



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

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

*image
not
available*

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

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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,

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

- 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.

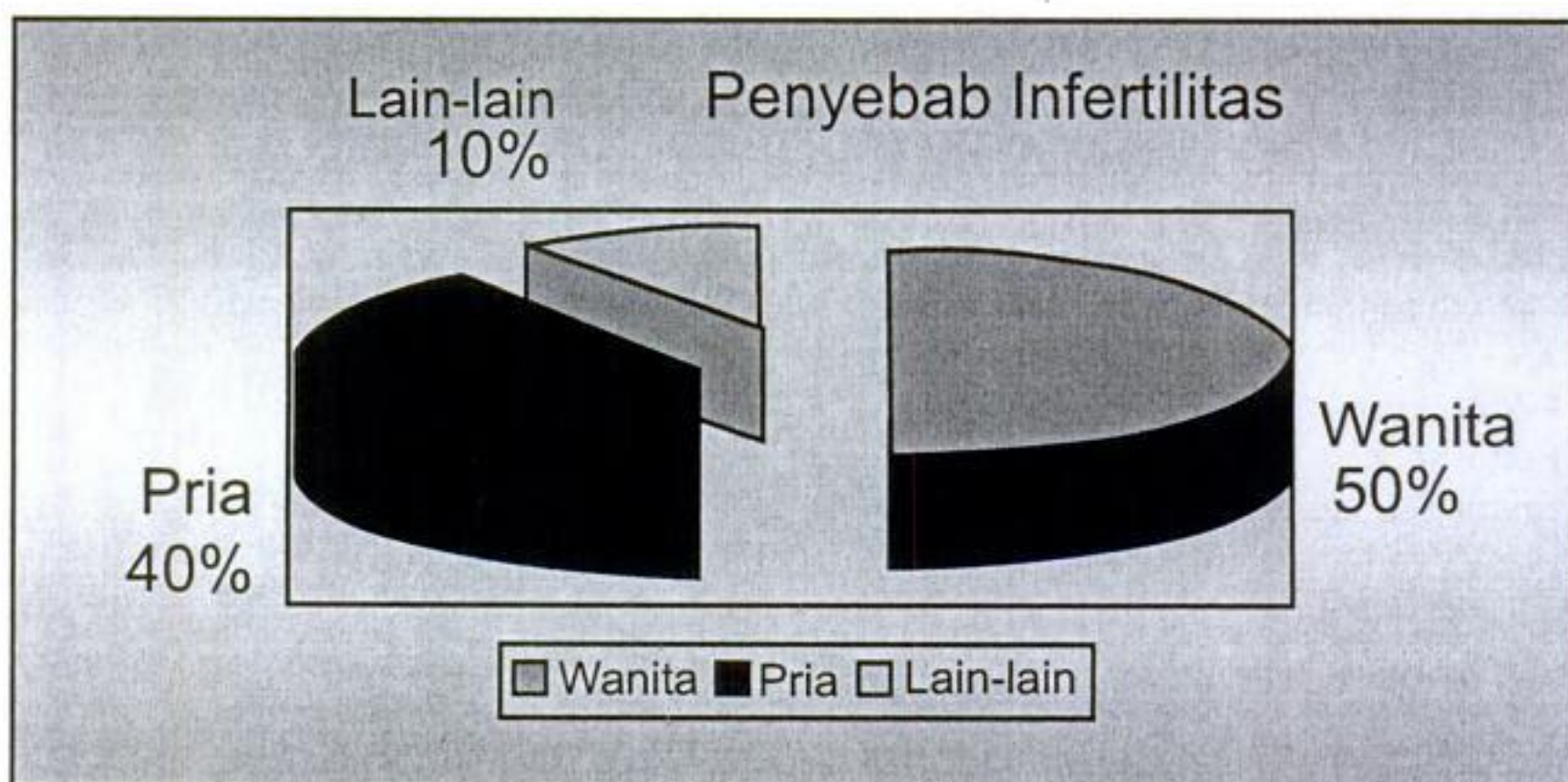
*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

TABEL 4-2 Penyebab infertilitas dari faktor suami dan istri

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

**Gambar 4-1** Penyebab infertilitas.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

- *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

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

- d. Melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa nifas dengan risiko tinggi dan memberi pertolongan pertama sesuai dengan prioritas.
 - e. Mengevaluasi hasil asuhan kebidanan dan pertolongan pertama.
 - f. Menyusun rencana tindak lanjut bersama klien/keluarga.
 - g. Membuat catatan dan laporan.
5. Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan risiko tinggi dan yang mengalami komplikasi serta kegawatdaruratan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi serta melibatkan klien dan keluarga.
- a. Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan risiko tinggi dan keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
 - b. Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas sesuai faktor risiko dan keadaan kegawatan.
 - c. Menyusun rencana asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan risiko tinggi dan tindakan pertolongan pertama sesuai prioritas.
 - d. Melaksanakan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan risiko tinggi dan memberi pertolongan pertama sesuai dengan prioritas.
 - e. Mengevaluasi hasil asuhan kebidanan dan pertolongan pertama yang telah diberikan.
 - f. Menyusun rencana tindak lanjut bersama klien/keluarga.
 - g. Membuat catatan dan laporan.
6. Memberi asuhan kebidanan pada balita dengan risiko tinggi dan yang mengalami komplikasi serta kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi dengan melibatkan keluarga.
- a. Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan pada balita dengan risiko tinggi dan keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
 - b. Menentukan diagnosis, prognosis, dan prioritas sesuai dengan faktor risiko dan keadaan kegawatan.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

- e. Membina kegiatan di masyarakat yang berkaitan dengan kesehatan.

Peran sebagai Pendidik

Bidan memberi pendidikan kesehatan dan konseling dalam asuhan dan pelayanan kebidanan di setiap tatanan pelayanan kesehatan di institusi dan komunitas, mentorsip, dan preseptorsip terhadap calon tenaga kesehatan dan bidan baru.

1. Memberi pendidikan dan penyuluhan kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat tentang penanggulangan masalah kesehatan, khususnya yang berhubungan dengan pihak terkait kesehatan ibu, anak, dan KB.
 - a. Bersama klien mengkaji kebutuhan pendidikan dan penyuluhan kesehatan masyarakat khususnya dalam bidang kesehatan ibu, anak, dan KB.
 - b. Bersama klien dan pihak terkait menyusun rencana penyuluhan kesehatan masyarakat sesuai dengan kebutuhan yang telah dikaji, baik untuk jangka pendek maupun jangka panjang.
 - c. Menyiapkan alat dan bahan pendidikan dan penyuluhan sesuai dengan rencana yang telah disusun.
 - d. Melaksanakan program atau rencana pendidikan dan penyuluhan kesehatan masyarakat sesuai dengan rencana jangka pendek dan jangka panjang melibatkan unsur yang terkait termasuk masyarakat.
 - f. Mendokumentasikan semua kegiatan dan hasil pendidikan/penyuluhan kesehatan masyarakat secara lengkap dan sistematis.
2. Melatih dan membimbing kader termasuk siswa bidan dan perawat serta membina dukun di wilayah atau tempat kerjanya.
 - a. Mengkaji kebutuhan latihan dan bimbingan sesuai dengan hasil pengkajian.
 - b. Menyusun rencana latihan dan bimbingan sesuai dengan hasil pengkajian.
 - c. Menyiapkan alat audiovisual dan bahan untuk keperluan pelatihan sesuai dengan rencana yang telah disusun.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

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,

*image
not
available*

*image
not
available*



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.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*



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

*image
not
available*



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

*image
not
available*



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.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

yang menyebabkan keterlambatan dalam rujukan, tetapi dapat dikategorikan dalam tiga jenis keterlambatan sebagai berikut.

1. Keterlambatan dalam pengambilan keputusan untuk merujuk.
2. Keterlambatan dalam mencapai fasilitas kesehatan.
3. Keterlambatan dalam memperoleh pertolongan di fasilitas kesehatan.

Pemantauan dan evaluasi upaya penurunan AKI tidak hanya didasarkan pada pengukuran perubahan kematian ibu, namun meliputi pemantauan proses dan luaran. Untuk itu, selain indikator dampak digunakan pula indikator proses, *output*, dan *outcome*.

1. Indikator dampak.
 - a. Rasio kematian ibu. AKI adalah kematian ibu dalam satu periode satu per 100.000 kelahiran hidup pada periode yang sama.
 - b. Angka kematian ibu adalah jumlah kematian ibu dalam satu periode per 100.000 wanita usia subur.
 - c. Risiko kematian ibu seusia hidup. Risiko wanita terhadap kematian ibu terjadi sepanjang usia suburnya.
 - d. Proporsi kematian ibu pada wanita usia reproduksi (*proportional mortality ratio*). Indikator ini merupakan persentase kematian ibu dari kematian total pada wanita usia 15-49 tahun.
2. Indikator proses, *output*, dan *outcome*. Indikator proses, *output*, dan *outcome* merupakan indikator yang berhubungan dengan proses, *output* dan *outcome* dalam upaya *Safe Motherhood*. Beberapa contoh indikator yang termasuk ke dalamnya adalah sebagai berikut.
 - a. Persentase bidan yang terlatih menangani kegawatan obstetri (indikator proses).
 - b. Indikator hasil pelayanan, misalnya cakupan pelayanan antenatal dan cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (indikator *output*).
 - c. Proporsi komplikasi obstetri yang mendapat penanganan adekuat dan *case fatality rate*.

MASALAH PENURUNAN AKI DI NEGARA BERKEMBANG

Beberapa masalah yang dihadapi negara berkembang dalam menurunkan angka kematian ibu adalah sebagai berikut.

1. Informasi yang belum memadai. Hal ini terjadi karena hal-hal berikut.
 - a. Sangat kurangnya data statistik dan informasi berkala yang mampu menggambarkan kematian ibu di seluruh populasi negara tersebut.
 - b. Informasi tentang kematian ibu yang tersedia hanya menggambarkan besaran masalah, namun belum mampu menggambarkan tingkat kerawannya.
2. Strategi pelayanan kesehatan ibu yang belum efektif, terlihat dari:
 - a. Masih banyak pertolongan persalinan oleh dukun.
 - b. Pemerintah belum mampu menggerakkan sektor-sektor lain dan masyarakat untuk berperan serta dalam mencegah kematian ibu secara efektif.
 - c. Mobilisasi tenaga kesehatan dan upaya untuk menyakinkan masyarakat akan peran bidan dalam upaya penurunan AKI belum optimal.
3. Krisis dan keterbatasan kewenangan sektor kesehatan.
 - a. Tidak mampu menjamin ketersediaan dana, sarana, dan fasilitas untuk memberi pelayanan kesehatan berkualitas.
 - b. Tidak mampu menjamin jumlah, jenis, dan kualifikasi tenaga kesehatan agar dapat memberi pelayanan kesehatan bermutu.
 - c. Tidak mampu memobilisasi sumber daya yang ada.
 - d. Belum mampu menghasilkan tenaga bidan berdedikasi tinggi dan infrastruktur yang mendukung pelayanan kegawatdaruratan obstetri.

