang bersifat bimbingan teknis materi dan rujukan medis maupun rujukan kesehatan kepada masyarakat dengan ketentuan bantuan tersebut tidak menimbulkan ketergantungan
4. Memberi pelayanan kesehatan langsung kepada masyarakat
5. Bekerja sama dengan sector-sektor yang bersangkutan dalam melaksanakan program puskesmas

2.1.3 Sejarah Perkembangan Puskesmas

Di Indonesia Puskesmas merupakan tulang punggung pelayanan kesehatan masyarakat tingkat pertama. Konsep puskesmas dilahirkan tahun 1968 ketika dilangsungkan rapat KERJA NASIONAL (Rakernas) di Jakarta. Waktu itu dibicarakan upaya mengorganisasi sistem pelayanan kesehatan di tanah air, karena pelayanan kesehatan tingkat pertama pada waktu itu dirasakan kurang menguntungkan, dan dari kegiatan-kegiatan seperti BKIA, BP, P4M dan sebagainya masih berjalan sendiri-sendiri dan tidak saling berhubungan. Melalui rakerkesnas tersebut timbul gagasan untuk menyatukan semua pelayanan kesehatan tingkat pertama kedalam suatu organisasi yang dipercaya dan diberi nama PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT (Puskesmas) dan puskesmas waktu itu dibedakan menjadi 4 macam :

- a. Puskesmas tingkat Desa
- b. Puskesmas tingkat Kecamatan
- c. Puskesmas tingkat Kawedanan
- d. Puskesmas tingkat Kabupaten
- e. Pada rakernas ke II 1969 pembagian puskesmas dibagi menjadi 3 kategori
- f. Puskesmas tipe A dipimpin oleh dokter secara penuh
- g. Puskesmas tipe B dipimpin oleh dokter tidak secara penuh
- h. Puskesmas tipe C dipimpin oleh paramedik

Pada tahun 1970 ketika dilangsungkan rakerkesnas dirasakan pembagian puskesmas didasarkan kategori tenaga ini kurang sesuai karena puskesmas tipe B dan tipe C tidak

dipimpin dokter secara penuh atau sama sekali tidak ada tenaga dokternya, sehingga dirasakan sulit untuk mengembangkannya. Sehingga mulai tahun 1970 ditetapkan hanya satu macam puskesmas dengan wilayah kerja tingkat kecamatan dengan jumlah penduduk 30 000 sampai 50 000 jiwa orang penduduk. Konsep wilayah kerja puskesmas ini dipertahankan sampai akhir Pelita tahap II tahun 1979. dan ini lebih dikenal dengan nama konsep wilayah

Sesuai dengan perkembangan dan kemampuan pemerintah dan dikeluarkannya INPRES kesehatan No 5 Th 1974, Nomor 7 tahun 1975 dan nomor 4 tahun 1976 dan berhasil mendirikan dan menenpatkan tenaga dokter diseluruh pelosok tanah air maka sejak elita III maka konsep wilayah diperkecil yang mencakup suatu wilayah yang mempunyai jumlah penduduk 30 000 jiwa saja

Dan sejak tahun 1979 mulai dirintis pembangunan puskesmas di daerah-daerah tingkat kelurahan atau desa yang memiliki jumlah penduduk 30 000 jiwa. Dan untuk mengkoordinasi kegiatan –kegiatan yang berada di suatu kecamatan maka salah satu puskesmas tersebut di tunjuk sebagai penanggungjawab yang selanjutnya disebut sebagai puskesmas induk sedang yang lain disebut puskesmas pembantu. 2 kategori ini dikenal sampai sekarang

Wilayah Kerja

Puskesmas harus bertanggung jawab untuk setiap masalah kesehatan diwilayah kerjanya walaupun wilayah kerjanya itu mempunyai lokasi yang berkilo-kilo meter dari puskesmas. Dengan azas inilah puskesmas dituntut untuk mengutamakan penegahan penyakit. Dengan demikian puskesmas dituntut secara aktif terjun kemasyarakat dan bukan puskesmas menunggu kunjungan masyarakat saja

Wilayah kerja puskesmas bisa didasarkan , area kecamatan, faktor kepadatan penduduk, luas wilayah, keadaan geografis dan keadaan infra struktur lainnya yang bisa untuk pertimbangan untuk pembagian wilayah kerja puskesmas.

Puskesmas merupakan perangkat Pemerintah Daerah Tingkat II, sehingga pembagian wilayah puskesmas ditetapkan oleh BUPATI KEPALA DAERAH.

Untuk kota besar wilayah kerja puskesmas bisa hanya satu kelurahan, sedangkan puskesmas di ibu kota kecamatan bisa sebagai tempat pelayanan rujukan dari puskesmas kelurahan yang juga mempunyai fungsi koordinasi Sasaran penduduk setiap wilayah puskesmas rata-rata 30 000 jiwa. Luas wilayah yang masih dianggap

efektif mempunyai ratio 5km sedangkan luas wilayah yang dipandang optimal mempunyai ratio / jari wilayah 3 km

Kegiatan Pokok Puskesmas

Kegiatan-kegiatan pokok puskesmas yang diselenggarakan oleh puskesmas sejak berdirinya semakin berkembang , mulai dari 7 usaha pokok kesehatan, 12 usaha pokok kesehatan, 13 usaha pokok kesehatan dan sekarang meningkat menjadi 20 usaha pokok kesehatan yang dapat dilaksanakan oleh puskesmas sesuai dengan kemampuan yang ada dari tiap-tiap puskesmas baik dari segi tenaga, fasilitas, dan biaya atau anggaran yangtersedia.

Berdasarkan buku pedoman kerja puskesmas yang terbaru ada 20 usaha pokok kesehatan yang dapat dilakukan oleh puskesmas, itu pun sangat tergantung kepada faktortenaga, sarana, dan prasarana serta biaya yang tersedia berikut kemampuan manajemen dari tiap-tiap puskesmas.

Kegiatan pokok puskesmas diantaranya adalah :

Upaya kesehatan ibu dan anak

- a. Pemeliharaan kesehatan ibu hamil , melahirkan dan menyusui serta bayi anak balitadan anak prasekolah
- b. Memberikan nasehat tentang makanan guna mencegah gizi buruk
- c. Pemberian nasehat tentang perkembangan anak dan cara stimulasinya.
- d. Imunisasi tetanus toksoid dua kali pada ibu hamil dan BCG, DPT 3 kali, polio3 kali dan campak 1 kali pada bayi
- e. Penyuluhan kesehatan dalam mencapai program KIA
- f. pelayanan keluarga berencana
- g. Pengobatan bagi ibu, bayi anak balita dan anak prasekolah untuk macam-macam penyakit ringan
- h. Kunjungan rumah untuk mencari ibu dan anak yang memerlukan pemeliharaan, memberikan penerangan dan pendidikan tentang kesehatan
- i. Pengawasan dan bimbingan kepada taman kanak-kanak dan para dukun bayi.

