Fijri Rachmawati, S.S.T.,M.Keb - Rohmi Handayani, S.SiT.,M.Keb
Nurliyani, S.S.T., M.Kes - Mareza Yolanda Umar, SST, M. Kes
Astriana, S.ST.M.Kes - Naomi Isabella Hutabarat, SST, M.Kes
Ike Ate Yuviska, SST.,Bdn.,M.Kes - Juwita Desri Ayu, S.Tr.Keb., M.Keb.
Siti Rohani.,SST.M.Kes - Henik Istikhomah, SST., M.Keb

KETERAMPILAN KLINIK PRAKTIK KEBIDANAN

KETERAMPILAN KLINIK PRAKTIK KEBIDANAN

Fijri Rachmawati, S.S.T.,M.Keb
Rohmi Handayani, S.SiT.,M.Keb
Nurliyani, S.S.T., M.Kes
Mareza Yolanda Umar, SST, M. Kes
Astriana, S.ST.M.Kes
Naomi Isabella Hutabarat, SST, M.Kes
Ike Ate Yuviska, SST.,Bdn.,M.Kes
Juwita Desri Ayu, S.Tr.Keb., M.Keb.
Siti Rohani.,SST.M.Kes
Henik Istikhomah, SST., M.Keb

Tahta Media Group

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

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

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

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

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

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

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

KETERAMPILAN KLINIK PRAKTIK KEBIDANAN

Penulis:
Fijri Rachmawati, S.S.T.,M.Keb
Rohmi Handayani, S.SiT.,M.Keb
Nurliyani, S.S.T., M.Kes
Mareza Yolanda Umar, SST, M. Kes
Astriana, S.ST.M.Kes
Naomi Isabella Hutabarat, SST, M.Kes
Ike Ate Yuviska, SST.,Bdn.,M.Kes
Juwita Desri Ayu, S.Tr.Keb., M.Keb.
Siti Rohani.,SST.M.Kes
Henik Istikhomah, SST., M.Keb

Desain Cover:
Tahta Media

Editor:
Tahta Media

Proofreader:
Tahta Media

Ukuran:
viii, 195, Uk: 15,5 x 23 cm

ISBN: 978-623-5981-70-3

Cetakan Pertama:
Mei 2022

Hak Cipta 2022, Pada Penulis

Isi diluar tanggung jawab percetakan

Copyright © 2022 by Tahta Media Group
All Right Reserved

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

PENERBIT TAHTA MEDIA GROUP
(Grup Penerbitan CV TAHTA MEDIA GROUP)
Anggota IKAPI (216/JTE/2021)

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kepada Tuhan YME atas lindungan dan rahmat-Nya karena para penulis dari berbagai Perguruan Tinggi dan Instansi kembali mampu menyelesaikan naskah kolaborasi dengan Judul *"Keterampilan Klinik Praktik Kebidanan"*. Yang melatarbelakangi penerbit mengadakan kegiatan Menulis Kolaborasi adalah untuk membiasakan Dosen dan Guru menulis sesuai dengan rumpun keilmuannya.

Buku dengan judul *Keterampilan Klinik Praktik Kebidanan* merupakan buku ajar yang disusun sebagai media pembelajaran, sumber referensi dan pedoman belajar bagi mahasiswa. Pokok-pokok bahasan dalam buku ini mencakup: 1) Siklus Hidup Manusia, 2) Manajemen Asuhan Kebidanan, 3) Keterampilan Prosedur Praktik Kebidanan, 4) Dokumentasi Asuhan Kebidanan, 5) Gizi, 6) Farmakologi, 7) Sistem Pelayanan Kesehatan, 8) Pendekatan Sosial Antropologi Dalam Praktik Kebidanan, 9) Komunikasi, 10) Praktik Kebidanan.

Akhir kata Dengan terbitnya buku ini, harapan penerbit ialah menambah Khazanah Keilmuan dibidang Pendidikan dan dapat dinikmati oleh kalangan pembaca baik Akademisi, Dosen, Peneliti, Mahasiswa atau Masyarakat pada Umumnya.

Klaten, Mei 2022
Direktur Tahta Media Group

Dr. Uswatun Khasanah, M.Pd.I., CPHCEP

DAFTAR ISI

Kata Pengantar ..... **iv**
Daftar Isi ..... **v**
Bab 1 Siklus Hidup Manusia
Fijri Rachmawati, S.S.T.,M.Keb
Universitas Malahayati
A. Kehamilan 2
B. Persalinan 9
C. Anak-Anak 10
D. Remaja dan Dewasa 14
E. Tua 15
Daftar Pustaka 16
Profil Penulis 17
Bab 2 Manajemen Asuhan Kebidanan
Rohmi Handayani, S.SiT.,M.Keb
Poltekkes Kemenkes Surakarta
A. Pendahuluan 19
B. Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan 19
C. Prinsip Proses Manajemen Kebidanan 20
D. Proses Manajemen Asuhan Kebidanan 21
E. Implementasi Manajemen Asuhan Kebidanan 26
Daftar Pustaka 31
Profil Penulis 32
Bab 3 Keterampilan Prosedur Praktik Kebidanan
Nurliyani, S.S.T., M.Kes
Universitas Malahayati
A. Prinsip Dasar dan Tehnik Pemeriksaan Fisik 34
B. Pengkajian Umum dan Pemeriksaan Fisik 36
C. Pemeriksaan Fisik Pada Ibu Hamil 37
D. Prinsip Kebutuhan Hygine Pada Ibu dan Bayi 39
Daftar Pustaka 46
Profil Penulis 47

Bab 4 Dokumentasi Asuhan Kebidanan
Mareza Yolanda Umar, SST, M. Kes
Universitas Aisyah Pringsewu
A. Sistem Pendokumentasian di Indonesia 51
B. Konsep Dasar Komunikasi.....51
C. Tekhnik Pendokumentasian 55
D. Macam-Macam Metode Pendokumentasian 56
E. Langkah Manajemen Kebidanan Menurut Varney 58
F. Standar Asuhan Kebidanan 61
Daftar Pustaka 64
Profil Penulis 65
Bab 5 Gizi
Astriana, S.ST.M.Kes
Universitas Malahayati
A. Pengertian Zat Gizi 67
B. Klasifikasi Zat Gizi 68
C. Prinsip Gizi Seimbang 71
D. Masalah Gizi di Indonesia.....73
E. Gizi Seimbang Untuk Berbagai Kelompok 75
Daftar Pustaka 79
Profil Penulis 80
Bab 6 Farmakologi
Naomi Isabella Hutabarat, SST, M.Kes
Poltekkes Kemenkes Medan
A. Prinsip Pemberian Obat 82
B. Respon Obat.....85
C. Pemberian Obat Topikal 86
D. Pemberian Obat Parenteral Atau Injeksi 91
Daftar Pustaka 100
Profil Penulis 101
Bab 7 Sistem Pelayanan Kesehatan
Ike Ate Yuviska, SST.,Bdn.,M.Kes
Universitas Malahayati
A. Pengertian Sistem Pelayanan Kesehatan.....103
B. Unsur-Unsur Sistem Pelayanan Kesehatan 103

C. Penguatan Sistem Kesehatan (*Health System Strengthebing*) 104
D. Tingkat Pelayanan Kesehatan 105
E. Lembaga Pelayanan Kesehatan.....106
F. Lingkup Sistem Pelayanan Kesehatan 107
G. Lingkup Sistem Pelayanan Kesehatan 108
H. Bentuk Sistem Pelayanan.....109
I. Faktor Yang Mempengaruhi Pelayanan Kesehatan 110
J. Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan 112
Daftar Pustaka 113
Profil Penulis 114
Bab 8 Pendekatan Sosial Antropologi Dalam Praktik Kebidanan
Juwita Desri Ayu, S.Tr.Keb., M.Keb.
Universitas Aisyah Pringsewu
A. Antropologi 116
B. Tujuan dan Kegunaan Antropologi.....116
C. Fase Perkembangan Ilmu Antropologi 117
D. Batasan dan Unsur Budaya 117
E. Konsep Kebudayaan 120
F. Konsep dan Syarat Masyarakat.....122
G. Sosial dan Budaya Masyarakat Indonesia.....122
H. Hubungan Ilmu Antropologi Dengan Berbagai Bidang Ilmu Lainnya124
I. Manfaat Petugas Kesehatan Mempelajari Kebudayaan 129
J. Aspek Sosial dan Budaya Yang Mempengaruhi Status Kesehatan dan Perilaku Kesehatan.....130
K. Paradigma Kebidanan 132
L. Pendekatan Ilmu Antropologi Dalam Praktik Kebidanan.....134
M. Aspek Perilaku Ibu, Keluarga dan Masyarakat Mempengaruhi Kesehatan Ibu Hamil.....136
N. Permasalahan Sosial – Budaya : Kesetaraan Gender dan Peran Bidan Dalam KDRT 137
Daftar Pustaka 140
Profil Penulis 141

Bab 9 Komunikasi
Siti Rohani.,SST.M.Kes
Universitas Aisyah Pringsewu
A. Komunikasi 143
B. Pengertian Komunikasi 143
C. Tujuan Komunikasi 144
D. Unsur – Unsur Komunikasi 145
E. Komponen Komunikasi 147
F. Proses Komunikasi 148
G. Bentuk – Bentuk Komunikasi 148
H. Jenis Komunikasi 151
I. Faktor Yang Mempengaruhi Komunikasi 152
Daftar Pustaka 155
Profil Penulis 156
Bab 10 Praktik Kebidanan
Henik Istikhomah, SST., M.Keb
Politeknik Kesehatan Surakarta
A. Latar Belakang 158
B. Metode Pembelajaran Klinik 158
C. Strategi Pembelajaran Klinik 159
D. Model Pembelajaran Klinik 160
E. Tugas Pembimbing Klinik 161
F. Evaluasi 162
G. Pengaturan Program Pendidikan Profesi 163
Daftar Pustaka 194
Profil Penulis 195

BAB 1
SIKLUS HIDUP MANUSIA

Fijri Rachmawati, S.S.T.,M.Keb
Universitas Malahayati

Kehidupan manusia dimulai dari bertemunya sperma dan sel telur (Kehamilan), lahir (persalinan), anak-anak, dewasa, tua, dan kemudian mati.

A. KEHAMILAN

Panjang rata-rata kehamilan manusia adalah 280 hari, atau 40 minggu, sejak hari pertama haid terakhir wanita tersebut. Gejala awal kehamilan mungkin termasuk menstruasi yang terlambat, payudara yang lembut, mual dan muntah, lapar, dan sering buang air kecil. Kehamilan dapat dikonfirmasi dengan tes kehamilan urin. Tes urin maupun darah mendeteksi adanya hormon Human Chorionic Gonadotropin (hCG). Hormon ini diproduksi oleh plasenta segera setelah embrio menempel pada lapisan rahim dan menumpuk dengan cepat di tubuh Anda dalam beberapa hari pertama kehamilan. (Stephanie *et al.*, 2016).

Minggu 1-4

Rahim mempersiapkan 1000 kali kapasitasnya untuk menyokong tumbuh kembang janin selanjutnya. Setelah 10-14 hari, hasil pembuahan menempel ke salah satu dinding rahim. Walau masih sangat sederhana, jantung telah terbentuk (Chomaria, 2021). Pada usia 4 minggu, badan fleksi membentuk huruf C dan terdapat bakal lengan dan tungkai. Berat $\pm$ 0,4 gram dan panjang dari puncak kepala ke bokong 0.4-0.5 cm (Boba et al., 2005 dalam Yuliani dkk, 2021)

Minggu 5

Detak jantung janin mulai tampak di layar monitor USG. Tali pusat yang menghubungkan ibu dan janin terbentuk. Tali ini bertugas untuk memenuhi kebutuhan janin akan makanan dan oksigen. Jantung telah berfungsi untuk menyalurkan sirkulasi darah ke seluruh tubuh janin (Chomaria, 2021).

Minggu 6

Kaki dan tangan terus berkembang. Lensa mata dan hidung mulai tampak di posisi aslinya. Usus mulai tumbuh diluar tali pusat dan pankreasnya telah berfungsi (Chomaria, 2021). Diperkirakan berukuran 7-9 mm dan pembuluh darah nadi di bagian kepala telah jelas terbagi-bagi menurut tugas masing-masing. Pada awal kehamilan, sangat penting untuk memperhatikan zat gizi yang dikonsumsi. Pada minggu ini, banyak wanita mengalami mual sepanjang waktu, lelah dan tidak nyaman karena payudara nyeri. Semua ini normal dan

tidak akan berlangsung lama. Banyak minum juga bisa membantu gangguan pencernaan serta melawan rasa mual dan lelah (Rasjidi, 2015).

Minggu 7

Tunas dan kaki terus berkembang. Jari-jari tangan dan kaki muncul dengan bentuk yang teramat kasar. Beragam penyempurnaan terus dilakukan, yaitu berkenaan dengan bentuk telinga, mata, dan hidung. Pada tahap ini, usus mulai berkembang didalam tali pusat. Gigi juga telah di persiapkan namun masih terletak dibawah gusi (Chomaria, 2021). Ukuran janin sekitar 11-17 mm. Jantung sudah terbagi menjadi bilik kanan dan kiri dan berdenyut sekitar 150 kali per menit atau kurang lebih dua kali keceptan jantung orang dewasa. Perubahan fisik Rahim yang sedang tumbuh menekan kandung kemih sehingga harus bolak-balik ke kamar kecil pada malam hari (Rasjidi, 2015).

Minggu 8

Berat ± 2 gram dan panjang dari puncak kepala ke bokong 2.5-3 cm. Pada system pencernaan, usus halus menggulung didalam tali pusat, hati sangat besar , terdapat lipatan-lipatan palatum. Perkembangan pada system muskoloskeleta diantaranya otot-otot badan dan anggota gerak terlihat jelas, janin sudah dapat sedikit bergerak. Perkembangan system pernafasan adalah lubang hidung tertutup sumbatan epitel, pembentukan rongga pleura dan pericardial serta terbentuk percabangan bronkiolus. System perkemihan mengalami pemisahan kandung kemih-uretra dengan rektrum (Bobak et al, 2005 dalam Yuliani dkk, 2021

Minggu 9

Pada usia ini janin cukup aktif, terus bergerak dan bergeser. Aktivitas menelan janin rata-rata sebanyak 25 dalam 1 jam. Tangan janin mulai bergerak bebas, tak lagi bergatung pada gerak tubuh. Bentuk kuku pada setiap jati tangan dan kaki mulai muncul. Pada janin menjadi sekitar 10 cm dengan berat 20 g.. Volume darah mungkin mulai meningkat pada akhir kehamilan. Anda akan memiliki sekitar 40-50% darah yang lebih banyak dibandingkan sebelum hamil untuk memenuhi kebutuhan bayi (Rasjidi, 2015).Sebenarnya usia 9 minggu janin sudah mulai bergerak, namun gerakan janin pada usia ini belum bisa dirasakan oleh ibu hamil (Sitompul, 2015).

Minggu 10

Janin telah memiliki panjang 3.1 cm dan berat 0.14 ons. Secara medis, saat inilah baru disebut dengan istilah "janin". Semua organ telah lengkap

terbentuk dan tinggal menuju proses penyempurnaan kualitasnya (besar dan bobotnya). Bentuk kepala masih mendominasi, yaitu sekitar 1/2 dari total besar janin. Perkembangan mata juga mendekati kesempurnaannya dengan berkembangnya kelopak serta penentuan jenis warna mata (Chomaria, 2021). Jenis kelamin perempuan bisa diidentifikasikan secara jelas. System otot dan saraf sudah mencapai tingkat kematangan dan telah mampu mengirim dan menerima pesan dari otak. Minggu ini plasenta sudah mulai berfungsi mengatur hormonal embrio sehingga gejala dari mual dan muntah mulai menurun (Rasjidi, 2015).

Minggu 11

Panjang janin 4.1 cm dan beratnya 0,25 ons. Hampir semua struktur dan organ yang terbentuk dan mulai berfungsi. Rambut dan kuku sudah mulai muncul. Demikian pula dengan kejelasan tentang jenis kelamin janin, apakah laki-laki atau perempuan. Cairan ketuban bertambah banyak, sehingga dapat melindungi tubuh janin(Chomaria, 2021). Nafsu makan akan kembali setelah melewati fase ini dan selanjutnya kenaikan berat badan anda sekitar 0.5 kg/minggu (Rasjidi, 2015).

Minggu 12

Janin berukuran 5.4 cm dan beratnya 0.49 ons. Pita suara terbentuk. Telinga berada ditempatnya secara tepat, yaitu di kanan dan kiri. Mata mulai bisa bergerak, warna pupil pun semakin jelas. Hati dan pankreas telah berfungsi, yaitu sebagai pembersih darah, menyimpan nutrisi, serta menghasilkan insulin (Chomaria, 2021). Janin mulai menghisap jari, ada bakal pengecapan yang pertama dan karakteristik serta organisasi mata mulai terjadi (Bobak et al, 2005 dalam Yuliani dkk, 2021). Pada usia ini denyut jantung bayi bisa didengar menggunakan alat khusus yang disebut fetal dophtone (Rasjidi, 2015).

Minggu ke 13

Ukuran janin sekarang adalah sekitar 7,4 cm dan beratnya 0,801 ons. kemampuan menghisap dan menghembuskan berkembang. Leher bayi tampak memanjang sehingga kepala mulai terpisah dengan dadanya. Dengan menggunakan alat Doppler detak jantung bayi bisa terdengar (Chomaria, 2021). Pada usia ini seukuran buah peach. Plasenta sudah berkembang sempurna dan memberikan oksigen, nutrisi serta membuang produk sisa janin.

Mingggu 14

Janin berukuran 8,7 cm panjangnya dan berat sekitar 1,52 ons. tulang janin lebih keras. Prostat pada janin laki-laki dan ovarium pada anak perempuan berkembang. Kulit masih terlihat transparan dan tipis. Disekujur tubuh janin ditumbuhi bu;u halus yang disebut lanugo yang akan melindungi tubuh janin. Pada usia ini, janin sudah belajar untuk menghisap jempol (Chomaria, 2021).

Minggu 15

Panjang janin berkisar antara 10.1 cm dan beratnya 2.47 ons. Sesekali ibu bisa merasakan gerakan janin yang seperti berdenyut diperutnya. Kaki, tangan, serta tubuh janin lebih panjang daripada kepalanya. Kulitnya yang tipis memungkinkan pembuluh darahnya terlihat. Alis dan rambut kepala mulai tumbuh, walaupun dimungkinkan warnanya akan berubah setelah lahir nanti (Chomaria, 2021).

Minggu 16

Janin telah mencapai 11.6 cm panjangnya dan sekitar 3.53 ons beratnya. Pada saat ini ukuran janin dan plasenta sama besar. terbentuk lemak dibawah kulit sehingga janin tampak lebih berisi. Kepala dan leher mulai tegak. Detak jantung dan gerakan seperti berdenyut dirasakan ibu. Refleksi janin seperti menghisap, menelan dan berkedip mulai jelas (Chomaria, 2021). System pencernaan mulai mensekresikan enzim, meconium terbentuk dalam usus dan anus terbuka. Pada janin laki-laki testis mulai turun ke skrotum dan pada janin wanita vagina terbuka (Bobak et al, 2005 dalam Yuliani dkk, 2021). Beberapa ibu menyatakan sudah merasakan gerakannya di awal 16 minggu (Sitompul, 2015).

Minggu 17

Diusia ini bagian tubuh seperti hidung dan telinga lengkap, serta rambut sudah mulai tumbuh, bahkan lemak untuk menjaga kestabilan suhu dan metabolism tubuh sudah terbentuk (Sibarani, 2018). Tali pusat tumbuh lebih tebal dan lebih kuat. Berat badan janin lebih dari 150 gram. Panjang sekitar 12.5-14 cm dari ujung kepala hingga bokong. Retina mata sudah senintif terhadap cahaya (Savitri, 2018).

Minggu 18

Gerakan janin yang mulai dirasakan rata-rata pada usia kehamilan 18-20 minggu (Sitompul, 2015). Panjang janin sekitar 15 cm dari puncak kepala sampai bokong dan beratnya sekitar 200 gram. Bayi anda mungkin sudah bisa

mendengar degup jantung, perut anda yang keroncongan atau darah yang begerak melalui tali pusat. Kantung udara yang disebut alveoli mulai terbentuk di paru-paru, dan pita suara juga terbentuk (Savitri, 2018).

Minggu 19

Janin berukuran 15.3 cm dan beratnya mencapai 8.47 ons. Janin memiliki pola istirahat yang baik. Dalam keadaan terjaga, ia akan aktif. Seluruh tubuh janin dan sarafnya dilapisi oleh zatr lemak yang disebut myelin yang bertugas menstimulus syaraf sehingga impuls dapat mengalir dengan lancar. Tunas gigi sudah dikembangkan dan selama beberapa hari berikutnya kuncup untuk gigi permanen akan mulai membentuk dibelakang gigi susu.

Minggu 20

Janin berukuran 16.4 cm dan beratnya sekitae 10.58 ons. Pertumbuhan pada awal kehidupan yang teramat pesat segera berakhir. Detak jantung janin menguat, dan ibu sesekali merasakan tendangan janin. Sel kekebalan tubuh dari ibu ditransfer ke janin, yang nantinya akan dibawa janin hingga usia 6 bulan setelah kelahiran. Sel saraf untuk rasa, bau, mendengar, melihat, dan sentuhan sekarang berkembang di daerah-daerah khusus otak. Indra pendengaran berkembang, sehingga janin bisa mendengar suara-suara dari luar (Chomaria, 2021). Gerakan janin cukup kuat sehingga dapat dirasakan ibu (Bobak et al, 2005 dalam Yuliani dkk, 2021).

Minggu 21

Panjang janin sekitar 26.7 cm dan bertanya hampir 12.7 ons. Sel darah putih mulai diproduksi. Kulit janin sudah tidak transparan lag. Lidah bayi sudah mulai terbentuk sehingga ia mampu merasakan beraneka rasa. Organ reproduksi semakin berkembang. Tidak seperti laki-laki yang masa reproduksinya terbatas, janin perempuan pada usia ini telah memiliki sebanyak 6 juta telur yang akan berkurang menjadi 1 juta telur setelah lahir. Perkembangan lainnya adalah periode bangun dan tidur menjadi lebih konsisten.

Minggu 22

Berat bayi pada titik ini 430 gram, panjang 27.8 cm. Indra pendengaran jauh lebih tajam, sehingga aktivitas yang mendatangkan bunyi dapat tertangkap janin dengan jelas. Penelitian telah menemukan bahwa bayi yang baru lahir akan menghisap lebih keras ketika mendengar bacaan dari buku yang sering

mereka dengar ketika ia berada dalam rahim. Kelopak mata dan alis terbentuk lebih sempurna, demikian juga dengan kuku yang telah tertempel di ujung jari

Minggu 23

Janin semakin bertambah berat, sehingga perut semakin menonjol disertai lingkar pinggang yang bertambah (Sibarani, 2018). Panjang lebih dari 28 cm dan beratnya sampai dengan 550 gram. Alis telah terlihat, bayi sudah dapat menyedot. Pancreas yang penting untuk memproduksi hormone, kini terus berkembang. Bayi sudah dapat memproduksi insulin, yaitu bagian yang penting untuk proses pemecahan gula (Savitri, 2018).

Minggu 24

Tubuh janin menjadi langsing, namun dengan perbandingan yang sesuai. Kulit menjadi merah dan berkeriput, serta terbentuk kelenjar keringat. Berat ± 600 gram dan panjang dari puncak kepala ke bokong ± 23 cm. Pembentukan darah di hati berkurang, sedangkan pada sumsum tulang meningkat. Janin mulai dapat mendengar (Bobak et al, 2005 dalam Yuliani dkk, 2021).

Minggu 25

Kelopak mata dan jantung janin mulai menjalakan fungsinya, yaitu untuk melindungi mata dan memompa darah (Sibarani, 2018). Ukuran panjang bayi sekitar 32 cm dan beratnya 1 ½ kg. Tulang sudah padat, dan tangan sudah sepenuhnya terbentuk. Otak telah berkembang pesat, dan sel-sel otak mulai matang (Savitri, 2018).

Minggu 26

Bayi berukuran 35.5 cm pajang dan berat lebih dari 760 gram. Panjang kakinya 5 cm, dan tangannya sangat aktif. Mata bayi sudah mulai membuka. Bayi sudah mampu membuat gerakan pernapasan, meski tidak ada udara di paru-paru. Tangannya mulai aktif dan koordinasi otot sedemikian rupa sehingga mereka bisa menaruh jempol ke dalam mulut. Menghisap jempol akan menenangkan bayi dan juga akan memperkuat pipi dan otot rahang (Savitri, 2018).

Minggu 27

Pada usia ini kulit bayi berkembang dari transparan menjadi non transparan. Kulit masih keriput tetapi dilindungi oleh verniks yang melindungi kulit (Siswosuharjo & Fitra, 2011).

Minggu 28

Badan janin masih langsing, terbentuk kuku, keriput pada kulit berkurang dan kulit berwarna merah. Berat ± 1100 gram dan panjang dari puncak kepala ke bokong ± 27 cm. Pada perkembangan system syaraf, janin mempunyai siklus tidur-bangun yang tidak tepat, dapat menangis dengan lemah atau belum sama sekali dan refleksi menghisap masih lemah. Kelopak mata terbuka dan pupil mulai bereaksi terhadap cahaya (Bobak et al, 2005 dalam Yuliani dkk, 2021).

Minggu 29

Ukuran calon bayi sekitar sepertiga dari ukurannya pada saat dilahirkan (Ayustawati, 2019). Panjang janin rata-rata 37 cm dan beratnya mencapai 1.250 g. Di usia ini paru-paru janin belum berkembang dengan sempurna. Pada usia ini, kemunhkinan lahir premature bisa saja terjadi (Siswosuharjo & Fitra, 2011).

Minggu 30-31

Janin tampak lebih bulat karena lemak sub kutan mulai terkumpul. Kulit berwarna merah muda dan tampak licin. Janin mulai menempati posisi seperti saat akan lahir. Berat 1200-2100 gram dan panjang dari puncak kepala ke bokong ± 31 cm. muncul primodial gigi permanen dan janin mulai dapat menengok kesamping (Bobak et al, 2005 dalam Yuliani dkk, 2021).

Minggu 36

Tubuh janin semakin bulat, kulit berwarna merah muda dan lanugo menghilang. Berat 2200-2900 gram dan panjang puncak kepala ke bokong ± 23 cm. pada system muskoloskeltal, gerak janin pasti dan dapat bertahan, tonus cukup kuat dan dapat membalik dan mengangkat kepala. Pembentukan nefron baru pada ginjal berhenti (Bobak et al, 2005 dalam Yuliani dkk, 2021).

Minggu 37

Panjang bayi mencapai kurang lebih 47 cm dengan berat 2.950 gr. Pada usia ini bayi sudah siap untuk dilahirkan karena organ-organ tubuhnya telah bekerja sesuai fungsinya (Siswosuharjo & Fitra, 2011).

Minggu 39

Panjang bayi sekitar 49 cm dan beratnya 3.250 gr. Diusia ini dokter akan selalu memantau kehamilan kehamilan agar tidak terjadi postmature atau lewat waktu. Postmatur akan mengakibatkan plasenta tidak menyerap makanan dari ibu ke bayi sehingga bayi akan mengalami kekurangan gizi yang

menyebabkan kulit bayi menjadi kering bahkan keriput (Siswosuharjo & Fitra, 2011).

Minggu 40

Kulit berwarna merah muda dan halus, lanugo hanya pada tubuh bagian atas dan bahu, vernik kaseosa sedikit. Berat > 3200 gram dan panjang kepala ke bokong ± 40 cm. gerak janin aktif dan bertahan, tonus baik dan dapat mengangkat kepala. Siklus tidur-bangun teratur dan diselingin periode bangun. Janin akan mengis jika lapar dan merasa tidak nyaman, refleksi menghisap kuat. Pada janin laki-laki, testis telah berada di dalam skrotum dan janin perempuan labiya mayora berkembang dengan baik (Bobak et al, 2005 dalam Yuliani dkk, 2021).

Minggu 41-42

Pada dasarnya sama dengan usia 40 minggu. Namun yang perlu diwaspadai adalah cairan ketuban yang mungkin berkurang, keruh atau jernih yang menggambarkan suatu risiko dan plasenta yang makin tua (Siswosuharjo & Fitra, 2011).

Lebih dari 42 minggu

Disebut kehamilan serotinus atau lewat bulan. Kehamilan ini mempunyai risiko, misalnya kematian janin. Oleh karenanya pada kehamilan lewat bulan harus dilakukan USG dan bila perlu diulangi setiap satu minggu karena perkembangan harus selalu diikuti terus. Pengakhiran kehamilan dengan SC juga dimungkinkan, misalnya dipertimbangkan induksi persalinan ternyata gagal (Siswosuharjo & Fitra, 2011).

B. PERSALINAN

Pada saat usia kehamilan mencapai usia 37 minggu keatas, janin di dalam kandungan akan dilahrikan kapan saja. Pada minggu-minggu ini, janin sudah memiliki kemampuan untuk bisa bernafas normal diluar kandungan ibu (Ayustawati, 2019). Beberapa tanda-tanda melahirkan menurut Ayustawati (2019).antara lain:

1. Menurunnya kepala bayi ke daerah pelvis (lightening)
2. Keluarnya lender bercampur darah dari daerah vagina
3. Kontraksi melahirkan

Beberapa hal yang bisa membantu ibu hamil dirumah untuk bisa merasakan lebih nyaman sambil menunggu kontraksi menjadi lebih kuat, yaitu

1. Berusaha mengalihkan perhatian dari rasa sakit, seperti berjalan-jalan disekitar rumah, nonton video dan sejenisnya
2. Mandi air hangat atau berendam air hangat, hanya apabila air ketuban belum pecah
3. Mencoba tidur sebentar atau nap untuk menyiapkan enrgi saat melahirkan nanti

C. ANAK-ANAK

1. Bayi

   Masa bayi yaitu periode kelahiran samapi usia 11 bulan. Masa bayi ini terbagi menjadi 2 bagian yaitu masa neonatal (sejak kelahiran sampai umur 28 hari) dan masa sesudah lahir/ post natal (29 hari sampai 11 bulan) (Danal dkk, 2021).

   a. Perkembangan bahasa bayi

      Menurut Danal dkk (2021) perkembangan bahasa bayi yaitu:

      Alat komunikasi utama menangis

1-2 bulan	bayi mendengkur
3-4 bulan	bayi tertawa, mengoceh, terdengar banyi atau suara konsonan dari mulut
6 bulan	bayi meniru bunyi-bunyi
8 bulan	bayi dapat menggabungkan suku kata seperti mengucap “mama”
10 bulan	bayi mengerti dan dapat mengatakan 4-10 kata

   b. Perkembangan Motorik Halus

      Menurut Danal dkk (2021) perkembangan motorik halus yaitu:

1 bulan	Bayi menggenggam kuat
2 bulan	Bayi dapat memegang mainan dengat kuat
3 bulan	Refleks genggaman bayi menghilang, bayi secara aktif memegang mainan yang berbunyi dan memperhatikan mainan
4 bulan	Bayi memasukkan objek ke mulut

5 bulan	Bayi memegang 2 objek dan memindahkan objek dari satu tangan ke tangan lainnya
6 bulan	Bayi dapat mengamankan kubus pada penglihatannya
6 1/2 bulan	Bayi bermain dan menangani suatu objek
7 bulan	Bayi dapat menarik tali untuk meraih objek
8-9 bulan	Bayi menggenggam dengan jempol dan jari-jarinya
10 bulan	Bayi dapat memukul-mukul cangkir dengan sendok
11 bulan	Bayi dapat menaruh 3 objek ke dalam botol
12 bulan	Bayi dapat menyusun 2 balok keatas

c. Perkembangan Motorik Kasar

Menurut Danal dkk (2021) perkembangan motorik kasar yaitu:

BBL	Dapat menengokkan kepalanya dari satu sisi ke sisi lain, jika ditengkurapkan
3 bulan	Hampir tidak ada kelambatan pada kepala, guling-guling
5 bulan	Bayi berguling dari depan ke belakang
7 bulan	Bayi duduk miring/ condong kedepan
8 bulan	Bayi duduk tanpa ditopang (tegak)
9 bulan	Bayi tertarik untuk berdiri
10 bulan	Bayi menjelajah/ meluncur (kemana-mana)
12 bulan	Bayi berjalan jika dipegang tangannya

2. Anak anak toddle (umur 1-3 tahun)

Anak usia toddler adalah anak usia 12-36 bulan (1-3 tahun). Pada periode ini anak mulai mencari tahu bagaimana sesuatu bekerja dan bagaimana mengontrol orang lain melalui kemarahan, penolakan dan tindakan keras kepala (Danal dkk, 2021)

a. Perkembangan bahasa

Menurut Danal dkk (2021) pekembangan bahasa usia toddle yaitu

15 bulan	Anak menggunakan istilah yang ekspresif
2 tahun	Anak bisa menggunakan 300 kata, menggunakan 2 atau 3 suku kata dan menggunakan kata ganti

2-5 tahun	Anak menyebutkan nama panggilan dari nama lengkapnya, anak juga menggunakan kata jamak

b. Perkembangan Motorik

Menurut Danal dkk (2021) pekembangan motoric toddle yaitu

Usia	Mototik halus	Motorik kasar
15 bulan	Anak menyusun mainan balok (2 bola keatas), menulis coret-coretan secara spontan	Anak berjalan tanpa bantuan
18 bulan	Anak menyusun 3-4 balok keatas	Anak berjalan menaiki tangga dengan satu tangan berpegangan
24 bulan	Anak meniru gerakan vertikal	Anak berjalan menaiki dan menuruni tangga satu tahap/ langkah setiap kaiknya
30 bulan	Anak menyusun 8 balok keatas, dapat menyalip lintas	Anak melompat dengan kedua kakinya

3. Anak prasekolah (umur 3-6 tahun)

Anak prasekolah adalah anak yang berusia antara nol samapi 6 tahun. Mereka biasanya mengikuti program preschool. Di Indonesia anak usia 4-6 tahun biasanya mengikuti program taman kanak-kanak (Danal dkk, 2021).

a. Perkembangan motorik

Menurut Danal dkk (2021) perkembangan motoric anak prasekolah yaitu

Usia	Mototik halus	Motorik kasar
3 tahun	Anak dapat menyusun keatas 9-10 balok, membentuk jembatan 3 balok,	Anak dapat menaiki sepeda roda tiga, menaiki tangga menggunakan kaki bergantian, berdiri pada satu kaki selama beberapa detik, melompak

	membuat lingkaran dari silang	
4 tahun	Anak dapat melepas sepatu, membuat segi empat, menambahkan 3 bagian ke gambar stik	Anak dapat meloncat, menangkap bola, menuruni tangga menggunakan kaki bergantian
5 tahun	Anak dapat mengikat tali sepatu, menggunakan gunting dengan baik, menyalin wajik dan segitiga, menambahkan 7-9 bagian gambar stik, menulis beberapa huruf dan angka dan nama pertama	Anak dapat meloncat, berjingkat dengan satu kaki, menendang dan menangkap bola, lompat tali, menyeimbangkan kaki bergantian dengan mata tertutup

4. Masa Anak Sekolah (6-12 tahun)

   Masa sekolah merupakan sebuah periode dimulai pada usia 6 tahun sampai dengan usia 12 tahun (Danal dkk, 2021).

   a. Perkembangan motorik

      Menurut Danal dkk (2021) perkembangan motorik anak sekolah yaitu

Motorik kasar	Motorik kasar
Selama tahun-tahun usia sekolah, koordinasi, keseimbangan, dan ritme meningkat. Anak usia sekolah antara 6 dan 8 tahun menikmati aktivitas motoric kasar seperti bersepeda, skating, dan berenang. Mereka terpesona dengan dunia dan teruk begerak. Terkadang rasa takut dibatasi karen dorongan eksplorasi yang kuat.	Koordinasi dan keseimbangan mata-tangan meningkat dengan kedewasaan danlatihan. Penggunaan tangan meningkat, lebih mentap dan mandiri serta memberika kemudahan dan presisi yang memungkinkan anak-anak ini menulis, mencetak kata-kata, menjahit, atau membuat model atau kerajinan lainnya.

5. Masa Remaja (12-18 tahun)

   Usia remaja adalah periode yang dimulai pada usia 12 sampai 18 tahun. Pada remaja awal pertumbuhan meningkat cepat dan mencapai puncaknya (Danal dkk, 2021).

   a. Perkembangan motorik

      Menurut Danal dkk (2021) perkembangan motorik remaja yaitu

Motorik kasar	Motorik kasar
Masa remaja awal remaja mulai mengembangkan ketahanan. Konsentrasi mereka meningkat sehingga mereka bisa mengikuti instruksi yang rumit. Selama masa remaja pertengahan, kecepatan akurasi meningkat sementara koordinasi juga meningkat	Penggunaan komputer telah sangat meningkatkan keterampilan motorik halus remaja. Pada masa remaja awal, remaja meningkatkan kemampuan untuk memanipulasi objek.

D. REMAJA DAN DEWASA

Elizabeth B. Hurlock, 1978 membagi rentang usia dewasa awal menjadi tiga tahapan, yakni:

1. Masa Dewasa Awal (muda, dini). Masa ini dimulai pada usia 18 tahun sampai kira-kira umur 40 tahun dimana perubahan fisik dan psikologis telah mencapai kematangannya. Batasan usia 18 tahun diambil karena di usia ini seseorang dianggap telah dewasa menurut hukum yang berlaku di Amerika sejak tahun 1970.
2. Masa Dewasa Madya, dimulai pada usia 40 tahun hingga usia 60 tahun. Rentang usia ini ditandai dengan terjadinya penurunan kemampuan fisik dan psikologis yang nampak jelas pada semua orang.
3. Masa dewasa Lanjut, Masa ini dimulai saat seseoang menginjak usia 60 tahun sampai meninggal dunia, di mana kemampuan fisik maupun psikologis dirasakan semakin cepat menurun pada setiap orang.

E. TUA

Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Menua bukanlah suatu peyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan komulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh. Menua adalah suatu keadaan yang terjadi dalam kehidupan manusia. Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupan, yaitu anak, dewasa dan tua (Nugroho 2006, dalam Widiyawati & Diah, 2020). Menurut WHO, lanjut usia meliputi:

1. Usia petengahan (Middle age) yaitu kelompok usia 45-59 tahun
2. Lanjut usia (Elderly) yaitu kelompok usia 60-74 tahun
3. Lanjut usia tua (Old) yaitu kelompok usia 75-90 tahun
4. Usia sangat tua (Very Old) yaitu usia diatas 90 tahun

Departemen Kesehatan Ri mengklasifikasikan sebagai berikut:

1. Pralansia (Prasenilis)
   Seseorang yang berusia antara 45-59 tahun
2. Lansia
   Seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih
3. Lansia risiko tinggi
   Sesorang yang berusia 70 tahun atau lebih/ seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan
4. Lansia potensial
   Lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang/ jasa
5. Lansia tidak potensial
   Lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada bantua orang lain.

DAFTAR PUTAKA

Ayustawati. 2019. Kehamilan Buku Kesehatan Reproduksi. Informasi Medika

Chomaria Nurul, 2021. Five in One The Series of Pregnancy Panduan Terlengkap Kehamilan Seputar Kehamilan. Elex Media Komputindo

Danal dkk, 2021. Keperawatan anak (Masalah Kesehatan Pada Anak Dengan Pendekatan Proses Keperawatan). Rismedia Pustaka Indonesia

Elizabeth B. Hurlock. 1978. Perkembangan Anak: Jakarta: Penerbit Erlangga

Rasjidi Imam, 2015. Panduan Kehamilan Muslimah. Noura Books

Savitri, Astrid. 2018. 40 Minggu Resep Sehat Hamilmu. Penerbit Genesis

Sibarani, Indah Julianti, 2018. 9 Bulan 10 Hari Menanti Buah Hati. Laksana

Siswosuharjo, Suwignyo, Fitria, Cakrawati. 2011. Panduan Super Lengkap Hamil Sehat. Penebar Plus

Sitompul Ewa Molika. 2015. 275 Tanya Jawab Seputar Kehamilan & Melahirkan Menjawab Semua Keingintahuan Para Ibu & Bayi. Lembar Langit Indonesia

Stephanie, O., Michael, O., Karolina, S., & Obrowski, M. (2016). Medical University of Łódź; President of Wilderness Physicians, European Union 2 Assistant Professor of Anatomy; CEO, Chief Physician and Surgeon of Wilderness Physicians. *Academic Journal of Pediatrics and Neonatology Review Article, 1*. https://doi.org/10.19080/AJPN.2016.01.555554

Widiyawati, Wiwik & Diah Jerita Eka Sari, 2020. Keperawatan Gerontik. Literasi Nusantara

Yuliani dkk, 2021. Asuhan Kehamilan. Yayasan Kita menulis

PROFIL PENULIS

Fijri Rachmawati, S.S.T.,M.Keb., merupakan dosen pengajar di Program Studi Kebidanan Universitas Malahayati. Penulis lahir di Candra Kencana 26 April 1993. Riwayat pendidikan dimulai dari Diploma III Kebidanan yang ditempuh selama 3 tahun (2011-2014) di Akbid Patriot Bangsa Husada, pada tahun 2015 penulis melanjutkan pendidikan di Diploma IV Bidan Pendidik Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta, dan lulus tahun 2016, selanjutnya penulis melanjutkan pendidikan Magister Kebidanan di Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta dan selesai tahun 2019. Selain sebagai pengajar, penulis juga aktif melakukan kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat serta menulis beberapa buku ajar maupun buku referensi.

