

# **Buku Ajar Kebidanan Komunitas**

Seri Wahyuni, SST., M.Kes

Domas Nurchandra Pramudianti, SST, M.Keb

Gangsar indah lestari, Bd. S.SiT.M.Kes

Dr Tri Lestari Handayani M.Kep Sp.Mat

Martini, SKM.MKM

Deasy Irawati, S.ST., M.Keb

Tatarini Ika Pipitcahyani, SST., M.Kes

Isna Hudaya, S.SiT.M.Biomed

Yoga Triwijayanti SKM.MKM

**CV. SCIENCE TECHNO DIRECT**

# Buku Ajar Kebidanan Komunitas

Seri Wahyuni, SST., M.Kes; Domas Nurchandra Pramudianti, SST,  
M.Keb; Gangsar indah lestari, Bd. S.SiT.M.Kes ; Dr Tri Lestari  
Handayani M.Kep Sp.Mat; Martini, SKM.MKM; Deasy Irawati, S.ST  
. ,M.Keb; Tatarini Ika Pipitcahyani, SST., M.Kes; Isna Hudaya,  
S.SiT.M.Biomed; Yoga Triwijayanti SKM.MKM  
Copyright © 2023 by Penulis

Diterbitkan oleh:

**CV. Science Techno Direct**  
**Perum Korpri Pangkalpinang**

Editor : Gangsar indah lestari, Bd. S.SiT.M.Kes  
Terbit: Juli, 2023  
ISBN: 978-623-99936-5-8

---

Hak Cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dengan bentuk dan cara apa pun tanpa izin tertulis dari penerbit.

# Kata Pengantar

Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena berkat dan rahmat,serta penyertaanNya, sehingga buku ajar Kebidanan Komunitas ini dapat kami selesaikan. Dalam penulisan buku ini kami berusaha menyajikan bahan dan bahasa yang sederhana,singkat serta mudah dicerna isinya oleh para pembaca.Kami menyadari bahwa makalah ini jauh dari sempurna serta masih terdapat kekurangan dan kekeliruan dalam penulisan makalah ini. maka kami berharap adanya masukan dari berbagai pihak untuk perbaikan dimasa yang akan mendatang. Akhir kata, semoga makalah ini dapat bermanfaat bagi kita semua dan dipergunakan dengan layak sebagaimana mestinya

# Daftar Isi

Kata Pengantar .....	iii
Daftar Isi.....	iv
BAB I KONSEP PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS DAN KELUARGA SEBAGAI PUSAT PELAYANAN .....	1
BAB II MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI PEREMPUAN DAN PELAYANAN KEBIDANAN PADA KOMUNITAS .....	31
BAB III MEMBANGUN JEJARING KERJA DIDALAM KOMUNITAS ...	57
BAB IV PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DENGAN MENGGUNAKAN PENDEKATAN PARTICIPATORY.....	77
BAB V PROGRAM KESEHATAN REPRODUKSI DI WILAYAH KERJA BIDAN KOMUNITAS DENGAN PENDEKATAN PARTISIPATIF & PWS KIA.....	89
BAB VI PENGEMBANGAN PERAN SERTA MASYARAKAT DALAM PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS.....	157
BAB VII ASUHAN ANTENATAL .....	204
BAB VIII SISTEM RUJUKAN KOMUNITAS.....	220
BAB IX ANALISIS PENYEBAB MASALAH DAN PEMETAAN MASALAH KEBIDANAN KOMUNITAS.....	232

# **BAB I KONSEP PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS DAN KELUARGA SEBAGAI PUSAT PELAYANAN**

(Seri Wahyuni,SST.,M.Kes.)