1. Upaya keluarga berencana

1. Mengadakan kursus keluarga berencana untk para ibu dan calon ibu yangmengunjungi KIA

2. Mengadakan kursus keluarga berencana kepada dukun yang kemudian akan bekerja sebagai penggerak calon peserta keluarga berencana
 3. Mengadakan pembicaraan-pembicaraan tentang keluarga berencana kapan saja ada kesempatan
 4. Memasang IUD, cara-cara penggunaan pil, kondom, dan cara-cara lain dengan memberi sarananya
 5. Melanjutkan mengamati mereka yang menggunakan sarana pencegahan kehamilan
2. Upaya peningkatan gizi
- a) Mengenali penderita-penderita kekurangan gizi dan mengobati mereka
 - b) Mempelajari keadaan gizi masyarakat dan mengembangkan program perbaikan gizi
 - c) Memberikan pendidikan gizi kepada masyarakat terutama dalam rangka program KIA
 - d) Melaksanakan program-program :
 - 1) Program perbaikan gizi keluarga melalui posyandu
 - 2) Memberikan makanan tambahan yang mengandung protein dan kalori kepada balita dan ibu menyusui
 - 3) Memberikan vitamin A kepada balita umur dibawah 5 tahun
3. Upaya kesehatan lingkungan Kegiatan
- Kegiatan utama kesehatan lingkungan yang dilakukan staf puskesmas adalah:
- a) Penyehatan air bersih
 - b) Penyehatan pembuangan kotoran
 - c) Penyehatan lingkungan perumahan
 - d) Penyehatan limbah
 - e) Pengawasan sanitasi tempat umum
 - f) Penyehatan makanan dan minuman
 - g) Pelaksanaan peraturan perundang-undangan.
4. Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular.
- a) Mengumpulkan dan menganalisa data penyakit
 - b) Melaporkan kasus penyakit menular

- c) Menyelidiki di lapangan untuk melihat benar atau tidaknya laporan yang masuk, untuk menemukan kasus-kasus baru dan untuk mengetahui sumberpenularan.
- d) Tindakan permulaan untuk menahan penularan penyakit
- e) Menyembuhkan penderita, hingga ia tidak lagi menjadi sumber infeksi
- f) Pemberian imunisasi
- g) Pemberantasan vektorh.
- h) Pendidikan kesehatan kepada masyarakat

2.1.4 Tujuan SP2TP

Tujuan Umum

Tersedianya data dan informasi yang akurat tepat waktu dan mutakhir secara periodik dan teratur pengolahan program kesehatan masyarakat melalui puskesmas di berbagai tingkat administrasi.

Tujuan Khusus

- 1) Tersedianya data secara akurat yang meliputi segala aspek.
- 2) Terlaksananya pelaporan yang secara teratur diberbagai jenjang administrasi sesuai dengan prosedur yang berlaku.
- 3) Digunakan data tersebut sebagai alat pengambilan keputusan dalam rangka pengelolaan rencana dalam bidang program kesehatan.

Metode Penelitian Dalam Pencatatan Dan Pelaporan

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif, dengan rancangan studi kasus dengan menggunakan metode kualitatif, maksudnya adalah untuk menggali informasi sebanyak-banyaknya dan secara detail pada proses pelaksanaan sistem pencatatan dan pelaporan puskesmas.

Hasil Penelitian Dalam Pencatatan Dan Pelaporan

Proses pelaksanaan SP2TP di Dinas Kesehatan Kabupaten Timor Tengah Selatan, mengalami berbagai hambatan, khususnya yang berkaitan dengan pengetahuan dan perilaku para pengelola dan pengguna data, yang kurang mendukung terhadap keberhasilan SP2TP. Kualitas aspek teknis yakni penguasaan tentang SP2TP, proses datanya, sarananya serta kapasitas SDM belum memadai dan mendapat perhatian sebagaimana mestinya. Aspek sistem dalam konteks organisasional yang berkaitan dengan aspek perilaku khususnya menyangkut dengan peran, tugas dan tanggung jawab yang diwujudkan lewat sikap, motivasi

dan tindakan nyata dalam pelaksanaan SP2TP dan pemanfaatan data secara konsisten belum nampak.

Batasan Dari Pencatatan Dan Pelaporan

Batasan dari pencatatan dan pelaporan kegiatan adalah sebagai berikut :

- a. Pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan tiap kegiatan bagi tenaga kesehatan adalah melakukan pencatatan data penyelenggaraan tiap kegiatan bagi tenaga kesehatan dan melaporkan data tersebut kepada instansi yang berwenang berupa laporan lengkap pelaksanaan kegiatan dengan menggunakan format yang ditetapkan.
- b. Pencatatan dan pelaporan rekapitulasi kegiatan tiap triwulan adalah melakukan pencatatan data pada semua kegiatan dalam satu triwulan berjalan dan melaporkan data tersebut dalam bentuk rekapitulasi kegiatan triwulan kepada instansi yang berwenang dengan menggunakan format yang ditetapkan.
- c. Pencatatan dan pelaporan rekapitulasi kegiatan yang diselenggarakan setiap triwulan dan tiap tahun adalah pencatatan data untuk semua kegiatan dalam satu triwulan dan satu tahun berjalan serta melaporkan data tersebut dalam bentuk rekapitulasi data kegiatan triwulan dan tahunan kepada instansi yang berwenang dengan menggunakan format yang telah ditetapkan.

2.1.5 Ruang Lingkup

- 1) SP2TP dilakukan oleh semua puskesmas termasuk puskesmas pembantu (PUSTU) dan puskesmas keliling.
- 2) Pencatatan dan pelaporan mencakup:
- 3) Data umum dan demografi wilayah kerja puskesmas
- 4) Data ketenagaan di puskesmas
- 5) Data sasaran yang dimiliki puskesmas
- 6) Data kegiatan pokok puskesmas
 - ✓ KIA
 - ✓ KB
 - ✓ Usaha kesehatan gizi
 - ✓ Kesehatan lingkungan
 - ✓ Pemberantasan dan pencegahan penyakit menular
 - ✓ Pengobatan termasuk penanganan darurat karena kecelakaan