BAB 2
MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN

Rohmi Handayani, S.SiT.,M.Keb
Poltekkes Kemenkes Surakarta

A. PENDAHULUAN

Bidan sebagai seorang pemberi Layanan Kesehatan (*Health Provider*) khususnya pelayanan kebidanan seringkali menemui masalah klinik yang mengharuskan bidan dapat mengambil keputusan klinik dengan tepat. Keputusan klinik yang diambil harus berdasarkan kebutuhan dan masalah yang dihadapi klien, sehingga semua tindakan yang dilakukan tepat dapat mengatasi permasalahan yang dihadapi klien yang bersifat antisipasi, emergensi atau rutin. Salah satu peran bidan adalah sebagai pengelola atau manajer, yaitu mengelola pelayanan kebidanan yang diberikan kepada klien agar pelayanan yang diberikan berjalan dengan baik serta dapat mengatasi permasalahan dengan mengambil kepitusan klinik yang tepat. Dengan demikian seorang bidan perlu menggunakan teknik manajemen yang baik untuk dapat mengambil keputusan klinik yang tepat. Seorang bidan dalam manajemen yang dilakukannya perlu lebih kritis untu mengantisipasi diagnosa atau masalah potensial. Dengan kemampuan yang lebih kritis dalam melakukan Analisa, bidan akan menemukan diagnosa dan masalah potensial. Kadangkala bidan juga harus segera bertindak untuk menyelesaikan masalah tertentu dan mungkin juga kolaborasi, konsultasi atau bahkan mungkin harus segera melakukan rujukan. Manajemen dalam pelayanan kebidanan dikenal sebagai Manajemen Kebidanan.

B. KONSEP DASAR MANAJAMEN ASUHAN KEBIDANAN

Menurut G.R. Terry : Manajemen adalah suatu proses atau kerangka kerja, yang melibatkan bimbingan atau pengarahan suatu kelompok orang-orang ke arah tujuan-tujuan organisasional atau maksud maksud yang nyata. Sementara menurut menurut Ricky W. Griffin, manajemen sebagai sebuah proses perencanaan, pengorganisasian, pengkoordinasian, dan pengontrolan sumber daya untuk mencapai sasaran (*goals*) secara efektif dan efesien. Efektif berarti bahwa tujuan dapat dicapai sesuai dengan perencanaan, sementara efisien berarti bahwa tugas yang ada dilaksanakan secara benar, terorganisir, dan sesuai dengan jadwal. Prof. Eiji Ogawa menyebutkan bahwa manajemen adalah perencanaan, pengimplementasian dan pengendalian kegiatan-kegiatan termasuk sistem pembuatan barang yang dilakukan oleh organisasi usaha dengan terlebih dahulu telah

menetapkan sasaran-sasaran untuk kerja yangdapat disempurnakan sesuai dengan kondisi lingkungan yang berubah. Menurut Henry Fayol: Manajemen mengandung gagasan lima fungsi utama yaitu, merancang, mengorganisasi, memerintah, mengoordinasi, dan mengendalikan.

Dari beberapa definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa manajemen adalah suatu proses dalam rangka mencapai tujuan dengan bekerja bersama melalui orang-orang dan sumber daya organisasi lainnya. Secara umum manajemen juga dipandang sebagai sebuah disiplin ilmu yang mengajarkan tentang proses untuk memperoleh tujuan organisasi melalui upaya bersama dengan sejumlah orang atau sumber milik organisasi.

Kebidanan adalah satu bidang ilmu yang mempelajari kelimuan dan seni yang mempersiapkan kehamilan, menolong persalinan, nifas dan menyusui, masa interval dan pengaturan kesuburan, klimakterium dan menopause., bayi baru lahir dan balita, fungsi-fungsi reproduksi manusia serta memberikan bantuan/dukungan pada perempuan, keluarga dan komunitasnya. Asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan.

Manajemen asuhan kebidanan adalah pendekatan dan kerangka pikir yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengumpulan data, analisa data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Sedangkan menurut Hellen Varney, Manajemen kebidanan adalah proses **pemecahan masalah** yang digunakan sebagai metode untuk **mengorganisasikan pikiran dan tindakan** berdasarkan **teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian/tahapan yang logis** untuk pengambilan suatu keputusan terfokus pada klien.

C. PRINSIP PROSES MANAJEMEN KEBIDANAN

Proses manajemen kebidanan sesuai dengan standar yang di keluarkan oleh *American College Of Nurse Midwife* (ANCM) yang trdiri dari:

1. Mengumpulkan dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan secara sistematis melalui pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengkaji riwayat kesehatan dan

melakukan pemeriksaan fisik.

2. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosis berdasar interpretasi data dasar.
3. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
4. Memberi informasi dan dukungan kepada klien sehingga mampu membuat keputusandan bertanggungjawab terhadap kesehatannya.
5. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien.
6. Secara pribadi, bertanggungjawab terhadap implementasi rencana individual.
7. Melakukan konsultasi perencanaan, melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi, dan merujuk klien untuk mendapat asuhan selanjutnya.
8. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi dalam situasi darurat jika terdapatpenyimpangan dari keadaan normal.
9. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan danmerevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

D. PROSES MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN

Varney (1997) menjelaskan proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat-bidan pada awal tahun 1970. Proses ini memperkenalkan sebuah metode dengan mengorganisasikan pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga Kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan. Proses manajemen ini bukan hanya terdiri dari pemikiran dan tindakan saja melainkan juga perilaku pada setiap Langkah agar pelayanan yang komprehensiv dan aman dapat tercapai. Dengan demikian proses manajemen harus mengikuti urutan yang logis dan memberikan pengertian yang menyatukan pengetahuan, hasil temuan dan penilaian yang terpisah-pisah menjadi satu kesatuan yang berfokus pada manajemen klien.

Proses manajemen terdiri dari 7 (tujuh) Langkah yang berurutan. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi.

Ketujuh Langkah tersebut membentuk suatu kerangka lengkap yang dapat diaplikasikan dalam situasi apapun. Langkah-langkah manajemen asuhan kebidanan dapat digambarkan pada bagan berikut:

Langkah I (Pertama): Pengumpulan Data Dasar

Pada Langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang berkaitan dengan kondisi klien secara lengkap dan akurat dengan beberapa cara yaitu

1. Anamnesa untuk mengetahui Riwayat Kesehatan klien
2. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
3. Pemeriksaan Khusus
4. Pemeriksaan Penunjang dengan meninjau data laboratorium
5. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya

Pada Langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Bila klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada Dokter dalam manajemen koaborasi bidan akan melakukan konsultasi. Tahap ini merupakan langkah awal yang akan menentukan langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data

sesuai dengan kasus yang dihadapi akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya, sehingga kita harus melakukan pendekatan yang komprehensif meliputi data subyektif dan obyektif.

Langkah II (Kedua): Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi diagnose atau masalah dan kebutuhan klien brdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah di kumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnose yang spesifik. Kata 'Masalah" dan " Diagnosa" keduanya digunakan, karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnose tetapi tetap membutuhkan penanganan yang dituangkan ke dalam sebuah rencana asuhan terhadap klien. Masalah sering berkaitan dengan pengalaman Wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai hasil pengkajiannya. Masalah ini sering menyertai diagnose, sebagai contoh diperoleh diagnose seorang perempuan hamil, dan masalah yang kemungkinan bisa muncul berhubungan dengan diagnose ini adalah perempuan tersebut tidak menginginkan kehamilannya. Contoh lain dari masalah adalah seorang perempuan hamil trimester ketiga merasa cemas dan khawatir terhadap proses persalinannya nanti. Perasaan cemas dan khawatir tidak termasuk dalam kategori Standar Nomenklatur Diagnosa Kebidanan, tetapi tentu tetap harus dilakukan perencanaan untuk mengurangi rasa cemas dan khawatirnya ini.

Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan. Standar nomenklatur diagnosa kebidanan adalah seperti di bawah ini:

1. Diakui dan telah disahkan oleh profesi
2. Berhubungan langsung dengan praktik kebidanan
3. Memiliki ciri khas kebidanan
4. Didukung oleh *clinical judgement* dalam praktik kebidanan
5. Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan

Langkah III (Ketiga): Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengindentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi.

Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati kondisi klien bidan diharapkan dapat mempersiapkan bila diagnosa/masalah potensial ini benar-benar terjadi.

Pada langkah ini bidan harus berusaha melakukan asuhan yang aman. Misalnya seorang perempuan dengan pembesaran uterus yang berlebihan. Bidan harus memikirkan kemungkinan penyebab pembesaran uterus yang berlebihan tersebut misalnya karena Polihidramnion, bayi besar atau kehamilan kembar. Dengan demikian bidan harus melakukan antisipasi melakukan perencanaan untuk mengatasinya dan mempersiapkan alat dan obat misalnya set infus atau transfusi dan uterotonika untuk menghadapi kemungkinan tiba-tiba terjadi perdarahan postpartum yang disebabkan karena atonia uteri karena pembesaran uterus yang berlebihan. Selain itu bidan juga menyiapkan tempat dan set alat resusitasi bayi untuk mengantisipasi kemungkinan distosia bau karena bayi besar yang dapat menyebabkan bayi asfiksia.

Langkah IV (Keempat): Mengidentifikasi dan menetapkan Tindakan Segera

Pada langkah keempat ini bidan mengidentifikasi perlunya tindakan segera untuk ditangani segera secara mandiri atau di konsultasikan atau ditangani Bersama dengan anggota tim Kesehatan lain (kolaborasi) sesuai dengan kondisi klien dan wewenang bidan.

Langkah keempat ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen keidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodic atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama Wanita tersebut Bersama bidan terus menerus misalnya saat wanita tersebut dalam persalinan. Data baru mungkin saja perlu dikumpulkandan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengindikasikan situasi yang gawat dimana bidan bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak misalnya perdarahan setelah plasenta lahir, distosia bahu atau nilai APGAR yang rendah.

Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera. Situasi lainnya bisa saja tidak merupakan kegawatan tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter misalnya bila ditemukan tanda-tanda preeklamsi ringan, kelainan panggul, adanya penyakit jantung, diabetes atau masalah medik yang serius.

Dalam kondisi tertentu bidan juga akan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter ahli kebidanan dan kandungan atau profesi lain misalnya ahli gizi, psikolog atau dokter spesialis anak. Dalam hal ini bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi yang paling tepat dalam manajemen asuhan kebidanan.

Berdasarkan dari penjelasan di atas maka disimpulkan pada langkah ini bidan melakukan Tindakan yang sifatnya mandiri, konsultasi, kolaborasi maupun rujukan.

Langkah V (Kelima): Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Pada langkah kelima ini Bidan harus merencanakan asuhan secara menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah teridentifikasi atau diantisipasi pada langkah sebelumnya. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi ibu atau bayi atau dari masalah yang berkaitan tetapi juga menggambarkan petunjuk antisipasi bagi klien tentang apa yang terjadi selanjutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi, agama, keluarga, budaya atau masalah psikologis.

Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori terkini serta berdasarkan praktik-praktik terbaik yang berdasarkan bukti (*evidence based practice)* sehingga menghasilkan asuhan kebidanan yang lengkap efektif, efisien dan aman bagi klien.

Langkah VI (Keenam): Melaksanakan Perencanaan/Implementasi

Pada langkah ke enam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima dilaksanakan secara aman dan efisien. Perencanaan ini dibuat dan dilaksanakan seluruhnya oleh bidan atau

sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri, bidan tetap bertanggung jawab untuk memastikan bahwa implementasi benar-benar dilakukan. Dalam kondisi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam penatalaksanaan asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Implementasi yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien. Komponen implementasi yang sangat penting adalah pendokumentasian secara berkala, akurat dan menyeluruh.

Langkah VII (Ketujuh): Evaluasi

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar-benar efektif dalam pelaksanaannya.

Jika kita menganggap proses penatalaksanaan sebagai sebuah proses berkesinambungan, maka sangat penting untuk memperbaiki setiap asuhan yang tidak efektif. Hal ini dilakukan untuk mengidentifikasi mengapa hal tersebut tidak efektif dan kemudian rencana asuhan disesuaikan lagi. Proses penatalaksanaan sebagai sebuah rangkaian proses yang berkelanjutan memungkinkan bidan dengan mudah merespon terhadap setiap perubahan aktual dan potensial pada kondisi klien.

E. IMPLEMENTASI MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN

Implementasi manajemen asuhan kebidanan yang mengacu pada manajemen kebidanan menurut tujuh langkah varney secara spesifik disesuaikan dengan jenis asuhan kebidanan diantaranya adalah asuhan kebidanan kehamilan/antenatal, persalinan/intranatal, nifas/postpartum dan bayi baru lahir/Neonatus. Spesifik yang dimaksud disini adalah dalam melakukan setiap langkah asuhan disesuaikan dengan data-data fokus setiap jenis asuhan. Misalnya pada langkah pertama melakukan pengkajian data baik subyektif maupun obyektif data fokus antara pengkajian asuhan kehamilan,

persalinan, nifas atau bayi berbeda satu sama lain. Berikut ini akan diberikan contoh implementasi manajemen asuhan kebidanan pada kehamilan yang terdiri dari tujuh Langkah yang berurutan dimulai dari pengumpulan data dasar hingga evaluasi.

1. **Pengumpulan Data Dasar**
   a. Anamnesa
      1) Biodata dan data Demografi
      2) Riwayat Kesehatan termasuk faktor keturunan
      3) Riwayat menstruasi
      4) Riwayat Obstetri dan Ginekologi meliputi ini kehamilan yang keberapa, pernah abortus atau tidak, penyulit persalinan yang lalu, riwayat nifas dan komplikasinya serta Riwayat laktasi.
      5) Data Psikologis, psikososial dan spiritual.
      6) Data pengetahuan pasien
   b. Pemeriksaan fisik (pemeriksaan *head to toe* sesuai kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital)
   c. Pemeriksaan Khusus (Inspeksi, Palpasi, Auskultasi, Perkusi)
   d. Pemeriksaan Penunjang:
      1) Laboratorium
      2) Diagnostik lain: USG
      3) Catatan terbaru atau sebelumnya
2. **Interpretasi Data Dasar**

   Diagnosa yang ditegakkan oleh profesi (Bidan) dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar Nomenklatur diagnosa Kebidanan.

   Contoh: Ny R umur 20 tahun G1P0A0 usia kehamilan 37 minggu.

   Masalah:

   Sulit tidur, sering berkemih, konstipasi, *haemoroid*, tidak menginginkan kehamilan dan lain-lain.
3. **Identifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial**

   Pada langkah ini penting dalam melakukan asuhan yang aman.

   Contoh:

   Seorang ibu hamil trimester III datang ke poli KIA dengan wajah pucat, keluar keringat dingin, tampak kesakitan, mengeluh nyeri pada daerah abdomen dan mengeluarkan darah berwarna kehitaman. Bidan harus berfikir kearah solusio Plasenta dan diagnosa potensial apa yang mungkin

bisa terjadi. Diagnosa potensial yang mungkin bisa terjadi diantaranya adalah syok pada ibu dan fetal distress sampai kematian janin.

4. **Menetapkan Kebutuhan Tindakan Segera**

   Langkah ini juga mengidentifikasi perlunya konsultasi, kolaborasi atau rujukan.

   Contoh: seorang perempuan yang hamil dengan solusio plasenta untuk mencegah terjadinya syok atau fetal distress atau kematian janin maka bidan harus melakukan tindakan segera yaitu pasang infus dan berikan oksigen.

5. **Menyusun Rencana Asuhan Yang Menyeluruh**

   Perencanaan asuhan kebidanan disusun berdasarkan diagnose dan masalah yang ditegakkan.

   a. Beritahu ibu hasil pemeriksaan

      Diharapkan ibu mengerti hasil pemeriksaan meliputi tanda vital (tekanan darah, suhu, nadi, respirasi), inspeksi, palpasi, dan auskultasi.

   b. Beri konseling gizi ibu hamil TM III

      Diharapkan ibu mengerti dan memenuhi gizi ibu hamil yang terdiri dari kalori, protein, kalsium, zat besi, vitamin, dll.

   c. Anjurkan ibu untuk istirahat cukup

      Diharapkan ibu mengerti mengenai istirahat yang baik bagi ibu hamil yaitu tidur malam 6-8 jam. Sedangkan untuk tidur siang tidak semua wanita mempunyai kebiasaan tidur siang.

   d. Beri informasi tentang ketidaknyamanan TM III

      Diharapkan ibu mengerti mengenai ketidaknyamanan TM III yaitu sesak nafas, kesulitan tidur, sering berkemih, edema, konstipasi, nyeri punggung, varises, keputihan, kontraksi *braxton hicks*, dan haemoroid.

   e. Beri informasi tentang tanda bahaya TM III

      Diharapkan ibu mengerti mengenai tanda bahaya TM III yaitu perdarahan pervaginam, hipertensi kehamilan, sakit kepala hebat, penglihatan kabur, bengkak pada muka atau tangan, gerakan janin berkurang, nyeri abdomen yang hebat, pengeluaran cairan pervaginam.

f. Beri informasi tentang body mekanik
   Diharapkan ibu mengerti mengenai body mekanik yang baik yaitu saat mengambil sesuatu di bawah dilakukan dengan berjongkok bukan menunduk, meletakkan bantal sebagai sandaran pada punggung saat duduk, menghindari hak tinggi.
g. Ajarkan senam hamil
   Diharapkan ibu mengerti dan melakukan senam hamil untuk mempersiapkan ibu hamil, secara fisik ataupun mental, pada persalinan cepat, aman dan spontan.
h. Informasikan kepada keluarga untuk memberi dukungan
   Diharapkan keluarga mengerti untuk memberikan dukungan mental bagi ibu.
i. Berikan informasi agar ibu melakukan kunjungan ulang TM III tiap 2 minggu atau 1 minggu sesuai arahan bidan atau bila ada keluahan.
   Diharapkan ibu dapat melakukan kunjungan ulang sesuai jadwal yang ditentukan atau bila ada keluhan.

6. Melaksanakan Perencanaan (Implementasi)

Pelaksanaan asuhan secara menyuluruh seperti pada langkah kelima

a. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan meliputi tanda vital (tekanan darah, suhu, nadi, respirasi), inspeksi, palpasi, dan auskultasi.
b. Memberi konseling gizi ibu hamil TM III yang terdiri dari kalori, protein, kalsium, zat besi, vitamin, dll.
c. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup yaitu tidur malam 6-8 jam. Sedangkan untuk tidur siang tidak semua wanita mempunyai kebiasaan tidur siang.
d. Memberi informasi tentang ketidaknyamanan TM III yaitu sesak nafas, kesulitan tidur, sering berkemih, edema, konstipasi, nyeri punggung, varises, keputihan, kontraksi *braxton hicks*, dan haemoroid.
e. Memberi informasi tentang tanda bahaya TM III yaitu perdarahan pervaginam, hipertensi kehamilan, sakit kepala hebat, penglihatan kabur, bengkak pada muka atau tangan, gerakan janin berkurang, nyeri abdomen yang hebat, pengeluaran cairan pervaginam.
f. Memberi informasi tentang body mekanik yaitu saat mengambil

sesuatu di bawah dilakukan dengan berjongkok bukan menunduk, meletakkan bantal sebagai sandaran pada punggung saat duduk, menghindari hak tinggi.

g. Mengajarkan senam hamil untuk mempersiapkan ibu hamil, secara fisik ataupun mental pada persalinan cepat, aman dan spontan.
h. Memberikan informasi pada keluarga untuk memberi dukungan pada ibu agar tidak merasa ketakutan dan sendiri.
i. Memberikan informasi agar ibu melakukan kunjungan ulang TM III tiap 2 minggu atau 1 minggu sesuai arahan bidan atau bila ada keluhan.

7. Evaluasi

Langkah ini sebagai pengecekan apakah rencana asuhan tersebut efektif, jika memang benar efektif dalam pelaksananya.

a. Ibu mengerti hasil pemeriksaan meliputi tanda-tanda vital, palpasi, auskultasi, dan inspeksi.
b. Ibu mengetahui kebutuhan gizi yang dibutuhkan selama kehamilan dan mampu memenuhi asupan gizi yang terdiri kalori, protein, kalsium, zat besi, vitamin, dll.
c. Ibu telah istirahat cukup yaitu istirahat malam normalnya 6-8 jam, sedangkan untuk tidur siang ibu biasa tidur 1-2 jam.
d. Ibu telah mengetahui ketidaknyamanan TM III dan mengerti cara menguranginya.
e. Ibu telah mengetahu tanda bahaya TM III dan segera ke pelayanan kesehatan bila menemukan tanda tersebut.
f. Ibu telah mengetahui bagaimana posisi tubuh yang dianjurkanselama hamil.
g. Ibu telah melakukan senam hamil secara mandiri.
h. Keluarga telah mengetahui tentang bentuk dukungan untukibu selama kehamilan.
i. Ibu melakukan kunjungan kehamilan sesuai anjuran bidandan atau bila ada keluhan.

DAFTAR PUSTAKA

Estiwati, D; Meilani , N; Widyasi, H; Widyastuti, Y. 2009. Konsep Kebidanan. Jogjakarta:Fitramaya.

Hidayat, A; Mufdillah. 2009. Catatan kuliah., Konsep Kebidanan plus materi bidan Delima. Jogjakarta: Mitra Cendekia.

Jefford, E., Kathleen Fahy & Deborah Sundin. 2011. Decision-making Theories and their usefulness to the midwifery profession both in terms of midwifery practice and the education of midwifes. *International Journalof Nursing Practice*, 17 (3), pp. 246-253

Kementerian Kesehatan.2020. Keputusan Menteri Kesehatan No. 320 Tahun 2020 Tentang Standar Profesi Bidan, Jakarta.

Saifuddin, A. B. 2010. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal Edisi II*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Sinclair. 2010. *Buku Saku Kebidanan*. Jakarta : EGC.

Sondakh, Jenny. 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. JawaTimur : Erlangga.

Sulistyawati, Ari. 2012. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan*. Jakarta : Salemba Medika.

Sweet, Betty R. 1997. *Mayes' Midwifery: A Textbook for Midwives.* 12th ed. London: BaillieresTindall

Varney H., Jan.M Krie & Carolyn L.Gegor. 2004. Varney's Midwifery Test Book, edisi 4, Jones and Bartlett Publisher, Boston

PROFIL PENULIS

1	Nama Lengkap	Rohmi Handayani, S.SiT.,M.Keb
2	Jenis Kelamin	Perempuan
3	Jabatan Fungsional	Lektor
4	NIP	198106082015032001
5	NIDN	0608068103
6	Tempat dan Tanggal Lahir	Tulungagung, 08 Juni 1981
7	E-mail	Rohmihandayani9@gmail.com
8	Nomor Telepon/Hp	081327040834
9	Institusi	Poltekkes Kemenkes Surakarta
10	Program Studi	D-III Kebidanan
11	Jenjang Pendidikan Terakhir	S2 Kebidanan
12	Alamat	RT02 RW05 Dukuh Kalangan, Desa Glodogan, Kab. Klaten Selatan

BAB 3
KETERAMPILAN PROSEDUR PRAKTIK KEBIDANAN

Nurliyani, S.S.T., M.Kes
Universitas Malahayati

Kompetensi yang harus dimiliki oleh seorang bidan dalam memberikan asuhannya secara aman dan bertanggung jawab. Didasari kompetensi tersebut, bidan dapat menerapkan pengetahuan dan keterampilannya dalam memberikan asuhan sesuai dengan kebutuhan pasien secara optimal.

A. PRINSIP DASAR DAN TEHNIK PEMERIKSAAN FISIK

Tujuan umum pemeriksaan fisik adalah untuk memperoleh informasi mengenai status kesehatan pasien. Tujuan definitif pemeriksaan fisik adalah, pertama untuk mengidentifikasi status "normal" dan kemudian mengetahui adanya variasi dari keadaan normal tersebut dengan cara memvalidasi keluhan-keluhan dan gejala-gejala pasien, penapisan/skrining keadaan wellbeing pasien, dan pemantauan masalah kesehatan/penyakit pasien saat ini. Informasi ini menjadi bagian dari catatan/rekam medis (medical record) pasien, menjadi dasar data awal dari temuan temuan klinis yang kemudian selalu diperbarui (updated) dan ditambahkan sepanjang waktu. Pemeriksaan fisik merupakan salah satu cara untuk mengetahui gejala atau masalah kesehatan yang dialami oleh pasien. Pemeriksaan fisik bertujuan untuk mengumpulkan data tentang kesehatan pasien, menambah informasi atau menyangkut data dari riwayat pasien, mengindetifikasi masalah pasien, menilai perubahan status pasien serta untuk mengevaluasi pelaksanaan tindakan yang telah diberikan. Dalam melakukan pemeriksaaan fisik terdapat tehnik dasar yang perlu dipahami, diantaranya: inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Teknik-teknik tersebut secara keseluruhan disebut sebagai observasi/pengamatan, dan harus dilakukan sesuai dengan urutan di atas, dan setiap teknik akan menambah data yang telah diperoleh sebelumnya. Dua perkecualian untuk aturan ini, yaitu jika usia pasien atau tingkat keparahan gejala memerlukan pemeriksaan ekstra dan ketika abdomen yang diperiksa.

1. Inspeksi, yaitu melihat dan mengevaluasi pasien secara visual dan merupakan metode tertua yang digunakan untuk mengkaji/menilai pasien. Sebagai individu-individu, kita selalu menilai orang lain setiap hari, membangun kesan pada pikiran kita mengenai orang lain, memutuskan apakah kita menyukai atau tidak menyukai mereka, dan secara umum akan tetap bersama mereka atau sebaliknya menjauhi mereka. Yang tidak kita sadari, sebenarnya kita telah melakukan inspeksi. Inspeksi juga menggunakan indera pendengaran dan penciuman untuk mengetahui

lebih lanjut, lebih jelas dan memvalidasi apa yang dilihat oleh mata dan dikaitkan dengan suara atau bau yang berasal dari pasien. Pemeriksa kemudian akan mengumpulkan dan menggolongkan informasi yang diterima oleh semua indera tersebut, baik disadari maupun tidak disadari, dan membentuk opini, subyektif dan obyektif, mengenai pasien, yang akan membantu dalam membuat keputusan diagnosis dan terapi. Pemeriksa yang telah melakukan observasi selama bertahun-tahun (ahli) melaporkan bahwa mereka seringkali mempunyai persepsi intuitif mengenai sumber/penyebab masalah kesehatan pasien segera setelah melihat pasien.

Cara efektif melakukan inspeksi adalah sebagai berikut :

a. Atur posisi sehingga bagian tubuh dapat diamati secara detail
b. Berikan pencahayaan yang cukup
c. Lakukan inspeksi pada area untuk ukuran, bentuk, warna, kesimetrisan, posisi, dan abnormalitasnya.
d. Bandingkan area sisi tubuh dengan bagian tubuh lainnya.
e. Jangan melakukan inspeksi secara terburu-buru.

2. Palpasi

Palpasi, yaitu menyentuh atau merasakan dengan tangan, adalah langkah kedua pada pemeriksaan pasien dan digunakan untuk menambah data yang telah diperoleh melalui inspeksi sebelumnya. Palpasi struktur individu,baik pada permukaan maupun dalam rongga tubuh, terutama pada abdomen, akan memberikan informasi mengenai posisi, ukuran, bentuk, konsistensi dan mobilitas/gerakan komponen-komponen anatomi yang normal, dan apakah terdapat abnormalitas misalnya pembesaran organ atau adanya massa yang dapat teraba. Palpasi juga efektif untuk menilai menganai keadaan cairan pada ruang tubuh. Palpasi dibutuhkan kelembutan dan sensivitas, untuk itu hendaknya menggunakan permukaan palmar jari, yang dapat digunakan untuk mengkaji posisi, tektur, konsistensi, bentuk masa dan pulsasi.

3. Perkusi

Perkusi merupakan pemeriksaan dengan melakukan pengetahuan pada bagian tubuh dengan ujung-ujung jari untuk mengetahui ukuran, batasan, konsistensi, organ-organ tubuh, dan menetukan adanya cairan dalam rongga tubuh. Ada dua cara dalam perkusi yaitu cara langsung dan cara

tidak langsung. Cara langsung dengan mengetuk secara langsung menggunakan satu atau dua jari den cara tidak langsung dengan menempatkan jari tengah tangan diatas permukaan tubuh dan jari tangan lain dan telapak tidak pada permukaan kulit, setelah kulit setelah mengetuk jari tangan ditarik kebelakang.

4. Auskultasi

   Auskultasi merupakan cara pemeriksaan dengan mendengarkan bunyi yang dihasilkan oleh tubuh melalui alat stetoskop. Dalam melakukan auskultasi beberapa hal yang perlu didengarkan diantaranya :

   a. Frekuensi atau siklus gelombang bunyi
   b. Kekerasan atau amplitude bunyi
   c. Kualitas bunyi dan lamanya bunyi.

B. PENGKAJIAN UMUM DAN PEMERIKSAAN FISIK

Berikut ini beberapa pengkajian umum pada tingkat kesadaran :

Kesadaran	Tanda
Komposmentis	Klien sadar sepenuhnya, dapat menjawab semua pertanyaantentang keadaan sekelilingnya
Apati	Keadaan klien dimana klien enggan untuk berhubungan dengan lingkungan disekitarnya, bersikap acuh tak acuh
Latargi	Keadaan klien dimana klien tampak lesu dan mengantuk
Somnolen	Keadaan dimana klien selalu mau tidur saja, dapat dibangunkan dengan rasa nyeri atau untuk makan danminum, namun jatuh teridur kembali.
Delirium	Keadaan kacau motorik yang sangat, memberontak, rteriak- teriak dan tidak sadar terhadap orang lain, tempat dan waktu.
Sopor/semikoma	Keadaan kesadaran klien yang mirip dengan koma, tidak menunjukkan reaksi ketika dibangunkkan kecuali denganrangsangan nyeri, masih ada reaksi pupil

Koma	Kesadaran klien yang hilang sama sekali walaupun sudahdiberi rangsang apapun, termasuk rangsang batuk atau muntah

C. PEMERIKSAAN FISIK PADA IBU HAMIL

Pada ibu hamil pemerikasaan dapat dilakukan dengan pemeriksaan secara umum dan pemeriksaan kebidanan.

1. Pemeriksaan Umum

   Pemeriksaan umum pada ibu hamil bertujuan untuk menilai keadaan umum ibu, status gizi, tingkat kesadaran, serta tidak adanya kelainan bentuk badan.

2. Pemeriksaan Head to toe

   Pemeriksaan head to toe adalah pemeriksaan yang dilakukan secara sistematis mulai dari :

   a. Kepala
   b. Wajah : mata, hidung, telinga, dan mulut
   c. Leher
   d. Dada (payudara)
   e. Abdomen
   f. Genetalia
   g. Ekstermitas.

3. Pemeriksaan Kebidanan

   a. Inspeksi

      Inspeksi, menilai keadaan dan tidaknya cloasma gravidarum pada muka/wajah, pucat atau tidakpada selaput mata, ada tidaknya edema. Pemeriksaan selanjutnya adalah leher untuk menilai ada tidaknya pembesaran kelenjar gondok atau kelenjar limfe. Pemeriksaan dada untuk menilai bentuk buah dada, pigmentasi putting susu. Pemeriksaan perut untuk menilai apakah perut membesar ke depan, atau samping, keadan pusat, pigmentasi linia alba, serta ada tidaknya striae gravidarum. Pemeriksaan pada vulva untuk menilai keadaan perineum, ada tidaknya tanda Chadwick, dan adanya flour. Dan pemeriksaan ekstermitas untuk menilai ada tidaknya varises.

b. Palpasi

Palpasi dilakukan untuk menentukan besarnya rahim dengan menentukan usia kehamilan serta menentukan letak anak dalam rahim. Pemeriksaan secara palpasi dilakukan dengan menggunakan metode Leopold.

1) Leopold I

Leopold I digunakan untuk menentukan usia kehamilan dan bagian apa yang ada dalam fundus, dengan cara pemeriksa berdiri sebelah kanan dan menghadap ke muka ibu, kemudian kaki ibu di bengkokkan pada lutut dan lipatan paha, lengkungan jari-jari kedua tangan untuk mengelilingi bagian atas fundus, lalu tentukan apa yang ada dalam fun- dus. Bila kepala sifatnya keras, bundar dan melenting. Sedangkan bokong akan lunak dan kurang bundar dan kurang melenting. Apabila ingin menentukan usia kehamilan rumusnya.

Menurut Mc. Donald

$$\frac{\text{Tinggi fundus Uteri}}{3{,}5\ \text{cm}} : \text{Usia Kehamilan}$$

(a) Cara Leopold I,

(b) Tinggi Fundus Uteri berdasarkan palpasi Leopold

2) Leopold II

Leopold II digunakan untuk menentukan letak punggung anak dan letak bagian kecil pada anak. Caranya letakkan kedua tangan pada sisi uterus, dan trntukan dimanakah bagian terkecil bayi.

3) Leopold III

Leopold III digunakan untuk menentukan bagian apa yang terdapat dibagian bawah dan apakah bagian bawah anak sudah masuk atau belum kepintu atas panggul. Caranya tekan dengan menggunakan ibu jari dan jari tengah pada salah satu tangan secara lembut dan masuk kedalam abdomen pasien diatas sympisis pubis dan peganglah bagian presentasi bayi, lalu bagian apakah yang menjadi presentasi tersebut.

4) Leopold IV

Leopold IV digunakan untuk menentukan apa yang menjadi bagian bawah dan seberapa masuknya bagian bawah ter- sebut kedalam rongga panggul. Caranya letakkan kedua tangan disisi bawah uterus,

lalu tekan kedalam dan gerakkan jari-jari kearah rongga panggul, dimanakah tonjolan sefalik dan apakah bagian presentasi telah masuk kedalam rongga panggul. Pada pemeriksaan ini tidak m dilakukan bila kepala dan pemeriksaan Leopold lengkap dapat dilakukan bila janin cukup besar kira-kira umur kehamilan 24 minggu keatas.

c. Perkusi biasanya dilakukan untuk mengetahui fungsi refleks patella pada ibu hamil dengan menggunakan alat hammer.
d. Auskultasi dilakukan umumnya dengan stetoskop monoaural untuk mendengarkan bunyi jantung janin, bising tali pusat, gerakan anak, bising rahim, bunyi aorta serta bising usus. Bunyi jantung janin dapat didengar jelas pada akhir bulan ke 5, walaupun dengan ultrasonografi dapat diketahui pada akhir bulan ketiga. Bunyi jantung janin dapat terdengar dikiri dan kanan dibawah pusat bila presentasi kepala bila terdengar setinggi pusat maka presentasi didaerah bokong.

   Dalam keadaan sehat denyut jantung janin antara 120-140 kali/ menit. Cara menghitung bunyi jantung janin dengan mendengarkan satu menit penuh. Bila kurang dari 120kali/ menit atau lebih dari 160 kali/menit dikhawatirkan janin dalam keadaan hipoksia.

D. PRINSIP KEBUTUHAN HYGINE PADA IBU DAN BAYI

Konsep personal higiene atau perawatan diri

1. Pengertian Perawatan diri atau personal higiene adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna memepertahankan kehidupannya, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya, klien dinyatakan terganggu keperawatan dirinya jika tidak dapat melakukan perawatan diri (Depkes2000).
2. Tujuan dari personal hygiene

   Tujuan dari personal hygiene adalah:

   a. Menghilangkan minyak yang menumpuk, keringat , sel-sel kulit yang mati dan bakteri
   b. Menghilangkan bau badan yang berlebihan
   c. Memelihara integritas permukaan kulit
   d. Menstimulasi sirkulasi / peredaran darah
   e. Meningkatkan perasaan nayman bagi klien
   f. Memberikan kesempatan untuk mengkaji kondisi kulit klien.

g. Meningkatkan percaya diri seseorang
h. Menciptakan keindahan
i. Memelihara kebesrsihan diri
j. Meningkatkan derajat kesehatan seseorang

3. Dampak yang Timbul pada Masalah Personal Hygiene Dampak yang sering timbul pada masalah personal hygiene (Tarwoto & Wartonah, 2004) meliputi:
   a. Fisik
      Gangguan kesehatan fisik yang diderita seseorang karena tidak terpelihara kebersihan perorangan adalah gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga, dan gangguan fisik pada kuku.
   b. Psikososiol
      Masalah psikososial yang berhubungan dengan personal hygiene adalah dengan gangguan pemenuhan kebutuhan personal higiene, maka yang berkaitan dengan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri, dan interaksi sosial juga terjadi gangguan semisal ada gangguan pada kulit, maka akan menimbulkan individu merasa kurang nyaman, kurang percaya diri dalam hal menyintai dan dicintai, interaksi sosial maupun aktulisasi.

Tipe personal hygiene

1. Kesehatan Gigi dan Mulut
   Mulut beserta lidah dan gigi merupakan sebagian dari alat pencerna makanan. Makanan sebelum masuk ke dalam perut, perlu dihaluskan, maka makanan tersebut dihaluskan oleh gigi dalam rongga mulut. Lidah berperan sebagai pencampur makanan, penempatan makanan agar dapat dikunyah dengan baik dan berperan sebagai indera perasa dan pengecap. Seperti halnya dengan bagian tubuh yang lain, maka mulut dan gigi juga perlu perawatan yang teratur dan seyogyanya sudah dilakukan sejak kecil. Gosok gigi merupakan upaya atau cara yang terbaikuntuk perawatan gigi dan dilakukan paling sedikit dua kali dalamsehari yaitu pagi dan pada waktu akan tidur. Gigi yang sehat adalah gigi yang rapi, bersih, bercahaya, gigi tidak berlubang dan didukung oleh gusi yang

kencang dan berwarna merah muda. Pada kondisi normal, dari gigi dan mulut mengeluarkan bau yang tidak mengganggu interaksi sosial.

2. Kesehatan Rambut dan Kulit Rambut

   Rambut berbentuk bulat panjang, makin ke ujung makin kecil dan ujungnya makin kecil. Pada bagian dalam berlubang dan berisi zat warna. Warna rambut setiap orang tidak sama tergantung zat warna yang ada didalamnya. Rambut dapat tumbuh dari pembuluh darah yang ada disekitar rambut. Rambut merupakan pelindung bagi kulit kepala dari sengatan matahari dan hawa dingin. Dalam kehidupan sehari-hari sering nampak pemakaian alat perlindungan lain seperti topi, kain kerudung dan masih banyak lagi yang lain. Penampilan akan lebih rapi dan menarik apabila rambut dalam keadaan bersih dan sehat. Sebaliknya rambut yang dalam keadaan kotor, kusam dan tidak terawat akan terkesan jorok dan penampilan tidak menarik. Rambut adalah bagian tubuh yang paling banyak mengandung minyak. Karena itu kotoran, debu, asap mudah melekat ,maka perawatan rambut dapat dilakukan dengan berbagai cara seperti menyisir dan mencuci rambut. Rambut yang sehat yaitu tidak mudah rontok dan patah, tidak terlalu berminyak dan terlalu kering serta tidak berketombe maupun berkutu.

3. Kesehatan Kulit

   Kulit terletak diseluruh permukaan luar tubuh. Secara garis besar kulit dibedakan menjadi 2 bagian yaitu bagian luar yang disebut kulit ari dan bagian dalam yang disebut kulit jangat. Kulit ari berlapis-lapis dan secara garis besar dapat dikelompokkan menjadi 2 kelompok, yaitu lapisan luar yangdisebut lapisan tanduk dan lapisan dalam yang disebut lapisan malpighi. Kulit jangat terletak disebelah bawah atau sebelah dalam dari kulit ari. Kulit merupakan pelindung bagi tubuh dan jaringan dibawahnya. Perlindungan kulit terhadap segala rangsangan dar iluar, dan perlindungan tubuh dari bahaya kuman penyakit. Sebagai pelindung kulitpun sebagai pelindung cairan-cairan tubuh sehingga tubuh tidak kekeringan dari cairan. Melalui kulitlah rasa panas, dingin dan nyeri dapat dirasakan. Guna kulit yang lain sebagai alat pengeluaran sisa metabolisme berupa zat yang tidak terpakai melalui keringat yang keluar lewat pori-pori. Pada masa yang modern sekarang ini tersedia berbagai cara modern berbagai perawatan kulit. Namun cara paling utama dan

efisien adalah pembersihan badan dengan cara mandi. Perawatan kulit dilakukan dengan cara mandi 2 kali sehari yaitu pagi dan sore, dengan air yang bersih. Kulit yang sehat yaitu kulit yang selalu bersih, halus, tidak ada bercak-bercak merah, tidak kaku tetapi lentur (fleksibel).

4. Kesehatan Telinga Telinga dapat dibagi dalam tiga bagian yaitu bagian paling luar, bagian tengah, dan daun telinga. Telinga merupakan alat pendengaran, sehingga berbagai macam bunyi- bunyi suara dapat didengar. Disamping sebagai alat pendengaran telinga juga dapat berguna sebagai alat keseimbangan tubuh. Menjaga kesehatan telinga dapat dilakukan dengan pembersihan yang berguna untuk mencegah kerusakan dan infeksi telinga. Telinga yang sehat yaitu lubang telinga dan telinga bagian luar selalu bersih serta dapat mendengar dengan jelas.
5. Kesehatan Mata

   Pembersihan mata biasanya dilakukan selama mandi untuk membersih kantus mata untuk mencegah sekresi dari pengeluaran ke dalam kantong lakrimal, guna mencegah penyebaran infeksi. Jika Tekanan langsung jangan digunakan diatas bola mata karena dapat meyebabkan cedera serius. Klien yang tidak sadar memerlukan perawatan mata yang lebih sering. Sekresi bisa berkumpul sepanjang margin kelopak mata dan kantus sebelah dalam bila refleks berkedip tidak ada atau ketika mata tidak dapat menutup total. Maka perlu diberi tetes mata untuk mencegah cedera kornea.
6. Kesehatan Hidung Klien biasanya mengangkat sekresi hidung secara lembut dengan membersihkan ke dalam dengan tisu lembut. Hal ini menjadi hygiene harian yang diperlukan. jangan mengeluarkan kotoran dengan kasar karena mengakibatkan tekanan yang dapat mencenderai gendang telinga, mukosa hidung, dan bahkan struktur mata yang sensitif. Perdarahan hidung adalah tanda kunci dari pengeluaran yang kasar, iritasi mukosa, atau kekeringan.
7. Kesehatan Kuku

   Kuku terdapat di ujung jari bagian yang melekat pada kulit yang terdiri dari sel-sel yang masih hidup. Bentuk kuku bermacam-macam tergantung dari kegunaannya ada yang pipih, bulat panjang, tebal dan tumpul Guna kuku adalah sebagai pelindung jari, alatkecantikan, senjata, pengais dan pemegang. Bila untuk keindahan bagi wanita karena kuku

harus relatif panjang, maka harus dirawat terutama dalam hal kebersihannya. Kuku jari tangan maupun kuku jari kaki harus selalu terjaga kebersihannya karena kuku yang kotor dapat menjadi sarang kuman penyakit dan menunjukkan kebersihan individu. yang selanjutnya akan ditularkan kebagian tubuh yang lain.

