



Kebidanan Komunitas

Syafrudin, SKM, M.Kes
Hamidah, S.Pd, M.Kes

PENERBIT BUKU KEDOKTERAN



EGC

EGC 1813

KEBIDANAN KOMUNITAS

Oleh: Syafrudin, SKM, M.Kes & Hamidah, S.Pd, M.Kes

Editor: Monica Ester & Esty Wahyuningsih

Copy editor: Euis Komara

Diterbitkan pertama kali oleh Penerbit Buku Kedokteran EGC

© 2007 Penerbit Buku Kedokteran EGC

P.O. Box 4276/Jakarta 10042

Telepon: 6530 6283

Anggota IKAPI

Desain kulit muka: Yohanes Duta Kurnia Utama

Hak cipta dilindungi Undang-Undang

Dilarang mengutip, memperbanyak dan menerjemahkan sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit.

Cetakan I: 2009

Perpustakaan Nasional: Katalog Dalam Terbitan (KDT)

Syafrudin

Kebidanan komunitas / penulis, Syafrudin, Hamidah ; editor, Monica Ester, Esty Wahyuningsih. — Jakarta : EGC, 2009.

x, 283 hlm. ; 15,5 x 24 cm.

ISBN 978-979-448-937-6

I. Kebidanan, Ilmu. I. Judul. II. Hamidah. III. Monica Ester.
IV. Esty Wahyuningsih.

618.2



Isi di luar tanggung jawab percetakan

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	v
BAB 1. KONSEP DASAR KEBIDANAN KOMUNITAS	1
<u>Konsep Dasar Masyarakat</u>	<u>1</u>
<u>Kebidanan Komunitas.....</u>	<u>3</u>
<u>Peran Bidan di Komunitas</u>	<u>8</u>
BAB 2. INDONESIA SEHAT 2010	10
<u>Pendahuluan</u>	<u>10</u>
<u>Strategi</u>	<u>13</u>
<u>Visi dan Misi Pembangunan Kesehatan</u>	<u>15</u>
<u>Kebijakan Umum dan Strategi Pembangunan Kesehatan</u>	<u>18</u>
<u>Pokok Program Pembangunan Kesehatan</u>	<u>27</u>
<u>Daftar Pustaka</u>	<u>29</u>
BAB 3. MASALAH KEBIDANAN DI KOMUNITAS	30
<u>Kematian Maternal dan Perinatal</u>	<u>31</u>
<u>Kehamilan Remaja</u>	<u>33</u>
<u>Tingkat Kesuburan</u>	<u>35</u>
<u>Praktik Aborsi yang Tidak Aman</u>	<u>36</u>
<u>Berat Badan Lahir Rendah</u>	<u>37</u>
<u>Daftar Pustaka</u>	<u>39</u>

BAB 4. INFERTILITAS	40
Penyebab Infertilitas	41
Evaluasi Pasangan Infertil	43
Penanganan Infertilitas	45
Daftar Pustaka	48
BAB 5. STRATEGI PELAYANAN KEBIDANAN DI KOMUNITAS	49
Pendekatan Edukatif	49
Pelayanan Berorientasi Kebutuhan Masyarakat	51
Pemanfaatan Fasilitas dan Potensi Masyarakat	53
Daftar Pustaka	54
BAB 6. BIDAN DI KOMUNITAS	56
Peran dan Fungsi	56
Tugas dan Tanggung Jawab	67
Bidan Praktik Swasta	71
Daftar Pustaka	77
BAB 7. ASPEK PERLINDUNGAN HUKUM BIDAN DI INDONESIA	78
Standar Pelayanan Kebidanan	78
Kode Etik	81
Standar Asuhan Kebidanan	84
Registrasi Praktik Bidan	88
Kewenangan Bidan Komunitas	91
Daftar Pustaka	96
BAB 8. SAFE MOTHERHOOD	97
Perkembangan Upaya <i>Safe Motherhood</i>	99
Masalah Penurunan AKI di Negara Berkembang	105
Daftar Pustaka	106

BAB 9. PERSALINAN DAN ASUHAN DI RUMAH	107
Persalinan di Rumah	107
Perawatan Nifas di Rumah	110
Perawatan Bayi Baru Lahir di Rumah	122
Daftar Pustaka	128
BAB 10. PERTOLONGAN PERTAMA KEGAWATDARURATAN OBSTETRI DAN NEONATUS	129
Kegawatdaruratan Obstetri	129
Kegawatdaruratan Neonatus	138
Daftar Pustaka	142
BAB 11. PEMANTAUAN WILAYAH SETEMPAT KESEHATAN IBU DAN ANAK (PWS-KIA)	143
Batasan Pemantauan	144
Indikator Pemantauan	147
Grafik PWS-KIA	148
Pelembagaan PWS-KIA	154
Prinsip Pengelolaan Program KIA	158
Daftar Pustaka	164
BAB 12. PEMBINAAN DUKUN BAYI DAN KADER	165
Dukun Bayi	165
Pengetahuan Penting Dukun Bayi.....	166
Pembinaan Kader	177
Pengetahuan Penting Kader	178
Penyuluhan Gizi Ibu Hamil	181
Penyuluhan KB	183
Pencatatan Kematian Ibu/Bayi	188
Program Kesehatan Lain	192
Daftar Pustaka	193

BAB 13. DESA SIAGA	194
Pengembangan Desa Siaga	197
Pembina Desa Siaga	201
<u>Indikator Keberhasilan</u>	<u>205</u>
BAB 14. SISTEM RUJUKAN	208
<u>Pengertian</u>	<u>208</u>
Rujukan Kebidanan	212
<u>Daftar Pustaka</u>	<u>218</u>
BAB 15. MANAJEMEN KESEHATAN IBU DAN ANAK	219
<u>Pelayanan Antenatal</u>	<u>221</u>
<u>Pertolongan Persalinan</u>	<u>223</u>
Pelayanan Kesehatan Neonatus	225
BAB 16. GERAKAN SAYANG IBU	227
BAB 17. TABULAN DAN DASOLIN	237
<u>Tabungan Ibu Bersalin</u>	<u>237</u>
Dana Sosial Ibu Bersalin	239
BAB 18. PELAYANAN KESEHATAN PADA WANITA	241
<u>Perubahan Fisik</u>	<u>241</u>
Osteoporosis	243
Osteoarthritis	244
Kanker Ovarium	244
<u>Kanker Leher Rahim</u>	<u>245</u>
<u>Kanker Payudara</u>	<u>247</u>
Daftar Pustaka	250

BAB 19. MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT	251
Proses Manajemen Kasus Balita Sakit	253
<u>Tata Laksana Bayi Sakit (1-2 Minggu)</u>	<u>257</u>
<u>Daftar Pustaka</u>	<u>264</u>
BAB 20. KOHORT IBU BALITA	265
Batasan dan Indikator Pemantauan	267
Pengisian Kohort Ibu	269
Register Kohort Bayi	270
<u>Daftar Pustaka</u>	<u>276</u>
INDEKS	278

1

KONSEP DASAR KEBIDANAN KOMUNITAS

KONSEP DASAR MASYARAKAT

Para ahli mendefinisikan komunitas atau masyarakat dari sudut pandang yang berbeda. WHO (1974) mendefinisikan komunitas sebagai kelompok sosial yang ditentukan oleh batas-batas wilayah, nilai-nilai keyakinan dan minat yang sama, serta adanya saling mengenal dan berinteraksi antara anggota masyarakat yang satu dengan yang lainnya. Sedangkan Spradly (1985) mendefinisikan komunitas sebagai sekumpulan orang yang saling bertukar pengalaman yang penting di dalam hidupnya.

Saunders (1991) mendefinisikan komunitas sebagai tempat atau kumpulan orang atau sistem sosial. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa komunitas terdiri dari sekelompok individu yang tinggal pada wilayah tertentu, yang memiliki nilai-nilai keyakinan dan minat relatif sama serta adanya interaksi satu sama lain untuk mencapai tujuan. Selain itu, komunitas juga dipandang sebagai target pelayanan kesehatan. Untuk mencapai kesehatan komunitas, komunitas tersebut harus dilibatkan secara aktif.

Kebidanan komunitas adalah pelayanan kebidanan profesional yang ditujukan kepada masyarakat dengan penekanan pada kelompok risiko tinggi, dengan upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan

klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan kebidanan (Spradly, 1985; Logan dan Dawkin, 1987).

Kebidanan komunitas memberi perhatian terhadap pengaruh faktor lingkungan meliputi fisik, biologis, psikologis, sosial, kultural, dan spiritual terhadap kesehatan masyarakat dan memberi prioritas pada strategi pencegahan, peningkatan, dan pemeliharaan kesehatan.

Ciri masyarakat

- Interaksi di antara sesama anggota masyarakat
- Menempati wilayah dengan batas-batas tertentu
- Saling tergantung satu sama lain
- Memiliki adat istiadat tertentu/kebudayaan
- Memiliki identitas bersama

Menurut Gilin & Gilin dalam Effendy (1998) lembaga masyarakat dapat diklasifikasi sebagai berikut.

- a. Ditinjau dari perkembangannya, masyarakat dibedakan menjadi dua, yaitu *creative institution* dan *enacted institution*.
- b. Ditinjau dari sistem nilai yang diterima, masyarakat dibedakan menjadi tipe *basic institution* dan *subsidiary institution*.
- c. Dari sudut penerimaan, masyarakat dibedakan menjadi *approved* atau *social sanctioned institution* dan *unsactioned institution*.
- d. Dari sudut penyebaran, masyarakat dibedakan menjadi *general institution* dan *restrictred institution*.
- e. Dari sudut fungsi, masyarakat dibedakan menjadi *operative institution* dan *regulative institution*.

Ciri-ciri masyarakat Sehat

- Peningkatan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat.
- Mengatasi masalah kesehatan sederhana melalui upaya peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, dan pemulihan kesehatan, terutama untuk ibu dan anak.
- Peningkatan upaya kesehatan lingkungan terutama penyediaan sanitasi dasar yang dikembangkan dan dimanfaatkan oleh masyarakat untuk meningkatkan mutu lingkungan hidup.
- Peningkatan status gizi masyarakat berkaitan dengan peningkatan status sosial-ekonomi masyarakat.
- Penurunan angka kesakitan dan kematian dari berbagai sebab dan penyakit.

Menurut WHO, beberapa indikator masyarakat sehat adalah:

1. Keadaan yang berhubungan dengan status kesehatan masyarakat yang meliputi indikator komprehensif, seperti angka kematian kasar menurun, rasio angka mortalitas proporsional rendah, dan usia harapan hidup meningkat, sedangkan indikator spesifik adalah angka kematian ibu dan anak menurun, angka kematian penyakit menular menurun, dan angka kelahiran menurun.
2. Indikator pelayanan kesehatan, meliputi hal-hal berikut.
 - a. Rasio antara tenaga kesehatan dan jumlah penduduk seimbang.
 - b. Distribusi tenaga kesehatan merata.
 - c. Informasi lengkap tentang jumlah tempat tidur di rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya.
 - d. Informasi tentang jumlah sarana pelayanan kesehatan di antaranya rumah sakit, puskesmas, dan rumah bersalin.

Masalah kesehatan yang dihadapi bangsa Indonesia, di antaranya adalah sebagai berikut.

1. Tingginya angka pertumbuhan penduduk (1,98%).
2. Tingginya angka kematian ibu dan anak (AKI 420/100.000 penduduk, AKB 57/1000 kelahiran hidup, dan angka kematian balita 84/1000).
3. Tingginya angka kesakitan karena penyakit menular, di antaranya TB paru, demam berdarah, dan ISPA.
4. Meningkatnya angka kesakitan penyakit tidak menular, seperti penyakit jantung, neoplasma, penyakit karena cedera, dan penyakit gangguan mental.
5. Masalah kesehatan lingkungan, meliputi masalah lingkungan fisik dan biologis yang belum memadai. Dalam hal ini, baru sebagian kecil penduduk yang menikmati air bersih.

Faktor penyebab kondisi di atas, di antaranya adalah faktor sosial ekonomi, gaya hidup dan perilaku masyarakat, serta sistem pelayanan kesehatan.

KEBIDANAN KOMUNITAS

Kebidanan komunitas didasarkan pada asumsi berikut.

1. Sistem pelayanan kesehatan bersifat kompleks.

2. Pelayanan kesehatan primer, sekunder, dan tersier merupakan komponen sistem pelayanan kesehatan.
3. Kebidanan merupakan subsistem pelayanan kesehatan, hasil pendidikan dan penelitian yang melandasi praktik.
4. Fokus utama adalah pelayanan kesehatan primer sehingga kebidanan komunitas perlu dikembangkan di tatanan pelayanan kesehatan utama.

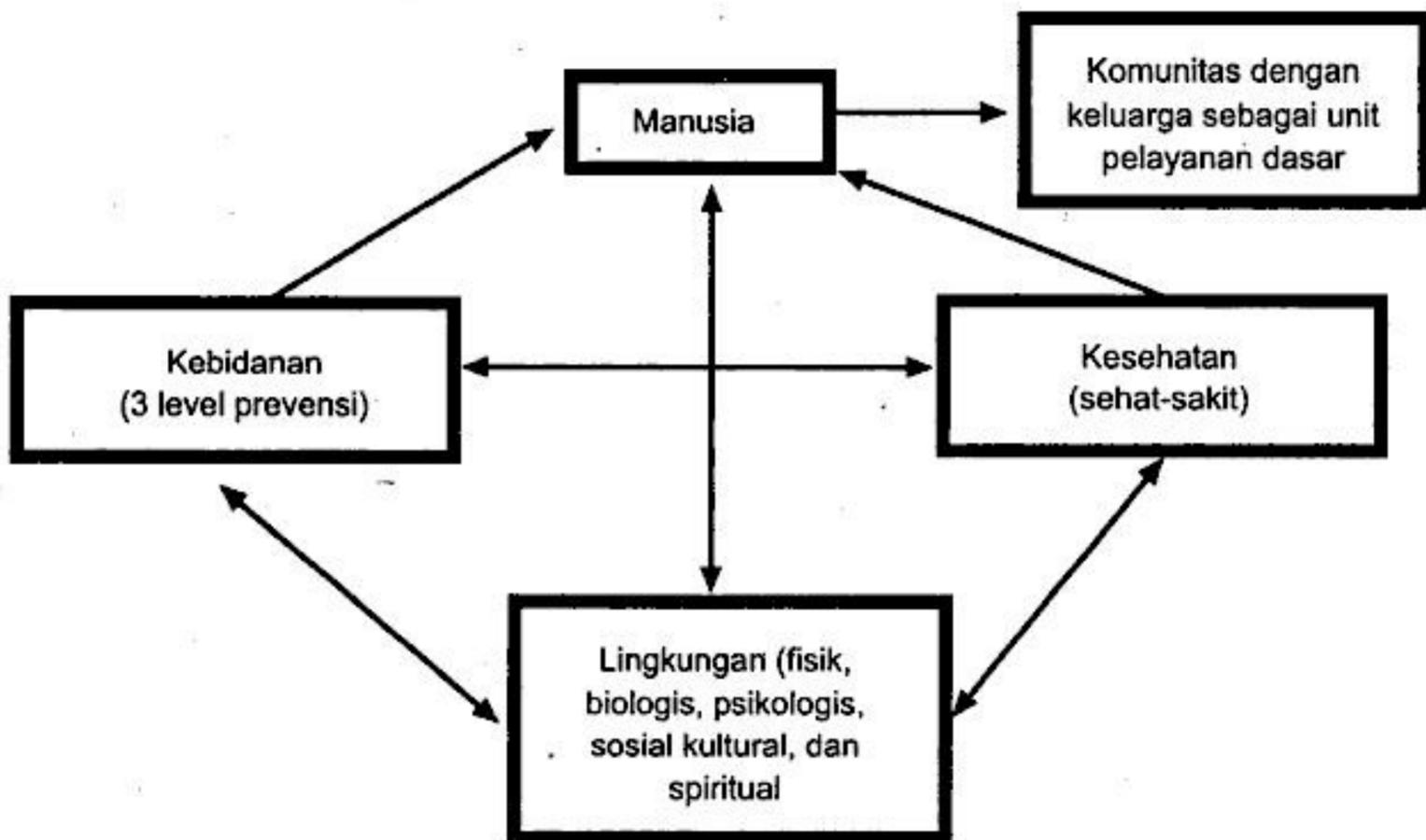
Kebidanan komunitas perlu dikembangkan di tatanan pelayanan kesehatan dasar yang melibatkan komunitas secara aktif dan sesuai keyakinan komunitas. Beberapa keyakinan yang mendasari praktik kebidanan komunitas adalah sebagai berikut.

1. Pelayanan kesehatan sebaiknya tersedia, dapat dijangkau, dan dapat diterima semua orang.
2. Penyusunan kebijakan seharusnya melibatkan penerima pelayanan, dalam hal ini komunitas.
3. Bidan sebagai pemberi pelayanan dan klien sebagai penerima pelayanan perlu menjalin kerja sama yang baik.
4. Lingkungan dapat memengaruhi kesehatan komunitas, baik yang mendukung maupun menghambat sehingga hal ini perlu diantisipasi.
5. Pencegahan penyakit dilakukan dalam upaya meningkatkan kesehatan.
6. Kesehatan merupakan tanggung jawab setiap orang.