## **A. Tujuan pembelajaran :**

Mahasiswa mampu menjelaskan tentang :

1. Pengertian kebidanan komunitas dan keluarga
2. Riwayat kebidanan komunitas di Indonesia dan beberapa negara lain
3. Tujuan pelayanan kebidanan komunitas
4. Lingkup pelayanan kebidanan komunitas
5. Sasaran bidan di komunitas
6. Tugas dan tanggung jawab bidan di komunitas
7. Bidan praktik mandiri

## **B. MATERI**

### **1. Pengetian kebidanan komunitas dan keluarga**

Kebidanan adalah segala sesuatu yang berhubungan dengan Bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan kepada perempuan selama masa sebelum hamil, masa kehamilan, persalinan, pasca persalinan, masa nifas, bayi baru

lahir, bayi, balita, dan anak prasekolah, termasuk kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sesuai dengan tugas dan wewenangnya (Standar Profesi Bidan, 2020).



**Gambar 1.1. Praktik Kebidanan Komunitas**

Komunitas merupakan suatu unit atau kesatuan sosial yang terorganisasikan dalam kelompok-kelompok dengan kepentingan bersama (communities of common interest), baik yang bersifat fungsional maupun yang mempunyai territorial. Komunitas adalah kelompok sosial yang terbentuk berdasarkan lokalitas. Contoh: Beberapa keluarga yang berdekatan membentuk RT (Rukun Tetangga) dan selanjutnya sejumlah Rukun Tetangga membentuk RW (Rukun Warga), RW membentuk Dusun, Dusun membentuk Kelurahan atau Desa, selanjutnya desa membentuk kecamatan, kecamatan membentuk kabupaten, kabupaten membentuk

Kebidanan Komunitas adalah pelayanan kebidanan profesional yang ditujukan kepada masyarakat dengan

penekanan pada kelompok risiko tinggi dengan upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pelayanan kebidanan (Bustami et al., 2017).

Kebidanan komunitas adalah konsep dasar bidan dalam melayani keluarga dan masyarakat. Pelayanan kebidanan komunitas adalah upaya yang dilakukan bidan untuk pemecahan masalah kesehatan ibu dan anak balita didalam keluarga dan masyarakat.

## **2. Riwayat kebidanan komunitas di Indonesia dan beberapa Negara lain**

### **a) Indonesia**

Pelayanan kebidanan komunitas dikembangkan di Indonesia dimana bidan sebagai ujung tombak pemberi pelayanan kebidanan komunitas. Bidan yang bekerja melayani keluarga dan masyarakat di wilayah tertentu disebut bidan komunitas (community midwife) (Syahlan, 1996). Di Indonesia istilah “bidan komunitas” tidak lazim digunakan sebagai panggilan bagi bidan yang bekerja di luar Rumah Sakit. Secara umum di Indonesia seorang bidan yang bekerja di masyarakat termasuk bidan desa dikenal sebagai bidan komunitas.

Sampai saat ini belum ada pendidikan khusus untuk menghasilkan tenaga bidan yang bekerja di komuniti. Pendidikan yang ada sekarang ini diarahkan

untuk menghasilkan bidan yang mampu bekerja di desa. Pendidikan tersebut adalah program pendidikan bidan A (PPB A), B (PPB B), C (PPB C) dan Diploma III Kebidanan. PPB-A, lama pendidikan 1 tahun, siswa berasal dari lulusan SPK (Sekolah Perawat Kesehatan). PPB-B, lama pendidikan 1 tahun, siswa berasal dari lulusan Akademi Perawat. PPB-C, lama pendidikan 3 tahun, siswa berasal dari lulusan SMP (Sekolah Menengah Pertama). Diploma III Kebidanan : lama pendidikan 3 tahun, berasal dari lulusan SMU, SPK maupun PPB-A mulai tahun 1996. Kurikulum pendidikan bidan tersebut diatas disiapkan sedemikian rupa sehingga bidan yang dihasilkan mampu memberikan pelayanan kepada ibu dan anak balita di masyarakat terutama di desa. Disamping itu Departemen Kesehatan melatih para bidan yang telah dan akan bekerja untuk memperkenalkan kondisi dan masalah kesehatan serta penanggulangannya di desa terutama berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak balita. Mereka juga mendapat kesempatan dalam berbagai kegiatan untuk mengembangkan kemampuan, seperti pertemuan ilmiah baik dilakukan oleh pemerintah maupun oleh organisasi profesi seperti IBI. Bidan yang bekerja di desa, puskesmas, puskesmas pembantu; dilihat dari tugasnya berfungsi sebagai bidan komunitas (Syahlan, 1996). Sebenarnya sejarah pelayanan kebidanan komunitas di Indonesia diawali dari masa penjajahan Belanda. Pada tahun 1849 seiring dengan dibukanya pendidikan jawa di Batavia (di rumah sakit militer Belanda sekarang RSPAD Gatot Subroto), pada tahun 1851 dibuka pendidikan bidan