Praktik Personal Hygine dalam Kebidanan

a. Memandikan Ibu

Tindakan memandikan ibu dilakukan pada pasien dengan kondisi tidak dapat mandi sendiri, pada ibu post-SC yang belum bisa mobilisasi sendiri. Persiapan alat dan bahan

1) Basakom mandi 2 buah berisi air hangat dan air dingin
2) Pakaian pengganti
3) Kain penutup
4) Handuk
5) Waslap
6) Tempat untuk pakaian kotor
7) Sampiran
8) Sabun

Prosedur pelaksanaan

1) Menjelaskan kepada pasien mengenai tindakan yang akan dilakukan
2) Cuci tangan dengan sabun dan mengalir
3) Atur posisi
4) Lakukan tidakan diawali dengan membentangkan handuk dibawah kepala. Kemudian bersihkan muka, telinga, dan leher dengan waslap. Keringkan dengan handuk.
5) Kain penutup diturunkan, kedua tanganpasien dinaikkan ke atas, handuk diats dada apasien dipindahkan dan dibentangkan. Kemudian kembalikan kedua tangan ke posisi awal di atas handuk, lalu basahi kedua tangan air bersih. Keringkan dengan handuk.
6) Kedua tangan dinaikkan ke atas, handuk dipindahkan di sisi pasien lalu bersihkan daerah dada perut. Keringkan dengan handuk.
7) Miringkan pasien ke kiri, handuk dibentangkan di bawah punggung sampai glutea dan basahi punggung hingga glutea, lalu dikeringkan

dengan handuk. Selanjutnya miringkan pasien ke posisi telentang dan pasangkan pakaian dengan rapi

8) Letakan handuk di bawah lutut, lalu bersihkan kaki. Kaki yang paling jauh didahulukan dan dikeringkan dengan handuk.
9) Ambil handuk dan letakkan di bawah glutea. Pakaian bawah perut dibuka, lalu bersihkan daerah lipatan paha dan genitalia. Setelah selesai, pasang kembali pakaian dengan rapi.
10) Cuci tangan

b. Memandikan bayi

Pada saat memandikan jangan sampai air masuk kemulut bayi, perhatikan adanya kelainan kulit dan jangan terjadi hipotermia. Persiapan alat dan bahan :

1) Bak mandi
2) Perlengkapan bayi
3) Air hangat
4) Handuk
5) Sabun bayi
6) Sampo
7) Kapas DTT
8) Waslap

Prosedur pelaksanaan

1) Memberikan kepada keluarga prosedur yang akan dilakukan
2) Mencuci tangan dengan sabun, dan air mengalir
3) Memasatikan ruangan dalam keadaan hangat dan bersih
4) Menyiapkan air hangat di bak mandi dan cek kehangatan dengan menggunkan punggung tangan atau siku
5) Melepaskan pakaian bayi
6) Bersihkan yinja didaerah pantan sebelu memandikan dengan kapas DTT
7) Meletakan bayi di handuk
8) Sanggah bayi sambil mengusap air ke muka, tali pusat dan tubuh bayi
9) Sabuni seluruh badan bayi dan tali pusat kecuali muka, usap muka dengan waslap yang sudah dibasahi air DTT sampai bersih.

10) Jika bayi laki laki tarik kulup (prepusium) kebelakang dan cuci
11) Celupkan bayi dalam bak mandi disanggah
12) Bilas sabun dengan cepat, sambil menyangga kepala dan terutama punggung bayi.
13) Dengan handuk kering dan bersih.
14) Tempatkan bayi pada alas dan popok yang hangat dan kering
15) Kenakan popok dengan pas, tidak terlalu ketat
16) Yakinkan bahwa ujung atas popok berada di bawah sisa tali pusat
17) Jika tali pusat terkena kotoran atau tinja segera cuci.
18) Kenakan pakaian yang berish dan kering
19) Memberikan bayi ke ibu untuk di susui
20) Membersihkan alat
21) Cuci tanga.

Vulva hygine

Merupakan kegiatan yang rutin bidan lakukan pada ibu post partum atau ibu dalam keadaan lainnya. Vulva hygine merupakan suatu tindakan memelihara kebersihan dan kesehatan oragn eksternal genetalia perempuan. Tindakan vulva hygine merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan dalam prosedur asuhaan kebidanan

DAFTAR PUSTAKA

Dartiwen, Intan Anggita, Purwandyarti.2020. Buku Ajar Keterampilan Dasar Praktik Kebidanan. CV Budi Utama. Yogyakarta.

Hidayat A, Aziz Alimul. 2008. Keterampilan Dasar Praktik Klinik. Salemba Medika.

Musrifatul Uliyah, A.Aziz A.H, et al. Buku ajar, Keterampilan Dasar Kebidanan 1 Pendekatan Kurikulum Berbasis Kompetensi. Surabaya, Health Books Publishing, 2012.

Nurul Eko W, Ardiani S. 2010. Keterampilan Dasar Praktik Klinik. Pustaka Rihama. Yogyakarta.

Varney, H., Kriebs, J.M., & Gegor, C.L. (2007). Buku Ajar Asuhan Kebidanan, Volume 1, Edisi 4. Jakarta: EGC.

PROFIL PENULIS

Nurliyani, S.S.T., M.Kes, merupakan dosen pengajar di Program Studi Kebidanan Universitas Malahayati Penulis lahir di Metro, 3 Agustus 1992, Riwayat pendidikan dimulai dari Diploma III Kebidananyang ditempuh selama 3 tahun (2010-2013) di Akademi Wira Buana, pada tahun 2015 penulis melanjutkan pendidikan di Diploma IV Bidan Pendidik Universitas Malahayati Bandar Lampung, dan lulus tahun 2016, selanjutnya penulis melanjutkan pendidikan Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Malahayati Bandar Lampung dan selesai tahun 2019. Selain sebagai pengajar, penulis juga aktif melakukan kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat serta menulis beberapa buku ajar maupun buku referensi.

BAB 4
DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN

Mareza Yolanda Umar, SST, M. Kes
Universitas Aisyah Pringsewu

Apakah Anda pernah memiliki pertanyaan tentang mengapa bidan seharusnya melakukan pendokumentasian? Bagaimana jika seorang bidan tidak pernah mencatat dan melaporkan kondisi kliennya? **Apakah yang akan terjadi? Nah...pertanyaan tersebut akan bisa Anda temukan jawabanya di dalam Bab ini.**

Apa Itu Dokumentasi?

Dokumentasi merupakan tulisan dan cacatan yang mempunyai nilai hukum dari tindakan dan langkah-langkah intervensi yang dilakukan pada klien. Dokumentasi kebidanan adalah bagian dari kegiatan yang harus dikerjakan oleh bidan setelah memberikan asuhan pada klien. Dokumentasi kebidanan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan berdasarkan komunikasi tertulis yang akurat dan lengkap. Dokumentasi ini dimiliki bidan dalam melakukan asuhan kebidanan dan berguna untuk kepentingan Klien, Tim Kesehatan dan kalangan bidan sendiri Pendokumentasian dicatat ke dalam formulir/lembar rekam medis/KMS/status klien/Buku KIA/KOHORT.

Dokumentasi kebidanan sangat penting bagi bidan dalam memberikan asuhan kebidanan. Hal ini karena asuhan kebidanan yang diberikan kepada klien membutuhkan pencatatan dan pelaporan yang dapat digunakan sebagai acuan untuk menuntut tanggung jawab dan tanggung gugat dari berbagai permasalahan yangmungkin dialami oleh klien berkaitan dengan pelayanan yang diberikan. Selain sebagai sistem pencatatan dan pelaporan, dokumentasi kebidanan juga dipakai sebagai informasi tentang status kesehatan pasien pada semua kegiatan asuhan kebidanan yang dilakukan oleh bidan. Disamping itu, dokumentasi berperan sebagai pengumpul, penyimpan, dan penyebarluasan informasi guna mempertahankan sejumlah fakta yang penting secara terus menerus pada suatu waktu terhadap sejumlah kejadian

Dengan kata lain, dokumentasi digunakan sebagai suatu keterangan, baik tertulis maupun terekam, mengenai data subyektif yang diambil dengan anamnesa (wawancara), hasil pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang (laborat, USG dsb), analisa (diagnosa), perencanaan dan pelaksanaan serta evaluasi, tindakan medis,pengobatan yang diberikan kepada klien baik rawat jalan maupun rawat inap, serta pelayanan gawat darurat.

Asuhan kebidanan diartikan sebagai asuhan kebidanan yang diberikan kepada individu/satu klien. Contohnya yaitu asuhan kebidanan pada ibu hamil. Dalam hal ini bidan melakukan asuhan kebidanan pada satu ibu hamil. Sedangkan yang dimaksud dengan pelayanan kebidanan adalah asuhan kebidanan yang dilakukan oleh bidan kepada sekelompok invidividu atau kepada masyarakat. Contohnya yaitu asuhan kebidanan yang diberikan kepada sekelompok ibu ibu hamil seperti penyuluhan kepada sekelompok ibu PKK.

Isi dan kegiatan dokumentasi apabila diterapkan dalam asuhan kebidanan meliputi beberapa hal sebagai berikut.

1. Tulisan yang berisi komunikasi tentang kenyataan yang essensial untuk menjaga kemungkinan-kemungkinan yang bisa terjadi untuk suatu periode tertentu.
2. Menyiapkan dan memelihara kejadian-kejadian yang diperhitungkan melalui gambaran, catatan/dokumentasi.
3. Membuat catatan pasien yang otentik tentang kebutuhan asuhan kebidanan.
4. Memonitor catatan profesional dan data dari pasien, kegiatan perawatan, perkembangan pasien menjadi sehat atau sakit dan hasil asuhan kebidanan.
5. Melaksanakan kegiatan perawatan, mengurangi penderitaan dan perawatan pada pasien yang hampir meninggal dunia.

Dokumentasi mempunyai 2 sifat yaitu tertutup dan terbuka. Tertutup apabila di dalam berisi rahasia yang tidak pantas diperlihatkan, diungkapakan, dan disebarluaskan kepada masyarakat. Terbuka apabila dokumen tersebut selalu berinteraksi dengan lingkungannya yang menerima dan menghimpun informasi. Pendokumentasian dari asuhan kebidanan di rumah sakit dikenal dengan istilah rekam medik. Dokumentasi berisi dokumen/pencatatan yang memberi bukti dan kesaksian tentang sesuatu atau suatu pencatatan tentang sesuatu.

A. SISTEM PENDOKUMENTASIAN DI INDONESIA

1. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan
2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang standar profesi bidan

B. KONSEP DASAR KOMUNIKASI

1. Tujuan dan fungsi dokumentasi

   Fungsi pentingnya melakukan dokumentasi kebidanan meliputi dua hal berikut ini:

   a. Untuk mempertanggungjawabkan tindakan yang telah dilakukan bidan.
   b. Sebagai bukti dari setiap tindakan bidan bila terjadi gugatan terhadapanya.

   Dokumentasi yang dikomunikasikan secara akurat dan lengkap dapat berguna untuk beberapa hal berikut ini:

   a. Membantu koordinasi asuhan kebidanan yang diberikan oleh tim kesehatan
   b. Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat.
   c. Sebagai informasi statistik
   d. Sebagai sarana pendidikan
   e. Sebagai sumber data penelitian
   f. Sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan
   g. Sebagai sumber data asuhan kebidanan berkelanjutan
   h. Untuk menetapkan prosedur dan standar.
   i. Untuk mencatat.
   j. Untuk memberi instruksi.

   Selanjutnya, tujuan dari dilakukannya dokumentasi kebidanan meliputi dua hal berikut ini.

   a. Mengidentifikasi status kesehatan klien dalam rangka mencatat kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan tindakan, mengevaluasi tindakan.
   b. Dokumentasi untuk penelitian, keuangan, hukum, dan etika.

2. Prinsip-prinsip dokumentasi

   Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Wildan dan Hidayat (2009), prinsip-prinsip pendokumentasian harus memenuhi:

   a. prinsip lengkap,
   b. teliti,
   c. berdasarkan fakta,
   d. logis
   e. dapat dibaca.

   Selain prinsip tersebut diatas ketika melakukan pendokumentasian, ada persyaratan dokumentasi kebidanan yang perlu diketahui, diantaranya sebagai berikut:

   a. Kesederhanaan
   b. Keakuratan
   c. Kesabaran
   d. Ketepatan
   e. Kelengkapan
   f. Kejelasan dan keobjektifan

3. Aspek legal dalam dokumentasi

   Aspek legal secara sederhana diartikan bahwa catatan dan penyimpanan data yang bermakna/penting,yang biasa disebut dokumentasi, dan akan memiliki nilai hukum. aspek legal dalam dokumentasi adalah pembuatan catatan harus berdasarkan standar asuhan kebidanan yang ditetapkan oleh hukum sebagai bentuk perlindungan diri yang sah dari gugatan hukum.

   Aspek legal dalam pendokumentasian kebidanan terdiri dari dua tipe tindakan legal sebagai berikut:

   a. Tindakan sipil atau pribadi
      berkaitan dengan isu antar individu
   b. Tindakan kriminal
      berkaitan dengan perselisihan antara individu dan masyarakat secara keseluruhan.

   beberapa hal yang harus diperhatikan agar dokumentasi dapat diterapkan sebagai aspek legal secara hukum adalah sebagai berikut.

   a. Dokumentasi informasi yang berkaitan dengan aspek legal.
   b. Petunjuk untuk mencatat data yang relevan secara legal.
   c. Panduan legal dalam mendokumentasikan asuhan kebidanan

Pada saat memberikanlayanan, sanksi diberikan apabila seorang bidan terbukti lalai atau melakukan kecerobohan dalam tindakannya. Terkait hal itu, terdapat empat elemen kecerobohan yang harus dibuktikan penuntut sebelum tindakan bidan dapat dikenakan sanksi yaitu bidan Melalaikan tugas bidan, Adanya hubungan sebab akibat terjadinya cedera, Tidak memenuhi standar praktik kebidanan. Kerugian yang aktual (hasil lalai)

4. Manfaat dokumentasi

   Manfaat dokumentasi adalah hal-hal yang dapat diperoleh pada dokumentasi yang kita lakukan. Secara lebih detail, manfaat dokumentasi meliputi delapan aspek sebagai berikut.

   a. Aspek Hukum

      Manfaat dokumentasi berdasarkan aspek hukum yaitu: Semua catatan info tentang klien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum (sebagai dokumentasi legal), Dapat digunakan sebagai barang bukti pengadilan, Pada kasus tertentu, pasien boleh mengajukan keberatannya untuk menggunakan catatan tersebut dalam pengadilan sehubungan dengan haknya akan jaminan kerahasiaan data, jaminan kepastian hukum dan penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan,

   b. Aspek Komunikasi

      komunikasi dipakai sebagai koordinasi asuhan kebidanan yang diberikan oleh beberapa orang untuk mencegah pemberian informasi yang berulang ulang kepada pasien oleh anggota tim kesehatan, mengurangi kesalahan dan meningkatkan ketelitian dalam asuhan kebidanan, membantu tenaga bidan untuk menggunakan waktu dengan sebaik baiknya, serta mencegah kegiatan yang tumpang tindih. Sebagai alat komunikasi, dokumentasi dapat mewujudkan pemberian asuhan kebidanan yang terkoordinasi dengan baik.

   c. Aspek Penelitian

      Sebagai sumber informasi yang berharga untuk penelitian. dokumentasi kebidanan berisi data atau informasi pasien. Hal ini dapat dipergunakan sebagai data dalam penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan melalui studi dokumentasi

d. Aspek Ekonomi/Keuangan

Punya nilai keuangan. Contohnya: Pasien akan membayar administrasi perawatan dikasir sesuai dengan pendokumentasian yang ditulis oleh tenaga kesehatan, Dapat digunakan sebagaiacuan/ pertimbangan dalam biaya perawatan bagi klien.

e. Aspek Pendidikan

Dokumentasi kebidanan berisi data informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medik yang diberikan kepada pasien. Dapat digunakan sebagai bahan/referensi pembelajaran bagi siswa/profesikebidanan

f. Aspek Statistik

Berdasarkan aspek statistik, dokumentasi dapat membantu suatu institusi untuk mengantisipasi kebutuhan ketenagaan dan menyusun rencana sesuai dengan kebutuhan tersebut.

g. Aspek Jaminan Mutu

pencatatan data klien yang lengkap dan akurat akan memberi kemudahan bagi bidan dalam membantu menyelesaikan masalah klien (membantu meningkatkan mutu pelayanan kebidanan). pengorganisasian data pasien yang lengkap dan akurat melalui dokumentasi kebidanan akan memberikan kemudahan bagi bidan dalam membantu menyelesaikan masalah pasien. Pencatatan data pasien yang lengkap dan akurat akan memberi kemudahan bagi bidan dalam membantu penyelesaikan masalah pasien. Selain itu, juga untuk mengetahui sejauh mana masalah pasien dapat teratasi dan seberapa jauh masalah baru dapat di identifikasi dan dimonitor melaui catatan yang kaurat.

h. Aspek Manajemen

Melalui dokumentasi dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi bidan dalam memberikan asuhan kepada klien. Dengan demikian akan dapat diambil kesimpulan tingkat keberhasilan pemberian asuhan guna pembinaan dan pengembangan lebih lanjut.

i. Aspek Administrasi

terdapatnya dokumentasi kebidanan yang berisi tentang tindakan bidan, berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga media dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan

j. Aspek Medis
dokumentasi yang berisi catatan yang dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada pasien.

k. Aspek Dokumentasi
Berisi sumber informasi yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dalam proses dan laporan pelayanan kesehatan.

l. Aspek Akreditasi
melalui dokumentasi akan tercermin banyaknya permasalahan pasien yang berhasil diatasi atau tidak. Dengan demikian dapat diambil kesimpulan tentang tingkat keberhasilan pemberian asuhan kebidanan yang diberikan guna pembinaan lebih lanjut. Selain itu dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi bidan dalam memberikan asuhan kebidanan pada pasien. Melalui akreditasi pula kita kita dapat memantau kualitas layanan kebidanan yang telah diberikan sehubungan dengan kompetensi dalam melaksanakan asuhan kebidanan.

C. TEKHNIK PENDOKUMENTASIAN

Teknik dokumentasi yang terdiri dari dua topik, yaitu tentang: teknik pendokuentasian naratif dan teknik pendokumentasian flowsheet

1. Tekhnik Pendokumentasian Narative

Teknik naratif merupakan teknik yang dipakai untuk mencatat perkembangan pasien. Berhubung sifatnya terbuka, catatan naratif (orientasi pada sumber data) dapat digunakan pada setiap kondisi klinis. Tidak adanya struktur yang harus diikuti memungkinkan bidan mendokumentasikan hasil observasinya yang relevan dengan kejadian kronologis.

Contoh Pendokumentasian Narative:

(Tangal 12 Mei 2021, di KIA puskesmas) Ibu Diana, hamil yang kedua kalinya, yang pertama lahir di dukun, anak sekarang umur 2½ tahun, sehat. Waktu lahir ada perdarahan, tidak banyak, kata dukun itu biasa. Sejak Januari 2021 tidak menstruasi, Desember 2020 masih dapat, hanya 3 hari, biasanya 5 hari Sekarang masih mual, kadang muntah, tidak ada mules-

mules, hanya kadang-kadang rasakencang di perut bawah. Ibu tidak bekerja di luar rumah, kadang membantu ke sawah, masak, mencuci pakaian dilakukan sendiri, menyusui anak pertama sampai 2 tahun, suami tani, tamat SD, tinggal serumah dengan kedua orang mertua

2. Teknik Dokumentasi Flow Sheet/Checklist

   Teknik dokumentasi flow sheet(lembar alur) adalah bentuk catatan perkembangan aktual yang dirancang untuk memperoleh informasidari pasien secara spesifik menurut parameter yang telah ditentukan sebelumnya. Untukmengurangi beban dan banyaknya waktu yang dibutuhkan bidan dalammelakukan pencatatan secara naratif, dibuatlah teknik pencatatan lembar alur. Lembar alur atau flow sheetdan checklistini digunakan untuk mengumpulkan hasil pengkajian data dan mendokumentasikan implementasi kebidanan. Data yang bersifat rutin ini dapat didokumentasikan secara ringkas dengan menggunakan lembar alur. Beberapa contoh flow sheet antara lain sebagai berikut:

   a. Activity Daily Living (ADL),
   b. Kebutuhan terhadap bantuan bidan,
   c. Tanda-tanda vital,
   d. Keseimbangan cairan (Intake dan Output),
   e. Nutrisi,
   f. Pengkajian kulit,
   g. Review system tubuh,
   h. Hasil laboratorium (kadar gula darah dan urin).

D. MACAM-MACAM METODE PENDOKUMENTASIAN

Pendokumentasian pun memiliki metode yang berbeda beda yaitu:

1. Metode Dokumentasi Subjektif, Objektif, Assesment, Planning, Implementasi, Evaluasi, Reassessment (SOAPIER)
2. Metode Dokumentasi Subjektif, Objektif, Analysis, Planning, Implementasi, Evaluasi (SOAPIE)
3. Subjektif, Objektif, Analysis, Planning, Implementasi, Evaluasi, Dokumentasi (SOAPIED)
4. Subjektif, Objektif, Analysis, Planning (SOAP)

Adapun penjelasannya sebagai berikut:

S = Data Subjektif :

Catatan ini berhubungan dengan masalah sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnosa. Pada orang yang bisu, di bagian data di belakang "S" diberi tanda "0" atau "X" ini menandakan orang itu bisu. Data subyektif menguatkan diagnosa yang akan dibuat.

O = Data Objektif :

Data ini memberi bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan dignosa. Data fisiologis, hasil observasi yang jujur, informasi kajian teknologi (hasil laboratorium, sinar X, rekaman CTG, USG, dan lain-lain) dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam kategori ini. Apa yang dapat diobservasi oleh bidan akan menjadi komponen yang berarti dari diagnosa yang akan ditegakkan.

A = Analisa/assessment = pengkajian :

Masalah atau diagnosa yang ditegakkan berdasarkan data atau informasi subjektif maupun objektif yang dikumpulkan atau disimpulkan. Karena keadaan pasien terus berubah dan selalu ada informasi baru baik subjektif maupun objektif, dan sering diungkapkan secara terpisah-pisah, maka proses pengkajian adalah sesuatu proses yang dinamik. Sering menganalisa adalah sesuatu yang penting dalam mengikuti perkembangan pasien dan menjamin sesuatu perubahan baru cepat diketahui dan dapat diikuti sehingga dapat diambil tindakan yang tepat.

P = Plan/Planning = perencanaan :

Membuat rencana tindakan saat itu atau yang akan datang, ini untuk mengusahakan mencapai kondisi pasien sebaik mungkin atau menjaga /mempertahankan kesejahteraannya. Proses ini termasuk kriteria tujuan tertentu dari kebutuhan pasien yang harus dicapai dalam batas waktu tertentu, tindakan yang diambil harus membantu pasien mencapai kemajuan dalam kesehatan dan harus mendukung rencana dokter jika melakukan kolaborasi.

I = Intervensi/implementasi :

Pelaksanaan rencana tindakan untuk mengatasi masalah, keluhan, atau mencapai tujuan pasien (persalinan). Tindakan ini harus disetujui oleh pasien kecuali bila tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan pasien.

Oleh karena itu, pilihan pasien harus sebanyak mungkin menjadi bagian dari proses ini. Apabila kondisi pasien berubah, intervensi mungkin juga harus berubah atau disesuaikan.

E = Evaluasi :

Tafsiran dari efek tentang tindakan yang telah diambil adalah penting untuk menilai keefektifan asuhan yang diberikan. Analisa dari hasil yang dicapai menjadi fokus dari penilaian ketepatan tindakan. Kalau tujuan tidak tercapai, proses evaluasi dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga dapat mencapai tujuan.

R = Revisi :

Komponen evaluasi dapat menjadi indikasi perlunya perubahan dari intervensi dan tindakan. Dalam hal ini, revisi rencana keperawatan akan berguna. Perubahan ini meliputi revisi diagnosa dan memodifikasi tujuan yang diharapkan. Jika diperlukan, target waktu untuk mencapai tujuan harus terus direvisi ulang.

D = Documentation

Documentation/dokumentasi adalah tindakan mendokumentasikan seluruh langkah asuhan yang sudah dilakukan. Kalau Anda baca di metode dokumentasi yang lain (SOAPIER, SOAPIE dan SOAP) tindakan mendokumentasikan juga dilaksanakan. Dalam metode SOAPIED ini, langkah dokumentasi lebih dieksplisitkan (dilihatkan), agar terlihat gambaran urutan kejadian asuhan kebidanan yang telah diterima klien. Urutan kejadian sejak klien datang ke sebuah tempat layananan kesehatan, sampai pulang (dalam keadaan sembuh, pulang paksa (APS) atau alasan lain) kemudian didokumentasikan secara utuh.

E. LANGKAH MANAJEMEN KEBIDANAN MENURUT VARNEY

Pentingnya pengetahuan bidan tentang unsur-unsur manajemen yaitu:

1. Penurunan AKI dan peningkatan kesh. Ibu dan anak dibutuhkan profesionalisme kebidanan sehingga merujuk pada sebuah konsep dimana bidan harus mampu membuat sebuah perencanaan, pengorganisasian dan pelaksanaan kebidanan yang berkualitas.
2. Dibutuhkan bidan yang mampu mengorganisir pelaksanaan manajemen kebidanan baik secara individu maupun kelompok.

3. Dengan penerapan manajemen yang baik, diharapkan tercapainya tujuan dari penyelenggaraan kesehatan.

Manajemen kebidanan adalah sebuah metode dengan pengorganisasian, pemikiran dan tindakan-tindakan denga urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan. Proses manajemen ini bukan hanya terdiri dari pemikiran dan tindakan saja, melainkan juga perilaku pada setiap langkah agar pelayanan yang komprehensif dan aman dapat tercapai. Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, ketrampilan dalam rangkaian tahapan logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien.

Manajemen kebidanan merupakan penerapan dari unsur, system dan fungsi manajemen secara umum. Manajemen kebidanan menyangkut pemberian pelayanan yang utuh dan meyeluruh dari bidan kepada kliennya, untuk memberikan pelayanan yang berkualitas melalui tahapan dan langkah-langkah yang disusun secara sistematis untuk mendapatkan data, memberikan pelayanan yang benar sesuai keputusan klinik yang dilakukan dengan tepat.

Proses manajemen harus mengikuti urutan yang logis dan memberikan pengertian yang menyatukan pengetahuan, hasil temuan dan penilaian yang terpisah pisah menjadi satu kesatuan yang berfokus pada manajemen klien.

Tujuh Langkah Manajemen Kebidanan Menurut Varney

Terdapat 7 langkah manajemen kebidanna menurut Varney yang meliputi langkah I pengumpuan data dasar, langkah II interpretasi data dasar, langkah III mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial, langkah IV identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera, langkah V merencanakan asuhan yang menyeluruh, langkah VI melaksanakan perencanaan, dan langkah VII evaluasi.

a. Langkah I : Pengumpulan data dasar

Dilakukan pengkajian dengan pengumpulan semua data yang diperlukan untuk megevaluasi keadaan klien secara lengkap.

Mengumpulkan semua informasi yang akurat dari sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

b. Langkah II: Interpretasi data dasar

Dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah klien atau kebutuhan berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Kata "masalah dan diagnose" keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan dalam rencana asuhan kebidanan terhadap klien. Masalah bisa menyertai diagnose. Kebutuhan adalah suatu bentuk asuhan yang harus diberikan kepada klien, baik klien tahu ataupun tidak tahu.

c. Langkah III: mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Membutuhkan antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan. Penting untuk melakukan asuhan yang aman.

d. Langkah IV: Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultaikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

e. Langkah V: Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Merencanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yg menyeluruh meliputi apa yang sudah diidentifikasi dari klien dan dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya.

f. Langkah VI: Melaksanakan perencanaan

Melaksanakan rencana asuhan pada langkah ke lima secara efisien dan aman. Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaanya.

g. Langkah VII: Evaluasi

Dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasikan didalam masalah dan diagnosa.

F. STANDAR ASUHAN KEBIDANAN

Standar Asuhan Kebidanan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan. Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktik berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan.

STANDAR I: Pengkajian.

1. Pernyataan Standar.

   Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan, dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.
2. Kriteria Pengkajian.
   a. Data tepat, akurat dan lengkap.
   b. Terdiri dari data subyektif (hasil anamnesa: biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan, dan latar belakang sosial budaya).
   c. Data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis, dan pemeriksaan penunjang).

STANDAR II: Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan.

1. Pernyataan Standar.

   Bidan menganalisis data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.
2. Kriteria Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan.
   a. Diagnoa sesuai dengan nomenklatur kebidanan.
   b. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.
   c. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

STANDAR III: Perencanaan.

1. Pernyataan Standar.

   Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

2. Kriteria Perencanaan.
   a. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif.
   b. Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga.
   c. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga.
   d. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
   e. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

STANDAR IV: Implementasi.

1. Pernyataan Standar.

   Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.
2. Kriteria Implementasi.
   a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
   b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (inform consent).
   c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based.
   d. Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan.
   e. Menjaga privacy klien/pasien.
   f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
   g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
   h. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
   i. Melakukan tindakan sesuai standar.
   j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

STANDAR V: Evaluasi.

1. Pernyataan Standar.

   Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

2. Kriteria Evaluasi.
   a. Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
   b. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan atau keluarga.
   c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
   d. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

STANDAR VI: Pencatatan Asuhan Kebidanan.

1. Pernyataan Standar.

   Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.
2. Kriteria Pencatatan Asuhan Kebidanan.
   a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam Medis/KMS/Status Pasien/Buku KIA).
   b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
   c. S adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa.
   d. O adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.
   e. A adalah hasil analisis, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
   f. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

DAFTAR PUSTAKA

Fauziah, Afroh, danSudarti (2010). Buku ajar dokumentasi kebidanan. Yogyakarta: Nuha Medika.

Handayani, Sih Rini. Mulyati, Triwik, Sri (2017). Dokumentasi Kebidanan. Jakarta : Kementrian Kesehatan Republik Indonesia

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang standar profesi bidan

Muslihatun, Mudlilah, dan Setiyawati (2009). Dokumentasi kebidanan. Yogyakarta: Fitramaya.

Varney (1997). Varney's midwifery, 3rd Edition. Sudbury, England: Jones and Barlet Publishers.

Widan dan Hidayat (2011). Dokumentasi kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.

PROFIL PENULIS

Nama : **Mareza Yolanda Umar, SST, M. Kes**
TTL : Kotabumi, 28 Mei 1991
Bangsa : Indonesia
Agama : Islam
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Perumahan Nuwou Sriwijaya Permai Blok E1 no 2 Hajimena, Natar, Lampung Selatan
E-mail : Marezaumar@gmail.com
Telp : 082281929068

PENDIDIKAN FORMAL :

1. 1996 – 2002 : SD NEGERI 01 OGAN LIMA, Lulus Tahun 2002
2. 2002 – 2005 : SMP NEGERI 01 ABUNG BARAT, Lulus Tahun 2005
3. 2005 – 2008 : SMANEGERI 03 KOTABUMI, Lulus Tahun 2008
4. 2008 – 2011 : DIPLOMA III KEBIDANAN Universitas Kader Bangsa Palembang, Lulus Tahun 2011
5. 2011 – 2012 : DIPLOMA IV KEBIDANAN Universitas Kader Bangsa Palembang, Lulus Tahun 2012
6. 2014 –2016 : Magister Kesehatan Masyarakat STIKES MITRA Lampung, Lulus Tahun 2016

PENGALAMAN KERJA :

1. November 2012 – 8 Juni 2013 : Staff dan Dosen Akademi Kebidanan Nusantara Indonesia Lubuk Linggau
2. Januari 2014 – 2016: Staff Pengajar LP2K Medika Wiyata, Bandar Lampung
3. 2016 – 2019 : Dosen AKBID Medica Bakti Nusantara Pringsewu
4. 2019 – sekarang : Dosen Prodi DIII Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Aisyah Pringsewu

BAB 5
GIZI

Astriana, S.ST.M.Kes
Universitas Malahayati

A. PENGERTIAN ZAT GIZI

Istilah gizi berasal dari bahasa Arab giza yang berarti zat makanan, dalam bahasa Inggris dikenal dengan istilah *nutrition* yang berarti bahan makanan atau zat gizi atau sering diartikan sebagai ilmu gizi. Pengertian lebih luas bahwa gizi diartikan sebagai proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses pencernaan, penyerapan, transportasi, penyimpanan, metabolisme, dan pengeluaran zat gizi untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal organ tubuh serta untuk menghasilkan tenaga. (Almatsier, 2010)

Zat gizi adalah senyawa dari makanan yang digunakan tubuh untuk fungsi fisiologis normal. Definisi yang luas ini mencakup senyawa yang digunakan langsung untuk produksi energi yang membantu dalam metabolisme (koenzim), untuk membangun struktur tubuh atau untuk membantu dalam sel tertentu. Suatu zat gizi sangat penting untuk organisme dalam kelangsungan siklus hidup dan terlibat dalam fungsi organisme (Husain, Z, 2021).

Menurut, Husain, Z tahun 2021, Dalam pengelompokannya, zat gizi dibagi berdasarkan fungsi dan jumlah yang dibutuhkan. Berdasarkan fungsinya zat gizi digolongkan kedalam “Triguna Makanan” yaitu sebagai berikut:

1. Sumber zat tenaga, yaitu padi-padian dan umbi-umbian serta tepung-tepungan, seperti beras, jagung, ubi-ubian, kentang, sagu, roti, dan makanan yang mengandung sumber zat tenaga menunjang aktivitas sehari-hari.
2. Sumber zat pengatur, yaitu sayuran dan buah-buahan. Zat pengatur mengandung berbagai vitamin dan mineral yang berperan untuk melancarkan bekerjanya fungsi organ tubuh.
3. Sumber zat pembangun, yaitu kacang-kacangan, makanan hewani, dan hasil olahannya. Makanan sumber zat pembangun yang berasal dari nabati adalah kacang-kacangan, tahu dan tempe. Sedangkan makanan sumber zat pembangun yang berasal dari hewan adalah telur, ikan, ayam, daging, susu, serta hasil olahannya. Zat pembangun berperan sangat penting untuk pertumbuhan dan perkembangan kecerdasan seseorang.

Berdasarkan jumlah yang dibutuhkan oleh tubuh, zat gizi terbagi ke dalam dua golongan, yaitu sebagai berikut:

1. Zat Gizi Makro adalah makanan utama yang membina tubuh dan memberi energi. Zat gizi makro dibutuhkan dalam jumlah besar dengan satuan gram (g). Zat gizi makro terdiri atas karbohidrat, lemak, dan protein
2. Zat Gizi Mikro adalah komponen yang diperlukan agar zat gizi makro dapat berfungsi dengan baik. Zat gizi mikro dibutuhkan dalam jumlah kecil atau sedikit, tetapi ada di dalam makanan. Zat gizi mikro terdiri atas mineral dan vitamin. Zat gizi mikro menggunakan satuan miligram (mg) untuk sebagian besar mineral dan vitamin.

B. KLASIFIKASI ZAT GIZI

Dalam ilmu gizi dikenal lima macam zat gizi, yaitu karbohidrat, lemak, protein, mineral dan vitamin.

1. Karbohidrat

   Karbobidrat merupakan zat gizi makro yang meliputi gula, pati dan serat. Gula dan pati memasok energi berupa glukosa, yaitu sumber energi utama untuk sel-sel darah merah, otak, sistem saraf pusat, plasenta dan janin. Glukosa dapat pula disimpan dalam bentuk glikogen dalam hati dan otot, atau diubah menjadi lemak tubuh ketika energi dalam tubuh berlebih. Gula tergolong jenis karbohidrat yang cepat dicerna dan diserap dalam aliran darah sehingga dapat langsung digunakan tubuh sebagai energi. Pati termasuk jenis karbohidrat yang lama dicerna dan diserap darah, karena perlu dipecah dulu oleh enzim pencernaan menjadi gula, sebelum dapat digunakan tubuh sebagai energi, tetapi ada beberapa jenis pati yang tahan terhadap enzim pencernaan.

   Sementara serat adalah jenis karbobidrat yang tidak dapat dicerna, sebab tidak dapat dipecah oleh enzim pencernaan, sehingga relatif utuh ketika melewati usus besar. Serat membantu memberikan perasaan kenyang, penting untuk mendorong buang air besar yang sehat, dan menurunkan risiko penyakit jantung koroner.

   Gula dapat ditemukan secara alami pada buah, susu dan hasil olahnya, serta dapat dijumpai dalam bentuk ditambahkan pada makanan.

Pati secara alami terdapat pada beras dan hasil olahannya (bihun, tepung beras), jagung, gandum dan hasil olahannya (terigu, roti, mie), pasta, sagu, umbi-umbian (ubi, singkong, kentang), sayuran, kacang kering. Sementara serat secara alami banyak terdapat pada sereal utuh, umbi-umbian, kacang-kacangan, sayuran, buah (Yudianti,2021).

2. Protein

Protein merupakan komponen struktur utama seluruh sel tubuh dan berfungsi sebagai enzim, hormon, dan molekul-molekul penting lain. Protein dikenal sebagai zat gizi yang unik sebab menyediakan asam-asam amino esensial untuk membangun sel-sel tubuh maupun sumber energi. Karena menyediakan "bahan baku" untuk membangun tubuh, protein disebut zat pembangun. Protein terbentuk dari asam-asam amino dan bila asam- asam amino tersebut tidak berada dalam keseimbangan yang tepat, kemampuan tubuh untuk menggunakan protein akan terpengaruh. Jika asam-asam amino yang dibutuhkan untuk sintesis protein terbatas, tubuh dapat memecah protein tubuh untuk memperoleh asam-asam amino yang dibutuhkan. Kekurangan protein memengaruhi seluruh organ dan terutama selama tumbuh kembang sehingga asupan protein kualitas tinggi yang memadai untuk kesehatan.

Kualitas protein sangat bervariasi dan tergantung pada komposisi asam amino protein dan daya cerna *(digestibility)*. Protein hewani yang diperoleh dari telur, ikan, daging, daging unggas dan susu, pada umumnya adalah protein berkualitas tinggi. Adapun protein nabati yang diperoleh dari biji-bijian dan kacang-kacangan, pada umumnya merupakan protein berkualitas lebih rendah, kecuali kedelai dan hasil olahnya (tempe, tahu). Makanan yang tinggi daya cerna proteinnya (>95%) ialah telur, daging sapi (98%), susu sapi dan kedelai (95%). Narnun, bila kacang-kacangan dan padi- padian dikonsumsi secara kombinasi, protein nabati dapat membentuk protein lebih lengkap.

3. Lemak

Lemak merupakan zat gizi makro, yang mencakup asam lemak dan trigliserida. Lemak adalah zat gizi yang padat energi (9 kkal per gram) sehingga lemak penting untuk menjaga keseimbangan energi dan berat badan. Lemak menyediakan medium untuk penyerapan vitamin-vitamin larut lemak (vitamin A, D, E, K). Di dalam makanan, lemak berfungsi

sebagai pelezat makanan sehingga oran g cenderung lebih menyukai makanan berlemak. Tubuh manusia tidak dapat membuat asam lemak omega-6 dan omega-3 sehingga asam lemak ini adalah zat yang esensial.

4. Vitamin

Vitamin adalah senyawa organik yang tersusun dari karbon, hidrogen, oksigen dan terkadang nitrogen atau elemen lain yang dibutuhkan dalam jumlah kecil agar metabolisme, pertumbuhan dan perkembangan berjalan normal. Jenis nutrien ini merupakan zat-zat organik yang dalam kecil ditemukan pada berbagai m acam m ak an an . Vit ami n t id ak d ap at di gu n ak an u nt uk rnenghasilkan energi. Vitamin dapat dipilah menjadi 2 kelompok yaitu kelompok yang larut dalam lemak dan yang larut dalam air. Vitamin yang larut dalam lemak terdiri dari vitamin A, D, E dan K. Sedangkan vitamin yang larut dalam air terdiri dari vitamin B kompleks yang dibedakan menjadi 8 jenis vitamin yaitu vitamin B1 (Tiamin), vitamin B2 (Riboflavin), vitamin B3 (Niasin), vitamin B5 (Pantothenic Acid), vitamin B6 (Piridolasin), vitamin B7 (Biotin), vitamin B9 (Folat), vitamin B12 (Kobalamin) dan vitamin C.

5. Mineral

Mineral merupakan komponen anorganik yang terdapat dalam tubuh manusia. Sumber paling baik mineral adalah makanan hewani, kecuali magnesium yang lebih banyak terdapat dalam makanan nabati. Hewan memperoleh mineral dari tumbuh tumbuhan dan menumpuknya di jaringan tubuhnya. Disamping itu mineral berasal dari makanan hewani mempunyai ketersediaan biologik lebih tinggi daripada yang berasal dari makanan nabati, m ak an an m en gan du n g lebih sedikit bahan pengikat mineral daripada makanan nabati. Menurut jenisnya. mineral dibedakan menjadi 2 yaitu:

a. Mineral organik, yaitu mineral yang dibutuhkan serta berguna bagi tubuh kita, yang dapat kita peroleh melalui makanan yang kita konsumsi setiap hari seperti nasi, ayam, ikan, telur, sayur-sayuran serta buah-buahan, atau vitamin tambahan.
b. Mineral anorganik, yaitu mineral yang tidak dibutuhkan serta tidak berguna bagi tubuh kita. Contohnya: timbal hitam (Pb), iron oxide

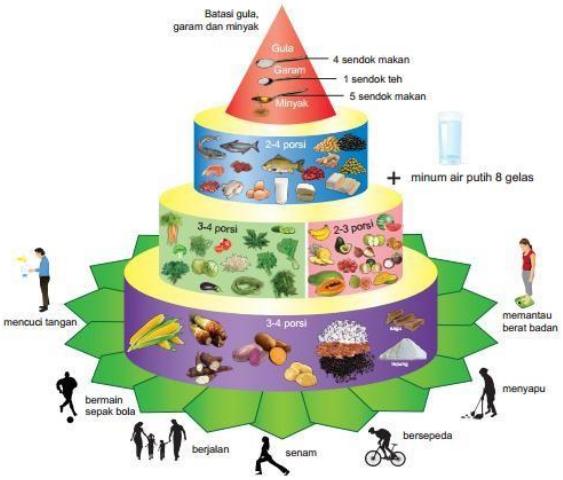
(besi teroksidasi), mercuri, arsenik, magnesium, aluminium atau bahan-bahan kimia hasil dari resapan tanah dan lain.