Dari asumsi dan keyakinan yang mendasar tersebut, dikembangkan falsafah kebidanan komunitas yang akan menjadi landasan praktik kebidanan komunitas.

Falsafah adalah keyakinan terhadap nilai-nilai yang menjadi pedoman untuk mencapai suatu tujuan atau sebagai pandangan hidup. Kebidanan komunitas merupakan pelayanan yang memberi perhatian pada pengaruh lingkungan (bio, psiko, sosio, kultural, dan spiritual) terhadap kesehatan komunitas dan memberi prioritas pada strategi pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan. Falsafah yang melandasi kebidanan komunitas adalah falsafah atau paradigma kebidanan secara umum, yaitu manusia merupakan titik sentral setiap upaya pembangunan kesehatan yang menjunjung tinggi nilai-nilai kemanusiaan. Bertolak dari pandangan

ini disusun falsafah atau paradigma kebidanan komunitas yang terdiri dari empat komponen dasar, yaitu kebidanan, manusia, lingkungan, dan kesehatan.



Gambar 1-1 Paradigma kebidanan komunitas.

1. *Manusia*. Komunitas sebagai klien berarti sekumpulan individu/klien yang berada pada lokasi atau batas geografis tertentu yang memiliki nilai-nilai, keyakinan, dan minat yang relatif sama, serta adanya interaksi satu sama lain untuk mencapai tujuan. Komunitas merupakan sumber dan lingkungan bagi keluarga. Komunitas sebagai klien meliputi kelompok risiko tinggi, antara lain yang tinggal di daerah terpencil, daerah rawan, dan daerah kumuh.
2. *Kesehatan*. Sehat adalah suatu kondisi terbebasnya dari gangguan pemenuhan kebutuhan dasar klien/komunitas. Sehat merupakan keseimbangan yang dinamis sebagai dampak dari keberhasilan menghadapi stresor.
3. *Lingkungan*. Semua faktor internal dan eksternal atau pengaruh di sekitar klien yang bersifat biologis, psikologis, sosial kultural dan spiritual.

4. *Kebidanan*. Intervensi/tindakan yang bertujuan untuk menekan stresor atau meningkatkan kemampuan klien/komunitas menghadapi stresor, melalui pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Berdasarkan falsafah tersebut dikembangkan pengertian, tujuan, sasaran, dan strategi intervensi kebidanan komunitas.

Tujuan umum kebidanan komunitas adalah meningkatkan kemampuan masyarakat agar dapat menjalankan fungsinya secara optimal. Tujuan khusus kebidanan komunitas adalah sebagai berikut.

1. Meningkatkan kemampuan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat dalam pemahaman tentang pengertian sehat dan sakit.
2. Meningkatkan kemampuan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan.
3. Menciptakan dukungan bagi individu yang terkait.
4. Mengendalikan lingkungan fisik dan sosial untuk menuju keadaan sehat yang optimal.
5. Mengembangkan ilmu dan melaksanakan kebidanan kesehatan masyarakat.

Untuk mencegah dan meningkatkan kesehatan masyarakat dilakukan melalui pelayanan asuhan langsung (*direct care*) terhadap individu, keluarga, dan kelompok dalam konteks komunitas, serta perhatian langsung terhadap kesehatan seluruh masyarakat dan mempertimbangkan bagaimana masalah kesehatan masyarakat memengaruhi keluarga, individu, dan kelompok.

Sasaran kebidanan kesehatan masyarakat adalah individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

1. Individu, diutamakan individu yang ditemukan di klinik, rumah, dan tempat lain dengan masalah kesehatan.
2. Keluarga, diutamakan keluarga dengan risiko tinggi masalah kesehatan tertentu.
3. Kelompok penduduk, diutamakan kelompok penduduk daerah kumuh, daerah terisolasi, dan daerah yang tidak terjangkau termasuk kelompok bayi, balita dan ibu hamil, panti, dsb.
4. Masyarakat, yaitu dari satuan masyarakat yang terkecil sampai dengan masyarakat secara keseluruhan.

Strategi intervensi kebidanan komunitas yaitu proses kelompok, pendidikan kesehatan, dan kerja sama (kemitraan).

Kebidanan komunitas merupakan bentuk pelayanan/asuhan langsung yang berfokus pada kebutuhan dasar komunitas, yang berkaitan dengan kebiasaan atau pola perilaku masyarakat yang tidak sehat, ketidakmampuan masyarakat untuk beradaptasi dengan lingkungan internal dan eksternal. Intervensi kebidanan yang dilakukan mencakup pendidikan kesehatan, mendemonstrasikan keterampilan dasar yang dapat dilakukan oleh komunitas, melakukan intervensi kebidanan yang memerlukan keahlian bidan (mis., konseling pasangan yang akan menikah, melakukan kerja sama lintas-program dan lintas-sektoral) untuk mengatasi masalah komunitas serta melakukan rujukan kebidanan dan non-kebidanan jika perlu.

Intervensi kebidanan tersebut difokuskan pada tiga level pencegahan, yaitu sebagai berikut.

1. *Prevensi primer*. Prevensi primer adalah pencegahan dalam arti yang sebenarnya, ketika teridentifikasi faktor risiko di masyarakat. Pencegahan primer mencakup peningkatan kesehatan pada umumnya dan perlindungan khusus terhadap penyakit. Prevensi primer meliputi *health promotion, health education, specific protection, dan environmental protection*. Contoh: kegiatan di bidang prevensi primer, seperti imunisasi, penyuluhan tentang gizi, dan penyuluhan untuk mencegah keracunan.
2. *Prevensi sekunder*. Pencegahan sekunder menekankan pada diagnosis dini dan intervensi yang tepat untuk menghambat proses patologis sehingga memperpendek waktu sakit dan tingkat keparahan/keseriusan penyakit. Prevensi sekunder meliputi *early detection and prompt treatment, emergency care, acute dan critical care, dan collaborate diagnosis and treatment*. Contoh: mengkaji keterbelakangan tumbuh kembang seorang anak/balita atau memotivasi keluarga untuk melakukan pemeriksaan kesehatan berkala termasuk pemeriksaan gigi dan mata secara berkala.
3. *Prevensi tersier*. Pencegahan tersier dilakukan pada kasus kecacatan atau ketidakmampuan atau tidak dapat diperbaiki (*irreversible*). Rehabilitasi sebagai tujuan pencegahan primer lebih dari upaya meng-

hambat proses penyakitnya sendiri, yaitu mengembalikan individu pada tingkat berfungsi yang optimal dari ketidakmampuannya. Prevensi tersier meliputi rehabilitasi, *longterm care*, dan *care of the dying*. Contoh: bidan mengajarkan kepada keluarga untuk melakukan perawatan anak dengan kolostomi di rumah atau membantu keluarga yang mempunyai anak dengan kelumpuhan anggota gerak untuk latihan secara teratur di rumah.

Pada praktik kebidanan komunitas, prinsip-prinsip kesehatan komunitas yang harus menjadi pertimbangan adalah sebagai berikut.

1. *Kemanfaatan*. Intervensi yang dilakukan harus memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi komunitas, artinya ada keseimbangan antara manfaat dan kerugian.
2. *Autonomi*. Komunitas diberi kebebasan untuk melakukan atau memilih alternatif yang terbaik yang disediakan untuk komunitas.
3. *Keadilan*. Melakukan upaya atau tindakan sesuai dengan kemampuan atau kapasitas komunitas.

PERAN BIDAN DI KOMUNITAS

Berikut ini adalah peran bidan di komunitas.

1. *Pemberi pelayanan kesehatan (provider)*. Memberi pelayanan kebidanan secara langsung dan tidak langsung kepada klien (individu, keluarga, kelompok dan masyarakat) dengan menggunakan asuhan kebidanan
2. *Pendidik*. Memberi pendidikan kesehatan kepada kelompok keluarga yang berisiko tinggi, kader kesehatan, dll.
3. *Pengelola*. Mengelola (merencanakan, mengorganisasi, menggerakkan, dan mengevaluasi) pelayanan kebidanan, baik secara langsung maupun tidak langsung dan menggunakan peran aktif masyarakat dalam kegiatan komunitas.
4. *Konselor*. Memberi konseling/bimbingan kepada kader, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan komunitas sesuai prioritas.
5. *Pembela klien (advokat)*. Peran bidan sebagai penasehat telah didefinisikan oleh Kohnke (1980) adalah kegiatan memberi informasi dan sokongan kepada seseorang sehingga mampu membuat keputusan

yang terbaik dan memungkinkan bagi dirinya. Sokongan dapat berupa dorongan secara verbal atau keterlibatan berdiskusi dengan petugas kesehatan lain, instansi atau anggota keluarga dalam melindungi dan memfasilitasi keluarga dan masyarakat dalam pelayanan kebidanan komunitas.

6. *Kolaborator / koordinator*. Kolaborasi dengan disiplin ilmu lain, baik lintas-program maupun sektoral.
7. *Perencana*. Peranan bidan di komunitas sebagai perencana, yaitu dalam bentuk perencanaan pelayanan kebidanan individu dan keluarga serta berpartisipasi dalam perencanaan program di masyarakat luas untuk suatu kebutuhan tertentu yang ada kaitannya dengan kesehatan.
8. *Peneliti*. Melakukan penelitian untuk mengembangkan kebidanan komunitas.

2

INDONESIA SEHAT 2010

PENDAHULUAN

Upaya besar bangsa Indonesia dalam meluruskan kembali arah pembangunan nasional yang telah dilaksanakan dalam tiga dasawarsa terakhir ini, menuntut reformasi total kebijakan pembangunan dalam segala bidang. Untuk bidang kesehatan, tuntutan reformasi total tersebut masih ada ketimpangan hasil pembangunan kesehatan antar-daerah dan antar-golongan, derajat kesehatan masyarakat yang masih tertinggal dibandingkan dengan negara tetangga, dan kurangnya kemandirian dalam pembangunan kesehatan. *Pertama*, perubahan mendasar pada dinamika kependudukan yang mendorong lahirnya transisi demografis dan epidemiologis. *Kedua*, temuan substansial dalam ilmu dan teknologi kedokteran yang membuka cakrawala baru dalam memandang proses hidup, sehat, sakit dan mati. *Ketiga*, tantangan global sebagai akibat kebijakan perdagangan bebas, serta pesatnya revolusi dalam bidang informasi, telekomunikasi, dan transportasi. *Keempat*, perubahan lingkungan yang berpengaruh terhadap derajat dan upaya kesehatan. *Kelima*, demokratisasi di segala bidang yang menuntut pemberdayaan dan kemitraan dalam pembangunan kesehatan. Untuk meningkatkan daya tangkal dan daya juang pembangunan kesehatan yang merupakan modal utama pembangunan nasional, tinjauan kembali terhadap kebijakan pembangunan kesehatan merupakan keharusan.

Perubahan pemahaman tentang konsep sehat dan sakit serta makin kayanya khasanah ilmu pengetahuan dengan informasi tentang determinan penyebab penyakit yang multifaktorial, telah menggugurkan paradigma pembangunan kesehatan yang lebih mengutamakan pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif. Pentingnya penerapan paradigma pembangunan kesehatan baru, yaitu *paradigma sehat* merupakan upaya untuk lebih meningkatkan kesehatan bangsa yang bersifat proaktif. Paradigma sehat tersebut merupakan model pembangunan kesehatan yang dalam jangka panjang mampu mendorong masyarakat untuk bersikap mandiri dalam menjaga kesehatan mereka sendiri melalui kesadaran yang lebih tinggi pada pentingnya pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif. Paradigma sehat ini pertama kali disampaikan oleh Menteri Kesehatan RI Prof. Dr. F.A. Moeloek dalam Rapat Sidang DPR Komisi VI pada tanggal 15 September 1998.

Untuk terwujudnya paradigma sehat sebagai paradigma pembangunan kesehatan yang baru, kajian yang saksama tentang dasar, visi, serta misi pembangunan kesehatan perlu segera dilakukan. Dasar-dasar visi dan misi pembangunan kesehatan seyogyanya tidak hanya mampu menghadapi kelima tantangan konvensional pembangunan kesehatan, yakni perubahan pada dinamika kependudukan, kemajuan ilmu dan teknologi, globalisasi; perubahan lingkungan dan demokratisasi, tetapi juga harus dapat mengantisipasi berbagai perubahan yang terjadi dalam milenium ketiga pada masa depan. Untuk terwujudnya Indonesia Sehat pada masa depan, dasar-dasar, visi, serta misi pembangunan kesehatan yang baru harus dapat dilaksanakan serta bertaat asas dan berkesinambungan.

Landasan pembangunan nasional adalah Pancasila, sedangkan landasan konstitusional adalah Undang-Undang Dasar 1945. Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dari pembangunan nasional. Dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan ditetapkan bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Dalam konstitusi Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO) tahun 1948, disepakati bahwa diperolehnya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya

merupakan suatu hak yang fundamental bagi setiap orang tanpa membedakan ras, agama, politik yang dianut dan tingkat sosial-ekonominya. Dasar-dasar pembangunan kesehatan pada hakikatnya adalah nilai kebenaran atau aturan pokok sebagai landasan untuk berpikir atau bertindak dalam pembangunan kesehatan. Dasar-dasar ini merupakan landasan dalam penyusunan visi, misi, strategi, dan petunjuk pokok pelaksanaan pembangunan kesehatan secara nasional yang meliputi dasar perikemanusiaan, dasar pemberdayaan dan kemandirian, dasar adil dan merata, dan dasar pengutamakan serta manfaat.

1. *Dasar perikemanusiaan.* Setiap upaya kesehatan harus berlandaskan perikemanusiaan yang dijiwai, digerakkan, dikendalikan oleh keimanan dan ketakwaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa. Tenaga kesehatan perlu berbudi luhur dan memegang teguh etika profesi.
2. *Dasar pemberdayaan dan kemandirian.* Setiap orang dan masyarakat bersama pemerintah berperan, berkewajiban, dan bertanggung jawab untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga dan lingkungannya. Setiap upaya kesehatan harus mampu membangkitkan dan mendorong peran masyarakat. Pembangunan kesehatan dilaksanakan berlandaskan pada kepercayaan atas kemampuan dan kekuatan sendiri serta bersendikan kepribadian bangsa.
3. *Dasar adil dan merata.* Dalam pembangunan kesehatan, setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, tanpa memandang suku, golongan, agama, dan status sosial-ekonominya.
4. *Dasar pengutamakan dan manfaat.* Penyelenggaraan upaya kesehatan bermutu yang mengikuti perkembangan IPTEK, lebih mengutamakan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit, serta dilaksanakan secara profesional, mempertimbangkan kebutuhan dan kondisi daerah, berhasil guna dan berdaya guna. Upaya kesehatan diarahkan agar memberi manfaat yang sebesar-besarnya bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat, serta dilaksanakan dengan penuh tanggung jawab sesuai dengan ketentuan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

STRATEGI

Setelah dilakukan analisis situasi kesehatan masyarakat, masalah, kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman maka dapat disimpulkan bahwa isu strategis yang dihadapi adalah kerja sama lintas-sektoral, sumber daya manusia kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, mutu dan keterjangkauan pelayanan kesehatan, pengutamaan dan sumber daya pembiayaan upaya kesehatan.

Kerja sama Lintas-Sektor

Sebagian dari masalah kesehatan merupakan masalah nasional yang tidak terlepas dari berbagai kebijakan sektor lain sehingga upaya ini harus secara strategis melibatkan sektor terkait. Isu utama tersebut adalah bagaimana upaya meningkatkan kerja sama lintas-sektor yang lebih efektif karena kerja sama lintas-sektor dalam pembangunan kesehatan selama ini sering kurang berhasil, banyak program nasional yang terkait dengan kesehatan tetapi pada akhirnya tidak atau kurang berwawasan kesehatan.

Pembangunan kesehatan yang dijalankan selama ini hasilnya belum optimal karena kurangnya dukungan lintas-sektor. Beberapa program sektoral yang tidak atau kurang berwawasan kesehatan sehingga memberi dampak negatif bagi kesehatan masyarakat. Sebagian dari masalah kesehatan terutama lingkungan dan perilaku berkaitan erat dengan berbagai kebijaksanaan maupun pelaksanaan program di sektor lain. Untuk itu diperlukan pendekatan lintas-sektor yang sangat baik, agar sektor-terkait dapat selalu mempertimbangkan kesehatan masyarakat. Demikian pula peningkatan upaya dan manajemen pelayanan kesehatan tidak terlepas dari peran sektor-sektor yang membidangi pembiayaan, pemerintahan dan pembangunan daerah, ketenagaan, pendidikan, perdagangan dan sosial budaya.