bagi wanita pribumi di Batavia oleh dokter Belanda (dr. W. Rosch). Fokus peran bidan hanya sebatas pelayanan di rumah sakit (bersifat klinis).

Pada tahun 1952, sekolah bidan 4 tahun menitikberatkan pendidikan formal pada kualitas pertolongan persalinan di rumah sakit. Selain itu bidan bertugas secara mandiri di biro konsultasi (CB) yang saat ini menjadi poliklinik antenatal rumah sakit. Dalam peran tersebut, bidan sudah memasukkan konsep pelayanan kebidanan komunitas. Pada tahun 1953 di Yogyakarta diadakan kursus tambahan bagi bidan (KTB), yang berfokus pada kesehatan masyarakat. Dengan demikian pemerintah mengakui bahwa peran bidan tidak hanya terbatas pada pelayanan masyarakat, yang berbasis di balai kesehatan ibu dan anak (BKIA) di tingkat kecamatan. Ruang lingkup pelayanan BKIA meliputi : pelayanan antenatal (pemberian pendidikan kesehatan, nasehat perkawinan, perencanaan keluarga dll), intranatal, postnatal (kunjungan rumah, termasuk pemeriksaan dan imunisasi bayi, balita dan remaja), penyuluhan gizi, pemberdayaan masyarakat, serta pemberian makanan tambahan. Pengakuan ini secara formal dalam bentuk adanya bidan coordinator yang secara struktural tercatat di jenjang inspektorat kesehatan, mulai daerah tingkat I (Propinsi) sampai dengan II (Kabupaten)

Ketika konsep puskesmas dilaksanakan pada tahun 1967, pelayanan BKIA menjadi bagian dari pelayanan Puskesmas. Secara tidak langsung, hal ini

menyebabkan penyusutan peran bidan di masyarakat. Bidan di puskesmas tetap memberikan pelayanan KIA dan KB di luar gedung maupun didalam gedung, namun hanya sebagai staf pelaksana pelayanan KIA, KB, Posyandu, UKS dan bukan sebagai perencana dan pengambil keputusan pelayanan di masyarakat. Tanpa disadari, bidan kehilangan keterampilan menggerakkan masyarakat, karena hanya sebagai pelaksana.

Pada tahun 1990-1996 konsep bidan di desa dilaksanakan untuk mengatasi tingginya angka kematian ibu. Pemerintah (BKKBN) menjalankan program pendidikan bidan secara missal (SPK + 1 tahun) (SPK : Sekolah Perawat Kesehatan, lulusan SMP + 3 tahun). Bidan di desa (BDD) merupakan staf Polindes. Ruang lingkup tugas BDD mencakup peran sebagai penggerak masyarakat, memiliki wilayah kerja dan narasumber berbagai hal. Sayangnya materi dan masa pendidikan BDD tidak memberikan bekal yang cukup untuk bisa berperan maksimal.