DAFTAR PUSTAKA

- Anwar, Azrul. (2001). *Rencana Strategis Nasional Making Pregnancy Safer di Indonesia 2001-2010*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Ronoatmodjo, Sudarto. (2000). *Materi Ajar Modul Safe Motherhood*. Jakarta: DEPKES RI.
- Suprijadi. (1999). *Bidan di masyarakat*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- [www.google.com / Safe Motherhood](http://www.google.com/Safe%20Motherhood).

9

PERSALINAN DAN ASUHAN DI RUMAH

PERSALINAN DI RUMAH

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri), yang dapat hidup ke dunia dan di luar rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain (Mochtar, 1998). Perawatan maternitas telah berubah secara dramatis. Perawatan maternitas memainkan peran aktif dalam membentuk sistem perawatan kesehatan sehingga sistem tersebut dapat memenuhi kebutuhan wanita saat ini (Boeke, 1991). Sering kali wanita dapat memilih dokter atau bidan sebagai pemberi perawatan utama mereka. Pada tahun 1991 dokter membantu 94,7% kelahiran, sedangkan bidan 4,1%. Suatu peningkatan dari angka 3,4% yang dilaporkan pada tahun 1988, sisanya 1,2% kelahiran tidak terbantu (Wegman, 1993). Wanita sekarang dapat memilih melahirkan di kamar bersalin rumah sakit (*hospital laboratorium*) (bukan di ruang melahirkan), ruang melahirkan, klinik bersalin, atau di rumah.

Telah terjadi perubahan lingkungan dari perawatan akut di rumah sakit ke perawatan di rumah. Hal ini memengaruhi struktur organisasi perawatan, keterampilan yang diperlukan dalam pemberian pertolongan, dan biaya yang dikeluarkan pasien (Delissovay Ferstle, 1991).

Banyak ibu lebih memilih melahirkan di rumah, hal ini disebabkan oleh beberapa faktor.

1. Persalinan di rumah didukung oleh keluarga, dalam lingkungan yang dikenal, tempat mereka merasa memiliki kendali terhadap tubuhnya.
2. Lingkungan rumah sendiri menimbulkan rasa tenang dan tenteram pada ibu yang akan melahirkan.
3. Berdasarkan perbandingan dengan pengalaman melahirkan di rumah sakit, dalam lingkungan yang kurang memiliki sentuhan pribadi yang penuh dengan peraturan dan staf yang sibuk.

Kerugian

Kerugian dari pertolongan persalinan di rumah ialah ketika proses melahirkan mengalami kesukaran, pertolongan lebih lanjut tidak dapat segera diberikan. Hal ini disebabkan tidak tersedianya alat-alat sehingga membutuhkan waktu lama sebelum tiba di rumah sakit. Contohnya, selama persalinan bayi mungkin mengalami distres yang memerlukan tindakan untuk melahirkan segera, atau setelah lahir bayi tidak dapat bernapas dengan baik. Di rumah sakit, dua bahaya ini dapat ditangani dengan cepat karena tersedia fasilitas, yang mungkin tidak tersedia di rumah. Selain itu, beberapa wanita mengalami perdarahan setelah kelahiran. Di rumah sakit, perdarahan ini dapat ditangani dengan cepat karena tersedia darah.

Bahaya bagi bayi dengan risiko hemoragi pascapartum masih merupakan alasan utama mengapa lebih dari 30 tahun silam, kelahiran bayi di rumah digantikan dengan kelahiran di rumah sakit.

Indikasi dan Syarat

Indikasi dilakukannya persalinan di rumah adalah sebagai berikut.

1. Multipara. Umumnya ibu yang baru pertama kali bersalin dianjurkan bersalin di rumah sakit atau di klinik bersalin. Jika pada waktu melahirkan bayi pertama itu tidak mengalami kesulitan, melahirkan bayi berikutnya di rumah sendiri dapat diizinkan.
2. Selama melakukan asuhan antenatal tidak didapati adanya kelainan atau penyakit yang akan menyulitkan proses persalinan.

3. Jauh dari tempat pelayanan kesehatan (tinggal di pemukiman pedesaan).

Mengingat fungsi pertolongan persalinan yang sangat berat, dalam melakukan pertolongan persalinan di rumah diperlukan pemenuhan persyaratan sebagai berikut.

1. **Persiapan penolong (bidan).**
 - a. **Kemampuan.** Dalam bidang psikologi, kemampuan ini diartikan sebagai kesanggupan. Mengingat pentingnya dan risiko yang dihadapi, bidan harus mempunyai kemampuan yang cukup terampil, cepat berpikir, cepat menganalisis, cepat menginterpretasi tanda dan gejala, cepat menyusun konsep, dan mempunyai pengetahuan serta pengalaman.
 - b. **Keterampilan.** Pekerjaan bidan adalah pekerjaan yang bersifat keterampilan. Oleh karena itu, bidan harus memiliki keterampilan yang cukup banyak dalam segala perawatan, pertolongan, dan persalinan.
 - c. **Kepribadian,** yang dimaksud dengan kepribadian adalah kesehatan jasmani dan rohani dalam segala aspek, yang merupakan organisasi yang dinamis yang akan selalu mengalami perubahan dan perkembangan, aspek-aspek tersebut ialah fisik, maturitas atau kematangan, mental, emosi, dan sikap.
2. **Persiapan alat.**
 - a. Jika akan melahirkan di rumah, pasien dianjurkan untuk memilih kamar yang terbaik untuk bersalin.
 - b. Sediakan perlak berukuran sekitar 1,5 m sebagai alas tempat tidur bersalin.
 - c. Lampu yang cukup terang jika ternyata melahirkan di malam hari.
 - d. Dua baskom, satu untuk cuci tangan dan lainnya berisi air hangat untuk memandikan bayi.
 - e. Sabun cuci tangan dan sabun bayi.
 - f. Minyak adas, minyak kelapa untuk membersihkan lemak-lemak yang melekat pada tubuh bayi.

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*.

Bidan juga mengajarkan tentang perawatan payudara dan teknik menyusui. Bidan juga memberi informasi tentang aktivitas, istirahat, latihan, makanan, cairan, perawatan kulit, hubungan seksual, fisiologi pascapartum, pelayanan kesehatan ibu, tanda-tanda bahaya dan kunjungan ulang 6 minggu pascapartum.

Penyuluhan

Hal-hal yang harus diketahui ibu selama menjalani masa nifas di rumah.

1. *Aktivitas.* Aktivitas yang cukup beralasan sangat dianjurkan untuk dilakukan. Tidur siang harus dilakukan untuk memulihkan tenaga ibu.
2. *Higiene personal.* Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi. Mandi setiap hari sangat dianjurkan, setelah ibu cukup kuat beraktivitas untuk melakukan higiene personal. Higiene personal dilakukan untuk mengurangi ketidaknyamanan pada ibu, misalnya mengganti pembalut.
3. *Hubungan seksual.* Hubungan seksual tidak boleh dilakukan segera karena involusi uteri belum kembali normal dan kemungkinan luka episiotomi belum pulih. Tujuh puluh persen wanita melakukan hubungan seksual pada minggu ke-8 pascapartum. Banyak ibu yang masih takut untuk melakukan hubungan seksual karena trauma persalinan atau ibu takut terjadi perdarahan. Lebih dari 90% primipara mengungkapkan bahwa mereka mulai aktif melakukan hubungan seksual. Wanita dianjurkan untuk menyusui bayinya karena dengan menyusui akan menekan produksi estrogen yang tentu saja akan berpengaruh pada pemulihan alat-alat kandungan. Beri ibu konseling tentang hubungan seksual setelah persalinan, yakni ibu tidak perlu takut untuk melakukan hubungan seksual setelah 6 minggu pascapartum.
4. *Istirahat.* Setelah bayi lahir, kebanyakan wanita sangat emosional dan merasa letih. Umumnya, mereka tertidur sejenak. Ketika bangun, ia sangat ingin melihat dan menggendong bayinya. Ibu dapat bangkit dari tempat tidur, tetapi banyak wanita lebih suka di tempat tidur

selama 24 jam pertama dan menikmati istirahatnya. Setelah itu, sebaiknya ia bangkit dan berjalan untuk meningkatkan otot-ototnya, meningkatkan aliran darah, dan mempercepat pengeringan lokia.

5. **Lokia.** Lokia adalah darah yang dibuang dari rahim yang telah mengerut kembali ke ukuran semula. Pada saat hamil rahim melindungi janin dari lingkungan luar, menyediakan gizi melalui plasenta, dan akhirnya dengan kontraksi ototnya mengeluarkan bayi ke dunia. Lokia terdiri dari darah tempat plasenta menempel dan luruhan dinding rahim yang berkembang sangat besar selama kehamilan. Dalam 5 hari pertama setelah kelahiran, lokia sebagian besar terdiri dari darah sehingga berwarna merah. Lima sampai 10 hari berikutnya warnanya menjadi coklat kemerahan karena jumlah darah yang hilang lebih sedikit dan lebih banyak luruhan dinding rahim yang dikeluarkan. Pada hari ke-12, warnanya pucat kekuning-kuningan atau putih, luruhan ini mungkin berlanjut dengan jumlah bervariasi selama 6 minggu. Biasanya, luruhan ini akan berhenti pada akhir minggu ke-3. Lama lokia merah bervariasi, kadang-kadang masih berlanjut 10 hari atau lebih, atau lokia merah mungkin muncul pada minggu berikutnya.
6. **After pain.** Jika perineum robek atau dilakukan episiotomi saat melahirkan, ibu akan merasa sakit di perineum yang mungkin berlanjut beberapa minggu atau kadang-kadang sampai beberapa bulan. Jika pasien mengalami sembelit dan merasa kurang nyaman, sebaiknya ia meminta pengobatan. Biasanya obat pencahar ringan seperti Senokot atau obat pencahar supositoria (seperti Bisacodyl) diberikan. Ambeien sering terjadi selama kehamilan, kadang juga terjadi selama persalinan. Pada beberapa wanita, menyebabkan rasa tidak nyaman. Pengobatannya menggunakan salep penahan rasa sakit dan berusaha mendorongnya ke dalam lubang anus setelah membuang kotoran.
7. **Sakit punggung.** Sakit punggung tampaknya lazim pada wanita yang memakai obat bius epidural atau menjalani tahap kedua persalinan yang panjang. Beberapa wanita juga melaporkan sakit di leher atau di bahu. Sakit punggung ini terjadi selama beberapa minggu atau kadang-kadang beberapa bulan setelah melahirkan.