Sumber Daya Manusia Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

Mutu sumber daya manusia kesehatan sangat menentukan keberhasilan upaya serta manajemen kesehatan. Sumber daya manusia kesehatan yang bermutu harus selalu mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan

dan teknologi, dan berusaha untuk menguasai IPTEK yang mutakhir. Di samping itu, mutu sumber daya tenaga kesehatan ditentukan pula oleh nilai-nilai moral yang dianut dan diterapkannya dalam menjalankan tugas. Disadari bahwa sumber daya tenaga kesehatan Indonesia yang mengikuti perkembangan IPTEK dan menerapkan nilai-nilai moral etika profesi dalam era pasar bebas sebagai akibat dari globalisasi harus diantisipasi dengan meningkatkan mutu dan profesionalisme sumber daya manusia kesehatan. Hal ini diperlukan tidak saja untuk meningkatkan daya saing sektor kesehatan, tetapi juga membantu meningkatkan daya saing sektor lain. Antara lain, peningkatan komoditi ekspor bahan makanan dan makanan jadi.

Dalam kaitan desentralisasi penyelenggaraan pemerintah, peningkatan kemampuan dan profesionalisme manajer kesehatan di setiap tingkat administrasi merupakan kebutuhan yang sangat mendesak. Pemberdayaan atau kemandirian masyarakat dalam upaya kesehatan sering belum seperti yang diharapkan. Kemitraan yang setara, terbuka dan saling menguntungkan bagi masing-masing mitra dalam upaya kesehatan menjadi suatu yang sentral untuk upaya pembudayaan perilaku hidup sehat, penetapan kaidah hidup dan promosi kesehatan.

Mutu dan Keterjangkauan Pelayanan Kesehatan

Dipandang dari segi fisik penyebaran sarana pelayanan kesehatan baik puskesmas maupun rumah sakit serta sasaran kesehatan lainnya termasuk sarana penunjang upaya kesehatan, telah dapat dikatakan merata ke seluruh pelosok wilayah Indonesia. Namun, harus diakui bahwa penyebaran fisik tersebut masih belum diikuti sepenuhnya dengan peningkatan mutu pelayanan. 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.

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. Dengan demikian, peningkatan kualitas fisik serta faktor-faktor tersebut di atas merupakan prakondisi yang harus

dipenuhi. Selanjutnya, proses pemberian pelayanan ditingkatkan melalui peningkatan pendidikan umum, penyuluhan kesehatan, komunikasi yang baik antara pemberi pelayanan dan masyarakat.

Pengutamaan dan Sumber Daya Pembiayaan Upaya Kesehatan

Upaya kesehatan masih kurang mengutamakan pendekatan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan serta pencegahan penyakit, dan kurang didukung oleh sumber daya pembiayaan yang memadai. Disadari bahwa keterbatasan dana pemerintah dan masyarakat merupakan ancaman yang besar bagi kelangsungan program pemerintah serta ancaman terhadap pencapaian derajat kesehatan yang optimal. Dengan demikian, diperlukan upaya yang lebih intensif untuk peningkatan sumber daya pembiayaan dari sektor publik yang diutamakan untuk kegiatan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan serta pencegahan penyakit. Sumber daya pembiayaan untuk upaya penyembuhan dan pemulihan perlu digali lebih banyak dari sumber-sumber yang ada di masyarakat dan diarahkan agar lebih rasional dan lebih berhasil dan berdaya guna untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pengeluaran langsung masyarakat digunakan secara kurang efektif dan efisien sebagai akibat adanya informasi yang tidak sama antara pemberi pelayanan dan penerima pelayanan (pasien dan keluarganya). Keadaan ini mendorong perlunya langkah strategis dalam menciptakan sistem pembiayaan yang bersifat pra-upaya yang sering dikenal dengan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM).

Ketersediaan sumber daya yang terbatas, khususnya di sektor publik mengharuskan adanya upaya-upaya untuk meningkatkan peran sektor swasta, khususnya dalam upaya yang bersifat penyembuhan dan pemulihan. Upaya tersebut dilakukan melalui pemberdayaan sektor swasta agar mandiri, antara sektor publik dan swasta sehingga sumber daya yang ada dapat dimanfaatkan secara optimal.

VISI DAN MISI PEMBANGUNAN KESEHATAN

Gambaran masyarakat Indonesia di masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan adalah masyarakat, bangsa dan negara

yang ditandai oleh penduduknya hidup dalam lingkungan dan berperilaku hidup sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di seluruh wilayah Republik Indonesia. Gambaran keadaan masyarakat Indonesia di masa depan atau visi yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan tersebut dirumuskan sebagai *Indonesia Sehat 2010*.

Dengan adanya rumusan visi tersebut, lingkungan yang diharapkan pada masa depan adalah lingkungan yang kondusif bagi terwujudnya keadaan sehat, yaitu lingkungan yang bebas dari polusi, tersedianya air bersih, sanitasi lingkungan yang memadai, perumahan dan permukiman yang sehat, perencanaan kawasan yang berwawasan kesehatan, serta terwujudnya kehidupan masyarakat yang saling tolong menolong dengan memelihara nilai-nilai budaya bangsa.

Perilaku masyarakat Indonesia Sehat 2010 adalah perilaku proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah risiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit, serta berpartisipasi aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat. Selanjutnya, masyarakat mempunyai kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu. Pelayanan kesehatan yang tersedia adalah pelayanan yang berhasil guna dan berdaya guna yang tersebar secara merata di seluruh Indonesia. Dengan demikian, dapat terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Untuk dapat mewujudkan visi Indonesia Sehat 2010, ditetapkan empat misi pembangunan kesehatan sebagai berikut.

Pembangunan Nasional Berwawasan Kesehatan

Keberhasilan pembangunan kesehatan tidak semata-mata ditentukan oleh hasil kerja keras sektor kesehatan, tetapi sangat dipengaruhi oleh hasil kerja keras serta kontribusi positif berbagai sektor pembangunan lainnya. Untuk optimalisasi hasil serta kontribusi positif tersebut, harus dapat diupayakan masuknya wawasan kesehatan sebagai asas pokok program pembangunan nasional. Dengan kata lain, untuk dapat terwujudnya Indonesia Sehat 2010, para penanggung jawab pro-

gram pembangunan harus memasukkan pertimbangan kesehatan dalam semua kebijakan pembangunannya.

Kemandirian Masyarakat untuk Hidup Sehat

Kesehatan adalah tanggung jawab bersama dari setiap individu, masyarakat, pemerintah, dan swasta. Apapun peran yang dimainkan oleh pemerintah, tanpa kesadaran individu dan masyarakat untuk secara mandiri menjaga kesehatan mereka, hanya sedikit tujuan yang akan tercapai. Perilaku yang sehat dan kemampuan masyarakat untuk memilih dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu sangat menentukan keberhasilan pembangunan kesehatan. Oleh karena itu, salah satu upaya kesehatan pokok atau misi sektor kesehatan adalah mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat.

Pemeliharaan dan Peningkatan Pelayanan Kesehatan

Memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, dan terjangkau mengandung makna bahwa salah satu tanggung jawab sektor kesehatan adalah menjamin tersedianya pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, dan terjangkau oleh masyarakat. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan tidak semata-mata berada di tangan pemerintah, tetapi mengikutsertakan sebesar-besarnya peran serta aktif segenap anggota masyarakat dan berbagai potensi swasta.

Pemeliharaan dan Peningkatan Kesehatan

Memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga, masyarakat, dan lingkungannya mengandung makna bahwa tugas utama sektor kesehatan adalah memelihara dan meningkatkan kesehatan segenap warga negaranya, yakni setiap individu, keluarga, dan masyarakat Indonesia, tanpa meninggalkan upaya menyembuhkan penyakit dan/atau memulihkan kesehatan penderita. Untuk terselenggaranya tugas ini, penyelenggara upaya kesehatan yang harus diutamakan adalah yang bersifat promotif dan preventif dan didukung oleh upaya kuratif dan/atau rehabilitatif. Agar dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga, dan masyarakat diperlukan pula terciptanya lingkungan

yang sehat. Oleh karena itu, tugas-tugas penyehatan lingkungan harus lebih diprioritaskan.

KEBIJAKAN UMUM DAN STRATEGI PEMBANGUNAN KESEHATAN

Tujuan pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010 adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Hal ini dicapai melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang hidup dalam lingkungan dan berperilaku sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, serta memiliki derajat kesehatan yang optimal di seluruh wilayah Indonesia. Sasaran pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010 adalah sebagai berikut.

1. *Perilaku hidup sehat.* Meningkatnya secara bermakna jumlah ibu hamil yang memeriksakan diri dan melahirkan ditolong oleh tenaga kesehatan, jumlah bayi yang memperoleh imunisasi lengkap, jumlah bayi yang memperoleh ASI eksklusif, jumlah anak balita yang ditimbang setiap bulan, jumlah pasangan usia subur (PUS), peserta keluarga berencana (KB), jumlah penduduk yang makan gizi seimbang, jumlah penduduk yang memperoleh air bersih, jumlah penduduk yang buang air besar di jamban, jumlah pemukiman bebas vektor dan hewan pengerat, jumlah rumah yang memenuhi syarat kesehatan, jumlah penduduk yang berolahraga, dan istirahat teratur, jumlah keluarga dengan komunikasi internal dan eksternal, jumlah keluarga yang menjalankan ajaran agama dengan baik, jumlah pengendara yang menggunakan peralatan keselamatan, jumlah penduduk yang merasa aman berada di kediaman dan tempat umum, jumlah penduduk yang tidak merokok dan tidak minum minuman keras/obat zat adiktif, jumlah penduduk yang tidak berhubungan seks di luar nikah, serta jumlah penduduk yang menjadi peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM).
2. *Lingkungan sehat.* Peningkatan secara bermakna jumlah wilayah/kawasan sehat, tempat umum yang sehat, tempat pariwisata yang sehat, tempat kerja yang sehat, rumah dan bangunan yang sehat,

sarana sanitasi, sarana air minum, sarana pembuangan limbah, lingkungan sosial termasuk pergaulan yang sehat, dan keamanan lingkungan, serta berbagai standar dan peraturan perundang-undangan yang mendukung terwujudnya lingkungan sehat.

3. *Upaya kesehatan.* Peningkatan secara bermakna jumlah sarana kesehatan yang bermutu, jangkauan dan cakupan pelayanan kesehatan, penggunaan obat generik dalam pelayanan kesehatan, penggunaan obat secara rasional, pemanfaatan pelayanan promotif dan preventif, biaya kesehatan yang dikelola secara efisien, serta ketersediaan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan.
4. *Manajemen pembangunan kesehatan.* Peningkatan secara bermakna sistem informasi pembangunan kesehatan, kemampuan daerah dalam pelaksanaan desentralisasi pembangunan kesehatan, kepemimpinan dan manajemen kesehatan, peraturan perundang-undangan yang mendukung pembangunan kesehatan, kerja sama lintas-program dan sektor.
5. *Derajat kesehatan.* Peningkatan secara bermakna usia harapan hidup, menurunnya angka kematian bayi dan ibu, menurunnya angka kesakitan beberapa penyakit penting, menurunnya angka kecacatan dan ketergantungan, serta meningkatnya status gizi masyarakat, dan menurunnya angka fertilitas.

Kebijakan Indonesia Sehat 2010

Tujuan pembangunan kesehatan dicapai dengan dasar-dasar dan penyelenggaraan tersebut di atas. Penyelenggaraan upaya kesehatan perlu memerhatikan kebijakan umum yang dikelompokkan sebagai berikut.

Peningkatan kerja sama lintas-sektor

Untuk optimalisasi hasil pembangunan berwawasan kesehatan, kerja sama lintas-sektor merupakan hal yang utama, karena itu perlu digalang serta dimantapkan secara saksama. Sosialisasi masalah-masalah kesehatan kepada sektor lain perlu dilakukan secara intensif dan berkala. Kerja sama lintas-sektor harus mencakup tahap perencanaan, pelaksanaan, penilaian, dan berlandaskan dasar-dasar pembangunan kesehatan.

Peningkatan perilaku, pemberdayaan masyarakat, dan kemitraan swasta

Masyarakat dan swasta perlu berperan aktif dalam penyelenggaraan upaya kesehatan. Dalam hal ini, perilaku hidup manusia sejak usia dini melalui berbagai kegiatan penyuluhan dan pendidikan kesehatan, sehingga menjadi bagian dari norma hidup dan budaya masyarakat dalam rangka meningkatkan kesadaran dan kemandirian untuk hidup sehat. Peran masyarakat dalam pembangunan kesehatan terutama melalui penerapan konsep pembangunan kesehatan masyarakat tetap didorong dan bahkan dikembangkan untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan serta kesinambungan upaya kesehatan.

Kemitraan swasta lebih dikembangkan dengan memberi kemudahan dalam membangun terutama pelayanan kesehatan rujukan rumah sakit dan pelayanan medik lainnya dengan memerhatikan efisiensi seluruh sistem pelayanan kesehatan. Kemitraan swasta juga ditingkatkan dalam pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan. Peran organisasi masyarakat ditingkatkan terutama menyangkut penyusunan dan pemantauan standar kode etik profesi dalam pelayanan kesehatan. Organisasi profesi didorong untuk berperan aktif mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan, membantu pemerintah dalam perumusan kebijakan dan pengolahan serta pemantauan pelaksanaan pembangunan kesehatan, dan berfungsi pula memberi masukan untuk mengembangkan sumber daya manusia kesehatan.

Peningkatan kesehatan lingkungan

Kesehatan lingkungan perlu diselenggarakan untuk mewujudkan kualitas lingkungan. Lingkungan yang sehat, yaitu lingkungan yang bebas dari risiko yang membahayakan kesehatan dan keselamatan hidup manusia. Upaya ini perlu untuk meningkatkan mutu lingkungan hidup dan meningkatkan kemauan dan kemampuan pemerintah dan masyarakat dalam merencanakan pembangunan berwawasan kesehatan.

Kesehatan lingkungan pemukiman, tempat kerja, tempat umum, dan tempat wisata ditingkatkan melalui penyediaan serta pengawasan mutu air yang memenuhi persyaratan terutama perpipaan, tempat pembuangan sampah, penyediaan sarana pembuangan air limbah, serta berbagai sarana sanitasi lingkungan lainnya. Kualitas air, udara, dan tanah ditingkatkan

untuk menjamin hidup sehat dan produktif sehingga masyarakat terhindar dari keadaan yang dapat menimbulkan bahaya kesehatan. Untuk itu, diperlukan peningkatan dan perbaikan peraturan perundang-undangan, pendidikan lingkungan sehat sejak dari usia muda, serta pembakuan standar lingkungan.

Pengendalian terhadap penyebab, pembawa, dan sumber penyakit perlu dilakukan untuk terciptanya lingkungan yang sehat bagi segenap penduduk. Perhatian khusus diberikan pada gangguan lingkungan karena penggunaan teknologi dan bahan berbahaya, eksplorasi sumber daya alam yang berlebihan, dan bencana, baik oleh alam maupun ulah manusia. Dampak global perubahan cuaca perlu diwaspadai terutama yang terkait dengan terjadinya berbagai gangguan kesehatan di samping dampak negatif kelangkaan bahan pangan yang berpengaruh terhadap gizi penduduk.

Peningkatan upaya kesehatan

Penyelenggaraan upaya kesehatan dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan melalui upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan, dan upaya khusus melalui pelayanan kemanusiaan dan kedaruratan atau krisis. Selanjutnya, pemerataan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan perlu terus-menerus diupayakan.

Dalam rangka mempertahankan status kesehatan masyarakat selama krisis ekonomi, upaya kesehatan diprioritaskan untuk mengatasi dampak krisis selain tetap mempertahankan peningkatan pembangunan kesehatan. Perhatian khusus dalam mengatasi dampak krisis diberikan kepada kelompok berisiko, yaitu keluarga miskin agar derajat kesehatannya tidak memburuk dan tetap hidup produktif. Pemerintah bertanggung jawab terhadap biaya pelayanan kesehatan untuk penduduk miskin.

Setelah melewati masa krisis ekonomi, status kesehatan masyarakat ditingkatkan melalui pencegahan dan pengurangan morbiditas, mortalitas, dan kecacatan dalam masyarakat, terutama pada bayi, anak balita, dan wanita hamil, melahirkan dan masa nifas, melalui upaya peningkatan (promosi) hidup sehat, pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, serta pengobatan penyakit dan rehabilitasi. Prioritas utama diberikan kepada penanggulangan penyakit menular dan wabah yang cenderung meningkat.

Perhatian yang lebih besar diberikan untuk mewujudkan produktivitas kerja yang tinggi, melalui berbagai upaya pelayanan kesehatan kerja termasuk perbaikan gizi dan kebugaran jasmani, tenaga kerja, dan upaya kesehatan lain yang menyangkut kesehatan lingkungan kerja dan lingkungan pemukiman, terutama bagi penduduk yang tinggal di daerah kumuh.