Berdasarkan kebutuhan tubuh mineral dibedakan menjadi 2, yaitu:

a. Mineral makro, yaitu mineral yang dibutuhkan tubuh dalam jumlah lebih dari 100 mg sehari.
b. Mineral mikro, yaitu kehutuhannya kurang dari 100 mg sehari.

C. PRINSIP GIZI SEIMBANG

Empat Pilar Gizi Seimbang Pedoman Gizi Seimbang yang telah diimplementasikan di Indonesia sejak tahun 1955 merupakan realisasi dari rekomendasi Konferensi Pangan Sedunia di Roma tahun 1992. Pedoman tersebut menggantikan slogan "4 Sehat 5 Sempurna" yang telah diperkenalkan sejak tahun 1952 namun sudah tidak sesuai lagi dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi (IPTEK) dalam bidang gizi serta masalah dan tantangan yang dihadapi. Diyakini dengan mengimplementasikan Pedoman Gizi Seimbang secara benar, semua masalah gizi dapat diatasi. Prinsip Gizi Seimbang terdiri dari 4 (empat) Pilar yang pada dasarnya merupakan rangkaian upaya untuk menyeimbangkan antara zat gizi yang keluar dan zat gizi yang masuk dengan memantau berat badan secara teratur. Visualisasi mengenai gizi seimbang dapat terlihat dari tumpeng gizi dibawah ini.



Gambar 1. Tumpeng Gizi Seimbang (Kemenkes RI, 2019)

Gizi seimbang adalah susunan pangan sehari-hari yang mengandung zat gizi dalam jenis dan jumlah yang sesuai dengan kebutuhan tubuh. Gizi Seimbang mengandung komponen-komponen yang lebih kurang sama, yaitu: cukup secara kuantitas, cukup secara kualitas, mengandung berbagai zat gizi (energi, protein, lemak, karbohidrat, vitamin dan mineral) yang diperlukan tubuh untuk tumbuh (pada anak-anak), untuk menjaga kesehatan dan untuk melakukan aktivitas dan fungsi kehidupan sehari-hari (bagi semua kelompok umur dan fisiologis), serta menyimpan zat gizi untuk mencukupi kebutuhan tubuh saat konsumsi makanan tidak mengandung zat gizi yang dibutuhkan. Prinsip gizi seimbang terdiri dari 4 (empat) pilar yang pada dasarnya merupakan rangkaian upaya untuk menyeimbangkan antara zat gizi yang keluar dan zat gizi yang masuk dengan memonitor berat badan secara teratur. Empat pilar tersebut adalah:

1. Mengonsumsi Makanan Beragam

   Beranekaragam dalam prinsip ini selain keanekaragaman jenis pangan juga termasuk proporsi makanan yang seimbang, dalam jumlah yang cukup, tidak berlebihan dan dilakukan secara teratur. Anjuran pola makan dalam beberapa dekade terakhir telah memperhitungkan proporsi setiap kelompok pangan sesuai dengan kebutuhan yang seharusnya. Contohnya, saat ini dianjurkan mengonsumsi lebih banyak sayuran dan buah-buahan dibandingkan dengan anjuran sebelumnya. Demikian pula jumlah makanan yang mengandung gula, garam dan lemak yang dapat meningkatkan resiko beberapa PTM, dianjurkan untuk dikurangi. Akhir-akhir ini minum air dalam jumlah yang cukup telah dimasukkan dalam komponen gizi seimbang oleh karena pentingnya air dalam proses metabolisme dan dalam pencegahan dehidrasi.

2. Membiasakan Perilaku Hidup Sehat

   Dengan membiasakan perilaku hidup bersih akan menghindarkan seseorang dari keterpaparan terhadap sumber infeksi. Contoh: a) selalu mencuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir sebelum makan, sebelum memberikan ASI, sebelum menyiapkan makanan dan minuman, dan setelah buang air besar dan kecil, akan menghindarkan terkontaminasinya tangan dan makanan dari kuman penyakit antara lain kuman penyakit typus dan disentri; b) menutup makanan yang disajikan akan menghindarkan makanan dihinggapi lalat dan binatang lainnya serta

debu yang membawa berbagai kuman penyakit; c) selalu menutup mulut dan hidung bila bersin, agar tidak menyebarkan kuman penyakit; dan d) selalu menggunakan alas kaki agar terhindar dari penyakit kecacingan.

3. Melakukan Aktivitas Fisik

   Aktivitas fisik yang meliputi segala macam kegiatan tubuh termasuk olahraga merupakan salah satu upaya untuk menyeimbangkan antara pengeluaran dan pemasukan zat gizi utamanya sumber energi dalam tubuh. Aktivitas fisik memerlukan energi. Selain itu, aktivitas fisik juga memperlancar sistem metabolisme di dalam tubuh termasuk metabolisme zat gizi. Oleh karenanya, aktivitas fisik berperan dalam menyeimbangkan zat gizi yang keluar dan yang masuk ke dalam tubuh.

4. Mempertahankan dan Memantau Berat Badan Normal

   Salah satu indikator yang menunjukkan bahwa telah terjadi keseimbangan zat gizi di dalam tubuh adalah tercapainya berat badan yang normal, yaitu berat badan yang sesuai untuk Tinggi Badannya. Indikator tersebut dikenal dengan IndeksMasa Tubuh (IMT). Oleh karena itu, pemantauan bb normal merupakan hal yang harus menjadi bagian dari 'Pola Hidup' dengan 'Gizi Seimbang', sehingga dapat mencegah penyimpangan BB dari BB normal, dan apabila terjadi penyimpangan dapat segera dilakukan langkah-langkah pencegahan dan penanganannya.

D. MASALAH GIZI DI INDONESIA

Asupan zat gizi makanan pada seseorang dapat menentukan tercapainya tingkat kesehatan atau yang sering disebut dengan status gizi. Apabila konsumsi gizi makanan pada seseorang tidak seimbang dengan kebutuhan tubuh maka akan terjadi kesalahan akibat gizi (Qurahman, 2010). Empat masalah gizi kurang yang mendominasi di Indonesia, yaitu:

1. Kurang Energi Protein (KEP)

   Kurang Energi Protein (KEP) disebabkan oleh kekurangan makan sumber energi secara umum dan kekurangan sumber protein. Pada anak-anak, KEP dapat menghambat pertumbuhan, rentan terhadap penyakit terutama penyakit infeksi dan mengakibatkan rendahnya tingkat kecerdasan. Kemiskinan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya KEP, namun selain kemiskinan faktor lain yang berpengaruh adalah

kurangnya pengetahuan masyarakat tentang makanan pendamping serta tentang pemeliharaan lingkungan yang sehat.

2. Anemia Gizi Besi (AGB)

   Masalah anemia gizi di Indonesia terutama yang berkaitan dengan kekurangan zat besi (AGB). Penyebab masalah AGB adalah kurangnya daya beli masyarakat untuk mengkonsumsi makanan sumber zat besi, terutama dengan ketersediaan biologik tinggi (asal hewan), dan pada perempuan ditambah dengan kehilangan darah melalui haid atau persalinan. AGB menyebabkan penurunan kemampuan fisik, penurunan kemampuan berpikir dan penurunan antibodi sehingga mudah terserang infeksi. Penanggulangannya dilakukan melalui pemberian tablet atau sirup besi kepada kelompok sasaran.

3. Gangguan Akibat Kekurangan Iodium (GAKI)

   Kekurangan iodium umumnya banyak ditemukan di daerah pegunungan dimana tanah kurang mengandung iodium. GAKI menyebabkan pembesaran kelenjar gondok (tiroid). Pada anak-anak menyebabkan hambatan dalam pertumbuhan jasmani, maupun mental. Ini menampakkan diri berupa keadaan tubuh yang cebol, dungu, terbelakang atau bodoh. Penanggulangan masalah GAKI secara khusus dilakukan melalui pemberian kapsul minyak beriodium kepada semua wanita usia subur dan anak sekolah di daerah endemik. Secara umum pencegahan GAKI dilakukan melalui iodisasi garam dapur.

4. Kurang Vitarnin A (KVA)

   KVA merupakan suatu gangguan yang disebabkan karena kurangnya asupan vitamin A dalam tubuh. K V A dapat mengakibatkan kebutaan, mengurangi daya tahan tubuh sehingga mudah terserang infeksi, yang sering menyebabkan kematian khususnya pada anak-anak. Selain itu kekurangan Vitamin A dapat menurunkan epitelisme sel-sel kulit. Faktor yang menyebabkan timbulnya Kekurangan Vitamin A adalah kemiskinan dan minim pengetahuan akan gizi. (Haeriyah,dkk. 2021)

E. GIZI SEIMBANG UNTUK BERBAGAI KELOMPOK

1. Gizi Seimbang untuk Ibu Hamil dan Ibu Menyusui

Gizi Seimbang untuk Ibu Hamil dan Ibu Menyusui mengindikasikan bahwa konsumsi makanan ibu hamil dan ibu menyusui harus memenuhi kebutuhan untuk dirinya dan untuk pertumbuhan serta perkembangan janin/bayinya. Oleh karena itu ibu hamil dan ibu menyusui membutuhkan zat gizi yang lebih banyak dibandingkan dengan keadaan tidak hamil atau tidak menyusui, tetapi konsumsi pangannya tetap beranekaragam dan seimbang dalam jumlah dan proporsinya.

Janin tumbuh dengan mengambil zat-zat gizi dari makanan yang dikonsumsi oleh ibunya dan dari simpanan zat gizi yang berada di dalam tubuh ibunya. Selama hamil atau menyusui seorang ibu harus menambah jumlah dan jenis makanan yang dimakan untuk mencukupi kebutuhan pertumbuhan bayi dan kebutuhan ibu yang sedang mengandung bayinya serta untuk memproduksi ASI. Bila makanan ibu sehari-hari tidak cukup mengandung zat gizi yang dibutuhkan, maka janin atau bayi akan mengambil persediaan yang ada didalam tubuh ibunya, seperti sel lemak ibu sebagai sumber kalori; zat besi dari simpanan di dalam tubuh ibu sebagai sumber zat besi janin/bayi. Demikian juga beberapa zat gizi tertentu tidak disimpan di dalam tubuh seperti vitamin C dan vitamin B yang banyak terdapat di dalam sayuran dan buahbuahan. Sehubungan dengan hal itu, ibu harus mempunyai status gizi yang baik sebelum hamil dan mengonsumsi makanan yang beranekaragam baik proporsi maupun jumlahnya.

Kenyataannya di Indonesia masih banyak ibu-ibu yang saat hamil mempunyai status gizi kurang, misalnya kurus dan menderita Anemia. Hal ini dapat disebabkan karena asupan makanannya selama kehamilan tidak mencukupi untuk kebutuhan dirinya sendiri dan bayinya. Selain itu kondisi ini dapat diperburuk oleh beban kerja ibu hamil yang biasanya sama atau lebih berat dibandingakan dengan saat sebelum hamil. Akibatnya, bayi tidak mendapatkan zat gizi yang dibutuhkan, sehingga mengganggu pertumbuhan dan perkembangannya. Demikian pula dengan konsumsi pangan ibu menyusui harus bergizi seimbang agar memenuhi kebutuhan zat gizi bayi maupun untuk mengganti zat gizi ibu yang dikeluarkan melalui ASI. Tidak semua zat gizi yang diperlukan bayi

dapat dipenuhi dari simpanan zat gizi ibu, seperti vitamin C dan vitamin B, oleh karena itu harus didapat dari konsumsi pangan ibu setiap hari.

2. Gizi Seimbang untuk Bayi 0-6 bulan

   Gizi seimbang untuk bayi 0-6 bulan cukup hanya dari ASI. ASI merupakan makanan yang terbaik untuk bayi oleh karena dapat memenuhi 9 semua zat gizi yang dibutuhkan bayi sampai usia 6 bulan, sesuai dengan perkembangan sistem pencernaannya, murah dan bersih. Oleh karena itu setiap bayi harus memperoleh ASI Eksklusif yang berarti sampai usia 6 bulan hanya diberi ASI saja.

3. Gizi Seimbang untuk Anak 6-24 bulan Pada anak usia 6-24 bulan, kebutuhan terhadap berbagai zat gizi semakin meningkat dan tidak lagi dapat dipenuhi hanya dari ASI saja. Pada usia ini anak berada pada periode pertumbuhan dan perkembangan cepat, mulai terpapar terhadap infeksi dan secara fisik mulai aktif, sehingga kebutuhan terhadap zat gizi harus terpenuhi dengan memperhitungkan aktivitas bayi/anak dan keadaan infeksi. Agar mencapai gizi seimbang maka perlu ditambah dengan Makanan Pendamping ASI atau MP-ASI, sementara ASI tetap diberikan sampai bayi berusia 2 tahun. Pada usia 6 bulan, bayi mulai diperkenalkan kepada makanan lain, mula-mula dalam bentuk lumat, makanan lembik dan selanjutnya beralih ke makanan keluarga saat bayi berusia 1 tahun. Ibu sebaiknya memahami bahwa pola pemberian makanan secara seimbang pada usia dini akan berpengaruh terhadap selera makan anak selanjutnya, sehingga pengenalan kepada makanan yang beranekaragam pada periode ini menjadi sangat penting. Secara bertahap, variasi makanan untuk bayi usia 6-24bulan semakin ditingkatkan, bayi mulai diberikan sayuran dan buah-buahan, lauk pauk sumber protein hewani dan nabati, serta makanan pokok sebagai sumber kalori. Demikian pula jumlahnya ditambahkan secara bertahap dalam jumlah yang tidak berlebihan dan dalam proporsi yang juga seimbang.

4. Gizi Seimbang untuk Anak usia 2-5 tahun

   Kebutuhan zat gizi anak pada usia 2-5 tahun meningkat karena masih berada pada masa pertumbuhan cepat dan aktivitasnya tinggi. Demikian juga anak sudah mempunyai pilihan terhadap makanan yang disukai termasuk makanan jajanan. Oleh karena itu jumlah dan variasi makanan harus mendapatkan perhatian secara khusus dari ibu atau

pengasuh anak, terutama dalam “memenangkan” pilihan anak agar memilih makanan yang bergizi seimbang. Disamping itu anak pada usia ini sering keluar rumah sehingga mudah terkena penyakit infeksi dan kecacingan, sehingga perilaku hidup bersih perlu dibiasakan untuk mencegahnya.

5. Gizi Seimbang untuk Anak 6-9 tahun Anak pada kelompok usia ini merupakan anak yang sudah memasuki masa sekolah dan banyak bermain diluar, sehingga pengaruh kawan, tawaran makanan jajanan, aktivitas yang tinggi dan keterpaparan terhadap sumber penyakit infeksi menjadi tinggi. Sebagian anak usia 6-9 tahun sudah mulai 10 memasuki masa pertumbuhan cepat pra-pubertas, sehingga kebutuhan terhadap zat gizi mulai meningkat secara bermakna. Oleh karenanya, pemberian makanan dengan gizi seimbang untuk anak pada kelompok usia ini harus memperhitungkan kondisi-kondisi tersebut diatas.
6. Gizi Seimbang untuk Remaja (10-19 tahun) Kelompok ini adalah kelompok usia peralihan dari anak-anak menjadi remaja muda sampai dewasa. Kondisi penting yang berpengaruh terhadap kebutuhan zat gizi kelompok ini adalah pertumbuhan cepat memasuki usia pubertas, kebiasaan jajan, menstruasi dan perhatian terhadap penampilan fisik “Body image” pada remaja puteri. Dengan demikian perhitungan terhadap kebutuhan zat gizi pada kelompok ini harus memperhatikan kondisi-kondisi tersebut. Khusus pada remaja puteri, perhatian harus lebih ditekankan terhadap persiapan mereka sebelum menikah.
7. Gizi Seimbang untuk Dewasa Perilaku konsumsi pangan bergizi seimbang dapat terganggu oleh pola kegiatan kelompok usia dewasa saat iniyaitu persaingan tenaga kerja yang ketat, ibu bekerja diluar rumah, tersedianya berbagai makanan siap saji dan siap olah, dan ketidak-tahuan tentang gizi menyebabkan keluarga dihadapkan pada pola kegiatan yang cenderung pasif atau “sedentary life”, waktu di rumah yang pendek terutama untuk ibu, dan konsumsi pangan yang tidak seimbang dan tidak higienis. Oleh karena itu, perhatian terhadap perilaku konsumsi pangan dengan gizi seimbang, termasuk kegiatan fisik yang memadai dan memonitor BB normal, perlu diperhatikan untuk mencapai pola hidup sehat, aktif dan produktif.

8. Gizi Seimbang untuk Usia Lanjut Dengan bertambahnya usia, khususnya usia di atas 60 tahun, terjadi berbagai perubahan dalam tubuh yaitu mulai menurunnya fungsi berbagai organ dan jaringan tubuh, oleh karenanya berbagai permasalahan gizi dan kesehatan lebih sering muncul pada kelompok usia ini. Perubahan tersebut meliputi antara lain organ pengindra termasuk fungsi penciuman sehingga dapat menurunkan nafsu makan; melemahnya sistem organ pencernaan sehingga saluran pencernaan menjadi lebih sensitif terhadap makanan tertentu dan mengalami sembelit; gangguan pada gigi sehingga mengganggu fungsi mengunyah; melemahnya kerja otot jantung; pada wanita memasuki masa menopause dengan berbagai akibatnya; dan lain-lain. Hal tersebut menyebabkan kelompok usia lanjut lebih rentan terhadap berbagai penyakit, termasuk terlalu gemuk, terlalu kurus, penyakit hipertensi, penyakit jantung, diabetes mellitus, osteoporosis, osteoartritisdll. Oleh karena itu kebutuhan zat gizi pada kelompok usia lanjut agak berbeda pada kelompok dewasa, sehingga pola konsumsi agak berbeda, misalnya membatasi konsumsi gula, garam dan 11 minyak, makanan berlemak dan tinggi purin. Mengonsumsi sayuran dan buahbuahan dalam jumlah yang cukup. (Kemenkes RI, 2019).

DAFTAR PUSTAKA

Almatsier, S. (2010). Prinsip dasar ilmu gizi, PT. *Gramedia Pustaka Utama, Jakarta*.

Haeriyah, S., & Kusumastuti, N. A. (2021). PENYULUHAN KESEHATAN TENTANG PENTINGNYA TABLET TAMBAH DARAH PADA REMAJA PUTRI DI DESA UWUNG GIRANG, TANGERANG. *SELAPARANG Jurnal Pengabdian Masyarakat Berkemajuan*, *4*(3), 635-637.

Husain, Z. (2021). Sumber Zat Gizi Dan Penilaian Zat Gizi.)

Husain, Z. (2021). KLASIFIKASI GIZI DAN STATUS GIZI.)

Kemenkes RI, K. R. (2019). Pedoman Gizi Seimbang.

Syafrizal, S., & Welis, W. (2008). Ilmu Gizi.

Yudianti, A. (2021). KONSEP DASAR ILMU GIZI. *OSF Preprints. June*, *6*.)

Qurahman, M. A. T. (2010). Hubungan perilaku hidup sehat dan gizi seimbang dengan status gizi anak Sekolah Dasar negeri bulukantil di Ngoresan Surakarta.

PROFIL PENULIS

Astriana, S.ST.M.Kes

Merupakan dosen pengajar di Program Studi Kebidanan Universitas Malahayati sejak maret 2013. Penulis lahir di Tanjung Waras, 14 September 1988. Riwayat pendidikan dimulai dari DIII kebidanan yang ditempuh selama 3 (tiga) tahun (2006-2009), Diploma IV Kebidanan (2011-2012) dan ditahun 2012 melanjutkan pendidikan Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Malahayati, lulus ditahun 2014. Selain sebagai pengajar, saat ini penulis aktif dalam pelaksanaan penelitian dan pengabdian masyarakat.

BAB 6
FARMAKOLOGI

Naomi Isabella Hutabarat, SST, M.Kes
Poltekkes Kemenkes Medan

A. PRINSIP PEMBERIAN OBAT

Masalah kesehatan seseorang dapat terselesaikan dengan berbagai upaya yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan seperti berolah raga secara teratur, makan makanan yang bergizi, melakukan perlindungan khusus maupun berperilaku hidup bersih dan sehat. tetapi dalam keadaan tertentu masih diperlukan upaya-upaya dengan cara pemberian obat.

Untuk mengetahui efek pengobatan bidan harus mengerti tentang prinsip pemberian obat pada ibu dan bayi. Pemberian obat harus diberikan dalam dosis, cara dan indikasi yang benar. Obat adalah suatu bahan yang digunakan untuk menentukan diagnosa, pengobatan, penyembuhan, perbaikan kondisi pasien, pengurangan rasa sakit dan pencegahan terhadap suatu penyakit kepada manusia maupun hewan. (Claire Banister. (2006, 2006).

1. Tujuan pemberian obat
   a. Membantu mengurangi rasa sakit
   b. Membantu menegakkan diagnose
   c. Mencegah dan mengobati penyakit
   d. Memberikan ketenangan dan rasa puas pada klien
2. Mekanisme kerja obat

   Obat yang masuk ke dalam tubuh mengalami 4 proses yaitu:
   a. Absorbsi yaitu proses obat memasuki sirkulasi cairan obat
   b. Distribusi yaitu proses obat diangkut ke area dimana obat diharapkan bereaksi
   c. Metabolisme atau biotransformasi yaitu proses dimana obat diubah menjadi bentuk kurang aktif. Misalnya pada bayi dengan BBLR dimana fungsi hati dan ginjal kurang sempurna
   d. Ekskresi yaitu proses dimana obat dikeluarkan dari tubuh.
3. Berbagai faktor yang mempengaruhi kerja dan reaksi obat respon obat bersifat kompleks, Bidan hendaknya mengerti berbagai faktor yang mempengaruhi reaksi obat pada ibu dan bayi. Faktor-faktor yang berpengaruh adalah:
   a. Absorbsi adalah proses obat yang memasuki sirkulasi cairan obat, absorbsi obat oral terjadi pada saat partikel-partikel obat ke luar dari saluran gastrointestinal
   b. Distribusi adalah proses obat diangkut ke area dimana obat diharapkan bereaksi atau disimpan di dalam tubuh

c. Metabolisme atau biotransformasi adalah proses dimana obat diubah menjadi kurang aktif, dimana usia bayi dan usia lanjut sensitif terhadap obat-obatan jenis barbiturate dan penekanan susunan saraf pusat. Semua bayi, neonatus dengan BBLR, yang mempunyai fungsi ginjal yang belum matang mempengaruhi proses metabolisme ekskresi obat melalui ginjal, empedu, feses, paru-paru, saliva dan keringat (A. C, 2008).
d. Berat badan, dosis pemberian obat dihitung berdasarkan berat badan, sehingga pada klien obesitas dosis lebih tinggi dari pada klien yang kurus.
e. Seks atau Jenis kelamin, respon obat berbeda pada jenis kelamin karena perbedaan distribusi lemak tubuh dan cairan.

Wanita mempunyai lemak tubuh lebih banyak, dan obat lebih mudah larut dalam lemak. Genetik daya sensitifitas obat terjadi karena faktor genetik, sehingga reaksi obat pada klien berbeda-beda (Ganong W. F., 2005).

Toksisitas adalah gejala yang merugikan dan terkait dengan dosis. Hal ini sering terjadi pada klien yang mempunyai gangguan hati atau ginjal terutama pada pasien usia muda maupun lansia. Farmakoginetik adalah reaksi obat karena faktor keturunan, misalnya bila ayah atau ibu mempunyai reaksi yang merugikan, maka kemungkinan besar anaknya juga demikian mempunyai reaksi yang merugikan. Rute pemberian Obat yang diberikan secara intravena bekerja lebih cepat dari pada obat yang diberikan secara peroral. Saat pemberian beberapa obat kerjanya dipengaruhi oleh ada atau tidaknya makanan dalam lambung.

Faktor emosional sugesti klien dapat mempengaruhi kerja obat penyakit pada ginjal, jantung dan hati, sirkulasi dan pencernaan yang mempengaruhi respon terhadap obat. Contoh: klien penyakit hati tidak boleh diberikan terlalu banyak obat. Lingkungan dapat merubah obat (cahaya, suhu ruangan), lingkungan dengan suhu tinggi menimbulkan vasodilator pada kulit sehingga bila mendapatkan obat kulit akan bereaksi lebih cepat. Riwayat Obat, dalam penggunaan obat yang sama atau berbeda dapat menurunkan atau menambah efek obat.

Toleransi kemampuan klien merespon obat pada dosis tertentu akan hilang pada beberapa hari setelah pemberian obat. Efek penumpukan ini terjadi bila obat diekskresi lebih lambat. Interaksi obat dapat memberikan efek lebih besar, sama atau bahkan melemah dari pada obat tunggal (Tambayong Jan, 2022).

Bentuk obat dan jenis obat menurut khasiat terdiri dari :

1. Kapsul: obat dalam bentuk bubuk, cair atau minyak yang dibungkus dengan gelatin.
2. Pil: bentuk obat lonjong atau bulat terdiri dari satu atau lebih obst ysng dicampur dengan bahan kohestif .
3. Tablet: obat bubuk yang yang dikompresi dalam cakram, mengandung obat utama, zat pengikat. Zat pemisah, lubrikan dan pengisi.
4. Kaplet: obat bubuk yang dipadatkan berbentuk lonjong, berdalut dan mudah ditelan.
5. Sirup: larutan obat cair yang mengandung gula.
6. Puyer: obat yang ditumbuk halus.
7. Elixir: larutan manis berbau harum dari alkohol yang dopakai untuk campuran obat.
8. Suspensi: beberapa macam obat yang dilarutkan dengan air.
9. Salep: sediaan obat dalam bentuk semi padat.
10. Krim: bentuk obat semi padat dipaki di kulit dengan dioleskan.
11. Lotion: sediaan obat berupa emoli yang jernih dipakai di kulit.
12. Larutan: zat berkhasiat dalam aqua atau pelarut.
13. Gel/Jelly: obat semi padat, jernih dan tembus cahaya, mencair sewaktu dioleskan.
14. Inhaler: sediaan berupa gas atau uap.
15. Supositoria: obat yang dibungkus gelatin dan berbentuk peluru agar mudah dimasukkan dalam tubuh, segera meleleh pada suhu tubuh sehingga dapat diabsorbsi.

Reaksi Obat yang diinginkan dengan efek terapi adalah :

1. Paliatif: mengurangi gejala penyakit, tetapi tidak ada pengaruh terhadap penyakitnya, misalnya paracetamol untuk menurunkan panas
2. Kuratif: efek obat untuk mengobati penyakit. Misalnya penicillin untuk mematikan metabolisme kuman.
3. Suportif: meningkatkan respon tubuh sehingga dapat menerima obat lain. Misalnya: aspirin untuk menurunkan panas dan diberi lagi obat antibiotik
4. Substitutif: berefek mengganti cairan dan substansi dalam tubuh. Mis: insulin
5. Kemoterapi: obat yang berefek mematikan dan menghambat sel ganas

6. Restoratif; meningkatkan fungsi organ tubuh yang sehat. Misalnya: vitamin dan mineral tambahan.

Efek samping obat yang biasanya menimbulkan perubahan dalam tubuh. Efek toksis (efek meracuni tubuh) terjadi karena dosis yang berlebihan dan tidak dapat diterima tubuh, hal ini terjadi beberapa jam, beberapa hari atau bulan setelah pemberian obat. Alergi obat (reaksi hipersensitif terhadap obat) terjadi pada orang yang daya sensitivitasnya tinggi. Orang yang hipersensitif terhadap obat akan menimbulkan berbagai gejala seperti: reaksi cepat yaitu anafilaksis shock: sesak nafas, hipotensi dan tachicardi sampai kematian, sedang reaksi lambat timbul gejala; - kemerahan pada kulit, - gatal-gatal pada kulit, - angioderma, - rinitis atau pilek, - mata berair, - mual, muntah ataupun diare. - sesak nafas dan wheezing.

B. RESPON OBAT

Beberapa respon obat adalah :

1. Toleransi obat: adalah resistensi akibat pemakaian yang lama, sehingga dosis semakin lama semakin meningkat untuk mendapatkan hasil yang sama.
2. Habituasi atau kebiasaan adalah pemakaian obat waktu lama dan ada gangguan emosional bila dihentikan, mis.nicotin dan kafein.
3. Adiksi (ketagihan) adalah pemberian obat yang menyebabkan toleransi, bila dihentikan menimbulkan gejala putus obat serta penyalahgunaan obat yang menimbulkan efek euphoria mis: obat narkotik, morfin.

Prinsip-prinsip pemberian obat ada 7 yaitu: Hak-hak klien dalam pemberian obat, Mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi respon obat, Memberikan pedoman keamanan dalam pemberian obat, Menggambarkan rute pemberian obat, Mengidentifikasi berbagai tempat untuk pemberian parenteral, Menjelaskan perlengkapan dan tehnik pemberian, Metode untuk pemetaan obat.

Enam benar dalam pemberian obat: **Benar pasien**, cocokkan nama dengan gelang identitas, **Benar obat**, minimal dibaca 3 kali: - pertama: saat membaca permintaan obat dan botolnya/labelnya dalam rak lemari obat, - kedua: label obat dengan obat yang diminta, - ketiga: saat dikembalikan ke rak, bila label rusak atau meragukan sebaiknya dikembalikan ke farmasi,

Benar dosis, bandingkan dengan buku terapi, **Benar waktu dan frekuensi** kapan diberikan obat dan kapan terakhir kali diberikan, **Benar rute pemberian obat** yang tepat dan memadai, sehingga ada berbagai cara pemberian obat seperti: topikal dan parenteral, **Benar pendokumentasian obat** (Gunawan, 2009).

C. PEMBERIAN OBAT TOPIKAL

Pemberian Obat topikal meliputi: pemberian secara Per Oral, melalui Kulit, melalui Hidung, melalui Mata, melalui Telinga, dan melalui Suppositoria.

1. Pemberian obat per-oral

Cara pemberian obat yang paling disukai adalah melalui oral atau mulut.

a. Pengertian menyiapkan dan memberikan obat melalui mulut dan selanjutnya ditelan.
b. Tujuan memberikan obat kepada klien melalui mulut secara tepat dan benar, sesuai dengan program pengobatan. Bentuk obat dan macam obat per oral yang tersedia adalah bentuk cair dan padat, dengan masing-masing tipe membutuhkan pertimbangan khusus saat diberikan pada klien. Misalnya saja, tablet enterik-bersolut seharusnya jangan dihancurkan, pemberian sirup obat batuk jangan pernah diikuti dengan pemberian cairan, dan obat-obat sublingual harus diletakkan di bawah lidah klien.

Gambar pemberian obat per oral

2. Pemberian Obat pada kulit

a. Pengertian pemberian obat pada kulit berarti memberikan obat kepada klien melalui kulit. berbagai sediaan farmakologi dapat diberikan untuk beberapa tujuan yaitu: mempertahankan hidrasi lapisan kulit,

melindungi permukaan kulit, mengurangi iritasi kulit lokal, menciptakan anestesi lokal, atau mengatasi infeksi, abrasi. Setiap sediaan pada pemberian ini dapat menciptakan efek baik sistemik maupun lokal. Sediaan ini diberikan dengan sarung tangan maupun aplikator. Bila pada kulit ada luka terbuka penting untuk melakukan teknik steril dalam pemberiannya. Pemberian sediaan ini penting untuk melakukan pengkajian pada kulit klien secara keseluruhan dan mencatat setiap perubahan integritas kulit klien. Bentuk obat berupa krim, lotion, aerosol, sprai, bubuk.

b. Hal yang perlu diperhatikan jika memberikan pasta nitrogliserin, harus menghindari bagian berambut yang dapat mengganggu absorpsi obat. Kaji klien terhadap alergi pada obat topikal. Hindari pengolesan atau penggosokkan kulit saat memberikan krim, salep atau lotion. Ini dapat menyebabkan iritasi kulit.

c. Penyuluhan pada keluarga dan klien, kaji pengetahuan klien tentang kerja dan tujuan pengobatan. Tentukan apakah klien secara fisik mampu mengoleskan obat. Ingatkan klien terhadap penggunaan obat yang terlalu banyak, karena dapat mengganggu absorpsi obat. Pastikan klien tahu tanda-tanda reaksi lokal dari obat-obat topikal.

d. Pemberian obat topikal pada anak-anak, bila mengoleskan obat topikal pada kulit anak kecil, sebaiknya menutup area yang sakit dengan balutan kering, karena ia sering mencoba menggosok obat.

Gambar pemberian obat melalui kulit

3. Pemberian Obat Mata

a. Pemberian Obat Mata adalah memberikan obat melalui mata. Mata adalah organ yang sangat sensitif. Kornea, bagian anterior bola mata,

sangat banyak mengandung serabut nyeri yang sensitif. Bila memberikan obat melalui mata hendaknya menghindari memberikan tetes mata langsung pada permukaan kornea sehingga ketidaknyamanan klien dapat diminimalkan. Juga penting waspada dalam memberikan obat mata sehingga aplikator tidak membuat sentuhan yang mencederai permukaan mata.

b. Tujuan Obat mata diberikan untuk :
   a. Mendilatasikan pupil
   b. Pemeriksaan struktur internal mata
   c. Melemahkan otot lensa mata
   d. Pengukuran refraksi lensa
   e. Menghilangkan iritasi local
   f. Mengobati gangguan mata
   g. Meminyaki kornea dan konjungtiva.
c. Kewaspadaan Bidan

   Untuk menghindari efek samping sistemik obat tertentu, pastikan untuk menghambat duktus nasolakrimalis (pada bagian dalam kantus) setelah memberikan obat.
d. Penyuluhan Klien

   Dengan memberikan penyuluhan tentang cara pemberian obat pada mata diharapkan klien mengetahui tehnik pemberian obat yang tepat dan benar. Klien juga harus mengetahui bahwa persiapan dilakukan dengan teknik steril dan jangan pernah menggunakan obat mata yang diresepkan untuk anggota keluarga yang lain.
e. Hal yang perlu dipertimbangkan pada pediatric

   Anak mudah merasa takut bila menerima obat mata. Bicaralah dengan perlahan pada bayi atau anak kecil dan pastikan untuk menahan kepala anak untuk mencegah gerakan selama melakukan tetesan pada mata. Perputaran posisi kepala anak yang mendadak menimbulkan aplikator menusuk mata secara tidak sengaja. Hal ini akan membantu bila tangan yang memegang penetes berada di atas dahi anak sehingga tangan bergerak secara sinkron dengan gerakan kepala.

Gambar pemberian obat mata

4. Menggunakan inhaler

Dosis terukur pernafasan atau inhaler tujuannya untuk memberikan obat kepada klien melalui saluran lendir hidung dan saluran pernafasan. Dilakukan pada klien dengan: Sesak nafas, Rhenitis dan sinusitis; Asthma bronchiale; Pasca Trackeostomi; Penyakit ISPA yang ada sumbatan lendir.

Obat yang diberikan melalui inhaler yang disemprotkan melalui sprai aerosol, uap, atau bubuk halus untuk menembus jalan napas. Meskipun obat ini dirancang untuk menghasilkan efek local (mis, bronkodilator atau secret cair), obat diabsorpsi dengan cepat melalui sirkulasi pulmonary dan dapat menciptakan efek sistemik. Sebagai contoh, isoproterenol adalah bronkodilator, tetapi ini dapat juga menyebabkan aritmia jantung.

a. Hal yang perlu diwaspadai

Klien dapat tersedak atau menelan obat bila tidak dapat menghirup saat semprotan diberikan. Kebutuhan klien terhadap bronkodilator lebih sering dari setiap 4 jam dapat menandakan memburuknya kondisi respiratori. Klien yang menggunakan inhaler steroid beresiko terhadap infeksi topical Candida pada mulut dan faring posterior. Bidan harus mengobservasi adanya area putih luas pada mulut klien.

b. Penyuluhan Klien

Ajarkan klien tentang penggunaan inhaler yang tepat dan efek samping umum yang harus diketahui. Jelaskan tanda-tanda dan gejala –gejala umum kelebihan penggunaan seperti adanya; takikardia, palpitasi, sakit kepala, gelisah, dan insomnia. Instruksikan klien untuk membersihkan inhaler dengan tepat untuk menghindari transmisi mikroorganisme. Instruksikan klien untuk melihat mulut tiap hari terhadap tanda infeksi Candida; berupa lesi putih pada mulut.

c. Pertimbangan Pediatri

Anak-anak mungkin tidak mampu untuk belajar cara penggunaan inhaler, perlu untuk menutup hidung mereka selama inhalasi untuk mendapatkan efek obat.

Gambar pemberian obat inhaler

5. Tetes Hidung

Adalah memberikan obat tertentu dengan cara meneteskannya ke dalam hidung. Tujuannya untuk untuk mengurangi rasa sakit dan menghilangkan sumbatan pada hidung.

Gambar pemberian obat tetes hidun

6. Memasukkan Obat vaginal

a. Pengertian

Pemberian obat vagina adalah memberikan obat pada klien melalui vagina. Bertujuan untuk pengobatan pada infeksi local pada vagina. Obat vaginal tersedia dalam bentuk krim dan supositoria dan digunakan untuk mengobati infeksi local atau inflamasi. Penting untuk menghindari rasa malu klien bila memberikan sediaan ini. Sering kali klien lebih memilih untuk belajar cara memberikan obat ini sendiri. Karena keluhan yang merupakan gejala infeksi vagina berbau sangat tidak sedap. Obat yang diberikan melalui vagina dalam bentuk kapsul,

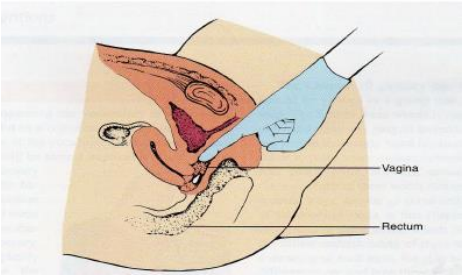
tablet atau krim. Prosedur pemberiannya sama dengan saat menggunakan alat untuk memasukkan suppositoria.

b. Yang perlu diperhatikan

Bila supositoria tidak berhasil larut dan keluar dalam bentuk padat, periksa tanggal kadaluarsa pada bungkusnya.

c. Penyuluhan Klien

Klien sering lebih memilih untuk belajar cara pemberian preparat vaginal sendiri. Dengan menggunakan pendekatan tahap demi tahap, memungkinkan klien memperagakan teknik tersebut. Penting agar klien memasukkan supositoria atau krim dengan benar ke dalam lubang vagina. Supositoria aman diberikan. Bidan harus memperhatikan terutama pada penempatan supositoria dengan benar pada dinding mukosa rektal, melewati sfingterani interna, sehingga supositoria tidak akan dikeluarkan. Klien yang mengalami pembedahan rektal atau mengalami perdarahan rektal jangan pernah diberikan supositoria (Tambayong Jan, 2022).



Gambar pemberian obat Vagina

D. PEMBERIAN OBAT PARENTERAL ATAU INJEKSI

Ada berbagai teknik untuk memberikan obat secara parenteral yaitu dengan cara intracutan, subkutan, intramuskuler dan intravena. Pengertian tentang prinsip pemberian obat parental bidan harus mengetahui efek pengobatan dengan pemberian jumlah dosis obat yang akan diberikan, cara dan indikasi yang benar.

Obat adalah suatu bahan yang digunakan untuk menentukan diagnose, Pengobatan, penyembuhan, perbaikan kondisi, pengurangan rasa sakit dan

pencegahan terhadap suatu penyakit kepada manusia maupun hewan (Katzung, n.d.)

Pemberian obat secara parenteral

a. Pengertian

   Adalah: Memberikan obat melalui parenteral yaitu memasukkan obat ke dalam jaringan tubuh dengan mengggunakan spuit atau semprit dan jarum suntik steril

b. Tujuan :

   1) Mencegah penyakit yaitu dengan memberikan imunisasi: DPT, ATS, BCG.
   2) Mempercepat reaksi obat dalam tubuh untuk mempercepat proses penyembuhan
   3) Melaksanakan uji coba (manthoux test, skin test)
   4) Melaksanakan tindakan diagnostik mis; kontras

c. Dilakukan pada:

   a. Klien memerlukan obat dengan reaksi cepat
   b. Klien yang tidak dapat diberi obat melalui mulut (per-oral)
   c. Klien dengan penyakit tertentu yang harus mendapat pengobatan dengan cara suntikan mis: streptomycine, insulin.

Menyiapkan Obat Suntikan dari Ampul atau Vial

Ampul adalah wadah gelas bening dengan bagian leher menyempit. Wadah ini berisi obat dosis tunggal dalam bentuk cair. Bidan harus mematahkan leher ampul untuk dapat mendapatkan obat. Saat menghisap obat, Bidan menggunakan teknik aseptik (mencegah jarum agar tidak menyentuh permukaan luar ampul). Cairan dapat diaspirasi dengan mudah ke dalam spuit cukup dengan menarik ke belakang plunger spuit.