- ✓ Penyuluhan kesehatan masyarakat
 - ✓ Kesehatan sekolah
 - ✓ Kesehatan olahraga
 - ✓ Perawatan kesehatan
 - ✓ Masyarakat
 - ✓ Kesehatan kerja
 - ✓ Kesehatan gigi dan mulut
 - ✓ Kesehatan jiwa
 - ✓ Kesehatan mata
 - ✓ Laboratorium sederhana
 - ✓ Pencatatan dan pelaporan dalam rangka SIK
 - ✓ Pembinaan pengobatan tradisional
 - ✓ Kesehatan remaja
 - ✓ Dana sehat
- 7) Pelaporan dilakukan setelah periodik (bulan,semester,tahunan)

2.1.6 Pelaksanaan

1. Pencatatan dengan menggunakan format
 1. Family folder
 2. Buku register yang berisi:
 1. Rawat jalan dan rawat inap
 2. Penimbangan
 3. Kohort ibu
 4. Kohort anak
 5. Persalinan
 6. Laboratorium
 7. Pengamatan penyakit memar
 8. Imunisasi
 9. Pkm
 10. Kartu indeks penyakit (kelompok penyakit)
 11. Kartu perusahaan
 12. Kartu murid

13. Sensus harian (penyakit dan kegiatan puskesmas mempermudah pembuatan laporan)
14. Pelaporan

Jenis dan periode laporan

1. Laporan bulanan yang berisi:
 1. Data kesakitan
 2. Data kematian
 3. Data operasional (gizi, imunisasi, KIA, KB, dan sebagainya)
 4. Data manajemen obat
 5. Laporan setiap semester
 - a. Data kegiatan puskesmas
 - b. Laporan tahunan
 - Umum dan fasilitas
 - Saran
 - Tenaga

2.1.7 Alur Pengiriman SP2TP

Aturan pengiriman sampai saat ini:

1. Dikiri kedinas kesehatan tingkat II, diteruskan kedinas kesehatan tingkat I, kemudian diteruskan ke departemen kesehatan (bagian informasi Ditjen pembinaan kesehatan masyarakat)
2. Umpan balik dikirim ke kanwil ke departemen kesehatan provinsi
3. Alur pengiriman jangka panjang
4. Mengikuti alur jenjang administrasi organisasi. Departemen kesehatan menerima laporan dari kanwil departemen kesehatan provinsi

2.1.8 Pengolahan Analisa Dan Pemanfaatan

1. Dilaksanakan pada setiap jenjang administrasi
2. Pemanfaatan disesuaikan dengan tugas dan fungsi dalam pengambilan keputusan
3. Dipuskesmas digunakan untuk pemantauan dan pelaksanaan program operasionalisasi early warning system.

4. Pada dati tk ii digunakan untuk pemntauan, pengendalian dan pengambilan tindak koreksi yang diperlukan.
5. Dati tk i digunakan untuk perencanaan program dan pemberian bantuan yang diperlukan
6. Pada tingkat pusat digunakan untuk pengambilan kebijaksanaan pada tingkat nasional

Pencatatan

Semua kegiatan pokok baik di dalam gedung maupun di luar gedung puskesmas, puskesmas pembantu, dan bidan di desa harus di catat. Untuk memudahkan dapat menggunakan formulir standar yang telah di tetapkan SP2TP. Jenis formulir standar yang digunakan dalam pencatatan adalah sebagi berikut.

1. Rekam Kesehatan Keluarga (RKK)

Kegunaan untuk mengikuti keadaan kesehatan dan gambaran penyakit di suatu keluarga. Penggunaan dalam anggota keluarga yang mengindap salah satu penyakit misalnya penderita TBC paru,Kusta, keluarga resiko tinggi yaitu ibu hamil resiko tinggi.

2. Kartu rawat jalan

Merupakan kartu untuk pencatatan identitas dan status pasien rawat jalan yang berkunjung ke puskesmas.

3. Kartu indeks penyakit

Merupakan alat bantu untuk mencatat identitas pasien, riwayat dan perkembangan penyakit

➤ **Kartu Ibu**

Merupakan alat bantu untuk mengetahui identitas, status kesehatan dan riwayat kehamilan sampai kelahiran

➤ **Kartu anak**

Merupakan alat bantu untuk mencatat identitas, status kesehatan, pelayanan preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitative yang di berikan kepada balita dan anak pra sekolah

➤ **KMS balita, anak sekolah**

Merupakan alat bantu untuk mencatat identitas pelayanan dan pertumbuhan yang di peroleh balita dan sekolah.

➤ **KMS ibu hamil**

Merupakan alat untuk mengetahui identitas dan mencatat perkembangan kesehatan ibu hamil dan pelayanan kesehatan yang di terima ibu hamil.

➤ **KMS usia lanjut(USILA)**

Merupakan alat untuk mencatat kesehatan usia lanjut secara pribadi baik fisik maupun psikososial dan di gunakan untuk memantau kesehatan, deteksi dini penyakit, dan evaluasi kemajuan kesehatan USILA.

➤ **Register**

Merupakan formulir untuk mencatat dan merekap data kegiatan baik di dalam maupun di luar gedung puskesmas, yang telah di catat di kartu dan catatan lainnya

Ada beberapa jenis register sebagai berikut:

1. Nomor indeks pengunjung puskesmas
2. Rawat jalan
3. Register kunjungan
4. Register rawat inap
5. Register KIA dan KB
6. Register kohort ibu dan balita
7. Register deteksi dini tumbuh kembang dan gizi
8. Register penimbangan balita
9. Register imunisasi
10. Register gizi
11. Register kapsul beryodium
12. Register anak sekolah
13. Sensus harian kunjungan, kegiatan KIA, imunisasi , dan penyakit.

2.1.9 Pemanfaatan Dan Pelaporan Data SP2TP

1. a. Pemanfaatan Data SP2TP

1. Untuk memenuhi kebutuhan administrasi pada jenjang yang lebih tinggi dalam rangka perencanaan, pembinaan dan penetapan kebijaksanaan.

2. Dimanfaatkan puskesmas untuk meningkatkan upaya kesehatan puskesmas melalui:
 1. Perencanaan (perencanaan mikro)
 2. Penggerakan dan pelaksanaan (lokakaryamini puskesmas)
 3. Pengawasan, pengendalian dan penilaian (stratifikasi)

Jenis Pencatatan Terpadu Dipuskesmas

Pencatatan kegiatan harian program puskesmas dapat dilakukan di dalam dan di luar gedung.

1. Pencatatan yang dibuat di dalam gedung Puskesmas

Pencatatan yang dibuat di dalam gedung Puskesmas adalah semua data yang diperoleh dari pencatatan kegiatan harian program yang dilakukan dalam gedung puskesmas seperti tekanan darah, laboratorium, KB dan lain-lain. Pencatatan dan pelaporan ini menggunakan: family folder, kartu indek penyakit, buku register dan sensus harian.