Peningkatan upaya kesehatan dilakukan dengan menggalang kemitraan sektor swasta dan potensi masyarakat. Peningkatan upaya kesehatan sektor pemerintah lebih diutamakan pada pelayanan kesehatan yang berdampak luas terhadap kesehatan masyarakat, sedangkan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat penyembuhan dan pemulihan penyakit terutama dipercayakan kepada swasta. Pelayanan kesehatan dasar yang diselenggarakan melalui puskesmas, puskesmas pembantu, bidan di desa, dan upaya pelayanan kesehatan swasta ditingkatkan pemerataan dan mutunya. Begitu pula dengan pelayanan kesehatan rujukan yang diselenggarakan oleh rumah sakit milik pemerintah maupun swasta. Peningkatan pemerataan dilakukan penempatan bidang di desa, pengembangan puskesmas yang sudah ada dan membangun puskesmas pembantu lengkap dengan sarannya. Peningkatan kualitas dilakukan melalui pelaksanaan jaminan mutu oleh puskesmas dan rumah sakit.

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, beriman, dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, serta berpegang teguh pada pengabdian bangsa dan negara dan etika profesi. Pengembangan tenaga kesehatan bertujuan untuk meningkatkan pemberdayaan atau daya guna tenaga dan penyediaan jumlah serta mutu tenaga kesehatan dari masyarakat dan pemerintah yang mampu melaksanakan pembangunan kesehatan. Dalam perencanaan tenaga kesehatan, perlu diutamakan penentuan kebutuhan tenaga di berbagai negara di luar negeri dalam rangka globalisasi.

Pengembangan karier tenaga kesehatan masyarakat dan pemerintah perlu ditingkatkan dengan terarah dan saksama serta diserasikan secara

bertahap. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM), yakni cara pelayanan kesehatan melalui pembayaran secara pra-upaya, dikembangkan terus untuk menjamin terselenggaranya pemeliharaan kesehatan yang lebih merata dan bermutu dengan raga yang terkendali. JPKM diselenggarakan sebagai upaya bersama antara masyarakat, swasta dan pemerintah untuk memenuhi kebutuhan biaya pelayanan kesehatan yang terus meningkat. Tarif pelayanan kesehatan perlu disesuaikan atas dasar nilai jasa dan barang yang diterima oleh anggota masyarakat yang memperoleh pelayanan. Masyarakat yang tidak mampu akan dibantu melalui sistem JPKM yang disubsidi oleh pemerintah bersamaan dengan itu dikembangkan pula asuransi kesehatan sebagai pelengkap/pendamping JPKM. Pengembangan asuransi kesehatan berada di bawah pembinaan pemerintah dan asosiasi perusahaan asuransi. Secara bertahap puskesmas dan rumah sakit milik pemerintah akan dikelola secara swadana.

Dalam upaya meningkatkan perbekalan kesehatan, pengadaan dan produksi bahan baku obat yang secara ekonomi menguntungkan terus ditingkatkan. Pengadaan, produksi, dan distribusi obat-jadi ditingkatkan efisiensi dan mutunya sehingga masyarakat dapat memperoleh obat yang bermutu dengan harga terjangkau. Pemakaian obat yang rasional, terutama obat generik, lebih digalakkan melalui upaya promosi dan penyuluhan bagi tenaga kesehatan dan masyarakat umum. Obat-obatan tradisional yang bermanfaat bagi kesehatan akan dimanfaatkan secara terintegrasi dalam pelayanan kesehatan masyarakat sendiri. Selain itu, akan dikembangkan terus melalui pembinaan oleh pemerintah maupun asosiasi profesi.

Pembinaan kualitas makanan dan minuman yang dipasarkan dan dikonsumsi oleh masyarakat ditingkatkan untuk melindungi masyarakat dari bahan dan organisme yang membahayakan.

Kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan

Kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan perlu ditingkatkan terutama melalui peningkatan secara strategis dalam kerja sama antara sektor kesehatan dan sektor lain yang terkait, antar-berbagai program kesehatan, dan antar-pelaku pembangunan kesehatan sendiri. Manajemen upaya kesehatan yang terdiri dari perencanaan, pelaksanaan, pengendalian dan penilaian diselenggarakan secara sistematis untuk

menjamin upaya kesehatan yang terpadu dan menyeluruh. Manajemen tersebut didukung oleh sistem informasi yang andal guna menghasilkan pengambilan keputusan dan cara kerja yang efisien. Sistem informasi tersebut dikembangkan secara komprehensif di berbagai tingkat administrasi kesehatan sebagai bagian dari pengembangan administrasi modern. Organisasi dan departemen kesehatan perlu menyesuaikan kembali dengan fungsi-fungsi regulasi, perencanaan nasional, pembinaan, dan pengawasan.

Desentralisasi dipercepat melalui pelimpahan tanggung jawab pengelolaan upaya kesehatan kepada daerah. Dinas kesehatan ditingkatkan terus kemampuan manajemennya sehingga dapat melaksanakan secara lebih bertanggung jawab dalam perencanaan, pembiayaan pelaksana upaya kesehatan. Peningkatan kemampuan manajemen tersebut dilakukan melalui rangkaian pendidikan dan pelatihan yang sesuai dengan pembangunan kesehatan yang ada.

Upaya tersebut perlu didukung oleh tersedianya pembiayaan kesehatan yang memadai. Untuk itu, perlu diupayakan peningkatan pendanaan kesehatan, baik yang berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Nasional maupun dari Anggaran Pembangunan dan Belanja Daerah. Sumber pendapatan untuk pembangunan kesehatan dapat digali dari pengenaan pajak atas barang konsumen yang merugikan kesehatan, seperti cukai rokok dan tembakau dan pajak atas minuman keras. Kerja sama internasional mungkin diperlukan, tetapi kepercayaan terhadap kemampuan dan kekuatan sendiri dalam pembangunan kesehatan perlu diutamakan.

Peningkatan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan

Penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan akan terus dikembangkan secara terarah dan bertahap dalam rangka menunjang upaya kesehatan, utamanya untuk mendukung perumusan kebijaksanaan, membantu memecahkan masalah kesehatan dan mengatasi kendala pelaksanaan program kesehatan. Penelitian dan pengembangan kesehatan akan terus dikembangkan melalui jaringan kemitraan dan didesentralisasikan sehingga menjadi bagian penting dari pembangunan kesehatan daerah.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

kuratif dan rehabilitatif, kedua pelayanan yang pertama tersebut dapat lebih diutamakan. Untuk terselenggaranya pembangunan berwawasan kesehatan, perlu dilaksanakan kegiatan sosialisasi, orientasi, kampanye, dan pelatihan sehingga semua pihak yang terkait (*stakeholders*) memahami dan mampu melaksanakan pembangunan nasional berwawasan kesehatan. Selain itu, perlu dilakukan kegiatan penjabaran konsep lebih lanjut sehingga menjadi operasional dan terukur pencapaian dan dampak yang dihasilkannya.

Faktor penentu keberhasilan strategi pembangunan nasional berwawasan kesehatan adalah:

1. Wawasan kesehatan sebagai asas pembangunan nasional.
2. Paradigma sehat sebagai komitmen gerakan nasional.
3. Sistem yang mendorong aspek promotif dan preventif dalam pemeliharaan kesehatan komprehensif
4. Dukungan sumber daya yang berkesinambungan
5. Sosialisasi internal dan eksternal.

Profesionalisme

Pelayanan kesehatan yang bermutu perlu didukung oleh penerapan berbagai kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi serta penerapan nilai-nilai moral dan etika. Untuk itu, akan ditetapkan standar kompetensi, akreditasi, legislasi, dan kegiatan peningkatan kualitas lainnya.

Jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM)

Untuk menetapkan kemandirian masyarakat dalam hidup sehat, perlu digalang peran serta masyarakat yang seluas-luasnya termasuk dalam pembiayaan. JPKM pada dasarnya merupakan penataan sistem pembiayaan kesehatan yang mempunyai peranan yang besar pula untuk mempercepat pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan.

Desentralisasi

Untuk keberhasilan pembangunan kesehatan, penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan harus berangkat dari masalah dan potensi spesifik masing-masing daerah. Untuk itu, wewenang yang lebih besar didelegasikan kepada daerah untuk mengatur sistem pemerintah dan rumah tangga sendiri, termasuk di bidang kesehatan.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Program ke-4: Obat, Makanan, dan Bahan Berbahaya. Program ini bertujuan untuk melindungi masyarakat dari bahaya penyalahgunaan dan kesalahgunaan obat, narkotika, psikotropika, dan zat adiktif (napza), penggunaan sediaan farmasi, makanan dan alat kesehatan yang tidak memenuhi persyaratan mutu dan keamanan, serta meningkatkan potensi daya saing industri farmasi terutama yang berbasis sumber daya alam dalam negeri.

Program ke-5: Sumber Daya Kesehatan. Program ini bertujuan untuk meningkatkan ketersediaan dan keterjangkauan daya kesehatan serta efektivitas dan efisiensi penggunaannya.

Program ke-6: Kebijakan dan Manajemen Pembangunan Kesehatan. Tujuan dari program ini adalah menyediakan dukungan kebijakan dan menjamin manajemen sumber daya yang efektif dan efisien bagi pembangunan kesehatan.

Menyadari keterbatasan sumber daya yang disesuaikan dengan prioritas masalah dan kecenderungan yang akan datang, ditetapkan 10 program unggulan sebagai berikut.

1. Kebijakan kesehatan, pembiayaan kesehatan, dan hukum kesehatan.
2. Perbaikan gizi.
3. Pencegahan penyakit menular, termasuk imunisasi.
4. Meningkatkan perilaku hidup sehat dan kesehatan sentral.
5. Lingkungan pemukiman, air, dan udara sehat.
6. Kesehatan keluarga, kesehatan reproduksi, dan keluarga berencana.
7. Keselamatan dan kesehatan kerja.
8. Pengawasan obat, bahan berbahaya, makanan, dan minuman.
9. Anti tembakau, alkohol, dan madat.
10. Pencegahan kecelakaan dan ruda-paksa, termasuk keselamatan lalu lintas.

Departemen kesehatan masih memiliki sejumlah kendala untuk mewujudkan Indonesia Sehat. Hal itu menjadi pokok bahasan Depkes dalam buku *Perjalanan Menuju Indonesia Sehat 2010*. Walaupun pemerintah telah siap menjalankan program Indonesia Sehat 2010, masih ada sejumlah kendala utama yang harus dihadapi oleh Departemen Kesehatan dalam upaya membangun masyarakat yang sehat. Kendala pertama terletak

pada tenaga kesehatan. Kendala kedua, pembiayaan kesehatan. Kendala ketiga, kendala dalam penyediaan data dan informasi kesehatan. Kendala keempat, kendala ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan. Kendala ini tidak menjadi halangan dan keraguan bagi Depkes untuk terus maju memerangi masalah kesehatan yang dialami oleh bangsa Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat, Keputusan Menteri Kesehatan No. 1202/MENKES/SK/VIII/2003 (2003). Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

Modul dan Materi Promosi Kesehatan untuk Politeknik/D3 Kesehatan (2003). Jakarta: Departemen Kesehatan RI Pusat Promosi Kesehatan dan Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan.

www.depkes.go.id/index.php?option=new&task=viewarticle&sid=30&

www.pharmasindo.com/Detail.asp?ID=02121609015&Cat=News

3

MASALAH KEBIDANAN DI KOMUNITAS

Masalah kerusakan lingkungan hidup manusia di bumi telah diketahui secara umum dan berdampak merugikan kesehatan ibu dan bayi sehingga mengakibatkan kematian. Masalah kebidanan komunitas terdiri dari kematian ibu dan bayi, kehamilan remaja, *unsafe abortion*, berat badan lahir rendah (BBLR), tingkat kesuburan, asuhan antenatal (*antenatal care*, ANC) yang kurang di komunitas, pertolongan persalinan non-kesehatan, sindrom pra-menstruasi, perilaku dan sosial budaya yang berpengaruh pada pelayanan kebidanan komunitas. Penting bagi bidan memberi pelayanan yang komprehensif dan menyeluruh kepada semua lapisan masyarakat. Bidan dapat mengetahui kebutuhan pelayanan kebidanan.

Menurut McCharty dan Maine (1992) dalam kerangka konsepnya mengemukakan bahwa peran determinan sebagai landasan yang melatarbelakangi dan menjadi penyebab langsung dan tidak langsung dari identifikasi kematian ibu dan bayi, kehamilan remaja, *unsafe abortion*, BBLR, dan tingkat kesuburan yang ada di komunitas. Faktor determinan tersebut adalah sebagai berikut.

1. Determinan proksi/hasil.
 - a. Kejadian kehamilan.
 - b. Komplikasi kehamilan dan persalinan (perdarahan, infeksi, eklamsia, partus macet, ruptur uteri).
 - c. Kematian, kecacatan.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

merupakan masalah besar dalam disiplin ilmu kedokteran (andrologi, seksologi, penyakit kulit dan kelamin, kebidanan dan kandungan).

Langkah-langkah untuk mengendalikan masalah kehamilan remaja adalah sebagai berikut.

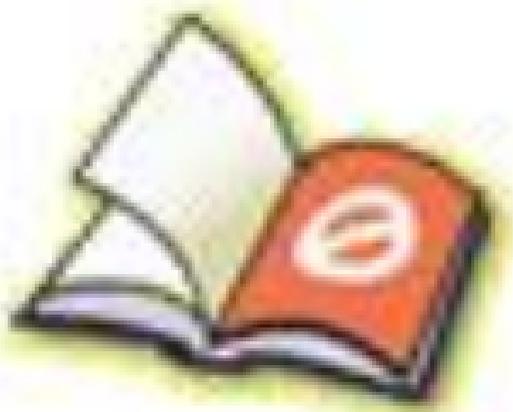
1. Sebelum terjadi kehamilan.
 - a. Menjaga kesehatan reproduksi dengan jalan melakukan hubungan seksual yang bersih dan aman.
 - b. Menghindari multipartner (umumnya sulit dihindari).
 - c. Menggunakan alat kontrasepsi, di antaranya kondom, pil, dan suntikan sehingga terhindar dari kehamilan yang tidak diinginkan.
 - d. Memberi pendidikan seksual sejak dini.
 - e. Meningkatkan iman dan taqwa kepada Tuhan YME sesuai ajaran agama masing-masing.
 - f. Segera setelah hubungan seksual menggunakan KB darurat penginduksi haid atau misoprostol dan lainnya.
2. Setelah terjadi kehamilan. Setelah terjadi konsepsi sampai nidasi, persoalannya makin sulit karena secara fisik hasil konsepsi dan nidasi mempunyai beberapa ketetapan sebagai berikut.
 - a. Hasil konsepsi dan nidasi mempunyai hak untuk hidup dan mendapatkan perlindungan.
 - b. Hasil konsepsi dan nidasi merupakan zigot yang mempunyai potensi untuk hidup.
 - c. Hasil konsepsi dan nidasi nasibnya ditentukan oleh ibu yang mengandung.
 - d. Hasil konsepsi dan nidasi mempunyai landasan moral yang kuat karena potensinya untuk tumbuh-kembang menjadi generasi yang didambakan setiap keluarga.

Berdasarkan pertimbangan tersebut langkah yang dapat diambil antara lain sebagai berikut.

1. Membiarkan tumbuh-kembang janin sampai lahir, sekalipun tanpa ayah yang jelas dan selanjutnya menjadi tanggung jawab negara. Pasangan dinikahkan sehingga bayi yang lahir mempunyai keluarga yang sah.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

- **Bayi lebih bulan** : Bayi dengan masa kehamilan mulai 42 minggu atau lebih (294 hari atau lebih).

Menurut Saifuddin (2001), Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) ialah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram (sampai dengan 2499 gram). Menurut Depkes RI (1996), bayi berat lahir rendah ialah bayi yang lahir dengan berat 2500 gram atau kurang tanpa memerhatikan usia kehamilan.

Dari pengertian tersebut, BBLR dapat dibagi menjadi dua golongan, yaitu prematuritas murni dan dismaturitas. Disebut *Prematuritas murni* jika masa gestasinya kurang dari 37 minggu dan berat badannya sesuai dengan berat badan untuk masa gestasinya, biasa pula disebut neonatus kurang bulan sesuai masa kehamilan (NKB-SMK). *Dismaturitas* ialah bayi lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa gestasinya. Artinya, bayi mengalami retardasi pertumbuhan intrauterin dan merupakan bayi yang kecil untuk masa kehamilannya. (Alatas dan Hasan, 1985).

Menurut Rustam (1998), diagnosis dan gejala klinik dibagi dua, yaitu sebagai berikut.