8. *Eliminasi*. Dalam 24 jam pertama setelah melahirkan, kadang-kadang ibu merasa susah berkemih karena robekan selama melahirkan pada jaringan vagina dan jaringan sekeliling kandung kemih. Periksa dini di rumah sakit akan membantu masalah ini. Beberapa wanita mengalami kesulitan menahan keluarnya urine sehingga selalu basah dalam beberapa minggu atau bulan setelah melahirkan.
9. *Depresi pascapartum*. Antara 8-12% wanita tidak dapat menyesuaikan peran sebagai orang tua dan menjadi sangat tertekan dan mencari bantuan dokter. Wanita yang lain berusaha melanjutkan hidupnya. Depresi yang terdeteksi secara klinis biasanya muncul pada 6-12 minggu pertama setelah kelahiran, tetapi mungkin tidak akan diketahui sampai jauh setelah itu. Karena alasan ini, dokter meminta ibu untuk mengisi sebuah kuesioner pendek (Skala Depresi Postpartum Edinburgh) dalam kunjungan dokter setelah melahirkan. Selain itu, dokter akan mengajukan pertanyaan untuk mengetahui apakah ibu ada kecenderungan mengalami depresi. Ibu yang rentan adalah ibu yang
 - a. mempunyai riwayat keluarga atau riwayat pribadi yang mengalami depresi;
 - b. tidak mempunyai pengalaman menjadi orang tua di masa anak-anak atau remaja; misalnya, tidak mempunyai saudara kandung untuk dirawat;
 - c. mempunyai keluarga yang tidak stabil atau kasar di masa anak-anak dan remaja;
 - d. tidak mempunyai dukungan positif dari suami atau pasangan selama dan setelah kelahiran;
 - e. pernah didiagnosis menderita depresi selama kehamilan;
 - f. terputus dari saudara dekat atau teman yang dapat merawat bayi dari waktu ke waktu;
 - g. mungkin mempunyai pengalaman negatif dalam berhubungan dengan profesional kesehatan selama kehamilan (mis., tidak ada komunikasi dan informasi).

Beberapa tanda depresi adalah kesedihan, sulit tidur, hilang selera makan, hilang konsentrasi, perasaan tidak dapat mengatasi suatu masalah, peka, dan cemas. Dalam kasus yang lebih parah, konsultasi psiki-

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.



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.

9. Ibu akan mendapat pengalaman yang berharga dan menyenangkan serta timbul rasa lega dan puas.

Posisi bayi yang benar saat menyusui

1. Mulut bayi terbuka lebar.
2. Daggu bayi menempel di payudara ibu.
3. Bibir bawah bayi melengkung keluar.
4. Tepi areola mammae bagian bawah tidak tampak.
5. Bayi tenang dan rileks
6. Puting susu ibu tidak terasa sakit.
7. Kadang terdengar suara bayi menelan.
8. Perut bayi menempel ke perut ibu.
9. Telinga bayi berada dalam satu garis dengan lengan dan tubuhnya.
10. Setelah menyusui bayi diserdawakan.

Kebutuhan Tidur

Bayi harus cukup tidur dan teratur. Pada bulan pertama, bayi akan tidur terus, ia hanya bangun jika lapar, mandi, dan jika diganti popoknya. Makin besar, waktu tidur bayi makin berkurang karena bayi sudah dapat bermain. Meskipun demikian, harus tetap diusahakan agar bayi tidur teratur pagi, sore, dan malam hari. Sebaiknya, pada waktu tidur lampu dimatikan karena bayi sangat sensitif terhadap cahaya.

Masalah yang Lazim

Bokong lecet

Bokong lecet dapat dicegah dengan mengganti popok bayi segera setelah basah/kotor. Selain itu, bokong bayi harus dibilas dengan sabun ringan lalu keringkan. Jika lecetnya serius, bayi harus dibawa ke bidan/dokter untuk mendapatkan pengobatan. Hindari penggunaan bedak talk yang berlebihan karena bedak yang mengering juga dapat menyebabkan kulit lecet.

Menangis

Tidak selalu benar bahwa bayi menangis berarti lapar. Alasan bayi menangis, antara lain sebagai berikut.

1. Kesakitan, biasanya bayi akan menangis tiba-tiba dan keras, kadang-kadang bayi menangis terus-menerus. Jika hal ini terjadi, sebaiknya



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.

Jika terjadi syok, akan ditemukan nadi lemah dan cepat, tekanan darah di bawah 100 mm Hg, wajah tampak kurus dan bentuknya menonjol—terutama hidung, keringat dingin, ekstremitas pucat, kuku kebiruan, dan mungkin terjadi gangguan kesadaran.

Terapi untuk gangguan ini adalah dengan infus ekspander plasma (Haemaccel, Macrodex) 1000 ml atau merujuk ke rumah sakit secepatnya.

Plasenta Previa

Plasenta previa adalah tertanamnya bagian plasenta ke dalam segmen bawah uterus. Penyebab gangguan ini adalah terjadi fase pergeseran/tumpang tindihnya plasenta di atas ostium uteri internum yang menyebabkan pelepasan plasenta. Diagnosis ditegakkan dengan menemukan gejala utama. Pasien ini mungkin tidak mengalami nyeri, perdarahan berulang atau kontinu dalam trimester ketiga atau selama persalinan tanpa penyebab yang jelas. Juga ditemukan uterus selalu lunak, abdomen tidak tegang, umumnya tanpa kontraksi persalinan atau hanya sedikit. Keadaan umum pasien berhubungan dengan kehilangan darah. Sebagian besar bunyi jantung janin tetap baik, bunyi jantung yang tidak memuaskan atau tidak ada hanya pada kasus ruptur plasenta atau pelepasan yang luas.

Tindakan pada plasenta previa

1. Tindakan dasar umum. Memantau tekanan darah, nadi, dan hemoglobin, memberi oksigen, memasang infus, memberi ekspander plasma atau serum yang diawetkan. Usahakan pemberian darah lengkap yang telah diawetkan dalam jumlah mencukupi.
2. Pada perdarahan yang mengancam nyawa, seksio sesarea segera dilakukan setelah pengobatan syok dimulai.
3. Pada perdarahan yang tetap hebat atau meningkat karena plasenta previa totalis atau parsialis, segera lakukan seksio sesaria; karena plasenta letak rendah (plasenta tidak terlihat jika lebar mulut serviks sekitar 4-5 cm), pecahkan selaput ketuban dan berikan infus oksitosin; jika perdarahan tidak berhenti, lakukan persalinan per vagina dengan forsep atau ekstraksi vakum; jika perdarahan tidak berhenti, lakukan seksio sesaria.
4. Tindakan setelah melahirkan.
 - a. Cegah syok (syok hemoragik).
 - b. Pantau urine dengan kateter menetap.
 - c. Pantau sistem koagulasi (koagulopati).
 - d. Pada bayi, pantau hemoglobin, hitung eritrosit, dan hematokrit.

Terapi atau tindakan terhadap gangguan ini dilakukan di tempat praktik. Pada kasus perdarahan yang banyak, pengobatan syok adalah dengan infus Macrodex, Periston, Haemaccel, Plasmagel, Plasmafudin. Pada kasus pasien gelisah, diberikan 10 mg valium (diazepam) IM atau IV secara perlahan.

Solusio (Abrupsio) Plasenta

Solusio plasenta adalah lepasnya plasenta yang tertanam normal pada dinding uterus baik lengkap maupun parsial, pada usia kehamilan 20 minggu atau lebih. Penyebabnya adalah hematoma retroplasenta akibat perdarahan dari arteri (perubahan dinding pembuluh darah), peningkatan tekanan di dalam ruangan intervillus ditingkatkan oleh hipertensi atau toksemia. Diagnosis ditegakkan melalui temuan nyeri (akibat kontraksi persalinan sering ada sebagai nyeri kontinu, uterus tetanik), perdarahan per vagina (jarang ada dan dalam kasus berat, perdarahan eksternal bervariasi), bunyi jantung janin berfluktuasi (hampir selalu melebihi batas-batas normal, umumnya tidak ada pada kasus berat), syok (nadi lemah, cepat, tekanan darah rendah, pucat, berkeringat dingin, ekstremitas dingin, kuku biru).

Penderita yang disangka menderita solusio plasenta dengan pendarahan genitalia selama kehamilan lanjut, persalinan harus di rumah sakit. Selama solusio plasenta, dapat terjadi hal-hal berikut.

1. Perdarahan yang mengancam nyawa dan syok.
2. Tromboplasti yang diikuti oleh apopleksi uteroplacenta.
3. Gagal ginjal akut, pada kasus anuria atau oliguria yang lebih ringan, pada kasus ginjal syok yang berat dan nekrosis korteks ginjal.
4. Infus amnion (sangat jarang).

Tindakan yang dilakukan di tempat praktik dokter harus hati-hati ketika melakukan pemeriksaan luar, harus menghindari pemeriksaan vagina. Di tempat praktik dokter, biasanya sangat sulit membedakan dengan jelas solusio plasenta dari plasenta previa. Pasien diberi infus Macrodex, Periston, Haemaccel, Plasmagel, dan Plasmafudin, serta petidin (Dolantin) 100 mg IM. Tindakan di rumah sakit meliputi pemeriksaan umum yang teliti (nadi, tekanan darah, jumlah perdarahan per vagina, penentuan hemoglobin, hematokrit, dan pemantauan pengeluaran urine).



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.

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

Puskesmas adalah organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat selain memberi pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk program pokok.

Program kesehatan ibu dan anak (KIA) merupakan salah satu program pokok di puskesmas yang mendapat prioritas tinggi, mengingat kelompok ibu hamil, menyusui, bayi dan anak merupakan kelompok yang sangat rentan terhadap kesakitan-kematian.

Pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS-KIA) adalah alat manajemen program KIA untuk memantau cakupan pelayanan KIA di suatu wilayah (puskesmas/kecamatan) secara terus menerus, agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat terhadap desa yang cakupan pelayanan KIA-nya masih rendah (Depkes, 1994).

