

The logo for 'litrus' is located in the top right corner. It consists of the word 'litrus' in a lowercase, blue, sans-serif font, enclosed within a white circular border.

Kasmiati, M.Keb. | Hasnawati Nukuhaly, S.ST., M.Kes.
Ratna Malawat, S.ST., M.Keb. | Meilany Laisouw, S.ST., M.Keb.
Anthoneta Hitipeuw, S.ST., M.Keb. | Chaterin Y Hatusupy, S.ST., M.Kes.
Jakob Lasarus Jambormias, S.KM., M.Kes., M.Pd.



ASUHAN KEBIDANAN

- KOMUNITAS -

ASUHAN KEBIDANAN - KOMUNITAS -

Kasmiasi, M.Keb. | Hasnawati Nukuhaly, S.ST., M.Kes.
Ratna Malawat, S.ST., M.Keb. | Meilany Laisouw, S.ST., M.Keb.
Anthoneta Hitipeuw, S.ST., M.Keb. | Chaterin Y Hatusupy, S.ST., M.Kes.
Jakob Lasarus Jambormias, S.KM., M.Kes., M.Pd.

 litrus.
Penerbit

ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Ditulis oleh:

Kasmiati, M.Keb.

Hasnawati Nukuhaly, S.ST., M.Kes.

Ratna Malawat, S.ST., M.Keb.

Meilany Laisouw, S.ST., M.Keb.

Anthoneta Hitipeuw, S.ST., M.Keb.

Chaterin Y Hatusupy, S.ST., M.Kes.

Jakob Lasarus Jambormias, S.KM., M.Kes., M.Pd.

Diterbitkan, dicetak, dan didistribusikan oleh

PT. Literasi Nusantara Abadi Grup

Perumahan Puncak Joyo Agung Residence Kav. B11 Merjosari

Kecamatan Lowokwaru Kota Malang 65144

Telp: +6285887254603, +6285841411519

Email: literasinusantaraofficial@gmail.com

Web: www.penerbitlitnus.co.id

Anggota IKAPI No. 340/JTI/2022



Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang mengutip atau memperbanyak baik sebagian ataupun keseluruhan isi buku dengan cara apa pun tanpa izin tertulis dari penerbit.

Cetakan I, November 2023

Perancang sampul: Dicky. Gea Nuansa

Penata letak: Dicky. Gea Nuansa

ISBN: 978-623-114-093-7

viii + 136 hlm. ; 15,5x23 cm.

©Oktober 2023



KATA PENGANTAR

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh. Alhamdulillah, tidak ada kata yang dapat tim penulis ucapkan selain rasa syukur kepada ALLAH SWT, berkat limpahan rahmat yang berupa kesehatan dan kesempatan sehingga tim penulis dapat menyelesaikan buku Asuhan Kebidanan Komunitas. Sholawat dan salam tidak pernah terhenti kami haturkan kepada Nabi Muhammad SA yang menjadi contoh dan teladan bagi kami.

Tenaga kesehatan salah satunya bidan merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan yang berada di tengah-tengah masyarakat dimana bidan di tugaskan langsung berada dimasyarakat atau sering dikenal dengan bidan desa dimana mereka langsung memberikan pelayanan kebidanan di komunitas atau dimasyarakat dalam upaya mencegah dan menekan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB).

Pelayanan kesehatan yang dilakukan bidan dengan baik mampu meningkatkan kepercayaan masyarakat tentang kesehatan di masa mendatang terutama pergerakan dalam upaya promotif dan preventif yang harus diterapkan di masarakat, karena itu buku ini sangat penting dimiliki oleh semua tenaga kesehatan terkhusus kepada mahasiswa kebidanan karena dalam buku ini membahas tentang konsep kebidanan komunitas, permasalahan bidan di komunitas, strategi pelayanan kebidanan di komunitas, aspek perlindungan hukum bagi bidan di

komunitas, analisis situasi dan social dalam asuhan kebidanan komunitas, meningkatkan pengetahuan melalui kelas ibu hamil, pelayanan kesehatan perempuan sepanjang daur kehidupan, program kesehatan yang terkait dengan pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA). Dalam buku ini penulis memaparkan secara luas dan mendalam terakit dengan pelayanan kebidanan di komunitas yang dapat menjadi sumber bacaan yang tepat bagi mahasiswa kesehatan khususnya bidan dan tenaga kesehatan yang telah bekerja.

Terima kasih tim penulis ucapkan kepada teman sejawat dan keluarga yang telah terlibat dalam penulisan buku ini, penulis menyadari dalam penulisan ini masih terdapat banyak kekurangan yang perlu kami perbaiki di masa depan, untuk itu kami sangat menunggu kritik dan saran yang bersifat membangun dalam perbaikan selanjutnya.

Wassalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh

Ambon 30 Oktober 2023

Penulis



Daftar Isi

Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	v

BAB 1

KONSEP KEBIDANAN KOMUNITAS	1
A. Konsep Kebidanan Komunitas.....	1
B. Riwayat Kebidanan Komunitas di Indonesia	3
C. Fokus Sasaran Kebidanan di Komunitas	4
D. Tujuan Asuhan Kebidanan Komunitas	9
E. Ruang Lingkup Dan Jaringan Kerja Pelayanan Bidan di Komunitas.....	9
F. Peran Dan Tanggung Jawab Bidan di Komunitas.....	13
G. Visi Indonesia Sehat 2025 Sebagai Landasan Berfikir Pelayanan Kebidanan	15

BAB 2

PERMASALAHAN BIDAN DI KOMUNITAS	21
A. Kematian Ibu Dan Bayi.....	21
B. Kesehatan Reproduksi Remaja.....	25
C. Aborsi Yang Tidak Aman (<i>Unsafe Abortion</i>)	29
D. TINGKAT KESUBURAN.....	31
E. Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan dan Non Kesehatan	33

F. Bayi Berat Lahir Rendah.....	35
G. Penyakit Menular Seksual.....	36
H. Perilaku dan Aspek Social Budaya yang Berpengaruh Terhadap Pelayanan Kebidanan di Komunitas	39

BAB 3

STRATEGI PELAYANAN KEBIDANAN DI KOMUNITAS 41

A. Pendekatan Edukatif.....	41
B. Peran Serta Masyarakat.....	42
C. Wanita Sebagai Figure Sentral.....	50
D. Pendekatan Sosial Budaya	51
E. Peran dan Fungsi Bidan dalam Asuhan Kebidanan Komunitas...	52
F. Peran Dan Fungsi Bidan Sesuai dengan Kompetensi Bidan Indonesia Berkaitan dengan Asuhan di Komunitas	55
G. Kegiatan Bidan di Komunitas	57
H. Bidan Praktik Swasta (BPS).....	59

BAB 4

ASPEK PERLINDUNGAN HUKUM BAGI BIDAN DI KOMUNITAS 63

A. Standar Pelayanan Kebidanan.....	63
B. Kode Etik.....	67
C. Standar Asuhan Kebidanan	70
D. Registrasi Praktik Bidan.....	75
E. Kewenangan Bidan Komunitas.....	77

BAB 5

ANALISIS SITUASI DAN SOSIAL DALAM ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS 79

A. Analisis Situasi	79
B. Teknik-Teknik Participatory Rural Appraisal (PRA).....	81

BAB 6

MENINGKATKAN PENGETAHUAN IBU HAMIL

MELALUI KELAS IBU HAMIL	89
A. Pengertian Kelas Hamil.....	89
B. Kegiatan Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil.....	92

BAB 7

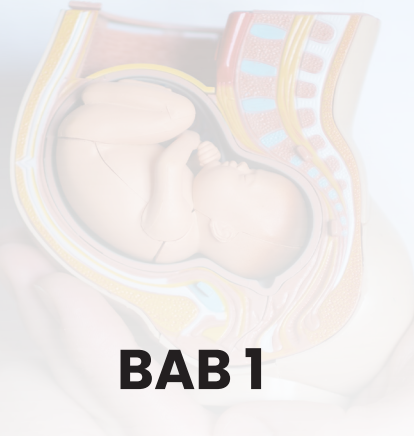
PELAYANAN KESEHATAN WANITA SEPANJANG

DAUR KEHIDUPAN.....	95
A. Pelayanan Kesehatan	95
B. Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)	99

BAB 8

PROGRAM PEMANTAUAN WILAYAH SETEMPAT

KESEHATAN IBU DAN ANAK (PWS KIA).....	103
A. Pengertian Pemantauan Wilayah Setempat Ibu dan Anak (PWS-KIA)	103
B. Tujuan Pemantauan wilayah setempat ibu dan anak (PWS-KIA)	103
C. PROGRAM KIA	104
D. Indikator Pemantauan PWS KIA.....	111
E. Pengumpulan, Pencatatan Dan Pengolahan Data	120
F. Pembuatan Grafik PWS KIA	122
G. Analisis Penelusuran Data Kohor dan Rencana Tindak Lanjut .	125
H. Pelembagaan PWS KIA	128
Daftar Pustaka.....	131
Biodata Penulis	133



BAB 1

KONSEP KEBIDANAN KOMUNITAS

A. Konsep Kebidanan Komunitas

Konsep merupakan abstraksi dari suatu idea atau gambaran mental, yang dapat dinyatakan dalam suatu kata atau dapat pula berupa symbol. Istilah konsep berasal dari bahasa latin “coceptum”, artinya sesuatu yang dipahami. Aristoteles dalam “The classical theory of conceps”, menyatakan bahwa konsep merupakan penyusun utama dalam pembentukan pengetahuan ilmiah dan filsafat pemikiran manusia. Konsep Juga adalah kerangka ide yang mengandung suatu pengertian tertentu. Jadi dapat disimpulkan bahwa konsep kebidanan komunitas adalah hal-hal yang harus dipahami terkait dengan kebidanan komunitas. Masih ingat kah anda apa itu kebidanan ?, Kebidanan (Midwifery) adalah mencakup pengetahuan yang dimiliki dan kegiatan pelayanan untuk menyelamatkan ibu dan bayi, kebidanan merupakan profesi tertua di dunia sejak adanya peradaban umat manusia. Kebidanan/Midwifery adalah satu bidang ilmu yang mempelajari keilmuan dan seni yang mempersiapkan kehamilan, menolong persalinan, nifas, dan mneyusui, masa interval dan pengaturan kesuburan, klimaterium dan menopause, bayi baru lahir dan balita, fungsi-fungsi reproduksi manusia serta memberikan bantuan/dukungan pada

perempuan, keluarga dan komunitasnya. Bidan di Indonesia adalah wanita yang mendapat pendidikan kebidanan formal dan lulus serta terdaftar di badan resmi pemerintah dan mendapat izin serta kewenangan melakukan kegiatan praktik mandiri.

Bidan lahir sebagai wanita terpercaya dalam mendampingi dan menolong ibu-ibu melahirkan sampai sang ibu dapat merawat bayinya dengan baik. Bidan diakui sebagai profesional yang bertanggung jawab yang bekerja sebagai mitra perempuan dalam memberikan dukungan yang diperlukan, asuhan dan nasihat selama kehamilan, periode persalinan dan post partum, melakukan pertolongan persalinan dibawah tanggung jawabnya sendiri dan memberikan asuhan pada bayi baru lahir dan bayi.

Bidan di komunitas adalah bidan yang bekerja memberikan pelayanan kepada keluarga dan masyarakat di suatu wilayah tertentu.

Kebidanan, istilah kebidanan mencakup segala pengetahuan yang dimiliki bidan dan bentuk-bentuk kegiatan pelayanan yang dilakukan dengan tujuan untuk menyelamatkan ibu dan bayi.

Komunitas (community) artinya masyarakat terbatas yang mempunyai persamaan nilai (values), perhatian (interest) yang merupakan kelompok khusus dengan batas-batas geografis yang jelas, dengan norma dan nilai yang telah melembaga. Misalnya kelompok ibu hamil, ibu nifas, kelompok bayi, dan kelompok balita. Masyarakat adalah sekelompok manusia yang telah hidup saling berinteraksi dan bergantung serta bekerja sama untuk mencapai tujuan. Kebidanan komunitas adalah bentuk-bentuk pelayanan kebidanan yang dilakukan di luar bagian atau pelayanan berkelanjutan yang diberikan di rumah sakit dengan menekankan kepada aspek-aspek psikososial budaya yang ada di masyarakat. Pelayanan Kebidanan (Midwifery Service) adalah bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan yang telah terdaftar (teregister) yang dapat dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau rujukan. Sehingga Pelayanan kebidanan komunitas pada hakekatnya adalah upaya yang dilakukan oleh bidan untuk pemecahan masalah kesehatan ibu dan anak balita di dalam keluarga dan masyarakat. (Syarifudin 2007)

B. Riwayat Kebidanan Komunitas di Indonesia

Riwayat kebidanan komunitas di Indonesia bermula pada masa penjajahan Belanda dengan dibukanya pendidikan dokter Jawa dengan nama STOVIA (School Tot Opleiding Van Indiche Arsten) di Batavia pada tahun 1849, kemudian pada tahun 1851 dokter W. Rosch membuka pendidikan bidan bagi perempuan pribumi yang saat itu fokus peran bidan hanya bersifat klinis dengan memberikan pelayanan di rumah sakit saja. Sejak tahun 1952 peran bidan tidak hanya bersifat klinis. Pada waktu itu sekolah bidan 4 tahun mulai memasukkan konsep pelayanan kebidanan di komunitas. Akan tetapi, fokus utamanya masih pada pendidikan formal, yaitu bagaimana memberikan kualitas pertolongan persalinan di rumah sakit dan bertugas secara mandiri pada biro konsultasi (saat ini dikenal dengan poliklinik hamil rumah sakit).

Setelah tahun 1952, tepatnya pada tahun 1953 peran bidan di masyarakat semakin terlihat dengan diadakan kursus tambahan bagi bidan yang berfokus pada kesehatan masyarakat di Yogyakarta. Bidan tidak hanya terbatas memberikan pelayanan di rumah sakit, akan tetapi juga memberikan pelayanan masyarakat dengan berbasis pada pelayanan kesehatan ibu dan anak (BKIA) di tingkat kecamatan. Ruang lingkup pelayanan BKIA meliputi beberapa kegiatan berikut ini.

1. Pelayanan antenatal, di antaranya dengan pemberian pendidikan kesehatan, nasihat perkawinan, dan perencanaan keluarga.
2. Intranatal.
3. Postnatal, yaitu dengan melakukan kunjungan rumah, pemeriksaan ibu nifas, imunisasi bayi, balita, dan pelayanan kepada remaja.
4. Penyuluhan gizi, seperti pemberian makanan tambahan.
5. Pemberdayaan masyarakat.

Pada tahun 1967, pelayanan BKIA menjadi bagian dari pelayanan Puskesmas memberikan pelayanan kesehatan baik di dalam gedung maupun di luar gedung. Kegiatan bidan di dalam gedung adalah pemberian pelayanan KIA dan KB. Sedangkan kegiatan di luar gedung dilaksanakan

di Posyandu, UKS, dan sebagai perencana dalam pengambil keputusan pelayanan di masyarakat. Pada masa inilah bidan dapat dikatakan sebagai motivator (penggerak) di masyarakat.

Seiring dengan pertambahan jumlah penduduk dan angka kematian ibu, pada tahun 1990-1996 terjadi perubahan konsep bidan untuk menekan tingginya angka kematian ibu. Pemerintah dalam hal ini adalah Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) menjalankan program pendidikan secara massal yaitu SPK + 1 tahun menjadi bidan desa yang merupakan staf puskesmas yang ditempatkan di desa sebagai penanggung jawab poliklinik desa (polindes) yang mempunyai peran sebagai penggerak masyarakat, memiliki wilayah kerja, dan sebagai narasumber berbagai hal.

Safe motherhood, tahun 1996 Departemen Kesehatan mencanangkan program Gerakan Sayang Ibu (GSI) dan Ikatan Bidan Indonesia (IBI) melakukan advokasi pada pemerintah untuk melahirkan pendidikan D-3 Kebidanan. Melalui pendidikan diploma inilah materi tentang bidan sebagai agen pembaru di masyarakat dimasukkan lebih banyak. (Pudiastuti 2011)

C. Fokus Sasaran Kebidanan di Komunitas

Ukuran keberhasilan bidan di komunitas adalah bangkitnya atau lahirnya gerakan masyarakat untuk mengatasi masalah dan memenuhi kebutuhan kesehatan serta kualitas hidup perempuan di wilayah tertentu dengan sasaran sebagai berikut.

1. Sasaran Umum

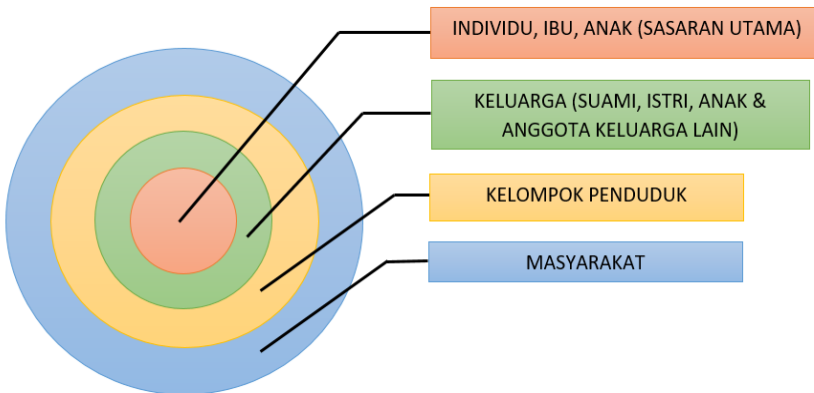
Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), organisasi masyarakat tokoh masyarakat, dan kelompok masyarakat.

2. Sasaran Khusus

Perempuan selama dalam siklus kehidupannya, yaitu mulai sejak konsepsi sampai lanjut usia.

Agar pelayanan kebidanan di komunitas terarah dan tepat sasaran, maka bidan harus menerapkan prinsip asuhan kebidanan di komunitas. Prinsip asuhan kebidanan komunitas sebagai berikut.

1. Kebidanan komunitas sifatnya multidisiplin meliputi ilmu kesehatan masyarakat, sosial, psikologi, ilmu kebidanan dan lain-lain yang mendukung peran bidan di komunitas.
2. Berpedoman pada etika profesi kebidanan yang menjunjung harkat dan martabat kemanusiaan klien.
3. Ciri kebidanan komunitas adalah menggunakan populasi sebagai unit analisis. Populasi tersebut berupa kelompok sasaran yang terdiri atas jumlah perempuan, jumlah kepala keluarga, jumlah neonatus, dan jumlah balita.
4. Keberhasilan diukur melalui adanya kerja sama dengan berbagai mitra, seperti PKK, kader kesehatan, perawat, dokter, dan lain-lain.



Gambar 1. Sasaran kebidanan komunitas (Pudiastuti 2011)

5. Individu

Individu adalah anggota keluarga sebagai kesatuan utuh dari aspek biologi, psikologi, sosial, dan spiritual. Apabila individu tersebut mempunyai masalah kesehatan karena ketidakmampuan merawat dirinya sendiri oleh karena sesuatu hal dan sebab, maka akan dapat

mempengaruhi anggota keluarga lainnya dan anggota keluarga yang ada di sekitar tempat tinggal mereka. Disini peran bidan komunitas adalah membantu individu agar dapat memenuhi kebutuhan dasarnya karena adanya kelemahan fisik, mental yang dialami, keterbatasan pengetahuan serta kurangnya kemauan menuju kemandirian.

6. Keluarga

Keluarga menurut Depkes RI (1988) adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal disuatu tempat dibawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Salvicion G Bailon dan Arcaelis Maglaya (1989) berpendapat, keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam suatu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan di dalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan.

Dari kedua definisi diatas dapat ditarik suatu kesimpulan bahwa keluarga adalah:

- Unit terkecil masyarakat
 - Terdiri atas dua orang atau lebih
 - Adanya ikatan perkawinan dan pertalian darah
 - Hidup dalam suatu rumah tangga
 - Di bawah asuhan seorang kepala rumah tangga
 - Berinteraksi diantara sesama anggota keluarga
 - Setiap anggota keluarga mempunyai peran masing-masing
 - Menciptakan, mempertahankan suatu kebudayaan
- a. Struktur keluarga terdiri dari bermacam-macam, diantaranya adalah:
- 1) Patrilineal: keluarga sederhana yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.

- 2) Matrilineal: adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.
 - 3) Matrilokal: adalah sepasang suami isteri yang tinggal bersama keluarga sedarah isteri
 - 4) Patrilokal: adalah sepasang suami isteri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami
 - 5) Keluarga kawinan: adalah hubungan suami isteri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau isteri.
- b. Tipe/bentuk keluarga:
- 1) Keluarga inti (nuclear family) adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak-anak
 - 2) Keluarga besar (Exstended family), adalah keluarga inti ditambah dengan sanak saudara, misalnya: nenek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi dan sebagainya.
 - 3) Keluarga berantai (Serial family), adalah keluarga yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan satu keluarga ini.
 - 4) Keluarga duda/janda (single family), adalah keluarga yang terjadi karena perceraian atau kematian.
 - 5) Keluarga berkomporsi (composite) adalah keluarga yang perkawinannya berpoligami dan hidup secara bersama.
 - 6) Keluarga kabitas (Chabitation), adalah dua orang menjadi satu tanpa pernikahan tetapi membentuk suatu keluarga.

Keluarga Indonesia umumnya menganut tipe keluarga besar (Extended family), karena masyarakat Indonesia yang terdiri dari berbagai suku hidup dalam suatu komunitas dengan adat istiadat yang sangat kuat.

c. Tugas-tugas keluarga

Pada dasarnya tugas keluarga ada delapan tugas pokok sebagai berikut:

- 1) Pemeliharaan fisik keluarga dan para anggotanya
- 2) Pemeliharaan sumber-sumber daya yang ada dalam keluarga
- 3) Pembagian tugas masing-masing anggotanya sesuai dengan kedudukannya masing-masing
- 4) Sosialisasi antar anggota keluarga
- 5) Pengaturan jumlah anggota keluarga
- 6) Pemeliharaan ketertiban anggota keluarga
- 7) Penempatan anggota-anggota keluarga dalam masyarakat yang lebih luas
- 8) Membangkitkan dorongan dan semangat para anggota keluarga.

d. Ciri-ciri keluarga:

- 1) Diikat dalam suatu tali perkawinan
- 2) Ada hubungan darah
- 3) Ada ikatan batin
- 4) Ada tanggung jawab masing-masing anggotanya
- 5) Ada pengambil keputusan
- 6) Kerjasama diantara anggota keluarga
- 7) Komunikasi interaksi antar anggota keluarga
- 8) Tinggal dalam satu rumah/atap

e. Ciri-ciri keluarga Indonesia:

- 1) Suami sebagai pengambil keputusan
- 2) Merupakan suatu kesatuan yang utuh
- 3) Berbentuk monogram
- 4) Bertanggung jawab

- 5) Pengambil keputusan
- 6) Meneruskan nilai-nilai budaya bangsa
- 7) Ikatan keluarga yang sangat erat
- 8) Mempunyai semangat gotong royong

D. Tujuan Asuhan Kebidanan Komunitas

Pemberian asuhan kebidanan di komunitas harus terarah atau mempunyai tujuan yang jelas. Adapun tujuan pemberian asuhan kebidanan di komunitas adalah sebagai berikut.

1. Tujuan Umum

Asuhan kebidanan di komunitas harus mampu meningkatkan kesejahteraan masyarakat, khususnya kesehatan perempuan (women well being) di wilayah kerja bidan.

2. Tujuan Khusus

- a. Meningkatkan cakupan pelayanan kebidanan komunitas sesuai dengan tanggung jawab bidan.
- b. Meningkatkan mutu pelayanan ibu hamil, pertolongan persalinan, perawatan nifas, dan perinatal secara terpadu.
- c. Menurunkan jumlah kasus-kasus yang berkaitan dengan risiko kehamilan, persalinan, nifas dan perinatal.
- d. Mendukung program-program pemerintah lainnya untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan anak.
- e. Membangun jejaring kerja dengan fasilitas rujukan dan tokoh masyarakat setempat atau terkait.

E. Ruang Lingkup Dan Jaringan Kerja Pelayanan Bidan di Komunitas

1. Bekerja di Komunitas

- a. Pelayanan KIA di puskesmas, kunjungan rumah dan melayani KIA di lingkungan keluarga merupakan kegiatan kebidanan komunitas

- b. Bekerja diluar rumah sakit dan merupakan bagian atau kelanjutan dari pelayanan kebidanan yang diberikan di RS.

2. Peran Bidan di Komunitas

- a. Bidan sebagai pemberi pelayanan kesehatan (provider) yaitu memberi pelayanan kebidanan secara langsung dan tidak langsung dengan menggunakan asuhan kebidanan
- b. Bidan sebagai pengelola yaitu Pengelola pelayanan kebidanan dengan menggunakan peran aktif masyarakat dalam kegiatan komunitas
- c. Bidan sebagai pendidik yaitu memberi pendidikan kesehatan kepada kelompok beresiko, kader kesehatan
- d. Bidan sebagai perencana yaitu perencanaan pelayanan kebidanan individu dan keluarga serta partisipasi perencanaan program di masyarakat luas
- e. Bidan sebagai konselor yaitu memberi konseling/bimbingan pada kader, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan sesuai dengan proritas
- f. Bidan sebagai kolabolator yaitu kolabolator dengan disipin ilmu lain baik lintas program maupun sektoral
- g. Bidan sebagai peneliti yaitu melakukan penelitian untuk mengembangkan kebidanan komunitas
- h. Bidan sebagai pembela klien (advokad) yaitu memberi informasi dan masukan, dorongan kepada seseorang sehingga mampu membuat keputusan yang terbaik dan memungkinkan untuk dirinya

Ruang lingkup pelayanan kebidanan komunitas, meliputi upaya-upaya peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan (preventif), diagnosis dini dan pertolongan tepat guna, meminimalkan kecacatan, pemulihan kesehatan (rehabilitatif), serta kemitraan.

1. Promotif

Promotif adalah salah satu upaya yang dilakukan melalui usaha peningkatan gizi, kebersihan diri di pelihara, istirahat yang cukup, lingkungan yang selalau di pelihara, rekreasi, istirahat yang cukup hingga, dengan tujuan meningkatkan dan mencapai tingkat kesehatan yang optimal dalam kehidupannya. Menurut WHO, promosi kesehatan adalah suatu proses membuat orang mampu rneningkatkan kontrol terhadap, dan memperbaiki kesehatan, baik dilakukan secara ndividu, keluarga, kelompok, maupun masyarakat. Upaya promotif dilakukan antara lain dengan memberikan penyuluhan kesehatan, peningkatan gizi, pemeliharaan kesehatan perorangan, pemeliharaan kesehatan lingkungan, pemberian makanan tambahan, rekreasi, dan pendidikan seks.

2. Preventif

Pereventif merupakan Upaya yang dilakukan dengan tujuan meningkatkan kesehatan dan mencegah terjadinya suatu penyeakit dengan melakukan kegiaitan seperti kegiatan pemberian imunisasi pada bayi, balita, calon pengantin dan ibu hamil dan dapat pula melakukan pemeriksaan berkala secara rutin agar dapat mendeteksi secara dini penyakit. (Purnama 2022). Pelayanan kesehatan kepada masyarakat melalui pendekatan preventif tidak menunggu adanya masalah yang terjadi baru memberikan pelayanan akan tetapi bertindak proaktif. petugas kesehatan lansung turun kemasyarakat untuk melakukan pemeriksaan dan mengidentifikasi masalah-masalah yang ada dan mungkin saja yang akan terjadi kepada masyarakat, jadi petugas kesehatan tidak hanya menunggu pasien ke ketempat pelayanan kesehatan seperti, puskesmas, klinik, poskesdes dll. Pendekatan yang di lakukan pada kegiatan preventif secara menyeluruh dan holistic untuk mengetahui keadaan masyarakat dan medeteksi secara dini. Contoh pemeriksaan kesehatan berkala melalui posyandu, puskesmas, maupun kunjungan rumah pada ibu nifas dan neonatus. Pemberian tablet vitamin A dan garam beryodium ibu nifas

dan balita, pemberian tablet tambah darah dan senam ibu hamil, pemeriksaan Tekanan darah, antropometri, dll. (R. Handayani, 2019)

3. Diagnosis Dini dan Pertolongan Tepat Guna

Diagnosis dini pada ibu dilakukan sejak ibu hamil yaitu dengan cara melakukan deteksi dini (misalnya penapisan dini ibu hamil dengan menggunakan kartu Skor Puji Rochyati) agar tidak terjadi keterlambatan dikarenakan terjadi rujukan estafet. Ibu bersalin, ibu nifas sehingga ibu akan mendapatkan pertolongan secara tepat guna. Diagnosis dini dan pertolongan tepat guna merupakan upaya untuk membantu menekan angka kesakitan dan kematian pada ibu dan bayi.

4. Meminimalkan Kecacatan

Supaya meminimalkan kecacatan dilakukan dengan tujuan untuk merawat dan memberikan pengobatan individu, keluarga, atau kelompok orang yang menderita penyakit. Upaya yang bisa dilakukan di antaranya dengan perawatan payudara ibu nifas dengan bendungan air susu, perawatan ibu hamil dengan kondisi patologis di rumah, ibu bersalin, ibu nifas, dan perawatan tali pusat bayi baru lahir.

5. Rehabilitative

Rehabilitative merupakan pelayanan kesehatan masyarakat atau individu yang di lakukan untuk memulihkan pasien atau penderita yang baru pulih agar benar-benar pulih dengan tujuan agar pasien tersebut dapat berbaur dengan masyarakat atau melakukan aktifitasnya kembali seperti sebelumnya. Misalnya upaya pemulihan bagi pecandu narkoba, penderita TBC dengan latihan napas dan natuk efektif.

6. Kemitraan

Dalam memberikan asuhan kebidanan di komunitas, bidan harus mempunyai pandangan bahwa masyarakat adalah mitra dengan fokus utama anggota masyarakat. Anggota masyarakat sebagai intinya dipengaruhi oleh subsistem komunitas yaitu:

- a. Lingkungan

- b. Pendidikan
- c. Keamanan dan transportasi
- d. Politik dan pemerintah
- e. Pelayanan kesehatan dan sosial
- f. Komunikasi
- g. Ekonomi
- h. Rekreasi

Kemitraan bidan dikomunitas dapat dilakukan dengan LSM setempat, organisasi masyarakat, organisasi sosial, kelompok masyarakat yang melakukan upaya untuk mengembalikan individu ke lingkungan keluarga dan masyarakat. Terutama pada kondisi dimana stigma masyarakat perlu dikurangi (misalnya penderita TBC, pecandu narkoba, korban pemerkosaan dan prostitusi).

Jaringan:

- a. Puskesmas
- b. Puskesmas Pembantu
- c. Polindes
- d. Posyandu
- e. Bidan Praktek Swasta
- f. Rumah Pasien

F. Peran Dan Tanggung Jawab Bidan di Komunitas

Peran dan tanggung jawab bidan di komunitas meliputi kemampuan menilai tradisi, budaya, nilai-nilai, dan norma hukum yang berlaku di masyarakat. Dengan memiliki kemampuan tersebut bidan akan mempunyai kemampuan dalam memberikan penyuluhan dan pelayanan kepada individu, keluarga, dan masyarakat, sehingga bidan mampu bertindak secara profesional, yaitu mampu memisahkan nilai-nilai masyarakat dengan nilai-nilai atau keyakinan pribadi, bersikap tidak menghakimi, tidak membeda-bedakan, dan menjalankan standar prosedur kepada

semua orang yang diberikan pelayanan.

Tanggung jawab bidan di komunitas meliputi beberapa hal berikut.

1. Menjaga pengetahuannya tetap up to date, berusaha secara terus-menerus mengembangkan pengetahuan, keterampilan, dan kemahiran.
2. Mengenali batas-batas pengetahuan, keterampilan pribadi, dan tidak berupaya untuk bekerja melampaui wewenangnya dalam memberikan pelayanan klinik.
3. Menerima tanggung jawab untuk mengambil keputusan serta konsekuensi dari suatu keputusan.
4. Berkomunikasi dan bekerja sama dengan pekerja kesehatan profesional lainnya (perawat, dokter, dan lain-lain) dengan rasa hormat dan bermartabat.
5. Memelihara kerja sama yang baik dengan staf kesehatan dan rumah sakit pendukung untuk memastikan sistem rujukan yang optimal.
6. Melakukan pemantauan mutu yang mencakup penilaian sejawat, pendidikan berkesinambungan, mengkaji ulang kasus-kasus, dan Audit Maternal Perinatal (AMP).
7. Bekerja sama dengan masyarakat setempat untuk meningkatkan akses dan mutu asuhan kesehatan.
8. Menjadi bagian dari upaya untuk meningkatkan status perempuan serta kondisi hidup mereka dan menghilangkan praktik kultur yang terbukti merugikan perempuan.

Gambaran masyarakat Indonesia dengan penduduk yang hidup dalam lingkungan bersih, berperilaku hidup sehat, mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya merupakan impian bagi kita semua.

G. Visi Indonesia Sehat 2025 Sebagai Landasan Berfikir Pelayanan Kebidanan

1. Dasar, Visi, dan Misi Pembangunan Kesehatan Tahun 2005-2025

Undang-undang Dasar 1945, Pancasila, dan landasan konstitusionalnya adalah merupakan landasan idil pembangunan nasional. Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dari pembangunan nasional. Oleh karenanya pembangunan kesehatan diselenggarakan pula dengan berlandaskan pada Pancasila dan Undang-undang Dasar 1945. Dinyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan, Hal ini melandasi pemikiran bahwa sehat sebagai hak asasi manusia dan sehat sebagai investasi. Dasar pembangunan kesehatan adalah norma, nilai kebenaran, dan aturan pokok yang bersumber dari falsafah dan budaya Bangsa Indonesia, yang dipergunakan sebagai landasan untuk berpikir dan bertindak dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

Dasar pembangunan kesehatan meliputi:

- a. Perikemanusiaan
 - b. Pemberdayaan dan kemandirian
 - c. Adil dan merata
 - d. Pengutamaan dan manfaat
- ### 2. Visi Indonesia yang Mandiri, Maju, Adil dan Makmur
- a. Mandiri yaitu mampu mewujudkan kehidupan sejajar dan sederajat dengan bangsa lain dengan mengandalkan pada kemampuan dan kekuatan sendiri.
 - b. Maju: Diukur dari kualitas SDM, tingkat kemakmuran, dan kemantapan sistem dan kelembagaan politik dan hukum.
 - c. Adil: Tidak ada diskriminasi dalam bentuk apapun, baik antar individu, gender, maupun wilayah.

- d. Makmur: Diukur dari tingkat pemenuhan seluruh kebutuhan hidup

Dalam Indonesia Sehat 2025 diharapkan masyarakat memiliki kemampuan menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu dan juga memperoleh jaminan kesehatan, yaitu masyarakat mendapatkan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya. Pelayanan kesehatan bermutu yang dimaksud adalah pelayanan kesehatan termasuk pelayanan kesehatan dalam keadaan darurat dan bencana, pelayanan kesehatan yang memenuhi kebutuhan masyarakat serta diselenggarakan sesuai dengan standar dan etika profesi.

Diharapkan dengan terwujudnya lingkungan dan perilaku hidup sehat, serta meningkatnya kemampuan masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu, maka akan dapat dicapai derajat kesehatan individu, keluarga dan masyarakat yang setinggi-tingginya.

3. Misi Indonesia yang Mandiri, Maju, Adil dan Makmur

Dengan berlandaskan pada dasar Pembangunan Kesehatan, dan untuk mewujudkan Visi Indonesia Sehat 2025, ditetapkan 4 (empat) misi Pembangunan Kesehatan, yaitu:

- a. Menggerakkan Pembangunan Nasional Berwawasan Kesehatan
Keberhasilan pembangunan kesehatan tidak semata-mata ditentukan oleh hasil kerja keras sektor kesehatan, tetapi sangat dipengaruhi pula oleh hasil kerja serta kontribusi positif berbagai sektor pembangunan lainnya. Untuk optimalisasi hasil kerja serta kontribusi positif tersebut, harus dapat diupayakan masuknya wawasan kesehatan sebagai asas pokok program pembangunan nasional. Kesehatan sebagai salah satu unsur dari kesejahteraan rakyat juga mengandung arti terlindunginya dan terlepasnya masyarakat dari segala macam gangguan yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat.

Untuk dapat terlaksananya pembangunan nasional yang berkontribusi positif terhadap kesehatan seperti dimaksud di atas, maka seluruh unsur atau subsistem dari Sistem Kesehatan Nasional berperan sebagai penggerak utama pembangunan nasional berwawasan kesehatan.

- b. Mendorong Kemandirian Masyarakat untuk Hidup Sehat
- Kesehatan adalah tanggung jawab bersama dari setiap individu, masyarakat termasuk swasta, dan pemerintah. Upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan setiap individu, keluarga, masyarakat, dan lingkungannya dilakukan tanpa meninggalkan upaya penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Kesadaran, kemauan dan kemampuan setiap individu, keluarga dan masyarakat untuk menjaga kesehatan, memilih, dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, sangat menentukan keberhasilan pembangunan kesehatan.

Penyelenggaraan pemberdayaan masyarakat meliputi:

Penggerakan masyarakat masyarakat paling bawah mempunyai peluang yang sebesar-besarnya untuk terlibat aktif dalam proses pembangunan kesehatan.

- 1) Organisasi kemasyarakatan diupayakan agar peran organisasi masyarakat lokal makin berfungsi dalam pembangunan kesehatan.
- 2) Advokasi masyarakat memperjuangkan kepentingannya di bidang kesehatan.
- 3) Kemitraan dalam pemberdayaan masyarakat penting untuk meningkatkan kemitraan dan partisipasi lintas sektor, swasta, dunia usaha dan pemangku kepentingan.
- 4) Sumberdaya diperlukan sumberdaya memadai seperti SDM, sistem informasi dan dana.

- c. Memelihara dan Meningkatkan Upaya Kesehatan yang Bermutu, Merata, dan Terjangkau

Upaya kesehatan diselenggarakan dengan pengutamaan upaya pencegahan (preventif), peningkatan kesehatan (promotif), upaya penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif). Upaya kesehatan tersebut diselenggarakan dengan kemitraan antara pemerintah, dan masyarakat termasuk swasta.

Untuk masa mendatang, apabila sistem jaminan kesehatan sosial telah berkembang, penyelenggaraan upaya kesehatan perorangan primer akan diserahkan kepada masyarakat dan swasta dengan menerapkan konsep dokter keluarga. Di daerah yang sangat terpencil, masih diperlukan upaya kesehatan perorangan oleh Puskesmas.

- d. Meningkatkan dan Mendayagunakan Sumber Daya Kesehatan
Sumber daya kesehatan meliputi pula penguasaan pengetahuan dan teknologi Kesehatan/kedokteran, data dan informasi yang makin penting peranannya.

4. Visi dan misi kementerian kesehatan

Visi dan Misi Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024 menjabarkan visi dan misi Presiden tahun 2020-2024 di bidang kesehatan, yaitu:

Visi:

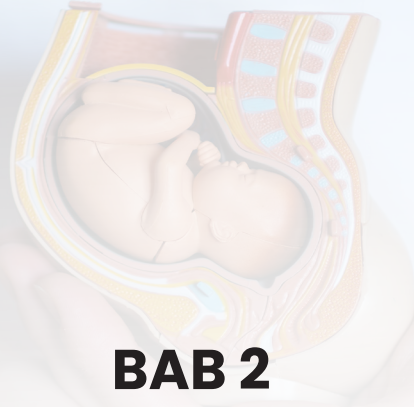
“Menciptakan manusia yang sehat, produktif, mandiri dan berkeadilan”

Misi:

- a. Menurunkan angka kematian ibu dan bayi;
- b. Menurunkan angka stunting pada balita;
- c. Memperbaiki pengelolaan Jaminan Kesehatan Nasional; dan
- d. meningkatkan kemandirian dan penggunaan produk farmasi dan alat kesehatan dalam negeri.

Tujuan Strategis Kementerian Kesehatan:

- a. Peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup
- b. Penguatan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan
- c. Peningkatan pencegahan dan pengendalian penyakit dan pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat
- d. Peningkatan sumber daya kesehatan(Kemenkes RI 2020).



BAB 2

PERMASALAHAN BIDAN DI KOMUNITAS

A. Kematian Ibu Dan Bayi

Meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan ibu dan anak merupakan upaya dalam kesejahteraan SDM suatu negara khusus Indonesia. Hal ini karena kesehatan ibu dan anak merupakan bagian dari tujuan pembangunan berkelanjutan dunia yaitu pada tujuan ketiga (SDGs tentang kehidupan sehat dan sejahtera. Angka Kematian ibu merupakan isu kontemporer yang terjadi pada pencapaian kesehatan sekarang ini. Dalam meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan ibu dan anak di Indonesia pemerintah menargetkan menjadi 70 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Sementara berdasarkan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN), Indonesia ditargetkan menekan angka kematian ibu menjadi 183 kematian per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2024. Sedangkan saat ini proporsi kematian ibu kurang lebih 305 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Sekitar 77% ibu meninggal dunia dimana kematian terjadi di rumah sakit. Ibu tidak dapat diselamatkan karena dirujuk ke rumah sakit sudah dalam keadaan kondisi komplikasi yang berat. Ini terjadi karena identifikasi dan pemeriksaan saat kehamilan belum maksimal (Kementerian RI,2021)

Kejadian kematian ibu paling sering terjadi pada masa postpartum yaitu 56%, pada saat persalinan 23%, pada masa kehamilan 21% sedangkan berdasarkan kelompok umur usia 20-34 tahun ada 54%, umur >35 tahun sebanyak 39% dan umur <20 tahun sebanyak

Jumlah angka kematian ibu di Indonesia tahun 2018- 2019 yaitu 4.221 per 100.000 kelahiran hidup dan pada tahun 2019 yaitu 29.322 per 100.000 kelahiran hidup. tahun 2021 Jumlah angka kematian ibu semakin membludak di masa pademi *covid -19* mencapai 6.865 orang jumlah tersebut meningkat dari pada tahun 2019 sebesar 4.197 orang. (Kemenkes RI, 2021)

Proporsi kunjungan yang tinggi oleh bidan dan dokter sebesar 90,9% (SDKI 2017) namu angka kematian ibu baru menunjukkan angka yang tinggi. Sehingga perlu kerja sama dan kolaborasi semua lintas sektoral dan semua pihak dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dengan sistem dan metode yang tepat dan berkelanjutan. Kesehatan ibu atau Kematian maternal (sebab: eclampsia, perdarahan, infeksi; lokus: 78% fasyankes) peluang atau solusi Sinergisme dan sistem rujukan antara FKTP (Puskesmas) dan FKTRL (RS Kabupaten/Kota), termasuk peningkatan kompetensi SDM pelayanan maternal. Penguatan puskesmas PONED dan RS PONEK Kematian bayi 2/3 kematian bayi neonatus Sebab kematian neonatus: komplikasi kejadian intrapartum (28,3%), gangguan respiratori dan kardiovaskuler (21,3%), BBLR dan prematur (19%), kelainan konginetal (14,8%), infeksi (7,3%). Peluang dan solusi Cakupan pelayanan harus dibarengi dengan mutu pelayanan yang adekuat, sistem rujukan yang optimal antara FKTP dan FKTRL, serta peningkatan kompetensi SDM terkait pelayanan neonatal dan bayi (Kemenkes RI 2020)

1. Penyebab Angka Kematian Ibu (AKI)

Penyebab kematian ibu di bagi menjadi 2 yaitu penyebab langsung dan tidak langsung

- a. Kematian langsung sebagai akibat dari komplikasi kehamilan, persalinan nifas dan segala intervensi penanganan tidak tepat dari komplikasi tersebut
 - 1) Kasus 3 terlambat, meliputi: 1. Terlambat mengenali tanda bahaya persalinan dan mengambil keputusan. 2. Terlambat dirujuk ke fasilitas kesehatan. 3. Terlambat ditangani oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.
 - 2) Kasus 4 terlalu, meliputi: 1. Terlalu tua hamil (diatas usia 35 tahun) 2. Terlalu muda hamil (dibawah usia 20 tahun) 3. Terlalu banyak (jumlah anak lebih dari 4) 4. Terlalu dekat jarak antar kelahiran (kurang dari 2 tahun)
 - 3) kematian ibu, yaitu kehamilan itu sendiri dan gangguan obstetrik yang berupa perdarahan, infeksi, eklampsia/pre-eklampsia, dan lainnya.
 - 4) status kesehata reproduksi, akses ke pelayanan kesehatan diamana datang ke fasilitas kesehatan dengan terlambat 2 jam diberikan pertolongan sudah meninggal.
 - 5) perilaku penggunaan pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan faktor demografi dan sosiokultural, yaitu status wanita dalam keluarga dan masyarakat, status keluarga dalam masyarakat, dan status masyarakat.
 - b. Kematian ibu tidak langsung merupakan akibat dari penyakit yang sudah ada atau penyakit yang timbul sewaktu kehamilan yang berpengaruh terhadap kehamilan, misalnya malaria, anemia, HIV/AIDS, dan penyakit kardiovaskular. Keadaan ibu pra-hamil dapat berpengaruh terhadap kehamilannya seperti anemia, kurang energi kronis (KEK).
2. Upaya atau strategi

Upaya atau strategi yang dapat dilakukan oleh bidan di masyarakat untuk menekan Angka Kematian Ibu dan Anak adalah dengan memberikan perhatian dan perlakuan khusus pada ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir dengan cara sebagai berikut.

- a. Membina dan mengarahkan masyarakat agar bersedia dan mampu mengenali masalah (deteksi dini) risiko tinggi ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir, sehingga masyarakat dapat mengetahui secara tepat dan cepat apa yang harus diperbuat jika menghadapi kasus risiko tinggi, dan apabila terjadi komplikasi, masyarakat tahu ke mana dan kapan harus merujuk.
- b. Bekerja sama dan melakukan pembinaan kader dalam memantau atau melakukan pengamatan sehari-hari terhadap kondisi ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir yang tinggal di sekitar rumahnya.
- c. Memberi penyuluhan dan mengampanyekan tentang suami siaga. Suami dari ibu hamil, bersalin, nifas diharapkan selalu bersiaga terutama saat menjelang persalinan, sehingga apabila terjadi kedaruratan sewaktu-waktu dapat langsung bertindak.
- d. Bersama masyarakat menggalang tabungan ibu bersalin (Tabulin).

Selain strategi diatas kita pula dapat melakukan hal-hal sebagai berikut:

- a. Meningkatkan pengetahuan generasi bagsa dengan wajib belajar 17 tahun
- b. Mencegah perkawinan anak di usia dini
- c. Mendukung kesehatan reproduksi untuk remaja dan calon pengantin
- d. kolaborasi antara semua pihak mulai dari tokoh masyarakat, tokoh agama hingga public
- e. Memberikan pelayanan sesuai kebutuhan dan sepanjang siklus kehidupan
- f. Memberikan edukasi pendidikan agama yang tiada henti mulai dari dini
- g. Perbaiki sarana dan perasarana terutama peralatan medis dalam pertolongan kegawatdaruratan dan laboratorium yang lengkap

- h. Peningkatan SDM bidan dalam pemberian pelayanan obstetric terutama wilayah yang berbatasan dengan perairan
- i. Peningkatan dalam sistem rujukan yang efektif dan efisien
- j. Membentuk kelompok suami SIAGA (siap antar dan jaga) (Karanganyar et al., n.d.; Susyanty, Lestary, and Raharni 2016)

B. Kesehatan Reproduksi Remaja

Berdasarkan hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) terlihat bahwa wanita dan pria yang tahu tentang masa subur hanya 33% dan 37%. sebanyak 81% remaja wanita dan 84% remaja pria telah berpacaran dan sekitar 44% remaja wanita dan 44% remaja pria mulai berpacaran pada umur 15-17 tahun. Kebanyakan remaja berpegangan tangan, cium bibir dan meraba/ diraba saat berpacaran, dimana aktivitas ini mengarah kepada perilaku seksual. Selain itu, umur pertama kali berhubungan seksual pertama kali yang terbanyak yaitu umur 15-25 tahun, sekitar 8% pria 2% wanita melaporkan telah melakukan hubungan seksual pra nikah, dan sekitar 9.1% wanita dan 85.7% pria menikah pada usia 15-19 tahun

Kehamilan remaja adalah Kehamilan yang terjadi pada wanita remaja (usia 14-19 tahun) yang merupakan akibat perilaku seksual baik sengaja (sudah menikah) maupun tidak sengaja (belum menikah). Masalah terkait seksualitas dan kesehatan reproduksi masih banyak dihadapi oleh remaja.

1. Masalah seksualitas dan kesehatan reproduksi yang dihadapi oleh remaja, Masalah-masalah tersebut antara lain:
 - a. Perkosaan.
Kejahatan perkosaan ini biasanya banyak sekali modusnya. Korbannya tidak hanya remaja perempuan, tetapi juga laki-laki (sodomi). Remaja perempuan rentan mengalami perkosaan oleh sang pacar, karena dibujuk dengan alasan untuk menunjukkan bukti cinta.
 - b. Free sex.
Seks bebas ini dilakukan dengan pasangan atau pacar yang berganti-ganti. Seks bebas pada remaja ini (di bawah usia 17

tahun) secara medis selain dapat memperbesar kemungkinan terkena infeksi menular seksual dan virus HIV (Human Immuno Deficiency Virus), juga dapat merangsang tumbuhnya sel kanker pada rahim remaja perempuan. Sebab, pada remaja perempuan usia 12-17 tahun mengalami perubahan aktif pada sel dalam mulut rahimnya. Selain itu, seks bebas biasanya juga dibarengi dengan penggunaan obat-obatan terlarang di kalangan remaja. Sehingga hal ini akan semakin memperparah persoalan yang dihadapi remaja terkait kesehatan reproduksi ini.

- c. Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD).
Hubungan seks pranikah di kalangan remaja didasari pula oleh mitos-mitos seputar masalah seksualitas. Misalnya saja, mitos berhubungan seksual dengan pacar merupakan bukti cinta. Atau, mitos bahwa berhubungan seksual hanya sekali tidak akan menyebabkan kehamilan. Padahal hubungan seks sekalipun hanya sekali juga dapat menyebabkan kehamilan selama si remaja perempuan dalam masa subur.
- d. Aborsi.
Aborsi merupakan keluarnya embrio atau janin dalam kandungan sebelum waktunya. Aborsi pada remaja terkait KTD biasanya tergolong dalam kategori aborsi provokatus, atau pengguguran kandungan yang sengaja dilakukan. Namun begitu, ada juga yang keguguran terjadi secara alamiah atau aborsi spontan. Hal ini terjadi karena berbagai hal antara lain karena kondisi si remaja perempuan yang mengalami KTD umumnya tertekan secara psikologis, karena secara psikososial ia belum siap menjalani kehamilan. Kondisi psikologis yang tidak sehat ini akan berdampak pula pada kesehatan fisik yang tidak menunjang untuk melangsungkan kehamilan.
- e. IMS (Infeksi Menular Seksual) atau PMS (Penyakit Menular Seksual), dan HIV/AIDS.

IMS ini sering disebut juga penyakit kelamin atau penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual. Sebab IMS dan HIV sebagian besar menular melalui hubungan seksual baik melalui vagina, mulut, maupun dubur. Untuk HIV sendiri bisa menular dengan transfusi darah dan dari ibu kepada janin yang dikandungnya. Dampak yang ditimbulkannya juga sangat besar sekali, mulai dari gangguan organ reproduksi, keguguran, kemandulan, kanker leher rahim, hingga cacat pada bayi dan kematian

f. Perkawinan dan kehamilan dini.

Nikah dini ini, khususnya terjadi di pedesaan. Di beberapa daerah, dominasi orang tua biasanya masih kuat dalam menentukan perkawinan anak dalam hal ini remaja perempuan. Alasan terjadinya pernikahan dini adalah pergaulan bebas seperti hamil di luar pernikahan dan alasan ekonomi. Remaja yang menikah dini, baik secara fisik maupun biologis belum cukup matang untuk memiliki anak sehingga rentan menyebabkan kematian anak dan ibu pada saat melahirkan. Perempuan dengan usia kurang dari 20 tahun yang menjalani kehamilan sering mengalami kekurangan gizi dan anemia. Gejala ini berkaitan dengan distribusi makanan yang tidak merata, antara janin dan ibu yang masih dalam tahap proses pertumbuhan. (Rina Marlina Hutasuhut 2023)

2. Sebab terjadinya kehamilan remaja

- a. Factor agama dan iman
- b. Factor lingkungan (orangtua, teman, tetangga, media)
- c. Pengetahuan yang minim di tambah rasa ingin tahu yang berlebihan
- d. Perubahan zaman

- e. Perubahan kadar hormon pada remaja meningkatkan libido atau dorongan seksual yang membutuhkan penyaluran melalui aktivitas seksual
 - f. Semakin cepatnya usia pubertas sedangkan pernikahan semakin tertunda akibat tuntutan kehidupan.
 - g. Adanya trend baru dalam berpacaran dikalangan remaja.
3. Hal-hai yang mengakibatkan terjadinya kehamilan remaja
- a. Kurangnya peran orang tua dalam keluarga
 - b. Kurangnya pendidikan seks dari orang tua dan keluarga
 - c. Perkembangan IPTEK yang tidak didasari dengan perkembangan mental yang kuat.
 - d. Kurangnya pengetahuan mengenai hubungan seksual
 - e. Pengetahuan yang setengah-setengah tidak hanya mendorong remaja untuk mencoba-coba tapi juga menimbulkan salah persepsi.
 - f. Dampak kehamilan remaja di komunitas
 - 1) Di bidang sosial, remaja akan gagal menikmati masa remajanya dan akan menerima sikap ungkapan yang negatif karena dianggap memalukan, yang dapat menimbulkan sikap penolakan remaja terhadap bayi yang dikandungnya.
 - 2) Menimbulkan berbagai konsekuensi psikososial misalnya putus sekolah, rasa rendah diri, kawin muda dan perceraian dini, rasa bersalah yang berlebihan, ancaman hukuman pidana dan sanksi berat.
4. Dampak dari kehamilan remaja
- a. Pengguguran kehamilan

Faktor yang mendukung terjadinya pengguguran adalah:

 - 1) Status ekonomi sebuah keluarga
 - 2) Keadaan emosional
 - 3) Pasangan yang tidak bertanggung jawab

- b. Resiko persalinan yang terjadi
Preeklamsia, anemia, BBLR, premature, PMS, kematian bayi dan PMS meningkat pada remaja yang hamil.
 - c. Hubungan seksual usia muda beresiko kanker serviks
 - d. Perceraian pasangan muda.
5. Pencegahan kehamilan remaja
- a. Tidak melakukan hubungan seks sebelum menikah.
 - b. Kegiatan positif.
 - c. Hindari perbuatan yang memberi dorongan negative: perilaku seks.
 - d. Jangan terjebak rayuan gombal.
 - e. Hindari pergi dengan orang tidak dikenal.
 - f. Mendekatkan diri pada Tuhan
 - g. Penyuluhan: kesehatan reproduksi remaja, KB, kegiatan rohani.
 - h. Bagi pasangan menikah sebaiknya menggunakan alat kontrasepsi.
6. Penanganan kehamilan remaja
- a. Sikap bersahabat jangan mencibir
 - b. Konseling pada remaja dan keluarga, meliputi kehamilan dan persalinan.
 - c. Membantu menyelesaikan masalah secara kekeluargaan Er segera menikah.
 - d. Periksa kehamilan sesuai standar
 - e. Gangguan jiwa/resiko tinggi segera rujuk ke Sp.OG
 - f. Bila ingin aborsi, konseling resiko abortus.(Rina Marlina Hutasuhut 2023)

C. Aborsi Yang Tidak Aman (*Unsafe Abortion*)

Definisi menurut WHO, 1998: prosedur melakukan termi (penghentian) kehamilan yang tidak diinginkan (unwanted pregna oleh tenaga kurang

terampil (medis/non medis) alat tidak memenuhi syarat kesehatan dan lingkungan tidak memenuhi.

1. Ciri-ciri unsafe abortion:
 - a. Dilakukan oleh tenaga medis/non medis
 - b. Kurangnya pengetahuan baik pelaku ataupun te- pelaksana.
 - c. Kurangnya fasilitas dan sarana.
 - d. Status illegal.
2. Alasan wanita tidak menginginkan kehamilan.
 - a. Alasan kesehatan: tidak cukup sehat untuk hamil
 - b. Alasan psikososial: ibu tidak sendiri, tidak ingin punya anak lagi
 - c. Kehamilan di luar nikah
 - d. Masalah ekonomirmenambah anak akan menambah beban ekonomi.
 - e. Masalah sosial: khawatir akan adanya penyakit keturunan.
 - f. Kehamilan akibat korban perkosaan.
 - g. Kegagalan pemakaian alat kontrasepsi.
3. Peran bidan dalam mencegah unsafe abortion
 - a. Pendidikan Seks.
 - b. Bekerjasama dengan tokoh agama dalam pendidikan agama.
 - c. Pendidikan SDM.
 - d. Penyuluhan abortus dan bahayanya.
4. Kebijakan DEPKES untuk mencegah komplikasi/kematian akibat abortus:
 - a. Mencegah kehmilan tak diinginkan melalui program KB, pendidikan kesehatan reproduksi, moral dan agama.
 - b. Legalisasi abortus karena alasan medis.
 - c. Mengembangkan APK (Asuhan Pasca Keguguran)

5. Dampak unsafe abortion
 - a. Dampak sosial: biaya lebih banyak, dilakukan secara sembunyi-sembunyi.
 - b. Dampak kesehatan: abortus tidak lengkap (incomplete abortion) yang bisa menyebabkan nyeri pelvis sampai perdarahan terus menerus. Sepsis yaitu infeksi yang eksistensif sampai seluruh tubuh.
 - c. Dampak psikologis: trauma.
6. Agar aborsi aman
 - a. Informed consent
 - b. Harus sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP)
 - c. Dilakukan pada RS atau klinik yang ditunjuk.
 - d. Dilakukan oleh pekerja kesehatan yang terlatih dan pengalaman melakukan aborsi.
 - e. Pelaksanaan menggunakan alat-alat kedokteran yang layak
 - f. Dilakukan dalam kondisi bersih (steril dan tidak tercemar kuman)
 - g. Dilakukan < 3 bulan setelah menstruasi terakhir.

D. TINGKAT KESUBURAN

Angka kesuburan/angka fertilitas total (total fertility rate) adalah jumlah anak yang akan dilahirkan oleh seorang perempuan pada akhir masa reproduksinya dengan asumsi ia mengikuti pola fertilitas yang berlaku dari usia 15-49 tahun. Prevalensi pemakaian kontrasepsi pada perempuan pernah menikah adalah pemakaian dengan menggunakan metode modern 56,7%; metode tradisional 3,6%; dan tidak memakai kontrasepsi 39,7%. Metode modern yang digunakan meliputi: suntik 49,2%; pil 23,4%; IUD 11%; susuk 7,6%; tubektomi 6,6% kondom 1,6%; dan vasektomi 0,7%. Sebesar 9% perempuan menikah ingin menunda kehamilannya, akan tetapi tidak menggunakan cara kontrasepsi apapun, perempuan-perempuan tersebut dikatakan sebagai kelompok unmet need yang rentan

terhadap masalah kehamilan tidak diinginkan (unwanted pregnancy). 80% pasangan suami istri mengalami gangguan kesuburan (*fertilitas*).

1. Tingkat kesuburan tergolong menjadi 2 yaitu:
 - a. Fertilitas
Suatu kemampuan istri untuk hamil dan melahirkan anak hidup oleh suami yang mampu menghamilinya.
 - b. Infertilitas
Suatu keadaan pasangan suami istri yang ingin punya anak tetapi tidak bisa mewujudkan keinginannya tersebut karena adanya masalah kesehatan reproduksi baik pada suami istri.
2. Pembagian infertilitas
 - a. Infertilitas primer: PUS (Pasangan usia subur) yang telah melakukan hubungan suami istri teratur 2-3 kali seminggu tanpa alat kontrasepsi selama satu tahun belum terjadi kehamilan.
 - b. Infertilitas sekunder: PUS yang telah punya anak dan sudah menggunakan alat kontrasepsi serta melakukan hubungan suami istri teratur 2-3 kali seminggu tanpa alat kontrasepsi selama setahun tapi belum terjadi kehamilan.
3. Penyebab infertilitas:
 - a. Faktor pria: kelainan alat kelamin faktor fungsional.
 - b. Faktor istri: anovulasi, kelainan anatomis alat kelamin, penyakit saluran telur.
 - c. Kurangnya pengetahuan.
 - d. Reaksi imunologi.
4. Peranan bidan terhadap tingkat kesuburan
 - a. Fertilitas: KB
 - b. Infertilitas
5. Melakukan rujukan sehingga pasangan mendapatkan penanganan yang tepat

6. Konseling variasi hubungan seksual, cara menghitung masa subur, makanan yang dapat meningkatkan kesuburan.
7. Mencari keuangan psikologis

Upaya yang dapat dilakukan oleh bidan untuk mengatasi permasalahan tingkat kesuburan di masyarakat adalah melakukan analisis situasi tentang demografi dan program Keluarga Berencana, memberikan pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi (KB-KR), melakukan kemitraan dengan Petugas Keluarga Berencana (PKB) dan Kader, melakukan Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE-PEDULI) dengan tujuan membentuk keluarga PEDULI: Keluarga Peduli KB dan Kesehatan Produksi, Keluarga Peduli Ketahanan Keluarga.

- PE: Perhatian, setiap anggota keluarga memberi perhatian terhadap posisi keluarganya menurut tahapan kesejahteraan dan siklus pertumbuhannya.
- DU: Dukungan, setiap anggota keluarga sesuai dengan posisi dan kemampuannya berusaha mendukung secara aktif untuk menjadikan keluarga kecil bahagia sejahtera.
- LI: Lindungan, setiap keluarga sesuai dengan potensi dan kemampuannya berusaha melindungi agar keluarganya tetap merupakan keluarga kecil bahagia sejahtera. (Dainty Materity, Ratna Dewi Putri 2017)

E. Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan dan Non Kesehatan

Dukun masih memegang peranan penting dalam memberikan pertolongan persalinan di daerah-daerah. Adanya asumsi bahwa melahirkan di Dukun mudah dan murah, merupakan salah satu penyebab terjadinya pertolongan persalinan oleh tenaga non- kesehatan. Penyebab masih banyaknya pertolongan persalinan oleh dukun adalah otonomi daerah sangat bervariasi, sarana yang tersedia belum sesuai standar, belum semua petugas kesehatan kompeten, sistem rujukan belum berjalan dengan baik, belum semua kabupatenAota melaksanakan Audit Maternal Perinatal

(AMP) non-medis, dan belum semua desa mempunyai tenaga bidan.

Upaya yang dapat dilakukan bidan diantaranya sebagai berikut:

1. Menggalang kemitraan dengan masyarakat, tokoh masyarakat, terutama dukun
2. Melaksanakan Program Perencanaan Persalinan (P3) berbasis masyarakat, yaitu bidan bersama masyarakat membentuk kesepakatan kesanggupan warga untuk membantu ibu hamil, ibu bersalin, dan bayi baru lahir dalam bentuk-bentuk pencatatan, donor darah, transportasi, tabungan ibu bersalin (tabulin), serta dana sosial
3. ibu bersalin (dasolin).
4. Melakukan pendampingan warga dan kader untuk pemetaan ibu hamil, terutama ibu hamil resiko tinggi.

Definisi: pertolongan persalinan oleh tenaga non kesehatan seringkali dilakukan oleh seseorang yang disebut sebagai dukun beranak/dukun bayi, dukun bersalin atau peraji.

1. Etiologi:
 - a. Kebiasaan / perilaku / adat istiadat yang tidak menunjang.
 - b. Sarana kesehatan
 - c. Keadaan sosial ekonomi yang belum memadai.
 - d. Tingkat pendidikan yang rendah
 - e. Status dalam masyarakat
 - f. Tingkat kepercayaan masyarakat terhadap penyuluhan dan petugas kesehatan masih rendah.
2. Penatalaksanaan:
 - a. Diadakan program BDD (bidan di desa) untuk menurunkan AKI (angka kematian ibu)hamil, bayi dan balita.
 - b. Menjalin hubungan kemitraan.

F. Bayi Berat Lahir Rendah

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram (sampai dengan 2499). Berkaitan dengan penanganan dan harapan hidupnya, bayi berat lahir rendah dibedakan dalam:

1. Bayi berat lahir rendah (BBLR), berat lahir 1500-2500 gram.
2. Bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR), berat lahir <1500 gram.
3. Bayi berat lahir ekstrem rendah (BBLER), berat lahir <1000 gram

Bayi berat lahir rendah mungkin kurang bulan (premature), mungkin juga cukup bulan (dismatur). Beberapa penyakit yang berhubungan dengan prematuritas:

1. Sindrom gangguan pematangan ideopatik (penyakit membrane hialin).
2. Pneumonia aspirasi, karena refleks menelan dan batuk belum sempurna.
3. Pendarahan spontan dalam ventrikel otak lateral, akibat anoksia otak (erat kaitannya dengan gangguan pernapasan).
4. Hiperbilirubinemia, karena fungsi hati belum matang.
5. Hipotermia.

Beberapa penyakit yang berhubungan dengan dismaturitas:

1. Sindrom aspirasi mekoneum
2. Hipoglikemia
3. Hiperbilirubinemia
4. Hipotermia

Oleh karena itu bayi berat lahir rendah mempunyai resiko kematian tinggi.

a. Penilaian

Penilaian dilakukan dengan cara menimbang bayi baru lahir dan sesuai dengan berat badannya, maka bayi akan digolongkan

daiam BBLR (bayi berat lahir rendah) atau BBLSR (bayi berat lahir sangat rendah) dan bayi berat lahir ekstrem rendah (BBLER).

b. Penanganan

1) Mempertahankan Suhu Dengan Ketat

BBLR mudah mengalami hipotermia, oleh sebab itu suhu tubuhnya harus dipertahankan dengan ketat.

2) Mencegah Infeksi Dengan Ketat

BBLR sangat rentan akan infeksi, perhatikan prinsip-prinsip pencegahan infeksi termasuk mencuci tangan sebelum memegang bayi.

3) Pengawasan Nutrisi/ASI

Ketleks menelan BBLR belum sempurna, oleh sebab itu pemberian nutrisi harus dilakukan dengan cermat.

4) Penimbangan Ketat

Perubahan berat badan mencerminkan kondisi gizi/nutrisi bayi dan erat kaitannya dengan daya tahan tubuh, oleh sebab itu penimbangan berat badan harus dilakukan dengan ketat. Kebutuhan cairan untuk bayi baru lahir 120-150 mlAg/hari atau 100-120 cal/kg/hari. Pemberian dilakukan secara bertahap sesuai kemampuan bayi untuk sesegera mungkin mencukupi kebutuhan cairan kalori.(Pudiastuti 2011)

G. Penyakit Menular Seksual

Infeksi saluran reproduksi (ISR) adalah istilah umum terhadap tiga tipe infeksi yaitu, renyakit dan infeksi menular seksual/IMS, infeksi-infeksi endogen vagina, dan infeksi- nfeksi yang berhubungan dengan prosedur saluran reproduksi. Infeksi menular seksual berhubungan dengan keadaan akut, kronik dan kondisi-kondisi lain yang berhubungan cengan kehamilan, seperti: Gonore, Chlamidya, Sifilis, Herpes kelamin, Hepatitis, kutil kelamin, Trichomoniasis, HIV/AIDS. Infeksi endogen vagina meliputi Vaginosis: akterial dan Candidiasis, keduanya merupakan

hasil dari pertumbuhan berlebihan dari organisme-organisme yang secara normal memang ada di vagina. Infeksi berhubungan dengan prosedur dapat meliputi saluran reproduksi atas dan bawah serta dapat menyebabkan komplikasi-komplikasi jangka panjang karena kemandulan. Semua jenis infeksi saluran reproduksi perlu diperhatikan dalam memberikan asuhan kepada masyarakat, sehingga akan sangat membantu dalam mewujudkan derajat kesehatan masyarakat.

1. Gejala PMS:
 - a. Perubahan warna kulit di sekitar kemaluan
 - b. Gatal pada alat kelamin
 - c. Sakit daerah pinggul (wanita)
2. Faktor peningkatan kejadian PMS
 - a. Alat kontrasepsi: timbul perasaan aman tidak terjadi kehamilan.
 - b. Free Sex (seks bebas), norma moral yang menurun.
 - c. Kurangnya pemahaman seksual dan PMS.
 - d. Transportasi yang lancar, mobilitas tinggi.
 - e. Urbanisasi dan pengangguran.
 - f. Kemiskinan.
 - g. Pengetahuan.
 - h. Pelacuran.
3. Cara penularan dan bahaya PMS
 - a. Hubungan seksual (95%) dan cara lain melalui transfusi darah, jarum suntik dan plasenta.
 - b. Sumber penularan utama adalah WTS (80%)
4. Bahaya/akibat PMS:
 - a. Menimbulkan rasa sakit
 - b. Infertilitas
 - c. Abortus
 - d. Kanker serviks

- e. Merusak penglihatan, hati dan otak.
 - f. Menular pada bayi
 - g. Rentan terhadap HIV/AIDS
 - h. Tidak dapat disembuhkan
 - i. Kematian
5. Tipe PMS yang umum terjadi:
- a. Gonorrhoea,
 - b. Clamidia,
 - c. Herpes genitalis,
 - d. Syphilis,
 - e. Hepatitis B,
 - f. HIV/AIDS,
 - g. Thrikomoniasis,
 - h. Condiloma akuminata,
 - i. Ulkus mole,
 - j. Candidiasis vaginalis.
6. Peranan bidan dalam pencegahan dan penanggulangan PMS
- a. Bidan sebagai role mode
 - b. Memberikan konseling pada masyarakat terutama remaja dan pasutri tentang kesehatan reproduksi.
 - c. Memberikan konseling pada masyarakat tentang penyebab dan akibat PMS
 - d. Bekerjasama dengan tokoh masyarakat dan tokoh agama dalam pelaksanaan penyuluhan pada masyarakat.
 - e. Mewaspadaai gejala-gejala dan mendeteksi dini adanya PMS
7. Pencegahan PMS
- a. Apabila belum menikah jangan melakukan hubungan seksual
 - b. Apabila sudah menikah jaga kesetiaan dengan pasangan

- c. Hindari hubungan seksual yang tidak aman dan beresiko
- d. Gunakan kondom untuk mencegah penularan
- e. Jaga kebersihan alat genitalia(Pudiastuti 2011)

H. Perilaku dan Aspek Social Budaya yang Berpengaruh Terhadap Pelayanan Kebidanan di Komunitas

Perilaku kesehatan tersebut meliputi seluruh perilaku seseorang atau masyarakat yang dapat memberi akibat terhadap kesehatan, kesakitan, dan kematian. Perilaku sakit (*illness behavior*) adalah cara seseorang bereaksi terhadap gejala penyakit yang biasanya dipengaruhi oleh pengetahuan, fasilitas, kesempatan, kebiasaan, kepercayaan, norma, nilai, dan segala aturan (*social law*) dalam masyarakat atau yang biasa disebut dengan budaya.

Kesehatan masyarakat yang kedua di pengaruhi oleh prilaku (*Life Styles*), gaya hidup masyarakat dimana gaya hidup yang sehatn dan gaya hidup yang sehatan sebenarnya juga akan berdampak pada lingkungan sekitarnya itu sendiri, prilaku hidup masyarakat dipengaruhi juga oleh adat istiadat, social kultural dan perkembangan teknologi yang ada pada suatu masyarakat yang di turunkan dari orang-orang sebelum meraka yang mengikat dan memberikan pengaruh dalam prilaku kehidupanya yang juga memiliki dampak pada kesehatanya seperti Andat istiadat yang berkaitan dengan kesehatan ibu seorang ibu hamil tidak boleh tidur sampai mata hari terbit dan tidak boleh malas untuk bergerak karena di percayai proses persalinanya akan lama dan plasentanya akan susah untuk keluar ini merupakan hal yang baik bagi kesehatan ibu hamil dan janin yang di kandungnya, namun seiring dengan perkembangan masa modern ibu hamil saat ini malas untuk beraktifitas.

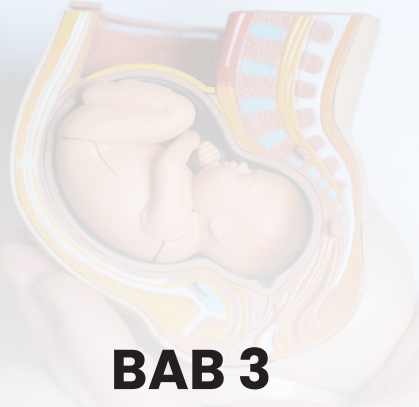
Social budaya (kultural) dan perkembangan teknologi juga sangat berpengaruh pada perilaku dari masyarakat seperti masyarakat di saman dulu karena tidak ada trasportasi maka dalam melakukan katifitasnya dengan berjalan kaki dengan jarak yang cukup jauh dan meraka menganggap itu biasa saja karena sudah terbiasa namun masyarakat modern saat ini

malas bergerak semuanya tidak mau lelah dan mengeluarkan keringat padahal pengeluaran keringat pada saat melakukan aktifitas itu baik untuk kesehatan tubuh.

Jika hal terus terus berlanjut maka kesehatan masyarakat yang berkaitan dengan penyakit degenerative seperti jantung, stroke, obesitas, dan diabetes kemudian penyakit metabolik seperti tekanan darah yang tinggi (Hipertensi), tingginya gula darah, lemak tubuh yang berlebihan dan kadar kolesterol yang tidak normal akan menjadi gangguan yang menyebabkan menurunnya derajat kesehatan masyarakat. Di pergaulan social di masyarakat juga terlihat bawa seseorang yang tidak memiliki alat transportasi di pandang orang yang tidak mampu.

Banyak sekali perilaku individu dan masyarakat yang memberikan dampak pada kesehatan contoh:

1. Resiko penyakit kanker paru-paru ini disebabkan karena perilaku yang dari sejak dini mengkonsumsi rokok akhirnya menjadi perokok berat
2. Resiko obesitas ini disebabkan karena perilaku sering mengkonsumsi makan siap saji (*junk food*), minuman yang bersoda, minuman yang memiliki zat pewarna buatan, makanan yang banyak mengandung pengawet dan pemanis buatan
3. Penyakit DBD yang disebabkan karena tidak menerapkan konsep 3 M (menguras, mengubur dan menutup)
4. Penyakit Cirrhosis yang menyerang lever di sebabkan karena mengkonsumsi alkohol yang berlebihan (Kasmiati, sumarni 2023)



BAB 3

STRATEGI PELAYANAN KEBIDANAN DI KOMUNITAS

A. Pendekatan Edukatif

1. Pendekatan edukatif adalah suatu pendekatan yang menekankan pada proses berpikir rasional. Pendekatan ini memberikan keyakinan kepada masyarakat bahwa berpikir dapat mempengaruhi suatu tindakan. Pendekatan edukatif yaitu suatu upaya untuk mendampingi dan memfasilitasi masyarakat dalam menjalani proses pembelajaran yang berupa proses pemecahan berbagai masalah kesehatan yang dihadapi oleh masyarakat.
2. Bidan sebagai provider, mengajak masyarakat berpikir rasional dan meninggalkan pemikiran-pemikiran yang tidak rasional. Pendekatan berorientasi kepada suatu pemikiran kognitif, melakukan perubahan tingkah laku yaitu perubahan tingkah laku yang tidak rasional menjadi tingkah laku rasional.
3. Tujuan dari pendekatan edukatif adalah memberikan informasi, memastikan pengetahuan dan pemahaman tentang perihai kesehatan, serta membuat keputusan yang ditetapkan berdasarkan informasi yang ada. Bidan membantu masyarakat dalam mengali

nilai dan sikap, serta membuat keputusan mereka sendiri berdasar informasi tentang kesehatan yang disajikan. Masyarakat dibantu untuk menjalani proses pembelajaran melalui siklus atau spiral pemecahan masalah yang terorganisasi berdasarkan pemikiran logis.

4. Masyarakat dibantu dalam menjalankan keputusan yang ditetapkan dan mengadopsi praktek kesehatan baru seperti pada pendidikan

B. Peran Serta Masyarakat

1. Pengertian

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (1991) pengertian peran serta masyarakat adalah sebagai berikut.

- a. Peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan adalah suatu proses di mana individu, keluarga, dan lembaga masyarakat termasuk swasta ikut mengambil tanggung jawab atas kesehatan diri, keluarga, dan masyarakatnya.
- b. Peran serta masyarakat adalah keadaan di mana individu, keluarga maupun masyarakat umum ikut serta bertanggung jawab terhadap kesehatan diri, keluarga maupun kesehatan masyarakat lingkungannya.
- c. Peran serta masyarakat adalah ikut sertanya seluruh anggota masyarakat dalam memecahkan permasalahan-permasalahan masyarakat tersebut.
- d. Sedangkan menurut Notoadmodjo (2007), peran serta masyarakat di bidang kesehatan berarti keikutsertaan seluruh anggota masyarakat dalam memecahkan masalah kesehatannya sendiri. (Dainty Materity, Ratna Dewi Putri 2017)
- e. Prinsip peran serta masyarakat adalah mengutamakan masyarakat, berbasis pengetahuan masyarakat, dan melibatkan seluruh anggota masyarakat dengan memperhatikan tipologi peran serta masyarakat yaitu sebagai berikut.

- 1) Mendorong/mempercepat terjadinya perubahan.
- 2) Mobilisasi diri sendiri.
- 3) Terlibat dalam suatu tujuan bersama dan. saling mendorong.
- 4) Terlibat dalam memberikan dukungan.
- 5) Terlibat dalam memberikan informasi.

Di dalam peran serta, setiap anggota masyarakat dituntut suatu kontribusi atau sumbangan. Kontribusi tersebut bukan hanya terbatas pada dana dan finansial saja tetapi dapat berbentuk tenaga (man), uang (money), benda (material), dan ide (mind).

2. Dasar Filosofi Peran Serta Masyarakat
 - a. Community felt need. Apabila pelayanan itu diciptakan oleh masyarakat sendiri, maka masyarakat itu memerlukan pelayanan tersebut, sehingga adanya pelayanan kesehatan bukan karena diturunkan dari atas, tetapi tumbuh dari bawah (dari masyarakat dan untuk masyarakat).
 - b. Organisasi pelayanan kesehatan masyarakat yang berdasarkan partisipasi masyarakat adalah salah satu bentuk pengorganisasian masyarakat. Hal ini berarti bahwa fasilitas pelayanan kesehatan itu timbul dari masyarakat sendiri.
 - c. Pelayanan kesehatan tersebut akan dikerjakan oleh masyarakat sendiri atas dasar sukarela.
3. Pendekatan Peran Serta Masyarakat
 - a. Peran serta dengan paksaan (enforcement participation). Memaksa masyarakat untuk kontribusi dalam suatu program, baik melalui perundang-undangan, peraturan maupun dengan perintah lisan saja. Cara ini akan lebih cepat dan mudah tetapi masyarakat merasa takut dan dipaksa sehingga tidak mempunyai rasa memiliki terhadap program.

- b. Peran serta masyarakat dengan persuasi dan edukasi. Yakni partisipasi yang didasari oleh kesadaran, yang sukar ditumbuhkan dan memakan waktu lama. Akan tetapi bila hal ini tercapai, masyarakat akan mempunyai rasa memiliki. Peran serta masyarakat ini bisa dimulai dengan pemberian informasi yang jelas, pendidikan, dan sebagainya.
4. Elemen-elemen Peran Serta Masyarakat
 - a. Motivasi

Tanpa motivasi masyarakat sulit untuk berperan serta di segala program. Motivasi harus timbul dari masyarakat itu sendiri, sedangkan pihak luar hanya merangsang saja. Oleh karena itu, pendidikan kesehatan sangat diperlukan dalam rangka merangsang timbulnya motivasi.
 - b. Komunikasi Informasi Masyarakat. Melakukan interaksi secara terus-menerus, berkesinambungan dengan masyarakat mengenai segala permasalahan, dan kebutuhan masyarakat akan kesehatan.
 - c. Kooperas. Kerja sama dengan instansi di luar kesehatan masyarakat dan instansi kesehatan sendiri adalah mutlak diperlukan. Team work antara mereka ini akan membantu menumbuhkan peran serta.
 - d. Mobilisasi. Hal ini berarti bahwa peran serta itu bukan hanya terbatas pada tahap pelaksanaan program. Peran serta masyarakat dimulai seawal mungkin sampai akhir, mulai dari identifikasi masalah, menentukan prioritas, perencanaan program, pelaksanaan sampai dengan monitoring.
5. Metode Peran Serta Masyarakat

Metode peran serta masyarakat yang dipakai adalah sebagai berikut.

 - a. Pendekatan masyarakat dilakukan untuk memperoleh simpati masyarakat yang ditujukan terutama kepada pimpinan masyarakat, baik yang formal maupun informal. Pengorganisasian

masyarakat dan pembentukan panitia. Dikoordinasikan oleh lurah atau kepala desa membentuk tim kerja yang dibentuk di setiap RT.

- b. Survey diri (community self survey). Setiap tim kerja di RT melakukan survei di wilayahnya masing-masing setelah itu diolah kemudian dipresentasikan kepadaarganya.
 - c. Perencanaan program. Perencanaan dilakukan oleh masyarakat sendiri setelah mendengarkan presentasi survei diri dari tim kerja. Dalam merencanakan program ini, perlu diarahkan terbentuknya dana sehat dan kader kesehatan.
 - d. Pelatihan. Pelatihan untuk kader kesehatan dilakukan secara sukarela dan harus dipimpin oleh dokter puskesmas. Selain bidang teknis medis juga meliputi manajemen kecil-kecilan dalam mengolah program-program kesehatan tingkat desa serta sistem pencatatan, pelaporan, dari rujukan.
 - e. Rencana evaluasi. Dalam menyusun rencana evaluasi perlu ditetapkan kriteria-kriteria keberhasilan suatu program secara sederhana yang mudah dilakukan oleh masyarakat atau kader kesehatan (Notoatmodjo, 2007).
6. Bentuk-bentuk Peran Serta Masyarakat
- a. Peran serta perorangan dan keluarga Dilaksanakan oleh setiap anggota keluarga dan masyarakat dalam menolong dirinya sendiri dan keluarga untuk dapat hidup sehat.
 - b. Peran serta masyarakat umum Meliputi kegiatan untuk menjalin hubungan yang erat dan dinamis antara pemerintah dan masyarakat dengan cara mengembangkan dan membina komunikasi timbal balik serta menyebarluaskan informasi tentang kesehatan.
 - c. Peran serta masyarakat kelompok penyelenggara upaya kesehatan Dilakukan oleh organisasi-organisasi atau lembaga swadaya yang ada di masyarakat (LSM), ataupun perusahaan

swasta yang peduli terhadap masalah kesehatan. Peran serta masyarakat profesi kesehatan. Meliputi kelompok dokter, perawat, dokter gigi, apoteker, bidan, dan sejenisnya. (Rina Marlina Hutasuhut 2023)

7. Keuntungan Peran Serta Masyarakat

Peran serta masyarakat dapat memberikan keuntungan berbagai pihak, baik untuk masyarakat itu sendiri ataupun pihak penyelenggara pelayanan (provider). Dengan peran serta masyarakat di bidang kesehatan, maka upaya kesehatan yang dilaksanakan benar-benar sesuai dengan masalah yang dihadapi masyarakat, tidak hanya bertolak dari asumsi provider semata, upaya kesehatan bisa diterima dan terjangkau oleh masyarakat baik secara fisik maupun ekonomis, mampu mengembangkan kemampuan dan sikap positif serta motivasi masyarakat untuk hidup sehat, sehingga akan tercapai kepuasan masyarakat dalam kesehatan.

Keuntungan bagi provider, dengan adanya peran serta masyarakat membantu upaya perluasan jangkauan pelayanan kesehatan, peran serta masyarakat merupakan wadah dan jalur kontrol terhadap upaya pelayanan kesehatan yang dilakukan pemerintah.

8. Pembinaan Peran Serta Masyarakat

Dalam rangka meningkatkan peran serta masyarakat perlu dilakukan melalui Pengembangan dan Pembinaan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD). Pengembangan dan Pembinaan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) adalah rangkaian kegiatan masyarakat yang dilakukan berdasarkan gotong-royong dan swadana masyarakat dalam rangka menolong mereka sendiri untuk mengenal masalah atau kebutuhan yang dirasakan oleh masyarakat terutama di bidang kesehatan agar mampu meningkatkan mutu hidup dan kesejahteraan masyarakat.

Kegiatan PKMD diharapkan muncul atas kesadaran dan prakarsa dari masyarakat sendiri dengan bimbingan dan pembinaan oleh pemerintah. Puskesmas sebagai pusat pembangunan kesehatan di

tingkat kecamatan dapat mengambil prakarsa untuk bersama-sama sektor yang bersangkutan menggerakkan peran serta masyarakat dalam kegiatan PKMD.

9. Upaya-upaya dalam Pembinaan Peran Serta Masyarakat

Upaya yang dilakukan untuk melakukan pembinaan peran serta masyarakat — meliputi pengaturan bantuan biaya bagi masyarakat tidak mampu, pengorganisasian: donor darah berjalan, serta pelaksanaan pertemuan rutin gerakan sayang ibu dalam promosi suami, bidan, dan desa siaga.

Pengaturan Bantuan Biaya bagi Masyarakat Tidak Mampu, kesehatan tidak hanya bersumber dari pemerintah, akan tetapi dapat bersumber juga berbasis pada masyarakat. Terdapat dua bentuk pembiayaan kesehatan dari masyarakat yaitu sebagai berikut.

- a. Dana masyarakat yang bersifat aktif. Adalah dana yang secara khusus digali atau dikumpulkan oleh masyarakat untuk membiayai upaya kesehatan. Pendanaan tersebut sering dikatakan sebagai Dana Sehat. Cara memperoleh dana sehat bisa dilakukan dengan berbagai cara, misalnya dengan mengumpulkan iuran, sumbangan, jimpitan, arisan, ataupun penyisihan hasil usaha.
- b. Dana masyarakat yang bersifat pasif. Adalah dana yang sudah ada di masyarakat dan digunakan untuk membiayai upaya kesehatan, di antaranya adalah dana sosial keagamaan. Dana pasif dapat diperoleh dengan menyisihkan sebagian dana keagamaan atau dana sosial.

Dana Sehat. Dana sehat merupakan upaya pemeliharaan kesehatan perorangan, keluarga, dan masyarakat yang didukung oleh sistem pembiayaan yang dikumpulkan dari dan oleh masyarakat berdasarkan semangat gotong-royong serta cermat sesuai dengan prinsip-prinsip asuransi.

Pembentukan dana sehat dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut.

- c. Melakukan pendekatan edukatif untuk memperoleh kesepakatan masyarakat dan pimpinan desa tentang pengumpulan dana untuk pembiayaan kesehatan. Dana diperoleh dari iuran atau barang yang diserahkan oleh peserta (keluarga) dan dihimpun oleh pengumpul yang ditunjuk setiap bulannya.
- d. Berdasarkan keputusan atau musyawarah desa yang ditetapkan pengelola dan pesertanya.
- e. Penyelenggara pelayanan kesehatan ditetapkan oleh pengelola atau pengurus dan wakil-wakil masyarakat peserta. Pelayanan kesehatan yang disediakan sebagai jaminan bersifat komprehensif, walaupun pada tahap awalnya hanya berupa pelayanan pengobatan dasar. Apabila telah memungkinkan, jenis pelayanan dapat dikembangkan menuju ke arah pelayanan komprehensif.
- f. Dalam merencanakan segala sesuatu yang berkaitan dengan upaya pemeliharaan kesehatan masyarakat, penyelenggara pelayanan dan pengelola dana sehat melakukannya secara bersama-sama dan dengan persetujuan anggotanya.
- g. Pengawasan dan mekanisme koordinasi dilakukan oleh kepala desa atau LKMD, serta oleh tim tingkat kecamatan. Untuk itu harus disusun ketentuan-ketentuan dalam suatu anggaran dasar rumah tangga organisasi dana sehat, yang meliputi: kewajiban peserta, hak peserta, prosedur memperoleh pelayanan kesehatan, kewajiban pengelola, dan umpan balik penyelenggara pelayanan kepada pengelola dana sehat. (Intan Sari, Ana Sapitri 2022)

10. Upaya Pemerintah dalam Penyelenggaraan Dana Sehat

Untuk mewujudkan masyarakat yang sehat sejahtera, pemerintah berupaya secara terus menerus meningkatkan kesehatan masyarakat, di antaranya dengan membentuk layanan kesehatan kepada masyarakat dengan sistem layanan kesehatan gratis, memperbanyak puskesmas, dan unit-unit layanan kesehatan kepada masyarakat miskin dan

terbelakang, serta mengadakan program bantuan untuk pengobatan cuma-cuma melalui program Kartu Sehat untuk masyarakat lanjut usia yang tidak mampu.

a. Donor Darah Berjalan

Donor darah berjalan merupakan salah satu kegiatan yang diadakan di desa-desa yang ingin menyukseskan program Desa Siaga. Kegiatan ini dilaksanakan dalam upaya menurunkan angka kematian ibu melalui penyaluran donor darah untuk ibu hamil atau ibu bersalin yang membutuhkannya.

Kegiatan donor darah berjalan melibatkan peran serta masyarakat, khususnya keluarga dari ibu hamil atau ibu bersalin. Masyarakat diharapkan dapat membangun sistem jaringan donor darah dalam suatu kelompok masyarakat desa, sehingga dalam situasi darurat donor secepatnya dapat diberikan kepada ibu melahirkan.

Secara umum proses pembentukan donor darah berjalan hampir sama dengan pembentukan Dana Sehat. Hanya saja pada tahap sosialisasi memerlukan bantuan dari Palang Merah Indonesia (PMI) untuk menjelaskan masalah donor darah agar masyarakat bertambah pengetahuannya serta menghilangkan mitos-mitos yang selama ini berkembang dalam masyarakat mengenai donor darah. Dengan demikian diharapkan dapat terjadi peningkatan peran serta masyarakat dalam pelaksanaan donor darah.

Pelaksanaan kegiatan donor darah berjalan melibatkan seluruh anggota masyarakat termasuk ibu hamil. Pada tahap awal, setiap ibu hamil diharapkan memiliki lima orang dewasa dalam keluarganya untuk diikutsertakan dalam proses pemeriksaan kehamilan dan pemberian konseling mengenai segala persiapan kehamilan dan menghadapi kelahiran. Kelima orang tersebut diperiksa golongan darahnya untuk persiapan sebagai pendonor apabila terjadi perdarahan. Selanjutnya dibentuk koordinator

untuk setiap golongan darah. Untuk orang-orang dengan golongan darah yang sama dikumpulkan dalam satu kelompok dan dipimpin oleh satu orang koordinator.

Apabila pada suatu waktu, seorang ibu hamil atau ibu bersalin memerlukan donor darah, bidan dapat segera menghubungi koordinator dari golongan darah yang dibutuhkan. Sistem sederhana ini diharapkan dapat memberikan dampak besar terhadap keberhasilan program desa siaga terutama untuk menurunkan angka kematian ibu hamil, bersalin, nifas, serta bayi.

C. Wanita Sebagai Figure Sentral

Wanita sebagai figure sentral pada proses asuhan karena wanita mengerti kebutuhannya sendiri, sedangkan bidan adalah pemberi asuhan professional yang membantu ibu dalam pengambilan keputusan dan menanggapi pilihan ibu. Salah satu faktor yang mencerminkan wanita sebagai pusat asuhan diasumsikan dengan keputusan terhadap asuhan kebidanan, yaitu asuhan yang berkelanjutan.

Wanita adalah manusia yang mempunyai hak asasi, terutama hak dalam bidang kesehatan, yaitu hak untuk memelihara kesehatan reproduksinya. Bidan berperan dalam memberi dukungan kepada wanita untuk memperoleh status yang sama di masyarakat untuk memilih dan memutuskan perawatan kesehatan dirinya. Dalam memberi asuhan, setidaknya dengan pendekatan asuhan yang berpusat pada wanita, seharusnya mencakup seluruh aspek kehidupan yang memandang wanita sebagai manusia yang utuh, membutuhkan pemenuhan kebutuhan psikologi, sosial, spiritual, dan cultural selama hidupnya.

Bidan harus mempunyai pengetahuan yang luas dalam segala aspek, itu kehamilan, persalinan, nifas, KB, dan kesehatan reproduksi dari rasangan usia subur karena bidan komunitas adalah mitra dari seseorang dalam menghadapi berbagai pengalaman hidupnya.

Pelayanan kebidanan adalah pelayanan yang didasarkan pada perhatian terhadap kehamilan sebagai suatu bagian penting dari kesehatan,

untuk bayi baru lahir sebagai suatu proses yang normal ran proses yang ditunggu-tunggu dalam kehidupan semua wanita.

I “formed consent, sebelum melakukan tindakan apapun beri informasi kepada klien dan minta persetujuan klien untuk tindakan medis yang akan dilakukan terhadap dirinya.

1. Informed choice, wanita yang mau melahirkan diberi pilihan dalam mengambil keputusan tentang proses melahirkan.
2. Bina hubungan baik dengan ibu yaitu dengan melakukan berbagai pendekatan sisi kehidupan.
3. Beri asuhan yang berkelanjutan.

Bidan dimasyarakat bekerjasama dengan tenaga kesehatan lain, antara lain dengan dokter dan perawat maternal. Peran nyata bidan di komunitas adalah kunjungan rumah dalam memberi pendidik, pengelola, dan peneliti karena bidan harus mampu menggerakkan masyarakat agar mau menjaga kesehatan dan bidan harus mampu mengelola upaya-upaya masyarakat untuk meningkatkan kesehatan. Pelayanan kebidanan komunitas diberikan dengan cara bidan melakukan kunjungan ke pasien yang bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative.

D. Pendekatan Sosial Budaya

Bidan dalam memberi pelayanan kepada ibu dan anak di komunitas perlu memerhatikan faktor lingkungan berikut:

1. Lingkungan sosial. Bidan dalam memberi pelayanan kepada ibu hamil dan bersalin diupayakan tidak bertentangan dengan kebiasaan adat istiadat, kepercayaan, dan agama di masyarakat. Masyarakat yang berada di dalam komunitas memiliki ikatan sosial dan budaya. Dukun penolong persalinan sangat dekat dengan masyarakat, terutama dikalangan keluarga di desa karena mereka menggunakan pendekatan sosial-budaya sewaktu memberi pelayanan. Peran serta masyarakat ini selalu digerakkan dan ditingkatkan melalui kegiatan penyuluhan kesehatan. Pelayanan kebidanan komunitas perlu

mendapat dukungan politik dan organisasi swasta atau pemerintah terutama mendukung adanya undang-undang dan pelaksanaannya.

2. Lingkungan flora dan fauna. Bidan yang bekerja di komunitas memperhatikan pengaruh flora dan fauna ini. Pemanfaatan tumbuhan dan hewan ternak disampaikan melalui penyuluhan kesehatan merupakan bantuan bidan kepada masyarakat terutama pada kaum ibu. Kebutuhan gizi manusia bergantung pada keberadaan flora dan fauna. Kerja sama dengan petugas gizi dan pertanian diperlukan di dalam peningkatan gizi masyarakat.

E. Peran dan Fungsi Bidan dalam Asuhan Kebidanan Komunitas

Bidan di masyarakat adalah sesuai dengan peran dan fungsinya sebagai pelaksana, mempunyai kategori sebagai berikut:

1. Sesuai dengan peran mandiri:
 - a. Menetapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan yang dimulai dari pengkajian status kesehatan baik individu maupun masyarakat
 - b. Menentukan diagnose
 - c. Menyusun rencana tindakan
 - d. Melaksanakan tindakan sesuai rencana
 - e. Mengevaluasi tindakan
 - f. Rencana tindak lanjut
 - g. Membuat catatan dalam laporan kegiatan/tindakan
2. Memberi pelayanan dasar pada remaja:
 - a. Mengkaji status kesehatan dan kebutuhan remaja dan wanita pranikah baik individu maupun di masyarakat.
 - b. Menentukan diagnosa.
 - c. Menyusun rencana tindakan.
 - d. Melaksanakan tindakan sesuai rencana.

- e. Mengevaluasi tindakan.
 - f. Rencana tindak lanjut.
 - g. Membuat catatan dalam laporan kegiatan/tindakan.
3. Memberikan asuhan kebidanan pada klien selama kehamilan normal:
- a. Mengkaji status kesehatan dan kebutuhan ibu hamil baik individu maupun di masyarakat.
 - b. Menentukan diagnosa
 - c. Menyusun rencana tindakan
 - d. Melaksanakan tindakan sesuai rencana
 - e. Mengevaluasi tindakan
 - f. Rencana tindak lanjut
 - g. Membuat catatan dalam laporan kegiatan/tindakan.
4. Memberikan asuhan kebidanan pada masa persalinan dengan melibatkan keluarga:
- a. Mengkaji status kesehatan dan kebutuhan ibu bersalin baik individu maupun di masyarakat
 - b. Menentukan diagnosa
 - c. Menyusun rencana tindakan
 - d. Melaksanakan tindakan sesuai rencana
 - e. Mengevaluasi tindakan
 - f. Rencana tindak lanjut
 - g. Membuat catatan dalam laporan kegiatan/tindakan

Di masyarakat bidan harus menentukan jadwal kunjungan rumah pada keluarga. Adapun dalam pelaporan bidan wajib melaporkan tindakan dalam persalinan baik di desa, kecamatan, puskesmas, maupun dinas kesehatan kabupaten kota.

5. Memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir:
 - a. Mengkaji status kesehatan dan kebutuhan bayi baru lahir baik individu maupun di masyarakat
 - b. Menentukan diagnosa
 - c. Menyusun rencana tindakan
 - d. Melaksanakan tindakan sesuai rencana
 - e. Mengevaluasi tindakan
 - f. Rencana tindak lanjut
 - g. Membuat catatan dalam laporan kegiatan/tindakan.
Langkah yang harus diambil adalah jadwal kunjungan pada BBL, laporan tentang kelahiran dan kelengkapan surat kelahiran.
6. Memberikan asuhan kebidanan pada ibu nifas dengan melibatkan keluarga:
 - a. Mengkaji status kesehatan dan kebutuhan ibu nifas baik individu maupun di masyarakat.
 - b. Menentukan diagnosa.
 - c. Menyusun rencana tindakan.
 - d. Melaksanakan tindakan sesuai rencana.
 - e. Mengevaluasi tindakan.
 - f. Rencana tindak lanjut.
 - g. Membuat catatan dalam laporan kegiatan/tindakan.
7. Informasi yang diberikan pada klien dan masyarakat adalah:
 - a. Masalah gizi yang berkaitan dengan pemulihan kesehatan pada ibu nifas.
 - b. Informasi yang berkaitan dengan pemberian makanan baik ASI maupun pendampig ASI (PASI).
 - c. Informasi tentang latihan bagi ibu nifas, salah satunya senam nifas.

8. Memberikan asuhan pada pasangan usia subur yang membutuhkan pelayanan KB:
 - a. Mengkaji status kesehatan dan kebutuhan pelayanan KB di masyarakat dan wilayah kerja.
 - b. Menentukan diagnosis kebutuhan pelayanan.
 - c. Menyusun rencana tindakan sesuai dengan prioritas masalah tentang KB.
 - d. Melaksanakan tindakan sesuai rencana.
 - e. Mengevaluasi tindakan.
 - f. Rencana tindak lanjut.
 - g. Membuat catatan dalam laporan kegiatan/tindakan.

F. Peran Dan Fungsi Bidan Sesuai dengan Kompetensi Bidan Indonesia Berkaitan dengan Asuhan di Komunitas

1. Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan pada keluarga, kelompok dan masyarakat budaya setempat:
 - a. Pengetahuan dasar, meliputi:
 - 1) Konsep dan sasaran kebidanan komunitas.
 - 2) Masalah kebidanan komunitas.
 - 3) Pendekatan asuhan kebidanan pada keluarga, kelompok dan masyarakat.
 - 4) Strategi pelayanan kebidanan komunitas.
 - 5) Ruang lingkup pelayanan kebidanan komunitas.
 - 6) Upaya peningkatan dan pemeliharaan kesehatan ibu dan anak dalam keluarga dan masyarakat.
 - 7) Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan ibu dan anak.
 - 8) Sistem pelayanan kesehatan ibu dan anak.
 - b. Pengetahuan tambahan:

- 1) Kepemimpinan untuk semua.
 - 2) Pemasaran sosial.
 - 3) Peran Serta Masyarakat (PSM).
 - 4) Audit Maternal Perinatal (AMP).
 - 5) Perilaku keehatan masyarakat.
 - 6) Program-program pemerintah yang terkait dengan kesehatan ibu dan anak (Safe Motherhood dan Gerakan Sayang Ibu).
 - 7) Paradigma sehat 2010.
- c. Keterampilan dasar:
- 1) Melakukan pengelolaan pelayanan ibu hamil, nifas, laktasi, bayi balita dan KB di masyarakat
 - 2) Mengidentifikasi status kesehatan ibu dan anak.
 - 3) Melakukan pertolongan persalinan di rumah dan polindes
 - 4) Mengelola pondok bersalin desa (polindes).
 - 5) Melaksanakan kunjungan rumah pada ibu hamil, nifas dan laktasi, bayi dan balita.
 - 6) Melakukan penggerakan dan pembinaan peran serta masyarakat untuk mendukung upaya-upaya kesehatan ibu dan anak.
 - 7) Melaksanakan penyuluhan dan konseling kesehatan
 - 8) Melaksanakan pencatatan dan pelaporan.
- d. Keterampilan tambahan:
- 1) Melakukan pemantauan KIA dengan menggunakan PWS KIA.
 - 2) Melaksanakan pelatihan dan pembinaan dukun bayi.
 - 3) Mengelola dan memberikan obat-obatan sesuai dengan kewenangannya.
 - 4) Menggunakan teknologi kebidanan tepat guna.

2. Tanggung jawab bidan di komunitas
 - a. Melaksanakan kegiatan Puskesmas berdasarkan urutan prioritas masalah sesuai dengan kewenangan bidan.
 - b. Menggerakkan dan membina masyarakat desa berperilaku hidup sehat.
3. Fungsi bidan di wilayah kerja
 - a. Memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat (asuhan kehamilan, persalinan, nifas, bayi, balita, KB, serta pengayoman medis kontrasepsi).
 - b. Menggerakkan dan membina peran serta masyarakat.
 - c. Membina dan memberikan bimbingan teknis kepada kader dan dukun bayi.
 - d. Membina kelompok dasa wisma dibidang kesehatan.
 - e. Membina kerjasama lintas program dan lintas sektoral dan lembaga swadaya masyarakat.
 - f. Melakukan rujukan medis.
 - g. Mendeteksi secara dini adanya efek samping kontrasepsi serta adanya penyakit-penyakit lainnya.(Dainty Materity, Ratna Dewi Putri 2017)

G. Kegiatan Bidan di Komunitas

1. Mengenal wilayah, struktur kemasyarakatan dan komposisi penduduk serta sistem pemerintahan desa:
 - a. Menghubungi pamong desa untuk mendapatkan peta desa.
 - b. Mengenali struktur kemasyarakatan seperti PKK, Karang Taruna, Tokoh Masyarakat, Tokoh Agama, dan kegiatan kemasyarakatan lain.
 - c. Mempelajari data penduduk.
 - d. Mempelajari peta desa.
 - e. Mencatat jumlah kepala keluarga (KK), Pasangan Usia Subur (PUS), dan jumlah penduduk menurut jenis kelamin, golongan dan umur.

2. Mengumpulkan dan menganalisis data serta mengidentifikasi masalah kesehatan untuk merencanakan penanggulangannya:
 - a. Menggambar peta desa, lokasi posyandu, pos KB desa, pos obat desa, rumah kader, rumah dukun bayi, kelompok dana sehat dan kegiatan swadaya masyarakat lain.
 - b. Mengumpulkan nama kepala keluarga (KK), dan mencatat jumlah ibu hamil, balita, bayi dan pasangan usia subur (PUS).
 - c. Mencatat jumlah ibu hamil resiko tinggi, ibu hamil yang telah mendapat imunisasi tetanus toxoid, ibu hamil yang telah mendapat tablet besi (Fe), ibu hamil yang dirujuk, ibu hamil yang diberi makanan tambahan (PMT), dan ibu hamil yang meninggal.
 - d. Mencatat jumlah pertolongan persalinan di desa baik oleh tenaga kesehatan maupun oleh dukun, jumlah ibu bersalin yang dirujuk dan ibu bersalin yang meninggal.
 - e. Mencatat jumlah pelayanan akseptor KB, jenis, kasus kejadian efek samping dan penanggulangannya.
 - f. Mencatat jumlah pelayanan bayi dan BBLR, bayi dengan cacat bawaan, bayi lahir mati, kunjungan bayi, bayi yang mempunyai kartu menuju sehat (KMS), gizi buruk, jenis imunisasi, bayi yang dirujuk dan bayi yang meninggal.
 - g. Mencatat jumlah balita yang ditimbang, balita yang diperiksa, balita yang memiliki KMS.
 - h. Mencatat kebiasaan-kebiasaan masyarakat yang merugikan kesehatan.
 - i. Mempelajari data tentang masyarakat kemudian menginterpretasikan serta menanganinya sesuai dengan kewenangan bidan.
 - j. Menyusun rencana kerja.
 - k. Menggerakkan peran serta masyarakat.

- l. Memberikan bimbingan teknis kepada kader dan memberikan pelayanan langsung di meja ke-5 pada setiap kegiatan posyandu.
- m. Melaksanakan pembinaan anak pra sekolah.
- n. Memberikan pertolongan persalinan.
- o. Memberikan pertolongan pertama pada orang sakit, kecelakaan dan kegawatdaruratan.
- p. Melaksanakan kunjungan rumah.
- q. Melatih dan membina dukun bayi.
- r. Melatih dan membina dasa wisma dalam bidang kesehatan.
- s. Menggerakkan masyarakat dalam pengumpulan dana kesehatan.
- t. Mencatat semua kegiatan yang dilaksanakan.
- u. Bekerjasama dengan staf puskesmas dan tenaga sektor lain.
- v. Menghadiri rapat staf pada lokakarya mini di Puskesmas.
- w. Melaksanakan usaha kesehatan sekolah (UKS) pada desa binaan.
- x. Merujuk penderita dengan kelainan jiwa.

H. Bidan Praktik Swasta (BPS)

Bidan Praktik Swasta (BPS) merupakan satu wahana pelaksanaan praktik bidan di masyarakat. Praktik pelayanan bidan perorangan (swasta), merupakan penyedia layanan kesehatan, yang memiliki kontribusi cukup besar dalam memberikan pelayanan, khususnya dalam meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak. Setelah bidan melaksanakan pelayanan di lapangan, untuk menjaga kualitas dan keamanan dari layanan bidan, dalam memberikan pelayanan harus sesuai dengan kewenangannya. Pihak pemerintah dalam hal ini Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota dan Organisasi Ikatan bidan memiliki kewenangan untuk pengawasan dan pembinaan kepada ridan yang melaksanakan praktik perlu melaksanakan tugasnya dengan baik.

Penyebaran dan pendistribusian bidan yang melaksanakan praktik perlu pengaturan agar terdapat pemerataan akses pelayanan yang sedekat mungkin dengan masyarakat yang membutuhkannya. Tarif dari pelayanan bidan praktik akan lebih baik apabila ada pengaturan yang jelas dan transparan, sehingga masyarakat tidak ragu ke pelayanan bidan praktik perorangan (swasta). Informasi jasa pelayanan bidan untuk masyarakat perlu pengaturan yang jelas, agar masyarakat perlu mendapatkan informasi yang jelas, sehingga konsumen bidan praktik swasta mendapatkan kepuasan akan layanan yang diterimanya.

Dari tahun ke tahun permintaan masyarakat terhadap peran aktif bidan dalam memberikan pelayanan terus meningkat. Ini merupakan bukti bahwa eksistensi bidan ditengah masyarakat semakin memperoleh kepercayaan, pengakuan dan penghargaan. Berdasarkan hal inilah, bidan dituntut untuk selalu berusaha meningkatkan kemampuan sekaligus mempertahankan dan meningkatkan kualitas pelayanannya termasuk pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi. Karena hanya melalui pelayanan berkualitas pelayanan yang baik dan terjangkau yang diberikan oleh bidan, kepuasan pelanggan baik kepada individu, keluarga dan masyarakat dapat tercapai.

Program bidan delima yang telah diluncurkan merupakan salah satu cara dalam meningkatkan kualitas pelayanan bidan praktik swasta. Tentunya akan mendukung performa dan identitas profesionalisme Bidan Praktik Swasta, diantaranya adalah:

1. Kebanggaan profesional.
2. Kualitas pelayanan meningkat.
3. Pengakuan organisasi profesi.
4. Pengakuan masyarakat.
5. Cakupan klien meningkat.
6. Pemasaran dan promosi.
7. Penghargaan bidan delima.

8. Kemudahan lainnya.

Bidan Delima adalah suatu program terobosan strategis yang mencakup:

1. Pembinaan peningkatan kualitas pelayanan bidan dalam lingkungan keluarga berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi.
2. Merk dagang/brand.
3. Mempunyai standar kualitas, unggul, khusus, bernilai tambah, lengkap, dan memiliki hak paten.
4. Rekrutmen Bidan Delima ditetapkan dengan kriteria, sistem, dan proses baku yang harus dilaksanakan secara konsisten dan berkesinambungan.
5. Menganut prinsip pengembangan diri atau self development, dan semangat tumbuh bersama melalui dorongan dari diri sendiri, mempertahankan dan meningkatkan kualitas, dapat memuaskan pasien dan keluarganya.
6. Jaringan yang mencakup seluruh Bidan Praktik Swasta dalam pelayanan keluarga berencana (KB) dan kesehatan reproduksi.

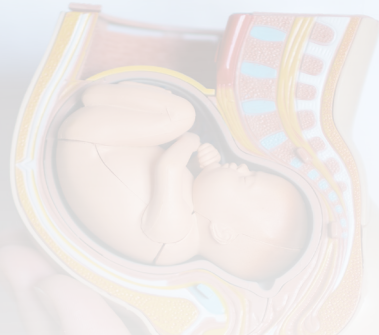


Gambar 2. Logo Bidan Delima

7. Makna yang ada pada Logo Bidan Delima adalah:
 - a. Bidan: Petugas Kesehatan yang memberikan pelayanan yang berkualitas, ramah-tamah, aman-nyaman, terjangkau dalam bidang kesehatan reproduksi, keluarga berencana dan kesehatan umum casar selama 24 jam.

- b. Delima: Buah yang terkenal sebagai buah yang cantik, indah, terisi biji dan cairan manis yang melambangkan kesuburan reproduksi.
- c. Merah: Warna yang melambangkan keberanian dalam menghadapi tantangan dan pengambilan keputusan yang cepat, dalam membantu masyarakat.
- d. Hitam: warna yang melambangkan ketegasan dan kesetiaan dan melayani kaum perempuan (ibu dan anak) tanpa membedakan.
- e. Putih: Melambangkan pelayanan bidan yang manusiawi, penuh kasih sayang (sayang Ibu dan sayang Bayi) dalam semua tindakan/ intervensi pelayanan.

Bidan Delima melambangkan pelayanan berkualitas dalam Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana yang berlandaskan kasih sayang, sopan santun, ramah-tamah, sentuhan yang manusiawi, terjangkau, dengan tindakan kebidanan sesuai standar dan kode etik profesi. Logo/ branding/ merk Bidan Delima menandakan bahwa BPS tersebut telah memberikan pelayanan yang berkualitas yang telah diuji/di akreditasi sesuai dengan standar yang telah ditetapkan, memberikan pelayanan yang berorientasi pada kebutuhan dan kepuasan pelanggannya (service excellence). Pada akhirnya diharapkan Bidan Delima Dapat menjadikan bidan praktik swasta yang mampu memberikan pelayanan berkualitas terbaik dalam bidang kesehatan reproduksi dan keluarga berencana, bersahabat dan peduli terhadap kepentingan pelanggan, serta memenuhi bahkan melebihi harapan pelanggan



BAB 4

ASPEK PERLINDUNGAN HUKUM BAGI BIDAN DI KOMUNITAS

A. Standar Pelayanan Kebidanan

1. Standar I (Falsafah dan Tujuan)

Pelayanan kebidanan dalam pengelolaannya memiliki visi, misi, filosofi, serta organisasi pelayanan sebagai dasar untuk melaksanakan tugas pelayanan efektif dan efisien.

Definisi operasional:

- a. Pada pengelolanya pelayanan kebidanan memiliki visi, misi dan filosofi pelayanan kebidanan yang mengacu pada visi, misi dan filosofi masing-masing.
- b. Terdiri atas struktur organisasi yang menggambarkan gambar komando, fungsi, dan tanggung jawab serta kewenangan dalam pelayanan kebidanan dan hubungan dengan unit lain di disahkan oleh pimpinan.
- c. Mempunyai uraian tertulis untuk setiap tenaga yang ada organisasi yang disahkan oleh pimpinan.

d. Mempunyai bukti tertulis adanya tenaga yang menjadi jabatan pada organisasi yang disahkan oleh pimpinan.

2. Standar II (Administrasi dan Pengelolaan)

Pelayanan kebidanan dalam pengelolaannya memiliki ped standar pelayanan, prosedur tetap, dan pelaksanaan keg pengelolaan pelayanan yang kondusif yang memungkinkan kerja praktik pelayanan kebidanan akurat.

Definisi operasional

- a. Mempunyai pedoman pengelolaan pelayanan yang mencerminkan mekanisme kerja di unit pelayanan tersebut yang disahkan oleh pimpinan.
- b. Mempunyai standar pelayanan yang dibuat mengacu pada pedoman standar alat, standar ruangan, standar ketenangan yang telah disahkan oleh pimpinan.
- c. Mempunyai prosedur tetap untuk setiap jenis kegiatan/ tindakan kebidanan yang disahkan oleh pimpinan.
- d. Mempunyai rencana / program kerja di setiap institusi pengelolaan yang mengacu ke institusi induk.
- e. Mempunyai bukti tertulis terselenggaranya pertemuan berkala secara teratur dilengkapi dengan daftar hadir dan notulen rapat.
- f. Mempunyai naskah kerja sama, program praktik dari institusi yang menggunakan latihan praktik, program, pengajaran klinik, dan penilaian klinik. Ada bukti administrasi yang meliputi buku registrasi.

3. Standar III (Staf dan Pimpinan)

Pelayanan kebidanan dalam pengelolaannya mempunyai program pengelolaan sumber daya manusia (SDM) agar pelayanan kebidanan berjalan efektif dan efisien. Definisi operasional

- a. Mempunyai program kebutuhan SDM sesuai dengan kebutuhan.
- b. Mempunyai jadwal pengaturan kerja harian.

- c. Mempunyai jadwal dinas yang menggambarkan kemampuan tiap-tiap per unit yang menduduki tanggung jawab dan kemampuan yang dimiliki oleh bidan.
- d. Mempunyai seorang bidan pengganti dengan peran dan fungsi yang jelas dan kualifikasi minimal selaku kepala ruangan jika kepala ruangan berhalangan bertugas.
- e. Mempunyai data personil yang bertugas di ruangan tersebut.

4. Sumber IV (Fasilitas dan Peralatan)

Tersedia sarana dan peralatan untuk mendukung pencapaian tujuan pelayanan kebidanan sesuai dengan tugasnya dan fungsi institusi pelayanan.

Definisi operasional

- a. Tersedia peralatan yang sesuai dengan standard an ada mekanisme keterlibatan bidan dalam perencanaan dan pengembangan sarana dan prasarana.
- b. Ada bukti inventaris peralatan yang mencerminkan jumlah barang dan kualitas barang.
- c. Ada pelatihan khusus untuk bidan tentang penggunaan alat tertentu.
- d. Ada prosedur permintaan dan penghapusan barang.

5. Standar V (Kebijaksanaan dan Prosedur)

Pengelola pelayanan kebidanan memiliki kebijakan dalam penyelenggaraan pelayanan dan pembinaan pegawai menuju pelayanan yang berkualitas.

Definisi operasional

- a. Mempunyai kebijaksanaan tertulis tentang prosedur pelayanan dan standar pelayanan yang disahkan oleh pimpinan.
- b. Mempunyai prosedur personalia: penerimaan pegawai kontrak kerja, hak dan kewajiban personalia.

- c. Mempunyai personalia pengajuan cuti pegawai, istirahat, sakit, dan lain-lain.
 - d. Mempunyai prosedur pembinaan pegawai.
6. Standar VI (pengembangan Staf dan Program Pendidikan)
- Pelayanan kebidanan dalam pengelolaannya memiliki program pengembangan staf dan perencanaan pendidikan, sesuai dengan kebutuhan pelayanan.

Definisi operasional

- a. Ada program pembinaan staf dan program pendidikan setiap berkesinambungan.
 - b. Ada program pelatihan dan orientasi bagi tenaga bidan/ pegawai baru dan lama agar dapat beradaptasi dengan pekerjaan.
 - c. Ada data hasil identifikasi kebutuhan pelatihan dan evaluasi hasil pelatihan.
7. Standar VII (Standar Asuhan)

Pengelola pelayanan kebidanan memiliki standar asuhan/ manajemen kebidanan yang diterapkan sebagai pedoman dalam memberi pelayanan kepada pasien.

Definisi operasional

- a. Ada standar manajemen kebidanan (SMK) sebagai pedoman dalam memberi pelayanan kebidanan.
- b. Ada format manajemen kebidanan yang terdaftar pada catatan medik.
- c. Ada pengkajian asuhan kebidanan bagi setiap klien.
- d. Ada diagnosis kebidanan.
- e. Ada rencana asuhan kebidanan.
- f. Ada dokumen tertulis tentang tindakan kebidanan.
- g. Ada evaluasi dalam memberi asuhan kebidanan.
- h. Ada dokumentasi untuk kegiatan manajemen kebidanan.

8. Standar VIII (Evaluasi dan Pengendalian Mutu)

Pengelola pelayanan kebidanan memiliki program dan pelaksanaan evaluasi dan pengendalian mutu pelayanan kebidanan yang dilaksanakan secara berkesinambungan.

Definisi operasional:

- a. Ada program atau rencana tertulis peningkatan mutu pelayanan kebidanan.
- b. Ada program atau rencana tertulis untuk melakukan penilaian terhadap standar asuhan kebidanan.
- c. Ada bukti tertulis dari risalah rapat sebagai hasil dari kegiatan / pengendalian mutu asuhan dan pelayanan kebidanan.
- d. Ada bukti tertulis tentang pelaksanaan evaluasi pelayanan dan rencana tindak lanjut.
- e. Ada laporan hasil evaluasi yang dipublikasikan secara teratur kepada semua staf pelayanan kebidanan.

B. Kode Etik

Kode etik merupakan suatu cirri profesi yang bersumber dari nilai- nilai internal dan eksternal suatu disiplin ilmu dan merupakan pernyataan komprehensif suatu profesi yang memberi tuntutan bagi anggota dalam melaksanakan pengabdian profesi. Kode etik bidan Indonesia mengandung beberapa kekuatan yang semuanya tertuang dalam mukadimah, tujuan, dan pasal-pasal nya. Kode etik bidan Indonesia pertama kali disusun pada tahun 1986 dan disahkan dalam Kongres Nasional Ikatan Bidan Indonesia X tahun 1988. Petunjuk pelaksanaannya disahkan dalam Rapat Kerja Nasional IBI tahun 1991, kemudian disempurnakan dan disahkan pada Kongres Nasional IBI XII tahun 1989.

Kode etik terdiri dari 7 bab yang diuraikan sebagai berikut.

1. Kewajiban bidan terhadap klien dan masyarakat.
2. Kewajiban bidan terhadap tugasnya.
3. Kewajibanbidan terhadap sejawat dan tenaga kesehatan lainnya.

4. Kewajiban bidan terhadap profesinya.
5. Kewajiban bidan terhadap diri sendiri.
6. Kewajiban bidan terhadap pemerintah, bangsa, dan tanah air
7. Penutup.

Kewajiban bidan yang diatur dalam pengabdian profesinya yaitu terdiri dari:

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

- b. Bidan berhak memberi pertolongan dan mempunyai wewenang dalam mengambil keputusan mengadakan konsultasi atau rujukan.
 - c. Bidan harus menjamin kerahasiaan atas keterangan yang dapat dan/ atau dipercayakan kepadanya, kecuali jika dimintai oleh pengadilan atau diperlukan sehubungan kepentingan klien.
3. Kewajiban bidan terhadap teman sejawat dan tenaga kesehatan lainnya.
- a. Bidan harus menjalin hubungan dengan sejawatnya untuk menciptakan suasana kerja yang serasi.
 - b. Bidan dalam melaksanakan tugasnya harus saling menghormati baik terhadap sejawat maupun tenaga kesehatan lainnya.
4. Kewajiban bidan terhadap profesi.
- a. Bidan harus menjaga nama baik dan menjunjung tinggi citra profesinya dengan menampilkan kepribadian yang tinggi dan memberi pelayanan yang bermutu kepada masyarakat.
 - b. Bidan harus senantiasa mengembangkan diri dan meningkatkan kemampuan profesinya sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.
 - c. Bidan senantiasa berperan serta dalam kegiatan penelitian dan kegiatan sejenisnya yang dapat meningkatkan mutu dan citra profesinya.
5. Kewajiban bidan kepada diri pribadi.
- a. Bidan harus memelihara kesejahteraannya agar dapat melaksanakan tugas profesinya dengan baik.
 - b. Bidan harus berusaha secara terus menerus untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

6. Bidan terhadap pemerintah, nusa, bangsa, dan tanah air berkewajiban:
 - a. Dalam menjalankan tugasnya, senantiasa melaksanakan ketentuan pemerintah dalam bidang kesehatan, khususnya dalam pelayanan KIA/ KB, kesehatan keluarga dan masyarakat.
 - b. Melalui profesinya berpartisipasi dan menyumbangkan pemikirannya kepada pemerintah untuk meningkatkan mutu jangkauan pelayanan kesehatan terutama pelayanan kesehatan terutama pelayanan KIA / KB dan kesehatan keluarga.

C. Standar Asuhan Kebidanan

Standar asuhan kebidanan dapat dilihat dari ruang lingkup standar pelayanan kebidanan yang meliputi 24 standar dan dikelompokkan sebagai standar pelayanan umum, standar pelayanan antenatal, standar pertolongan persalinan, standar pelayanan nifas, dan standar penanganan kegawatdaruratan obstetric neonates.

1. Standar Pelayanan Umum

- a. Standar 1 (persiapan untuk kehidupan keluarga sehat)
Bidan memberikan penyuluhan dan nasehat kepada kepada perorangan, keluarga, dan masyarakat terhadap segala hal yang berkaitan dengan kehamilan, termasuk penyuluhan kesehatan umum, gizi, keluarga berencana, kesiapan dalam menghadapi kehamilan dan menjadi calon orang tua, menghindari kebiasaan yang tidak baik dan mendukung kebiasaan yang baik.
- b. Standar 2 (pencatatan dan pelaporan)
Bidan melakukan pencatatan semua kegiatan yang dilakukannya, yaitu registrasi semua ibu hamil di wilayah kerja, rincian pelayanan yang diberikan kepada setiap ibu hamil/ bersalin / nifas dan bayi baru lahir, semua kunjungan rumah dan penyuluhan kepada masyarakat. Di samping itu, bidan hendaknya mengikutsertakan kader untuk mencatat ibu hamil dan meninjau upaya masyarakat yang berkaitan dengan ibu dan bayibaru lahir.

2. Standar Pelayanan Antenatal

a. Standar 3 (identifikasi ibu hamil)

Bidan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberi penyuluhan dan motivasi ibu, suami dan anggota keluarganya agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini dan secara teratur.

b. Standar 4 (pemeriksaan dan pemantauan antenatal)

Bidan memberi sedikitnya 4 kali pelayanan antenatal dan pemantauan ibu dan janin secara saksama untuk menilai apakah perkembangan janin berlangsung normal. Bidan juga harus mengenal kehamilan risikotinggi atau kelainan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, penyakit menular seksual (PMS) atau infeksi HIV. Bidan memberi pelayanan imunisasi, nasihat, dan penyuluhan kesehatan, serta tugas terkait lainnya yang diberikan oleh puskesmas. Mereka harus mencatat data yang tepat saat kunjungan. Jika ditemukan kelainan, mereka harus mampu mengambil tindakan yang diperlukan dan merujuknya untuk tindakan selanjutnya.

c. Standar 5 (palpasi abdomen)

Bidan melakukan pemeriksaan abdomen secara saksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan. Jika usia kehamilan bertambah, memeriksa posisi, bagian terendah janin, dan masuknya kepala janin kedalam rongga panggul untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.

d. Standar 6 (pengelolaan anemia pada kehamilan)

Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan, dan atau rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

- e. Standar 7 (pengelolaan tinggi hipertensi pada kehamilan)
Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda serta gejala pre-eklamsia lainnya serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya.
 - f. Standar 8 (persiapan persalinan)
Bidan memberi saran yang tepat kepada ibu hamil, suami, serta keluarganya pada trimester ke-3, untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik. Bidan transportasi dan biaya untuk merujuk jika terjadi keadaan gawat-darurat. Bidan hendaknya melakukan kunjungan rumah untuk persiapan persalinan.
3. Standar pertolongan persalinan
- a. Standar 9 (asuhan saat persalinan)
Bidan menilai secara tepat bahwa persalinan sudah dimulai. Kemudian memberi asuhan dan pemantauan yang memadai dengan memerhatikan kebutuhan klien selama proses persalinan berlangsung.
 - b. Standar 10 (persalinan yang aman)
Bidan melakukan pertolongan persalinan yang aman, dengan sikap sopan dan penghargaan terhadap klien serta memerhatikan tradisi setempat.
 - c. Standar 11 (pengeluaran plasenta dan peregangan tali pusat)
Bidan melakukan penegangan tali pusat dengan benar dan membantu pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap.
 - d. Standar 12 (penanganan kala II dengan gawat janin melalui episiotomi)
Bidan mengenali secara tepat tanda-tanda gawat janin pada kala II yang, dan segera melakukan episiotomi dengan aman untuk memperlancar persalinan, diikuti dengan penjahitan perineum.

4. Standar Pelayanan Nifas

Bidan memeriksa dan menilai bayi baru lahir untuk memastikan pernapasan secara spontan, mencegah hipoksia sekunder, menentukan kelainan, dan melakukan tindakan atau merujuk sesuai dengan kebutuhan. Bidan juga harus mencegah atau menangani hipotermia.

a. Standar 13 (penanganan pada 2 jam pertama setelah persalinan)

Bidan melakukan pemantauan ibu dan bayi terhadap terjadinya komplikasi dalam 2 jam setelah persalinan, serta melakukan tindakan yang diperlukan. Disamping itu, bidan memberi penjelasan tentang hal-hal yang mempercepat pemulihan kesehatan ibu, dan membantu ibu untuk memulai pemberian ASI.

b. Standar 14 (pelayanan bagi ibu dan bayi pada masa nifas)

Bidan memberi pelayanan selama masa nifas melalui kunjungan rumah pada minggu ke-2 dan minggu ke-6 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 memberi penjelasan tentang kesehatan secara umum, kebersihan perorangan, makanan bergizi, perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI, imunisasi, dan KB.

5. Standar Penanganan Kegawatan Obstetri dan Neonatus

a. Standar 15 (penanganan perdarahan pada kehamilan)

Bidan mengenali secara tepat tanda dan gejala perdarahan pada kehamilan, serta melakukan pertolongan pertama dan merujuknya.

b. Standar 16 (penanganan kegawatan pada eklamsi)

Bidan mengenali secara tepat tanda dan gejala eklamsi yang mengancam, serta merujuk dan atau memberi pertolongan pertama.

- c. Standar 17 (penanganan kegawatan pada partus lama atau macet)
- d. Standar 18 (persalinan dengan forceps rendah)
Bidan mengenali kapan diperlukan ekstraksi forceps rendah, menggunakan forceps secara benar dan menolong persalinan secara aman bagi ibu dan bayinya.
- e. Standar 19 (persalinan dengan penggunaan vakum ekstraktor)
Bidan mengenali kapan diperlukan ekstraksi vakum, melakukannya secara benar dalam memberikan pertolongan persalinan dengan memastikan keamanannya bagi ibu dan janin / bayinya.
- f. Standar 20 (penangan retensio plasenta)
Bidan mampu mengenali retensio plasenta dan memberikan pertolongan pertama, termasuk plasenta manual dan penanganan perdarahan, sesuai kebutuhan.
- g. Standar 21 (penanganan perdarahan pascapartum primer)
Bidan mampu mengenali perdarahan yang berlebihan dalam 24 jam pertama setelah persalinan (perdarahan pascapartum primer) dan segera melakukan pertolongan pertama untuk menngendalikan perdarahan.
- h. Standar 22 (penanganan perdarahan pascapartum sekunder)
Bidan mampu mengenali secara tepat dan dini tanda serta gejala perdarahan pascapartum ssekunder dan melakukan pertolongan pertama untuk menyelamatkan jiwa ibu dan/ merujuknya.
- i. Standar 23 (penanganan sepsis puerperium)
Bidan mampu mengenali secara tepat tanda dan gejala sepsis puerperium serta melakukan pertolongan pertama atau merujuknya.
- j. Standar 24 (penanganan asfiksia)
Bidan mampu mengenali dengan tepat bayi baru lahir dengan asfiksia, serta melakukan resusitasi secepatnya, mengusahakan bantuan medis yang diperlukan dan memberi perawatan lanjutan.

D. Registrasi Praktik Bidan

Registrasi praktik bidan berpedoman pada Permankes No. 900/SK/VII/2002 yang terkandung dalam beberapa pasal diantaranya.

Pasal 2

- (1) Pimpinan penyelenggaraan pendidikan bidan wajib menyampaikan laporan secara tertulis kepada dinas kesehatan provinsi mengenai peserta didik yang baru lulus, selambat-lambatnya 1 bulan setelah dinyatakan lulus.
- (2) Bentuk dan isi laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam formulir terlampir.

Pasal 3

- (1) Bidan yang baru lulus mengajukan permohonan dan mengirimkan kelengkapan registrasi kepada kepala dinas kesehatan provinsi dimana institusi pendidikan berada guna memperoleh SIB selambat-lambatnya 1 bulan setelah menerima ijazah bidan.
- (2) Kelengkapan registrasi sebagaimana dimaksud pada ayat 1, antara lain meliputi:
 - a. Fotokopi ijasah bidan;
 - b. Fotokopi traskrip nilai akademik;
 - c. Surat keterangan sehat dari dokter;
 - d. Pas foto ukuran 4x6 sebanyak 2 lembar.
- (3) Bentuk permohonan SIB sebagaimana dimaksud pada ayat 1 tercantum dalam formulir 2 terlampir.

Pasal 4

- (1) Kepala Dinas kesehatan provinsi atas nama menteri kesehatan melakukan registrasi berdasarkan permohonan sebagaimana dimaksud dalam pasal 3 untuk menerbitkan SIB.
- (2) SIB sebagaimana dimaksud pada ayat 1 dikeluarkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi atas nama menteri kesehatan, dalam waktu

selambat-lambatnya 1 bulan sejak permohonan diterima dan berlaku secara nasional.

- (3) Bentuk dan isi SIB sebagaimana tercantum dalam formulir 3 terlampir.

Pasal 5

- (1) Kepala dinas kesehatan provinsi harus membuat pembukuan registrasi mengenai SIB yang telah diterbitkan.
- (2) Kepala dinas kesehatan provinsi menyampaikan laporan secara berkala kepada Menteri Kesehatan melalui Sekretariat Jenderal
- (3) Kepala Biro Departemen Kesehatan dengan tembusan organisasi profesi mengenai SIB yang telah diterbitkan untuk kemudian secara berkala akan diterbitkan dalam buku registrasi nasional.

Pasal 6

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

- (8) Bentuk permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) sebagaimana tercantum dalam formulir IV terlampir.

Pasal 7

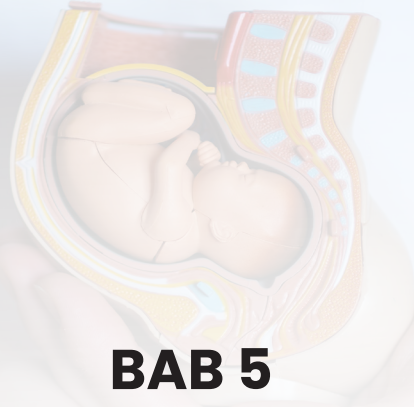
- (1) SIB berlaku selama 5 tahun dan dapat diperbarui serta merupakan dasar untuk menerbitkan SIB.
- (2) Pembahasan SIB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diajukan kepada kepala dinas kesehatan provinsi dimana bidang praktik dengan melampirkan:
 - c. SIB yang telah habis masa berlakunya;
 - d. Surat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

E. Kewenangan Bidan Komunitas

Wewenang bidan dalam memberi pelayanan di komunitas.

1. Meliputi pelayanan kepada wanita, pada masa pranikah termasuk remaja putrid, prahamil, kehamilan, persalinan, nifas, dan menyusui.
2. Pelayanan kesehatan pada anak, yaitu pada masa bayi, balita, dan anak prasekolah meliputi hal-hal berikut.
 - a. Pemberian obat yang bersifat sementara pada penyakit ringan.
 - b. Pemeriksaan dan perawatan bayi baru lahir.
 - c. Penyuluhan kepada ibu tentang pemberian ASI eksklusif.
 - d. Pemantauan tentang balita.
3. Beberapa tindakan yang termasuk dalam kewenangan bidan antara lain sebagai berikut.
 - a. Memberi imunisasi pada wanita usia subur, termasuk remaja putri, calon pengantin, dan bayi.
 - b. Memberi suntikan pada penyulit kehamilan, meliputi oksitoksin sebagai pertolongan pertama sebelum dirujuk.

- c. Melakukan tindakan amniotomi pada kala aktif dengan letak belakang kepala dan diyakini bayi dapat lahir per vagina.
 - d. KBI dan KBE untuk menyelamatkan jiwa ibu.
 - e. Ekstraksi vakum pada bayi dengan kepala di dasar panggul.
 - f. Mencegah hipotermia pada bayi baru lahir.
 - g. Resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia.
4. Memberi pelayanan KB
 5. Pemberian surat keterangan kelahiran dan kematian.
 6. Kewajiban bidan dalam menjalankan kewenangannya, seperti:
 - a. Meminta persetujuan yang akan dilakukan.
 - b. Memberi informasi.
 - c. Melakukan rekam medis.
 7. Pemberian uterotonika saat melakukan pertolongan persalinan.
 8. Pelayanan dan pengobatan kelainan ginekologi ringan.
 9. Penyediaan dan penyerahan obat-obatan.
 - a. Bidan menyediakan obat maupun obat suntik sesuai dengan ketentuan yang sudah ditetapkan
 - b. Bidan diperkenankan menyerahkan obat kepada pasien sepanjang untuk keperluan darurat.(Mitra and pinem 2016)



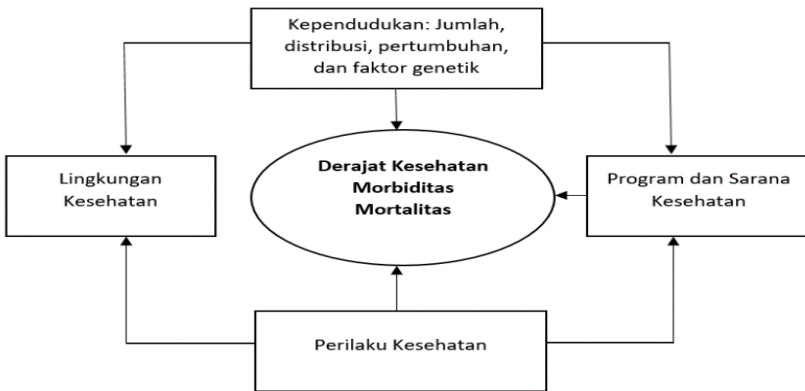
BAB 5

ANALISIS SITUASI DAN SOSIAL DALAM ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS

A. Analisis Situasi

Analisis situasi merupakan proses sistematis untuk melihat fakta, data atau kondisi yang ada dalam suatu lingkup wilayah. Dalam setiap proses analisis situasi selalu didasarkan pada tiga W: yaitu Who (siapa), Where (di mana), dan When (kapan).

Analisis situasi bertujuan untuk melihat apakah suatu fakta atau data bermasalah atau tidak. Dengan melakukan analisis situasi dapat ditemukan masalah kesehatan dan faktor-faktor apa saja yang memengaruhinya. Blum (1974) seperti dikutip oleh Azwar (1983) menggambarkan faktor-faktor yang memengaruhi derajat kesehatan seperti terlihat pada



Gambar 3. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Derajat Kesehatan

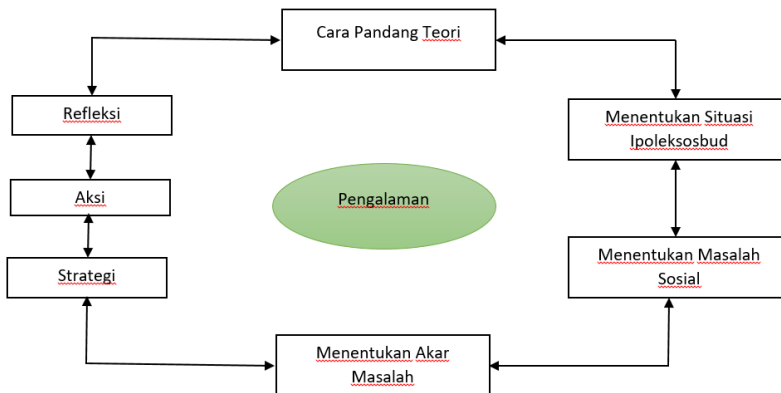
1. Berdasarkan Survei Demografi Kesehatan Indonesia tahun 2000, penyakit anemia pada ibu hamil menduduki urutan pertama, yaitu 9,8%. Telah dilakukan analisis terhadap data tersebut, ternyata ada Beberapa faktoryang memengaruhi menga angka kejadian anemia pada ibu hamil masih menduduki urutan pertama, program pemberian tablet tambah darah bagi ibu hamil telah dilakukan. Fakta tersebut di antaranya, yaitu hampir semua petugas kesehatan tidak memberikan informasi mengenai cara meminum tablet tambah darah (Fe) yang benar, kare yang didapati di lapangan adalah ibu menggunakan teh ketika mengonsumsi tab Fe, padahal dari hasil penelitian diketahui bahwa teh mengandung suatu zat yang disebut pitat, di mana pitat dapat menyebabkan metabolisme Fe tidak sempu sehingga tidak ada Fe yang disimpan dalam tubuh.

Analisis sosial adalah serangkaian kegiatan membedakan suatu masalah dari berbagai sudut pandang, memetakan situasi yang berhubungan dengan masalah, dan selanjutnya mengidentifikasi dasar-dasar penyelesaiannya.

Analisis sosial merupakan upaya untuk memperoleh gambaran situasi sosial dengan menggali hubungan-hubungan historis dan struktural secara lengkap. Analisis sosial berfungsi untuk mengidentifikasi persoalan kesehatan terutama yang berhubungan

dengan faktor determinan dan merumuskan masalah, mencari akar permasalahan, dan mencari pemecahan yang tepat.

Untuk mencari strategi yang tepat dalam mencari pemecahan masalah, perlu diketahui unsur-unsur tentang cara pandang masyarakat atau provider terhadap permasalahan; bagaimana situasi ideologi, politik, ekonomi, sosial, budaya yang berlaku di masyarakat; sumber akar permasalahan; strategi pemecahan; melakukan aksi dari strategi yang sudah ditentukan dan melakukan refleksi evaluasi terhadap strategi tersebut. Unsur-unsur tersebut dapat digambarkan menjadi suatu siklus yang disebut sebagai siklus analisis sosial, seperti terlihat pada gambar 4.



Gambar 4. Siklus Analisis Sosial Sumber (Pudiastuti 2011)

B. Teknik-Teknik Participatory Rural Appraisal (PRA)

Participatory rural appraisal (PRA) merupakan sekumpulan pendekatan dan metod yang mendorong masyarakat pedesaan untuk turut serta dalam meningkatkan dan menganalisis masalah-masalah kesehatan. Teknik-teknik PRA dikembangkan dengan menggunakan prinsip mengutamakan yang terbaik (keberpihakan), pemberdaya masyarakat, masyarakat sebagai pelaku dan orang luar sebagai fasilitator, sali belajar dan menghargai perbedaan, bersifat informal, triangulasi (check and re-check mengoptimalkan hasil, berorientasi pada hal-hal praktis (implementasi),

pro berkelanjutan, belajar dari kesalahan, dan bersifat terbuka. Adapun teknik-teknik yang sering digunakan dalam PRA adalah sebagai berikut.

- Pemetaan {mapping}.
- Kalender musim.
- Diagram ven.
- Pohon masalah.
- Wawancara semi-terstruktur.

1. Pemetaan (Mapping)

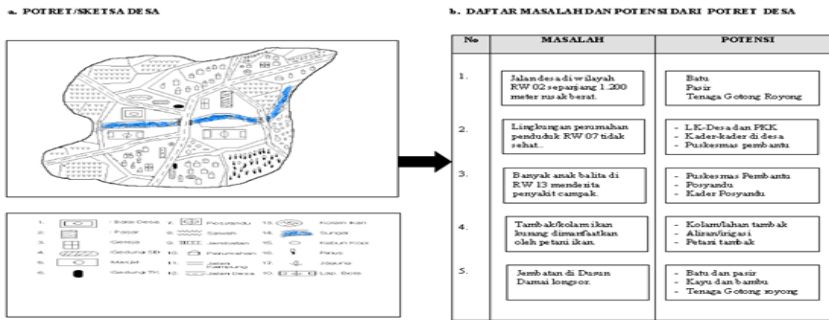
Pemetaan (mapping) merupakan gambaran kondisi suatu wilayah (desa, dusun, kota, kabupaten, provinsi) yang dilakukan oleh petugas kesehatan bersama dengan masyarakat, dengan tujuan untuk memfasilitasi masyarakat dalam mengungkapkan keadaan wilayah tersebut beserta lingkungannya. Hasil dari mapping adalah peta atau sketsa sumber daya umum ataupun peta dengan topik tertentu.

Langkah-langkah dalam melakukan pemetaan adalah sebagai berikut.

- a. Buatlah kesepakatan tentang topik peta (umum atau topikal) serta wilayah yang akan digambar.
- b. Buatlah kesepakatan tentang simbol-simbol yang akan digunakan.
- c. Menyiarkan bahan yang akan dibutuhkan.
- d. Gambarlah bersama masyarakat batasan-batasan wilayah dan beberapa titik tertentu.
- e. Ajaklah masyarakat untuk melengkapi peta dengan rinci sesuai topik.
- f. Diskusikan lebih lanjut bersama masyarakat tentang keadaan, masalah, serta sebab dan akibatnya.
- g. Ajaklah masyarakat untuk menyimpulkan hasil-hasil yang dibahas dalam diskusi.

- h. Tim yang bertugas sebagai pencatat proses mendokumentasikan semua hasil diskusi dan peta dicatat kembali di atas kertas.

Contoh:



Gambar 5. Contoh Mapping Desa

2. Diagram Ven (Diagram Pie)

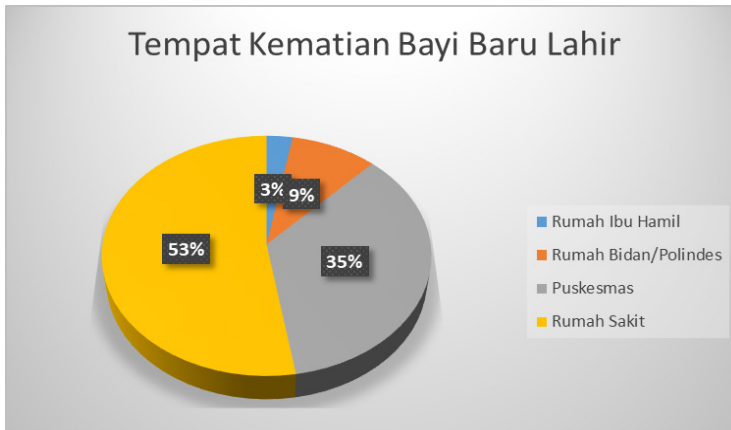
Diagram ven merupakan bagan hubungan kelembagaan dalam diagram ven dilakukan. kajian terhadap hubungan antar-masyarakat dengan lembaga-lembaga yang terdapat di lingkungannya. Diagram ven juga menunjukkan besarnya manfaat, pengaruh, dan dekatnya hubungan suatu lembaga dengan masyarakat.

Penggunaan diagram ven bertujuan untuk memfasilitasi diskusi masyarakat: mengenai keberadaan, manfaat, dan peranan berbagai lembaga di desa; memfasilitasi diskusi mengenai hubungan antara lembaga di desa; memfasilitasi diskusi mengenai keterlibatan masyarakat dalam kegiatan lembaga tersebut.

Informasi yang dikaji dalam diagram ven dibedakan menjadi dua, yaitu sebagai berikut.

- Lembaga secara umum adalah semua lembaga dalam masyarakat (lembaga - lembaga lokal/tradisional, lembaga pemerintah, dan lembaga swasta).
- Lembaga-lembaga khusus yang didasarkan kepada kebutuhan masyarakat, seperti lembaga kesehatan dan pendidikan.

Adapun manfaat kajian hubungan antar- lembaga adalah memperkenalkan keberadaan lembaga-lembaga di desa yang jarang dikenal oleh masyarakat, dan memahami cara masyarakat membuat prioritas terhadap kegiatan lembaga-lembaga tersebut.



Gambar 6. Contoh Diagram Ven untuk Informasi dari Lembaga Kesehatan tentang Tempat Kematian Bayi Baru Lahir

3. Pohon Masalah

Teknik dengan menggunakan pohon masalah disebut juga dengan teknik analisis masalah. Teknik ini sering digunakan dalam masyarakat sebab sangat visual dan melibatkan banyak orang. Individu yang terlibat adalah masyarakat setempat yang mengetahui secara mendalam masalah yang ada. Teknik analisis ini menggunakan daur suatu permasalahan.

Secara garis besar dapat disimpulkan bahwa dalam menggunakan teknik analisis masalah, dapat ditempuh melalui langkah-langkah berikut.

- Identifikasi masalah utama yang perlu dipecahkan.
- Identifikasi penyebab masalah.
- Mengelompokkan sebab-sebab permasalahan.
- Identifikasi tingkat penyebab.

- e. Menentukan tujuan dan harapan.
- f. Memprioritaskan penyebab yang paling mendesak.
- g. Memprioritaskan harapan yang paling efektif, mudah, dan realistis untuk dicapai.
- h. Menyusun rencana kegiatan tentang what, who, where, when, why, dan how.

Contoh hasil analisis masalah dengan masalah terkait dengan program pelayanan KIA tentang persalinan tidak di fasilitas pelayanan kesehatan terlihat pada gambar 7.



Gambar 7. Pohon masalah program pelayanan KIA tentang persalinan tidak di fasilitas pelayanan kesehatan

4. Wawancara Semi-terstruktur

Wawancara semi-terstruktur merupakan salah satu bentuk wawancara kualitatif tersusun dan menggunakan kuesioner yang bersifat terbuka. Kuesioner tersebut memunculkan pertanyaan-pertanyaan spesifik seputar masalah yang ada. Wawancara semi-terstruktur hampir sama dengan wawancara yang dilakukan untuk survei yang terstruktur. Sifat dari wawancara terstruktur adalah terbuka (menggunakan pertanyaan yang bersifat terbuka). Urutan pertanyaan tidak ditentukan terlebih dahulu, pewawancara mempunyai hak penuh atas pertanyaan yang

diajukan, dan dapat menanyakan bebe pertanyaan tambahan untuk mempelajari topik lebih terperinci.

Keterbatasan dari wawancara terstruktur adalah sebagai berikut.

- a. Tidak menghasilkan data kuantitatif.
- b. Sulit untuk menggunakan teknik wawancara yang bersifat kualitatif karena berdasarkan probability samples (nilai subjektifitasnya tinggi).
- c. Informasi baru yang didapatkan dapat didasarkan pada penilaian pribadi pewawancara.

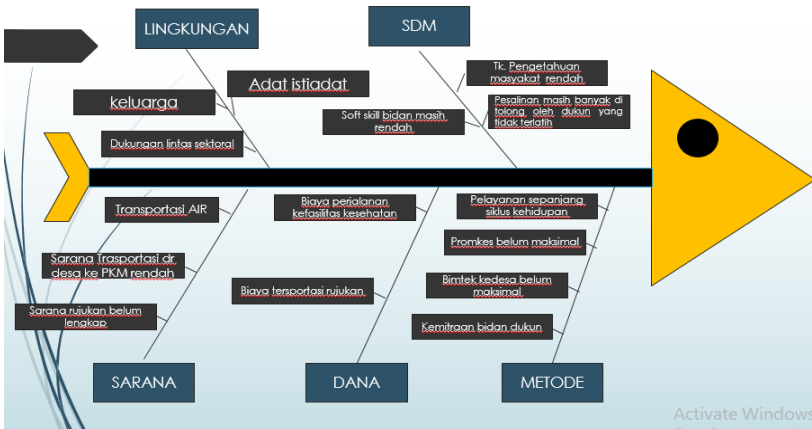
Selain teknik di atas, teknik diagram tulang ikan dapat digunakan dalam participatory rural appraisal. Diagram tulang ikan merupakan teknik dengan menggunakan pendekatan secara manajemen, yaitu dengan menggunakan 5M (Metoda, Mesin, Materi, Manusia, dan Money).

Diagram dengan kerangka tulang ikan atau *fishbone* atau dikenal dengan diagram *Ishikawa* sesuai dengan nama penemunya yaitu Prof. Kauru Ishikawa dari Universitas Tokyo tahun 1943. Penggunaan diagram *fishbone* digunakan untuk mengetahui factor-faktor yang menjadi penyebab dari masalah dengan mengetahui hubungan sebab dan akibat dari suatu masalah akan mempermudah dalam tindakan pemecahan masalah akan mudah di tentukan. Dalam pembuatan diagram dilakukan dengan teknik sumbang saran, untuk penentuan masalah dilakukan dengan analisis pareto histogram atau peta kendali (control chart). Diagram tulang ikan atau *fishbone* dibuat dimana bagian kepala merupakan akibat atau permasalahan sedangkan tulang ikan diletakan sebagai factor-faktor penyebab. Untuk penjabaran yang lebih rinci dengan mengajukan pertanyaan “mengapa” secara terus-menerus, kemudian dalam pengolongan dalam garis besar factor-faktor penyebab dapat diuraikan sebagai berikut:

- d. Bahan (material)
- e. Alat (machine)

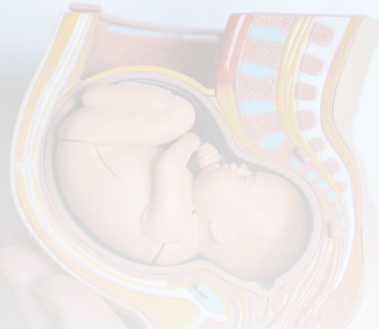
- f. Manusia (man)
- g. Cara (method) dan
- h. Lingkungan (environment)

Dalam membuat diagram tulang ikan atau *fishbone* berdasarkan kan pengelompokan sebab-sebab tersebut dengan diagram tulang ikan atau *fishbone* tipe rangkuman sebab. Diagram tulang ikan atau *fishbone* dapat dilihat pada contoh gambar 1 teknik analisis isu angka kematian ibu.



Gambar 8. Teknik Analisis Isu Angka Kematian Ibu dengan Fishbone

Pada gambar analisis angka kematian ibu dengan menggunakan pendekatan analisis fishbone memperlihatkan bahwa ada 5 masalah yang besar yang harus diselesaikan dan terutama dalam mengatasi atau menurunkan angka kematian ibu yakni dalam hal metode, sumber daya manusia, dana, sarana dan lingkungan.



BAB 6

MENINGKATKAN PENGETAHUAN IBU HAMIL MELALUI KELAS IBU HAMIL

A. Pengertian Kelas Hamil

Kelas ibu hamil merupakan kelompok belajar bagi ibu yang telah hamil dengan jumlah peserta biasanya maksimal 10 orang. Kelas ibu hamil memiliki banyak manfaat pada ibu hamil seperti menjadi tempat ibu hamil untuk belajar tentang kehamilannya, berdiskusi, berbagi pengalaman tentang kesehatan ibu dan anak. Kegiatan Kelas hamil juga merupakan sarana untuk belajar kelompok tentang kesehatan bagi ibu hamil dalam bentuk tatap muka yang bertujuan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu-ibu, persalinan, perawatan nifas dan perawatan bayi baru lahir melalui praktik dengan menggunakan buku KIA.

Dalam implementasinya dengan pendekatan pertemuan Ibu Hamil dan pendampingnya / suami / keluarga dan Kader dengan cara membuat Kajian pembelajaran bersama untuk memahami masalah kesehatan Ibu Hamil, dan memberi pembekalan agar Ibu Hamil dapat pendampingan mampu memecahkan permasalahannya. Implementasi pelaksanaan Metode Pembelajaran Kelas Ibu Hamil Berbasis Kajian Buku KIA.



Gambar 9. Kelas ibu Hamil yang dilaksanakan di Posyandu Desa Lermatang Kabupaten Kepulauan Tanimbar Tahun 2023

Khusus Ibu Hamil

- Membimbing dan memberi pembekalan kesehatan Ibu kepada Ibu Hamil dan Pasangan/pendampingan.
 - Pembelajaran dengan buku KIA.
 - Membantu mengidentifikasi masalah, mencari dan menetapkan solusi dalam kehamilan dan perencanaan persalinan
 - Memberikan dorongan motivasi dan advokasi kepada ibu hamil supaya sukses dalam permasalahannya.
1. Beberapa keuntungan Kelas Ibu Hamil adalah:
 - a. Materi diberikan secara menyeluruh dan terencana sesuai dengan pedoman kelas ibu hamil yang memuat mengenai kehamilan, perawatan kehamilan, persalinan, perawatan nifas, perawatan bayi baru lahir, mitos, penyakit menular seksual dan akte kelahiran.
 - b. Penyampaian materi lebih komprehensif karena ada persiapan petugas sebelum penyajian materi.
 - c. Dapat mendatangkan tenaga ahli untuk memberikan penjelasan mengenai topik tertentu.
 - d. Waktu pembahasan materi menjadi efektif karena pola penyajian materi terstruktur dengan baik.

- e. Ada interaksi antara petugas kesehatan dengan ibu hamil pada saat pembahasan materi dilaksanakan.
- f. Dilaksanakan secara berkala dan berkesinambungan.
- g. Dilakukan evaluasi terhadap petugas Kesehatan dan ibu hamil dalam memberikan penyajian materi sehingga dapat meningkatkan kualitas sistem pembelajaran.

Fasilitator kelas ibu hamil adalah bidan atau tenaga kesehatan yang telah mendapat pelatihan fasilitator Kelas Ibu hamil atau melalui on the job training.

2. Sasaran kelas ibu hamil

Peserta kelas ibu hamii sebaiknya ibu hamil pada umur kehamilan 20 s/d 32 minggu, karena pada umur kehamilan ini kondisi ibu sudah kuat, tidak takut terjadi keguguran, efektif untukmelakukan senam hamil. Jumlah peserta kelas ibu hamil maksimal sebanyak 10 orang setiap kelas. Suami/keluarga ikut serta minimal 1 kali pertemuan sehingga dapat mengikuti berbagai materi yang penting, misalnya materi tentang persiapan persalinan atau materi yang lainnya.

3. Pendekatan Kelas Ibu Hamil

- a. Kelas ibu hamii dilaksanakan dengan menggunakan prinsip Belajar Orang Dewasa (BOD).
- b. Bidan di desa memfokuskan pembelajaran pada upaya peningkatan pengetahuan dan keterampilan ibu hamil dengan menggunakan lembar balik, KB-kit, food model, boneka bayi dll.
- c. Sesuai dengan pendekatan BOD, metode yang digunakan adalah:
 - 1) Ceramah
 - 2) Tanya jawab
 - 3) Demonstrasi dan praktek
 - 4) Curah pendapat

- 5) Penugasan (peserta ditugaskan membaca Buku KIA, dll)
 - 6) Simulasi.
- d. Pada awal pertemuan dimulai dengan pengenalan kelas ibu hamil dan perkenalan sesama peserta dan fasilitator. Gunakan label nama untuk peserta dan fasilitator.
 - e. Setiap penggantian sesi sebaiknya diselingi dengan permainan untuk penyegaran.

B. Kegiatan Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil

Pertemuan kelas ibu hamil dilakukan minimal 4 kali pertemuan selama hamil atau sesuai dengan kesepakatan fasilitator dengan peserta. Pada setiap pertemuan, materi kelas ibu hamil yang akan disampaikan disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi ibu hamil tetapi tetap mengutamakan materi pokok. Pada setiap akhir pertemuan dapat dilakukan aktifitas fisik/ senam ibu hamil. Aktivitas fisik/ senam ibu hamil merupakan kegiatan/ materi ekstra di kelas ibu hamil, jika dilaksanakan, setelah sampai dirumah diharapkan dapat dipraktekkan. Waktu pertemuan disesuaikan dengan kesiapan ibu-ibu, bisa dilakukan pada pagi atau sore hari dengan lama waktu pertemuan 120 menit termasuk senam hamil 15- 20 menit. Materi yang disampaikan pada setiap pertemuan yaitu:

1. Pertemuan ke -1

Pemeriksaan Kehamilan Agar Ibu dan Janin Sehat Ulasan materi: 1) apa itu kehamilan, 2) tanda hamil., 3) keluhan umum saat hamil dan cara mengatasinya, 4) perubahan tubuh ibu selama kehamilan, 5) perubahan mental pada ibu hamil, 6) pemeriksaan kehamilan, 7) pelayanan kesehatan pada ibu hamil, 8) menjaga ibu hamil sehat dan janin sehat, 9) hal-hal yang perlu dihindari ibu selama hamil, 10) mitos yang berkembang dimasyarakat.

2. Pertemuan ke -2

Persalinan Aman, Nifas Nyaman, Ibu Selamat dan Bayi Sehat Ulasan materi: 1) persiapan menghadapi persalinan yang aman, 2) tanda-tanda awal persalinan, 3) tanda-tanda persalinan, 4) proses persalinan,

5) Inisiasi Menyusu Dini (IMD), 6) KB pasca persalinan, 7) Pelayanan nifas, 8) Menjaga ibu bersalin dan nifas, serta bayi sehat. 9) Hal-hal yang harus dihindari ibu bersalin dan nifas, 10) Mitos.

3. Pertemuan ke-3

Pencegahan Penyakit, Komplikasi Kehamilan, Persalinan dan Nifas agar Ibu dan Bayi Sehat materi: 1) anemia pada ibu hamil, 2) Kurang Energi Kronik (KEK), 3) tanda bahaya kehamilan 4) tanda bahaya persalinan, 5) tanda bahaya dan penyakit ibu nifas, 6) gangguan kejiwaan setelah melahirkan, 7) penyakit malaria, 8) cara penularan malaria, 9) Infeksi menular seksual, 10) informasi dasar HIV/AIDS. 11) pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak

4. Pertemuan ke-4

Perawatan bayi baru lahir agar tumbuh kembang optimal

- a. Tanda bayi lahir sehat
- b. Perawatan bayi baru lahir.
- c. Pelayanan kesehatan neonatus.
- d. Tanda bahaya pada BBL.
- e. Cacat bawaan.
- f. Perawatan metode kangguru (PMK).
- g. Pengertian ASI Eksklusif dan sukses menyusui.
- h. Pemberian imunisasi pada bayi.
- i. Hal-hal yang harus dihindari.
- j. Mitos
- k. Akta kelahiran.

5. Pertemuan ke- 5

Pertemuan ini membahas tentang Aktivitas Fisik pada Ibu Hamil yaitu:

- a. Aktivitas fisik. 2.
- b. Manfaat aktivitas fisik sehari-hari dan latihan fisik ringan.

- c. Kondisi yang tidak memungkinkan ibu hamil melakukan aktivitas fisik.
- d. Prinsip-prinsip aktivitas fisik.
- e. Prinsip-prinsip latihan fisik ringan.
- f. Program latihan fisik.
- g. Gerakan latihan fisik dan olahraga yang dihindari.
- h. Contoh gerakan pemanasan, peregangan dan pendinginan.
- i. Contoh senam hamil.
- j. Pemantauan.

Pelaksanaan kelas ibu hamil ini dituntut untuk selalau melakukan monitoring dan evaluasi. Monitoring dilakukan dalam rangka melihat perkembangan dan pencapaian, serta masalah dalam pelaksanaan kelas ibu hamil, hasil monitoring dapat dijadikan bahan acuan untuk perbaikan dan pengembangan kelas ibu hamil selanjutnya. Evaluasi dilakukan untuk melihat keluaran dan dampak baik positif maupun negative pelaksanaan kelas ibu hamil berdasarkan indikator. Monitoring dan evaluasi perlu dilakukan secara berkala dan berkesinambungan untuk menilai dan memantau pelaksanaan kelas ibu hamil. Seluruh pelaksanaan kegiatan dalam kelas ibu hamil dibuatkan pencatatan dan pelaporan serta dokumentasi. (Kementrian Kesehatan RI 2020)



BAB 7

PELAYANAN KESEHATAN WANITA SEPANJANG DAUR KEHIDUPAN

A. Pelayanan Kesehatan

Perempuan mempunyai kebutuhan khusus dibandingkan laki-laki karena kodratnya untuk haid, hamil, melahirkan, menyusui, dan mengalami menopause, sehingga memerlukan pemeliharaan kesehatan yang lebih intensif selama hidupnya. Ini berarti bahwa pada masa-masa kritis, seperti pada kehamilan, terutama sekitar persalinan, diperlukan perhatian khusus terhadap perempuan. Pelayanan kesehatan wanita dimulai sejak bayi sampai usia lanjut. Kegiatan pelayanannya berbentuk skrining dan deteksi dini.

1. Skrining

Bayi Perempuan:

- a. Pada bayi perempuan telah memiliki folikel primordial sebanyak 750.000, yang kelak akan dikeluarkan ketika ovulasi.
- b. Genitalia interna dan eksterna sudah terbentuk, sehingga sudah dapat dibedakan dengan bayi laki-laki.

- c. Pada usia sepuluh hari pertama, masih terpengaruh oleh hormon estrogen sehingga kadang ditemukan pada bayi terjadi pembengkakan payudara (kadang disertai sekresi cairan seperti air susu), kadang juga ditemukan perdarahan pervaginam seperti menstruasi.

2. Masa kanak-kanak:

- a. Pada periode ini merupakan periode penting dalam tumbuh kembang anak. Perkembangan otak sangat cepat, sehingga pada masa ini disebut fase pertumbuhan dasar.
- b. Pada periode ini juga merupakan masa kritis dimana anak memerlukan rangsangan atau stimulasi untuk mengembangkan potensi otak kanan dan kirinya,
- c. Bentuk skrining terhadap tumbuh kembang anak dapat dilakukan dengan menggunakan DDST (Dever Developmental Screening Test), sehingga bisa diketahui atau dinilai perkembangan anak sesuai usianya.

3. Masa pubertas:

- a. Merupakan masa peralihan antara masa kanak-kanak dengan masa dewasa.
- b. Masa pubertas ditandai dengan munculnya tanda-tanda kelamin sekunder (pembesaran payudara, tumbuhnya rambut di pubis, ketiak) sampai kemampuan reproduksi.
- c. Cepat lambat seorang anak memasuki masa pubertas dipengaruhi bangsa, iklim, gizi, kebudayaan. Seseorang semakin cepat akan memasuki masa pubertas.

4. Masa reproduksi

Masa reproduksi merupakan masa terpenting bagi wanita (biasanya seorang wanita mengalami masa ini selama 33 tahun). pada masa ini seorang wanita telah mampu mencetak generasi baru dengan hamil, melahirkan, dan menyusui.

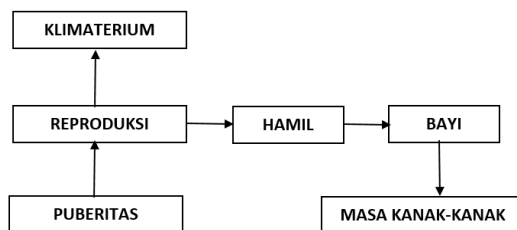
Seorang wanita yang daiam keadaan hamil apabila mendapat kebutuhan gizi sesuai melaksanakan melahirkan bayi yang sehat yang kelak akan tumbuh dewasa. Demikian pula pada saat wanita menyusui, apabila terpenuhi gizinya kemungkinan terjad: keterlambatan tumbuh kembang pada bayinya akan kecil.

Bentuk screening pada rrfasa ini biasa diawali saat ibu melakukan kunjungan awal antenatal care. Pada saat ini bidan melakukan pemeriksaan terhadap ibu, dari hasil pemerksaan dapat diperoleh hasil yang akan menentukan keadaan ibu dan janin. Bidan dapa: melakukan screening terhadap ibu hamil yang mempunya: resiko.

5. Masa klimakterium:

- a. Masa klimakterium adalah suatu masa peralihan antara masa reproduksi dengan masa senium (pasca menopause).
- b. Pada masa ini ibu mengalami perubahan-perubahan tertentu yakni timbulnya gangguan dari gangguan yang bersifat ringan sampai gangguan yang bersifat berat seperti timbulnya rasa panas pada wajah (hot flushes), jantung berdebar, uterus mengecil, berkeringat, dan lain-lain.
- c. Kadang kala pada masa ini seorang wanita membutuhkan bidan atau tenaga kesehatan untuk membantu mengurangi keluhan-keluhan yang dirasakannya.

Wanita sepanjang daur hidupnya dapat dilihat pada bagan berikut:



Gambar 10. Wanita Sepanjang Daur Kehidupan (Pudiastuti 2011)

Pada gambar di atas tampak jelas apabila terjadi sesuatu pada suatu masa akan mempengaruhi masa yang lain. Bidan mempunyai tugas pada setiap masa.

d. Deteksi Dini

Deteksi dini pada ibu hamil mengandung makna:

- 1) Dengan deteksi dini ibu hamil yang berisiko, akan dapat menurunkan angka kematian ibu.
- 2) Kehamilan merupakan hal yang fisiologis, tetapi perlu perawatan dini yang khusus agar ibu dan janin sehat. Tanpa perawatan maka dari hal yang bersifat fisiologis dapat menjadi patologis.
- 3) Bentuk-bentuk komplikasi yang terjadi dalam kehamilan.

Kadar hemoglobin ibu hamil kurang dari 8 gr%, tekanan darah ibu diatas 130/90mmHg, terdapat oedema di wajah, pre eklamsia dan eklamsia, perdarahan pervaginam, ketuban pecah dini, letak lintang pada umur kehamilan lebih dari 32 minggu, sungsang pada primigravida, sepsis, premature, gemeli, janin besar, penyakit kronis pada ibu, riwayat obstetric buruk.

e. Bayi, balita:

Pada bayi dan balita deteksi dini dapat dilakukan dengan menggunakan DDST (Denver Development Sreening Test).

f. Pubertas:

- 1) Gangguan pada masa pubertas seringkali diakibatkan oleh pola hidup remaja, dengan pola hidup yang sehat, akan didapatkan tubuh yang sehat jasmani dan rohani.
- 2) Gangguan menstruasi yang dialami remaja putri dapat merupakan indikasi adanya gangguan pada organ reproduksi wanita.
- 3) Bidan dapat melakukan penyuluhan, bimbingan pada remaja putri dalam konteks kesehatan reproduksi.

g. Klimakterium, menopause, senium:

- 1) Gangguan yang sering dialami pada masa ini adalah osteoporosis atau pengeroposan tulang, hipertensi, dll.
- 2) Untuk melakukan deteksi dini pada masa ini salah satu program pemerintah yakni posyandu lansia dapat merupakan solusinya. Pada masa ini seorang wanita secara reproduksi sudah tidak dapat berperan, namun bukan berarti bebas dari resiko gangguan reproduksi. Salah satu penyakit kanker serviks atau mulut rahim biasanya terjadi pada masa ini. Pap smear merupakan salah satu cara untuk deteksi adanya kanker mulut rahim.

B. Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) adalah suatu pendekatan yang digagas oleh WHO dan UNICEF untuk menyiapkan petugas kesehatan melakukan persalinan, membuat klasifikasi serta memberikan tindakan kepada anak terhadap penyakit- penyakit yang umumnya mengancam jiwa. MTBS bertujuan untuk meningkatkan keterampilan petugas, memperkuat sistem kesehatan serta meningkatkan kemampuan perawain oieh keluarga dan masyarakat yang diperkenalkan pertama kali pada tahun 1999.

MTBS dalam kegiatan di lapangan khususnya di puskesmas merupakan suatu sistem yang mempermudah pelayanan serta meningkatkan mutu pelayanan. Tabel dibawah ini dapat dilihat menjelaskan MTBS merupakan suatu sistem.

1. Input

Balita sakit datang bersama keluarga diberikan status kesehatan dan formulir MTBS tempat dan petugas: loket, petugas kartu.

Proses

- a. Balita sakit dibawakan kartu status dan formulir MTBS.
- b. Memeriksa berat dan suhu badan.

- c. Apabila batuk selalu menghirup nafas, melihat tarikan hidung dada dan mendengar stridor.
- d. Apabila diare selalu memeriksa kesadaran balita, mata cekung, memberi minum anak untuk melihat apakah tidak bisa minum atau malas dan mencubit kulit perut untuk memeriksa turgor.
- e. Selalu memeriksa status gizi, status imunisasi dan pemberian kapsul vitamin A.
- f. Tempat dan petugas: ruangan MTBS, case manager (bidan yang telah dilatih MTBS).

2. Output

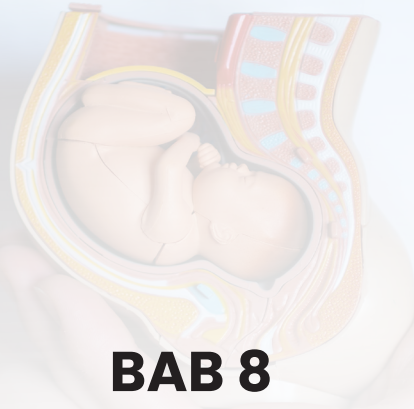
Klasifikasi yang dikonversikan menjadi diagnosa, tindakan berupa pemberian terapi dan konseling berupa nasehat pemberian makan, nasehat kunjungan ulang, nasehat kapan harus kembali segera. Konseling lain misalnya kesehatan lingkungan, imunisasi, konseling cara perawatan di rumah. Rujukan diperlukau jika keadaan balita sakit membutuhkan rujukan. Tempat dan petugas: ruangan MTBS, case manager (bidan yang telah dilatih MTBS).

Pemeriksaan balita sakit ditangani oleh tim yang dipimpin oleh pengelola MTBS yang berfungsi sebagai case manager. Pemilihan case manager oleh pimpinan puskesmas berdasarkan pertimbangan pernah mengikuti pelatihan dan sanggup untuk mengelola MTBS. Dalam keseharian pengelola bertanggung jawab kepada koordinator KIA puskesmas. Case manager bertanggung jawab kepada melakukan pemeriksaan dari penilaian membuat kualifikasi dan melakukan konseling dengan dipandu buku bagan dan tercatat dalam formulir pemeriksaan. Case manager bertanggung jawab mengelola kasus balita sakit apabila memerlukan konseling gizi, kesehatan lingkungan, serta imunisasi, petugas dapat meminta petugas yang bersangkutan untuk memberikan konseling. Sesudah mendapatkan konseling maka dilakukan penulisan resep serta penjelasan agar pengantar mematuhi perintah yang diberikan dalam pengobatan di rumah. Konseling mengenai cara pemberian obat, dosis, lama pemberian,

waktu pemberian, cara pemberian dan lain-lain menjadi hal yang rutin dilakukan. Hasil kegiatan pemeriksaan dicatat dalam register kunjungan, kemudian direkap setiap akhir bulan untuk laporan MTBS kepada dinkes.

Adanya tim sangat mendukung praktik MTBS. Tim yang dipimpin oleh seorang case manager apabila menemukan masalah maka mengkonsultasikannya kepada koordinator KIA yang selanjutnya dikonsultasikan kepada pimpinan Puskesmas. Dalam hal konseling case manager mendistribusikan tugas pada petugas yang berhubungan dengan masalah konseling yang dilakukan. Kejelasan tugas dalam pembagian kerja menyebabkan penanganan kasus lebih efektif. Selain itu adanya fleksibilitas dalam tim memungkinkan petugas lain juga diharapkan mampu memberikan konseling lain apabila petugas yang bersangkutan tidak ada sehingga MTBS tetap berjalan.

Pemberian konseling menjadi unggulan dan sekaligus pembeda dengan pelayanan balita sakit tanpa melakukan praktik MTBS. Dengan pemberian konseling diharapkan pengantar atau ibu pasien mengerti penyakit yang diderita, cara penanganan di rumah, memperhatikan perkembangan penyakit anaknya sehingga mampu mengenali kapan harus segera membawa anaknya ke petugas kesehatan serta diharapkan memperhatikan tumbuh kembang anak dengan cara memberikan makanan sesuai umurnya. Semua pasien tersebut tercermin dalam Kartu Nasehat Ibu (KNI) yang biasanya diberikan setelah ibu atau pengantar balita sakit mendapatkan konseling ini untuk menjadi pengingat pesan-pesan yang disampaikan serta mengingat cara perawatan di rumah. Keterpaduan pelayanan yang dilakukan praktik MTBS menunjukkan suatu kerja tim yang kompak dan fleksibel dengan dipandu buku panduan atau formulir MTBS menggambarkan bahwa MTBS merupakan suatu sistem pelayanan kesehatan. (Kemenkes RI 2015)



BAB 8

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

A. Pengertian Pemantauan Wilayah Setempat Ibu dan Anak (PWS-KIA)

Pemantauan wilayah setempat ibu dan anak (PWS-KIA) adalah alat manajemen yang di peruntukan atau di pergunakan dalam mementau program kesehatan ibu dan anak di suatu wialayah kerja dengan sistem pematauan secara tersu menerus untuk mengetahui keberhasilan, ketidak tercapaian sehingga melakukan evaluasi dan tindak lanjut untuk perbaikan yang berlansung cepat, tepat dan terus menerus

B. Tujuan Pemantauan wilayah setempat ibu dan anak (PWS-KIA)

Tujuan umum

Terpantaunya cakupan dan mutu pelayanan KIA secara terus-menerus di setiap wilayah kerja

Tujuan khusus.

1. Memantau pelayanan KIA secara Individu.
2. Memantau kemajuan pelayanan KIA dan cakupan indikator KIA secara teratur (bulanan) dan terus menerus.
3. Menilai kesenjangan pelayanan KIA terhadap standar pelayanan KIA.
4. Menilai kesenjangan pencapaian cakupan indikator KIA terhadap target yang ditetapkan.
5. Menentukan sasaran individu dan wilayah prioritas yang akan ditangani secara intensif berdasarkan besarnya kesenjangan.
6. Merencanakan tindak lanjut dengan menggunakan sumber daya yang tersedia dan yang potensial untuk digunakan.
7. Meningkatkan peran aparat setempat dalam penggerakan sasaran dan mobilisasi sumber daya.
8. Meningkatkan peran serta dan kesadaran masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan KIA

C. PROGRAM KIA

1. Pelayanan Antenatal

Pelayanan Antenatal dengan 14 T

- a. Tinggi badan
- b. Timbang berat badan
- c. Ukur tekanan darah
- d. Ukur tinggi fundus uteri
- e. Pemberian imunisasi TT lengkap
- f. Pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama hamil
- g. Tes terhadap penyakit seksual menular
- h. Temu wicara dan konseling dalam rangka rujukan.
- i. Tes protein urine

- j. Tes urine glukosa
- k. Tes Hb
- l. Senam hamil
- m. Pemberian obat malaria
- n. Pemberian obat gondok

Pelayanan kunjungan ibu hamil sebanyak 6 kali kunjungan

- a. Kunjungan pertama bumil pada bidan dalam trimester satu (2x) (di rekomendasikan dengan dokter 1 kali untuk USG), setiap 4 minggu 0-28 minggu
- b. Kunjungan bumil pada trimester kedua (1x), setiap 2 minggu 28-36 minggu
- c. Kunjungan bumil pada trimester ketiga (3x) (di rekomendasikan dengan dokter 1 kali untuk USG), setiap minggu 36 minggu sampai dengan kelahiran

2. Pertolongan Persalinan

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah pelayanan persalinan yang aman yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten. Pada kenyataan di lapangan, masih terdapat penolong persalinan yang bukan tenaga kesehatan dan dilakukan di luar fasilitas pelayanan kesehatan. Pada prinsipnya, penolong persalinan harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

- a. Pencegahan infeksi
- b. Metode pertolongan persalinan yang sesuai standar.
- c. Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi.
- d. Melaksanakan Inisiasi Menyusu Dini (IMD).
- e. Memberikan Injeksi Vit K 1 dan salep mata pada bayi baru lahir.

Tenaga kesehatan yang berkompeten memberikan pelayanan pertolongan persalinan adalah: dokter spesialis kebidanan, dokter dan bidan.

3. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas Pelayanan yang diberikan adalah:
 - a. Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu.
 - b. Pemeriksaan tinggi fundus uteri (involusi uterus).
 - c. Pemeriksaan lochia dan pengeluaran per vaginam lainnya.
 - d. Pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif 6 bulan.
 - e. Pemberian kapsul Vitamin A 200.000 IU sebanyak dua kali, pertama segera setelah melahirkan, kedua diberikan setelah 24 jam pemberian kapsul Vitamin A pertama
 - f. Pelayanan KB pasca salin

4. Pelayanan Kesehatan Neonatus

Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus:

- a. Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6 48 Jam setelah lahir.
- b. Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 setelah lahir.
- c. Kunjungan Neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 setelah lahir.

Pelayanan Kesehatan Neonatal dasar dilakukan secara komprehensif dengan melakukan pemeriksaan dan perawatan Bayi baru Lahir dan pemeriksaan menggunakan pendekatan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) untuk memastikan bayi dalam keadaan sehat, yang meliputi:

- a. Pemeriksaan dan Perawatan Bayi Baru Lahir
 - 1) Perawatan Tali pusat
 - 2) Melaksanakan ASI Eksklusif
 - 3) Memastikan bayi telah diberi Injeksi Vitamin K1
 - 4) Memastikan bayi telah diberi Salep Mata Antibiotik
 - 5) Pemberian Imunisasi Hepatitis B-0

- b. Pemeriksaan menggunakan pendekatan MTBM
- 1) Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan Masalah pemberian ASI.
 - 2) Pemberian Imunisasi Hepatitis B0 bila belum diberikan pada waktu perawatan bayi baru lahir
 - 3) Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif, pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir di rumah dengan menggunakan Buku KIA.
 - 4) Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan.
- c. Deteksi dini faktor risiko dan komplikasi kebidanan dan neonatus oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat.

Faktor risiko pada ibu hamil adalah:

- 1) Primigravida kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun.
- 2) Anak lebih dari 4.
- 3) Jarak persalinan terakhir dan kehamilan sekarang kurang dari 2 tahun.
- 4) Kurang Energi Kronis (KEK) dengan lingkaran lengan atas kurang dari 23,5 cm, atau penambahan berat badan < 9 kg selama masa kehamilan.
- 5) Anemia dengan kadar Hemoglobin < 11 g/dl.
- 6) Tinggi badan kurang dari 145 cm, atau dengan kelainan bentuk panggul dan tulang belakang
- 7) Riwayat hipertensi pada kehamilan sebelumnya atau sebelum kehamilan ini.
- 8) Sedang/pernah menderita penyakit kronis, antara lain: tuberkulosis, kelainan jantung-ginjal-hati, psikosis, kelainan

endokrin (Diabetes Mellitus, Sistemik Lupus Eritematosus, dll), tumor dan keganasan

- 9) Riwayat kehamilan buruk: keguguran berulang, kehamilan ektopik terganggu, mola hidatidosa, ketuban pecah dini, bayi dengan cacat kongenital
- 10) Riwayat persalinan dengan komplikasi: persalinan dengan seksio sesarea, ekstraksivakum/ forseps.
- 11) Riwayat nifas dengan komplikasi: perdarahan paska persalinan, Infeksi masa nifas, psikosis post partum (post partum blues).
- 12) Riwayat keluarga menderita penyakit kencing manis, hipertensi dan riwayat cacat kongenital
- 13) Kelainan jumlah janin: kehamilan ganda, janin dampit, monster.
- 14) Kelainan besar janin: pertumbuhan janin terhambat, Janin besar.
- 15) Kelainan letak dan posisi janin: lintang/oblique, sungsang pada usia kehamilan lebih dari 32 minggu.

Catatan: penambahan berat badan ibu hamil yang normal adalah 12 kg selama masa kehamilan

Faktor risiko pada neonatus adalah sama dengan faktor risiko pada ibu hamil. Ibu hamil yang memiliki faktor risiko akan meningkatkan risiko terjadinya komplikasi pada neonatus. Deteksi dini untuk Komplikasi pada Neonatus dengan melihat tanda-tanda atau gejala-gejala sebagai berikut:

- a. Tidak Mau Minum/menyusu atau memuntahkan semua
- b. Riwayat Kejang
- c. Bergerak hanya jika dirangsang/Letargis
- d. Frekwensi Napas ≤ 30 X/menit dan ≥ 60 x/menit 5. Suhu tubuh $\leq 35,5$ C dan $\geq 37,5$ C

- e. Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat
- f. Merintih
- g. Ada pustul Kulit
- h. Nanah banyak di mata
- i. Pusar kemerahan meluas ke dinding perut.
- j. Mata cekung dan cubitan kulit perut kembali sangat lambat
- k. Timbul kuning dan atau tinja berwarna pucat
- l. Berat badan menurut umur rendah dan atau ada masalah pemberian ASI
- m. BBLR: Bayi Berat Lahir Rendah < 2500 gram
- n. Kelainan Kongenital seperti ada celah di bibir dan langit-langit.

Komplikasi pada neonatus antara lain:

- a. Prematuritas dan BBLR (bayi berat lahir rendah < 2500 gr)
- b. Asfiksia
- c. Infeksi Bakteri
- d. Kejang
- e. Ikterus
- f. Diare
- g. Hipotermia
- h. Tetanus neonatorum
- i. Masalah pemberian ASI
- j. Trauma lahir, sindroma gangguan pernapasan, kelainan kongenital, dll.

5. Komplikasi pada ibu hamil, bersalin dan nifas antara lain:

- a. Ketuban pecah dini.
- b. Perdarahan pervaginam:
 - 1) Ante Partum: keguguran, plasenta previa, solusio plasenta
 - 2) Intra Partum: robekan jalan lahir

- 3) Post Partum: atonia uteri, retensio plasenta, plasenta inkarserata, kelainan pembekuan darah, subinvolusi uteri
- c. Hipertensi dalam Kehamilan (HDK): Tekanan darah tinggi (sistolik > 140 mmHg, diastolik > 90 mmHg), dengan atau tanpa edema pre-tibial.
- d. Ancaman persalinan prematur.
- e. Infeksi berat dalam kehamilan: demam berdarah, tifus abdominalis, sepsis.
- f. Distosia: persalinan macet, persalinan tak maju.
- g. Infeksi masa nifas.

6. Pelayanan Kesehatan Bayi

Pelayanan kesehatan bayi adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada bayi sedikitnya 4 kali, selama periode 29 hari sampai dengan 11 bulan setelah lahir. Pelaksanaan pelayanan kesehatan bayi: 1. Kunjungan bayi satu kali pada umur 29 hari 2 bulan. 2. Kunjungan bayi satu kali pada umur 3 5 bulan. 3. Kunjungan bayi satu kali pada umur 6 8 bulan. 4. Kunjungan bayi satu kali pada umur 9 11 bulan.

7. Pelayanan kesehatan anak balita

Bentuk pelaksanaan tumbuh kembang anak di lapangan dilakukan dengan mengacu pada pedoman Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Tumbuh Kembang Anak (SDIDTK) yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan di puskesmas dan jajarannya seperti dokter, bidan perawat, ahli gizi, penyuluh kesehatan masyarakat dan tenaga kesehatan lainnya yang peduli dengan anak. Sebagian besar penyebab kematian bayi dan balita dapat dicegah dengan teknologi sederhana di tingkat pelayanan kesehatan dasar, salah satunya adalah dengan menerapkan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), di tingkat pelayanan kesehatan dasar. Pelayanan kesehatan anak balita meliputi pelayanan pada anak balita sakit dan sehat. Pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan sesuai standar yang meliputi: 1. Pelayanan pemantauan

pertumbuhan minimal 8 kali setahun yang tercatat dalam Buku KIA/ KMS.. 2. Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) minimal 2 kali dalam setahun. Pelayanan SDIDTK meliputi pemantauan perkembangan motorik kasar, motorik halus, bahasa, sosialisasi dan kemandirian minimal 2 kali pertahun (setiap 6 bulan). Pelayanan SDIDTK diberikan di dalam gedung (sarana pelayanan kesehatan) maupun di luar gedung. 3. Pemberian Vitamin A dosis tinggi (200.000 IU), 2 kali dalam setahun. 4. Kepemilikan dan pemanfaatan buku KIA oleh setiap anak balita 5. Pelayanan anak balita sakit sesuai standar dengan menggunakan pendekatan MTBS.

8. Pelayanan KB Berkualitas

Pelayanan KB berkualitas adalah pelayanan KB sesuai standar dengan menghormati hak individu dalam merencanakan kehamilan sehingga diharapkan dapat berkontribusi dalam menurunkan angka kematian Ibu dan menurunkan tingkat fertilitas (kesuburan) bagi pasangan yang telah cukup memiliki anak (2 anak lebih baik) serta meningkatkan (Mitra and pinem 2016).

D. Indikator Pemantauan PWS KIA

1. Cakupan pelayanan antenatal (K1)

Cakupan ibu hamil (K1) adalah ibu hamil yang pertama kali mendapatkan pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu (Kemenkes RI,2010)

Rumus:

$$x = \frac{\text{Jumlah ibu hamil yang pertama kali mendapat pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja dalam kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

Sasaran jumlah ibu hamil dalam 1 tahun dapat di perkirakan berdasarkan perkiraan jumlah ibu hamil dengan rumus:

1,10 X Angka Kelahiran Kasar (CBR) X Jumlah Penduduk

Angka kelahiran kasar (CBR) yang digunakan adalah angka terakhir CBR kabupaten/kota yang diperoleh dari kantor perwakilan Badan Pusat Statistik (BPS) di kabupaten/kota. Bila angka CBR kabupaten/kota tidak ada maka dapat digunakan angka terakhir CBR provinsi. CBR provinsi dapat diperoleh juga dari buku Data Penduduk Sasaran Program Pembangunan Kesehatan (Kemenkes RI, 2010).

Contoh: untuk menghitung perkiraan jumlah ibu hamil di desa/kelurahan XY di kabupaten AB yang mempunyai penduduk sebanyak 2.500 jiwa dengan angka CBR terakhir kabupaten AB 28,0/1.000 penduduk, maka:

Jumlah ibu hamil: $1,10 \times 0,028 \times 2.500 = 77$

Maka sasaran ibu hamil di desa/kelurahan XY adalah 77 orang

2. Cakupan pelayanan ibu hamil (K4)

Cakupan pelayanan ibu hamil K4 adalah cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal yang ke 4 kali di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

$$x = \frac{\text{Jumlah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal minimal 4 kali sesuai standar oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

Rumus:

Contoh: jumlah sasaran ibu hamil di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun adalah 70 orang cakupan K4 = 50 di bulan, Jadi jumlah ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal minimal 4 kali (cakupan K4)/Jumlah sasaran ibu hamil di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun X 100%.

Jadi: $50/70 \times 100\% = 71,42\%$

Sehingga jumlah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan K4 oleh tenaga kesehatan adalah 71,42%

3. Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan (Pn)

Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan (Pn) adalah pertolongan persalinan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dalam menolong persalinan di suatu wilayah kerja dengan kurun waktu tertentu:

Rumus:

$$X = \frac{\text{Jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah sasaran ibu bersalin di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

Jumlah Sasaran ibu bersalin dalam 1 tahun dapat di perkirakan berdasarkan perkiraan jumlah ibu hamil dengan rumus:

$$1,05 \times \text{Angka Kelahiran Kasar (CBR)} \times \text{Jumlah Penduduk}$$

Contoh: untuk menghitung perkiraan jumlah ibu bersalin di desa/kelurahan XY di kabupaten AB yang mempunyai penduduk sebanyak 2.500 jiwa dengan angka CBR terakhir kabupaten AB 28,0/1.000 penduduk, maka:

Jumlah ibu melahirkan: $1,05 \times 0,028 \times 2.500 = 73,5$

Maka sasaran ibu bersalin di desa/kelurahan XY adalah 73 orang

Jumlah persalinan yang di tolong oleh tenaga kesehatan sebanyak 67 orang.

Cakupan persalinan (Pn): $67/73 \times 100\% = 91,78\%$

4. Cakupan pelayanan nifas oleh tenaga kesehatan (KF3)

Cakupan pelayanan nifas oleh tenaga kesehatan (KF3) adalah cakupan pelayanan kepada ibu pada masa 6 jam sampai dengan 42 hari pasca bersalin sesuai standar paling sedikit 3 kali dengan distribusi waktu 6 jam sampai hari ke-3 (KF1), hari ke-4 sampai hari ke-28 (KF2) dan hari ke-29 sampai hari ke-42 (KF3) setelah bersalin di suatu wilayah kerja padakurun waktu tertentu.

Rumus:

Jumlah sasaran ibu nifas sama dengan jumlah sasaran ibu bersalin.

$$x = \frac{\text{Jumlah ibu nifas yang telah memperoleh 3 kali pelayanan nifas sesuai standar oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu}}{\text{Jumlah sasaran ibu nifas di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

Contoh: sasaran ibu nifas sebanyak 73 orang, jumlah ibu nifas yang memperoleh 3 kali pelayanan nifas sesuai dengan standar sebanyak 67, jadi cakupan KF3 = $67/73 \times 100\% = 91,78$

5. Cakupan pelayanan neonatus pertama (KN1)

Cakupan pelayanan neonatus pertama (KN1) adalah jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan sesuai standar pada 6- 48 jam setelah lahir di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu.

Rumus:

$$x = \frac{\text{Jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan sesuai standar pada 6-48 jam setelah lahir di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh sasaran bayi di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

Jumlah Sasaran bayi dalam 1 tahun dapat di perkirakan berdasarkan perkiraan jumlah ibu hamil dengan rumus:

Jumlah sasaran bayi = Crude Birth Rate X Jumlah Penduduk

Contoh: untuk menghitung perkiraan jumlah bayi di desa/kelurahan XY di kabupaten AB propinsi CD yang mempunyai penduduk sebanyak 2.500 jiwa dengan angka CBR terakhir kabupaten AB 25,0/1.000 penduduk, maka:

Jumlah Bayi: $0,0250 \times 2.500 = 62,5$

Maka sasaran bayi di desa/kelurahan XY adalah 62 orang

Jumlah bayi yang mendapatkan pelayanan bayi baru lahir sesuai dengan standar 6- 48 jam setelah bayi lahir sebanyak 56 orang

Jadi cakupan KN1: $56/62 \times 100\% = 90,32\%$

6. Cakupan pelayanan neonatus lengkap 0- 28 (KN Lengkap)

Cakupan pelayanan neonatus lengkap 0- 28 (KN Lengkap) adalah cakupan neonatus yang mendapatkan pelayanan sesuai standar paling sedikit 3 kali dengan distribusi waktu 1 kali pada 6-48 jam, 1 kali pada hari ke-3 sampai hari ke-7 dan 1 kali pada hari ke-8 sampai hari ke-28 setelah lahir di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Rumus:

$$x = \frac{\text{Jumlah neonatus yang telah memperoleh 3 kali pelayanan kunjungan neonatal sesuai standar di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh sasaran bayi di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

Contoh: sasaran bayi di desa/kelurahan XY adalah 62 orang

Jumlah bayi yang mendapatkan pelayanan bayi baru lahir sesuai memperoleh 3 kali pelayanan sebanyak 56 orang

Jadi cakupan KN Lengkap: $56/62 \times 100\% = 90,32\%$

7. Deteksi faktor risiko dan komplikasi oleh masyarakat

Deteksi faktor risiko dan komplikasi oleh masyarakat cakupan ibu hamil dengan faktor risiko atau komplikasi yang ditemukan oleh kader atau dukun bayi atau masyarakat serta dirujuk ke tenagakesehatan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu

Rumus:

$$x = \frac{\text{Jumlah ibu hamil yang berisiko yang ditemukan kader atau dukun bayi atau masyarakat di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{20\% \times \text{jumlah sasaran ibu hamil di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

8. Cakupan Penanganan Komplikasi Obstetri (PK)

Cakupan Penanganan Komplikasi Obstetri (PK) cakupan Ibu dengan komplikasi kebidanan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu yang ditangani secara definitif sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan. Penanganan definitif adalah penanganan/pemberian tindakan terakhir untuk menyelesaikan permasalahan setiap kasus komplikasi kebidanan

Rumus:

$$x = \frac{\text{Jumlah komplikasi kebidanan yang mendapatkan penanganan definitif di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{20\% \times \text{jumlah sasaran ibu hamil di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

Contoh:

Jumlah komplikasi kebidanan yang mendapat penangan difinitif di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu 5 orang. Sasaran ibu hamil ada 62 orang

$$\text{Cakupan PK} = 5 / (20\% \times 62) \times 100 = 40\%$$

9. Cakupan Penanganan Komplikasi Neonatus

Kasus komplikasi yang ditangani adalah seluruh kasus yang ditangani tanpa melihat hasilnya hidup atau mati. Cakupan Penanganan Komplikasi Neonatus adalah cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani secara definitif oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Penanganan definitif adalah pemberian tindakan akhir pada setiap kasus komplikasi neonatus yang pelaporannya dihitung 1 kali pada masa neonatal.

Rumus:

$$x = \frac{\text{Jumlah neonatus dengan komplikasi yang mendapat penanganan definitif di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{15\% \times \text{jumlah sasaran bayi di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

Contoh: Neonatus yang dirujuk karena asfeksia berat ada 3 neonatus
Sasaran bayi ada 123 bayi cakupan penanganan komplikasi neonatus = $3 / (15\% \times 123) \times 100 = 16.26\%$

jadi bayi yang mendapat penanganan komplikasi ada 1 bayi

10. Cakupan Pelayanan Kesehatan Bayi 29 hari 12 bulan (Kunjungan Bayi)

Cakupan Pelayanan Kesehatan Bayi 29 hari 12 bulan (Kunjungan Bayi) adalah cakupan bayi yang mendapatkan pelayanan paripurna minimal 4 kali yaitu 1 kali pada umur 29 hari sampai 2 bulan, 1 kali pada umur 3 bulan sampai 5 bulan, 1 kali pada umur 6 bulan sampai 8 bulan dan 1 kali pada umur 9 bulan sampai 11 bulan sesuai standar di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Rumus: \

$$x = \frac{\text{Jumlah bayi yang telah memperoleh 4 kali pelayanan kesehatan sesuai standar di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh sasaran bayi di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

11. Cakupan Pelayanan Anak Balita (Usia 12-59 bulan)

Cakupan Pelayanan Anak Balita (Usia 12-59 bulan) cakupan anak balita yang memperoleh pelayanan sesuai standar, meliputi pemantauan pertumbuhan minimal 8 kali setahun, pemantauan perkembangan minimal

Rumus:

$$x = \frac{\text{Jumlah anak balita yang memperoleh pelayanan sesuai standar di suatu wilayah kerja pada kurun waktu}}{\text{Jumlah seluruh anak balita di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

12. Cakupan Pelayanan Kesehatan Anak Balita Sakit yang dilayani dengan MTBS

Cakupan Pelayanan Kesehatan Anak Balita Sakit yang dilayani dengan MTBS adalah cakupan anak balita (umur 12-59 bulan) yang berobat ke Puskesmas dan mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar (MTBS) di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Jumlah anak balita sakit yang mendapat pelayanan standar diperoleh dari format pencatatan dan pelaporan MTBS sedangkan jumlah anak balita sakit diperoleh dari kunjungan balita sakit yang datang ke puskesmas (register rawat jalan di Puskesmas)

Rumus:

$$x = \frac{\text{Jumlah anak balita sakit yang memperoleh pelayanan sesuai tatalaksana MTBS di Puskesmas di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh anak balita sakit yang berkunjung ke Puskesmas di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

13. Cakupan Peserta KB Aktif (*Contraceptive Prevalence Rate*)

Cakupan Peserta KB Aktif (*Contraceptive Prevalence Rate*) adalah cakupan dari peserta KB yang baru dan lama yang masih aktif menggunakan alat dan obat kontrasepsi (alokon) dibandingkan dengan jumlah pasangan usia subur (pasangan yang istrinya berusia 15-49 tahun atau lebih dari 49 tahun tetapi masih menstruasi) di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Rumus

$$x = \frac{\text{Jumlah peserta KB aktif di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh Pasangan Usia Subur (PUS) di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

E. Pengumpulan, Pencatatan Dan Pengolahan Data

1. Pengumpulan data

Tabel 4. Jenis Data Program PWS KIA

No	Data PWS KIA	Data Pelayanan
1.	Jumlah seluruh ibu hamil	Jumlah K1
		Jumlah K4
		Jumlah K6
		Jumlah kasus komplikasi obstetri yang ditangani
		Jumlah ibu hamil, bersalin dan nifas dengan faktor risiko/komplikasi yang dideteksi oleh masyarakat
2.	Jumlah seluruh ibu bersalin	Jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan
3.	Jumlah ibu nifas	Jumlah ibu nifas yang dilayani 3 kali (KF 3) oleh tenaga kesehatan
4.	Jumlah seluruh bayi	Jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan kesehatan pada umur 6 48 jam
		Jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan kesehatan lengkap (KN lengkap)
		Jumlah neonatus dengan komplikasi yang ditangani
		Jumlah bayi 29 hari 12 bulan yang mendapatkan pelayanan kesehatan sedikitnya 4 kali
5.	Jumlah seluruh anak balita	Jumlah anak balita (12 59 bulan) yang mendapatkan pelayanan kesehatan sedikitnya 8 kali
		Jumlah anak balita sakit yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar
6.	Jumlah seluruh PUS	Jumlah peserta KB aktif

2. Pencatatan data

Bidan di desa/kelurahan mencatat semua detail pelayanan KIA di dalam kartu ibu, kohort Ibu, kartu bayi, kohort bayi, kohort anak balita, kohort KB, dan buku KIA.

3. Pengolahan data

Setiap bulan bidan di desa mengolah data yang tercantum dalam buku kohort dan dijadikan sebagai bahan laporan bulanan KIA. Langkah pengolahan data adalah Pembersihan data, validasi dan pengelompokan.

- a. Pembersihan data: melakukan pemeriksaan secara keseluruhan tentang kelengkapan dan kebenaran pengisian formulir yang tersedia.
- b. Validasi: melakukan pemeriksaan kebenaran dan ketepatan data dalam setiap kohort atau buku KIA
- c. Pengelompokan: melakukan pengkajian dengan membuat kelompok sesuai dengan kategori yang anak di nilai atau sesuai dengan kebutuhan data yang harus dilaporkan.

Contoh:

- a. Pembersihan data: Melakukan penyesuaian terhadap laporan yang masuk dari bidan di mengenai duplikasi nama, duplikasi alamat, catatan ibu langsung di K4 tanpa melewati K1.
- b. Validasi: menyesuaikan atau memperhatikan kesesuaian data apabila ternyata K4 & K1 lebih besar daripada jumlah ibu hamil, jumlah ibu bersalin lebih besar daripada ibu hamil.
- c. Pengelompokan: Mengelompokkan ibu yang bersalin dengan komplikasi berdasarkan desa/kelurahan untuk persiapan intervensi, dan persiapan deteksi dini komplikasi pada ibu bersalin

Hasil pengolahan data dapat disajikan dalam bentuk: Narasi, Tabulasi, Grafik dan Peta.

- a. Narasi biasaya digunakan untuk menyusun laporan atau profil suatu wilayah kerja, misalnya dalam Laporan PWS KIA yang diserahkan kepada instansi terkait.
- b. Tabulasi biasaya digunakan untuk menjelaskan narasi dalam bentuk lampiran.
- c. Grafik biasaya digunakan untuk presentasi dalam membandingkan keadaan antar waktu, antar tempat dan pelayanan. Sebagian besar hasil PWS disajikan dalam bentuk grafik.
- d. Peta biasaya digunakan untuk menggambarkan kejadian berdasarkan gambaran geografis.

F. Pembuatan Grafik PWS KIA

PWS KIA disajikan dalam bentuk grafik dari tiap indikator yang dipakai, yang juga menggambarkan pencapaian tiap desa/kelurahan dalam tiap bulan dengan demikian tiap bulannya dibuat 13 grafik, yaitu:

- Grafik cakupan kunjungan antenatal ke-1 (K1).
- Grafik cakupan kunjungan antenatal ke-4 (K4).
- Grafik cakupan kunjungan antenatal ke-6 (K6)
- Grafik cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan (Pn).
- Grafik cakupan kunjungan nifas (KF).
- Grafik deteksi faktor risiko/komplikasi oleh masyarakat.
- Grafik penanganan komplikasi obstetrik (PK).
- Grafik cakupan kunjungan neonatal pertama (KN1).
- Grafik cakupan kunjungan neonatal lengkap (KNL).
- Grafik penanganan komplikasi neonatal (NK).
- Grafik cakupan kunjungan bayi (KBy).
- Grafik cakupan pelayanan anak balita (KBal).
- Grafik cakupan pelayanan anak balita sakit (BS).
- Grafik cakupan pelayanan KB (CPR).

1. Langkah-langkah dalam pembuatan grafik PWS KIA

a. Persiapan data

Sumber data berasal dari kartu ibu, buku KIA, register kohort ibu, kartu bayi, kohort bayi serta kohort anak balita per desa/kelurahan, catatan posyandu, laporan dari perawat/bidan/dokter praktik swasta, rumah sakit bersalin dan sebagainya

b. Penggambaran Grafik

Langkah langkah yang dilakukan dalam menggambarkan grafik PWS KIA (dengan menggunakan contoh indikator cakupan K1) adalah sebagai berikut:

- 1) Menentukan target rata rata per bulan untuk menggambarkan skala pada garis vertikal (sumbu Y).
- 2) Misalnya: target cakupan ibu hamil baru (cakupan K1) dalam 1 tahun ditentukan 95 % (garis a), maka sasaran rata rata setiap bulan adalah:

$$\frac{90\%}{12 \text{ bulan}} \times 100$$

Dengan demikian, maka sasaran pencapaian kumulatif sampai dengan bulan Maret adalah ($3 \times 7,5 \%$) = 22.5 % (garis b).

- 3) Hasil perhitungan pencapaian kumulatif cakupan K1 per desa/kelurahan sampai dengan bulan Juni dimasukkan ke dalam jalur % kumulatif secara berurutan sesuai peringkat. Pencapaian tertinggi di sebelah kiri dan terendah di sebelah kanan, sedangkan pencapaian untuk puskesmas dimasukkan ke dalam kolom terakhir (lihat contoh grafik).

- 4) Nama desa/kelurahan bersangkutan dituliskan pada lajur desa/kelurahan (sumbu X), sesuai dengan cakupan kumulatif masing-masing desa/kelurahan yang dituliskan pada butir b diatas.
- 5) Hasil perhitungan pencapaian pada bulan ini (Juni) dan bulan lalu (Mei) untuk tiap desa/kelurahan dimasukkan ke dalam lajur masing-masing.
- 6) Gambar anak panah dipergunakan untuk mengisi lajur tren. Bila pencapaian cakupan bulan ini lebih besar dari bulan lalu, maka digambar anak panah yang menunjuk ke atas. Sebaliknya, untuk cakupan bulan ini yang lebih rendah dari cakupan bulan lalu, digambarkan anak panah yang menunjukkan kebawah, sedangkan untuk cakupan yang tetap / sama gambarkan dengan tanda (-).
- 7) Berikut ini adalah contoh grafik PWS KIA hasil perhitungan tersebut di atas. Contoh Grafik PWS Cara perhitungan untuk keduabelas indikator yang lainnya sama dengan perhitungan seperti contoh diatas.

2. Contoh Membuat PWS KIA

Tabel 5. Data PWS KIA Cakupan Kunjungan Ibu Hamil K1

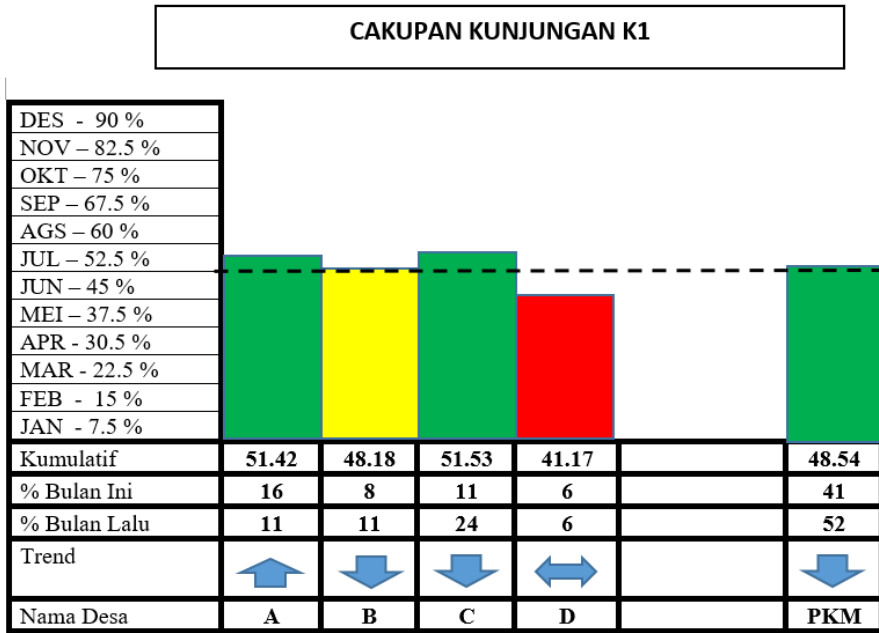
Nama Desa	Bulan						PKM
	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	
A	12	12	10	11	11	16	72
B	8	7	8	11	11	8	53
C	7	10	4	11	24	11	67
D	5	8	13	4	6	6	42

- a. Jumlah Sasaran Ibu Hamil: 482 Orang/Kecamatan
- b. Sasaran ibu hamil di desa A:140
- c. Sasaran ibu hamil di desa B:110
- d. Sasaran ibu hamil di desa C:130

e. Sasaran ibu hamil di desa D:102

f. Target: 90%

Rata-rata perbulan = $90\%/12 \times 100 = 7.50\%$ Jika sasaran yang ingin dilihat pada bulan Juni yakni bulan ke 6 jadi $6 \times 7,50\% = 45\%$ (Target Bulan Juni)



Gambar 11. Contoh Grafik PWS KIA tentang Cakupan Kunjungan Ibu Hamil (Cakupan Kunjungan K1)

G. Analisis Penelusuran Data Kohor dan Rencana Tindak Lanjut

1. Analisis

Analisis adalah suatu pemeriksaan dan evaluasi dari suatu (Mitra and pinem 2016)

a. Analisis Sederhana:

Analisis ini membandingkan cakupan hasil kegiatan antar wilayah terhadap target dan kecenderungan dari waktu ke waktu. Analisis sederhana ini bermanfaat untuk mengetahui desa/kelurahan

mana yang paling memerlukan perhatian dan tindak lanjut yang harus dilakukan..

Contoh analisis sederhana

Analisis dari grafik cakupan ibu hamil baru (akses) pada pemantauan bulan Juni dapat digambarkan dalam matriks seperti dibawah ini:

Desa/ Kelurahan	Cakupan Terhadap Target		Terhadap Cakupan Bulan Lalu			Status Desa/ Kelurahan
	Diatas	Dibawah	Naik	Turun	Tetap	
A	+		+			Baik
B	+				+	Baik
C	+			+		Kurang
D		+	+			Cukup
E		+		+		Jelek

Dari matriks diatas dapat disimpulkan adanya 4 macam status cakupan desa/kelurahan, yaitu:

1) Status baik

Adalah desa/kelurahan dengan cakupan diatas target yang ditetapkan untuk bulan Juni 2008, dan mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang meningkat atau tetap jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu. Desa/kelurahan- desa/kelurahan ini adalah desa/kelurahan A dan desa/kelurahan B. Jika keadaan tersebut berlanjut, maka desa/kelurahan- desa/kelurahan tersebut akan mencapai atau melebihi target tahunan yang ditentukan.

2) Status kurang

Adalah desa/kelurahan dengan cakupan diatas target bulan Juni 2008, namun mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang menurun jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu. Desa/kelurahan dalam kategori ini adalah desa/kelurahan C, yang perlu mendapatkan perhatian karena

cakupan bulan lalu ini hanya 5% (lebih kecil dari cakupan bulan minimal 7,5%). Jika cakupan terus menurun, maka desa/kelurahan tersebut tidak akan mencapai target tahunan yang ditentukan.

3) Status cukup

Adalah desa/kelurahan dengan cakupan dibawah target bulan Juni 2008, namun mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang meningkat jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu. Desa/kelurahan dalam kategori ini adalah desa/kelurahan D, yang perlu didorong agar cakupan bulanan selanjutnya tidak lebih daripada cakupan bulanan minimal 7,5%. Jika keadaan tersebut dapat terlaksana, maka desa/kelurahan ini kemungkinan besar akan mencapai target tahunan yang ditentukan.

4) Status jelek

Adalah desa/kelurahan dengan cakupan dibawah target bulan Juni 2008, dan mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang menurun dibandingkan dengan bulan lalu. Desa/kelurahan dalam kategori ini adalah desa/kelurahan E, yang perlu diprioritaskan untuk pembinaan agar cakupan bulanan selanjutnya dapat ditingkatkan diatas cakupan bulanan minimal agar dapat mengejar kekurangan target sampai bulan Juni, sehingga dapat pula mencapai target tahunan yang ditentukan.

b. Analisis Lanjut (Tabulasi Silang/Cross Tabulation)

Analisis ini dilakukan dengan cara membandingkan variabel tertentu dengan variabel terkait lainnya untuk mengetahui hubungan sebab akibat antar variabel yang dimaksud.

Contoh:

a. K1 dibandingkan dengan K4

b. K1 dibandingkan dengan Pn

- c. Pn dibandingkan dengan KF dan KN
- d. Jumlah Ibu Hamil Anemia dibandingkan dengan K1 dan K4
- e. KN1 dibandingkan dengan Jumlah Hep B Uniject

Contoh tabel 6 hasil analisis data:

Desa / Kelurahan	Cakupan K1	Cakupan K6	Cakupan Pn	Keterangan
A	80%	70%	60%	DO K6
B	70%	60%	40%	DO Pn

Berdasarkan data hasil analisis lanjutan dari data yang ada dengan melihat kejadian Drop Out (DO) K1-K6 melebihi 10% menunjukkan hasil bawa desa atau kelurahan tersebut bermasalah sehingga perlu penelusuran serta intervensi tindak lanjut terkait dengan permasalahan, penting bagi seorang bidan untuk melakukan peningkatan pendataan dan melakukan intervensi yang lebih intensif pada ibu hamil yang cakupan K1 masih rendah dengan melakukan kunjungan rumah, melihat kendala yang di hadapi pada ibu hamil, melihat cakupan Pn yang rendah tidak sesuai dengan jumlah cakupan K6 dibandingkan pada Pn menurun 20% sehingga seorang bidan penting untuk melakukan evaluasi dan tindak lanjut terhadap permasalahan yang menyebabkan kejadian DO pada wilayah tersebut.

H. Pelembagaan PWS KIA

Pelembagaan PWS KIA adalah pemanfaatan PWS KIA secara teratur dan terus menerus pada semua siklus pengambilan keputusan untuk memantau penyelenggaraan program KIA, di semua tingkatan administrasi pemerintah, baik yang bersifat teknis program maupun yang bersifat koordinatif nonteknis dan lintas sektoral. Pada akhirnya pemanfaatan PWS KIA harus merupakan bagian integral dari manajemen operasional program KIA sehari-hari.

Sesuai PP No. 34 th 2004 tentang Otonomi Daerah diharapkan pelembagaan PWS KIA dilakukan mulai tingkat desa, kabupaten/kota

sehingga PWS KIA dapat dijadikan bahan masukan musrenbang desa dan kabupaten/kota. Dalam upaya pelebagaan PWS KIA dilakukan langkah-langkah.

Langkah langkah dalam pelebagaan PWS KIA sebagai berikut:

1. Penunjukkan petugas pengolahan data di tiap tingkatan, untuk menjaga kelancaran pengumpulan data.
2. Kegiatan yang telah dilakukan di lakukan pengolahan data dan dikumpulkan oleh puskesmas ditabulasikan kemudian di laporkan ke dinas kesehatan kabupaten/kota.
3. Pengumpulan data dari desa yang di ambil dari setiap dusun yang ada di desa, kemudian puskesmas disusun PWS KIA tingkat puskesmas (per desa/kelurahan) dan di dinas kesehatan kabupaten/kota disusun PWS KIA tingkat kabupaten/kota (per puskesmas).
4. Pemanfaatan pertemuan lintas program

Pada pertemuan tersebut wilayah yang berhasil diminta untuk menginformasikan hasil yang telah dicapai, identifikasi masalah, merencanakan perbaikan serta menyusun rencana operasional periode berikutnya, Penyajian PWS KIA pada pertemuan teknis bulanan ditingkat puskesmas (mini lokakarya) dan kabupaten/kota (pertemuan bulanan dinas kesehatan kabupaten/kota).

5. Pemantauan PWS KIA untuk meyakinkan lintas sektoral

Penyajian PWS KIA pada pertemuan teknis bulanan ditingkat puskesmas (mini lokakarya) dan kabupaten/kota (pertemuan bulanan dinas kesehatan kabupaten/kota). dilakukan untuk mendapatkan dukungan dalam pemecahan masalah dan agar masalah operasional yang dihadapi dapat dipahami bersama, terutama yang berkaitan dengan motivasi dan penggerakan masyarakat sasaran dapat tercapai dengan mengikut sertakan lintas sektoral untuk berperan serta dengan kegiatan yang dilakukan serta menumbuhkan pemahaman dan kesadaran permasalahan yang ada di desa/kelurahan.

6. Pemanfaatan PWS KIA sebagai bahan Musrenbang desa dan kabupaten/kota

Data PWS KIA menjadi landasan untuk melakukan kegiatan di suatu desa dengan melakukan Musrenbang ini adalah suatu proses perencanaan di tingkat desa dan kabupaten/kota yang dapat dilakukan untuk penyelesaian dan menindak lanjuti temuan yang di dapatkan dari PWS KIA.(Kementrian Kesehatan RI 2020)



DAFTAR PUSTAKA

- Dainty Materity, Ratna Dewi Putri, Devy Lestari N.A. 2017. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. 1st ed. Yogyakarta: Andi Offset.
- Handayani, R. 2019. *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Malang: IRDH.
- Intan Sari, Ana Sapitri, Maria Septiana. 2022. *Buku Ajar Kebidanan Komunitas*. 1st ed. Jawa Tengah: Nasya Expanding Management.
- Karanganyar, Kabupaten, Desvita Anggraini Wulandari, Is Hadri, Utomo Program, and Studi Administrasi Negara. n.d. “Responsivitas Dinas Kesehatan Kabupaten Karanganyar Dalam Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) Dan Angka Kematian Bayi (AKB) Di.” *Jurnal Wacana Publik*. Vol. 1.
- kasmiasi, sumarni, Dkk. 2023. *Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. 1st ed. Makassar: CV.Tohar Media.
- Kemenkes RI. 2015. “Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit (M T B S) Departemen Kesehatan Republik Indonesia,” 1–68. [https://id.scribd.com/document/379945418/Bagan - Mtbs-2015-Revisi-Maret-2018](https://id.scribd.com/document/379945418/Bagan-Mtbs-2015-Revisi-Maret-2018).
- . 2020. “Pokok-Pokok Renstra Kemenkes 2020-2024.” *Pokja Renstra Kemenkes 2020-2024*, 1–40.

- Kemenkes, and RI. 2020. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019. Short Textbook of Preventive and Social Medicine*. Jakarta. https://doi.org/10.5005/jp/books/11257_5.
- Kementrian Kesehatan RI. 2020. *Buku KIA Kesehatan Ibu Dan Anak*. Kementrian Kesehatan RI. <https://kesmas.kemkes.go.id/konten/133/0/061918-sosialisasi-buku-kia-edisi-revisi-tahun-2020>.
- Mitra, Akademi Kebidanan, and srilina pinem. 2016. "Modul Askeb Komunitas," 1–52.
- Pudiastuti, Ratna Dewi. 2011. *Buku Ajar Kebidanan Komunitas*. 1st ed. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Purnama, B.T. 2022. *Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. 1st ed. Bandung: Media Sains Indonesia.
- Rina Marlina Hutasuhut, Supriati. 2023. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Komunitas*. 1st ed. Padang: Inovasi Pratama Internasional.
- Susyanty, Andi Leny, Heny Lestary, and Raharni Raharni. 2016. "Pelaksanaan Program Pelayanan Obstetri Dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED) Di Kabupaten Karawang." *Buletin Penelitian Kesehatan* 44 (4): 265–78. <https://doi.org/10.22435/bpk.v44i4.5491.265-278>.
- Syarifudin, Hamidah. 2007. *Kebidanan Komunitas*. 1st ed. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.



Biodata Penulis



Kasmianti, S.ST., M.Keb.

Lahir di Felda Sahabat 15 Tengku Lahad Datu (Malaysia) pada tanggal 07 Desember 1991. Menyelesaikan Pendidikan D-III Kebidanan di Akademi Kebidanan Batari Toja Watampone tahun 2013, Menyelesaikan pendidikan D-IV Pendidik Kebidanan di Universitas Mega Rezky Makassar pada tahun 2015. Kemudian melanjutkan program Magister di Universitas Hasanuddin dan menyandang gelar Magister Ilmu Kebidanan dengan pemilihan konsentrasi pelajaran kesetaraan gender. Pernah bekerja menjadi bidan Desa UPTD PUSKESMAS Salomekko tahun 2013-2014. Bergabung di Akademi Kebidanan Lapatau Bone tahun 2015-2021. Sekarang bekerja sebagai Dosen di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Maluku untuk prodi D-III Kebidanan tahun 2022 sampai sekarang.



Hasnawati Nukuhaly, S.ST., M.Kes.

Lahir di Kaitetu, Maluku Tengah, 05 Juli 1971. Menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di Poltekkes Makassar 2003 dan Diploma IV Bidan Pendidik di Poltekkes Makassar 2006, Pasca Sarjana di MIKM minat Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak Universitas Diponegoro Semarang 2012. Pernah bekerja sebagai bidan di desa dan bidan pada Puskesmas kabupaten Maluku Tengah sejak 1991-2006. Sebagai Dosen di Jurusan Kebidanan Ambon sejak 2007- 2012. Prodi Kebidanan Saumlaki 2013- 2016 Dosen tetap pada Prodi Kebidanan Ambon 2016 sampai sekarang.



Ratna Malawat, S.ST., M.Keb.

Lahir di Morella Jazirah Leihitu pada tanggal 28 Maret 1980. Menyelesaikan Pendidikan D-III Kebidanan di Politeknik Kesehatan Maluku tahun 2002, Menyelesaikan pendidikan D-IV Bidan Pendidik di Politeknik Kesehatan Makassar pada tahun 2006. Kemudian melanjutkan program Magister di Universitas Hasanuddin dan menyandang gelar Magister Ilmu Kebidanan. Bekerja sebagai tenaga Honorer di Poltekkes Maluku tahun 2003-2008. Dan Sekarang bekerja sebagai Dosen tetap di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Maluku pada prodi D-III Kebidanan sampai sekarang.



Meilany Laisouw, S.ST., M.Keb,

Lahir di Ambon pada tanggal 05 Mei 1982. Menyelesaikan Pendidikan D-III Kebidanan di Politeknik Kesehatan Ambon tahun 2005, Menyelesaikan pendidikan D-IV Bidan Pendidik di Politeknik Kesehatan Makassar pada tahun 2007. Kemudian melanjutkan program Magister di Universitas Hasanuddin dan menyandang gelar Magister Ilmu Kebidanan pada tahun 2015. Bekerja sebagai Dosen di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Maluku untuk prodi D-III Kebidanan pada tahun 2008 sampai sekarang.



Anthoneta Hitipeuw, S.ST., M.Keb.

Lahir di Saparua pada tanggal 05 Mei 1970. Menyelesaikan Pendidikan Akademi Keperawatan di AKPER Ambon tahun 1992 Menyelesaikan Pendidikan D-III Kebidanan Di Poltekkes Surabaya tahun 2005, selanjutnya menyelesaikan pendidikan D-IV Bidan Pendidik di Poltekkes Makassar pada tahun 2009. Kemudian melanjutkan program Magister di Universitas Hasanuddin Makassar dan menyandang gelar Magister Ilmu Kebidanan tahun 2015. Sejak tahun 1994 penulis mulai aktif mengajar sebagai guru pada Program Pendidikan Bidan 'A' SPK Depkes Ambon dan sampai sekarang masih aktif mengajar pada Prodi Kebidanan Ambon Poltekkes Kemenkes Maluku.



Chaterin Y Hatusupy, S.ST.,M.Kes.

Lahir di Ambon pada tanggal 02 April 1982. Menyelesaikan Pendidikan D-III Kebidanan Di Poltekkes Ambon tahun 2003, selanjutnya menyelesaikan pendidikan D-IV Bidan Pendidik di Poltekkes Makassar pada tahun 2010. Kemudian melanjutkan program Magister di Universitas Hasanuddin Makassar dan menyanggah gelar Magister Kesehatan Masyarakat tahun 2017. Penulis aktif mengajar pada Prodi Kebidanan Ambon Poltekkes Kemenkes Maluku sejak tahun 2005 sampai sekarang.



Jakob Lasarus Jambormias, S.KM.,M. Kes.,M.Pd,

Jakob Lasarus Jambormias, S.KM.,M.Kes.,M. Pd, Lahir di Desa Arma, 20 September 1970 Kec. Tanimbar Utara Kab. Maluku Tenggara (sekarang Kab. Kepulauan Tanimbar) Propinsi Maluku, Menyelesaikan Pendidikan AKPER DEPKES Ujung Pandang tahun 1991. Pada tahun 2002 menyelesaikan pendidikan pada jenjang Strata Satu (S1) FKM Jurusan Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku (PKIP) Universitas Hasanuddin (UNHAS) Makassar, dan menyelesaikan pendidikan Magister Pendidikan

2005 pada Universitas Kristen Indonesia Jakarta. Kemudian Pendidikan Magister Kesehatan dijalani pada Program Pascasarjana UIT Makassar, dengan spesifikasi Promosi Kesehatan Tahun 2012.

Pengangkatan sebagai PNS Pusat tanggal 01 Maret 1992 pada Dinas Kesehatan Tkt I Sulawesi Selatan, Penempatan pertama pada Dinas Kesehatan Kab. Tana Toraja 1993. Mulai bekerja sebagai Pelaksana Keperawatan di Puskesmas Ta'ba Kec. Rindingallo 1993 sampai dengan 1995. Pengangkatan pertama ke dalam Jabatan Fungsional Guru SPK Tana Toraja 1995 sampai dengan 2004 sampai SPK ditutup secara Nasional, dikonversi AKPER TORAYA. Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI, tentang Pengangkatan Pertama dalam Jabatan Fungsional Dosen di Lingkungan Depkes RI tahun 2004, Kemudian pada tahun 2015 - 2019 diangkat sebagai Direktur AKPER TORAYA Kab Tana Toraja Sulawesi Selatan.

Pada tahun 2018, mutasi ASN dari Kab. Tana Toraja Prov. Sulawesi Selatan ke Dinas Kesehatan Kab. Kepulauan Tanimbar Prov. Maluku. Tahun 2020 dilantik sebagai Kepala Puskesmas Ermyau-sormudi. Kemudian 2021 mutasi Kepegawaian ASN Kab. Kepulauan Tanimbar ke Kementerian Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Maluku Prodi Kebidanan Saumlaki sebagai Dosen sampai sekarang.

ASUHAN KEBIDANAN

- KOMUNITAS -

Tenaga kesehatan salah satunya bidan merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan yang berada di tengah-tengah masyarakat dimana bidan di tugaskan langsung berada dimasyarakat atau sering dikenal dengan bidan desa dimana mereka langsung memberikan pelayanan kebidanan di komunitas atau dimasyarakat dalam upaya mencegah dan menekan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB).

Pelayanan kesehatan yang dilakukan bidan dengan baik mampu meningkatkan kepercayaan masyarakat tentang kesehatan di masa mendatang terutama pergerakan dalam upaya promotif dan preventif yang harus diterapkan di masarakat, karena itu buku ini sangat penting dimiliki oleh semua tenaga kesehatan terkhusus kepada mahasiswa kebidanan karena dalam buku ini membahas tentang konsep kebidanan komunitas, permasalahan bidan di komunitas, strategi pelayanan kebidanan di komunitas, aspek perlindungan hukum bagi bidan di komunitas, analisis situasi dan social dalam asuhan kebidanan komunitas, meningkatkan pengetahuan melalui kelas ibu hamil, pelayanan kesehatan perempuan sepanjang daur kehidupan, program kesehatan yang terkait dengan pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA).





**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALUKU**



Jl. Laksdya Leo Wattimena, Negeri Lama – Ambon, Kode Pos : 97233
Telepon : (0911) 362943, Fax : (0911) 362949
Website : www.poltekkes-maluku.ac.id, email : poltekkes_ambon06@yahoo.com

SURAT TUGAS

NOMOR : KM.06.01/2.5/4868/2023

Yang bertanda tangan di bawah ini menugaskan kepada :

(Nama, NIP, Pangkat dan Jabatan terlampir)

Untuk mengikuti kegiatan Penerbitan buku dengan judul buku “Asuhan Kebidanan Komunitas” yang dilaksanakan pada tanggal 29 November – 11 Desember 2023 pada penerbit Literasi Nusantara (Litnus).

Agar yang bersangkutan melaksanakan tugas dengan baik dan penuh tanggung jawab.

28 November 2023

Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian
Kesehatan Maluku,



Hairudin Rasako, SKM.,M.Kes

Lampiran Surat Tugas

Nomor : KM.06.01/2.5/4868/2023

Tanggal : 28 November 2023

DAFTAR PEGAWAI/PEJABAT YANG DITUGASKAN

NO	NAMA	NIP	PANGKAT	JABATAN
1.	Hasnawati Nukuhaly, S.ST., M.Kes	197107051991032007	Pembina -IVa	Dosen
2.	Ratna Malawat, S.ST., M.Keb	198003282008012014	Penata Tk. I-III/d	Dosen
3.	Meilany Laisouw, S.ST., M.Keb	198205052008012019	Penata Tk.I -III/d	Dosen
3.	Anthoneta Hitipeuw, S.ST., M.Keb	197005051994032003	Pembina -IVa	Dosen
5.	Chaterin Hatusupy, S.ST., M.Kes	198204022005012001	Penata Tk. I-III/d	Dosen
6.	Kasmiati, M.Keb	199112072022032001	Penata Muda Tk I /III.b	Dosen
7.	Jacob L.Jambormias, SKM., M.Kes., M.pd	197009201992031013	Pembina /IV.a	Dosen

Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian
Kesehatan Maluku,



Hairudin Rasako, SKM., M.Kes