1. **Sebelum bayi lahir.** Pada anamnesis sering dijumpai adanya riwayat abortus, partus prematurus, lahir mati, pembesaran uterus tidak sesuai dengan usia kehamilan, pergerakan janin yang pertama terjadi lebih lambat, penambahan berat badan ibu sangat lambat tidak seperti seharusnya, sering dijumpai kehamilan dengan oligohidramnion, hiperemesis gravidarum, dan perdarahan antepartum.
2. **Setelah bayi lahir.**
 - a. **Bayi dengan retardasi pertumbuhan intrauterin.** Secara klasik tampak seperti bayi yang kelaparan. Tanda-tanda bayi ini adalah tengkorak kepala keras, gerakan bayi terbatas, verniks kaseosa sedikit atau tidak ada, kulit tipis, kerang, berlipat-lipat, mudah diangkat.
 - b. **Bayi prematur.** Verniks kaseosa ada, jaringan lemak bawah kulit sedikit, menangis lemah, tonus otot hipotoni, kulit tipis, kulit merah dan transparan.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



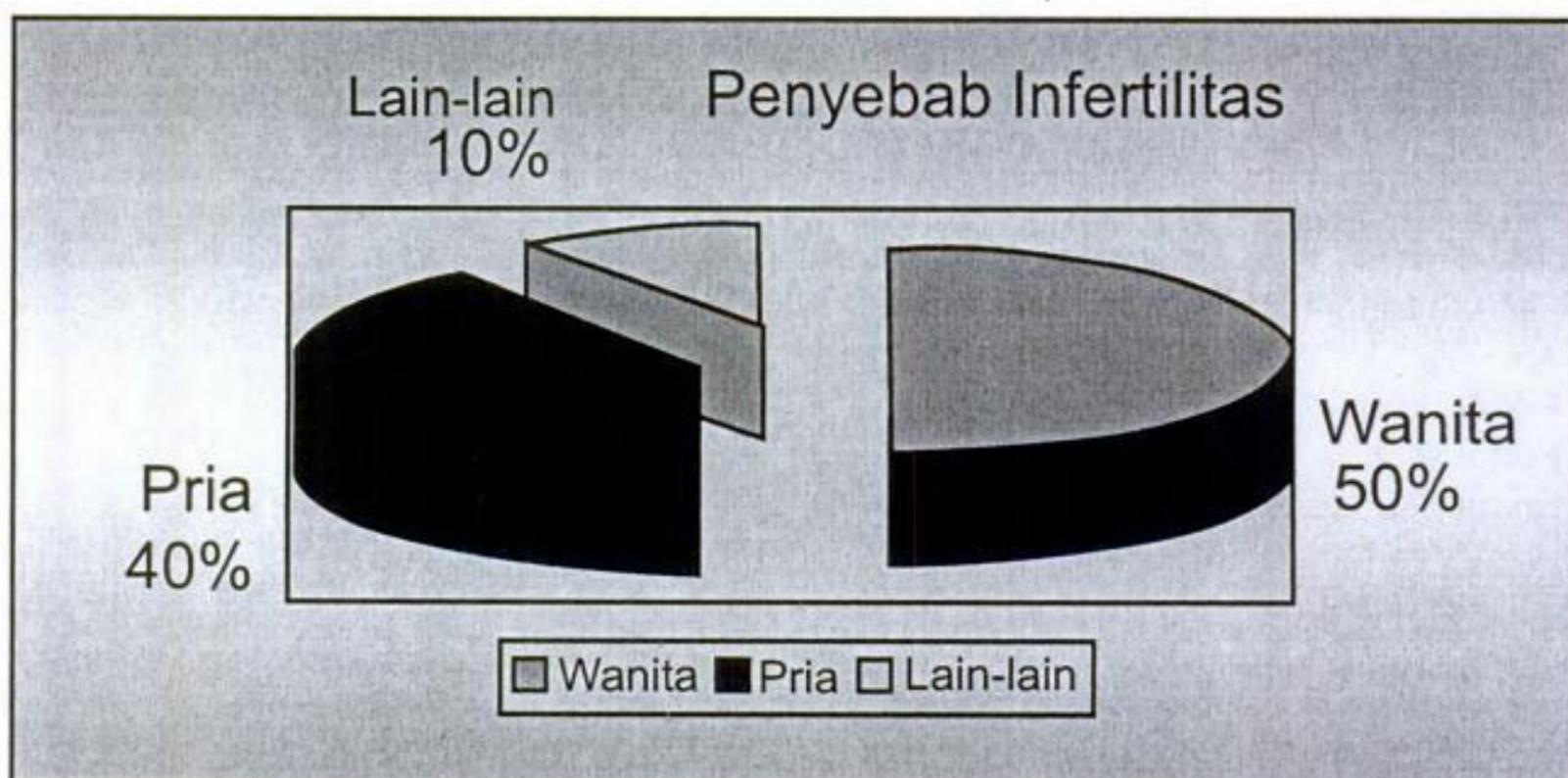
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

TABEL 4-2 Penyebab infertilitas dari faktor suami dan istri

	Disengaja	Tidak disengaja
Istri	<p>Cara rakyat (seperti irigasi air garam jenuh)</p> <p>Istibra berkala</p> <p>Cara kimiawi berupa salep atau tablet</p> <p>Cara mekanik</p> <p>KB</p>	<p>Gangguan ovulasi (mis., karena kelainan ovarium atau gangguan hormon).</p> <p>Kelainan mekanis yang menghalangi pembuahan seperti kelainan tuba, endometriosis, stenosis kanalis servikalis atau himen, fluor albus</p>
Suami	<p>Koitus interuptus</p> <p>Kondom</p> <p>Sterilisasi</p> <p>Obat-obatan dan alkohol</p>	<p>Infeksi (prostatitis, epididimis, parotitis)</p> <p>Ejakulasi retrograd</p> <p>Varikokel</p> <p>Panas dan radiasi</p> <p>Kelainan kongenital dan kromosom</p> <p>Antobodi antispermia</p> <p>Disfungsi seksual</p> <p>Gangguan spermatogenesis (aspermia, hipospermia, nekrosperma) karena kelainan, penyakit testes, kelainan endokrin</p> <p>Kelainan mekanis sehingga sperma tidak dapat dikeluarkan ke dalam puncak vagina</p>

**Gambar 4-1** Penyebab infertilitas.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

- *Langkah I (anamnesis)*, cara yang terbaik untuk mencari penyebab infertilitas pada wanita. Banyak faktor penting yang berkaitan dengan infertilitas dapat ditanyakan pada pasien. Anamnesis meliputi hal-hal berikut.
 1. Lama fertilitas.
 2. Riwayat haid, ovulasi, dan dismenorea.
 3. Riwayat sanggama, frekuensi sanggama, dispareunia.
 4. Riwayat komplikasi pascapartum, abortus, kehamilan ektopik, kehamilan terakhir.
 5. Konstrasepsi yang pernah digunakan.
 6. Pemeriksaan infertilitas dan pengobatan sebelumnya.
 7. Riwayat penyakit sistemik (tuberkulosis, diabetes melitus, tiroid).
 8. Pengobatan radiasi, sitostatika, alkoholisme.
 9. Riwayat bedah perut/hipofisis/ginekologi.
 10. Riwayat PID, PHS, leukorea.
 11. Riwayat keluar ASI.
 12. Pengetahuan kesuburan.
- *Langkah II (analisis hormonal)*, dilakukan jika dari hasil anamnesis ditemukan riwayat, atau sedang mengalami gangguan haid, atau dari pemeriksaan dengan suhu basal badan (SBB) ditemukan anovulasi. Hiperprolaktinemia menyebabkan gangguan sekresi GnRH yang akibatnya terjadi anovulasi. Kadar normal prolaktin adalah 5-25 ng/ml. Pemeriksaan dilakukan antara pukul 7 sampai 10. Jika ditemukan kadar prolaktin >50 ng/ml disertai gangguan haid, perlu dipikirkan ada tumor di hipofisis. Pemeriksaan gonadotropin dapat memberi informasi tentang penyebab tidak terjadinya haid.
- *Langkah III (uji pasca-sanggama)*. Tes ini dapat memberi informasi tentang interaksi antara sperma dan getah serviks. Untuk pelaksanaan uji pasca-sanggama telah dijelaskan sebelumnya. Jika hasil UPS negatif, perlu dilakukan evaluasi kembali terhadap sperma. Hasil UPS yang normal dapat menyimpulkan penyebab infertilitas suami.
- *Langkah IV (penilaian ovulasi)*. Penilaian ovulasi dapat diukur dengan pengukuran suhu basal badan (SBB). SBB dikerjakan setiap



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

nisasi sosial masyarakat dalam memecahkan masalah yang dirasakan oleh masyarakat dengan pokok penekanan pada hal-hal berikut.

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

Tujuan pendekatan edukatif.

1. Memecahkan masalah yang dihadapi masyarakat
2. Mengembangkan kemampuan masyarakat untuk dapat memecahkan masalahnya sendiri secara swadaya dan gotong royong.

Provider adalah sektor yang bertanggung jawab secara teknis terhadap program-program yang dikembangkan dalam pengembangan kemampuan masyarakat untuk dapat memecahkan masalahnya sendiri secara swadaya dan gotong royong.

Langkah-langkah pendekatan edukatif.

1. Pendekatan pada tokoh masyarakat.
 - a. Nonformal untuk penjagaan lahan.
 - b. Formal dengan surat resmi.
 - c. Tatap muka antara *provider* dan tokoh masyarakat.
 - d. Kunjungan rumah untuk menjelaskan maksud dan tujuan pengumpulan data.
 - e. Pertemuan *provider* dan tokoh masyarakat untuk menetapkan suatu kebijakan alternatif pemecahan masalah dalam rangka perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.
 - f. Menjalin hubungan sosial yang baik dengan menghadiri upacara agama, perkawinan, kematian, dsb.
2. Pendekatan kepada *provider*. Diadakan pada waktu pertemuan tingkat kecamatan, tingkat desa/kelurahan, tingkat dusun/lingkungan.
3. Pengumpulan data primer dan sekunder. Data umum, data teknis sesuai dengan kepentingan masing-masing-masing sektor, data perilaku sesuai dengan masalah yang ada, data khusus hasil pengamatan, data orang lain. Pengembangan masyarakat perlu dilakukan baik sumber daya alam/potensi desa, dan sumber daya manusia/kader kesehatan agar mau tahu dan mampu mengatasi masalahnya sendiri secara swadaya dan gotong royong dengan menggunakan metode berikut.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

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

Kondisi tingkat pendidikan dan ekonomi menentukan tingkat partisipasinya dalam meningkatkan kesehatan masyarakat. Semakin tinggi tingkat pendidikan masyarakat, semakin meningkat perhatian tersebut, menimbulkan peningkatan tuntutan masyarakat. Kebijakan yang ditetapkan oleh pemerintah bersama masyarakat menentukan arah upaya kesehatan masyarakat. Pelayanan kebidanan komunitas perlu mendapat dukungan politik dari organisasi swasta atau pemerintah terutama mendukung adanya undang-undang dan pelaksanaannya.

2. *Lingkungan flora fauna.* Kebutuhan gizi manusia bergantung pada keberadaan flora dan fauna. Masyarakat dianjurkan melakukan penghijauan. Pemanfaatan pekarangan dengan tanaman bergizi dan berkhasiat akan mendukung terwujudnya kesehatan keluarga. Peternakan juga mendukung kondisi gizi manusia. Bidan yang bekerja di komunitas memerhatikan pengaruh flora dan fauna ini. Pemanfaatan tumbuh-tumbuhan dan hewan ternak disampaikan melalui penyuluhan kesehatan merupakan bantuan bidan kepada masyarakat terutama pada kaum ibu. Kerja sama dengan petugas gizi dan pertanian diperlukan di dalam peningkatan gizi masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- August, A. Burns et al. (2000). *Pemberdayaan Wanita Dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Yayasan Essentia Medika.
- Depkes RI. (1992). *Modul Pendekatan Edukatif*. Jakarta: Pusdiklat Pegawai.
- Depkes RI. (1992). *Undang-Undang No. 23/1992 tentang Kesehatan*. Jakarta: Depkes.
- Linda Ewles dan Ina Simneff. (1994). *Promosi Kesehatan Petunjuk Praktis*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

4. Memberi asuhan kebidanan kepada klien dalam masa persalinan dengan melibatkan klien/keluarga.
 - a. Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan pada klien dalam masa persalinan.
 - b. Menentukan diagnosis dan kebutuhan asuhan kebidanan dalam masa persalinan.
 - c. Menyusun rencana asuhan kebidanan bersama klien sesuai dengan prioritas masalah.
 - d. Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah disusun.
 - e. Mengevaluasi hasil tindakan yang telah diberikan bersama klien.
 - f. Membuat rencana tindakan pada ibu masa persalinan sesuai dengan prioritas.
 - g. Membuat catatan dan laporan asuhan kebidanan.

5. Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir.
 - a. Mengkaji status kesehatan bayi baru lahir dengan melibatkan keluarga.
 - b. Menentukan diagnosis dan kebutuhan asuhan kehidupan pada bayi baru lahir.
 - c. Menyusun rencana asuhan kebidanan sesuai prioritas.
 - d. Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah dibuat.
 - e. Mengevaluasi asuhan kebidanan yang telah diberikan.
 - f. Membuat rencana tindak lanjut.
 - g. Membuat catatan dan laporan asuhan yang diberikan.

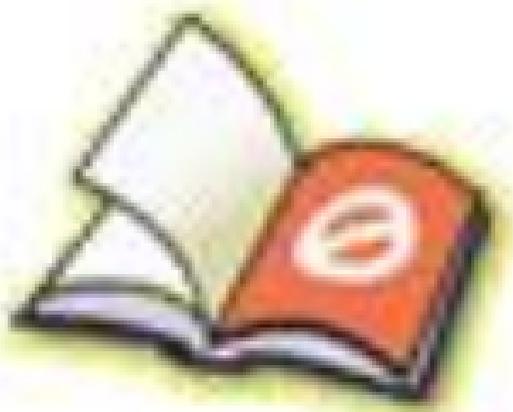
6. Memberi asuhan kebidanan pada klien dalam masa nifas dengan melibatkan klien/keluarga.
 - a. Mengkaji keutuhan asuhan kebidanan pada ibu nifas.
 - b. Menentukan diagnosis dan kebutuhan asuhan kebidanan pada masa nifas.
 - c. Menyusun rencana asuhan kebidanan berdasarkan prioritas masalah.
 - d. Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

1. Mengintegrasikan komponen proses pemecahan masalah.
2. Melakukan asuhan kebidanan kepada individu.
3. Mendemonstrasikan dan mengabsahkan praktik.
4. Berkomunikasi dan bekerja sama dengan anggota teknis.
5. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan.
6. Melaksanakan investasi tentang masalah kesehatan dan kebutuhan masyarakat.

Beberapa kewajiban bidan yang diatur dalam pengabdian profesinya adalah sebagai berikut.

1. Kewajiban bidan terhadap klien dan masyarakat.
 - a. Setiap bidan senantiasa menjunjung tinggi, menghayati, dan mengamalkan sumpah jabatannya dalam melaksanakan tugas pengabdian.
 - b. Setiap bidan dalam menjalankan tugasnya senantiasa berpedoman pada peran, tugas, dan tanggung jawab yang sesuai dengan kebutuhan klien, keluarga, dan masyarakat.
 - c. Setiap bidan dalam menjalankan tugas profesinya menjunjung tinggi harkat dan martabat kemanusiaan yang utuh dan memelihara citra bidan.
 - d. Setiap bidan dalam menjalankan tugasnya mendahulukan kepentingan klien, menghormati hak klien, dan menghormati nilai-nilai yang berlaku di masyarakat.
 - e. Setiap bidan dalam menjalankan tugasnya senantiasa mendahulukan kepentingan klien, keluarga, dan masyarakat dengan identitas yang sama sesuai dengan kebutuhan berdasarkan kemampuan yang dimilikinya.
 - f. Setiap bidan senantiasa menciptakan suasana yang serasi dalam hubungan pelaksanaan tugasnya, dengan mendorong partisipasi masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan secara optimal.
2. Kewajiban terhadap tugasnya.
 - a. Setiap bidan senantiasa memberi pelayanan paripurna terhadap klien, keluarga, dan masyarakat sesuai dengan kemampuan profesi yang dimilikinya berdasarkan kebutuhan klien, keluarga, dan masyarakat.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

4. Menganalisis secara dini adanya ketidaknormalan dan komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil.
5. Mempersiapkan ibu menghadapi masa nifas secara normal dan pemberian ASI eksklusif.

Metode pendokumentasian yang digunakan dalam kebidanan meliputi SOAP (subjektif, objektif, *assessment*, *planning*), SOAPIER (subjektif, objektif, *assessment*, *planning*, intervensi/implementasi, evaluasi, dan revisi), atau SOAPIED (ditambahkan dokumentasi).

Subjektif, menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data melalui anamnesis dan merupakan ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhan yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnosis.

Objektif, menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan, hasil analisis, dan interpretasi objektif dalam suatu identifikasi.

Planning atau perencanaan, dibuat pada saat itu atau yang akan datang. Proses ini termasuk kriteria tujuan tertentu dari kebutuhan pasien dan tindakan yang diambil harus membantu pasien mencapai kemajuan dalam kesehatan dan harus mendukung rencana dokter jika ada dalam manajemen klaborasi atau rujukan.

Intervensi adalah pelaksanaan rencana tindakan untuk mengatasi masalah, keluhan, atau mencapai tujuan pasien. Tindakan ini harus disetujui oleh pasien. Oleh karena itu, jika pasien mengubah pilihannya, intervensi mungkin juga harus diubah.