1. Pencatatan yang dibuat di luar gedung Puskesmas

Pencatatan yang dibuat di luar gedung Puskesmas adalah data yang dibuat berdasarkan catatan harian yang dilaksanakan diluar gedung Puskesmas seperti Kegiatan program yandu, kesehatan lingkungan, UKS, dan lain-lain. Pencatatan dan Pelaporan ini menggunakan kartu register dan kartu murid. Pencatatan harian masing-masing program Puskesmas dikombinasi menjadi laporan terpadu puskesmas atau yang disebut dengan system pencatatan dan pelaporan terpadu Puskesmas (SP2TP). SP2TP ini dikirim ke dinas kesehatan Kabupaten atau kota setiap awal bulan, kemudian ke Dinas Kesehatan kabupaten atau kota mengolahnya dan mengirimkan umpan baliknya ke Dinas Kesehatan Provinsi dan Departemen Kesehatan Pusat. Umpan balik tersebut harus dikirimkankembali secara rutin ke Puskesmas untuk dapat dijadikan evaluasi keberhasilan program. Namun sejak otonomi daerah dilaksanakan puskesmas tidak punya kewajiban lagi mengirimkan laporan ke Departemen Kesehatan Pusat tetapi dinkes kabupaten/kota lah yang berkewajiban menyampaikan laporan rutinnya ke Departemen Kesehatan Pusat.

Macam-macam Pencatatan

Model naratif atau narasi Sering di sebut tekhnik pencatatan yang berorientasi pada sumber data.

Keuntungan:

1. Sudah di kenal

2. Udah di kombinasikan dengan cara dokumentasi lain
3. Jika di tulis dengan tepat bisa mencakup seluruh keadaan pasien
4. Mudah di tulis

•Kekurangan

1. Tidak terstruktur dan simpang siur datanya.
2. Perlu banyak waktu
3. Terbatas dengan kemampuan pelayanan kesehatan
4. Informasi sulit untuk jangka panjang

Naratif adalah model lama, tradisional yang paling fleksible. Sistem pencatatan naratif cara penulisannya mengikuti dengan ketat urutan kejadian atau kronologis. Dengan cara naratif ini tiap institusi mempunyai kebijakan sendiri dalam sistem pencatatan.

1. b. Laporan SP2TP

Adapun beberapa jenis laporan yang di buat oleh puskesmas antara lain:

1. Laporan harian untuk melakukan kejadian luar biasa penyakit tertentu.
2. Laporan mingguan untuk melaporkan kegiatan penyakit yang sedang di tanggulangi.
3. Laporan bulanan untuk melakukan kegiatan rutin program
4. Jenis laporan ada 4 yaitu:
 1. LB1: berisi data kesakitan
 2. LB2: berisi data kematian
 3. LB3: berisi data program gizi, KIA, KB, dll
 4. LB4: berisi data obat-obatan

Bentuk formulir pelaporan:

1. Formulir LB: untuk data kesakitan dan obat dengan LPLPO
2. Formulir LT: untuk data kegiatan
3. Formulir LS: untuk data saran, kegiatan dan kematian
4. LB1: laporan data kesakitan, kasus lama dan kasus baru
5. LB2: laporan data kematian (tidak dipakai) dan laporan obat-obatan (LPLPO)
6. LB3: gizi, KB, Imunisasi, KIA, Pengamatan Penyakit Menular
7. LB4: Kunjungan puskesmas, kesehatan olahraga, kesehatan sekolah, rawat tinggal, dll
8. LT: laporan kegiatan puskesmas (tribulan)

9. LT1: 1. Keadaan sarana puskesmas
 2. dasar UKS
 3. kesehatan lingkungan
 4. kesehatan jiwa
 5. program pendidikan dan pelatihan
 6. program pemberantasan penyakit dan gizi
- b. LT2 (kepegawaian):
 1. Tenaga PNS di puskesmas
 2. Tenaga PTT di puskesmas
 3. Tenaga PNS di puskesmas pembantu
- c. LP3 (peralatan):
 1. Linen
 2. peralatan laboratorium
 3. peralatan untuk kesehatan gigi
 4. peralatan untuk penyuluhan
 5. peralatan untuk tindakan medis dan non medis

1. Laporan data puskesmas

1. LSD1: data kependudukan, fasilitas pendidikan, kesehatan, lingkungan dan peran serta.
2. LSD2: keterangan puskesmas dan puskesmas pembantu.
3. LSD3: peralatan puskesmas dan puskesmas pembantu.

Ada juga laporan lain seperti laporan triwulan, laporan semester dan laporan tahunan yang mencakup data kegiatan program yang sifatnya lebih komprehensif disertai penjelasan secara naratif. Yang terpenting adalah bagaimana memanfaatkan semua jenis data yang telah dibuat dalam laporan sebagai masukan atau input untuk menyusun perencanaan puskesmas (micro planning) dan lokakarya mini puskesmas (LKMP). Analisis data hasil kegiatan program puskesmas akan diolah dengan menggunakan statistic sederhana dan distribusi masalah dianalisis menggunakan pendekatan epidemiologis deskriptif. Data tersebut akan disusun dalam bentuk tabel dan grafik informasi kesehatan dan digunakan sebagai masukan untuk perencanaan pengembangan program puskesmas. Data yang digunakan dapat bersumber dari pencatatan masing-masing kegiatan program kemudian data dari pimpinan puskesmas yang merupakan hasil supervisi lapangan.

Dinas kesehatan kabupaten/kota mengolah kembali laporan puskesmas dan mengirimkan umpan baliknya ke Dinkes Provinsi dan Depkes pusat. Feed back terhadap laporan puskesmas untuk dapat dijadikan evaluasi keberhasilan program. Sejak otonomi daerah mulai dilaksanakan, puskesmas tidak wajib lagi mengirimkan laporan ke Depkes Pusat. Dinkes kabupaten/kota yang mempunyai kewajiban menyampaikan laporan rutinnya ke Depkes Pusat.

2.2 Lokakaryamini Puskesmas

2.2.1 Defenisi

Lokakaryamini puskesmas adalah upaya untuk menggalang kerjasama tim untuk penggerak dan pelaksanaan upaya kesehatan puskesmas sesuai dengan perencanaan yang telah disusun dari tiap-tiap upaya kesehatan pokok puskesmas, sehingga dapat dihindarkan terjadinya tumpang tindih dalam pelaksanaan.