Menyentil bagian atas ampul

Vial adalah wadah dosis tunggal atau multi dosis dengan penutup karet di atasnya. Cap logam melindungi penutup steril sampai vial siap digunakan. Vial berisi medikusi dalam bentuk cairan dan/atau kering. Vial merupakan sistem tertutup, dan harus disuntikkan udara ke dalam vial untuk memudahkan mengambil cairan di dalamnya. Jika gagal untuk menyuntikkan udara sebelum mengambil obat bagian dalam vial tetap vakum sehingga untuk mengambil obat di dalam vial tersebut menjadi sulit (Eny Retno A, 2011)

Mengambil obat dari Vial

Yang perlu diwaspadai:

Pastikan bahwa tekanan udara tidak mendorong plunger keluar dari barrel spuit. Ini akan menyebabkan kontaminasi spuit. Berhati-hatilah saat mematahkan leher ampul, pecahan kaca dapat melukai tangan dan jari anda.

1. Pemberian obat dengan cara intrakutan

a. Pengertian

Adalah cara memberikan obat dengan dengan memasukkan obat kedalam kulit

b. Tujuan

1) Kerjanya efeknya lokal
2) Jumlah yang diinjeksikan kecil sehingga volume tidak terganggu dengan pembengkakan atau reaksi sistemik
3) Dipakai untuk tes terhadap alergi obat: tuberkulin, antibiotik

c. Lokasi injeksi intrakutan

Lokasi dipilih pada daerah yang mudah diamati seperti; yang tidak banyak mengandung pigmen, berkeratin tipis, tidak berambut. Daerah yang sesuai kriteria adalah:

- ventral lengan bawah
- daerah klavikula
- permukaan media paha

Posisi jarum saat memberikan injeksi secara intrakutan

2. Pemberian Obat dengan cara Subkutan

Menyuntikkan obat adalah prosedur invasif yang mencakup memasukkan obat melalui jarum steril yang dimasukkan ke dalam jaringan tubuh. Teknik aseptik harus dipertahankan karena klien berisiko terhadap infeksi mana kala jarum suntik menusuk kulit. Karakteristik jaringan mempengaruhi kecepatan penyerapan obat dan awitan kerja obat. Oleh karenanya sebelum menyuntikan obat, Bidan harus mengetahui volume obat yang akan diberikan, karakteristik obat, dan letak struktur anatomi di bawah tempat yang akan disuntik.

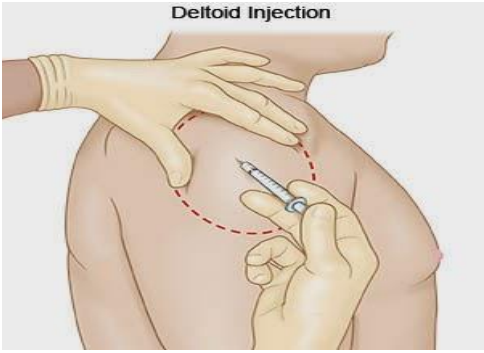
a. Pengertian

Injeksi atau untikan subkutan adalah : Memasukkan obat ke dalam jaringan di bawah dermis. Karena jaringan subkutan tidak mempunyai banyak pembuluh darah, absorpsi obat agak sedikit lambat Jaringan subkutan mengandung reseptor nyeri, jadi hanya obat dalam dosis kecil yang larut dalam air, dan tidak mengiritasi yang dapat diberikan melalui rute ini.

b. Lokasi penyuntikan

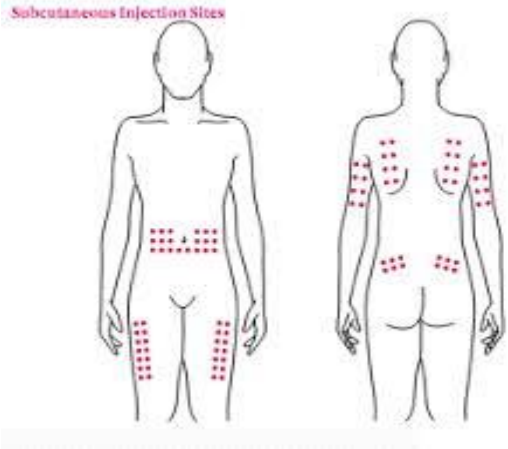
Lokasi penyuntikan subkutan pada bagian tubuh yang ada bantalan lemak dengan ukuran memadai seperti pada: abdomen, paha atas sisi

lateral, punggung bagian atas, dan lengan atas sisi lateral. Posisi jarum saat di injeksikan yaitu 45^0 dari permukaan kulit (Eny Retno A, 2011)



Lokasi injeksi pada lengan

Apabila klien terus menerus mendapatkan obat yang diinjeksikan secara intrakutan maka lokasi injeksi subkutan secara bergantian sesuai gambar di bawah ini.



Gambar injeksi subkutan

c. Kewaspadaan Bidan

Jarum dari spuit harus tetap steril sebelum penyuntikan. Jika tampak darah di dalam jarum spuit selama aspirasi, cepat cabut jarum dan mulai dari awal lagi. Catat dan laporkan semua nyeri setempat mendadak atau rasa terbakar di tempat suntikan.

d. Penyuluhan Klien

Klien yang tergantung pada insulin mungkin harus belajar cara penyuntikan insulin sendiri, atau keluarganya, bila tidak ada anggota keluarga ada baiknya untuk mengajarkan klien tentang teknik aseptic dari dasar insulin, pemilihan dan rotasi tempat penyuntikan dan teknik penyuntikan insulin.

e. Pertimbangan Pediatri

Meminta keluarga untuk membantu menahan anak mereka selama penyuntikan. Beberapa orangtua tidak ingin disertakan karena akan membuat anaknya tidak nyaman. Ada baiknya untuk tidak memperlihatkan spuit pada anak untuk meminimalkal ansietas. Jangan sekali-kali mengagetkan anak. Pastikan bahwa anak mengetahui bahwa ia akan mendapatkan suntikan. Vastus lateralis adalah tempat suntikan yang paling dipilih untuk anak. Setelah penyuntikan tenangkan anak (Eny Retno A, 2011)

3. Pemberian obat dengan cara intramuskular

a. Pengertian

Injeksi atau suntikan intramuskuler adalah : Memasukkan obat ke dalam jaringan di otot. Karena jaringan otot tidak mempunyai banyak pembuluh darah, absorpsi obat agak sedikit lambat. Otot juga kurang sensitif terhadap obat-obat yang kental dan mengiritasi. Namun, ada risiko yang merugikan dari penyuntikan ke dalam pembuluh darah, jika tidak cermat.

b. Lokasi penyuntikan

Lokasi penyuntikan intramuskuler pada bagian tubuh yang ada bantalan lemak dengan ukuran memadai seperti pada: paha 1/3 tengah pada sisi lateral, dan Gluteus maksimus. Posisi jarum saat di injeksikan kedalam otot adalah dengan sudut 90^0 dari permukaan kulit.

Gambar lokasi pemberian injeksi intramuscular

c. Yang dipertimbangkan pada ibu

Ingatlah juga bahwa Ibu yang sudah lansia mungkin tidak mampu mentoleransi lebih dari 2 ml suntikan intramuskular. Rute intramuskular memberikan absorpsi obat lebih cepat karena vakularitas otot. Bahaya kerusakan jaringan menjadi lebih sedikit jika obat diberikan jauh ke dalam otot. Otot juga kurang sensitif terhadap obat-obat yang kental dan mengiritas. Namun, ada risiko yang merugikan dari penyuntikan ke dalam pembuluh darah, jika tidak cermat.

4. Pemberian obat dengan cara intra vena

a. Pengertian

Pemberian larutan obat langsung ke dalam vena dengan teknik bolus adalah metoda paling berbahaya dalam pemberian obat. Obat ini bekerja dengan cepat karena langsung masuk ke dalam sirkulasi klien. Efek samping yang serius dapat terjadi dalam beberapa detik. Jadi, sangat penting bahwa perawat menetap-kan waktu pemberian dengan hati-hati untuk mencegah penginfusan terlalu cepat. Obat mungkin diberikan per intravena melalui heparin lock atau infus IV yang sudah ada. Obat IV sering diberikan dengan bolus pada situasi kedaruratan ketika diperlukan kerja obat yang cepat. Teknik ini juga digunakan untuk menghindari pencampuran obat yang tidak cocok.

b. Tujuan tindakan pengobatan

Tindakan pengobatan :

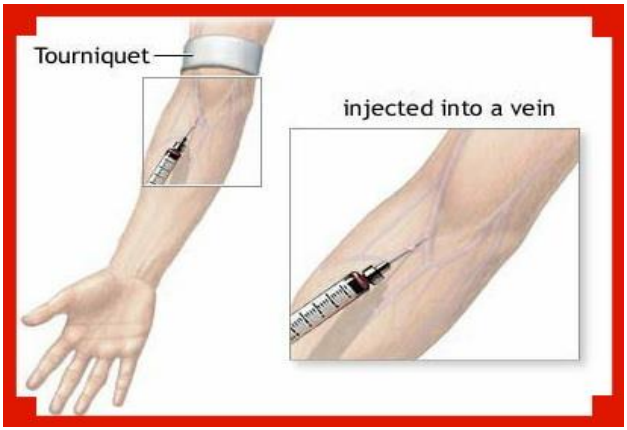
1) Obat langsung masuk pembuluh darah
2) Memberikan obat dalam jumlah yang banyak
3) Memberikan obat khusus lewat intra vena

4) Gangguan pemberian obat melalui oral

c. Keunggulan
   1. Reaksi lebih cepat
   2. Baik untuk keadaan darurat
   3. Baik untuk obat yang jumlahnya banyak

d. Kelemahan
   4. Bila salah akibatnya fatal
   5. Bila klien alergi reaksinya cepat
   6. Tidak semua obat dapat diberikan secara intravena (IV)

e. Lokasi Pemberian Obat dengan Bolus Intravena :
   1) Tangan bagian depan :
      a) Vena dorsal metacarpal
      b) Vena cephalika
      c) Vena basilika
   2) Tangan bagian belakang :
      a) Vena radial, medial antebrachial
      b) Vena median cubiti, vana cephalika Kaki
      c) Vena dorsal plexus, vena dorsal arcus, vena saphena magna



Gambar pemberian injeksi intra vena

f. Kewaspadaan Bidan

   Ketahui efek samping potensial dari obat. Obat dapat bekerja dengan cepat.

g. Penyuluhan Klien

   Jelaskan tujuan dan kerja obat pada klien.

h. Pertimbangan Pediatri

Dosis pediatri adalah kecil. Pastikan bahwa anak menerima obat yang ada di dalam Volutrol juga obat yang ada di dalam selang (Eny Retno A, 2011)

DAFTAR PUSTAKA

A. C, H. J. E. (2008). (2008). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran* (11th ed.). EGC.

Claire Banister. (2006. (2006). *Pedoman Obat (Buku saku Bidan)*.

Eny Retno A, T. S. (2011). (2011). *KDPK Teori dan Aplikasi*. Nuka Medika.

Ganong W. F. (2005). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran* (17th ed.). EGC Guyton.

Gunawan, G. S. 2009. (2009). *Farmakologi dan Terapi* (5th ed.). Departemen Farmakologi dan Terapeutik Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Katzung, B. . (n.d.). *Farmakologi Dasar dan Klinik* (3rd ed.). EGC.

Tambayong Jan, 2002. (2022). *Farmakologi untuk Keperawatan*. Widya Medika.

PROFIL PENULIS

Naomi Isabella Hutabarat, Lahir di Pematang Siantar pada tanggal 27 Februari 1975, menyelesaikan pendidikan SD Swasta Santa Maria Tahun 1987, SMP Swasta Santa Maria Tahun 1990, SMA N 1 Tarutung Tahun 1993, D III Keperawatan Tahun 1996, D IV Tahun 2005, dan Magister Kesehatan Masyarakat Pada Konsentrasi Kesehatan Reproduksi Tahun 2015. Saat ini penulis aktif sebagai dosen tetap di Program Studi D III Kebidanan Poltekkes Kemenkes Medan (Homebase).

BAB 7
SISTEM PELAYANAN KESEHATAN

Ike Ate Yuviska, SST.,Bdn.,M.Kes
Universitas Malahayati

A. PENGERTIAN SISTEM PELAYANAN KESEHATAN

Sistem pelayanan Kesehatan adalah satu usaulan yang terdiri dari berbagai elemn kessehatan yang berkaitan secara teratur dengan tujuan mempromosikan dan memulihkan atau menjaga Kesehatan peroranggan,keluarga, dan kelompok massyaarakt . keberhasialn system pelayanan Kesehatan tergantung dari berbagai komponen yang masuk dalaam pelayanan kesehattan . Sistem terbeentuk dari subsistem yang saling berhubungan dan saaling mempengaruhi.

B. UNSUR -UNSUR SISTEM PELAYANAN KESEHATAN

Sistem Pelayanan Keesehatan memiliki unsur yang teerddiri dari:

1. *Input*

   Input Kesehatan merupakan subsistem yang akan memmberikan segala maasukan untuk berfungsinya sebuah sistem kesehatan. Input yaitu sumber daya atau masukan dalam suatu sistem. Sumber daya system adalah Man, Money, Material, Method, Minute, dann Market, Disingkat dengan 6M. Sumbeer daya Man (orang) untuk sistem program Pelayanan. Terpadu (yundu) adalah keelompok peenduduk sasaran yang akan di berikan pelayanan, staf puskesmas, kecamatan, kelurahan, kader, pramuka masyarakat dan sebagainya. Money adalah dana yang dapat di gali dari swadaya masyarakat yang di subsidikan oleh pemeerintah. Material seperti vakssin, jarum, kartu menuju sehat (KMS), Alat timbang, obat -obatan, oralit alat KB, dan sebagainya. Minute seperti waktu yang disediakan oleh ibu untuk kegiatan yundu dan sebagainya. Market adalah masyarakat dan factor-faktor yang mempengaeuhi sepeerri lokasi kegiatan yundu, tradisional, sistem kepercayaan masyarakaat di bidang Kesehatan dan sebagainya.

2. *Proses*

   Proses adalah keegiatan yang mengubah sebuah masukan menjadi sebuah hasil yang diharapkan dari sistem teersebut. Proses dalam pelayanan keesehatan adalah berbagai kegiatan dalam pelayanan Kesehatan. Seperti interaksi antara pemberi pelayanan kesehaatan dengan peeroangan,keluarga, dan kelompok masyarakat yang di lakukan sesuaii dengan kebuttuhan daan nilai yang dianut.

Proses yaitu semua kegiatan sistem, melalui proses akan di ubah input menjadi output. Proses dari sistem pelayyanan terpadu adalah semua kegiatan pelayanan terpadu mulai dari persiapan bahan,tempat, dan kelompok penduduk sasaran yang di lakukann oleh staf puskesmas dan kader, diilaksanankanya program yandu yang di llakukan di lapangan (POSYANDU) menggunakn mekanisme " lima meejjaa" dengaan urutan yang di mulai daari penyuluhan beerkelompok, penimbngan balita, peencatatan pada KMS, tentang keeluargga beereencana (KB), sampaai dengan vaksinasi.

3. *Output*

   Output adalah hasil / iuran suatu sistem, contoh output POSYANDU: jumlah anak yang di timbang, jumlah bayi dan ibu hamil yang diimunisasi serta jumlah PUS yang di berikan pelayanan KB.

4. *Dampak*

   Dampaak merupakan akibat sari output/hail suatu sistem, terjadi dalam waktu yang relative lama. Damppak sistem pelayanan Kesehatan adalah masyarakat sehat, angka kesakitan dan kematian menurun, perubahan pengetahuan, sikap perilaku kelompok mayarakat yang di jadikan sasaran program.

5. *Umpan balik*

   Umpan balik adalah suatu hasil sekaligus menjadi masukan yang terjadi dari sebuah sistem yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi.Umpan balik dalam pelayanan Kesehatan berupa kualitas tenaga Kesehatan.

6. *Lingjungan*

   Semua keadaan di luar sistem dapat memppengaruhi pelayanan Kesehatan,seperti lingkungan social dan geografi.

C. PENGUATAN SISTEM KESEHATAN (*HEALTH SYSTEM STRENGTHENING*)

Penguatan sistem kesehatan adalah pendekatan komprehensif untuk membentuk dan mengoptimalisasi *outcome* yang dilakukan melalui pengembangan fondasi sistem yang solid, penguatan kapasitas sistem (sumber daya), dan mengupayakan hasil yang baik menggunakan beberapa strategi.

Lingkungan politik (*leadership*) merupakan pendukung utama penguatan sistem. Pemimpin yang efektif mencakup komitmen politik untuk advokasi dan kesadaran para pengambil kebijakan.

Untuk mencapai sistem kesehatan yang baik, penguatan sistem merupakan strategi yang digunakan untuk mengakomodasikan aspek *supply*, *demand*, kualitas, dan lingkungan yang mendukung untuk tercapainya status kesehatan yang baik. Dalam penguatan sistem diperlukan perhatian yang lebih serius pada level fasilitasi dan translasi kebijakan dan strategi yaitu aspek akses, *affordable*, dan kualitas pelayanan. Prioritas tersebut didasari pada konteks kondisi lokal berdasarkan harapan dan situasi nyata yang diperoleh oleh pemerintah dan *stakeholder*.

D. TINGKAT PELAYANAN KESEHATAN

Melalui tingkat pelayanan kesehatan akan dapat diketahui kebutuhan dasar manusia tentang kesehatan. Menurut Leavel dan Carlk dalam memberikan pelayanan kesehatan harus memandang pada tingkat pelayanan Kesehatan yang akan diberikan, diantara tingkat pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut :

1. *Health Promotion* (Promosi Kesehatan)

   Merupakan tingkat pertama dalam memberikan pelayanan melalui peningkatan kesehatan. Bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan agar masyarakat atau sasarannya tidak terjadi gangguan kesehatan. Tingkat pelayanan ini meliputi kebersihan perseorangan, perbaikan sanitasi lingkungan, layanan prenatal, layanan lansia, dan semua kegiatan yang berhubungan dengan peningkatan status kesehatan.

2. *Spesific Protection* (Perlindungan Khusus)

   Perlindungan Khusus ini dilakukan dalam melindungi masyarakat dari bahaya yang akan menyebabkan penurunan status kesehatan, atau bentuk perlindungan terhadap penyakit-penyakit tertentu, ancaman kesehatan, yang termasuk dalam tingkat pelayanan kesehatan ini adalah pemberian imunisasi yang digunakan untuk perlindungan pada penyakit tertentu seperti imunisasi BCG, DPT, Hepatitis, campak, dan lain-lain. Pelayanan perlindungan keselamatan kerja diamana pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang yang bekerja di tempat risiko kecelakaan

tinggi seperti kerja dibagian produksi bahan kimia, bentuk perlindungan khusus berupa pelayanan pemakaian alat pelindung diri dan lain sebagainya.

3. *Early Diagnosis and Prompt Treatment* (Diagnosis dini dan pengobatan segera)

   Tingkat pelayanan kesehatan ini sudah masuk ke dalam tingkat dimulainya atau timbulnya gejala dari suatu penyakit. Tingkat pelayanan ini dilaksanakan dalam mencegah meluasnya penyakit yang lebih lanjut serta dampak dari timbulnya penyakit sehingga tidak terjadi penyebaran. Bentuk tingkat pelayanan kesehatan ini dapat berupa kegiatan dalam rangka survey pencarian kasus baik secara individu maupun masyarakat, survey penyaringan kasus serta pencegahan terhadap meluasnya kasus.

4. *Disability Limitation* (Pembatasan Cacat)

   Dilakukan untuk mencegah agar pasien atau masyarakat tidak mengalami dampak kecacatan akibat penyakit yang ditimbulkan. Tingkat ini dilaksanakan pada kaus atau penyakit yang mengalami potensi kecacatan. Bentuk kegiatan yang dapat dilakukan dapat berupa perawatan untuk menghentikan penyakit, mencegah komplikasi lebih lanjut, pemberian segala fasilitas untuk mengatasi kecacatan dan mncegah kematian.

5. *Rehabilitation* (Rehabilitasi)

   Tingkat pelayanan ini dilaksanakan setelah pasien didiagnosis sembuh. Sering pada tahap ini dijumpai pada fase pemulihan terhadap kecacatan sebagaimana program latihan-latihan yang diberikan kepada pasien, kemudian memberikan fasilitas agar pasien memiliki keyakinan kembali atau gairah hidup kembali ke masyarakat dan masyarakat mau menerima dengan senang hati karena kesadaran yang dimilikinya.

E. LEMBAGA PELAYANAN KESEHATAN

Lembaga pelayanan kesehatan merupakan tempat pemberian pelayanan kesehatan pada masyarakat dalam rangka meningkatkan kesehatan. Tempat pelayanan kesehatan ini sangat bervariasi berdasarkan tujuan pemberian pelayanan kesehatan. Tempat pelayanan kesehatan dapat berupa rawat jalan, imstitusi kesehatan, *community based agency* dan *hospice*.

1. Rawat Jalan

   Lembaga pelayanan kesehatan ini bertujuan untuk memberikan kesehatan pada tingkat pelaksanaan diagnosis dan pengobatan pada penyakit akut atau mendadak dan kronis yang dimungkinkan tidak terjadi rawat inap. Lembaga ini dapat dilaksanakan pada klinik-klinik kesehatan seperti klinik dokter spesialis, klinik keperawatan spesialis dan lain-lain.
2. Institusi

   Merupakan lembaga pelayanan keehatan yang fasilitasnya cukup dalam memberikan berbagai tingkat pelayanan kesehatan, seperti rumah sakit, pusat rehabilitasi, dan lain- lain.
3. *Hospice*

   Lembaga ini bertujuan untuk meberikan pelayanan kesehatan yang difokuskan pada klien yang sakit terminal agar lebih tenang dan dapat melewati masa-masa terminalnya dengan tenang. Lembaga ini digunakan dalam *home care*.
4. *Community Based Agency*

   Merupakan bagian dari lembaga pelayanan kesehatan yang dilakukan pada klien pada keluarganya sebagaimana pelaksanaan perawatan keluarga seperti praktek perawat keluarga, dan lain-lain.

F. LINGKUP SISTEM PELAYANAN KESEHATAN

Dalam system pelayanan kesehatan dapat mencakup pelayanan dokter, pelayanan keperawatan, dan pelayanan kesehatan masyarakat. Dokter merupakan subsistem dari pelayanan kesehatan. Subsistem pelayanann kesehatajn tersebut memiliki tujuan masing- masing dengan tidak meninggalkan tujuan umum dari pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang ada sekarang ini dapat diselenggarakan oleh pihak pemerintah maupun swasta.

Dalam pelayanan kesehatan terdapat tiga bentuk yaitu primary helath care (pelayanan kesehatan tingkat pertama), secondary health care (pelayanan kesehatan tingkat ke dua), dan tertiary health services (pelayanan kesehatan tingkat ketiga). Ketiga bentuk pelayanan kesehatan terbagi dalam pelayanan dasar yang dilakukan di puskesmas dan pelayanan rujukan yang

dilakukan di rumah sakit.

1. *Primary Health Care* (pelayanan kesehatan tingkat pertama)
   Dibutuhkan atau dilaksanakan pada masyarakat yang memiliki masalah kesehatan yang ringan atau masyarakat sehat tetapi ingin mendapatkan peningkatan kesehatan agar menjadi optimal dan sejahtera sehingga sifat pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan dasar. Pelayanan kesehatan ini dapat dilakukan oleh puskesmas atau balai kesehatan masyarakat dan lain-lain.
2. *Secondary health care* (pelayanan kesehatan tingkat ke dua)
   Dibutuhkan bagi masyarakat atau klien yang membutuhkan perawatan di rumah sakit atau rawat inap dan tidak dilaksanakan di pelayanan kesehatan utama. Pelayanan kesehatan ini dilaksanakan di rumah sakit yang tersedia tenaga spesialis atau sejenisnya.
3. *Tertiary health services* (pelayanan kesehatan tingkat ketiga)
   Merupakan tingkat pelayanan tertinggi dimana tingkat pelayanan ini apabila tidak lagi dibutuhkan pelayanan pada tingkat pertama dan kedua. Biasanya pelayanan ini membutuhkan tenaga-tenaga yang ahli atau subspesialis dan sebagai rujukan utama seperti rumah sakit yang tipe A atau tipe B.

G. LINGKUP SISTEM PELAYANAN KESEHATAN

Lingkup system pelayanan kesehatan dapat mencakup sebagai berikut:

1. Pelayanan Kedokteran
   Pelayanan kedokteran memiliki tujuan untuk mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan. Dalam rangka melaksanakan pelayanan di puskesmas seorang dokter memiliki beberapa tugas seperti mengobati (mediscus practicus), tugas manajerial dan sebagai petugas kesehatan masyarakat. Ketiganya berbeda dalam hal orientasi pelayanan yang diberikan, sumber daya dan teknologi yang digunakan, serta bagaimana pelayanan tersebut dilaksanakan.
2. Pelayanan Keperawatan
   Pelayanan keperawatan merupakan bagian dari pelayanan kesehtan yang meliputi pelayanan dasar dan rujukan sehingga meningkatkan derajat kesehatan. Pada tingkat pelayanan dasar dilakukan di lingkup puskesmas

dengan pendekatan asuhan keperawatan keluarga dan komunitas yang berorentasi pada tugas keluarga dalam kesehatan, di antaranya mengenal masalah kesehatan secara dini, mengambil keputusan, menanggulangi keadaan darurat, memberikan pelayanan dasar pada anggota keluarga yang sakit serta memodifikasi lingkungan. Pada lingkup rujukan, tugas perawat adalah memberikan asuhan keperawatan (askep). Ruang lingkup rujukannya adalah askep anak, askep jiwa, askep medical bedah, askep maternitas, askep gawat darurat dan sebagainya.

3. Pelayanan Kesehatan Masyarakat

   Pelayanan kesehatan masyarakat pada prinsipnya mengutamakan pelayanan kesehatan promotif dan preventif. Pelayanan promotif adalah upaya meningkatkan kesehatan masyarakat kearah yang lebih baik lagi dan preventif yaitu mencegah agar masyarakat tidak jatuh sakit agar terhindar dari penyakit.Oleh sebab itu, pelayanan kesehatan masyarakat tidak hanya tertuju pada pengobatan individu yang sedang sakit saja, tetapi yang lebih pnting adalah upaya pencegahan dan peningkatan kesehatan.

H. BENTUK SISTEM PELAYANAN

1. Sistem pelayanan pusat kesehatan masyarakat (PUSKESMAS)

   Puskesmas merupkan suatu sistm yang terdiri dari sub system, dan suprasistem. Sub sistem di puskesmas seperti bagian perbaikan gizi masyarakat (gizi), kesehatan ibu dan anak (KIA),kesehatan lingkungan (Kesling), Pencegahan dan pemberantasan penyakit menular (P2M), adalh bagian atau komponen yang berada di luar system. Seperti dinas kesehatan,rumah sakit,klinik swasta, pengobatan tradisional/keluarga dan lints ektor kecamtan.

2. Sistem Pelayanan Terpadu

   Pelayanan kesehatan terpadu (Yandu) adalah suatu bentuk keterpaduan pelayanan kesehatan yang dilaksanakan di suatu wilayah kerja puskesmas. Tempat pelaksanaan pelayanan program terpadu dib alai dusun, balai kelurahan, RW dan sebagainya disebut dengan pos pelayanan terpadu (POSYANDU). Menurut Peraturan Mentri Dalam Negeri No.19 Tahun 2011, bahwa posyandumerupakan salah satu bentuk upaya

kesehatan bersumber daya masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi. Pelayanan kesehatan yang dilaksanakan di POSYANDU adalah KIA, KB, P2M (imunisasi penaggulangan diare), dan gizi (penimbangan balita). Sasaran penduduknya yakni ibu hmil, ibu menyusui, Pasangan usia subur (PUS), dan balita.

3. Pos Obat Desa (POD)
   Pos Obat Desa (POD) merupakan wahana edukasi dalam alih pengetahuan dan keterampilan tentang obat dan pengobatan sederhana dari petugas kader dan dari kader ke masyarakat, guna memberikan kemudahan dalam memperoleh obat yang bermutu dan terjangkau. POD dikembangakn menjadi WOD yang dicanangkan kembali oleh RI pada tahun 2004.
4. Pondok Bersalin Desa (Polindes)
   Polinde adalah salah satu bentuk partisipasi atau peran serta masyarakat dalam menyediakan tempat pertolongan persalinan dan pelayanan kesehatan ibu dan anak, termasuk KB dan lokasinya berada di desa.
5. Perbaikan Sanitasi Lingkungan
   Menurut WHO adalah suatu usaha yang mengawasi beberapa factor lingkungan fisik yang berpengaruh kepada manusi terutama terhadap hal-hal yang mempengaruhi efek, merusak perkembangan fisik, kesehatan, dan kelangsungan hidup.

I. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PELAYANAN KESEHATAN

Pelaksanaan pelayanan kesehatan juga akan lebih berkembang atau sebaliknya akan terhambat karena dipengaruhi oleh beberapa factor seperti adanya peningkatan ilmu pengetahuan dan teknologi baru , pergeseran nilai masyarakat, aspek legal dan etik, ekonomi dan politik.

1. Ilmu pengetahuan dan teknologi baru
   Pelaksanaan system pelayanan kesehatan dapat dipengaruhi oleh ilmu pengetahuan dan teknologi baru, mengingat perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, maka akan diikuti oleh perkembangan

pelayanan kesehatan atau juga sebagai dampaknya pelayanan kesehatan jelas lebih mengikuti perkembangan dan teknologi seperti dalam pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah penyakit- penyakit yang sulit dapat digunakan alat seperti laser, terapi pengubahan gen, dan lain-lain. Berdasarkan itu pelayanan kesehatan membutuhkan biaya yang cukup mahal dan pelayanan akan lebih professional dan butuh tenaga-tenaga yang ahli dalam bidang tertentu.

2. Pergeseran Nilai Masyarakat

   Berlangsungnya system pelayanan kesehatan juga dapat dipengaruhi oleh nilai yang ada di masyarakat sebagai pengguna jasa pelayanan, dimana dengan beragamnya masyarakat, maka dapat menimbulkan pemanfaatan jasa pelayanan kesehatan yang berbeda. Masyarakat yang sudah maju dengan pengetahuan yang tinggi, maka akan memiliki kesadaran yang lebih dalam penggunaan atau pemanfaatan pelayanan kesehatan, demikian juga sebaliknya pada masyarakat yang memiliki pengetahuan yang kurang akan memiliki kesadaran yang rendah terhadap pelayanan kesehatan.

3. Aspek Legal dan Etik

   Dengan tingginya kesadaran masyarakat terhadap penggunaan atau pemanfaatan pelayanan kesehatan, maka akan semakin tinggi pula tuntutan hokum dan etik dalam pelayanan kesehatan, sehingga pelaku pemberi pelayanan kesehatan harus dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan secara professional dengan memperhatikan nilai-nilai hokum yang ada di masyarakat.

4. Ekonomi

   Pelaksanaan pelayanan kesehatan akan dipengaruhi oleh tingkat ekonomi di masyarakat. Semakin tinggi ekonomi seseorang , pelayanan kesehatan akan lebih diperhatikan dan mudah dijangkau , demikian juga sebaliknya apabila tingkat ekonomi seseorang rendah maka sangat sulit menjangkau pelayanan kesehatan mengingat biaya dalam jasa pelayanan kesehatan membutuhkan biaya yang cukup mahal. Keadaan ekonomi ini yang akan dapat mempengaruhi dalam system pelayanan kesehatan.

5. Politik

   Kebijakan pemerintah melalui system politik yang ada akan sangat mempengaruhi sekali dalam system pemberian pelayanan kesehatan.

Kebijakan-kebijakan yang ada dapat memberikan pola dalam system pelayanan.

J. SYARAT POKOK PELAYANAN KESEHATAN

Suatu pelayanan dikatakan baik apabila:

1. Tersedia *(available)* dan berkesinambungan *(continous)*
   Yakni semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan, serta keberadaannya dalam masyarakat ada pada setiap saat yang dibutuhkan.
2. Dapat diterima *(acceptale)* dan bersifat wajar *(appropriate)*
   Yakni pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan adat-istiadat, kebudayaan, keyakinan, dan kepercayaan masyarakat, serta bersifat tidak wajar, bukanlah suatu pelayanan kesehatan yang baik.
3. Mudah dicapai *(accessible)*
   Ketercapaian yang dimaksud disini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian, untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pelayanan kesehatan yang terlalu terkonsentrasi di perkotaan saja, namun tidak ditemukan di daerah pedesaan, hal tersebut tidak termasuk pelayanan kesehatan yang baik.
4. Mudah Dijangkau
   Keterjangkauan yang dimaksud adalah terutama dari sudut biaya. Untuk dapat mewujudkan keadaan yang seperti itu harus dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal hanya mungkin dinikmati oleh sebagian kecil masyarakat saja, bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.
5. Bermutu *(quality)*
   Mutu yang dimaksud disini yakni yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang disatu pihak tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

DAFTAR PUSTAKA

Ariga, R. A. (2020). *Buku Ajar Implementasi Manajemen Pelayanan Kesehatan Dalam Keperawatan*. Deepublish.

Hidayat, A. A. A. (2004). Pengantar konsep dasar keperawatan.

Beck, A. J., & Boulton, M. L. (2012). Building an effective workforce: a systematic review of public health workforce literature. *American journal of preventive medicine*, *42*(5), S6-S16.

Lau, F., Kuziemsky, C., Price, M., & Gardner, J. (2010). A review on systematic reviews of health information system studies. *Journal of the American Medical Informatics Association*, *17*(6), 637-645.

PROFIL PENULIS

Ike Ate Yuviska, SST.,Bdn.,M.Kes

Merupakan dosen pengajar di Program Studi Kebidanan Universitas Malahayati sejak januari 2013. Penulis lahir di Mulyo Aji, 26 Juli 1989. Riwayat pendidikan dimulai dari Diploma III Kebidanan yang ditempuh 3 tahun (2007-2010) di Universitas Malahayati, pada tahun 2010 penulis melanjutkan pendidikan di Diploma IV Bidan Pendidik STIKes Aisyah Pringsewu Lampung dan lulus tahun 2011, lalu ditahun yang sama penulis melanjutkan pendidikan Magister Kesehatan Masyarakat (Peminatan Biosttistik) di Universitas Malahayati dan selesai tahun 2013. Selain sebagai pengajar, penulis juga aktif melakukan kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat

BAB 8
PENDEKATAN SOSIAL ANTROPOLOGI DALAM PRAKTIK KEBIDANAN

Juwita Desri Ayu, S.Tr.Keb., M.Keb.
Universitas Aisyah Pringsewu

A. ANTROPOLOGI

Antropologi merupakan bagian dari cabang ilmu sosial yang membahas mengenai budaya masyarakat suatu etnis. Kata antropologi berasal dari kombinasi dua kata yang diambil dari Bahasa Yunani yaitu “anthropos” yang berarti manusia dan “logos” yang berarti ilmu. Secara harfiah, antropologi dapat didefinisikan sebagai bidang keilmuan yang mempelajari manusia dari segi keanekaragaman fisik, serta kebudayaannya. Antropologi berkaitan dengan perilaku manusia, interaksi yang dilakukan, serta budaya yang tercipta. Antropologi pada hakikatnya mendokumentasikan keadaan manusia, masa lampau dan masa kini. Perhatian utamanya adalah pada masyarakat-masyarakat eksotis, masa prasejarah, bahasa tak tertulis, dan adat kebiasaan yang unik. Antropologi memberikan sumbangan unik kepada pengetahuan manusia tentang apa yang sedang terjadi di dunia. Kita tidak dapat memahami diri sendiri lepas dari pemahaman kita tentang budaya.

B. TUJUAN DAN KEGUNAAN ANTROPOLOGI

Antropologi dirumuskan untuk lebih memahami dan mengapresiasi manusia. Dalam hal ini, manusia sebagai entitas biologis homo sapiens dan makhluk sosial dalam kerangka kerja yang interdisipliner dan komprehensif. Antropologi bertujuan untuk mencapai pengertian bahwa manusia pada umumnya mempelajari beragam bentuk fisik, masyarakat serta kebudayaan. Antropologi juga bertujuan untuk mempelajari manusia dalam beragam masyarakat, suku bangsa dan budaya sebagai upaya untuk membangun masyarakat itu sendiri. Dengan begitu, setiap pembangunan yang direncanakan dan dilakukan dapat bermanfaat melalui pendekatan budaya.

Secara umum, kegunaan antropologi yaitu meliputi antropologi fisik (memusatkan perhatiannya pada manusia sebagai organisme biologis yang fokusnya pada upaya melacak evolusi perkembangan manusia dan mempelajari variasi biologis manusia) dan antropologi budaya (mempelajari manusia berdasarkan kebudayaannya, dimana kebudayaan dapat merupakan peraturan atau normal yang berlaku di dalam suatu masyarakat).

C. FASE PERKEMBANGAN ILMU ANTROPOLOGI

Antropologi termasuk dalam golongan ilmu baru yang terus menerus mengalami sebuah fase perkembangan. Koetjaraningrat membagi fase perkembangan ilmu Antropoloogi ke dalam 4 fase, yaitu:

1. Fase pertama (sebelum tahun 1800)
   Fase penduduk pribumi di Benua Afrika, Asia dan Amerika mulai kedatangan bangsa Eropa Barat.
2. Fase kedua (abad ke-19)
   Fase munculnya karangan bahan etnografi, bangsa Eropa menganggap bahwa bangsa di luar Eropa sebagai bangsa yang primitif dan kuno.
3. Fase ketiga (awal abad ke-20)
   Fase yang menjadikan ilmu Antropologi digunakan untuk memahami dan mempelajari masyarakat dan kebudayaan suku-bangsa di luar Eropa untuk kepentingan pemerintahan kolonial serta mendapatkan suatu pengertian tentang masyarakat masa kini yang kompleks.
4. Fase keempat (setelah tahun 1930)
   Fase ilmu Antropologi mengalami perkembangan yang signifikan, baik dalam aspek pengetahuan yang lebih teliti maupun ketajaman metode ilmiah.

D. BATASAN DAN UNSUR BUDAYA

Budaya atau kebudayaan berasal dari bahasa Sansekerta yaitu *buddhayah*, yang merupakan bentuk jamak dari *buddhi* (budi atau akal) diartikan sebagai hal-hal yang berkaitan dengan budi dan akal manusia. Dalam bahasa Inggris, kebudayaan disebut *culture*, yang berasal dari kata Latin *Colere*, yaitu mengolah atau mengerjakan. Kata *culture* juga diterjemahkan sebagai ‘kultur’ dalam bahasa Indonesia. Budaya merupakan kata yang sangat sering dikaitkan dengan ilmu antropologi. Konsep ini memang sangat sering digunakan oleh antropologi dan telah tersebar ke masyarakat luas bahwa antropologi bekerja atau meneliti apa yang sering disebut dengan kebudayaan. Seringnya istilah ini digunakan oleh antropologi dalam pekerjaan-pekerjaannya bukan berarti para ahli antropolgi mempunyai pengertian yang sama tentang istilah tersebut. Seorang ahli antropologi yang mencoba mengumpulkan definisi yang pernah dibuat mengatakan ada sekitar 160

definisi kebudayaan yang dibuat oleh para ahli antropologi. Namun, dari sekian banyak definisi tersebut ada suatu persetujuan bersama diantara para ahli antropologi tentang arti dari istilah tersebut. Salah satu definisi kebudayaan dalam antropologi dibuat seorang ahli bernama Ralph Linton yang memberikan defInisi kebudayaan yang berbeda dengan pengertian kebudayaan dalam kehidupan sehari-hari *"Kebudayaan adalah seluruh cara kehidupan dari masyarakat dan tidak hanya mengenai sebagian tata cara hidup saja yang dianggap lebih tinggi dan lebih diinginkan"*. Jadi, kebudayaan menunjuk pada berbagai aspek kehidupan. Istilah ini meliputi cara berlaku, kepercayaan, sikap, dan juga hasil dari kegiatan manusia yang khas untuk suatu masyarakat atau kelompok penduduk tertentu.

Kebudayaan bersifat tidak statis, yang berarti dapat berubah secara cepat atau lambat karena adanya kontak-kontak kebudayaan atau gagasan baru dari luar yang dapat mempercepat atau memperlambat suatu proses perubahan. Hal ini berarti bahwa terjadi proses interaksi antara pranata dasar dari kebudayaan penyandangnya dengan pranata ilmu pengetahuan yang baru akan menghasilkan pengaruh, baik secara langsung ataupun tidak langsung yang mengakibatkan terjadinya perubahan gagasan budaya dan pola perilaku dalam masyarakat secara menyeluruh atau tidak menyeluruh. Hal tersebut berarti bahwa masyarakat penyandang kebudayaan mereka masing-masing akan menghasilkan suatu pandangan atau persepsi yang berbeda tentang suatu pengertian yang sama dan tidak sama dalam konteks penyakit, sehat, dan sakit. Dengan demikian, nampaknya ada kelompok yang lebih menekankan pada terapi adikodrati (personalistik), sedangkan kelompok lainnya pada naturalistik berdasarkan prinsip-prinsip keseimbangan tubuh. Hal ini berarti masyarakat ada yang menekankan pada penjelasan sehat-sakit berdasarkan pemahaman mereka secara etnik pada konsep personalistik maupun naturalistik. Jadi, keanekaragaman persepsi sehat dan sakit itu ditentukan oleh pengetahuan, kepercayaan, nilai, norma kebudayaan masing-masing masyarakat penyandang kebudayaannya masing-masing. Sehubungan dengan hal itu, kebudayaan sebagai konsep dasar, gagasan budaya dapat menjelaskan makna hubungan timbal balik antara gejala-gejala sosial (sosiobudaya) dari penyakit dengan gejala biologis (biobudaya) seperti apa yang dikemukakan oleh Foster dan Anderson.