Evaluasi adalah tafsiran dari efek tindakan yang telah dilakukan. Ini penting untuk menilai keefektifan asuhan yang diberikan. Analisis dari hasil yang dicapai menjadi fokus penilaian terhadap ketepatan tindakan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi dapat menjadi dasar untuk tindakan alternatif sehingga dapat mencapai tujuan.

Revisi adalah komponen evaluasi yang dapat menjadi petunjuk perlunya perbaikan dan perubahan tindakan, perubahan dari rencana awal, kolaborasi baru atau rujukan.

Dokumentasi, dibuat sebagai catatan perkembangan yang menggambarkan urutan kejadian pasien dari masuk pelayanan kesehatan sampai pulang atau pulih.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

7

ASPEK PERLINDUNGAN HUKUM BIDAN DI INDONESIA

STANDAR PELAYANAN KEBIDANAN

Standar I (Falsafah dan Tujuan)

Pengelolaan pelayanan kebidanan memiliki visi, misi, filosofi, dan tujuan pelayanan serta organisasi pelayanan sebagai dasar untuk melaksanakan tugas pelayanan yang efektif dan efisien.

Definisi operasional.

- a. Pengelola pelayanan kebidanan memiliki visi, misi, dan filosofi pelayanan kebidanan yang mengacu pada visi, misi, dan filosofi masing-masing.
- b. Ada bagian struktur organisasi yang menggambarkan garis komando, fungsi, dan tanggung jawab serta kewenangan dalam pelayanan kebidanan dan hubungan dengan unit lain dan disahkan oleh pimpinan.
- c. Ada uraian tertulis untuk setiap tenaga yang ada pada organisasi yang disahkan oleh pimpinan.
- d. Ada bukti tertulis tentang persyaratan tenaga yang menduduki jabatan pada organisasi yang disahkan oleh pimpinan.

Standar II (Administrasi dan Pengelolaan)

Pengelolaan pelayanan kebidanan memiliki pedoman pengelolaan pelayanan, standar pelayanan, prosedur tetap, dan pelaksanaan kegiatan pengelolaan pelayanan yang kondusif yang memungkinkan terjadinya praktik pelayanan kebidanan akurat.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

1988. Petunjuk pelaksanaannya disahkan dalam Rapat Kerja Nasional IBI tahun 1991, kemudian disempurnakan dan disahkan pada Kongres Nasional IBI XII tahun 1989. Sebagai pedoman dalam berperilaku, kode etik bidan Indonesia mengandung beberapa kekuatan yang semuanya tertuang dalam mukadimah, tujuan, dan pasal-pasalanya.

Secara umum, kode etik tersebut berisi 7 bab. Bab-bab tersebut dapat dibedakan atas 7 bagian, yaitu sebagai berikut.

1. Kewajiban bidan terhadap klien dan masyarakat.
2. Kewajiban bidan terhadap tugasnya.
3. Kewajiban bidan terhadap sejawat dan tenaga kesehatan lainnya.
4. Kewajiban bidan terhadap profesinya.
5. Kewajiban bidan terhadap diri sendiri.
6. Kewajiban bidan terhadap pemerintah, bangsa, dan tanah air.
7. Penutup

Beberapa kewajiban bidan yang diatur dalam pengabdian profesinya adalah sebagai berikut.

1. Kewajiban terhadap klien dan masyarakat.
 - a. Setiap bidan senantiasa menjunjung tinggi, menghayati, dan mengamalkan sumpah jabatannya dalam melaksanakan tugas pengabdianannya.
 - b. Setiap bidan dalam menjalankan tugas profesinya menjunjung tinggi harkat dan martabat kemanusiaan yang utuh dan memelihara citra bidan.
 - c. Setiap bidan dalam menjalankan tugasnya senantiasa berpedoman pada peran, tugas, dan tanggung jawab sesuai dengan kebutuhan klien, keluarga, dan masyarakat.
 - d. Setiap bidan dalam menjalankan tugasnya mendahulukan kepentingan klien, menghormati hak klien, dan menghormati nilai-nilai yang berlaku di masyarakat.
 - e. Setiap bidan dalam menjalankan tugasnya senantiasa mendahulukan kepentingan klien, keluarga, dan masyarakat dengan identitas yang sama sesuai dengan kebutuhan berdasarkan kemampuan yang dimilikinya.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Standar 7 (pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan)

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda serta gejala pre-eklamsia lainnya serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya.

Standar 8 (persiapan persalinan)

Bidan memberi saran yang tepat kepada ibu hamil, suami, serta keluarganya pada trimester ke-3, untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik. Persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk jika terjadi keadaan gawat-darurat. Bidan hendaknya melakukan kunjungan rumah untuk persiapan persalinan.

Standar Pertolongan Persalinan***Standar 9 (asuhan saat persalinan)***

Bidan menilai secara tepat bahwa persalinan sudah dimulai, kemudian memberi asuhan dan pemantauan yang memadai, dengan memerhatikan kebutuhan klien selama proses persalinan berlangsung.

Standar 10 (persalinan yang aman)

Bidan melakukan pertolongan persalinan yang aman, dengan sikap sopan dan penghargaan terhadap klien serta memerhatikan tradisi setempat.

Standar 11 (pengeluaran plasenta dan peregangan tali pusat)

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

Standar 12 (penanganan kala II dengan gawat janin melalui episiotomi)

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

Standar Pelayanan Nifas***Standar 13 (perawatan bayi baru lahir)***

Bidan memeriksa dan menilai bayi baru lahir untuk memastikan pernapasan spontan, mencegah hipoksia sekunder, menentukan kelainan,



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Kepala Biro Kepegawaian Departemen Kesehatan dengan tembusan kepada organisasi profesi mengenai SIB yang telah diterbitkan untuk kemudian secara berkala akan diterbitkan dalam buku registrasi nasional.

Pasal 6

- (1) Bidan lulusan luar negeri wajib melakukan adaptasi untuk melengkapi persyaratan mendapatkan SIB.
- (2) Adaptasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan pada sarana pendidikan yang telah terakreditasi yang ditunjuk pemerintah.
- (3) Bidan yang telah menyelesaikan adaptasi diberikan surat keterangan sesuai adaptasi oleh pimpinan sarana pendidikan.
- (4) Untuk melakukan adaptasi bidan mengajukan permohonan kepada kepala dinas kesehatan provinsi.
- (5) Permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dengan melampirkan:
 - a. fotokopi ijazah yang telah dilegalisir oleh Direktur Jenderal Pendidikan Tinggi;
 - b. fotokopi transkrip nilai akademik yang bersangkutan.
- (6) Kepada Dinas Kesehatan Provinsi berdasarkan permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) menerbitkan rekomendasi untuk melaksanakan adaptasi.
- (7) Bidan yang telah melaksanakan adaptasi, berlaku ketentuan sebagaimana dimaksud dalam pasal 3 dan pasal 4.
- (8) Bentuk permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) sebagaimana tercantum dalam formulir IV terlampir.

Pasal 7

- (1) SIB berlaku selama 5 tahun dan dapat diperbarui serta merupakan dasar untuk menerbitkan SIB.
- (2) Pembahasan SIB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diajukan kepada kepala dinas kesehatan provinsi dimana bidan praktik dengan melampirkan:
 - a. SIB yang telah habis masa berlakunya;
 - b. surat keterangan sehat dari dokter;
 - c. pas foto ukuran 4x6 cm sebanyak 2 lembar.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

DINAS KESEHATAN PROVINSI

SURAT IZIN BIDAN (SIB)

NO. ____

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 900/Menkes/SK/VII/2002 tentang Registrasi dan Praktik Bidan bahwa kepada:

Nama : _____

Tempat/Tgl. Lahir : _____

Lulusan : _____

Dinyatakan telah terdaftar sebagai Bidan pada Dinas Kesehatan Provinsi _____ dengan Nomor Registrasi _____ dan diberi kewenangan untuk melakukan pekerjaan praktik kebidanan di seluruh Indonesia sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

SIB berlaku sampai dengan tanggal _____.

_____, 200__

An. Menteri Kesehatan RI
Kepala Dinas Kesehatan
Provinsi _____

(_____)

Tembusan:

1. Kepala Badan PPSDM Kesehatan, Depkes RI
2. Kepala Biro Kepegawaian, Setjen Depkes RI
3. Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia (PPIBI)

Gambar 8-3 Format Surat Izin Bidan.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

2. *Asuhan antenatal*. Dalam masa kehamilan:

- a. Petugas kesehatan harus memberi pendidikan pada ibu hamil tentang cara menjaga diri agar tetap sehat dalam masa tersebut.
- b. Membantu wanita hamil serta keluarganya untuk mempersiapkan kelahiran bayi.
- c. Meningkatkan kesadaran mereka tentang kemungkinan adanya risiko tinggi atau terjadinya komplikasi dalam kehamilan/persalinan dan cara mengenali komplikasi tersebut secara dini.

Petugas kesehatan diharapkan mampu mengidentifikasi dan melakukan penanganan risiko tinggi/komplikasi secara dini serta meningkatkan status kesehatan wanita hamil.

3. *Persalinan bersih dan aman*. Dalam persalinan:

- a. Wanita harus ditolong oleh tenaga kesehatan profesional yang memahami cara menolong persalinan secara bersih dan aman.
- b. Tenaga kesehatan juga harus mampu mengenali secara dini gejala dan tanda komplikasi persalinan serta mampu melakukan penatalaksanaan dasar terhadap gejala dan tanda tersebut.
- c. Tenaga kesehatan harus siap untuk melakukan rujukan komplikasi persalinan yang tidak dapat diatasi ke tingkat pelayanan yang lebih mampu.

4. *Pelayanan obstetri esensial*. Pelayanan obstetri esensial bagi ibu yang mengalami kehamilan risiko tinggi atau komplikasi diupayakan agar berada dalam jangkauan setiap ibu hamil. Pelayanan obstetri esensial meliputi kemampuan fasilitas pelayanan kesehatan untuk melakukan tindakan dalam mengatasi risiko tinggi dan komplikasi kehamilan/persalinan.

Secara keseluruhan, keempat tonggak tersebut merupakan bagian dari pelayanan kesehatan primer. Dua di antaranya, yaitu asuhan antenatal dan persalinan bersih dan aman, merupakan bagian dari pelayanan kebidanan dasar. Sebagai dasar/fondasi yang dibutuhkan untuk mencapai keberhasilan upaya ini adalah pemberdayaan wanita.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Determinan Kematian Ibu

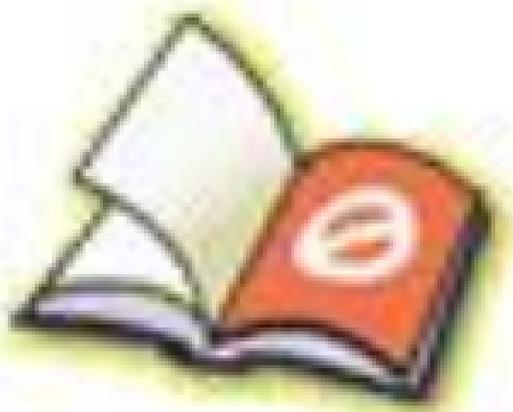
Menurut *International Statistical Classification of Disease, Injuries, and Causes of Death*, Edisi X (ICD-X) kematian ibu adalah "Kematian seorang wanita yang terjadi selama kehamilan sampai dengan 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tanpa memerhatikan lama dan tempat terjadinya kehamilan, yang disebabkan oleh atau dipicu oleh kehamilannya atau penanganan kehamilannya, tetapi bukan karena kecelakaan". Kematian ibu dibedakan menjadi dua kelompok, yaitu sebagai berikut.

1. *Direct obstetric deaths*, yaitu kematian ibu yang langsung disebabkan oleh komplikasi obstetri pada masa hamil, bersalin, dan nifas atau kematian yang disebabkan oleh suatu tindakan atau berbagai hal yang terjadi akibat tindakan tersebut yang dilakukan selama hamil, bersalin, atau nifas.
2. *Indirect obstetric deaths*, yaitu kematian ibu yang disebabkan oleh suatu penyakit, yang bukan komplikasi obstetri, yang berkembang atau bertambah berat akibat kehamilan atau persalinan.

Untuk menggambarkan besarnya masalah kematian ibu, Potts (1986) menganalogikannya dengan jatuhnya setiap 4 jam sekali sebuah pesawat jumbo jet berpenumpang 500 orang yang seluruh penumpangnya adalah wanita hamil, terutama berasal dari negara berkembang. Lebih dari satu wanita meninggal setiap menitnya akibat komplikasi kehamilan dan persalinan. Kematian ibu karena kehamilan dan persalinan sangat erat kaitannya dengan penolong persalinan.

McCarthy dan Maine (1992) dalam kerangka konsepnya mengemukakan peran determinan kematian ibu sebagai keadaan/hal-hal yang melatarbelakangi dan menjadi penyebab langsung serta tidak langsung dari kematian ibu. Determinan kematian ibu tersebut dikelompokkan dalam determinan proksi, determinan antara, dan determinan konstektual.

1. Determinan proksi, dipengaruhi oleh determinan antara yang meliputi:
 - a. Kejadian kehamilan. Wanita yang hamil memiliki risiko mengalami komplikasi, sedangkan wanita yang tidak hamil tidak memiliki risiko tersebut. Dengan demikian program keluarga berencana dapat secara tidak langsung mengurangi risiko kematian ibu.
 - b. Komplikasi kehamilan dan persalinan. Komplikasi obstetri berikut merupakan penyebab langsung kematian ibu, yaitu per-



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Alat-alat untuk menolong persalinan (set partus)

Tensimeter	Klem tali pusat	Setengah <i>kocher</i>
Stetoskop janin	Celemek plastik	<i>Dee lee</i>
Termometer	Kasa dan kapas	Gunting benang
Sarung tangan bedah	Duk	Alkohol
Gunting	Jarum dan benang	Obat-obatan yang akan diperlukan
Bangkok	jahit	(oksitosin, antibiotika)
Klem hemostatis arteri	<i>Naifoeder</i>	Dll.

Semua alat yang dibawa oleh penolong (bidan) harus steril.

PERAWATAN NIFAS DI RUMAH

Masa nifas (*puerperium*) menurut Sarwono Prawirohardjo adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula atau sebelum hamil, yang berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Masa nifas (*puerperium*) menurut Rustam Mochtar adalah masa pulih kembali yang dimulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti prahamil yang lamanya 6-8 minggu. Definisi lain masa nifas (*puerperium*) adalah masa sesudah persalinan yang diperlukan untuk pulihnya kembali alat kandungan yang lamanya 6 minggu. Menurut Hanifa Wiknjastro, masa nifas (*puerperium*) adalah dimulai setelah persalinan selesai dan berakhir setelah kira-kira 6 minggu.

Bahaya terbesar yang biasanya terjadi pada masa nifas adalah hemoragi atau perdarahan. Oleh karena itu, pengkajian tanda vital, syok hipovolemik, tinggi fundus uteri (untuk mengetahui intensitas kontraksi), distensi urine, sifat dan jumlah lokia, hemostatis perineum, ketidaknyamanan, *bonding attachment*, dan status emosional sangat penting dilakukan untuk mengurangi bahaya masa nifas.

Selain perdarahan, ada juga bahaya lain yang mengancam ibu, yaitu infeksi pada masa nifas. Intervensi terhadap gangguan ini difokuskan untuk mencegah infeksi dan meningkatkan proses penyembuhan dengan perawatan aseptis, kebersihan diri, perawatan perineum, perawatan hemoragi, peningkatan eliminasi, pengkajian terhadap involusi uteri, lokia, episiotomi, dan *after pain*.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

atris mungkin diperlukan. Penting mendapatkan bantuan secepatnya karena seorang wanita yang mengalami depresi lebih dari 4 bulan lebih, mungkin akan mengalami depresi dalam kehamilan berikutnya.

10. *Kontrasepsi*. Pemberian ASI berarti memberi susu dari payudara ibu secara teratur. Dengan demikian ibu akan terlindung terhadap kehamilan dan tidak perlu menggunakan kontrasepsi. Jika ibu memilih menggunakan pengganti ASI, risiko kehamilan terjadi 6 minggu setelah melahirkan. Karena itu, sebaiknya bicarakan dengan dokter tentang kontrasepsi pada kunjungan minggu keenam.

Pemulangan Rawat Inap Dini

Anjuran pemulangan pascapartum dini memiliki keuntungan sebagai berikut.

1. Memperkuat konsep kelahiran sebagai suatu peristiwa fisiologis yang normal.
2. Mempersingkat masa perpisahan antara ibu dan anak yang lain.
3. Memperluas kemampuan kontrol dan partisipasi pasangan setelah kelahiran itu sendiri.
4. Memberi rasa aman karena berada di lingkungan rumah selama masa awal menjadi orang tua yang menghadapi stresor.
5. Mengurangi pajanan patogen yang tidak perlu di lingkungan rumah sakit (Harrison, 1990).
6. Membuat tempat tidur di layanan maternitas dipakai secara lebih efektif (mis., pertukaran pasien yang cepat atau penyediaan tempat tidur untuk individu yang mengalami komplikasi).
7. Meningkatkan jumlah kelahiran tanpa penggunaan obat.
8. Membuat ibu/ayah/pasangan/bayi dan anggota keluarga lain memiliki lebih banyak waktu bersama.
9. Menciptakan gangguan yang lebih sedikit dalam kehidupan sehari-hari keluarga.