Tujuan umum PWS-KIA, yaitu meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan KIA di wilayah kerja puskesmas, melalui pemantauan cakupan pelayanan KIA di tiap desa secara terus-menerus. Tujuan khususnya:

1. Memantau cakupan pelayanan KIA yang dipilih sebagai indikator, secara teratur (bulanan) dan berkesinambungan (terus-menerus) untuk tiap desa.
2. Menilai kesenjangan antara target yang ditetapkan dan pencapaian sebenarnya untuk tiap desa.

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

BATASAN PEMANTAUAN

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

1. *Pelayanan antenatal*. Pelayanan antenatal (ANC) merupakan pelayanan kesehatan oleh tenaga profesional untuk ibu selama masa kehamilannya, yang dilakukan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan. Standar operasional yang ditetapkan untuk ANC adalah 5T.
 - a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan.
 - b. (ukur) Tekanan darah.
 - c. (pemberian imunisasi) Tetanus toksoid (TT) lengkap.
 - d. (ukur) Tinggi fundus uteri.
 - e. (pemberian) Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan.
2. *Penjaringan (deteksi) dini kehamilan berisiko*. Kegiatan ini bertujuan untuk menemukan ibu hamil berisiko yang dapat dilakukan oleh kader, dukun bayi, dan tenaga kesehatan.
3. *Kunjungan ibu hamil*. Maksudnya adalah kontak ibu hamil dengan tenaga profesional untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar yang ditetapkan.
4. *Kunjungan baru ibu hamil (KI)* adalah kunjungan ibu hamil yang pertama kali pada masa kehamilan.
5. *Kunjungan ulang* adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang kedua dan seterusnya untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai dengan standar selama satu periode kehamilan berlangsung.
6. *K4* adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang keempat atau lebih untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai dengan standar, dengan syarat:



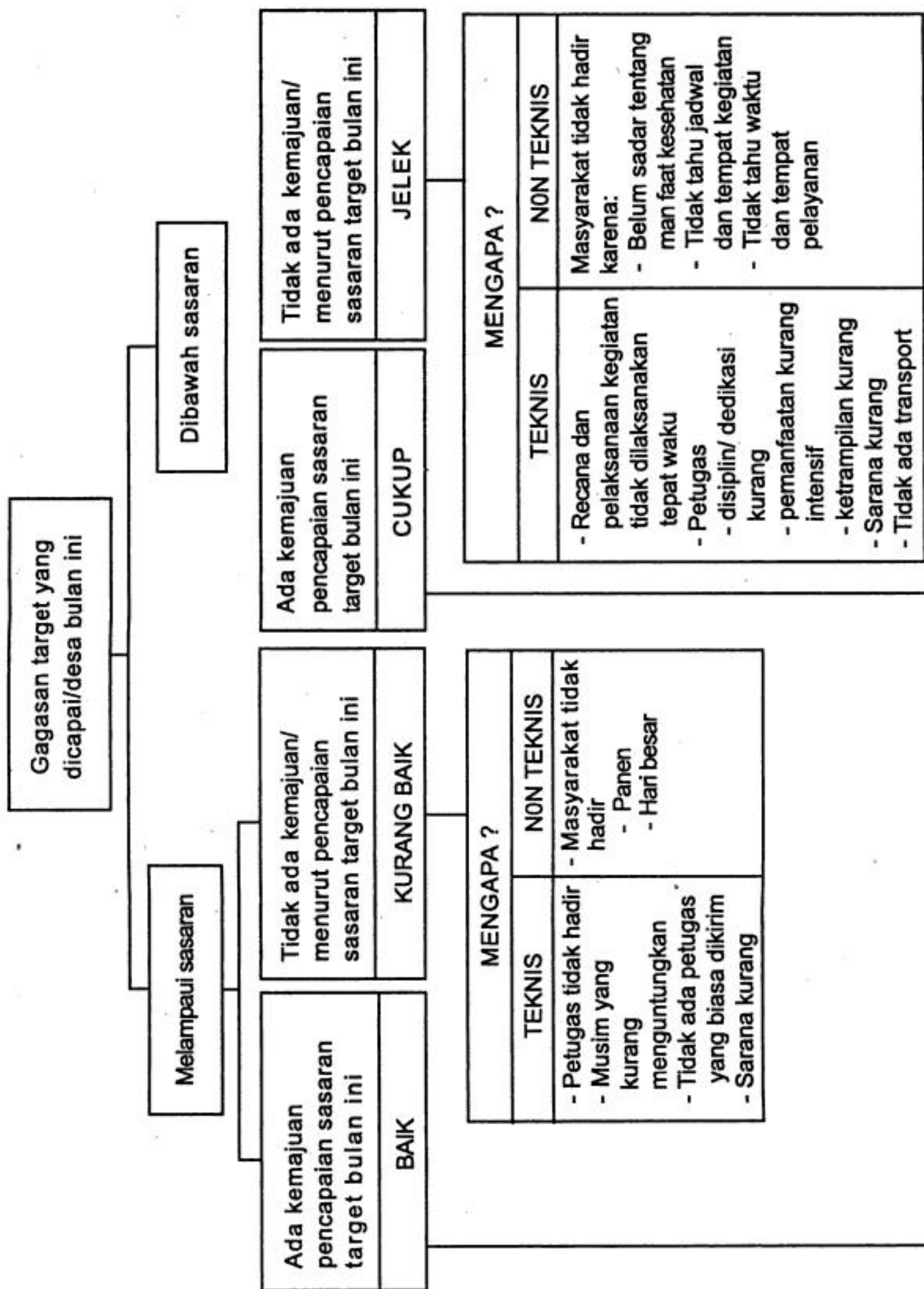
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

Dari matriks di atas, dapat disimpulkan adanya 4 macam status cakupan desa, yaitu sebagai berikut.

1. *Status baik* adalah desa dengan cakupan di atas target yang ditetapkan untuk bulan April 2007 dan mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang meningkat atau tetap jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu. Desa–desa ini adalah Desa A dan C. Jika keadaan tersebut berlanjut, desa–desa tersebut akan mencapai atau melebihi target tahunan yang ditentukan.
2. *Status kurang* adalah desa dengan cakupan di atas target yang ditetapkan untuk bulan April 2007 dan mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang menurun jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu. Desa dalam kategori ini adalah Desa B, yang perlu mendapatkan perhatian karena cakupan bulan ini hanya 6%. Jika cakupan terus menurun, desa tersebut tidak akan mencapai target tahunan yang ditentukan.
3. *Status cukup* adalah desa dengan cakupan dibawah target yang ditetapkan untuk bulan April 2007, dan mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang meningkat jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu. Desa dalam kategori ini adalah Desa E, yang perlu didorong agar cakupan bulanan selanjutnya tidak lebih kecil daripada cakupan bulanan minimal. Jika keadaan tersebut dapat terlaksana, kemungkinan besar desa ini akan mencapai target tahunan yang ditentukan.
4. *Status buruk* adalah desa dengan cakupan di bawah target yang ditetapkan untuk bulan April 2007 dan mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang menurun jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu. Desa dalam kategori ini adalah Desa D, yang perlu diprioritaskan untuk pembinaan agar cakupan bulanan selanjutnya lebih dapat ditingkatkan di atas cakupan bulanan minimal agar dapat mengejar kekurangan target sampai bulan April 2007 sehingga dapat pula mencapai target tahunan yang ditentukan.

Bagi kepentingan program, analisis PWS-KIA ditujukan untuk menghasilkan suatu keputusan tindak lanjut teknis dan non–teknis bagi puskesmas. Keputusan tersebut harus dijabarkan dalam bentuk rencana operasional jangka pendek untuk dapat menyelesaikan masalah yang dihadapi.

SKEMA ALTERNATIF TINDAK LANJUT



Gagasan target yang dicapai/desa bulan ini

Melampaui sasaran

Dibawah sasaran

Ada kemajuan pencapaian sasaran target bulan ini
BAIK

Tidak ada kemajuan/ menurut pencapaian sasaran target bulan ini
KURANG BAIK

Ada kemajuan pencapaian sasaran target bulan ini
CUKUP

Tidak ada kemajuan/ menurut pencapaian sasaran target bulan ini
JELEK

MENGAPA ?	
TEKNIS	- Petugas tidak hadir - Musim yang kurang menguntungkan - Tidak ada petugas yang biasa dikirim - Sarana kurang
NON TEKNIS	- Masyarakat tidak hadir - Panen - Hari besar

MENGAPA ?	
TEKNIS	- Recana dan pelaksanaan kegiatan tidak dilaksanakan tepat waktu - Petugas - disiplin/ dedikasi kurang - pemanfaatan kurang intensif - ketrampilan kurang - Sarana kurang - Tidak ada transport
NON TEKNIS	Masyarakat tidak hadir karena: - Belum sadar tentang man faat kesehatan - Tidak tahu jadwal dan tempat kegiatan - Tidak tahu waktu dan tempat pelayanan

ALT. TIND. LANJUT	ALT. TIND. LANJUT		ALT. TIND. LANJUT	
	TEKNIS	NON TEKNIS	TEKNIS	NON TEKNIS
<ul style="list-style-type: none"> - Pola yang sama diteruskan - Penggerakan masyarakat - Kesiapan petugas - Koordinasi lintas sektor - Pola yang sama diharapkan didesa lain 	<ul style="list-style-type: none"> - Perlu ditingkatkan kesiapan petugas - Jadwal kunjungan harus selalu ditepati 	<ul style="list-style-type: none"> - Perlu ditinggalkan - Koordinasi tingkat sektoral - Pergerakan masyarakat melalui tokoh - Penyuluhan - Pengumuman tentang jadwal 	<ul style="list-style-type: none"> - Perlu ditinggalkan - Koordinasi tingkat sektoral - Pergerakan masyarakat melalui tokoh - Penyuluhan - Pengumuman tentang jadwal 	<ul style="list-style-type: none"> - Penyuluhan pentingnya antenatal melalui kader PKK/Desa - Wisma, kader - KPKIA pengajian - Pergerakan massa oleh ABRI - Pengumuman terus menerus tentang jadwal pelayanan y.a.d. (mis: di mesjid)
	<ul style="list-style-type: none"> - Menyusun kembali dan pelaksanaan kegiatan yang lebih intensif - Meningkatkan disiplin pemanfaatan dan pengetahuan petugas - Menyesuaikan target dengan kondisi setempat - Mengusahakan kelengkapan sarana: Pinjam dari Pusk lain - Beli dengan swadaya - APBD 			

Gambar 11-3 Skema alternatif tindak lanjut.