Tujuan umum

Untuk meningkatkan kemampuan tenaga puskesmas bekerja sama



LATIHAN

Jawablah pertanyaan berikut secara singkat dan jelas

1. Jelaskan skrining pada kesehatan pada wanita
2. Sebutkan deteksi dini



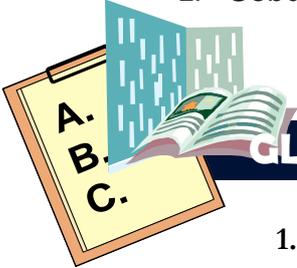
RANGKUMAN

Siklus kesehatan wanita sepanjang siklus kehidupannya dan perubahan yang terjadi pada setiap saat. Kehidupan wanita akan sangat berpengaruh dan mempengaruhi tahapan-tahapan kehidupan selanjutnya. Oleh karena itu, setiap tahapnya harus diperhatikan dengan benar karena pada setiap tahap itu pula akan terdapat beberapa perubahan dan gangguan yang jika tidak ditangani maka akan berakibat yang tidak baik bagi dirinya dan kehidupan selanjutnya bahkan hingga pada keturunannya. wanita mempunyai tahapan masa yaitu masa bayi, masa kanak-kanak, pubertas, reproduksi, klimakterium, menopause dan senium.



TES FORMATIF

1. Jelaskan skrining pada kesehatan pada wanita
2. Sebutkan deteksi dini



GLOSARIUM

1. Kohort ibu dan balita
2. Manajemen terpadu balita sakit
3. Skrining



DAFTAR PUSTAKA

1. Bidan menyongsong Masa Depan, PP IBI. Jakarta
2. Syahlan, J.H. (1996). Kebidanan Komunitas. Yayasan Bina Sumber Daya Kesehatan. Departemen Kesehatan RI, 2008, Modul MTBS Revisi tahun 2008.
3. Direktorat Bina Kesehatan Anak, Depkes, salah satu materi yang disampaikan pada Pertemuan Nasional Program Kesehatan Anak, 2009, Manajemen Terpadu Balita Sakit. <http://www.gizikia.depkes.go.id/archives/3274>

Materi IX



KONSEP KELUARGA BINAAN



PENDAHULUAN

Pelayanan kebidanan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk mewujudkan kesehatan keluarga yang berkualitas. Pelayanan kebidanan adalah pelayanan yang diberikan oleh bidan sesuai dengan kewenangan untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak di keluarga maupun masyarakat. Dalam rangka pemberian pelayanan kebidanan pada ibu dan anak di komunitas diperlukan bidan komunitas yaitu bidan yang bekerja melayani ibu dan anak disuatu wilayah tertentu.

Perkembangan nasional dibidang kesehatan bertujuan untuk mencapai kemampuan untuk hidup sehat, bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Untuk mewujudkan kesehatan masyarakat yang secara optimal diperlukan peran serta masyarakat dan sumber daya masyarakat sebagai modal dasar pembangunan nasioanal, termasuk keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat.



TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari modul ini, mahasiswa diharapkan dapat :

1. Mampu Mengemukakan konsep keluarga meliputi :
 - d. Konsep keluarga
 - e. Tugas keluarga dalam bidang kesehatan
 - f. Konsep dasar asuhan keluarga
 - g. Proses kebidanan keluarga



URAIAN MATERI

Diberi pengantar

Keluarga menurut Depkes RI adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal disuatu tempat dibawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Karwati, 2011 hal : 6).

Menurut Salvicion G Bailon dan Arcaelis Maglaya (1989) berpendapat, keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan didalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Karwati, 2011 hal :6).

1. *Tipe Keluarga (Suprajitno : 2004 : 2-3)*

Pembagian tipe keluarga bergantung pada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokan. Secara tradisional keluarga dikelompokan menjadi dua, yaitu:

- a. Keluarga inti adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah,ibu, dan anak yang di peroleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya

- b. Keluarga besar adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek, nenek, paman, bibi). Namun, dengan perkembangannya peran individu dan meningkatkannya rasaindividualisme, pengelompokan tipe keluarga selain kedua di atas berkembang menjadi :
- 1) Keluarga bentukan kembali adalah keluarga baru yang terbentuk dari pasangannya. Keadaan ini di Indonesia juga menjadi tren karena adanya pengaruh gaya hidup barat yang pada zaman dahulu jarang sekali ditemui sehingga seseorang yang telah cerai atau ditinggal pasangannya cenderung hidup sendiri
 - 2) untuk membesarkan anak – anaknya
 - 3) Orang tua tunggal adalah keluarga yang terdiri dari salah satu orang tua dengan anak-anak akibat perceraian atau tinggal pasangannya
 - 4) Ibu dengan anak tanpa perkawinan
 - 5) Orang dewasa (lelaki atau perempuan) yang tinggal sendiri tanpa pernah menikah ruangan di Indonesia juga meningkat dengan dalih tidak mau direpotkan oleh pasangan atau anaknya kalaupun telah menikah

2. Struktur dan fungsi Keluarga (Sudiharto : 2007 : 24)

Sebagai anggota keluarga mempunyai struktur peran formal dan informal. Misalnya, ayah mempunyai peran formal sebagai kepala keluarga dan pencari nafkah. Peran informal ayah adalah sebagai panutan dan pelindung keluarga.

Struktur kekuatan keluarga meliputi kemampuan berkomunikasi, kemampuan untuk saling berbagi, kemampuan sistem pendukung diantara anggota keluarga, kemampuan perawatan diri, dan kemampuan menyelesaikan masalah.

Menurut Friedman (1999), lima fungsi keluarga adalah sebagai berikut:

- a. Fungsi afektif, adalah fungsi internal keluarga untuk pemenuhan kebutuhan psikososial, saling mengasuh dan memberikan cinta kasih, serta saling menerima dan mendukung.
- b. Fungsi sosial, adalah proses perkembangan dan perubahan individu keluarga, tempat anggota keluarga berinteraksi sosial dan belajar berperan di lingkungan sosial
- c. Fungsi reproduksi adalah fungsi keluarga meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah SDM
- d. Fungsi ekonomi adalah fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga, seperti sandang,, pangan dan papan
- e. Fungsi keperawatan kesehatan, adalah kemampuan keluarga untuk merawat keluarga anggota keluarga yang memahami masalah kesehatan

3. Tumbuh Kembang Keluarga (Sudiharto, 2007 : 24-25)

Menurut Duval (1997), daur atau siklus kehidupan keluarga terdiri dari 8 tahap perkembangan yang mempunyai tugas dan resiko tertentu pada tiap tahap perkembangannya

- a. Tahap 1 : Pasangan baru menikah (keluarga baru).
- b. Tahap 2 : Menant kelahiran atau anak tertua adalah bayi berusia kurang dari 1 bulan.
- c. Tahap 3 : Keluarga dengan anak prasekolah atau anak tertua 2,5 tahun- 6 tahun.
- d. Tahap 4 : Keluarga dengan anak sekolah atau anak tertua berusia 7-12 tahun.
- e. Tahap 5 : Keluarga dengan remaja atau dengan anak tertua berusia 13-20 tahun.
- f. Tahap 6 : Keluarga dengan anak dewasa (pelepasan).
- g. Tahap 7 : Kelurga usia pertengahan.