Kebudayaan dipandang sebagai bagian dari warisan manusia yang lebih banyak diwariskan melalui proses belajar daripada proses bawaan biologis. Akan tetapi, terdapat dua pandangan yang amat berlainan tentang kebudayaan tersebut. E.B. Taylor dan para penulis evolusionis, biasanya memperlakukan kebudayaan sebagai sebagai atribut manusia yang bersifat tunggal dan kumulatif: perkembangan suatu komunitas sebenarnya terjadi sekedar karena mereka menikmati 'kultur' yang lebih baik daripada yang lainnya. Sedangkan, para antropolog Boasnian amat kritis terhadap spekulasi-spekulasi para evolusionis tersebut dan mereka lebih berminat pada masalah-masalah perbedaan di antara berbagai ragam budaya itu sendiri. Bagi Boasnian, kebudayaan merupakan agen perubahan yang sifatnya khusus, yang sekaligus menyebabkan perbedaan di antar populasi-populasi tersebut. Bahkan merupakan penentu utama bagi kesadaran, pengetahuan, dan pemahamannya. Bertolak-belakang dengan para evolusionis, mereka berpendapat bahwa sejarah budaya tidaklah memiliki pola tertentu. Karena sebuah kebudayaan dibentuk oleh kesepakatan-kesepakatan, pertukaran-pertukaran serta perpindahan masyarakat, juga setiap kebudayaan dibentuk oleh latar belakang sejarah dan geografi yang khusus. Maka, tidak ada pola perkembangan yang baku, dan dengan demikian kebudayaan tidak dapat diperingatkan sebagai kebudayaan maju ataupun kurang maju.

Kebudayaan yang ideal datang dari pembentukan manusia itu sendiri dan berasal dari kebutuhan masyarakat. Anggota masyarakat berasal dari organisasi masyarakat, sehingga anggota masyarakat harus mengikuti kebudayaan yang dimiliki oleh organisasi masyarakat tersebut. Sebagai contoh disini digambarkan bahwa kebudayaan yang timbul yang terbentuk oleh golongan kecil adalah masyarakat kapitalis yang berasal dari kebutuhan ekonomi dan akhirnya menciptakan ideologi bisnis, dan filsafat pemerintah yang kemudian membentuk kesatuan nasional. Ide kebudayaan besar timbul dari kebutuhan masyarakat. Walaupun demikian, di dalam pembentukan kebudayaan selalu timbul ketidakcocokan diantara ide yang satu dengan ide lainnya. Meskipun terjadi ketidaksesuaian, hal ini tidak selalu menjadi besar tanpa adanya konflik dan kekerasan dari masyarakat yang ingin membentuk suatu kesamaan kebudayaan. Sebagai konsekuensinya ide-ide kebudayaan selalu saja timbul pada masyarakat kolektif.

Kajian antropologi budaya menafsirkan kebudayaan seharusnya tidak sekedar menekankan pada aspek estetik atau humanis, melainkan juga aspek politik sebagaimana dituliskan oleh John Fiske dalam *British Cultural Studies and Television*. Jadi, obyek studi ini bukanlah membahas tentang kebudayaan dalam pengertian yang sempit (yang sering dikacaukan dengan istilah kesenian atau kegiatan-kegiatan intelektual dan spiritual), namun kebudayaan dalam pengertian seperti dirumuskan dalam oleh Raymond Williamss dalam *The Long Revolution* (1961), yakni sebagai cara hidup tertentu bagi sekelompok orang yang berlaku pada suatu periode tertentu. Dengan demikian, meskipun studi kebudayaan tidak dapat atau tidak perlu direduksi menjadi studi budaya populer, namun studi populer tersebut menjadi inti proyek penelitian dalam kajian-kajian antropologi budaya.

E. KONSEP KEBUDAYAAN

1. Kebudayaan diperoleh dari belajar

Kebudayaan yang dimiliki oleh manusia juga dimiliki dengan cara belajar. Dia tidak diturunkan secara bilogis atau pewarisan melalui unsur genetis. Hal ini perlu ditegaskan untuk membedakan perilaku manusia yang digerakan oleh kebudayaan dengan perilaku mahluk lain yang tingkah lakunya digerakan oleh insting. Ketika baru dilahirkan, semua tingkah laku manusia yang baru lahir tersebut digerakkan olen insting dan naluri. Insting atau naluri ini tidak termasuk dalam kebudayaan, tetapi mempengaruhi kebudayaan. Contohnya adalah kebutuhan akan makan. Makan adalah kebutuhan dasar yang tidak termasuk dalam kebudayaan. Tetapi bagaimana kebutuhan itu dipenuhi; apa yang dimakan, bagaimana cara memakan adalah bagian dari kebudayaan. Semua manusia perlu makan, tetapi kebudayaan yang berbeda dari kelompok-kelompoknya menyebabkan manusia melakukan kegiatan dasar itu dengan cara yang berbeda.

2. Kebudayaan milik Bersama

Suatu kebudayaan dapat dirumuskan sebagai seperangkat kepercayaan, nilai-nilai dan cara berlaku atau kebiasaan yang dipelajari dan yang dimiliki bersama oleh para warga dari suatu kelompok masyarakat. Pengertian masyarakat sendiri dalam Antropologi adalah sekelompok

orang yang tinggal di suatu wilayah dan yang memakai suatu bahasa yang biasanya tidak dimengerti oleh penduduk tetangganya.

3. **Kebudayaan sebagai pola**

   Dalam setiap masyarakat, oleh para anggotanya dikembangkan sejumlah pola-pola budaya yang ideal dan pola-pola ini cenderung diperkuat dengan adanya pembatasan-pembatasan kebudayaan. Pola-pola kebudayaan yang ideal itu memuat hal-hal yang oleh sebagian besar dari masyarakat tersebut diakui sebagai kewajiban yang harus dilakukan dalam keadaan-keadaan tertentu. Pola-pola inilah yang sering disebut dengan norma-norma. Sebagian dari pola-pola yang ideal tersebut dalam kenyataannya berbeda dengan perilaku sebenarnya karena pola-pola tersebut telah dikesampingkan oleh cara-cara yang dibiasakan oleh masyarakat.

4. **Kebudayaan bersifat dinamis dan adaptif**

   Pada umumnya kebudayaan dikatakan bersifat adaptif, karena kebudayaan melengkapi manusia dengan cara-cara penyesuaian diri pada kebutuhan-kebutuhan fisiologis dari badan mereka, dan penyesuaian pada lingkungan yang bersifat fisik-geografis maupun pada lingkungan sosialnya. Banyak cara yang wajar dalam hubungan tertentu pada suatu kelompok masyarakat memberi kesan janggal pada kelompok masyarakat yang lain, tetapi jika dipandang dari hubungan masyarakat tersebut dengan lingkungannya, baru hubungan tersebut dapat lebih mudah untuk dipahami. Misalnya, orang akan heran kenapa harus ada pantangan-pantangan pergaulan seks pada masyarakat tertentu pada kaum ibu sesudah melahirkan anaknya sampai anak tersebut mencapai usia tertentu. Bagi orang di luar kebudayaan tersebut, pantangan tersebut sulit untuk dimengerti, namun bagi masyarakat pendukung kebudayaan yang melakukan pantangan-pantangan seperti itu, hal tersebut mungkin merupakan suatu cara menyesuaikan diri pada lingkungan fisik dimana mereka berada. Mungkin daerah dimana mereka tinggal tidak terlalu mudah memenuhi kebutuhan makan mereka, sehingga sebagai strategi memberikan gizi yang cukup bagi anak dibuatlah pantangan-pantangan tersebut. Hal ini nampaknya merupakan hal yang sepele, namun sebenarnya merupakan suatu pencapaian luar biasa dari kelompok

masyarakat tersebut untuk mampu memahami lingkungannya dan berinteraksi dengan cara melakukan pantangan-pantangan tersebut.

F. KONSEP DAN SYARAT MASYARAKAT

Masyarakat merupakan suatu perwujudan kehidupan bersama manusia. Dalam masyarakat, berlangsung proses kehidupan sosial, proses antar hubungan dan antar aksi. Dengan demikian, masyarakat dapat diartikan sebagai wadah atau medan tempat berlangsungnya antar aksi warga masyarakat tersebut. Masyarakat dapat mempunyai arti yang luas dan sempit. Dalam arti luas, masyarakat adalah keseluruhan hubungan-hubungan dalam hidup bersama dan tidak dibatasi oleh lingkungan, bangsa dan sebagainya. Atau dengan kata lain kebulatan dari semua perhubungan dalam hidup bermasyarakat. Dalam arti sempit, masyarakat adalah sekelompok manusia yang dibatasi oleh aspek-aspek tertentu, misalnya teritorial, bangsa, golongan dan sebagainya. Masyarakat harus mempunyai syarat-syarat berikut ini:

1. Harus ada pengumpulan manusia dan harus banyak, bukan pengumpulan binatang.
2. Telah bertempat tinggal dalam waktu yang lama disuatu daerah tertentu.
3. Adanya aturan-aturan atau undang-undang yang mengatur mereka untuk menuju pada kepentingan dan tujuan bersama.

G. SOSIAL DAN BUDAYA MASYARAKAT INDONESIA

Sosial berarti segala sesuatu yang berkaitan dengan sistem hidup bersama atau hidup bermasyarakat dari orang atau sekelompok orang yang didalamnya sudahtercakup struktur, organisasi, nilai-nilai sosial, dan aspirasi hidup serta cara mencapainya. Budaya berarti cara atau sikap hidup manusia dalam hubungannya secara timbalbalik dengan alam dan lingkungan hidupnya yang didalamnya tercakup pulasegala hasil dari cipta, rasa, karsa, dan karya, baik yang fisik materil maupun yang psikologis, idiil, dan spiritual. Kehidupan masyarakat sebagai sistem sosial dan budaya dipandang sebagai suatu sistem atau sistem sosial, yaitu suatu keseluruhan bagian atau unsur-unsur yang saling berhubungan dalam suatu kesatuan. Koentjaraningrat (2002) membagi budaya menjadi 7 unsur: yakni sistem religi dan upacara keagamaan, sistem

dan organisasi kemasyarakatan, sistem pengetahuan, bahasa, kesenian, sistem mata pencaharian hidup dan sistem teknologi dan peralatan. Ketujuh unsur itulah yang membentuk budaya secara keseluruhan.

Pada dasarnya, masyarakat Indonesia sebagai suatu kesatuan telah lahir jauh sebelum lahirnya (secara formal) masyarakat Indonesia. Peristiwa sumpah pemuda antara lain merupakan bukti yang jelas. Peristiwa ini merupakan suatu konsensus nasional yang mampu membuat masyarakat Indonesia terintegrasi di atas gagasan Bhineka Tunggal Ika. Masyarakat indonesia adalah masyarakat majemuk, yang hidup tersebar diseluruh tanah air, yang memiliki berbagai macam ragam budaya. Sehingga menimbulkan keanekaragaman institusi dalam masyarakat. Masyarakat mempunyai bentuk-bentuk struktural, yang dinamakan struktur sosial. Struktur sosial ini bersifat statis dan bentuk dinamika masyarakat disebut proses sosial dan perubahan-perubahan sosial. Masyarakat yang mempunyai bentuk-bentuk strukturalnya tentu mengalami pola-pola perilaku yang berbeda-beda juga tergantung dengan situasi yang dihadapi masyarakat tersebut. Perubahan dan perkembangan masyarakat yang mengarah pada suatu dinamika sosial bermula dari masyarakat tersebut melakukan suatu komunikasi dengan masyarakat lain, mereka membina hubungan baik itu berupa perorangan atau kelompok sosial. Tetapi sebelum suatu hubungan dapat terjadi perlu adanya suatu proses berkaitan dengan nilai-nilai sosial dan budaya dalam masyarakat.

Sistem sosial budaya merupakan konsep untuk menelaah asumsi-asumsi dasar dalam kehidupan masyarakat. Pemberian makna konsep sistem sosial budaya dianggap penting karena tidak hanya untuk menjelaskan apa yang dimaksud dengan sistem sosial budaya itu sendiri tetapi memberikan eksplanasi deskripsinya melalui kenyataan di dalam kehidupan masyarakat. Kehidupan masyarakat dipandang sebagai suatu sistem atau sistem sosial, yaitu suatu keseluruhan bagian atau unsur-unsur yang saling berhubungan dalam suatu kesatuan. Masyarakat Indonesia terdiri dari berbagai macam suku yang tersebar di penjuru Nusantara. Masing-masing suku memiliki watak dan karakter masing-masing. Indonesia merupakan negara yang memiliki beragam kultur dan etnik dalam kesatuan Republik Indonesia dengan semboyan “Bhinneka Tunggal Ika”. Dengan perbedaan ini bangsa Indonesia kaya akan kultur (budaya) dan etnik, dari berbagai suku dan ras yang ada.

Perbedaan ini menimbulkan watak atau karakter dari masing-masing suku dan ras.

H. HUBUNGAN ILMU ANTROPOLOGI DENGAN BERBAGAI BIDANG ILMU LAINNYA

Dari pembagian antropologi secara umum tersebut, terdapat lima cabang atau bagian keilmuan, antara lain:

1. **Paleo-antropologi**

   Merupakan cabang ilmu yang terbentuk dari kombinasi paleontologi dan antropologi. Ilmu ini mempelajari asal-usul dan evolusi manusia dengan menggunakan sisa-sisa tubuh yang telah membatu atau fosil-fosil manusia zaman dahulu yang tersimpan dalam lapisan-lapisan bumi. Untuk mendapatkannya, peneliti harus melakukan berbagai metode penggalian.

2. **Antropologi fisik dalam arti khusus**

   Merupakan cabang dari ilmu antropologi yang mencoba mencapai suatu pengertian tentang sejarah terjadinya beragam manusia dipandang dari sudut ciri-ciri tubuhnya. Bahan penelitiannya adalah ciri-ciri tubuh, baik yang lahir (fenotipe) maupun yang dalam (genotipe). Bahan ciri-ciri lahir seperti warna kulit, warna dan bentuk rambut, indeks tengkorak, bentuk muka, warna mata, bentuk hidung, tinggi dan bentuk tubuh. Ciri-ciri dalam misalnya frekuensi golongan darah. Manusia dengan ciri yang sama akan dikelompokkan. Pengelompokan manusia seperti ini dalam ilmu antropologi disebut "ras". Dalam hal ini terdapat pula istilah Somatologi, yakni ilmu yang mempelajari keberagaman ras manusia dengan ciri-ciri fisik.

3. **Etnolinguistik atau antropologi linguistic**

   Merupakan suatu cabang ilmu yang asal-mulanya berkaitan erat dengan ilmu antropologi. Penelitiannya berupa daftar kata-kata, pelukisan tentang ciri dan tata bahasa, dan beratus-ratus bahasa suku bangsa yang terkumpul bersama-sama dengan bahan kebudayaan suku bangsa. Dari bahan tersebut berkembanglah berbagai macam metode analisis kebudayaan yang berhubungan dengan bahasa. Etnolinguistik menganggap manusia adalah mahkluk yang dapat berbahasa dan

berbicara untuk berkomunikasi dengan manusia lainnya. Manusia adalah satu-satunya makhluk yang dapat mengembangkan sistem komunikasi berupa lambang atau simbol yang begitu kompleks karena manusia memiliki kemampuan bernalar.

4. **Prehistori**

   Merupakan cabang ilmu yang mempelajari sejarah perkembangan dan penyebaran kebudayaan manusia di bumi sebelum manusia mengenal huruf. Dalam ilmu sejarah, perkembangan kebudayaan umat manusia dimulai sejak manusia itu ada, yakni sekitar 800.000 tahun yang lalu. Masa umat manusia itu pun dibagi dua, yakni masa sebelum manusia mengenal huruf dan masa setelah manusia mengenal huruf.

5. **Etnologi**

   Merupakan cabang ilmu dari antropologi yang mencoba mencapai pengertian mengenai asas-asas manusia, dengan mempelajari kebudayaan-kebudayaan dalam kehidupan masyarakat dari berbagai bangsa. Etnologi terbagi dalam dua golongan. Pertama, golongan yang menekankan pada bidang diakronis atau pendekatan yang dilakukan dengan melihat perkembangan sepanjang waktu. Kedua, golongan yang menekankan pada bidang sinkronis atau pendekatan yang hanya melihat peristiwa pada suatu waktu tertentu dari kebudayaan umat manusia. Dalam etnologi juga dikenal metode *descriptive integration*. Metode ini melihat etnografi sebagai sebuah bagian dari etnologi dan memiliki peran lebih di dalamnya. *Descriptive integration* selalu membahas tentang sejarah perkembangan satu daerah tertentu. Ada pula metode *generalizing approach*, yang ditujukan untuk mencari asas persamaan beragam masyarakat dari kelompok-kelompok manusia. Dalam metode ini, pengertian tentang asas-asas masyarakat dan kebudayaan manusia dicapai melalui sifat keragamannya. Metode ini juga sering disebut antropologi sosial.

Pada dasarnya, ilmu antropologi serta sub-sub ilmunya juga memiliki hubungan yang sangat erat dengan banyak ilmu lainnya. Hubungan tersebut biasanya berupa hubungan timbal balik. Antropologi membutuhkan bantuan hasil kajian-kajian dari ilmu-ilmu lainnya, begitu pula sebaliknya. Dengan saling berkolaborasi dan saling melengkapi informasi yang dibutuhkan,

pencapaian masing-masing ilmu pun dapat terwujud. Beberapa contoh hubungan antara antropologi dengan ilmu yang lain adalah sebagai berikut:

1. **Antropologi dan ilmu geologi**

   Cabang ilmu antropologi yakni paleo-antropologi dan prehistori membutuhkan ilmu geologi yang mempelajari ciri-ciri lapisan bumi serta perubahannya. Dengan bantuan ilmu geologi, para ahli paleo-antropologi dan prehistori dapat dengan mudah menentukan umur relatif dari fosil manusia zaman dulu, atau usia artefak dan bekas kebudayaan yang telah tertimbun lapisan bumi.

2. **Antropologi dan ilmu geografi**

   Geografi atau ilmu bumi adalah ilmu yang mencoba memahami hal-hal tentang alam dunia serta ciri-ciri dari segala macam bentuk hidup yang menduduki muka bumi. Baik flora dan fauna, maupun manusia dengan beragam rupa dan sifatnya. Karena antropologi adalah satu-satunya ilmu yang mampu menyelami beragam masalah manusia, maka tentu ilmu geografi tidak dapat begitu saja mengabaikan ilmu antropologi. Sebaliknya, antropologi pun membutuhkan pengertian tentang geografi, karena banyak masalah kebudayaan manusia yang menyangkut keadaan lingkungan alamnya.

3. **Antropologi dan ilmu hukum**

   Antropologi telah dianggap penting bagi para ahli hukum, khususnya untuk menyelami latar belakang kehidupan hukum adat berbagai daerah. Hal ini dikarenakan keberadaan hukum adat tidak termaktub dalam kitab undang-undang. Hukum adat hidup dari berbagai permasalahan yang berasal dari aktivitas masyarakat. Sebaliknya, antropologi membutuhkan peran ilmu hukum karena hukum adalah salah satu sistem pengendali sosial.

4. **Antropologi dan ilmu anatomi**

   Ilmu anatomi mempelajari ciri dari berbagai bagian kerangka manusia, bagian tengkorak, dan ciri-ciri bagian tubuh manusia pada umumnya. Ilmu ini dapat menjadi acuan bagi cabang ilmu antropologi fisik untuk mendapat pengertian tentang asal muasal dan penyebaran manusia serta hubungan antarras di dunia.

5. **Antropologi dan ilmu politik**

   Hubungan kedua ilmu ini ialah hubungan antara kekuatan serta proses politik berbagai negara dan berbagai macam sistem pemerintahan, dengan masalah-masalah sosial budaya dari kekuatan-kekuatan politik tersebut. Ilmu antropologi juga dibutuhkan para peneliti ilmu politik untuk memahami latar belakang dan adat istiadat tradisional dari suku bangsa, ataupun untuk dapat mengerti tingkah laku partai politik maupun politikus.

6. **Antropologi dan ilmu ekonomi**

   Di banyak negara yang jumlah penduduk desanya lebih banyak daripada penduduk kotanya, kekuatan, proses, dan hukum-hukum ekonomi menjadi hal yang lebih dominan dalam aktivitas ekonomi masyarakat. Hal itu sangat dipengaruhi oleh sistem kemasyarakatan, cara berpikir, pandangan dan sikap hidup dari warga masyarakat pedesaan. Dengan demikian, pembangunan ekonomi di negara-negara seperti itu akan memerlukan bahan komparatif. Misalnya mengenai sikap terhadap kerja, sistem gotong royong, sikap terhadap kekayaan. Dalam hal mengumpulkan bahan komparatif seperti itu, ilmu antropologi sangat dibutuhkan.

7. **Antropologi dan ilmu administrasi**

   Ilmu administrasi di Indonesia menghadapi masalah-masalah yang sama dengan ilmu ekonomi. Bahan-bahan keterangan tentang masalah yang berhubungan dengan agraria sudah menjadi sebuah kompleksitas tersendiri dan menjadi masalah yang penting dalam ilmu administrasi. Untuk mendapatkan keterangan masalah tersebut, dibutuhkan metode dalam antropologi.

8. **Antropologi dan ilmu kesehatan masyarakat**

   Guna mewujudkan kesehatan masyarakat seperti yang diharapkan, dibutuhkan data-data pendukung. Mulai dari konsepsi dan sikap penduduk tentang kesehatan, tentang sakit, terhadap dukun, terhadap obat-obatan tradisional, terhadap kebiasaan, hingga pantangan makan, dan sebagainya. Untuk mendapatkan semua data tersebut, ilmu kesehatan masyarakat membutuhkan ilmu antropologi. Misalnya, untuk memberikan informasi kepada dokter dan petugas kesehatan tentang

keragaman kebudayaan, metode-metode dan cara-cara untuk segera menyesuaikan diri dengan kebudayaan dan adat istiadat masyarakat.

9. Pendekatan Ilmu Antropologi Dalam Ilmu Kesehatan

Mengacu pada esensi budaya, nilai budaya sehat merupakan bagian yang tidak terpisahkan akan keberadaanya sebagai upaya mewujudkan hidup sehat. Budaya hidup sehat pun telah menjadi bagian dari budaya manusia yang ditemukan secara universal. Dari budaya pula, hidup sehat dapat ditelusuri, yaitu melalui komponen pemahanan tentang sehat, sakit, derita akibat penyakit, cacat dan kematian. Beragam nilai masyarakat yang dilaksanakan dan diyakini, serta kebudayaan dan teknologi yang berkembang, juga dapat menjadi acuan menelusuri pola hidup sehat.

Dalam ilmu kesehatan, antropologi memiliki peran yang cukup penting. Dengan mengombinasikan antropologi dengan ilmu kesehatan, diperoleh berbagai manfaat bagi praktik ilmu kesehatan itu sendiri. Kombinasi tersebut juga diharapkan mampu mengatasi berbagai persoalan kesehatan yang ada di tengah masyarakat. Hal itu diupayakan demi terwujudnya kesejahteraan masyarakat. Beberapa manfaat yang diperoleh dengan dihubungkannya antropologi dengan ilmu kesehatan antara lain:

a. Antropologi sangat dibutuhkan dalam merancang sistem pelayanan kesehatan modern yang dapat diterima masyarakat tradisional.
b. Dengan antropologi, petugas kesehatan dapat merumuskan program perilaku sehat dan pemberdayaan masyarakat.
c. Penanganan kebiasaan buruk yang menyebabkan sakit dapat dilakukan dengan lebih mudah dan tepat.
d. Pengetahuan dalam antropologi dapat memberikan masukan ilmu pengetahuan dan teknologi untuk menunjang pembangunan kesehatan, mendukung perumusan kebijakan masalah kesehatan, dan mengatasi kendala dalam pelaksanaan program kesehatan melalui pendekatan kebudayaan.
e. Antropologi memberikan suatu cara untuk memandang masyarakat secara keseluruhan, termasuk individualnya Dimana cara pandang yang tepat dapat meningkatkan kesejahteraan suatu masyarakat dengan tetap pula dengan bertumpu pada akar kepribadian masyarakat yang terbangun.

f. Memberikan suatu model yang secara operasional berguna untuk menguraikan proses sosial budaya di bidang kesehatan.
g. Sumbangan terhadap metode penelitian dan hasil penelitian, baik dalam merumuskan suatu pendekatan yang tepat maupun membantu analisis dan interprestasi hasil tentang suatu kondisi yang ada di masyatakat.

Dapat disimpulkan, manfaat antropologi bagi dunia kesehatan adalah sebagai sarana untuk berkomunikasi dan berinteraksi. Interaksi dapat dilakukan antara petugas kesehatan dengan pasien, petugas kesehatan dengan keluarga pasien, atau antarpetugas dengan sesama profesi kesehatan. Pengetahuan tentang budaya suatu penduduk penting kaitannya dengan petugas kesehatan. Tujuannya, agar seorang petugas kesehatan selalu memperhatikan budayasuatu penduduk dalam interaksi terapeutiknya dan dalam rangka menyukseskan program kesehatan. Dengan pemahaman budaya, penyelesaian kasus kesehatan di masyarakat pun dapat dilakukan karena lebih banyak dipengaruhi oleh budaya setempat. Selain dapat mempermudah penanganan kasus karena dapat diterima oleh klien dengan baik, klien juga akan merasa lebih familier dengan petugas kesehatan. Pada masyarakat awam misalnya, akan sangat senang bila dipanggil dengan sebutan yang biasa mereka gunakan keseharian, terutama untuk orang tua. Selain sebagai rasa menghormati, penggunaan panggilan seperti kebiasaan masyarakat juga akan terdengar lebih akrab. Pembuka percakapan dengan sebutan yang akrab itulah yang dapat menjadikan interaksi selanjutnya menjadi lebih lancar.

I. MANFAAT PETUGAS KESEHATAN MEMPELAJARI KEBUDAYAAN

1. Didalam semua religi atau agama, ada kepercayaan tertentu yang berkaitan dengan kesehatan, gizi, dan lain-lain. Misal: orang yang beragama Islam tidak makan babi, sehingga dalam rangka memperbaiki status gizi, seorang petugas kesehatan dapat menganjurkan makanan lain yang bergizi yang tidak bertentangan dengan agamanya.

2. Dengan mempelajari organisasi masyarakat, maka petugas kesehatan akan mengetahui organisasi apa saja yang ada di masyarakat, kelompok mana yang berkuasa, kelompok mana yang menjadi panutan, dan tokoh mana yang disegani. Sehingga dapat dijadikan strategi pendekatan yang lebih tepat dalam upaya mengubah perilaku kesehatan masyarakat.
3. Petugas kesehatan juga perlu mengetahui pengetahuan masyarakat tentang kesehatan. Dengan mengetahui pengetahuan masyarakat maka petugas kesehatan akan mengetahui mana yang perlu ditingkatkan, diubah dan pengetahuan mana yang perlu dilestarikan dalam memperbaiki status kesehatan.
4. Petugas kesehatan juga perlu mempelajari bahasa lokal agar lebih mudah berkomunikasi, menambah rasa kedekatan, rasa kepemilikan bersama dan rasa persaudaraan.
5. Selain itu perlu juga mempelajari tentang kesenian dimasyarakat setempat. Karena petugas kesehatan dapat memanfaatkan kesenian yang ada dimasyarakat untuk menyampaikan pesan kesehatan.
6. Sistem mata pencaharian juga perlu dipelajari karena sistem mata pencaharian ada kaitannya dengan pola penyakit yang diderita oleh masyarakat tersebut.
7. Teknologi dan peralatan masyarakat setempat. Masyarakat akan lebih mudah menerima pesan yang disampaikan petugas jika petugas menggunakan teknologi dan peralatan yang dikenal masyarakat.

J. ASPEK SOSIAL DAN BUDAYA YANG MEMPENGARUHI STATUS KESEHATAN DAN PERILAKU KESEHATAN

Ada beberapa aspek sosial yang mempengaruhi status kesehatan antara lain adalah:

1. Umur

Jika dilihat dari golongan umur maka ada perbedaan pola penyakit berdasarkan golongan umur. Misalnya balita lebih banyak menderita penyakit infeksi, sedangkan golongan usia lebih tua banyak menderita penyakit kronis seperti hipertensi, penyakit jantung koroner, kanker, dan lain-lain.

2. **Jenis kelamin**

   Perbedaan jenis kelamin akan menghasilkan penyakit yang berbeda pula. Misalnya dikalangan wanita lebih banyak menderita kanker payudara, sedangkan laki-laki banyak menderita kanker prostat.

3. **Pekerjaan**

   Ada hubungan antara jenis pekerjaan dengan pola penyakit. Misalnya dikalangan petani banyak yang menderita penyakit cacing akibat kerja yang banyak dilakukan di sawah dengan lingkungan yang banyak cacing. Sebaliknya buruh yang bekerja diindustri, misal di pabrik tekstil banyak yang menderita penyakit saluran pernapasan karena banyak terpapar dengan debu.

4. **Sosial ekonomi**

   Keadaan sosial ekonomi juga berpengaruh pada pola penyakit. Misalnya penderita obesitas lebih banyak ditemukan pada golongan masyarakat yang berstatus ekonomi tinggi, dan sebaliknya malnutrisi lebih banyak ditemukan dikalangan masyarakat yang status ekonominya rendah.

Menurut G.M. Foster (1973), aspek budaya dapat mempengaruhi kesehatan antara lain:

1. **Pengaruh tradisi**

   Ada beberapa tradisi didalam masyarakat yang dapat berpengaruh negatif terhadap kesehatan masyarakat.

2. **Sikap fatalistis**

   Hal lain adalah sikap fatalistis yang juga mempengaruhi perilaku kesehatan. Contoh : Beberapa anggota masyarakat dikalangan kelompok tertentu (fanatik) yang beragama islam percaya bahwa anak adalah titipan Tuhan, dan sakit atau mati adalah takdir, sehingga masyarakat kurang berusaha untuk segera mencari pertolongan pengobatan bagi anaknya yang sakit.

3. **Sikap ethnosentris**

   Sikap yang memandang kebudayaan sendiri yang paling baik jika dibandingkan dengan kebudayaan pihak lainnya.

4. **Pengaruh perasaan bangga pada statusnya**

   Contoh: Dalam upaya perbaikan gizi, disuatu daerah pedesaan tertentu, menolak untuk makan daun singkong, walaupun mereka tahu kandungan vitaminnya tinggi. Setelah diselidiki ternyata masyarakat bernaggapan

daun singkong hanya pantas untuk makanan kambing, dan mereka menolaknya karena status mereka tidak dapat disamakan dengan kambing.

5. **Pengaruh norma**

   Contoh: upaya untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi banyak mengalami hambatan karena ada norma yang melarang hubungan antara dokter yang memberikan pelayanan dengan bumil sebagai pengguna pelayanan.

6. **Pengaruh nilai**

   Nilai yang berlaku didalam masyarakat berpengaruh terhadap perilaku kesehatan. Contoh: masyarakat memandang lebih bergengsi beras putih daripada beras merah, padahal mereka mengetahui bahwa vitamin B1 lebih tinggi diberas merah daripada diberas putih.

7. **Pengaruh unsur budaya yang dipelajari pada tingkat awal dari proses sosialisasi terhadap perilaku Kesehatan**

   Kebiasaan yang ditanamkan sejak kecil akan berpengaruh terhadap kebiasaan pada seseorang ketika ia dewasa. Misalnya saja, manusia yang biasa makan nasi sejak kecil, akan sulit diubah kebiasaan makannya setelah dewasa.

8. **Pengaruh konsekuensi dari inovasi terhadap perilaku Kesehatan**

   Apabila seorang petugas kesehatan ingin melakukan perubahan perilaku kesehatan masyarakat, maka yang harus dipikirkan adalah konsekuensi apa yang akan terjadi jika melakukan perubahan, menganalisis faktor-faktor yang terlibat/berpengaruh pada perubahan, dan berusaha untuk memprediksi tentang apa yang akan terjadi dengan perubahan tersebut.

K. PARADIGMA KEBIDANAN

Bidan dalam bekerja memberikan pelayanan keprofesiannya berpegang pada paradigma, berupa pandangan terhadap manusia/ perempuan, lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan/ kebidanan dan keturunan.

1. **Perempuan**

   Perempuan sebagai penerus generasi, sehingga keberadaan perempuan yang sehat jasmani, rohani, dan sosial sangat diperlukan. Perempuan sebagai sumber daya insani merupakan pendidik pertama dan utama

dalam keluarga. Kualitas manusia sangat ditentukan oleh keberadaan/ kondisi perempuan/ Ibu dalam keluarga.

2. **Lingkungan**

   Lingkungan merupakan semua yang terlibat dalam interaksi individu pada waktu melaksanakan aktifitasnya, baik lingkungan fisik, psikososial, biologis maupun budaya. Lingkungan psikososial meliputi keluarga, kelompok, komunitas dan masyarakat.

3. **Perilaku**

   Perilaku merupakan hasil seluruh pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya, yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan.

4. **Pelayanan Kebidanan**

   Pelayanan kebidanan adalah bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan yang telah terdaftar (teregister) yang dapat dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau rujukan. Sasaran pelayanan kebidanan adalah individu, keluarga, dan masyarakat yang meliputi upaya peningkatan, pencegahan, penyembuhan dan pemulihan. Pelayanan kebidanan dapat dibedakan menjadi:

   a. Layanan primer ialah layanan bidan yang sepenuhnya menjadi tanggung jawab bidan.
   b. Layanan kolaborasi adalah layanan yang dilakukan oleh bidan sebagai anggota tim yang kegiatannya dilakukan secara bersamaan atau sebagai salah satu dari sebuah proses kegiatan pelayanan kesehatan.
   c. Layanan rujukan adalah layanan yang dilakukan oleh bidan dalam rangka rujukan ke sistem layanan yang lebih tinggi atau sebaliknya yaitu pelayanan yang dilakukan oleh bidan dalam menerima rujukan dari dukun yang menolong persalinan, juga layanan yang dilakukan oleh bidan ke tempat/ fasilitas pelayanan kesehatan lain secara horizontal maupun vertikal atau meningkatkan keamanan dan kesejahteraan ibu serta bayinya.

5. **Keturunan**

   Keturunan merupakan salah satu faktor yang menentukan kualitas manusia. Manusia yang sehat dilahirkan oleh ibu yang sehat.

L. PENDEKATAN ILMU ANTROPOLOGI DALAM PRAKTIK KEBIDANAN

Kebidanan (*Midwifery*) merupakan ilmu yang terbentuk dari sintesa berbagai disiplin Ilmu (multi disiplin) yang terkait dengan pelayanan kebidanan meliputi ilmu kedokteran, ilmu keperawatan, ilmu sosial, ilmu perilaku, ilmu budaya, ilmu kesehatan masyarakat, dan ilmu manajemen untuk dapat memberikan pelayanan kepada ibu dari masa pra konsepsi, masa hamil, ibu bersalin/ post-partum, bayi baru lahir. Pelayanan tersebut meliputi pendeteksian keadaan abnormal pada ibu dan anak, melaksanakan konseling dan pendidikan kesehatan terhadap individu, keluarga dan masyarakat.

Berdasarkan Filosofi kebidanan menurut Kepmenkes 369/Menkes/SK.III/2007, dalam menjalankan perannya bidan memiliki keyakinan yang dijadikan panduan dalam memberikan asuhan. Keyakinan tersebut meliputi bahwa Bidan berkeyakinan bahwa setiap individu berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman dan memuaskan sesuai dengan kebutuhan dan perbedaan kebudayaan. Bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan keterampilan dari ilmu-ilmu sosial, kesehatan masyarakat dan etik yang membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya, untuk wanita, bayi baru lahir dan keluarganya. Hal tersebut sejalan dengan lahirnya kompetensi bidan di Indonesia yang tidak terlepas dari Permenkes 572 Tahun 1996 tentang Registrasi Praktik Bidan, kompetensi bidan yang disusun oleh ICM pada Februari 1999, kompetensi bidan Indonesia yang disahkan pada KONAS IBI XII di Denpasar Bali, Peraturan Kepmenkes RI No. 900/Menkes/SK/II/2002 tentang kewenangan praktik bidan dan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 369/Menkes/SK/III/2007 Tentang Standar Profesi Bidan, tepatnya pada pernyataan kompetensi 1 (pengetahuan umum, keterampilan dan perilaku yang berhubungan dengan ilmu-ilmu sosial, kesehatan masyarakat dan kesehatan profesional). Berdasarkan pernyataan kompetensi 1, pada rumusan "Pengetahuan dan Keterampilan Dasar" yang harus dimiliki oleh Bidan adalah tentang kebudayaan dasar masyarakat di Indonesia.

Sosial budaya dibangun oleh konstruksi sosial dan dipengaruhi oleh ilmu pengetahuan dan teknologi. Salah satu perilaku profesional Bidan adalah menghargai budaya setempat berhubungan dengan praktek kesehatan, kehamilan, kelahiran, periode pasca persalinan, bayi baru lahir dan anak.

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya dan pelayanan menyeluruh di masyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan dan kesiapan menjadi orangtua. Misalnya, terkait dengan norma dan praktik budaya dalam kehidupan seksualitas serta kemampuan bereproduksi, memberikan pelayanan KB yang tersedia sesuai kewenangan dan budaya masyarakat.

Seorang Bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan harus senantiasa memenuhi standar asuhan kebidanan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 938/Menkes/SK/VIII/2007. Pelayanan seorang Bidan dalam memberikan asuhan juga memerhatikan aspek sosial-budaya kliennya yang masuk dalam Standar I: Pengkajian- Kriteria Pengkajian: Terdiri dari data subyektif (hasil anamnesa, biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya), dan Standar III: Perencanaan – Kriteria Perencanaan (mempertimbangkan kondisi psikologi dan sosial budaya klien / keluarga).

Macam-macam pendekatan sosial dan budaya dalam praktik kebidanan di komunitas:

1. **Agama**

   Salah satu pendekatan sosial budaya dalam praktik kebidanan yaitu agama. Contoh: Bidan dapat melakukan pendekatan dengan dasar pandangan islam terhadap KB. Ada dua pendapat mengenai hal tersebut yaitu memperbolehkan dan melarang penggunaan alat kontrasepsi.

2. **Paguyuban**

   Pendekatan paguyuban yang dapat dilakukan oleh bidan seperti:

   a. Mengadakan pendekatan dengan pamong desa yaitu untuk mengajak masyarakat untuk memanfaatkan posyandu dengan giat.
   b. Mengadakan penyuluhan kesehatan tentang balita, imunisasi, KB, dan lain-lain.
   c. Bekerja sama dengan pamong desa untuk mendatangi ibu yang memiliki bayi untuk dilakukan imunisasi.

3. **Kesenian tradisional**

   a. Kesenian sebagai media penyuluhan kesehatan (dalam penyuluhan kesehatan maupun dalam praktik kebidanan, seni dapat digunakan sebagai media dalam melakukan pendekatan kepada masyarakat).

b. Seorang petugas dapat menyelipkan pesan-pesan kesehatan didalamnya, misalnya dengan kesenian wayang kulit (melalui pertunjukan ini diselipkan pesan-pesan kesehatan yang ditampilkan di awal pertunjukan dan pada akhir pertunjukan, dapat diisi dengan pertanyaan-pertanyaan yang berkaitan dengan pesan-pesan yang telah disampaikan di awal pertunjukan atau pertanyaan–pertanyaan yang diberikan oleh penonton.
c. Menciptakan lagu-lagu berisikan tentang permasalahan kesehatan dalam bahasa daerah setempat.

M. ASPEK PERILAKU IBU, KELUARGA DAN MASYARAKAT MEMPENGARUHI KESEHATAN IBU HAMIL

Aspek perilaku ibu di pengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya yaitu:

1. Usia

Usia ibu yang terlalu kecil (< 20 tahun) secara fisik dan psikologi kondisi ibu masih belum matang, sedangkan usia > 35 tahun ibu sudah memiliki banyak kekurangan baik dari fisik yang mudah lelah dan psikologi karena beban yang semakin banyak.

2. Pendidikan

Pendidikan mempengaruhi seseorang untuk bertindak dan mencari penyebab serta solusi dalam hidupnya. Pendidikan tinggi ibu biasanya akan bertindak lebih rasional daripada ibu yang pendidikan rendah.

3. Psikologis

Selama kehamilan terjadi perubahan psikologi ibu dan emosional. Jika psikologis ibu menerima kehamilannya maka ibu akan menjaga dan memenuhi kebutuhan kehamilannya.

4. Pengetahuan

Pengetahuan ibu tentang kehamilan sangat mempengaruhi sikap ibu dalam memenuhi kebutuhan kehamilannya misalnya tentang asupan gizi ibu hamil.

Aspek perilaku keluarga dan masyarakat:

1. **Dukungan keluarga**

   Kehamilan melibatkan seluruh anggota keluarga karena nantinya akan hadir seorang anggota keluarga baru sehingga berpotensi terjadi perubahan hubungan dalam keluarga

2. **Dukungan suami**

   Respon suami tehadap kehamilan istri (memberikan ketenangan batin dan perasaan senang dalam diri istri). Bentuk dukungan suami kepada istri:

   a. Dukungan psikologi. Contoh: ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian seperti menemani istri saat periksa hamil.
   b. Dukungan sosial. Dukungan yang bersifat nyata dan dalam bentuk materi. Contoh: persiapan finansial khusus untuk persalinan.
   c. Dukungan informasi. Contoh: mencari informasi mengenai kehamilan, dengan ini akan menjaga kesehatan, kejiwaan istri agar tetap stabil, tenang dan bahagia.
   d. Dukungan lingkungan. Contoh: membantu pekerjaan istri.

N. PERMASALAHAN SOSIAL-BUDAYA: KESETARAAN GENDER DAN PERAN BIDAN DALAM KDRT

Kesetaraan gender adalah suatu keadaan dimana perempuan dan laki-laki menikmati status dan kondisi yang sama untuk merealisasikan hak asasinya secara penuh dan sama-sama berpotensi daam menyumbangkan pembangunan. Perempuan yang sehat, berpendidikan, berdaya, akan memiliki anak-anak perempuan dan laki-laki yang sehat, berpendidikan dan percaya diri. Pengaruh perempuan yang sangat besar dalam rumah tangga telah memperlihatkan dampak yang positif pada gizi, perawatan kesehatan dan pendidikan anak-anak. Suatu paradigma baru diperukan untuk memberikan kerangka dan menjelaskan hubungan antara perempuan dan laki-laki diberbagai lapisan masyarakat. Strategi-strategi untuk perubahan diperlukan yaitu bagaimana melakukan perubahan hubungan antara perempuan dan laki-laki yang *responsive gender*, sehingga terwujudnya kesetaraan dan keadilan gender.