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.

REKAP LAPORAN PWS-KIA**Puskesmas** :**Kabupaten** :**Bulan** :

No.	Desa	Sasaran			K1					K4						
		Bumil	Bulin	Bayi	BL	BI	Kum.		R	BL	BI	Kum.		R	BL	BI
							ABS	%				ABS	%			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
	Total Kab.															
	Luar Wil. Kab.															
	Total BI															

Ket.:

Kum: Kumulatif

BL: Bulan Lalu

BI: Bulan Ini

Gambar 11-7 Rekapitulasi laporan PWS-KIA.



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

“3 bersih” (bersih tangan penolong, alat pemotong tali pusat, dan alas tempat tidur ibu) dan perawatan bayi baru lahir yang adekuat termasuk perawatan tali pusat yang higienis.

Selain hal tersebut di atas, dilakukan pula upaya deteksi dini neonatus risiko tinggi agar segera dapat diberikan pelayanan yang diperlukan. Risiko tinggi pada neonatus meliputi:

1. BBLR (berat lahir kurang dari 2500 gram).
2. Bayi dengan tetanus neonatorum.
3. Bayi baru lahir dengan asfiksia.
4. Bayi dengan ikterus neonatorum (ikterus >10 hari setelah lahir).
5. Bayi baru lahir dengan sepsis.
6. Bayi lahir dengan berat >4000 gram.
7. Bayi preterm dan post-term.
8. Bayi lahir dengan cacat bawaan sedang.
9. Bayi lahir dari proses persalinan dengan tindakan.

DAFTAR PUSTAKA

DepKes RI. (1996). *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Bakti Husada.

PEMBINAAN DUKUN BAYI DAN KADER

DUKUN BAYI

Dukun bayi adalah orang yang dianggap terampil dan dipercaya oleh masyarakat untuk menolong persalinan dan perawatan ibu dan anak sesuai kebutuhan masyarakat. Kepercayaan masyarakat terhadap keterampilan dukun bayi berkaitan dengan sistem nilai budaya masyarakat. Dukun bayi diperlakukan sebagai tokoh masyarakat setempat sehingga memiliki potensi dalam pelayanan kesehatan.

Pembinaan dukun bayi ada 2 macam, yaitu pembinaan keterampilan dukun bayi dan pembinaan hasil kegiatan yang dilaksanakan oleh dukun bayi. Pembinaan dukun bayi ini dilakukan secara teratur, terus menerus, dan berkesinambungan untuk mencapai tujuan. Tujuan pembinaan secara tradisional agar dukun bayi dapat terampil dalam menolong persalinan dan perawatan ibu dan anak. Diharapkan, keterampilan tersebut dapat dikembangkan sesuai kebutuhan masyarakat setempat dan pelayanan kesehatan.

Fungsi pembinaan dukun bayi ada 2 macam, yaitu *fungsi utama dan fungsi tambahan*. *Fungsi utama*, dukun bayi melaksanakan pertolongan persalinan secara benar dan aman. *Fungsi tambahan*, untuk mendukung fungsi utama karena dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan perkembangan pelayanan kesehatan. Pelaksana pembinaan dukun bayi adalah dokter, bidan, perawat, pembantu bidan, petugas imunisasi, petugas gizi,

dan tenaga kesehatan lain sesuai pelimpahan tugas oleh pimpinan puskesmas. Pembinaan ini dilakukan dalam satuan desa sesuai dengan konsep pembinaan wilayah. Pemuka masyarakat desa diharapkan berfungsi sebagai pendukung. Di bawah tanggung jawab pimpinan puskesmas, bidan bertindak sebagai koordinator pelaksanaan pembinaan dukun bayi.

Sasaran pembinaan terhadap semua dukun bayi yang ada di wilayah kerja puskesmas dalam unit wilayah pembinaan desa, baik yang sudah terlatih maupun belum terlatih. Wadah pelaksanaan pembinaan dukun bayi adalah posyandu dan Paguyuban Dukun Bayi (PDB), dilaksanakan di puskesmas atau sub-puskesmas atau tempat lain yang disepakati, terutama oleh bidan.

PENGETAHUAN PENTING DUKUN BAYI

Tanda Bahaya

Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan, dan nifas merupakan tanda/gejala yang menunjukkan ibu atau bayi yang dikandungnya dalam keadaan bahaya. Kebanyakan, kehamilan berakhir dengan persalinan dan masa nifas yang normal. Namun, 15–20 di antara 100 ibu hamil mengalami gangguan. Gangguan tersebut terjadi secara mendadak. Oleh karena itu, setiap ibu hamil, keluarga, dan masyarakat perlu mengetahui dan mengenali tanda bahaya. Tujuannya, agar mereka segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan, seperti bidan, dokter, atau langsung ke rumah sakit untuk menyelamatkan jiwa ibu dan bayi yang dikandungnya.

Ada beberapa tanda bahaya yang perlu dikenali, yaitu sebagai berikut.

1. *Ibu tidak mau makan dan muntah terus.* Kebanyakan ibu hamil (bumil) dengan usia kehamilan 1–3 bulan sering merasa mual dan kadang-kadang muntah. Keadaan ini normal dan akan hilang dengan sendirinya saat usia kehamilan lebih dari 5 bulan. Jika ibu tetap tidak mau makan, muntah terus menerus, hingga ibu lemah dan tidak dapat bangun, keadaan ini tergolong sangat berbahaya bagi keadaan janin dan ibu. Segera minta pertolongan bidan terdekat untuk dibawa ke puskesmas atau rumah sakit agar kehamilannya dapat diselamatkan.

Teks dilanjutkan ke halaman 170

TABEL 12-1 Fungsi utama dukun bayi.

Fungsi dukun bayi	Tujuan tugas	Hambatan	Pendekatan pemecahan
<i>Perawatan kehamilan</i>			
Mengetahui tanda kehamilan	Dengan mengenali ibu hamil dapat mengetahui keadaan ibu secara lebih dini	Ibu hamil muda merasa belum perlu memeriksakan kehamilannya	Selalu memantau dukun bayi, apakah menemukan ibu hamil baru
Mengenali tanda kehamilan risiko tinggi dan penyakit kehamilan	Dapat merencanakan dan menyiapkan pertolongan persalinan yang aman	Risiko tinggi merupakan keadaan yang belum terjadi sehingga ibu yang bersangkutan tidak menyadari bahayanya (termasuk dukun bayinya)	Meningkatkan informasi pada masyarakat, khususnya dukun bayi dan ibu hamil waktu pertemuan peminat KIA tentang risiko tinggi Memberi demonstrasi tentang bahaya risiko tinggi
Membawa semua ibu hamil untuk imunisasi TT tanpa melihat usia kehamilan. Pemeriksaan dilakukan di posyandu pada hari buka atau puskesmas pada hari biasa	Kasus tetanus neonatorum masih sering terjadi. Kematian bayi akibat tetanus sekitar 19,3% dari AKB Tiap ibu hamil harus mendapat suntikan TT dua kali	Ibu di pedesaan belum menyadari manfaat pemeriksaan kehamilan, Faktor jarak rumah ke puskesmas lebih dari 5 km dan perlu biaya transportasi untuk pemeriksaan di puskesmas. Tidak semua ibu hamil mendapatkan imunisasi TT pada waktu pemeriksaan kehamilan	Tingkatkan pembinaan dukun bayi tentang perlunya imunisasi Mendekatkan pelayanan imunisasi di posyandu Suntik semua ibu hamil dengan imunisasi TT sebanyak dua kali di posyandu dan puskesmas pada waktu pemeriksaan kehamilan Ikut sertakan Pamong Desa
Membuat laporan mengenai perawatan kehamilan (K1)	Laporan sangat perlu untuk menentukan langkah pembinaan	Format laporan kurang jumlahnya Dukun banyak yang tidak mampu baca tulis	Sediakan format K1 secukupnya Bentuk laporan disederhanakan

Berlanjut



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.