- h. Tahap 8 : Keluarga usia lanjut.

Fiedman (1998), membagi 5 tugas kesehatan yang harus dilakukan oleh keluarga yaitu :

- a. Mengenal gangguan perkembangan kesehatan setiap anggotanya.
- b. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat.
- c. Memberikan keperawatan kepada anggota keluarganya yang sakit dan yang tidak dapat membantu dirinya sendiri.
- d. Mempertahankan suasana dirumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
- e. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga lembaga-lembaga kesehatan yang menunjukkan manfaat kesehatan dengan baik.

4.Indikator Keluarga Sejahtera (Sudiharto, 2007 : 26-27)

- c. Keluarga Prasejahtera
Keluarga ini belum mampu untuk melaksanakan indikator sebagai berikut:
 - 1) Keluarga melaksanakan ibadah menurut kepercayaannya.
 - 2) Keluarga makan 2 x sehari atau lebih.
 - 3) Keluarga menggunakan pakaian yang berbeda untuk berbagai keperluan.
 - 4) Keluarga mempunyai rumah yang berlantai bukan dari tanah.
 - 5) Keluarga memeriksakan kesehatan kepada petugas kesehatan
- d. Keluarga Sejahtera 1
Mampu melakukan indikator prasejahtera tetapi belum mampu melaksanakan indikator sebagai berikut :
 - 1) Keluarga melaksanakan ibadah secara teratur
 - 2) Keluarga makan ikan, daging atau telur, sekurang-kurangnya 1 x dalam seminggu
 - 3) Keluarga memperoleh pakaian baru dalam 1 tahun terakhir
 - 4) Setiap anggota keluarga mempunyai ruang kamar yang luasnya 8 m²
 - 5) Semua anggota keluarga sehat
 - 6) Memiliki penghasilan tetap
 - 7) Anggota keluarga yang berusia 10-60 tahun mampu membaca dan menulis latin
 - 8) Anak usia sekolah dapat bersekolah
 - 9) PUS memakai KB.
- e. Keluarga Sejahtera 2
Mampu melaksanakan indikator prasejahtera dan sejahtera 1, tetapi belum mampu melakukan indikator sebagai berikut :
 - 1) Berusaha meningkatkan pengetahuan agama
 - 2) Keluarga mempunyai tabungan
 - 3) Makan bersama paling sedikit 1 x sehari
 - 4) Rekreasi 6 bulan sekali
 - 5) Keluarga mendapatkan informasi dari surat kabar, majalah, televisi
 - 6) Keluarga mampu menggunakan sarana transportasi
- f. Keluarga Sejahtera 3
Mampu melaksanakan indikator prasejahtera, sejahtera 1-2, tetapi tidak mampu melakukan indikator sebagai berikut :

- 1) Memberikan sumbangan secara teratur
 - 2) Aktif sebagai pengurus yayasan
- g. Keluarga Sejahtera 3 plus
Mampu melakukan semua indikator diatas

5. Tujuan Asuhan Keluarga Binaan Menurut (Sudiharto, 2007 :)

- a. Memandirikan klien sebagai bagian dari anggota keluarga
- b. Mensejahterakan klien sebagai gambaran kesejahteraan keluarga
- c. Meningkatkan kemampuan hidup sehat setiap anggota keluarga
- d. Meningkatkan produktifitas klien dan keluarga
- e. Meningkatkan kualitas keluarga.



LATIHAN

Jawablah pertanyaan berikut secara singkat dan jelas

1. jelaskan Konsep keluarga
2. Sebutkan Tugas keluarga dalam bidang kesehatan
3. sebutkan Konsep dasar asuhan keluarga
4. jelaskan Proses kebidanan keluarga



RANGKUMAN

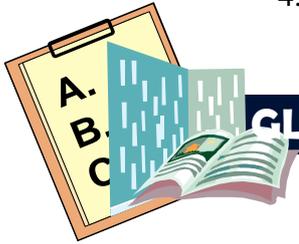
Keluarga merupakan unit terkecil darimasyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat dibawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Didalam keluargalah pertama kali seluruh anggota keluarga berinteraksi. Kemampuan berinteraksi inilah yang kemudian dibawa keluar untuk dipraktikkan dengan orang yang ditemui diluar lingkungan rumah untuk beradaftasi.

Dari hasil interaksi yang intens terciptalah kelompok kelompok orang ataupun kelompok kelompok social.

Dinamika social dan kebudayaan masyarakat walaupun luas spectrum dan kecepatannya berbeda beda. Demikian pula masyarakat dan budaya Indonesia pernah beekembang dengan pesatnya di masa lampau, walaupun perkembangannya dewasa ini tertinggal apabila dibandingkan dengan perkembangan dinegara maju lainnya. Masyarakat dan kebudayaan Indonesia yang beranekaragam itu tidak pernah mengalami kemandegan sebagai perwujudan tanggapan aktif masyarakat terhadap tantangan yang timbul terhadap perubahan lingkungan dalam arti luas maupun pergantian generasi seperti halnya kebudayaan yang di anut oleh masyarakat.

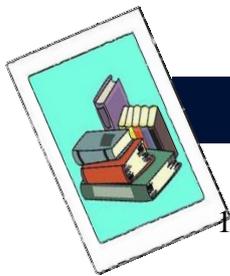


1. jelaskan Konsep keluarga
2. Sebutkan Tugas keluarga dalam bidang kesehatan
3. sebutkan Konsep dasar asuhan keluarga
4. jelaskan Proses kebidanan keluarga



GLOSARIUM

1. keluarga binaan
2. proses kebidanan keluarga
3. bidang kesehatan



DAFTAR PUSTAKA

1. Dewi Pujiati , Karwati , dkk . 2011 . Miriam , 2010 Elisabeth Siwi Walyani . 2014 *KebidananKomunitas* Yogyakarta : Pustaka Baru press
2. <https://google.leweblight.com/konsepkeluargadanmasyarakat>
3. <https://konsep-kebidanan-pada-komunitas.htm/bidanendahmustika>
4. <http://asuhan-keperawatan-patriani.blogspot.com/2008/07/askep-anemia.html>
(diakses 10 Nopember 2009)



KONSEP KELUARGA



PENDAHULUAN

Pelayanan Komunitas Kebidanan merupakan salah satu kegiatan mahasiswa yang harus dilaksanakan dimana merupakan suatu bentuk kerja nyata dalam asuhan kebidanan. Bidan memandang pasiennya sebagai makhluk sosial yang memiliki budaya tertentu dan dipengaruhi oleh kondisi ekonomi, politik, sosial budaya dan lingkungan sekitarnya. Unsur-unsur yang tercakup dalam kebidanan komunitas adalah bidan, pelayanan kebidanan, lingkungan, pengetahuan serta teknologi.