Hari ketika sepasang suami-istri membawa bayi baru lahir pulang ke rumah untuk pertama kali, biasanya penuh suka cita dan kenangan. Keadaan ini juga dapat merupakan suatu keadaan yang sangat tidak nyaman. Walaupun beberapa orang tua baru mengantisipasi pemulangan dini



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

sakit, dokter pribadi, departemen kesehatan masyarakat, atau suatu badan swasta yang khusus memberi pelayanan di rumah untuk pasien maternitas. Kunjungan dapat dilakukan sejak 24 jam setelah pulang. Jarang sekali suatu kunjungan rumah ditunda sampai hari ketiga setelah pulang ke rumah. Keputusan untuk memperpanjang kontrak kunjungan rumah setelah satu minggu akan dibuat sesuai dengan kebutuhan masing-masing keluarga.

Selama kunjungan rumah, bidan melakukan pengkajian yang sistematis terhadap ibu dan bayi yang baru lahir untuk menentukan penyesuaian fisiologis dan untuk mengidentifikasi setiap komplikasi yang potensial. Pengkajian juga difokuskan pada penyesuaian emosional ibu, termasuk faktor-faktor keseimbangan (persepsi, coping, dan dukungan) dan mencegah krisis. Bidan juga perlu mengkaji pengetahuan ibu tentang perawatan diri sendiri dan perawatan bayi. Observasi orang tua baru, bayi baru lahir, dan anggota keluarga lain dan situasi yang alami ini memungkinkan bidan memperoleh data tentang lingkungan kehidupan mereka yang tidak didapat dengan cara lain.

Kunjungan rumah memiliki keuntungan yang sangat jelas karena membuat bidan dapat melihat dan berinteraksi dengan anggota keluarga di dalam lingkungan yang alami dan aman. Bidan mampu mengkaji kecukupan sumber yang ada di rumah, demikian pula keamanan di rumah dan lingkungan sekitarnya. Misalnya, bidan dan ibu bersama-sama membahas hal-hal yang harus dipelajari sampai kunjungan berikutnya, mempelajari perawatan bayi lebih mudah karena benda-benda yang dipakai untuk demonstrasi adalah benda-benda yang sebenarnya yang digunakan sehari-hari di rumah. Oleh karena itu, kunjungan rumah lebih mudah dilakukan untuk mengidentifikasi penyesuaian psikologis dan fisik yang rumit ini.

Ada beberapa keterbatasan kunjungan rumah sebagai suatu strategi tindak lanjut pascapartum.

1. Biaya untuk mengunjungi keluarga yang jaraknya jauh.
2. Terbatasnya jumlah bidan yang berpengalaman dalam memberi pelayanan maternitas dan perawatan bayi baru lahir.
3. Kekhawatiran tentang keamanan untuk mendatangi keluarga di daerah tertentu.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Intervensi pada akhir kunjungan

Pada akhir kunjungannya, bidan melakukan intervensi yang meliputi:

1. Mengulas secara ringkas aktivitas dan hal-hal penting kunjungan.
2. Mengklasifikasi harapan untuk masa yang akan datang, termasuk jadwal kunjungan berikutnya.
3. Meninjau kembali rencana penyuluhan dan membuat kerangka tertulis.
4. Memberi informasi cara mengunjungi bidan atau lembaga, jika diperlukan sebelum jadwal kunjungan berikutnya.

Intervensi pasca-kunjungan

Pada pasca-kunjungan, bidan melakukan hal-hal berikut.

1. Dokumentasi kunjungan, menggunakan formulir klinik sebagai catatan sah, dan bukti penggantian biaya.
2. Menyusun rencana pengajaran yang akan menjadi dasar pertemuan berikutnya dengan pasien/keluarga.
3. Melakukan komunikasi sesuai kebutuhan (melalui telepon, surat, catatan kemajuan, atau formulir kunjungan) dengan dokter, profesional kesehatan lain, atau lembaga rujukan sebagai perwakilan pasien/keluarga.

PERAWATAN BAYI BARU LAHIR DI RUMAH

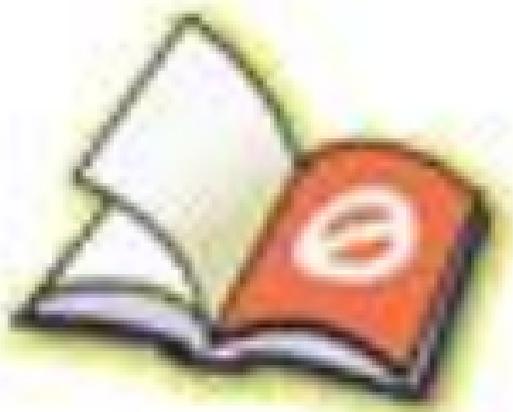
Bayi baru lahir (BBL) biasanya diperiksa keadaan umumnya oleh petugas kesehatan. Pemeriksaan ini meliputi warna kulit, tonus otot, pernapasan, denyut jantung, dan refleks. Penilaian ini menggunakan skor Apgar. Hasil uji ini yang bernilai 7 setelah 5 menit kelahiran berarti baik, sedangkan nilai di bawah 4 berarti bayi perlu pertolongan segera.

Pemantauan pada BBL

- Suhu badan dan lingkungan
- Tanda-tanda vital
- Berat badan
- Kebersihan dan kondisi kulit
- Pakaian
- Perawatan tali pusat



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

bayi dijemur pada pagi hari (antara pukul 07.00-08.00), dada bayi dapat digosok krim penghangat tipis-tipis.

Kebutuhan Makanan

Makanan utama dan terbaik bagi bayi yang sudah disediakan Tuhan adalah air susu ibu (ASI). Apabila ASI cukup dan berat badan bayi naik dengan baik (pada grafik Kartu Menuju Sehat, berat badan pada pelangi hijau), bayi boleh diberi ASI saja hingga berusia 6 (enam) bulan.

ASI tidak hanya memberi perlindungan terhadap infeksi dan alergi, tetapi juga merangsang pertumbuhan sistem kekebalan. Efek perlindungan ASI ini sangat jelas pada bayi. Oleh karena itu, ibu harus berusaha terus memperbanyak ASI dan memberikannya kepada bayi. Keuntungan ASI untuk bayi.

1. Bayi mendapat zat anti dari ibu yang melindunginya dari serangan penyakit, terutama diare dan penyakit infeksi.
2. Bayi mendapat zat anti yang melindunginya dari alergi karena ASI mengandung protein yang spesifik. Alergi makanan yang tersering adalah alergi terhadap susu sapi.
3. ASI sesuai kebutuhan bayi secara alamiah.
 - a. Protein dalam ASI pada kelahiran kurang bulan (prematuur) lebih tinggi dibandingkan dengan ASI pada kelahiran cukup bulan (aterm).
 - b. ASI menjadi lebih encer jika cuaca panas.
 - c. Jumlah ASI yang diisap sesuai dengan kebutuhannya.
4. ASI mengandung zat-zat gizi yang dibutuhkan untuk pertumbuhan dan perkembangan, termasuk kecerdasan bayi.
5. Kebersihan ASI terjamin. ASI bebas dari kuman karena diberikan secara langsung dari payudara sehingga mengurangi kemungkinan bayi menderita gangguan saluran pencernaan.
6. Suhu ASI sesuai dengan kebutuhan, tidak terlalu panas dan tidak terlalu dingin.
7. ASI lebih mudah dicerna dan diserap usus bayi.
8. Mengurangi kerusakan gigi bayi dan angka kesakitan. Hal ini terjadi karena anak yang tidak disusui ibunya akan lebih mudah sakit, terutama diare dan penyakit infeksi.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

banyak. Pada syok berat, lebih dipilih kuretase tanpa anestesi kemudian Methergin. Pada abortus dengan demam menggigil, tindakan utamanya dengan penisilin, ampisilin, sefalotin, rebofasin, dan pemberian infus.

Mola Hidatidosa (Kista Vesikular)

Penyebab gangguan ini adalah pembengkakan/edematosa pada vili (degenerasi hidrofik) dan proliferasi trofoblast. Diagnosis ditegakkan melalui anamnesis yang ditemukan amenore, keluhan kehamilan yang berlebihan, perdarahan tidak teratur, sekret per vagina berlebihan. Pada hasil pemeriksaan, biasanya uterus lebih besar daripada usia kehamilannya karena ada pengeluaran kista. Kista ovarium tidak selalu dapat dideteksi. Pada mola kistik, hanya perdarahan mengancam yang boleh dianggap kedaruratan akut, akibatnya tindakan berikut tidak dapat dilakukan pada kejadian gawat-darurat.

Terapi untuk gangguan ini adalah segera merawat pasien di rumah sakit, dan pasien diberi terapi oksitosin dosis tinggi, pembersihan uterus dengan hati-hati, atau histerektomi untuk wanita tua atau yang tidak menginginkan menambah anak lagi, transfusi darah, dan antibiotika.

Kehamilan Ekstrauteri (Ektopik)

Penyebab gangguan ini adalah terlambatnya transpor ovum karena obstruksi mekanis pada jalan yang melewati tuba uteri. Kehamilan tuba terutama di ampula, jarang terjadi kehamilan di ovarium. Diagnosis ditegakkan melalui adanya amenore 3-10 minggu, jarang lebih lama, perdarahan per vagina tidak teratur (tidak selalu).

Nyeri yang terjadi serupa dengan nyeri melahirkan, sering unilateral (abortus tuba), hebat dan akut (ruptur tuba), ada nyeri tekan abdomen yang jelas dan menyebar. Kavum Douglas menonjol dan sensitif terhadap tekanan. Jika ada perdarahan intra-abdominal, gejalanya sebagai berikut.

1. Sensitivitas tekanan pada abdomen bagian bawah, lebih jarang pada abdomen bagian atas.
2. Abdomen tegang.
3. Mual.
4. Nyeri bahu.
5. Membran mukosa anemis.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

bawah rahim (sering gejala utama), pergerakan cincin Bandl ke atas, tegangan pada ligamen rotundum, dan kegelisahan wanita yang akan bersalin.

Ruptur yang sebenarnya didiagnosis melalui temuan adanya kontraksi persalinan menurun atau berhenti mendadak (munculnya sebagian atau seluruh janin ke dalam rongga abdomen yang bebas), berhentinya bunyi jantung atau pergerakannya atau keduanya, peningkatan tekanan akibat arah janin, gejala rangsangan peritoneal (nyeri difus, *muscular defence*, dan nyeri tekan), keadaan syok peritoneal, perdarahan eksternal (hanya pada 25% kasus), perdarahan internal (anemia, tumor yang tumbuh cepat di samping rahim yang menunjukkan hematoma karena ruptur inkompletus [terselubung]).

Ruptur tenang didiagnosis melalui temuan setiap keadaan syok yang tidak dapat dijelaskan pada intrapartum atau pascapersalinan dan harus dicurigai disebabkan oleh ruptur uteri.

Terapi untuk gangguan ini meliputi hal-hal berikut.

1. Histerektomi total, umumnya ruptur meluas ke segmen bawah uteri, sering ke dalam serviks.
2. Histerektomi supravagina hanya dalam kasus gawat darurat.
3. Membersihkan uterus dan menjahit ruptur, bahaya ruptur baru pada kehamilan berikutnya sangat tinggi.
4. Pada hematoma parametrium dan angioreksis (ruptur pembuluh darah). Buang hematoma hingga bersih, jika perlu ikat arteri iliaka hipogastrikum.
5. Pengobatan antisyok harus dimulai bahkan sebelum dilakukan operasi.

Perdarahan Pascapersalinan

Penyebab gangguan ini adalah kelainan pelepasan dan kontraksi, ruptur serviks dan vagina (lebih jarang laserasi perineum), retensio sisa plasenta, dan koagulopati. Perdarahan pascapersalinan tidak lebih dari 500 ml selama 24 jam pertama, kehilangan darah 500 ml atau lebih berarti bahaya syok. Perdarahan yang terjadi bersifat mendadak sangat parah (jarang), perdarahan sedang (pada kebanyakan kasus), dan perdarahan sedang menetap (terutama pada ruptur). Peningkatan anemia akan meng-



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

7. Observasi tanda-tanda vital, refleks, dan denyut jantung tiap jam.
8. Auskultasi paru untuk mencari tanda-tanda edema paru.
9. Hentikan pemberian cairan IV dan beri diuretik (mis., furosemid 40 mg IV sekali saja jika ada edema paru).
10. Nilai pembekuan darah jika pembekuan tidak terjadi sesudah 7 menit (kemungkinan terdapat koagulopati).

KEGAWATDARURATAN NEONATUS

Neonatus adalah organisme yang berada pada periode adaptasi kehidupan intrauterin ke ekstrauterin. Masa neonatus adalah periode selama satu bulan (lebih tepat 4 minggu atau 28 hari setelah lahir).

Kondisi neonatus yang memerlukan resusitasi:

1. Sumbatan jalan napas akibat lendir/darah/mekonium atau akibat lidah yang jatuh ke posterior.
2. Kondisi depresi pernapasan akibat obat-obatan yang diberikan kepada ibu. Misalnya, obat anestesik, analgetik lokal, narkotik, diazepam, magnesium sulfat, dan sebagainya.
3. Kerusakan neurologis.
4. Kelainan/kerusakan saluran napas atau kardiovaskular atau susunan saraf pusat, dan/atau kelainan kongenital yang dapat menyebabkan gangguan pernapasan/sirkulasi.
5. Syok hipovolemik, misalnya akibat kompresi tali pusat atau perdarahan.

Penyebab kematian yang paling cepat pada neonatus adalah asfiksia dan perdarahan. Asfiksia perinatal merupakan penyebab mortalitas dan morbiditas yang penting. Akibat jangka panjang, asfiksia perinatal dapat diperbaiki secara bermakna jika gangguan ini diketahui sebelum kelahiran (mis., pada keadaan gawat janin) sehingga dapat diusahakan memperbaiki sirkulasi/oksigenasi janin intrauterin atau segera melahirkan janin untuk mempersingkat masa hipoksemia janin yang terjadi.

Asfiksia yang terdeteksi sesudah lahir, prosesnya berjalan dalam beberapa fase/tahapan.

1. Janin bernapas megap-megap (*gaspings*), diikuti dengan
2. Masa henti napas (fase henti napas primer).



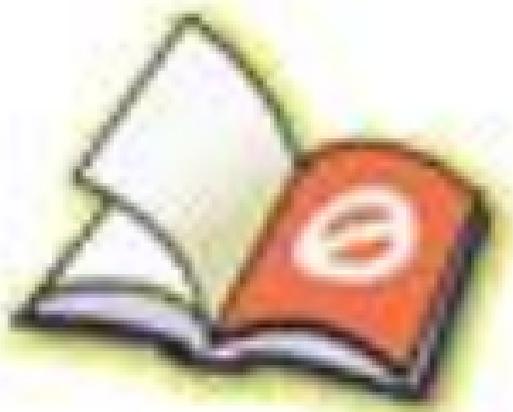
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



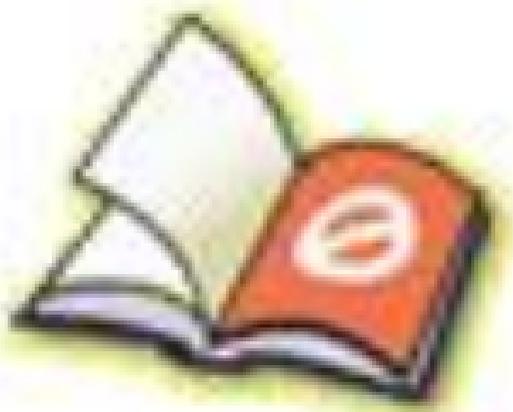
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

lasi ini 47,4%, dari balita sudah terinfeksi. Infeksi baru pada kelompok ini 30,4% dalam waktu 6 bulan lebih. Dalam penelitian ini, semua anggota keluarga yang terinfeksi dan faktor-faktor lingkungan mempunyai potensi sebagai sumber infeksi. Sumber infeksi yang dominan tidak dapat diidentifikasi karena besarnya peran sebagai sumber infeksi berbeda secara tidak bermakna. Dalam hal ini, peran sumber infeksi *H. pylori* dari dalam keluarga tidak lebih besar dibandingkan dari luar keluarga. Faktor risiko penularan tidak dapat ditentukan karena sumber infeksi ada di mana-mana. Fenomena ini mungkin berlaku di negara-negara dengan prevalensi infeksi *H. pylori* yang tinggi. Ternyata tidak terbukti bahwa ibu yang terinfeksi *H. pylori* baik yang menyusui atau tidak, baik yang melakukan suap bersama atau tidak, merupakan faktor risiko sumber infeksi *H. pylori* yang berbeda tak-bermakna. Artinya, peran ibu tidak lebih besar dari ayah maupun saudara yang terinfeksi *H. pylori*. Demikian pula sumber air minum, kondisi sosial, tingkat kepadatan kamar tidur, dan tingkat pendidikan ibu merupakan faktor risiko sebagai sumber infeksi *H. pylori* pada balita yang tidak berbeda secara bermakna dengan faktor risiko lain. Disarankan untuk melakukan penyuluhan kesehatan, khususnya masalah infeksi *H. pylori*, yaitu akibat infeksi, sumber penularan dan cara menghindari infeksi *H. pylori* dengan mencuci tangan sebelum makan maupun menyuap, memasak air minum dari vaksinasi masal, apabila tersedia vaksin.