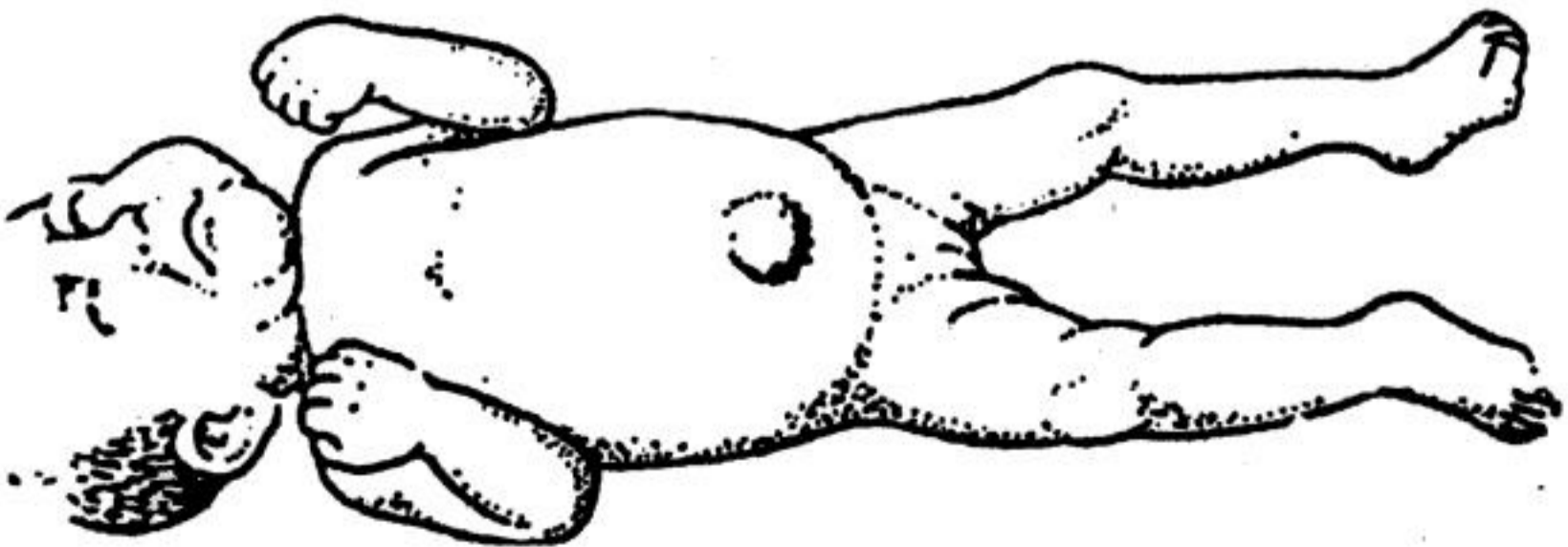
2. *Berat badan bumil tidak naik.* Selama kehamilan, berat badan ibu naik 9–12 kg karena pertumbuhan janin dan bertambahnya jaringan tubuh ibu akibat kehamilan. Kenaikan berat badan biasanya terlihat nyata sejak usia kehamilan 4 bulan sampai menjelang persalinan. Jika berat badan ibu tidak naik pada akhir bulan ke-4 atau kurang dari 45 kg, pertumbuhan janin mungkin terganggu. Ibu mungkin kekurangan gizi atau mungkin juga ibu mempunyai penyakit, seperti batuk menahun. Segera minta pertolongan ke tenaga kesehatan agar dapat diperiksa dan mendapat pertolongan yang diperlukan.
3. *Perdarahan.* Perdarahan melalui jalan lahir pada kehamilan, persalinan, dan nifas, sering kali merupakan tanda bahaya yang mengakibatkan kematian ibu dan janin.
4. *Bengkak pada tangan atau wajah, pusing, dan diikuti kejang.* Bengkak pada kaki atau tungkai bawah pada usia kehamilan 6 bulan ke atas, mungkin masih normal. Akan tetapi, sedikit bengkak pada tangan/wajah, apalagi disertai tekanan darah tinggi dan sakit kepala sangat berbahaya. Jika keadaan itu dibiarkan, akan mengalami kejang. Keadaan ini disebut keracunan kehamilan/eklamsia, segera meminta pertolongan ke tenaga kesehatan.
5. *Gerakan janin berkurang atau tidak ada.* Pada keadaan normal, gerakan janin dapat dirasakan ibu pertama kali pada usia kehamilan 4–5 bulan. Sejak saat itu, keadaan gerak janin sering dirasakan ibu. Jika gerakan janin berkurang, melemah, atau tidak bergerak sama sekali dalam 12 jam merupakan tanda bahaya. Kehidupan bayi mungkin terancam. Ibu harus segera mencari pertolongan.
6. *Kelainan letak janin di dalam rahim.* Kelainan letak janin, antara lain letak sungsang (kepala janin di bagian atas rahim) dan letak lintang (letak janin melintang di dalam rahim). Jika menjelang persalinan terlihat bagian tubuh bayi di jalan lahir, misalnya tangan, kaki, atau tali pusat, ibu harus segera dibawa ke rumah sakit. Kelainan letak janin hanya dapat diketahui jika ibu memeriksakan kehamilannya secara teratur ke bidan atau dokter.
7. *Ketuban pecah sebelum waktunya.* Jika ketuban telah pecah dan cairannya keluar sebelum ibu mengalami tanda-tanda persalinan, akan

memudahkan terjadinya infeksi yang dapat membahayakan jiwa ibu dan janin. Ibu harus segera mendapat pertolongan bidan terdekat untuk dibawa ke puskesmas atau rumah sakit.

8. *Persalinan lama.* Persalinan berlangsung sejak ibu mulai merasa mulas sampai melahirkan bayi, biasanya berlangsung kurang dari 12 jam. Jika bayi belum lahir lebih dari 12 jam sejak dimulainya mulas, persalinan tersebut tergolong lama. Ibu harus mendapat pertolongan untuk dibawa ke rumah sakit.
9. *Penyakit ibu yang berpengaruh terhadap kehamilan.* Beberapa penyakit yang merugikan kehamilan, antara lain penyakit jantung, TBC, malaria, dan infeksi saluran kelamin. Pemeriksaan kehamilan harus lebih sering dilakukan. Ibu atau keluarganya harus merencanakan persalinan di rumah sakit dengan pertolongan dokter.
10. *Demam tinggi pada masa nifas.* Pada masa nifas (selama 42 hari sesudah melahirkan), ibu yang mengalami demam tinggi lebih dari 2 hari dan disertai keluarnya cairan (dari liang rahim) yang berbau, mungkin mengalami infeksi jalan lahir. Ibu harus mendapat pertolongan bidan terdekat untuk dibawa ke puskesmas atau rumah sakit.

Tetanus Neonatorum

Tetanus neonatorum adalah penyakit pada bayi baru lahir, disebabkan masuknya kuman tetanus melalui luka tali pusat, akibat pemotongan tali pusat dengan alat yang tidak bersih atau ditaburi ramuan/abu dapur.



Gambar 12-1 Sikap tubuh bayi yang mengalami tetanus neonatorum.

Tanda-tandanya sebagai berikut.

1. Bayi yang semula dapat disusui dengan baik, tiba-tiba tidak mau menyusu.
2. Mulut mencucu, seperti mulut ikan.
3. Mudah sekali dan sering kejang, terutama jika disentuh, terkena sinar, atau mendengar suara keras.
4. Wajahnya kebiruan.
5. Kadang-kadang demam.

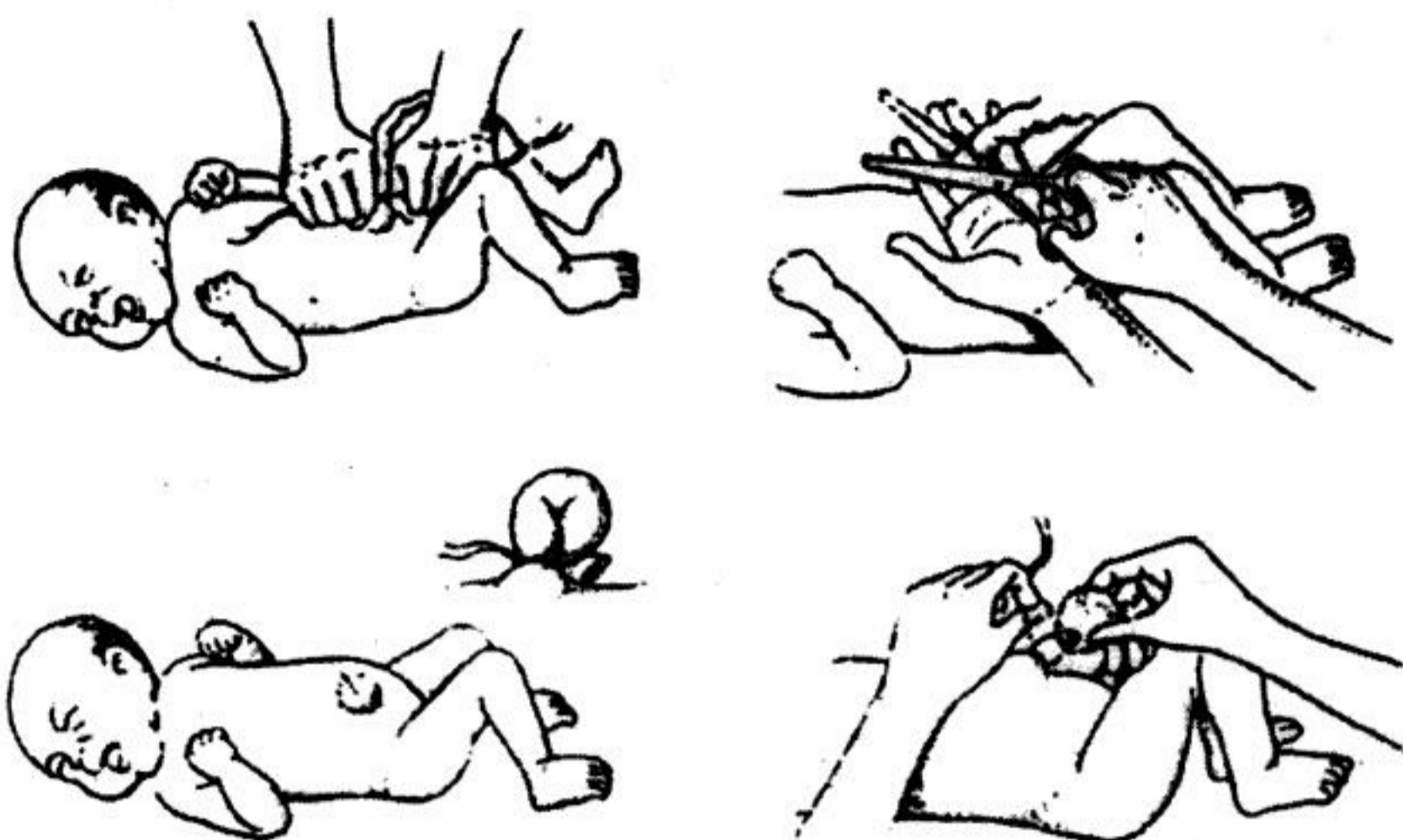
Tanda-tanda tersebut mulai timbul antara 3–14 hari sesudah lahir, tetapi kadang-kadang lebih lambat. Tetanus neonatorum terjadi karena pemotongan tali pusat bayi dengan menggunakan alat yang tidak bersih, luka tali pusat kotor atau tidak bersih karena diberi bermacam-macam ramuan, atau ibu hamil tidak mendapat imunisasi TT lengkap sehingga bayi yang dikandungnya tidak kebal terhadap penyakit tetanus neonatorum. Sebagian besar bayi yang menderita tetanus neonatorum akan meninggal dalam beberapa hari.

Pembinaan dukun bayi dalam pencegahan tetanus neonatorum.

1. Melakukan pertolongan persalinan “3 bersih”.
 - a. Sebelum menolong persalinan, tangan penolong disikat dan dicuci dengan sabun sampai bersih. Kotoran di bawah kuku dibersihkan dengan sikat dan sabun → BERSIH TANGAN.
 - b. Alas tempat ibu berbaring harus bersih → BERSIH ALAS.
 - c. Gunting dan benang pengikat tali pusat harus steril (bebas kuman), bersih, dan tidak berkarat. Supaya steril, gunting dan benang direbus dalam air mendidih selama paling sedikit 15 menit pada saat akan dipakai → BERSIH ALAT.

Pemotongan tali pusat yang benar.

- a. Setelah bayi lahir, tali pusat dipotong dengan gunting steril dan diikat dengan benang steril pada jarak 3 jari dari pusat.
- b. Selanjutnya, dibuat ikatan kedua pada tali pusat, sejauh 3 jari dari ikatan pertama.
- c. Pemotongan tali pusat dilakukan di antara 2 ikatan tersebut.
- d. Kemudian, luka tali pusat diolesi yodium atau betadin.
- e. Tali pusat yang telah diolesi yodium atau betadin dilipat, lalu diikat 2 kali dan dibungkus dengan kain kasa kering, tanpa betadin atau alkohol.