KDRT (Kekerasan Dalam Rumah Tangga) merupakan segala bentuk tindak kekerasan yang dilakukan oleh suami terhadap istri yang berakibat menyakiti secara fisik, psikis, seksual dan ekonomi, termasuk ancaman, perampasan kebebasan yang terjadi dalam rumah tangga atau keluarga. Dampak dari terjadinya KDRT adalah sebagai berikut:

1. **Terhadap wanita**
   a. Ketakutan dan kecemasan, hilangnya rasa percaya diri, hilang kemampuan untuk bertindak dan rasa tak berdaya.
   b. Kematian.
   c. Trauma fisik berat: memar, patah tulang, cacat.
   d. Trauma fisik terhadap kehamilan yang berisiko terhadap ibu dan janin.
   e. Kehilangan akal sehat atau gangguan kesehatan jiwa.
   f. Paranoid (curiga terus menerus dan tidak percaya dengan orang lain).
   g. Ganggguan psikis berat (depresi, sulit tidur, mimpi buruk, disfungsi seksual, kurang nafsu makan, ketagihan alkohol dan obat-obatan terlarang).
2. **Terhadap anak**
   a. Perilaku yang agresif atau marah-marah.
   b. Meniru tindakan kekerasan yang terjadi dirumah.
   c. Mimpi buruk dan ketajutan.
   d. Sering tidak makan dengan benar.
   e. Menghambat pertumbuhan dan belajar.
   f. Menderita banyak gangguan kesehatan.
3. **Terhadap masyarakat**
   a. Siklus kekerasan akan berlanjut ke generasi yang akan datang.
   b. Anggapan yang keliru atau tetap lestari bahwa pria lebih baik dari pada wanita.
   c. Kualitas hidup manusia akan berkurang karena wanita tersebut dilarang berbicara atau terbunuh karena tindakan kekerasan.
   d. Efek terhadap produktifitas misalnya berkurangnya kontribusi terhadap masyarakat, berkurangnya kontribusi diri dan kerja, cuti sakit semakin sering.

Peran bidan dalam kasus KDRT meliputi:

1. Merekomendasikan tempat pelindungan seperti *crisis center*, *shelte*r dan *one stop crisis center*.
2. Memeberikan pendampingan psikologis dan pelayanan pengobatan fisik korban.
3. Memberikan support pendampingan hukum dalam acara peradilan.
4. Melatih kader kader LSM untuk mampu menjadi pendamping korban.
5. Mengadakan pelatihan tentang perlindungan terhadap korban kekerasan dalam rumah tangga sebagai bekal untuk mendampingi korban.

DAFTAR PUSTAKA

Bustami, L.E.S., Insani, A.A., Iryani, D., & Yulizawati. (2017). Buku Ajar Kebidanan Komunitas. Padang: CV. Rumahkayu Pustaka Utama.

Husaini, dkk. (2017). Buku Ajar: Antropologi Sosial Kesehatan. Banjarbaru. [Tersedia di https://en.id1lib.org/book/11721977/fe3b0b].

Isniati. (2012). Kesehatan Modern dengan Nuansa Budaya. Jurnal Kesehatan Masyarakat, 2012. 7(1): 39-44. doi:10.24893/jkma.v7i1.106

Koentjaraningrat. (2015). Pengantar ilmu antropologi. Jakarta: Rineka Cipta.

Putri, D.M.P., & Rachmawati, N. (2018). Antropologi Kesehatan - Konsep dan Aplikasi Antropologi dalam Kesehatan. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.

Rosmalia, D., & Sriani, Y. (2017). Bahan Ajar Keperawatan Gigi: Sosiologi Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Tajmiati, A., Astuti, E.W., & Suryani, E. (2016). Konsep Kebidanan dan Etikolegal Dalam Praktik Kebidanan. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Wahyuni, E.D. (2018). Bahan Ajar Kebidanan: Asuhan Kebidanan Komunitas. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

PROFIL PENULIS

Juwita Desri Ayu, S.Tr.Keb., M.Keb.
Penulis dilahirkan di Jakarta, pada 20 Desember 1996. Setelah menyelesaikan pendidikan dasar dan menengah di Kota Lampung, penulis memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd.Keb.), serta Sarjana Terapan Kebidanan (S.Tr.Keb.) dari Program Studi DIII dan DIV Kebidanan, Fakultas Kesehatan - Universitas Aisyah Pringsewu (UAP), Lampung pada tahun 2017 dan tahun 2018. Selanjutnya, penulis memperoleh gelar Magister Kebidanan (M.Keb.) dari Program Studi Magister Kebidanan, Fakultas Kedokteran - Universitas Padjadjaran (UNPAD), Bandung pada tahun 2021. Saat ini penulis bekerja sebagai pengajar di Program Studi DIII Kebidanan, Fakultas Kesehatan - Universitas Aisyah Pringsewu (UAP), Lampung. Selain sebagai pengajar, penulis juga aktif melakukan kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat serta menulis beberapa buku.

BAB 9
KOMUNIKASI

Siti Rohani.,SST.M.Kes
Universitas Aisyah Pringsewu

A. KOMUNIKASI

Kata komunikasi bersasal dari bahasa latin *Comminication* yang berasal dari kata lain *Comminicatio* yang bersumber dari kata *Communis* yang berarti sama. Komunikasi merupakan hal terpenting dalam kehidupan. Komunikasi dibuat untuk menyebarluaskan pesan kepada publik, mempengaruhi kalayak dan menggambarkan Kebudayaan pada masyarakat. Hal ini membuat media menjadi bagian dari salah satu institusi yang kuat di masyarakat. Untuk memenuhi kebutuhan berinteraksi yang bersifat antarpribadi, dipenuhi melalui kegiatan Komunikasi interpersonal atau antarpribadi. Sedangkan kebutuhan untuk berkomunikasi secara publik dengan orang banyak, dipenuhi melalui aktivitas Komunikasi massa.

Penggunaan Komunikasi yang tepat saat bidan berinteraksi dengan tim kesehatan lain akan memengaruhi hasil pelayanan kesehatan yang dilakukan atau dalam praktik kebidanan, pemberian asuhan kebidanan yang berkualitas sangat dibutuhkan. Kualitas kebidanan ditentukan dengan cara bidan membina hubungan, baik sesama rekan sejawat ataupun dengan orang yang diberi asuhan. Upaya meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan juga ditentukan oleh keterampilan bidan untuk berKomunikasi secara efektif dan melakukan konseling yang baik kepada klien. Karena melalui Komunikasi yang efektif serta konseling yang berhasil, kelangsungan dan kesinambungan penggunaan jasa pelayanan bidan untuk kesehatan perempuan selama siklus kehidupan akan tercapai.

B. PENGERTIAN KOMUNIKASI

Ada pengertian tentang komunikasi yang disampaika oleh beberapa pakar yaitu :

1. Komunikasi adalah pertukaran pesan verbal maupun nonverbal antara si pengirim dengan si penerima pesan untuk mengubah tingkah laku (Purwoastuti E, Walyani ES, 2015)
2. Shannon dan weaver : Komunikasi adalah bentuk interaksi yang saling memengaruhi satu sama lain, sengaja atau tidak sengaja. Tidak terbatas pada bentuk komunikasi menggunakan bahasa verbal, tetapi juga dalam hal ekpresi muka, lukisan, seni, dan teknologi.
3. Komunikasi adalah proses interaksi interaksi antar pribadi manusia atau

proses penyampaian informasi dengan menggunakan bentuk verbal ataupun non verbal untuk mencapa tujuan tertentu (Wulandari D, 2009).

4. Raymon S.Ross: Komunikasi adalah sesuatu proses menyortir, memilih dan mengirimkan symbol-simbol sedemikain rupa sehingga membantu pendengar untuk membanagkitkan makna atau respons dari pikirannya yang sama dengan yang dimaksudkan komunikator.
5. Komunikasi adalah proses pengoperasian rangsangan dalam bentuk lambang, simbol bahasa atau gerak untuk mempengaruhi perilaku orang lain (Notoatmojo S :2003).

Berdasarkan pendapat para ahli tersebut, secara garis besar dapat disimpilkan bahwa komunikasi adalah penyaampaian informasi dari seseorang kepada orang lain bias secara tertulis, lisan, simbol – simbol maupun isyarat – isyarat yang menibuklan respon timbale baik untuk mengubah atau membentuk prilaku orang lain (pola, sikap, pandangan dan pemahaman).

C. TUJUAN KOMUNIKASI

Tujuan berkomunikasi untuk mengubah sikap, pendapat, perilaku, dan sosial. Komunikasi dapat merubah seikap, pendapat, prilaku seseorang sesuai dengan informai yang disampaikan oleh pemeberi informasi. Komunikasi juga untuk memudahkan dan melancarkan, melaksanakan kegiatan tertentu dalam mencapai tujuan.

1. Tujuan Kognitif ; Yaitu dengan memberikan informasi, menimbulkan pengetahuan dan menambah wawasan. Contoh : Seorang bidan memberikan informasi tentang kebutuhan Tablet FE selama hamil. Klien yang seblum ya belum mengetahui dan menjadi tahu dengan informasi yang diberikan oleh bidan.
2. Tujuan efektif; yaitu dengan menumbuhkan perasaan tertentu, menyampaikan pikiran, ide dan pendapat. Contoh : Seorang ibu hamil merasa tidak percaya jika hasil pemeriksaan Hb darahnya rendah dan di katagorikan anemia setelah bidan menjelaskan dan member tahu cara mengatasinya klien merasa tenang dan akan berusaha untuk melaksanakan arahan bidan agar HB nya naik.

3. Tujuan Konatif atau psikomotorik ; yaitu dengan mengubah sikap, prilaku dan perbuatan. Contoh : Seorang bidan mengajarkan cara perawatan payudara pada sekelompok ibu hamil dan mengajarkan cara nya. Klien melaksanakan dan menuruti apa yang disampaikan oleh bidan dan merasakan manfaatnya.

D. UNSUR - UNSUR KOMUNIKASI

Setelah memahami tujuan dan fungsi komunikasi, maka penting juga harus memahami tentang unsur-unsur dari komuikasi. Unsur- unsure dalam komunikasi sebagai berikut :

1. Sumber

Pihak yang mengawali Komunikasi untuk mengirim pesan disebut*sender* dan ia menjadi sumber pesan (*source*). Pengirim yang dimaksud disini adalah orang yang masuk ke dalam hubungan, baik interpersonal dengan diri sendiri, interpersonal dengan orang lain dalam kelompok kecil atau dalam kelompok besar. Pengirim pesan akan menyampaikan Stimulus berupa id eke dalam bentuk yang dapat diterima oleh orang lain atau penerima pesan secara tepat. Sumber komunikasi ini berasal dari orang/perorangan, lembaga, media cetak, data-data, lietarur,internet, dan lain sebagainya.

2. Komunikator

Komunikator adalah pelaku yang menyampaikan atau meneruskan pesan kepada individu, Komunikator ini bisa berupa individu, namun dapat juga berupa kelompok, organisasi atau institusi. Setiap orang maupun kelompok dapat menyampaiak pesan – pesan komunikasi itu sebagai proses dimana komunikator dapat menjadi komunikan dan sebaliknya komunikan dapat menjadi komunikator.

3. Pesan

Pesan yang dimaksud adalah sesuatu yang disampaikan pengirim kepada penerima. Agar dapat diterima dengan baik pesan hendaknya dirumuskan dalam bentuk yang tepat, disesuaikan, dipertimbangkan berdasarkan keadaan penerima, hubungan pengirim dan penerima, dan situasi waktu Komunikasi dilakukan. Pesan yang efektif adalah pesan yang jelas dan teroganisasi serta diekspresikan oleh pengirim pesan.

4. **Saluran (Chanel)**

Media merupakan alat yang digunakan untuk memindahkan pesan dari sumber kepada penerima pesan. Setelah dikemas pesan dapat disampaikan melalui saluran (*chanel*) atau media. Media dapat berupa lisan (*oral*), tertulis atau elektronik.

1. **Media lisan**

   Dapat dilakukan dengan menyampaikan sendiri pesan secara lisan (*oral*), baik melalui telepon atau saluran yang lainnya kepada perorangan, kelompok kecil, kelompok besar, atau masa. Keuntungan dari penyampaian pesan secara lisan ini adalah si penerima pesan mendengar secara langsung tanggapan atau pertanyaan, memungkinkan disertai nada atau warna suara, gerak-gerik tubuh atau raut wajah, dan dapat dilakukan dengan cepat.

2. **Media tertulis**

   Pesan disampaikan secara tertulis melalui surat, memo, hand- out, gambar dll.keuntungannya adalah ada catatannya sehingga data dan informasi tetap utuh tidak dapat berkurang atau tambah seperti informasi lisan, memberi waktu untuk dipelajari isinya, cara penyusunannya dan rumusan kata- katanya.

3. **Media Elektronik**

   Disampaikan melalui faksimili, email, radio, televisi. Keuntungannya adalah prosesnya cepat, data bisa disimpan. Penggunaan media dalam penyampaian pesan tentunya dapat mengalami gangguan atau masalah sehingga dapat menghambat Komunikasi. Gangguan itu dapat berupa hal- hal yang dapat menggangu panca indera seperti suara terlalu keras atau lemah, udara panas, faktor pribadi seperti prasangka, persaan tidak cakap dll. Kelemahan sering timbul gangguan, biaya pemasangan elatif mahal, tidak menggambarkan suatu unsure, penyajian terikat pada jadwal dan kecapatan penyampaian informasi sudah tidak dapat dirubah.

5. **Pihak Penerima Pesan**

Penerima pesan adalah pihak yang menerima pesan atau menjadi sasaran pesan yang dikirim oleh sumber. Penerima biasa disebut juga dengan khalayak, sasaran, komunikan, atau *audi- ence/receiver*. Penerima

pesan adalah elemen penting karena menjadi sasaran dalam Komunikasi. Apabila pesan tidak diterima dengan baik oleh penerima pesan maka dapat mengakibatkan berbagai masalah yang seringkali menuntut perubahan, entah pada sumber pesan atau saluran. Penerima pesan ini bisa perorangan, atau suatu kelompok, organisasi atau negara.

6. Umpan Balik (*Feedback*)

Umpan balik merupakan tanggapan penerima terhadap pesan yang diterima dari pengirim. Tetapi ada juga yang beranggapan bahwa umpan balik terjadi sebagai akibat pengaruh yang berasal dari penerima. Umpan balik ini dapat berupa umpan balik positif atau negatif. Umpan balik positif bila tanggapan penerima menunjukkan kesediaan menerima atau mengerti pesan dengan baik, serta memberi tanggapan sesuai yang diinginkan pengirim. Umpan balik positif ini bisa membuat Komunikasi tetap berlanjut, urusan balik positif ini bisa membuat komunikasi tetap berlanjut, urusan selesai dan hubungan tetap baik. Umpan balik negatif adalah umpan balik yang menunjukkan penerima pesan tidak dapat menerima dengan baik pesan yang diterimanya. Umpan balik negatif dapat benar atau salah. Benar jika cara penyampaiannya dilakukan dengan benar, serta penafsiran pesan juga benar. Salah jika isi dan cara penyampaian pesan dilakukan secara benar tetapi penafsiran penerima yang salah.

E. KOMPONEN KOMUNIKASI

Komponen komuniksi adalah hal – hal yang harus ada agar komunikasi bisa berlangsung dengan baik. Komponen komunikasi tersebut adalah :

1. Pengirim atau komunikator (*source*) adalah pihak yang mengirimkan pesan kepada pihak lain.
2. Pesan (*Message*) adalah isi atau maksud yang akan disampaikan oleh satu pihak kepada pihak lain.
3. Saluran (*Channel*) adalah media dimana pesan disampiakan kepada komunikan. Dalam komunikasi antar pribadi (tatap muka) saluran dapat berupa udara yang mengalirkan getaran nada/ udara.
4. Penerima atau komunikate (*receiver*) adalah pihak yang menerima pesan dari pihak lain.

5. Umpan balik (*feedback*) adalah tanggapan dari penerimaan pesan atas isi yang disampaikan.

F. PROSES KOMUNIKASI

Proses komunikasi adalah berlangsungnya penyampaian ide, informasi, opini, kepercayaan, perasaan dan sebagainya oleh komunikator kepada komunkan dengan mengunakan lambing, misalnya bahasa, gambar, warna dan sebaginya yang merupakan isyarat.

1. **Perspektif psikologis**
   Ketika komunikator berniat akan menyampaikan pesan, dalam dirinya akan terjadi proses *encoding* (proses mengemas dan membungkus pikiran dengan bahasa yang dilakukan komunikator), hasil *encoding* berupa pesan itu kemudian ditransmisikan kepada komunikan. Kemudian komunikan terlibat dalam proses Komunikasi intrapesonal. Proses dalam diri komunikan ini disebut *decoding* (seolah- olah membuka kemasan atau bungkus pesan yang diterima dari komunikator).
2. **Perspektif Mekanis**
   Ini berlangsung saat komunikator mentransfer dengan bibir atau tangan, pesan sampai tertangkap komunikan. Ini dapat dilakukan dengan indera telinga atau indera lainnya. Proses Komunikasi ini bersifat kompleks karena bergantung situasi.
3. **Perspektif Interaksional** ; dalam persepktif ini menyatakan bahwa dalam diri setiap manusia terdapat esensi kebudayaan, rasa ingin saling berhubungan dan bermasyarakat.
4. **Perspektif prakmatis**; perspektif ini menjelaskan bahwa proses komunikasi merupakan sebuah pola interaksi yang dapat dipengaruhi oleh perubahan, artinya sebuah proses komunikasi untuk setiap sistem sosial tidak sama.

G. BENTUK - BENTUK KOMUNIKASI

Bentuk komunikasi agar lebih memahami bagaimanakan proses komunikasi berjalan, maka petugas kebidanan harus memahami berbagai jenis komunikasi yang sering kali dipraktikkan . sebelum mengeatahui

berbagai jenis komunikasi, perlu diketahui beragam bentuk komunikasi selama ini sudah berjalan. Berdasarkan bentuknya komunikasi di bagi menjadi 3 katagori :

1. **Komunikasi Kelompok**

   Komunikasi kelompok ialah: interaksi tatap muka antara tiga orang atau lebih dengan tujuan berbagi informasi, pemecahan maasalah yang mana anggotanya dapat mengingat karakteristik pribadi anggota lain secara tepat. Komunikasi kelompok atau *group communi- cation* adalah Komunikasi yang berlangsung antara seorang komunikator dengan sekelompok orang jumlahnya lebih dari dua orang. Sekelompok orang yang menjadi komunikan bisa sedikit atau banyak. Jika komunikan dalam kelompok kecil maka disebut Komunikasi kelompok kecil (*small group communication*), dan jika jumlahnya banyak maka disebut Komunikasi kelompok besar (*large group communication*). Secara teoritis dalam ilmu Komunikasi yang membedakan kelompok kecil atau besar bukan dari jumlahnya secara matematis tetapi berdasarkan kualitas proses Komunikasi.

2. **Komunikasi Antarpersonal**

   Komunikasi antar personal sering disebut juga sebagai komunikasi interpersonal. Komunikasi antar personal adalah proses komunikasi yang terjadi antar komunikator dengan komunikan secara lansgung, proses komunikasi bisa terjadi dalam bentuk tatap muka langsung maupun tidak langsung. Bentu komunikasi antarpersonal ini merupakan bentuk komunikasi yang lebih efektif karena kedua belah pihak, baik komunikator maupun komunikan bisa menyampaikan komunikasinya secara tepat dan efisien.

3. **Komunikasi Massa**

   Komunikasi Massa ialah suatu proses dimana suatu organisasi memproduksi dan menyebarkan pesan kepada public secara luas, atau suatu proses Komunikasi dimana pesan dari media dicari digunakan dan dikonsumsi oleh audiens. Oleh karena itu, Komunikasi massa mempunyai karekteristik utama yaitu MEDIA MASSA sebagai alat penyebaran pesannya. Komunikasi massa ialah Komunikasi melalui media masa modern yang meliputi surat kabar, siaran radio dan televisi. Komunikasi massa menyiarkan informasi, gagasan, dan sikap kepada

komunikan yang beragam dalam jumlah yang banyak menggunakan media melakukan. Komunikasi massa ini lebih sukar dibanding Komunikasi antar pribadi. Fungsi Komunikasi Massa itu sendiri ialah: Sebagai Informasi : kegiatan untuk mengumpulkan, menyimpan data, fakta dan pesan, opini dan komentar sehingga orang bisa mengetahui keadaan yang terjadi diluar dirinya. Bentuk – bentuk komunikasi massa:

a. Pers Cetak, bentuk yang satu ini memiliki cirri yang khas disbanding media masaa lainnya. Walaupun berbentuk tulisan, namun bersifat aktif.
b. Radio; merupakan media massa lektronik yang bersifat audio (didengar).
c. Televisi, media ini merupakan berbentuk komunikasi massa yang paling popular. Televise memiliki kelebihan dari media massa lainnya yaitu bersifat audio visual (didengar dan dilihat), sehingga pengaruh yang disebarkan semakin besar pula serta lebih efektif.
d. Internet , merupakan media massa baru dimana masyarakat dapat memiliki sesuka hati informasi yang mereka sukai. Internet merupakan media massa,meskipun bersifat interaktif.

4. Komunikasi Interpersonal (Diri Sendiri)

Komunikasi personal adalah komunikasi seputar diri seseorang, baik dalam fungsinya sebagai komunikator maupun sebagai komunikan. Terjadi proses komunikasi disini karena adanya seseorang yang member atri terhadap suatu objek yang diamatinya atau terbetik dalam pikirannya. Okbej dalam hal ini bisa saja dalam bentuk benda, kejadian alam, peristiwa, pengalaman baik yang terjadi dalam diri individu maupun luar individu. Objek yang diamati mengalami proses pengembangan dalam pikiran manusia setelah mendapat rangsangan dari pancaindra yang dimilikinya. Hasil kerja darri proses pikiran telah dievaluasi pada gilirannya akan membri pengaruh pada pengetahuan, sikap dan prilaku seseorang.

H. JENIS KOMUNIKASI

Menurut penyampaiannya, komunikasi dapat dibedakan menjadi :

1. **Komunikasi Lisan**

   Komunikasi ini terjadi secara langsung, serta tidak dibatasi oleh jarak. Artinya komunikasi jenis ini dilakukan anatar komunikator atau komunikan secara bertatap muka.

2. **Komunikasi Tertulis**

   Komunikasi ini dilakukan dalam media tulisan. Jenis komunikasi ini bisa berupa :

   a. Surat, digunakan untuk menyamaikan suatu berita yang singkat, jelas, dan memnag sengaja ditulis dengan maksud tertentu.
   b. Naskah, biasanya digunakan untuk mengirim berita yang sifatnya rumit dan kompleks.
   c. Gambar dan foto, jenis komunikasi ini biasanya dipakai karena hal yang ingin disampaikan tidak dapat dilukiskan dengan kata-kata atau kalimat.
   d. Spanduk, jenis komunikasi ini yang biasanya digunakan untuk meyampaikan sebuah informasi untuk menyampaikan sebuah informasi massa yang sasarannya umat publik.

3. **Komunikasi Verbal**

   Jenis komunikasi yang paling lazim digunakan dalam praktik kebidanan adalah berupa pertukaran informasi secara verbal yang lebih dikenal dengan komunikasi verbal. Komunikasi verbal adalah komunikasi yang menggunakan bahasa sebagai alat komunikasinya yang terdiri dari kumpulan symbol ide yang digunakan, dipahami atau, diekspresikan oleh komunitasnya.

4. **Komunikasi Non Verbal**

   Komunikasi yang menggunakan pesan –pesan non verbal. Cara berkomunikasi non verbal ini yaitu tanpa menggunakan kata kata atau mengeluarkan kata kata , melainkan dari cara atau tindakan orang yang memakai komunikasi non verbal ini. Contoh: Ekspresi wajah , ekspresi wajah merupakan bagian penting dari komunikasi non verbal . karena apa? Dari eskpresi wajah saja seseorang bisa menyampaikan sebuah informasi dengan jelas. Contohnya ;ekpresi wajah yang takut menandakan seseorang itu sednag takut.

I. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KOMUNIKASI

Proses Komunikasi dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu sebagai berikut :

1. Perkembangan

Agar dapat berkomunikasi efektif dengan seseorang, bidan harus mengerti pengaruh perkembangan usia, baik dari sisi bahasa maupun proses berpikir orang tersebut. Cara berkomunikasi anak usia remaja berbeda dengan anak usia balita. Kepada remaja, Anda mungkin perlu belajar bahasa “ gaul “ mereka sehingga remaja yang kita ajak bicara akan merasa kita mengerti mereka dan Komunikasi diharapkan akan lancar. Ini pentinnya seorang bidan harus memahami perkembangan bahasa dan proses berfikir yang mempegaruhi cara dan sikap seseoarang dalam komunikasi.

2. Persepsi

Persepsi adalah pandangan pribadi seseorang terhadap suatu kejadian atau peristiwa. Persepsi ini dibentuk oleh pengharapan atau pengalaman. Perbedaan persepsi dapat mengakibatkan terhambatnya Komunikasi. Misalnya, kata “ beton “ akan menimbulkan perbedaan persepsi antara ahli bangunan dengan orang awam. Perbedaan persepsi dapat menghambat proses Komunikasi.

3. Nilai

Nilai adalah standar yang mempengaruhi perilaku sehingga penting bagi bidan untuk menyadari nilai seseorang. Bidan perlu berusaha untuk mengetahui dan mengklarifikasi nilai sehingga dapat membuat keputusan dan interaksi yang tepat dengan klien. Dalam hubungan profesional, bidan diharapkan tidak terpengaruh oleh nilai pribadi. Perbedaan nilai tersebut dapat dicontohkan sebagai berikut, misalnya klien memandang abortus tidak sebagai perbuatan dosa, sementara bidan memandang abortus sebagai tindakan dosa. Hal ini dapat menyebabkan konflik antara bidan dengan klien.

4. Latar Belakang Sosial Budaya

Bahasa dan gaya Komunikasi akan sangat dipengaruhi oleh faktor- faktor budaya. Budaya juga akan membatasi cara bertindak dan berKomunikasi. Seorang remaja putri yang berasal dari daerah lain ingin membeli makanan khas di suatu daerah. Pada saat membeli makanan tersebut, remaja ini tiba- tiba menjadi pucat ketakutan karena penjual menanyakan

padanya berapa banyak cabai merah yang dibutuhkan untuk campuran makanan yang akan dibeli. Apa yang terjadi ? remaja tersebut merasa dimarahi oleh penjual karena cara menanyakan cabai itu seperti membentak, padahal penjual merasa tidak memarahi remaja tersebut. Hal ini dikarenakan budaya dan logat bicara penjual yang memang keras dan tegas sehingga terkesan seperti marah bagi orang dengan latar budaya yang berbeda.

5. **Emosi**

   Emosi merupakan perasaan subjektif terhadap suatu kejadian. Emosi seperti marah, sedih, senang akan dapat mempengaruhi bidan dalam berKomunikasi dengan orang lain. Bidan perlu mengkaji emosi klien dengan tepat. Selain itu, bidan juga perlu mengevaluasi emosi yang ada dirinya agar dalam melakukan asuhan kebidanan tidak terpengaruh oleh emosi bawah sadarnya.

6. **Jenis Kelamin**

   Setiap jenis kelamin mempunyai gaya komunikasi yang berbeda. Ada yang menyebutkan bahwa wanita dan laki- laki mempunyai perbedaan gaya Komunikasi. Dari usia tiga tahun, wanita bermain dengan teman baiknya atau dalam group kecil, menggunakan bahasa untuk mencari kejelasan dan meminimalkan perbedaan, serta membangun dan mendukung keintiman. Laki- laki di lain pihak, menggunakan bahasa untuk mendapatkan kemandirian aktivitas dalam grup yang lebih besar, dan jika ingin berteman, mereka melakukannya dengan bermain.

7. **Pengetahuan**

   Tingkat pengetahuan mempengaruhi Komunikasi. Seseorang yang tingkat pengetahuannya rendah akan sulit merespons pertanyaan yang mengandung bahasa verbal dengan tingkat pengetahuan yang lebih tinggi. Bidan perlu mengetahui tingkat pengetahuan klien sehingga dapat berinteraksi dengan baik dan akhirnya dapat memberi asuhan yang tepat kepada klien.

8. **Peran Dan Hubungan**

   Gaya dan Komunikasi sesuai dengan peran dan hubungan antarorang yang berKomunikasi. Cara Komunikasi seorang bidan dengan kolganya, dengan cara Komunikasi seorang bidan pada klien akan berbeda, tergantung peran. Demikian juga antara orang tua dan anak.

9. **Lingkungan**

   Jarak dapat mempengaruhi komunukasi. Jarak tertentu akan memberi rasa aman dan kontrol. Misalnya, individu yang merasa terancam ketika seseorang tidak dikenal tiba- tiba berada pada jarak yang sangat dekat dengan dirinya. Hal ini juga yang dialami oleh klien pada saat pertama kali berinterkasi dengan bidan. Untuk itu, bidan perlu memperhitungkan jarak yang tepat pada saat melakukan hubungan dengan klien.

10. **Citra Diri**

    Manusia mempunyai gambaran tertentu mengenai dirinya, status sosial, kelebihan dan kekurangannya. Citra diri terungkap dalam Komunikasi.

11. **Kondisi Fisik**

    Kondisi fisik mempunyai pengaruh terhadap Komunikasi. Artinya, indra pembicaraan mempunyai andil terhadap kelancaran dalam berkomunikasi.

12. **Sikap**

    Sikap yang baik dan tepat diperlukan dalam menunjang proses Komunikasi, misalnya kontak mata yang wajar, posisi berhadapan, anggukan kepala, sikap terbuka dengan tidak melipat tangan dan kaki dan menyikapi apapunyang di sampaikan klien dengan tepat sehingga tidak menimbulkan persipsi yang salah.

13. **Kecakapan**

    Selain faktor-faktor diatas , faktor kecakapan berKomunikasi baik dari pengirim pesan dan juga penerima pesan akan memperngaruhi proses Komunikasi, misalnya; kehangatan, rasa percaya diri, rendah hati, mampu menjadi pendengar yang baik, ekspresi wajah yang mendukung, pengetahuan juga sistem sosial. Begitu juga bagaimana tehnik juga gaya dalam mengatasi hambatan Komunikasi. Semakin cakap seseorang berkomunikasi semakin mudah berKomunikasi dan mencapai tujuan yang diinginkan.

DAFTAR PUSTAKA

Dalami (2012*). Komunikasi dan Konseling Dalam Praktik Kebidanan*. Jakarta: Trans Info Media.

Hamid. (2010). *Komunikasi Terapeutik Dalam Kebidanan*. Jakarta, Gramedia Pustaka

Revika, Era. 2021. *Komunikasi Dan Konseling Dalam Praktik Kebidanan*. Komunikasi Dan KonselingDalam Praktik Kebidanan. Yogyakarta: Pustaka Baru Press

Wijayanti, Krisdiana dkk.2016. *Komunikasi Dalam Praktik Kebidanan*. Jakarta: Trans Info Media

Wulandari. (2009). *Komunikasi dan Konseling dalam Praktik Kebidanan*. Jogjakarta: Nuha Medika.

PROFIL PENULIS

Siti Rohani.,SST.M.Kes

Merupakan dosen pengajar di Program Studi D III Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Aisyah Pringsewu (UAP) sejak tahun 2012. Penulis sekarang sedang menjabat sebagai Kepala Program Studi DIII Kebidanan sejak tahun 2021. Penulis lahir di Waluyojati, 25 November 1988. Riwayat pendidikan dimulai dari Diploma III Kebidanan di Akademi Kebidanan ADILA Bandar Lampung selama 3 tahun (2007-2010) Diploma IV di STIKes Aisyah Pringsewu lulus tahun 2012 dan penulis melanjutkan Pendidikan Megister di Universitas Malahayati (Peminatan Kesehatan Reproduksi) dan selesai tahun 2016. Selain sebagai pengajar, penulis juga aktif dalam melakukan kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.

BAB 10
PRAKTIK KEBIDANAN

Henik Istikhomah, SST., M.Keb
Politeknik Kesehatan Surakarta

A. LATAR BELAKANG

Pendidikan Profesi Bidan merupakan pendidikan yang mempersiapkan lulusan menguasai kompetensi yang dipersyaratkan sesuai sebagai seorang bidan ahli profesional, bekerja secara mandiri, mampu mengembangkan diri dan beretika. Kemajuan ilmu pengetahuan, teknologi serta tuntutan masyarakat yang semakin kritis terhadap pelayanan kebidanan yang diberikan oleh bidan memberikan konsekuensi kepada lulusan pendidikan bidan untuk meningkatkan hard skill, soft skill dan pengetahuannya serta bertindak sesuai kompetensi dan kewenangannya.

Tujuan Program Pendidikan Profesi Bidan adalah untuk menghasilkan Profesi Bidan yang kompeten dan profesional sebagai pemberi asuhan kebidanan (care provider), komunikator (communicator), pengambil keputusan (decision maker), penggerak dan pemberdaya masyarakat (community leader), pengelola pelayanan kebidanan (manager) serta peneliti (reseacher), yang bermoral tinggi dan berkepribadian luhur. Untuk mencapai tujuan tersebut, proses pembelajaran dilakukan salah satunya dengan praktikum dilahan.

Praktik kebidanan fisiologis holistik ini membekali mahasiswa profesi bidan agar dapat melakukan pengkajian pada kasus fisiologis dari mulai hamil sampai dengan anak pra sekolah dengan pendekatan holistik, analisa data pada kehamilan dengan pendekatan holistik, perencanaan asuhan kehamilan dengan pendekatan holistik, implementasi asuhan kehamilan dengan pendekatan holistik berdasarkan *evidence based*, evaluasi asuhan kehamilan dengan pendekatan holistik, pendokumentasian asuhan kehamilan dengan pendekatan holistik.

B. METODE PEMBELAJARAN KLINIK

Metode yang digunakan dalam proses pembelajaran praktik profesi bidan yaitu

1. *Pre dan post conference*
2. Tutorial individual yang diberikan perceptor
3. *Bedside teaching*
4. Diskusi kasus
5. Observasi

6. Penugasan klinik
7. Ronde kebidanan
8. Demonstrasi
9. *Case report* dan overan dinas
10. Pendegelasian kewenangan bertahap
11. Seminar kecil tentang klien atau ilmu dan teknologi kesehatan/kebidanan terkini
12. *Problem solving* for better health (PSBH)
13. Belajar mandiri dan belajar berinovasi dalam pengelolaan asuhan

C. STRATEGI PEMBELAJARAN KLINIK

No	METODE PEMBELAJARAN	SUMBER PEMBELAJARAN	MEDIA INSTRUKSIONAL
1	Penugasan Klinik • Mahasiswa mempelajari seluruh kasus yang ada diruangan • Mahasiswa mengelola kasus sesuai target untuk disusun dalam laporan kasus	Pembimbing klink	Klien
2	Penugasan • Laporan Pendahuluan • Laporan kasus • Laporan kegiatan harian	• Teks book • Status medik • Status kebidanan	• Format rencana asuhan kebidanan • Catatan perkembangan yang dikembangkan oleh bagian kebidanan
3	Konferensi • *Pre conference* • *Post converence*	• Pembimbing • Teman satu kelompok	
4	Observasi Tiap mahasiswa memiliki kesempatan untuk mengobservasi • Kegiatan diklinik • Perilaku anggota tim kesehatan di klinik	• Pembimbing klinik • Staf rumah sakit • Kondisi fisik klinik • Aktivitas di klinik	• Klient • Ruang kebidanan
5	Ronde kebidanan	• Pembimbing klinik	• Klinik, asuhan kebidanan

			• Pencatatan di klinik
6	Demonstrasi suatu prosedur tindakan pada mahasiswa	• Pembimbing klinik	• Klient dan media yang dibutuhkan
7	*Bedside teaching*	• Pembimbing klinik	• Klien dan kubutuhan yang sesuai dengan bedside theaching
8	Belajar mandiri (kegiatan belajar di klinik saat tidak ada pembimbing)	• Bidan RS/ PKM	• Klient • Teks book

D. MODEL PEMBELAJARAN KLINIK

NO	PROSES PEMBELAJARAN	KEGIATAN MAHASISWA	KEGIATAN PEBIMBING
1	Fase pra interaksi	1. Menyusun laporan pendahuluan 2. Mengikuti conference 3. Membaca informasi tentang pasien dikaitkan dengan LP	1. Memberikan informasi tentang pasien antara lain diagnosa 2. Pre conference evaluasi pemahaman mahasiswa 3. Evaluasi pemahaman mahasiswa
2	Fase Introduksi	1. Mempersiapkan diri ke pasien 2. Melakukan kontrak	1. Mengopservasi mahasiswa umpan balik 2. Mengobservasi mahasiswa umpan balik
3	Fase kerja	1. Melakukan pengkajian dan validasi 2. Melakukan perumusan masalah 3. Menyusun intervensi dan melakukan implementasi 4. Melakukan ronde kebidanan 5. Mengikuti bedside teaching	1. Bimbingan untuk menumbuhkan kemampuan intelektual, teknikal dan interpersonal 2. Mendampingi ronde kebidanan 3. Bimbingan dalam bedside theacing

4	Fase evaluasi	Menyimpulka apa yang dicapai dengan pasien	Bimbingan dan observasi tentang kemampuan mahasiswa

E. TUGAS PEMBIMBING KLINIK

1. Mengadakan kegiatan *pre dan post konference*

   Pre Conference

   a. Informasi tentang pelaksanaan praktik
   b. Penjajagan kesiapan praktik mahasiswa
   c. Perencanaan pencapaian praktik mahasiswa

   Post Conference

   a. Pemberian umpan balik terhadap mahasiswa
   b. Penentuan tindak lanjut

   Responsi Kasus

   a. Membuat kasus sesuai dengan kasus yang ada dilahan.
   b. Tiap mahasiswa diwajibkan melakukan responsi kasus yang didapat dilahan.
   c. Evaluasi/ penilaian pelaksanaan praktik dilakukan oleh pembimbing lahan maupun akademik sesuai format yang sudah ditentukan.
2. Mengadakan ronde kebidanan (*Midwifery Ronde)*
   a. Penyediaan pembimbing Praktik klinik dengan metode *bed side teaching* maupun tutorial.
   b. *Problem solving* masalah yang dihadapi dalam praktik serta kasus yang ditemukan mahasiswa
   c. Pembinaan mahasiswa dalam praktik kebidanan
3. Menandatangani presensi praktik kebidanan
4. Mengobservasi, membimbing mahasiswa saat melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil fisiologis secara holistik.
5. Mendiskusikan dengan mahasiswa masalah yang dialami atau ditemukan pada pasien dalam pemberian asuhan kebidanan pada ibu hamil fisiologis secara holistik.
6. Membimbing mahasiswa dalam menyusun laporan
7. Mengobservasi dan menilai penampilan klinik mahasiswa

8. Mengoreksi dan memberikan penilaian tentang tugas-tugas mahasiswa (laporan pendahuluan, laporan kegiatan harian)
9. Melakukan penilaian ujian akhir stase (penentuan jadwal dan penguji diatur oleh mahasiswa dan pembimbing sesuai waktu perolehan kasus).

F. EVALUASI

1. Pencapaian Target

a. Individu
   Mengelola kasus asuhan kebidanan fisiologis secara holistik sesuai dengan jumlah target dan presentasi kasus di kampus
b. Kelompok
   Presentasi kasus kelompok dilahan praktik

2. Evaluasi Hasil Belajar Klinik

Evaluasi hanya diberikan pada mahasiswa dengan tingkat kehadiran 100% dan memenuhi tugas praktik yang terdiri dari :

a. Laporan pendahuluan : 25%
b. Nilai penampilan klinik : 25%
c. Ujian stase : 25%
d. Seminar kasus : 25%

3. Nilai Batas Lulus Mata Ajar Praktik Kebidanan

Penilaian praktik meliputi penilaian portofolio dalam bentuk laporan asuhan kebidanan kehamilan fisiologis secara holistik dan penampilan klinik secara menyeluruh meliputi aspek pengetahuan, keterampilan dan sikap secara berkesinambungan dengan menggunakan pendekatan langsung pada kasus atau pendekatan metode uji untuk penilaian kompetensi yang dilakukan tidak hanya sekali waktu penilaian. ***Peserta didik dinyatakan lulus apabila memiliki minimal nilai 76 (B)***. Bila peserta didik belum mencapai nilai batas lulus, maka dapat dilakukan response kasus untuk mencapai nilai batas lulus.

4. Standar Nilai Hasil Belajar Klinik

Nilai	Absolut	Mutu
86-100	4.00	A
79-83	3.77	A
77-78	3.50	B
74-76	3.25	B
71-73	3.00	B
68-70	2.75	B-
64-67	2.50	C
60-63	2.25	C
56-59	2.00	C
51-55	1.99	D
46-50	1.66	D
41-45	1.33	D

G. PERATURAN PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI

1. Peserta

Peserta pendidikan profesi bidan adalah mahasiswa yang telah menyelesaikan MK tahap matrikulasi dan serta telah menyelesaikan proses administrasi akademik sesuai ketentuan yang berlaku.

2. Waktu Pelaksanaan

a. Waktu jam praktik rata rata 7 jam dan 3 jam tugas mandiri/hari.
b. Jadwal Shift sesuai pengaturan dari masing masing lahan praktk

3. Ketentuan Seragam dan Atribut

a. Memakai pakaian seragam yang telah ditentukan dari kampus
b. menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) sesuai dengan level ruang/ tindakan di tempat melaksanakan praktik
c. Menggunakan pakaian pribadi yang lain saat perjalanan pulang pergi (pakaian kerja hanya digunakan saat praktik
d. Memakai sepatu warna putih dengan tinggi hak tidak lebih dari 3 cm
e. Selalu memakai tanda pengenal dan penampilan rapih, bersih, atau menyesuaikan dengan aturan yang ada di lahan praktek.
f. Tidak memakai perhiasan, kecuali jam tangan.
g. Kuku pendek & tidak memakai cat kuku.