Pelayanan Komunitas yaitu dituntut untuk mengabdikan diri kepada masyarakat dibina sepanjang proses pendidikan melalui berbagai bentuk pengalaman belajar yang dilaksanakan dan dikembangkan dimasyarakat. Oleh karena itu, sasaran pelayanan kebidanan komunitas adalah individu, keluarga dan kelompok masyarakat (komuniti). Individu yang dilayani adalah bagian dari keluarga atau komunitas. Pelayanan ini mencakup upaya pencegahan penyakit, pemeliharaan dan peningkatan, penyembuhan serta pemulihan kesehatan.

Mutu pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh kualitas sarana fisik, jenis tenaga yang tersedia, obat, alat kesehatan dan sarana penunjang lainnya, proses pemberian pelayanan, dan kompensasi yang diterima serta harapan masyarakat pengguna (Syafrudin, 2007).



TUJUAN PEMBELAJARAN

- Setelah mempelajari modul ini, mahasiswa diharapkan dapat :
2. Mampu Mengemukakan konsep keluarga binaan meliputi :
 - h. Konsep keluarga
 - i. Tugas keluarga dalam bidang kesehatan
 - j. Konsep dasar asuhan keluarga
 - k. Proses kebidanan keluarga



URAIAN MATERI

Diberi pengantar

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Setiadi,2008). Keluarga adalah dua atau tiga individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam suatu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain, dan di dalam peranannya masing-masing, menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Bailon dan (Maglaya, 1989 dalam Setiadi,2008). Keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan social diri tiap anggota keluarga (Duval dan logan, 1986 dalam Setiadi,2008). Dari tiga definisi diatas penulis dapat menarik kesimpulan bahwa keluarga adalah :

- a. Unit terkecil dari masyarakat.
- b. Terdiri atas dua orang atau lebih.
- c. Adanya ikatan perkawinan dan pertalian darah.
- d. Hidup dalam satu rumah tangga.
- e. Di bawah asuhan seseorang kepala rumah tangga.
- f. Berinteraksi diantara sesama anggota keluarga.
- g. Setiap anggota keluarga mempunyai peran masing-masing.
- h. Menciptakan, mempertahankan suatu kebudayaan.

1. Tipe Keluarga

Dalam (Sri Setyowati, 2007) tipe keluarga dibagi menjadi dua macam yaitu :

a. Tipe Keluarga Tradisional

- Keluarga Inti (Nuclear Family) , adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak-anak.

- Keluarga Besar (Exstended Family), adalah keluarga inti di tambah dengan sanak saudara, misalnya nenek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi dan sebagainya.
- Keluarga “Dyad” yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari suami dan istri tanpa anak.
- Single Parent” yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua (ayah/ibu) dengan anak (kandung/angkat). Kondisi ini dapat disebabkan oleh perceraian atau kematian.
- “Single Adult” yaitu suatu rumah tangga yang hanya terdiri seorang dewasa (misalnya seorang yang telah dewasa kemudian tinggal kost untuk bekerja atau kuliah)

b. Tipe Keluarga Non Tradisional

- The Unmarriedteenege mather
Keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa nikah.
- The Stepparent Family yaitu Keluarga dengan orang tua tiri.
- Commune Family
Beberapa pasangan keluarga (dengan anaknya) yang tidak ada hubungan saudara hidup bersama dalam satu rumah, sumber dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama : sosialisasi anak dengan melalui aktivitas kelompok atau membesarkan anak bersama.
- The Non Marital Heterosexual Conhibitang Family
Keluarga yang hidup bersama dan berganti – ganti pasangan tanpa melalui pernikahan
- Gay And Lesbian Family

2. Struktur Keluarga

Struktur keluarga terdiri dari bermacam-macam diantaranya adalah:

- a. Patrilineal adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melauai jalur garis ayah.

- b. Matrilineal adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.
- c. Matrilokal adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.
- d. Patrilokal adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.
- e. Keluarga kawinan adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara menjadi bagian dari keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri.

A. Gambaran Keluarga Sehat

Pelayanan kebidanan komunitas diarahkan untuk mewujudkan keluarga yang sehat dan sejahtera. Pelayanan kebidanan komunitas adalah bagian upaya kesehatan keluarga. Keluarga sehat adalah kondisi yang mendorong terwujudnya keluarga sejahtera (Syahlan, 1996). Gambaran keluarga sehat dapat dikemukakan sebagai berikut :

1. Anggota keluarga dalam kondisi sehat fisik, mental, maupun sosial.
2. Cepat meminta bantuan kepada tenaga kesehatan atau unit pelayanan kesehatan bila timbul masalah kesehatan pada salah satu anggota keluarga.
3. Di rumah tersedia kotak berisi obat-obatan sederhana untuk P3K.
4. Tinggal di rumah dan lingkungan yang sehat.
5. Selalu memperhatikan kesehatan keluarga dan masyarakat. Seorang bidan yang bekerja di komunitas harus mengetahui data wilayah kerjanya, data tersebut mencakup komposisi keluarga, keadaan sosial, ekonomi, adat kebiasaan, kehidupan beragama, status kesehatan, serta masalah ibu dan anak balita. Keberhasilan bidan yang bekerja di bidang komunitas tergantung pada peningkatan kesehatan ibu dan anak balita di wilayah kerjanya. Sasaran umum pelayanan kebidanan komunitas adalah ibu dan anak dalam keluarga. Menurut Undang-Undang No. 12 tentang Kesehatan, yang dimaksud dengan keluarga adalah suami, istri, anak dan anggota keluarga lainnya. Dalam kesehatan keluarga, kesehatan istri mencakup kesehatan masa pra

kehamilan, persalinan, pasca persalinan dan masa diluar masa kehmilan (m asa interval) serta persalinan.Upaya kesehatan ibu dan anak dilakukan melalui peningkatan kesehatan anak di kandungan,masa bayi, masa balita, dan masa pra sekolah (Syahlan, J.H., 1996).