Gambar 12-2 Pemotongan tali pusat yang benar.

2. Melakukan perawatan luka tali pusat yang bersih. Luka tali pusat tidak boleh kotor, harus bersih, dan tidak boleh dibubuhi ramuan/daun-daun atau abu dapur.
 - a. Tali pusat dibersihkan setiap pagi dengan betadin atau povidin yodium.
 - b. Luka tali pusat yang telah dibersihkan tidak boleh sama sekali dibubuhi ramuan, jamu, daun-daunan, atau abu dapur.
 - c. Setelah dibersihkan dengan betadin atau povidin yodium, luka tali pusat ditutup kain kasa kering.
 - d. Demikian dilakukan terus sampai luka kering dan tali pusat puput.
3. Memberi kekebalan kepada bayi baru lahir dengan imunisasi tetanus toksoid sebanyak 2 kali kepada ibu hamil, calon pengantin, dan anak perempuan kelas 6 sekolah dasar.

Imunisasi TT bagi calon ibu berguna agar ibu dan bayi mendapatkan kekebalan terhadap tetanus. Imunisasi TT diberikan sebanyak 2 kali karena imunisasi yang pertama belum memberi kekebalan pada bayi baru lahir terhadap penyakit tetanus sehingga bayi berusia kurang dari 1 bulan dapat terkena tetanus melalui luka tali pusat.

Imunisasi TT umumnya diberikan kepada ibu hamil, calon pengantin wanita, dan anak perempuan kelas 6 sekolah dasar.

a. Pada ibu hamil:

TT-1 : Segera setelah ada tanda-tanda kehamilan

TT-2 : Satu bulan setelah TT-1

b. Pada calon pengantin wanita:

TT-1 : Pada saat pendaftaran nikah

TT-2 : Satu bulan setelah TT-1

c. Anak perempuan kelas 6 SD:

TT : Kapan saja selama kelas 6 SD

Imunisasi TT diberikan di posyandu, pondok bersalin, puskesmas, rumah sakit, praktik dokter, atau bidan swasta.

Dalam kaitan dengan pentingnya imunisasi TT, ketika menemui ibu hamil, dukun bayi perlu melakukan hal-hal berikut.

1. Bertanya pada ibu hamil apakah sudah mendapat imunisasi TT. Jika belum, ibu hamil dianjurkan menemui petugas kesehatan untuk mendapatkan imunisasi TT sebanyak 2 kali, dengan jarak waktu imunisasi TT-1 dan TT-2 minimal 1 bulan, dan ibu hamil harus sudah diimunisasi lengkap pada usia kehamilan 8 bulan.
2. Menganjurkan ibu hamil untuk memeriksakan kehamilan sedikitnya 6 kali ke puskesmas atau tempat pemeriksaan kehamilan lainnya.
3. Membantu ibu hamil mengenai jadwal pemeriksaan kehamilan yang dianjurkan.
 - a. Pemeriksaan pertama pada waktu usia kehamilan belum mencapai 4 bulan.
 - b. Pemeriksaan kedua pada waktu usia kehamilan 4–6 bulan.
 - c. Pemeriksaan ketiga dan keempat pada waktu usia kehamilan 7–9 bulan.

Apa yang dilakukan jika bayi baru lahir terkena tetanus?

1. Membawa bayi baru lahir yang terkena tetanus ke puskesmas atau rumah sakit terdekat untuk mendapat pengobatan secepatnya. Semakin lambat pengobatan diberikan akan semakin besar kemungkinan bayi meninggal.
2. Segera melaporkan kejadian tetanus neonatorum ini ke puskesmas terdekat.

PENGETAHUAN PENTING KADER

Kader perlu mengetahui tanda bahaya kehamilan, persalinan, dan nifas, yaitu tanda/gejala yang menunjukkan ibu dan bayi yang dikandungnya dalam keadaan bahaya.

10 tanda bahaya kehamilan, persalinan, dan nifas

1. Ibu tidak mau makan dan muntah terus.
2. Berat badan ibu hamil tidak bertambah.
3. Perdarahan.
4. Bengkak di tangan dan wajah, pusing, serta diikuti kejang.
5. Gerakan janin berkurang atau tidak ada.
6. Kelainan letak janin dalam rahim.
7. Ketuban pecah sebelum waktunya.
8. Persalinan lama.
9. Penyakit ibu yang memengaruhi kehamilan.
10. Demam tinggi pada masa nifas.

1. *Ibu muntah dan tidak mau makan.* Kebanyakan ibu hamil dengan usia kehamilan 1–3 bulan sering mual dan kadang-kadang muntah. Keadaan ini normal dan hilang dengan sendirinya pada kehamilan lebih dari 3 bulan. Namun, jika ibu tetap tidak mau makan, muntah terus menerus sehingga ibu lemah dan tidak dapat bangun, keadaan ini berbahaya bagi janin dan kesehatan ibu. Seorang kader diharapkan memberi informasi tentang keadaan ini. Ibu atau keluarganya perlu didorong untuk segera meminta pertolongan bidan terdekat untuk dibawa ke puskesmas atau ke rumah sakit agar kehamilannya dapat diselamatkan.
2. *Berat badan ibu hamil tidak naik.* Selama kehamilan, berat badan ibu naik sekitar 9–12 kg karena pertumbuhan janin dan bertambahnya jaringan tubuh ibu akibat kehamilan. Kenaikan berat badan biasanya terlihat nyata sejak usia kehamilan 4 bulan sampai menjelang persalinan. Jika berat badan ibu tidak naik pada akhir bulan ke-4 atau berat badan kurang dari 45 kg pada akhir bulan ke-6, pertumbuhan janin mungkin terganggu. Kader perlu mendorong ibu atau keluarganya untuk segera minta pertolongan bidan terdekat untuk dibawa ke puskesmas atau rumah sakit agar dapat diperiksa dan diberi pertolongan yang diperlukan.

3. *Perdarahan.* Perdarahan melalui jalan lahir pada kehamilan, persalinan, dan nifas, sering kali merupakan tanda bahaya yang mengakibatkan kematian ibu dan janin.
 - a. Perdarahan melalui jalan lahir pada usia kehamilan sebelum 3 bulan disebabkan oleh keguguran yang mengancam. Ibu harus segera meminta bantuan bidan atau dokter.
 - b. Perdarahan melalui jalan lahir disertai nyeri perut bawah yang hebat. Ibu yang terlambat mengetahuinya, harus langsung dibawa ke rumah sakit untuk diselamatkan jiwanya.
 - c. Perdarahan pada usia kehamilan 7–9 bulan, meskipun hanya sedikit merupakan ancaman bagi ibu dan janin. Ibu harus segera mendapatkan pertolongan di rumah sakit.
 - d. Perdarahan yang banyak, segera atau dalam 1 jam setelah melahirkan, sangat berbahaya dan merupakan penyebab kematian ibu yang paling sering. Keadaan ini dapat menyebabkan kematian dalam waktu kurang dari 2 jam, ibu harus segera ditolong untuk diselamatkan jiwanya.
 - e. Perdarahan pada masa nifas (dalam 42 hari setelah melahirkan) yang berlangsung terus-menerus, disertai bau tidak sedap dan demam, juga merupakan tanda bahaya. Ibu harus segera dibawa ke puskesmas atau rumah sakit.
4. *Bengkak di tangan atau wajah, pusing, dan diikuti kejang.* Sedikit bengkak pada kaki atau tungkai bawah pada usia kehamilan 6 bulan ke atas mungkin masih normal. Akan tetapi, bengkak pada tangan atau wajah, apabila disertai tekanan darah tinggi dan sakit kepala (pusing), sangat berbahaya. Jika keadaan ini dibiarkan, ibu dapat mengalami kejang. Keadaan ini disebut keracunan kehamilan atau eklamsia.
5. *Gerakan janin berkurang atau tidak ada.* Pada keadaan normal, gerakan janin dapat dirasakan ibu pertama kali pada usia kehamilan 4–5 bulan. Sejak saat itu, gerakan janin sering dirasakan. Janin yang sehat bergerak secara teratur. Jika gerakan janin berkurang, melemah atau tidak bergerak sama sekali dalam 12 jam, kehidupan bayi mungkin terancam.

kelahiran (Depkes RI 1999). Program KB adalah bagian yang terpadu dalam program pembangunan nasional dan bertujuan untuk turut serta menciptakan kesejahteraan ekonomi, spiritual, dan sosial penduduk Indonesia. Tujuan program KB adalah memperkecil angka kelahiran, menjaga kesehatan ibu dan anak, serta membatasi kehamilan jika jumlah anak sudah mencukupi.

Peserta KB akan mendapat pelayanan dengan cara sebagai berikut.

1. Pasangan usia subur yang istrinya mempunyai keadaan “4 terlalu”, yaitu terlalu muda, terlalu banyak anak, terlalu sering hamil, dan terlalu tua akan mendapat prioritas pelayanan KB.
2. Peserta KB diberikan pengertian mengenai metode kontrasepsi dengan keuntungan dan kelemahan masing-masing sehingga ia dapat menentukan pilihannya.
3. Harus mendapat informasi mengenai metode kontrasepsi dengan keuntungan dan kelemahannya sehingga ia dapat menentukan pilihannya.
4. Harus dilakukan pemeriksaan fisik sebelum pelayanan KB diberikan kepada klien agar dapat ditentukan metode yang paling cocok dengan hasil pemeriksaannya.
5. Harus mendapatkan informasi tentang kontraindikasi pemakaian berbagai metode kontrasepsi.

Kegiatan KB merupakan salah satu komponen dari pelayanan kesehatan reproduksi esensial (PKRE) yang dapat dilaksanakan di tiap tingkat pelayanan sesuai dengan kewenangannya, yaitu:

1. Pelayanan di tingkat desa.
 - a. Konseling KB.
 - b. Pelayanan KB, kecuali implant dan metode operatif.
 - c. Pertolongan pertama efek samping KB.
 - d. Rujukan pelayanan KB.
2. Pelayanan di tingkat puskesmas.
 - a. Konseling KB.
 - b. Pelayanan KB, sesuai dengan kemampuan.
 - c. Pertolongan pertama komplikasi dan kegagalan KB serta penanganan efek samping KB.
 - d. Rujukan pelayanan KB.
 - e. Pembinaan pelayanan di tingkat Desa.

3. Pelayanan di tingkat rujukan KB.
 - a. Konseling KB.
 - b. Pelayanan semua jenis metode KB.
 - c. Penanganan komplikasi dan kegagalan KB serta penanganan efek samping KB.
 - d. Penanganan kasus rujukan pelayanan KB.
 - e. Pembinaan pelayanan di tingkat puskesmas.