4. Tata Tertib

a. Kehadiran mahasiswa 100%.

b. Mahasiswa wajib hadir 15 menit di lahan praktek sebelum shif dimulai.
c. Mahasiswa diwajibkan mengikuti seluruh kegiatan sesuai buku panduan.
d. Mahasiswa wajib memenuhi kompetensi yang telah ditetapkan dari institusi pendidikan oleh pembimbing lahan dan institusi.
e. Tiap mahasiswa wajib menjaga nama baik istitusi pendidikan, Puskesmas, rumah sakit, dan klien.
f. Mahasiswa yang ***meninggalkan ruangan praktik tanpa seijin pembimbing lebih dari 30 menit dianggap tidak hadir.***
g. Kelompok mahasiswa wajib mengganti kerusakan alat-alat/ inventaris institusi pendidikan / lahan praktek akibat kelalaian mahasiswa sesuai ketentuan.
h. Mahasiswa wajib melapor dan menyelesaikan ketentuan administrasi praktik kepada koordinator praktik sesuai jadwal yang telah ditentukan.
i. Mahasiswa wajib mengisi absen setiap hari dinas dan ditandatangani/ paraf oleh pembimbing lahan/ institusi.
j. Mahasiswa yang melanggar terhadap seragam dan atribut dianggap akan mendapatkan **Surat Peringatan (SP).**
k. Mahasiswa yang terlambat lebih dari atau sama dengan 15 menit tanpa seijin pembimbing lahan, maka nilai akan dikurangi sebesar 5% Untuk Setiap Pertemuan dan dianggap tidak hadir.
l. Mahasiswa yang tidak hadir praktek tanpa keterangan, maka wajib mengganti 2x lipat dari waktu yang ditinggalkan, dan bila tidak hadir karena sakit/ijin wajib mengganti sesuai banyaknya waktu praktekyang ditinggalkan.
m. Ketidakhadiran karena sakit harus dibuktikan dengan adanya surat dari dokter yang diberitahukan kepada koordinator mata kuliah serta pembimbing lahan / institusi, maksimal selama 3 hari.
n. Ketidak hadiran ijin yang dapat ditoleransi untuk hal-hal antara lain: keluarga meninggal, tugas dinas kantor maksimal 2 hari.
o. Keterlambatan pengumpulan tugas dan laporan praktik dikurangi 2% setiap satu hari keterlambatan dan jika lebih dari 7 hari dianggap tidak mengumpulkan laporan.
p. Mahasiswa diberikan kesempatan untuk mengganti dinas dan atau mengulang kegagalan pada saat jadwal remidial.

5. **Ketentuan-Ketentuan Khusus**
   a. Tidak melakukan perjalanan luar daerah paling lama 14 hari sebelum mulai melakukan praktik
   b. Mahasiswa akan menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat dengan mengkonsumsi makanan yang sehat untuk meningkatkan daya tahan tubuh dan mentaati protokoler yang berlaku.
   c. Mahasiswa akan melaksanakan cuci tangan sesuai standar WHO pada five moment, sebelum masuk, dan sebelum meninggalkan lingkungan praktik
   d. Mahasiswa wajib merumuskan dan menunjukan laporan pendahuluan pada saat hari pertama masuk dan menunjukan kepada pembimbing klinik
   e. Mahasiswa wajib mengikuti kegiatan *pre* dan *post coverence* secara kelompok sesuai jadwal yang telah ditetapkan dengan materi diskusi sesuai dengan laporan pendahuluan yang telah dirumuskan oleh mahasiswa.
   f. Laporan hanya akan dinilai jika telah mendapatkan evaluasi dan masukan dari pembimbing klinik dan akademik (ada paraf pembimbing).
   g. Mahasiswa wajib mengumpulkan tugas-tugas yang telah ditentukan maksimal 1 minggu setelah periode praktik berakhir
   h. Mahasiswa wajib menyusun laporan dokumentasi asuhan kebidanan dengan sepengetahuan pembimbing lahan, untuk kemudian dikonsultasikan pada dosen pembimbing. Tanda tangan pembimbing lahan disertai cap basah.
   i. Dokumentasi asuhan kebidanan diketik pada kertas HVS ukuran polio 70/60 gram.
      1) Pada akhir praktik fisiologis holistik, mahasiswa mengumpulkan jilidan laporan kasus panjang yang telah di syahkan oleh pembimbing lahan dan dosen pembimbing yang terdiri dari 4 jilidan kasus yaitu: (cover warna sesuai buku panduan)
         d) 1 jilidan kasus kehamilan,
         e) 1 jilidan kasus persalinan dan bayi baru lahir,
         f) 1 jilidan kasus nifas dan menyusui,
         g) 1 jilidan neonatus, bayi, balita dan anak pra sekolah,

2) Pada akhir praktek remaja &komunitas mahasiswa mengumpulkan jilidan laporan kasus panjang (individu) jumlah sesuai target dan laporan kelompok (asuhan pada kelompok khusus dan karya inovasi kebidanan)
3) Untuk laporan kasus (individu dan kelompok) dilengkapi jurnal bimbingan, Jurnal Refleksi Kritis Pembelajaran Praktik Kebidanan Fisiologis Holistik dan Refleksi Kritis Pada Pembelajaran Melalui Literatur dengan Menggunakan EBM
4) Jilidan jurnal bimbingan praktek, kontrak belajar, kegiatan harian dijilid dengan (cover warna sesuai buku panduan)
5) Jilidan log book rekapitulasi dokumentasi asuhan kebidanan yang telah dilakukan dijilid (cover warna sesuai buku panduan)
6) Tindakan pemalsuan tanda tangan dan cap merupakan tindakan pidana yang mempunyai sanksi hukum. Untuk itu, bagi mahasiswa yang terbukti melakukan pemalsuan tanda tangan dan cap, dikenai sanksi.
7) Target harus dipenuhi untuk menunjang kelulusan, apabila target belum terpenuhi pada waktu yang telah ditentukan maka mahasiswa harus mencapai target tersebut diluar waktu praktik tanpa menghitung jam praktik.
8) Saat pengumpulan laporan harus disertai format penilaian.

Lampiran 1. Daftar Ketrampilan Stase Fisiologis (sumber: standar profesi bidan nomor 320 tahun 2020)

Lingkup Asuhan Kebidanan	N0	Daftar Keterampilan	Tingkat Kemampuan
1. Bayi Baru Lahir (Neonatus) usia 0-28 hari	1	Penilaian awal bayi baru lahir	4
	2	Pemotongan tali pusat	4
	3	Inisiasi Menyusui Dini (IMD)	4
	4	Pengukuran antropometri	4
	5	Pemantauan Tanda Tanda Vital bayi baru lahir	4
	6	Pemberian tanda pengenal bayi baru lahir	4
	7	Penilaian kesesuaian gestasi dengan kondisi bayi baru lahir	4
	8	Pemeriksaan refleks pada bayi baru lahir	4
	9	Pemantauan Tanda Tanda Vital bayi baru lahir	4
	10	Pemberian tanda pengenal bayi baru lahir	4
	11	Penilaian kesesuaian gestasi dengan kondisi bayi baru lahir	4
	12	Pemeriksaan refleks pada bayi baru lahir	4
	13	Pencegahan hipotermi	4
	14	Pemantauan dan pencegahan infeksi tali pusat tali pusat	4
	15	Memandikan bayi baru lahir	4
	16	Pemantauan tumbuh kembang	4
	17	Pengisapan lendir menggunakan deele	4
	18	Pengisapan lendir menggunakan *suction*	4
	19	Pijat pada bayi sehat	4
	20	Fasilitasi metode kanguru	4
	21	Pemberian tetes/salep mata bayi baru lahir	4
	22	Pemberian Imunisasi Hep B0	4
	23	Pemberian Vit K 1	4

Bayi, Balita dan Anak Prasekolah	1	Asuhan bayi sehari-hari	4
Bayi = usia 29 hari-11 bulan 29 hari	2	Memandikan Bayi	4
Balita = usia 1 tahun -4 tahun 29 hari	3	Pemberian Imunisasi sesuai program	4
Anak prasekolah= 5 tahun - 6 tahun 11 bulan 29 hari	4	Pemeriksaan Tumbuh kembang bayi dan balita menggunakan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)	4
	5	Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) Fasilitasi Kelas Ibu Balita	4 4
	6	Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)	4
	7	Pertolongan pertama kecelakaan/ jatuh pada bayi, balita dan anak pra sekolah	4
	8	Pertolongan pertama bayi, balita dan anak pra sekolah kemasukan benda asing ke hidung telinga, mulut dan kemaluan	4
	9	Pelaporan Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI)	4
	10	Tata Laksana dengan korban kekerasan fisik dan seksual	3
3. Remaja	1	Skrining masalah kesehatan reproduksi remaja	3
	2	KIE kesehatan reproduksi remaja	4
	3	Edukasi tentang selaput dara berbasis budaya dan etiko legal	3
	4	Edukasi menarche	4
	5	Edukasi tanda-tanda seks sekunder	4
	6	Edukasi pola hidup sehat bagi remaja	4
	7	Konseling kesehatan reproduksi remaja	4
	8	Memfasilitasi konselor teman sebaya	3
	9	Imunisasi sesuai program	4
	10	Tata Laksana dengan korban kekerasan fisik dan seksual.	3

4. Masa sebelum hamil	1	Skrining masalah dan gangguan kesehatan sebelum hamil	3
	2	Persiapan kehamilan sehat	4
	3	Konseling pranikah	4
	4	Konseling masa sebelum hamil perencanaan kehamilan dan persiapan menjadi orang tua	4
	5	Konseling dalam kesiapan merawat anak	4
	6	Penyiapan klien untuk pemeriksaan penunjang infertiltas	4
	7	Edukasi tahapan tatalaksana infertilitas (Pemeriksaan sperma pemeriksaan hidrotubasi, inseminasi, bayi tabung)	2
	8	Konseling Keluarga Berencana	4
5. Masa Kehamilan	9	Pemeriksaan tanda –tanda kehamilan	4
	10	Tes Kehamilan	4
	11	Pemeriksaan fisik terfokus pada ibu hamil	4
	12	Inspeksi abdomen	4
	13	Penilaian pembesaran uterus normal selama kehamilan	4
	14	Melakukan Palpasi Abdomen dalam pemeriksaan kehamilan Mengidentifikasi masalah pada payudara pada masa hamil	4 4
	15	Perawatan payudara	4
	16	Pemeriksaan denyut jantung janin stetoskop dan doppler	4
	17	Pemeriksaan perkusi pada ekstremitas	4
	18	Penghitungan usia kehamilan	4
	19	Periksa dalam saat hamil	2
	20	Identifikasi status TT	4
	21	Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid sesuai program	4
	22	Penghitungan tafsiran berat janin	4
	23	Mengisi buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)	4
	24	Pemberian suplemen vitamin dan mineral	4
	25	Identifikasi masalah gizi pada ibu hamil	3

	26	Penentuan status gizi ibu hamil	4
	27	Edukasi nutrisi pada ibu hamil	4
	28	Pemberian makanan tambahan pada ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK)	4
	29	Memfasilitasi senam hamil	4
	30	Konseling adaptasi kehamilan	4
	31	Konseling Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi	4
	32	Konseling Keluarga Berencana	4
	33	Pemberian pendidikan kesehatan pada Ibu dan keluarga untuk persiapan persalinan dan kelahiran.	4
	34	Amniosintesis	3
	35	Edukasi hasil pemeriksaan penunjang pada masa hamil.	4
	36	Skrining kehamilan risiko tinggi	4
	37	Konseling pada ibu hamil yang berisiko	4
	38	KIE Tanda Bahaya Kehamilan	4
	39	KIE Kehamilan Remaja	4
	40	Identifikasi kehamilan dengan kelainan	4
	41	Pemberian suplemen vitamin dan mineral	4
	42	Fasilitasi Kelas Ibu Hamil	4
		Tata Laksana dengan korban kekerasan fisik dan seksual.	3
6. Masa Persalinan	1	Pemeriksaan fisik terfokus dalam persalinan	4
	2	Penapisan awal persalinan	4
	3	Penentuan inpartu	4
	4	Dukungan fisik dan psikologis dalam persalinan Pemantauan persalinan dengan partograph	4
	5	Penilaian kesesuaian antara panggul dan janin dari hasil pemeriksaan palpasi dan panggul dalam	4
	6	Asuhan persalinan Kala I normal	4
	7	Tehnik mengurangi nyeri secara nonfarmakologi selama persalinan dan kelahiran	4

	8	Tehnik mengurangi nyeri secara farmakologi dalam persalinan dan kelahiran	2
	9	Amniotomi saat kala II	4
	10	Anastesi Perineum	4
	11	Episiotomi	4
	12	Pertolongan persalinan Kala II normal	4
	13	Jepit, potong dan ikat tali pusat	4
	14	Inisiasi Menyusu Dini	4
	15	Pertolongan persalinan Kala III normal	4
	16	Manajemen Aktif kala III	4
	17	Pemeriksaan placenta (kotiledon, selaput dan kelainan)	4
	18	Pemeriksaan jumlah pengeluaran darah pervaginam	3
	19	Pemeriksaan luka jalan lahir	4
	20	Penjahitan Luka Jalan Lahir derajat 1 dan 2	4
	21	Pemasangan IUD pasca plasenta	4
	22	Pemantauan persalinan Kala IV	4
	23	Manual Placenta dengan perdarahan	3
	24	Kompresi Bimanual (Eksterna, Interna)	3
7. Masa Pasca Keguguran	1	Identifikasi masalah pasca keguguran	3
	2	Memberikan konseling dan edukasi pada asuhan pasca keguguran	4
8. Masa Nifas		Identifikasi masalah dan gangguan pada masa nifas	4
		KIE Tanda bahaya nifas	4
		Pemeriksaan terfokus pada ibu nifas	4
		Melakukan edukasi tentang menyusui	4
		Pijat Oksitosin	4
		Tatalaksana pada ibu menyusui	4
		Pemeriksaan involusi	4
		Perawatan luka jalan lahir	4
		Perawatan payudara (Kompres dan massase payudara)	4
		Perah ASI /pumping	4
		Tata Laksana Pengelolaan ASI	4
		Senam nifas	4

		Pemberian suplemen vitamin dan mineral	4
		Perawatan Hematoma jalan lahir	3
		Dukungan psikososial pada ibu yang kehilangan bayi	4
		Edukasi tentang masalah masa nifas	3
		Pemeriksaan pada kunjungan nifas sesuai standar dan kebutuhan ibu nifas	4
		Kunjungan nifas	4
9. Pelayanan Keluarga Berencana (KB)	1	Pemeriksaan bimanual	2
	2	Pemanfaatan Kriteria Kelayakan Medis Dalam Penggunaan kontrasepsi	4
	3	Pemeriksaan fisik terfokus pada ibu yang ingin mendapatkan pelayanan Keluarga Berencana	4
	4	Konseling Keluarga berencana	4
	5	Pemberian Kontrasepsi Pil	4
	6	Pemberian Kontrasepsi Darurat	3
	7	Pemberian Kondom	4
	8	Pemberian Kontrasepsi suntik	4
	9	Pemasangan Intrauterine Device (IUD)	4
	10	Pencabutan Intrauterine Device (IUD)	4
	11	Pemasangan implan	4
	12	Pencabutan implan	4
	13	Lakktasi (MAL)	4
	14	Edukasi dan konseling Metode Operasi Wanita (MOW) dan Metode Operasi Pria (MOP)	4
10. Masa Klimakterium	1	Identifikasi masalah kesehatan reproduksi pada masa klimakterium Dukungan psikososial pada keluhan masa klimakterium	3
	2	Edukasi perubahan pada masa klimakterium	4
		Konseling adaptasi pada masa klimakterium	2
Kesehatan Reproduksi dan	1	Identifikasi gangguan pada organ dan fungsi reproduksi perempuan	3
	2	Skrining keganasan organ reproduksi	3

Seksualitas perempuan	3	Skrining penyimpangan perilaku seksual	2
	4	Pemeriksan pap smear	3
	5	KIE kesehatan reproduksi dan seksualitas	4
	6	Edukasi tentang skrining gangguan pada sistem reproduksi perempuan	3
	7	Pelayanan kesehatan reproduksi dan seksualitas	3
	8	Tata Laksana awal pada perempuan dengan korban kekerasan fisik dan seksual	3
14. Bayi Baru Lahir (Neonatus) usia 0-28 hari	1	Penilaian awal bayi baru lahir	4
		Pemotongan tali pusat	4
		Inisiasi Menyusui Dini (IMD)	4
		Pengukuran antropometri	4
		Pemeriksaan fisik bayi baru lahir	4
		Pemantauan Tanda Tanda Vital bayi baru lahir	4
		Pemberian tanda pengenal bayi baru lahir	4
		Penilaian kesesuaian gestasi dengan kondisi bayi baru lahir	4
		Pemeriksaan refleks pada bayi baru lahir	4
		Pencegahan hipotermi	4
		Pemantauan dan pencegahan infeksi tali pusat tali pusat	4
		Memandikan bayi baru lahir	4
		Pemantauan tumbuh kembang	4
		Pengisapan lendir menggunakan deele	4
		Pengisapan lendir menggunakan suction	4
		Pijat pada bayi sehat	4
		Fasilitasi metode kanguru	4
		Deteksi awal cacat bawaan melalui pemeriksaan fisik	4
		Identifikasi bayi baru lahir bermasalah	4
		Pengambilan sediaan untuk melakukan skrining tiroid	3

		Asuhan Bayi baru lahir dengan ibu penderita penyakit infeksi (Demam Berdarah Dengue/DBD, Malaria, dll)	3
		Asuhan Bayi baru lahir dengan ibu kecanduan narkotika, psikotropika, dan zat adiktif. (NAPZA)	3
		Asuhan bayi baru lahir dengan ibu HIV	3
		Asuhan bayi baru lahir dengan ibu Hepatitis	3
		Asuhan bayi baru lahir dengan ibu sifilis	3
		Asuhan bayi baru lahir dengan jejas persalinan (kaput suksadaneum, cefal hematom)	3
		Asuhan bayi baru lahir dengan cacat bawaan (atresia ani, labio skizis, labio palato skizis, dll)	3
		Pemberian tetes/salep mata bayi baru lahir	4
		Pemberian minum pada bayi baru lahir dengan kondisi khusus (labio skizis, bayi besar, dan kondisi lainnya)	4
		Pemeriksaan gula darah sewaktu pada bayi baru lahir	3
		Pemberian glukosa intravena	2
		Transfusi tukar	2
		Stabilisasi Bayi pra rujukan	4
		Tatalaksana awal Bayi Baru Lahir dengan trauma persalinan (fraktur klavikula, perdarahan intrakranial, dll)	3
		Tatalaksana awal bayi prematur	3
		Asuhan pada bayi baru lahir dengan omphalitis	3
		Therapi Blue light	3
		MTBM	4
		Resusitasi	4
		Pemberian Imunisasi Hep B0	4
		Pemberian Vit K 1	4
		Tatalaksana awal pada bayi baru lahir bermasalah	4

		Identifikasi kebutuhan Rujukan	4
15. Bayi, Balita dan Anak Prasekolah	1	Asuhan bayi sehari-hari	4
Bayi = usia 29 hari-11 bulan 29 hari	2	Identifikasi bayi risiko tinggi	4
Balita=usia 1 tahun - 4 tahun 29 hari	3	Asuhan Bayi Kembar	4
Anak prasekolah= 5 tahun - 6 tahun 11 bulan 29 hari	4	Pemberian Pengganti Air Susu Ibu (PASI)	4
	5	Memandikan Bayi	4
		Pemberian Imunisasi sesuai program	4
		Pemeriksaan Tumbuh kembang bayi dan balita menggunakan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)	4
		Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK)	4
		Identifikasi rujukan tumbuh kembang bayi, balita dan anak pra sekolah	4
		Identifikasi rujukan kegawatdaruratan bayi, balita dan anak prasekolah	4
		Fasilitasi Kelas Ibu Balita	4
		Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)	4
		Asuhan bayi dengan gangguan pada masalah kulit (ruam popok, biang keringat)	4
		Asuhan Bayi berkebutuhan khusus	3
		Identifikasi autis	3
		Tatalaksana awal kegawatdaruratan pada bayi, balita dan anak sekolah	4
		Tatalaksana awal kejang	3
		Pertolongan pertama kecelakaan/ jatuh pada bayi, balita dan anak pra sekolah	3
		Pertolongan pertama bayi, balita dan anak pra sekolah kemasukan benda asing ke hidung telinga, mulut dan kemaluan	3

		Pelaporan Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI) Pelaporan Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI)	4
		Tata Laksana dengan korban kekerasan fisik dan seksual	3
16. Remaja		Skrining masalah kesehatan reproduksi remaja	3
		KIE kesehatan reproduksi remaja	4
		Edukasi tentang selaput dara berbasis budaya dan etiko legal	3
		Edukasi menarche	4
		Edukasi tanda-tanda seks sekunder	4
		Edukasi pola hidup sehat bagi remaja	4
		Konseling kesehatan reproduksi remaja	4
		Memfasilitasi konselor teman sebaya	4
		Imunisasi sesuai program	4
		Tata Laksana dengan korban kekerasan fisik dan seksual.	3
17. Masa sebelum hamil		Skrining masalah dan gangguan kesehatan sebelum hamil	3
		Persiapan kehamilan sehat	4
		Konseling pranikah	4
		Konseling masa sebelum hamil perencanaan kehamilan dan persiapan menjadi orang tua	4
		Konseling dalam kesiapan merawat anak	4
		Penyiapan klien untuk pemeriksaan penunjang infertilitas	4
		Edukasi tahapan tatalaksana infertilitas (Pemeriksaan sperma pemeriksaan hidrotubasi, inseminasi, bayi tabung)	2
		Ultrasonografi (USG) transvaginal	2
		Hidrotubasi dan Histerosalpingingografi (HSG)	2
		Konseling masa sebelum hamil pada penderita hepatitis B/C	3
		Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) dan konseling tentang HIV/AIDS	3

		KIE dan konseling tentang sifilis	3
		KIE dan konseling tentang Kehamilan yang Tidak Diharapkan	3
		Dukungan psikososial pada ibu yang kehilangan anak	1
		Konseling Keluarga Berencana	4
18. Masa Kehamilan		Pemeriksaan tanda –tanda kehamilan	4
		Tes Kehamilan	4
		Pemeriksaan fisik terfokus pada ibu hamil	4
		Inspeksi abdomen	4
		Penilaian pembesaran uterus normal selama kehamilan	4
		Melakukan Palpasi Abdomen dalam pemeriksaan kehamilan	4
		Mengidentifikasi masalah pada payudara pada masa hamil	4
		Perawatan payudara	4
		Pemeriksaan denyut jantung janin stetoskop dan doppler	4
		Pemeriksaan perkusi pada ekstremitas	4
		Penghitungan usia kehamilan	4
		Periksa dalam saat hamil	4
		Identifikasi status TT	4
		Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid sesuai program	4
		Penghitungan tafsiran berat janin	4
		Mengisi buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)	4
		Pemberian suplemen vitamin dan mineral	4
		Identifikasi masalah gizi pada ibu hamil	3
		Penentuan status gizi ibu hamil	4
		Edukasi nutrisi pada ibu hamil.	4
		Pemberian makanan tambahan pada ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK)	4
		Memfasilitasi senam hamil	4
		Konseling adaptasi kehamilan	4
		Konseling Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi	4

		Konseling Keluarga Berencana	4
		Pemberian pendidikan kesehatan pada perempuan, keluarga dan masyarakat tentang perkembangan kehamilan, gejala dan tanda bahaya serta tindakan yang dilakukan ketika terdapat tanda bahaya	4
		Pemberian pendidikan kesehatan pada Ibu dan keluarga untuk persiapan persalinan dan kelahiran.	4
		Penggunaan Cardiotocography (CTG)	3
		Interprestasi hasil Cardiotocography (CTG)	3
		Amniosintesis	2
		Edukasi hasil pemeriksaan penunjang pada masa hamil.	3
		Skrining kehamilan risiko tinggi	4
		Konseling pada ibu hamil yang berisiko	3
		KIE Tanda Bahaya Kehamilan	4
		KIE Kehamilan Remaja	4
		Identifikasi kehamilan dengan kelainan	4
		Tatalaksana awal pada ibu hamil dengan penyakit sistemik	3
		Tatalaksana pada ibu hamil dengan penyakit infeksi	3
		Tatalaksana pada kehamilan dengan penyulit obstetrik (hiperemesis gravidarum, hipertensi, preeklamsi, infeksi)	3
		Tatalaksana awal kasus kegawatdaruratan pada kehamilan (Kehamilan Ektopik Terganggu, Mola Hidatidosa, Abortus Imminen, Solutio Placenta, Placenta Previa, kejang, henti nafas, penurunan kesadaran, syok, henti jantung).	3
		Skrining gangguan psikologis ibu hamil	3
		Tatalaksana gangguan psikologis pada ibu hamil	2

		Pemberian suplemen vitamin dan mineral	4
		Tatalaksana awal kelainan letak, presentasi dan kehamilan ganda	3
		Tatalaksana tokolisis	3
		Fasilitasi Kelas Ibu Hamil	4
		Tata Laksana dengan korban kekerasan fisik dan seksual.	3
19. Masa Persalinan		Pemeriksaan fisik terfokus dalam persalinan	4
		Penapisan awal persalinan	4
		Penentuan inpartu	4
		Dukungan fisik dan psikologis dan dalam persalinan	4
		Pemantauan persalinan dengan partograph	4
		Penilaian rupture uteri	3
		Penilaian kesesuaian antara panggul dan janin dari hasil pemeriksaan palpasi dan panggul dalam	3
		Asuhan persalinan Kala I normal	4
		Tehnik mengurangi nyeri secara nonfarmakologi selama persalinan dan kelahiran	4
		Tehnik mengurangi nyeri secara farmakologi dalam persalinan dan kelahiran	2
		Amniotomi saat kala II	4
		Anastesi Perineum	4
		Episiotomi	4
		Pertolongan persalinan Kala II normal	4
		Jepit, potong dan ikat tali pusat	4
		Inisiasi Menyusu Dini	4
		Pertolongan persalinan Kala III normal	4
		Manajemen Aktif kala III	4
		Pemeriksaan placenta (kotiledon, selaput dan kelainan)	3
		Pemeriksaan jumlah pengeluaran darah pervaginam	3
		Pemeriksaan luka jalan lahir	3

		Penjahitan Luka Jalan Lahir derajat 1 dan 2	3
		Penjahitan Luka Jalan Lahir derajat 3	4
		Penjahitan Luka Jalan Lahir derajat 4	2
		Penjahitan Portio	2
		Pemasangan IUD pasca plasenta	4
		Pemantauan persalinan Kala IV	4
		Manual Placenta dengan perdarahan	3
		Kompresi Bimanual (Eksterna, Interna)	3
		Kompresi Bimanual Aorta	3
		Pemasangan Kondom Kateter	3
		Induksi persalinan dengan obat-obatan	2
		Induksi persalinan dengan balon kateter	2
		Akselerasi persalinan	2
		Konseling Keluarga Berencana	4
		Tata Laksana persalinan dengan tindakan (Ekstraksi vakum, ekstraksi forcep)	2
		Tata laksana awal pada persalinan dengan ibu yang mengalami penyakit sistemik	3
		Tata laksana awal pada persalinan dengan ibu yang mengalami penyakit infeksi	3
		Tata laksana awal pada persalinan dengan penyulit obstetri perdarahan antepartum	3
		Tata laksana awal pada persalinan dengan penyulit obstetri persalinan preterm	3
		Tata laksana awal pada persalinan dengan penyulit obstetri ketuban pecah dini	3
		Tata laksana awal pada persalinan dengan penyulit obstetri persalinan lama (kelainan His, CPD, Makrosomia)	3
		Tata laksana awal pada persalinan dengan penyulit obstetri kelainan	3

		letak dan malpresentasi dalam persalinan	
		Tata laksana awal pada persalinan dengan penyulit obstetri Distosia bahu	3
		Tata laksana awal pada persalinan dengan penyulit obstetri prolaps tali pusat	3
		Tata laksana pada persalinan dengan kehamilan ganda	4
		Tatalaksana awal kasus kegawatdaruratan tersering pada persalinan (eklamsia, perdarahan pasca persalinan)	3
		Tata laksana awal kegawatdaruratan dasar pada ibu hamil (henti jantung dan henti nafas, syok, kejang, sesak nafas, pingsan)	3
		Asistensi tindakan bedah obstetric per vaginam	4
		Instrumentator pada tindakan bedah obstetric per abdominal	3
		Asistensi tindakan bedah ginekologi	2
		Asuhan pada pre dan post operasi obstetri ginekologi	4
20. Masa Pasca Keguguran		Identifikasi masalah pasca keguguran	3
		Memberikan konseling dan edukasi pada asuhan pasca keguguran	4
		Tata laksana awal kegawatdaruratan pada pasca keguguran	3
		Evakuasi sisa jaringan	2
		Pemberian Medikamentosa	2
		Pemantauan tanda bahaya pasca keguguran	4
		Layanan kontrasepsi pasca keguguran	
21. Masa Nifas		Identifikasi masalah dan gangguan pada masa nifas	4
		KIE Tanda bahaya nifas	4
		Pemeriksaan terfokus pada ibu nifas	4
		Konseling ibu nifas dengan masalah gangguan psikologis	4
		Melakukan edukasi tentang menyusui	4
		Pijat Oksitosin	4

		Tatalaksana pada ibu menyusui	4
		Pemeriksaan involusi	4
		Perawatan luka jalan lahir	4
		Perawatan payudara (Kompres dan massase payudara)	4
		Perah ASI /pumping	4
		Tata Laksana Pengelolaan ASI	4
		Perawatan luka operasi sesar	3
		Senam nifas	4
		Pemberian suplemen vitamin dan mineral	4
		Perawatan Hematoma jalan lahir	3
		Dukungan psikososial pada ibu yang kehilangan bayi	2
		Identifikasi komplikasi pada masa nifas (tromboplebitis, simphisiolisis)	2
		Edukasi tentang masalah masa nifas	4
		Mengidentifikasi masalah seksualitas pasca nifas	3
		Pemeriksaan pada kunjungan nifas sesuai standar dan kebutuhan ibu nifas	4
		Konseling Keluarga Berencana	4
		Tata laksana awal pada masa nifas dengan penyulit	3
		Tata laksana awal pada masa nifas dengan ibu yang mengalami penyakit sistemik	3
		Tata laksana awal pada masa nifas dengan ibu yang mengalami penyakit infeksi	3
		Tatalaksana awal kasus kegawatdaruratan pada masa nifas (perdarahan, kejang, henti nafas, penurunan kesadaran, syok, henti jantung)	3
		Kunjungan nifas	3
22. Masa Antara		Pemeriksaan bimanual	2
		Edukasi Deteksi dini kanker payudara dengan Sadari	4
		Mammografi	2
		Menjelaskan hasil pemeriksaan papsmear	3

		Edukasi tahapan dan tatalaksana kasus dengan hasil papsmear (+)	2
		Edukasi dan tata laksana kanker serviks	3
		Memfasilitasi pemeriksaan hepatitis, HIV-AIDS, TBC Malaria positif dan sifilis	4
		Biopsi jaringan	2
		Kolposcopi	2
		Histerektomi	2
		Pemasangan pessarium	2
		Eksterpasi polip eksternal	2
		Kauterisasi	2
		Identifikasi risiko Infeksi menular seksual (IMS)	4
		Edukasi tatalaksanana IMS	4
		Konseling keluarga berencana	4
23. Pelayanan Keluarga Berencana (KB)		Pemanfaatan Kriteria Kelayakan Medis Dalam Penggunaan Kontrasepsi	4
		Pemeriksaan fisik terfokus pada ibu yang ingin mendapatkan pelayanan Keluarga Berencana	4
		Konseling Keluarga berencana	4
		Pemberian Kontrasepsi Pil	4
		Pemberian Kontrasepsi Darurat	4
		Pemberian Kondom	4
		Pemberian Kontrasepsi suntik	4
		Pemasangan Intrauterine Device (IUD)	4
		Pencabutan Intrauterine Device (IUD)	4
		Pemasangan implan	4
		Pencabutan implan	4
		Fasilitasi Metode Amenorhoe Laktasi (MAL)	4
		Edukasi dan konseling Metode Operasi Wanita (MOW) dan Metode Operasi Pria (MOP)	4
24. Masa Klimakterium		Identifikasi masalah kesehatan reproduksi pada masa klimakterium	4

		Edukasi perubahan pada masa klimakterium	4
		Terapi Sulih Hormon	2
		Identifikasi tanda dan gejala awal masalah keganananasan pada masa klimakterium	3
		Edukasi tanda –tandakeganasan pada masaklimakterium	4
		Konseling adaptasi pada masa klimakterium	
25. Kesehatan Reproduksi& seksualitas perempuan		Identifikasi gangguan pada organ dan fungsi reproduksi perempuan	3
		Skrining keganasan organ reproduksi	3
		Skrining penyimpangan perilaku seksual	2
		Skrining kanker serviks dengan IVA test	3
		Pelaksanaan krioterapi dengan IVA test positif	3
		Pemeriksan pap smear	3
		KIE kesehatan reproduksi dan seksualitas	3
		Edukasi tentang skrining gangguan pada sistem reproduksi perempuan	3
		Edukasi tentang skrining penyimpangan kesehatan reproduksi perempuan	3
		Pelayanankesehatan reproduksi dan seksualitas	3
		Identifikasi kasus gangguan orientasi seksual	2
		Edukasi pencegahan perilaku seksual beresiko	4
		Konseling Penganiayaan dan Pelecehan Seksual	2
		Tata Laksana awal pada perempuan dengan korban kekerasan fisik dan seksual	3

Lampiran 2. Format dan Contoh Kontrak Belajar (Ditulis tangan/ diketik pada kertas F4)

KONTRAK BELAJAR PRAKTEK/ PRAKTIKUM KLINIK

Tempat Praktek : DKK ……. (Puskesmas …….)
Periode Praktek : 11 Oktober s/d 18 Desember 2021

Nama Mahasiswa : …….
NIM : ……
Topik : Asuhan Kebidanan fisiologis holistik kehamilan

Tujuan	Strategi	Sumber Belajar	Hasil yang Diharapkan	Waktu
Tujuan Umum: setelah menjalankan prakti klinik smt 1 di Puskesmas……. selama 10 minggu, Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan Kebidanan fisiologis holistik kehamilan **Tuhuan Khusus**: 1. Dapat melakukan Asuhan kebidanan pada ibu hamil normal Trimester I.	1. *Pre conference* 2. *BST/ Round* 3. *Post Conference* 4. Uji Stase 5. Seminar Kasus 6. dll	1. Ibu Hamiil fisiologis TS I, II, dan III 2. Sumber Buku Yang relevan	1. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil normal/ fisiologis TS I, II dan III secara holistik dengan jumlah yang terdokumentasikan lengkap= 5, selebihnya terdokumentasi dalam *logbook* 2. Mahasiswa mampu melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil normal/fisiologis dengan terapi komplementer terdokumentasi lengkap	5 April s/d 26 juni 2021

2. Asuhan kebidanan pada ibu hamil normal Trimester II 3. Asuhan kebidanan pada ibu hamil normal Trimester III 4. Asuhan kebidanan pada ibu hamil normal dengan komplementer terapy			sebanyak 2, asuhan lain terdokumentasi dalam *log book*	

Klaten, …..…….2021
Mahasiswa,

Ttd

……..

Tempat Praktek : …….
Periode Praktek : 3-29 Januari 2022

Nama Mahasiswa : …….
NIM : ……
Topik : Asuhan Kebidanan Remaja, Pra konsepsi, Keluarga Berencana dan Komunitas

Tujuan	Strategi	Sumber Belajar	Hasil yang Diharapkan	Waktu
Tujuan Umum: Setelah menjalankan praktikum klinik smt **I** di Puskesmas …selama 4 minggu, saya mampu melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif pada remaja, & dan kebidanan komunitas dengan menerapkan manajemen kebidanan. **Tuhuan Khusus**:	1. pre conferent, 2. Rounde 3. Bed Site Teaching 4. Post conferen	1. Remaja 2. Catin 3. PUS/WUS 4. Kelompok Klusus 5. Buku sumber sesuai Kasus	1. Melakukan pengkajian data subyektif dan obyektif pada Remaja, Pra konsepsi dan keluarga berencana &Komunitas dengan pendekatan holistik. 2. Menginterpretasi data dasar dengan berpikir kritis pada Remaja, Pra konsepsi dan keluarga berencana &Komunitas 3. Mengidentifikasi diagnosis/ masalah potensial dan antisipasi pada Remaja, Pra konsepsi dan keluarga berencana &Komunitas 4. Mengidentifikasi tindakan segera (jika perlu) pada Remaja, Pra	3-29 Januari 2021

melakukan asuhan kebidanan komprehensif pada remaja, & pranikah, kontrasepsi &perencanaan kehamilan sehat dan kebidanan komunitas dengan target (5 Asuhan)			konsepsi dan keluarga berencana &Komunitas 5. Merumuskan perencanaan asuhan Remaja, Pra konsepsi dan keluarga berencana &Komunitas 6. Melakukan implementasi asuhan Remaja, Pra konsepsi dan keluarga berencana &Komunitas berdasarkan evidence based practice. 7. Melakukan evaluasi asuhan Remaja, Pra konsepsi dan keluarga berencana &Komunitas dengan pendekatan holistik. 8. Melakukan pendokumentasian asuhan Remaja, Pra konsepsi dan keluarga berencana &Komunitas dengan model dokumentasi SOAP *notes*.	

Lampiran 3.

Dukumentasi Pencapaian Asuhan Kebidanan Fisiologis Holistik Kehamilan* / Dukumentasi Pencapaian Asuhan Kebidanan Remaja, Pra Konsepsi, Keluarga Berencana Dan Komunitas*

(*LOGBOOK*)

Program Studi	: Profesi Bidan
Mata Kuliah	: Praktik Kebidanan Fisiologis Holistik Kehamilan*/ Remaja, Pra Konsepsi, Keluarga Berencana dan Komunitas
Kode Mata Kuliah	:
Beban SKS	: 4 SKS
Semester	: II
Tempat Praktek	:
Waktu/ Periode	:
Nama Peserta Didik	:
NIM	:
Kelas	:
Dosen Pembimbing Lahan	:

No	Nama/ Umur/ GPA/Alamat	Subjective	Objective	Analisis	Planing	TTD CI	TTD pembimbing

Lampiran 4 Cover Pengumpulan Tugas

LOGO STAGE FISIOLOGIS HOLISTIK KEHAMILAN*		
Nama Mahasiswa	:	……
Nim	:	……
Ruang	:	……
Tanggal Praktik	:	……
Pembimbing	:	……
Berkas Yang Dikumpulkan	:	……
Hari Tanggal Penyerahan	:	……
Penerima	:	……

Lampiran 5

DAFTAR PRESENSI MAHASISWA

NAMA : ……
NIM : ……
RUANGAN : ……
PUSKESMAS : ……

NO	RUANGAN	HARI/TGL	DATANG	PULANG	PARAF MHS	PARAF CI
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						

Lampiran 6

LAPORAN KEGIATAN HARIAN

NAMA : ……
NIM : ……
RUANGAN : ……
PUSKESMAS : ……
HARI/TGL : ……

NO	PUKUL	KEGIATAN	TTD PEMBIMBING
1			
2			
3			
4			
6			
7			
8			

DAFTAR PUSTAKA

Kurikulum Program Pendidikan Profesi Kebidanan Poltekkes Kemenkes Surakarta

Peraturan /Tata Tertib Program Pendidikan Profesi Bidan Poltekkes Kemenkes Surakarta

PROFIL PENULIS

Henik Istikhomah, SST., M.Keb
Poltekkes Kemenkes Surakarta
Jalan Letjend Sutoyo, Mojosongo, Surakarta 57127
Saya Henik Istikhomah, lahir di Sragen pada tangal 21 July 1979. Profesi saya dosen di Poltekkes Kemenkes Surakarta. Saya juga sebagai bidan praktisi dan aktif sebagai anggota dari IKATAN BIDAN INDONESIA (IBI) sejak 2013. Saya aktif dikegiatan pengabmas dan Penelitian, bisa dilihat pada link berikut:
https://scholar.google.co.id/citations?user=vUAdCqoAAAAJ&hl=id
Riwayat Mengajar saya sebagai dosen dapat dilihat pada link berikut:
https://forlap.kemdikbud.go.id/dosen/detail/MTAyNzVCQkQtQkU1Qi00MUMyLUJGQjktMEVDOThCMzM0MzAz
PHONE:
+6281215908592
EMAIL:
janeetaqueen@gmail.com

BAB 1 SIKLUS HIDUP MANUSIA

Fijri Rachmawati, S.S.T.,M.Keb (Universitas Malahayati)

BAB 2 MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN

Rohmi Handayani, S.SiT.,M.Keb (Poltekkes Kemenkes Surakarta)

BAB 3 KETERAMPILAN PROSEDUR PRAKTIK KEBIDANAN

Nurliyani, S.S.T., M.Kes (Universitas Malahayati)

BAB 4 DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN

Mareza Yolanda Umar, SST, M. Kes (Universitas Aisyah Pringsewu)

BAB 5 GIZI

Astriana, S.ST.M.Kes (Universitas Malahayati)

BAB 6 FARMAKOLOGI

Naomi Isabella Hutabarat, SST, M.Kes (Poltekkes Kemenkes Medan)

BAB 7 SISTEM PELAYANAN KESEHATAN

Ike Ate Yuviska, SST.,Bdn.,M.Kes (Universitas Malahayati)

BAB 8 PENDEKATAN SOSIAL ANTROPOLOGI DALAM PRAKTIK KEBIDANAN

Juwita Desri Ayu, S.Tr.Keb., M.Keb. (Universitas Aisyah Pringsewu)

BAB 9 KOMUNIKASI

Siti Rohani.,SST.M.Kes (Universitas Aisyah Pringsewu)

BAB 10 PRAKTIK KEBIDANAN

Henik Istikhomah, SST., M.Keb (Politeknik Kesehatan Surakarta)

TAHTA MEDIA GROUP

IKAPI IKATAN PENERBIT INDONESIA

CV. Tahta Media Group
Surakarta, Jawa Tengah
Web : www.tahtamedia.com
Ig : tahtamediagroup
Telp/WA : +62 813 5346 4169

ISBN 978-623-5981-70-3