

Bunga Rampai

KEBIDANAN DAN KESEHATAN KOMUNITAS

Siti Nurkhasanah ▪ Masdi Janiarli ▪ Alyxia Gita S. ▪ Eka Rati A.
Zulfita ▪ Fransisca Retno A. ▪ Tatarini Ika P. ▪ Tri Puspa K.
Maya Febriyanti ▪ Luluk Yuliati,

Editor : Nurul Husna



BUNGA RAMPAI: KEBIDANAN DAN KESEHATAN KOMUNITAS

Penulis:

Bdn. Siti Nurkhasanah, SST., M.Keb., CH.
Masdi Janiarli, SST., M.Kes.
Alyxia Gita Stellata, S.Tr.Keb., M.Keb.
Eka Rati Astuti, SST., M.Keb.
Zulfita, S.SiT., M.Biomed.
Fransisca Retno Asih, SST., M.Keb.
Tatarini Ika Pipitcahyani, SST., M.Kes.
Tri Puspa Kusumaningsih, S.S.T., M.Kes.
Maya Febriyanti, SST., M.Kes.
Luluk Yuliati, S.SiT., MPH.

Editor:

Nurul Husna., SST., M. Keb.



Bunga Rampai: Kebidanan dan Kesehatan Komunitas

Penulis: Bdn. Siti Nurkhasanah, SST., M.Keb., CH.

Masdi Janiarli, SST., M.Kes.

Alyxia Gita Stellata, S.Tr.Keb., M.Keb.

Eka Rati Astuti, SST., M.Keb.

Zulfita, S.SiT., M.Biomed.

Fransisca Retno Asih, SST., M.Keb.

Tatarini Ika Pipitcahyani, SST., M.Kes.

Tri Puspa Kusumaningsih, S.S.T., M.Kes.

Maya Febriyanti, SST., M.Kes.

Luluk Yuliati, S.SiT., MPH.

Editor: Nurul Husna., SST., M. Keb.

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Tata Letak: Helmi Syaukani

ISBN: 978-634-7139-64-1

Cetakan Pertama: Februari, 2025

Hak Cipta 2025

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2025

by Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

website: www.nuansafajarcemerlang.com

instagram: @bimbel.optimal

PENERBIT:

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F

Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah

Jakarta Barat, 11480

Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

Perpustakaan Nasional RI : Katalog Dalam Terbitan (KDT)

JUDUL DAN PENANGGUNG JAWAB	Bunga rampai kebidanan dan kesehatan komunitas / Maya Febriyanti, S.S.T., M.Kes., Zulfita, S.SiT., M.Biomed., Masdi Janiarli, S.S.T., M.Kes., Bdn. Siti Nurkhasanah, S.S.T., M.Keb., CH., Alyxia Gita Stellata, S.Tr.Keb., M.Keb. [dan 5 lainnya] ; editor, Nurul Husna., S.S.T., M. Keb.
EDISI	Cetakan pertama, Maret 2025
PUBLIKASI	Jakarta Barat : PT Nuansa Fajar Cemerlang, 2025
DESKRIPSI FISIK	152 halaman ; 30 cm
IDENTIFIKASI	ISBN 978-634-7139-64-1
SUBJEK	Kebidanan, Pelayanan
KLASIFIKASI	362.198 [23]
PERPUSNAS ID	https://isbn.perpusnas.go.id/bo-penerbit/penerbit/isbn/data/view-kdt/1196068



PRAKATA



Buku ini hadir sebagai upaya untuk memberikan pemahaman yang lebih mendalam tentang peran penting bidan dalam meningkatkan kualitas kesehatan di komunitas. Bidan tidak hanya berfokus pada pelayanan kesehatan individu, namun juga berperan besar dalam meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

Salah satu fokus utama dalam buku ini adalah Program Imunisasi untuk Bayi dan Anak di Komunitas, yang bertujuan untuk melindungi anak-anak dari penyakit berbahaya dan meningkatkan cakupan imunisasi di tingkat komunitas. Selain itu, peran bidan dalam Tanggap Darurat Kesehatan juga sangat krusial, baik dalam penanganan bencana maupun situasi darurat kesehatan yang memerlukan pengetahuan dan keterampilan khusus.

Pentingnya Pencegahan Kehamilan Remaja di Masyarakat menjadi tema lain yang dibahas untuk mengurangi angka kehamilan yang tidak diinginkan dan dampak negatifnya bagi remaja. Selain itu, Peran Bidan dalam Promosi Kesehatan Masyarakat sangat diperlukan untuk mendorong perubahan perilaku sehat di tingkat komunitas, serta pengenalan akan Program Keluarga Berencana yang turut berkontribusi dalam pengendalian populasi dan perbaikan kualitas hidup keluarga.

Kami juga mengangkat isu Pencegahan dan Pengelolaan Malnutrisi di Komunitas, yang merupakan tantangan besar dalam dunia kebidanan. Buku ini memberikan wawasan mengenai Pendidikan Kesehatan untuk Ibu Hamil, dengan harapan ibu hamil dapat memahami pentingnya menjaga kesehatan selama kehamilan untuk kesehatan bayi dan dirinya sendiri.

Tak kalah pentingnya adalah Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular di Komunitas, yang menjadi prioritas untuk menjaga kesehatan masyarakat secara luas. Dalam hal ini, bidan juga berperan sebagai agen perubahan dalam Kesehatan Mental Masyarakat, membantu memberdayakan individu dan memberikan dukungan psikososial untuk meningkatkan kesejahteraan emosional.

Akhirnya, buku ini menekankan pada Penguatan Sistem Kesehatan Komunitas melalui Pelatihan dan Pemberdayaan Bidan Lokal, yang diharapkan mampu meningkatkan kapasitas bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang optimal di komunitas.

Semoga buku ini dapat memberikan wawasan dan inspirasi bagi para tenaga kesehatan, terutama bidan, serta masyarakat luas untuk bekerja bersama-sama demi tercapainya kesejahteraan yang lebih baik di komunitas.



DAFTAR ISI



PRAKATA.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv

CHAPTER 1 PERAN BIDAN DALAM PROMOSI KESEHATAN

MASYARAKAT	1
Bdn. Siti Nurkhasanah, SST., M.Keb., CH.....	1
A. Pendahuluan/Prolog	1
B. Definisi Bidan.....	2
C. Konsep Promosi Kesehatan.....	3
D. Peran Bidan Dalam Promosi Kesehatan Masyarakat.....	4
E. Simpulan	11
F. Referensi.....	12
G. Glosarium.....	17

CHAPTER 2 PENCEGAHAN KEHAMILAN REMAJA DI MASYARAKAT 19

Masdi Janiarli, SST., M.Kes.....	19
A. Pendahuluan.....	19
B. Pengertian Kehamilan	20
C. Tanda dan Gejala Kehamilan	21
D. Konsep Kehamilan Remaja	22
E. Faktor Penyebab Kehamilan pada Remaja	23
F. Dampak Kehamilan pada Remaja	24
G. Pencegahan Kehamilan pada Remaja	25
H. Simpulan	27
I. Referensi.....	27
J. Glosarium.....	28

CHAPTER 3 PROGRAM KELUARGA BERENCANA DAN PENGARUHNYA

TERHADAP KESEHATAN MASYARAKAT	29
Alyxia Gita Stellata, S.Tr.Keb., M.Keb.	29
A. Pendahuluan/Prolog	29
B. Program Keluarga Berencana.....	29
C. Pengaruh Program Keluarga Berencana terhadap Kesehatan Masyarakat	32
D. Simpulan	35
E. Referensi.....	36

CHAPTER 4 PENCEGAHAN DAN PENGELOLAAN MALNUTRISI DI KOMUNITAS	37
Eka Rati Astuti, SST., M.Keb.....	37
A. Pendahuluan/Prolog	37
B. Konsep Dasar Malnutrisi.....	37
C. Faktor Risiko Malnutrisi	40
D. Strategi Pencegahan Malnutrisi.....	42
E. Pengelolaan Kasus Malnutrisi.....	43
F. Peran Komunitas dalam Penanggulangan Malnutrisi	46
G. Kebijakan dan Program Nasional.....	48
H. Monitoring dan Evaluasi Program Gizi.....	51
I. Tantangan dan Peluang.....	53
J. Kesimpulan dan Rekomendasi	55
K. Referensi.....	57
L. Glosarium.....	59

CHAPTER 5 KETERLIBATAN BIDAN DALAM TANGGAP DARURAT

KESEHATAN	61
Zulfita, S.SiT., M.Biomed.....	61
A. Pendahuluan/Prolog	61
B. Tanggap Darurat Kesehatan	62
C. Permasalahan Saat Tanggap Darurat Kesehatan	65
D. Kesiapan Bidan dalam Tanggap Darurat Kesehatan	67
E. Simpulan	72
F. Referensi.....	72
G. Glosarium.....	73

CHAPTER 6 PENDIDIKAN KESEHATAN UNTUK IBU HAMIL DI KOMUNITAS TERTENTU.....

Fransisca Retno Asih, SST., M.Keb.....	75
A. Pendahuluan.....	75
B. Pendidikan Kesehatan	76
C. Topik Pendidikan Kesehatan Untuk Ibu Hamil.....	78
D. Pendekatan Pendidikan Kesehatan Berdasarkan Karakteristik Komunitas	81
E. Praktik Ritual Adat Istiadat Terkait Kehamilan pada Beberapa Suku di Indonesia.....	86
F. Evaluasi Keberhasilan Pendidikan Kesehatan	87
G. Simpulan	89
H. Referensi.....	89
I. Glosarium.....	92

CHAPTER 7 PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT MENULAR

DI KOMUNITAS	93
Tatarini Ika Pipitcahyani, SST., M.Kes.....	93
A. Pendahuluan/Prolog	93
B. Definisi Penyakit Menular	95
C. Jenis-jenis Penyakit Menular.....	96
D. Mekanisme Penularan Penyakit Menular	97
E. Pencegahan Penyakit Menular.....	98
F. Simpulan	100
G. Referensi.....	100
H. Glosarium.....	101

CHAPTER 8 KESEHATAN MENTAL MASYARAKAT: PERAN BIDAN

DALAM PEMBERDAYAAN DAN DUKUNGAN PSIKOSOSIAL.....	103
Tri Puspa Kusumaningsih, S.S.T., M.Kes.....	103
A. Pendahuluan	103
B. Pengertian Sehat Mental dan Kesehatan Mental.....	104
C. Masalah Kesehatan Jiwa	107
D. Peran Bidan dalam Pemberdayaan dan Dukungan Psikososial	108
E. Refrensi.....	111
F. Glosarium.....	112

CHAPTER 9 PROGRAM IMUNISASI UNTUK BAYI DAN ANAK DI KOMUNITAS

113

Maya Febriyanti, SST., M.Kes.....	113
A. Pendahuluan/Prolog	113
B. Definisi Imunisasi	114
C. Tujuan Pemberian Imunisasi	115
D. Jenis Imunisasi.....	115
E. Jadwal Imunisasi.....	117
F. Faktor - Faktor yang Mempengaruhi Pemberian Imunisasi.....	123
G. Referensi.....	124

CHAPTER 10 PENGUATAN SISTEM KESEHATAN KOMUNITAS MELALUI PELATIHAN DAN PEMBERDAYAAN BIDAN LOKAL

125

Luluk Yuliati, S.SiT., MPH.....	125
A. Pendahuluan/Prolog	125
B. Konsep Sistem Kesehatan di Komunitas	126
C. Pentingnya Pelatihan Bidan Lokal.....	130
D. Strategi Pemberdayaan Bidan Lokal	132
E. Dampak Pelatihan dan Pemberdayaan terhadap Sistem Kesehatan Komunitas.....	138

F. Tantangan dan Solusi dalam Implementasi	140
G. Simpulan	141
H. Referensi.....	142
I. Glosarium.....	144
PROFIL PENULIS	145

CHAPTER 1

PERAN BIDAN DALAM PROMOSI KESEHATAN MASYARAKAT

Bdn. Siti Nurkhasanah, SST., M.Keb., CH.

A. Pendahuluan/Prolog

Promosi kesehatan merupakan suatu proses untuk memandirikan, memampukan, dan memperdayakan masyarakat agar mampu meningkatkan tingkat kesehatannya, baik itu kesehatan pribadi maupun kesehatan di lingkungan. Pelaksanaan dari promosi kesehatan memiliki peran penting dalam upaya peningkatan pengetahuan dan kesadaran masyarakat berupa pendekatan perilaku gaya hidup yang terwujud dalam bentuk perubahan dari pengetahuan, sikap, dan tindakan masyarakat dalam menyikapi suatu permasalahan kesehatan. Namun, pada kenyataannya masih banyak masyarakat yang mengabaikan hal tersebut dengan alasan seperti banyaknya aktifitas dan hal penting lainnya yang perlu dilakukan selain menjaga kesehatan. Dalam memengaruhi perilaku kesehatan masyarakat, perlu beberapa usaha dalam melakukan promosi kesehatan.

Pembangunan kesehatan, termasuk pembangunan kesehatan ibu dan anak adalah bagian dari pembangunan nasional yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Promosi kesehatan sebagai upaya untuk mewujudkan kemampuan individu melakukan kontrol pengambilan keputusan kesehatan atas dirinya, merupakan pilar utama pembangunan kesehatan bahkan faktor penentu pembangunan kesehatan berkelanjutan. Permasalahan kesehatan ibu dan anak yang masih sangat kompleks dengan dominasi pada upaya kuratif dibandingkan upaya promotif akan memakan anggaran kesehatan yang besar.

Strategi promosi kesehatan sebagai langkah-langkah konkret dalam menurunkan program pemerintah sangat penting dilakukan dalam mengurai permasalahan kesehatan dengan perencanaan yang matang. Peran media sebagai strategi menjadi tantangan tersendiri, terkhusus di era digital yang berkembang secara pesat dengan. Peran tenaga kesehatan termasuk bidan sangat diperlukan dalam menurunkan permasalahan kesehatan ibu dan anak khususnya, generasi "Gen Z" yang memiliki karakteristik beragam, bersifat global, mudah memberikan pengaruh kepada budaya dan masyarakat, serta teknologi adalah nafas mereka.

Oleh karena itu, sinergitas antara tenaga kesehatan dan peran masyarakat yang berdaya harus terus diupayakan, masyarakat bukanlah seorang yang tanpa kemampuan, tetapi seorang yang memiliki *value* atau nilai yang perlu diasah dan diarahkan untuk mau dan mampu memiliki kontrol atas dirinya untuk sadar melaksanakan program atau gerakan dari pemerintah yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan individu, keluarga dan masyarakat.

B. Definisi Bidan

Definisi bidan menurut *International Confederation of Midwives* (ICM) yang dianut dan diadopsi oleh seluruh organisasi bidan di seluruh dunia, dan diakui oleh WHO dan *Federation of International Gynecologist Obstetrician* (FIGO).

Definisi tersebut secara berkala di review dalam pertemuan Internasional/Kongres ICM. Definisi terakhir disusun melalui kongres ICM ke 27, pada bulan Juli tahun 2005 di Brisbane Australia ditetapkan sebagai berikut: Bidan adalah seseorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan yang diakui di negaranya, telah lulus dari pendidikan tersebut, serta memenuhi kualifikasi untuk didaftar (register) dan atau memiliki izin yang sah (lisensi) untuk melakukan praktik bidan, menetapkan bahwa bidan Indonesia adalah: seorang perempuan yang lulus dari pendidikan Bidan yang diakui pemerintah dan organisasi profesi di wilayah Negara Republik Indonesia serta memiliki kompetensi dan kualifikasi untuk diregister, sertifikasi dan atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan (*Promosi Kesehatan Untuk Bidan. Triana Indrayani, Muhammad Syafar, Tahun 2020, N.D.*)

Profesi kesehatan dari Ikatan Bidan Indonesia (IBI) menyatakan sebagai berikut: Bidan diakui sebagai tenaga profesional yang bertanggung jawab dan akuntabel yang bekerja sebagai sahabat perempuan dalam memberikan dukungan, perawatan, dan nasihat selama masa kehamilan, masa persalinan, dan masa nifas, memimpin persalinan atas tanggung jawab sendiridann memberikan asuhan kepada bayi baru lahir dan bayi. Asuhan ini mencakup upaya pencegahan, promosi persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, dan akses bantuan medis atau bantuan lain yang sesuai, serta melaksanakan tindakan kegawatdaruratan.

Bidan mempunyai tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga kepada keluarga, dan masyarakat. Kegiatan ini harus mencakup pendidikan antenatal dan persiapan menjadi orang tua serta dapat meluas pada kesehatan perempuan, kesehatan seksual, atau kesehatan reproduksi dan asuhan anak.

Bidan dapat praktik di berbagai tatanan pelayanan termasuk di rumah, masyarakat, Rumah Sakit, klinik atau unit kesehatan lain.

C. Konsep Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan sebuah proses dimana orang dapat meningkatkan kontrol dan peningkatan kesehatan mereka. Selain berfokus pada perilaku individu, ia bergerak ke berbagai intervensi sosial dan lingkungan. Proses yang berfungsi sentral dari kesehatan masyarakat, promosi kesehatan mendukung pemerintah, masyarakat dan individu untuk mengatasi dan mengatasi masalah kesehatan. Hal ini dicapai dengan menciptakan aturan di masyarakat yang menciptakan hubungan positif antara gerakan komunitas dan keterampilan pribadi.

Penekanan promosi kesehatan di Wilayah Pasifik Barat adalah pada: Penguatan kapasitas promosi kesehatan (pembiayaan dan infrastruktur); Mempromosikan kesehatan perkotaan (termasuk kota sehat dan pemerataan kesehatan melalui *Urban Health Equity Assessment and Response Tool* (*Urban HEART*)); Membangun lingkungan sehat lainnya (termasuk sekolah dan tempat kerja) dan pulau sehat; dan Mengembangkan literasi kesehatan (WHO, 2023).

Piagam Ottawa mendefinisikan promosi kesehatan merupakan serangkaian kegiatan agar individu memperoleh perubahan yang baik atas kesehatan mereka. Ini mencakup kebugaran fisik, non fisik, dan berinteraksi dengan masyarakat untuk memungkinkan individu atau komunitas mencapai tujuan mereka, tercapainya kepentingan individu dan memperbaiki kondisi sekitarnya.

Promosi kesehatan mempunyai definisi yang lebih luas dibandingkan pendekatan pendidikan kesehatan yang sebatas memberikan informasi terhadap orang - orang sehingga mereka dapat mengambil tindakan untuk mengoptimalkan kesehatan seseorang. Promosi kesehatan tidak hanya meliputi pemberian informasi, tetapi juga menekankan pada penguatan individu dan tindakan yang diarahkan untuk mengubah kehidupan masyarakat, dengan meningkatkan struktur komunitas yang mendukung, pengurangan kondisi ekonomi yang merugikan, mengurangi bahaya lingkungan dan ditopang dengan kebijakan politik (Abdussamad et al., 2021).

Program kesehatan yang dirancang untuk mendorong orang untuk berpartisipasi dalam semua kegiatan yang berhubungan dengan kesehatan untuk meningkatkan kesehatan mereka dikenal sebagai promosi kesehatan (Siregar, Harahap and Aidha, 2020).

Kebangkitan pendidikan kesehatan adalah promosi kesehatan yang dapat diartikan sebagai kombinasi pendidikan kesehatan dan kebijakan publik tentang kesehatan. Menurut Elwes (1987); "Promosi" ketika digunakan dalam konteks kesehatan, dapat dipahami sebagai perubahan kesehatan, mempromosikan, membantu, mendorong, dan menjadikan kesehatan sebagai perubahan perilaku.

Menurut WHO Promosi Kesehatan adalah proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Selain itu untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik fisik, mental, dan sosial, maka masyarakat harus mampu mengenal serta mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya, dan mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya (lingkungan fisik, sosial budaya dan sebagainya).

Promosi Kesehatan (*Health Promotion*) adalah ilmu dan seni membantu masyarakat menjadikan gaya hidup mereka sehat optimal. Kesehatan yang optimal didefinisikan sebagai keseimbangan kesehatan fisik, emosi, sosial, spiritual, dan intelektual. Agar promosi kesehatan dapat berjalan secara sistematis, terarah dan terencana sesuai konsep promosi kesehatan bahwa individu dan masyarakat bukan hanya sebagai objek/sasaran yang pasif menunggu tetapi juga sebagai pelaku maka perlu pengelolaan program promosi kesehatan mulai dari pengkajian, perencanaan, penggerakan pelaksanaan, pemantauan dan penilaian.

Dan agar promosi kesehatan berjalan secara efektif dan efisien maka pesan harus sesuai dengan karakteristik serta kebutuhan/masalah sasaran. Sasaran utama promosi kesehatan adalah masyarakat khususnya perilaku masyarakat. Karena terbatasnya sumber daya, akan tidak efektif apabila upaya atau kegiatan promosi kesehatan langsung dialamatkan kepada masyarakat, oleh karena itu perlu dilakukan pentahapan sasaran promosi kesehatan.

D. Peran Bidan Dalam Promosi Kesehatan Masyarakat

1. Peran Sebagai Advokator

Advokasi adalah suatu pendekatan kepada seseorang/ badan organisasi yang di duga mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan suatu program atau kelancaran suatu kegiatan.

Bentuk kegiatan advokator:

- a. Seminar
- b. Bidan menyajikan masalah kesehatan di wilayah kerjanya
- c. Bidan menyampaikan masalah kesehatan menggunakan media dalam bentuk lisan, artikel, berita, diskusi, penyampaian pendapat untuk membentuk opini publik.

2. Peran Sebagai Edukator

Memberikan pendidikan kesehatan dan konseling dalam asuhan dan pelayanan kebidanan di setiap tatanan pelayanan kesehatan agar mereka mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka.

Fungsi bidan sebagai educator:

- a. Melaksanakan pendidikan kesehatan dan konseling dalam asuhan dan pelayanan kebidanan.
- b. Membina kader dan kelompok masyarakat
- c. Mentorship dan preseptorsip bagi calon tenaga kesehatan dan bidan baru.

3. Peran Sebagai Fasilitator

Bidan mempunyai tanggung jawab untuk menciptakan, mengkondisikan iklim kelompok yang harmonis, serta menfasilitasi terjadinya proses saling belajar dalam kelompok.

4. Peran Sebagai Motivator

Upaya yang dilakukan bidan sebagai pendamping adalah menyadarkan dan mendorong kelompok untuk mengenali potensi dan masalah, dan dapat mengembangkan potensinya untuk memecahkan masalah itu.

Tetapi dalam melaksanakan profesinya bidan memiliki peran sebagai pelaksana, pengelola, pendidik, dan peneliti.

1. Peran Sebagai Pelaksana

Tugas-tugas mandiri bidan, yaitu:

- a. Menetapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan yang diberikan, mencakup:
 - 1) Mengkaji status kesehatan untuk memenuhi kebutuhan asuhan klien.
 - 2) Menentukan diagnosis.
 - 3) Menyusun rencana tindakan sesuai dengan masalah yang dihadapi.
 - 4) Melaksanakan tindakan sesuai dengan rencana yang telah disusun.
 - 5) Mengevaluasi tindakan yang telah diberikan.
 - 6) Membuat rencana tindak lanjut kegiatan/tindakan.
 - 7) Membuat pencatatan dan pelaporan kegiatan/tindakan.
- b. Memberi pelayanan dasar pranikah pada anak remaja dan dengan melibatkan mereka sebagai klien, mencakup:
 - 1) Mengkaji status kesehatan dan kebutuhan anak remaja dan wanita dalam masa pranikah.
 - 2) Menentukan diagnosis dan kebutuhan pelayanan dasar.
 - 3) Menyusun rencana tindakan/layanan sebagai prioritas mendasar bersama klien.
 - 4) Melaksanakan tindakan/layanan sesuai dengan rencana.
 - 5) Mengevaluasi hasil tindakan/layanan yang telah diberikan bersama klien.
 - 6) Membuat rencana tindak lanjut tindakan/layanan bersama klien.
 - 7) Membuat pencatatan dan pelaporan asuhan kebidanan.

Peran bidan dalam kesehatan Reproduksi Remaja

- a. untuk memperoleh dukungan masyarakat terhadap kesehatan remaja dilakukan tindakan advokasi .
- b. upaya upaya advokasi dapa difokuskan untuk membuat perubahan di tingkat lokal, daerah, atau nasional dengan menargetkan penerimaan informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi bagi para remaja .
- c. Program program kesehatan reproduksi untuk remaja

Program program kesehatan reproduksi untuk remaja cenderung akan mencapai keberhasilan maksimal jika program program tersebut :

- a. secara akurat mengidentifikasi dan memahami kelompok yang akan dilayani
- b. melibatkan remaja dalam perencananaan programnya
- c. bekerjasama dengan para pemuka masyarakat dan orang tua
- d. melepaskan hambatan hambatan kebijakan dan mengubah pra anggapan para pemberi layanan
- e. membantu remaja melatih keterampilan interpersonal untuk menghindari resiko
- f. menghubungkan informasi dan saran dengan pelayanan
- g. kaum remaja dilibatkan dalam aktivitas yang bermanfaat
- h. Memberikan informasi mengenai HIV & PMS di kalangan remaja, kehamilan dini, pendidikan seks bebasis sekolah dan memberikan pelayanan klinik bagi remaja.
- i. Melibatkan Wanita Dalam Pengambilan Keputusan

Cara melibatkan wanita dalam mengambil keputusan:

- a. mendukung keputusan yang diambil pleh seorang ibu
- b. memastikan keputusab yang diambil ibu adalah yang terbaik
- c. meyakinkan ibu bertanggung jawab atas keputusan yang ia ambil

Memberi asuhan kebidanan kepada klien selama kehamilan normal, mencakup:

- a. Mengkaji status kesehatan klien yang dalam keadaan hamil.
- b. Menentukan diagnosis kebidanan dan kebutuhan kesehatan klien.
- c. Menyusun rencana asuhan kebidanan bersama klien sesuai dengan prioritas masalah.
- d. Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah disusun.
- e. Mengevaluasi hasil asuhan yang telah diberikan bersama klien.
- f. Membuat rencana tindak lanjut asuhan yang telah diberikan bersama klien.
- g. Membuat rencana tindak lanjut asuhan kebidanan bersama klien,
- h. Membuat pencatatan dan pelaporan asuhan kebidanan yang telah diberikan.

Memberi asuhan kebidanan kepada klien dalam masa persalinan dengan melibatkan klien/keluarga, mencakup:

- a. Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan pada klien dalam masa persalinan.
- b. Menentukan diagnosis dan kebutuhan asuhan kebidanan dalam masa persalinan.
- c. Menyusun rencana asuhan kebidanan bersama klien sesuai dengan prioritas masalah.
- d. Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah disusun.
- e. Mengevaluasi asuhan yang telah diberikan bersama klien.
- f. Membuat rencana tindakan pada ibu selama masa persalinan sesuai dengan prioritas.
- g. Membuat asuhan kebidanan.

Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, mencakup:

- a. Mengkaji status keselhatan bayi baru lahir dengan melibatkan keluarga.
- b. Menentukan diagnosis dan kebutuhan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir.
- c. Menyusun rencana asuhan kebidanan sesuai prioritas.
- d. Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah dibuat.
- e. Mengevaluasi asuhan kebidanan yang telah diberikan.
- f. Membuat rencana tindak lanjut.
- g. Membuat rencana pencatatan dan pelaporan asuhan yang telah diberikan.
- h. Memberi asuhan kebidanan pada klien dalam masa nifas dengan melibatkan klien/keluarga, mencakup:
 - i. Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa nifas.
 - j. Menentukan diagnosis dan kebutuhan asuhan kebidanan pada masa nifas.
 - k. Menyusun rencana asuhan kebidanan berdasarkan prioritas masalah.
 - l. Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana.
 - m. Mengevaluasi bersama klien asuhan kebidanan yang telah diberikan.
 - n. Membuat rencana tindak lanjut asuhan kebidanan bersama klien.

Memberi asuhan kebidanan pada wanita usia subur yang membutuhkan pelayanan keluarga berencana, mencakup:

- a. Mengkaji kebutuhan pelayanan keluarga berencana pada pus (pasangan usia subur)
- b. Menentukan diagnosis dan kebutuhan pelayanan.
- c. Menyusun rencana pelayanan KB sesuai prioritas masalah bersama klien.
- d. Melaksanakan asuhan sesuai dengan rencana yang telah dibuat.
- e. Mengevaluasi asuhan kebidanan yang telah diberikan.
- f. Membuat rencana tindak lanjut pelayanan bersama klien.

g. Membuat pencatatan dan laporan.

2. Peran Sebagai Pengelola

Sebagai pengelola bidan memiliki 2 tugas, yaitu tugas pengembangan pelayanan dasar kesehatan dan tugas partisipasi dalam tim.

a. Mengembangkan pelayanan dasar kesehatan

Bidan bertugas; mengembangkan pelayanan dasar kesehatan, terutama pelayanan kebutuhan untuk individu, keluarga kelompok khusus, dan masyarakat di wilayah kerja dengan melibatkan masyarakat/klien, mencakup:

- 1) Mengkaji kebutuhan terutama yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak untuk meningkatkan serta mengembangkan program pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya bersama tim kesehatan dan pemuka masyarakat.
- 2) Menyusun rencana kerja sesuai dengan hasil pengkajian bersama masyarakat.
- 3) Mengelola kegiatan-kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat, khususnya kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana (KB) sesuai dengan rencana.
- 4) Mengoordinir, mengawasi, dan membimbing kader, dukun, atau petugas kesehatan lain dalam melaksanakan program/kegiatan pelayanan kesehatan ibu dan anak-serta KB.
- 5) Mengembangkan strategi untuk meningkatkan kesepakatan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak serta KB, termasuk pemanfaatan sumber-sumber yang ada pada program dan sektor terkait.
- 6) Menggerakkan dan mengembangkan kemampuan masyarakat serta memelihara kesehatannya dengan memanfaatkan potensi-potensi yang ada.
- 7) Mempertahankan, meningkatkan mutu dan keamanan praktik profesional melalui pendidikan, pelatihan, magang sena kegiatan-kegiatan dalam kelompok profesi.
- 8) Mendokumentasikan seluruh kegiatan yang telah dilaksanakan.

b. Berpartisipasi dalam tim

Bidan berpartisipasi dalam tim untuk melaksanakan program kesehatan dan sektor lain di wilayah kerjanya melalui peningkatan kemampuan dukun bayi, kader kesehatan, serta tenaga kesehatan lain yang berada di bawah bimbingan dalam wilayah kerjanya, mencakup:

- 1) Bekerja sama dengan puskesmas, institusi lain sebagai anggota tim dalam memberi asuhan kepada klien dalam bentuk konsultasi rujukan dan tindak lanjut.

- 2) Membina hubungan baik dengan dukun bayi dan kader kesehatan atau petugas lapangan keluarga berencana (PLKB) dan masyarakat.
- 3) Melaksanakan pelatihan serta membimbing dukun bayi, kader dan petugas kesehatan lain.
- 4) Memberi asuhan kepada klien rujukan dari dukun bayi.
- 5) Membina kegiatan-kegiatan yang ada di masyarakat, yang berkaitan dengan kesehatan.

3. Peran Sebagai Pendidik

Sebagai pendidik bidan memiliki 2 tugas yaitu sebagai pendidik dan penyuluhan kesehatan bagi klien serta pelatih dan pembimbing kader.

a. Memberi pendidikan dan penyuluhan kesehatan pada klien

Bidan memberi pendidikan dan penyuluhan kesehatan kepada klien (individu, keluarga, kelompok, serta masyarakat) tentang penanggulangan masalah kesehatan, khususnya yang berhubungan dengan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana, mencakup:

- 1) Mengkaji kebutuhan pendidikan dan penyuluhan kesehatan, khususnya dalam bidang kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana bersama klien.
- 2) Menyusun rencana penyuluhan kesehatan sesuai dengan kebutuhan yang telah dikaji, baik untuk jangka pendek maupun jangka panjang bersama klien.
- 3) Menyiapkan alat serta materi pendidikan dan penyuluhan sesuai dengan rencana yang telah disusun.
- 4) Melaksanakan program/rencana pendidikan dan penyuluhan kesehatan sesuai dengan rencana jangka pendek serta jangka panjang dengan melibatkan unsur-unsur terkait, termasuk klien.
- 5) Mengevaluasi hasil pendidikan/penyuluhan kesehatan bersama klien dan menggunakan untuk memperbaiki serta meningkatkan program di masa yang akan datang.
- 6) Mendokumentasikan semua kegiatan dan hasil pendidikan/ penyuluhan kesehatan secara lengkap serta sistematis.

b. Melatih dan membimbing kader

Bidan melatih dan membimbing kader, peserta didik kebidanan dan keperawatan, serta membina dukun di wilayah atau tempat kerjanya, mencakup:

- 1) Mengkaji kebutuhan pelatihan dan bimbingan bagi kader, dukun bayi, serta peserta didik
- 2) Menyusun rencana pelatihan dan bimbingan sesuai dengan hasil pengkajian.

- 3) Menyiapkan alat bantu mengajar (audio visual aids, AVA) dan bahan untuk keperluan pelatihan dan bimbingan sesuai dengan rencana yang telah disusun.
- 4) Melaksanakan pelatihan untuk dukun bayi dan kader sesuai dengan rencana yang telah disusun dengan melibatkan unsur-unsur terkait.
- 5) Membimbing peserta didik kebidanan dan keperawatan dalam lingkup kerjanya.
- 6) Menilai hasil pelatihan dan bimbingan yang telah diberikan.
- 7) Menggunakan hasil evaluasi untuk meningkatkan program bimbingan.
- 8) Mendokumentasikan semua kegiatan termasuk hasil evaluasi pelatihan serta bimbingan secara sistematis dan lengkap.

4. Peran Sebagai Peneliti/Investigator

Bidan melakukan investigasi atau penelitian terapan dalam bidang kesehatan baik secara mandiri maupun berkelompok, mencakup:

- a. Mengidentifikasi kebutuhan investigasi yang akan dilakukan.
- b. Menyusun rencana kerja pelatihan.
- c. Melaksanakan investigasi sesuai dengan rencana.
- d. Mengolah dan menginterpretasikan data hasil investigasi.
- e. Menyusun laporan hasil investigasi dan tindak lanjut.
- f. Memanfaatkan hasil investigasi untuk meningkatkan dan mengembangkan program kerja atau pelayanan kesehatan.

Berdasarkan peran bidan seperti yang dikemukakan di atas, maka fungsi bidan adalah sebagai berikut :

1. Fungsi Pelaksana

Fungsi bidan sebagai pelaksana mencakup:

- a. Melakukan bimbingan dan penyuluhan kepada individu, keluarga, serta masyarakat (khususnya kaum remaja) pada masa praperkawinan.
- b. Melakukan asuhan kebidanan untuk proses kehamilan normal, kehamilan dengan kasus patologis tertentu, dan kehamilan dengan risiko tinggi.
- c. Menolong persalinan normal dan kasus persalinan patologis tertentu.
- d. Merawat bayi segera setelah lahir normal dan bayi dengan risiko tinggi.
- e. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu nifas.
- f. Memelihara kesehatan ibu dalam masa menyusui.
- g. Melakukan pelayanan kesehatan pada anak balita dan pra sekolah
- h. Memberi pelayanan keluarga berencana sesuai dengan wewenangnya.
- i. Memberi bimbingan dan pelayanan kesehatan untuk kasus gangguan sistem reproduksi, termasuk wanita pada masa klimakterium internal dan menopause sesuai dengan wewenangnya.

2. Fungsi Pengelola

Fungsi bidan sebagai pengelola mencakup:

- a. Mengembangkan konsep kegiatan pelayanan kebidanan bagi individu, keluarga, kelompok masyarakat, sesuai dengan kondisi dan kebutuhan masyarakat setempat yang didukung oleh partisipasi masyarakat.
- b. Menyusun rencana pelaksanaan pelayanan kebidanan di lingkungan unit kerjanya.
- c. Memimpin koordinasi kegiatan pelayanan kebidanan.
- d. Melakukan kerja sama serta komunikasi inter dan antarsektor yang terkait dengan pelayanan kebidanan
- e. Memimpin evaluasi hasil kegiatan tim atau unit pelayanan kebidanan.

3. Fungsi Pendidik

Fungsi bidan sebagai pendidik mencakup:

- a. Memberi penyuluhan kepada individu, keluarga, dan kelompok masyarakat terkait dengan pelayanan kebidanan dalam lingkup kesehatan serta keluarga berencana.
- b. Membimbing dan melatih dukun bayi serta kader kesetan sesuai dengan bidang tanggung jawab bidan.
- c. Memberi bimbingan kepada para peserta didik bidan dalam kegiatan praktik di klinik dan di masyarakat.
- d. Mendidik peserta didik bidan atau tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan bidang keahliannya.

4. Fungsi Peneliti

Fungsi bidan sebagai peneliti mencakup:

- a. Melakukan evaluasi, pengkajian, survei, dan penelitian yang dilakukan sendiri atau berkelompok dalam lingkup pelayanan kebidanan.
- b. Melakukan penelitian kesehatan keluarga dan keluarga berencana.

E. Simpulan

Menurut *World Health Organization* (WHO) Promosi Kesehatan adalah proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Selain itu untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik fisik, mental, dan sosial, maka masyarakat harus mampu mengenal serta mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya, dan mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya (lingkungan fisik, sosial budaya dan sebagainya).

Peran bidan dalam promosi kesehatan masyarakat :

1. Peran Sebagai Advokator
2. Peran sebagai edukator

3. Peran sebagai fasilitator
4. Peran sebagai motivator

Dalam melaksanakan profesi bidan memiliki peran dan fungsi sebagai :

1. Pelaksana
2. Pengelola
3. Pendidik
4. Peneliti

F. Referensi

- Abdullah, S. M. (2019). Social Cognitive Theory : A Bandura Thought Review published in 1982-2012. *Psikodimensia*, 18(1), 85. <https://doi.org/10.24167/psidim.v18i1.1708>
- Abdussamad, Z. *et al.* (2021) *Promosi Kesehatan: Program Inovasi dan Penerapan*. Pertama. Edited by S. Nababan. Bandung: Media Sains Indonesia.
- Adventus, dkk (2019) *Buku Ajar Promosi Kesehatan*. Jakarta: Universitas Kristen Indonesia.
- Agustina Harahap Reni, Eka Putri Fauzi (2020) *Komunikasi Kesehatan*. Yogyakarta: Kencana.
- Agustini, A. (2014) *Promosi Kesehatan*. Pertama. Yogyakarta: Deepublish Publisher.
- Ahmad Irfa'udarojat. (2019). *Theory Of Reasoned Action (TRA) Theory*. 1, 15. [http://repo.iain-tulungagung.ac.id/13449/5/BAB II.pdf](http://repo.iain-tulungagung.ac.id/13449/5/BAB%20II.pdf)
- Am, Sevtiningsihir, I. (2015). Bahan Ajar Konsep Kebidanan. *Irnawatysevtyningsihamir.Wordpress* <https://irnawatysevtyningsihamir.wordpress.com/2015/04/12/bahan-ajar-konsep-kebidanan/>
- Amyati and Dwi Widyaningsih (2020) *Dasar Promosi Kesehatan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Apriliyadi, adam. (2015). Penerapan model hirarki kebutuhan maslow pada perilaku konsumsi (Studi pada mahasiswa migran dari Jakarta di Universitas Brawijaya). *Jurnal Ilmiah Mahasiswa FEB*, 3(1). http://jimfeb.ub.ac.id/index.php/jimfeb/article/view/159_5
- Aprinda, S. (2022). Perubahan. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 3(April), 49–58.
- Ardina Mega (2022) *Pengantar Komunikasi Kesehatan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

- Asanegari, G. (2014). *Persepsi Kaum Gay*. 7–21. Belajar Promosi kesehatan, Ika Muzdalia, S.Kep. Ns., M.Kes., dkk, 2022)
- Devi, C. *et al.* (2018) 'Penerapan Promosi Kesehatan (PKRS) Di Rumah Sakit Islam Fatimah Banyuwangi', *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 14(2), pp. 102–112.
doi:<https://doi.org/10.19184/ikesma.v14i2.8435>.
- Dewi ANggraeni Dina dkk (2022) Profesionalisme Kebidanan. Blora: Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Dirmanto. (2020). Implementasi Theory Planned Behavior terhadap Minat Berkunjung Ulang pada Pengunjung G Hotel Syariah Lampung. *Skripsi, Jurusan Studi Manajemen, Fakultas Ekonomi Dan Bisnis, Institut Informatika Dan Bisnis Darmajaya Bandar Lampung*.
- Djannah, S. N., Wijaya, C. S. W., Jamko, M. N., Sari, L. P., Hastuti, N., Sinanto, R. A., Maelani, R., Nurhesti, A., & Yuliawati, K. (2020). Buku Ajar Promosi Kesehatan dan Perubahan Perilaku. In *CV mine*.
- Djannah,dkk (2020) *Buku Ajar Promosi Kesehatan dan Perilaku*. Yogyakarta : CV. Mine
- Dwi Candrawati Riska dkk (2023) Promosi dan Perilaku Kesehatan. Purbalingga: Eureka Media Aksara.
- Fitriani, Sinta (2011) *Promosi Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu. Glanz, K., Rimer, B.K. and Viswanath, K. (2008) *Theory, Research, and Practice*. 8th edn. Jossey-Bass.
- H.Indar (2009) Etika dan Hukum Kesehatan. Makassar: Lembaga Penerbitan Hasanuddin (Lephas)
- Handoyo, M. A. (2019). BAB II Tinjauan Pustaka BAB II TINJAUAN PUSTAKA 2.1. 1–64. *Gastronomía Ecuatoriana y Turismo Local.*, 1(69), 5–24.
- Herawati, C. *et al.* (2019) 'Peran Promosi Kesehatan Terhadap Perbaikan Pengetahuan, Sikap, Dan Perilaku Membuang Sampah Pada Siswa Sekolah Menengah Atas', *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 1(1), pp. 40–51. doi:<http://dx.doi.org/10.24235/dimasejati.v1i1.5397>.
- Hessels, *et al.*, 2020. The Relation Between Health and Earnings in Self-Employment. *Frontier in Psychology*, 11(801).
- Hidayat, M. *et al.* (2021) 'Peran Promosi Kesehatan Dalam Edukasi Tenaga Kesehatan Di Masa Pasca Vaksinasi Covid-19 di Kabupaten Tanah Laut', *Jurnal Sains Sosio Humaniora*, 5(1), pp. 339–345.
doi:<https://doi.org/10.22437/jssh.v5i1.14146>.
- Hou, S.-I. (2014) 'Health Education: Theoretical Concepts, Effective Strategies

- and Core Competencies', *Health Promotion Practice*, 15(5), pp. 619–621. Available at:
<https://doi.org/10.1177/1524839914538045>.
- <Https://midwivesnote.blogspot.com>. (2012). *peran-dan-etika-bidan- sebagai advokator*. jakarta: html.
- Humas, 2023. *UMM in Newspaper Online*. [Online] Available at: <https://www.umm.ac.id/en/arsip-koran/jurnal-post/pentingnya-agama-untuk-kesehatan-manusia.html> [Accessed 21 May 2023].
- Indika, D.R. and Aprila, A.M. (2017) 'Penerapan Promosi Kesehatan Untuk Mengubah Perilaku Kesehatan Masyarakat', *Jurnal Logistik Bisnis*, 7(1), pp. 3–11.
- Indrayani, T. and Syafar, M. (2020) *Promosi Kesehatan Untuk Bidan*. Pertama. Edited by K. Ikhwan. Serang: CV.AA.Rizky.
- Indrayathi, Putu Ayu, Noviyani, Rini, 2017. *Equity dalam Pelayanan Kesehatan*. [Online] Available at: https://simdos.unud.ac.id/uploads/file_pendidikan_dir/82bf39a6f5e3c57990dc26f5739dc58a.pdf [Accessed 21 Mei 2023].
- Ira Nurmala.,dkk (2018) Promosi Kesehatan. Surabaya: Pusat Penerbitan dan Percetakan Universitas Airlangga (AUP)
- Irwan (2017) Etika dan Perilaku Kesehatan. Yogyakarta: Absolute Media
- Irwan. (2017). *Etika dan Perilaku Kesehatan*.
- Kemenkes RI (2013) *Pedoman Pelaksanaan Penyuluhan Kesehatan di Puskesmas*.
- Kemenkes RI. 2020. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No HK.01.07/Menkes/315/2020 tentang Standar Profesi Tenaga Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta
- : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia *Fakultas Tarbiyah dan Keguruan UIN Alaudin Makassar*.
- Mulyadi (2019) *Pendidikan kesehatan masyarakat*. Rajawali Pres.
- Mustikawati, I.S. et al. (2021) 'Peningkatan pengetahuan dan sikap mengenai perilaku hidup bersih dan sehat melalui upaya promosi kesehatan di sekolah', *Jurnal Abdimas*, 7(3).
- Nadra, K. (2017) 'Situasi Strategi Promosi Kesehatan Di Vico Indonesia, Tahun 2016', *Jurnal Promkes*, 5(1), pp. 93–104.
- Nawangwulan Kurniati dkk (2022) *Promosi Kesehatan Bagi Mahasiswa Kesehatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Ningrum, V. Z., & Rochana, T. (2019). Perilaku Sosial Santri di Pondok Pesantren Tarbiyatul Muballighin Desa Reksosari. *Solidarity*, 8(2),

749–761.

- Nitriya, J. E. (2016). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keputusan Etis Konsumen dalam Membeli Perangkat Lunak Bajakan*. 1–31.
- Notoatmodjo, S. (2012). Promosi Kesehatan & Perilaku Kesehatan. In *Jakarta: EGC*.
- Notoatmodjo, S. (2018) *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo (2010) *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi* Edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta.
- Novita Yesidik. (2011). *Promosi Kesehatan Dalam Pelayanan Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nurjanah, R. and Rinawati, R. (2017) 'Faktor-Faktor Pola Makan Pada Remaja di SMK Negeri 4 Yogyakarta', *Jurnal Pendidikan Teknik Boga*, pp. 1–83.
- Nesi Novita,dkk. 2012. *Promosi Kesehatan Pelayanan Asuhan Kebidanan*. Salemba : Yogyakarta.
- Muhaimin Ahmad. (2018). Implementasi social learning theory albert bandura dalam pembelajaran fiqih di mts. In
- Nurmala, I. *et al.* (2018) *Promosi Kesehatan*. Pertama. Surabaya: Airlangga University Press.
- Onainor, E. R. (2019). Teori S-O-R. *Repository Universitas Semarang*, 1, 105–112.
- Pentingnya andil bidan dalam promkes, Program Studi Pendidikan profesi Bidan Kebidanan Malang 2020
- Peran Bidan Sebagai Motivator Dalam Promosi Kesehatan Pada Ibu Hamil Eka Rati Astuti 1, Liya Lugita Sar)
- Promosi Kesehatan Untuk Bidan. Triana Indrayani, S. ST., M. Kes. Prof. Dr. dr. Muhammad Syafar, MS. Tahun 2020
- Rachmawati, Windi. (2019) *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Malang : Wineka Media
- Raghupathi, Viju, Raghupathi, Wullianallur, 2020. The influence of education on health: an empirical assessment of OECD countries for the period 1995–2015. *Archives of Public Health*, 78(20), pp. 1-18.
- Ramadina, Alyya Riska, Yuliana, Yulastri, Asmar, 2023. Dampak Gizi dan Kesehatan Terhadap Perkembangan Anak Impact of Nutrition and Health on Children's Development. *Jurnal Gizi dan Kesehatan Universitas Ngudi Waluyo*, 15(1), pp. 99-106.
- Rita Kirana, Aprianti, N.W.H. (2022) 'Pengaruh Media Promosi Kesehatan Terhadap Perilaku Ibu Dalam Pencegahan Stunting Di Masa Pandemi

- Covid-19 (Pada Anak Sekolah Tk Kuncup Harapan Banjarbaru)', *Jurnal Inovasi Penelitian*, 2(9), pp. 2899–2906.
doi:<https://doi.org/10.47492/jip.v2i9.1259>.
- Rodiah, Lusiana and Agustine (2016) 'Pemberdayaan Kader PKK dalam Usaha Penyebarluasan Informasi Kesehatan Jatinangor', *Jurnal Aplikasi Ipteks untuk Masyarakat*, 5(1), pp. 34–37..
- Saadah, N. et al. (2022) *Promosi Kesehatan*. Edited by Agustiawan. Bandung: Media Sains Indonesia
- Kesehatan Dalam Program KTR Di Desa Bone-Bone Kabupaten Enrekang', *Window Of Public Health Journal*, 2(1), pp. 981–989.
doi:<https://doi.org/10.33096/woph.v2i1.208>.
- Setiawan, H., Adi, S. and Ulfah, N.H. (2017) 'Pengembangan Multimedia Interaktif Berbasis Autoplay Sebagai Media Promosi Kesehatan Tentang Kesehatan Gigi Dan Mulut Pada Siswa Kelas V Sdn Percobaan 02 Kota Malang', *Preventia : The Indonesian Journal of Public Health*, 2(2), p.93. doi:[10.17977/um044v2i2p93-103](https://doi.org/10.17977/um044v2i2p93-103).
- Sibeudu, F. T., 2022. Health Promotion. In: Ayse Emel Önal, ed. *Primary Health Care*. Published on March 8th, 2022, DOI: 10.5772/intechopen.101933.
- Silverman, N., 2016. *The Relationship Between Housing and Health*. [Online] Available at: <https://www.pewtrusts.org/en/research-and-analysis/data-visualizations/2016/the-relationship-between-housing-and-health> [Accessed 21 May 2023].
- Siregar, P.A., Harahap, R.A. and Aidha, Z. (2020) *Promosi Kesehatan Lanjutan Dalam Teori Dan Aplikasi*. Ke-1. Edited by I. Fahmi, L. Novita, and L. Kim. Jakarta: Kencana.
- Siswatinibudi, Harpeni, 2018. *Poltekkes Permata Indonesia Yogyakarta*. [Online] Available at: <https://permataindonesia.ac.id/2018/konsep-dasar-promosi-kesehatan.html> [Accessed 21 Mei 2023].
- Soekidjo Notoatmodjo (2005) Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi. Jakarta: Asdi Mahasatya
- Sosialisasi, D. and Vaksin, P. (2021) 'NUSANTARA : Jurnal Ilmu Pengetahuan Sosial Komunikasi Kesehatan Di Era Digital : Strategi Pemerintah', 8(4), pp. 850–858.
- Suharto, A. (2022) *Promosi Kesehatan Suatu Pendekatan Praktis*. Edited by R.R. Rerung. Bandung: Media Sains Indonesia.
- Tumurung, Marjes. (2015) *Promosi Kesehatan*. Sidoarjo: Indomedia Pustaka UU 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan
- Wahyuni, Seri, dkk (2021) Peran Media Sosial sebagai Upaya Promosi

- Kesehatan. Jurnal Forum Media Kesehatan: Media Publikasi Kesehatan Ilmiah.
- Wardani, dkk. (2016) *Buku Ajar Promosi Kesehatan Untuk Mahasiswa Kebidanan*. Jakarta Timur : Trans Info Media (TIM)
- WHO. (1992). *Pendidikan Kesehatan. Pedoman Pelayanan Kesehatan Dasar*. Bandung: ITB.
- Widiana, I.G.R. et al. (2021) *Seni dan strategi merancang media promosi kesehatan online*. Pertama. Edited by P. Aryani and I.S. Dewi. Bali: Panuduh Atma Waras. doi:10.53638/9786239838560.
- Widiyaningsih, D. and Suharyanta, D. (2020) *Promosi dan Advokasi Kesehatan*. Edited by A.H. Zein, T. Yuliyanti, and A.Y. Wati. Yogyakarta: Deepublish Publisher.
- Widyawati (2020) Buku Ajar Pendidikan dan Promosi Kesehatan. Medan:Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Medan
- Wihayati, W., Swadaya, U. and Jati, G. (2020) 'Analysis Of Health Communications In The Management Of Used Waste In Pegagan Village , Kecamatan Cirebon District', 8(2).
- Windi Chusniah Rachmawati (2019) *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Malang: Wineka Media
- World Health Organization, 2023. *Health Promotion Action Means*. [Online] Available at: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-well-being/first-global-conference/actions> [Accessed 21 May 2023].

G. Glosarium

AVA	= audio visual aids
IBI	= Ikatan Bidan Indonesia
KB	= Keluarga Berencana
PLKB	= Petugas Lapangan Keluarga Berencana
WHO	= World Health Organization

CHAPTER 2

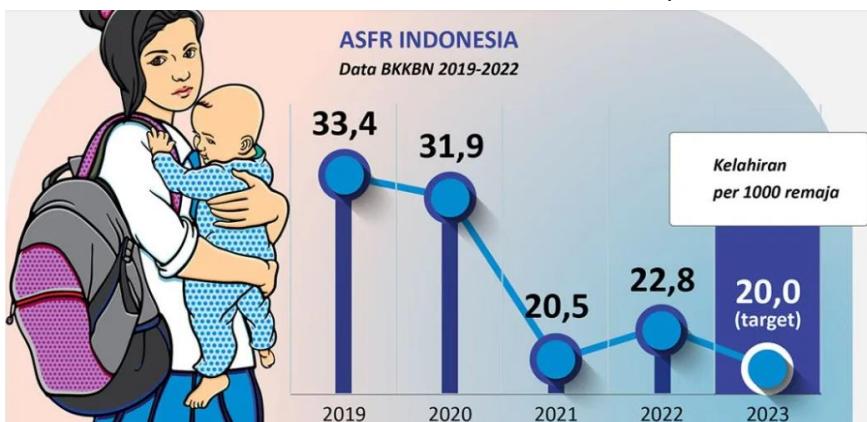
PENCEGAHAN KEHAMILAN REMAJA DI MASYARAKAT

Masdi Janiarli, SST., M.Kes.

A. Pendahuluan

Masa remaja adalah periode antara masa kanak-kanak ke masa dewasa. *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa remaja adalah kelompok individu yang berusia 10-19 tahun. Berbagai perubahan terjadi selama periode ini, diantaranya termasuk perubahan hormonal, fisik, psikologis, sosial, serta proses pembentukan perilaku remaja. Masa remaja merupakan masa yang sangat penting dalam kesehatan reproduksi, seperti kehamilan remaja. Angka kehamilan pada remaja di seluruh dunia menurun dari 64,5 kelahiran per 1000 remaja wanita berusia 15–19 tahun pada tahun 2000 menjadi 41,3 kelahiran per 1000 remaja wanita berusia 15–19 tahun pada tahun 2023. Namun, sekitar 16 juta wanita (15-19 tahun) dan 2 juta remaja wanita < 15 tahun melahirkan setiap tahun di seluruh dunia. Ini menunjukkan bahwa jumlah kasus kehamilan remaja tersebut masih sangat tinggi. (Purnami,C.T., Wicaksono, F.A., & Permani, F.P, 2023).

Rasio kehamilan remaja di negara berkembang lebih tinggi daripada negara maju dan 90% kehamilan remaja yang terjadi di seluruh dunia terdapat pada negara berkembang, sehingga perbandingan kehamilan remaja di negara maju dengan negara berkembang adalah 1 : 9. Di negara berkembang, tingkat kelahiran remaja mencapai titik terendah dalam sejarah, yaitu 26,6 kelahiran per 1.000 kelahiran. Di sisi lain, di negara maju, seperti Indonesia, menurut survei BKKBN pada tahun 2013 tingkat kelahiran remaja rata-rata mencapai 45 per 1.000 kelahiran (Affairs O of P dalam Purnami,C.T., Wicaksono, F.A., & Permani, F.P, 2023).



Gambar 3.1 Angka Kelahiran pada Remaja (BKKBN, 2023)

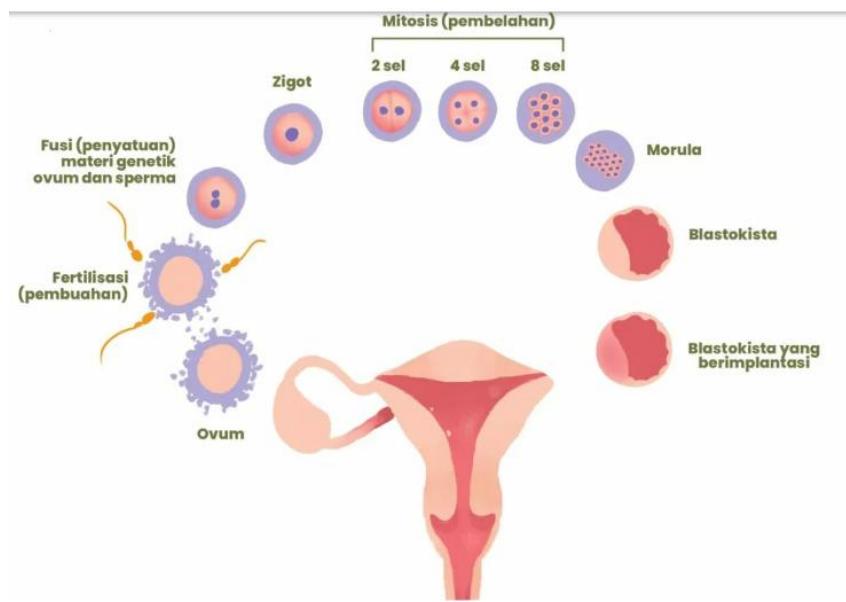


Gambar 3.2 Provinsi dengan ASFR Terendah dan Tertinggi (BKKBN, 2023)

Kehamilan remaja dapat menimbulkan berbagai dampak, baik dampak kepada ibu maupun dampak kepada bayi. Secara fisik, banyak remaja perempuan yang berusia 15–19 tahun di seluruh dunia yang belum siap terhadap kehamilan maupun persalinan, sehingga mereka lebih rentan mengalami komplikasi penyebab kematian. Kematian ibu disebabkan karena tindakan aborsi (menggugurkan janin secara sengaja) akibat kehamilan tidak diinginkan dan masalah-masalah akibat kehamilan remaja yang berdampak pada ibu, seperti anemia, hipertensi, Kurang Energi Kronis (KEK), dan preeklampsia hingga eklampsia (Gyimah, 2021).

B. Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan proses yang melibatkan pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim, dimulai dari konsepsi hingga persalinan. Proses ini dimulai dengan fertilisasi, yaitu pertemuan antara sperma dan sel telur, yang biasanya terjadi di ampula tuba, lalu menghasilkan konsepsi, diikuti oleh implantasi pada dinding uterus hingga kelahiran. Umumnya, durasi kehamilan berkisar antara 280 hari (40 minggu) dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu) (Nugrawati & Amriani, 2021).



Gambar 3.3 Proses terjadinya Kehamilan (Amelia, F, 2022)

C. Tanda dan Gejala Kehamilan

1. Tanda Tidak Pasti

- Amenorhoe (tidak dapat haid)
- Mual dan muntah
- Mengidam (ingin makanan khusus)
- Payudara tegang dan membesar
- Anoreksia (tidak ada selera makan)
- Sering Buang Air Kecil (BAK)
- Konstipasi atau Obstipasi
- Pigmentasi kulit pada areola mamae, genital, cloasma, linea alba yang berwarna lebih tegas, melebar dan bertambah gelap terdapat pada perut bagian bawah
- Varises (pemekaran vena-vena).

2. Tanda Mungkin Kehamilan

- Uterus membesar, terjadi perubahan dalam bentuk, besar, dan konsistensi dari rahim.
- Tanda Hegar, yaitu konsistensi rahim dalam kehamilan berubah menjadi lunak, terutama daerah ismus. Pada minggu-minggu pertama, ismus uteri mengalami hipertrofi seperti korpus uteri. Hipertrofi ismus pada triwulan pertama mengakibatkan ismus menjadi panjang dan lebih lunak.
- Tanda Chadwick, yaitu perubahan warna menjadi kebiruan atau keunguan pada vulva, vagina, dan serviks. Perubahan warna ini disebabkan oleh pengaruh hormon estrogen.

- d. Tanda Piscaseck, yaitu uterus mengalami pembesaran, kadang-kadang pembesaran tidak rata tetapi di daerah telur bernidas lebih cepat tumbuhnya. Hal ini menyebabkan uterus membesar ke salah satu jurusan pembesaran tersebut.
- e. Tanda Braxton Hicks ditemukan bila uterus dirangsang, akan mudah berkontraksi. Tanda ini khas untuk uterus dalam masa kehamilan.
- f. Tanda Goodell, yaitu serviks menjadi lunak pada perabaan selunak vivir atau ujung bawah daun telinga.
- g. Reaksi kehamilan positif dengan menentukan adanya human chorionic gonadotropin pada kehamilan muda adalah air seni pertama pada pagi hari. Dengan tes ini, dapat membantu menentukan diagnosa kehamilan sedini mungkin.

3. Tanda Pasti Kehamilan

- a. Gerakan janin yang dapat dilihat, dirasa atau diraba, juga bagian-bagian janin.
- b. Denyut jantung janin:
 - 1) Didengar dengan stetoskop-monoral Laennec
 - 2) Dicatat dan didengar dengan alat doppler
 - 3) Dicatat dengan feto-elektro kardiogram
 - 4) Dilihat pada ultrasonograf (Prawirohardjo, 2008).

D. Konsep Kehamilan Remaja

Kemenkes RI, (2012) menyebutkan kehamilan pada remaja adalah kehamilan yang terjadi pada wanita berusia 14–20 tahun, baik yang menikah maupun belum menikah. Kehamilan pada usia remaja meningkatkan risiko kematian pada ibu dan bayi. Hal ini disebabkan karena kehamilan pada usia remaja bisa menyebabkan terjadinya perdarahan pada saat hamil yang berpotensi menyebabkan kematian pada ibu. Wanita hamil dan melahirkan usia di bawah 20 tahun memiliki tingkat kematian maternal dua sampai lima kali lebih tinggi daripada wanita hamil usia 21–29 tahun (Manuaba dkk, 2010).

Kehamilan remaja merupakan salah satu isu sosial dan kesehatan yang penting untuk mendapatkan perhatian serius. Remaja yang mengalami kehamilan sering menghadapi berbagai tantangan, baik dari segi kesehatan fisik, mental, maupun sosial. Kehamilan di usia remaja berisiko tinggi terhadap komplikasi medis seperti anemia, kelahiran prematur, dan berat badan bayi lahir rendah. Selain itu, remaja yang hamil sering kali harus menghadapi stigma sosial, putus sekolah, dan keterbatasan akses ke peluang ekonomi.

E. Faktor Penyebab Kehamilan pada Remaja

Beberapa faktor yang menyebabkan kehamilan pada remaja yaitu:

1. Peran Orang Tua

Pola pengasuhan pada anak sangat bergantung pada nilai-nilai yang dimiliki keluarga, pada dasarnya tujuan utama pengasuhan orang tua adalah mempertahankan kehidupan fisik anak dan meningkatkan kesehatannya, memfasilitasi anak untuk mengembangkan kemampuan sejalan dengan tahapan perkembangannya dan mendorong peningkatan kemampuan berperilaku sesuai dengan nilai agama dan budaya yang diyakininya. Dalam hal ini peran orang tua sangatlah penting berhubungan dengan perhatian serta kesiapan untuk memberikan informasi pendidikan seks yang benar dan tepat. Tingkat pengetahuan yang rendah dari orang tua juga menyebabkan keterbatasan memberikan bimbingan dan pantauan terhadap anak sehingga banyak orang tua yang menikahkan anaknya dibatas usia yang masih begitu muda (Soetjiningsih, 2012).

2. Faktor Agama dan Iman

Kurangnya penanaman nilai-nilai agama berdampak pada pergaulan bebas dan berakibat remaja dengan gampang melakukan hubungan suami isteri, pada kondisi ketidaksiapan berumah tangga dan untuk bertanggung jawab (Kusmiran, 2012). Sejalan dengan penelitian Wulandari (2016) pada remaja SMKN di Kabupaten Rokan Hulu bahwa semakin tinggi religiusitas seseorang maka akan semakin rendah intensi perilaku seksual pranikah dan sebaliknya. Maka dengan ini dapat disimpulkan bahwa pondasi agama yang kuat akan membentengi diri remaja dari perilaku seksual pranikah yang akan menjerumuskan kepada kehamilan yang tidak diinginkan.

3. Faktor Sosial Budaya

Di daerah pedesaan yang masih berpola tradisional kejadian kawin muda masih banyak karena adanya adat istiadat yang merasa malu kawin tua (perawan tua). Sebaliknya di daerah kota dimana kesempatan bersekolah dan bekerja menjadi terbuka lagi perempuan, maka usia cenderung bertambah. Kesenjangan antara umur pertama haid dengan umur perkawinan dalam suasana pergaulan yang lebih bebas sering kali menimbulkan akses-akses dalam masalah seksual. Kurangnya pengetahuan yang lengkap dan benar mengenai waktu yang aman untuk hamil, proses terjadinya kehamilan, dampak kehamilan usia muda, metode-metode pencegahan kehamilan dan kehidupan rumah tangga yang minim atau setengah-setengah mendorong gairah seksual, sehingga tidak dapat dikendalikan (Soetjiningsih, 2012).

4. Media Massa

Maraknya media massa seperti internet, video porno, dan buku-buku yang berisi cerita porno dapat memberikan akses untuk mempermudah masyarakat khususnya remaja memperoleh informasi tentang perilaku seksual sehingga mendorong para remaja untuk melakukan perilaku seksual pranikah menurut Sarwono 2012 dalam (Pebrianti & Sri Maryanti, 2021).

5. Faktor lain

Faktor lain dari kehamilan pada remaja adalah perubahan kadar hormon yang meningkat pada remaja menyebabkan adanya perubahan-perubahan biologik dan psikologik yang mengakibatkan dorongan seksual semakin meningkat yang membutuhkan penyaluran (Manuaba, IAC., Manuaba, IBGF., dan Manuaba, 2009).

F. Dampak Kehamilan pada Remaja

1. Bila kehamilan dipertahankan

Risiko Fisik Kehamilan pada usia remaja bisa menimbulkan kesulitan dalam persalinan seperti perdarahan bahkan bisa sampai kematian.

a. Risiko Psikis dan Psikologis

Ada kemungkinan menjadi ibu tunggal karena pasangan tidak mau menikahi atau tidak mempertanggungjawabkan perbuatanya. Apabila terjadi pernikahan, hal ini juga dapat mengakibatkan perkawinan bermasalah dan oenuh konflik karena sama-sama belum dewasa dan siap memikul tanggung jawab sebagai orang tua. Selain itu, pasangan muda terutama pihak perempuan akan dibebani oleh berbagai perasaan yang tidak nyaman seperti dihantui rasa malu yang terus menerus, rendah diri, bersalah atau berdosa, depresi atau tertekan, pesimis, dan lain-lain. Bila tidak ditangani dengan baik, maka perasaan-perasaan tersebut dapat menjadi gangguan kejiwaan yang lebih berat.

b. Risiko Sosial

Salah satu risiko sosial adalah berhenti atau putus sekolah atas kemauan sendiri karena rasa malu atau cuti melahirkan. Kemungkinan lain dikeluarkan dari sekolah. Hingga saat ini, masih banyak sekolah yang tidak mentolerir siswi yang hamil. Risiko sosial lain yaitu menjadi objek pembicaraan, kehilangan masa remaja yang seharusnya dinikmati, dan terkena cap buruk karena hamil di usia remaja. Kenyataan di Indonesia, kehamilan remaja masih menjadi beban orang tua.

c. Risiko Ekonomi

Merawat kehamilan, melahirkan, dan membesarakan bayi atau anak membutuhkan biaya yang besar.

2. Bila kehamilan diakhiri (aborsi)

Banyak remaja memilih untuk mengakhiri kehamilan (aborsi). Aborsi bisa dilakukan secara aman, apabila dilakukan oleh dokter. Sebaliknya, aborsi tidak aman apabila dilakukan oleh dukun atau cara-cara yang tidak benar atau tidak lazim. Aborsi dapat mengakibatkan dampak negatif secara fisik, psikis, dan sosial terutama bila dialakukan secara tidak aman.

a. Risiko Fisik

Perdarahan dan komplikasi merupakan salah satu risiko aborsi. Aborsi yang berulang selain bisa mengakibatkan komplikasi juga dapat mengakibatkan kemandulan. Aborsi yang dilakukan secara tidak aman dapat berakibat fatal yaitu kematian.

b. Risiko Psikis

Pelaku aborsi seringkali mengalami perasaan-perasaan takut, panik, tertekan atau stress, trauma mengingat proses aborsi dan kesakitan. Kecemasan karena rasa bersalah, atau dosa akibat aborsi bisa berlangsung lama. Selain itu, pelaku aborsi juga sering kehilangan rasa percaya diri.

c. Risiko Sosial

Ketergantungan pada pasangan seringkali menjadi lebih besar karena perempuan merasa sudah tidak perawan, pernah mengalami kehamilan dan aborsi. Selanjutnya remaja perempuan lebih sukar menolak ajakan seksual pasangannya. Risiko lain adalah pendidikan terputus atau masa depan terganggu.

d. Risiko Ekonomi

Biaya aborsi yang cukup tinggi dan apabila terjadi komplikasi akan menambah biaya (Soetjiningsih, 2010).

G. Pencegahan Kehamilan pada Remaja

1. Mengurangi Kemiskinan

Angka kehamilan remaja yang paling tinggi terdapat di daerah-daerah yang keadaan sosial ekonominya kurang. Strategi yang menurunkan kemiskinan dan memperbaiki prospek sosioekonomi keluarga muda besar kemungkinannya akan menurunkan angka kehamilan remaja.

2. Memperbaiki Penyediaan Kontrasepsi

Layanan yang menawarkan kontrasepsi disesuaikan untuk memenuhi kebutuhan kaum muda, disertai dengan ekspansi lokal fasilitas-fasilitas yang

ditujukan untuk remaja. Harus disediakan suatu layanan terpadu yang menawarkan layanan kesehatan umum dan seksual bagi kaum muda, dan layanan tersebut diberitahukan secara luas.

3. Mengincar Kelompok Berisiko Tinggi

Kelompok-kelompok tertentu kaum muda lebih besar kemungkinannya hamil pada usia remaja, sehingga dapat dipilih untuk menjadi sasaran. Kelompok-kelompok ini mungkin mencangkup remaja yang diasuh oleh negara, remaja yang tidak memiliki rumah, remaja yang tinggal di lingkungan sosial ekonomi rendah, dan remaja yang mereka sendiri anak dari orang tua remaja.

4. Meningkatkan Pendidikan Seks di Sekolah



Gambar 3.4 Himbauan Pendidikan Seks



Sumber: IPPF Framework for Comprehensive Sexuality Education, Ilustrasi: Srip, Smashicons, Geotalk, Freepik (Flaticon.com)

Gambar 3.5 Komponen Pendidikan Seks (PKBI, 2024)

Pendidikan seks di sekolah berperan penting dalam menurunkan kehamilan remaja. Program pendidikan seks lebih besar kemungkinannya berhasil apabila terdapat pendekatan terpadu antara sekolah dan layanan kesehatan. Staf layanan

kesehatan dapat dilibatkan dalam penyampaian pendidikan seks, dan sekolah dapat mengatur kunjungan kelompok ke klinik sebagai pengenalan dan untuk meningkatkan rasa percaya diri pada remaja yang mungkin ingin mendapatkan layanan tersebut (Glasier, Anna, dan Ailsa Gebbie, 2006).

H. Simpulan

Kehamilan remaja merupakan tantangan signifikan yang berdampak pada kesehatan, pendidikan, ekonomi, dan sosial baik bagi individu maupun masyarakat secara luas. Untuk mengatasi masalah ini, diperlukan upaya pencegahan yang komprehensif dengan melibatkan semua pihak, termasuk remaja, keluarga, komunitas, lembaga pendidikan, dan pemerintah. Pencegahan kehamilan remaja dapat dilakukan melalui pendekatan berikut:

1. Edukasi Seksual Komprehensif: Memberikan pengetahuan yang akurat tentang kesehatan reproduksi, tanggung jawab seksual, dan pengambilan keputusan yang sehat.
2. Komunikasi Keluarga yang Terbuka: Orang tua dan keluarga memiliki peran penting dalam mendampingi dan membimbing remaja menghadapi perubahan fisik dan emosional.
3. Peningkatan Akses ke Informasi dan Layanan Kesehatan: Memastikan remaja memiliki akses ke layanan kesehatan reproduksi yang ramah, aman, dan terjangkau.
4. Penguatan Peran Sekolah dan Komunitas: Menyediakan platform yang mendukung remaja untuk mendapatkan edukasi, pelatihan keterampilan hidup, dan pengawasan yang memadai.
5. Kebijakan Pemerintah yang Mendukung: Merumuskan kebijakan dan program nasional yang mendukung pencegahan kehamilan remaja melalui pendanaan, advokasi, dan pengawasan.

Keberhasilan dalam mencegah kehamilan remaja tidak hanya berdampak pada penurunan angka kehamilan dini tetapi juga menciptakan generasi muda yang lebih sehat, berpendidikan, dan siap menghadapi masa depan. Pencegahan kehamilan remaja merupakan investasi jangka panjang yang mendukung kesejahteraan individu dan kemajuan masyarakat secara keseluruhan.

I. Referensi

Amelia, F, (2022) Apa itu Zigot? Pengertian dan Prosesnya. <https://bocahindonesia.com/zigot/>.

Affairs O of P. Adolescent Health. Available from: <https://opa.hhs.gov/adolescent-health?adolescent-health-topics/reproductive-health/teen-pregnancy/trends.htm>.

BKKBN. (2023). Menekan angka kelahiran pada remaja. <https://www.antaranews.com/infografik/3687846/menekan-angka-kelahiran-pada-remaja>.

Glasier, Anna, dan Ailsa Gebbie. (2006). Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi Edisi 4. Jakarta: EGC.

Gyimah LA, Annan RA, Apprey C, Asamoah-Boakye O, Aduku LNE, Azanu W, et al. Nutritional Status and Birth Outcomes among Pregnant Adolescents in Ashanti Region, Ghana. *Hum Nutr Metab.* 2021;26(200130):1– 12. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.hnm.2021.200130>

Manuaba, IAC., Manuaba, IBGF., dan Manuaba, I. (2009). Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita (Edisi 2). EGC.

Manuaba, I.B.G, dkk. (2010). "Ilmu Kebidanan, penyakit kandungan dan KB". Jakarta: EGC.

Pebrianti, & Sri Maryanti. (2021). View of Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Seksual pada Remaja Putri Kelas XII di SMA Negeri I Unaaha Kabupaten Konawe. *Jurnal Kebidanan Vokasional.* http://www.libnh.stikesnh.ac.id/index.php/j_kv/article/view/746/527

Purnami,C.T., Wicaksono, F.A., & Permani, F.P. (2023). Upaya Pencegahan Kehamilan Remaja melalui Model Sistem Informasi Kesehatan Reproduksi di Negara Maju dan Berkembang: Literature Review. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 04 (12), 184 – 192.

Prawirohardjo, S. (2008). Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.Soetjiningsih. (2012). Buku Ajar Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya. Sagung Seto.

Wulandari, S. (2016). Perilaku Seksual Pranikah Berisiko terhadap Kehamilan tidak diinginkan pada Remaja SMKN Tandun Kabupaten Rokan Hulu. *Journal Maternity and Neonatal*, 2(2), 74-84.

J. Glosarium

ASFR : *Age Specific Fertility Rate*

BKKBN : Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional

KEK : Kurang Energi Kronis

PKBI : Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia

WHO : *World Health Organization*

CHAPTER 3

PROGRAM KELUARGA BERENCANA DAN PENGARUHNYA TERHADAP KESEHATAN MASYARAKAT

Alyxia Gita Stellata, S.Tr.Keb., M.Keb.

A. Pendahuluan/Prolog

Hak-hak reproduksi adalah hal yang harus dipertahankan oleh semua individu dalam rangka untuk menentukan kebahagian dan kesejahteraan hidupnya yang bebas dari segala bentuk dan diskriminasi. Salah satu hak reproduksi tersebut ialah memilih untuk penggunaan kontrasepsi. Pelayanan kontrasepsi merupakan bagian dari program Keluarga Berencana. Keluarga Berencana adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. Pengaturan kehamilan adalah upaya membantu pasangan suami istri untuk melahirkan pada usia yang ideal yang implikasinya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

B. Program Keluarga Berencana

Program keluarga berencana, juga dikenal sebagai program KB, mencapai kesejahteraan dengan menawarkan saran perkawinan, pengobatan kemandulan, dan penjarangan kelahiran. Membantu pasangan suami istri menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, dan mengatur interval waktu di antara kelahiran dikenal sebagai KB. Pasangan melakukan KB untuk memutuskan berapa banyak anak, berapa lama, dan kapan lahir (Kusumawardhani & Azizah, 2021).

Keluarga Berencana (KB) didefinisikan secara umum sebagai upaya untuk mengontrol banyaknya jumlah kehamilan dengan cara yang bermanfaat bagi ibu, bapak, dan keluarga yang bersangkutan sehingga tidak ada efek yang tidak diinginkan yang disebabkan oleh keputusan untuk hamil yang memiliki dampak yang diluar yang diharapkan. Karena itu, sangat penting untuk merencanakan keputusan yang diambil keluarga tentang kehamilan karena jika hal tersebut menjadi sesuatu yang tidak diharapkan, maka pasti akan terjadi sesuatu yang diharapkan. Hal ini dilakukan agar keluarga tidak membuat keputusan yang tidak logis karena tidak ada yang harus memutuskan untuk mengakhiri kehamilan tanpa alasan.

Program Keluarga Berencana (KB) berfungsi sebagai dasar dari kebijakan pemerintah dalam bidang kependudukan yang memiliki dampak yang signifikan terhadap perkembangan bidang kesehatan secara kuantitatif dan kualitatif. Oleh karena itu, program KB memiliki peran strategis dalam mengendalikan laju pertumbuhan penduduk melalui kelahiran dan pendewasaan umur perkawinan (secara kuantitatif) dan secara kualitatif mengendalikan laju pertumbuhan penduduk secara keseluruhan (Asi et al., 2023).

Dalam upaya untuk mengurangi angka kesakitan dan kematian ibu yang semakin tinggi yang disebabkan oleh kehamilan, program KB mencakup: 1. Komunikasi informasi dan edukasi 2. Konseling 3. Pelayanan infertilitas 4. Pendidikan seks 5. Konsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan 6. Konsultasi genetik. Peningkatan dan perluasan layanan KB adalah bagian dari upaya ini (Matahari, Utami & Sugiarti, 2018).

Melalui pengendalian kelahiran dan pertumbuhan penduduk Indonesia, Tujuan Keluarga Berencana meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera. KB juga diharapkan dapat meningkatkan kualitas penduduk, sumber daya manusia, dan kesejahteraan keluarga. Program KB bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran melalui penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan oleh pasangan usia subur dan sasaran tidak langsung untuk pelaksana dan pengelola KB, yaitu menurunkan tingkat kelahiran melalui penerapan kebijaksanaan kependudukan terpadu untuk mewujudkan keluarga yang baik dan sejahtera.

Kata "kontrasepsi" berasal dari kata "kontra" dan "konsepsi". "Kontra" berarti "melawan" atau "mencegah", sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yang matang dengan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Tujuan dari konsepsi ini adalah untuk menghindari atau mencegah kehamilan. Untuk alasan ini, kontrasepsi diperlukan untuk pasangan yang aktif melakukan hubungan seks dan kedua-duanya memiliki tingkat kesuburan yang normal tetapi tidak menginginkan kehamilan. Kontrasepsi adalah upaya untuk menghindari kehamilan, baik sementara maupun permanen. Adapun tujuan akseptor KB berupa:

1. Fase Menunda Kehamilan: Pasangan yang belum mencapai usia dua puluh tahun sebaiknya menunda kehamilan untuk tahap pertama. Hal ini disebabkan fakta bahwa usia di bawah dua puluh tahun dianggap sebagai usia yang disarankan untuk menunda kehamilan karena berbagai alasan. Kontrasepsi harus memenuhi kriteria pemulihian kesuburan yang tinggi, yang berarti kembalinya kesuburan dapat dijamin sepenuhnya, karena pasangan saat ini belum memiliki anak. Ini sangat penting karena sangat efektif.

2. Fase Mengatur/Menjarangkan Kehamilan: Usia istri ideal untuk melahirkan, dengan 2 anak dan jarak kelahiran 2–4 tahun. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan adalah efektifitas dan reversibilitas tinggi karena pasangan masih mengharapkan anak lagi. Kontrasepsi dapat digunakan selama 3-4 tahun sesuai jarak kelahiran.
3. Fase Mengakhiri Kesuburan: Keluarga tidak boleh hamil setelah memiliki dua anak atau istri lebih dari tiga puluh tahun. Dalam situasi keluarga seperti ini, kontrasepsi yang efektif dapat digunakan karena kegagalan dapat menyebabkan kehamilan dengan risiko tinggi bagi ibu dan anak. Selain itu, metode kontap, AKDR, implan, suntik KB, dan pil KB adalah metode kontrasepsi yang direkomendasikan jika pasangan akseptor tidak berencana untuk memiliki anak lagi.

Kontrasepsi harus memenuhi syarat-syarat berikut: aman dan dapat diandalkan; tidak ada efek samping; tidak mengganggu hubungan seksual; tidak memerlukan bantuan medis atau kontrol ketat selama pemakaian; mudah digunakan; dan pasangan suami istri dapat menggunakaninya.

Sebagaimana tercantum dalam program aksi dari International Conference on Population and Development, Kairo 1994, akses terhadap pelayanan Keluarga Berencana yang berkualitas tinggi merupakan bagian penting dari upaya mencapai pelayanan Kesehatan Reproduksi. Secara khusus, ini mencakup hak setiap orang untuk mendapatkan informasi dan akses ke berbagai pilihan metode kontrasepsi yang dapat diterima, aman, efektif, dan murah. Sementara itu, peran dan tanggung jawab pria dalam Keluarga Berencana harus ditingkatkan, seperti meningkatkan komunikasi suami istri, mendorong penggunaan kontrasepsi pria, meningkatkan pencegahan IMS, dan mendukung kontrasepsi oleh istrinya. Perawatan Keluarga Berencana yang berkualitas termasuk:

1. Pelayanan harus sesuai dengan kebutuhan klien, profesional, dan memenuhi standar pelayanan.
2. Kerahasiaan dan privasi harus dipertahankan.
3. Upayakan agar klien tidak menunggu terlalu lama untuk dilayani.
4. Petugas harus memberi tahu klien tentang pilihan kontrasepsi yang tersedia.
5. Petugas harus menjelaskan kemampuan fasilitas kesehatan dalam melayani berbagai pilihan kontrasepsi.
6. Fasilitas pelayanan harus menawarkan pilihan kontrasepsi yang berbeda kepada klien.
7. Fasilitas pelayanan tersedia pada waktu yang ditentukan dan sesuai dengan preferensi pelanggan
8. Ada ketersediaan yang cukup dari bahan dan peralatan kontrasepsi.

9. Ada mekanisme supervisi yang terus berubah untuk membantu menyelesaikan masalah pelayanan.
10. Ada metode umpan balik klien yang berbeda (Matahari, Utami & Sugiarti, 2018).

Pasangan setuju untuk memiliki jumlah, jarak, dan waktu kelahiran anak melalui proses yang dikenal sebagai akseptor KB. Jenis akseptor KB adalah sebagai berikut:

1. Akseptor Aktif: Orang yang saat ini menggunakan metode kontrasepsi untuk menghentikan kehamilan atau menghentikannya.
2. Akseptor aktif kembali: Pasangan usia subur yang telah menggunakan kontrasepsi selama tiga bulan atau lebih tanpa mengganggu kehamilan dan kemudian kembali menggunakannya baik dengan cara yang sama maupun dengan cara yang berbeda setelah berhenti atau berhenti menggunakan selama kurang lebih tiga bulan berturut-turut tanpa alasan kehamilan.
3. Akseptor KB Baru: Orang-orang yang baru saja menggunakan alat kontrasepsi, atau pasangan usia subur yang kembali menggunakannya setelah melahirkan atau melakukan aborsi, disebut sebagai akseptor KB baru.
4. Akseptor kontrasepsi dini: Para ibu yang menerima salah satu metode kontrasepsi dalam waktu dua minggu setelah melahirkan atau aborsi disebut sebagai akseptor kontrasepsi dini.
5. Akseptor KB langsung: Para istri yang menggunakan salah satu metode kontrasepsi dalam waktu empat puluh hari setelah melahirkan atau melakukan abortus disebut sebagai akseptor KB langsung.
6. Akseptor KB yang meninggalkan penggunaan kontrasepsi setelah lebih dari tiga bulan (Yulizawati et. al, 2021).

C. Pengaruh Program Keluarga Berencana terhadap Kesehatan Masyarakat

Pemerintah menghadapi berbagai risiko dan keuntungan dalam mengelola program Keluarga Berencana (KB), baik yang positif maupun negatif. Program KB meningkatkan kesejahteraan keluarga, melindungi kesehatan reproduksi, dan mengurangi kepadatan penduduk Indonesia. Selain dampak positif, program KB juga memiliki efek negatif, seperti dampak terhadap kesehatan akseptor karena efek samping dan biaya yang tinggi untuk membeli alat kontrasepsi.

Jika program pelaksanaan KB tidak berjalan dengan baik, implikasi negatif yang ada pada sektor pembangunan dapat muncul. Kesehatan, pendidikan, ekonomi, dan sebagainya adalah contoh industri yang dimaksud. Oleh karena itu, untuk mendukung program utama, yaitu sektor pembangunan, program KB telah dilaksanakan di seluruh dunia. Ini adalah hasil dari Internasional Conference On Population and Development (ICPD) yang diadakan di Kairo, Mesir, pada tahun

1994. Pada pertemuan ICPD berikutnya di Den Haag, Belanda, pada tahun 1999, diputuskan bahwa program KB harus dilaksanakan dan disebarluaskan hingga dapat mencapai tujuan yang diinginkan.

Pembangunan ekonomi sangat terkait dengan aspek sosial dan ekonomi kehidupan yang berkaitan dengan program KB. Secara makro, pengaruh pelaksanaan program Keluarga Berencana terhadap pembangunan dibidang ekonomi lebih banyak bergantung pada kemampuan negara dan kebutuhan negara untuk melakukan investasi. Pembangunan dibidang ekonomi dapat dinaikkan sebagai sebuah proses yang memposisikan tingkat pendapatan nasional yang meningkat secara terus menerus dalam jangka waktu yang lama. Jika tingkat investasi suatu negara tidak dapat mengimbangi laju pertumbuhan penduduknya, akibatnya akan mengakibatkan penurunan kualitas kehidupan masyarakat. Untuk setiap penambahan populasi di Indonesia, empat investasi diperlukan dari Produk Nasional Bruto (GNP). Secara makro, program Keluarga Berencana (KB) memiliki dampak pada kehidupan ekonomi keluarga, terutama dalam hal menentukan berapa banyak yang dihabiskan keluarga rumah tangga. Pada dasarnya, lebih banyak anggota keluarga berarti lebih banyak kebutuhan yang harus dipenuhi.

Maka untuk menunjang pembangunan ekonomi nasional, pemerintah menganggap kesehatan reproduksi sebagai suatu kondisi yang memungkinkan kesehatan fisik, mental, sosial, dan ekonomi secara keseluruhan, sehingga mereka membuat program yang berkaitan dengan sistem reproduksi. Tujuan tidak hanya terfokus pada demografi tetapi juga pada kualitas hidup setiap orang. Hak asasi manusia (HAM) mencakup hak-hak reproduksi, seperti mencegah kekerasan seksual, mendorong semangat untuk bangkit, seperti mengatasi kemiskinan, kesehatan reproduksi remaja, dan akses ke layanan berkualitas tinggi. Hak-hak ini berlaku untuk laki-laki dan perempuan yang dapat menunjang akses kesehatan masyarakat.

Kesehatan masyarakat adalah disiplin ilmu dan seni yang menggabungkan dua disiplin pokok keilmuan biomedis dan ilmu sosial sesuai dengan perkembangan ilmu kesehatan masyarakat. Beberapa pilar utama ilmu kesehatan masyarakat adalah epidemiologi, biostatistik, kesehatan lingkungan, pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku, administrasi kesehatan masyarakat, gizi kesehatan masyarakat, dan kesejahteraan sosial.

Dalam bidang kesehatan, konsep "pendidikan kesehatan" mengacu pada proses pertumbuhan, perkembangan, dan perubahan seseorang, kelompok, dan masyarakat untuk menjadi lebih baik, lebih dewasa, dan lebih matang. Berangkat dari gagasan bahwa manusia sebagai makhluk sosial berusaha mencapai nilai-nilai hidup dalam masyarakat yang selalu membutuhkan orang lain yang memiliki keunggulan tertentu, seperti usia yang lebih tua, pandai, kemampuan, dan

pengetahuan. Tidak terlepas dari kegiatan belajar individu, kelompok, atau masyarakat untuk mencapai tujuan tersebut. Tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk mengubah masyarakat yang tidak sehat menjadi sehat karena manusia dapat belajar dan berubah karena mereka selalu berubah dan dapat menyesuaikan diri terhadap lingkungannya. Pendidikan kesehatan sangat penting untuk mencapai masyarakat yang sehat secara jasmani, rohani, sosial, dan ekonomi (Maisyarah et al., 2021).

Kesehatan masyarakat terdiri dari tiga domain: peningkatan kesehatan (health improvement), perlindungan kesehatan (health protection), dan kualitas pelayanan kesehatan dan perawatan sosial.

1. Peningkatan kesehatan: Ini mencakup peningkatan kesehatan, pengurangan ketidakadilan, upaya untuk mengidentifikasi faktor yang lebih besar, kesehatan keluarga dan komunitas, pendidikan kesehatan, dan gaya hidup.
2. Perlindungan Kesehatan: Ini mencakup udara, air, dan makanan yang bersih; pengawasan dan kontrol penyakit menular; perlindungan dari bahan berbahaya, seperti bahan kimia; kesiapsiagaan bencana; respons terhadap bencana; dan bahaya kesehatan yang berkaitan dengan lingkungan.
3. Kualitas pelayanan kesehatan dan sosial: Kategori ini mencakup perencanaan sistem kebijakan kesehatan, standar dan kualitas, bukti ilmiah, efisiensi, penelitian, audit, dan evaluasi.

Pengaruh Kesehatan masyarakat dalam program KB adalah dalam hal pengambilan keputusan. Terdapat empat prinsip dalam pengambilan keputusan dalam ilmu Kesehatan masyarakat.

1. Menghormati orang: Menghormati orang, yang terdiri dari 34 prinsip al: otonomi, memberi tahu yang sebenarnya, menjaga kerahasiaan, dan kesetiaan.
2. Manfaat: Segala keputusan dan tindakan yang diambil oleh petugas kesehatan harus bermanfaat bagi masyarakat, terutama dalam bidang kesehatan.
3. Kebaikan: Keputusan dan kesehatan yang diambil oleh petugas kesehatan tidak membahayakan masyarakat.
4. Keadilan: Keputusan dan tindakan yang diambil memberikan rasa keadilan kepada masyarakat. Pelayanan tidak boleh dipisahkan hanya karena suku, ras, atau agama (Muslimin et al., 2021).

Pada sebuah penelitian yang dilakukan mempunyai hasil bahwa akseptor KB wanita sebagian besar mempunyai kepercayaan positif terhadap pemilihan metode kontrasepsi yang digunakan dan sesuai dengan budaya serta tidak bertentang dengan ajaran agama yang dianutnya, namun mereka memilih metode kontrasepsi non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (Nurmayati, Ramie, & Herawati, 2017).

Pendidikan kesehatan juga dapat dilakukan dengan alat bantu media sebagaimana hasil penelitian terdahulu menyatakan bahwa terdapat pengaruh pendidikan kesehatan dengan media audio visual terhadap pengetahuan pemilihan alat kontrasepsi pada wanita usia subur dengan p - value = 0,000 (Yourenqe, Susanti & Aprianti, 2014). Serupa dengan penelitian lain yang menyatakan bahwa terdapat pengaruh pendidikan kesehatan dengan flash card dan leaflet terhadap niat pemilihan metode kontrasepsi pada ibu nifas ($p = 0,000$) $> \alpha = 0,05$. Flash card dan leaflet sebagai media pembelajaran yang menarik sehingga dapat meningkatkan niat baik terhadap program keluarga berencana dan memudahkan seseorang untuk memahami isi materi pendidikan kesehatan yang disampaikan (Norhayati, Virawati & Wijayanti, 2023).

Penelitian lain turut menyatakan bahwa faktor yang berpengaruh signifikan dalam pemilihan kontrasepsi adalah biaya pemakaian kontrasepsi (p value = 0,002), biaya non materiil (pengalaman efek samping) (p value = 0,007), dan faktor yang tidak berpengaruh signifikan adalah hambatan norma budaya (p value = 0,105), hambatan penyesuaian sosial (p value = 0,999), hambatan kesehatan fisik dan mental (p value = 0,920), dan hambatan aksesibilitas (p value = 0,438). Disimpulkan bahwa biaya pemakaian kontrasepsi dan biaya non materiil (pengalaman efek samping) merupakan faktor yang dapat mempengaruhi pemilihan kontrasepsi (Septalia & Puspitasari, 2016).

Penyuluhan Kesehatan juga berkaitan dengan cara menyalurkan pendidikan Kesehatan pada masyarakat. Penelitian terdahulu menyatakan bahwa ada pengaruh penyuluhan kesehatan dengan pengetahuan WUS tentang Keluarga berencana Desa Fadorobahili. WUS dapat memilih alat kontrasepsi sesuai pola penggunaan yang rasional dan bersifat jangka panjang (Sitopu, Saragih, & Gulo 2021). Pada penelitian lain juga menyatakan bahwa ada pengaruh komunikasi penyuluhan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan Pasangan Usia Subur (PUS) mengenai Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP). Hal ini menunjukkan bahwa penyuluhan kesehatan sangat penting untuk meningkatkan pengetahuan akseptor KB tentang jenis kontrasepsi yang aman dan tepat untuk digunakan. Selain itu, penyuluhan kesehatan juga berperan penting dalam meningkatkan pencapaian jangka panjang akseptor KB. Hal ini sesuai dengan teori bahwa tujuan utama KIE adalah untuk menyelesaikan masalah lingkungan masyarakat dan meningkatkan program KB (Sari & Susilawati, 2022).

D. Simpulan

Keluarga Berencana (KB) didefinisikan secara umum sebagai upaya untuk mengontrol banyaknya jumlah kehamilan dengan cara yang bermanfaat bagi ibu,

bapak, dan keluarga yang bersangkutan sehingga tidak ada efek yang tidak diinginkan yang disebabkan oleh keputusan untuk hamil yang memiliki dampak yang diluar yang diharapkan. Kesehatan masyarakat adalah disiplin ilmu dan seni yang menggabungkan dua disiplin pokok keilmuan biomedis dan ilmu sosial sesuai dengan perkembangan ilmu kesehatan masyarakat. Pengaruh Kesehatan masyarakat dalam program KB adalah dalam hal pengambilan keputusan untuk memilih alat kontrasepsi yang akan digunakan.

E. Referensi

- Asi M. et al. (2023). Pelayanan keluarga berencana. Purbalingga : Eureka Media Aksara
- Kusumawardhani P. A. & Azizah N. (2021). Buku Ajar Konsep Kependudukan dan KIE dalam Pelayanan KB. Sidoardjo : UMSIDA Press.
- Maisyarah et al. (2021). Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat. Bandung: CV. Media sains Indonesia.
- Matahari R., Utami F. P., & Sugiarti S. (2018). Buku Ajar Keluarga Berencana dan Kontrasepsi. Yogyakarta : CV. Pustaka ilmu group Yogyakarta
- Muslimin et al. (2021). Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat. Pidie : Yayasan penerbit Muhammad Zaini.
- Norhayati, Virawati D. I., & Wijayanti E. (2023). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Dengan Flashcard dan Leaflet Terhadap Niat Pemilihan Metode Kontrasepsi Pada Ibu Nifas di RSUD Panglima Sebaya Tahun 2022. *Jurnal Ilmu Kebidanan dan Kesehatan*, 14(2), 37-44.
- Nurmayati R. D., Ramie A., & Herawati. (2017). Kepercayaanakseptor KB Wanita dengan Pemilihan Metode Kontrasepsi di Desa Lok Besar Wilayah Kerja Puskesmas Birayang Kabupaten Hulu Sungai Tengah. *Dunia Keperawatan*, 5(2), 121-128.
- Sari A. J. P. & Susilawati. (2022). Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Tentang Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) Terhadap Pengetahuan Pasangan Usia Subur (PUS) Di Wilayah Kerja Puskesmas Sayur Matinggi Kecamatan Ujung Padang Kabupaten Simalungun Tahun 2022. *Journal of Health and Medical Science*, 1(3), 119-128.
- Septalia R., & Puspitasari N. (2016). Faktor yang Memengaruhi Pemilihan Metode Kontrasepsi. *Jurnal Biometrika dan Kependudukan*, 5(2), 91–98.
- Sitopu S. D., Saragih R., & Gulo R. (2021). Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Terhadap Pengetahuanwanitausia Subtentang Keluarga Berencana di Desa Fadorobahili Mandrehe Nias Barat. *Jurnal Darma Agung Husada*, 8(2), 78-82.
- Yourenqe M. M., Susanti M. E., & Aprianti D. (2024). Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Media Audio Visual terhadap Pengetahuan Pemilihan Alat Kontrasepsi pada Wanita Usia Subur di Puskesmas Lingkar Timur Kota Bengkulu Tahun 2024. *JNPH*, 12(2), 396-405.
- Yulizawati et al. (2019). Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana. Sidoarjo : Indomedia Pustaka.

CHAPTER 4

PENCEGAHAN DAN PENGELOLAAN MALNUTRISI DI KOMUNITAS

Eka Rati Astuti, SST., M.Keb.

A. Pendahuluan/Prolog

Malnutrisi merupakan masalah kesehatan yang signifikan di banyak komunitas, terutama di negara berkembang seperti Indonesia. Kondisi ini terjadi ketika tubuh tidak mendapatkan asupan nutrisi yang cukup atau seimbang, yang dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan, termasuk stunting dan wasting pada anak-anak. Faktor-faktor seperti lingkungan yang tidak higienis, ketahanan pangan keluarga yang rendah, pola asuh yang kurang tepat, dan akses terbatas terhadap pelayanan kesehatan primer berperan dalam meningkatkan risiko malnutrisi di tingkat komunitas [1].

Pencegahan dan pengelolaan malnutrisi memerlukan pendekatan yang komprehensif dan terintegrasi. Edukasi mengenai gizi seimbang kepada ibu, terutama yang memiliki anak balita, telah terbukti efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan praktik pemberian makanan yang tepat. Program edukasi yang dilakukan di Posyandu, seperti di Dusun Ngireng ireng Kalurahan Panggunharjo, menunjukkan peningkatan signifikan dalam pemahaman ibu tentang pentingnya gizi seimbang dan cara mencegah malnutrisi pada anak mereka [2].

Selain itu, pemberdayaan masyarakat dan peran aktif tenaga kesehatan sangat penting dalam menanggulangi malnutrisi. Studi di Desa Air Anyir menunjukkan bahwa melalui program pemberdayaan yang baik, seperti Kampung KB, terdapat penurunan kasus balita gizi kurang. Hal ini menekankan pentingnya kolaborasi antara masyarakat dan tenaga kesehatan dalam upaya pencegahan dan penanganan malnutrisi [3].

B. Konsep Dasar Malnutrisi

Malnutrisi adalah suatu kondisi yang terjadi akibat ketidakseimbangan antara kebutuhan dan asupan zat gizi, baik berupa kekurangan maupun kelebihan gizi. Hal ini dapat memengaruhi kesehatan, pertumbuhan, dan perkembangan tubuh seseorang. Malnutrisi dapat disebabkan oleh faktor-faktor seperti asupan makanan yang tidak mencukupi, penyakit infeksi, atau gangguan metabolisme tubuh [4].

Klasifikasi Malnutrisi

1. Malnutrisi Akut

- a. Malnutrisi akut adalah kondisi kekurangan gizi yang terjadi dalam waktu singkat akibat penurunan drastis dalam asupan energi atau nutrisi.
- b. Gejalanya meliputi penurunan berat badan yang cepat, wasting (berat badan rendah terhadap tinggi badan), dan kelemahan fisik.
- c. Contoh: Kwashiorkor (defisiensi protein) dan marasmus (kekurangan energi kronis).

2. Malnutrisi Kronis

- a. Malnutrisi kronis berkembang dalam jangka waktu yang lama akibat asupan gizi yang tidak mencukupi secara terus-menerus.
- b. Hal ini sering menyebabkan stunting (tinggi badan rendah terhadap usia), penurunan fungsi kognitif, serta keterlambatan perkembangan.

3. Anemia Defisiensi Besi

- a. Salah satu bentuk malnutrisi akibat kekurangan zat besi yang diperlukan untuk pembentukan hemoglobin.
- b. Anemia defisiensi besi dapat mengakibatkan kelelahan, gangguan konsentrasi, dan penurunan produktivitas.

4. Overnutrition (Gizi Lebih)

- a. Disebabkan oleh kelebihan asupan energi atau zat gizi tertentu, seperti lemak atau gula.
- b. Berhubungan dengan kondisi seperti obesitas, diabetes tipe 2, dan penyakit kardiovaskular.

5. Defisiensi Mikronutrien

- a. Kekurangan zat gizi penting dalam jumlah kecil, seperti vitamin A, yodium, atau seng.
- b. Dapat menyebabkan gangguan kesehatan spesifik seperti kebutaan malam (vitamin A) atau hipotiroidisme (kekurangan yodium).

Status gizi seseorang mencerminkan keadaan keseimbangan antara asupan zat gizi dengan kebutuhan tubuh. Untuk menilai status gizi, digunakan berbagai indikator yang bersifat kuantitatif dan dapat diukur secara objektif. Berikut adalah penjelasan mendalam mengenai indikator status gizi, yaitu Indeks Massa Tubuh (IMT), z-score, dan pengukuran antropometri [5].

1. Indeks Massa Tubuh (IMT)

a. Definisi dan Penggunaan

Indeks Massa Tubuh (IMT) adalah indikator sederhana yang digunakan untuk mengklasifikasikan status gizi berdasarkan berat badan terhadap tinggi badan.

IMT dihitung menggunakan formula: **IMT=Berat Badan (kg)/ Tinggi Badan (m)²**. IMT banyak digunakan karena mudah diukur, murah, dan cukup akurat

untuk mengidentifikasi kekurangan gizi, berat badan normal, hingga obesitas [6].

b. Klasifikasi IMT (WHO, 2020):

< 18.5 : Kekurangan berat badan

18.5 – 24.9 : Berat badan normal

25.0 – 29.9 : Kelebihan berat badan

≥ 30.0 : Obesitas

c. Kelebihan dan Keterbatasan IMT:

Kelebihan : Mudah diaplikasikan di populasi besar untuk survei epidemiologi.

Keterbatasan : Tidak memperhitungkan komposisi tubuh seperti massa otot atau lemak tubuh, sehingga kurang sensitif untuk kelompok tertentu seperti atlet atau anak-anak.

2. Z-Score

a. Definisi dan Penggunaan

Z-score adalah indikator statistik yang digunakan untuk menilai status gizi individu, terutama pada anak-anak, dengan membandingkan nilai pengukuran (berat badan, tinggi badan, atau lingkar kepala) terhadap referensi populasi standar. Z-score banyak digunakan untuk mendeteksi kondisi seperti wasting (gizi buruk akut), stunting (gizi buruk kronis), dan underweight (berat badan kurang).

b. Kategori Z-Score (WHO, 2006):

< -3 SD : Gizi buruk

-2 SD hingga -3 SD : Risiko gizi buruk

≥ -2 SD : Status gizi normal

c. Kelebihan dan Keterbatasan

Kelebihan : Standar global yang konsisten, sangat cocok untuk anak-anak.

Keterbatasan : Membutuhkan peralatan dan referensi standar untuk penghitungan yang tepat [7].

3. Pengukuran Antropometri

a. Definisi dan Penggunaan

Antropometri adalah metode penilaian status gizi dengan mengukur dimensi tubuh manusia. Metode ini digunakan untuk berbagai tujuan, termasuk skrining masalah gizi, pemantauan pertumbuhan anak, dan evaluasi keberhasilan program gizi.

b. Parameter Antropometri yang Sering Digunakan

Berat Badan: Indikator umum untuk status gizi jangka pendek.

Tinggi Badan atau Panjang Badan (untuk anak <2 tahun): Menggambarkan status gizi kronis.

Lingkar Lengan Atas (LILA): Digunakan untuk menilai kekurangan gizi akut, terutama pada ibu hamil dan balita.

Lingkar Kepala: Digunakan pada bayi untuk menilai perkembangan otak dan pertumbuhan normal.

c. Interpretasi

Berat badan terhadap tinggi badan: Mengidentifikasi wasting atau obesitas.

Tinggi badan terhadap usia: Menentukan stunting.

Berat badan terhadap usia: Menilai underweight atau risiko gizi buruk.

d. Kelebihan dan Keterbatasan

Kelebihan: Dapat digunakan pada populasi yang luas dan memberikan informasi langsung tentang status gizi.

Keterbatasan: Membutuhkan alat ukur yang akurat dan pelatihan petugas yang memadai.

4. Kesimpulan dan Pentingnya Indikator Status Gizi

Penggunaan indikator seperti IMT, z-score, dan pengukuran antropometri memungkinkan penilaian status gizi secara menyeluruh, baik untuk individu maupun populasi. Data ini sangat penting untuk merancang intervensi gizi yang tepat sasaran, mengevaluasi efektivitas program kesehatan, dan memantau tren gizi di Masyarakat [8].

C. Faktor Risiko Malnutrisi

Malnutrisi merupakan masalah kesehatan yang kompleks dan dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk aspek biologis, sosial, ekonomi, dan lingkungan. Berikut adalah beberapa faktor yang berkontribusi terhadap malnutrisi dalam komunitas:

1. Aspek Biologis:

a. Penyakit Infeksi: Anak-anak yang sering menderita penyakit infeksi, seperti diare atau infeksi saluran pernapasan, berisiko lebih tinggi mengalami malnutrisi karena penyerapan nutrisi yang terganggu [9].

b. Kondisi Kesehatan Ibu: Status gizi dan kesehatan ibu selama kehamilan mempengaruhi status gizi anak. Ibu dengan status gizi buruk cenderung melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah, yang rentan terhadap malnutrisi.

2. Aspek Sosial:

a. Pola Asuh: Pola asuh yang kurang baik, terutama dalam pemberian makanan, dapat menyebabkan anak tidak mendapatkan asupan gizi yang cukup [10].

- b. Pendidikan Orang Tua: Tingkat pendidikan yang rendah pada orang tua, khususnya ibu, sering dikaitkan dengan kurangnya pengetahuan tentang gizi seimbang dan praktik pemberian makan yang tepat untuk anak.

3. Aspek Ekonomi:

- a. Pendapatan Rendah: Keluarga dengan status ekonomi rendah mungkin kesulitan menyediakan makanan bergizi secara konsisten, meningkatkan risiko malnutrisi pada anak-anak [11].
- b. Pekerjaan Orang Tua: Jenis pekerjaan yang tidak stabil atau berpenghasilan rendah dapat mempengaruhi kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan gizi anak [12].

4. Aspek Lingkungan:

- a. Sanitasi yang Buruk: Lingkungan dengan sanitasi yang tidak memadai dapat meningkatkan risiko penyakit infeksi, yang berdampak negatif pada status gizi anak.
- b. Akses terhadap Pangan: Ketersediaan dan aksesibilitas terhadap makanan bergizi dipengaruhi oleh faktor lingkungan, seperti lokasi geografis dan infrastruktur.

Selain faktor-faktor di atas, status gizi individu dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berinteraksi, termasuk pola makan, ketersediaan pangan, akses ke layanan kesehatan, serta determinan sosial seperti kemiskinan dan pendidikan.

1. Pola Makan:

Pola makan yang tidak seimbang, baik dalam hal kuantitas maupun kualitas, dapat menyebabkan defisiensi atau kelebihan nutrisi. Konsumsi makanan yang tidak memenuhi kebutuhan gizi seimbang berpotensi menurunkan status gizi individu [13].

2. Ketersediaan Pangan:

Ketersediaan pangan yang terbatas di tingkat rumah tangga mempengaruhi pola konsumsi dan, pada akhirnya, status gizi individu. Faktor-faktor seperti pendapatan keluarga, pengetahuan ibu tentang gizi seimbang, dan pendidikan ibu turut mempengaruhi ketersediaan pangan.

3. Akses ke Layanan Kesehatan:

Akses yang terbatas ke layanan kesehatan, termasuk posyandu dan puskesmas, dapat menghambat pemantauan dan intervensi gizi yang diperlukan, terutama bagi kelompok rentan seperti ibu hamil, ibu menyusui, dan anak-anak. Pandemi COVID-19 telah memperparah keterbatasan akses ini, sehingga diperlukan upaya untuk memastikan layanan kesehatan tetap tersedia dengan protokol kesehatan yang memadai.

4. Determinan Sosial:

- a. Kemiskinan: Kemiskinan membatasi kemampuan individu atau keluarga untuk memperoleh pangan yang bergizi dan mengakses layanan kesehatan yang memadai, sehingga meningkatkan risiko malnutrisi [14].
- b. Pendidikan: Tingkat pendidikan, khususnya pendidikan ibu, berperan penting dalam menentukan pengetahuan dan praktik gizi dalam keluarga. Ibu dengan pendidikan yang lebih tinggi cenderung memiliki pengetahuan gizi yang lebih baik, yang berdampak positif pada status gizi anak [15].

D. Strategi Pencegahan Malnutrisi

Intervensi preventif untuk meningkatkan status gizi dapat dilakukan pada tingkat individu, keluarga, dan komunitas. Berikut adalah beberapa strategi yang dapat diterapkan, beserta contoh implementasi yang berhasil di berbagai negara:

1. Promosi Pola Makan Seimbang:

- a. Tingkat Individu dan Keluarga: Edukasi mengenai pentingnya konsumsi makanan dengan gizi seimbang, termasuk karbohidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral, dapat meningkatkan kesadaran individu dan keluarga dalam memilih makanan yang sehat. Di Indonesia, edukasi gizi tentang pemberian makanan tambahan (PMT) untuk balita dengan status gizi kurang telah meningkatkan pengetahuan ibu dan berat badan balita [16].
- b. Tingkat Komunitas: Program edukasi gizi berbasis masyarakat, seperti penyuluhan dan demonstrasi memasak, dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam menyiapkan makanan bergizi. Pendampingan keluarga sadar gizi seimbang melalui edukasi pada pengurus PKK Desa telah dilakukan sebagai upaya pemberdayaan keluarga.

2. Suplementasi Mikronutrien:

- a. Tingkat Individu: Pemberian suplemen zat besi, vitamin A, dan yodium kepada individu yang berisiko defisiensi dapat mencegah masalah kesehatan terkait kekurangan mikronutrien. Di Indonesia, suplementasi tablet tambah darah (TTD) rutin dan vitamin A pascapersalinan telah diimplementasikan sebagai bagian dari program gizi ibu [17].
- b. Tingkat Komunitas: Program suplementasi massal, seperti distribusi kapsul vitamin A kepada balita, dapat meningkatkan status gizi masyarakat secara keseluruhan. Implementasi sistem rujukan dan intervensi gizi dalam upaya penurunan stunting telah dilakukan untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan dan gizi.

3. Program Pemberian Makan Tambahan (PMT):

- a. Tingkat Individu dan Keluarga: Pemberian makanan tambahan kepada balita dengan gizi kurang dapat mempercepat pemulihan status gizi. Studi di Indonesia menunjukkan peningkatan berat badan dan tinggi badan pada penerima PMT sejak program ini diterapkan [18].
- b. Tingkat Komunitas: Program PMT berbasis pangan lokal yang melibatkan masyarakat dalam penyediaan dan pengolahan makanan tambahan dapat meningkatkan keberlanjutan program. Edukasi gizi tentang PMT berbasis pangan lokal di Posyandu telah meningkatkan pengetahuan ibu balita dan kader, serta berat badan balita.

4. Edukasi Gizi Berbasis Masyarakat:

- a. Tingkat Individu dan Keluarga: Penyuluhan gizi kepada ibu hamil dan menyusui dapat meningkatkan pengetahuan tentang pentingnya asupan gizi selama kehamilan dan menyusui, yang berdampak positif pada status gizi ibu dan anak. Program edukasi gizi tentang PMT untuk balita dengan status gizi kurang telah meningkatkan pengetahuan ibu dan berat badan balita.
- b. Tingkat Komunitas: Pelatihan kader posyandu dan tokoh masyarakat dalam edukasi gizi dapat memperluas jangkauan informasi dan meningkatkan partisipasi masyarakat dalam upaya perbaikan gizi. Pendampingan keluarga sadar gizi seimbang melalui edukasi pada pengurus PKK Desa telah dilakukan sebagai upaya pemberdayaan keluarga.

Studi Kasus Keberhasilan Program di Berbagai Negara:

1. Peru: Peru berhasil menurunkan prevalensi stunting melalui kombinasi intervensi gizi spesifik dan sensitif, termasuk suplementasi mikronutrien, promosi ASI eksklusif, dan perbaikan sanitasi [19].
2. Ethiopia: Program nasional yang mengintegrasikan intervensi gizi dengan layanan kesehatan dasar, edukasi, dan peningkatan akses air bersih berhasil menurunkan angka stunting secara signifikan.

E. Pengelolaan Kasus Malnutrisi

Pendekatan kuratif dalam menangani kasus malnutrisi mencakup intervensi di tingkat komunitas dan fasilitas kesehatan.

1. Perawatan Terapeutik Berbasis Komunitas (CMAM):

CMAM adalah pendekatan yang memungkinkan penanganan malnutrisi akut secara efektif di tingkat komunitas, terutama bagi anak-anak dengan malnutrisi akut tanpa komplikasi medis. Pendekatan ini melibatkan deteksi dini kasus malnutrisi oleh pekerja kesehatan komunitas, pemberian RUTF, dan pemantauan rutin hingga pemulihan tercapai. Studi di Ghana menunjukkan

bahwa implementasi CMAM meningkatkan cakupan layanan dan hasil pengobatan, dengan tingkat kesembuhan mencapai 73% [20].

2. Pendekatan Medis di Fasilitas Kesehatan:

Untuk kasus malnutrisi akut dengan komplikasi medis, perawatan di fasilitas kesehatan diperlukan. Pendekatan ini mencakup stabilisasi kondisi medis, pemberian terapi nutrisi intensif, dan pemantauan ketat oleh tenaga kesehatan terlatih. Setelah kondisi pasien stabil, mereka dapat dialihkan ke program CMAM untuk melanjutkan perawatan di komunitas [21].

3. Protokol Rehabilitasi Gizi:

Protokol rehabilitasi gizi melibatkan beberapa tahapan, antara lain:

- a. Stabilisasi: Menangani komplikasi medis akut dan memulai pemberian nutrisi secara hati-hati untuk mencegah sindrom refeeding.
- b. Transisi: Meningkatkan asupan energi dan nutrisi secara bertahap sambil memantau toleransi pasien.
- c. Rehabilitasi: Memberikan asupan nutrisi tinggi energi dan protein untuk mencapai pemulihan berat badan yang optimal.

Implementasi protokol ini harus disesuaikan dengan pedoman nasional dan internasional serta kondisi individu pasien.

4. Penggunaan Makanan Terapeutik Siap Saji (RUTF):

RUTF adalah makanan padat energi yang diperkaya dengan vitamin dan mineral, dirancang khusus untuk perawatan malnutrisi akut berat. Penggunaan RUTF memungkinkan perawatan dilakukan di rumah, meningkatkan kepatuhan, dan mengurangi kebutuhan perawatan inap. RUTF telah terbukti efektif dalam meningkatkan tingkat kesembuhan pada anak-anak dengan malnutrisi akut [22].

5. Peran Multidisiplin dalam Pengelolaan Malnutrisi:

Pendekatan multidisiplin melibatkan kolaborasi antara berbagai profesional kesehatan, termasuk dokter, perawat, ahli gizi, pekerja sosial, dan petugas kesehatan komunitas. Kolaborasi ini memastikan penanganan komprehensif yang mencakup aspek medis, nutrisi, psikososial, dan edukasi, sehingga meningkatkan efektivitas pengelolaan malnutrisi.

Implementasi pendekatan kuratif yang komprehensif dan terkoordinasi, baik di tingkat komunitas maupun fasilitas kesehatan, sangat penting untuk menangani kasus malnutrisi secara efektif dan berkelanjutan.

6. Perawatan Terapeutik Berbasis Komunitas atau *Community-Based Management of Acute Malnutrition* (CMAM)

Perawatan Terapeutik Berbasis Komunitas atau *Community-Based Management of Acute Malnutrition* (CMAM) adalah pendekatan desentralisasi dalam penanganan malnutrisi akut, di mana perawatan dipindahkan dari fasilitas

kesehatan ke tingkat komunitas. Pendekatan ini memungkinkan anak-anak dengan malnutrisi akut tanpa komplikasi medis untuk dirawat di rumah dengan dukungan dari layanan kesehatan setempat. CMAM terdiri dari beberapa komponen utama:

- a. Penjangkauan Komunitas: Melibatkan masyarakat dalam mendeteksi dini kasus malnutrisi dan merujuknya ke layanan kesehatan. Partisipasi aktif dari komunitas sangat penting untuk keberhasilan program ini [23].
- b. Perawatan Rawat Jalan untuk Malnutrisi Akut Tanpa Komplikasi: Anak-anak dengan malnutrisi akut tanpa komplikasi medis dirawat di rumah dengan pemberian Makanan Terapi Siap Saji (*Ready-to-Use Therapeutic Foods* atau RUTF) dan pemantauan rutin oleh petugas kesehatan.
- c. Perawatan Rawat Inap untuk Kasus dengan Komplikasi: Anak-anak dengan malnutrisi akut yang memiliki komplikasi medis dirawat di fasilitas kesehatan hingga kondisi mereka stabil sebelum melanjutkan perawatan di rumah.
- d. Tindak Lanjut dan Dukungan Berkelanjutan: Memastikan anak-anak yang telah sembuh dari malnutrisi tetap mendapatkan pemantauan dan dukungan untuk mencegah kekambuhan.

Implementasi CMAM telah menunjukkan keberhasilan di berbagai negara. Misalnya, di Ghana, program CMAM telah diterapkan sejak 2010 dan menjadi bagian dari program jangka panjang untuk menangani malnutrisi akut [24]. Di India, pendekatan CMAM menekankan integrasi antara pencegahan dan pengobatan, serta keterlibatan multisektoral untuk meningkatkan efektivitas program [25].

Salah satu keuntungan utama dari CMAM adalah kemampuannya untuk meningkatkan cakupan layanan dan aksesibilitas perawatan bagi anak-anak yang menderita malnutrisi akut, terutama di daerah terpencil. Dengan melibatkan komunitas secara langsung, program ini juga meningkatkan kesadaran dan partisipasi masyarakat dalam upaya pencegahan dan penanganan malnutrisi.

Namun, tantangan dalam implementasi CMAM tetap ada, termasuk kebutuhan akan pelatihan yang memadai bagi petugas kesehatan, ketersediaan sumber daya seperti RUTF, dan memastikan kualitas perawatan yang konsisten di seluruh komunitas. Oleh karena itu, dukungan dari pemerintah, organisasi non-pemerintah, dan komunitas itu sendiri sangat penting untuk keberlanjutan dan keberhasilan program ini.

7. Makanan Terapeutik Siap Saji (*Ready-to-Use Therapeutic Food* atau RUTF)

Makanan Terapeutik Siap Saji (*Ready-to-Use Therapeutic Food* atau RUTF) adalah produk makanan berenergi tinggi yang dirancang khusus untuk perawatan anak-anak yang menderita malnutrisi akut berat. RUTF memiliki

kandungan nutrisi lengkap, termasuk protein, lemak, vitamin, dan mineral, yang diperlukan untuk pemulihan cepat status gizi anak. Keunggulan utama RUTF adalah sifatnya yang siap saji, tidak memerlukan persiapan atau pendinginan, serta dapat disimpan dalam jangka waktu lama tanpa risiko kontaminasi.

Komposisi dan Bentuk RUTF

RUTF umumnya berbentuk pasta atau batangan yang mudah dikonsumsi oleh anak-anak. Bahan dasar RUTF sering kali mencakup:

- a. Kacang tanah: Sebagai sumber protein dan lemak sehat.
- b. Susu bubuk: Memberikan protein berkualitas tinggi dan kalsium.
- c. Minyak sayur: Sumber asam lemak esensial.
- d. Gula: Menambah kalori dan meningkatkan rasa.
- e. Vitamin dan mineral: Memastikan kecukupan mikronutrien penting.

Penggunaan RUTF dalam Penanganan Malnutrisi

RUTF digunakan dalam program perawatan berbasis komunitas untuk malnutrisi akut berat, memungkinkan anak-anak dirawat di rumah dengan pemantauan rutin oleh petugas kesehatan. Pendekatan ini meningkatkan aksesibilitas perawatan dan mengurangi beban pada fasilitas kesehatan.

Efektivitas RUTF

Studi menunjukkan bahwa RUTF efektif dalam meningkatkan berat badan dan status gizi anak-anak dengan malnutrisi akut berat. Penelitian di Malawi menemukan bahwa RUTF berbasis kedelai, jagung, dan sorgum sama efektifnya dengan RUTF standar berbasis susu dalam mengobati malnutrisi akut berat pada anak-anak [26].

Tantangan dan Pertimbangan

Meskipun RUTF efektif, terdapat tantangan dalam penggunaannya, seperti:

- a. Ketersediaan dan biaya: Produksi dan distribusi RUTF memerlukan sumber daya yang signifikan.
- b. Preferensi budaya: Penerimaan RUTF dapat dipengaruhi oleh kebiasaan makan lokal.
- c. Kandungan susu: Beberapa RUTF mengandung susu, yang dapat meningkatkan biaya. Penelitian terbaru mengeksplorasi RUTF dengan kandungan susu rendah atau tanpa susu sebagai alternatif yang lebih terjangkau.

F. Peran Komunitas dalam Penanggulangan Malnutrisi

Malnutrisi merupakan masalah kesehatan yang signifikan di banyak negara, terutama di komunitas dengan akses terbatas terhadap sumber daya kesehatan. Penanganan malnutrisi membutuhkan pendekatan yang holistik, termasuk

pemberdayaan komunitas. Pemberdayaan ini berfokus pada meningkatkan kapasitas masyarakat dalam mengenali masalah gizi, mendukung perubahan perilaku, dan memantau status gizi di tingkat lokal.

Peran Kader Kesehatan, Tokoh Masyarakat, dan Organisasi Lokal

1. Kader Kesehatan

Kader kesehatan menjadi ujung tombak dalam menyampaikan edukasi gizi kepada masyarakat. Mereka memberikan informasi tentang pentingnya makanan bergizi, praktik pemberian makan bayi dan anak (PMBA), serta kebersihan lingkungan. Sebagai contoh, kader di program *Posyandu* secara rutin memantau pertumbuhan anak melalui pengukuran berat badan dan tinggi badan, serta memberikan penyuluhan kepada ibu hamil dan menyusui.

2. Tokoh Masyarakat

Tokoh masyarakat memiliki peran kunci dalam memobilisasi komunitas untuk berpartisipasi dalam program kesehatan. Mereka dapat memberikan pengaruh positif dengan menyampaikan pesan kesehatan berbasis nilai lokal dan agama. Sebagai contoh, di beberapa wilayah pedesaan di Indonesia, tokoh agama bekerja sama dengan tenaga kesehatan untuk mempromosikan pemberian ASI eksklusif sebagai bentuk ibadah.

3. Organisasi Lokal

Organisasi lokal, seperti kelompok wanita tani atau koperasi, dapat membantu masyarakat dalam memproduksi dan mendistribusikan makanan bergizi. Misalnya, pengelolaan kebun gizi oleh kelompok tani telah terbukti meningkatkan akses keluarga terhadap sayur dan buah segar.

Pendekatan Partisipatif dalam Penyusunan Program Gizi

Pendekatan partisipatif melibatkan masyarakat secara aktif dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program gizi. Salah satu contohnya adalah metode *Participatory Rural Appraisal* (PRA), di mana masyarakat diajak untuk mengidentifikasi kebutuhan gizi dan merancang solusi berdasarkan sumber daya lokal. Misalnya, di Afrika, program *Scaling Up Nutrition* (SUN) berhasil mengintegrasikan masukan dari komunitas untuk menekan angka stunting dengan intervensi berbasis pangan lokal.

Contoh Konkret Program Berbasis Komunitas

1. Desa Bebas Stunting

Program ini melibatkan kader kesehatan dan organisasi lokal untuk menyelenggarakan kelas gizi bagi ibu hamil, serta pelatihan pembuatan MPASI. Di beberapa desa di Jawa Tengah, program ini berhasil menurunkan prevalensi stunting sebesar 20% dalam waktu dua tahun.

2. Kebun Gizi Sekolah

Program ini melibatkan guru, siswa, dan orang tua untuk menanam sayur dan buah di area sekolah. Hasil kebun digunakan sebagai bahan makanan tambahan di kantin sehat.

G. Kebijakan dan Program Nasional

Malnutrisi, yang mencakup kekurangan gizi (stunting, wasting), kelebihan gizi (obesitas), dan kekurangan mikronutrien, tetap menjadi tantangan kesehatan di Indonesia. Untuk mengatasi masalah ini, pemerintah telah menerapkan berbagai kebijakan dan program berbasis bukti. Kebijakan ini dirancang untuk memastikan akses masyarakat terhadap pangan bergizi, layanan kesehatan, dan edukasi gizi yang komprehensif.

Kebijakan Pemerintah

1. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting

Kebijakan ini bertujuan untuk menurunkan angka stunting menjadi 14% pada tahun 2024. Strategi utamanya melibatkan:

- a. Intervensi spesifik seperti pemberian tablet tambah darah untuk remaja putri dan ibu hamil.
- b. Intervensi sensitif seperti peningkatan akses air bersih dan sanitasi.

2. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024

Dalam RPJMN, pemerintah menetapkan target pengurangan prevalensi stunting dan wasting dengan fokus pada pendekatan berbasis komunitas dan multisektoral, termasuk:

- a. Program edukasi gizi di sekolah.
- b. Dukungan untuk produksi pangan lokal yang bergizi.

3. Permenkes Nomor 23 Tahun 2022 tentang Penyelenggaraan Gizi Masyarakat

Mengatur implementasi layanan gizi di fasilitas kesehatan dan tingkat komunitas, seperti program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) untuk ibu hamil dan balita berisiko malnutrisi.

4. Kartu Indonesia Sehat (KIS)

KIS membantu meningkatkan akses masyarakat miskin terhadap layanan kesehatan, termasuk perawatan gizi bagi anak-anak yang mengalami wasting atau gizi buruk.

Program Pemerintah

1. Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK)

Program ini menggunakan pendekatan berbasis keluarga untuk memonitor status kesehatan dan gizi masyarakat, termasuk deteksi dini masalah malnutrisi.

2. Program Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

Fokus pada pelayanan gizi ibu hamil, menyusui, dan anak balita melalui fasilitas kesehatan primer. Contohnya adalah pemberian ASI eksklusif dan suplementasi gizi untuk ibu hamil.

3. Gerakan Nasional 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK)

Gerakan ini menekankan pentingnya intervensi gizi sejak masa kehamilan hingga anak berusia dua tahun untuk mencegah stunting.

4. Program Pemberdayaan Masyarakat

- a. Posyandu: Pos layanan terpadu untuk ibu dan anak yang memberikan edukasi gizi, pemantauan pertumbuhan, dan layanan imunisasi.
- b. Kampanye Gizi Seimbang: Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pola makan sehat melalui promosi *Isi Piringku*.

5. Program Bantuan Pangan Non-Tunai (BPNT)

Menyediakan bahan pangan bergizi seperti telur, kacang hijau, dan beras bagi keluarga berpenghasilan rendah.

6. Kebijakan Fortifikasi Pangan

Pemerintah wajibkan fortifikasi beberapa bahan pangan, seperti garam beryodium dan tepung terigu yang diperkaya zat besi dan asam folat.

Dampak Kebijakan dan Program

Berbagai program ini telah memberikan dampak positif, seperti:

1. Penurunan prevalensi stunting dari 30,8% pada 2018 menjadi 21,6% pada 2022 [27].
2. Peningkatan cakupan ASI eksklusif dari 37% pada 2013 menjadi 68,8% pada 2021 [28].

Namun, tantangan tetap ada, seperti distribusi yang tidak merata dan keterbatasan infrastruktur di daerah terpencil.

Malnutrisi tetap menjadi tantangan besar dalam pembangunan kesehatan global, termasuk di Indonesia. Penyebabnya bersifat multidimensional, mulai dari akses pangan bergizi yang terbatas, kemiskinan, hingga rendahnya pengetahuan tentang gizi. Kebijakan pangan dan gizi, program kesehatan ibu dan anak, serta inisiatif lintas sektor memainkan peran penting dalam mengatasi masalah ini dari perspektif makro.

Analisis Kebijakan Pangan dan Gizi

1. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting

- a. Analisis: Kebijakan ini memperkuat koordinasi antar-kementerian dan lembaga untuk mengatasi stunting, menargetkan 14% prevalensi stunting pada 2024. Fokus pada intervensi sensitif seperti perbaikan sanitasi dan akses air bersih mendukung pendekatan multisektoral.
- b. Kritik: Implementasi seringkali terhambat oleh kapasitas sumber daya manusia di daerah terpencil.

2. Kebijakan Fortifikasi Pangan

- a. Analisis: Fortifikasi garam dengan yodium dan tepung terigu dengan zat besi serta asam folat bertujuan untuk mengurangi defisiensi mikronutrien.
- b. Kritik: Kebijakan ini efektif di tingkat nasional, tetapi keberhasilannya terbatas di daerah dengan distribusi pangan yang tidak merata.

3. Program Bantuan Pangan Non-Tunai (BPNT)

- a. Analisis: BPNT meningkatkan akses keluarga miskin terhadap bahan pangan bergizi. Evaluasi menunjukkan bahwa penerima manfaat lebih cenderung mengonsumsi makanan kaya protein dan vitamin.
- b. Kritik: Program ini belum sepenuhnya menjangkau kelompok rentan seperti ibu hamil dan balita di daerah terpencil.

Analisis Program Kesehatan Ibu dan Anak

1. Gerakan Nasional 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK)

- a. Analisis: Program ini berfokus pada intervensi kritis selama periode HPK untuk mencegah stunting, dengan layanan seperti edukasi ASI eksklusif dan suplementasi gizi untuk ibu hamil.
- b. Kritik: Tantangan muncul dalam memastikan kualitas layanan di daerah terpencil, terutama dengan keterbatasan tenaga kesehatan.

2. Program Gizi Masyarakat (PGM)

- a. Analisis: PGM memberikan makanan tambahan untuk ibu hamil dan balita berisiko malnutrisi. Evaluasi menunjukkan penurunan angka wasting dan stunting pada kelompok sasaran.
- b. Kritik: Program ini membutuhkan pengawasan yang lebih baik untuk menghindari penyalahgunaan distribusi.

3. Posyandu dan PIS-PK

- a. Analisis: Posyandu dan pendekatan keluarga dalam PIS-PK memungkinkan monitoring langsung terhadap status gizi anak dan ibu hamil.
- b. Kritik: Keterlibatan masyarakat dalam mengelola Posyandu masih perlu ditingkatkan untuk memastikan keberlanjutan layanan.

Inisiatif Lintas Sektor

1. Program Desa Bebas Stunting

- a. Analisis: Kolaborasi antara Kementerian Kesehatan, Kementerian Desa, dan Bappenas mempromosikan pendekatan berbasis komunitas untuk pencegahan stunting. Desa diberikan dana untuk meningkatkan sanitasi, kebersihan lingkungan, dan akses air bersih.
- b. Kritik: Efektivitas program bergantung pada kapasitas pemerintah desa dalam merencanakan dan melaksanakan intervensi.

2. Scaling Up Nutrition (SUN)

- a. Analisis: Inisiatif global ini mendorong negara anggota untuk mengadopsi pendekatan lintas sektor dalam meningkatkan status gizi. Di Indonesia, SUN memperkuat kemitraan dengan LSM, sektor swasta, dan organisasi masyarakat.
- b. Kritik: Pelaporan dan monitoring implementasi program ini masih perlu ditingkatkan.

3. Kemitraan Pemerintah-Swasta

- a. Analisis: Kemitraan dengan perusahaan pangan untuk memproduksi makanan bergizi terjangkau telah memberikan dampak signifikan pada akses masyarakat miskin terhadap pangan berkualitas.
- b. Kritik: Pengawasan terhadap kualitas produk yang dihasilkan masih perlu diperkuat.

H. Monitoring dan Evaluasi Program Gizi

Program penanggulangan malnutrisi sering kali kompleks, melibatkan berbagai pemangku kepentingan dan intervensi multisektoral. Sistem monitoring dan evaluasi (M&E) yang efektif sangat penting untuk memastikan program berjalan sesuai rencana, mencapai target, dan memberikan manfaat maksimal. M&E memungkinkan identifikasi kekuatan dan kelemahan program, pengambilan keputusan berbasis bukti, dan perbaikan berkelanjutan.

Pentingnya Monitoring dan Evaluasi dalam Program Gizi

1. Menilai Kinerja Program

Monitoring membantu memantau implementasi program secara real-time, sedangkan evaluasi memberikan informasi tentang dampak jangka panjang.

Contoh: Evaluasi program *Scaling Up Nutrition* di berbagai negara menunjukkan bahwa pengawasan yang baik meningkatkan efektivitas intervensi.

2. Meningkatkan Akuntabilitas

Memastikan transparansi dalam penggunaan sumber daya dan akuntabilitas kepada donor, pemerintah, serta masyarakat.

3. Menginformasikan Perbaikan Program

Data dari sistem M&E digunakan untuk mengidentifikasi tantangan dan peluang, memungkinkan perbaikan strategi.

Indikator Kunci dalam Program Penanggulangan Malnutrisi

1. Indikator Input

- a. Sumber daya manusia (tenaga kesehatan, kader), logistik, dan pendanaan.
- b. Contoh: Persentase Posyandu yang memiliki peralatan timbang yang memadai.

2. Indikator Proses

- a. Pelaksanaan kegiatan program.
- b. Contoh: Persentase balita yang mendapat layanan pemeriksaan gizi bulanan.

3. Indikator Output

- a. Hasil langsung dari intervensi.
- b. Contoh: Jumlah ibu hamil yang menerima suplementasi zat besi selama kehamilan.

4. Indikator Outcome

- a. Perubahan perilaku atau status kesehatan masyarakat.
- b. Contoh: Prevalensi stunting pada anak di bawah lima tahun.

5. Indikator Impact

- a. Dampak jangka panjang program.
- b. Contoh: Penurunan angka kematian bayi terkait gizi buruk.

Metode Pengumpulan Data untuk Monitoring dan Evaluasi

1. Survei Kesehatan

Digunakan untuk mendapatkan data kuantitatif tentang status gizi, seperti Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).

2. Pengumpulan Data Rutin

Data dari Posyandu, Puskesmas, atau sistem informasi kesehatan daerah.

3. Focus Group Discussion (FGD)

Metode kualitatif untuk memahami hambatan dalam implementasi program.

4. Observasi Lapangan

Observasi langsung untuk memastikan kualitas implementasi program di tingkat komunitas.

5. Penggunaan Teknologi

Aplikasi berbasis mobile untuk pelaporan real-time, seperti e-PPGBM (Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat).

Analisis Hasil Program Penanggulangan Malnutrisi

1. Penggunaan Statistik Deskriptif

Memvisualisasikan data melalui grafik dan tabel untuk memantau tren status gizi.

2. Analisis Komparatif

Membandingkan data sebelum dan sesudah program.

Contoh: Perbandingan prevalensi wasting sebelum dan setelah intervensi pemberian Makanan Tambahan.

3. Regresi Multivariat

Menganalisis hubungan antara faktor-faktor determinan dengan hasil program.

4. Analisis Geospasial

Mengidentifikasi daerah prioritas berdasarkan peta prevalensi malnutrisi.

Studi Kasus Evaluasi Program di Berbagai Negara

1. Bangladesh – *National Nutrition Services (NNS) (2022)*

Hasil: NNS berhasil menurunkan prevalensi wasting dari 16% menjadi 13% melalui penguatan layanan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.

Pelajaran: Monitoring berbasis komunitas memainkan peran kunci.

2. Rwanda – *Community-Based Nutrition Program (CBNP) (2021)*

Hasil: Penurunan stunting sebesar 8% dalam lima tahun terakhir.

Pelajaran: Kombinasi pelatihan kader kesehatan dan pemberian makanan tambahan efektif mengatasi malnutrisi.

3. Indonesia – *Gerakan Nasional 1000 HPK (2023)*

Hasil: Data e-PPGBM menunjukkan perbaikan status gizi pada balita di 200 kabupaten/kota.

Pelajaran: Pelaporan real-time meningkatkan akurasi data untuk pengambilan keputusan.

I. Tantangan dan Peluang

Malnutrisi adalah tantangan kesehatan global yang kompleks, melibatkan berbagai faktor biologis, sosial, ekonomi, dan lingkungan. Pencegahan dan pengelolaannya di tingkat komunitas sering kali menghadapi berbagai hambatan, mulai dari keterbatasan sumber daya hingga kendala budaya. Namun, peluang baru seperti teknologi digital, kemitraan lintas sektor, dan inovasi pendidikan gizi memberikan harapan untuk pendekatan yang lebih efektif.

Tantangan dalam Pencegahan dan Pengelolaan Malnutrisi di Komunitas

1. Keterbatasan Sumber Daya

- a. Kurangnya Tenaga Kesehatan: Kekurangan kader kesehatan terlatih sering membatasi akses komunitas terhadap layanan gizi.
- b. Dana yang Tidak Mencukupi: Program gizi sering kali tidak mendapatkan prioritas anggaran yang memadai.
- c. Logistik yang Terbatas: Penyediaan makanan tambahan atau suplemen gizi sering terkendala distribusi yang tidak merata.

2. Kendala Budaya dan Sosial

- a. Kepercayaan Tradisional: Beberapa komunitas masih memegang teguh mitos atau pantangan makanan tertentu yang berkontribusi terhadap malnutrisi.
- b. Kurangnya Kesadaran Gizi: Pengetahuan yang rendah tentang pola makan sehat dan kebutuhan nutrisi membuat pencegahan menjadi sulit.
- c. Diskriminasi Gender: Perempuan sering kali memiliki akses terbatas ke makanan bergizi, terutama di daerah tertentu.

3. Dampak Perubahan Iklim

- a. Kekeringan dan Banjir: Perubahan iklim mengurangi produktivitas pertanian, menyebabkan keterbatasan pangan.
- b. Peningkatan Kerawanan Pangan: Harga bahan makanan pokok naik akibat gangguan pasokan.

Peluang untuk Mengatasi Tantangan

1. Pemanfaatan Teknologi Digital

- a. Aplikasi Gizi: Penggunaan aplikasi berbasis ponsel untuk memberikan edukasi gizi dan pemantauan status gizi.
Contoh: Aplikasi e-PPGBM di Indonesia membantu pencatatan data gizi anak balita.
- b. Telemedicine: Konsultasi jarak jauh untuk memberikan layanan gizi kepada komunitas terpencil.

2. Kemitraan Publik-Swasta

- a. Kolaborasi dengan Perusahaan: Perusahaan makanan dapat mendukung program gizi dengan menyuplai makanan bergizi atau mendanai kampanye kesadaran.
Contoh: Kemitraan UNICEF dan sektor swasta untuk program *Ready-to-Use Therapeutic Food (RUTF)*.

- b. CSR untuk Komunitas: Program tanggung jawab sosial perusahaan mendukung pengadaan fasilitas kesehatan dan distribusi makanan bergizi.

3. Inovasi dalam Pendidikan Gizi

- a. Pendekatan Interaktif: Permainan edukatif dan media sosial digunakan untuk meningkatkan pengetahuan gizi di kalangan anak muda.

b. Pemberdayaan Kader: Pelatihan kader komunitas untuk memberikan pendidikan gizi berbasis lokal.

Contoh: Program *Mother Support Groups* di Afrika yang melibatkan ibu sebagai agen perubahan.

Strategi Solusi Potensial

1. Integrasi Multisektor

a. Pendekatan lintas sektor yang melibatkan pendidikan, kesehatan, pertanian, dan ketahanan pangan.

b. Contoh: *Zero Hunger Program* di berbagai negara yang memadukan intervensi pertanian dan gizi.

2. Pengembangan Kebijakan Adaptif

a. Kebijakan yang responsif terhadap perubahan iklim dan kontekstual terhadap kebutuhan lokal.

b. Contoh: Kebijakan *Food Fortification* untuk memperkaya bahan makanan pokok dengan nutrisi penting.

3. Penggunaan Data untuk Keputusan Cepat

a. Analisis data real-time untuk memetakan kerawanan gizi dan merancang intervensi cepat.

b. Contoh: Penggunaan *GIS Mapping* untuk mengidentifikasi daerah rawan malnutrisi.

Studi Kasus dari Berbagai Negara

1. India: Program Integrated Child Development Services (ICDS)

a. Fokus: Pemenuhan kebutuhan gizi ibu dan anak melalui pos layanan terpadu.

b. Hasil: Penurunan prevalensi gizi buruk sebesar 15% dalam satu dekade terakhir.

2. Indonesia: Gerakan Nasional 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK)

a. Fokus: Edukasi gizi dan suplementasi bagi ibu hamil dan anak.

b. Hasil: Prevalensi stunting turun dari 37% (2013) menjadi 21.6% (2022).

3. Afrika Selatan: National Nutrition Plan

a. Fokus: Penguatan kapasitas lokal melalui kader komunitas dan distribusi makanan fortifikasi.

b. Hasil: Peningkatan kesadaran gizi sebesar 40% di komunitas pedesaan.

J. Kesimpulan dan Rekomendasi

1. Kesimpulan

Pencegahan dan pengelolaan malnutrisi di komunitas merupakan upaya penting untuk meningkatkan kualitas hidup dan produktivitas masyarakat. Tantangan utama meliputi keterbatasan sumber daya, kendala budaya, dan

dampak perubahan iklim, yang memperumit implementasi program gizi. Namun, peluang seperti pemanfaatan teknologi digital, kemitraan lintas sektor, dan inovasi dalam pendidikan gizi membuka jalan bagi solusi yang lebih efektif dan berkelanjutan.

Pendekatan berbasis komunitas, keterlibatan aktif tokoh masyarakat dan kader kesehatan, serta penguatan kebijakan adaptif terbukti menjadi strategi kunci dalam mengatasi malnutrisi. Studi kasus di berbagai negara menunjukkan bahwa integrasi multisector dan pengambilan keputusan berbasis data dapat menghasilkan dampak yang signifikan dalam penurunan prevalensi malnutrisi, seperti stunting dan kekurangan gizi akut.

2. Rekomendasi

a. Penguatan Kapasitas Lokal

- 1) Pelatihan Kader Kesehatan: Memberikan pelatihan berkelanjutan kepada kader kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam pengelolaan gizi.
- 2) Pemberdayaan Komunitas: Melibatkan masyarakat lokal dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program gizi agar program lebih kontekstual dan berkelanjutan.

b. Pemanfaatan Teknologi Digital

- 1) Sistem Pemantauan Berbasis Aplikasi: Mengembangkan aplikasi untuk pemantauan status gizi secara real-time dan pencatatan intervensi gizi di tingkat komunitas.
- 2) Edukasi Digital: Menggunakan media sosial, video interaktif, atau aplikasi edukasi untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang gizi dan pola makan sehat.

c. Kemitraan Lintas Sektor

- 1) Kolaborasi dengan Swasta: Melibatkan sektor swasta untuk mendukung pengadaan makanan bergizi, suplemen, dan program edukasi gizi.
- 2) Integrasi dengan Program Pembangunan: Memadukan program gizi dengan sektor pertanian, pendidikan, dan ketahanan pangan untuk solusi yang lebih holistik.

d. Pengembangan Kebijakan Responsif

- 1) Pengarusutamaan Gizi dalam Kebijakan: Menjadikan gizi sebagai prioritas dalam kebijakan pembangunan nasional dan daerah.
- 2) Fokus pada 1.000 HPK: Memperluas program intervensi gizi selama periode emas pertumbuhan anak.

e. Monitoring dan Evaluasi Program Gizi

- 1) Mengembangkan indikator kunci untuk memantau keberhasilan program, seperti prevalensi stunting, wasting, dan anemia.
 - 2) Mendorong evaluasi rutin untuk memastikan program berjalan sesuai tujuan dan menemukan area yang memerlukan perbaikan.
- f. Pengembangan Solusi Adaptif Terhadap Perubahan Iklim
- 1) Ketahanan Pangan Lokal: Mengembangkan program pertanian berbasis komunitas untuk meningkatkan akses terhadap makanan bergizi.
 - 2) Pendidikan Gizi Kontekstual: Mengintegrasikan perubahan iklim dalam edukasi gizi untuk membantu masyarakat beradaptasi terhadap tantangan lingkungan.

K. Referensi

- Kementerian PPN/ Bappenas, *Pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi di Kabupaten/Kota*, no. November. 2018.
- I. Ismayanah, N. Nurfaizah, and S. Syatirah, "Manajemen Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir Pada Bayi Ny 'I' Dengan Berat Badan Lahir Rendah (Bblr) Di Rsud Syekh Yusuf Kabupaten Gowa Tanggal 23 Juli - 25 Juli 2019," *J. Midwifery*, vol. 2, no. 2, pp. 60–70, 2020.
- K. Lubis, D. N. H, and I. P. Ramadhanti, "Edukasi Mp-Asi Dan Makanan Bergizi Sebagai Strategi Pencegahan Stunting," *Community Dev. J. J. Pengabdi. Masy.*, vol. 4, no. 2, pp. 1009–1014, 2023.
- Z. Zurhayati and N. Hidayah, "FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN STUNTING PADA BALITA," *JOMIS (Journal Midwifery Sci.)*, vol. 6, no. 1, 2022.
- H. Akbar and Mauliadi Ramli, "Faktor Sosial Ekonomi dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-59 Bulan di Kota Kotamobagu," *Media Publ. Promosi Kesehat. Indones.*, vol. 5, no. 2, pp. 200–204, 2022.
- D. R. Puspitasari, M. T. Setyabudi, and A. Rohmani, "Hubungan Antara Usia Maternal, Graviditas Dan Indeks Massa Tubuh Dengan Kejadian Hipertensi Dalam Kehamilan Di Rsud Tugurejo Semarang Tahun 2013," *Repos. Unimus*, pp. 1–20, 2019.
- A. N. Syahruddin, N. A. Ningsih, and F. Menge, "Hubungan Kejadian Stunting dengan Perkembangan Anak Usia 6-23 Bulan," *Poltekita J. Ilmu Kesehat.*, vol. 15, no. 4, pp. 327–332, 2022.
- T. Vaivada, N. Akseer, S. Akseer, A. Somaskandan, M. Stefopoulos, and Z. A. Bhutta, "Stunting in childhood: An overview of global burden, trends, determinants, and drivers of decline," *Am. J. Clin. Nutr.*, vol. 112, pp. 777S–791S, 2020.
- Fakhriyah, D. Damayanti, A. Anjani, E. Sari, N. T. N, and Zaliha, "Formation and

- Training of Hypertension Alert Cadres as an Effort to Prevent Hypertension Events in the Community," *J. Pengabdi. Masy. Berkemajuan*, vol. 6, pp. 771–778, 2022.
- [Y. NurmalaSari, R. H. Parizi, S. Arisandi, and A. Farich, "Hubungan Pendidikan Pola Asuh Dan Sosial Ekonomi Terhadap Status Gizi Anak Usia 6-12 Tahun Di Sdn 1 Srengsem," *J. Ilmu Kedokt. dan Kesehat.*, vol. 10, no. 7, pp. 2399–2408, 2023.
- D. Holbala, M. L. Nur, and D. L. A. Boeky, "Pengaruh Faktor Sosial Ekonomi Terhadap Kejadian Stunting," *J. Pangan Gizi dan Kesehat.*, vol. 11, no. 2, pp. 169–177, 2022.
- Y. L. R. Dewi, B. Wiboworini, W. Widardo, A. Augusthina, and D. Rahayu, "Pengaruh Faktor Biologis dan Sosial Ekonomi Terhadap Kejadian Gondok di Kismantoro Wonogiri," *Media Kesehat. Masy. Indones.*, vol. 20, no. 3, pp. 159–162, 2021.
- Hartina, Abdul Hakim Laenggeng, and Nurjanah, "Hubungan Pola Makan dan Ketersediaan Pangan Rumah Tangga dengan Status Gizi Remaja di Huntara Asam III Kec. Ulujadi Kota Palu," *J. Kolaboratif Sains*, vol. 3, no. 4, pp. 203–209, 2020.
- S. Arif, W. Isdijoso, A. R. Fatah, and A. R. Tamayis, *Tinjauan Strategis Ketahanan Pangan dan Gizi di Indonesia: Informasi Terkini 2019-2020*. 2020.
- E. Taenasah, E. Dasipah, and T. Gantini, "Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pola Konsumsi Pangan di Kabupaten Garut (Suatu Kasus pada Rumah Tangga Peserta Program Pekarangan Pangan Lestari)," *OrchidAgri*, vol. 4, no. 1, pp. 34–47, 2024.
- Eliza, Podojoyo, and Sriwijayanti, "Edukasi Gizi tentang Pemberian Makanan Tambahan (PMT) untuk Balita Status Gizi Kurang di Posyandu Kelapa Genjah," *ASMAT J. Pengabmas*, vol. 3, no. 2, pp. 95–104, 2024.
- Sistia Fitra, *Gizi Ibu di Indonesia: Analisis Lanskap and Rekomendasi*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan United Nations Children's Fund, 2023.
- S. I. F. Tripuspita and I. T. Sihidi, "Analisis Implementasi Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) untuk Penanggulangan Stunting di Kabupaten Probolinggo," *J. Kebijak. Pembang.*, vol. 19, no. 1, pp. 27–42, 2024.
- E. Sugianti and B. Devianti Putri, "Pengaruh Intervensi Gizi Sensitif terhadap Kejadian Stunting pada Balita Usia 6-24 Bulan selama Pandemi Covid-19," *Amerta Nutr.*, vol. 6, no. 1SP, pp. 184–193, 2022.
- K. Maleta and B. Amadi, "Community-based management of acute malnutrition (CMAM) in sub-Saharan Africa: Case studies from Ghana, Malawi, and Zambia," *Food Nutr. Bull.*, vol. 35, no. 2, pp. S34–S38, 2014.

- WHO, "Low Birth Weight Policy Brief," 2019.
- J. Kawuki, T. H. Musa, U. Ghimire, N. Obore, and S. S. Papabathini, "Community-Based Management of Acute Malnutrition: An Effective Intervention for Under-Nutrition," *J. Complement. Med. Altern. Healthc.*, vol. 10, no. 4, pp. 1–4, 2019.
- A. Asefa and G. Mitike, "Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) of HIV services in Adama town, Ethiopia: Clients' satisfaction and challenges experienced by service providers," *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 14, no. 1, pp. 1–7, 2014.
- K. Isangula, E. S. Pallangyo, and E. Ndirangu-Mugo, "Nurses' and clients' perspectives after engagement in the co-designing of solutions to improve provider-client relationships in maternal and child healthcare: a human-centered design study in rural Tanzania," *BMC Nurs.*, vol. 23, no. 1, pp. 1–11, 2024.
- M. Mathur, A. Halim, M. Gupta, B. Panda, and A. Syed, "Community-based management of acute malnutrition (CMAM) in India: a position paper," *Int. J. Res. Med. Sci.*, vol. 6, no. 12, p. 4128, 2018.
- S. Alfina, P. Nada, N. A. M. Fauziah, A. S. Aji, and Y. Paratmanitya, "Soy Milk Based Ready to Use Therapeutic Food (RUTF) for The Treatment Malnutrition In Children : A Systematic Review," *Menara J. Heal. Sci.*, vol. 1, no. 3, pp. 296–312, 2022.
- Kemenkes RI, *Data Dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia*. Kemenkes RI, 2018.
- WHO, "WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes," *World Heal. Organ.*, p. 192, 2011.

L. Glosarium

IMT	: indeks massa tubuh
KIA	: kesehatan ibu dan anak
KIS	: kartu Indonesia sehat
Kwashiorkor	: defisiensi protein
Lila	: lingkar lengan atas
PMT	: pemberian makanan tambahan
Marasmus	: kekurangan energi kronis
TTD	: tablet tambah darah

CHAPTER 5

KETERLIBATAN BIDAN DALAM TANGGAP DARURAT KESEHATAN

Zulfita, S.SiT., M.Biomed.

A. Pendahuluan/Prolog

Indonesia, seperti kita semua ketahui, adalah salah satu negara paling rawan bencana di dunia. Terletak di Cincin Api Pasifik, sering menghadapi bencana alam – termasuk gempa bumi, tsunami, letusan gunung berapi, banjir, tanah longsor, kekeringan dan kebakaran hutan – dan seringkali dengan dampak yang menghancurkan. Kerentanan Indonesia terhadap bencana memerlukan kewaspadaan dan kesiapan kita, di semua tingkatan.

Bencana memiliki potensi yang mengerikan dan berdampak pada kesehatan, termasuk kesehatan reproduksi. Kebutuhan akan layanan Kesehatan Reproduksi tetap ada dan mungkin meningkat selama bencana karena peningkatan risiko kekerasan seksual dan penularan HIV. Melahirkan dapat terjadi selama evakuasi atau di pengungsian; dan kurangnya akses ke perawatan obstetrik darurat dapat meningkatkan risiko kematian ibu. Terbatasnya akses ke layanan keluarga berencana dapat meningkatkan kehamilan yang tidak diinginkan selama masa bencana; remaja mungkin terputus dari keluarga atau komunitas mereka dan mungkin menemukan diri mereka dalam situasi berisiko yang tidak siap mereka tangani.

Menurut laporan *World Health Organization (WHO)* pada tahun 2013, depalan dari sepuluh negara dengan lebih dari sepertiga dari kasus kematian ibu tertinggi tercatat bahwa dari kasus angka kematian ibu tertinggi yang tercatat baru-baru ini menghadapi bencana, hal tersebut terjadi salah satu penyebabnya adalah kurangnya peralatan dan personel yang berkualifikasi dalam sistem perawatan kesehatan. Data Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) dan United Nations Population Fund (UNFPA) melaporkan pada tahun 2015 bahwa sekitar 61% dari kematian ibu terjadi di negara rawan bencana. Sehingga Upaya memberikan pelayanan kesehatan pada kondisi krisis akibat bencana terus ditingkatkan namun belum optimal, baik dari tenaga kesehatan yang terlatih, peralatan, kompetensi maupun pengetahuan tenaga kesehatan tersebut dalam hal ini salah satunya tenaga bidan. Akibatnya

pelayanan masih terbatas pada penanganan masalah kesehatan secara umum, sedang kesehatan reproduksi belum menjadi prioritas dan sering kali tidak tersedia.

Bidan yang bekerja di daerah yang rawan bencana sewaktu-waktu dapat ditugaskan sebagai tenaga kesehatan pada tanggap darurat krisis kesehatan di daerahnya. Selain itu, bidan dari daerah lain juga dapat bekerja sebagai bidan relawan bencana. Untuk dapat berperan dalam respon bencana dan bekerja sebagai pekerja kemanusiaan atau relawan, bidan perlu disiapkan dan dilengkapi dengan pengetahuan dan keterampilan, agar dapat mempersiapkan diri dan melindungi diri sendiri pada krisis kesehatan akibat bencana, dan mampu memberikan pelayanan kesehatan reproduksi bagi masyarakat yang terkena dampak bencana sesuai dengan kapasitasnya.

Tanggap darurat adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan ketika bencana terjadi yang bertujuan untuk meminimalkan dampak dari bencana dan pemulihan dari bencana. Kegiatan dapat berupa pemeriksaan rutin Kesehatan dan edukasi Kesehatan. Pelaksanaan yang baik dan terorganisir dari setiap fase bencana akan meminimalkan dampak bencana dan mempercepat pemulihan pasca bencana.

Krisis kesehatan adalah peristiwa yang mengakibatkan timbulnya korban jiwa, korban luka, pengungsian, dan atau adanya potensi bahaya yang berdampak pada kesehatan masyarakat yang membutuhkan respon cepat diluar kebiasaan normal dan kapasitas kesehatan tidak memadai. Penanggulangan Krisis Kesehatan bertujuan untuk terselenggaranya Penanggulangan Krisis Kesehatan yang terkoordinasi, terencana, terpadu, dan menyeluruh guna memberikan perlindungan kepada masyarakat dari ancaman, risiko, dan dampak permasalahan kesehatan. Penanggulangan Krisis Kesehatan dilakukan dengan sistem klaster.

Kesehatan adalah kelompok pelaku Penanggulangan Krisis Kesehatan yang mempunyai kompetensi bidang kesehatan yang berkoordinasi, berkolaborasi, dan integrasi untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan, yang berasal dari pemerintah pusat, atau pemerintah daerah, lembaga non pemerintah, sektor swasta/lembaga usaha dan kelompok masyarakat.

B. Tanggap Darurat Kesehatan

1. Krisis Kesehatan

Krisis kesehatan adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam kesehatan individu atau masyarakat yang disebabkan oleh bencana dan/atau berpotensi bencana. (Permenkes No 64 tahun 2013)

Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan atau faktor non alam, maupun faktor manusia, sehingga

mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda dan dampak psikologis (UU No.24 tahun 2007)

2. Tahapan Krisis Kesehatan

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan no 75 tahun 2019, Kegiatan krisis kesehatan dibagi menjadi 3 tahap, meliputi:

- a. Pra krisis Kesehatan: merupakan serangkaian kegiatan kesiagaan krisis kesehatan yang dilakukan pada situasi tidak terjadi bencana atau situasi terdapat potensi terjadinya bencana yang meliputi kegiatan perencanaan penanggulangan krisis kesehatan, pengurangan risiko krisis kesehatan, pendidikan dan pelatihan, penetapan persyaratan standar teknis dan analisis penanggulangan krisis kesehatan, kesiapsiagaan dan mitigasi kesehatan.
- b. Tanggap darurat krisis kesehatan: merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera padasaat kejadian akibat bencana untuk menangani dampak kesehatan yang ditimbulkan, yang meliputi kegiatan penyelamatan dan evakuasi korban, pemenuhan kebutuhan dasar, pelindungan dan pemulihan korban, memastikan ketersediaan prasarana serta fasilitas pelayanan kesehatan.
- c. Pasca krisis kesehatan: merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera untuk memperbaiki, memulihkan, dan/atau membangun kembali prasarana dan fasilitas pelayanan kesehatan

3. Sistem Klaster Penanggulangan Krisis Kesehatan

Penanggulangan krisis Kesehatan bertujuan untuk terselenggaranya penanggulangan krisis Kesehatan yang terkoordinasi, terencana, terpadu dan menyeluruh guna memberikan perlindungan kepada masyarakat dari ancaman, risiko, dan dampak permasalahan kesehatan. Penanggulangan krisis kesehatan dilakukan dengan sistem klaster, yang meliputi :

- a. Sub klaster pelayanan kesehatan, yang bertugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan terutama pelayanan pertolongan darurat pra fasilitas pelayanan Kesehatan dan rujukan;
- b. Sub klaster pengendalian penyakit dan kesehatan lingkungan, yang bertugas melakukan pengendalian penyakit dan upaya kesehatan lingkungan;
- c. Sub klaster kesehatan reproduksi, yang bertugas menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan reproduksi;
- d. Sub klaster kesehatan jiwa, yang bertugas menyelenggarakan upaya penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan psikososial secara optimal;
- e. Sub klaster pelayanan gizi, yang bertugas menyelenggarakan pelayanan gizi;
- f. Sub klaster identifikasi korban mati akibat bencana (Disaster Victim Identification/DVI), yang bertugas menyelenggarakan identifikasi korban meninggal dan penatalaksanaannya.

4. Penanggulangan Krisis Kesehatan

a. Tahap Pra Krisis Kesehatan

Penanggulangan pada tahap Pra Krisis Kesehatan ditujukan untuk peningkatan sumber daya kesehatan, pengelolaan ancaman terjadinya krisis kesehatan, dan pengurangan kerentanan. Penanggulangan pada tahap pra krisis meliputi upaya pencegahan dan mitigasi, dan kesiapsiagaan. Upaya pencegahan dan mitigasi pada tahap pra krisis kesehatan meliputi kegiatan :

- 1) Kajian risiko krisis kesehatan
- 2) Menyusun, mensosialisasikan dan menerapkan kebijakan atau standar penanggulangan krisis kesehatan ;
- 3) Mengembangkan sistem informasi penanggulangan krisis kesehatan
- 4) Menyusun rencana penanggulangan krisis kesehatan ;
- 5) Melaksanakan peningkatan kapasitas Fasilitas Pelayanan Kesehatan Aman Bencana

Upaya kesiapsiagaan pada tahap pra krisis kesehatan, meliputi :

- 1) Simulasi bidang kesehatan ;
- 2) Pemberdayaan masyarakat;
- 3) Mengembangkan sistem peringatan dini;
- 4) Membentuk EMT, tim RHA, PHRRT, dan tim kesehatan lainnya;
- 5) Menyiapkan ketersediaan sarana pra sarana kesehatan, dan perbekalan kesehatan yang memadai untuk upaya tanggap darurat;
- 6) Meningkatkan kapasitas sumber daya manusia baik dalam hal manajerial maupun teknis.

b. Tahap Tanggap Darurat Krisis Kesehatan

Penanggulangan pada tahap tanggap darurat Krisis Kesehatan ditujukan untuk merespon seluruh kondisi kedaruratan secara cepat dan tepat guna menyelamatkan nyawa, mencegah kecacatan lebih lanjut, dan memastikan program kesehatan berjalan dengan terpenuhinya standar minimal pelayanan kesehatan. Penanggulangan Krisis Kesehatan pada tahap tanggap darurat Krisis Kesehatan harus didahului dengan penetapan status keadaan darurat Krisis Kesehatan. Penetapan status keadaan darurat krisis kesehatan dilakukan oleh :

- 1) Menteri, untuk status keadaan darurat Krisis Kesehatan tingkat nasional;
- 2) Kepala dinas kesehatan provinsi, untuk status keadaan darurat Krisis Kesehatan tingkat provinsi ;
- 3) Kepala dinas kesehatan kabupaten/kota untuk status keadaan darurat Krisis Kesehatan tingkat kabupaten / kota

c. Tahap pasca krisis kesehatan

Ditujukan untuk mengembalikan kondisi sistem kesehatan seperti pada kondisi pra krisis kesehatan dan membangun kembali lebih baik (build back better) dan aman (safe). Penanggulangan Krisis Kesehatan pada tahap pasca krisis kesehatan dilaksanakan oleh masing-masing penanggung jawab program dan dikoordinasikan oleh Menteri atau kepala dinas kesehatan sesuai tingkatan Bencana. Penanggulangan Krisis Kesehatan pada tahap pasca krisis kesehatan meliputi kegiatan :

- 1) Melakukan penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan sumber daya kesehatan pasca krisis kesehatan ;
- 2) Menyusun rencana aksi Rehabilitasi, dan Rekonstruksi Kesehatan ;
- 3) Melaksanakan rencana aksi Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan ;
- 4) Monitoring dan Evaluasi pelaksanaan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan.

C. Permasalahan Saat Tanggap Darurat Kesehatan

Situasi krisis meningkatkan resiko hal yang sudah berisiko, seperti:

1. Kurangnya perawatan dan layanan kebidanan meningkatkan kematian ibu
2. Meningkatnya resiko komplikasi kehamilan dan persalinan karena kurangnya asupan dan gizi
3. Gangguan pelayanan kesehatan dan perpindahan penduduk menunjukkan bahwa persalinan dapat terjadi dimana saja
4. Meningkatnya perlilaku beresiko dapat meningkatkan resiko penularan penyakit menular seksual dan HIV
5. Keterbatasan metode keluarga berencana meningkatkan resiko kehamilan yang tidak direncanakan/diinginkan
6. Kurangnya informasi dasar tentang kesehatan seksual dan reproduksi
7. Meningkatnya kekerasan berbasis gender, termasuk kekerasan dalam keluarga

Pada saat krisis Kesehatan dapat terjadi peningkatan resiko penularan HIV, hal ini disebabkan karena:

1. Sulitnya diterapkan praktek kewaspadaan standar karena tidak tersedianya alat dan bahan untuk mencegah infeksi.
2. Meningkatnya kasus pelecehan seksual yang berisiko menularkan IMS dan HIV
3. Bertambahnya kebutuhan untuk transfusi darah dan risiko transfusi darah yang tidak aman
4. Meningkatnya hubungan seksual yang tidak aman

Saat krisis kesehatan juga bertambahnya angka kesakitan dan kematian maternal dan neonatal. Oleh karena itu kesehatan maternal dan neonatal pada saat krisis kesehatan sangat penting karena:

1. Pada saat adanya tanggap darurat bencana, akan selalu ada ibu hamil yang melahirkan dalam situasi bencana terjadi atau saat proses evakuasi maupun pada saat tinggal di pengungsian. Terdapat 4% dari penduduk yang terkena dampak bencana adalah ibu hamil.
2. Pada situasi bencana yang penuh dengan kecemasan , ibu yang belum waktunya melahirkan bisa saja melahirkan lebih cepat, sehingga dapat meningkatkan komplikasi baik pada ibu maupun pada bayinya
3. Kehamilan dengan komplikasi serta membutuhkan pertolongan segera agar dapat menyelamatkan nyawa ibu dan bayi sekitar 15 – 20%
4. Pada saat bencana terjadi, suasana akan sangat kacau dengan situasi yang tidak menentu, sehingga dapat meningkatkan kasus abortus yang harus mendapatkan penanganan segera
5. Pada saat situasi normal ibu hamil, ibu bersalin , ibu nifas dan bayi baru lahir dapat saja mengalami kejadian komplikasi yang dapat menyebabkan kematian. Apalagi pada situasi bencana, dimana semua fasilitas tidak bisa digunakan, akses ke petugas kesehatan tidak ada, obat – obatan, banyak lagi masalah yang terjadi.



Gambar.2.1 Instagram PPIBI



Gambar 2.2 Instagram PPIBI

D. Kesiapan Bidan dalam Tanggap Darurat Kesehatan

1. Kesiapan Bidan

- Mendukung mekanisme koordinasi untuk implementasi PPAM yang merupakan komponen pertama dari PPAM dan mendukung pelaksanaan komponen lainnya
- Bidan dapat menjadi anggota tim sub klaster kesehatan reproduksi untuk terlibat dalam penilaian cepat kesehatan (Rapid HealthAssessment) dan penilaian kebutuhan khusus PPAM .
- Melakukan pendataan dan pemetaan ibu hamil, pasca persalinan, dan bayi baru lahir serta ibu nifas di tempat-tempat pengungsian bersama petugas puskesmas
- Mendukung implementasi semua komponen PPAM, termasuk komponen kekerasan seksual, IMS/HIV, kesehatan maternal dan neonatal, pelayanan kontrasepsi, pelayanan minimum kesehatan balita dan pelayanan minimum kesehatan lanjut usia.
- Memberikan informasi dan edukasi kepada masyarakat terkait kesehatan reproduksi dan layanan yang tersedia pada krisis kesehatan baik melalui pelayanan di fasilitas kesehatan, pelayanan sementara di tenda kesehatan reproduksi maupun melalui pelayanan bergerak.
- Mendukung pemberian pelayanan kesehatan reproduksi bagi semua penduduk yang terdampak krisis kesehatan termasuk untuk kelompok rentan.
- Memberikan dukungan psikososial awal sesuai kemampuan dan kapasitasnya, khususnya bagi penyintas kekerasan seksual dan masyarakat yang terkena dampak krisis kesehatan pada umumnya.

- h. Melakukan advokasi tentang pentingnya pelaksanaan PPAM pada krisis kesehatan kepada semua pihak yang terkait.
- i. Memberikan informasi dan edukasi kepada masyarakat terkait kesehatan reproduksi dan layanan yang tersedia pada krisis kesehatan baik melalui pelayanan di fasilitas kesehatan, pelayanan sementara di tenda kesehatan reproduksi maupun melalui pelayanan bergerak.
- j. Mendukung pemberian pelayanan kesehatan reproduksi bagi semua penduduk yang terdampak krisis kesehatan termasuk untuk kelompok rentan.
- k. Memberikan dukungan psikososial awal sesuai kemampuan dan kapasitasnya, khususnya bagi penyintas kekerasan seksual dan masyarakat yang terkena dampak krisis kesehatan pada umumnya.
- l. Melakukan advokasi tentang pentingnya pelaksanaan PPAM pada krisis kesehatan kepada semua pihak yang terkait.

2. Peran Bidan dalam Penanganan Kesehatan Reproduksi Saat Bencana

- a. Aktifasi koordinasi kesehatan reproduksi
 - 1) Mengkoordinir kegiatan kespro (KIA-KB)
 - 2) Penanggung jawab masing – masing objectif PPAM
 - 3) Persiapan deployment tim siaga kespro
 - 4) Koordinasi langsung oleh pusat dengan pembinaan intens di lapangan
 - 5) Shifting peran koordinasi ke Provinsi atau Kabupaten terdampak
 - 6) Dukungan teknis berkelanjutan
 - 7) Dukungan data dan pengelolaan informasi
- b. Pencegahan dan Penanganan Kekerasan Berbasis Gender
 - 1) Edukasi Kesehatan reproduksi termasuk KB kepada Perempuan terdampak
 - 2) Memberikan informasi dan layanan penanganan kekerasan seksual
 - 3) Menyediakan pelayanan medis bagi korban
 - 4) Pemberian profilaksis pasca pajanan dan kontrasepsi darurat (dalam 72 jam)
 - 5) Dukungan psikologis awal (PFA) bagi penyintas perkosaan
 - 6) Mekanisme rujukan kesehatan
 - 7) Penguatan Kapasitas (Bidan dan Volunteer ruang ramah perempuan) – Front liner
- c. Pencegahan Penularan Penyakit menular Seksual dan HIV
 - 1) Pemberian informasi ketersediaan layanan ARV
 - 2) Menerapkan kewaspadaan standar
 - 3) Pemberian profilaksis pasca pajanan
 - 4) Memastikan ketersediaan kondom
- d. Adolescent Inclusion And Youth Engagement
 - 1) Informasi mekanisme rujukan

- 2) Edukasi kespro remaja
 - 3) Narasumber radio dll (jika memungkinkan)
- e. Mencegah meningkatnya Kesakitan dan Kematian Maternal dan Neonatal.
- 1) Pelayanan Kesehatan reproduksi di tenda//pos kespro
 - 2) Deployment bidan untuk intervensi pelayanan dalam situasi bencana
 - 3) Memberikan layanan pertolongan persalinan dan kegawatdaruratan maternal dan neonatal
 - 4) Melaporkan ketersediaan alat kontrasepsi dan obat – obatan yang mencukupi
 - 5) Mengetahui mekanisme rujukan
 - 6) Menerapkan kewaspadaan standar
- f. Pencegahan kehamilan yang Tidak diinginkan
- 1) Pemberian layanan KB di dalam tenda/pos kespro
 - 2) Melakukan outreach jika diperlukan dan memungkinkan
 - 3) Memfasilitasi pelibatan Masyarakat
 - 4) Melaporkan ketersediaan alat kontrasepsi
- g. Memastikan ketersediaan pelayanan kespro yang aman dan memadai (pencegahan kesakitan & kematian, penularan IMS-HIV, pencegahan kekerasan)
- 1) Memastikan tersedianya mekanisme rujukan yang efektif
 - 2) Memberikan informasi dan edukasi kepada masyarakat agar memanfaatkan tenda kespro untuk menjaga kesehatan dirinya
 - 3) Pendataan dan pemetaan ibu hamil, pasca persalinan dan BBL, perempuan, remaja, lansia, di tempat-tempat pengungsian bersama dengan petugas puskesmas
 - 4) Melakukan pemetaan Puskesmas dan RS termasuk Praktik Mandiri Bidan
 - 5) Memastikan ibu hamil yang akan melahirkan dalam waktu dekat
 - 6) Berkoordinasi dengan subklaster terkait lainnya, untuk keselamatan dan keamanan
 - 7) Memastikan asupan gizi yang cukup bagi kelompok rentan
 - 8) Memastikan keberlangsungan pelayanan KB

3. Kompetensi Minimal Menjadi Bidan Siaga

- a. Menguasai tugas dan kewajiban sebagai bidan
- b. Memiliki pengetahuan dan ketrampilan untuk melaksanakan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi (telah mendapat pelatihan PPAM)
- c. Memiliki keterampilan untuk berkoordinasi/kolaborasi dengan tenaga kesehatan yang lain, lintas program maupun dengan lintas sektor terkait

- d. Mampu mendukung penyediaan layanan untuk setiap komponen PPAM sesuai dengan kapasitasnya sebagai bidan
- e. Memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk memberikan dukungan psikososial.
- f. Memiliki ketrampilan untuk melakukan kegiatan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE), termasuk kemampuan berkomunikasi yang baik masyarakat yang terkena dampak bencana
- g. Memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk menjaga kondisi psikologis /menjaga diri dan mampu mengelola stress.
- h. Saat menjadi relawan, stress adalah suatu kondisi yang sangat mungkin terjadi. Melihat pemandangan yang tidak biasa, dan menghadapi penyintas dengan perasaan yang bermacam-macam, tentu sedikit banyak akan mempengaruhi kondisi psikologis Anda. Sebaiknya, relawan memiliki kemampuan konseling dasar serta manajemen stres. Tujuannya agar relawan tidak mudah terbawa arus emosi korban bencana. Jika sebagai relawan - Anda terbawa stres. Bisa jadi Anda malah menjadi beban bagi relawan lainnya, juga korban.
- i. Memiliki pengetahuan dan ketrampilan manajemen dan administrasi seperti melakukan pencatatan dan pelaporan, memonitor ketersediaan logistik kesehatan reproduksi di tempat bertugas dan melakukan kegiatan monitoring dan evaluasi
- j. Terampil, terlatih bekerja cekatan, tanggap dan peduli terhadap situasi
- k. Berjiwa tangguh, gigih, berani, siap bekerja pada situasi krisis yang penuh tekanan dan stress dan dengan fasilitas yang terbatas
- l. Kreatif, inovatif, adaptif

4. Persiapan Sebelum mengbadikan diri di daerah terdampak bencana

- a. Kesiapan Mental
- b. Minta Izin dan dukungan dari keluarga
- c. Menyiapkan perbekalan yang harus dibawa: Keperluan pribadi, perlengkapan
- d. Terkait Higiene dan Sanitasi , Alat Pelindung Diri (APD)
- e. Minum prolaksis malaria

5. Persiapan dan perlindungan diri bagi bidan di wilayah terdampak bencana

- a. Sebelum terjadi situasi krisis
 - 1) Pertanyaan awal yang perlu dijawab adalah: Apakah Anda siap untuk membantu dan menjadi bidan relawan?
 - 2) Setelah Anda menyatakan siap, selanjutnya bidan mempersiapkan secara fisik, mental dan sosial, diantaranya menjaga kesehatan, rela berkorban untuk membantu orang lain, mempersiapkan keluarga yang akan

dinggalkan, misalnya menitipkan untuk mengasuh dan menjaga anak yang masih kecil, menjaga anggota keluarga yang memiliki ketergantungan

b. Selama bekerja dalam situasi krisis

- 1) Melaporkan diri kepada koordinator lapangan/tim sub klaster kesehatan reproduksi
- 2) Menjalin kerjasama, komunikasi yang efektif dengan sesama bidan dan tenaga kesehatan lainnya, termasuk saling menghargai rekan kerja,
- 3) Mencari dukungan untuk memperkuat kapasitas.
- 4) Memanfaatkan sumber daya yang ada, menggunakan kearifan lokal untuk penyelamatan jiwa yang terdampak
- 5) Mencatat dan melaporkan semua kegiatan yang telah dilakukan untuk menjamin kesinambungan pelayanan dan mencegah miskomunikasi
- 6) Penting menjaga kesehatan fisik dan emosional termasuk stamina dan semangat.
- 7) Menghargai para penyintas bencana dengan cara:
 - a) Menghormati adat dan budaya setempat
 - b) Menjaga kesopansantunan dan tata krama terhadap masyarakat, rekan kerja dan pihak lainnya
 - c) Berpakaian sopan dan tidak menonjolkan perhiasan, handphone atau gadget lainnya.
 - d) Menghargai hak-hak penyintas/pasien

c. Setelah situasi krisis

Setelah masa tugas bidan relawan berakhir, maka sebelum meninggalkan lokasi, bidan relawan harus melakukan hal berikut ini:

- 1) Melakukan inventarisasi sarana dan prasarana
- 2) Serah terima alat/peralatan/sumber daya dan dokumen – dokumen lain
- 3) Berpamitan dengan tim sub klaster dan tokoh Masyarakat
- 4) Mengikuti sesi kelompok dukungan (debriefing/support group) sebagai bentuk dukungan psikososial kepada relawan bidan
- 5) Menyiapkan laporan singkat selama menjadi relawan dan mendokumentasikan praktik baik dan pembelajaran untuk perbaikan ke depan
- 6) Melakukan evaluasi tentang kinerja selama bekerja mendukung respon krisis kesehatan

E. Simpulan

Saat situasi tanggap darurat kesehatan seperti bencana alam atau wabah penyakit, peran bidan menjadi sangat krusial dan multifungsi. Berikut adalah beberapa poin utama mengenai peran bidan dalam situasi tersebut:

1. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi: Bidan bertanggung jawab memastikan kelangsungan pelayanan kesehatan ibu hamil, melahirkan, dan bayi baru lahir meskipun dalam kondisi darurat. Mereka membantu persalinan, memberikan vaksinasi, serta mendukung kesehatan ibu dan bayi secara umum.
2. Edukasi dan Promosi Kesehatan: Bidan memberikan edukasi kepada masyarakat tentang cara menjaga kesehatan, pencegahan penyakit, sanitasi, dan gizi, terutama di lingkungan pengungsian yang berisiko tinggi terhadap penularan penyakit.
3. Konseling dan Dukungan Psikososial: Situasi darurat sering menyebabkan trauma dan stres. Bidan dapat memberikan layanan konseling kepada ibu, anak, dan keluarga, serta mendukung kesejahteraan psikososial mereka.
4. Pelayanan Kesehatan Reproduksi: Bidan memainkan peran penting dalam memastikan akses layanan kesehatan reproduksi tetap tersedia, termasuk perawatan antenatal, postnatal, serta pelayanan keluarga berencana.
5. Koordinasi dan Kolaborasi: Bidan bekerja sama dengan berbagai tim medis lainnya, organisasi non-pemerintah, dan pemerintah dalam menyelenggarakan bantuan darurat, distribusi bahan medis, dan logistik.
6. Pelatihan dan Kesiapsiagaan: Bidan juga terlibat dalam pelatihan petugas kesehatan dan masyarakat tentang kesiapsiagaan bencana, termasuk pelatihan pertolongan pertama dan simulasi tanggap darurat.

Secara keseluruhan, bidan merupakan ujung tombak dalam menjaga kesehatan dan kesejahteraan ibu serta anak di tengah situasi darurat kesehatan. Pengalaman dan ketangguhan mereka adalah kunci dalam menyelamatkan nyawa dan meminimalisir risiko kesehatan tambahan.

F. Referensi

- Tria Novi Herdiani (2023). Peran Bidan Dalam Manajemen Bencana Pada Ibu Hamil. Jurnal Bidan Mandira Cendikia Vol. 2 No. 4 Desember 2023
<https://journal-mandiracendikia.com/jbmc>
- WHO. (2020). Kematian Ibu. In Journal of Chemical Information and Modeling
<https://translate.google.com/translate?u=https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality&hl=id&sl=en&tl=id&client=srp&prev=search>
- Arsi Susilawati. (2019). Gambaran Kesiapan Tenaga Kesehatan Dalam Manajemen

- Bencana di Puskesmas Wilayah Rawan Bencana Di Kabupaten Sumbawa Barat. In Journal of Chemical Information and Modeling (Vol. 53, Issue 9).<https://repository.unair.ac.id/84114/>
- BNPB. (2019). Hadapi Bencana: Tanggap, Tangkas, Tangguh. BNPB Press.
- BNPB. (2022). Laporan Tahunan Bencana Alam. Pusdata. <https://dibi.bnrb.go.id/>
- BNPB Kab. Lahat. (2022). Laporan Tahunan Kejadian Bencana Alam Kab. Lahat. Pusdata.
- Cahyati, Y., Mariani, D., Tarmansyah, A., & Estuti, W. (2023). Perseptif Manajemen Bencana Dan Kegawatdaruratan Dalam Tatatan Kesehatan. Global Eksekutif Teknologi.
- Dinkes Kabupaten Lahat. (2022). Profil Kesehatan Kabupaten Lahat. Pusdata.
- Erita, Mahendra, D., & Adventus MRI Batu. (2019). Buku Materi Pembelajaran Manajemen Gawat Darurat Dan Bencana. UKI.
- Hesti, N., Yetti, H., & Erwani, E. (2019). Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Kesiapsiagaan Bidan dalam Menghadapi Bencana Gempa dan Tsunami di Puskesmas
- Istihora, & Ahmad H.B. (2019). Buku Ajar Keperawatan Gawat Darurat "Kesiapsiagaan Bencana Banjir." CV. Jakad Media Publishing. Khalid F.S, Asman, A., Ana F, Faradina, E. D., & Oktabina, R. W. (2023). Keperawatan Gawat Darurat dan Manajemen bencana. UNP Press.
- Popang, C. T., Nanang, A., Ayyun, Q., & Hadja. (2023). Asuhan Kebidanan Komunitas Dan Tanggap Darurat Bencana. Global Eksekutif Teknologi.
- Rahayuningtyas, R., Surjoputro, A., & Budiyono, B. (2022). Peran Tenaga Kesehatan Balkesmas pada Tanggap Darurat Bencana.
- Hubungan Pengetahuan dengan Sikap Tenaga Kesehatan dalam Tanggap Darurat Bencana Banjir di Puskesmas Bidara Cina Jakarta Timur. Majalah Geografi Indonesia, 34(2), 108. <https://doi.org/10.22146/mgi.49765>
- Yunus, P., & Aprianti Hiola, F. A. (2021). Kesiapsiagaan Tenaga Kesehatan dalam Tanggap Kegawatdaruratan Bencana Banjir di Puskesmas Tibawa Kabupaten Gorontalo. 4(2), 171–176.

G. Glosarium

WUS = Wanita Usia Subur

CHAPTER 6

PENDIDIKAN KESEHATAN UNTUK IBU HAMIL DI KOMUNITAS TERTENTU

Fransisca Retno Asih, SST., M.Keb.

A. Pendahuluan

Pendidikan kesehatan untuk ibu hamil adalah salah satu cara yang efektif untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak dan mencegah berbagai komplikasi kehamilan dan proses persalinan bahkan setelah melahirkan (Herval et al., 2019). Ibu hamil dengan informasi yang cukup mengenai perawatan kehamilan, tanda bahaya, dan persalinan akan lebih mungkin mengalami kehamilan sehat dan persalinan yang selamat (Yosef & Tesfaye, 2021; Yunitasari et al., 2023). Untuk mencapai sasaran ini, informasi kesehatan perlu disesuaikan dengan karakteristik komunitas (Herval et al., 2019). Tetapi, untuk capai tujuan ini, pendidikan kesehatan harus sesuai dengan karakter komunitas, melihat keragaman budaya, kondisi sosial ekonomi, dan akses layanan kesehatan yang ada di tiap daerah. Di banyak tempat, terutama di komunitas tertentu seperti pedesaan, komunitas adat, atau daerah dengan sosial ekonomi rendah, pendidikan kesehatan untuk ibu hamil sering terhambat oleh berbagai faktor. Ini termasuk rendahnya literasi, kurangnya akses ke fasilitas kesehatan, dan mungkin adanya kepercayaan lokal yang berbeda dari praktik medis modern. Strategi pendekatan pendidikan kesehatan berbasis kondisi lokal sangat penting agar pesan kesehatan dapat diterima dan dimengerti dengan baik oleh ibu hamil dan anggota komunitas lainnya (Herval et al., 2019; Nawabi et al., 2021; Ningrum et al., 2024).

Pendekatan yang didasarkan pada pemahaman budaya lokal, kebiasaan, dan tantangan yang dihadapi oleh ibu hamil di masing-masing komunitas adalah kunci untuk suksesnya program pendidikan kesehatan (Herval et al., 2019). Contohnya, di beberapa komunitas adat, terdapat kepercayaan terhadap pengobatan tradisional atau metode tertentu dalam merawat kehamilan dan persalinan (Agus et al., 2012; Musie et al., 2022; Rachmayanti et al., 2023). Oleh karena itu, strategi pendidikan kesehatan perlu menggabungkan pengetahuan kesehatan dengan tetap menghormati tradisi lokal, tanpa mengabaikan pentingnya perawatan kesehatan yang berbasis bukti. Tujuan pendidikan kesehatan untuk ibu hamil di komunitas tertentu adalah untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan kesadaran ibu hamil tentang pentingnya perawatan kehamilan yang baik, deteksi dini masalah

kesehatan, serta tindakan pencegahan yang dapat dilakukan untuk mengurangi risiko komplikasi (Rasheed & Al-Sowilem, 2003). Selain itu, pendidikan kesehatan yang efektif juga bisa memperkuat peran masyarakat dalam mendukung ibu hamil, melalui keterlibatan aktif keluarga dan tokoh masyarakat dalam mendorong perilaku hidup sehat (Haldane et al., 2019; Mihiret et al., 2025). Dengan pendekatan yang tepat dan disesuaikan dengan karakteristik masyarakat, edukasi kesehatan bagi ibu hamil tidak hanya sekadar memberikan informasi. Hal ini memicu perubahan perilaku yang meningkatkan kesejahteraan ibu dan bayi. Selain itu, juga membantu menurunkan angka kematian ibu dan bayi yang sering kali menimbulkan krisis kesehatan di banyak wilayah (Herval et al., 2019; Mihiret et al., 2025).

B. Pendidikan Kesehatan

World Health Organization (WHO) mendefinisikan pendidikan kesehatan sebagai "kesempatan yang dibangun secara sadar untuk belajar, melibatkan beberapa bentuk komunikasi yang dirancang untuk meningkatkan literasi kesehatan, termasuk meningkatkan pengetahuan, dan mengembangkan keterampilan hidup yang kondusif bagi kesehatan individu dan masyarakat." Glosarium promosi kesehatan WHO menjelaskan bahwa pendidikan kesehatan tidak terbatas pada penyebaran informasi tentang kesehatan tetapi juga "menumbuhkan motivasi, keterampilan, dan kepercayaan diri (efikasi diri) yang diperlukan untuk menentukan tindakan guna meningkatkan kesehatan", serta "komunikasi informasi mengenai kondisi sosial, ekonomi, dan lingkungan yang mendasarinya yang berdampak pada kesehatan, serta faktor risiko dan perilaku berisiko individu, dan penggunaan sistem perawatan kesehatan" Literasi kesehatan adalah seberapa baik seseorang dapat memperoleh, memahami, menilai, dan berbagi informasi tentang penanganan berbagai kondisi kesehatan agar tetap sehat sepanjang hidupnya (Mitic et al., 2012).

Tujuan utama dari pendidikan kesehatan adalah (Mitic et al., 2012)

1. Meningkatkan Pengetahuan dan Pemahaman

Memberikan informasi yang benar dan jelas mengenai berbagai aspek kesehatan, seperti cara mencegah penyakit, manfaat pola hidup sehat, pentingnya pemeriksaan kesehatan rutin, serta tindakan yang perlu dilakukan dalam situasi darurat kesehatan.

2. Mendorong Perubahan Perilaku

Menumbuhkan kebiasaan sehat dan mengurangi perilaku berisiko yang dapat merugikan kesehatan, seperti merokok, pola makan yang buruk, atau kurangnya aktivitas fisik.

3. Meningkatkan Keterampilan

Membekali masyarakat dengan keterampilan praktis untuk menjaga kesehatan, seperti cara melakukan perawatan diri di rumah, mengenali tanda-tanda bahaya, atau memberikan pertolongan pertama pada keadaan darurat.

4. Mengurangi Angka Penyakit dan Kematian

Pendidikan kesehatan bertujuan untuk mencegah penyakit dan mengurangi angka kesakitan dan kematian, terutama melalui pencegahan primer (seperti imunisasi dan pola hidup sehat) dan deteksi dini (seperti pemeriksaan kesehatan rutin).

Beberapa prinsip dasar yang harus diperhatikan dalam pendidikan kesehatan antara lain (Mitic et al., 2012; Yazachew & Alem, 2004):

1. Keterlibatan Aktif

Masyarakat harus dilibatkan secara aktif dalam proses pendidikan kesehatan. Hal ini bisa dilakukan melalui diskusi kelompok, kegiatan komunitas, atau pelatihan praktis, yang memungkinkan masyarakat untuk berbagi pengalaman dan belajar secara langsung.

2. Pendekatan yang Partisipatif dan Sensitif Budaya

Program pendidikan kesehatan harus disesuaikan dengan budaya, kepercayaan, dan nilai-nilai lokal agar lebih mudah diterima. Pendekatan partisipatif yang melibatkan tokoh masyarakat atau pemimpin lokal dapat membantu memperkuat pesan yang disampaikan.

3. Penyampaian yang Sederhana dan Mudah Dipahami

Informasi yang diberikan harus disampaikan dengan cara yang sederhana, jelas, dan mudah dipahami oleh berbagai lapisan masyarakat, terutama di komunitas dengan tingkat literasi yang rendah.

4. Berorientasi pada Kebutuhan Masyarakat

Pendidikan kesehatan harus disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan spesifik masyarakat, dengan mempertimbangkan faktor-faktor seperti status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, dan masalah kesehatan yang paling mendesak.

5. Pemberdayaan Masyarakat

Salah satu tujuan utama pendidikan kesehatan adalah memberdayakan masyarakat untuk mengambil keputusan yang lebih baik mengenai kesehatan mereka sendiri. Ini melibatkan pengembangan keterampilan, pengetahuan, dan sikap yang mendukung perilaku sehat.

Metode yang digunakan dalam pendidikan kesehatan beragam, disesuaikan dengan karakteristik target peserta serta situasi dan lokasi pelaksanaannya. Beberapa metode pendidikan kesehatan antara lain (Mitic et al., 2012):

1. Metode Informasi

Memberikan informasi melalui media cetak, audio, visual, atau digital untuk meningkatkan kesadaran terhadap masalah kesehatan.

2. Metode Partisipatif

Mengundang peserta untuk terlibat aktif, seperti diskusi kelompok, lokakarya, atau simulasi. Pendekatan ini efektif untuk menciptakan pemahaman yang mendalam dan memberdayakan individu.

3. Metode demonstrasi

Menunjukkan praktik tertentu, misalnya cara mencuci tangan dengan benar atau menggunakan alat kesehatan. Demonstrasi membantu peserta memahami tindakan dengan jelas.

4. Metode Edukatif Formal

Dilaksanakan melalui sesi terstruktur seperti seminar atau pelatihan untuk mendidik peserta tentang isu kesehatan tertentu.

5. Metode Interpersonal

Melibatkan komunikasi langsung antara pendidik dan peserta melalui konseling atau konsultasi.

C. Topik Pendidikan Kesehatan Untuk Ibu Hamil

Pendidikan kesehatan selama masa kehamilan sangat penting untuk membantu ibu hamil menjaga kesehatannya serta mendukung perkembangan janin yang sehat. Selain itu, dengan pengetahuan yang memadai, ibu hamil dapat mengurangi risiko komplikasi dan meningkatkan pengalaman kehamilan dan persalinan yang positif dan lebih aman. Contoh topik pendidikan kesehatan yang perlu disampaikan kepada ibu hamil selama masa kehamilan (Da Silva Lima et al., 2019):

Tabel 7.1 Contoh Topik Pendidikan Kesehatan

Pertemuan ke	Topik Pendidikan Kesehatan	Strategi
1	Pentingnya perawatan kehamilan	Menyoroti perlunya pemeriksaan kehamilan secara rutin untuk mendeteksi dan mencegah komplikasi.
2	Perubahan fisik dan psikologis selama kehamilan	Memberikan informasi tentang perubahan tubuh dan emosi serta cara menghadapinya.
3	Nutrisi dan aktivitas fisik	Menekankan pola makan seimbang dan olahraga ringan

Pertemuan ke	Topik Pendidikan Kesehatan	Strategi
		untuk mendukung kesehatan ibu dan janin.
4	Kesehatan mulut	Edukasi tentang pentingnya perawatan gigi dan mulut selama kehamilan untuk mencegah infeksi.
5	Persiapan persalinan	Membahas tanda-tanda persalinan, metode persalinan, posisi persalinan, dan teknik pernapasan yang membantu.
6	Promosi menyusui	Memberikan panduan tentang posisi menyusui yang benar, manfaat ASI, dan cara mengatasi tantangan menyusui.
7	Perawatan Bayi Baru Lahir	Mengajarkan keterampilan dasar seperti memandikan bayi, perawatan tali pusat, dan mencegah infeksi.
8	Periode nifas	Memberikan panduan tentang perawatan tubuh ibu setelah melahirkan, termasuk perencanaan keluarga.

Pelaksanaan kelas ibu hamil juga mewadahi pemberian edukasi bagi ibu hamil. Berikut ini topik pendidikan kesehatan pada kelas ibu hamil (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014):

Tabel 7.2 Topik Pendidikan Kesehatan pada Kelas Ibu Hamil

Pertemuan ke	Topik Pendidikan Kesehatan	Materi
1	Pemeriksaan kehamilan agar ibu dan janin sehat	Apakah kehamilan itu? Tanda kehamilan Keluhan yang sering dialami ibu hamil Perubahan fisik ibu hamil Perubahan emosional ibu hamil Pemeriksaan kehamilan Pelayanan kesehatan pada ibu hamil

Pertemuan ke	Topik Pendidikan Kesehatan	Materi
		<p>Menjaga ibu hamil sehat dan janin sehat-cerdas</p> <p>Hal-hal yang harus dihindari oleh ibu selama hamil</p> <p>Mitos atau tabu terkait kehamilan</p> <p>Persiapan menghadapi persalinan</p>
2	Persalinan aman, nifas nyaman, ibu selamat, bayi sehat	<p>Tanda-tanda awal persalinan</p> <p>Tanda-tanda persalinan</p> <p>Proses persalinan</p> <p>Inisiasi menyusu dini</p> <p>KB pasca persalinan</p> <p>Pelayanan nifas</p> <p>Menjaga ibu bersalin dan nifas serta bayi sehat</p> <p>Hal-hal yang harus dihindari ibu bersalin dan nifas</p> <p>Mitos persalinan dan nifas</p>
3	Pencegahan penyakit, komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas agar ibu dan bayi sehat	<p>Penyakit malaria gejala dan akibatnya</p> <p>Cara penularan malaria</p> <p>Cara pencegahan malaria</p> <p>Infeksi Menular Seksual (IMS)</p> <p>HIV virus dan penyebab AIDS</p> <p>Cara pencegahan HIV/AID pada ibu hamil</p> <p>Kurang Energi Kronis (KEK)</p> <p>Anemia</p> <p>Tanda bahaya pada kehamilan</p> <p>Tanda bahaya pada persalinan</p>

Pertemuan ke	Topik Pendidikan Kesehatan	Materi
		Tanda bahaya dan penyakit ibu nifas Sindrom pasca melahirkan
4	Pencegahan penyakit, komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas agar ibu dan bayi sehat	Tanda bayi lahir sehat Perawatan bayi baru lahir Pelayanan kesehatan neonatus (6 jam – 28 hari) Tanda bahaya pada bayi baru lahir Cacat bawaan Perawatan Metode Kanguru (PMK) Posisi dan pelekatan menyusui yang benar Pemberian imunisasi Menjaga bayi agar sehat Hal-hal yang harus dihindari Mitos perawatan bayi Akta kelahiran

D. Pendekatan Pendidikan Kesehatan Berdasarkan Karakteristik Komunitas

Pendidikan kesehatan untuk ibu hamil harus mempertimbangkan karakteristik komunitas berdasarkan tempat tinggal. Setiap komunitas memiliki kebutuhan, nilai, norma, serta tantangan kesehatan yang berbeda-beda. Oleh karena itu, pendekatan pendidikan kesehatan harus disesuaikan dengan konteks sosial, budaya, ekonomi, dan geografis komunitas tersebut untuk mencapai hasil yang efektif dan berkelanjutan. Berikut adalah pendekatan pendidikan kesehatan pada ibu hamil berdasarkan karakteristik komunitas:

1. Pendekatan Berdasarkan Aspek Sosial dan Budaya

Setiap komunitas memiliki norma dan tradisi yang mempengaruhi cara pandang terhadap kesehatan, terutama dalam hal kehamilan dan persalinan. Pendekatan pendidikan kesehatan yang berbasis pada nilai-nilai sosial dan

budaya ini bertujuan untuk menyampaikan informasi dengan cara yang dapat diterima dan dipahami oleh masyarakat setempat.

a. Pendidikan Berbasis Tradisi dan Nilai Lokal

1) Menghormati Tradisi

Dalam komunitas tertentu, mungkin ada tradisi atau praktik seputar kehamilan dan persalinan yang sudah diwariskan turun-temurun, seperti tradisi melahirkan di rumah dan ditolong dukun (Afrianty Gobel et al., 2018). Pendekatan pendidikan kesehatan yang berbasis budaya akan mengupayakan integrasi pengetahuan kesehatan dengan tradisi ini, dengan cara yang tidak menghakimi, tetapi lebih ke arah memberikan alternatif yang lebih aman.

2) Penggunaan Bahasa dan Simbol Lokal

Menggunakan bahasa atau simbol yang mudah dipahami dan dekat dengan budaya setempat untuk mengomunikasikan informasi penting. Menggunakan bahasa daerah dalam komunikasi pendidikan kesehatan dapat membangun hubungan, kesetaraan, dan rasa saling menghormati. Bahasa, sebagai bagian integral dari budaya masyarakat, menciptakan suasana yang lebih hangat dan akrab. Dalam proses pendidikan kesehatan, penggunaan bahasa daerah membuat pasien/klien dan keluarganya lebih terbuka, sehingga terjalin kedekatan dan kekerabatan antara tenaga kesehatan dengan mereka (Anandita & Krianto, 2023).

b. Penghargaan terhadap Peran Keluarga

1) Menggandeng Peran Suami dan Keluarga

Dalam beberapa komunitas, peran suami atau anggota keluarga lainnya sangat penting dalam mendukung keputusan ibu hamil. Oleh karena itu, pendidikan kesehatan dapat melibatkan pendamping suami dalam sesi edukasi untuk memberikan pemahaman yang lebih luas tentang pentingnya perawatan antenatal dan dukungan selama proses persalinan (Marcelina et al., 2019; Morgan et al., 2022).

2) Penyuluhan kepada Tokoh Masyarakat

Dalam beberapa budaya, tokoh masyarakat atau kader kesehatan yang dihormati dapat menjadi jembatan untuk menyebarkan informasi kesehatan kepada ibu hamil dan keluarga mereka. Pendidikan kesehatan bisa dilakukan dengan melibatkan mereka sebagai agen perubahan dalam komunitas (Haldane et al., 2019; Mihiret et al., 2025).

2. Pendekatan Berdasarkan Aspek Ekonomi

Faktor ekonomi berperan besar dalam akses ibu hamil terhadap fasilitas kesehatan, gizi yang tepat, dan perawatan prenatal yang memadai. Pendekatan pendidikan kesehatan di komunitas dengan status ekonomi rendah perlu memperhatikan kendala-kendala ini.

a. Edukasi Tentang Akses Layanan Kesehatan

1) Penyuluhan tentang Layanan Kesehatan yang Tersedia

Menginformasikan ibu hamil mengenai akses layanan kesehatan gratis atau subsidi, seperti pemeriksaan kehamilan gratis di Puskesmas atau klinik-klinik terdekat, dan pentingnya memanfaatkan layanan ini untuk mencegah komplikasi (Pritami et al., 2023; Weraman, 2024).

2) Penggunaan Layanan Kesehatan Terjangkau

Menyediakan informasi tentang biaya persalinan yang terjangkau, opsi persalinan dengan jaminan sosial atau program kesehatan pemerintah yang dapat meringankan biaya (Pritami et al., 2023; Weraman, 2024).

b. Edukasi Gizi dengan Sumber Daya Lokal

1) Penggunaan Bahan Makanan Lokal

Memberikan edukasi mengenai pentingnya gizi seimbang selama kehamilan, dengan penekanan pada penggunaan bahan makanan lokal yang terjangkau dan mudah diakses oleh ibu hamil dalam komunitas tersebut, juga sebagai upaya pencegahan stunting, anemia, dan meningkatkan produksi ASI, seperti sayuran, buah-buahan lokal, ikan, atau bahan-bahan makanan yang kaya akan protein dan zat besi (Altahira et al., 2022; Hafizah et al., 2023; Ngura, 2022).

2) Pemahaman Tentang Suplemen Kesehatan

Bagi ibu hamil di komunitas dengan keterbatasan sumber daya, memberikan informasi tentang pentingnya suplementasi asam folat, zat besi, dan kalsium, dan jika perlu, memperkenalkan alternatif suplemen yang terjangkau atau yang dapat ditemukan secara alami di lingkungan sekitar (Pulungan et al., 2021; Rohmatika & Umarianti, 2017).

3. Pendekatan Berdasarkan Aspek Geografis

Keadaan geografis memengaruhi akses ibu hamil terhadap fasilitas kesehatan dan pengambilan keputusan mengenai perawatan kehamilan. Di daerah terpencil atau pedesaan, fasilitas kesehatan mungkin terbatas, dan banyak ibu hamil yang memilih untuk melahirkan di rumah atau tidak rutin memeriksakan kehamilan.

a. Pendidikan melalui Kunjungan Rumah atau Posyandu

1) Kunjungan Rumah (Home Visits)

Di daerah terpencil, pendampingan dengan mengunjungi ibu hamil di rumah (home visit) bisa menjadi pendekatan yang efektif. Tenaga kesehatan atau kader kesehatan dapat memberikan informasi langsung kepada ibu hamil dan keluarga tentang pentingnya perawatan antenatal, tanda-tanda bahaya kehamilan, serta langkah-langkah yang harus diambil (Novalis et al., 2024).

2) Pelayanan Kesehatan Terpadu (Posyandu)

Memanfaatkan posyandu atau kegiatan kesehatan komunitas lainnya untuk melakukan edukasi kesehatan pada ibu hamil, sehingga ibu hamil bisa mendapatkan pemeriksaan rutin, menerima informasi penting tentang kehamilan, serta berinteraksi dengan ibu hamil lainnya yang mengalami situasi serupa (Nurhidayah et al., 2019).

b. Pemanfaatan Teknologi untuk Komunikasi Jarak Jauh

1) Telemedisin dan Pusat Layanan Kesehatan Online

Di daerah yang lebih sulit dijangkau, telemedisin atau layanan kesehatan melalui telepon seluler atau aplikasi bisa menjadi solusi. Penyuluhan kesehatan dapat dilakukan melalui pesan teks, panggilan telepon, atau aplikasi komunikasi lainnya untuk memberikan informasi tentang kesehatan ibu hamil secara langsung dan mudah dijangkau (Hendayani & Setiowati, 2020).

2) Edukasi via Media Sosial

Penggunaan media sosial untuk menyebarkan informasi tentang kehamilan, persalinan, nifas, tanda-tanda komplikasi yang harus diwaspadai, dan lainnya (Leonita & Jalinus, 2018).

4. Pendekatan Berdasarkan Tingkat Pendidikan dan Literasi Kesehatan

Tingkat pendidikan ibu hamil berpengaruh pada cara mereka menerima dan memahami informasi kesehatan. Pada masyarakat dengan tingkat pendidikan rendah, pendekatan yang lebih sederhana dan visual mungkin diperlukan.

a. Penggunaan Metode Penyuluhan Sederhana dan Visual

1) Metode Penyuluhan Partisipatif

Menggunakan metode seperti demonstrasi dan diskusi kelompok untuk menjelaskan informasi kesehatan yang relevan dengan cara yang mudah dipahami, termasuk mengenalkan ibu hamil pada cara-cara merawat diri selama kehamilan dan melahirkan dengan aman (Ningrum et al., 2024).

2) Penyuluhan dengan Gambar dan Grafik

Menggunakan gambar, poster, atau video edukasi yang menggambarkan tanda-tanda bahaya kehamilan, teknik menyusui yang benar, dan cara-cara mengelola perawatan pasca-persalinan untuk ibu dengan tingkat literasi rendah (Ningrum et al., 2024).

b. Pelatihan Keterampilan Dasar

Memberikan pelatihan praktis yang mudah diterapkan oleh ibu hamil dan keluarga, seperti teknik pernapasan saat persalinan, gerakan senam hamil, teknik menyusui yang benar, atau perawatan bayi baru lahir. Hal ini tidak hanya memberikan pengetahuan, tetapi juga keterampilan praktis yang bermanfaat dalam kehidupan sehari-hari (Ningrum et al., 2024).

5. Pendekatan Berdasarkan Pengalaman Ibu Hamil (Primigravida vs Multigravida)

Pengalaman ibu hamil dalam menghadapi kehamilan dan persalinan juga memengaruhi cara pendidikan kesehatan disampaikan. Ibu hamil yang baru pertama kali hamil (primigravida) membutuhkan lebih banyak informasi dasar, sementara ibu yang sudah berpengalaman (multigravida) mungkin memerlukan informasi yang lebih spesifik atau lanjutan (Ayoub & Awed, 2018; Sabilia, 2019).

a. Pendekatan untuk Primigravida (Kehamilan Pertama)

1) Edukasi Komprehensif

Ibu hamil pertama kali memerlukan pemahaman dasar tentang kehamilan, persalinan, perawatan bayi, dan tanda-tanda bahaya. Pendidikan kesehatan harus menyeluruh dan terstruktur, dimulai dari pemeriksaan kehamilan rutin hingga persiapan persalinan.

2) Keterlibatan dalam Kelas Persalinan

Mengajak ibu hamil untuk berpartisipasi dalam kelas persalinan atau kelas senam hamil agar mereka dapat belajar tentang proses persalinan, perawatan pasca-persalinan, serta cara-cara menjaga kesehatan selama kehamilan.

b. Pendekatan untuk Multigravida (Kehamilan Kedua atau Lebih)

1) Penyuluhan Berdasarkan Pengalaman

Ibu yang sudah memiliki anak mungkin lebih tahu tentang kehamilan, namun tetap memerlukan informasi tentang perubahan dalam kehamilan berikutnya, perawatan anak yang lebih besar, atau komplikasi kehamilan yang mungkin terjadi.

2) Pendidikan yang Lebih Terfokus

Ibu hamil dengan lebih dari satu anak mungkin memerlukan pendidikan yang lebih fokus pada komplikasi risiko tinggi atau persiapan menghadapi kelahiran dengan anak lebih dari satu.

E. Praktik Ritual Adat Istiadat Terkait Kehamilan pada Beberapa Suku di Indonesia

Beberapa praktik ritual adat istiadat terkait kehamilan pada beberapa suku di Indoensia dianggap sebagai mitos belaka tetapi ada juga yang menjadikannya sebagai upacara adat yang percaya atau tidak percaya tetap dilakukan. Beberapa tradisi kehamilan yang masih sering dilakukan di Indonesia yaitu (Muhammad Syarifudin, 2022):

1. Upacara Tingkeban di Jawa

Tradisi tingkeban dalam kehamilan merupakan budaya suku Jawa yang dilakukan saat usia kehamilan memasuki tujuh bulan. Upacara ini sarat dengan simbol angka tujuh, seperti penggunaan tujuh tumpeng, prosesi memandikan ibu hamil dengan tujuh guyuran, dan kehadiran tujuh pendamping. Bagi masyarakat Jawa, angka tujuh memiliki makna khusus dan sering dianggap sebagai simbol keberuntungan.

2. Mimbit Arep pada Suku Dayak

Masyarakat Dayak memiliki beberapa ritual yang mendampingi perjalanan kehamilan seorang wanita, salah satunya adalah mimbit arep, yang memiliki keunikan tersendiri. Dalam ritual ini, ibu hamil mengenakan tali khusus di pinggang yang disebut paling pangereng. Selain itu, sejak bulan pertama kehamilan, perempuan Dayak dilarang melakukan pekerjaan berat untuk memastikan keselamatan janin dalam kandungannya.

3. Mappanre to-mangideng pada Suku Bugis

Suku Bugis memiliki tradisi kehamilan yang unik. Saat usia kehamilan memasuki satu bulan, ibu hamil dan keluarganya melaksanakan ritual mappanre to-mangideng, yang berarti memberikan makanan sehat kepada ibu hamil, termasuk makanan favoritnya. Tujuan dari ritual ini adalah untuk menyenangkan ibu hamil, sehingga perjalanan kehamilan menuju bulan-bulan berikutnya menjadi lebih lancar tanpa muncul keinginan mengidam yang sulit atau kurang menyehatkan. Oleh karena itu, pada bulan pertama kehamilan, ibu hamil langsung diberikan makanan yang disukainya.

4. Mangirdak pada Suku Batak

Seperti tradisi tingkeban pada suku Jawa, suku Batak juga memiliki tradisi tujuh bulanan yang dikenal sebagai mangirdak. Prosesi ini biasanya dilakukan di rumah keluarga pihak perempuan, di mana ibu dari perempuan hamil memasak makanan favorit anaknya, dengan ikan mas arsik sebagai hidangan wajib dalam acara tersebut. Selama prosesi, sang ibu menuapai anaknya sambil mendoakan kebaikan dan kelancaran untuk kehamilannya. Tradisi ini juga melibatkan

keluarga besar, di mana para orang tua memberikan nasihat kepada ibu hamil tentang cara merawat kehamilannya serta mendoakan keselamatan ibu dan bayi saat persalinan.

5. Tradisi Mengirimkan Makanan pada Suku Aceh

Setiap daerah memiliki adat dan tradisi kehamilan yang berbeda. Pada suku Aceh, tradisi kehamilan dimulai saat usia kandungan memasuki lima bulan, di mana keluarga dari pihak istri mengirimkan makanan dan kue-kue manis kepada keluarga suami. Sebagai balasan, keluarga suami juga mengirimkan lauk-pauk kepada keluarga istri. Tradisi ini dilanjutkan pada bulan ketujuh kehamilan, ketika kedua keluarga berkumpul bersama ibu hamil dan pasangannya untuk mengadakan acara makan bersama.

F. Evaluasi Keberhasilan Pendidikan Kesehatan

Evaluasi keberhasilan pendidikan kesehatan sangat penting untuk mengetahui sejauh mana program tersebut telah mencapai tujuan yang diinginkan, serta untuk menilai dampaknya terhadap perubahan perilaku, pengetahuan, dan kesehatan ibu hamil dalam komunitas tertentu. Evaluasi yang baik akan memberikan gambaran tentang keberhasilan program, kekurangan yang perlu diperbaiki, dan strategi yang dapat diterapkan untuk meningkatkan efektivitas program di masa depan (Israel et al., 1995; Kadfi et al., 2023). Beberapa langkah dan indikator yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keberhasilan pendidikan kesehatan pada komunitas tertentu yaitu:

Tabel 7.3 Langkah dan Indikator yang Dapat digunakan Untuk Mengevaluasi Keberhasilan Pendidikan

Aspek Evaluasi	Indikator	Metode Evaluasi
Tujuan dan Sasaran Program		
a. Pengetahuan	Peningkatan pengetahuan ibu hamil tentang perawatan kehamilan, tanda bahaya, dan pemeriksaan kehamilan, dan lainnya.	Survei pretest dan posttest, wawancara atau kuesioner untuk mengevaluasi pemahaman.
b. Perubahan Sikap	Perubahan sikap ibu hamil terhadap pemeriksaan rutin, gizi seimbang, dan persalinan di fasilitas kesehatan.	Survei atau wawancara untuk mengetahui sikap sebelum dan sesudah program.

c. Perubahan Perilaku	Peningkatan frekuensi pemeriksaan antenatal, perubahan pola makan, dan kepatuhan terhadap suplemen gizi.	Observasi langsung atau survei terkait perubahan perilaku.
Indikator Kesehatan		
a. Kesehatan Ibu Hamil	Penurunan komplikasi kehamilan, angka kematian ibu, dan peningkatan pemeriksaan antenatal lengkap.	Data rekam medis Puskesmas atau Rumah Sakit dan analisis angka komplikasi dan kematian ibu di komunitas.
b. Kesehatan Bayi	Penurunan angka kematian bayi, peningkatan target capaian imunisasi lengkap, dan berat badan bayi baru lahir normal.	Data statistik kesehatan bayi (BBLR, imunisasi, angka kematian neonatal).
Partisipasi dan Aksesibilitas		
a. Partisipasi	Jumlah ibu hamil yang mengikuti sesi pendidikan kesehatan.	Pencatatan kehadiran dan survei keterlibatan ibu hamil dalam kegiatan edukasi kesehatan.
b. Aksesibilitas	Akses ibu hamil terhadap informasi kesehatan.	Survei atau wawancara terkait kemudahan akses informasi dan efektivitas media komunikasi (kunjungan rumah, grup WhatsApp, telepon seluler, siaran radio, materi cetak, media sosial, dan lainnya).
Keberlanjutan Program		
a. Keberlanjutan	Tersedianya sumber daya manusia terlatih dan dukungan pemerintah atau masyarakat untuk melanjutkan program.	Evaluasi pelatihan kader kesehatan, dukungan pemerintah/masyarakat, dan rencana keberlanjutan (pendanaan atau sumber daya)
Umpaman Balik Masyarakat		
a. Kepuasan Masyarakat	Kepuasan ibu hamil terhadap kualitas materi, cara penyampaian, dan relevansi program.	Survei kepuasan atau wawancara untuk mengetahui pandangan ibu hamil tentang program

		(kepercayaan diri, pemberdayaan, dan manfaat informasi).
--	--	--

G. Simpulan

Pendidikan kesehatan untuk ibu hamil di komunitas tertentu memiliki peran yang sangat penting dalam meningkatkan kesadaran, pengetahuan, dan perilaku kesehatan ibu selama kehamilan, serta dalam menurunkan risiko komplikasi dan kematian ibu dan bayi. Namun, keberhasilan program pendidikan kesehatan ini sangat bergantung pada pemahaman yang mendalam tentang karakteristik komunitas yang menjadi sasaran, termasuk faktor sosial, budaya, ekonomi, dan geografis yang memengaruhi cara atau metode edukasi yang disampaikan dan diterima. Tenaga kesehatan perlu mengidentifikasi karakteristik komunitas sasaran sebelum memberikan pendidikan kesehatan agar tujuan edukasi tercapai.

H. Referensi

- Afrianty Gobel, F., Muhammad Multazam, A., Asrina, A., Andayanie, E., & Fakultas Kesehatan, D. (2018). Aspek Sosial Budaya dalam Pemilihan Pertolongan Persalinan Pada Suku Bajo Pomalaa Sulawesi Tenggara. In *Sinergitas Multidisiplin Ilmu Pengetahuan dan Teknologi* (Vol. 1).
- Agus, Y., Horiuchi, S., & Porter, S. E. (2012). Rural Indonesia women's traditional beliefs about antenatal care. *BMC Research Notes*, 5(1), 589. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-589>
- Altahira, S., Alam, H. S., Sudirman, P., & Sapril, S. (2022). Edukasi Manfaat Buah Pepaya Lokal pada Ibu Hamil dalam Meningkatkan Kuantitas ASI. *Jurnal Mandala Pengabdian Masyarakat*, 3(2), 181–186.
- Anandita, Y., & Krianto, T. (2023). Penggunaan bahasa daerah dalam komunikasi pendampingan pengobatan pasien tuberkulosis resistan obat. *Hearty*, 11(1), 5–11.
- Ayoub, G. G., & Awed, H. A. (2018). Comparative Study between Primigravida and Multigravida Regarding Women's Self-Care Practices for Management of Selected Minor Discomforts. *Madridge Journal of Case Reports and Studies*, 2(1), 41–49. <https://doi.org/10.18689/mjcrs-1000111>
- Da Silva Lima, V. K., Silva Esteves de Hollanda, G., Morais de Oliveira, B. M., Gomes de Oliveira, I., Vieira Freitas dos Santos, L., & De Lima Carvalho, C. M. (2019). Health education for pregnant women: the search for maternal empowerment over the puerperal-pregnancy cycle / Educação em saúde para gestantes: a busca pelo empoderamento materno no ciclo

- gravídico-puerperal. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 11(4), 968–975. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.968-975>
- Hafizah, H., Yuliawati, E., Astuti, S. A. P., & Putri, C. Y. N. (2023). Penyuluhan Pemanfaatan Pangan Lokal Untuk Mencegah Anemia Pada Ibu Hamil. *Jurnal Altifani Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat*, 3(4), 603–609.
- Haldane, V., Chuah, F. L. H., Srivastava, A., Singh, S. R., Koh, G. C. H., Seng, C. K., & Legido-Quigley, H. (2019). Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PLOS ONE*, 14(5), e0216112. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216112>
- Hendayani, S. N. E., & Setiowati, T. (2020). Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil, Menyusui, dan Akseptor KB Melalui Telehealth dengan Model On-line Video Consultation. *Journal Pengabdian Masyarakat Kesehatan*, 1(1), 28–31.
- Herval, Á. M., Oliveira, D. P. D., Gomes, V. E., & Vargas, A. M. D. (2019). Health education strategies targeting maternal and child health. *Medicine*, 98(26), e16174. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000016174>
- Israel, B. A., Cummings, K. M., Dignan, M. B., Heaney, C. A., Perales, D. P., Simons-Morton, B. G., & Zimmerman, M. A. (1995). Evaluation of Health Education Programs: Current Assessment and Future Directions. *Health Education Quarterly*, 22(3), 364–389. <http://www.jstor.org/stable/45049625>
- Kadfi, C. M., Majid Binfas, M. A., Juska, A., & Akbar, S. (2023). Evaluasi Program Pendidikan Kesehatan Ibu Bersalin di Polindes Desa Doridungga Provinsi Nusa Tenggara Barat. *Jurnal Ilmiah Multidisiplin*, 1(6). <https://doi.org/10.5281/zenodo.8163753>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Pedoman Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil*.
- Leonita, E., & Jalinus, N. (2018). Peran media sosial dalam upaya promosi kesehatan: Tinjauan literatur. *INVOTEK: Jurnal Inovasi Vokasional Dan Teknologi*, 18(2), 25–34.
- Marcelina, S. T., Budi Prasetyo, B., & Soedirham, O. (2019). Husband's Role Related To Wife's Antenatal Care. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 10(12), 1986–1989.
- Mihiret, G. T., Meselu, B. T., Wondmu, K. S., Getaneh, T., & Moges, N. A. (2025). Health-promoting lifestyle behaviors and their associated factors among pregnant women in Debre Markos, northwest Ethiopia: a cross-sectional study. *Frontiers in Global Women's Health*, 5. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2024.1468725>

- Mitic, Wayne., Ben Abdelaziz, Faten., & Madi, Haifa. (2012). *Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies*. World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean.
- Morgan, A. K., Awafo, B. A., Quartey, T., & Cobbold, J. (2022). Husbands' involvement in antenatal-related care in the Bosomtwe District of Ghana: inquiry into the facilitators and barriers. *Reproductive Health*, 19(1), 216. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01506-7>
- Muhamad Syarifudin. (2022, October 5). *Tradisi Wanita Hamil di Indonesia*. <https://ners.unair.ac.id/site/liputankhusus/read/2686/tradisi-wanita-hamil-di-indonesia>
- Musie, M. R., Anokwuru, R. A., Ngunyulu, R. N., & Lukhele, S. (2022). African indigenous beliefs and practices during pregnancy, birth and after birth. In *Working with indigenous knowledge: Strategies for health professionals* (pp. 85–106). AOSIS Books. <https://doi.org/10.4102/aosis.2022.BK296.06>
- Nawabi, F., Krebs, F., Venedey, V., Shukri, A., Lorenz, L., & Stock, S. (2021). Health Literacy in Pregnant Women: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3847. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073847>
- Ngura, E. T. (2022). Upaya Pencegahan Stunting melalui Pemanfaatan Pangan Lokal Ubi untuk Meningkatkan Asupan Gizi Ibu Hamil. *Indonesian Journal of Early Childhood: Jurnal Dunia Anak Usia Dini*, 4(1), 292. <https://doi.org/10.35473/ijec.v4i1.1318>
- Ningrum, E. W., Lusmilasari, L., Huriyati, E., Marthias, T., & Hasanbasri, M. (2024). Improving maternal health literacy among low-income pregnant women: A systematic review. *Narra J*, 4(2), e886. <https://doi.org/10.52225/narra.v4i2.886>
- Novalis, R., Hidayah, N., & Nurjannah, N. (2024). P Patwal Risti Preeklamsia Melalui Home Visit Di Desa Halong UPTD Puskesmas Rawat Inap Halong. *Prosiding Seminar Nasional Masyarakat Tangguh*, 3(1), 322–330.
- Nurhidayah, I., Hidayati, N. O., & Nuraeni, A. (2019). Revitalisasi posyandu melalui pemberdayaan kader kesehatan. *Media Karya Kesehatan*, 2(2), 145–157.
- Pritami, R. F., Al Rajab, M., Andilah, S., Harun, M. F., Kurniawan, F., Kurniawati, F., Munsir, N., Tawakkal, T., Andriani, A., & Lisnawati, L. (2023). Edukasi Penggunaan Layanan BPJS Kesehatan bagi Masyarakat Di Kecamatan Lakara Palangga Selatan Kabupaten Konawe Selatan Provinsi Sulawesi Tenggara. *BARAKTI: Journal of Community Service*, 1(2), 44–52.
- Pulungan, Z. S. A., Ahmady, A., & Purnomo, E. (2021). Kurma Sebagai Alternatif untuk Meningkatkan Kadar Hemoglobin Ibu Hamil dengan Anemia. *Jurnal*

Penelitian Kesehatan" SUARA FORIKES"(Journal of Health Research" Forikes Voice"), 12(3), 337–340.

- Rachmayanti, R. D., Diana, R., Anwar, F., Khomsan, A., Riyadi, H., Christianti, D. F., Kusuma, R., Siswantara, P., Muthmainnah, M., Bayumi, F. Q. A., & Riswari, A. A. (2023). Culture, traditional beliefs and practices during pregnancy among the Madurese tribe in Indonesia. *British Journal of Midwifery*, 31(3), 148–156. <https://doi.org/10.12968/bjom.2023.31.3.148>
- Rasheed, P., & Al-Sowilem, L. S. (2003). Health education needs for pregnancy: a study among women attending primary health centers. *Journal of Family & Community Medicine*, 10(1), 31–38.
- Rohmatika, D., & Umarianti, T. (2017). Efektifitas Pemberian Ekstrak Bayam Terhadap Peningkatan Kadar Hemoglobin Pada Ibu Hamil Dengan Anemia Ringan. *Jurnal Kebidanan*, 165–174.
- Sabila, I. (2019). *Analisis Perbedaan Cara Edukasi Ibu Kasus Abortus Spontan pada Primigravida dan Multigravida*.
- Weraman, P. (2024). Pengaruh akses terhadap pelayanan kesehatan primer terhadap tingkat kesehatan dan kesejahteraan masyarakat pedesaan. *Jurnal Review Pendidikan Dan Pengajaran (JRPP)*, 7(3), 9142–9148.
- Yazachew, M., & Alem, Y. (2004). *Introduction to Health Education*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:74294241>
- Yosef, T., & Tesfaye, M. (2021). Pregnancy danger signs: Knowledge and health-seeking behavior among reproductive age women in southwest Ethiopia. *Women's Health*, 17. <https://doi.org/10.1177/17455065211063295>
- Yunitasari, E., Matos, F., Zulkarnain, H., Kumalasari, D. I., Kusumaningrum, T., Putri, T. E., Yusuf, Ah., & Astuti, N. P. (2023). Pregnant woman awareness of obstetric danger signs in developing country: systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 357. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05674-7>

I. Glosarium

AIDS = Acquired Immune Deficiency Syndrome

ASI = Air Susu Ibu

HIV = Human Immunodeficiency Virus

IMS = Infeksi Menular Seksual

KEK = Kekurangan Energi Kronis

PMK = Perawatan Metode Kanguru

WHO = World Health Organization

CHAPTER 7

PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT MENULAR DI KOMUNITAS

Tatarini Ika Pipitcahyani, SST., M.Kes.

A. Pendahuluan/Prolog

Meningkatnya jumlah kasus penyakit menular masih merupakan masalah utama kesehatan masyarakat di Indonesia. Menurut data Profil Kesehatan tahun 2009 sampai tahun 2014, ada beberapa penyakit menular yang menjadi masalah utama di Indonesia diantaranya diare, malaria, demam berdarah dengue, influenza, tifus abdominalis, dan penyakit saluran pencernaan. Kondisi ini diperparah dengan masih rendahnya pemahaman masyarakat terhadap penyakit menular. Akibatnya sebagaimana tercantum dalam hasil Riskesdas 2013, adanya kecenderungan terjadi peningkatan period prevalence pneumonia pada semua umur dari 2,1 persen pada tahun 2007 menjadi 2,7 persen di tahun 2013.

Pada awal tahun 2016, Indonesia kembali dihadapkan pada kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) yang terus meningkat. Pada kurun waktu tiga minggu di bulan Januari sudah mencapai 1.669 orang positif terinfeksi DBD dengan 22 orang diantaranya meninggal dunia (5 orang dari Banten, 3 orang dari Jawa Timur, 3 orang dari Kalimantan Tengah, 3 orang dari Kalimantan Selatan, 2 orang dari Maluku, 2 orang dari Sulawesi Selatan, 1 orang dari Kalimantan Timur, 1 orang dari Jawa Barat, 1 orang dari Yogyakarta, dan 1 orang dari Gorontalo). Bahkan pada tanggal 26 Januari 2016, Menteri Kesehatan (Menkes) telah menetapkan tujuh daerah di Indonesia berstatuskan KLB DBD (kejadian luar biasa kasus DBD).

Nusa Tenggara Timur (NTT) merupakan salah satu dari lima provinsi yang jumlah kasus penyakit menularnya tinggi dengan kondisi sosial ekonominya masih rendah. Menurut Gubernur NTT yang disampaikan pada Rapat Koordinasi Perguruan Tinggi Swasta Tingkat Provinsi Nusa Tenggara Timur tahun 2015, pada tahun 2014 terdapat 99.188.000 penduduk miskin dengan perincian 10.570.000 penduduk di daerah Kota dan sebanyak 88.618.000 penduduk di desa. Terdapat permasalahan ekonomi, sosial, budaya di penduduk yang termasuk dalam kategori persoalan yang mendasar yaitu kesehatan. Berdasarkan hasil Sosialisasi Program kepada mitra potensial tingkat provinsi NTT yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi NTT (16-17/09/2015), selain masih tingginya jumlah kasus penyakit menular ditemukan juga berbagai persoalan kesehatan yang belum mencapai MDGs

(Millenium Development Goals) dan perlu kerja keras, antara lain: Umur harapan hidup, persentase ibu bersalin yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih (cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan, Prevalensi pengidap HIV (persentase penduduk 15 tahun ke atas yang memiliki pengetahuan HIV dan AIDS), dan persentase penduduk yang memiliki jaminan kesehatan. Penyakit menular yang sering diderita oleh masyarakat NTT antara lain: Malaria, TBC, ISPA/ Pneumonia, Diare, DHF, HIV / AIDS, Rabies, Filaria. Secara Epidemiologi kejadian penyakit merupakan hasil hubungan interaktif antara manusia dan perilakunya serta komponen lingkungan yang memiliki potensi penyakit.

Secara teori, penyakit menular dapat menimbulkan kesakitan, kematian, dan kecacatan yang tinggi sehingga perlu dilakukan penyelenggaraan penanggulangan melalui upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan yang efektif dan efisien. Hal ini telah diatur pula dalam Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan Pasal 152 yang intinya berbunyi bahwa Pemerintah, Pemerintah Daerah dan Masyarakat bertanggung jawab melakukan upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular serta akibat yang ditimbulkannya melalui kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif bagi individu atau masyarakat untuk melindungi masyarakat dari tertularnya penyakit, menurunkan jumlah yang sakit, cacat dan/atau meninggal dunia, serta untuk mengurangi dampak sosial dan ekonomi. Terkait pemberantasan dan pengendalian penyakit menular, PerMenKes Nomor 82 Tahun 2014 tentang Pengendalian Penyakit Menular Pasal 5 telah menyatakan yang intinya berbunyi Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan masyarakat bertanggung jawab menyelenggarakan pengendalian penyakit menular yang dilaksanakan melalui upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan di Puskesmas.

Puskesmas merupakan ujung tombak dalam penanggulangan penyakit menular di masyarakat. Karena puskesmas merupakan sarana pelayanan kesehatan dasar yang paling dekat dengan masyarakat. Puskesmas sebagai penyelenggara Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) maupun Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) di tingkat pertama pelayanan kesehatan dan merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan sebagian tugas pembangunan kesehatan di Kabupaten/Kota. Upaya kesehatan puskesmas meliputi upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan. Dengan adanya Puskesmas sebagai upaya kesehatan masyarakat yang terdiri dari upaya wajib dan upaya pengembangan, diharapkan pemberian pelayanan kesehatannya dapat mencegah dan memberantas penyakit menular melalui upaya wajibnya yaitu Program Pemberantasan dan Pengendalian Penyakit Menular (P2M).

B. Definisi Penyakit Menular

Penyakit menular adalah penyakit yang disebabkan oleh patogen seperti bakteri, virus, jamur, atau parasit yang dapat ditularkan dari satu individu ke individu lain atau melalui lingkungan. Penyakit ini dapat menyebar dengan berbagai cara, seperti melalui kontak langsung (sentuhan atau cairan tubuh), kontak tidak langsung (melalui permukaan atau benda yang terkontaminasi), serta melalui udara, makanan, air, dan vektor seperti nyamuk. Penyakit menular menjadi salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas di seluruh dunia, terutama di negara berkembang, termasuk Indonesia (Kemenkes, 2020).

Di Indonesia, penyakit menular telah menjadi tantangan kesehatan masyarakat yang serius. Data dari Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa beberapa penyakit menular, seperti tuberkulosis (TBC), demam berdarah, malaria, dan HIV/AIDS, masih menjadi masalah utama dalam layanan kesehatan (Kemenkes, 2020). TBC, misalnya, disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* dan dapat menyebar melalui udara ketika penderita batuk atau bersin. Penyakit ini memiliki prevalensi tinggi, dengan Indonesia menjadi salah satu dari tiga negara dengan beban TBC tertinggi di dunia (WHO, 2021).

Dalam beberapa tahun terakhir, penyebaran penyakit menular juga dipengaruhi oleh perubahan iklim, urbanisasi, dan peningkatan mobilitas penduduk. Kondisi ini dapat menciptakan lingkungan yang mendukung penyebaran patogen lebih luas dan lebih cepat. Selain itu, faktor perilaku, seperti kebiasaan mencuci tangan yang tidak konsisten dan kurangnya kesadaran tentang pentingnya vaksinasi, juga berperan dalam meningkatkan risiko penularan penyakit (Aisyah et al., 2021).

Penyakit menular yang disebabkan oleh virus, seperti influenza, COVID-19, dan demam berdarah dengue, juga menjadi tantangan besar bagi kesehatan masyarakat di Indonesia. COVID-19, misalnya, telah menyebabkan dampak signifikan terhadap kesehatan dan ekonomi global, termasuk Indonesia. Penyakit ini menyebar dengan cepat melalui droplet pernapasan, dan berbagai upaya, termasuk vaksinasi massal, telah dilakukan untuk menekan penyebarannya (Sari et al., 2021).

Pencegahan dan pengendalian penyakit menular memerlukan pendekatan multidisiplin yang melibatkan kesehatan masyarakat, edukasi, peningkatan infrastruktur kesehatan, serta kebijakan yang mendukung. Upaya pencegahan, seperti imunisasi, perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), serta pengendalian vektor, merupakan komponen kunci dalam mengurangi risiko penularan penyakit menular di masyarakat (Rahmawati & Suryani, 2021).

C. Jenis-jenis Penyakit Menular

1. Penyakit Menular yang Disebabkan Virus

Virus adalah agen infeksius yang hanya dapat bereproduksi di dalam sel inangnya. Beberapa penyakit menular yang disebabkan oleh virus meliputi:

- a. *Influenza*: Virus influenza menyebar melalui udara dan kontak langsung dengan orang yang terinfeksi. Gejala utamanya meliputi demam, batuk, nyeri otot, dan sakit kepala.
- b. *COVID-19*: Penyakit yang disebabkan oleh virus SARS-CoV-2 ini pertama kali ditemukan pada akhir tahun 2019. COVID-19 menyebar melalui droplet pernapasan dan dapat menyebabkan gejala seperti demam, batuk, sesak napas, serta gangguan pernapasan yang berat.
- c. *HIV/AIDS*: Human Immunodeficiency Virus (HIV) menyerang sistem kekebalan tubuh, menyebabkan penurunan kemampuan tubuh untuk melawan infeksi. Penyakit ini ditularkan melalui kontak dengan darah, cairan tubuh, atau melalui hubungan seksual.

2. Penyakit Menular yang Disebabkan Bakteri

Bakteri adalah mikroorganisme yang dapat menyebabkan berbagai penyakit. Beberapa contohnya antara lain:

- a. *Tuberkulosis (TBC)*: Penyakit ini disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* yang menyerang paru-paru. Penularannya terjadi melalui udara saat penderita batuk atau bersin.
- b. *Kolera*: Penyakit diare akut yang disebabkan oleh bakteri *Vibrio cholerae*, yang umumnya menyebar melalui air dan makanan yang terkontaminasi.
- c. *Demam Tifoid (Tipos)*: Penyakit ini disebabkan oleh bakteri *Salmonella typhi*, dan ditularkan melalui konsumsi makanan atau air yang terkontaminasi.

3. Penyakit Menular yang Disebabkan Parasit

Parasit adalah organisme yang hidup dan berkembang di dalam tubuh inangnya. Beberapa penyakit menular yang disebabkan oleh parasit meliputi:

- a. *Malaria*: Penyakit ini disebabkan oleh parasit *Plasmodium* yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Anopheles* betina. Malaria menyebabkan demam berulang, menggigil, dan nyeri tubuh.
- b. *Amoebiasis*: Penyakit ini disebabkan oleh parasit *Entamoeba histolytica*, yang menginfeksi usus dan menyebabkan diare berdarah. Penularannya melalui makanan atau air yang terkontaminasi.

4. Penyakit Menular yang Disebabkan Jamur

Jamur juga dapat menyebabkan penyakit menular pada manusia, terutama pada individu dengan sistem kekebalan yang lemah. Contohnya termasuk:

- a. Candidiasis: Infeksi jamur Candida, yang umumnya mempengaruhi mulut, tenggorokan, atau area genital.
- b. Aspergilosis: Penyakit ini disebabkan oleh jamur Aspergillus, yang dapat menginfeksi paru-paru, terutama pada orang dengan sistem kekebalan tubuh yang rendah.

D. Mekanisme Penularan Penyakit Menular

Mekanisme penularan penyakit menular merujuk pada cara-cara bagaimana patogen dapat berpindah dari satu individu atau lingkungan ke individu lain, sehingga menyebabkan infeksi. Memahami mekanisme penularan ini sangat penting untuk mengembangkan strategi pencegahan dan pengendalian penyakit. Secara umum, penularan penyakit menular dapat terjadi melalui berbagai cara, seperti penularan melalui udara, kontak langsung dan tidak langsung, makanan dan air, serta melalui vektor (Kemenkes, 2020).

1. Penularan Melalui Udara

Penularan melalui udara terjadi ketika patogen menyebar melalui droplet atau partikel aerosol yang dihasilkan oleh orang yang terinfeksi saat mereka batuk, bersin, berbicara, atau bernapas. Penyakit seperti tuberkulosis (TBC), influenza, dan COVID-19 adalah contoh penyakit yang dapat menyebar melalui udara. Dalam ruangan yang berventilasi buruk, risiko penularan penyakit ini meningkat karena konsentrasi patogen dalam udara cenderung lebih tinggi (Susanto et al., 2021). Oleh karena itu, menjaga ventilasi yang baik di dalam ruangan dan menggunakan masker merupakan upaya penting untuk mengurangi risiko penularan.

2. Kontak Langsung dan Tidak Langsung

Kontak langsung melibatkan transfer patogen dari orang yang terinfeksi ke orang lain melalui sentuhan fisik, seperti berjabat tangan atau berciuman. Contohnya adalah penularan herpes simpleks dan COVID-19. Selain itu, kontak tidak langsung terjadi ketika seseorang menyentuh permukaan atau benda yang terkontaminasi patogen, seperti gagang pintu, meja, atau barang pribadi lainnya, kemudian menyentuh wajah, terutama mata, hidung, atau mulut. Penyakit seperti tipes dan flu biasa seringkali menyebar melalui mekanisme ini (Wibowo & Amalia, 2020).

3. Penularan Melalui Makanan dan Air

Penularan melalui makanan dan air disebabkan oleh konsumsi bahan yang terkontaminasi oleh patogen, seperti bakteri, virus, atau parasit. Kolera, tipes, dan hepatitis A adalah contoh penyakit yang ditularkan melalui makanan dan air yang tidak higienis. Kontaminasi biasanya terjadi akibat praktik sanitasi yang buruk,

seperti penggunaan air yang terkontaminasi untuk memasak atau kurangnya kebersihan dalam proses pengolahan makanan (Rahmawati et al., 2021). Oleh karena itu, memastikan kebersihan air dan makanan yang dikonsumsi merupakan langkah penting dalam mencegah penularan penyakit.

4. Penularan Melalui Vektor

Vektor adalah organisme, seperti nyamuk atau kutu, yang membawa dan mentransmisikan patogen kepada manusia. Penularan melalui vektor terjadi ketika vektor, seperti nyamuk Aedes aegypti yang membawa virus dengue, menggigit manusia, dan menyebabkan demam berdarah dengue (DBD). Selain DBD, malaria juga ditularkan melalui gigitan nyamuk Anopheles yang membawa parasit Plasmodium. Pengendalian vektor melalui penggunaan insektisida, pengeringan tempat penampungan air, dan penggunaan kelambu adalah beberapa metode yang efektif untuk mencegah penyakit yang ditularkan oleh vektor (Putra et al., 2020).

5. Penularan Vertikal

Penularan vertikal adalah penularan dari ibu ke anak selama kehamilan, persalinan, atau menyusui. Beberapa penyakit menular, seperti HIV/AIDS dan hepatitis B, dapat ditularkan melalui mekanisme ini. Oleh karena itu, penting bagi ibu hamil yang terinfeksi untuk mendapatkan perawatan yang tepat agar mengurangi risiko penularan kepada bayi yang dilahirkan (Aisyah & Widodo, 2021).

Memahami mekanisme penularan ini memberikan wawasan penting dalam upaya pencegahan dan pengendalian penyakit menular. Upaya seperti menjaga kebersihan, melakukan imunisasi, meningkatkan kesadaran masyarakat, dan menerapkan protokol kesehatan seperti penggunaan masker dan pembatasan sosial dapat mengurangi risiko penularan berbagai jenis penyakit menular di masyarakat (Kemenkes, 2020).

E. Pencegahan Penyakit Menular

Pencegahan penyakit menular melibatkan berbagai strategi untuk mengurangi risiko infeksi dan penyebaran penyakit di masyarakat. Berikut adalah beberapa langkah pencegahan yang efektif:

1. Imunisasi dan Vaksinasi

Imunisasi adalah salah satu metode paling efektif untuk mencegah berbagai penyakit menular. Vaksin merangsang sistem kekebalan tubuh untuk membentuk kekebalan terhadap patogen tertentu tanpa menyebabkan penyakit itu sendiri. Beberapa penyakit yang dapat dicegah dengan vaksin antara lain:

- a. Polio: Vaksin polio diberikan untuk mencegah penyakit polio yang dapat menyebabkan kelumpuhan.
- b. COVID-19: Vaksinasi COVID-19 telah memainkan peran penting dalam mengurangi penyebaran dan keparahan penyakit.
- c. Hepatitis B: Vaksin hepatitis B mencegah infeksi virus yang dapat menyebabkan kerusakan hati.

2. Higienitas dan Sanitasi

Menjaga kebersihan diri dan lingkungan sangat penting dalam mencegah penyakit menular:

- a. Mencuci Tangan: Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir secara rutin dapat mencegah penyebaran bakteri dan virus yang menempel pada tangan.
- b. Kebersihan Makanan dan Air: Memastikan makanan dan air yang dikonsumsi bersih dan bebas dari kontaminasi dapat mengurangi risiko penyakit seperti kolera dan tifus.
- c. Pengelolaan Limbah: Membuang sampah dan limbah dengan benar dapat mencegah penyebaran penyakit melalui lalat, nyamuk, dan tikus.

3. Penggunaan Alat Pelindung

Penggunaan alat pelindung seperti masker dan sarung tangan dapat mengurangi risiko infeksi, terutama di situasi yang berisiko tinggi:

- a. Masker: Menggunakan masker saat berada di tempat umum atau berinteraksi dengan orang sakit dapat mengurangi risiko penularan melalui droplet.
- b. Sarung Tangan: Penggunaan sarung tangan oleh tenaga medis atau dalam kondisi tertentu dapat mengurangi risiko penyebaran patogen melalui kontak.

4. Pengendalian Vektor

Pengendalian vektor penting dalam mencegah penyakit yang disebabkan oleh gigitan serangga:

- a. Nyamuk: Menggunakan kelambu, insektisida, dan membersihkan tempat penampungan air dapat mengurangi populasi nyamuk penyebar malaria dan demam berdarah.
- b. Pencegahan Gigitan Serangga: Menggunakan pakaian yang menutupi kulit dan lotion anti-serangga dapat melindungi diri dari gigitan.

5. Pembatasan Sosial dan Karantina

Saat terjadi wabah, pembatasan sosial dan karantina adalah langkah penting untuk mencegah penyebaran penyakit:

- a. Karantina: Mengisolasi individu yang terinfeksi dapat mencegah penularan ke orang lain.
- b. Pembatasan Pergerakan: Pembatasan perjalanan dan pertemuan massal dapat mengurangi penyebaran penyakit selama pandemi.

6. Edukasi dan Kesadaran Masyarakat

Penyuluhan tentang pentingnya pencegahan penyakit menular dan cara menjaga kesehatan dapat meningkatkan kesadaran masyarakat dalam menghindari risiko infeksi. Edukasi mengenai gejala penyakit dan kapan harus mencari perawatan medis juga membantu mencegah penyebaran lebih lanjut

F. Simpulan

Penyakit menular adalah penyakit yang disebabkan oleh patogen seperti bakteri, virus, jamur, atau parasit yang dapat ditularkan dari satu individu ke individu lain atau melalui lingkungan. Penyakit ini dapat menyebar dengan berbagai cara, seperti melalui kontak langsung (sentuhan atau cairan tubuh), kontak tidak langsung (melalui permukaan atau benda yang terkontaminasi), serta melalui udara, makanan, air, dan vektor seperti nyamuk. Penyakit menular yang disebabkan oleh virus, seperti influenza, COVID-19, dan demam berdarah dengue, juga menjadi tantangan besar bagi kesehatan masyarakat di Indonesia. COVID-19, misalnya, telah menyebabkan dampak signifikan terhadap kesehatan dan ekonomi global, termasuk Indonesia.

Penyakit menular telah menjadi tantangan kesehatan masyarakat yang serius karena penyakit menular, seperti tuberkulosis (TBC), demam berdarah, malaria, dan HIV/AIDS, masih menjadi masalah utama dalam layanan kesehatan.

Penyakit menular yang disebabkan oleh virus, seperti influenza, COVID-19, dan demam berdarah dengue, juga menjadi tantangan besar bagi kesehatan masyarakat di Indonesia. COVID-19, misalnya, telah menyebabkan dampak signifikan terhadap kesehatan dan ekonomi global, termasuk Indonesia. Penyakit ini menyebar dengan cepat melalui droplet pernapasan, dan berbagai upaya, termasuk vaksinasi massal, telah dilakukan untuk menekan penyebarannya.

G. Referensi

- Aisyah, D. N., Fitriani, R., & Arumsari, S. (2021). Perilaku Hidup Bersih dan Sehat dalam Pencegahan Penyakit Menular di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 16(1), 10-19
- Aisyah, S., & Widodo, T. (2021). Penularan Vertikal dan Pencegahannya pada Penyakit Menular. *Jurnal Kesehatan Ibu dan Anak*, 8(1), 50-58.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). Profil Kesehatan Indonesia 2020. *Jakarta: Kemenkes RI*.
- Putra, R. D., Susanto, H., & Anggraini, D. (2020). Pengendalian Vektor dalam Pencegahan Demam Berdarah Dengue. *Jurnal Entomologi Kesehatan Indonesia*, 14(2), 30-38.
- Rahmawati, I., & Suryani, E. (2021). Strategi Pencegahan Penyakit Menular: Imunisasi dan Pengendalian Vektor di Indonesia. *Jurnal Kebijakan Kesehatan*, 13(2),

25-35.

- Rahmawati, S., Sari, N., & Hidayat, A. (2021). Penularan Penyakit Melalui Makanan dan Upaya Pencegahannya. *Jurnal Gizi dan Kesehatan Lingkungan*, 11(3), 80-89.
- Sari, M. R., Susanti, D., & Putri, A. P. (2021). Dampak Pandemi COVID-19 terhadap Sistem Kesehatan di Indonesia. *Jurnal Epidemiologi Indonesia*, 9(2), 75-84.
- Susanto, A., Prasetyo, B., & Widyaningsih, S. (2021). Evaluasi Risiko Penularan Penyakit Menular Melalui Udara pada Ruang Tertutup. *Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia*, 19(1), 70-78.
- Wibowo, S., & Amalia, R. (2020). Penularan Penyakit Menular Melalui Kontak Langsung dan Tidak Langsung di Masyarakat Perkotaan. *Jurnal Epidemiologi Indonesia*, 10(2), 120-129.
- World Health Organization (WHO). (2021). Global Tuberculosis Report 2021. Geneva: WHO.
- Lestari, T. R. P. (2023). PENANGGULANGAN PENYAKIT MENULAR DI PUSKESMAS: Studi Kasus di Kabupaten Belu Provinsi Nusa Tenggara Timur. *Kajian*, 22(4), 317-328.

H. Glosarium

TBC = *Tuberculosis*

HIV = *Human Immunodeficiency Virus*

AIDS = *Acquired Immunodeficiency Syndrome*

PHBS = Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

DBD = Demam Berdarah Dengue

CHAPTER 8

KESEHATAN MENTAL MASYARAKAT: PERAN BIDAN DALAM PEMBERDAYAAN DAN DUKUNGAN PSIKOSOSIAL

Tri Puspa Kusumaningsih, S.S.T., M.Kes.

A. Pendahuluan

Istilah kesehatan mental terdiri dari konsep mental hygiene. Kata Mental diartikan psikis menurut bahasa latin, dapat berarti pula jiwa atau kejiwaan. Sehingga kesehatan mental dapat diartikan kesehatan jiwa.

Pada dasarnya manusia terdiri dari dua system, yaitu psikis (jiwa atau mental) dan fisik (badan). Keduanya tidak dapat dipisahkan dan menyatu pada manusia. Psikis merupakan bagian dari manusia yang bersifat non material, yang hanya diketahui dari gejala-gejala, atau apa yang disebut dengan gejala psikis seperti dorongan, motivasi, kamuan, kognitif, kepribadian, dan perasaan. Sedangkan fisik secara visual dapat dengan mudah diketahui dan diamati. Manusia tidak selamanya ada pada kondisi sehat, pada keadaan tertentu manusia dapat mengalami gangguan sakit. Gangguan sakit pada manusia terdapat gangguan fisiologis dan gangguan psikis. Gangguan fisiologis cenderung lebih mudah dikenali oleh masyarakat dan memunjukkan gejala yang nampak pada orang tersebut seperti, demam, darah tinggi, jantung, dan sebagainya. Sedangkan gangguan psikis contohnya menderita depresi, gangguan kecemasan, dan gangguan kepribadian sebetulnya mudah pula untuk dikenali, apabila masyarakat memahami gejala-gejala yang muncul, namun setiap individu mengenali gejala tersebut dengan persepsi yang berbeda-beda, hal inilah yang menjadikan masyarakat dalam mengenali gangguan mental atau psikis menjadi lebih sulit dibandingkan gangguan fisiologis.

Masyarakat saat ini masih minim informasi tentang kesehatan mental. Kesehatan mental merupakan keadaan sejahtera mental yang memungkinkan seseorang mengatasi tekanan hidup, menyadari kemampuannya, belajar dengan baik dan bekerja dengan baik, serta berkontribusi pada komunitasnya. Ini adalah komponen integral dari kesehatan dan kesejahteraan yang mendasari kemampuan individu dan kolektif kita untuk mengambil keputusan, membangun hubungan, dan membentuk dunia tempat kita tinggal. Kesehatan mental adalah hak asasi manusia yang mendasar.

Banyak faktor yang berpengaruh terhadap kesehatan mental seperti factor genetic (pola genetic yang diwariskan dari keluarga dapat mempengaruhi ketidak

seimbangan zat kimia di otak), factor lingkungan(lingkungan penuh tekanan, konflik interpersonal), factor psikologis (pengalaman traumatic, percintaan, pertemanan, keluarga maupun tekanan hidup) , factor biologis (perubahan hormone), factor social (relasi yang tidak sehat). Gejala yang timbul pada gangguan mental diantaranya mudah marah, merasa putus asa, rendah diri, merasa cemas, dan khawatir yang berlebihan. Tidak sedikit masalah kesehatan jiwa tersebut dialami oleh usia produktif, bahkan sejak remaja. Depresi juga dapat terjadi pada masa kehamilan dan pasca persalinan yang dapat mempengaruhi pola asuh serta tumbuh kembang anak. Kesadaran akan kesehatan mental perlu disadari oleh setiap individu di masyarakat, hal ini supaya mencegah terjadinya dampak negative yang terjadi.

B. Pengertian Sehat Mental dan Kesehatan Mental

Sehat merupakan kondisi seseorang yang memungkinkan untuk dapat hidup produktif secara ekonomis dan social, hal ini sesuai dengan penjelasan dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Pieper dan Uden menyatakan kesehatan mental merupakan suatu kondisi seseorang yang tidak merasa bersalah terhadap dirinya sendiri , dapat menerima kelebihan dan kekurangannya sendiri serta realistik terhadap dirinya sendiri,memiliki kemampuan dalam menghadapi maslsh -maslah dalam hidupnya, memiliki kepuasan terhadap kehidupan sosialnya, serta merasakan kebahagiaan dalam hidupnya. Sehat mental dikarenakan tidak mengalami gangguan mental. Orang yang memiliki kesehatan mental adalah orang yang tahan terhadap sakit jiwa atau terbebas dari gangguan kejiwaan.

Menurut WHO Kesehatan mental adalah keadaan sejahtera mental yang memungkinkan seseorang mengatasi tekanan hidup, menyadari kemampuannya, belajar dengan baik dan bekerja dengan baik, serta berkontribusi pada komunitasnya. Ini adalah komponen integral dari kesehatan dan kesejahteraan yang mendasari kemampuan individu dan kolektif kita untuk mengambil keputusan, membangun hubungan, dan membentuk dunia tempat kita tinggal. Kesehatan mental adalah hak asasi manusia yang mendasar. Dan ini penting untuk pengembangan pribadi, komunitas dan sosial-ekonomi. Kesehatan mental lebih dari sekedar tidak adanya gangguan mental. Penyakit ini berada dalam sebuah kontinum yang kompleks, yang dialami secara berbeda dari satu orang ke orang lain, dengan tingkat kesulitan dan tekanan yang berbeda-beda, serta potensi hasil sosial dan klinis yang sangat berbeda. Kondisi kesehatan mental mencakup gangguan mental dan disabilitas psikososial serta kondisi mental lainnya yang terkait dengan tekanan signifikan, gangguan fungsi, atau risiko melukai diri sendiri. Orang dengan kondisi

kesehatan mental lebih mungkin mengalami tingkat kesejahteraan mental yang lebih rendah, namun hal ini tidak selalu atau selalu terjadi.

Menurut Prof. DR Zakiyah Daradjat dalam Bahri Gazali, M.A kesehatan mental dapat merupakan suatu keadaan terhindarnya seseorang dari gejala gangguan kejiwaan (Neurose) dan dari gejala penyalit jiwa (Psychose).

Sehat mental sangatlah penting bagi setiap orang, keluarga dan masyarakat. Setiap orang rentan mengalami gangguan mental yang berbeda-beda antara satu orang dengan orang lainnya. Seseorang akan mengalami gangguan mental apabila terdapat faktor rentan yang dibawa dalam dirinya terakumulasi dengan tekanan (stressor) yang melebihi batas kemampuannya. Beberapa hal faktor rentan tersebut diantaranya keturunan (genetic), fungsi tubuh (fisiologis), pikiran (kognitif).

Fisik dan psikis adalah suatu kesatuan dalam diri manusia, dan keduanya memiliki kaitan hubungan yang erat. Kesehatan fisik mempengaruhi psikis, dan sebaliknya kesehatan psikis mempengaruhi fisik. Beberapa kasus di bidang kesehatan menunjukkan hubungan yang signifikan antara kesehatan fisik dengan psikologis. Mens sana in corpore sano adalah ungkapan dalam bahasa Latin yang berarti "jiwa yang sehat dalam tubuh yang sehat". Ungkapan ini sering digunakan untuk mengajak orang menjaga kesehatan jasmani dan rohani. Pada orang yang secara fisik sedang sakit, psikisnya akan timbul kecemasan kondisi tubuhnya hal ini menunjukkan adanya gangguan kecemasan pada psikologisnya. Dan sebaliknya orang yang psikologisnya cemas atau stress dalam menghadapi suatu hal, akan menunjukkan gejala fisik berkeringat, gemtar, atau bahkan detak jantung menjadi lebih cepat.

Terdapat banyak pendapat ahli menyatakan terkait ciri-ciri sehat jiwa diantaranya : seseorang memiliki sikap positif terhadap diri sendiri, tumbuh dan berkembang dengan berkualitas, menyadari adanya integrasi hubungan antara masalalu dan sekarang, memiliki persepsi sesuai kenyataan, mampu menguasai lingkungan dan beradaptasi , memperoleh kepuasan dari hasil jerihpayah usahanya, mampu berhubungan dengan orang lain secara tolong-menolong dan saling memuaskan, serta mempunyai rasa kasih sayang.

Karakteristik jiwa yang sehat dapat diuraikan menjadi tiga komponen diantaranya ; pertama kesehatan jiwa yang menerima diri sendiri, yaitu menerima dirinya sendiri apa adanya dan dapat mengelola emosi baik positif maupun negatif dengan seimbang, mampu menerima kehidupan mereka dengan baik tidak merendahkan diri ataupun menyombongkan diri, setiap mereka menyadari bahwa orang memiliki kelebihan dan kelemahan masing-masing dan hal itu merupakan sesuatu yang normal dalam kehidupan. Karakteristik yang kedua yaitu kesehatan jiwa yang berkaitan dengan orang lain. Kesehatan jiwa yang baik juga terlihat dari

kemampuan seseorang dalam menjalani hubungan yang sehat dengan orang lain. Mampu menghargai pendapat dan pandangan orang lain, berkontribusi dalam kelompok social, memahami pentingnya dukungan timbal balik dalam hubungan interpersonal. Ketiga kesehatan jiwa yang terarah dan bertangguang jawab yaitu memiliki tujuan hidup yang realistik, memiliki kemampuan untuk membuat keputusan yang bertanggung jawab atas tidakannya, dan berusaha mencapai tujuan hidup mereka dengan tekun dan semangat.

Tujuan Kesehatan Mental menurut Sudari dalam Diana adalah mengusahakan agar manusia memiliki kemampuan yang sehat, mengusahakan pencegahan terhadap timbulnya sebab-sebab gangguan mental dan penyakit mental, mengusahakan pencegahan berkembangnya bermacam-macam gangguan mental dan penyakit mental, mengurangi dan mengadakan penyembuhan terhadap gangguan dan penyakit mental.

Fungsi kesehatan mental yaitu memelihara dan mengembangkan kondisi mental individu agar sehat, serta terhindar dari mental illness (sakit mental). Fungsi kesehatan mental diantaranya Prevention, Amelioration dan Preservation. Prevention (Pencegahan), cara yang dapat dilakukan yaitu dengan menjaga kesehatan fisik (Physical Health) serta pemenuhan kebutuhan psikologis, seperti memperoleh kasih saying, rasa aman, penghargaan diri, aktualisasi diri sebagai mana mestinya, sehingga individu mampu memaksimalkan potensi yang dimilikinya. Amelioration (ameliorative/kuratif/perbaikan) fungsi ini merupakan upaya perbaikan diri dalam meningkatkan kemampuan untuk menyesuaikan diri, dan mekanisme pertahanan diri dapat terkontrol dengan baik. Preservation (pengembangan) merupakan upaya dalam mengembangkan kepribadian atau mental yang sehat, agar seseorang mampu meminimalisir kesulitan-kesulitan dalam perkembangan psikisnya.

Beberapa gejala gangguan jiwa yang umum terjadi antara lain : perubahan suasana hati yang extrema tau tidak stabil, gangguan tidur seperti sulit tidur atau tidur terlalu banyak, kesulitan berkonsentrasi atau berfikir logis, perubahan perilaku, seperti menjadi lebih tertutup atau lebih impulsif, perasaan cemas atau takut yang berlebihan, mengalami delusi atau halusinasi, sulit bersosialisasi dengan orang lain, perubahan pola makan, seperti makan terlalu banyak atau terlalu sedikit, libatkan diri pada hal berbahaya atau merusak diri sendiri, merasa sedih atau tidak bersemangat dalam waktu yang lama.

Beberapa jenis gangguan jiwa yang umum dianataranya : gangguan kecemasan, seperti gangguan kecemasan umum, gangguan kecemasan social, fobia, dan gangguan panik. Gangguan suasana hati, termasuk depresi dan gangguan bipolar.

Gangguan psikotik, seperti skizofrenia. Gangguan kepribadian, misalnya paranoid, narsistik, dan ambang. Gangguan makan, seperti anoreksia dan bulimia.

C. Masalah Kesehatan Jiwa

1. Bayi ,Anak Usia Dini , Masa Sekolah dan Masa Remaja

Beberapa masalah kesehatan mental yang rentan di alami oleh anak usia dini diantaranya gangguan perkembangan (autism, adaptasi), gangguan perilaku (gangguan makan), gangguan suasana hati (perubahan mood, kesulitan konsentrasi). Berikut tanda-tanda gangguan mental pada bayi dan anak usia dini ; terjadi perubahan yang signifikan pada perilaku anak, perubahan mood yang terlalu cepat dan berulang, sedih dan menarik diri dari teman-teman. Anakk tidak dapat berkonsentrasi sehingga sulit memperhatikan sesuatu yang dikatakan. Mengalami penurunan berat badan apabila merasa tidak nyaman atau stress, menyakiti diri sendiri, katakutan, perkelahian, dan memiliki retradati mental.

Pada masa sekolah dapat terjadi gangguan kesehatan menatal diantaranya gangguan perkembangan, gangguan perilaku, depresi dan gangguan kecemasan. Beberapa tanda gangguan mental pada anak sekolah daintaranya : terjadinya perubahan perilaku yang mengarah pada gangguan mental, perubahan mood siswa menjadi sedih dan menarik diri dari pertemanan, siswa mengalami kesulitan berkonsentrasi dan tidak memperhatikan guru, mengalami penurunan berat badan jika stress, mengalami ketakutan yang berlebihan tanpa alas an, dan mengalami gangguan pola makan.

Gangguan mental pada remaja prevalinsnya meningkat, oleh karena itu perlu ditingkatkan kesadaran untuk memahami gejala gangguan mental pada remaja. Berikut beberapa tanda gangguan mental pada remaja : terjadi perubahan perilaku yang berkepanjangan, murung , sedih, menarik diri dari pertemanan, menyakiti diri sendiri, sulit berkonsentrasi,

2. Ibu Hamil, bersalin, nifas

Kehamilan sejatinya merupakan moment yang membahagiakan bagi seorang wanita dan keluarga yang tengah menantikan keturunan. Pada masa kehamilan mental yang baik sangat diperlukan supaya ibu merasa lebih semangat dan bahagia dalam menjalani prosesnya, mengingat masa kehamilan berlangsung selama kurun waktu 9 bulan di barengi dengan perubahan fisik dan psikologis sehingga seorang wanita dituntut ampu beradaptasi dengan kondisi tersebut. Gangguan kesehatan mental dapat terjadi selama masa kehamilan dan berlanjut hingga pacsa melahirkan. Selain riwayat gangguan kesehatan mental, beberapa penyebab yang dapat memicu ibu hamil mengalami ghanguan mental diantaranya ; kehamilan yang terjadi pada usia remja, kehamilan yangterjadi

karena sebab kekerasan sexual, memiliki tingkat social ekonomi yang rendah, kurangnya dukungan keluarga dan social terhadap kehamilannya, menjadi orang tua tunggal saat kehamilan berlangsung, memiliki pikiran yang bertentangan dengan kehamilannya.

Pada masa nifas kesehatan mental dapat pula mengalami gangguan. Diantaranya kondisi postpartum blues, yang dikategorikan sebagai sindrom gangguan mental yang ringan. Kondisi ini sering tidak diperdulikan oleh ibu nifas dan keluarga, sehingga dapat menimbulkan masalah yang menyulitkan dan dapat membuat perasaan tidak nyaman bagi ibu yang mengalaminya.

Beberapa faktor kemungkinan yang menyebabkan terjadinya postpartum blues yaitu faktor hormonal, terjadi perubahan kadar hormone estrogen, progesterone, esriol dan prolactin yang signifikan pada ibu postpartum, kadar estrogen yang turun memiliki efek seprusi aktifitas non adrenalin maupun serotine yang berperan dalam suasana hati dan kejadian depresi. Faktor perubahan fisik yang terjadi pada ibu postpartu diantaranya payudara membesar, bengkak, nyeri pada putting susu,, nyeri jahitan, nyeri mules perut, yang menimbulkan gangguan pada emosi. Faktor ketidak mampuan beradaptasi dengan perubahan fisik, psikologis dan peran ibu yang meningkatkan stresor. Faktor usia dan jumlah anak, faktor ekonomi dan kelelahan pada proses perasalinan.

Gejala yang tampak pada ibu postpartum blues ditandai dengan cemas tanpa sebab, menangis tanpa sebab, tidak sadar, tidak percaya diri, sensitive mudah tersinggung, merasa kurang menyangi bayinya, gangguan tidur dan gangguan nafsu makan, kelelahan, mudah sedih, cepat marah, mood berubah, perasaan terjebak , marah kepada pasangan dan bayinya.

D. Peran Bidan dalam Pemberdayaan dan Dukungan Psikososial

Psiko merupakan hal internal dalam diri meliputi pikiran, perasaan, nilai, kepercayaan yang dianut individu. Sedangkan social merupakan hubungan antara individu dengan lingkungannya. Psikososial merupakan interaksi dinamis antara aspek psikologi dan social secara berkelanjutan.

Pendampingan psikososial yaitu memberikan dukungan terhadap aspek psikologis yang berkaitan dengan pikiran, perasaan, nilai dan kepercayaan masing-masing individu dan aspek social yang berkaitan dengan hubungan individu dengan lingkungannya.

Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial (DKJPS) yang dikenal juga dengan istilah Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) merupakan istilah yang digunakan dalam Panduan Inter Agency Standing committee (IASC) dalam situasi

kedaruratan. Kegiatan ini bertujuan mencegah terjadinya peningkatan masalah kesehatan jiwa dan psikososial. Dukungan kesehatan jiwa dan psikososial ini sangat penting di butuhkan bagi setiap orang untuk mencegah masalah-masalah kesehatan jiwa dan psikososial.

Bidan diakui sebagai tenaga profesional yang bertanggung jawab dan akuntabel, yang bekerja sebagai mitra perempuan untuk memberikan dukungan, asuhan dan nasehat selama hamil, masa persalinan dan masa nifas, memimpin persalinan atas tanggung jawab sendiri dan memberikan asuhan kepada bayi baru lahir, dan bayi.

Dukungan psikososial yang diberikan kepada masyarakat sangat penting bertujuan untuk mengembalikan kemampuan adaptasi individu sehingga mereka dapat berfungsi kembali secara norma dalam kehidupan sehari-hari dan lingkungan social mereka.

Tujuan pendampingan dukungan psikososial terhadap masyarakat diantaranya:

1. Untuk membantu masyarakat agar mereka mampu memahami permasalahan yang mereka hadapi dari berbagai sudut pandang
2. Membantu masyarakat untuk mengambil keputusan terbaik bagi diri dan keluarga, dalam mengatasi masalah yang mereka hadapi
3. Membantu masyarakat menemukan potensi yang mereka miliki senidiri
4. Membantu masyarakat untuk mencegah terjadinya masalah di masa depan dan membantu menghadapinya

Kesehatan mental dapat tercapai apabila masing – masing individu berkemauan dalam mencegah timbulnya gangguan jiwa maupun penyakit jiwa. Agar tercapai tujuan kesehatan mental, maka diperlukan berbagai upaya yang dapat dilakukan oleh bidan di masyarakat.

Prinsip utama dalam memberikan dukungan psikososial yaitu jangan menyakiti, menjunjung hak asasi manusia dan kesetaraan, menggunakan pendekatan partisipatif, meningkatkan sumber daya dan kapasitas yang sudah ada, menjalankan sistem dukungan yang terintegrasi.

Dalam melakukan peran bidan dalam pemberdayaan dukungan kesehatan jiwa dan psikososial di masyarakat dapat melaksanakan upaya sebagai berikut :

1. Promotif

Upaya promotive merupakan upaya meningkatkan kesehatan agar yang sudah sehat tetap terjaga kesehatannya. Contoh upaya promotive dalam mendukung kesehatan mental secara perseorangan atau bersama-sama diantaranya dengan mendorong masyarakat untuk dapat memenuhi kebutuhan

gizi seimbang, berolahraga atau aktivitas fisik secara teratur, memenuhi kebutuhan entertain atau rekreasi, dan menjaga pola istirahat tidur yang cukup.

Beberapa upaya diatas dapat diterapkan di berbagai lapisan masyarakat mulai dari bayi, anak usia dini, masa sekolah, masa remaja, ibu hamil, bersalin, nifas dan seluruh masyarakat.

2. Preventif (pencegahan)

Upaya preventif merupakan berbagai cara usaha untuk menghindari diri dari paparan penyakit. Contoh upaya preventif dalam mendukung kesehatan mental diantaranya dengan melaksanakan deteksi dini gangguan jiwa di masyarakat.

Deteksi dini gangguan jiwa merupakan hal yang sangat penting. Deteksi dini gangguan jiwa secara berkala perlu dilakukan apabila ada resiko. Deteksi dini kesehatan jiwa adalah upaya penemuan masalah kesehatan jiwa secara dini sehingga dapat dilakukan intervensi sedini mungkin apabila diketahui ada masalah kesehatan jiwa. Deteksi dini dilakukan dengan cara mengkaji kesehatan jiwa seorang individu. Deteksi dini dapat dilakukan oleh kader kesehatan sebagai sumber daya manusia yang membantu bidan dalam pemberdayaan masyarakat.

Kegiatan yang dapat dilakukan pada deteksi dini penyimpangan perilaku emosional pada masa bayi, dan anak usia dini dapat menggunakan kuisioner. Deteksi dini penyimpangan perilaku emosional merupakan pemeriksaan untuk menemukan secara dini adanya masalah perilaku emosional, autism dan gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas pada anak, agar dapat segera dilakukan tindakan intervensi. Bila penyimpangan perilaku emosional terlambat diketahuim, maka intervensinya akan lebih sulit dan hal ini akan berpengaruh pada tumbuh kembang anak.

Deteksi dini dapat menggunakan Kuisioner Masalah Perilaku Emosional (KMPE) bagi anak umur 36 – 72 bulan, Ceklist autis anak pra sekolah Modified Checklist For Autism in Toddlers (M-CHAT), bagi anak umur 18 bulan – 36 bulan, serta formulir deteksi dini gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas (GPPH) menggunakan Abreviated Conner Rating Scale bagi anak umur 36 bulan keatas. Bidan dapat melakukan pemeriksaan menggunakan alat bantu tersebut di atas pada balita yang mengalami gejala penyimpangan. Setelah dilakukan pemeriksaan deteksi dini dapat dilakukan langkah tindak lanjut sesuai hasil pemeriksaan. Hal ini dapat dilakukan secara rutin 6 bulan sekali pada balita dan anak usia dini.

Pada usia remaja dapat dilakukan deteksi dini dengan pengisian formulir yang dirancang untuk mengidentifikasi tanda-tanda awal gangguan mental pada anak-anak dan remaja meliputi informasi tentang perilaku, emosional, dan interaksi social anak.

Terhadap ibu hamil, bersalin dan ibunifas bidan dapat menerapkan asuhan sayang ibu. Melakukan pemeriksaan ANC terpadu, melengkapi konseling informasi terkait perubahan fisik dan psikologis yang terjadi pada ibu kepada ibu dan keluarga, memberikan edukasi kepada keluarga melakukan support terhadap ibu selama hamil, bersalin dan masa nifasnya.

3. Suportif (development/improvement, yakni pengembangan/peningkatan), dan ameliorative/korektif (perbaikan).

Hal ini dapat dilakukan dengan meningkatkan pemahaman individu dan masyarakat melalui : pelibatan tokoh public atau influencer yang pernah mengalami gangguan mental untuk berbagi pengalaman, penggunaan media social untuk penyebaran informasi akurat tentang gejala gangguan mental yang perlu diwaspadai , meningkatkan program pelatihan dan sosialisasi terhadap kader kesehatan yang berdampak pada penyebaran informasi kepada masyarakat.

Bidan dapat melakukan kolaborasi untuk pembentukan petugas kesehatan jiwa masyarakat yang bertugas menggerakan kelompok keluarga sehat, untuk mengikuti kegiatan penyuluhan kesehatan jiwa oleh tenaga kesehatan.

Dalam upaya pemberdayaan dan pemberian dukungan psikososial kepada masyarakat masih terdapat beberapa kendala diantaranya; masih ada masyarakat yang memandang sebelah mata, menjauhi, ataupun menghindari kontak langsung dengan mereka yang mengalami gangguan mental, keluarga masih rendah tingkat pengetahuannya dalam mengenali gejala-gejala gangguan mental yang terjadi pada anggota keluarganya, belum meratanya sosialisasi tentang kesehatan mental di masyarakat, kurangnya kesadaran masyarakat untuk perduli mengenali deteksi dini gangguan mental.

E. Refrensi

- . 2016. Pedoman Pelaksanaan Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini tumbuh Kembang Anak : Kemenkes RI
- Baharai, dkk. 2024. Deteksi Dini Gangguan Jiwa Konsep & Aplikasinya Berbasis Android. Klaten : Nas Media
- Fakhriyani, Diana V. 2019. Kesehatan mental. Pamekasan : Duta Media publishing .
- Ghazali, Bahari. 2024. Kesehatan Mental; Membangun Hidup Lebih Bermakna. Yogyakarta : Samudra Biru.
- Hartanto, Agung.dkk. 2023. Modul Pengabdian Masyarakat Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial bagi Keluarga di Masa Pandemi Covid-19. Pekalongan : NEM.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Diakses tgl 6 Januari 2025. 14.00 WIB.

Latipun. 2019. Kesehatan Mental. Malang : Ummpers .

Nisa, Walda I. 2019. Penanganan Kesehatan Mental Berbasis Komunitas. Malang : MNC publishing.

Purnamasari, Anisa. 2023. Dkk. Kesehatan mental anak dan remaja. Jambi : Sonpedia Publishing Indonesia.

Sulidah. 2023. Keperawatan Komunitas. Ponorogo : Uwais inspirasi Indonesia.
Sunanita. 2022. Monograf Deteksi Dini Kesehatan Jiwa Keluarga berbasis Community Mental Health nursing. Bojong : Nasya expanding management.

Yuliyana, Rian.dkk. 2024. Memelihara Kesdehatan Mental Pada Remaja (KeMeJa). Cilacap : Media Pustaka Indo.

Yanti, Eka.dkk. 2023. Buku Psikologi Kehamilan, Persalinan, dan NifasBojong : Nasya Expanding management.

F. Glosarium

Mental hygiene : praktik kebiasaan untuk menjaga kesehatan menatal

WHO : World Health Organization

ANC : Ante Natal care

Neurose : gangguan mental yang menyebabkan kecemasan terus-menerus dan tekanan emosional

Psychose : penyakit mental yang menyebabkan pengidapnya mengalami gangguan dalam membedakan antara imajinasi dengan realita

Mens sana in corpore sano : jiwa yang sehat dalam tubuh yang seha

Autism : gangguan perkembangan saraf otak yang memengaruhi kemampuan berkomunikasi, berinteraksi sosial, dan perilaku

CHAPTER 9

PROGRAM IMUNISASI UNTUK BAYI DAN ANAK DI KOMUNITAS

Maya Febriyanti, SST., M.Kes.

A. Pendahuluan/Prolog

Berdasarkan data WHO pada tahun 2022, jumlah anak yang tidak mendapatkan imunisasi atau disebut dengan zero dose di tingkat global yaitu 14,3 juta anak. Data ini menunjukkan penurunan dari tahun 2021 yaitu 18,1 juta anak, kondisi ini sudah hamper menyamai situasi saat sebelum pandemi di tahun 2019 (12,9 juta anak). Sementara di Indonesia, jumlah anak yang belum di imunisasi lengkap sejak 2018 sampai tahun 2023 adalah 1,879,820 anak (Kemenkes, 2024)

Rendahnya akses terhadap pelayanan imunisasi dan pelayanan kesehatan lainnya di masa pandemi memberikan "PR" tersendiri dalam pelaksanaan program imunisasi. Pada tahun 2024 dilaporkan, sebanyak 2,8 juta anak yang tidak atau belum mendapatkan imunisasi lengkap ditahun 2021-2023. Anak-anak tersebut tersebar di 309 kabupaten/kota yang terdapat di 38 provinsi. Kondisi ini mendorong Indonesia mengejar ketertinggalan untuk menutup gap imunitas melalui advokasi dan sosialisasi guna meningkatkan komitmen pemerintah pusat, pemerintah daerah beserta lintas sektor/lintas program, penyebarluasan informasi dan edukasi, peningkatan kapasitas dan on the job training bagi tenaga kesehatan, bimbingan teknis, monitoring dan evaluasi capaian imunisasi serta penggerakan kader. (Kemenkes, 2024)

Dalam melaksanakan upaya ini, Indonesia mengalami beberapa tantangan, seperti:

1. Persepsi negatif terhadap imunisasi rutin (banyaknya rumor terkait imunisasi: imunisasi tidak aman, vaksin tidak berkualitas, menyebabkan kemandulan dan autisme, dan lain-lain).
2. Kesadaran dan pemahaman masyarakat yang kurang tentang pentingnya imunisasi.
3. Manajemen pengelolaan vaksin yang kurang optimal menyebabkan kualitas vaksin yang tidak baik dan kekosongan vaksin yang mengakibatkan anak terlambat (*missed opportunity*) untuk diimunisasi
4. Keterbatasan sumber daya penganggaran dan sumber daya manusia. (Kemenkes, 2024)

Imunisasi merupakan salah satu Upaya pelayanan Kesehatan dasar dari segi preventif yang bertujuan untuk menurunkan angka kematian bayi. Imunisasi juga merupakan salah satu investasi Kesehatan yang paling *cost-effective* untuk mencegah seseorang terkena penyakit menular yang diberikan secara rutin kepada Masyarakat sejak (Kemenkes, Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016, 2016). Program imunisasi yang dilakukan pemerintah mencakup beberapa jenis vaksinasi yang ditujukan untuk memberikan perlindungan terhadap penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I). Beberapa program imunisasi yang dilaksanakan oleh pemerintah Indonesia, sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017, antara lain:

1. Imunisasi Dasar Lengkap (IDL): Program ini mencakup serangkaian vaksinasi dasar yang diberikan kepada bayi dan anak sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan, seperti imunisasi Hepatitis B, BCG (Tuberkulosis), DPT-HB-Hib (Difteri, Pertusis, Tetanus, Hepatitis B, *Haemophilus influenzae type b*), polio, campak, dan rubella.
2. Imunisasi Tambahan dan Lanjutan: Selain imunisasi dasar, terdapat juga program imunisasi tambahan dan lanjutan yang ditujukan untuk meningkatkan kekebalan individu terhadap penyakit tertentu, seperti vaksinasi influenza, HPV (Human Papillomavirus), meningokokus, dan lain sebagainya.
3. Imunisasi Rutin: Pemerintah juga menyelenggarakan program imunisasi rutin yang dilakukan secara berkala sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan, baik di puskesmas, posyandu, sekolah, maupun tempat-tempat pelayanan kesehatan lainnya. (Indonesia, 2024)

Di Indonesia setiap bayi usia 0-11 bulan diwajibkan untuk mendapatkan imunisasi dasar lengkap yaitu :

1. 1 dosis Hepatitis B
 2. 1 dosis BCG (Tuberkulosis)
 3. 3 dosis DPT_HB-HiB (Difteri, Pertusis, Tetanus, hepatitis B, *Haemophilus influenzae type*)
 4. 4 dosis polio tetes atau *Oral Polio Vaccine* (OPV)
 5. 1 dosis polio suntik atau *Inactivated Polio Vaccine* (IPV)
 6. 1 dosis Campak Rubela
- (Indonesia, 2024)

B. Definisi Imunisasi

Imunisasi berasal dari kata *imun*, kebal atau resisten. Anak diimunisasi, berarti diberikan kekebalan terhadap suatu penyakit tertentu. Anak kebal atau resisten terhadap suatu penyakit tetapi belum tentu kebal terhadap penyakit yang lain. Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan

seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga apabila suatu saat terpajang dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan. (Kesehatan, 2014)

Imunisasi merupakan suatu Upaya memberikan kekebalan tubuh baik secara aktif maupun pasif melalui cara buatan yaitu pemberian antigen yang menstimulus antibody atau immunobiologik ke dalam tubuh (Septi Dewi Rachmawati, 2019)

Istilah lainnya yang erat dengan imunisasi adalah vaksin dan vaksinasi. Vaksin didefinisikan sebagai suatu bahan yang terbuat dari kuman, komponen kuman atau racun kuman yang dilemahkan atau dimatikan untuk merangsang tubuh membuat antibodi atau kekebalan. Adapun vaksinasi diartikan aktivitas pemberian vaksin atau toksoid (Septi Dewi Rachmawati, 2019).

C. Tujuan Pemberian Imunisasi

Adapun tujuan pemberian Imunisasi menurut Permenkes RI No. 12 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi adalah :

1. Tujuan Umum

Menurunkan angka kesakitan, kematian dan kecacatan akibat Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I).

2. Tujuan Khusus

- a. Tercapainya cakupan Imunisasi dasar lengkap (IDL) pada bayi sesuai target RPJMN.
 - b. Tercapainya Universal Child Immunization/UCI (Persentase minimal 80% bayi yang mendapat IDL di suatu desa/kelurahan) di seluruh desa/kelurahan
 - c. Tercapainya target Imunisasi lanjutan pada anak umur di bawah dua tahun (badut) dan pada anak usia sekolah dasar serta Wanita Usia Subur (WUS).
 - d. Tercapainya reduksi, eliminasi, dan eradikasi penyakit yang dapat dicegah dengan Imunisasi.
 - e. Tercapainya perlindungan optimal kepada masyarakat yang akan berpergian ke daerah endemis penyakit tertentu.
 - f. Terselenggaranya pemberian Imunisasi yang aman serta pengelolaan limbah medis (*safety injection practise and waste disposal management*)
- (RI K. , Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi, 2017)

D. Jenis Imunisasi

Berdasarkan jenis penyelenggaranya , imunisasi dikelompokkan menjadi imunisasi Program dan Imunisasi pilihan.. (RI K. , Peraturan Menteri Kesehatan

Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi, 2017)

1. Imunisasi program

Imunisasi Imunisasi program harus diberikan sesuai dengan jenis Vaksin,jadwal atau waktu pemberian yang ditetapkan dalam Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi Imunisasi program terdiri dari :

a. Imunisasi rutin

Imunisasi rutin dilaksanakan secara terus menerus dan berkesinambungan terdiri atas imunisasi dasar dan imunisasi lanjutan.

b. Imunisasi tambahan

Imunisasi tambahan merupakan jenis imunisasi tertentu yang diberikan pada kelompok umur tertentu yang paling berisiko terkena penyakit sesuai dengan kajian epidemiologis pada periode waktu tertentu.

c. Imunisasi khusus

Imunisasi khusus dilaksanakan untuk melindungi seseorang dan masyarakat terhadap penyakit tertentu pada situasi tertentu seperti persiapan keberangkatan calon Jemaah haji/umroh, persiapan perjalanan menuju atau dari negara endemis penyakit tertentu, dan kondisi kejadian luar biasa/wabah penyakit tertentu. Imunisasi khusus berupa imunisasi terhadap meningitis meningokokus, *yellowfever* (demam kuning), rabies, dan poliomyelitis.

2. Imunisasi Pilihan

Imunisasi pilihan adalah Imunisasi lain yang tidak termasuk dalam Imunisasi program, namun dapat diberikan pada bayi, anak, dan dewasa sesuai dengan kebutuhannya dan pelaksanaannya juga dilakukan oleh tenaga kesehatan yang berkompeten sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Imunisasi Pilihan dapat berupa Imunisasi terhadap penyakit :

- a. pneumonia dan meningitis yang disebabkan oleh pneumokokus;
- b. diare yang disebabkan oleh rotavirus;
- c. influenza;
- d. cacar air (varisela);
- e. gondongan (mumps);
- f. campak jerman (rubela);
- g. demam tifoid;
- h. hepatitis A;
- i. kanker leher rahim yang disebabkan oleh Human Papillomavirus;
- j. Japanese Encephalitis;
- k. herpes zoster;
- l. hepatitis B pada dewasa; dan

m. demam berdarah

E. Jadwal Imunisasi

1. Imunisasi Program

a. Imunisasi Rutin

1) Imunisasi dasar

Tabel 1.1 Imunisasi Dasar

Tabel 1. Jadwal Pemberian Imunisasi

Umur	Jenis	Interval Minimal untuk jenis Imunisasi yang sama
0-24 Jam	Hepatitis B	
1 bulan	BCG, Polio 1	
2 bulan	DPT-HB-Hib 1, Polio 2	
3 bulan	DPT-HB-Hib 2, Polio 3	1 bulan
4 bulan	DPT-HB-Hib 3, Polio 4, IPV	
9 bulan	Campak	

Sumber: (RI K. , Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi, 2017)

2) Imunisasi Lanjutan

Imunisasi lanjutan merupakan kegiatan yang bertujuan untuk menjamin terjaganya Tingkat imunitas pada anak baduta, anak usia sekolah, dan Wanita usia subur (WUS) termasuk ibu hamil

Tabel 1.2 imunisasi Lanjutan Pada anak di Bawah 2 tahun

Tabel 2. Jadwal Imunisasi Lanjutan pada Anak Bawah Dua Tahun

Umur	Jenis Imunisasi	Interval minimal setelah Imunisasi dasar
18 bulan	DPT-HB-Hib	12 bulan dari DPT-HB-Hib 3
	Campak	6 bulan dari Campak dosis pertama

Sumber: (RI K. , Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi, 2017)

Tabel 1.3 Imunisasi Lanjutan pada Anak Usia Sekolah Dasar

Tabel 3. Jadwal Imunisasi Lanjutan pada Anak Usia Sekolah Dasar

Sasaran	Imunisasi	Waktu Pelaksanaan
Kelas 1 SD	Campak DT	Agustus November
Kelas 2 SD	Td	November
Kelas 5 SD	Td	November

Sumber: (RI K. , Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi, 2017)

Tabel 1.4 Imunisasi Lanjutan pada Wanita Usia Subur (WUS)

Tabel 4. Imunisasi Lanjutan pada Wanita Usia Subur (WUS)

Status Imunisasi	Interval Minimal Pemberian	Masa Perlindungan
T1	-	-
T2	4 minggu setelah T1	3 tahun
T3	6 bulan setelah T2	5 tahun
T4	1 tahun setelah T3	10 tahun
T5	1 tahun setelah T4	Lebih dari 25 tahun

Sumber: (RI K. , Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi, 2017)

b. Imunisasi Tambahan

Adapun yang termasuk imunisasi Tambahan yaitu :

1) *Backlog fighting*

Merupakan upaya aktif di tingkat Puskesmas untuk melengkapi Imunisasi dasar pada anak yang berumur di bawah tiga tahun. Kegiatan ini diprioritaskan untuk dilaksanakan di desa yang selama dua tahun berturut-turut tidak mencapai UCI.

2) *Crash program*

Kegiatan ini dilaksanakan di tingkat Puskesmas yang ditujukan untuk wilayah yang memerlukan intervensi secara cepat untuk mencegah terjadinya KLB. Kriteria pemilihan daerah yang akan dilakukan crash program adalah:

- a) Angka kematian bayi akibat PD3I tinggi;
- b) Infrastruktur (tenaga, sarana, dana) kurang; dan
- c) Desa yang selama tiga tahun berturut-turut tidak mencapai UCI.

Crash program bisa dilakukan untuk satu atau lebih jenis Imunisasi, misalnya campak, atau campak terpadu dengan polio.

3) Pekan Imunisasi Nasional (PIN)

Merupakan kegiatan Imunisasi massal yang dilaksanakan secara serentak di suatu negara dalam waktu yang singkat. PIN bertujuan untuk memutuskan mata rantai penyebaran suatu penyakit dan meningkatkan herd immunity (misalnya polio, campak, atau Imunisasi lainnya). Imunisasi yang diberikan pada PIN diberikan tanpa memandang status Imunisasi sebelumnya

4) *Catch Up Campaign* (Kampanye)

Merupakan kegiatan Imunisasi Tambahan massal yang dilaksanakan serentak pada sasaran kelompok umur dan wilayah tertentu dalam upaya memutuskan transmisi penularan agent (virus atau bakteri) penyebab PD3I. Kegiatan ini biasa dilaksanakan pada awal pelaksanaan kebijakan pemberian Imunisasi, seperti pelaksanaan jadwal pemberian Imunisasi baru.

5) Sub PIN

Merupakan kegiatan serupa dengan PIN tetapi dilaksanakan pada wilayah terbatas (beberapa provinsi atau kabupaten/kota).

6) Imunisasi dalam Penanggulangan KLB (*outbreak Response Immunization/ORI*)

Pedoman pelaksanaan Imunisasi dalam penanganan KLB disesuaikan dengan situasi epidemiologis penyakit masing masing.

c. Imunisasi Khusus

1) Imunisasi Meningitis Meningokokus

Meningitis meningokokus adalah penyakit akut radang selaput otak yang disebabkan oleh bakteri *Neisseria meningitidis*. Imunisasi meningitis meningokokus diberikan kepada masyarakat yang akan melakukan perjalanan ke negara endemis meningitis, yang belum mendapatkan Imunisasi meningitis atau sudah habis masa berlakunya (masa berlaku 2 tahun).

Pemberian Imunisasi meningitis meningokokus diberikan minimal 30 (tiga puluh) hari sebelum keberangkatan. Setelah divaksinasi, orang tersebut diberi ICV yang mencantumkan tanggal pemberian Imunisasi. Bila Imunisasi diberikan kurang dari 14 (empat belas) hari sejak keberangkatan ke negara yang endemis meningitis atau ditemukan adanya kontraindikasi terhadap Vaksin meningitis, maka harus diberikan profilaksis dengan antimikroba yang sensitif terhadap *Neisseria Meningitidis*.

2) Imunisasi *Yellow fever* (demam Kuning)

Demam kuning adalah penyakit infeksi virus akut dengan durasi pendek masa inkubasi 3 (tiga) sampai dengan 6 (enam) hari dengan tingkat mortalitas yang bervariasi. Disebabkan oleh virus demam kuning dari genus *Flavivirus*, famili *Flaviviridae*, vektor perantaranya adalah nyamuk *Aedes aegypti*.

Pencegahan dapat dilakukan dengan Imunisasi demam kuning yang akan memberikan kekebalan efektif bagi semua orang yang akan melakukan perjalanan berasal dari negara atau ke negara/daerah endemis demam kuning. Vaksin demam kuning efektif memberikan perlindungan 99%. Antibodi terbentuk 7-10 hari sesudah Imunisasi dan bertahan seumur hidup.

3) Imunisasi Rabies

Penyakit anjing gila atau dikenal dengan nama rabies merupakan suatu penyakit infeksi akut pada susunan saraf pusat yang disebabkan oleh virus rabies yang ditularkan oleh anjing, kucing dan kera.

Penyakit ini bila sudah menunjukkan gejala klinis pada hewan dan manusia selalu diakhiri dengan kematian, sehingga mengakibatkan timbulnya rasa cemas dan takut bagi orang-orang yang terkena gigitan dan kekhawatiran serta keresahan bagi masyarakat pada umumnya. Vaksin rabies dapat mencegah kematian pada manusia bila diberikan secara dini pasca gigitan. Vaksin anti rabies (VAR) manusia diberikan kepada seluruh kasus gigitan hewan penular rabies (HPR) yang berindikasi, sehingga kemungkinan kematian akibat rabies dapat dicegah.

4) Imunisasi Polio

Polio adalah penyakit lumpuh layu yang disebabkan oleh virus Polio liar yang dapat menimbulkan kecacatan atau kematian. Pencegahan dapat dilakukan dengan Imunisasi untuk orang-orang yang kontak dengan penderita polio dan carrier.

Imunisasi Polio diberikan kepada orang yang belum mendapat Imunisasi dasar lengkap pada bayi atau tidak bisa menunjukkan catatan Imunisasi/buku KIA, yang akan melakukan perjalanan ke negara endemis atau terjangkit polio. Imunisasi diberikan minimal 14 (empat belas) hari sebelum keberangkatan, dan dicatatkan dalam sertifikat vaksin (*International Certificate of Vaccination*).

2. Imunisasi Pilihan

Imunisasi pilihan adalah Imunisasi lain yang tidak termasuk dalam Imunisasi program, namun dapat diberikan pada bayi, anak, dan dewasa sesuai dengan

kebutuhannya dan pelaksanaannya juga dilakukan oleh tenaga kesehatan yang berkompeten sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Menurut (RI K. , Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi, 2017), beberapa vaksin yang digunakan dalam pelaksanaan Imunisasi Pilihan saat ini adalah sebagai berikut :

a. Vaksin Measles, Mumps, Rubela (MMR)

Vaksin MMR bertujuan untuk mencegah Measles (campak), Mumps (gondongan) dan Rubela merupakan vaksin kering yang mengandung virus hidup, harus disimpan pada suhu 2–8°C atau lebih dingin dan terlindung dari Cahaya.

Vaksin ini dapat diberikan pada usia 12–18 bulan dan pada populasi dengan insidens penyakit campak dini yang tinggi, Imunisasi MMR dapat diberikan pada usia 9 (sembilan) bulan

b. Vaksin Tifoid

Vaksin ini diberikan untuk anak usia \geq 2 tahun. Dosis 0,5 ml suntika secara intra muskular atau subkutan pada daerah deltoid atau paha dan Imunisasi ulangan tiap 3 tahun.

c. Vaksin Varisela

Vaksin diberikan mulai umur masuk sekolah (5 tahun). Pada anak \geq 13 tahun vaksin dianjurkan untuk diberikan dua kali selang 4 minggu. Pada keadaan terjadi kontak dengan kasus varisela, untuk pencegahan vaksin dapat diberikan dalam waktu 72 jam setelah penularan (dengan persyaratan: kontak dipisah/tidak berhubungan).

d. Vaksin Hepatitis A

Vaksin ini dapat diberikan pada Anak usia \geq 2 tahun, terutama anak di daerah endemis. Pada usia >2 tahun antibodi maternal sudah menghilang.

Di lain pihak, kehidupan sosialnya semakin luas dan semakin tinggi pula paparan terhadap makanan dan minuman yang tercemar.

e. Vaksin Influenza

Vaksin ini dapat diberikan pada anak dengan penyakit asma kronik seperti asma, diabetes, penyakit ginjal dan kelemahan system imun. Imunisasi influenza dapat diberikan kepada anak sehat usia 6-23 bulan.

Dosis untuk anak usia kurang dari 2 tahun adalah 0,25 ml dan usia lebih dari 2 tahun adalah 0,5 ml. Untuk anak yang pertama kali mendapat vaksin influenza pada usia \leq 8 tahun, vaksin diberikan 2 dosis dengan selang waktu minimal 4 minggu, kemudian Imunisasi diulang setiap tahun . Vaksin influenza diberikan secara suntikan intra muscular di otot deltoid pada orang dewasa dan anak yang lebih besar, sedangkan untuk bayi diberikan di paha anterolateral.

Pada anak atau dewasa dengan gangguan imun, diberikan dua dosis dengan jarak interval minimal 4 minggu, untuk mendapatkan antibodi yang memuaskan. Bila anak usia \geq 9 tahun cukup diberikan satu kali saja teratur, setiap tahun satu kali.

f. Vaksin Pneumokokus

Terdapat dua macam vaksin pneumokokus yaitu vaksin pneumokokus polisakarida (Pneumococcal Polysaccharide Vaccine/PPV) dan vaksin pneumokokus konyugasi (Pneumococcal Conjugate Vaccine/PCV).

Vaksin PPV dapat diberikan pada anak usia $>$ 2 tahun yang mempunyai risiko tinggi IPD (Invasive Pneumococcal Disease) yaitu anak dengan asplenia (kongenital atau didapat), penyakit sickle cell, splenic dysfunction dan HIV. Imunisasi diberikan dua minggu sebelum splenektomi.

Vaksin PCV dapat diberikan pada semua anak sehat usia 2 bulan -5 tahun. Jadwal pemberiannya yaitu pada bayi umur 2, 3 bulan dan 12 bulan.

g. Vaksin Rotavirus

Terdapat dua jenis Vaksin Rotavirus (RV) yang telah ada di pasaran yaitu vaksin monovalent dan pentavalent.

h. Vaksin *Japanese Encephalitis*

Vaksin diberikan secara serial dengan dosis 1 ml secara subkutan pada hari ke 0,7 dan ke 28. Untuk anak yang berumur 1–3 tahun dosis yang diberikan masing-masing 0,5 ml dengan jadwal yang sama. Booster diberikan pada individu yang berisiko tinggi dengan dosis 1 ml tiga tahun kemudian.

i. Vaksin *Human Papillomavirus (HPV)*

Vaksin HPV yang telah beredar di Indonesia dibuat dengan teknologi rekombinan. Vaksin HPV berpotensi untuk mengurangi angka morbiditas dan mortalitas yang berhubungan dengan infeksi HPV. Imunisasi vaksin HPV diperuntukkan pada anak perempuan sejak usia >9 tahun.

j. Vaksin Herpes Zoster

Vaksin Herpes Zoster bertujuan untuk mencegah penyakit Herpes zoster dan nyeri pasca herpes (NPH). Herpes zoster adalah penyakit infeksi akibat reaktivasi dari virus cacar air (Virus Varicella Zoster) yang menyerang saraf dan biasanya ditandai dengan ruam kulit. Diberikan satu kali vaksinasi (dosis tunggal 0,65 ml/dosis) di lengan atas secara sub kutan. Durasi perlindungan berdasarkan penelitian sampai 10 tahun.

k. Vaksin Hepatitis B

Vaksin Hepatitis B bertujuan untuk memberikan perlindungan dan mengurangi insiden timbulnya penyakit hati kronik dan karsinoma hati. Vaksin Hepatitis B

diberikan dalam 3 dosis, yaitu pada bulan ke-0, 1 dan 6 atau sesuai dengan petunjuk produsen vaksin. Diberikan di lengan atas secara intra muskular.

I. Vaksin Dengue

Vaksin Dengue adalah jenis virus dari group Flavivirus yang mempunyai 4 sero tipr, Dengue1, Dengue2, Dengue3 dan Dengue4. Vaksin Dengue terdiri dari powder dan pelarut, setiap dosis 0,5ML diberikan secara subkutan pada lengan

F. Faktor - Faktor yang Mempengaruhi Pemberian Imunisasi

Berdasarkan teori Lawrence (1980) dalam (Ratih Septiana Arpen, 2020), ada beberapa faktor yang dapat memengaruhi perilaku ibu membawa bayi untuk diimunisasi. Faktor perilaku yang memengaruhi kesehatan individu ini diantaranya faktor predisposisi, faktor pendukung, dan faktor pendorong. Faktor predisposisi terdiri dari pengetahuan individu, sikap, kepercayaan, tradisi, norma sosial, dan unsur-unsur lain yang terdapat pada individu dan masyarakat. Faktor pendukung berupa tersedianya sarana pelayanan kesehatan dan kemudahan untuk mencapainya. Faktor pendorong berupa sikap dan perilaku petugas kesehatan.

Hasil penelitian (Ratih Septiana Arpen, 2020) menunjukkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pemberian imunisasi yaitu pengetahuan, sikap, persepsi ibu , pendidikan ibu, dukungan keluarga serta peran petugas kesehatan. Semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang, makin mudah untuk menerima informasi tetapi sebaliknya dengan pengetahuan yang rendah akan menghambat untuk menerima informasi. Disamping itu diperkirakan pengetahuan bukanlah satu satunya faktor yang dapat mempengaruhi kelengkapan imunisasi. Sehingga meskipun menurut tingkat pengetahuannya seorang ibu mengerti pentingnya imunisasi, namun bila tidak didukung oleh faktor lain misalnya faktor keterjangkauan tempat pelayanan kesehatan dan dukungan tenaga kesehatan maka pemberian imunisasi pada anak tidak akan terpenuhi.

Penelitian (Simatupang, 2020) menunjukkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi status imunisasi adalah faktor usia ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, jumlah anak dan faktor pengetahuan ibu tentang imunisasi. Dari hasil penelitian tersebut ibu yang berusia lebih muda yang baru memiliki anak biasanya cenderung memberikan perhatian yang lebih terhadap anaknya, termasuk kebutuhan akan pelayanan kesehatan. Peningkatan usia ibu mungkin saja diikuti dengan bertambahnya jumlah anak dan meningkatkan kesibukan akan mempengaruhi motivasi dan mengurangi ketersediaan waktu bagi ibu untuk memberikan pelayanan kesehatan terhadap anaknya.

Sosialisasi program kesehatan keluarga dan program imunisasi kepada masyarakat diharapkan dapat memberikan motivasi dalam meningkatkan

kelengkapan imunisasi sebelum berusia 1 tahun dimasa yang akan datang. Upaya penyuluhan kesehatan sangat diperlukan bagi ibu.

G. Referensi

- Indonesia, K. K. (2024). *Profil Kesehatan Indonesia 2023*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemenkes. (2016). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*. Jakarta: 2016.
- Kemenkes. (2024). *Buku Panduan pekan Imunisasi Dunia Tahun 2024*. Jakarta: Kemenkes.
- Kesehatan, P. P. (2014). *Buku Ajar Imunisasi*. Jakarta: Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan.
- Ratih Septiana Arpen, N. H. (2020). Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pemberian Imunisasi Dasar Lengkap pada Bayi. *MAternal Child Health Care*, 795-807.
- RI, K. (2016). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- RI, K. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi*. Jakarta: Kemenkes RI.
- RI, K. K. (2024). *Profil Kesehatan Indonesia 2023*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Septi Dewi Rachmawati, W. B. (2019). *Pedoman Praktis Imunisasi Pada Anak*. Malang: UB Press.
- Simatupang, M. (2020). FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI IBU TERHADAP STATUS IMUNISASI DASAR PADA BAYI USIA 12-24 BULAN DI DESA NAULI KECAMATAN SIGUMPAR KABUPATEN TOBA SAMOSIR TAHUN 2019. *Gentle Birth*, 33-45.

CHAPTER 10

PENGUATAN SISTEM KESEHATAN KOMUNITAS MELALUI PELATIHAN DAN PEMBERDAYAAN BIDAN LOKAL

Luluk Yuliati, S.SiT., MPH.

A. Pendahuluan/Prolog

Penguatan sistem kesehatan komunitas merupakan langkah strategis dalam meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan, terutama di daerah yang kurang terlayani. Dalam konteks ini, peran bidan lokal menjadi sangat krusial, karena mereka tidak hanya berfungsi sebagai penyedia layanan kesehatan reproduksi, tetapi juga sebagai agen perubahan yang dapat memberdayakan masyarakat dalam menjaga kesehatan mereka (Carbonell et al., 2024). Melalui pelatihan dan pemberdayaan, bidan lokal dapat meningkatkan kapasitas mereka untuk memberikan layanan yang lebih baik dan responsif terhadap kebutuhan komunitas (Turan et al., 2008).

Hasil kajian menunjukkan bahwa bidan yang terlatih dengan baik memiliki kemampuan yang lebih baik dalam memberikan perawatan antenatal, persalinan, dan pascapersalinan, serta layanan kesehatan reproduksi lainnya (Banks and Norman, 2001). Hal ini sangat penting, terutama di negara-negara dengan tingkat kematian ibu dan bayi yang tinggi, di mana kehadiran bidan yang terlatih dapat menyelamatkan nyawa. Adaptasi sistem kesehatan oleh bidan lokal juga menjadi fokus penting dalam konteks krisis kemanusiaan, di mana mereka telah menunjukkan kemampuan untuk beradaptasi dengan berbagai tantangan, termasuk pandemi COVID-19 dan bencana alam (Alonso et al., 2021).

Bidan mampu menyesuaikan praktik mereka dengan pedoman yang ada, sehingga tetap dapat memberikan layanan yang diperlukan oleh masyarakat (Scott, 2020). Ini menunjukkan fleksibilitas dan ketahanan bidan dalam menghadapi situasi yang tidak terduga (Molnar-Szakacs, Ddin and Heffernan, 2021). Pelatihan yang tepat dan berkelanjutan sangat penting untuk memastikan bahwa bidan lokal memiliki pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk menghadapi tantangan ini (Bradfield et al., 2019). Program pelatihan yang dirancang dengan baik tidak hanya meningkatkan keterampilan teknis, tetapi juga membekali bidan dengan kemampuan untuk berkomunikasi dan berinteraksi dengan komunitas (Reingold, Barbosa and Mishori, 2020).

Pemberdayaan bidan lokal juga mencakup penguatan peran mereka dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan masyarakat (Jolivet et al., 2020). Dengan melibatkan bidan dalam perencanaan dan implementasi program kesehatan, mereka dapat memberikan perspektif yang berharga berdasarkan pengalaman langsung mereka di lapangan (Feijoo-Iglesias et al., 2021). Ini tidak hanya meningkatkan efektivitas program, tetapi juga memastikan bahwa layanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan dan konteks lokal (Herawati et al., 2020).

Selain itu, penguatan sistem kesehatan komunitas melalui pelatihan dan pemberdayaan bidan lokal juga berkontribusi pada pencapaian tujuan pembangunan berkelanjutan (SDGs), khususnya dalam hal kesehatan dan kesejahteraan (Iguiniz-Romero and Guerra-Reyes, 2020). Dengan meningkatkan kapasitas bidan, kita dapat mengurangi angka kematian ibu dan bayi, serta meningkatkan kesehatan reproduksi secara keseluruhan. Hal ini merupakan langkah penting menuju masyarakat yang lebih sehat dan sejahtera (Pallangyo et al., 2020).

Dalam konteks global, pengalaman dari berbagai negara menunjukkan bahwa investasi dalam pelatihan dan pemberdayaan bidan lokal dapat memberikan hasil yang signifikan (Jacobsen, Katon and Kantrowitz-Gordon, 2022). Negara-negara yang telah menerapkan program ini melaporkan peningkatan akses dan kualitas layanan kesehatan, serta pengurangan ketidaksetaraan dalam kesehatan. Oleh karena itu, penting bagi pemerintah dan pemangku kepentingan untuk mendukung inisiatif ini sebagai bagian dari strategi penguatan sistem kesehatan (Alnuaimi, 2021).

Dengan demikian, bab ini akan membahas lebih dalam mengenai pentingnya pelatihan dan pemberdayaan bidan lokal dalam penguatan sistem kesehatan komunitas. Bab ini akan mengeksplorasi berbagai model pelatihan yang efektif, tantangan yang dihadapi, serta strategi untuk meningkatkan keterlibatan bidan dalam pengambilan keputusan. Melalui pemahaman yang lebih baik tentang peran bidan lokal, diharapkan kita dapat menciptakan sistem kesehatan yang lebih responsif dan berkelanjutan.

B. Konsep Sistem Kesehatan di Komunitas

1. Definisi

Sistem kesehatan komunitas dapat didefinisikan sebagai rangkaian komponen yang saling terkait, yang dirancang untuk menyediakan layanan kesehatan kepada masyarakat di tingkat lokal secara efektif dan efisien. Sistem ini bertujuan untuk memperkuat akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas, mendorong partisipasi masyarakat dalam kesehatan, dan meningkatkan hasil

kesehatan secara keseluruhan, terutama bagi kelompok rentan seperti ibu, bayi, dan anak-anak (Anderson *et al.*, 2023).

Sistem kesehatan komunitas sering kali menjadi landasan dari sistem kesehatan nasional karena ia beroperasi di garis depan pelayanan kesehatan, menangani kebutuhan kesehatan primer, dan bertindak sebagai penghubung antara masyarakat dengan sistem kesehatan tingkat lebih tinggi (WHO, 2023b).

2. Elemen Sistem Kesehatan di Komunitas

a. Tata Kelola (*Governance*)

Tata kelola dalam sistem kesehatan komunitas mencakup kebijakan, peraturan, dan struktur organisasi yang mengatur cara sistem tersebut beroperasi. Tata kelola yang baik memastikan layanan kesehatan komunitas berjalan secara transparan, akuntabel, dan responsif terhadap kebutuhan lokal. Pemerintah dan pemangku kepentingan lainnya memainkan peran penting dalam menciptakan kebijakan yang mendukung keberlanjutan sistem kesehatan di tingkat komunitas (Anderson *et al.*, 2023).

b. Pembiayaan (*Financing*)

Pembiayaan yang cukup dan berkelanjutan adalah elemen penting dalam mendukung keberlanjutan layanan kesehatan komunitas. Ini mencakup alokasi dana dari pemerintah, donor internasional, dan sumber-sumber lokal untuk mendukung operasional layanan, pelatihan tenaga kesehatan, dan pengadaan fasilitas yang memadai. Sistem pembiayaan yang adil membantu memastikan akses yang merata terhadap layanan kesehatan (Anderson *et al.*, 2023).

c. Sumber Daya Manusia (*Human Resources*)

Sumber daya manusia, termasuk bidan, perawat, dan kader kesehatan, adalah komponen utama dalam sistem ini. Tenaga kesehatan di komunitas harus memiliki kompetensi yang memadai untuk memberikan layanan berkualitas. Pemberdayaan tenaga kesehatan, seperti pelatihan dan mentoring, sangat penting untuk meningkatkan kapasitas mereka dalam menghadapi tantangan di lapangan (Anderson *et al.*, 2023).

d. Informasi Kesehatan (*Health Information Systems*)

Sistem informasi kesehatan di komunitas digunakan untuk mengumpulkan, menganalisis, dan melaporkan data kesehatan. Data ini penting untuk mengidentifikasi kebutuhan kesehatan lokal, memonitor program kesehatan, dan mendukung pengambilan keputusan berbasis bukti. Dengan informasi yang akurat, intervensi kesehatan dapat lebih efektif (Anderson *et al.*, 2023).

e. Layanan Kesehatan (*Service Delivery*)

Pelayanan kesehatan komunitas berfokus pada pemberian layanan primer, seperti imunisasi, perawatan ibu hamil, persalinan, dan pengobatan penyakit

menular. Layanan ini harus mudah diakses, terjangkau, dan sesuai dengan kebutuhan budaya masyarakat lokal (Anderson *et al.*, 2023).

f. Akses terhadap Obat dan Teknologi (Access to Medicines and Technology)

Ketersediaan obat-obatan esensial dan teknologi medis yang sesuai adalah faktor pendukung yang kritis. Pengadaan yang terjamin dan distribusi yang merata membantu memastikan masyarakat mendapatkan layanan yang mereka butuhkan tanpa hambatan (WHO, 2021).

3. Hubungan Antara Kesehatan Komunitas dan Pembangunan Kesehatan Nasional

Kesehatan komunitas berperan sebagai fondasi dari pembangunan kesehatan nasional karena fokusnya pada pemberian layanan kesehatan primer dan preventif kepada masyarakat di tingkat lokal. Pendekatan ini memungkinkan deteksi dini, pengobatan tepat waktu, dan pencegahan berbagai masalah kesehatan yang lebih kompleks. Dengan demikian, sistem kesehatan komunitas yang kuat dapat menurunkan beban layanan sekunder dan tersier, sehingga mengoptimalkan sumber daya nasional dalam sektor kesehatan (McMahon *et al.*, 2020).

Pembangunan kesehatan nasional bergantung pada keberhasilan program kesehatan komunitas, terutama dalam mencakup populasi yang paling rentan. Dalam banyak kasus, masyarakat di daerah pedesaan dan terpencil memiliki akses terbatas ke layanan kesehatan tingkat lanjut. Sistem kesehatan komunitas menjadi solusi utama dengan menghadirkan layanan primer langsung ke wilayah tersebut. Hal ini terbukti efektif dalam meningkatkan angka cakupan imunisasi, perawatan ibu hamil, dan persalinan aman, yang secara langsung mendukung indikator kesehatan nasional (Azmat *et al.*, 2021).

Selain itu, kesehatan komunitas memainkan peran penting dalam mengurangi angka kematian ibu dan bayi, salah satu target utama dalam pembangunan kesehatan nasional. Dengan meningkatkan akses ke bidan lokal yang terlatih dan pemberdayaan tenaga kesehatan di komunitas, angka komplikasi kehamilan dapat ditangani lebih baik. Studi menunjukkan bahwa peningkatan jumlah tenaga kesehatan yang kompeten di komunitas secara signifikan berkorelasi dengan penurunan angka kematian maternal dan neonatal (WHO, 2023b).

Program kesehatan komunitas juga berfungsi sebagai platform untuk edukasi kesehatan masyarakat yang lebih luas. Melalui pendekatan berbasis komunitas, tenaga kesehatan dapat meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pola hidup sehat, pencegahan penyakit menular, dan pengelolaan penyakit tidak menular. Dampak kumulatif dari pendekatan ini tidak hanya meningkatkan hasil

kesehatan individu tetapi juga memperkuat produktivitas masyarakat, yang merupakan elemen penting dalam pembangunan nasional (WHO, 2023b).

Sistem kesehatan komunitas yang efektif juga dapat mengurangi disparitas kesehatan antarwilayah. Di negara berkembang, ketidaksetaraan dalam akses kesehatan sering kali menjadi hambatan utama untuk mencapai target nasional. Dengan mengintegrasikan kesehatan komunitas ke dalam strategi pembangunan kesehatan nasional, pemerintah dapat memastikan distribusi layanan kesehatan yang lebih merata. Ini sejalan dengan tujuan keberlanjutan global (Sustainable Development Goals/SDGs) untuk mencapai kesetaraan dalam kesehatan bagi semua (Anderson *et al.*, 2023).

Secara keseluruhan, hubungan antara kesehatan komunitas dan pembangunan kesehatan nasional bersifat sinergis. Kesehatan komunitas memperkuat pembangunan nasional dengan mengurangi beban penyakit, meningkatkan kualitas hidup, dan mendukung pertumbuhan ekonomi melalui populasi yang lebih sehat. Di sisi lain, pembangunan kesehatan nasional yang terencana memberikan sumber daya dan kebijakan yang mendukung penguatan layanan kesehatan di komunitas, menciptakan sistem yang saling memperkuat satu sama lain.

4. Peran Bidan sebagai Agen Perubahan dalam Kesehatan Komunitas

Bidan memainkan peran kunci dalam meningkatkan kesehatan komunitas, khususnya dalam konteks layanan kesehatan ibu, bayi, dan anak. Sebagai tenaga kesehatan garis depan, bidan tidak hanya bertugas memberikan perawatan klinis tetapi juga menjadi agen perubahan sosial yang mendukung penguatan sistem kesehatan di komunitas. Dengan keterampilan yang mencakup pelayanan klinis, edukasi, dan advokasi, bidan mampu mendorong transformasi kesehatan di tingkat lokal (Homer *et al.*, 2021).

Salah satu peran utama bidan adalah sebagai pemberi layanan kesehatan primer yang langsung berinteraksi dengan komunitas. Bidan memberikan pelayanan penting seperti pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan aman, imunisasi bayi, dan konsultasi kesehatan reproduksi. Melalui intervensi ini, bidan membantu menurunkan angka kematian ibu dan bayi serta meningkatkan kualitas hidup masyarakat, khususnya di daerah pedesaan yang jauh dari fasilitas kesehatan tingkat lanjut (WHO, 2023b).

Selain pelayanan langsung, bidan juga bertindak sebagai fasilitator edukasi kesehatan masyarakat. Mereka memberikan penyuluhan tentang gizi, perencanaan keluarga, dan pencegahan penyakit. Edukasi ini tidak hanya meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan, tetapi juga mendorong perubahan perilaku yang lebih sehat. Dengan komunikasi yang

efektif, bidan dapat menjembatani kesenjangan pengetahuan antara sistem kesehatan dan masyarakat (Carter, 2020).

Sebagai agen perubahan, bidan juga berperan dalam advokasi kebijakan kesehatan komunitas. Mereka dapat mengidentifikasi kebutuhan spesifik masyarakat dan menyuarakannya kepada pemangku kepentingan. Misalnya, bidan dapat mendukung kebijakan untuk meningkatkan akses air bersih, memperluas cakupan layanan kesehatan reproduksi, atau memperkuat sistem rujukan. Peran ini sangat penting dalam menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan komunitas secara berkelanjutan (WHO, 2023b).

Dalam banyak kasus, bidan juga menjadi penggerak utama pemberdayaan masyarakat, terutama perempuan. Dengan mendukung perempuan untuk memahami hak-hak mereka dalam kesehatan reproduksi, bidan berkontribusi pada peningkatan kesetaraan gender. Hal ini berdampak langsung pada pembangunan komunitas yang lebih inklusif dan berorientasi pada kesejahteraan keluarga secara keseluruhan (Anderson *et al.*, 2023).

Peran bidan sebagai agen perubahan tidak hanya terbatas pada tingkat individu tetapi juga mencakup peningkatan sistem kesehatan komunitas secara keseluruhan. Dengan keterlibatan dalam pelatihan tenaga kesehatan lokal, bidan membantu memperluas kapasitas layanan kesehatan. Mereka juga dapat menjadi mentor bagi bidan junior, memastikan transfer pengetahuan yang efektif dan berkelanjutan. Dalam jangka panjang, peran ini membantu menciptakan sistem kesehatan komunitas yang tangguh dan berdaya guna.

C. Pentingnya Pelatihan Bidan Lokal

Pelatihan bidan lokal merupakan elemen kunci dalam penguatan sistem kesehatan komunitas, terutama di daerah yang memiliki akses terbatas terhadap layanan kesehatan. Bidan lokal yang terlatih dengan baik dapat memberikan perawatan yang berkualitas dan responsif terhadap kebutuhan kesehatan masyarakat (Carbonell *et al.*, 2024). Pelatihan ini tidak hanya mencakup keterampilan teknis dalam perawatan kesehatan reproduksi, tetapi juga aspek komunikasi, manajemen, dan pemahaman tentang konteks sosial budaya di mana mereka bekerja (Bradfield *et al.*, 2019).

Salah satu alasan utama mengapa pelatihan bidan lokal sangat penting adalah untuk mengurangi angka kematian ibu dan bayi. Data menunjukkan bahwa kehadiran bidan terlatih selama proses persalinan dapat secara signifikan menurunkan risiko komplikasi dan kematian (Alonso *et al.*, 2021). Dalam situasi darurat, seperti bencana alam atau pandemi, bidan yang terlatih dapat beradaptasi dengan cepat dan efektif untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat

(Carter, 2020). Mereka dapat mengimplementasikan pedoman kesehatan yang sesuai dan menyesuaikan praktik mereka dengan kondisi lokal, sehingga memastikan bahwa layanan tetap tersedia dan berkualitas (Scott, 2020).

Pelatihan bidan lokal juga berkontribusi pada peningkatan kepercayaan masyarakat terhadap layanan kesehatan. Ketika bidan memiliki pengetahuan dan keterampilan yang memadai, mereka dapat memberikan informasi yang akurat dan mendidik masyarakat tentang kesehatan reproduksi dan perawatan antenatal (Jolivet *et al.*, 2020). Hal ini penting untuk membangun hubungan yang baik antara bidan dan komunitas, yang pada gilirannya dapat meningkatkan partisipasi masyarakat dalam program kesehatan (Reingold, Barbosa and Mishori, 2020).

Selain itu, pelatihan yang berkelanjutan memungkinkan bidan untuk tetap up-to-date dengan praktik terbaik dan inovasi dalam bidang kesehatan. Dengan mengikuti perkembangan terbaru dalam ilmu kesehatan, bidan dapat menerapkan metode yang lebih efektif dan efisien dalam memberikan layanan. Ini juga mencakup pelatihan dalam penggunaan teknologi baru, seperti telemedicine, yang semakin relevan dalam konteks pandemi dan keterbatasan mobilitas (Iguiniz-Romero and Guerra-Reyes, 2020).

Pentingnya pelatihan bidan lokal juga terlihat dalam konteks penguatan sistem kesehatan secara keseluruhan. Bidan yang terlatih dapat berperan sebagai penghubung antara masyarakat dan sistem kesehatan formal, membantu mengidentifikasi kebutuhan kesehatan lokal dan menyampaikan informasi penting kepada pemangku kepentingan (Feijoo-Iglesias *et al.*, 2021). Dengan demikian, mereka tidak hanya berfungsi sebagai penyedia layanan, tetapi juga sebagai agen perubahan yang dapat mempengaruhi kebijakan kesehatan di tingkat komunitas.

Dalam rangka mencapai tujuan pembangunan berkelanjutan (SDGs), investasi dalam pelatihan bidan lokal menjadi semakin mendesak. Dengan meningkatkan kapasitas bidan, kita dapat memastikan bahwa layanan kesehatan reproduksi yang berkualitas dapat diakses oleh semua lapisan masyarakat, terutama kelompok yang paling rentan (Pallangyo *et al.*, 2020). Oleh karena itu, dukungan dari pemerintah dan organisasi internasional sangat penting untuk mengembangkan program pelatihan yang efektif dan berkelanjutan (Carbonell *et al.*, 2024).

Secara keseluruhan, pelatihan bidan lokal adalah investasi yang sangat penting untuk meningkatkan kesehatan masyarakat dan memperkuat sistem kesehatan komunitas. Dengan memberikan pelatihan yang tepat, kita dapat memberdayakan bidan untuk memberikan layanan yang lebih baik, meningkatkan kepercayaan masyarakat, dan berkontribusi pada pencapaian kesehatan yang lebih baik bagi semua.

D. Strategi Pemberdayaan Bidan Lokal

1. Implementasi Prinsip Pemberdayaan

Pemberdayaan bidan lokal berlandaskan pada prinsip partisipasi aktif dalam perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan komunitas. Partisipasi ini mencakup pengambilan keputusan bersama masyarakat dan pemangku kepentingan, sehingga layanan yang diberikan lebih relevan dengan kebutuhan lokal. Beberapa prinsip pemberdayaan yang dapat diterapkan diantaranya adalah sebagai berikut:

a. Prinsip Partisipasi

Partisipasi adalah landasan utama dalam pemberdayaan bidan lokal. Partisipasi melibatkan keterlibatan aktif bidan dalam proses pengambilan keputusan terkait perencanaan, implementasi, dan evaluasi program kesehatan komunitas. Dalam konteks ini, bidan tidak hanya bertindak sebagai pelaksana kebijakan tetapi juga sebagai mitra strategis yang memahami kebutuhan masyarakat lokal. Pendekatan ini memungkinkan program kesehatan menjadi lebih relevan, responsif, dan berkelanjutan (Anderson *et al.*, 2023).

Bidan yang diberdayakan melalui partisipasi juga berkontribusi pada peningkatan hubungan antara tenaga kesehatan dan komunitas. Ketika masyarakat merasa dilibatkan, mereka lebih cenderung mendukung program kesehatan yang ada, seperti peningkatan cakupan imunisasi, pencegahan komplikasi kehamilan, dan penerimaan program keluarga berencana. Hal ini menjadi faktor penting dalam menciptakan sistem kesehatan berbasis komunitas yang inklusif dan berorientasi pada kebutuhan lokal (Carbonell *et al.*, 2024).

b. Prinsip Kepemimpinan

Kepemimpinan adalah kemampuan bidan untuk memengaruhi dan memotivasi masyarakat serta tenaga kesehatan lainnya menuju tujuan kesehatan bersama. Sebagai pemimpin dalam komunitas, bidan memiliki tanggung jawab untuk mengedukasi, memfasilitasi diskusi kesehatan, dan menginisiasi tindakan yang mendukung kesehatan ibu, bayi, dan anak. Peran ini sangat penting dalam situasi di mana akses terhadap fasilitas kesehatan terbatas, seperti di daerah pedesaan atau saat terjadi bencana (Carbonell *et al.*, 2024).

Kepemimpinan bidan juga terlihat dalam kemampuan mereka untuk menjadi advokat perubahan. Mereka dapat menyuarakan kebutuhan masyarakat kepada pembuat kebijakan atau pemerintah lokal untuk memastikan layanan kesehatan yang memadai. Contohnya, bidan dapat mendukung pengadaan

alat pelindung diri (APD) selama pandemi COVID-19 atau mendorong kebijakan peningkatan kesejahteraan bidan melalui pengakuan otonomi praktik mereka (Anderson *et al.*, 2023).

c. Prinsip Kemandirian

Kemandirian adalah kemampuan bidan untuk mengambil keputusan dan bertindak secara mandiri dalam memberikan layanan kesehatan yang berkualitas. Prinsip ini memungkinkan bidan untuk mengelola tantangan di lapangan, seperti kurangnya sumber daya atau kebutuhan medis yang mendesak. Dalam situasi darurat, misalnya, bidan sering kali harus memanfaatkan keterampilan mereka untuk memberikan perawatan terbaik tanpa bimbingan langsung dari dokter atau fasilitas tingkat lanjut (Carbonell *et al.*, 2024).

Prinsip kemandirian juga mencakup kemampuan bidan untuk beradaptasi dengan kebutuhan komunitas yang beragam. Misalnya, bidan di daerah rawan bencana dapat dilatih untuk menangani persalinan di tempat darurat atau memberikan layanan kontrasepsi di tengah keterbatasan logistik. Pendekatan ini memastikan bahwa bidan dapat tetap memberikan layanan yang kritis bagi kesehatan masyarakat, bahkan di tengah situasi yang penuh tantangan (Anderson *et al.*, 2023).

2. Program-program pemberdayaan berbasis komunitas.

Program pemberdayaan berbasis komunitas adalah inisiatif yang dirancang untuk meningkatkan kapasitas bidan lokal melalui pendekatan yang berfokus pada kebutuhan dan potensi masyarakat. Tujuan utama program ini adalah memastikan bidan memiliki keterampilan, pengetahuan, dan sumber daya yang sesuai untuk memberikan layanan kesehatan yang relevan, terjangkau, dan berbasis bukti. Pendekatan berbasis komunitas memungkinkan program menjadi lebih kontekstual dan berkelanjutan karena melibatkan partisipasi aktif masyarakat lokal sebagai mitra utama. Beberapa program berbasis komunitas yang diterapkan di Indonesia antara lain sebagai berikut:

a. Manajemen Komplikasi dalam Kondisi Terbatas

Di daerah dengan fasilitas kesehatan yang minim, pelatihan berbasis konteks lokal membekali bidan dengan keterampilan manajemen komplikasi kehamilan dan persalinan menggunakan sumber daya terbatas. Contohnya:

- 1) Pelatihan tentang teknik stabilisasi perdarahan postpartum sebelum rujukan.
- 2) Pemanfaatan alat sederhana seperti *Non-pneumatic Anti-Shock Garment* (NASG) untuk menangani syok hipovolemik.
- 3) Manajemen persalinan dengan teknik aseptik di lokasi darurat.

Pelatihan ini memberikan bidan kepercayaan diri untuk menangani situasi kritis yang sering terjadi di komunitas pedesaan atau terpencil, di mana akses ke rumah sakit rujukan memerlukan waktu lama (Anderson *et al.*, 2023).

b. Edukasi tentang Penyakit Endemik dan Pencegahannya

Di beberapa wilayah di Indonesia, penyakit endemik seperti malaria, tuberkulosis, atau HIV/AIDS menjadi tantangan utama. Pelatihan berbasis konteks lokal melibatkan edukasi tentang deteksi dini, pencegahan, dan pengelolaan penyakit ini, misalnya:

- 1) Identifikasi gejala malaria pada ibu hamil dan bayi baru lahir, serta pengobatan dengan antimalaria yang aman.
- 2) Penggunaan alat diagnostik sederhana untuk skrining tuberkulosis di komunitas.
- 3) Edukasi masyarakat tentang pencegahan HIV melalui konseling berbasis budaya dan agama setempat.

Pelatihan ini memastikan bidan memiliki keterampilan untuk menghadapi pola penyakit yang unik di wilayah tugas mereka, sekaligus menjadi agen edukasi bagi masyarakat (Carbonell *et al.*, 2024).

c. Pelatihan Berbasis Budaya Lokal

Budaya lokal memainkan peran penting dalam penerimaan masyarakat terhadap layanan kesehatan. Oleh karena itu, pelatihan berbasis konteks lokal mencakup pemahaman mendalam tentang nilai-nilai budaya setempat. Contohnya:

- 1) Pelatihan bagi bidan tentang cara memberikan konseling yang menghormati tradisi dan kepercayaan masyarakat.
- 2) Strategi komunikasi untuk mendekati tokoh adat atau agama dalam mendukung program kesehatan ibu dan anak.
- 3) Pendekatan yang berbasis gender untuk meningkatkan partisipasi suami dalam perawatan kesehatan istri selama kehamilan.

Pelatihan semacam ini memastikan bahwa bidan dapat memberikan layanan yang tidak hanya berkualitas, tetapi juga diterima secara sosial (Carbonell *et al.*, 2024).

d. Pengembangan Kapasitas untuk Situasi Darurat

Indonesia, sebagai negara rawan bencana, membutuhkan bidan yang terlatih untuk menghadapi situasi darurat. Pelatihan berbasis konteks lokal di daerah rawan bencana mencakup:

- 1) Teknik evakuasi ibu hamil dan bayi baru lahir di lokasi terdampak.
- 2) Penyediaan layanan antenatal dan postnatal di tempat pengungsian.

- 3) Pengelolaan kesehatan reproduksi dalam situasi darurat, termasuk distribusi alat kontrasepsi dan perawatan kekerasan berbasis gender (Anderson *et al.*, 2023).

3. Kolaborasi antarstakeholder dalam pemberdayaan bidan lokal.

Kolaborasi antarstakeholder adalah kunci dalam memastikan keberhasilan pemberdayaan bidan lokal. Stakeholder yang terlibat meliputi pemerintah, lembaga non-pemerintah (NGO), organisasi profesi, komunitas lokal, sektor swasta, dan akademisi. Sinergi antara berbagai pihak ini memungkinkan terciptanya sistem pendukung yang komprehensif bagi bidan, mulai dari aspek kebijakan, pelatihan, hingga penyediaan sumber daya. Kolaborasi yang baik tidak hanya memperkuat peran bidan, tetapi juga meningkatkan efektivitas program kesehatan komunitas (WHO, 2023b).

a. Peran Pemerintah dalam Kolaborasi

Pemerintah memiliki peran sentral dalam mendukung pemberdayaan bidan lokal melalui kebijakan, regulasi, dan alokasi sumber daya.

- 1) Kebijakan dan Regulasi: Pemerintah menetapkan standar kompetensi bidan dan menyusun kebijakan untuk mendukung pelatihan berkelanjutan, seperti program Jampersal (Jaminan Persalinan) dan Tunjangan Daerah Terpencil (TDT).
- 2) Penyediaan Sumber Daya: Pemerintah bertanggung jawab menyediakan alat kesehatan, fasilitas pelatihan, dan insentif finansial bagi bidan yang bekerja di daerah terpencil.
- 3) Monitoring dan Evaluasi: Pemerintah melalui dinas kesehatan memastikan program pemberdayaan berjalan sesuai tujuan dan memberikan dampak positif di tingkat komunitas (Kemenkes, 2019).

b. Peran Lembaga Non-Pemerintah

Lembaga Non-Pemerintah sering kali menjadi mitra strategis dalam pemberdayaan bidan lokal, terutama di daerah yang memiliki keterbatasan akses layanan kesehatan. Beberapa peran strategis NGO dalam pemberdayaan bidan lokal diantaranya:

- 1) Pelatihan dan Edukasi: NGO seperti *Save the Children* dan *UNICEF* menyediakan pelatihan tambahan yang berfokus pada keterampilan klinis, manajemen kesehatan masyarakat, dan pendekatan berbasis budaya.
- 2) Dukungan Logistik: NGO membantu menyediakan alat kesehatan sederhana seperti doppler janin, kit persalinan, atau alat kontrasepsi.
- 3) Proyek Percontohan: Beberapa NGO menginisiasi proyek percontohan yang dapat menjadi model bagi pengembangan program kesehatan nasional, seperti mentorship berbasis fasilitas kesehatan (Carbonell *et al.*, 2024).

c. Peran Organisasi Profesi

Organisasi profesi seperti Ikatan Bidan Indonesia (IBI) memainkan peran penting dalam meningkatkan kompetensi dan pengakuan profesional bidan lokal.

- 1) Sertifikasi dan Standar Praktik: IBI bekerja sama dengan pemerintah untuk mengembangkan kurikulum pelatihan, sertifikasi kompetensi, dan pedoman praktik bidan.
- 2) Advokasi Kebijakan: IBI juga menjadi suara kolektif bidan dalam menyuarakan kebutuhan mereka kepada pemerintah, seperti peningkatan kesejahteraan dan akses pelatihan.
- 3) Penyelenggaraan Program Penghargaan: Program seperti Pemilihan Bidan Teladan yang diselenggarakan IBI memberikan motivasi kepada bidan untuk terus meningkatkan kualitas layanan mereka (RI, 2020).

d. Peran Komunitas Lokal

Komunitas lokal adalah mitra yang sangat penting dalam mendukung keberhasilan program kesehatan yang diinisiasi oleh bidan.

- 1) Partisipasi dalam Program Kesehatan: Masyarakat terlibat aktif dalam kegiatan seperti Posyandu, Desa Siaga, atau program P4K (Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi).
- 2) Dukungan Sosial: Tokoh masyarakat, seperti pemimpin adat atau agama, sering kali menjadi penggerak dalam mendorong penerimaan program kesehatan yang dipimpin oleh bidan.
- 3) Penghargaan Non-Finansial: Pengakuan sosial dari masyarakat, seperti apresiasi melalui acara desa, memberikan motivasi emosional yang besar bagi bidan untuk tetap melayani komunitas mereka (Anderson *et al.*, 2023).

e. Peran Sektor Swasta dan Akademisi

Sektor swasta dan akademisi juga berperan penting dalam pemberdayaan bidan lokal melalui inovasi dan penelitian.

- 1) Sektor Swasta: Perusahaan sering kali mendukung program kesehatan melalui Corporate Social Responsibility (CSR), misalnya dengan menyediakan kendaraan operasional atau peralatan medis bagi bidan.
- 2) Akademisi: Perguruan tinggi berkontribusi melalui penelitian dan evaluasi program pemberdayaan bidan, serta mengembangkan modul pelatihan berbasis bukti untuk meningkatkan kompetensi bidan.

4. Program Incentif dan Pengakuan

Incentif dan pengakuan merupakan elemen penting dalam mempertahankan motivasi bidan lokal, terutama mereka yang bekerja di daerah terpencil atau rawan bencana. Dengan memberikan penghargaan yang layak,

bidan dapat merasa dihargai atas kontribusi mereka, sehingga mendorong produktivitas dan meningkatkan kualitas layanan kesehatan komunitas. Pemerintah Indonesia telah menginisiasi beberapa program insentif untuk mendukung bidan, termasuk dalam bentuk finansial, pelatihan lanjutan, dan penghargaan profesional.

a. Insentif Finansial

Program insentif finansial adalah bentuk dukungan langsung bagi bidan lokal, terutama di daerah yang sulit dijangkau. Contoh program:

- 1) Tunjangan Daerah Terpencil (TDT): Pemerintah memberikan tunjangan tambahan bagi bidan yang bekerja di wilayah terpencil atau perbatasan. Insentif ini dirancang untuk meningkatkan minat bidan dalam melayani masyarakat yang memiliki keterbatasan akses kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2013).
- 2) Honorarium Kinerja: Bidan yang aktif dalam program nasional seperti Jampersal (Jaminan Persalinan) atau Program Indonesia Sehat mendapatkan honorarium tambahan berdasarkan kinerja mereka dalam memenuhi target cakupan pelayanan kesehatan ibu dan anak (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

b. Penghargaan dan Sertifikasi

Penghargaan formal juga diberikan untuk mengakui dedikasi bidan. Beberapa bentuk penghargaan ini adalah:

- 1) Penghargaan Bidan Teladan: Program ini dilaksanakan oleh Ikatan Bidan Indonesia (IBI) bekerja sama dengan Kementerian Kesehatan. Bidan yang menunjukkan kinerja luar biasa dalam meningkatkan kesehatan ibu dan anak di komunitas mereka menerima penghargaan di tingkat kabupaten, provinsi, hingga nasional.
- 2) Sertifikasi Kompetensi: Bidan yang mengikuti pelatihan lanjutan dan menunjukkan keahlian di bidang tertentu, seperti manajemen komplikasi obstetri atau kesehatan reproduksi, diberikan sertifikat yang diakui secara nasional. Sertifikasi ini tidak hanya meningkatkan kapasitas profesional bidan tetapi juga membuka peluang karier yang lebih luas.

c. Peluang Pengembangan Karier

Selain insentif langsung, pemerintah juga mendukung pemberdayaan bidan melalui peluang pengembangan karier:

- 1) Beasiswa Pendidikan: Bidan yang menunjukkan kinerja baik berkesempatan mendapatkan beasiswa untuk melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi, seperti D4 Kebidanan atau Magister Kesehatan Masyarakat.

Program ini bertujuan untuk meningkatkan kompetensi dan membuka akses bidan terhadap peran yang lebih strategis di sistem kesehatan.

- 2) Pelatihan Kepemimpinan: Bidan senior sering kali dilibatkan dalam pelatihan kepemimpinan untuk mempersiapkan mereka menjadi mentor bagi bidan junior atau kader kesehatan lainnya.
- d. Dampak Positif Program Insentif dan Pengakuan
 - 1) Peningkatan Retensi Bidan: Insentif finansial dan non-finansial telah meningkatkan keinginan bidan untuk tetap bekerja di daerah terpencil.
 - 2) Motivasi dan Kinerja: Bidan yang menerima penghargaan dan pengakuan merasa lebih dihargai, sehingga bekerja dengan lebih semangat untuk mencapai target layanan kesehatan.
 - 3) Peningkatan Kualitas Layanan: Program insentif yang diintegrasikan dengan pelatihan lanjutan memastikan bahwa bidan memiliki kompetensi yang terus diperbarui untuk memberikan layanan berkualitas.

E. Dampak Pelatihan dan Pemberdayaan terhadap Sistem Kesehatan Komunitas

1. Meningkatkan Kapasitas dan Kompetensi Bidan

Pelatihan dan pemberdayaan bidan lokal secara langsung meningkatkan kompetensi teknis mereka, terutama dalam layanan kesehatan ibu dan anak. Dengan pelatihan yang terfokus, bidan menjadi lebih terampil dalam:

- a. Melakukan pemeriksaan antenatal berbasis bukti untuk mendeteksi risiko komplikasi kehamilan seperti anemia, preeklampsia, dan diabetes gestasional.
- b. Memberikan edukasi kepada ibu hamil tentang pentingnya gizi, aktivitas fisik, dan kunjungan rutin ke fasilitas kesehatan.
- c. Menangani komplikasi persalinan dasar dengan aman, serta melakukan stabilisasi sebelum rujukan ke fasilitas kesehatan lanjutan (Anderson *et al.*, 2023).

Dengan kompetensi yang lebih baik, bidan mampu memberikan pelayanan berkualitas tinggi, sehingga mengurangi risiko kematian ibu dan bayi di komunitas mereka.

2. Peningkatan Cakupan dan Akses Layanan Kesehatan Ibu dan Anak

Pelatihan berbasis komunitas membuat bidan lebih siap untuk memberikan layanan kesehatan di daerah terpencil atau sulit dijangkau. Dampaknya adalah:

- a. Peningkatan Cakupan Antenatal Care (ANC): Lebih banyak ibu hamil mendapatkan akses pemeriksaan kehamilan minimal empat kali sesuai standar WHO.

- b. Peningkatan Imunisasi Bayi: Dengan pemberdayaan bidan, cakupan imunisasi dasar meningkat karena bidan berperan aktif dalam melibatkan keluarga dan masyarakat melalui kegiatan Posyandu.
- c. Layanan Persalinan Aman: Pemberdayaan bidan lokal memastikan lebih banyak ibu melahirkan di bawah pengawasan tenaga kesehatan terlatih, mengurangi risiko persalinan di rumah tanpa bantuan profesional (RI, 2020).

Dengan akses yang lebih baik, masyarakat merasa lebih percaya untuk memanfaatkan layanan kesehatan, sehingga indikator kesehatan ibu dan anak menunjukkan perbaikan yang signifikan.

3. Deteksi Dini dan Penanganan Komplikasi

Pelatihan yang menekankan pada deteksi dini dan penanganan komplikasi meningkatkan kemampuan bidan dalam mengidentifikasi risiko sebelum kondisi memburuk. Contohnya:

- a. Deteksi Risiko Kehamilan: Bidan yang terlatih dapat mendeteksi tanda-tanda preeklampsia, infeksi, atau anemia, sehingga pasien segera dirujuk untuk perawatan lebih lanjut.
- b. Manajemen Darurat Neonatal: Pelatihan neonatal membantu bidan dalam menangani asfiksia, hipotermia, dan komplikasi lain pada bayi baru lahir.

Hal ini mengurangi angka morbiditas dan mortalitas maternal serta neonatal, yang sering menjadi indikator keberhasilan program kesehatan ibu dan anak (WHO, 2023a).

4. Meningkatkan Hubungan dengan Masyarakat

Bidan yang diberdayakan menjadi lebih percaya diri dalam memberikan edukasi kepada masyarakat. Hal ini memperkuat hubungan antara bidan dan komunitas, yang berdampak pada:

- a. Edukasi Gizi Ibu dan Anak: Meningkatkan pemahaman ibu tentang kebutuhan gizi selama kehamilan dan periode awal kehidupan bayi (1000 hari pertama kehidupan).
- b. Perubahan Perilaku Kesehatan: Ibu menjadi lebih sadar akan pentingnya kunjungan antenatal, perawatan pasca-persalinan, dan imunisasi, yang didukung oleh komunikasi efektif bidan dengan masyarakat.

Ketika masyarakat merasa dihargai dan didukung oleh bidan, mereka lebih cenderung memanfaatkan layanan kesehatan secara aktif, menciptakan perubahan perilaku kesehatan jangka panjang.

5. Pengurangan Angka Kematian Ibu dan Bayi

Efek kumulatif dari pelatihan dan pemberdayaan bidan lokal adalah penurunan angka kematian ibu dan bayi. Berdasarkan studi global, negara-negara yang berinvestasi dalam pemberdayaan bidan menunjukkan:

- a. Penurunan angka kematian ibu hingga 40% dengan meningkatkan cakupan layanan kesehatan maternal.
- b. Penurunan angka kematian bayi hingga 50% melalui perawatan neonatal dasar dan intervensi imunisasi (Anderson *et al.*, 2023).

Di Indonesia, intervensi serupa melalui program seperti Desa Siaga dan P4K telah memberikan hasil signifikan, terutama di wilayah pedesaan dan terpencil.

6. Dampak pada Penguatan Sistem Kesehatan Komunitas

Pelatihan dan pemberdayaan bidan lokal juga memperkuat sistem kesehatan komunitas secara keseluruhan dengan:

- a. Meningkatkan Ketahanan Sistem Kesehatan: Bidan yang terlatih dapat bertindak sebagai tulang punggung sistem kesehatan di komunitas, terutama selama krisis kesehatan atau bencana alam.
- b. Mendukung Program Nasional: Dengan keterampilan yang memadai, bidan mampu melaksanakan program nasional seperti imunisasi, keluarga berencana, dan pengendalian penyakit menular dengan lebih efektif (Carbonell *et al.*, 2024).

Bidan yang diberdayakan tidak hanya meningkatkan hasil kesehatan ibu dan anak tetapi juga berperan penting dalam keberhasilan program kesehatan nasional yang berbasis komunitas.

F. Tantangan dan Solusi dalam Implementasi

1. Tantangan dalam implementasi pelatihan bidan lokal

- a. Keterbatasan Sumber Daya Manusia

Banyak negara berpenghasilan rendah dan menengah mengalami kekurangan bidan terlatih, yang menghambat akses ke layanan kesehatan maternal dan neonatal yang berkualitas.

- b. Kurangnya Dukungan dan Mentoring

Bidan sering kali tidak mendapatkan dukungan yang memadai setelah pelatihan, yang dapat mengurangi kepercayaan diri dan kemampuan mereka dalam praktik klinis.

- c. Beban Kerja yang Tinggi

Bidan sering menghadapi beban kerja yang berlebihan, yang dapat mengganggu kemampuan mereka untuk menerapkan keterampilan yang telah dipelajari dalam pelatihan.

- d. Kendala Ekonomi dan Sosial

Masalah seperti gaji rendah, kurangnya pengakuan dalam hierarki medis, dan ketidakamanan transportasi dapat menjadi penghalang bagi bidan untuk berfungsi secara efektif.

2. Solusi dalam pelaksanaan pelatihan bidan lokal

a. Program Mentoring yang Terintegrasi

Implementasi program mentoring yang komprehensif dan terintegrasi ke dalam sistem kesehatan yang ada dapat membantu bidan mengembangkan keterampilan mereka secara berkelanjutan dan meningkatkan kepercayaan diri mereka.

b. Pelatihan Berbasis Keterampilan Praktis

Pelatihan yang menekankan pada keterampilan praktis dan situasi dunia nyata dapat meningkatkan kompetensi bidan. Ini termasuk pelatihan dalam manajemen persalinan dan penggunaan alat medis yang tepat.

c. Dukungan Manajerial

Melibatkan manajer dalam program pelatihan dan mentoring dapat membantu menciptakan lingkungan yang mendukung bagi bidan, sehingga mereka dapat berfungsi dengan lebih baik dalam peran mereka.

d. Peningkatan Kebijakan dan Pendanaan

Mendorong kebijakan yang mendukung pengembangan bidan dan meningkatkan pendanaan untuk program pelatihan dapat membantu mengatasi tantangan yang ada dan memastikan keberlanjutan program.

Dengan memahami tantangan dan solusi ini, kita dapat merancang program pelatihan yang lebih efektif untuk bidan lokal, yang pada gilirannya akan meningkatkan kualitas layanan kesehatan maternal dan neonatal.

G. Simpulan

Dalam upaya meningkatkan kompetensi bidan melalui pelatihan lokal, tantangan yang dihadapi sangat beragam, mulai dari keterbatasan sumber daya manusia hingga beban kerja yang tinggi. Banyak negara berpenghasilan rendah dan menengah mengalami kekurangan bidan terlatih, yang berdampak pada aksesibilitas layanan kesehatan maternal dan neonatal yang berkualitas. Selain itu, kurangnya dukungan dan mentoring setelah pelatihan dapat mengurangi kepercayaan diri bidan dalam praktik klinis mereka. Kendala ekonomi dan sosial, seperti gaji rendah dan kurangnya pengakuan dalam hierarki medis, juga menjadi penghalang yang signifikan bagi bidan untuk berfungsi secara optimal.

Untuk mengatasi tantangan ini, solusi yang efektif perlu diimplementasikan. Program mentoring yang terintegrasi dan pelatihan berbasis keterampilan praktis dapat membantu bidan mengembangkan kompetensi mereka secara berkelanjutan. Dukungan manajerial yang kuat dan kebijakan yang mendukung pengembangan bidan juga sangat penting untuk menciptakan lingkungan yang kondusif bagi mereka. Dengan mengatasi tantangan ini dan menerapkan solusi yang tepat, kita

dapat memastikan bahwa bidan lokal dapat memberikan layanan kesehatan yang berkualitas, yang pada akhirnya akan meningkatkan kesehatan ibu dan bayi di masyarakat.

H. Referensi

- Alnuaimi, K. (2021) 'Understanding Jordanian midwives' experiences of providing care during the COVID-19 pandemic crisis: a phenomenological study.', *Int. J. Community Based Nurs. Midwifery*, 9(3), pp. 238–250. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.30476/ijcbnm.2021.88793.1545>.
- Alonso, C. *et al.* (2021) 'Emergent change in a Mexican Midwifery Center Organization amidst the COVID-19 crisis', *Front. Sociol.*, 6, p. 611321. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.611321>.
- Anderson, R. *et al.* (2023) 'Strengthening quality in sexual, reproductive, maternal, and newborn health systems in low- and middle-income countries through midwives and facility mentoring: an integrative review', *BMC Pregnancy Childbirth*, (23), p. 712. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12884-023-06027-0>.
- Azmat, S.K. *et al.* (2021) 'Scoping review on the impact of outbreaks on sexual and reproductive health services: proposed frameworks for pre-, intra-, and postoutbreak situations', *Biomed. Res. Int.*, p. 9989478. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.1155/2021/9989478>.
- Banks, A.L. and Norman, L.G. (2001) 'Emergency maternity homes', *Public Health*, 54(10), pp. 179–182. Available at: [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0033-3506\(40\)80174-1](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0033-3506(40)80174-1).
- Bradfield, Z. *et al.* (2019) 'Midwives "with woman" in the private obstetric model: where divergent philosophies meet', *Women Birth J. Aust. Coll. Midwives*, 32(2), pp. 157–167. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.013>.
- Carbonell, S.E.K. *et al.* (2024) 'Midwifery services during humanitarian crises: A scoping review', *International Journal of Midwifery*, (136), p. 104065. Available at: <https://doi.org/doi:10.1016/j.midw.2024.104065>.
- Carter, N. (2020) 'Running maternity services during the coronavirus pandemic: keep calm and don't forget the woman!', *AIMS J.*, 32(3), pp. 28–31. Available at: <https://doi.org/https://www.aims.org.uk/pdfs/journal/884>.
- Feijoo-Iglesias, M.B. *et al.* (2021) 'Alta precoz y visita domiciliaria puerperal durante la pandemia por la COVID-19 en el Hospital Universitario La Paz (Madrid)', *Rev. esp. Salud Pública*, 95(18). Available at: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8069475>.
- Herawati, D. *et al.* (2020) 'Family Planning Services by Midwifery of Private Midwifery

- Practice in Yogyakarta During the Pandemic Period Of Covid-19', *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 11(2). Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.26553/jikm.2020.11.2.123-135>.
- Homer, C.S.E. *et al.* (2021) 'The impact of planning for COVID-19 on private practising midwives in Australia', *Women Birth*, 34(1), pp. e32–e37. Available at: <https://doi.org/e32-e37>.
- Iguiniz-Romero, R. and Guerra-Reyes, L. (2020) 'On the front line: health professionals and system preparedness for Zika virus in Peru', *Int. J. Gynecol. Obstet.*, (148), pp. 45–54. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/ijgo.13047>.
- Jacobsen, K.E., Katon, J.G. and Kantrowitz-Gordon, I. (2022) 'Midwifery in the Time of COVID-19: An Exploratory Study from the Perspectives of Community Midwives', *Women's Health Issues*, 32(6), pp. 564–570. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.whi.2022.06.009>.
- Jolivet, R.R. *et al.* (2020) 'Upholding rights under COVID-19: the respectful maternity care charter', *Health Hum. Rights*, 22(1), pp. 391–394. Available at: <https://doi.org/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7348430/>.
- Kemenkes, R. (2019) 'PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 4 TAHUN 2019 TENTANG STANDAR TEKNIS PEMENUHAN MUTU PELAYANAN DASAR PADA STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN'. Indonesia, pp. 1–139.
- Kementerian Kesehatan RI (2013) *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2013 tentang Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan*. Available at: <https://peraturan.bpk.go.id/Details/172107/permenkes-no-9-tahun-2013>.
- Kementerian Kesehatan RI (2022) *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 41 Tahun 2022 tentang Pelaksanaan Pemberian Tunjangan Kinerja bagi Pegawai di Lingkungan Kementerian Kesehatan*. Available at: <https://peraturan.bpk.go.id/Details/245560/permenkes-no-41-tahun-2022>.
- McMahon, M. *et al.* (2020) 'Informing Canada's health system response to COVID-19: priorities for health services and policy research', *Healthc. Policy*, 16(1), pp. 1–27. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.12927/hcpol.2020.26249>.
- Molnar-Szakacs, I., Ddin, L.Q. and Heffernan, M.B. (2021) 'The face behind the mask: the future of interpersonal interaction', *Neuron*, 109(12), pp. 1918–1920. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.neuron.2021.05.030>.
- Pallangyo, E. *et al.* (2020) 'The impact of covid-19 on midwives' practice in Kenya,

- Uganda and Tanzania: a reflective account', *Midwifery*, 89(Oktober), p. 102775. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102775>.
- Reingold, R.B., Barbosa, I. and Mishori, R. (2020) 'Respectful maternity care in the context of COVID-19: a human rights perspective', *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 151(3), pp. 319–321. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/ijgo.13376>.
- RI, K. (2020) *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 320 Tahun 2020 tentang Standar Profesi Bidan*. Jakarta.
- Scott, M. (2020) 'Queenstown midwives and mothers improvise as covid closes maternity unit', *Aotearoa New Zealand midwife*, (96), pp. 34–36. Available at: https://natlib.govt.nz/records/44108807?search%5Bi%5D%5Bis_catalog_record%5D=true&search%5Bi%5D%5Bsubject%5D%5B%5D=Epidemics+--+&Prevention&search%5Bi%5D%5Bsubject%5D%5B%5D=Maternal+health+services&search%5Bpath%5D=items.
- Turan, J.M. *et al.* (2008) 'Effects of HIV/AIDS on maternity care providers in Kenya', *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.*, 37(5), pp. 588–595. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00281.x>.
- WHO (2023a) *Maternal Mortality*. Maternal Mortality. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
- WHO (2023b) *The Network for Improving Quality of Care for Maternal, Newborn and Child Health (Quality of Care Network)*. Geneva, Switzerland. Available at: <https://www.who.int/groups/Quality-of-care-network#:~:text=of Care Network>.

I. Glosarium

- ANC = Antenatal Care (ANC)
- EBP = Evidence-Based Practice
- SDGs = Sustainable Development Goals (SDGs)
- TDT = Tunjangan Daerah Terpencil

PROFIL PENULIS



Bdn. Siti Nurkhasanah, SST., M.Keb., CH., Lahir di desa Sumber Sari, Pasir Pengaraian, Rpkhan Hulu, Riau pada tanggal 27 Maret 1987. Lahir dari dua bersaudara, dari Ayah H. Sukatno SPd, dan Ibu Hj. Siti Mariyatun, adek dari saudara kandung Abangnda Nugroho Noto Susanto, S.IP, M.Si, dan isteri dari Zhuhri, ST, serta ibu dari dua orang puteri yang bernama Mishyari Mecca Almahira dan Maudy Medina Althafunnisa. Penulis menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan di Universitas Muhammadiyah Klaten, Jawa Tengah, kemudian menempuh D-IV Kebidanan di Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta, dilanjutkan menempuh S-2 Ilmu Kebidanan di Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang, dan menyelesaikan Pendidikan Profesi Bidan di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pasir Pengaraian. Mengawali karir, pernah mengajar di Prodi Kebidanan Universitas Prima Nusantara Bukittinggi Tahun 2010-2017, setelah itu mengajar di Prodi Kebidanan di Institut Al Insyirah Pekanbaru Tahun 2017-2019, dan selanjutnya mengajar di Prodi Kebidanan FMIPAkes Universitas Muhammadiyah Riau Tahun 2019-2021, saat ini penulis aktif mengajar di Prodi Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pasir Pengaraian sejak 2022 hingga sekarang. Penulis juga merupakan praktisi komplementer kebidanan dan aktif mengikuti seminar, lokakarya dan pelatihan di bidang komplementer baik sebagai peserta, fasilitator atau narasumber, juga pernah menjadi founder Klinik Mom Baby Kids SPA UMMA NEO di Pekanbaru. Penulis juga sudah melakukan beberapa penelitian dan pengabdian masyarakat tentang komplementer kebidanan, perkembangan inovasi kebidanan terbaru untuk menunjang penulis dalam menulis buku Kebidanan dan Kesehatan Komunitas ini. Buku terbaru yang sudah penulis tulis adalah Buku Ajar Terapi Komplementer Dalam Praktik Kebidanan terbit 2023, Evidence Based Dalam Praktik Kebidanan, Sabar Menanti Buah Hati – Testimoni Penulis 8 Tahun Menanti Buah Hati dengan JSR, Bunga Di Jalan Kesuksesan.

Jika ingin menghubungi penulis di : nurhasanahzhuhri@gmail.com

PROFIL PENULIS



Masdi Janiarli, SST., M.Kes., lahir di Batas, pada 14 Januari 1990. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu DIII Kebidanan di Akademi Kebidanan Kholisaturrahmi Binjai, DIV Bidan Pendidik di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Respati Yogyakarta dan S2 Kesehatan Reproduksi di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Respati Indonesia Jakarta. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2012 di Akademi Kebidanan Umi Bagan Batu. Saat ini penulis bekerja di Universitas Pasir Pengaraian mengampu mata kuliah Komunikasi dan Konseling dalam Praktik Kebidanan, Kebijakan dalam Pelayanan Kebidanan dan Pelayanan Kebidanan dalam Sistem Pelayanan Kesehatan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar dan kegiatan penunjang lainnya. Penulis juga sebagai TUTOR di Universitas Terbuka. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: masdijaniarli@gmail.com.



Alyxia Gita Stellata, S.Tr.Keb., M.Keb., Penulis yang akrab disapa "Aly" merupakan wanita kelahiran Bengkulu, 15 September 1997. Penulis adalah dosen muda di prodi D3 Kebidanan Bukittinggi, Kemenkes Poltekkes Padang. Penulis sudah pernah menerbitkan beberapa buku fiksi secara solo dan antologi. Buku pertamanya adalah buku antologi cerpen tunggal (Ada Salam dari Telur Penyu – 2016) dan novel (Kids Zaman Old – 2019). Penulis juga aktif dalam organisasi dan perlombaan debat baik inggris maupun bahasa Indonesia, perlombaan KTI, Duta Bahasa 2015, Duta Mahasiswa GenRe 2016, dan Duta Zetizen 2017 serta penulis juga pernah didapuk menjadi salah satu jurnalis dalam Warta BKKBN Provinsi Bengkulu. Penulis juga aktif mengikuti kegiatan penelitian di kampusnya melalui ajang Penelitian Kreatifitas Mahasiswa (PKM) dengan concern menerbitkan artikel hasil penelitian dijurnal bereputasi dan dijenjang S2 ini tergabung dalam payung penelitian dosen di bidang digital health. Penulis saat ini sangat fokus untuk mempublikasikan jurnal ilmiah hasil penelitian yang telah dilakukan. "Tiada kata lelah untuk berkarya", itu adalah salah satu motto hidupnya.



PROFIL PENULIS



Eka Rati Astuti, SST., M.Keb., Lahir di Jakarta, 17 Oktober 1988. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang DIII pada Program Studi Kebidanan, Universitas Sebelas Maret. Kemudian melanjutkan pendidikan DIV Kebidanan pada Universitas Sebelas Maret. Menyelesaikan S2 Kebidanan di Stikes 'Aisyiyah Yogyakarta. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2014 di Akademi Kebidanan Manna Bengkulu Selatan sebagai ketua PPM, PJ Kemahasiswaan, dan Kaprodi. Saat ini penulis bekerja di Poltekkes Kemenkes Gorontalo mengampu mata kuliah Promosi Kesehatan, Anatomi Fisiologi, dan Keterampilan Dasar Kebidanan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi jurnal nasional terakreditasi, dan mengikuti seminar/ pelatihan/ workshop. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: ratiastuti10@gmail.com

Motto: "Cintai Dirimu maka Engkau Bisa Mencintai Orang Lain"

Zulfita, S.Si.T., M.Biomed., Lahir di Padang, 23 Juni 1974. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang D IV pada Poltekkes Padang. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Andalas dan lulus tahun pada tahun 2014. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1994 sebagai Bidan PTT, tahun 1997 bekerja di RSB Annisa Padang dan tahun 1998 bekerja di Klinik Bersalin Anggrek. Sejak tahun 2001 sampai saat ini penulis bekerja di Universitas Mercubaktijaya mengampu mata kuliah persalinan, kebencanaan, Komplementer ibu. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, dll. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: zulfita2606@gmail.com

Motto: ""**Berani bermimpi, berani mewujudkannya.**"

PROFIL PENULIS



Fransisca Retno Asih, SST., M.Keb., Lahir di Banyuwangi, 15 Juni 1990. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang D4 pada Program Studi Diploma IV Bidan Pendidik, Universitas Sebelas Maret Surakarta tahun 2015. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Program Studi Magister Kebidanan, Universitas Padjadjaran dan lulus pada tahun 2020. Riwayat pekerjaan sebagai pendidik diawali pada tahun 2015 setelah lulus D4 di Akademi Kebidanan Griya Husada hingga saat ini bekerja sebagai dosen kebidanan di STIKES Banyuwangi. Sebagai dosen, saat ini penulis mengampu mata kuliah Asuhan Kehamilan, Asuhan Persalinan, Asuhan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal, Obstetri, Asuhan Komplementer, Evidence Based Practice in Midwifery, Metode Penelitian, dan Biostatistik. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridarma Perguruan Tinggi yaitu sebagai pengajar, peneliti, author publikasi, editor jurnal, reviewer, penulis buku, pembimbing program kreativitas mahasiswa, narasumber seminar, kegiatan pengabdian masyarakat, organisasi, dan kegiatan lainnya. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: fransisca.ra@stikesbanyuwangi.ac.id

Motto: "Lakukan seperti untuk Tuhan dan bukan untuk manusia"



Tatarini Ika Pipitcahyani, SST., M.Kes., Penulis lahir di Surabaya pada bulan Desember 1980. Penulis bekerja sebagai salah satu dosen di Prodi Sarjana Terapan Kebidanan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Surabaya. Penulis menempuh Pendidikan D3 Kebidanan Poltekkes Kemenkes Surabaya pada tahun 2002, kemudian melanjutkan Pendidikan D4 di STIKES INSAN UNGGUL Surabaya lulus pada tahun 2005. Kemudian melanjutkan Pendidikan di Universitas Diponegoro dengan mengambil Program Magister di Fakultas Ilmu Kesehatan dengan Peminatan Kajian Kesehatan Reproduksi/HIV-AIDS dan berhasil menyelesaikan studi pada tahun 2011. Penulis pernah menjadi salah satu tim penulis dalam buku Mutu Pelayanan Kesehatan pada tahun 2013. Penulis pertama kali mengawali karir sebagai Bidan di RS Marinir Surabaya pada tahun 2002-2003, pada tahun 2003-2006 penulis bekerja di Prodi Kebidanan Universitas PGRI Adi Buana Surabaya sebagai dosen, pada tahun 2006-2015 penulis bekerja sebagai dosen di Prodi Kebidanan Malang Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang dan pada tahun 2015-sekarang sebagai dosen di Prodi Sarjana Terapan Kebidanan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Surabaya. Penulis juga merupakan salah satu tim dalam pembuatan buku ajar dan telah menerbitkan beberapa buku ajar, selain itu juga sebagai reviewer eksternal pada Jurnal Ilmu Kebidanan Prodi Kebidanan STIKES Al-Insyirah Pekanbaru. Email penulis: tatira.cahyani.2015@gmail.com.

PROFIL PENULIS



Maya Febriyanti, SST., M.Kes. Menyelesaikan pendidikan D III di Akademi Kebidanan Al-Ikhlas Cisarua Bogor. Penulis melanjutkan pendidikan D IV Bidan Pendidik di Universitas Respati Indonesia Jakarta, kemudian penulis melanjutkan pendidikan S2 Kesehatan Masyarakat dengan Peminatan Kesehatan Reproduksi di Universitas Respati Indonesia Jakarta. Sejak tahun 2016 penulis mulai aktif mengajar sebagai dosen bidan dan saat ini penulis aktif mengajar di Akademi Kebidanan Harapan Bunda Bima. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta artikel pada jurnal nasional. Hal ini dilakukan dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara. Email penulis : mfebribima@gmail.com



Luluk Yuliati, S.Si.T., MPH Lahir di Bojonegoro Jawa Timur. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang DIV pada Program Studi Bidan Pendidik, STIKES Ngudi Waluyo Ungaran Tahun 2008. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Sebelas Maret Surakarta dan lulus pada tahun 2016. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2008 di Akademi Kebidanan Mandiri Gresik. Saat ini penulis bekerja di STIKes Bakti Utama Pati mengampu mata kuliah Asuhan Kebidanan pada Keluarga dan Masyarakat. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis 3 buku ajar, 6 Book Chapter, beberapa publikasi di jurnal ilmiah hasil dari kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: lulukyuliati69@gmail.com.



Tri Puspa Kusumaningsih, S.S.T., M.Kes. Lahir di Banjarnegara, 19 Juni 1988. Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di Akademi Kebidanan Ngudi Waluyo Tahun 2009, D4 Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Semarang Prodi Kebidanan Magelang tahun 2010 dan S2 Program Studi Magister Epidemiologi, Konsentrasi Sains Terapan Kesehatan Minat Kebidanan Universitas Diponegoro Semarang tahun 2014. Saat ini bekerja sebagai Dosen Tetap di Institut Teknologi Bisnis dan Kesehatan Bhakti Putra Bangsa Indonesia, Prodi D3 Kebidanan. Penulis mengampu Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Pra Sekolah, Asuhan Kebidanan Komunitas. Selain itu aktif dalam melaksanakan tridarma perguruan tinggi diantaranya penulis buku, kegiatan pengabdian kepada masyarakat dan penelitian.
Motto: "Jadilah Pribadi yang Berkualitas, Cerdas, Pemaaf, Baik, dan Semangat Belajar Seumur Hidup". Penulis dapat dihubungi melalui email: tripuspakusuma@gmail.com

Sinopsis

Buku ini mengangkat berbagai aspek penting dalam kebidanan dan kesehatan komunitas, dengan tujuan memberikan pemahaman yang lebih luas mengenai peran bidan dalam meningkatkan kualitas hidup masyarakat. Buku ini menyajikan informasi yang komprehensif dan praktis tentang berbagai topik terkait kesehatan ibu, anak, dan keluarga dalam konteks komunitas.

Dimulai dengan pembahasan tentang Program Imunisasi untuk Bayi dan Anak di Komunitas, buku ini menunjukkan pentingnya imunisasi dalam mencegah penyakit menular dan mempromosikan kesehatan anak. Lanjut ke Keterlibatan Bidan dalam Tanggap Darurat Kesehatan, di mana bidan berperan aktif dalam penanggulangan bencana dan situasi darurat kesehatan lainnya, memastikan masyarakat terlindungi dan mendapatkan pelayanan yang memadai.

Buku ini juga membahas pentingnya Pencegahan Kehamilan Remaja di masyarakat, serta bagaimana bidan dapat berkontribusi dalam mendukung remaja untuk membuat pilihan yang sehat. Peran Bidan dalam Promosi Kesehatan Masyarakat memberikan wawasan tentang bagaimana bidan dapat menjadi agen perubahan untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat mengenai perilaku hidup sehat.

Dalam konteks keluarga, buku ini membahas Program Keluarga Berencana dan dampaknya terhadap kesehatan masyarakat, serta langkah-langkah dalam Pencegahan dan Pengelolaan Malnutrisi di Komunitas untuk mengurangi angka kekurangan gizi, terutama pada anak-anak dan ibu hamil. Pendidikan Kesehatan untuk Ibu Hamil juga menjadi fokus penting, mengingat kesehatan ibu hamil sangat menentukan masa depan anak dan keluarga.

Buku ini tidak ketinggalan mengangkat tema Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular, dengan pendekatan berbasis komunitas, serta peran penting Kesehatan Mental Masyarakat di mana bidan turut memberikan dukungan psikososial bagi individu yang membutuhkan. Terakhir, buku ini menekankan Penguatan Sistem Kesehatan Komunitas melalui Pelatihan dan Pemberdayaan Bidan Lokal, yang diharapkan dapat meningkatkan kapasitas bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang lebih efektif dan efisien di lapangan.

Buku ini ditujukan untuk para profesional kesehatan, khususnya bidan, mahasiswa, dan pembaca umum yang ingin memahami lebih dalam tentang kebidanan dan bagaimana kesehatan komunitas dapat ditingkatkan melalui pendekatan berbasis masyarakat.

Buku Bunga Rampai: Kebidanan dan Kesehatan Komunitas ini mengangkat berbagai aspek penting dalam kebidanan dan kesehatan komunitas, dengan tujuan memberikan pemahaman yang lebih luas mengenai peran bidan dalam meningkatkan kualitas hidup masyarakat. Buku ini menyajikan informasi yang komprehensif dan praktis tentang berbagai topik terkait kesehatan ibu, anak, dan keluarga dalam konteks komunitas.

Dimulai dengan pembahasan tentang Program Imunisasi untuk Bayi dan Anak di Komunitas, buku ini menunjukkan pentingnya imunisasi dalam mencegah penyakit menular dan mempromosikan kesehatan anak. Lanjut ke Keterlibatan Bidan dalam Tanggap Darurat Kesehatan, di mana bidan berperan aktif dalam penanggulangan bencana dan situasi darurat kesehatan lainnya, memastikan masyarakat terlindungi dan mendapatkan pelayanan yang memadai.

Buku ini juga membahas pentingnya Pencegahan Kehamilan Remaja di masyarakat, serta bagaimana bidan dapat berkontribusi dalam mendukung remaja untuk membuat pilihan yang sehat. Peran Bidan dalam Promosi Kesehatan Masyarakat memberikan wawasan tentang bagaimana bidan dapat menjadi agen perubahan untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat mengenai perilaku hidup sehat.

Dalam konteks keluarga, buku ini membahas Program Keluarga Berencana dan dampaknya terhadap kesehatan masyarakat, serta langkah-langkah dalam Pencegahan dan Pengelolaan Malnutrisi di Komunitas untuk mengurangi angka kekurangan gizi, terutama pada anak-anak dan ibu hamil. Pendidikan Kesehatan untuk Ibu Hamil juga menjadi fokus penting, mengingat kesehatan ibu hamil sangat menentukan masa depan anak dan keluarga.

Buku ini tidak ketinggalan mengangkat tema Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular, dengan pendekatan berbasis komunitas, serta peran penting Kesehatan Mental Masyarakat di mana bidan turut memberikan dukungan psikososial bagi individu yang membutuhkan. Terakhir, buku ini menekankan Penguatan Sistem Kesehatan Komunitas melalui Pelatihan dan Pemberdayaan Bidan Lokal, yang diharapkan dapat meningkatkan kapasitas bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang lebih efektif dan efisien di lapangan.

Buku ini ditujukan untuk para profesional kesehatan, khususnya bidan, mahasiswa, dan pembaca umum yang ingin memahami lebih dalam tentang kebidanan dan bagaimana kesehatan komunitas dapat ditingkatkan melalui pendekatan berbasis masyarakat.

Penerbit:

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F

Jalan S. Parman Kav. 22-24

Kel. Palmerah, Kec. Palmerah

Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480

Telp: (021) 29866919

ISBN 978-634-7139-64-1



9 78634 139641