Kondom

Kondom adalah sarung karet tipis penutup penis yang menampung cairan sperma pada saat pria ejakulasi. Tingkat keberhasilannya 80–95%. Keuntungannya sebagai berikut.

1. Murah, mudah dilipat, tidak perlu resep dokter.
2. Mudah dipakai sendiri.
3. Dapat mencegah penularan penyakit kelamin.

Kerugian memakai kondom.

1. Selalu harus memakai kondom yang baru.
2. Selalu harus ada persediaan.
3. Kadang-kadang, ada yang tidak tahan (alergi) terhadap karetnya.
4. Tingkat kegagalannya cukup tinggi, jika terlambat memakainya.
5. Sobek jika memasukannya tergesa-gesa.
6. Mengganggu kenyamanan bersenggama.

Cara penggunaan adalah menyarungkannya pada alat kelamin laki-laki yang sudah tegang (ereksi), dari ujung zakar (penis) sampai ke pangkalnya pada saat akan bersenggama. Sesudah selesai sanggama, dikeluarkan dari liang sanggama, sebelum penis menjadi lemas.

Pil KB

Pil ini adalah hormon yang mengandung estrogen dan progesteron atau progesteron saja yang diminum setiap hari selama 21 atau 28 hari. Tingkat keberhasilannya 92–99%. Keuntungannya sebagai berikut.

1. Kesuburan segera kembali.
2. Mengurangi rasa kejang/nyeri perut waktu haid.
3. Terlindung dari penyakit radang panggul (PPP) dan kehamilan di luar rahim.

4. Mudah menggunakannya.
5. Mencegah anemia karena kekurangan gizi.
6. Mengurangi risiko kanker ovarium (kandung telur).
7. Produksi ASI tidak dipengaruhi oleh pil yang hanya mengandung progesterone (pil mini, yaitu Exclusion).

Kerugiannya sebagai berikut.

1. Pemakai harus disiplin meminum pil setiap hari. Jika tidak, kemungkinan hamil tinggi.
2. Dapat memengaruhi produksi ASI untuk pil yang mengandung estrogen.
3. Dapat meningkatkan risiko infeksi klamidia/jamur di sekitar kemaluan wanita.
4. Tidak dianjurkan pada wanita yang berusia di atas 35 tahun dan perokok karena akan memengaruhi keseimbangan metabolisme tubuh.

Cara penggunaan pil, pertama diminum pada hari kelima haid, seterusnya berturut-turut setiap hari satu pil. Jika pemakai lupa meminumnya satu hari maka segera minum 2 tablet keesokan harinya, kecuali pemakai yakin sedang tidak hamil.

Susuk KB Implan

Susuk ini terdiri dari 1 atau 6 kapsul (sebesar korek api) yang dimasukkan ke bawah kulit lengan atas secara perlahan melepaskan hormon progesteron selama 3 atau 5 tahun. Tingkat keberhasilan/efektivitasnya 97–99%. Keuntungannya sebagai berikut.

1. Tidak menekan produksi ASI.
2. Praktis, efektif.
3. Tidak harus mengingat-ingat.
4. Masa pakai jangka panjang (3 atau 5 tahun).
5. Kesuburan cepat kembali setelah pengangkatan.
6. Dapat digunakan oleh ibu yang tidak cocok dengan hormon estrogen.

Kerugiannya sebagai berikut.

1. Susuk KB/implan harus dipasang dan diangkat oleh petugas kesehatan yang terlatih.

2. Dapat menyebabkan pola haid berubah.
3. Pemakai tidak dapat memasangnya sendiri.

Saat pemasangan yang tepat adalah 1–2 hari setelah menstruasi.

IUD/AKDR

Alat kontrasepsi ini adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rahim. Bentuknya bermacam-macam dan terbuat dari plastik yang dililit tembaga. Waktu penggunaannya 10 tahun. Tingkat keberhasilannya 99%. Keuntungannya sebagai berikut.

1. Praktis dan ekonomis.
2. Efektivitas tinggi (angka kegagalan kecil).
3. Kesuburan segera kembali jika alat dikeluarkan.
4. Tidak harus mengingat seperti kontrasepsi pil.
5. Tidak mengganggu pemberian ASI.

Kerugiannya, yaitu dapat keluar sendiri jika IUD tidak cocok dengan ukuran rahim pemakai. IUD dipasang pada saat haid.

Tubektomi/MOW

Metode ini salah satu cara kontrasepsi dengan metode operatif bagi wanita yang tidak menginginkan anak lagi. Tingkat keberhasilannya lebih dari 99%. Keuntungannya sebagai berikut.

1. Efektivitas langsung setelah sterilisasi.
2. Permanen.
3. Tidak ada efek samping jangka panjang.
4. Tidak mengganggu hubungan seksual.

Kerugiannya berisiko dan efek samping bedah tetap ada.

Vasektomi/MOP

Ini adalah kontrasepsi bagi laki-laki yang tidak menginginkan anak lagi. Tingkat keberhasilannya lebih dari 99%. Keuntungan:

1. Tidak ada mortalitas/kematian.
2. Morbiditas/komplikasi penyakit lain kecil sekali.
3. Pasien tidak perlu dirawat di rumah sakit.
4. Tidak mengganggu hubungan seksual.



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.

SISTEM RUJUKAN

Salah satu kelemahan pelayanan kesehatan adalah pelaksanaan rujukan yang kurang cepat dan tepat. Rujukan bukan suatu kekurangan, melainkan suatu tanggung jawab yang tinggi dan mendahulukan kebutuhan masyarakat. Kita ketahui bersama bahwa tingginya kematian ibu dan bayi merupakan masalah kesehatan yang dihadapi oleh bangsa kita. Pada pembelajaran sebelumnya, telah dibahas mengenai masalah 3T (tiga keterlambatan) yang melatarbelakangi tingginya kematian ibu dan anak, terutama terlambat mencapai fasilitas pelayanan kesehatan.

Dengan adanya sistem rujukan, diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan yang lebih bermutu karena tindakan rujukan ditujukan pada kasus yang tergolong berisiko tinggi. Oleh karena itu, kelancaran rujukan dapat menjadi faktor yang menentukan untuk menurunkan angka kematian ibu dan perinatal, terutama dalam mengatasi keterlambatan.

Bidan sebagai tenaga kesehatan harus memiliki kesiapan untuk merujuk ibu atau bayi ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu jika menghadapi penyulit. Jika bidan lemah atau lalai dalam melakukannya, akan berakibat fatal bagi keselamatan jiwa ibu dan bayi.

PENGERTIAN

Sistem rujukan upaya keselamatan adalah suatu sistem jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan

terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal-balik atas masalah yang timbul, baik secara vertikal maupun horizontal ke fasilitas pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau, rasional, dan tidak dibatasi oleh wilayah administrasi. Tujuan sistem rujukan adalah untuk meningkatkan mutu, cakupan dan efisiensi pelayanan kesehatan secara terpadu.

Terdapat dua jenis istilah rujukan, yaitu rujukan medik dan rujukan kesehatan.

1. Rujukan medik, yaitu pelimpahan tanggung jawab secara timbal balik atas satu kasus yang timbul baik secara vertikal maupun horizontal kepada yang lebih berwenang dan mampu menanganinya secara rasional. Jenis rujukan medik.
 - a. *Transfer of patient*. Konsultasi penderita untuk keperluan diagnostik, pengobatan, tindakan operatif, dan lain-lain.
 - b. *Transfer of specimen*. Pengiriman bahan (spesimen) untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap.
 - c. *Transfer of knowledge/personel*. Pengiriman tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk meningkatkan mutu layanan pengobatan setempat.
2. Rujukan kesehatan, yaitu hubungan dalam pengiriman, pemeriksaan bahan atau spesimen ke fasilitas yang lebih mampu dan lengkap. Ini adalah rujukan yang menyangkut masalah kesehatan yang sifatnya preventif dan promotif.

Tata laksana rujukan

1. Internal antar-petugas di satu rumah.
2. Antara puskesmas pembantu dan puskesmas.
3. Antara masyarakat dan puskesmas.
4. Antara satu puskesmas dan puskesmas lainnya.
5. Antara puskesmas dan rumah sakit, laboratorium, atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
6. Internal antar-bagian/unit pelayanan di dalam satu rumah sakit.
7. Antara rumah sakit, laboratorium, atau fasilitas pelayanan lain dari rumah sakit.



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

2. Menjalinkan kerja sama dengan cara pengiriman penderita atau bahan laboratorium dari unit yang kurang lengkap ke unit yang lebih lengkap fasilitasnya.
3. Menjalinkan pelimpahan pengetahuan dan keterampilan (*transfer of knowledge and skill*) melalui pendidikan dan pelatihan antara pusat dan daerah.

Kegiatan

Rujukan dan pelayanan kebidanan

1. Pengiriman orang sakit dari unit kesehatan kurang lengkap ke unit yang lebih lengkap.
2. Rujukan kasus patologis pada kehamilan, persalinan, dan nifas.
3. Pengiriman kasus masalah reproduksi manusia lainnya, seperti kasus ginekologi atau kontrasepsi, yang memerlukan penanganan spesialis.
4. Pengiriman bahan laboratorium.
5. Jika penderita telah sembuh dan hasil laboratorium telah selesai, kembalikan dan kirimkan ke unit semula, jika perlu disertai dengan keterangan yang lengkap (surat balasan).

Pelimpahan pengetahuan dan keterampilan

1. Pengiriman tenaga-tenaga ahli ke daerah untuk memberikan pengetahuan dan keterampilan melalui ceramah, konsultasi penderita, diskusi kasus, dan demonstrasi operasi.
2. Pengiriman petugas pelayanan kesehatan daerah untuk menambah pengetahuan dan keterampilan mereka ke rumah sakit yang lebih lengkap atau rumah sakit pendidikan, juga dengan mengundang tenaga medis dalam kegiatan ilmiah yang diselenggarakan tingkat provinsi atau institusi pendidikan.

Rujukan informasi medis

1. Membalas secara lengkap data-data medis penderita yang dikirim dan advis rehabilitas kepada unit yang mengirim.
2. Menjalinkan kerja sama dalam sistem pelaporan data-data parameter pelayanan kebidanan, terutama mengenai kematian maternal dan pranatal. Hal ini sangat berguna untuk memperoleh angka-angka secara regional dan nasional.



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.

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!



9 789794 489376
ISBN 978-979-448-937-6

Keb9198-03D