BATASAN DAN INDIKATOR PEMANTAUAN

Dalam penerapan PWS-KIA, dipakai batasan operasional dan indikator pemantauan seperti diuraikan berikut ini.

1. *Pelayanan antenatal*. Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga profesional untuk ibu selama masa kehamilannya, yang dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan.
2. *Penjaringan (deteksi) dini kehamilan berisiko*. Kegiatan ini bertujuan menemukan ibu hamil berisiko, yang dapat dilakukan oleh kader, dukun bayi, dan tenaga kesehatan.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



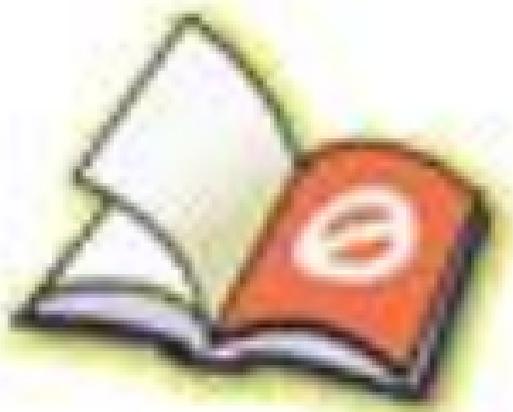
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Kolom:

1. Diisi nomor urut
2. Diisi nomor indeks dari *family folder* SP2TP
- 3-7. Jelas
8. Diisi angka dalam gram berat badan bayi yang baru lahir (BBL)
9. Diisi tanggal kunjungan tenaga kesehatan yang
10. Memeriksa bayi tersebut
11. Dan, ditulis AE1 (ASI eksklusif bulan pertama)
12. Diisi tanggal dan kode berat badan bayi yang ditimbang:
N = naik, T = turun, R = bawah garis titik (BGT), # = di bawah garis merah (BMG)
23. Kolom 12, 13, 14, berturut-turut ditulis AE 2, 3, 4 (ASI eksklusif bulan ke-2, ke-3, ke-4)
33. Diisi diagnosis penyakit penyebab kematian bayi selain tetanus, ISPA, dan diare
34. Diisi hal lain yang dianggap penting untuk bayi yang bersangkutan



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

INDEKS

A

- Abortus, 129
- Abrupsio plasenta, 132
- Adaptasi fisiologis bayi, 119
- Advokat, pada peran bidan, 8
- After pain*, pada penyuluhan masa nifas, 112
- Aktivitas, pada penyuluhan masa nifas, 111
- Ambulans desa, 192
- Analisis semen normal, 48
- Anemia, 263
- Angka kematian balita, 189
- Angka kematian bayi, 188
- Angka kematian ibu, 190
 - masalah penurunan di negara berkembang, 105
 - strategi penurunan, 104
 - upaya, 32
- Angka kematian kasar, 190
- Asuhan antenatal, pada pilar *safe motherhood*, 98
- Asuhan kebidanan, prinsip, 232

B

- Berat badan lahir rendah, 37
- Bidan di komunitas, 56
 - keterampilan, 69
 - peran sebagai pelaksana, 56
 - peran sebagai pendidik, 66
 - peran sebagai peneliti, 67
 - peran sebagai pengelola, 64

tugas dan tanggung jawab, 67

Bidan komunitas, kewenangan, 91

Bidan praktik swasta, 71

 klinik mandiri, 72

 manajemen kebidanan, 72

 rawat jalan dan inap, 72

Bidan,

 aspek perlindungan hukum, 78

 peran di komunitas, 8

Bokong lecet, masalah lazim bayi, 127

C

Campak, dengan komplikasi mata atau mulut, 262

D

Dana sosial ibu bersalin (*dasolin*), 239

- tujuan, 239

Demam,

 bukan malaria, 261

 mungkin bukan malaria, 261

 mungkin DBD dan bukan DBD, 262

Depresi pasca-partum, pada penyuluhan masa nifas, 113

Derajat kesehatan, pada sasaran kesehatan Indonesia Sehat 2010, 19

Desa siaga, 194

 indikator keberhasilan, 205

 musyawarah masyarakat desa, 199

 organisasi kemasyarakatan, 205

 pelaksanaan kegiatan, 199

 pembinaan, 201

- pengembangan, 197
 peran dinas kesehatan kabupaten/kota, 203
 peran dinas kesehatan provinsi, 204
 peran pemangku kepentingan terkait, 204
 peran puskesmas, 202
 peran rumah sakit, 203
 tim penggerak PKK, 205
 tokoh masyarakat, 105
 unsur-unsur, 195
- Deteksi dini ibu hamil berisiko**, 163
Determinan kematian ibu, 102
Diare, 254
 penilaian, 258
Disentri, 260
Donor darah berjalan, 192
Dukun bayi, 165
 fungsi utama, 167
 pengetahuan penting tentang pedoman gizi Indonesia, 176
 pengetahuan penting tentang pedoman gizi seimbang Amerika, 175
 pengetahuan penting tentang tanda bahaya, 166
 pengetahuan penting tentang tetanus neonatorum, 171
- E**
- Eliminasi**, pada penyuluhan masa nifas, 113
- F**
- Fine needle aspiration biopsy*, 248
Frozen section examination, 248
- G**
- Gerakan sayang ibu**, 227
 indikator keberhasilan, 230
 tiga unsur pokok, 228
 tugas pokok satgas, 230
 tujuan, 228
- Grafik PWS-KIA**, 148
 analisis dan tindak lanjut, 149
 penggambaran grafik, 149
- H**
- Higiene personal**, pada penyuluhan masa nifas, 111
Hubungan seksual, pada penyuluhan masa nifas, 111
- I**
- Ibu hamil**, faktor risiko, 224
Imunisasi, 226
Indonesia Sehat 2010, 10
 kebijakan umum, 18
 kemandirian masyarakat untuk hidup sehat, 17
 kerja sama lintas-sektor, 13
 mutu dan keterjangkauan pelayanan, 14
 pembangunan nasional berwawasan kesehatan, 16
 pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, 17
 pemeliharaan dan peningkatan pelayanan kesehatan, 17
 pengutamaan dan sumber daya pembiayaan, 15
 sumber daya manusia, 13
 visi dan misi, 15
Infeksi bakteri lokal, 263
Infertilitas, 40
 evaluasi pasangan, 43
 penanganan, 45
 penyebab, 41
Intervensi kebidanan, 7
 level pencegahan, 7
Istirahat, pada penyuluhan masa nifas, 111
- J**
- Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat**, 18

K

- Kader,
 pembinaan, 177
 pengetahuan penting, 178
- Kanker leher rahim, 245
- Kanker ovarium, 244
- Kanker payudara, 247
- Kanker serviks, 245
 kolposkopi, 246
 Pap net, 247
 servikografi, 247
 skrining, 246
 uji DNA-HPV, 247
 uji Pap, 245
- Kebidanan kesehatan masyarakat, sasaran, 6
- Kebidanan komunitas, 1
 dasar praktik, 4
 faktor lingkungan, 2
 masalah, 30
 paradigma, 5
 praktik, 8
 strategi intervensi, 7
 tujuan, 6
- Kebidanan, pada paradigma kebidanan komunitas, 6
- Kebijakan Indonesia Sehat 2010, 19
 kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan, 23
 peningkatan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan, 24
 peningkatan kerja sama lintas-sektor, 19
 peningkatan kesehatan lingkungan, 20
 peningkatan lingkungan sosial budaya, 25
 peningkatan perilaku, pemberdayaan masyarakat, dan kemitraan swasta, 20
 peningkatan sumber daya kesehatan, 22
 peningkatan upaya kesehatan, 21
- Kegawatdaruratan neonatus, 129, 138
 abortus, 129
 kehamilan ektopik, 130
 mola hidatidosa, 130
 perdarahan pasca-persalinan, 134
 plasenta previa, 131
 preeklamsia berat, 136
 retensio plasenta, 133
 ruptur uteri, 133
 solusio plasenta, 132
 syok hemoragik, 135
 syok septik, 135
- Kehamilan ektopik, 130
- Kehamilan remaja, 33
- Kehamilan,
 risiko tinggi, 224
 yang perlu diwaspadai, 181
- Keluarga berencana, 77
 pada pilar *safe motherhood*, 97
- Kematian ibu, intervensi pencegahan, 104
- Kematian maternal dan perinatal, 31
- Kesehatan wanita, faktor pengaruh, 52
- Kesehatan, pada paradigma kebidanan komunitas, 5
- KIA,
 deteksi dini ibu hamil berisiko, 163
 indikator pemantauan, 147
 pelayanan antenatal, 162
 pelayanan kesehatan neonatus, 163
 pertolongan persalinan, 162
 prinsip pengelolaan program, 158
- Kista vesikular, 130
- Kode etik, 81
- Kohort ibu balita, 265
- Kolaborator, pada peran bidan, 9
- Kolposkopi, 246
- Komunitas, definisi, 1
- Konselor, pada peran bidan, 8
- Kontrasepsi, pada penyuluhan masa nifas, 114
- Kunjungan rumah, 117
 intervensi di rumah, 120

intervensi pada akhir kunjungan, 122
 intervensi pasca-kunjungan, 122

L

Lingkungan sehat, pada sasaran kesehatan
 Indonesia Sehat 2010, 18
 Lingkungan, pada paradigma kebidanan
 komunitas, 5
 Lokia, pada penyuluhan masa nifas, 112
 Luka/bercak di mulut, 263

M

Malaria, 261
 Mammografi, 249
 Manajemen kasus balita sakit, 253
 penilaian, 253
 tindak lanjut, 260
 Manajemen kesehatan ibu dan anak, 219
 pelayanan antenatal, 221
 pelayanan kesehatan neonatus, 225
 pertolongan persalinan, 223
 Manajemen pembangunan kesehatan,
 pada sasaran kesehatan Indonesia
 Sehat 2010, 19
 Manusia, pada paradigma kebidanan ko-
 munitas, 5
 Masalah kesehatan, 3
 Masalah pemberian makan, 262
 Masalah pemberian minum, 262
 Masyarakat, 2
 ciri, 2
 indikator sehat menurut WHO, 3
 klasifikasi, 2
 Menangis, masalah lazim bayi, 127
 Mola hidatidosa, 130

N

Neonatus, risiko tinggi, 225
 Nilai Apgar, 139

O

Obstetri sosial, 32
 Osteoartritis, 244
 Osteoporosis, 243

P

Pap net, 247
 Paradigma kebidanan komunitas, 5
 Paradigma sehat, 11
 Pasca-natal, jadwal kunjungan, 76
 Pasca-partum, tanda bahaya, 116
 Pedoman umum gizi seimbang, 183
 Pelayanan antenatal, 163, 221
 Pelayanan asuhan antenatal, 73
 Pelayanan asuhan masa nifas, 75
 Pelayanan inpartu, 75
 Pelayanan kebidanan komunitas, 49
 berorientasi kebutuhan masyarakat,
 51
 pemanfaatan fasilitas dan potensi
 masyarakat, 53
 pendekatan edukatif, 49
 prinsip, 53
 Pelayanan kesehatan neonatus, 163, 225
 Pelayanan kesehatan pada wanita, 241
 Pelayanan obstetrik sosial, pada pilar *safe
 motherhood*, 98
 Pelembagaan PWS-KIA, 154
 sistem pencatatan dan pelaporan,
 156
 Pembinaan kader, 177
 Pendidik, pada peran bidan, 8
 Peneliti, pada peran bidan, 9
 Pengelola, pada peran bidan, 8
 Penyuluhan KB, 183
 IUD/AKDR, 187
 kondom, 185
 pil KB, 185
 suntikan, 188
 susuk KB implan, 186
 tubektomi/MOW, 187
 vasektomi/MOP, 187
 Perawatan bayi baru lahir di rumah, 122
 kebutuhan makan, 126
 kebutuhan tidur, 127
 memandikan bayi, 123
 memelihara tali pusat, 124
 merawat hidung, 125
 merawat kuku bayi, 125

- merawat mulut bayi, 125
 merawat telinga, 125
 pakaian bayi, 125
- Perdarahan pasca-persalinan, [134](#)
- Perencana, pada peran bidan, [9](#)
- Perilaku hidup sehat, pada sasaran kesehatan Indonesia Sehat 2010, [18](#)
- Persalinan bersih dan aman, pada pilar *safe motherhood*, [98](#)
- Persalinan di rumah, 107
 indikasi dan syarat, 108
 kerugian, 108
 penyuluhan, 111
 perawatan nifas, [110](#)
- Pertolongan persalinan, 162
- Plasenta inkompletus, 133
- Plasenta previa, 131
- Pneumonia, 253
- Pokok program pembangunan kesehatan, 27
- Praktik aborsi tidak aman, 36
- Preeklamsia berat, 136
- Promosi kesehatan, 192
- Provider, pada peran bidan, [8](#)
- Puskesmas, 143
- PWS-KIA, 143
 batasan operasional dan indikator, 144
 grafik, 148
 pelembagaan, 154
- R**
- Rawat inap,
 pada bidan praktik swasta, 72
 pemulangan dini, 115
- Registrasi praktik bidan, 88
- Retensio plasenta, 133
- Rujukan kebidanan, 212
 indikasi perujukan ibu, 218
 kegiatan, 213
 pelayanan obstetri, 214
- Ruptur uteri, 133
- S**
- Safe Motherhood Initiative*, 233
- Safe motherhood*, 97
 efektivitas biaya, 104
 perkembangan upaya, 99
- Sakit punggung, pada penyuluhan masa nifas, 112
- Servikografi, 247
- Set partus, [110](#)
- Sistem rujukan, 208
 rujukan kesehatan, 209
 rujukan medik, 209
- Sklintimammografi, 250
- Solusio plasenta, 132
- Standar asuhan kebidanan, 84
 pelayanan antenatal, 85
 pelayanan nifas, [86](#)
 pelayanan umum, 84
 penanganan kegawatan obstetri dan neonatus, 87
 pertolongan persalinan, [86](#)
- Standar pelayanan kebidanan, [78](#)
 administrasi dan pengelolaan, [78](#)
 evaluasi dan pengendalian mutu, 81
 falsafah dan tujuan, [78](#)
 fasilitas dan peralatan, 79
 kebijaksanaan dan prosedur, 80
 pengembangan staf dan program pendidikan, 80
 staf dan pimpinan, 79
 standar asuhan, 80
- Stelata, 249
- Strategi Indonesia Sehat 2010, 25
 desentralisasi, [26](#)
 jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat, [26](#)
 pembangunan nasional berwawasan kesehatan, 25
 profesionalisme, [26](#)
- Suami siaga, 192
- Surat Izin Bidan, 93
- Survei mawas diri, 198
- Syok hemoragik, 135

T

- Tabungan ibu bersalin (tabulin), 192, 237
 tujuan, 238
- Tanda bahaya kehamilan, persalinan, ni-
 fas, 178
- Telaah mawas diri, 198
- Termografi, 249
- Tingkat kesuburan, 35

U

- Uji DNA-HPV, 247
- Ultrasonografi, 250
- Upaya kesehatan, pada sasaran kesehatan
 Indonesia Sehat 2010, [19](#)

X

- Xenografi, 250

Kebidanan Komunitas

Syafrudin, SKM, M.Kes
Hamidah, S.Pd, M.Kes

Kebidanan Komunitas disusun khusus untuk mahasiswa kebidanan diploma tiga dan disesuaikan dengan kurikulum mata ajar Asuhan Kebidanan V yang mencakup materi:

- Konsep Dasar Kebidanan Komunitas
- Indonesia Sehat 2010
- Masalah Kebidanan di Komunitas
- Infertilitas
- Strategi Pelayanan Kebidanan di Komunitas
- Bidan di Komunitas
- Aspek Perlindungan Hukum Bidan di Indonesia
- *Safe Motherhood*
- Persalinan dan Asuhan di Rumah
- Pertolongan Pertama Kegawatdaruratan Obstetri dan Neonatus
- Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA)
- Pembinaan Dukun Bayi dan Kader
- Desa Siaga
- Sistem Rujukan
- Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak
- Gerakan Sayang Ibu
- Tabulin dan Dasolin
- Pelayanan Kesehatan pada Wanita
- Manajemen Terpadu Balita Sakit
- Kohort Ibu Balita

Lengkapi diri Anda dengan buku ini sebelum terjun ke komunitas!



Keb9198-03D