Gerakan Sayang Ibu (GSI) saat Departemen Kesehatan menerapkan inisiatif safe motherhood malah diprakarsai oleh Kantor Menteri Pemberdayaan Perempuan tahun 1996 dengan tujuan meningkatkan partisipasi masyarakat untuk menurunkan AKI. Pada tahun yang sama (1996), Ikatan Bidan Indonesia (IBI) melakukan advokasi pada pemerintah yang melahirkan program pendidikan Diploma III Kebidanan (setingkat akademi). Program baru ini memasukkan lebih banyak

materi yang dapat membekali bidan untuk bisa menjadi agen pembaharu di masyarakat, tidak hanya di fasilitas klinis. Pendidikan kebidanan tersebut terus berlangsung hingga saat ini dengan pendidikan tertingginya S2 yang dimulai sejak tahun 2006 di Universitas Padjadjaran. Tingkatan pendidikan bidan yang ada sekarang adalah D3, D4, S1, dan S2.

**b) Selandia Baru**

Selandia Baru telah mempunyai peraturan tentang cara kerja kebidanan sejak tahun 1904, tetapi lebih dari 100 tahun yang lalu, lingkup praktik bidan telah berubah secara berarti sebagai hasil dari meningkatnya sistem perumahsakit dan pengobatan atau pertolongan dalam kelahiran. Karena adanya otonomi bagi pekerja yang bergerak dalam porakteknya dengan lingkup praktek yang penuh di awal tahun 1900, secara perlahan bidan menjadi ‘asisten’ dokter.

Bidan bekerja di masyarakat di mulai dengan bekerja di rumah sakit dalam area tertentu, seperti klinik antenatal, ruang bersalin dan ruang nifas, kehamilan dan persalinan menjadi terpisah menjadi khusus dan tersendiri secara keseluruhan. Dalam proses ini, bidan kehilangan pandangan bahwa persalinan adalah suatu peristiwa yang normal dan dengan peran mereka sendiripun sebagai pendamping pada peristiwa normal tersebut. Di samping itu bidan menjadi berpengalaman memberikan intervensi

dan asuhan maternitas yang penuh dengan pengaruh medis, dimana seharusnya para dokter dan rumah sakit secara langsung yang lebih tepat untuk memberikannya.

Model di atas ditujukan untuk memberikan pelayanan pada maternal dan untuk mengurangi angka kematian dan kesakitan ibu dan janin hal ini berlangsung pada tahun 1920 sampai dengan tahun 1980 dimana yang memberlakukan model tersebut adalah negara-negara barat seperti Selandia Baru, Australia, Inggris dan Amerika. Tetapi strategi seperti itu tidak mencapai kesuksesan.

Di Selandia Baru, para wanitalah yang melawan model asuh persalinan tersebut dan menginginkan kembalinya bidan 'tradisional' yaitu seseorang yang berpengalaman dari mulainya kehamilan sampai dengan enam minggu setelah persalinan. Mereka menginginkan bidan yang berkerja dipercaya kemampuannya untuk menolong persalinan tanpa intervensi dan memberikan dukungan bahwa persalinan adalah peristiwa yang normal

Wanita-wanita Selandia Baru menginginkan untuk mengambil alih kembali kontrol dalam persalinan mereka dan menempatkan diri emreka di tempat yang tepat sebagai pusat kontrol di dalam memilih apa yang berkenaan dengan diri mereka.

Pada era 80-an, bidan bekerjasama dengan para wanita untuk menegaskan kembali otonomi bidan dan bersama-sama sebagai partner mereka telah membawa

kebijakan politik yang diperkuat dengan legalisasi tentang profesionalisme praktek bidan.

Sebagian besar bidan di Selandia Baru mulai memilih untuk bekerja secara mandiri dengan tanggungjawab penuh kepada klien dan asuhannya dalam lingkup yang normal. Lebih dari 10 tahun yang lalu, pelayanan maternitas telah berubah secara dramatis. Saat ini, 86% wanita mendapatkan pelayanan dari bidan selama kehamilan sampai nifas, dan asuhan berkelanjutan pada persalinan dapat dilakukan di rumah ibu. Sekarang, di samping dokter, 63% wanita memilih bidan sebagai satu-satunya perawat maternitas, dalam hal ini terus meningkat.

Ada suatu keinginan dari para wanita agar dirinya menjadi pusat pelayanan maternitas. Di rumah sakit pun memberikan pelayanan bagi yang menginginkan tenaga kesehatan profesional yaitu pusat pelayanan maternitas.

Model kebidanan yang digunakan di Selandia Baru adalah partnership antara bidan dan wanita. Bidan dengan pengetahuan, keterampilan dan pengalamannya, dan wanita dengan pengetahuan tentang kebutuhan diri dan keluarganya, serta harapan-harapan terhadap kehamilan dan persalinan. Pada awal kehamilan, antara bidan dan wanita harus saling mengenal dan menumbuhkan rasa saling percaya di antara keduanya. Dasar dari model partnership adalah komunikasi dan negosiasi.

Di Selandia Baru, bidan harus dapat membangun hubungan partnership dengan wanita yang menjadi kliennya, disamping bidan harus mempunyai kemampuan yang professional.

**c) Belanda**

**Perkembangan Kebidanan di Belanda**

Seiring dengan meningkatnya perhatian pemerintah Belanda terhadap kelahiran dan kematian, pemerintah mengambil tindakan terhadap masalah tersebut. Wanita berhak memilih apakah ia mau melahirkan di rumah atau di Rumah Sakit, hidup atau mati. Belanda memiliki angka kelahiran yang sangat tinggi sedangkan kematian prenatal relatif rendah. Satu dari tiga persalinan lahir di rumah dan ditolong oleh bidan dan perawat sedang yang lain di rumah sakit, tetapi juga ditolong oleh bidan. Dalam kenyataannya ketiga kelahiran tersebut.

Prof. Geerit Van Kloosterman pada konferensinya di Toronto tahun 1984 menyatakan bahwa setiap kehamilan adalah normal dan harus selalu di pantau dan mereka bebas memilih untuk tinggal di rumah atau di rumah sakit dimana bidan yang sama akan memantau kehamilannya. Yang utama dan penting, kebidanan di Belanda melihat suatu perbedaan yang nyata antara kebidanan keperawatan. Astrid Limburg mengatakan : Seorang perawat yang baik tidak akan menjadi seorang bidan yang baik karena perawat dididik untuk merawat

orang yang sakit, sedangkan bidan untuk kesehatan wanita. Tidak berbeda dengan ucapan Maria De Broer yang mengatakan bahwa kebidanan tidak memiliki hubungan dengan keperawatan, kebidanan adalah profesi yang mandiri.

Pendidikan kebidanan di Amsterdam memiliki prinsip yakni sebagaimana memberi anestesi dan sedatif pada pasien begitulah kita harus mengadakan pendekatan dan memberi dorongan pada ibu saat persalinan. Jadi pada praktiknya bidan harus memandang ibu secara keseluruhan dan mendorong ibu untuk menolong dirinya sendiri.

Pada kasus resiko rendah dokter tidak ikut menangani, mulai dari prenatal, natal, dan post natal, pada resiko menengah mereka selalu memberi job tersebut pada bidan dan pada kasus resiko tinggi dokter dan bidan saling bekerjasama.

Bidan di Belanda 75% bekerja secara mandiri, karena kebidanan adalah profesi yang mandiri dan aktif. Sehubungan dengan hal tersebut bidan harus menjadi role model di masyarakat dan harus menganggap kehamilan adalah sesuatu yang normal sehingga apabila seorang wanita merasa dirinya hamil dia dapat langsung memeriksakan diri ke bidan atau dianjurkan oleh keluarga atau teman atau siapa saja.

Pendidikan Kebidanan di Belanda

Pendidikan kebidanan di Amsterdam memiliki prinsip yakni sebagaimana memberi anastesi dan sedatif pada pasien begitulah kita harus mengadakan pendekatan dan memberi dorongan pada ibu saat persalinan. Jadi pada praktiknya bidan harus memandang ibu secara keseluruhan dan mendorong ibu untuk menolong dirinya sendiri.