B. Teori yang bersangkutan dengan masalah

1. Pengertian Menopause

Merupakan pengertian dari berhentinya masa kesuburan dan masa reproduksi wanita yangditandai dengan berhentinya masa menstruasi atau siklus bulanan seiring bertambahnya usia dan penurunan hormone. Menopause dalam bahasa biologis merupakan akhir dari siklus kehidupanmenstruasi seorang wanita yang terjadi di pertengahan usia empat puluh tahun keatas. Selama masa transisi ini, ovarium mulai melemah sehingga tingkat gairah seksual pun semakin menurun secara alami dari hormon esterogen dan progesteron.

Hormon estrogen berfungsi sebagai pengawas siklus ovulasi yakni saat indung telur mulai melepas sel telur ke dalam tuba falopi danmengembangkan payudara wanita serta rahim. Hormon estrogen memiliki pengaruh yang cukup besar dalam tingkat kesehatan wanita baik fisik maupun psikologis (emosional) . Hormon progesteron bertugas mengawasi menstruasi dan mempersiapkan rahim untuk menerima sel teluryang telah dibuahi.

1. Tahap-tahap Menopause

- a. Pra Menopause Fase antara usia 40 tahun dan dimulainya fase klimakterium. Gejala-gejala yang timbul pada fase pra menopause antara lain siklus haid yang tidak teratur, perdarahan haid yang memanjang, jumlah darah yang banyak, serta nyeri haid.
- b. Peri Menopause Fase peralihan antara masa pra menopause dan masa menopause. Gejala-gejala yang timbul pada fase peri menopause antara lain siklus haid yang tidak teratur, dan siklus haid yang panjang. Haid di alami terakhir akibat menurunnya fungsi estrogen dalam tubuh. Menurut Luciana (2005), keluhan-keluhan yang timbul pada menopause antara lain keringat malam hi,mudah marah, sulit tidur, siklus haid tidak teratur, gangguan fungsi seksual, kekeringan vagina, perubahan pada indera perasa, gelisah, rasa

khawatir, sulit konsentrasi, mudah lupa, sering tidakdapat menahan kencing, nyeri otot sendi, serta depresi.

2. Gejala Menopause

- Tidak teratur siklus haid
- Gejala Menopause
 - Tidak teratur siklus haid
 - Gejalak rasa panas
 - Keluar keringat dimalam hari
 - Kekeringan vagina
 - Sulit tidur
 - Kerapuhan tulang
 - Badan menjadi gemuk
 - Linu dan nyeri otot sendi
 - Ingatan menurun
 - Kecemasan dan mudah tersinggung
 - Steress
 - Depresi

3. Perubahan Yang Terjadi Saat Menopause

- Perubahan organ reproduksi
- Perubahan hormone
- Perubahan fisik
- Perubahan emosi
- Perubahan kulit
- Perubahan pada mulut
- Perubahan pada indera perasa

5.Cara Mengatasi Menopause

- Konsumsi susu, namun jika anda tidak menyukai susu dapat diganti dengan mengkonsumsi tahu,tempe atau sayur, tentunya dengan dosis yang lebih rendah. Misalnya, 50 gram tempe atau 120gram tahu yang mengandung fitoestrogen, cukup untuk sehari.

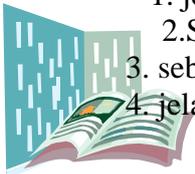
- Dalam memasak jenis sayuran apapun jangan terlalu lama karena vitamin yang terdapat dalam sayuran akan larut dalam air bila dimasak terlalu lama.
- Cobalah mengganti minyak goreng dengan minyak zaitun atau mentega rendah kalori untuk memasak makanan anda baik dalam menumis atau hanya menggoreng biasa, agar tidak terlalu banyak minyak yang masuk ke dalam tubuh.
- Mengonsumsi vitamin dengan dosis yang tepat, terutama vitamin A dan D. Karena vitamin A dan D tidak dengan mudah dikeluarkan oleh tubuh, jika berlebihan dapat menimbulkan racun dalam tubuh. Jangan sembarangan mengonsumsi vitamin A dan D. Dosisnya harus tepat, karena kedua vitamin itu tak bisa dikeluarkan begitu saja dari dalam tubuh. Selain itu, jika terus dikonsumsi, bisa-bisa malah menimbulkan racun di dalam tubuh.
- Minuman dan makanan yang harus dihindari untuk memperlambat datangnya menopause antara lain kafein, kopi, alkohol, minuman bersoda, rempah-rempah dan makanan berlemak.
- Bersikap sabar dan berusaha menerima kenyataan, karena bagaimana pun, menopause pasti akan datang. Tentu saja, anggota keluarga yang lain harus lebih bijaksana menghadapi sikap wanita yang menopause



LATIHAN

Jawablah pertanyaan berikut secara singkat dan jelas

1. jelaskan Konsep keluarga
2. Sebutkan Tugas keluarga dalam bidang kesehatan
3. sebutkan Konsep dasar asuhan keluarga
4. jelaskan Proses kebidanan keluarga



RANGKUMAN

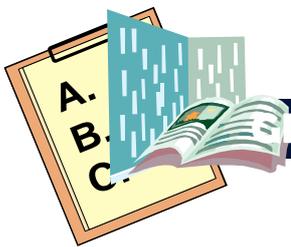
Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap

dalam keadaan saling ketergantungan (Setiadi,2008). Peran keluarga dalam bidang kesehatan sangat mempengaruhi dan setiap anggota keluarga seperti Ayah, Ibu, Anak memiliki tugasnya masing-masing yang dimana saling menciptakan dan mempertahankan kebudayaan didalam keluarga tersebut.



TES FORMATIF

5. jelaskan Konsep keluarga
6. Sebutkan Tugas keluarga dalam bidang kesehatan
7. sebutkan Konsep dasar asuhan keluarga
8. jelaskan Proses kebidanan keluarga



GLOSARIUM

1. keluarga binaan
2. proses kebidanan keluarga
3. bidang kesehatan



DAFTAR PUSTAKA

Rahma. 2010. *Pelayanan Kesehatan Pada Bayi Baru Lahir Dan Balita*. [Online]. Tersedia:<http://rahmayushem.blogspot.com/2010/06/pelayanan-kesehatan-pada-bayi-baru.html>. [20 April 2011].

Wahyuningsih, Tuti. 2008. *Pertolongan Pertama Kegawatdaruratan Obstetrik & Neonatus*. [Online]. Tersedia:<http://studykesehatan.blogspot.com/2008/07/tugas-uas-komputer-iv-c.html>. [20April 2011].

Bencoolen, Raffles. 2011. *Makalah Pertolongan Pertama Kegawat Daruratan Obstetric Dan Neonatal (PPGDON)*. [Online]. Tersedia:<http://bahankuliahkesehatan.blogspot.com/2011/04/makalah-program-kb-di-indonesia.html>. [20 April 2011].

Saifuddin, Bari Abdul. 2006. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta