



Book Chapter

Kualitas Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

(Tinjauan dalam Perspektif Kesehatan Masyarakat, Kedokteran, Keperawatan dan Kebidanan)

Dr. Nurmiati Muchlis, S.K.M., M.Kes. | Dr. dr. H. Nasrudin, Sp.O.G (K)., M.A.R.S. |
Dr. A. Rizki Amelia A.P., S.K.M., M.Kes. | Dr. Samsualam, S.Kep., Ns., M.Kes. |
Dr. dr. Muhammad Khidri Alwi, M.Ag. | Dra. Nurbaeti, M.Kes. | dr. Evi Istiqamah, M.Biomed.
| Suchi Avnalurini Sharief, S.Si.T., S.K.M., M.Keb. | Azrida M., S.Si.T., M.Kes. |
Nurhayati, S.S.T., M.Kes. | Nia Karuniawati, S.S.T., M.Kes. | Halida Thamrin, S.S.T., M.Keb. |
Suryanti S., S.Keb., Bd., M.Keb. | Andi Masnilawati, S.S.T., M.Kes. |
Linda Hardianti Saputri, S.S.T., M.Kes. | Nurlina Akbar, S.S.T., M.Kes.

Book Chapter

Kualitas Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

**(Tinjauan dalam Perspektif Kesehatan Masyarakat,
Kedokteran, Keperawatan dan Kebidanan)**

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

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

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

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

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

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

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

Book Chapter

Kualitas Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (Tinjauan dalam Perspektif Kesehatan Masyarakat, Kedokteran, Keperawatan dan Kebidanan)

Dr. Nurmiati Muchlis, S.K.M., M.Kes. | Dr. dr. H. Nasrudin,
Sp.O.G(K), M.A.R.S. | Dr. A. Rizki Amelia A.P., S.K.M., M.Kes.
Dr. Samsualam, S.Kep., Ns., M.Kes. | Dr. dr. Muhammad Khidri
Alwi, M.Ag. | Dra. Nurbaeti, M.Kes. | dr. Evi Istiqamah, M. Biomed.
| Suchi Avnalurini Sharief, S.Si.T., S.K.M., M.Keb. | Azrida M.,
S.Si.T., M.Kes. | Nurhayati, S.S.T., M.Kes. | Nia Karuniawati, S.S.T.,
M.Kes. | Halida Thamrin, S.S.T., M.Keb. | Suryanti S., S.Keb., Bd.,
M.Keb. | Andi Masnilawati, S.S.T., M.Kes. | Linda Hardianti
Saputri, S.S.T., M.Kes. | Nurlina Akbar, S.S.T., M.Kes.

**BOOK CHAPTER KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK
(TINJAUAN DALAM PERSPEKTIF KESEHATAN MASYARAKAT,
KEDOKTERAN, KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN)**

Nurmiati Muchlis, ... [et al.]

Desain Cover :
Herlambang Rahmadhani

Sumber :
www.shutterstock.com

Tata Letak :
Titis Yuliyanti

Proofreader :
Avinda Yuda Wati

Ukuran :
xiv, 177 hlm, Uk: 17.5x25 cm

ISBN :
978-623-02-2535-2

Cetakan Pertama :
Maret 2021

Hak Cipta 2021, Pada Penulis

Isi diluar tanggung jawab percetakan

Copyright © 2021 by Deepublish Publisher
All Right Reserved

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

PENERBIT DEEPUBLISH
(Grup Penerbitan CV BUDI UTAMA)

Anggota IKAPI (076/DIY/2012)

Jl.Rajawali, G. Elang 6, No 3, Drono, Sardonoharjo, Ngaglik, Sleman

Jl.Kaliurang Km.9,3 – Yogyakarta 55581

Telp/Faks: (0274) 4533427

Website: www.deepublish.co.id

www.penerbitdeepublish.com

E-mail: cs@deepublish.co.id

KATA PENGANTAR

السَّلَامُ عَلَيْكُمْ وَرَحْمَةُ اللَّهِ وَبَرَكَاتُهُ

Puji syukur ke hadirat Allah Swt., atas segala nikmat dan berkah yang diberikan sehingga buku *Book Chapter Kualitas Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (Tinjauan dalam Perspektif Kesehatan Masyarakat, Kedokteran, Keperawatan dan Kebidanan)* ini dapat tersusun. Penyusunan buku ini tidak lepas dari kontribusi berbagai pihak, oleh karena itu kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu maupun mendukung untuk penerbitan buku ini. Ucapan terima kasih kepada Rektor Universitas Muslim Indonesia beserta jajarannya, Ketua Lembaga Penelitian dan Pengembangan Sumberdaya UMI, Ristek-BRIN untuk penyediaan hibah penelitian yang merupakan bagian dari informasi dalam buku ini. Ucapan terima kasih kepada Dekan FKM-UMI, serta seluruh pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu. Buku ini berisi tentang materi kesehatan ibu dan anak disertai dengan contoh kasus yang terjadi di masyarakat. Buku ini juga dilengkapi dengan alat ukur kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak. Buku ini diperuntukkan bagi dosen, mahasiswa, maupun praktisi di bidang Kesehatan yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak. Termasuk masyarakat yang membutuhkan informasi tentang kesehatan ibu dan anak. Buku ini terdiri dari 11 (sebelas) bagian, masih-masing bagian sebagai berikut:

- Bagian I : Menenal Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
- Bagian II : Kualitas Pelayanan KIA
- Bagian III : Kualitas Pelayanan Antenatal Care Terintegrasi
- Bagian IV : Konseling ASI Eksklusif dan Senam Hamil Masa Antenatal sebagai Upaya Keberhasilan Pemberian ASIEksklusif serta Persalinan Sehat dan Aman
- Bagian V : Nifas
- Bagian VI : Pelayanan Kesehatan Neonatal Essensial
- Bagian VII : Perawatan Kesehatan Dasar Pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI)

- Bagian VIII : Upaya Kelangsungan Hidup Anak
Bagian IX : Kualitas Pelayanan Imunisasi pada Anak
Bagian X : Studi Kasus Mengenai KIA (Kesehatan Ibu dan Anak)
Sebuah Kajian Mengenai Masalah Kesehatan Ibu dan Anak
di Indonesia
Bagian XI : Studi Kasus Patient Safety *Pre- Intra-Post Partum*

Penyusunan buku ini merupakan kolaborasi dari berbagai keilmuan di bidang kesehatan. Berasal dari akademisi pada bidang ilmu kesehatan masyarakat, kedokteran, keperawatan maupun kebidanan. Upaya ini dilakukan dengan harapan dapat memperkaya informasi tentang kesehatan ibu dan anak yang disajikan. Semoga buku ini bermanfaat dan dapat menjadi sumber referensi bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak, juga peningkatan kualitas derajat kesehatan ibu dan anak di Indonesia.

Hormat Kami

Makassar, November 2020

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR	xiv
BAGIAN I KESEHATAN IBU DAN ANAK “SEBUAH KAJIAN MENGENAI MASALAH KESEHATAN IBU DAN ANAK DI INDONESIA”	1
A. Menegal Kesehatan Ibu dan Anak	1
B. Sejarah Perkembangan Program Kesehatan Ibu dan Anak.....	3
C. Definisi Kesehatan Ibu dan Anak	4
D. Tujuan Program Kesehatan Ibu dan Anak	6
E. Prinsip Pengelolaan Program KIA.....	7
F. Kegiatan dalam Program Kesehatan Ibu dan Anak.....	7
G. Sistem Kesiagaan Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).....	8
H. Target Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)	8
I. Strategi Program Kesehatan Ibu dan Anak.....	9
BAGIAN II KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK.....	10
A. Definisi Kualitas Pelayanan Kesehatan	10
B. Unsur-Unsur Kualitas Pelayanan.....	12
C. Dimensi Kualitas Pelayanan	13
D. Program Kesehatan Ibu dan Anak	15

BAGIAN III	KUALITAS PELAYANAN ANTENATAL CARE TERINTEGRASI	19
	A. Pendahuluan.....	19
	B. Definisi Pelayanan <i>Antenatal Care</i> Terintegrasi	22
	C. Ruang Lingkup <i>Antenatal Care</i> Terintegrasi.....	24
	D. Gambaran Pelayanan <i>Antenatal Care</i> Terintegrasi di Indonesia.....	29
	Referensi:.....	31
BAGIAN IV	KONSELING ASI EKSKLUSIF DAN SENAM HAMIL MASA ANTENATAL SEBAGAI UPAYA KEBERHASILAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF SERTA PERSALINAN SEHAT DAN AMAN	34
	A. Tinjauan tentang Konseling	34
	B. Tinjauan tentang Pentingnya Air Susu Ibu (ASI)	36
	C. Tinjauan tentang Pentingnya Menyusui.....	38
	D. Tinjauan tentang Wanita Pekerja dan Rencana Pemberian ASI.....	42
	DAFTAR PUSTAKA.....	52
BAGIAN V	NIFAS.....	54
	A. Pendahuluan.....	54
	B. Definisi Pelayanan Masa Nifas.....	55
	C. Ruang Lingkup Masa Nifas	56
	D. Gambaran Pelayanan Masa Nifas	58
	E. Penerapan Masa Nifas di Indonesia.....	61
	DAFTAR PUSTAKA.....	63
BAGIAN VI	PELAYANAN KESEHATAN NEONATAL ESSENSIAL	65
	Faktor-Faktor yang Menyebabkan Morbiditas dan Mortalitas pada Bayi dan Balita	66
	Strategi Prioritas menurut WHO	67
	Perawatan Bayi Esensial.....	68
	Kebijakan dan Strategi Kesehatan di Indonesia	69
	Upaya Pemerintah dalam Menurunkan Angka Kematian dan Kesakitan Bayi dan Balita	72

	Bayi Baru Lahir	74
	DAFTAR PUSTAKA.....	77
BAGIAN VII	PERAWATAN KESEHATAN DASAR	
	PEMBERIAN MAKANAN PENDAMPING AIR	
	SUSU IBU (MP-ASI).....	78
	A. Pendahuluan.....	78
	DAFTAR PUSTAKA.....	85
BAGIAN VIII	UPAYA KELANGSUNGAN HIDUP ANAK	86
	A. Peran Ibu terhadap Kelangsungan Hidup Anak.....	86
	B. Pertumbuhan dan Perkembangan Bayi	92
	C. Perkembangan Bayi	97
	DAFTAR PUSTAKA.....	104
BAGIAN IX	KUALITAS PELAYANAN IMUNISASI PADA	
	ANAK	105
	A. Urgensi Pembahasan Kualitas Pelayanan	
	Imunisasi.....	105
	B. Kualitas Data.....	106
	C. Kualitas Vaksin.....	108
	D. Penutup	109
	DAFTAR PUSTAKA.....	109
BAGIAN X	HASIL STUDI KASUS MASALAH KESEHATAN	
	IBU DAN ANAK DI INDONESIA.....	111
	A. Data Sebaran Kasus terkait Masalah Kesehatan	
	Ibu dan Anak di Indonesia	111
	B. Contoh Kasus terkait Masalah Kesehatan Ibu dan	
	Anak yang Terjadi di Indonesia.....	120
	C. Analisis Kasus terkait Masalah Kesehatan Ibu	
	dan Anak yang Terjadi di Indonesia	132
	D. Strategi Penyelesaian Kasus terkait Masalah	
	Kesehatan Ibu dan Anak yang Terjadi di	
	Indonesia.....	134
	E. Manajemen Kegiatan KIA	139
	DAFTAR PUSTAKA.....	141

BAGIAN XI STUDI KASUS <i>PATIENT SAFETY</i> PRE POSTPARTUM DI PELAYANAN KESEHATAN.....	144
A. Pengertian <i>Patient Safety</i>	144
B. Pelayanan dan Jenis Indikator KIA.....	144
DAFTAR PUSTAKA.....	170
BIODATA PENULIS	171

DAFTAR TABEL

Tabel 1.	Pemberian Imunisasi TT	30
Tabel 2.	Perbandingan Skor Upaya Kelangsungan Hidup Anak menurut Status Peran Ganda	87
Tabel 3.	Perbandingan Skor Upaya Kelangsungan Hidup Anak menurut Pekerjaan Suami.....	88
Tabel 4.	Perbandingan Skor Upaya Kelangsungan Hidup Anak menurut Tingkat Pendidikan	89
Tabel 5.	Korelasi Pengetahuan dengan Upaya Kelangsungan Hidup Anak	89
Tabel 6.	Hasil Analisis Determinan Upaya Kelangsungan Hidup Anak	90
Tabel 7.	Panduan Pertumbuhan Berat Badan Anak Usia 0-1 Tahun (Kemenkes RI, 12)	94
Tabel 8.	Panduan Pertumbuhan Panjang Badan Anak Usia 0-1 Tahun (Kemenkes RI, 2012)	94
Tabel 9.	Penelitian Terkait Data Imunisasi	107
Tabel 10.	Angka Kematian Ibu, Bayi, dan Balita Tahun 2015 di Kabupaten Blora.....	114
Tabel 11.	Angka Kematian Ibu 2010-2014 di Kabupaten Blora.....	115
Tabel 12.	Angka Kematian Ibu, Bayi dan Balita Tahun 2014 di Kabupaten Blora.....	115
Tabel 13.	Angka Kematian Ibu, Bayi dan Balita Tahun 2013 di Kabupaten Blora.....	116
Tabel 14.	Angka Kematian Ibu Hamil dan Angka Kematian Bayi Kota Pekalongan Tahun 2014-2016.....	117
Tabel 15.	Angka Kematian Neonatal (AKN) dan Angka Kematian Bayi Per 1000 Kelahiran Menurut Umur Ibu saat Melahirkan Tahun 2012 dan 2017.....	117

Tabel 16.	Angka Kematian Neonatal (AKN) dan Angka Kematian Bayi Per 1000 Kelahiran Menurut Pendidikan Ibu Tahun 2012 dan 2017	117
Tabel 17.	Angka Kematian Balita Per 1000 Kelahiran Hidup menurut Pendidikan Ibu Tahun 2012 dan 2017.....	118
Tabel 18.	Angka Kematian Balita Per 1000 Kelahiran Hidup menurut Umur Ibu saat Melahirkan Tahun 2012 dan 2017.....	118
Tabel 19.	Angka Kematian Ibu Menurut Pulau (per 100.000 Kelahiran Hidup) Tahun 2015.....	119
Tabel 20.	Jumlah Angka Kematian Ibu, Kunjungan Bayi, Bayi Lahir Hidup, dan Balita Dirinci Menurut Kecamatan di Kabupaten Simeulue Tahun 2014	119
Tabel 21.	Angka Kematian Ibu Hamil dan Angka Kematian Bayi Kota Pekalongan Tahun 2013-2015	120
Tabel 22.	<i>Assesment</i> Risiko.....	154
Tabel 23.	Identifikasi dan Manajemen Risiko terhadap Pasien	154
Tabel 24.	Pelaporan dan Analisis Insiden	155
Tabel 25.	Kemampuan untuk Belajar dan Menindaklanjuti Insiden	155
Tabel 26.	Menerapkan Solusi untuk Mengurangi serta Meminimalisir Risiko	156
Tabel 27.	Hasil Pemetaan Penerapan <i>Patient Safety</i> Ante Partum.....	157
Tabel 28.	<i>Assesment</i> Risiko.....	158
Tabel 29.	Identifikasi dan Manajemen Risiko terhadap Pasien	158
Tabel 30.	Pelaporan dan Analisis Insiden	159
Tabel 31.	Kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden	159
Tabel 32.	Menerapkan Solusi untuk Mengurangi serta Meminimalisir Risiko	160
Tabel 33.	Hasil Pemetaan Penerapan <i>Patient Safety</i> Intra Partum	161
Tabel 34.	<i>Assesment</i> Risiko.....	162
Tabel 35.	Identifikasi dan Manajemen Risiko terhadap Pasien	162
Tabel 36.	Pelaporan dan Analisis Insiden	163
Tabel 37.	Kemampuan untuk Belajar dan Menindaklanjuti Insiden	164

Tabel 38. Menerapkan Solusi untuk Mengurangi serta Meminimalisir Risiko	164
Tabel 39. Hasil Pemetaan Penerapan <i>Patient Safety</i> Postpartum Sebagai Berikut:	165
Tabel 40. <i>Assesment</i> Risiko.....	166
Tabel 41. Identifikasi dan Manajemen Risiko terhadap Pasien	166
Tabel 42. Pelaporan dan Analisis Insiden	167
Tabel 43. Kemampuan untuk Belajar dan Menindaklanjuti Insiden	168
Tabel 44. Menerapkan Solusi untuk Mengurangi serta Meminimalisir Risiko	168
Tabel 45. Hasil Pemetaan Penerapan <i>Patient Safety</i> Bayi Baru Lahir (BBL) Sebagai Berikut:.....	169

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1: Fisiologi Laktasi	41
-----------------------------------	----

KESEHATAN IBU DAN ANAK “SEBUAH KAJIAN MENGENAI MASALAH KESEHATAN IBU DAN ANAK DI INDONESIA”

Dr. A. Rizki Amelia A.P., S.K.M., M.Kes.

A. Mengenal Kesehatan Ibu dan Anak

Pendahuluan

Pada dasarnya kesehatan merupakan kebutuhan manusia yang utama sebagai ukuran kualitas hidup yang mendasar dan yang harus dipenuhi oleh setiap orang, karena dengan kesehatan akan memungkinkan setiap orang untuk melakukan kegiatan dalam rangka mencukupi kebutuhan hidup yang lain. Kesehatan merupakan hak asasi dan sekaligus sebagai investasi, sehingga perlu diupayakan, diperjuangkan dan ditingkatkan oleh setiap individu dan oleh seluruh komponen bangsa, agar masyarakat dapat menikmati hidup sehat, dan pada akhirnya dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal (Depkes RI, 2006).

Saat ini kondisi kesehatan masyarakat di Indonesia sudah semakin membaik, meskipun masih ada sebagian masyarakat yang belum menerapkan pola hidup sehat. Media massa dan informasi turut berkontribusi terhadap membaiknya kondisi kesehatan masyarakat di Indonesia karena sering memberikan informasi edukatif tentang kesehatan sehingga masyarakat terdidik secara otomatis (Cahyanti, 2016).

Ibu dan anak merupakan anggota keluarga yang perlu mendapatkan prioritas dalam penyelenggaraan upaya kesehatan, karena ibu dan anak merupakan kelompok rentan terhadap keadaan keluarga dan sekitarnya secara umum. Sehingga penilaian terhadap status kesehatan dan kinerja upaya kesehatan ibu dan anak penting untuk dilakukan (Cahyanti, 2016).

Berdasarkan UU No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan, Kesehatan ibu dan anak yang selanjutnya disingkat KIA adalah pelayanan kesehatan ibu dan anak yang meliputi pelayanan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, keluarga

berencana, kesehatan reproduksi, pemeriksaan bayi, anak balita dan anak prasekolah sehat. Kesehatan ibu dan anak (KIA) di Tanah Air selalu saja menjadi masalah pelik yang tak kunjung membaik keadaannya.

Program Kesehatan Ibu dan Anak merupakan salah satu prioritas Kementerian Kesehatan dan keberhasilan program KIA menjadi salah satu indikator utama dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) 2005-2025. Tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia membuat pemerintah menempatkan upaya penurunan AKI sebagai program prioritas dalam pembangunan kesehatan (Renstra Tahun 2015-2019).

Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak tersebut diyakini memerlukan kondisi sosial politik, hukum dan budaya yang kondusif. Untuk itu, penggunaan instrumen hak asasi manusia dianggap perlu untuk menjamin ketersediaan dukungan itu. Situasi kesehatan ibu dan bayi baru lahir di Indonesia sama sekali belum bisa dikatakan menggembirakan. Kendati berbagai upaya perbaikan serta penanganan telah dilakukan, namun disadari masih diperlukan berbagai dukungan (Central Bureau of Statistic, 1995).

Demikian pula dengan penyakit-penyakit yang diderita oleh ibu hamil seperti anemia, hipertensi, hepatitis dan lain-lain dapat membawa risiko kematian ketika akan, sedang atau setelah persalinan. Baik masalah kematian maupun kesakitan pada ibu dan anak sesungguhnya tidak terlepas dari faktor-faktor sosial budaya dan lingkungan di dalam masyarakat di mana mereka berada. Disadari atau tidak, faktor-faktor kepercayaan dan pengetahuan budaya seperti konsepsi-konsepsi mengenai berbagai pantangan, hubungan sebab-akibat antara makanan dan kondisi sehat-sakit, kebiasaan dan ketidaktahuan, seringkali membawa dampak baik positif maupun negatif terhadap kesehatan ibu dan anak. Pola makan, misalnya, pada dasarnya merupakan salah satu selera manusia di mana peran kebudayaan cukup besar. Hal ini terlihat bahwa setiap daerah mempunyai pola makan tertentu, termasuk pola makan ibu hamil dan anak yang disertai dengan kepercayaan akan pantangan, tabu, dan anjuran terhadap beberapa makanan tertentu (Central Bureau of Statistic, 1995).

Tingginya angka kematian ibu dapat menunjukkan masih rendahnya kualitas pelayanan kesehatan. Penurunan AKI juga merupakan indikator keberhasilan derajat kesehatan suatu wilayah. Untuk itu pemerintah berupaya bahu membahu membuat berbagai strategi untuk akselerasi menurunkan AKI (Aziz, 2017).

Upaya Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan upaya perbaikan gizi merupakan bagian dari upaya kesehatan wajib puskesmas. Pemerintah telah melaksanakan program yang terintegrasi/terpadu melalui kegiatan yang dilakukan oleh program KIA Gizi pada Sub Dinas Bina Kesehatan Masyarakat (Subdin Binkesmas) di Dinas Kesehatan. Keterpaduan ini disebabkan oleh adanya kesamaan sasaran, tenaga, waktu pelayanan, jenis kegiatan dan empat pelayanan yang tujuannya adalah agar dapat meningkatkan efektivitas dan efisiensi keterpaduan kegiatan KIA-Gizi (Depkes RI, 1993 dalam Malik 2002).

Agar pelaksanaan program KIA dapat berjalan lancar, aspek peningkatan mutu pelayanan Program KIA tetap diharapkan menjadi kegiatan prioritas di tingkat kabupaten/kota. Peningkatan mutu Program KIA juga dinilai dari besarnya cakupan program di masing-masing wilayah kerja. Untuk memantau cakupan pelayanan KIA tersebut dikembangkan Sistem PWS KIA. Dengan diketahuinya lokasi rawan kesehatan ibu dan anak, maka wilayah kerja tersebut dapat diperhatikan dan dicarikan pemecahan masalahnya. Untuk memantau cakupan pelayanan KIA tersebut dikembangkan sistem PWS KIA (Aziz, 2017). Selain PWS KIA juga banyak program yang dicanangkan oleh pemerintah untuk mengatasi masalah kesehatan ibu dan anak di Indonesia.

B. Sejarah Perkembangan Program Kesehatan Ibu dan Anak

Perkembangan pelayanan kesehatan masyarakat di Indonesia tidak terlepas dari sejarah kehidupan bangsa. Setelah Indonesia merdeka, pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*) dikembangkan sejalan dengan tanggung jawab pemerintah “melindungi” masyarakat Indonesia dari gangguan kesehatan. Kesehatan adalah hak asasi manusia yang juga tercantum dalam UUD 1945. Pemerintah mengembangkan infrastruktur di berbagai wilayah tanah air untuk melaksanakan kewajiban melindungi masyarakat dari gangguan kesehatan. Program kesehatan yang dikembangkan adalah yang sangat dibutuhkan oleh masyarakat (*public health essential*) terutama oleh penduduk miskin. Beberapa catatan penting di bawah ini, baik sebelum maupun sesudah Indonesia merdeka dapat dijadikan tonggak sejarah perkembangan program kesehatan masyarakat Indonesia.

1. Tahun 1924: Pengembangan program pendidikan kesehatan masyarakat mulai dirintis untuk peningkatan sanitasi lingkungan di wilayah Pedesaan.

2. Tahun 1952: Pengembangan balai kesehatan ibu dan anak (KIA) mulai dirintis dengan didirikannya Direktorat KIA di lingkungan Kementerian Kesehatan RI.
3. Tahun 1956: Proyek UKS mulai diperkenalkan di wilayah Jakarta.
4. Tahun 1959: Program pemberantasan penyakit malaria dimulai dengan bantuan WHO.
5. Tahun 1960: UU pokok kesehatan dirumuskan.
6. Tahun 1969-1971: Rencana pembangunan lima tahunan (repelita) Indonesia mulai dibahas, Departemen Kesehatan menata kembali strategi pembangunan kesehatan jangka panjang melalui:
 - a. RAKERNAS I dilangsungkan untuk merumuskan rencana pembangunan kesehatan jangka panjang sebagai awal repelita satu.
 - b. Konsep Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) mulai diperkenalkan

Perkembangan pembangunan puskesmas sudah dirintis dalam bentuk proyek rintisan di beberapa wilayah Indonesia. Pemerintah membangun Puskesmas dengan berbagai pertimbangan strategis antara lain:

1. Untuk mencegah kecenderungan dokter-dokter bekerja di daerah perkotaan, sedangkan masyarakat Indonesia sebagian besar tinggal di wilayah pedesaan.
2. Untuk pemeratakan pelayanan kesehatan dengan mendekatkan sarana pelayanan kesehatan kepada kelompok-kelompok penduduk yang membutuhkannya di pedesaan. Sampai akhir tahun 60-an, sebagian besar pelayanan kesehatan dilakukan melalui rumah sakit yang lebih banyak berlokasi di daerah perkotaan dan bersifat konsumtif sehingga menyulitkan masyarakat, terutama yang tinggal di desa untuk menjangkaunya. Program pencegahan dapat lebih dikembangkan melalui program Puskesmas.
3. Untuk lebih menekan biaya pelayanan kesehatan. Biaya pelayanan di RS dan dokter praktik swasta yang lebih banyak bersifat kuratif (pengobatan) jauh lebih mahal dibandingkan dengan program pencegahan. Pada dekade 60-an, transportasi belum menjangkau wilayah pedesaan yang terpencil di Indonesia.

C. Definisi Kesehatan Ibu dan Anak

Upaya kesehatan ibu dan anak adalah upaya di bidang kesehatan yang menyangkut pelayanan dan pemeliharaan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas,

ibu dengan komplikasi kebidanan, keluarga berencana, ibu menyusui, bayi dan anak balita serta anak sekolah. Pemberdayaan masyarakat bidang KIA merupakan upaya memfasilitasi masyarakat untuk membangun sistem kesiagaan masyarakat dalam upaya mengatasi situasi gawat darurat dari aspek non klinis terkait kehamilan dan persalinan.

Pelayanan yang diselenggarakan untuk ibu hamil, ibu nifas, ibu menyusui, bayi, dan balita. Menurut Requejo *et al.* (2011:138) menjelaskan bahwa: “*Stark disparities in maternal, newborn, and child health (MNHC) across countries in Africa and the Middle East are reflective of varying levels of economic and support for gender sensitive programming, and political stability*”. Berdasarkan pernyataan tersebut yang artinya bahwa disparitas yang mencolok terlihat pada bayi baru lahir, dan kesehatan anak dan ibu (KIA) di negara-negara di Afrika dan Timur Tengah yang mencerminkan berbagai tingkat pembangunan ekonomi dan sosial, dukungan untuk program yang sensitif gender, dan stabilitas politik.

Keluarga berarti *nuclear family* yaitu yang terdiri dari ayah, ibu dan anak. Ayah dan ibu dalam melaksanakan tanggung jawab sebagai orang tua dan mampu memenuhi tugas sebagai pendidik. Oleh sebab itu keluarga mempunyai peranan yang besar dalam mempengaruhi kehidupan seorang anak, terutama pada tahap awal maupun tahap-tahap kritisnya, dan yang paling berperan sebagai pendidik anak-anaknya adalah ibu. Peran seorang ibu dalam keluarga terutama anak adalah mendidik dan menjaga anak-anaknya dari usia bayi sehingga dewasa, karena anak tidak jauh dari pengamatan orang tua terutama ibunya.

Berdasarkan Kemenkes (1997), memantau pertumbuhan dan perkembangan bayi dengan cara:

1. Timbang berat badannya tiap bulan di Posyandu,
2. Rangsang perkembangan anak sesuai umurnya,
3. Ajak anak bermain dan bercakap-cakap,
4. Bawa anak ke petugas kesehatan untuk mendapatkan pelayanan Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK), umur 0-1 tahun sebanyak 4 kali dalam setahun serta umur 1-6 tahun sebanyak 2 kali tiap tahun,
5. Minta kader mencatatnya di KMS.

Peranan ibu terhadap anak adalah sebagai pembimbing kehidupan di dunia ini. Ibu sangat berperan dalam kehidupan buah hatinya di saat anaknya masih bayi hingga dewasa, bahkan sampai anak yang sudah dilepas tanggung

jawabnya atau menikah dengan orang lain seorang ibu tetap berperan dalam kehidupan anaknya.

Kesehatan perempuan mempengaruhi semua aspek kehidupan, baik dalam keluarga maupun dalam masyarakat. Sampai saat ini, pelayanan kesehatan bagi perempuan selalu diartikan sebagai layanan kesehatan selama kehamilan dan melahirkan. Sebagian besar perempuan mengalami tiga masalah gangguan kesehatan, yaitu kurang gizi, terlalu sering hamil, dan kelelahan.

D. Tujuan Program Kesehatan Ibu dan Anak

1. Tujuan Umum

Tujuan program Kesehatan Ibu dan Anak adalah tercapainya kemampuan hidup sehat melalui peningkatan derajat kesehatan yang optimal bagi ibu dan keluarganya untuk atau mempercepat pencapaian target Pembangunan Kesehatan Indonesia yaitu Indonesia Sehat 2010, serta meningkatnya derajat kesehatan anak untuk menjamin proses tumbuh kembang optimal yang merupakan landasan bagi peningkatan kualitas manusia seutuhnya.

2. Tujuan Khusus

- a. Meningkatnya kemampuan ibu (pengetahuan, sikap dan perilaku) dalam mengatasi kesehatan diri dan keluarganya dengan menggunakan teknologi tepat guna dalam upaya pembinaan kesehatan keluarga, Desa Wisma, penyelenggaraan Posyandu dan sebagainya.
- b. Meningkatnya upaya pembinaan kesehatan balita dan anak prasekolah secara mandiri di dalam lingkungan keluarga, Desa Wisma, Posyandu dan Karang Balita, serta di sekolah TK.
- c. Meningkatnya jangkauan pelayanan kesehatan bayi, anak balita, ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan ibu menyusui.
- d. Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan bagi ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, ibu menyusui, bayi dan anak balita.
- e. Meningkatnya kemampuan dan peran serta masyarakat, keluarga dan seluruh anggotanya untuk mengatasi masalah kesehatan ibu, balita, anak prasekolah, terutama melalui peningkatan peran ibu dalam keluarganya.

Menurut Eka (2011:61), tujuan dari usaha kesehatan ibu dan anak (KIA) ialah:

- a. Untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada ibu-ibu secara teratur dan terus-menerus pada waktu sakit dan sembuh pada masa antepartum, intrapartum, postpartum, dan masa menyusui serta pemeliharaan anak-anak dari mulai lahir sampai masa prasekolah,
- b. KB diberikan pada ibu-ibu atau suami yang membutuhkannya,
- c. Usaha KIA mengadakan integrasi ke dalam “*general health services*” (pelayanan kesehatan menyeluruh) dan mengadakan kerja sama serta koordinasi dengan lain-lain dinas kesehatan,
- d. Usaha KIA mencari dan mengumpulkan masalah-masalah mengenai ibu, bayi, dan anak untuk dicari penyelesaiannya.

E. Prinsip Pengelolaan Program KIA

Prinsip pengelolaan Program KIA adalah memantapkan dan peningkatan jangkauan serta mutu pelayanan KIA secara efektif dan efisien. Pelayanan KIA diutamakan pada kegiatan pokok:

1. Peningkatan pelayanan antenatal di semua fasilitas pelayanan dengan mutu yang baik serta jangkauan yang setinggi-tingginya.
2. Peningkatan pertolongan persalinan yang lebih ditujukan kepada peningkatan pertolongan oleh tenaga profesional secara berangsur.
3. Peningkatan deteksi dini risiko tinggi ibu hamil, baik oleh tenaga kesehatan maupun di masyarakat oleh kader dan dukun bayi serta penanganan dan pengamatannya secara terus menerus. Peningkatan pelayanan neonatal (bayi berumur kurang dari 1bulan) dengan mutu yang baik dan jangkauan yang setinggi tingginya.

F. Kegiatan dalam Program Kesehatan Ibu dan Anak

Ada beberapa kegiatan dalam program Kesehatan Ibu dan Anak, di antaranya:

1. Pemeliharaan kesehatan ibu hamil dan menyusui serta bayi, anak balita, dan anak prasekolah
2. Deteksi dini faktor risiko ibu hamil.
3. Pemantauan tumbuh kembang balita
4. Imunisasi *Tetanus Toxoid* dua kali pada ibu hamil serta BCG, DPT tiga kali, Polio tiga kali, dan campak satu kali pada bayi
5. Penyuluhan kesehatan meliputi berbagai aspek dalam mencapai tujuan program KIA
6. Pengobatan bagi ibu, bayi, anak balita, dan anak prasekolah untuk macam-macam penyakit ringan

7. Kunjungan rumah untuk mencari ibu dan anak yang memerlukan pemeliharaan serta bayi-bayi yang lahir ditolong oleh dukun selama periode neonatal (0-30 hari)
8. Pengawasan dan bimbingan kepada taman kanak-kanak dan para dukun bayi serta kader-kader kesehatan.

G. Sistem Kesiagaan Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

Sistem kesiagaan merupakan sistem tolong-menolong yang dibentuk dari, oleh, dan untuk masyarakat, dalam hal ini penggunaan alat transportasi/komunikasi, pendanaan, pendonor darah, pencatatan-pemantauan dan informasi KB.

Dalam pengertian ini tercakup pula pendidikan kesehatan kepada masyarakat, pemuka masyarakat, serta menambah keterampilan para dukun bayi serta pembinaan kesehatan akan dilakukan di taman kanak-kanak. Sistem Kesiagaan di Bidang KIA di tingkat masyarakat terdiri atas:

1. Sistem pencatatan-pemantauan
2. Sistem transportasi-komunikasi
3. Sistem pendanaan
4. Sistem pendonor darah
5. Sistem Informasi KB.

H. Target Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

Target program adalah meningkatnya ketersediaan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi seluruh masyarakat pada tahun 2014 dalam program gizi serta kesehatan ibu dan anak yaitu:

1. Ibu hamil mendapat pelayanan *Ante Natal Care* (K1) sebesar 100%.
2. Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih sebesar 90%.
3. Cakupan peserta KB aktif sebesar 65%.
4. Pelayanan kesehatan bayi sehingga kunjungan neonatal pertama (KN1) sebesar 90% dan KN Lengkap (KN1, KN2, dan KN3) sebesar 88%.
5. Pelayanan kesehatan anak Balita sebesar 85%.
6. Balita ditimbang berat badannya (jumlah balita ditimbang/balita seluruhnya (D/S) sebesar 85%).
7. ASI Eksklusif pada bayi usia 0-6 bulan sebesar 80%.
8. Rumah Tangga yang mengonsumsi Garam Beryodium sebesar 90%.
9. Ibu hamil mendapat 90 Tablet Tambah Darah sebesar 85% dan Balita usia 6-59 bulan mendapatkan Kapsul Vitamin A sebanyak 85%.

10. Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap kepada bayi 0-11 bulan sebesar 90%.
11. Penguatan Imunisasi Rutin melalui Gerakan Akselerasi Imunisasi Nasional (GAIN) UCI, sehingga desa dan kelurahan dapat mencapai *Universal Child Immunization* (UCI) sebanyak 100%
12. Pelaksanaan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat dalam mendukung terwujudnya Desa dan Kelurahan Siaga aktif sebesar 80%

I. Strategi Program Kesehatan Ibu dan Anak

Strategi Promosi Peningkatan KIA serta percepatan penurunan AKI dan AKB adalah melalui Advokasi, Bina Suasana dan Pemberdayaan Masyarakat yang didukung oleh Kemitraan.

1. Advokasi

Advokasi merupakan upaya strategis dan terencana untuk mendapatkan komitmen dan dukungan dari para pengambil keputusan dan pihak terkait (*stakeholders*) dalam pelayanan KIA.

2. Bina Suasana

Bina Suasana merupakan upaya menciptakan opini publik atau lingkungan sosial, baik fisik maupun non fisik, yang mendorong individu, keluarga dan kelompok untuk mau melakukan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) terkait dengan upaya peningkatan KIA serta mempercepat penurunan AKI dan AKB. Bina suasana salah satunya dapat dilakukan melalui sosialisasi kepada kelompok-kelompok potensial, seperti organisasi kemasyarakatan, kelompok opini dan media massa. Bina suasana perlu dilakukan untuk mendukung pencapaian target program KIA.

3. Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat merupakan upaya menumbuhkan kesadaran, kemauan, kemampuan masyarakat dalam mencegah dan mengatasi masalah KIA. Melalui kegiatan ini, masyarakat diharapkan mampu berperilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dan berperan serta dalam pemberdayaan masyarakat di bidang KIA.

4. Kemitraan

Kemitraan dalam penanganan masalah KIA adalah kerja sama formal antara individu-individu, kelompok-kelompok peduli KIA atau organisasi-organisasi kemasyarakatan, media massa dan swasta/dunia usaha untuk berperan aktif dalam upaya peningkatan KIA di masyarakat.

KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK

Dr. Nurmiati Muchlis, S.K.M., M.Kes.

A. Definisi Kualitas Pelayanan Kesehatan

Sarana pelayanan kesehatan dalam hal ini Rumah Sakit, masih memiliki mutu pelayanan yang rendah di tingkat pelayanan yang diberikan jauh dari yang di harapkan pasien. Padahal yang seharusnya terjadi adalah dalam perkembangan teknologi yang pesat dan persaingan yang semakin ketat, rumah sakit dituntut untuk terus melakukan peningkatan kualitas pelayanan yang bermutu dan memenuhi kebutuhan pelanggan yakni pasien (Depkes RI, 2007)

Salah satu kondisi yang menunjukkan bahwa terdapat masalah kualitas pelayanan di Rumah Sakit adalah dengan adanya keluhan dari pihak pemakai pelayanan kesehatan yang menjadi sasaran adalah sikap dan tindakan dari tenaga kesehatan seperti dokter, perawat, administrasi serta kelembanan pelayanan, persediaan obat, prasarana yang kurang memadai dan peralatan medis (Depkes RI, 1994).

Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah sejak berlaku, seiring dengan meningkatnya tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang bermutu khususnya pada pelayanan pemerintah, maka pemerintah daerah kabupaten harus berupaya meningkatkan pelayanannya di segala bidang. Di bidang kesehatan tuntutan serupa juga menjadi isu utama dalam penyelenggaraan pemerintahan di era mendatang. Pelayanan kesehatan yang belum sesuai dengan harapan pasien, maka diharapkan dapat menjadi suatu masukan bagi organisasi layanan kesehatan agar berupaya untuk memenuhinya. Jika kinerja layanan kesehatan yang diperoleh pasien pada suatu fasilitas layanan kesehatan sesuai dengan harapannya, pasien pasti akan selalu datang berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan tersebut. Pasien akan selalu mencari pelayanan kesehatan di

fasilitas yang kinerja pelayanan kesehatannya dapat memenuhi harapan atau tidak mengecewakan pasien (Hertiana, 2009).

Kualitas pelayanan adalah kegiatan pelayanan yang diberikan oleh penyelenggara pelayanan publik yang mampu memenuhi harapan, permintaan, dan kebutuhan serta mampu memberikan kepuasan kepada masyarakat luas (Dinik, 2008).

Kualitas pelayanan kesehatan adalah mengacu pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, di mana dikemukakan ada dua tingkat harapan pelanggan pada jasa yaitu *adequate* dan *desired service*. *adequate* adalah tingkat kinerja jasa minimal yang bisa diterima. Ini didasari oleh perkiraan tentang jasa apa yang mungkin akan diterima dan tergantung pada alternatif yang tersedia. Sedangkan *desired service* adalah tingkat kinerja jasa yang diharapkan pelanggan diterimanya, yang merupakan gabungan dari harapan apa yang bisa dan harus diterima (Azwar, 1996).

Saat ini manusia sedang di sibukkan dengan pandemi yang sedang melanda seluruh dunia di muka bumi ini. Banyak dari masyarakat salah satunya bagian tenaga kesehatan yang berjuang untuk menurunkan angka grafik Covid-19 di Indonesia. Juga banyak pelayanan kesehatan yang mengalami penurunan kunjungan pasien ke rumah sakit atau jasa pelayanan kesehatan. Dengan menurunnya angka kunjungan ke pelayanan kesehatan bisa mengakibatkan beberapa faktor salah satunya AKI dan AKB. Layanan kesehatan ibu dan anak di Indonesia terganggu akibat pandemi Covid-19. Padahal, kualitas layanan kesehatan ibu dan anak menentukan derajat kesehatan sebuah bangsa. Terbatasnya layanan kesehatan selama pandemi Covid-19 turut memengaruhi layanan kesehatan ibu dan anak. Karena itu, inovasi layanan mutlak diperlukan agar kesehatan ibu dan anak tetap terjaga.

Pada pidatonya tanggal 12 Februari 2020 wakil presiden Indonesia mengatakan bahwa di Indonesia Angka Kematian Ibu (AKI) melahirkan di Indonesia masih berkisar 305 per 100.000 kelahiran hidup. Angka tersebut jauh tertinggal dibandingkan dengan Negara ASEAN lain yang berkisar pada 40 sampai 60 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) kurang dari 1 tahun di Indonesia juga masih tinggi. Yaitu 24 per 1.000 kelahiran. Pada periode Januari- juli 2020 di Sulawesi Selatan angka kematian Ibu yaitu 2556 sedangkan angka kematian bayi sebanyak 13386 orang. Melihat angka tersebut bahwa AKB lebih tinggi di bandingkan dengan AKI di masa pandemi Covid-19.

B. Unsur-Unsur Kualitas Pelayanan

Unsur-unsur kualitas pelayanan menurut Saleh (2013) antara lain adalah sebagai berikut:

1. Penampilan

Personal dan fisik sebagaimana layanan kantor depan (resepsionis memerlukan persyaratan seperti berpenampilan menarik, badar harus tegap/tidak cacat. tutur bahasa menarik, familier dalam berperilaku, penampilan penuh percaya diri).

2. Tepat Waktu dan Janji

Secara utuh dan prima petugas pelayanan dalam menyampaikan perlu diperhitungkan janji yang disampaikan kepada pelanggan bukan sebaliknya selalu ingkar janji. Demikian juga waktu jika mengutarakan 2 hari selesai harus betul-betul dapat memenuhinya

3. Kesiediaan Melayani

Sebagaimana fungsi dan wewenang harus melayani kepada para pelanggan, konsekuensi logis petugas harus benar-benar bersedia melayani kepada para pelanggan.

4. Pengetahuan dan Keahlian

Petugas Pelayanan harus memiliki tingkat pendidikan tertentu dan pelatihan tertentu yang disyaratkan dalam jabatan serta memiliki pengalaman yang luas di bidangnya

5. Kesopanan dan Ramah Tan

Masyarakat pengguna jasa Pelayanan itu sendiri dan lapisan masyarakat baik tingkat status ekonomi dan sosial rendah maupun tinggi terdapat perbedaan karakternya maka petugas pelayanan masyarakat diuntut adanya keramah tamahan dalam melayani, sabar, tidak egois dan santun bertutur kata kepada pelanggan.

6. Kejujuran dan Kepercayaan

Pelayanan ini oleh pengguna jasa dapat dipergunakan berbagai aspek, maka dalam penyelenggaraannya harus transparan dari aspek kejujuran, jujur dalam bentuk aturan, jujur dalam pembiayaan dan jujur dalam penyelesaian waktunya. Dari aspek kejujuran ini petugas pelayanan tersebut dapat dikategorikan sebagai pelayan yang dipercaya dari segi sikapnya, dapat dipercaya dari tutur katanya, dapat dipercayakan dalam menyelesaikan akhir pelayanan sehingga otomatis pelanggan merasa puas. Unsur pelayanan prima dapat ditambah unsur yang lain.

7. Kepastian Hukum

Bila setiap hasil yang tidak mempunyai kepastian hukum jelas akan mempengaruhi sikap masyarakat, misalnya pengurusan KTP, KK dan lain-lain bila ditemukan cacat hukum akan mempengaruhi kredibilitas instansi yang mengeluarkan surat legitimasi tersebut.

8. Keterbukaan

Secara pasti bahwa setiap urusan/kegiatan yang memperlakukan izin, maka ketentuan keterbukaan perlu ditegakkan. Keterbukaan itu akan mempengaruhi unsur-unsur kesederhanaan, kejelasan informasi kepada masyarakat.

9. Efisien

Dari setiap pelayanan dalam berbagai urusan, tuntutan masyarakat adalah efisiensi dan efektifitas dari berbagai aspek sumber daya sehingga menghasilkan biaya yang murah waktu yang singkat dan tepat serta kualitas yang tinggi. Dengan demikian efisiensi dan efektifitas merupakan tuntutan yang harus diwujudkan dan perlu diperhatikan secara serius.

10. Biaya

Pemantapan pengurusan dalam pelayanan diperlukan kewajaran dalam penentuan pembiayaan, pembiayaan harus disesuaikan dengan daya beli masyarakat dan pengeluaran biaya harus transparan dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang undangan.

11. Tidak Rasial

Pengurusan pelayanan dilarang membeda-bedakan kesukuan agama, aliran dan dengan demikian segala urusan harus memenuhi jangkauan yang luas dan merata

12. Kesederhanaan

Prosedur dan tata cara pelayanan kepada masyarakat untuk diperhatikan kemudahan, tidak berbelit-belit dalam pelaksanaan

C. Dimensi Kualitas Pelayanan

Pelayanan memainkan peran yang sangat penting karena pelayanan merupakan aktivitas pendukung dalam kegiatan pemasaran. Kualitas pelayanan merupakan perbedaan antara kenyataan dengan harapan konsumen atas pelayanan yang mereka terima. David Garvin mendefinisikan delapan dimensi kualitas yang dapat digunakan pada tingkat strategis untuk menganalisa karakteristik kualitas. Delapan dimensi Garvin's ini sebagai berikut:

1. *Perfrmance* (kinerja) adalah karakteristik utama dari produk.
2. *Features* (gambaran) adalah aspek kinerja kedua.
3. *Reliability* (keandalan) adalah kemungkinan keberhasilan kinerja digambarkan dalam fungsi yang lebih spesifik selama periode dan kondisi tertentu.
4. *Conformance* (kesesuaian) adalah tingkat karakteristik desain dan pemberian produk sesuai dengan standar yang ada.
5. *Durability* (daya tahan) adalah suatu alat ukur masa produk atau daya tahan dari suatu produk sebelum menjadi rusak, sangat erat kaitannya dengan *reliability* (keandalan) dan *service ability* (kemampuan pelayanan).
6. *Service ability* (kemauan pelayanan) yaitu kecepatan, keramahan persaingan dan kemudahan untuk memperbaiki.
7. *Aesthetic* (keindahan) adalah bagaimana produk tersebut terlihat, dirasakan atau dicium yang lebih banyak bersifat individual dan sangat subjektif.
8. *Perceived quality* (pengamatan mutu) adalah pelanggan tidak selalu mempunyai informasi yang lengkap mengenai produk atau layanan sehingga pengukuran secara tidak langsung terhadap mutu hanya berdasarkan pada perbandingan produk.

Perkembangan teori Parasuraman (1988) menyederhanakan dimensi di atas menjadi lima dimensi pokok yang dikenal dengan SERQUAL (*service quality*) yang terdiri dari:

1. Bukti fisik (*tangibles*) yaitu kemampuan Suatu perusahaan dalam menunjukkan eksistensinya kepada pihak eksternal. Penampilan dan kemampuan sarana dan prasarana fisik perusahaan yang dapat diandalkan serta keadaan lingkungan sekitarnya merupakan salah satu cara perusahaan jasa dalam menyajikan kualitas layanan terhadap pelanggan. Di antaranya meliputi fasilitas fisik (gedung, buku, rak buku, meja dan kursi, dan sebagainya), teknologi (peralatan dan perlengkapan yang dipergunakan), serta penampilan pegawai.
2. Keandalan (*reliability*) adalah kemampuan perusahaan memberikan pelayanan sesuai dengan apa yang dijanjikan secara akurat dan terpercaya. Kinerja harus sesuai dengan harapan pelanggan yang tercermin dari ketepatan waktu, pelayanan yang sama untuk semua pelanggan tanpa kesalahan sikap simpatik dan akurasi yang tinggi.
3. Daya tanggap (*responsiveness*) adalah kemauan untuk membantu pelanggan dan memberikan jasa dengan cepat dan tepat dengan

penyampaian informasi yang jelas. Mengabaikan dan membiarkan pelanggan menunggu tanpa alasan yang jelas menyebabkan persepsi yang negatif dalam kualitas pelayanan

4. Jaminan (*assurance*) adalah pengetahuan, kesopan-santunan dan kemampuan para pegawai perusahaan untuk menumbuhkan rasa percaya para pelanggan kepada perusahaan. Hal ini meliputi beberapa komponen, antara lain:
 - a. Komunikasi (*communication*), yaitu secara terus menerus memberikan informasi kepada pelanggan dalam bahasa dan penggunaan kata yang jelas sehingga para pelanggan dapat dengan mudah mengerti apa yang diinformasikan pegawai serta dengan cepat dan tanggap menyikapi keluhan dan komplain dari para pelanggan.
 - b. Kredibilitas (*credibility*). perlunya jaminan atas suatu kepercayaan yang diberikan kepada pelanggan, *believability* atau sifat kejujuran, menanamkan kepercayaan, memberikan kredibilitas yang baik bagi perusahaan pada masa yang akan datang.
 - c. Keamanan (*security*), adanya suatu kepercayaan yang tinggi dari pelanggan akan pelayanan yang diterima. Tentunya pelayanan yang diberikan mampu memberikan suatu jaminan kepercayaan
 - d. Kompetensi (*competence*), yaitu keterampilan yang dimiliki dan dibutuhkan agar dalam memberikan pelayanan kepada pelanggan dapat dilaksanakan dengan optimal.
 - e. Sopan santun (*courtesy*), dalam pelayanan adanya suatu nilai moral yang dimiliki oleh perusahaan dalam memberikan pelayanan kepada pelanggan. Jaminan akan kesopansantunan yang ditawarkan kepada pelanggan sesuai dengan kondisi dan situasi yang ada.
5. Empati (*empathy*), yaitu memberikan perhatian yang tulus dan bersifat individual atau pribadi yang diberikan kepada pelanggan dengan berupaya memahami keinginan konsumen di mana suatu perusahaan diharapkan memiliki suatu pengertian dan pengetahuan tentang pelanggan, memahami kebutuhan pelanggan secara spesifik, serta memiliki waktu pengoperasian yang nyaman bagi pelanggan

D. Program Kesehatan Ibu dan Anak

1. Pengertian Program KIA

Upaya kesehatan Ibu dan Anak adalah upaya di bidang kesehatan yang menyangkut pelayanan dan pemeliharaan ibu hamil, ibu bersalin, ibu

menyusui, bayi dan anak balita serta anak prasekolah. Pemberdayaan Masyarakat bidang KIA masyarakat dalam upaya mengatasi situasi gawat darurat dari aspek non klinik terkait kehamilan dan persalinan. Sistem kesiagaan merupakan sistem tolong-menolong, yang dibentuk dari, oleh dan untuk masyarakat, dalam hal penggunaan alat transportasi atau komunikasi (telepon genggam, telepon rumah), pendanaan, pendonor darah, pencacatan pemantauan dan informasi KB. Dalam pengertian ini tercakup pula pendidikan kesehatan kepada masyarakat, pemuka masyarakat serta menambah keterampilan para dukun bayi serta pembinaan kesehatan di taman kanak-kanak.

Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) adalah program untuk mengurangi AKI dan AKB. Program tersebut antara lain *Safe Motherhood*. Program ini di Indonesia dituangkan dalam bentuk program Keluarga Berencana (KB), pelayanan pemeriksaan dan perawatan kehamilan, persalinan sehat dan aman, serta pelayanan obstetri esensial di pusat layanan kesehatan masyarakat (Zahtamal, 2011)

Pengertian keluarga berarti *nuclear family* yaitu yang terdiri dari ayah, ibu dan anak. Ayah dan ibu dalam melaksanakan tanggung jawab sebagai orang tua dan mampu memenuhi tugas sebagai pendidik. Oleh sebab itu keluarga mempunyai peranan yang besar dalam mempengaruhi kehidupan seorang anak, terutama pada tahap awal maupun tahap-tahap kritisnya, dan yang paling berperan sebagai pendidik anak-anaknya adalah ibu. Peran seorang ibu dalam keluarga terutama anak adalah mendidik dan menjaga anak-anaknya dari usia bayi sehingga dewasa, karena anak tidak jauh dari pengamatan orang tua terutama ibunya (Asfryati, 2013).

Peranan ibu terhadap anak adalah sebagai pembimbing kehidupan di dunia ini. Ibu sangat berperan dalam kehidupan buah hatinya di saat anaknya masih bayi hingga dewasa, bahkan sampai anak yang sudah dilepas tanggung jawabnya atau menikah dengan orang lain seorang ibu tetap berperan dalam kehidupan anaknya.

2. Tujuan Program KIA

Tujuan Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) adalah tercapainya kemampuan hidup sehat melalui peningkatan derajat kesehatan yang optimal, bagi ibu dan keluarganya untuk menuju Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS) serta dapat meningkatkan derajat kesehatan anak untuk menjamin proses tumbuh kembang optimal yang merupakan landasan bagi

peningkatan kualitas manusia seutuhnya. Sedangkan tujuan khusus program KIA adalah:

- a. Meningkatkan kemampuan ibu (pengetahuan, sikap dan perilaku), dalam mengatasi kesehatan diri dan keluarganya dengan menggunakan teknologi tepat guna dalam upaya pembinaan kesehatan keluarga, perkumpulan 10 keluarga, Posyandu dan sebagainya.
- b. Meningkatnya upaya pembinaan kesehatan balita dan anak prasekolah secara mandiri di dalam lingkungan keluarga, perkumpulan 10 keluarga, Posyandu, dan Karang Balita serta di sekolah Taman Kanak-Kanak atau TK.
- c. Meningkatnya jangkauan pelayanan kesehatan bayi, anak balita, ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, dan ibu menyusui. Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, ibu menyusui, bayi dan anak balita.
- d. Meningkatnya kemampuan dan peran serta masyarakat, keluarga dan seluruh anggotanya untuk mengatasi masalah kesehatan ibu, balita, anak prasekolah, terutama melalui peningkatan peran ibu dan keluarganya

3. Prinsip Pengelolaan Program KIA

Prinsip pengelolaan Program KIA adalah memantapkan dan meningkatkan jangkauan serta kualitas pelayanan KIA secara efektif dan efisien. Pelayanan KIA diutamakan pada kegiatan pokok, sebagai berikut:

- a. Peningkatan pelayanan antenatal di semua fasilitas pelayanan dengan kualitas yang baik serta jangkauan yang setinggi-tingginya.
- b. Peningkatan pertolongan persalinan yang lebih ditujukan kepada peningkatan pertolongan oleh tenaga profesional secara berangsur.
- c. Peningkatan deteksi dini risiko tinggi ibu hamil, baik dari tenaga kesehatan maupun di masyarakat oleh kader dan dukun bayi serta penanganan dan pengamatannya secara terus menerus.
- d. Peningkatan pelayanan neonatal (bayi berumur kurang dari 1bulan) dengan kualitas yang baik dan jangkauan yang setinggi-tingginya

4. Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

- a. Kesehatan Maternal/Ibu
- b. Kesehatan Perinatal dan Neonatal
- c. Kesehatan Bayi dan Anak
- d. Kesehatan Reproduksi

- 1) Pemeliharaan kesehatan ibu hamil dan menyusui serta bayi, anak balita dan anak prasekolah.
- 2) Deteksi dini faktor risiko ibu hamil.
- 3) Pemantauan tumbuh kembang balita.
- 4) Imunisasi Tetanus Toxoid 2 kali pada ibu hamil serta BCG, DPT 3 kali, Polio 3 kali dan campak 1 kali pada bayi.
- 5) Penyuluhan kesehatan meliputi berbagai aspek dalam mencapai tujuan program KIA.
- 6) Pengobatan bagi ibu, bayi, anak balita dan anak pra sekolah untuk macam-macam penyakit ringan.
- 7) Kunjungan rumah untuk mencari ibu dan anak yang memerlukan pemeliharaan serta bayi-bayi yang lahir ditolong oleh dukun selama periode neonatal (0-30 hari).
- 8) Pengawasan dan bimbingan kepada taman kanak-kanak dan para dukun bayi serta kader-kader kesehatan.

KUALITAS PELAYANAN ANTENATAL CARE TERINTEGRASI

Suchi Avnalurini Sharief. S.Si.T., S.K.M., M.Keb.
Suryanti S., S.Keb., Bd., M.Keb.

A. Pendahuluan

Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2015-2019 telah berakhir. Dalam RPJMN 2015-2019 telah ditetapkan 4 sasaran utama kesehatan yang harus dicapai pada tahun 2019: 1) Meningkatkan derajat kesehatan dan gizi masyarakat; 2) Meningkatkan pengendalian penyakit menular dan tidak menular; 3) Meningkatkan pemerataan dan kualitas pelayanan kesehatan; dan 4) Meningkatkan perlindungan finansial, ketersediaan, distribusi, kualitas obat dan sumber daya kesehatan. Dalam pembangunan kesehatan, sasaran peningkatan pemerataan dan mutu pelayanan kesehatan ditentukan oleh tiga indikator, yaitu banyaknya kecamatan yang memiliki minimal satu Puskesmas terakreditasi yaitu 5.600; jumlah kabupaten/kota yang memiliki minimal satu rumah sakit terakreditasi nasional sebanyak 481; dan persentase kabupaten/kota yang telah menyelesaikan imunisasi dasar pada bayi sampai dengan 80%, yaitu sebanyak 95%.

Berdasarkan laporan Kementerian Kesehatan, target tersebut telah tercapai; Pada tahun 2018, target jumlah kecamatan yang memiliki minimal satu Puskesmas terakreditasi dari 4.900 kecamatan adalah sebanyak 5.385 kecamatan (109,9%) atau sekitar 7.518 Puskesmas. Pencapaian tersebut melebihi target yang ditetapkan karena beberapa kabupaten/kota menggunakan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah murni untuk proses akreditasi dan tidak menggunakan sumber daya dari Dana Alokasi Non Fisik. Pada tahun 2018 jumlah kabupaten/kota yang memiliki minimal satu RS terakreditasi nasional sebanyak 440 (101,4%) dari target 434. Target imunisasi tidak tercapai; Data tahun 2018 menunjukkan cakupan imunisasi dasar lengkap untuk anak usia 12-23 bulan di Indonesia sebesar 57,9%,

cakupan tidak lengkap adalah 32,9% dan tidak diimunisasi adalah 9,2%. Terkait dengan target peningkatan derajat kesehatan dan gizi masyarakat, telah ditetapkan beberapa target pencapaian, yaitu Angka Kematian Ibu (AKI) 306/100.000 kelahiran hidup, Angka Kematian Bayi (AKB) 24/1.000 kelahiran hidup, prevalensi gizi kurang pada balita 17/100.000, dan prevalensi *stunting* pada balita 28/100.000. AKI saat ini dilaporkan mengalami penurunan sebesar 346 kematian menjadi 305 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup tetapi belum mencapai target MDG's pada tahun 2015 sebesar 102/100.000 kelahiran hidup. Di sisi lain, Indonesia harus berupaya untuk mencapai target SDG's yang lebih tinggi dengan menurunkan AKI menjadi di bawah 70/100.000 kelahiran hidup, menurunkan angka kematian neonatal menjadi 12/1000 kelahiran hidup dan menurunkan angka kematian balita menjadi 25/1000 kelahiran hidup. AKI di Indonesia merupakan yang tertinggi dibandingkan negara ASEAN lainnya yaitu 9 kali lipat Malaysia, 5 kali Vietnam dan hampir 2 kali lipat Kamboja. Berdasarkan laporan WHO, estimasi AKI di negara maju adalah 12/100.000 kelahiran hidup, sedangkan di negara berkembang adalah 239/100.000 kelahiran hidup.

Hasil penelitian di Indonesia yang menggunakan data tahun 2013 menunjukkan adanya disparitas kematian ibu antar kabupaten/kota di Indonesia, dengan risiko kematian ibu tertinggi terjadi di kawasan timur Indonesia. Faktor risiko yang paling berpengaruh terhadap kematian ibu adalah kepadatan penduduk dengan OR 0,283 (95% CI 0,185-0,430) dan persalinan oleh tenaga kesehatan dengan OR 1,745. (95% CI 1.081-2.815). Risiko kematian ibu tinggi di kabupaten/kota dengan cakupan yang rendah kunjungan kehamilan keempat, cakupan persalinan oleh petugas kesehatan yang rendah, cakupan kunjungan nifas yang rendah, rata-rata jumlah anak yang tinggi, rata-rata lama sekolah wanita usia subur yang rendah, dan kemiskinan yang tinggi. Strategi utamanya adalah menurunkan morbiditas dan mortalitas ibu dengan perawatan antenatal (ANC).

ANC bertujuan untuk memantau dan menjaga kesehatan dan keselamatan ibu dan janin, mendeteksi semua komplikasi kehamilan dan mengambil tindakan yang diperlukan, menanggapi keluhan, mempersiapkan persalinan, dan mempromosikan gaya hidup sehat. Kunjungan ANC sangat penting untuk mendeteksi dan mencegah kejadian yang tidak diinginkan yang muncul selama kehamilan. Di negara berkembang telah terjadi peningkatan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu, namun masih bervariasi antar kelompok penduduk. Kesenjangan dapat terjadi karena perbedaan geografis, demografi, sosial ekonomi, dan budaya. Kesenjangan yang terjadi

mengakibatkan menurunnya akses layanan, kualitas layanan, dan keterjangkauan layanan. Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa disparitas antarwilayah terjadi di beberapa negara. Di Nigeria, disparitas antarwilayah terjadi pada penggunaan pengobatan preventif intermiten untuk malaria pada kehamilan. Kesenjangan antarwilayah terjadi di Bangladesh dalam perawatan kesehatan ibu. Layanan ANC di Ethiopia dilaporkan mengalami disparitas antarwilayah selama delapan belas tahun. Sejalan dengan fenomena ini, di Liberia juga telah dilaporkan adanya disparitas antarwilayah dalam pemanfaatan layanan ANC.

Pada tahun 2018 terjadi peningkatan proporsi kunjungan ANC wanita usia 10-54 tahun yaitu kunjungan pertama sebesar 96,1% dibandingkan 95,2% pada tahun 2013, sedangkan kunjungan ANC keempat pada tahun 2018 sebesar 74,1% dibandingkan dengan 70,0% pada tahun 2013. 2013; cakupan kunjungan keempat ANC masih di bawah target yang ditetapkan dalam Renstra 2017, yaitu 76,0%. Namun, kualitas layanan untuk memastikan diagnosis dini dan perawatan yang tepat bagi ibu hamil tetap perlu ditingkatkan. Bidan menjadi ujung tombak pemeriksaan kehamilan dengan mengidentifikasi komplikasi atau gejala komplikasi, membantu persalinan dan melakukan pemeriksaan persalinan. Jika ada tanda-tanda komplikasi yang tidak dapat diobati, bidan harus melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang menyediakan Pelayanan Obstetri Neonatal Darurat Dasar untuk mendapatkan pengobatan lebih lanjut. Data Kementerian Kesehatan tahun 2018 menyebutkan bahwa sebagian besar (62,7%) persalinan ditolong oleh bidan dan dilakukan di tempat praktik bidan mandiri (29%), walaupun masih banyak yang dilakukan di rumah (16%) [1].

Strategi utama untuk menurunkan angka morbiditas/kesakitan dan angka mortalitas/kematian ibu adalah perawatan antenatal/kehamilan. *Antenatal Care* (ANC) bertujuan untuk memantau dan menjaga kesehatan dan keselamatan ibu dan janin, mendukung kesehatan ibu hamil normal dan mendeteksi ibu dengan kehamilan normal. Selain itu, *antenatal care* merupakan cara penting untuk dapat memantau dan mendeteksi semua komplikasi selama kehamilan serta menghindari kehamilan yang berisiko tinggi. Pemeriksaan kehamilan juga berfungsi untuk mendeteksi berbagai masalah terkait kehamilan yang sering muncul selama kehamilan, mengambil tindakan yang diperlukan, menanggapi keluhan, mempersiapkan kelahiran, dan mempromosikan gaya hidup sehat [2].

B. Definisi Pelayanan *Antenatal Care* Terintegrasi

Kualitas pelayanan kesehatan diartikan bahwa, dapat memberikan pelayanan prima dan di satu sisi dapat menimbulkan kepuasan bagi setiap pasien dan di sisi lain telah ditetapkan prosedur kesesuaian pelayanan dengan kode etik dan standar pelayanan kebidanan. Pelayanan *Antenatal Care* (ANC) yang berkualitas dapat meningkatkan *outcome* kesehatan ibu dan anak. Pelayanan yang berkualitas merupakan pelayanan yang simpatik, disiplin, bertanggung jawab dan penuh perhatian terhadap setiap pelayanan yang diberikan sehingga dapat memberikan kepuasan atas pelayanan yang diberikan. Kotler (1997) mengartikan, kepuasan yang dialami pasien berhubungan dengan hasil pelayanan yang diberikan oleh petugas kesehatan [3].

Pemeriksaan ANC (*Antenatal Care*) merupakan pemeriksaan kehamilan yang menekankan pada peningkatan kesehatan ibu hamil baik fisik maupun mental dalam rangka mempersiapkan persalinan, nifas dan pemberian ASI hingga fungsi reproduksi pulih kembali seperti sebelum hamil. Ibu hamil melakukan kunjungan ANC selama hamil, yang di lakukan sedini mungkin agar memperoleh pelayanan antenatal yang memadai. Tujuan pelayanan antenatal di maksudkan untuk mencegah kemungkinan komplikasi obstetri dan melakukan deteksi dini terhadap komplikasi yang di alami [4]

Pelayanan antenatal terintegrasi adalah pelayanan yang terintegrasi antara pelayanan antenatal rutin dan beberapa program sasaran pada ibu hamil sesuai dengan prioritas yang ditetapkan departemen kesehatan. Program yang di integrasikan meliputi gizi, imunisasi, IMS, HIV, TB, Kusta, Malaria dengan pendekatan responsif gender. Untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan antenatal yang berkualitas menjalani kehamilan yang sehat, bersalin dengan selamat dan bayi lahir sehat [5].

Agar ibu dapat menjalani kehamilan yang sehat, pada saat pelayanan antenatal dilakukan skrining untuk mendeteksi secara dini risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi. Setelah ditemukan risiko atau komplikasi yang dapat mengancam keselamatan ibu dan janinnya, segera dilakukan penanganan baik itu berupa asuhan mandiri, kolaborasi maupun rujukan dengan mempertahankan kondisi ibu dan janin tetap dalam keadaan optimal. Perawatan antenatal (ANC) tetap menjadi intervensi yang sering digunakan untuk mengurangi MMR, terutama di negara berkembang. Penggunaan layanan ANC secara signifikan terkait dengan peningkatan hasil ibu dan bayi. Menyadari pentingnya hal ini, pemerintah Indonesia meluncurkan program *Safe Motherhood* pada tahun 1990, berdasarkan empat pilar berikut: keluarga

berencana, perawatan antenatal, persalinan yang aman dan layanan penting kebidanan [4].

Penggunaan *Antenatal Care* (ANC) sangat dianjurkan sebagai tindakan preventif untuk meningkatkan hasil kehamilan. Akses ke layanan ini telah diidentifikasi sebagai salah satu intervensi paling efektif untuk mencegah atau mengelola komplikasi dan hasil kelahiran yang merugikan. Layanan ANC yang diberikan di seluruh puskesmas di Indonesia diharapkan dapat memenuhi standar kualitas ANC yang terintegrasi untuk meningkatkan kualitas ibu, dan persembahan kesehatan anak, termasuk mencatat dan melaporkan hasil pemeriksaan ANC. Investasi ini dapat memberikan informasi yang cukup untuk dianalisis dan bukti yang akan digunakan untuk perencanaan informasi, pengambilan keputusan, dan pemantauan kemajuan kebijakan untuk mengakhiri kematian ibu dan bayi yang dapat dicegah. Penggunaan informasi ANC yang memadai dan analisis sistematisnya selama berbagai tahap kehamilan sangat penting untuk memantau, mendeteksi, dan menilai risiko dan faktor yang dapat dicegah terkait dengan kematian ibu dan bayi [6].

Di Indonesia, akses ke data yang tepat waktu, lengkap, dan andal tentang hasil terkait kehamilan serta penyebab dan dampak intervensi masih menjadi tantangan. Ini menghalangi program perencanaan, pengambilan keputusan, dan mengalokasikan sumber daya secara tepat untuk mengurangi kematian ibu, janin, dan neonatal. Peningkatan ketersediaan, konsistensi, dan kualitas data ANC selama kehamilan dapat membantu praktisi medis mendeteksi risiko persalinan abnormal; akibatnya, intervensi yang tepat dapat dimulai pada waktu yang tepat. Dalam model Indonesiaan, bidan adalah praktisi utama di seluruh provinsi (87,8% dari praktisi medis). Mereka diharapkan dapat memberikan layanan ANC yang komprehensif dan terintegrasi kepada ibu hamil dan mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam sistem pencatatan dan pelaporan kesehatan setempat, seperti register kehamilan, kartu kesehatan ibu, dan pembukuan kesehatan ibu dan anak (KIA). Mereka juga diharapkan dapat mendeteksi tanda-tanda awal dari potensi komplikasi dan kelainan selama kehamilan dan persalinan dan memberikan intervensi atau rujukan yang sesuai pada waktu yang tepat. Namun demikian, kemampuan mereka dalam mendokumentasikan hasil pemeriksaan ANC dilaporkan rendah, dengan angka 20% di rumah sakit dan 42,5% di pusat perawatan kesehatan primer. Data lokal yang tidak tercatat atau tidak tersedia tentang ibu, janin [7].

C. Ruang Lingkup Antenatal Care Terintegrasi

Program yang terintegrasi dalam pelayanan ANC [6] yaitu:

1. *Maternal Neonatal Tetanus Elimination* (MNTE)

Dilakukan dengan pemberian imunisasi TT pada wanita usia subur (WUS) baik pada catin ataupun pada ibu hamil.

2. Antisipasi defisiensi gizi dalam kehamilan (ANDika)

Dilakukan dengan pemeriksaan Hb rutin pada ibu hamil, yaitu 2 kali selama kehamilan, pada trimester satu dan trimester dua. Hal ini dilakukan untuk mendeteksi anemia dalam kehamilan terkait dengan peristiwa haemodilusi dalam kehamilan. Semakin tua usia kehamilan, kadar Hb cenderung menurun, oleh karena itu ibu hamil sebaiknya di beri 1 tablet Fe per hari selama 3 bulan berturut-turut. Dengan demikian, kadar Hb ibu hamil di harapkan tetap stabil dalam keadaan normal. Selain pemeriksaan Hb, dilakukan juga pengukuran LILA yang dimaksudkan untuk mendeteksi adanya KEK pada ibu hamil. Lingkar lengan atas menjadi patokan dalam penentuan status gizi ibu hamil dikarenakan pertambahan BB ibu hamil meliputi pertambahan BB ibu, BB janin, air ketuban, dan penimbunan cairan yang sering terjadi pada ibu hamil, sehingga penambahan BB ibu hamil tidak cukup akurat untuk menilai status gizinya, Adapun penanganan KEK pada ibu hamil adalah dengan pemberian PMT [8].

3. Pencegahan dan pengobatan IMS/ISR dalam kehamilan (PIDK)

Penanganan infeksi menular seksual terdiri dari dua cara yaitu berdasarkan kasus (*case management*) atau dengan penanganan berdasarkan sindrom (*syndrome management*).

Pada pelayanan pencegahan dan pengobatan IMS/ISR dalam kehamilan meliputi penyuluhan dan memberikan pengetahuan pada ibu hamil setelah dilakukan penjarangan pada setiap ibu hamil dengan risiko akan dirujuk ke VCT sesuai dengan wewenang pemeriksanya. Pada wilayah epidemik dilakukan intervensi pada populasi risiko tinggi, pasien yang ada indikasi atau patut diduga mengalami IMS, setiap ibu hamil, pasien IMS, pasien dengan TB, paparan HIV perinatal, perkosaan dan kekerasan seksual.

Deteksi dini dilakukan pada ibu hamil yang mengalami keluhan IMS dan dilakukan pula penapisan serta pengobatan pada pasangannya. Pemeriksaan pada pasangan dilakukan guna menghindari adanya fenomena bola pingpong, di mana pasangan dapat menularkan kembali jika ibu telah diobati.

Pengendalian IMS dilakukan dengan menjamin ketersediaan layanan IMS berkualitas yang mengedepankan upaya preventif dan promotif di puskesmas dan fasilitas kesehatan tingkat primer lainnya, menurunkan penularan HIV dengan memutus rantai penularan IMS pada populasi kunci misalnya pekerja seks, meningkatkan upaya deteksi dini dan tatalaksana sifilis, HIV dan IMS lainnya pada ibu hamil dan bayinya dalam rangka menurunkan kematian dan kecacatan pada bayi, memastikan ketersediaan dan penggunaan informasi yang terpercaya dalam pengendalian IMS, melibatkan seluruh pemberi layanan kesehatan pemerintah serta swasta dalam pengendalian IMS, memperkuat manajemen program, advokasi, kemitraan dan mobilisasi sumber daya untuk pengendalian IMS di semua tingkat. [9]

4. Eliminasi sifilis kongenital (ESK) dan Frambusia

Setiap ibu hamil dengan hasil pemeriksaan TPRapid sifilis positif fibioti dengan benzatin penicillin G 2,4 juta IU. Setiap ibu hamil pada kunjungan ANC pertama di tawarkan untuk dilakukan pemeriksaan sifilis dan HIV. Apabila ditemukan ibu dengan sifilis I(berulang) dilakukan pengobatan sifilis [10].

5. Pencegahan dan penularan HIV dari ibu ke bayi (PMTCT)

Penularan HIV dari ibu ke bayi merupakan akhir dari rantai penularan yang umumnya didapat dari seorang laki-laki HIV positif. Sepanjang usia reproduksi seorang wanita usia reproduksi aktif, perempuan HIV positif secara potensial masih memiliki risiko untuk menularkan HIV kepada bayi berikutnya jika ia kembali hamil. Pedoman nasional pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayi di buat agar dapat bermanfaat untuk semua pihak yang berkepentingan terhadap pengembangan pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayi di Indonesia.

Layanan pencegahan HIV dari ibu ke bayi di integrasikan dengan paket pelayanan kesehatan ibu dan anak serta layanan keluarga berencana di tiap jenjang pelayanan kesehatan. Semua perempuan yang datang ke pelayanan kesehatan ibu dan anak dan layanan keluarga berencana di tiap jenjang pelayanan kesehatan mendapatkan informasi pencegahan penularan HIV selama masa kehamilan dan menyusui. Untuk mencegah terjadinya penularan HIV dari ibu ke bayi, dilaksanakan secara komprehensif dengan menggunakan empat prong [11,12] yaitu

- a. Prong 1 pencegahan terjadinya penularan HIV pada perempuan usia reproduksi

- b. Prong 2. Pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan pada perempuan HIV positif
 - c. Prong 3: pencegahan penularan HIV dari ibu hamil HIV positif ke bayi yang di kandungnya
 - d. Prong 4: pemberian dukungan psikologis, sosial dan perawatan kepada ibu HIV positif beserta bayi dan keluarganya
6. Pencegahan malaria dalam kehamilan (PMDK)

Malaria hingga saat ini masih merupakan problem klinik di negara-negara berkembang terutama negara yang beriklim tropis seperti Indonesia. Malaria pada kehamilan memberikan dampak yang sangat buruk bagi ibu dan janin yang di kandung bahkan meningkatkan angka kesakitan dan kematian ibu dan janin. Pencegahan dan pengobatan malaria dalam kehamilan meliputi

- a. Pada semua ibu hamil dengan malaria, maka pada kunjungan ANC yang pertama, di berikan pengobatan dosis terapeutik anti malaria
- b. Pencegahan terhadap anemia di mulai sedini mungkin dengan memberikan suplemen besi 300 mg sulfas ferrosus (60 mg elemen besi)/hari dan 1 mg asam folat/hari. Untuk anemia moderat dengan Hb 7-10 g/dl maka di berikan dosis fe 2 kali lipat dan periksakan Hb setiap kali kunjungan

Kebijakan pengobatan malaria di Indonesia hanya menganjurkan pemakaian klorokuin untuk pengobatan dosis terapeutik dalam kehamilan, sedangkan kinin digunakan untuk pengobatan malaria berat. Pada daerah yang resistan terhadap klorokuin maka dapat diberikan meflokuin, namun penggunaannya pada kehamilan muda harus hati-hati karena bukti penelitian terkait penggunaannya pada trimester 1 masih minim [13].

WHO merekomendasikan agar memberikan suatu dosis pengobatan (dosis terapeutik) anti malaria untuk semua wanita hamil didaerah endemik malaria pada kunjungan ANC yang pertama, kemudian di ikuti kemoprofilaksis teratur saat ini kebijakan pengobatan malaria di Indonesia menghendaki hanya memakai klorokuin untuk kemoprofilaksis pada kehamilan. Ibu hamil dengan status nonimun sebaiknya dihindarkan memasuki daerah endemis malaria [14].

Pada daerah yang rawan malaria dapat dilakukan pencegahan dari gigitan nyamuk, sehingga mencegah ibu kontak dengan vektor. Pencegahan tersebut dilakukan dengan cara

- a. Memakai kelambu yang telah di celup dengan insektisida (misalnya permethrin)

- b. Memakai baju dan celana panjang
- c. Memakai penolak nyamuk
- d. Memakai obat nyamuk baik semprot, bakar dan obat nyamuk listrik.
- e. Memakai kawat nyamuk pada pintu dan jendela
<https://media.neliti.com/media/publications/148312-ID-malaria-pada-kehamilan.pdf>

7. Penatalaksanaan TB dalam kehamilan (TB-ANC) dan Kusta

TB atau tuberkulosis paru pada kehamilan seperti tuberkulosis paru umumnya masih merupakan problem kesehatan masyarakat Indonesia maupun negara-negara yang sedang berkembang lainnya. Tingginya prevelensi Tb paru di Indonesia dapat menjadi asumsi bahwa frekuensi pada wanita juga tinggi di mana diperkirakan sekitar 1 persen wanita hamil menderita TB paru. Penatalaksanaan pasien hamil dengan tes PPD positif yaitu [15,16]

- a. Trimester 1
 - 1) Kurangi aktivitas fisik
 - 2) Memenuhi kebutuhan nutrisi (tinggi kalori tinggi protein),
 - 3) pemberian vitamin dan Fe,
 - 4) Dukungan keluarga dan kontrol teratur
 - 5) Dianjurkan penderita datang paling awal atau paling akhir ketika kontrol untuk menghindari penularan terhadap orang di sekitarnya
 - 6) Jika sudah mengalami TB sebelum hamil obat Tb diteruskan dan rifampisin dihentikan
 - 7) Apabila pada pemeriksaan ANC ditemukan ada gejala klinis tuberkulosis paru seperti batuk/batuk disertai darah, demam, keringat malam, nafsu makan menurun, nyeri dada maka sebaiknya di periksakan PPD bila hasilnya positif maka dilakukan pemeriksaan foto toraks dengan pelindung perut, bila tuberkulosis dilakukan pemeriksaan sputum BTA 3 kali dan biakan BTA.

Perlu ditekankan pada penderita bahwa mereka memerlukan pengobatan dalam waktu lama sehingga perlu pendidikan kesehatan yang cukup agar ibu paham dengan kondisinya. Penyakit akan sembuh dengan baik bila pengobatan yang diberikan di patuhi oleh penderita. Penderita didik untuk menutup mulut dan hidungnya bila batuk, bersin dan tertawa

b. Trimester 2 dan 3

Pada penderita TB paru yang tidak aktif selama kehamilan tidak diperlukan pengobatan, sedangkan pada penderita aktif, hendaknya jangan di campurkan dengan wanita hamil lainnya saat kunjungan antenatal dan pada saat mendekati persalinan alangkah baiknya dirawat di rumah sakit dalam kamar isolasi untuk mencegah penularan dan membantu ibu beristirahat dan makan yang cukup. Dianjurkan untuk menggunakan obat dua macam atau lebih untuk mencegah timbulnya resistensi kuman. Untuk diagnosis pasti dan pengobatan selalu bekerja sama dengan spesialis paru. Penatalaksanaan sama dengan trimester pertama namun pada trimester 2 di perbolehkan menggunakan rifampisin sebagai terapi.

8. Pencegahan kecacingan dalam kehamilan (PKDK)

Program penanggulangan cacingan pada ibu hamil meliputi [17]

- a. Ibu hamil dengan pemberian Fe masih tetap anemia di lakukan pemeriksaan tinja, apabila hasilnya positif maka dilakukan pemeriksaan tinja. Jika hasilnya positif maka diberikan obat cacing
- b. Skrining (pemeriksaan tinja) bagi ibu hamil yang mengalami gejala cacingan atau anemi pada saat kunjungan antenatal pada daerah dengan prevalensi rendah kurang dari 50 persen
- c. Memberikan pengobatan bagi ibu hamil yang mempunyai hasil positif mulai trimester ke 2 dan ke tiga di bawa pengawasan dokter
- d. Pembinaan teknis gizi dalam kaitan pemberian obat cacing anak SD atau sederajat pada program pangan jajanan anak sekolah (PJAS)
- e. Pembinaan teknis gizi dalam kaitan pemberian obat cacing anak SD atau sederajat pada program makanan tambahan anak sekolah (PMT-AS)
- f. Pendidikan gizi melalui kegiatan penyuluhan gizi seimbang, pemilihan makanan tambahan untuk anak sekolah yang bergizi, sehat dan aman untuk di konsumsi
- g. Pembinaan teknis gizi dalam kaitan pemberian obat cacing anak sekolah dasar atau madrasah ibtidaiah dan sederajat pada program penanggulangan anemia
- h. Pembinaan teknis gizi dalam kaitan pemberian obat cacing balita pada program pemberian vitamin A

9. Penanggulangan gangguan intelegensia pada kehamilan (PAGIN)

Untuk dapat meningkatkan intelegensia bayi yang akan dilahirkan ibu hamil dianjurkan untuk memberikan stimulasi auditori dan pemenuhan nutrisi pengungkit otak (*brain booster*) secara bersamaan pada periode kehamilan [6].

D. Gambaran Pelayanan *Antenatal Care* Terintegrasi di Indonesia

Setiap ibu hamil sangat dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan ANC berkualitas komprehensif minimal 4 kali yaitu minimal 1 kali pada trimester pertama (sebelum usia kehamilan 14 minggu), minimal 1 kali pada trimester kedua (usia kehamilan 14-28 minggu) dan minimal 2 kali pada trimester ketiga (28-36 minggu dan setelah 36 minggu kehamilan) termasuk minimal 1 kali kunjungan antara suami atau anggota keluarga. Kunjungan ANC pertama sangat dianjurkan pada usia kehamilan 8-12 minggu. Pada tahun 2015, hampir seluruh ibu hamil (95,75%) di Indonesia melakukan pemeriksaan kehamilan pertama (K1) dan 87,48% ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan lengkap dengan frekuensi minimal 4 kali sesuai ketentuan (K4). Sedangkan, berdasarkan data SDKI (Survei Kesehatan Demografi Indonesia) tahun 2017, pelayanan *antenatal care* (ANC) yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang berkompeten adalah 97,5% pada kunjungan pertama (K1) dan 77,4% pada kunjungan keempat (K4). Terjadi peningkatan pada kunjungan pertama (K1) dan terjadi penurunan pada kunjungan keempat (K4) [18]

1. Kebijakan program

Departemen kesehatan memiliki kebijakan dalam usaha mempercepat turunnya AKI dan AKB yang mengacu pada intervensi strategis empat pilar *safe motherhood* yaitu meliputi: keluarga berencana, ANC, persalinan bersih dan aman dan pelayanan *obsteti essensial*. Melalui pendekatan MPS (*Making Pregnancy Safer*) terdapat 3 pesan kunci dalam pendekatan pelayanan obstetri dan neonatal pada ibu hamil yaitu:

- a. Setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih
- b. Setiap komplikasi obstetri dan neonatal mendapat pelayanan yang adekuat
- c. Setiap perempuan dalam usia subur mempunyai akses pencegahan dan penatalaksanaan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganannya komplikasi keguguran

Berdasarkan kebijakan program pelayanan antenatal dilakukan minimal 4 kali kunjungan selama hamil yaitu minimal

- a. Satu kali pada trimester 1
- b. Satu kali pada trimester 2

c. Dua kali pada trimester 3

Pelayanan antenatal hanya dapat diberikan oleh tenaga kesehatan profesional. Kebijakan teknis yang mengatur komponen tersebut adalah

- a. Mengupayakan kehamilan yang sehat
- b. Melakukan deteksi dini komplikasi, melakukan penatalaksanaan awal serta rujukan bila diperlukan
- c. Persiapan persalinan yang bersih dan aman
- d. Perencanaan antisipatif dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi komplikasi

Beberapa kebijakan teknis pada pelayanan antenatal rutin yang selama ini dilaksanakan dalam rangka peningkatan cakupan pelayanan antara lain

- a. Deteksi dini ibu hamil melalui kegiatan P4K dengan stiker dan buku KIA dengan melibatkan kader dan perangkat desa serta kegiatan kelompok kelas ibu hamil
- b. Peningkatan kemampuan penjangkaran ibu hamil meliputi kegiatan kemitraan bidan dan dukun
- c. Peningkatan akses ke pelayanan dengan kunjungan rumah
- d. Peningkatan akses pelayanan persalinan dengan rumah tunggu [4,19]

2. Intervensi dalam pelayanan ANC

Perlakuan yang diberikan pada ibu hamil meliputi

a. Intervensi dasar

1) Pemberian imunisasi TT

Imunisasi ini bertujuan untuk melindungi janin dari tetanus neonatorum. Perlindungan imunisasi akan efektif apabila dilakukan sekurang-kurangnya 2 kali dengan jeda minimal 4 minggu kecuali jika ibu telah mendapatkan imunisasi ini 2 kali pada kehamilan sebelumnya atau saat sebelum menikah (TT calon pengantin), maka cukup diberikan 1 kali sebagai imunisasi ulangan. Dosis yang diberikan sebanyak 0,5 cc pada lengan atas.

Tabel 1. Pemberian Imunisasi TT

Jenis TT	Interval	Lama Perlindungan
TT1	Kunjungan ANC1	-
TT2	4minggu setelah TT1	3 Tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	5 Tahun
TT4	1 tahun setelah TT3	10 Tahun
TT5	1 tahun setelah TT4	25 Tahun

2) Pemberian Fe

Pemberian Fe di maksudkan untuk memenuhi kebutuhan Fe pada ibu hamil dan nifas karena pada masa kehamilan dan nifas kebutuhan Fe meningkat. Setelah rasa mual hilang Fe baru di berikan dengan frekuensi satu kali sehari. Tiap tablet mengandung FeSO₄ 320 Mg (zat besi 60 Mg) dan asam folat 500 Mg, minimal 90 tablet.

b. Intervensi khusus

Intervensi khusus diberikan sesuai dengan kondisi ibu (faktor risiko dan masalah yang di alami). [20,21] Pelayanan antenatal dilakukan oleh petugas kesehatan seperti dokter umum, dokter spesialis, bidan, dan perawat yang tersertifikasi. Pelayanannya dilakukan di pusat kesehatan seperti puskesmas, pustu, Posyandu, bidan praktik, polindes, rumah sakit bersalin, dan rumah sakit umum. Dalam pelayanan antenatal ibu hamil memegang peranan penting yang dipengaruhi oleh perilaku individu dalam penggunaan pelayanan kesehatan, pengetahuan tentang pelayanan ANC, penerimaan yang positif terhadap kehamilan. Perlu adanya pelayanan *antenatal care* yang terintegrasi dengan mengakomodasi kebijakan, strategi, kegiatan dari program terkait. Dalam pelaksanaan perlu dibentuk tim pelayanan, pelayanan ANC terintegrasi, bidan dengan sistem rujukan yang jelas, dilengkapi fasilitas pendukung dari masing-masing *pregnancy safer* [4]

Referensi:

- [1] Laksono AD, Rukmini R, Wulandari RD. Regional disparities in antenatal care utilization in Indonesia. PLoS One 2020;15:e0224006.
- [2] Afrizal SH, Hidayanto AN, Handayani PW, Besral B, Martha E, Markam H, et al. Evaluation of integrated antenatal care implementation in primary health care. J Integr Care 2020.
- [3] Marlisman DP, Ariyanti F. Association Between Quality of Antenatal Care Services by Midwife and Maternal Satisfaction in Ciputat Timur Public Health Center. 1st Int. Integr. Conf. Heal. Life Soc. Sci. (ICHLaS 2017), Atlantis Press; 2017.
- [4] Mikrajab MA, Rachmawati T. Analisis kebijakan implementasi antenatal care terpadu puskesmas di Kota Blitar. Bul Penelit Sist Kesehat 2016;19:42-53.
- [5] Damopolii TAJ, Kundre R, Bataha Y. Hubungan Standar Pelayanan Antenatal Care Dan Kebijakan Program Pelayanan Antenatal Care

- Dengan Pengetahuan Antenatal Care Terintegrasi Di Wilayah Kerja Puskesmas Gogagoman Kota Kotamobagu. *J KEPERAWATAN* 2015;3.
- [6] Litbangkes B, Depkes RI. Standar Minimal Pelayanan Antenatal Care 2001.
- [7] Anggraini D, Abdollahian M, Marion K, Nuryani S, Ramadhan F, Rahayu RP, et al. The impact of scientific and technical training on improving routine collection of antenatal care data for maternal and foetal risk assessment: a case study in the province of South Kalimantan, Indonesia. *J Pregnancy* 2018;2018.
- [8] Abdulsalam M, Daniel A. Diagnosis, pengobatan dan pencegahan anemia defisiensi besi. *Sari Pediatr* 2016;4:74-7.
- [9] Agustini NNM, Arsani NLKA. Infeksi Menular Seksual dan Kehamilan. *Pros. Semin. Nas. MIPA*, 2013.
- [10] G Loho T, Osing WP, Kosasih I. Pedomas Eliminasi Sifilis Kongenital Melalui Skrining Pada Ibu Hamil 2009 2017.
- [11] Deressa W, Seme A, Asefa A, Teshome G, Enqusellassie F. Utilization of PMTCT services and associated factors among pregnant women attending antenatal clinics in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:328.
- [12] Kemenkes RI. Pedomas nasional pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayi. Jakarta Kementerian Kesehatan RI 2011.
- [13] Suparman E, Suryawan A. Malaria pada kehamilan. *Maranatha J Med Heal* 2004;4:148312.
- [14] Rehana I, Mutiara H. Penatalaksanaan Malaria dalam Kehamilan. *MEDULA, Medicalprofession J Lampung Univ* 2017;7:41-5.
- [15] Yusuf A, IS M. Penatalaksanaan Kehamilan dengan Tuberkulosis Paru. *J Agromedicine Unila* 2018;5:622-6.
- [16] Warouw NN, Suryawan A. Manajemen TBC dalam Kehamilan. *Maranatha J Med Heal* 2007;6:149074.
- [17] Dewi NMAR, Puspitasari CE, Hanifa NI. Sosialisasi pencegahan penyakit infeksi kecacingan di wilayah Mataram. *INDRA J Pengabdian Kpd Masyarakat* 2020;1:1-4.
- [18] Darwis A, Abdullah A, Adamy A, Septiani R. The Relationship Between Service Quality Antenatal Care and Low Birth Weight in Indonesia: IDHS in 2017. 4th Int. Symp. Heal. Res. (ISHR 2019), Atlantis Press; 2020, p. 337-40.

- [19] Rachmawati AI, Puspitasari RD, Cania E. Faktor-faktor yang Memengaruhi Kunjungan Antenatal Care (ANC) Ibu Hamil. *J Major* 2017;7:72-6.
- [20] Hendarwan H. Kualitas Pelayanan Pemeriksaan Antenatal oleh Bidan di Puskesmas. *Bul Penelit Kesehat* 2018;46:97-108.
- [21] Puspitasari DA, Samosir OB. Faktor Kontekstual Pemanfaatan Pelayanan Antenatal Care di Indonesia. *J Berk Kesehat* 2020;6:14-23.

KONSELING ASI EKSKLUSIF DAN SENAM HAMIL MASA ANTENATAL SEBAGAI UPAYA KEBERHASILAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF SERTA PERSALINAN SEHAT DAN AMAN

Nurhayati, S.S.T., M.Kes. dan Linda Hardianti Saputri, S.S.T., M.Kes.

A. Tinjauan tentang Konseling

1. Pengertian konseling
 - a. Konseling adalah suatu proses saling belajar yang menyangkut dua individu dalam suasana edukatif. Pihak pertama adalah konseli atau klien yang meminta atau memerlukan bantuan dari pihak ke dua (konselor). Termasuk dalam pengertian konseling adalah suatu hubungan membantu (*helping relationship*) antara dua individu, yang bertujuan agar individu yang dibantu dapat memperoleh *insight* terhadap masalahnya, mau bertanggung jawab dan mampu mengambil keputusan yang efektif (Mary Baradero, 2006, hal 39).
 - b. Konseling adalah suatu proses pemberian informasi objektif dan lengkap, dilakukan secara sistematis dengan paduan keterampilan komunikasi interpersonal, teknik bimbingan dan penguasaan pengetahuan klinik, bertujuan untuk membantu seseorang mengenali kondisinya saat ini, masalah yang sedang dihadapi dan menentukan jalan keluar atau upaya mengatasi masalah tersebut (Wulandari D., 2009).

2. Konseling masa antenatal

Konseling yang diberikan oleh bidan pada trimester pertama dan kedua adalah pemberian informasi tentang perubahan yang terjadi pada perkembangan janin sesuai usia kehamilan serta perubahan yang terjadi pada ibu sendiri dan pencegahannya. Konseling pada trimester ketiga berfokus pada intervensi yang diberikan pada klien adalah keadaan janin dalam rahim, posisi janin yang berkaitan dengan letak janin. Persiapan persalinan baik yang

letak normal maupun yang tidak normal didahului dengan penjelasan tanda persalinan normal dan risiko tinggi. Bidan juga memberikan informasi tentang tempat bersalin sesuai dengan kondisi normal dan patologis. Bidan juga memberi informasi tentang hal-hal yang berkaitan dengan laktasi dan pemberian ASI (Wulandari D., 2009).

Untuk perawatan yang berpusat pada wanita, individu perlu dilibatkan dalam semua pembuatan keputusan yang berkenaan dengan perawatan ibu hamil. Wanita memerlukan informasi untuk merencanakan siapa yang akan melakukan reservasi, seberapa sering ia perlu diperiksa, dan ke mana ia perlu pergi untuk mencari bantuan dan saran. Dengan pengetahuan lengkap tentang apa yang dapat diharapkan dan apa batasan-batasan asuhan antenatal, wanita dapat membuat perencanaan (Henderson C., 2006).

3. Saat yang tepat untuk konseling ASI

Menurut Sentra Laktasi ASI ada tujuh kontak plus untuk mempertahankan menyusui yaitu:

- a. Kontak 1-antenatal, kunjungan ANC yang ke tiga tenaga kesehatan berdiskusi mengenai keuntungan dan tata laksana menyusui
- b. Kontak 2-antenatal, kunjungan ANC yang ke empat tenaga kesehatan berdiskusi lebih rinci mengenai menyusui dan kekhawatiran ibu
- c. Kontak 3-saat persalinan, bayi diletakkan di dada ibu segera setelah lahir untuk kontak kulit ke kulit dan membiarkan bayi merangkak ke payudara untuk melekat dan menyusui
- d. Kontak 4-kunjungan nifas 1 dalam 24 jam, tenaga kesehatan mengonseling ibu dan membantu ibu untuk memosisikan dan melekatkan bayi pada payudara
- e. Kontak 5-kunjungan nifas 2 pada minggu pertama, tenaga kesehatan memeriksa kondisi ibu dan bayi, mengamati kegiatan menyusui, memberikan konseling ibu mengenai kesulitannya dan mendorong menyusui eksklusif
- f. Kontak 6-kunjungan nifas 3 antara 7-28 hari, tenaga kesehatan memeriksa kondisi ibu dan bayi, mengamati kegiatan menyusui, memberikan konseling ibu mengenai kesulitannya dan mendorong menyusui eksklusif
- g. Kontak 7-kunjungan nifas 4 antara 4-8 minggu, saat ibu datang pemeriksaan nifas, tenaga kesehatan memeriksa kondisi ibu dan bayi, memastikan menyusui berjalan dengan baik, memberikan konseling pada ibu mengenai kesulitannya dan mendorong menyusui eksklusif.

Kontak “plus” lanjutan-setelah 2 bulan, kontak ini pada saat melakukan *monitoring* berat bayi dan imunisasi atau kapan saja ketika ibu dan bayi melakukan kontak karena sakit atau KB.

4. Teknik konseling pada masa antenatal
 - a. Keterampilan mendengarkan dan mempelajari
Keterampilan konseling adalah tentang mendengarkan dan mempelajari. Kita memerlukan keterampilan mendengarkan dan membuat ibu merasa bahwa kita menaruh perhatian terhadapnya. Hal ini akan mendorong ibu lebih banyak berbicara. Ada enam poin dalam keterampilan mendengarkan dan mempelajari:
 - 1) Menggunakan komunikasi nonverbal, usahakan kepala sama tinggi, beri perhatian, singkirkan penghalang, sediakan waktu, sentuh secara wajar.
 - 2) Mengajukan pertanyaan terbuka
 - 3) Mengatakan kembali yang ibu katakan
 - 4) Berempati menunjukkan kita paham perasaan ibu
 - 5) Hindari kata-kata yang menghakimi
 - b. Membangun kepercayaan diri dan memberi dukungan
Adapun cara yang dilakukan untuk membangun kepercayaan diri dan memberinya dukungan yaitu:
 - 1) Menerima apa yang ibu pikirkan atau rasakan
 - 2) Mengenali dan memuji apa yang ibu dan bayi kerjakan dengan benar
 - 3) Memberi bantuan praktis
 - 4) Memberi informasi yang relevan dengan segera
 - 5) Menggunakan bahasa sederhana
 - 6) Memberikan saran daripada memerintah

B. Tinjauan tentang Pentingnya Air Susu Ibu (ASI)

ASI eksklusif menurut WHO adalah hanya memberikan ASI kepada bayi, tidak memberikan tambahan dalam bentuk apapun dari usia 0-6 bulan. Pemberian ASI eksklusif memiliki banyak manfaat di antaranya (Roesli, 2010):

1. ASI sebagai nutrisi
ASI merupakan sumber gizi yang sangat ideal dengan komposisi yang seimbang dan disesuaikan dengan kebutuhan pertumbuhan bayi. ASI adalah makanan bayi yang paling sempurna, baik kualitas maupun kuantitasnya.

Dengan tata laksana menyusui yang benar, ASI sebagai makanan tunggal akan cukup memenuhi kebutuhan tumbuh bayi normal sampai usia 6 bulan. Setelah usia enam bulan, bayi harus mulai diberi makanan padat, tetapi ASI dapat diteruskan sampai usia 2 tahun atau lebih.

2. ASI meningkatkan daya tahan tubuh bayi

ASI adalah cairan hidup yang mengandung zat kekebalan yang akan melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi bakteri, virus, parasit dan jamur. Kolostrum mengandung zat kekebalan 10-17 kali lebih banyak dari susu matang (*mature*). Zat kekebalan yang terdapat pada ASI antara lain akan melindungi bayi dari penyakit mencret (diare) pada suatu penelitian di Brasil Selatan bayi-bayi yang tidak diberi ASI mempunyai kemungkinan meninggal karena mencret 14,2 kali lebih banyak daripada ASI eksklusif. ASI juga akan menurunkan kemungkinan bayi terkena penyakit infeksi telinga, batuk, pilek dan penyakit alergi. Bayi yang ASI eksklusif akan lebih sehat dan lebih jarang sakit dibandingkan dengan bayi yang tidak mendapatkan ASI eksklusif. Anak yang sehat akan lebih berkembang kepandaiannya dibanding anak yang sering sakit terutama bila sakitnya berat.

3. ASI meningkatkan kecerdasan

Kecerdasan anak berkaitan erat dengan otak maka faktor utama yang mempengaruhi perkembangan kecerdasan adalah pertumbuhan otak. Sementara faktor terpenting dalam proses pertumbuhan termasuk pertumbuhan otak adalah nutrisi yang diberikan. Dengan memberikan ASI secara eksklusif sampai bayi berusia 6 bulan akan menjamin tercapainya perkembangan potensi kecerdasan anak secara optimal. ASI mengandung nutrien-nutrien khusus yang diperlukan otak bayi agar tumbuh optimal. Nutrien yang diperlukan untuk pertumbuhan otak bayi yang tidak atau sedikit sekali terdapat pada susu sapi, antara lain:

- a. Taurin, suatu bentuk zat putih telur yang hanya terdapat di ASI
- b. Laktosa, merupakan hidrat arang terutama dari ASI yang hanya sedikit sekali terdapat pada susu sapi
- c. Asam lemak ikatan panjang (DHA, AA, omega-3, omega-6), merupakan asam lemak utama dari ASI yang hanya terdapat sedikit dalam susu sapi.

C. Tinjauan tentang Pentingnya Menyusui

1. Pengertian menyusui

Menyusui adalah keseluruhan proses menyusui mulai dari ASI diproduksi sampai proses bayi menghisap dan menelan ASI (Retno W., Handayani S. 2011).

2. Keuntungan menyusui

Menyusui melindungi kesehatan ibu dengan beberapa cara, dan dapat menguntungkan seluruh keluarga, secara emosional maupun ekonomi. Selain itu menyusui memiliki keuntungan antara lain: biayanya lebih murah, membantu ibu dan bayi mengembangkan hubungan yang erat dan penuh kasih (*bonding*), membantu perkembangan bayi, dapat membantu menunda kehamilan baru dan melindungi kesehatan ibu.

Sementara keuntungan psikologis menyusui yaitu membantu ibu dan bayi membentuk hubungan yang erat dan penuh kasih, yang membuat ibu merasa sangat puas secara emosional., bayi-bayi jarang menangis dan akan berkembang lebih cepat jika selalu dekat dengan ibunya, para ibu merespons bayi dengan cara yang lebih penuh kasih sayang, menyusui bisa membantu anak berkembang secara intelektual (Sentra Laktasi Indonesia).

Berbagai manfaat pemberian ASI di antaranya:

a. Bagi bayi

Manfaat ASI bagi bayi yaitu dapat membantu memulai kehidupannya yang baik, mengandung *anty body*, ASI mengandung komposisi yang tepat, mengurangi kejadian *caries dentis*, memberi rasa nyaman dan aman pada bayi dan adanya ikatan antara ibu dan bayi, terhindar dari alergi, meningkatkan kecerdasan bagi bayi, membantu perkembangan rahang dan merangsang pertumbuhan gigi karena gerakan menghisap mulut bayi pada payudara (Retno, 2011).

b. Bagi ibu

Manfaat ASI bagi ibu di antaranya yaitu aspek kontrasepsi, aspek kesehatan ibu, aspek penurunan berat badan dan aspek psikologis (Depkes, 2012).

c. Bagi keluarga

Manfaat ASI bagi keluarga di antaranya dari aspek ekonomi, aspek psikologi, aspek kemudahan (Retno, 2011).

d. Bagi Negara

Manfaat ASI bagi Negara di antaranya menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi, menghemat devisa Negara, mengurangi subsidi

untuk rumah sakit dan peningkatan kualitas generasi penerus (Retno, 2011).

3. Proses pembentukan dan pengeluaran ASI

Laktasi atau menyusui mempunyai dua pengertian yaitu produksi ASI (prolaktin) dan pengeluaran ASI (oksitosin). Selama kehamilan hormon estrogen dan progesteron menginduksi perkembangan alveolus dan duktus laktiferus di dalam mammae dan juga merangsang produksi kolostrum. Selain itu, hormon prolaktin dan plasenta meningkat tapi ASI biasanya belum keluar karena masih dihambat oleh kadar estrogen yang tinggi. Setelah kadar estrogen dan progesteron turun drastis hari ke-II dan ke-III pasca persalinan) sehingga pengaruh prolaktin dominan dan terjadilah sekresi AS. Saat laktasi kelenjar mammae fungsional berespons terhadap sistem saraf kompleks dan sinyal sistem endokrin untuk memproduksi dan mengeluarkan air susu. Dengan menyusui lebih dini terjadi perangsangan puting susu, terbentuklah prolaktin oleh hipofisis. Dua refleks pada ibu yang sangat penting dalam proses laktasi yaitu:

a. Refleks prolaktin

Di dalam puting susu terdapat banyak ujung saraf sensoris. Bila ini dirangsang timbul impuls yang menuju hipotalamus selanjutnya kelenjar hipofisis bagian depan sehingga kelenjar ini mengeluarkan hormon prolaktin sehingga ASI diproduksi. Pada akhir kehamilan hormon prolaktin memegang peranan penting untuk membuat kolostrum, tetapi jumlah kolostrum terbatas karena aktivitas prolaktin dihambat oleh estrogen dan progesteron yang masih tinggi. Pada pasca persalinan, yaitu saat lepasnya plasenta dan berkurangnya fungsi korpus luteum maka estrogen dan progesteron juga berkurang. Hisapan bayi akan merangsang puting susu dan kalang payudara, karena ujung-ujung saraf sensoris yang berfungsi sebagai reseptor mekanik. Rangsangan ini dilanjutkan ke hipotalamus dan akan menekan pengeluaran faktor pemacu sekresi prolaktin. Faktor pemacu prolaktin akan merangsang hipofisis anterior sehingga keluar prolaktin. Hormon ini merangsang sel-sel alveoli yang berfungsi untuk membuat air susu. Kadar prolaktin pada ibu menyusui akan menjadi normal 3 bulan setelah melahirkan sampai penyapihan anak dan pada saat tersebut tidak akan ada peningkatan prolaktin walau ada hisapan bayi, namun pengeluaran air susu tetap berlangsung.

b. Refleksi aliran (*let down reflex*)

Rangsangan puting susu tidak hanya diteruskan sampai ke kelenjar hipofisis depan tetapi juga kelenjar hipofisis bagian belakang yang mengeluarkan hormon oksitosin yang berfungsi memacu kontraksi otot polos yang ada di dinding alveolus dan dinding saluran sehingga ASI dipompa keluar.

Menurut Aritonang (2012) untuk berhasilnya menyusui, diperlukan tiga refleksi intrinsik dari bayi di antaranya:

a. Refleksi mencari (*rooting reflex*)

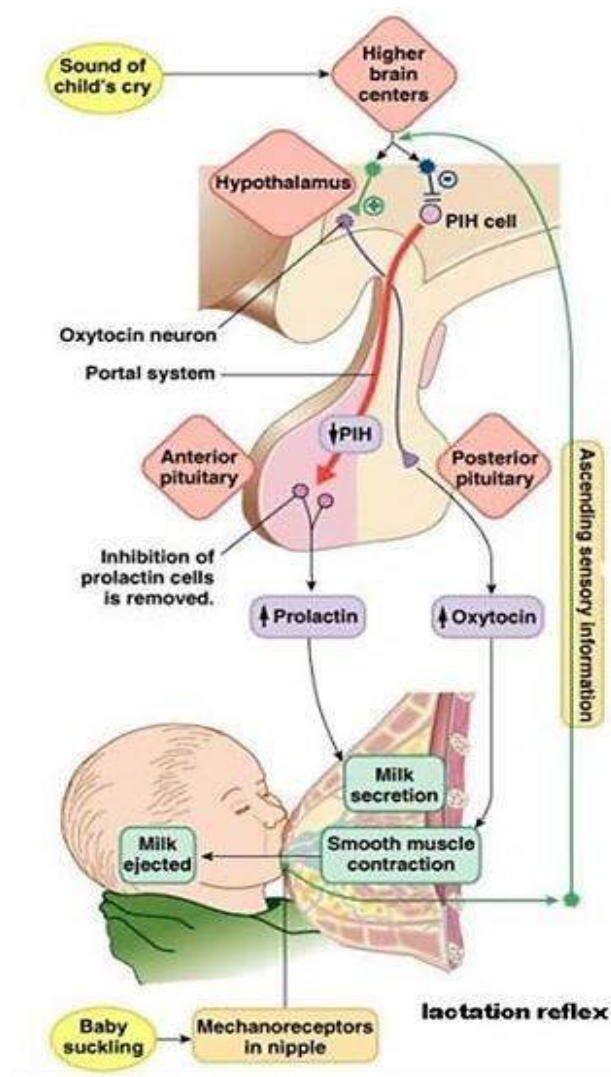
Payudara ibu yang menempel pada pipi atau daerah sekeliling mulut merupakan rangsangan yang menimbulkan refleksi mencari pada bayi. Ini menyebabkan kepala bayi berputar menuju puting susu yang menempel tadi diikuti dengan membuka mulut dan kemudian puting susu ditarik masuk ke dalam mulut.

b. Refleksi mengisap (*sucking reflex*)

Puting susu yang sudah masuk ke dalam mulut dengan bantuan lidah, di mana lidah dijulurkan di atas gusi bawah puting susu ditarik lebih jauh sampai pada orofaring dan rahang menekan areola dibelakang puting susu yang pada saat itu sudah terletak pada langit-langit keras (*palatum durum*). Dengan tekanan bibir dan gerakan rahang secara berirama, maka gusi akan menjepit areola dan sinus laktiferus, sehingga air susu akan mengalir ke puting susu, selanjutnya bagian belakang lidah menekan puting susu pada langit-langit yang mengakibatkan air susu keluar dari puting susu. Cara yang dilakukan oleh bayi ini tidak akan menimbulkan cedera pada puting susu.

c. Refleksi menelan (*swallowing reflex*)

Pada saat air susu keluar dari puting susu, akan disusul dengan gerakan mengisap (tekanan negatif) yang ditimbulkan oleh otot-otot pipi, sehingga pengeluaran air susu akan bertambah dan diteruskan dengan mekanisme menelan masuk ke lambung.



Gambar 1: Fisiologi Laktasi

(Sumber: <http://www.reproduksiumj.blogspot.com> diakses tanggal 23 Mei 2013)

4. Teknik menyusui yang baik dan benar

Menurut Retno (2011) bila ibu memiliki kemampuan untuk duduk dan melakukan mobilisasi secukupnya, maka berikut ini posisi bayi yang dianjurkan saat menyusui:

- a. Duduk dengan posisi santai dan tegak menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak tergantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi.

- b. Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola sekitarnya. Cara ini mempunyai manfaat sebagai desinfektan dan menjaga kelembaban puting susu.
- c. Gunakan bantal atau selimut untuk menopang bayi, bayi ditidurkan di atas pangkuan ibu dengan cara:
 - 1) Bayi dipegang dengan satu lengan, kepala bayi diletakkan pada lengkung siku ibu dan bokong bayi diletakkan pada lengan. Kepala bayi tidak boleh tertengadah atau bokong bayi ditahan dengan telapak tangan ibu.
 - 2) Satu tangan bayi diletakkan dibelakang dada ibu dan yang satu di depan.
 - 3) Perut bayi menempel di badan ibu, kepala bayi menghadap payudara.
 - 4) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus.
 - 5) Ibu menatap bayi dengan kasih sayang.
- d. Tangan kanan menyangga payudara kiri dan keempat jari dan ibu jari menekan payudara bagian atas areola.
- e. Bayi diberi rangsangan untuk membuka (*rooting reflex*) dengan cara menyentuh pipi dengan puting susu atau menyentuh sisi mulut bayi.
- f. Setelah bayi membuka mulut dengan cepat kepala bayi di dekatkan ke payudara ibu dengan puting serta areola dapat masuk kedalam mulut bayi, sehingga puting susu berada di bawah langit-langit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar dari tempat penampungan ASI yang terletak di bawah areola.

D. Tinjauan tentang Wanita Pekerja dan Rencana Pemberian ASI

1. Pengertian

Kerja didefinisikan sebagai aktivitas untuk melakukan sesuatu atau sesuatu yang dilakukan dengan tujuan untuk mencari nafkah, mata pencaharian (Ahmad, 2006). Wanita pekerja dapat diartikan sebagai perempuan dewasa yang melakukan suatu aktivitas untuk mencari nafkah (Ahmad, 2006).

Rencana adalah suatu rencana kegiatan atau upaya-upaya yang akan dilakukan untuk pemberian ASI pada ibu yang bekerja. Strategi yang akan dilakukan agar ibu bekerja tetap bisa memberikan ASI mulai direncanakan pada saat kehamilan. Strategi atau rencana hakikatnya agar semua ibu bekerja tetap menyusui bayinya, sehingga ibu hendaknya mencari atau memperoleh

informasi yang lengkap antara lain mengenai manfaat ASI dan menyusui serta bagaimana melakukan manajemen laktasi. Secara khusus ibu yang bekerja perlu mempersiapkan sejak hamil atau sebelum hamil, mengatur dan mengambil cuti hamil yang cukup, mengetahui cara pemerah ASI, cara menyimpan ASI (Utami Roesli, 2008).

2. Cuti wanita pekerja

Pengaturan mengenai cuti hamil ini diatur dalam Pasal 82 UU No. 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan, yakni sebagai berikut:

- a. Pekerja perempuan berhak memperoleh istirahat selama 1,5 (satu setengah) bulan sebelum saatnya melahirkan anak dan 1,5 (satu setengah) bulan sesudah melahirkan menurut perhitungan dokter kandungan atau bidan.
- b. Pekerja perempuan yang mengalami keguguran kandungan berhak memperoleh istirahat 1,5 (satu setengah) bulan atau sesuai dengan surat keterangan dokter kandungan atau bidan.

3. Persiapan pemberian ASI pada wanita pekerja

a. ASI dan wanita pekerja

Seorang ibu yang bekerja berniat memberikan ASI eksklusif kepada bayinya harus lebih tekun, sabar dan percaya diri serta bisa menerapkan manajemen laktasi yang baik. Misalnya, ibu harus mengelola stress akibat berbagai permasalahan di kantor agar tidak mengganggu produksi ASI. Hal yang sulit untuk dilakukan namun juga bukan suatu hal yang tidak mungkin dilakukan. (Eveline, 2020).

Menurut Sentra Laktasi Indonesia, ada beberapa nasihat untuk para ibu yang bekerja di luar rumah:

- 1) Menyusui secara eksklusif dan sesering mungkin selama cuti melahirkan
- 2) Jangan mulai memberi makanan lain sebelum benar-benar membutuhkannya
- 3) Meneruskan menyusui di malam hari, dini hari, dan kapan saja saat ibu di rumah
- 4) Belajar untuk pemerah ASI segera setelah bayi lahir
- 5) Pemerah ASI sebelum pergi bekerja dan meninggalkan ASI perah untuk pengasuh untuk diberikan kepada bayi
- 6) Menyusui bayi setelah ibu pemerah ASI

7) Apabila ibu sementara di tempat kerja, pemerah ASI 2-3 kali (sekitar 3 jam sekali), bila ibu tidak pemerah, pasokan ASI lebih mungkin berkurang, pemerahan ASI juga membuat nyaman dan mengurangi rembes. Bila ibu bekerja di suatu tempat di mana dapat menggunakan lemari es, simpan ASI perah dalam lemari es. Membawa termos bersih dan tertutup untuk menyimpan ASI perah dan dibawa pulang untuk bayi. Bila ibu tidak bisa menyimpan ASI yang telah diperah, sebaiknya ASI tersebut dibuang saja. Bayi tidak akan kehilangan apa-apa dan payudara akan memproduksi ASI baru.

b. Dukungan dalam pemberian ASI

- 1) **Suami:** Menyusui adalah kegiatan 3 pihak: ibu, bapak dan anak. Keberhasilan ibu menyusui adalah juga keberhasilan ayah, kegagalan menyusui juga merupakan kegagalan ayah. Bentuk dukungan yang dapat diberikan antara lain menemani istri ketika sedang menyusui, ikut merawat bayi, memberikan kata-kata pujian/pemberi semangat sehingga istri terus merasa percaya diri, melengkapi pengetahuan seputar pemberian ASI dan kegiatan menyusui, serta bangga dengan istri yang sedang dalam masa pemberian ASI kepada sang buah hati.
- 2) **Keluarga:** melengkapi pengetahuan seputar pemberian ASI dan kegiatan menyusui, memberikan pujian, semangat dan dorongan agar ibu bisa percaya diri untuk menyusui, membantu dalam perawatan bayi.
- 3) **Tenaga kesehatan:** tidak mempromosikan susu formula, memberi informasi yang tepat tentang ASI dan seputar kegiatan menyusui, memberikan semangat dan dorongan agar para ibu memberikan ASI Eksklusif kepada bayi mereka, dan menyusui diteruskan sampai bayi berusia 2 tahun atau lebih, dan memahami ciri-ciri tumbuh kembang bayi/anak ASI.
- 4) **Lingkungan kerja/kantor:** menerapkan kebijakan kantor yang ramah terhadap pegawai perempuan yang menyusui, menyediakan ruang menyusui, memberikan waktu untuk pemerah/menyusui langsung bila menyusui harus dilakukan selama waktu kerja.
- 5) **Sesama ibu menyusui:** saling berbagi pengalaman, bertukar informasi, memberi semangat dan dukungan seputar kegiatan menyusui dan pemberian ASI, agar ASI Eksklusif berhasil diberikan

kepada bayi selama 6 bulan pertama, dan ASI diteruskan hingga anak berusia 2 tahun atau lebih.

- 6) Pemerintah**, senantiasa menyosialisasikan keunggulan ASI kepada masyarakat, memperbaiki dan melengkapi perangkat yang mendukung kegiatan menyusui dan pemberian ASI, menindak dengan tegas segala bentuk pelanggaran pihak ketiga yang bertentangan dengan kebijakan pemberian ASI Eksklusif serta pemberian ASI bagi bayi Indonesia.

Adapun undang-undang dan peraturan pemerintah yang mengatur hak bagi pekerja perempuan dalam menyusui anaknya yaitu:

- (a) Pasal 83 UU No. 13/2003 tentang Ketenagakerjaan menyatakan bahwa: pekerja perempuan yang anaknya masih menyusu harus diberi kesempatan sepatutnya untuk menyusui anaknya jika hal itu harus dilakukan selama waktu kerja. Dalam penjelasan Pasal 83 tersebut diatur bahwa maksud dari kesempatan sepatutnya tersebut adalah lamanya waktu yang diberikan kepada pekerja perempuan untuk menyusui bayinya dengan memperhatikan tersedianya tempat yang sesuai dengan kondisi dan kemampuan perusahaan yang diatur dalam peraturan perusahaan atau perjanjian kerja bersama. Ketentuan Pasal 83 tersebut dapat diartikan sebagai kesempatan untuk memerah ASI bagi pekerja perempuan pada waktu kerja.
- (b) Pasal 10 Konvensi ILO No. 183 tahun 2000 mengatur lebih lanjut bahwa seorang pekerja perempuan harus diberi hak untuk satu atau lebih jeda di antara waktu kerja atau pengurangan jam kerja setiap harinya untuk menyusui bayinya, dan jeda waktu atau pengurangan jam kerja ini dihitung sebagai waktu kerja, sehingga pekerja perempuan tetap berhak atas pengupahan. Namun, hal tersebut tidak diatur dalam UUNo.13/2003.
- (c) Pasal 128 UU No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa semua pihak harus mendukung pekerja perempuan untuk menyusui dengan menyediakan waktu dan fasilitas khusus, baik di tempat kerja maupun di tempat umum. Fasilitas khusus tersebut hendaknya diartikan oleh pengusaha untuk menyediakan ruang khusus menyusui atau memerah ASI beserta tempat penyimpanannya. Sesuai dengan rekomendasi World Health

Organization, masa menyusui tersebut sekurang-kurangnya 2 tahun.

- (d) Peraturan Pemerintah (PP) Republik Indonesia Nomor 33 tahun 2012 yang telah diputuskan tanggal 1 Maret 2012 ini berisi tentang Pemberian ASI Eksklusif. Peraturan pemerintah ini dilahirkan guna menjamin pemenuhan hak bayi untuk mendapatkan sumber makanan terbaik sejak dilahirkan sampai berusia 6 bulan, di samping itu, kebijakan ini juga untuk melindungi ibu dalam memberikan ASI eksklusif kepada bayinya. Di dalam peraturan tersebut dibahas mengenai Program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif, pengaturan penggunaan susu formula dan produk bayi lainnya, sarana menyusui di tempat kerja dan sarana umum lainnya, dukungan masyarakat, tanggung jawab pemerintah,
- (e) Peraturan pemerintah ini dilahirkan guna menjamin pemenuhan hak bayi untuk mendapatkan sumber makanan terbaik sejak dilahirkan sampai berusia 6 bulan. Di samping itu, kebijakan ini juga untuk melindungi ibu dalam memberikan ASI eksklusif kepada bayinya. Di dalam peraturan tersebut dibahas mengenai Program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif, pengaturan penggunaan susu formula dan produk bayi lainnya, sarana menyusui di tempat kerja dan sarana umum lainnya, dukungan Masyarakat, tanggung jawab pemerintah, Pemerintah Daerah baik Provinsi maupun Kabupaten/Kota dalam serta pendanaannya.

c. Teknik Memerah ASI

Memerah ASI berguna untuk mengurangi bengkak, mengurangi sumbatan atau statis ASI, memberi minum bayi sementara ia belajar mengisap dari puting yang terbenam, memberi minum bayi yang mengalami kesulitan dalam koordinasi menyusui, memberi minum bayi yang menolak menyusui sementara ia belajar menyukai kegiatan menyusui, memberi minum bayi berat badan lahir rendah yang tidak menyusui, memberi minum bayi sakit yang tidak menyusui dengan cukup, mempertahankan pasokan ASI ketika ibu atau bayinya sakit, meninggalkan ASI untuk bayi ketika ibu bekerja, mencegah ASI menetes sewaktu ibu jauh dari bayinya, membantu bayi melekat pada payudara yang penuh, memerah ASI langsung ke mulut bayi, mencegah

puting dan areola menjadi kering atau lecet. Ada beberapa cara atau teknik memerah ASI yaitu:

1) Memerah ASI dengan tangan

Memerah dengan tangan adalah cara paling baik untuk memerah ASI. Cara ini tidak memerlukan peralatan, jadi dapat dilakukan di mana saja dan kapan saja. Memerah dengan mudah dilakukan jika payudara dalam keadaan lunak. Akan lebih sulit jika payudara sedang bengkak dan nyeri. Ibu diajarkan cara memerah ASI di hari pertama dan kedua setelah persalinan. Jangan menunggu sampai hari ketiga, saat payudara penuh. Cara menyiapkan wadah untuk ASI perah yaitu memilih sebuah cangkir, gelas, botol atau kendi bermulut lebar, mencuci cangkir tersebut dengan sabun dan air, menuangkan air mendidih ke dalam cangkir dan membiarkan beberapa menit. Bila telah siap memerah ASI, membuang air yang ada dalam cangkir tersebut. Cara memerah ASI dengan tangan yaitu: Mencuci tangan dengan saksama, mengambil posisi duduk atau berdiri dengan nyaman dan memegang wadah dekat payudara, meletakkan ibu jari pada payudara di atas puting dan areola dan jari telunjuknya pada payudara di bawah puting dan areola, berseberangan dengan ibu jari, menopang payudara dengan jari-jari lainnya, menekankan ibu jari dan telunjuk agak ke arah dalam menuju dinding dada. Sebaiknya menghindarkan menekankan terlalu ke dalam agar tidak menyumbat seluruh ASI. Menekan payudara di belakang puting dan areola di antara jari telunjuk dan ibu jari, menekan pada sinus-sinus laktiferus di bawah areola. Kadang pada payudara yang menyusui dimungkinkan untuk merasakan adanya sinus-sinus tersebut. Bentuknya seperti potongan-potongan atau kacang tanah. Bila ibu dapat merasakannya, ibu dapat menekan di situ.

Menekan dan melepaskan, menekan dan melepaskan. Kegiatan menekan dan melepaskan ini tidak boleh menyakiti, jika terasa sakit berarti tekniknya salah. Awalnya mungkin tak ada ASI keluar, tetapi setelah menekan beberapa kali. ASI mulai menetes, ASI mungkin mengalir bercucuran bila refleks oksitosinnya aktif. Menekan areola dengan cara yang sama dari arah samping. Untuk memastikan ASI terperah dari seluruh bagian payudara. Menghindarkan menggosok atau meluncurkan jari-jarinya pada permukaan kulit. Menghindarkan memeras puting. Menekan atau menarik puting susu

tidak bisa memerah ASI. Hal ini sama seperti bila bayi mengisap puting. Memerah satu payudara sekurangnya 3-5 menit hingga alirannya melambat kemudian memerah sisi satunya dan kemudian mengulangi memerah keduanya. Dapat memakai tiap tangan untuk tiap payudara dan menukar bila kedua tangan ibu lelah. Memerah ASI secara memadai membutuhkan waktu 20-30 menit khususnya pada hari-hari pertama ketika ASI yang dihasilkan hanya sedikit.

2) Memerah ASI dengan pompa payudara

Jika payudara bengkak dan nyeri, kadang sulit memerah dengan tangan. Akan menolong jika memerah dengan pompa. Pompa lebih mudah digunakan bila payudara penuh. Sebaliknya, tidak terlalu mudah jika payudara dalam keadaan lembek. Kekurangan dari pompa payudara yaitu tidak cocok untuk mengumpulkan ASI untuk bayi, pompa ini sukar dibersihkan dengan baik. ASI mungkin terkumpul dalam pentolan karet dan sulit membersihkannya. ASI yang terkumpul di sana sering terkontaminasi. Pompa ini bermanfaat terutama mengurangi pembengkakan, saat pemerahan ASI dengan tangan sulit dilakukan, maka pompa ini sering disebut juga penyembuh payudara. Langkah menggunakan pompa payudara yaitu:

- (a) Menekan pentolan karet untuk mendorong udara keluar
- (b) Menempatkan ujung yang lebar dari tabung pada puting
- (c) Memastikan sekeliling tabung gelas menyentuh kulit payudara untuk menciptakan ruang hampa udara
- (d) Melepaskan pentolan karet, puting dan areola akan terisap ke dalam tabung gelas tersebut
- (e) Menekan dan melepaskan lagi pentolan karet beberapa kali, setelah menekan dan melepas beberapa kali, ASI mulai mengalir, ASI akan terkumpul di dalam tonjolan isi tabung
- (f) Lepaskan sekat hampa udara untuk mengosongkan ASI hasil perahan dan memulai lagi.

3) Memerah payudara dengan pompa spuit (*syringe*)

Kelebihan dari pompa spuit yaitu lebih efisien dibanding pompa pentolan karet dan lebih mudah dibersihkan dan disterilkan. Langkah-langkah penggunaan pompa spuit yaitu:

- (a) Memastikan batang pengisap ada di dalam silinder luar
- (b) Memastikan bahwa tutup karetnya dalam kondisi baik

- (c) Memastikan seluruh keliling corong menyentuh kulit, untuk menciptakan keadaan hampa payudara
- (d) Menarik silinder luar ke arah bawah, puting akan tersedot ke dalam corong
- (e) Mengembalikan silinder luar ke posisi semula, dan tarik ke bawah lagi
- (f) Bila ASI berhenti mengalir, lepaskan ruang hampa udara, tuang ASI ke luar silinder dan kemudian mengulangi langkah ini.

d. Cara menyimpan ASI perah

- 1) ASI dapat disimpan dalam botol gelas/plastic termasuk plastik klip, 80-100cc
- 2) ASI yang di simpan dalam *freezer* dan sudah dikeluarkan sebaiknya tidak digunakan lagi setelah dua hari
- 3) ASI beku perlu dicairkan dahulu dalam lemari es 4°C
- 4) ASI beku tidak boleh dimasak/dipanaskan, hanya dihangatkan dengan merendam dalam air hangat
- 5) Petunjuk umum untuk penyimpanan ASI di rumah:
 - (a) Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir
 - (b) Setelah diperas, ASI dapat disimpan dalam lemari es/*freezer*
 - (c) Tulis jam, hari dan tanggal saat diperah. Dalam ruangan dengan suhu 27-32°C kolostrum dapat disimpan selam 12 jam, sedangkan ASI pada suhu 19-25°C dapat tahan selama 4-8 jam. Bila ASI disimpan di dalam lemari es pada suhu 0-4°C akan tahan selama 1-2 hari. ASI tahan: 6-8 jam di udara luar, 24 jam dalam termos es, 2x24 jam dalam lemari es, 2 minggu di *freezer* 1 pintu, 3 bulan di *freezer* lemari es 2 pintu (Utami Roesli, 2012).

e. Senam Hamil

Senam hamil merupakan salah satu bentuk pelayanan *antenatal care*. Senam hamil terbukti membantu perubahan metabolisme tubuh selama kehamilan. Senam hamil akan membantu fungsi jantung sehingga para ibu hamil akan merasa lebih sehat dan tidak merasa sesak nafas (Adiyono W., 2002), sehingga mengurangi tekanan darah, memperbesar vasodilatasi pada kulit, meningkatkan pengeluaran panas tubuh dan mengurangi kecenderungan terjadinya hypethermia (Artal and Carl Sherman, 1999).

f. Gerakan senam hamil Trimester Ketiga

Memasuki fase trimester ketiga kehamilan, ibu hamil pasti mulai waspada dan mengalami banyak keluhan. Selain stres memikirkan bagaimana nanti ketika persalinan tiba, keluhan fisik pun pasti banyak dirasakan. Keluhan yang dirasakan seperti sulit bangun dari tempat tidur, perut yang semakin berat, kaki membengkak, gerak jadi terbatas. Berikut ini beberapa gerakan senam yang ibu hamil bisa lakukan saat memasuki trimester ketiga, untuk melancarkan proses persalinan nanti.

1) Senam kegel

Senam kegel berguna untuk melatih otot-otot panggul agar lebih siap menghadapi persalinan. Senam kegel ini juga bisa menguatkan otot di sekitar area kewanitaan, hingga ke Rahim. Gerakannya sederhana dan ibu bisa lakukan di rumah. Cara melakukannya adalah dengan mengontraksikan otot di sekitar vagina dengan gerakan seperti menahan buang air kecil. Senam kegel bisa dilakukan sambil duduk ataupun berdiri dengan 3-10 hitungan dan dilakukan berulang sampai delapan kali. Senam kegel bisa dilakukan empat kali sehari.

2) Senam jongkok

Pada kehamilan trimester ketiga perut sudah semakin berat. Cobalah untuk melatih otot paha dan panggul agar lebih kuat. Apalagi saat persalinan nanti, kekuatan bagian otot sangat dibutuhkan demi kelancaran persalinan. Gerakan senam jongkok sangat mudah, letakkan tangan di pinggang, renggangkan kedua kaki sampai selebar bahu. Gerakkan tubuh naik dan turun. Mulailah dengan posisi berdiri, lalu pelan-pelan turunkan badan ke posisi jongkok. Jaga posisi punggung agar tetap tegak lurus. Tahan lalu atur napas secara normal sekitar 10 hitungan, setelah itu berdiri secara perlahan.

3) Senam Yoga Kupu-kupu

Senam yoga kupu-kupu atau sering disebut pose tailor berguna melatih otot paha. Dengan begitu, ibu hamil bisa meminimalkan risiko sakit punggung, seiring dengan makin beratnya beban kandungan. Melakukan gerakan yoga kupu-kupu ini sangat mudah. Bisa dimulai dengan posisi duduk bersila dan posisi punggung tegak lurus. Tempelkan kedua telapak kaki, lalu perlahan turunkan posisi lutut sampai menyentuh lantai. Tahan posisi tersebut kurang lebih 10-20 hitungan, kemudian ulangi sampai tiga kali.

4) Senam Angkat Panggul

Otot perut juga menjadi bagian paling penting untuk membantu kelancaran persalinan. Dengan melakukan latihan angkat panggul, maka otot perut akan lebih rileks dan siap menghadapi proses persalinan. Cara melakukannya, pertama-tama ibu harus berbaring telentang. Tekuk kedua lutut ke atas sambil meratakan punggung di matras atau lantai. Tarik napas lewat hidung, lalu kencangkan otot-otot pada bokong dan perut, lalu angkat panggul ke atas. Tahan sampai lima hitungan, lalu turunkan perlahan-lahan dan kembali ke posisi awal.

5) Senam *yoga ball*

Senam yoga ini membutuhkan alat *yoga ball*. Fungsinya untuk mengurangi rasa nyeri yang sering datang pada bagian punggung bawah pada kehamilan trimester ketiga. Pertama-tama duduklah di atas bola dengan punggung tegak lurus. Jangan tegang dan relaksasikan seluruh otot. Lalu lebarkan kedua kaki sampai sejajar dengan pinggul. Angkat dan luruskan kedua tangan, tahan 5-10 hitungan. Tarik napas lalu hembuskan sambil menurunkan tangan. Lakukan pengulangan senam hamil ini sebanyak beberapa kali.

Berdasarkan hasil penelitian (Mariani, 2003), jika latihan fisik pada senam hamil dilakukan secara teratur sesuai dengan petunjuk akan sangat bermanfaat bagi kesehatan bagi ibu hamil antara lain meningkatkan tonus otot, meningkatkan kekuatan dan daya tahan tubuh, membuat relaksasi otot yang tegang dan menurunkan emosi. Varney (1997) dalam Hanton (2001) menyatakan bahwa wanita yang melakukan senam hamil secara teratur selama kehamilannya, maka tingkat kehabisan tenaga atau penggunaan tenaga selama proses persalinan akan sangat rendah dan lebih cepat sembuh pada masa pasca-persalinan.

Peningkatan hormon endorfin yang terjadi selama melakukan senam hamil akan mengurangi tingkat rasa sakit selama proses persalinan sehingga sangat membantu mempercepat proses persalinan. Dapatlah dipahami bila hasil penelitian ini menyatakan bahwa semua ibu hamil yang melakukan senam hamil dapat melalui proses persalinan dengan cepat yaitu <18 jam. Sebaliknya semua ibu yang mengalami persalinan lambat yaitu >24 jam ternyata memang tidak satu pun pernah melakukan senam hamil.

Sejumlah literatur menyatakan bahwa ibu hamil yang melakukan senam hamil akan mengalami risiko persalinan dengan tindakan lebih kecil daripada yang tidak melakukan senam hamil. Selain itu proses persalinan akan lebih cepat pada ibu yang melakukan senam hamil selama kehamilannya dari pada yang tidak melakukan senam hamil (Clapp *et al.*, 2000). Semua wanita hamil yang aktif berkegiatan seharusnya selalu dievaluasi secara periodik untuk menilai efek senam hamil yang dilakukannya terhadap perkembangan janin dalam kandungannya. Sedangkan bagi wanita hamil yang mengalami komplikasi medis atau obstetrik seharusnya berhati-hati bila akan melakukan senam hamil (Artal R *and* O'Tele M, 2003). Dengan demikian tidak ada alasan bagi wanita hamil yang bekerja di dalam maupun di luar rumah, formal atau informal untuk tidak melakukan senam hamil. Dengan alasan pekerjaannya sehari-hari sudah menguras banyak tenaga, apabila tidak mengalami gangguan kesehatan ataupun gangguan obstetrik.

DAFTAR PUSTAKA

- 1 Adiyono, W, 2002. Senam Hamil, Amankah bagi Ibu Hamil? *Suara Merdeka*, 24 Agustus.
- 2 Ahmad. 2006. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Reality Publisher. Jakarta.
- 3 Aritonang. 2012. *Busung Lapar*. Media Presindo. Jakarta.
- 4 Artal R and Carl Sherman, 1999. Exercise During Pregnancy, Safe and Beneficial for Most. *The Physicisian and Sportmedicine*. 27: 1-9.
- 5 Artal R and O'Toole M. 2003. Exercise in Pregnancy. Guidelines of The American College of Obstetricians and Gynecologists for Exercise During Pregnancy and Postpartum Period. 37: 6-12.
- 6 Amalia, Selvi. 2010. *Orang yang Bekerja pun Bisa Sukses Memberikan Asi Eksklusif*. <http://www.wishingbaby.com/orang-tua-bekerja-pun-bisa-sukses-memberi-asi-eksklusif/> diakses tanggal 22 Mei 2013 pukul 22.37 WITA.
- 7 Anonim. *Hukum Tenaga Kerja*. <http://www.gajimu.com/main/tips-karir/Tentang-wanita/tantangan-ibu-bekerja-untuk-menyusui> diakses tanggal 22 Mei 2013 pkl 20.46 WITA.
- 8 A Wawan Dewi N. 2010. *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap dan Prilaku Manusia*. 2010. Jogjakarta.

- 9 Bramirus. 2012. *5 Penyebab Rendahnya Pemberian Asi Eksklusif*. Kompas. Jakarta. Diakses tanggal 14 september 2012
- 10 Chomaria. 2011. *Panduan Terlengkap Pasca Melahirkan*. Cinta. Surakarta.
- 11 Eveline. 2010. *Panduan Pintar Merawat Bayi dan Balita*. PT Wahyu Media. Jakarta.
- 12 Haryani, Reni. 2010. *Asuhan Kebidanan Ibu Nifas dan Menyusui*. Trans Info Media. Jakarta
- 13 Hidayat, A. Aziz Alimul. 2007. *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis Data*. Salemba Medika. Jakarta.
- 14 Ilmu kebidanan. 2013. *Asuhan kebidanan*. <http://asuhankebidanand3.blogspot.com/2013/01/latar-belakang-asi-eksklusif.html> diakses tanggal 22 mei 2013 pk1 22.56 WITA.
- 15 Nursalam. 2003. *Konsep dan Penerapan Metode Penelitian Keperawatan*. Salemba Medika. Jakarta.
- 16 Profil Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2011.
- 17 Retno. 2011. *Asuhan Kebidanan Ibu Masa Nifas*. Gosyen Publishing. Yogyakarta.
- 18 Riksani. 2012. *Keajaiban ASI*. Dunia Sehat. Jakarta.
- 19 Roesli, Utami. 2010. *Mengenal ASI Eksklusif*. Pustaka Bunda. Jakarta.
- 20 Roesli, Utami. 2012. *Panduan Praktis Menyusui*. Pustaka Bunda. Jakarta.
- 21 Roesli, Utami. 2008. *Inisiasi Menyusu Dini plus ASI eksklusif*. Pustaka Bunda. Jakarta.
- 22 Buku Pelatihan Sentra Laktasi ASI (SELASI)
- 23 Tasya, Amanda. 2008. *Indonesia dan ASI*. <http://aimi-asi.org/indonesia-dan-asi/> diakses tanggal 22 Mei 2012 pukul 22.37 WITA
- 24 Widjonarko, Bambang. 2011. *Payudara dan laktasi*. <http://reproduksiumj.blogspot.com/2011/08/payudara-dan-laktasi.html> diakses tanggal 22 Mei 2013 pk1 23.52 WITA.
- 25 Wulandari dkk. 2010. *Komunikasi dan Konseling Kebidanan*. Vitra Maya. Jakarta.

NIFAS

Azrida M, S.Si.T., M.Kes.
Andi Masnilawati, S.S.T., M.Kes.

A. Pendahuluan

Era *Sustainable Development Goals* (SDGs) atau Tujuan Pembangunan Berkelanjutan telah dimulai saat negara-negara anggota Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB), termasuk Indonesia, menyepakati Outcome Document SDGs pada tanggal 2 Agustus 2015. Dokumen ini berisi tentang deklarasi, tujuan, target dan cara pelaksanaan SDGs hingga tahun 2030. Dokumen ini adalah kerangka kerja pembangunan global baru pengganti *Millenium Development Goals* (MDGs) yang berakhir tahun 2015 ini, dengan 17 tujuan dan 169 target (Kemenkes, 2015).

Tetapi dengan berakhirnya MDGs pada akhir tahun 2015, Para pemimpin dunia telah menyerukan agenda ambisius baru untuk meningkatkan kehidupan manusia dan melindungi bumi bagi generasi masa depan. Pasca agenda pembangunan 2015, yang dikenal dengan istilah Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs), diharapkan dapat menanggulangi berbagai masalah, termasuk menghapuskan kemiskinan dan kelaparan, memajukan kesehatan dan pendidikan, membangun kota-kota secara berkelanjutan, memerangi perubahan iklim serta melindungi samudera dan hutan (Kemenkes, 2015).

Kematian ibu adalah kematian seorang wanita terjadi saat hamil, bersalin, atau 42 hari setelah persalinan dengan penyebab yang berhubungan langsung atau tidak langsung terhadap persalinan. Organisasi kesehatan tingkat dunia, World Health Organization (WHO) memperkirakan 800 perempuan meninggal setiap harinya akibat komplikasi kehamilan dan proses kelahiran. Sekitar 99% dari seluruh kematian ibu terjadi di negara berkembang Sekitar 80% kematian maternal merupakan akibat meningkatnya komplikasi selama kehamilan, persalinan dan setelah persalinan (WHO, 2015).

Masa nifas ini merupakan masa yang cukup penting bagi tenaga kesehatan khususnya bidan untuk selalu melakukan pemantauan karena pelaksanaan yang kurang maksimal dapat menyebabkan ibu mengalami berbagai masalah, bahkan dapat berlanjut pada komplikasi masa nifas seperti *sepsis puerperalis*. Jika ditinjau dari penyebab kematian ibu, infeksi merupakan penyebab kematian terbanyak nomor dua setelah perdarahan sehingga sangat tepat jika tenaga kesehatan memberikan perhatian yang tinggi pada masa ini (Sulistiyawati A, 2009).

Bidan memegang peranan penting dalam upaya pemerintah untuk meningkatkan kesehatan dan pengertian masyarakat melalui konsep promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dalam standar pelayanan kebidanan, bidan memberikan pelayanan bagi ibu pada masa nifas melalui kunjungan rumah pada hari ketiga, minggu kedua dan minggu keenam setelah persalinan untuk membantu proses pemulihan ibu dan bayi melalui penanganan tali pusat yang benar, penemuan dini, penanganan atau rujukan komplikasi yang mungkin terjadi pada masa nifas, serta memberikan penjelasan tentang kesehatan secara umum, personal hygiene, nutrisi, perawatan bayi baru lahir, pemberian asi, imunisasi dan keluarga berencana.

B. Definisi Pelayanan Masa Nifas

Masa nifas (puerperium) dimulai sejak plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu. Puerperium (nifas) berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya alat kandungan pada keadaan yang normal (Ambarwati dan Wulandari, 2010). Jadi masa nifas adalah masa yang dimulai dari plasenta lahir sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil, dan memerlukan waktu kira-kira 6minggu.

Masa nifas dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas dimulai dari 6 jam sampai 42 hari pasca persalinan. Masa nifas tidak kalah penting dengan masa-masa ketika hamil, karena pada saat ini organ-organ reproduksi sedang mengalami proses pemulihan setelah terjadinya proses kehamilan dan persalinan. Ibu nifas juga mengalami perubahan psikologis yaitu melanjutkan pencapaian proses peran maternalnya dan kelekatan dengan bayinya. Sehingga ibu nifas perlu mendapatkan asuhan pelayanan nifas yang bermutu (Arindita & Fitri, 2017).

Periode nifas adalah masa yang penting bagi kesehatan ibu. Pada masa nifas, dibutuhkan perawatan ekstra pada ibu dan bayi. Persepsi dan perilaku yang kurang tepat pada masa nifas dapat menyebabkan komplikasi dan membahayakan kesehatan dan keselamatan ibu (Missiriya, 2016). Komplikasi persalinan seringkali terjadi pada minggu pertama masa nifas. Komplikasi fatal yang umumnya terjadi seperti perdarahan, sepsis, eklampsia dapat menyebabkan kematian ibu pada masa nifas (Shah & Pariyar, 2016).

Pada masa nifas, ibu seharusnya melakukan kunjungan nifas ke fasilitas kesehatan sebanyak minimal 3 kali setelah melahirkan. Kunjungan nifas bertujuan untuk memantau status kesehatan ibu dan bayi, melakukan pencegahan terhadap kemungkinan gangguan kesehatan ibu dan bayi, mendeteksi dini komplikasi atau masalah, dan menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu dan bayi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015). Kunjungan nifas di Indonesia pada umumnya rendah karena masih banyak ibu yang memiliki kepercayaan bahwa ibu nifas dilarang keluar rumah pada jangka waktu tertentu sehingga ibu terlambat melakukan pemeriksaan (Khafidzoh, *et al.*, 2016).

C. Ruang Lingkup Masa Nifas

Periode masa nifas berlangsung dari persalinan sampai 6 minggu setelah melahirkan yang merupakan waktu penyembuhan dan kembalinya organ reproduksi ke keadaan sebelum hamil. Bidan harus mengetahui tujuan pemberian asuhan kebidanan pada masa nifas. Adapun tujuan asuhan masa nifas adalah sebagai berikut:

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologis di mana dalam asuhan pada masa ini peranan keluarga sangat penting, dengan pemberian nutrisi, dukungan psikologi maka kesehatan ibu dan bayi selalu terjaga.
2. Melaksanakan skrining yang komprehensif (menyeluruh) di mana bidan harus melakukan manajemen asuhan kebidanan pada ibu masa nifas secara sistematis yaitu mulai pengkajian data subjektif, objektif maupun penunjang.
3. Setelah bidan melaksanakan pengkajian data maka bidan harus menganalisa cara tersebut sehingga tujuan asuhan masa nifas dapat mendeteksi masalah yang terjadi pada ibu dan bayi.
4. Merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya, yakni setelah masalah ditemukan maka bidan dapat langsung masuk ke langkah berikutnya sehingga tujuan di atas dapat dilaksanakan.

5. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat.
6. Memberi pelayanan keluarga berencana

Masa nifas ini merupakan masa yang cukup penting bagi tenaga kesehatan khususnya bidan untuk selalu melakukan pemantauan karena pelaksanaan yang kurang maksimal dapat menyebabkan ibu mengalami berbagai masalah, bahkan dapat berlanjut pada komplikasi masa nifas. Menurut hasil SDKI 2012, bahwa penyebab kematian ibu adalah trias, yang terdiri dari perdarahan, preeklamsia/eklampsia, dan infeksi. Diperkirakan bahwa 60% kematian terjadi pada masa postnatal, dan 50% kematian masa nifas terjadi karena perdarahan dalam 24 jam pertama postnatal, dan juga terdapat beberapa proporsi perdarahan postpartum sekunder yang terjadi pada masa nifas awal (*early postpartum*) hingga masa nifas lanjut (*late postpartum*). Untuk kejadian infeksi terutama disebabkan oleh infeksi postpartum. Mengenai kejadian preeklamsia/eklampsia sebagian kecil dapat terjadi pada masa nifas. Sehingga dalam hal ini maka peran bidan adalah penting untuk mencegah kejadian perdarahan, preeklamsia/eklampsia dan perdarahan postpartum.

Bidan memegang peranan penting dalam upaya pemerintah untuk meningkatkan kesehatan dan pengertian masyarakat melalui konsep promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dalam standar pelayanan kebidanan, bidan memberikan pelayanan bagi ibu pada masa nifas melalui kunjungan rumah pada hari ketiga, minggu kedua dan minggu keenam setelah persalinan untuk membantu proses pemulihan ibu dan bayi. Adapun lingkup pelayanan kebidanan dalam masa nifas sebagai berikut (Pusdiknakes, 2001).

1. Pada masa kala IV hingga *early postpartum*, bidan harus melakukan observasi melekat bersama ibu dan bayi dalam beberapa saat untuk memastikan ibu dan bayi dalam posisi yang stabil serta tidak mengalami komplikasi.
2. Periksa fundus uteri tiap 15 menit pada jam pertama, 20-30 menit pada jam kedua postnatal, jika kontraksi tidak kuat.
3. Periksa tekanan darah, kandung kemih, nadi, perdarahan tiap 15 menit pada jam pertama dan tiap 30 menit pada jam kedua postnatal.
4. Anjurkan ibu minum untuk mencegah dehidrasi, bersihkan perineum, dan anjurkan untuk mengenakan pakaian bersih, biarkan ibu istirahat, beri posisi yang nyaman, dukung program *boundung attachment* dan ASI eksklusif, ajarkan ibu dan keluarga untuk memeriksa fundus uteri

- dan perdarahan secara mandiri, beri konseling tentang gizi, perawatan payudara, serta kebersihan diri.
5. Memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas.
 6. Bidan berperan sebagai promotor hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga.
 7. Mendorong ibu untuk menyusui ibunya dengan meningkatkan rasa nyaman ibu.
 8. Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan sesuai indikasi.
 9. Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktikkan personal hygiene.
 10. Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data menetapkan diagnosa dan rencana tindakan asuhan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas.
 11. Memberikan asuhan kebidanan pada masa nifas dan menyusui secara profesional sesuai dengan standar kewenangan dan standar kompetensi bidan.

D. Gambaran Pelayanan Masa Nifas

Standar kewenangan bidan juga mewajibkan bidan untuk merujuk setiap ibu atau bayi yang mengalami risiko, penyulit maupun komplikasi ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu menangani, sehingga ditangani oleh tim profesional yang tepat (Baston & Hall, 2011). Bidan yang memberikan asuhan kebidanan postnatal perlu memastikan bahwa lingkungan pelayanan kebidanan tempat ibu nifas atau postnatal diasuh, mendukung praktik kerja yang aman dan efektif serta melindungi ibu dan keluarga dari bahaya maupun risiko. Menurut Standar Profesi Bidan (2007) serta Permenkes RI No. 28 tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, salah satu kewenangan bidan adalah melaksanakan pelayanan kesehatan pada masa nifas dan menyusui.

Kunjungan selama nifas sering dianggap tidak penting oleh tenaga kesehatan karena sudah merasa baik dan selanjutnya berjalan dengan lancar. Konsep *early ambulation* dalam masa postpartum merupakan hal yang perlu diperhatikan karena terjadi perubahan hormonal. Pada masa ini ibu

membutuhkan petunjuk dan nasihat dari bidan sehingga proses adaptasi setelah melahirkan berlangsung dengan baik. Masa nifas ini merupakan masa yang cukup penting bagi tenaga kesehatan khususnya bidan untuk selalu melakukan pemantauan karena pelaksanaan yang kurang maksimal dapat menyebabkan ibu mengalami berbagai masalah, bahkan dapat berlanjut pada komplikasi masa nifas seperti sepsis puerperalis. Jika ditinjau dari penyebab kematian ibu, infeksi merupakan penyebab kematian terbanyak nomor dua setelah perdarahan sehingga sangat tepat jika tenaga kesehatan memberikan perhatian yang tinggi pada masa ini. Cakupan kunjungan ibu nifas pada tahun 2012 adalah 85,16%, dan meningkat di tahun 2013 yaitu 86,64%, sedangkan cakupan persalinan meningkat dari tahun 2012 sebesar 88,64% ke tahun 2013 yaitu sebesar 90,88%. Hal ini menyimpulkan apabila tidak ada kesamaan antara cakupan persalinan dengan cakupan kunjungan nifas kemungkinan terjadi komplikasi persalinan dalam masa nifas atau masa nifas tidak terkontrol oleh petugas kesehatan (Kemenkes RI, 2014)

Beberapa komponen esensial dalam asuhan kebidanan pada ibu selama masa nifas (Kemenkes RI, 2013), adalah sebagai berikut.

1. Anjurkan ibu untuk melakukan kontrol/kunjungan masa nifas setidaknya 4 kali, yaitu:
 - a. 6-8 jam setelah persalinan (sebelum pulang)
 - b. 6 hari setelah persalinan
 - c. 2 minggu setelah persalinan
 - d. 6 minggu setelah persalinan
2. Periksa tekanan darah, perdarahan pervaginam, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi uterus, tinggi fundus, dan temperatur secara rutin.
3. Nilai fungsi berkemih, fungsi cerna, penyembuhan luka, sakit kepala, rasa lelah dan nyeri punggung.
4. Tanyakan ibu mengenai suasana emosinya, bagaimana dukungan yang didapatkannya dari keluarga, pasangan, dan masyarakat untuk perawatan bayinya.
5. Tata laksana atau rujuk ibu bila ditemukan masalah.
6. Lengkapi vaksinasi tetanus toksoid bila diperlukan.
7. Minta ibu segera menghubungi tenaga kesehatan bila ibu menemukan salah satu tanda berikut:
 - a. Perdarahan berlebihan
 - b. Sekret vagina berbau
 - c. Demam
 - d. Nyeri perut berat

- e. Kelelahan atau sesak nafas
 - f. Bengkak di tangan, wajah, tungkai atau sakit kepala atau pandangan kabur.
 - g. Nyeri payudara, pembengkakan payudara, luka atau perdarahan puting
8. Berikan informasi tentang perlunya melakukan hal-hal berikut.
- a. Kebersihan diri
 - 1) Membersihkan daerah vulva dari depan ke belakang setelah buang air kecil atau besar dengan sabun dan air.
 - 2) Mengganti pembalut minimal dua kali sehari, atau sewaktu-waktu terasa basah atau kotor dan tidak nyaman.
 - 3) Mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelamin.
 - 4) Menghindari menyentuh daerah luka episiotomi atau laserasi.
 - b. Istirahat
 - 1) Beristirahat yang cukup, mengatur waktu istirahat pada saat bayi tidur, karena terdapat kemungkinan ibu harus sering terbangun pada malam hari karena menyusui.
 - 2) Kembali melakukan rutinitas rumah tangga secara bertahap.
 - c. Latihan (*exercise*)
 - 1) Menjelaskan pentingnya otot perut dan panggul.
 - 2) Mengajarkan latihan untuk otot perut dan panggul:
 - (a) Menarik otot perut bagian bawah selagi menarik napas dalam posisi tidur telentang dengan lengan di samping, tahan napas sampai hitungan 5, angkat dagu ke dada, ulangi sebanyak 10 kali.
 - (b) Berdiri dengan kedua tungkai dirapatkan. Tahan dan kencangkan otot pantat, pinggul sampai hitungan 5, ulangi sebanyak 5 kali.
 - d. Gizi
 - 1) Mengonsumsi tambahan 500 kalori/hari
 - 2) Diet seimbang (cukup protein, mineral dan vitamin)
 - 3) Minum minimal 3 liter/hari
 - 4) Suplemen besi diminum setidaknya selama 3 bulan pascasalin, terutama di daerah dengan prevalensi anemia tinggi.
 - 5) Suplemen vitamin A sebanyak 1 kapsul 200.000 IU diminum segera setelah persalinan dan 1 kapsul 200.000 IU diminum 24 jam kemudian.

- e. Menyusui dan merawat payudara
 - 1) Jelaskan kepada ibu mengenai cara menyusui dan merawat payudara.
 - 2) Jelaskan kepada ibu mengenai pentingnya ASI eksklusif.
 - 3) Jelaskan kepada ibu mengenai tanda-tanda kecukupan ASI dan tentang manajemen laktasi.
- f. Sanggama
 - 1) Sanggama aman dilakukan setelah darah tidak keluar dan ibu tidak merasa nyeri ketika memasukkan jari ke dalam vagina.
 - 2) Keputusan tentang sanggama bergantung pada pasangan yang bersangkutan.
- g. Kontrasepsi dan KB

Jelaskan kepada ibu mengenai pentingnya kontrasepsi dan keluarga berencana setelah bersalin.

E. Penerapan Masa Nifas di Indonesia

Kunjungan rumah pada masa nifas dilakukan sebagai suatu tindakan untuk pemeriksaan postpartum lanjutan. Kunjungan rumah direncanakan untuk bekerja sama dengan keluarga dan dijadwalkan berdasarkan kebutuhan (Saleha S., 2009).

Menurut Hasanah (2014), kunjungan postpartum merupakan kunjungan yang dilakukan ibu nifas ke tenaga kesehatan selama masa nifas. Namun fenomena yang terjadi di masyarakat kunjungan postpartum jarang dilakukan sesuai standar, seringkali hanya dua kali atau satu kali kunjungan selama postpartum, selama tidak ada keluhan pada ibu maupun bayinya.

Pada program terdahulu, kunjungan bisa dilakukan sejak 24 jam setelah pulang. Jarang sekali suatu kunjungan rumah ditunda sampai hari ketiga setelah pulang ke rumah. Kunjungan berikutnya direncanakan sepanjang minggu pertama jika diperlukan. Kunjungan masa nifas dilakukan sedikitnya empat kali untuk menilai status ibu dan status bayi baru lahir juga mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi (Saleha S., 2009 dan Saifuddin, 2005).

Kunjungan	Waktu	Tujuan
Pertama	6-8 Jam Setelah Persalinan	a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain, perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut. c. Memberikan konseling pada ibu atau salah

Kunjungan	Waktu	Tujuan
		<p>satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.</p> <p>d. Pemberian ASI awal e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.</p>
Kedua	6 Hari Setelah Persalinan	<p>a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau.</p> <p>b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.</p> <p>c. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.</p> <p>d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.</p> <p>e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari</p>
Ketiga	2 Minggu Setelah Persalinan	<p>a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau.</p> <p>b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.</p> <p>c. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.</p> <p>d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.</p> <p>e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari</p>
Keempat	6 Minggu Setelah Persalinan	<p>a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami atau bayinya.</p> <p>b. Memberikan konseling Keluarga berencana secara dini.</p> <p>c. Menganjurkan ibu membawa bayinya ke Posyandu atau puskesmas untuk penimbangan bayi</p>

Dikutip dari: Saleha S & Saifuddin AB

DAFTAR PUSTAKA

1. Arindita R, Fitri I, (2017), Persepsi Ibu Nifas Tentang Pelayanan Post Natal Care Dengan Kunjungan Ulang, *Higeia Journal Of Public Healty Research and Development, Higeaia* 1(3).
2. Kemenkes. 2015. Angka Kematian Ibu Menurut Sustainable Development Goals (SDGs)
3. Kemenkes. 2015. Profil Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan
4. WHO, 2015. Angka Kematian Ibu, (online). Diakses tanggal 15 Februari 2016, Makassar
5. Khafidzoh, A., Rahfiludin, M. Z. and Kartasurya, M. I. (2016) 'Hubungan Keikutsertaan Kelas Ibu Hamil dengan Perilaku Ibu dalam Perawatan Masa Nifas (Studi di Puskesmas Cepiring Kabupaten Kendal)', *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-journal)*, 4(3), pp. 147-157.
6. Missiriya, S. (2016) 'Knowledge and Practice of Postnatal Mothers Regarding Personal Hygiene and Newborn Care', *International Journal of Pharmaceutical Sciences*, 40(1), pp. 89-93. doi: 10.22038/IJN.2013.692.
7. Tara Shah, S. P. (2016) 'Knowledge and Practice Regarding Postnatal Care among Mothers Residing In Selected Slum Area of Dharan, Nepal', *International Journal of Health and Medicine*, 1(1), pp. 1-4.
8. Sulistyawati A. Buku ajar asuhan kebidanan pada ibu nifas. Yogyakarta: Andi Offset; 2009. hlm. 1-6; 74-86.
9. Saleha S. Asuhan kebidanan pada masa nifas. Jakarta: Salemba medika; 2009. hlm.1-7,53-62, 71-76, 79-80.
10. Saifuddin AB. Buku panduan praktis pelayanan kesehatan maternal dan neonatal. Jakarta: YBP-SP; 2005. hlm. N23.
11. Hasanah, S. M. 2014. Hubungan Pengetahuan Ibu Nifas dengan Kepatuhan Kunjungan Masa Nifas di BPM Ny. Subiyannah, SST Desa Parengan Kecamatan Maduran Kabupaten Lamongan. *Jurnal Kesehatan*, 2(18): 1-8
12. Pusdiknakes, WHO, JHPIEGO (2001). *Panduan Pengajar Asuhan Kebidanan Fisiologi Bagi Dosen Diploma III Kebidanan*. Jakarta: Pusdiknes.
13. Kemenkes RI. (2013). *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
14. Baston, H. & Hall, J. (2011). *Midwifery Essential Postnatal*, Volume 4. United Kingdom: Elsevier

15. Kemenkes RI, 2014. Pusat data dan Informasi. Dari [http://C:/Users/user/Downloads/inf odatin-ibu.pdf](http://C:/Users/user/Downloads/inf%20odatin-ibu.pdf). diunduh tanggal 27 Oktober 2020.
16. Tupriliany Danefi. (2016). “Gambaran Efektifitas Asuhan Dalam Kunjungan Masa Nifas Dan Ketidaknyamanan Fisik Dalam Masa Nifas Di Desa Cikunir Kecamatan Singaparna Kabupaten Tasikmalaya”. Jurnal Bidkesma Vol 2, Nomor 7.
17. Heni Puji Wahyuningsih. (2018) Buku Ajar Kebidanan. Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui. Pusdik SDM Kesehatan

PELAYANAN KESEHATAN NEONATAL ESSENSIAL

Halida Thamrin, S.S.T., M.Keb.

Nurlina Akbar, S.S.T., M.Kes.

Secara global 2,4 juta anak meninggal pada bulan pertama kehidupan di tahun 2019. Ada sekitar 7.000 kematian bayi baru lahir setiap hari, yang merupakan 47% dari semua kematian anak di bawah usia 5 tahun, naik dari 40% pada tahun 1990. Secara global, jumlah kematian neonatal menurun dari 5,0 juta pada tahun 1990 menjadi 2,4 juta pada tahun 2019. Namun, anak-anak menghadapi risiko kematian terbesar dalam 28 hari pertama mereka. (WHO, 2020).

Pada 2019, 47% dari semua kematian di bawah 5 tahun terjadi pada periode baru lahir dengan sekitar sepertiganya meninggal pada hari kelahiran dan hampir tiga perempat meninggal dalam minggu pertama kehidupan. Anak-anak yang meninggal dalam 28 hari pertama kelahiran menderita kondisi dan penyakit yang berhubungan dengan kurangnya perawatan berkualitas saat lahir atau perawatan dan pengobatan terampil segera setelah lahir dan pada hari-hari pertama kehidupan. Kelahiran prematur, komplikasi terkait intrapartum (asfiksia lahir atau kurang bernapas saat lahir), infeksi dan cacat lahir menyebabkan sebagian besar kematian neonatal (WHO, 2020).

Di Indonesia, Angka Kematian Bayi (AKB) per 1000 kelahiran hidup berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS) mengalami penurunan dari 32 per 1000 kelahiran hidup tahun 2012 menjadi 24 per 1000 kelahiran hidup tahun 2017. Angka Kematian Bayi (AKB) menunjukkan banyaknya kematian bayi usia 0 tahun dari setiap 1000 kelahiran hidup pada tahun tertentu atau dapat dikatakan juga sebagai probabilitas bayi meninggal sebelum mencapai usia satu tahun yang dinyatakan dengan per 1000 kelahiran hidup. Angka kematian bayi merupakan indikator yang penting untuk mencerminkan keadaan derajat kesehatan di suatu masyarakat, karena bayi yang baru lahir sangat sensitif terhadap keadaan lingkungan tempat orang tua bayi tinggal dan sangat erat kaitannya dengan status sosial orang tua bayi. (BPS, 2020)

Penurunan angka kematian bayi di Indonesia banyak dipengaruhi oleh meningkatnya penyediaan fasilitas kesehatan di berbagai daerah. Meski mengalami penurunan AKB di Indonesia masih tergolong tinggi dibandingkan negara Asia Tenggara lainnya. Pada tahun 2019, negara Asia Tenggara dengan AKB paling rendah adalah Singapura (2,26), Malaysia (6,65), Thailand (7,80), Brunei Darussalam (9,83), dan Vietnam (16,50).

Faktor-Faktor yang Menyebabkan Morbiditas dan Mortalitas pada Bayi dan Balita

1. Faktor kesehatan

Derajat kesehatan dalam diri anak adalah hal penting yang menjadi indikator keberhasilan asuhan pada anak. Kesehatan anak tentunya berasal dari nutrisi yang masuk kedalam tubuh anak tersebut. Kesehatan anak ketika lahir juga bisa dinilai dari seberapa sehat ibunya selama dalam masa kehamilan sehingga ibu yang mengandung mulai sejak trimester pertama hingga trimester ketiga sangat perlu menjaga kesehatannya. Selain itu pertumbuhan dan perkembangan anak yang optimal juga didukung dengan lingkungan dan sanitasi yang baik.

2. Faktor sosial ekonomi

Tingkat kemiskinan di Indonesia yang tergolong masih tinggi menyebabkan perbedaan pranata sosial ekonomi sangat terasa di kalangan masyarakat. Tingkat sosial ekonomi rendah dan tinggi berpengaruh pada pemberian nutrisi atau makanan yang diberikan kepada bayi dan balita. Kondisi sosial akan mempengaruhi pengetahuan ibu terkait komposisi gizi yang harus diberikan pada anak. Melalui pengetahuan gizi anak, pola konsumsi makanan anak terbentuk sehingga bisa mempengaruhi pertumbuhan fisik dan perkembangan emosional mental anak. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa jenis pekerjaan dapat mempengaruhi konsumsi makan sumber karbohidrat, protein, dan lemak. Komponen protein dan lemak ASI terbukti mampu mempengaruhi berat badan bayi dan komponen protein ASI mempengaruhi pertumbuhan Panjang badan bayi.

Kondisi ekonomi keluarga juga memberikan andil terhadap tingkat morbiditas dan mortalitas bayi balita. Hal tersebut disebabkan jika kondisi ekonomi atau finansial keluarga rendah maka sebuah keluarga akan kesulitan memperoleh pelayanan kesehatan terbaik untuk anaknya.

3. Faktor kebudayaan

Pada dasarnya masyarakat mengkhawatirkan masa kehamilan dan persalinan. Masa kehamilan dan persalinan dideskripsikan oleh Bronislaw

Malinowski menjadi fokus perhatian yang sangat penting dalam kehidupan masyarakat. Ibu hamil dan yang akan bersalin dilindungi secara adat, religi, dan moral dengan tujuan untuk menjaga kesehatan ibu dan bayi. Mereka menganggap masa tersebut adalah masa kritis karena bisa membahayakan janin dan/atau ibunya. Masa tersebut direspons oleh masyarakat dengan strategi-strategi, seperti dalam berbagai upacara kehamilan, anjuran, dan larangan secara tradisional (Malinowski, Bronislaw, 1927: 76).

4. Faktor keluarga

Keluarga merupakan orang terdekat anak yang tentu saja memegang peranan penting dalam memenuhi kebutuhannya. Apakah itu kebutuhan asuh, asih dan dana asah. Keluarga yang akan menentukan makanan atau nutrisi apa yang akan diberikan pada anak mereka (asuh). Keluarga yang akan bertanggung jawab terhadap kesehatan emosional dan psikologis anak sehingga anak bisa melewati masa keemasannya dengan Bahagia (asih). Demikian pula kebutuhan anak untuk memperoleh stimulasi selama tahap pertumbuhan dan perkembangannya (asah). Keluarga yang akan menjadi contoh dalam menanamkan nilai-nilai baik dalam keluarga sehingga terbentuk anak yang sehat dan berkualitas.

Strategi Prioritas menurut WHO

Sebagian besar kematian bayi baru lahir terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Sangat mungkin untuk meningkatkan kelangsungan hidup dan kesehatan bayi baru lahir dan mengakhiri kelahiran mati yang dapat dicegah dengan cakupan perawatan antenatal yang berkualitas, kemampuan dalam membantu persalinan, perawatan pascakelahiran untuk ibu dan bayi, serta perawatan bayi baru lahir yang kecil dan sakit. Selain itu, dirangkaikan dengan program bidan *the Midwife-Led Continuity of Care* (MLCC) atau penyediaan perawatan berkelanjutan yang dipimpin bidan dapat mengurangi kelahiran prematur hingga 24%. MLCC adalah model perawatan di mana bidan atau tim bidan memberikan perawatan kepada wanita yang sama selama masa kehamilan, persalinan, dan masa nifas, meminta dukungan medis jika diperlukan. Peningkatan jumlah kelahiran di fasilitas kesehatan (hampir 80% secara global), memberikan peluang besar untuk menyediakan perawatan bayi baru lahir yang penting dan mengidentifikasi serta mengelola bayi baru lahir yang berisiko tinggi. Namun, hanya sedikit wanita dan bayi baru lahir yang berada di fasilitas yang direkomendasikan selama 24 jam setelah lahir, yang merupakan waktu paling kritis komplikasi dapat muncul. Selain itu, banyaknya bayi baru lahir meninggal di rumah karena pulang lebih awal dari rumah sakit, keterbatasan

akses dan keterlambatan dalam mencari perawatan. Perawatan nifas yang direkomendasikan yang diberikan di fasilitas kesehatan atau melalui kunjungan rumah memainkan peran kunci untuk menjangkau bayi baru lahir ini dan keluarganya.

Perawatan Bayi Esensial

1. Perawatan pada Bayi:
 - a. Jaga bayi tetap hangat (mempromosikan kontak kulit *skin to skin* antara ibu dan bayi)
 - b. Perawatan tali pusat
 - c. Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI eksklusif
 - d. Penilaian tanda bahaya atau kebutuhan perawatan tambahan (BBLR, bayi sakit atau ibu dengan HIV)
 - e. Tindakan pencegahan (Imunisasi BCG dan Hepatitis B, vitamin K dan pemberian salep mata)
2. Saran untuk Keluarga:
 - a. Segera ke pelayanan kesehatan jika bayi malas menyusui, lemas, sulit bernapas, demam, kejang dan hipotermia.
 - b. Daftarkan kelahiran bayi anda
 - c. Imunisasi tepat waktu

Beberapa bayi baru lahir memerlukan perhatian dan perawatan khusus selama rawat inap dan di rumah untuk meminimalkan risiko kesehatan.

3. Berat Badan Lahir Rendah dan Bayi Prematur:
 - a. Jika bayi baru lahir dengan BBLR teridentifikasi di rumah, keluarga wajib membantu ke rumah sakit atau pelayanan kesehatan untuk mendapatkan perawatan
 - b. Jaga bayi baru lahir tetap hangat dengan perawatan *skin to skin*, tunda kontak dengan ibu jika kondisi bayi berisiko
 - c. Inisiasi Menyusu Dini dan bantu ibu dalam memberikan ASI-nya
 - d. Pastikan cuci tangan sebelum kontak dengan bayi
 - e. Pemantauan tanda bahaya pada bayi
 - f. Berikan dukungan untuk menyusui dan pemantauan pertumbuhan bayi
4. Bayi Baru Lahir yang Sakit:
 - a. Pemantauan tanda bahaya dan segera ke rumah sakit atau pelayanan kesehatan untuk perawatan lebih lanjut

- b. Jika bayi baru lahir diidentifikasi di rumah, keluarga wajib membantu ke rumah sakit atau pelayanan kesehatan untuk perawatan
5. Bayi Baru Lahir dengan Ibu Terinfeksi HIV
- a. Pengobatan antiretroviral preventif (ART) untuk ibu dan bayi untuk mencegah infeksi oportunistik
 - b. Tes HIV dan perawatan untuk bayi yang terpajan
 - c. Konseling dan dukungan kepada ibu untuk pemberian makan pada bayi

Banyak bayi baru lahir yang terinfeksi HIV lahir prematur dan lebih rentan terhadap infeksi (WHO, 2020).

Kebijakan dan Strategi Kesehatan di Indonesia

Kebijakan dan strategi kesehatan di Indonesia difokuskan pada intervensi-intervensi yang meliputi: Imunisasi, MTBS, intervensi gizi pada anak, penguatan peran keluarga, dan peningkatan akses terhadap fasilitas kesehatan.

1. Imunisasi
 - a. Kebijakan
 - 1) Penyelenggaraan imunisasi dilakukan oleh pemerintah, swasta, dan masyarakat dengan mempertahankan prinsip keterpaduan dengan pihak terkait
 - 2) Pemerataan jangkauan imunisasi baik terhadap sasaran masyarakat maupun wilayah
 - 3) Kualitas pelayanan yang bermutu
 - 4) Kesenambungan penyelenggaraan melalui perencanaan program dan anggaran terpadu
 - 5) Perhatian khusus diberikan untuk wilayah rawan sosial, rawan penyakit (KLB) dan daerah-daerah sulit secara geografis
 - b. Strategi
 - 1) Memberikan akses (pelayanan) kepada masyarakat dan swasta
 - 2) Membangun kemitraan dan jejaring kerja
 - 3) Menjamin ketersediaan dan kecukupan vaksin, peralatan rantai vaksin, dan alat suntik
 - 4) Menerapkan sistem Pemantauan Wilayah Setempat (PWS), untuk menentukan prioritas kegiatan serta tindakan perbaikan
 - 5) Pelaksanaan imunisasi yang sesuai dengan standar
 - 6) Memanfaatkan perkembangan metode dan teknologi yang lebih efektif, berkualitas dan efisien

7) Meningkatkan advokasi, fasilitas dan pembinaan

2. Strategi untuk mengatasi tantangan dalam pelaksanaan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), meliputi:
 - a. Melakukan pelatihan MTBS bagi petugas kesehatan
 - b. Memperkuat struktur manajemen di tingkat pusat dan daerah; mengurangi tingkat *turnover* pegawai; meningkatkan pendanaan MTBS; memperkuat koordinasi dengan program-program kesehatan anak lainnya dan mengharmonisasikan peraturan-peraturan yang ada dan meningkatkan pembinaan di tingkat fasilitas
 - c. Menjamin ketersediaan obat esensial terkait MTBS
 - d. Melaksanakan MTBS di tingkat keluarga dan masyarakat guna mengoptimalkan upaya mencari pelayanan dan pemanfaatan layanan kesehatan; dan
 - e. Menyelenggarakan konseling bagi ibu dan *caregivers* (pengasuh) akan perawatan bayi dan balita

3. Strategi untuk menangani permasalahan gizi
Difokuskan untuk mencapai target nasional yaitu penurunan *stunting* pada balita dari 36,8% menjadi 32% yang meliputi:
 - a. Menekankan pemberian ASI eksklusif dan pemberian makanan pelengkap yang sesuai
 - b. Mendukung tumbuh kembang anak melalui penyediaan informasi bagi keluarga dan masyarakat tentang pemberian makanan, perawatan anak, dan upaya memperoleh layanan kesehatan
 - c. Memperkenalkan komunikasi untuk perubahan perilaku
 - d. Mengupayakan intervensi gizi mikro, di samping peningkatan asupan makanan, ketahanan pangan dan pemberian suplemen langsung, dan
 - e. Mengupayakan strategi pemberian makanan tambahan

4. Strategi pada tingkat keluarga
 - a. Melindungi anak-anak di daerah endemis malaria dengan kelambu yang mengandung insektisida
 - b. Memastikan bahwa anak-anak menerima imunisasi lengkap sebelum usia satu tahun
 - c. Mengenali anak sakit yang memerlukan perawatan dan mencari perawatan pada fasilitas/tenaga kesehatan yang tepat
 - d. Memberikan lebih banyak makanan dan minuman, termasuk ASI kepada anak-anak sakit

- e. Memberikan perawatan yang tepat di rumah kepada anak yang menderita infeksi, dan
 - f. Mengikuti saran petugas kesehatan dalam perawatan, tindak lanjut dan rujukan
5. Penguatan kesehatan neonatal dan ibu, meliputi:
 - a. Dukungan untuk menerapkan strategi kelangsungan hidup untuk bayi baru lahir dan anak-anak dengan menekankan pelayanan kehamilan dan persalinan, pelayanan dasar bagi semua bayi yang baru lahir, deteksi dan pengobatan infeksi, serta perawatan khusus bagi bayi yang baru lahir dengan berat badan di bawah normal
 - b. Dukungan pada pendekatan pelayanan esensial obstetrik dan neonatal untuk pencegahan dan perawatan segera pada komplikasi kehamilan, persalinan maupun masa *newborn*
 - c. Peningkatan kualitas untuk mempromosikan *hygiene* dan pelatihan bagi petugas kesehatan masyarakat mengenai praktik persalinan yang bersih, dan
 - d. Vaksinasi dan dukungan pemberian suplemen zat besi untuk mencegah anemia selama masa kehamilan
 6. Memperkuat dan meningkatkan kualitas layanan kesehatan
 Dilakukan dengan memperkenalkan strategi-strategi untuk mempromosikan pelayanan kesehatan dasar dan revitalisasi Posyandu, peningkatan fasilitas hingga menjadi PONED dan PONEK, dan menjamin ketersediaan biaya operasional kesehatan untuk rumah sakit dan puskesmas yang disebut BOK (Bantuan Operasional Kesehatan)
 7. Mobilisasi partisipasi masyarakat melalui kegiatan Posyandu
 Meliputi pemantauan status gizi bayi dan balita setiap bulan melalui penimbangan berat badan, imunisasi dasar lengkap dan layanan kesehatan lainnya yang disediakan di Posyandu
 8. Advokasi kebijakan bagi daerah dengan tingkat pencapaian target kesehatan anak yang masih rendah melalui:
 - a. Pengalokasian sumber daya yang memadai dengan mempertimbangkan daya serap
 - b. Peningkatan penyediaan anggaran publik untuk kesehatan dalam mengurangi risiko finansial khususnya masyarakat miskin

- c. Pengembangan instrumen *monitoring*
- d. Peningkatan advokasi dan kemampuan tenaga kesehatan strategi di daerah terpencil, tertinggal, perbatasan dan kepulauan (Heryani, 2019).

Upaya Pemerintah dalam Menurunkan Angka Kematian dan Kesakitan Bayi dan Balita

1. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan pemerintah pelayanan kesehatan

Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di bawah ini dilatarbelakangi untuk melaksanakan ketentuan Pasal 6 ayat (6) Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal.

- a. Pada pasal 2 ayat 3
 - 1) Poin c tentang pelayanan kesehatan bayi baru lahir,
 - 2) Poin d tentang pelayanan kesehatan balita dan
 - 3) Poin e tentang pelayanan kesehatan pada usia Pendidikan dasar.
- b. Selanjutnya, pada pasal 2 ayat 4 berbunyi:

Pelayanan yang bersifat peningkatan/promotif dan pencegahan/preventif sebagaimana dimaksud pada ayat (3) mencakup:

 - 1) Peningkatan kesehatan;
 - 2) Perlindungan spesifik;
 - 3) Diagnosis dini dan pengobatan tepat;
 - 4) Pencegahan kecacatan; dan
 - 5) Rehabilitasi.
- c. Peningkatan pelayanan dasar dilakukan di tingkat pusat daerah maupun swasta seperti yang tertuang dalam pasal 2 ayat 4

2. Meningkatkan status gizi masyarakat

Upaya peningkatan status gizi masyarakat oleh Kementerian Kesehatan telah tercantum pada Rencana Strategis (Renstra) Kemenkes 2020-2024. Hal ini tentunya dikarenakan status gizi sangat erat kaitannya dengan kualitas sumber daya manusia.

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar, kondisi gizi anak telah menunjukkan perbaikan. Pada masalah *stunting* terjadi penurunan prevalensi pada anak balita dari 37,21% di tahun 2013 menjadi 30,79% tahun 2018. Demikian juga apabila dibandingkan dengan data prevalensi *stunting* pada balita tahun 2016 (Sirkesnas), yaitu 33,60 persen.

Terobosan yang dilakukan Kemenkes untuk menjadikan SDM unggul antara lain melalui peningkatan sasaran Pemberian Makanan Tambahan (PMT) untuk balita kurus dan ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK), pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) bagi seluruh ibu hamil, dan remaja putri. Selain itu integrasi program penurunan *stunting* juga dilakukan melalui kegiatan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM), upaya Pendidikan gizi dalam peningkatan ASI Eksklusif, Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA), dan promosi pedoman Gizi Seimbang.

Adapun pedoman tentang penilaian status gizi anak dinyatakan dalam Permenkes Nomor 2 Tahun 2020 tentang standar antropometri anak.

3. Meningkatkan peran serta masyarakat

Upaya peningkatan peran serta masyarakat turut mengambil bagian penting dalam menurunkan angka kematian dan kesakitan bayi balita karena program pemerintah di bidang kesehatan tidak dapat terlaksana dengan baik tanpa kontribusi masyarakat. Adanya peran masyarakat diharapkan mampu mempercepat dan membantu keberhasilan program kerja pemerintah di bidang kesehatan bayi balita. Program pemerintah tersebut di antaranya pelayanan imunisasi, sanitasi lingkungan. Sedangkan peran serta masyarakat dilakukan dengan menjaring kader yang menjadi perpanjangan tangan dari petugas kesehatan dalam mengatasi berbagai masalah kesehatan dan tepat pada sasaran.

4. Meningkatkan manajemen kesehatan

Arah kebijakan pembangunan kesehatan yang tercantum dalam Rancangan Renstra Kemenkes 2020-2024 adalah sebagai berikut:

a. Penguatan pelayanan kesehatan primer (*primary health care*) dan Pelayanan Kesehatan Rujukan

Beberapa cara penguatan pelayanan kesehatan primer yang dimaksud yakni dengan peningkatan fungsi puskesmas dalam pelayanan kesehatan dasar (*essential health care*), pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan (*community involvement and empowerment*), dan pelibatan *multistakeholder* dalam rangka aksi bersama, serta memerankan puskesmas sebagai *focal point* koordinator sistem PHC dalam wilayah kerja

Sementara untuk pelayanan kesehatan rujukan rencana strategi yang akan dilakukan adalah: Percepatan akreditasi rumah sakit baik pemerintah maupun swasta, peningkatan peran rumah sakit dalam

penurunan kematian maternal (RS PONEK, peningkatan kompetensi bidan puskesmas)

b. Pemenuhan kebutuhan Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia yang berperan langsung dalam pelayanan kesehatan perlu segera dilakukan Percepatan pemenuhan SDM Kesehatan (Tenaga Kesehatan) di Puskesmas sesuai standar, khususnya untuk pemenuhan program prioritas (tenaga gizi, tenaga kesmas, tenaga promkes, tenaga analis lab), Percepatan pemenuhan tenaga spesialis di rumah sakit kabupaten/kota (Klas C), peningkatan kompetensi SDM kesehatan melalui pelatihan

c. Tata kelola

Penguatan dan perbaikan regulasi, penguatan manajemen di daerah (khususnya kabupaten/kota), penguatan sinergisme pusat dan daerah, peningkatan pembinaan terpadu, dan penguatan monev.

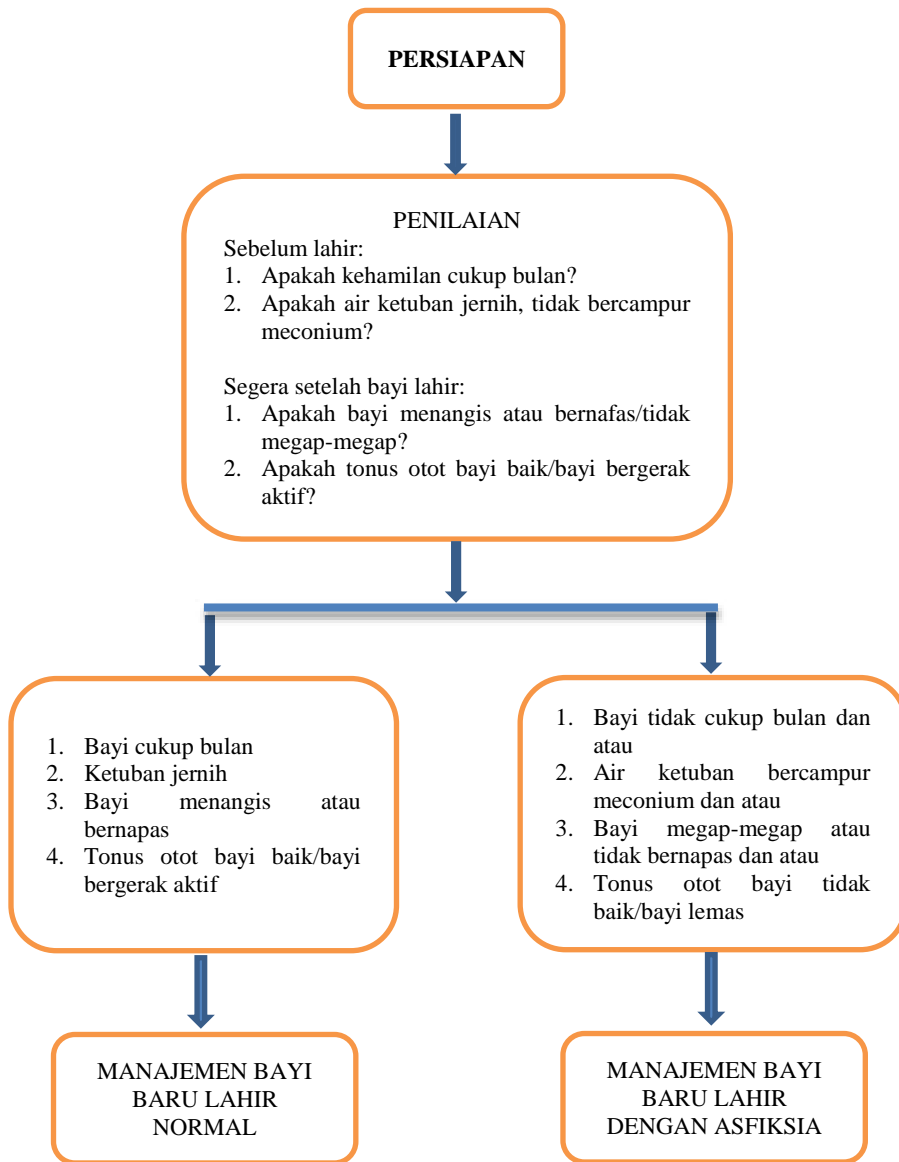
Bayi Baru Lahir

Bayi adalah masa tahapan pertama kehidupan seorang manusia yang lahir dalam Rahim seorang ibu. Neonatal adalah bayi baru lahir hingga berumur 4 minggu atau berusia sampai dengan 28 hari. Jadi, bayi baru lahir adalah hasil konsepsi yang baru keluar dari Rahim seorang ibu melalui jalan kelahiran normal atau dengan bantuan alat tertentu sampai usia 28 hari (Heryani, 2019).

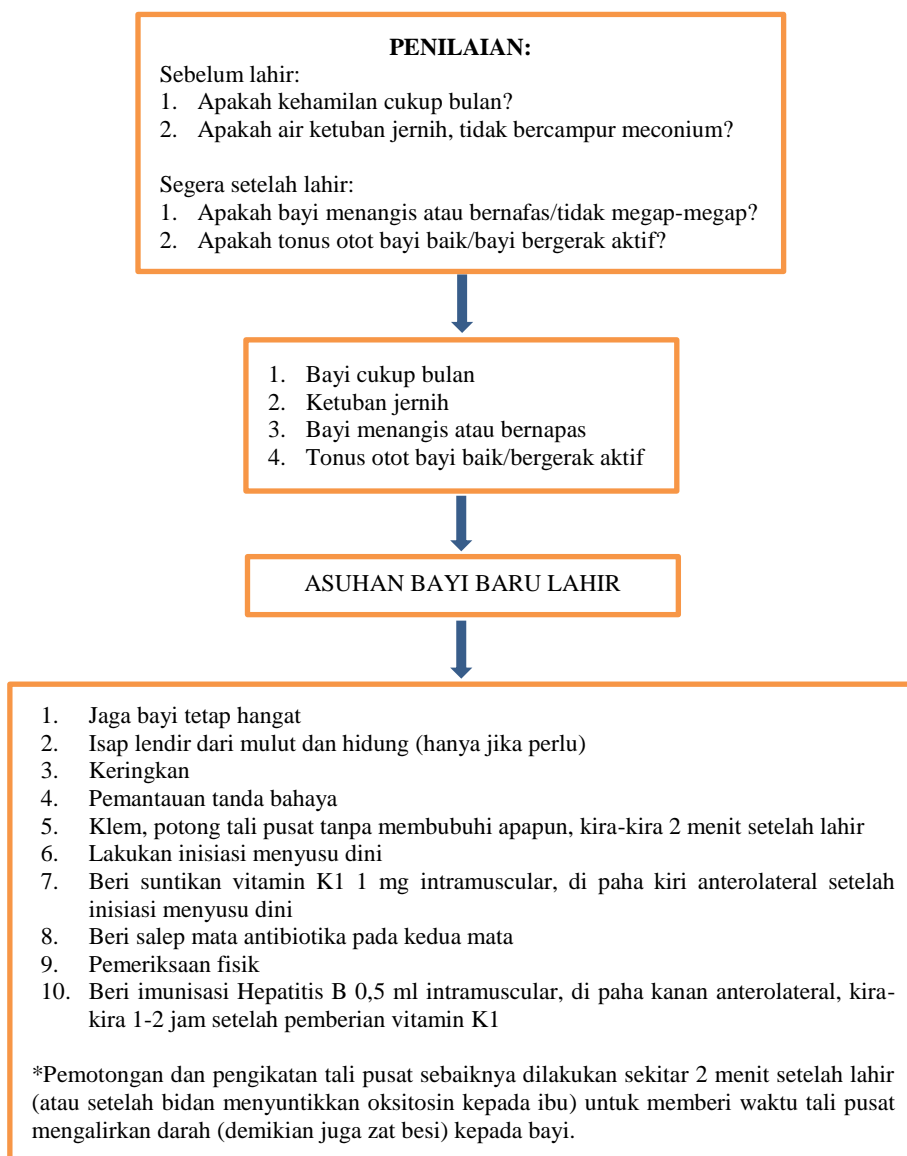
Perawatan Neonatal Esensial pada Saat Lahir

1. Kewaspadaan umum
2. Penilaian awal
3. Pencegahan kehilangan panas
4. Pemotongan dan perawatan tali pusat
5. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)
6. Pencegahan perdarahan
7. Pencegahan infeksi mata
8. Pemberian imunisasi
9. Pemberian identitas
10. Anamnesis dan pemeriksaan fisik

Manajemen Bayi Baru Lahir



Manajemen Bayi Baru Lahir Normal



Sumber: Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial-Pedoman Teknis Pelayanan Kesehatan Dasar, Kementerian Kesehatan RI, 2013

DAFTAR PUSTAKA

1. BPS. (2020). <https://www.bps.go.id/dynamictabel/2019/10/06/1688/angka-kematian-bayi-akb-per-1000-kelahiran-hidup-menurut-provinsi-2012-dan-2017.html>. Retrieved November 6, 2020, from <https://www.bps.go.id/>
2. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial-Pedoman Teknis Pelayanan Kesehatan Dasar, Kementerian Kesehatan RI, 2013
3. Heryani, R. (2019). *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Pra Sekolah*. Jakarta: TIM.
4. http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No__4_Th_2_019_ttg_Standar_Teknis_Pelayanan_Dasar_Pada_Standar_Pelayanan_Minimal_Bidang_Kesehatan.pdf
5. <https://www.kemkes.go.id/article/view/19081600004/kemenkes-tingkatkan-status-gizi-masyarakat.html> 2019
6. Kementerian Kesehatan. Pokok-Pokok Renstra Kemenkes 2020-2024.
7. Malinowski, Bronislaw. 1927. *Sex and Repression in Savage Society*. London: Rourledge & Kegan Paul Ltd.
8. Nina hidayatunnikmah, (2018) *Pengaruh Status Sosial Ekonomi terhadap Pola Konsumsi Makanan Ibu Menyusui Pada Komponen Makronutrien ASI (karbohidrat, protein, lemak) yang berdampak Pada Pertumbuhan Bayi*. Tesis, Universitas Airlangga
9. WHO. (2020, September 19). *who.int*. Retrieved November 6, 2020, from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>

PERAWATAN KESEHATAN DASAR PEMBERIAN MAKANAN PENDAMPING AIR SUSU IBU (MP-ASI)

Nia Karuniawati, S.S.T., M.Kes.

A. Pendahuluan

Heriyanto Eko dalam Depkes RI menyebutkan bahwa usia 0-24 bulan merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang pesat, sehingga kerap diistilahkan sebagai periode emas sekaligus periode kritis. Periode emas dapat diwujudkan apabila pada masa ini bayi dan anak memperoleh asupan gizi yang sesuai untuk tumbuh kembang optimal (Heriyanto Eko, 2017).

Setelah usia 6 bulan, sejalan dengan bertambahnya usia bayi, kebutuhan nutrisi baik makronutrien maupun mikronutrien tidak dapat terpenuhi hanya dengan ASI. Selain itu keterampilan makan (*oromotor skills*) terus berkembang dan bayi mulai memperlihatkan minat akan makanan lain selain yang berbentuk susu (ASI) (Ruliana Suradi dkk., 2010).

Mulai pemberian MP-ASI pada saat yang tepat sangat bermanfaat bagi pemenuhan kebutuhan nutrisi dan tumbuh kembang bayi serta merupakan periode peralihan dari ASI eksklusif ke makanan keluarga. Periode peralihan dari ASI eksklusif ke makanan keluarga dikenal pula sebagai masa penyapihan (*weaning*) yang merupakan suatu proses dimulainya pemberian makanan khusus selain ASI secara bertahap jenis, jumlah frekuensi maupun tekstur dan konsistensinya sampai seluruh kebutuhan nutrisi anak dipenuhi oleh makanan keluarga. Masa peralihan ini yang berlangsung antara 6-23 bulan merupakan masa rawan pertumbuhan anak karena pada masa inilah awal terjadinya malnutrisi yang berlanjut dan berkontribusi pada tingginya prevalensi malnutrisi anak balita (Ruliana Suradi dkk., 2010).

Heriyanto Eko dalam Depkes RI mengatakan bahwa untuk mencapai tumbuh kembang optimal, di dalam *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*, World Health Organization (WHO) merekomendasikan empat hal penting yang harus dilakukan yaitu: pertama memberikan air susu ibu kepada bayi segera dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir, kedua

memberikan hanya air susu ibu (ASI) saja atau pemberian ASI secara eksklusif sejak lahir sampai bayi berusia 6 bulan, ketiga memberikan makanan pendamping air susu ibu (MP-ASI) sejak bayi berusia 6 bulan sampai 24 bulan atau lebih (Heriyanto Eko, 2017).

Rekomendasi tersebut menekankan bahwa secara sosial-budaya, MP-ASI hendaknya dibuat dari bahan pangan yang murah dan mudah diperoleh di daerah setempat. Melalui penerapan perilaku “Keluarga sadar gizi” ibu didorong untuk memberikan ASI eksklusif pada bayi sejak lahir sampai berusia 6 bulan, serta memberikan MP-ASI yang cukup dan bermutu kepada bayi, termasuk bayi usia 6-24 bulan (Nurheti Yulianti, 2010).

Pemberian makanan pendamping ASI pada saat dan jumlah yang tepat dapat mencegah kematian balita sebanyak 6% sehingga pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan dilanjutkan dengan pemberian ASI sampai > 2 tahun bersama makanan pendamping ASI yang tepat dapat mencegah kematian balita sebanyak 19% (Ruliana Suradi, 2008).

Gizi memegang peranan penting dalam siklus hidup manusia. Kekurangan gizi pada ibu hamil dapat menyebabkan bayi berat lahir rendah (BBLR) dan penurunan tingkat kecerdasan. Kekurangan gizi pada bayi dan anak dapat menimbulkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan, yang apabila tidak diatasi secara dini dapat berlanjut hingga dewasa. Usia 0-24 bulan merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan, yang pesat sehingga kerap diistilahkan sebagai “Periode Emas” sekaligus “Periode Kritis”. Periode emas dapat diwujudkan apabila pada masa ini bayi dan anak memperoleh asupan gizi yang sesuai untuk tumbuh kembang optimal. Sebaliknya, apabila bayi dan anak pada masa ini tidak memperoleh makanan sesuai kebutuhan gizinya maka periode emas akan berubah menjadi periode kritis yang akan mengganggu tumbuh kembang bayi dan anak, baik pada saat ini maupun masa selanjutnya (Nurheti Yulianti, 2010).

1. Definisi

Menurut World Health Organization (WHO), makanan pendamping air susu ibu (MPASI) merupakan sebuah proses penting yang mengedepankan kesiapan bayi dalam menyambut makanan yang akan dikonsumsinya. Sedangkan menurut Departemen Kesehatan (KEMENKES) Republik Indonesia, bahwa MPASI adalah pemberian makanan pendamping kepada bayi usia 6-24 bulan guna memenuhi kebutuhan gizi selain ASI.

Makanan pendamping ASI adalah makanan yang diberikan pada bayi yang telah berusia 6 bulan atau lebih karena ASI tidak lagi memenuhi

kebutuhan gizi bayi. Pemberian makanan pendamping dilakukan secara berangsur untuk mengembangkan kemampuan bayi mengunyah dan menelan serta menerima bermacam-macam makanan dengan berbagai tekstur dan rasa (Reni Heryani, 2019).

MP-ASI adalah makanan atau minuman selain ASI yang mengandung nutrisi yang diberikan kepada bayi selama periode pemberian makanan peralihan (*complementary feeding*) yaitu pada saat makanan/minuman lain diberikan bersama pemberian ASI (Ruliana Suardi dkk., 2010).

2. Tujuan Pemberian MP-ASI

Tujuan dari pemberian MPASI adalah sebagai pelengkap zat gizi pada ASI yang kurang dibandingkan dengan usia anak yang semakin bertambah. Dengan usia anak bertambah maka kebutuhan zat gizi anak pun bertambah, sehingga perlu adanya MPASI untuk melengkapi. MPASI juga mengembangkan kemampuan anak untuk menerima berbagai variasi makanan dengan bermacam-macam rasa dan bentuk sehingga dapat meningkatkan kemampuan bayi untuk mengunyah, menelan, dan beradaptasi terhadap makanan baru (Santi Lestiarini, 2020).

Menurut pedoman pemberian MP-ASI di RS dr. Cipto Mangunkusumo dan Persatuan Ahli Gizi Indonesia, tujuan pemberian MP-ASI adalah sebagai berikut:

- a. Melengkapi zat gizi yang kurang yang terdapat dalam air susu ibu.
- b. Mengembangkan kemampuan bayi untuk menerima bermacam-macam makanan dengan berbagai macam tekstur.
- c. Mengembangkan kemampuan bayi untuk mengunyah dan menelan.
- d. Melakukan adaptasi terhadap makanan yang mengandung kadar energi yang tinggi.

Pada saat bayi berusia 6 bulan, umumnya kebutuhan nutrisi tidak lagi terpenuhi oleh ASI semata khususnya energi, protein dan beberapa mikronutrien terutama zat besi (Fe), Seng (Zn) dan Vitamin A (Ruliana Suradi dkk., 2010). Pada GSIYCF dinyatakan bahwa MP-ASI harus memenuhi syarat berikut ini:

- a. Tepat waktu (*timely*): MP-ASI mulai diberikan saat kebutuhan energi dan nutrisi melebihi yang didapat dari ASI
- b. Adekuat (*adequate*): MP-ASI harus mengandung cukup energi, protein dan mikronutrien
- c. Aman (*safe*): Penyimpanan, penyiapan dan sewaktu diberikan, MP-ASI harus higienis

Tepat cara pemberian (*properly*): MP-ASI diberikan sejalan dengan tanda lapar dan nafsu makan yang ditunjukkan bayi serta frekuensi dan cara pemberiannya sesuai dengan usia bayi (Ruliana Suardi dkk., 2010).

3. Manfaat Pemberian MP-ASI

Manfaat pemberian MP-ASI adalah sebagai pelengkap ASI, membantu bayi dalam proses belajar makan, memberi kesempatan untuk menanamkan kebiasaan makan yang baik, mengisi kesenjangan antara kebutuhan nutrisi total pada anak dengan jumlah yang diberikan dari ASI (Reni Heryani, 2019).

Lestari M, dkk dalam Dinkes Provinsi Sumatra barat mengatakan bahwa gizi sangat berperan dalam tumbuh kembang anak. Tujuan pemberian gizi yang baik adalah mencapai tumbuh kembang anak yang adekuat. Pada bayi dan anak, kekurangan gizi akan menimbulkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan yang apabila tidak diatasi secara dini akan berlanjut hingga dewasa.

Lestari M, dkk dalam Soetjiningsih mengatakan bahwa usia 0-24 bulan merupakan masa kritis dalam pertumbuhan dan perkembangan anak, karena di masa inilah periode tumbuh kembang anak yang paling optimal baik untuk intelegensi maupun fisiknya. Periode ini dapat terwujud apabila anak mendapatkan asupan gizi sesuai dengan kebutuhannya secara optimal.

4. Tanda-Tanda Bayi Membutuhkan MP-ASI

Bayi akan menunjukkan tanda-tanda bahwa dirinya siap untuk menerima makanan selain ASI. Seyogianya setiap petugas kesehatan dan para ibu atau pengasuh bayi mampu mengenali tanda tersebut agar dapat memberikan MP-ASI tepat waktu dan sesuai dengan perkembangan keterampilan makannya (Ruliana Suradi dkk., 2010).

Makanan tambahan bayi sebaiknya memiliki beberapa kriteria antara lain: memiliki nilai energi dan kandungan protein yang tinggi, memiliki nilai suplementasi yang baik serta mengandung vitamin dan mineral yang cocok, dapat diterima oleh pencernaan yang baik, harganya relatif murah, bersifat pada gizi, kandungan serat kasar atau bahan lain yang sukar dicerna dalam jumlah yang sedikit. Kandungan serat kasar yang terlalu banyak justru akan mengganggu pencernaan bayi (Reni Heryani, 2019).

MP-ASI yang baik adalah terbuat dari bahan makanan segar seperti tempe, kacang-kacangan, telur ayam, hati ayam, ikan, sayur mayur, buah-buahan. Faktor yang mempengaruhi pola pemberian MP-ASI di antaranya adalah pendapatan, besar keluarga, pembagian dalam keluarga dan pengetahuan.

MP-ASI (Makanan Pendamping Air Susu Ibu) sudah mulai diperkenalkan kepada bayi setelah bayi berusia 6 bulan. Hingga usianya 6 bulan, asupan terbaik untuknya adalah ASI Eksklusif. Ketika bayi sudah siap menerima MP-ASI, biasanya ia akan memberikan sinyal atau tanda-tanda di antaranya:

- a. Kekuatan kepala: Ia sudah bisa menahan kepalanya dalam posisi tegak dengan stabil.
- b. Untuk bias menyimpan makanan dalam mulutnya untuk kemudian ditelan, bayi harus mulai berhenti menggunakan lidahnya untuk mendorong makanan keluar dari mulutnya.
- c. Duduk dengan baik sambal bersandar: Untuk bisa menelan dengan baik, tentu saja bayi harus sudah bisa duduk dengan tegak, walaupun dengan bersandar.
- d. Pada sebagian bayi, seringkali mereka akan terlihat kelaparan, walaupun sudah 8-10 minum ASI dalam sehari.
- e. Mulai tertarik dengan makanan (Reni Heryani, 2019).

5. Tahapan Pengenalan MP-ASI

Santi Lestiarini dalam Prabantini mengatakan bahwa MPASI sebaiknya diberikan setelah bayi usia 6 bulan. Alasan pentingnya menunda pemberian makanan selain ASI sampai bayi menginjak usia 6 bulan yakni antara lain:

- a. Bayi hanya membutuhkan ASI sebagai makanan dan minumannya sampai usia 6 bulan.

ASI adalah makanan yang memiliki nutrisi dan energi tinggi yang mudah dicerna oleh bayi. Pencernaan bayi lebih mudah mencerna protein dan lemak yang berasal dari ASI. ASI mengandung kurang lebih 100 bahan yang tidak bisa ditemukan dalam susu sapi maupun susu buatan pabrik. Terlebih pada bulan pertama di mana kondisi bayi dalam keadaan yang paling rentan terhadap penyakit, sehingga ASI eksklusif membantu untuk melindungi bayi dari berbagai penyakit infeksi.

- b. ASI dapat memberikan perlindungan pada bayi

Bayi mendapatkan kekebalan tubuh melalui ASI. Lebih dari 50 bahan ASI mengandung faktor imunitas. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 40% bayi yang diberikan ASI eksklusif sampai usia 4 bulan lebih sedikit terkena infeksi dibanding dengan bayi yang diberi ASI eksklusif dan makanan tambahan pendamping ASI lainnya di usia kurang dari 4 bulan. Pemberian MPASI terlalu dini ibarat seperti mempermudah jalan

masuknya berbagai jenis kuman kedalam tubuh bayi, terlebih jika makanan tidak disajikan secara higienis.

- c. Menunggu kematangan pada sistem pencernaan bayi agar berkembang lebih sempurna.

Pertumbuhan sistem pencernaan maupun psikologis bayi pada umur 6-9 bulan, biasanya bayi sudah siap menerima makan padat. Belum siapnya sistem pencernaan bayi, maka makanan padat tidak dapat dicerna dengan baik sehingga akan mengakibatkan gangguan pencernaan seperti konstipasi/sembelit, diare, infeksi usus, dan gangguan pencernaan lainnya.

- d. Mengurangi risiko alergi pada makanan

Meningkatkan durasi waktu pemberian ASI eksklusif dapat memperkecil risiko terjadinya alergi pada makanan. Bakteri patogen penyebab berbagai macam penyakit infeksi dapat masuk ke dalam tubuh bayi bersama kandungan protein yang terdapat di makanan. Organ pencernaan bayi dilapisi oleh antibodi (sIgA) yang menyediakan kekebalan pasif, sehingga antibodi tersebut dapat mengurangi terjadinya penyakit dan reaksi alergi pada bayi.

- e. Membantu melindungi bayi dari anemia.

Untuk mengurangi anemia, bayi umur 6 bulan baru diperkenalkan dengan makanan dan suplemen yang mengandung zat besi. Dengan pencernaan bayi yang sudah sempurna, diharapkan pencernaan mampu menyerap zat besi dengan baik.

- f. Penundaan MPASI dapat membantu ibu dalam menjaga produksi ASI
Semakin banyak bayi mendapatkan makanan padat, maka semakin sedikit susu yang dihisap oleh bayi. Sedikitnya susu yang dihisap bayi, akan sedikit pula produksi ASI. Sehingga bayi banyak makan makanan padat pada usia lebih dini cenderung akan lebih cepat disapih artinya lebih cepat berhenti minum susu dari ibunya.

- g. Pemberian MPASI pada waktu terlalu dini dapat berakibat obesitas dikemudian hari

Makanan padat yang diberikan tidak tepat waktunya akan meningkatkan kandungan lemak sehingga mempengaruhi berat badan pada anak-anak di masa yang akan datang. Berat badan berlebih akan mengembangkan penyakit kronis seperti diabetes dan jantung.

- h. Bayi belum memiliki kemampuan yang baik untuk mengendalikan otot-otot tenggorokan dan lidah untuk menelan makanan padat. Karena pemberian makanan padat terlalu dini, akan menjadikan bayi kesulitan

dalam proses menelan dan mudah tersedak. Refleksi lidah masih sangat kuat dan pemberian makanan padat akan menyulitkan untuk ditelan.

Adapun tahapan pemberian MP-ASI

a. Mulai Usia 6 bulan

Tekstur makanan: Semi Cair Mulailah dengan makanan lunak seperti *biscuit* yang diencerkan pakai air atau susu. Kenalkan pula bubur susu dalam jumlah sedikit demi sedikit. Bubur susu sebaiknya dibuat sendiri dari tepung beras yang dicampur dengan ASI atau susu formula. Untuk pengenalan rasa, selingi dengan tepung beras merah, kacang hijau atau labu kuning. Mulai pemberian sayuran yang dijus, kemudian buah yang dihaluskan atau dijus. Sayuran dan buah yang disarankan yaitu, pisang, pir, alpukat, jeruk. Pemberian ASI atau susu formula di selang selingi waktu makan utama. Untuk kebutuhan susu/cairan dihitung dari kebutuhan cairan per usia dan berat badan bayi. Kebutuhan cairan pada usia bayi trimester pertama sekitar 150 cc/hari/berat badan. Trimester kedua sebesar 125 cc/kg BB/hr dan trimester ketiga 110 cc/Kg BB/hari. Contoh usia 12 bulan BB 10 Kg, kebutuhan cairan sebesar $110 \text{ cc} \times 10 \text{ Kg} = 1.100 \text{ cc}$.

b. Mulai usia 7 bulan

Perkenalkan dengan tekstur yang lebih kasar (semi padat yaitu bubur tim saring). Coba terus seandainya bayi menolak atau muntah karena tahapan ini harus dilaluinya. Jika tidak nanti bayi akan malas mengunyah. Perhatikan asupan zat besi seperti hati sapi karena di usia ini cadangan zat besi bayi mulai berkurang. Setelah secara bertahap pemberian tim saring, bayi bisa dikenalkan dengan nasi tim tanpa disaring. Jenis sayur dan buah yang disarankan yaitu, asparagus, wortel, bayam, sawi, bit, lobak, kol, mangga, blewah, timun suri, *peach*. Bisa juga ditambahkan ayam, sapi, hati ayam/sapi, tahu, tempe.

c. Mulai usia 9 bulan

Mulai dikenalkan dengan bubur beras atau nasi lembek, lauk pauk dengan sayuran seperti sup. Pada usia lebih dari 1 tahun, anak sudah bisa mengonsumsi makanan keluarga (Reni Heryani, 2019).

DAFTAR PUSTAKA

1. Heryani, R. (2019). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Pra Sekolah*. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media.
2. Heryanto, E. (2017). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemberian Makanan Pendamping ASI Dini. *Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan* 2 (2) 2017, 141-152.
3. Lestari M, Lubis G, Pertiwi D. (2014). Hubungan Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) dengan Status Gizi Anak Usia 1-3 Tahun di Kota Padang Tahun 2012. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 2014; 3(2).
4. Lestiriani S, Sulistyorini Y. (2020). Perilaku Ibu pada Pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) di Kelurahan Pegirian. *Jurnal Promkes: The Indonesian Journal of Health Promotion and Health Education* Vol. 8 No.1.
5. Suradi R, dkk. (2010). *Indonesia Menyusui*. Jakarta: Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia.
6. Suradi R, dkk. (2008). *Manfaat ASI dan Menyusui*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
7. Yuliarti, N. (2010). *Keajaiban ASI-Makanan Terbaik untuk Kesehatan, Kecerdasan dan Kelincahan Si Kecil*. Yogyakarta: Andi Yogyakarta.

UPAYA KELANGSUNGAN HIDUP ANAK

Dra. Nurbaeti, M.Kes.

A. Peran Ibu terhadap Kelangsungan Hidup Anak

Angka Kematian Balita (1-4 tahun) adalah jumlah kematian anak umur 1-4 tahun per 1.000 anak balita. AKABA menggambarkan tingkat permasalahan kesehatan anak dan faktor-faktor lingkungan yang berpengaruh terhadap kesehatan anak Balita seperti gizi, sanitasi, penyakit menular dan kecelakaan, indikator ini menggambarkan tingkat kesejahteraan sosial, dalam arti besar dan tingkat kemiskinan penduduk.

Pada keluarga miskin *trade-off* yang terjadi apabila ibu bekerja adalah hilangnya kesempatan mengasuh dan membesarkan anaknya secara optimal. Ini bagaikan buah simalakama, sebab seandainya ibu tidak bekerja dan penghasilan suami tidak mencukupi, maka seluruh anggota keluarga (termasuk anak balita) akan mengalami defisit konsumsi gizi. Penelitian di India membuktikan, tumbuh kembang anak balita yang tidak diasuh ibunya akibat ibu bekerja, ternyata lebih baik jika ibu tidak bekerja dan hanya mengandalkan penghasilan suami yang kurang. Kita menyadari perempuan di seluruh dunia memainkan peran ganda, yakni sebagai ibu, pengatur rumah tangga untuk pemenuhan kebutuhan dasar keluarga, produsen dan kontributor penghasilan keluarga, dan pengatur organisasi kemasyarakatan yang berdampak pada kesejahteraan sosial. Inilah yang dikenal sebagai Empat Peran Perempuan, yaitu:

1. Peran di ranah domestik
2. Peran di ranah publik
3. Peran di ranah kodrat
4. Peran biologis

1. Peran Ganda dalam Upaya Kelangsungan Hidup Anak

Kata “peran” diambil dari istilah teater dan merupakan bagian yang tak terpisahkan dari kelompok masyarakat. Peran ganda adalah salah satu langkah

kaum wanita yang mempunyai kepedulian yang mendalam terhadap kesiapan bangsa menghadapi masa depan. Ditengah-tengah suara yang menggemakan keharusan negara menyiapkan bangsa yang tangguh dalam era globalisasi, di antara gaung suara yang menekankan pentingnya sumber daya manusia di segala bidang, di dalam upaya menggalakkan kemampuan penguasaan ilmu pengetahuan dan IT demi menghadapi masa depan yang kian penuh tuntutan dan persaingan global, penulis menyaksikan pada penelitian kami masih banyak anak balita Indonesia mengalami kekurangan gizi, anak-anak putus sekolah yang 25 tahun lagi akan menjadi tulang punggung yang akan menopang pemaknaan bangsa ini di kancah dunia yang tidak jelas lagi batasnya, karena dunia menyatu dalam persaingan yang ketat.

Sebuah perumpamaan diibaratkan alam semesta yang selama bermiliar-miliar tahun sejak penciptaannya, menala diri dengan amat rumit, sehingga mampu menghasilkan sebuah planet yang dari antariksa nampak biru indah, bukanlah semata-mata kehidupan belaka, melainkan kehidupan manusia berkesadaran yang mampu mempertanyakan dirinya sendiri, dan kehidupan yang menyadari tanggung jawab untuk mempertahankan keberadaannya sendiri. Kehidupan yang mampu merenung bahwa jaminan masa depan kemanusiaan adalah anak-anak yang sehat dan hidup aman. Oleh karena itu upaya kaum wanita semakin dituntut berperan dalam kelangsungan hidup anak-anaknya. Berikut sebuah hasil penelitian penulis.

Upaya kelangsungan hidup anak yang dimiliki oleh setiap perempuan dinilai berdasarkan skor, di mana skor ini menunjukkan kualitas upaya yang telah dilakukan oleh setiap perempuan adalah Semakin tinggi skor yang didapatkan semakin tinggi kualitas upaya kelangsungan hidup anak yang telah dilaksanakan. Adapun tabel tersebut sebagai berikut:

Tabel 2. Perbandingan Skor Upaya Kelangsungan Hidup Anak menurut Status Peran Ganda

Status Peran Ganda	N	Mean	SD
Ya	51	8,1	1,8
Tidak	41	8,0	1,9

Independent T-test (p=0,765)

Hasil perbandingan skor upaya kelangsungan hidup anak antara responden yang mempunyai peran ganda dengan yang tidak punya diperlihatkan pada Tabel 2 di atas. Tabel tersebut memperlihatkan bahwa rata-rata skor upaya kelangsungan hidup anak sedikit lebih tinggi pada responden

yang mempunyai peran ganda (8,1) dibandingkan dengan responden yang tidak berperan ganda (8,0). Perbedaan skor yang sangat kecil tersebut juga dikonfirmasi dengan hasil uji statistik (*Independent T-test*) yang tidak bermakna ($p>0,05$), dengan kata lain bahwa upaya kelangsungan hidup anak antara responden yang mempunyai peran ganda dengan yang tidak mempunyai peran ganda adalah sama.

2. Pekerjaan Suami dalam Upaya Kelangsungan Hidup Anak

Upaya kelangsungan hidup anak berdasarkan pekerjaan suami dapat dinilai berdasarkan jenis pekerjaan suami dengan jumlah skor yang diperoleh dari jawaban responden. Pada hasil penelitian jenis pekerjaan dikelompokkan tujuh jenis pekerjaan, dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3. Perbandingan Skor Upaya Kelangsungan Hidup Anak menurut Pekerjaan Suami

Pekerjaan suami	n	Mean	SD
Buruh	41	8.2	1.72
Petani	4	7.5	1.91
Sopir Angkutan	13	7.5	2.66
Tukang Becak	17	7.9	1.56
Wiraswasta	11	8.4	2.16
Pegawai Swasta	6	8.3	1.21
Total	92	8.1	1.86

One-way Anova test (p=0,817)

Walaupun ada perbedaan upaya kelangsungan hidup anak yang ditunjukkan pada tabel di atas, namun secara statistik perbedaan tersebut tidak bermakna ($p>0,05$). Tabel tersebut memperlihatkan upaya kelangsungan hidup anak berdasarkan jenis pekerjaan suami keluarga miskin adalah sama dengan nilai rata-rata (mean) 7,5-8,4. Maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan hubungan antara jenis pekerjaan suami pada keluarga miskin dengan upaya kelangsungan hidup anak.

3. Pendidikan dalam Upaya Kelangsungan Hidup Anak

Upaya kelangsungan hidup anak berdasarkan tingkat pendidikan responden diperlihatkan pada Tabel 4. Rata-rata skor upaya kelangsungan hidup anak untuk setiap kategori tingkat pendidikan adalah berbeda.

Tabel 4. Perbandingan Skor Upaya Kelangsungan Hidup Anak menurut Tingkat Pendidikan

Tingkat Pendidikan	N	Mean	SD
Tidak tamat SD	19	6,9	2,09
Tamat SD	29	8,1	1,79
Tamat SLP	19	8,7	1,63
Tamat SLA	25	8,4	1,63

One-way Anova test (p=0,017)

Hasil analisis menunjukkan bahwa Berdasarkan hasil uji statistik (*one-way Anova test*), didapatkan bahwa perbedaan skor upaya kelangsungan hidup anak menurut tingkat pendidikan adalah bermakna ($p < 0,05$). Namun perbedaan skor upaya kelangsungan hidup anak hanya ditemukan antara yang berpendidikan tidak tamat SD dengan yang tamat sekolah baik SD, SLP maupun SLA. Sedangkan yang tamat SD, tamat SLP dan tamat SLA mempunyai skor upaya kelangsungan hidup anak yang tidak berbeda (berdasarkan uji lanjutan *LSD Post Hoc tests*).

4. Pengetahuan dengan Upaya Kelangsungan Hidup Anak

Hasil analisis korelasi antara skor pengetahuan tentang upaya program KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) pemerintah dengan upaya kelangsungan hidup anak diperlihatkan pada Tabel 5.

Tabel 5. Korelasi Pengetahuan dengan Upaya Kelangsungan Hidup Anak

		Skor Upaya Kelangsungan Hidup Anak
Skor Pengetahuan	<i>Pearson Correlation (R)</i>	0,56
	P	0,000
	N	92

Tabel tersebut di atas menunjukkan bahwa terdapat korelasi positif antara skor pengetahuan dengan skor upaya kelangsungan hidup anak ($R=0,56$). Hal ini memberikan implikasi bahwa semakin tinggi skor pengetahuan semakin tinggi pula skor upaya kelangsungan hidup anak. Berdasarkan uji statistik (*Person Correlation test*), didapatkan bahwa korelasi di antara kedua skor tersebut adalah bermakna ($p < 0,05$).

5. Determinan Upaya Kelangsungan Hidup Anak

Berdasarkan analisis statistik bivariat di atas, didapatkan bahwa ada dua variabel yang mempunyai hubungan bermakna dengan upaya kelangsungan hidup anak, yaitu tingkat pendidikan dan pengetahuan tentang program KIA.

Untuk menilai apakah kedua variabel tersebut memang secara bersama-sama merupakan determinan upaya kelangsungan hidup anak, maka dilakukan analisis statistik multivariat menggunakan *Multiple Regression test*, dengan hasil seperti yang diperlihatkan pada Tabel berikut

Tabel 6. Hasil Analisis Determinan Upaya Kelangsungan Hidup Anak

Model		Koefisien Baku	t	P
		Beta		
1*	Konstanta		4,148	0,000
	Skor Pengetahuan	0,558	6,384	0,000
2**	Konstanta		3,301	0,001
	Skor Pengetahuan	0,528	6,100	0,000
	Pendidikan Responden	0,195	2,253	0,027

Multiple Regression test (stepwise method)

* Nilai $R^2 = 0,312$ (31,2%)

** Nilai $R^2 = 0,349$ (34,9%)

Tabel di atas menunjukkan bahwa pengetahuan tentang program KIA memang merupakan determinan utama upaya kelangsungan hidup anak. Besarnya peran pengetahuan terhadap upaya kelangsungan hidup anak adalah 31,2% (Model 1) Namun tingkat pendidikan perempuan (responden) juga ikut mempunyai peran terhadap upaya kelangsungan hidup anak. Peran kedua variabel tersebut (pengetahuan dan pendidikan) terhadap upaya kelangsungan hidup anak adalah 34,9% (Model 2). Dengan demikian hasil Model 2 lebih baik daripada Model 1, sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa determinan upaya kelangsungan hidup anak adalah pengetahuan tentang program KIA dan tingkat pendidikan dari ibu rumah tangga, namun yang dominan adalah pengetahuan KIA.

Suatu hasil penelitian bagi masyarakat prasejahtera di kota Makassar menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan upaya kelangsungan hidup anak antara ibu rumah tangga yang mempunyai peran ganda dengan mereka yang tidak punya peran ganda (Nurbaeti, 2010)

Hasil di atas memberikan implikasi bahwa upaya dalam menjamin kelangsungan hidup anak, mulai dari mencegah morbiditas sampai mortalitas anak, tidak menimbulkan masalah dengan peran perempuan dalam

mengembangkan karier atau potensi dirinya, yang sekaligus juga membantu perekonomian keluarga yang memang dibutuhkan dalam upaya kelangsungan hidup anak. Sebaliknya peran ganda perempuan memberikan dampak positif terhadap upaya kelangsungan hidup anak secara khusus dan secara umum terhadap keluarga dan lingkungan masyarakat di sekitarnya.

Banyak alasan mengapa perempuan bekerja, selain karena tuntutan akan kebutuhan kehidupan juga karena peningkatan taraf pendidikan kaum perempuan. Perjalanan peran ganda perempuan (gender) di Indonesia telah berjalan puluhan tahun dan para perempuan sadar akan adanya ranah kodrat yang tidak bisa diabaikan, terutama yang berpendidikan, tidak pernah merasakan adanya suatu tekanan atau paksaan agar mereka bekerja sekaligus berperan sebagai ibu rumah tangga. Akan tetapi bagi wanita yang belum berpendidikan apakah sedikit demi sedikit wanita telah meninggalkan tugasnya sebagai ibu rumah tangga? Jawabnya ya, ini dibuktikan berdasarkan penelitian penulis yang ditemukan di lapangan kebanyakan perempuan tidak berpendidikan bekerja sebagai buruh cuci, pembantu rumah tangga, penjual buah-buahan dan pemulung guna menambah perekonomian keluarganya.

Perlu diketahui bahwa, peran-peran yang dimiliki perempuan merupakan dampak dari kemajuan atau perubahan kultur, meskipun nilai-nilai budaya sebagai perempuan Indonesia tidak terlupakan. Perempuan yang memiliki kepribadian sesuai dengan sistem budaya yang menaunginya, membentuk kepribadiannya yang diperoleh melalui proses sosialisasi. Perubahan kepribadian perempuan Indonesia dimulai tahun 70-an, yaitu sejak pemerintah Indonesia pertama kalinya mencanangkan REPELITA. Sejak saat itu telah terbuka kesempatan kerja seluas-luasnya bagi perempuan yang sangat berarti bagi kehidupan dan keluarganya saat itu. Hal ini disebut “Suara Ibu Peduli”

Secara umum, masyarakat dan media massa mengartikan aksi Suara Ibu Peduli (SIP) ini disebut sebagai aksi mulia, aksi yang tulus bahkan lebih jauh lagi sebagai kekuatan moral. **“Pertanyaan yang muncul apakah kalangan ibu suka dan menikmati atas beban pekerjaan yang dipikulnya?”**

Dalam sebuah studi tentang kehidupan seorang ibu yang dilakukan Mary Boulton terungkap bahwa walaupun sebagian ibu suka akan pekerjaannya yakni mengatur rumah dan menjaga anak namun sebagian besar lainnya merasa terbebani. Bagi mereka, pekerjaan menjadi ibu tidak ada habis-habisnya,

Pengetahuan tentang KIA dalam Upaya Kelangsungan Hidup Anak

Kesakitan seorang anak tidak hanya disebabkan faktor kelalaian keluarga dan masyarakat, tetapi juga disebabkan faktor ketidaktahuan keluarga terutama bagi ibu. Ketidaktahuan tentang kesehatan sangat berhubungan dengan faktor perilaku individu atau masyarakat baik *provider* maupun *customer* (pemberi dan pemakai pelayanan).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat korelasi positif antara skor pengetahuan dengan skor upaya kelangsungan hidup anak, didapatkan korelasi di antara kedua skor tersebut adalah bermakna ($p < 0,05$). Beberapa hal yang perlu diketahui tentang KIA sebagai berikut:

1. Pengetahuan tentang; tempat periksa kehamilan yaitu di puskesmas/ rumah sakit, penolong persalinan
2. Imunisasi
3. Prioritas makanan bergizi
4. Mengetahui kebersihan pakaian anak, sumber air minum keluarga, mengetahui kelayakan sumber air minum keluarga
5. Pemberian kolostrum
6. Pentingnya pengetahuan kesehatan setiap wanita yang berhubungan dengan kesehatan anak

B. Pertumbuhan dan Perkembangan Bayi

1. Pertumbuhan Bayi

Pertumbuhan merupakan perubahan yang terjadi di dalam tubuh yang meliputi ukuran, jumlah, atau dimensi tingkat sel, organ, maupun individu yang bias diukur dengan berat, ukuran panjang, umur tulang dan keseimbangan metabolis. Pertumbuhan dapat dilihat secara fisik, seperti ukuran lingkaran kepala, berat badan, panjang badan, lingkaran lengan, dan lain-lain. Pertumbuhan adalah suatu ukuran dari kematangan fisik. Keunikan pertumbuhan adalah mempunyai kecepatan yang berbeda-beda di setiap kelompok umur dan masing-masing organ juga mempunyai pola pertumbuhan yang berbeda. Terdapat 6 tahapan pertumbuhan cepat yaitu:

- 1) Masa janin
- 2) Bayi baru lahir-1 bulan
- 3) Bayi 1-3 bulan
- 4) Bayi 4-6 bulan
- 5) Bayi 7-9 bulan
- 6) Bayi 10-12 bulan

Menurut Soetjiningsih, pertumbuhan (*growth*) berkaitan dengan masalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu, yang bias diukur dengan ukuran berat (gram, pound, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang dan keseimbangan metabolik (retensi kalsium, dan nitrogen tubuh. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pertumbuhan mempunyai dampak terhadap aspek fisik (Soetjiningsih, 2014 dalam tesis Anna Sari Dewi).

Secara umum pertumbuhan fisik dimulai dari arah kepala ke kaki. Kematangan pertumbuhan pada bagian kepala berlangsung terlebih dahulu, kemudian secara berangsur-angsur diikuti oleh tubuh bagian bawah. Pada masa janin pertumbuhan kepala lebih cepat dibandingkan dengan masa setelah lahir, sekitar setengah dari total Panjang badan. Selanjutnya, pertumbuhan bagian bawah akan bertumbuh secara teratur (Soetjiningsih, 2014).

Pemantauan terhadap pertumbuhan bayi sangat penting dilakukan untuk mengetahui adanya gangguan pertumbuhan (*growth faltering*) secara dini. Untuk mengetahui pertumbuhan tersebut, penimbangan bayi setiap bulan sangat diperlukan (Kemenkes RI,2013). Pemantauan pertumbuhan seorang bayi dan balita dapat dilakukan melalui penimbangan saat kegiatan Posyandu tiap bulannya dengan menggunakan catatan grafik di dalam Kartu Menuju Sehat (KMS) yang dikenal dengan “Gerakan Tumbuh kembang” yaitu

- Timbang bayi dan anak balita setiap bulan di Posyandu
- Umur 0-4 bulan berikan hanya ASI
- Mulai umur 6 bulan berikan makanan pendamping ASI
- Berikan Vitamin A setiap 6 bulan, makanan gizi seimbang dan gunakan garam beryodium
- Upayakan bayi mendapat imunisasi lengkap sebelum umur 12 bulan
- Hentikan penyalahgunaan dan kejahatan narkoba, hindari rokok, cegah penyakit AIDS
- Kehamilan yang sehat dan diinginkan menjadikan ibu melahirkan anak yang sehat dan selamat
- Eratkan kasih sayang keluarga, untuk menjaga kestabilan emosi anak dan jauhkan dari kekerasan terhadap anak perempuan
- Mantapkan kehidupan beragama dan budi pekerti luhur sejak anak dalam kandungan
- Beri kesempatan belajar dan bermain sejak usia dini sesuai tumbuh kembangnya

- Awasi dan pelihara kesehatan anak, jika anak sakit segera berobat ke petugas kesehatan
- Norma keluarga kecil, bahagia dan sejahtera mendukung terciptanya generasi yang cerdas dan tangguh
- Gaya hidup bersih dan lingkungan sehat merupakan modal dasar anak dan keluarga sehat.

Pada awal pertumbuhan seorang bayi mengalami pertumbuhan yang cukup cepat dan signifikan. Pertumbuhan berat badan bayi usia 0-6 bulan mengalami penambahan 150-210 gram/minggu (Wong, 2009 dalam tesis Anna Sari Dewi). Menurut Gupte (2004), bayi akan mengalami penambahan Panjang badan sekitar 2,5 cm setiap bulannya. Penambahan tersebut akan berangsur-angsur berukuran hingga usia 9 tahun, yaitu hanya sekitar 5 cm/tahun dan penambahan ini akan berhenti pada usia 18-20 tahun (Wong, 2009).

Tabel 7. Panduan Pertumbuhan Berat Badan Anak Usia 0-1 Tahun
(Kemenkes RI, 12)

<i>Usia Bayi (Bulan)</i>	<i>Berat Badan (gram)</i>
0	2700-3000
1	3400-4000
2	4000-4700
3	4500-5400
4	5000-6000
5	5500-6500
6	6000-7000
7	6500-7500
8	6800-8200
9	7300-8500
10	7600-9000
11	8000-9500

Tabel 8. Panduan Pertumbuhan Panjang Badan Anak Usia 0-1 Tahun
(Kemenkes RI, 2012)

<i>Usia Bayi (Bulan)</i>	<i>Panjang Badan</i>
0	40,5-50,5
1	43,5-55,5
2	46,0-58,0
3	48,0-60,0
4	49,5-62,5
5	51,0-64,5
6	52,5-66,0

<i>Usia Bayi (Bulan)</i>	<i>Panjang Badan</i>
7	54,0-67,5
8	55,5-69,0
9	56,5-70,5
10	57,5-72,0
11	58,5-73,5
12	60,0-74,5

2. Faktor-Faktor yang Berperan dalam Pertumbuhan

Beberapa faktor yang berperan penting pada pertumbuhan bayi adalah:

a. Faktor Genetik

Faktor keturunan adalah modal dasar dalam mencapai hasil dari pertumbuhan anak. Faktor keturunan adalah faktor yang tidak dapat diubah karena sudah merupakan faktor bawaan dari kedua orang tua. Tidak semua orang mempunyai tinggi badan yang sama. Kemampuan untuk menjadi tinggi atau pendek diturunkan menurut ketentuan tertentu sehingga anak yang tinggi biasanya berasal dari orang tua yang tinggi pula (Health Alan, 2008 dalam tesis Anna Sari Dewi).

Faktor genetik memerlukan faktor lingkungan yang memadai untuk bias mencapai hasil pertumbuhan yang optimal. Gangguan pertumbuhan di negara maju, umumnya disebabkan oleh faktor genetik. Sebaliknya di negara berkembang, gangguan pertumbuhan lebih disebabkan faktor lingkungan yang kurang memadai (Health Alan, 2008).

b. Faktor Lingkungan

Lingkungan merupakan faktor yang sangat menentukan tercapai atau tidaknya potensi bawaan anak. Lingkungan yang baik akan memungkinkan tumbuh secara optimal sesuai potensi bawaannya. Sebaliknya, jika lingkungan kurang baik maka akan menghambat proses pertumbuhannya dan tidak dapat mencapai pertumbuhan sesuai potensi bawaannya (Health Alan, 2008).

Faktor lingkungan yang mempengaruhi pertumbuhan bayi meliputi faktor lingkungan selama janin dalam kandungan dan faktor lingkungan setelah lahir ke dunia. Berikut adalah penjelasan seputar kedua faktor tersebut (Health Alan, 2008).

3. Faktor Lingkungan Selama dalam Kandungan

Faktor lingkungan selama hamil merupakan faktor lingkungan yang paling rawan dalam menentukan proses pertumbuhan janin. Adapun faktor lingkungan selama kehamilan adalah sebagai berikut:

- a. Gizi ibu ketika hamil
- b. Faktor mekanis
- c. Zat kimia/toksin
- d. Infeksi sewaktu hamil

4. Faktor Lingkungan Setelah Lahir

Bayi yang baru lahir mengalami perubahan kondisi lingkungan. Semula, ia berada dalam kandungan yang memiliki kondisi lingkungan teratur, dilindungi, dan disuplai kebutuhannya oleh tubuh ibu. Namun, setelah ia lahir, kondisi berubah ke kondisi lingkungan luar yang tidak menentu sehingga ia membutuhkan kemampuan untuk bertahan.

Lingkungan di luar Rahim yang mempengaruhi tumbuh kembang bayi terdiri atas beberapa faktor yang saling mempengaruhi dan menentukan proses pertumbuhan bayi dan anak, seperti berikut:

- a. Ras atau suku bangsa
- b. Gizi
- c. Perawatan kesehatan
- d. Daya tahan tubuh
- e. Hormon
- f. Sanitasi lingkungan

5. Periode Emas Pertumbuhan Bayi

Proses pertumbuhan pada masa bayi dan balita bervariasi sesuai dengan bertambahnya usia. Secara umum, pertumbuhan fisik dimulai dari arah kepala hingga kaki. Kematangan pertumbuhan tubuh pada bagian kepala berlangsung lebih dahulu, kemudian secara berangsur-angsur diikuti oleh tubuh bagian bawah (Healt Alan, 2008).

Pada masa janin, pertumbuhan kepala lebih cepat dibandingkan dengan masa setelah lahir, sekitar setengah dari total Panjang badan. Selanjutnya, pertumbuhan bagian bawah akan bertambah secara teratur. Pada usia 2 tahun, besar kepala kurang dari seperempat panjang badan keseluruhan, sedangkan ukuran alat gerak lebih seperempatnya.

- a. Pola Pertambahan Berat Badan Bayi

Tahun pertama kehidupan adalah pertambahan berat badan yang cukup pesat selain pada masa remaja. Kurangnya pertambahan berat badan terkadang merupakan tanda bahwa ia sakit, atau tidak makan dengan baik. Gizi yang kurang akan mempengaruhi kesehatannya di kemudian hari (Healt Alan, 2008).

Berat badan pada bayi baru lahir yang normal cukup bervariasi. Berat rata-rata bayi normal adalah antara 2,5-4,5 kg, dan banyak bayi yang sehat berat badannya kurang atau lebih dari angka-angka tersebut tanpa masalah. Bayi biasanya akan kehilangan berat badannya di hari-hari pertama setelah kehamilan, yaitu sekitar 10% dari berat lahir. Kehilangan berat badan pada bayi pada hari-hari pertama disebabkan oleh kehilangan kotoran dan urine yang merupakan hal yang wajar. Selanjutnya bayi akan memperoleh kembali berat lahirnya di sekitar hari ke sepuluh (Healt Alan, 2008).

Berat bayi meningkat secara tidak teratur, terutama pada bayi yang disusui. Bila rata-rata, peningkatan berat badan berkisar pada 150-200 gr per minggu, dan biasanya melambat setelah usia 3 bulan, kemudian menjadi lebih lambat lagi setelah 6 bulan. Pertumbuhan yang kurang baik bisa merupakan tanda dari makanan yang tidak baik. Bayi yang berkembang pelan atau tidak sama sekali mungkin saja sakit (Healt Alan).

b. **Pertambahan tinggi Badan**

Pertambahan tinggi badan dapat dijadikan indikator kedua setelah berat badan untuk mengetahui status kesehatan bayi. Pada umumnya, kecepatan laju pertumbuhan tinggi badan berkurang sejak lahir sampai hampir selesainya proses pertumbuhan (Warnetty, 2009 dalam tesis Anna Sari Dewi).

Tinggi badan bayi kurang dari 2 tahun sering disebut Panjang badan karena belum bisa berdiri tegak sehingga dalam pengukurannya, ia diukur dengan cara berbaring. Tinggi badan rata-rata pada waktu lahir adalah 50 cm (Healt Alan, 2008).

C. Perkembangan Bayi

Perkembangan adalah suatu ukuran dari kematangan fungsi (Gufte, 2004 dalam tesis Anna Sari Dewi). Perkembangan merupakan perubahan yang terjadi pada diri individu dengan bertambahnya kemampuan dan fungsi tubuh dari yang sederhana ke yang lebih kompleks. Sebagai hasil dari proses pematangan. Di dalam proses perkembangan terdapat pematangan sel-sel tubuh, jaringan, organ-organ, dan sistem organ yang berkembang sehingga masing-masing dapat melakukan fungsinya (Chamida, 2009).

Pada awal perkembangan anak di tahun pertama sangat menakjubkan, yakni dari seorang bayi yang tak berdaya ketika lahir, akan memiliki sejumlah kepandaian dan perubahan-perubahan yang sangat cepat (Suhartini, 2007).

Proses perkembangan anak dapat berlangsung secara ilmiah, tetapi proses tersebut sangat tergantung kepada orang dewasa atau orang tua (Kania, 2006). Tahapan perkembangan pada penilaian Denver II untuk bayi saat usia 3 bulan, 6 bulan, 9 bulan, 12 bulan (Kemenkes RI, 2010).

Menurut teori perkembangan psikoseksual Freud, bayi saat usia 0 -12 sedang mengalami fase oral. Selama fase ini bayi memperoleh kesenangan dan kepuasan pada aktivitas oral, seperti menghisap, menggigit, mengunyah dan mengecap. Sedangkan menurut teori Erikson saat itu usia bayi mengalami fase percaya versus tidak percaya. Pada fase ini terbentuk kepercayaan bayi terhadap orang tua melalui kasih sayang yang di dapatkannya. Pada perkembangan kognitif menurut teori Piaget, Bayi sedang mengalami tahapan perkembangan sensorik dan motoriknya (Wong, 2009 dalam Tesis Anna Sari Dewi). Pada anak, perkembangannya meliputi perkembangan pada motorik kasar, motorik halus, perilaku sosial dan bahasa (Kemenkes RI, 2010).

1. Perkembangan Motorik Kasar

Merupakan bagian dari aktivitas motorik yang melibatkan keterampilan otot-otot besar atau kasar. Kemampuan menggunakan otot-otot besar bagi anak merupakan kemampuan gerak dasar (Suhartini, 2007 dalam tesis Anna).

Pada usia 3-4 bulan kemampuan untuk motorik kasar bayi seperti mempertahankan posisi kepala dalam keadaan tegak dan stabil, dapat telungkup, serta bayi dapat mempertahankan lehernya secara kaku ketika di tarik kedua tangannya secara perlahan (Kemenkes RI, 2010).

2. Motorik Halus

Segala aspek kemampuan yang melibatkan otot-otot kecil dan bagian tubuh tertentu saja. Namun, memerlukan koordinasi yang cermat (Chamida, 2009). Pada usia 3-4 bulan kemampuan motorik halus pada bayi seperti, memegang icik-icik, tangan bersentuhan, mengikuti objek 180 derajat serta mengamati manik-manik.

3. Personal Sosial

Kemampuan mandiri bayi dalam bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungannya. Perkembangan pada masa bayi ini ditunjukkan dengan adanya tanda-tanda tersenyum dan mulai menatap wajah orang lain untuk mengenali seseorang (Chamida, 2009). Pada umur 3-4 bulan bayi akan tersenyum spontan, membalas senyuman spontan dan selalu mengamati tangannya.

4. Kemampuan Bicara dan Bahasa

Kemampuan untuk bayi dalam memberikan respons terhadap suara, mengikuti perintah dan berbicara spontan. Perkembangan bahasa pada masa ini dapat ditunjukkan dengan adanya kemampuan bersuara (menangis) dan bereaksi terhadap suara atau bel (Chamida, 2009). Pada bayi umur 3-4 bulan,

kemampuan bahasa yang ada seperti meniru bunyi kata-kata, menoleh ke arah suara, menoleh ke arah icik-icik, berteriak, serta tertawa mengeluarkan suara/gembira.

Menurut dr. Kusnandi Rusmil, Sp.A(K), M.M., rata-rata pertumbuhan dan perkembangan anak-anak dapat dilihat sebagai berikut:

Umur 0-3 bulan:

1. Mengangkat kepala setinggi 45 derajat.
2. Menggerakkan kepala dari kanan/kiri ke tengah.
3. Melihat dan menatap wajah anda.
4. Mengocek spontan atau bereaksi dengan mengocek.
5. Suka tertawa keras.
6. Bereaksi terkejut terhadap suara keras.
7. Membalas tersenyum ketika diajak bicara/tersenyum.
8. Mengenal ibu dengan penglihatan, penciuman, pendengaran, kontak.
9. Mengamati tangannya.

Umur 3-6 bulan:

1. Berbalik dari telungkup ke telentang.
2. Mengangkat kepala setinggi 90 derajat.
3. Mempertahankan kepala tetap tegak dan stabil.
4. Menggenggam pensil.
5. Meraih benda yang ada dalam jangkauannya.
6. Memegang tangannya sendiri/tangan bersentuhan.
7. Berusaha memperluas pandangan sampai 180 derajat.
8. Mengamati manik-manik.
9. Tersenyum ketika melihat gambar/mainan yang menarik saat bermain sendiri.
10. Berusaha meraih.
11. Makan sendiri.
12. Mengeluarkan suara gembira bernada tinggi atau memekik.
13. Menoleh ke sumber suara.
14. Bersuara satu suku kata.

Untuk mewujudkan upaya kelangsungan hidup anak sangat ditentukan sejauh mana pengetahuan perempuan (ibu) terhadap peningkatan kualitas kesehatan anak yaitu:

1. Pemijatan

Pijat bayi merupakan praktik yang sudah ada sejak dahulu di sebagian besar belahan dunia seperti Asia, Afrika, Amerika dan Eropa yang dilakukan

secara tradisional dan diturunkan secara turun temurun pada generasi berikutnya. Pijat bayi adalah salah satu “*folk practices*” yang saat ini sangat banyak dieksplorasi oleh para ilmuwan, dokter, ahli psikologi, spesialis perkembangan anak dan para pendidik kesehatan yang ada (Schafidi *et al.* dalam Lappin & Kretschmer, 2005 dalam tesis Anna Sari Dewi)

Pijat bayi telah menjadi bagian dalam perawatan umum yang dilakukan oleh orang tua ataupun pengasuh bayi. Selain sebagai bagian dari perawatan umum sehari-hari pijat bayi juga merupakan cara sederhana dalam berkomunikasi antara orang tua dan bayi yang menciptakan kontak mata langsung sehingga menjadikan rasa hubungan fisik dan emosional yang kuat antara keduanya karena dapat mencerminkan perasaan masing-masing.

Pijat bayi dilakukan dengan cara sederhana dengan mudah untuk dipelajari dan dilakukan, hanya memerlukan sedikit perlengkapan dan kita tidak perlu mengeluarkan uang lebih kecuali waktu yang kita butuhkan. Pijat bayi dapat dilakukan sendiri di rumah saat luang oleh orang tua (ibu) atau pengasuh bayi, maupun nenek si bayi.

Jenis pijat kita mengenal dua istilah pijat tradisional dan pijat modern. Pijat tradisional dilakukan oleh dukun pijat dengan ilmu yang turun temurun katanya. Sedangkan pijat modern justru dilakukan oleh perawat, bidan, ibunya sendiri bahkan ayah bayi atau yang merupakan orang terdekat si bayi. Pijat tradisional menggunakan ramu ramuan, pemijatan yang kadang tidak terjamin aman bagi kulit bayi misalnya menggunakan parutan jahe, bawang atau dedaunan yang dihancurkan. Pijat tradisional hanya dianjurkan untuk menyembuhkan penyakit dan kadang disertai dengan jamu. Berbeda dengan pijat modern yang hanya menggunakan *baby oil*, minyak zaitun murni atau *lotion* yang dianjurkan oleh dokter. Pijat modern bertujuan untuk terapi sehat tanpa jamu atau obat apapun. Pijat tradisional yang tujuannya untuk mengatasi penyakit, pijat ini sering dipaksakan, akibatnya bayi menangis keras dan meronta-ronta. Setelah dipijat, lelap karena kelelahan menangis, bukan karena tenang. Sedangkan pijat modern justru ibu yang menunggu waktu kesiapan bayi. Hal ini akan membuat bayi senang. Setelah itu, menjadi santai dan tidur karena puas dan nyaman.

2. ASI (Air Susu Ibu) bagi Bayi

Air susu ibu mempunyai keuntungan-keuntungan tertentu untuk bayi. Fakta membuktikan bahwa bayi-bayi yang disusui sendiri oleh ibunya ternyata lebih sehat dibanding bayi-bayi yang diberi susu botol atau susu sapi. Dengan memperhatikan kegunaan ASI, tidak ada alasan untuk menukarnya

dengan susu sapi atau susu bubuk formula lainnya. Sangatlah rugi apabila anak tidak diberi ASI, mengingat begitu banyak faktor menguntungkan. Adapun keunggulan ASI sebagai berikut:

a. ASI Meningkatkan Kecerdasan Bayi.

Suatu keunggulan dari ASI telah terungkap dari hasil penelitian dua tim peneliti dari Australia dan Skotlandia; bahwa bayi-bayi yang mendapat ASI dan diberi rangsangan berupa tayangan video hitam pada rekaman gelombang otak mencatat sinyal otak 40% lebih tinggi dan mampu membedakan pola-pola yang lebih halus dibandingkan dengan bayi yang mendapatkan susu botol. Hal ini mengisyaratkan bahwa bayi yang mendapatkan ASI kelak akan lebih cerdas. Di samping itu bayi yang menggunakan ASI ternyata otaknya mempunyai kandungan asam lemak poli tak jenuh DHA (Docosohexaenoic) lebih tinggi dibanding pada otak bayi yang mendapatkan susu botol

b. ASI Melindungi bayi dari penyakit

Pertama-tama yang dilihat bahwa ASI memberikan perlindungan terhadap infeksi, juga di dalamnya terkandung imunoglobulin A yang berfungsi sebagai daya tahan badan. Juga ditemukan adanya lekosit yang berguna untuk melawan kuman yang ganas.

Untuk kesempurnaan pertumbuhan anak/bayi selain ASI tidak kalah pentingnya adalah pemberian makanan setelah usia 6 bulan.

3. Pemberian ASI Eksklusif

ASI adalah makanan terbaik untuk bayi. ASI mudah dicerna oleh bayi dan mengandung zat gizi sesuai dengan kebutuhan untuk pertumbuhan kekebalan dan mencegah berbagai penyakit, serta untuk kecerdasan. Beri ASI saja sampai anak berumur 6 bulan. Setelah 6 bulan, teruskan menyusui sampai anak berumur 2 tahun dan berikan makanan pendamping ASI. Makanan pendamping ASI berupa makanan lumat diberikan secara bertahap, mula-mula 2 kali berangsur sampai 3 kali sehari, dalam jumlah yang kecil sebagai makanan pengenalan. Kenalkan buah/sari buah 2 kali sehari sedikit demi sedikit.

4. Pemanfaatan Pelayanan Posyandu

Definisi Posyandu adalah merupakan salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) yang dikelola dari, oleh dan untuk bersama yang diselenggarakan bersama masyarakat untuk pembangunan kesehatan, guna memberdayakan dan memberikan kemudahan

kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan balita (Depkes RI, 2006). Posyandu merupakan pusat kegiatan masyarakat di mana masyarakat sekaligus memperoleh pelayanan Keluarga Berencana (KB) dan kesehatan. Di samping itu Posyandu dapat dimanfaatkan sebagai sarana untuk tukar pendapat dan pengalaman serta musyawarah terhadap masalah yang dihadapi masyarakat (Depkes RI, 2005). Sasaran Posyandu adalah:

- a. Bayi yang berusia kurang dari 1 tahun
- b. Anak balita usia sampai 5 tahun
- c. Ibu hamil, menyusui dan ibu nifas
- d. Wanita usia subur
- e. Lansia

Pengelola Posyandu dalam penyelenggaraannya, pengelola Posyandu dipilih dari dan oleh masyarakat pada saat musyawarah pembentukan Posyandu. Pengurus Posyandu sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan bendahara. Buku Pegangan Kader POSYANDU. Berikut ini beberapa kriteria pengelola Posyandu.

- a. Sukarelawan dan tokoh masyarakat setempat.
- b. Memiliki semangat pengabdian, berinisiatif tinggi, dan mampu memotivasi masyarakat.
- c. Bersedia bekerja secara sukarela bersama masyarakat.

Pelayanan lain yang didapatkan di Posyandu adalah pencegahan dan penanggulangan diare. Diare merupakan penyakit yang berbahaya pada anak apabila tidak ditangani dengan segera dengan tepat. Orang tua akan diberi penerangan tentang perawatan anak yang baik termasuk pengolahan makanan yang higienis untuk mencegah kontaminasi makanan. Penerapan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) merupakan salah satu jalan untuk mencegah terjadinya diare pada anak. Orang tua juga diajarkan bagaimana cara membuat larutan gula dan garam sebagai pengganti oralit sebagai tindakan pertama bila anak mengalami diare.

Untuk menjamin anak mendapat perhatian yang cukup dari orang tuanya pada awal-awal kehidupannya, orang tua disarankan untuk mengikuti program keluarga berencana (KB) untuk menjarangkan kehamilan. Diharapkan, dengan kehamilan yang jarang atau memiliki jarak waktu yang cukup (minimal 2 tahun) anak memperoleh haknya berupa ASI sampai 2 tahun juga mendapat perhatian penuh dari orang tuanya.

Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan anak seyogianya merupakan kewajiban orang tua bagi anaknya. Namun karena keterbatasan pengetahuan dan kemampuan, orang tua dapat memanfaatkan Posyandu sebagai sarana untuk memantau kesehatan anak terutama sampai usia 5 tahun. Ayah atau Ibu memiliki kewajiban yang sama terhadap anak. Demikian juga pemantauan kesehatan anak ke Posyandu bukan kewajiban Ibu semata tapi juga kewajiban ayah sebagai orang tua. Dengan dukungan penuh dari kedua orang tua diharapkan pertumbuhan dan perkembangan anak dapat berjalan optimal sehingga menjadi calon generasi penerus yang berkualitas yang pada akhirnya dapat meningkatkan kualitas sumber daya manusia di masa yang akan datang.

5. Pengasuhan

Menurut Kementerian Pendidikan dan Budaya; Pengasuhan adalah Proses interaksi antara orang tua dan anak dalam mendukung perkembangan fisi, emosi, sosial, intelektual dan spiritual sejak anak dalam kandungan sampai dewasa. Secara etimologi pengasuhan berasal dari kata ‘asuh” artinya memimpin, mengelola, membimbing. Pengasuh berarti orang yang melaksanakan tugas memimpin, mengelola atau membimbing. Sedangkan dalam bahasan kali ini pengasuhan yang dimaksud ialah mengasuh bayi. Mengasuh bayi maknanya memberikan perawatan, pemeliharaan fisik dan psikis menuju pertumbuhan/perkembangan dalam struktur dan fungsi tubuh yang normal.

Pengasuhan anak/bayi adalah suatu proses yang ditujukan untuk meningkatkan serta mendukung perkembangan fisik, emosional, sosial, finansial, dan intelektual seorang anak sejak bayi hingga dewasa. Hal ini menjadi tanggung jawab orang tua sebab orang tua merupakan guru pertama untuk anak dalam mempelajari banyak hal, baik secara akademik maupun kehidupan secara umum. Orang tua merupakan guru pertama untuk anak dalam mempelajari banyak hal, baik secara akademik maupun kehidupan secara umum. Itulah mengapa, orang tua punya tanggung jawab besar dalam memberikan asuhan yang tepat untuk anak. Setiap orang tua perlu punya dasar pola asuh yang baik agar anak bisa tumbuh menjadi pribadi yang bisa dan sesuai dengan masyarakat.

Masing-masing orang tua tentu berhak memutuskan pola asuh yang tepat untuk buah hati mereka. Baik itu pola asuh yang permisif, otoriter, atau otoritatif, bisa dipilih untuk mendidik dan membesarkan Si Kecil. Yang perlu diingat, pola asuh akan memengaruhi kepribadian dan karakter anak di masa

mendatang. Pengasuhan/pola asuh (*tarbiyatul aulada*) dalam Islam merujuk kepada doa yang berasal dari Al-Qur'an yang mungkin setiap hari kita lanturkan: Dan orang-orang yang berkata “*Ya Tuhan kami anugerahkanlah kepada kami istri-istri kami dan keturunan kami sebagai penyenang hati (kami), dan jadikanlah kami pemimpin bagi orang-orang yang bertakwa (QS Al Furqon;74)*”. Dari doa tersebut ternyata kita bisa mengambil dua visi utama dalam *tabiyatul aulada* yaitu:

- a. Menjadikan mereka sebagai *qurrota ayun* (penyejuk mata dan hati orang tua) dan juga *imaman lil muttaqin* (pemimpin bagi orang/masyarakat yang bertakwa).
- b. Mendidik anak sebagai *imaman lil muttaqin* berarti benar-benar menyiapkan generasi yang mempunyai kemampuan *leadership* dan ditunjang dengan *skill* penunjang yang dibutuhkan zamannya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Nurbaeti. 2010. “Peranan Perempuan Terhadap Upaya Kelangsungan Hidup Anak Pada keluarga Miskin di Kota Makassar”. Tesis. Program Studi Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
2. Anna Sari Dewi. 2016. “Pengaruh Pemijatan Terhadap Pertumbuhan dan Perkembangan Bayi Umur 1-4 Bulan di wilayah Kerja Puskesmas Kanjilo Kecamatan Barombong Kabupaten Gowa”. Tesis. Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
3. Suara Ibu Peduli. *Catatan Perjalanan Suara Ibu Peduli*. Yayasan Jurnal Perempuan. Jakarta.

KUALITAS PELAYANAN IMUNISASI PADA ANAK

dr. Evi Istiqamah, M.Biomed.

A. Urgensi Pembahasan Kualitas Pelayanan Imunisasi

Kualitas pelayanan imunisasi pada anak penting untuk dibahas dan dipahami sehingga bisa mengundang berbagai penelitian yang akan menjadi sumbangsih dalam pencapaian Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN). Pada pedoman penyelenggaraan imunisasi berdasarkan keputusan menteri kesehatan republik indonesia nomor 1611/MENKES/SK/XI/2005 menyatakan bahwa sasaran berdasarkan usia yang diimunisasi dengan imunisasi rutin pada bayi (di bawah satu tahun), sasaran berdasarkan tingkat kekebalan yang ditimbulkan dengan imunisasi dasar pada bayi, dan sasaran berdasarkan wilayah/lokasi seluruh desa/kelurahan di wilayah indonesia. Ada 3 jenis sasaran. Berdasarkan usia, tingkat kekebalan dan sasaran wilayah.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2014 Tentang Penanggulangan Penyakit Menular. Di dalam peraturan ini membahas definisi penyakit menular, penyakit menular langsung yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I), upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan dalam penanggulangan Penyakit Menular. Salah satu kegiatan dengan pemberian kekebalan (imunisasi).

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi, selain menjelaskan definisi imunisasi dan vaksin juga menjelaskan *Data Quality Self Assessment (DQS)* dan *Effective Vaccine Management (EVM)*. "*Data Quality Self Assessment (DQS) terdiri dari suatu perangkat alat bantu yang mudah dilaksanakan dan dapat disesuaikan dengan kebutuhan. Dan dirancang untuk pengelola Imunisasi pada tingkat nasional, provinsi, atau kabupaten/kota untuk mengevaluasi aspek-aspek yang berbeda dari sistim pemantauan Imunisasi di provinsi, kabupaten/kota dan tingkat puskesmas, dalam rangka untuk menentukan keakuratan laporan Imunisasi, dan kualitas dari sistim pemantauan Imunisasi.*"