Pada kasus resiko rendah dokter tidak ikut menangani, mulai dari prenatal, natal, dan post natal, pada resiko menengah mereka selalu memberi job tersebut pada bidan dan pada kasus resiko tinggi dokter dan bidan saling bekerjasama. Selama pendidikan di ketiga institusi tersebut menekankan bahwa kehamilan, persalinan, dan nifas sebagai proses fisiologis. Ini diterapkan dengan menempatkan mahasiswa untuk praktek di kamar bersalin dimana wanita dengan resiko rendah melahirkan. Persalinan, walaupun di rumah sakit, seperti di rumah, tidak ada dokter yang siap menolong dan tidak terdapat Cardiograph. Mahasiswa akan teruji keterampilan kebidanan yang telah terpelajari. Bila ada masalah, mahasiswa baru akan berkonsultasi dengan Ahli kebidanan dan seperti di rumah, wanita di kirim ke ruang bersalin patologi. Mahasiswa diwajibkan mempunyai pengalaman minimal 40 persalinan selama pendidikan. Ketika mereka lulus ujian akhir akan menerima ijazah yang didalamnya tercantum nilai ujian.

Pelayanan Antenatal Bidan menurut peraturan Belanda lebih berhak praktek mandiri daripada perawat.

Bidan mempunyai ijin resmi untuk praktek dan menyediakan layanan kepada wanita dengan resiko rendah, meliputi antenatal, intrapartum dan postnatal tanpa Ahli Kandungan yang menyertai mereka bekerja di bawah Lembaga Audit Kesehatan. Bidan harus merujuk wanita dengan resiko tinggi atau kasus patologi ke Ahli Kebidanan untuk di rawat dengan baik.

Untuk memperbaiki pelayanan kebidanan dan ahli kebidanan dan untuk meningkatkan kerjasama antar bidan dan ahli kebidanan dibentuklah daftar indikasi oleh kelompok kecil yang berhubungan dengan pelayanan maternal di Belanda. Daftar itu berisi riwayat sebelum dan sesudah pengobatan, riwayat kebidanan yang akan berguna dalam pelayanan kebidanan. Penelitian Woremever menghasilkan data tentang mortalitas dan morbiditas yang menjamin kesimpulan :dengan suystem pelayanan kebidanan yang diterapkan di Belanda memungkinkan mendapatkan hasil yang memuaskan melalui seleksi wanita. Suksesnya penggunaan daftar indikasi merupakan dasar yang penting mengapa persalinan di rumah disediakan dan menjadi alternatif karena wanita dengan resiko tinggi dapat diidentifikasi dan kemudaian di rujuk ke ahli Kebidanan.

Selama kehamilan bidan menjumpai wanita hamil 10-14 kali di Klinik bidan. Sasaran utama praktek bidan adalah pelayanan komunitas. Jika tidak ada masalah, wanita diberi pilihan untuk melahirkan dirumah atau di rumah sakit. Karena pelayanan antenatal yang hati8-hati

sehingga kelahiran di rumah sama amannya dengan kelahiran di rumah sakit.

Tahun 1969 pemerintah pemerintah Belanda menetapkan bahwa melahirkan di rumah harus dipromosikan sebagai alternatif persalinan. Di Amsterdam 43% kelahiran (Catatan bidan dan Ahli Kebidanan) terjadi di rumah. Di Holland diakui bahwa rumah adalah tempat yang aman untuk melahirkan selama semuanya normal

### Pelayanan Intrapartum

Pelayanan intrapartum dimulai dari waktu bidan dipanggil sampai satu jam setelah lahirnya plasenta dan membrannya. Bidan mempunyai kemampuan untuk melakukan episiotomi tapi tidak diijinkan menggunakan alat kedokteran. Biasanya bidan menjahit luka perineum atau episiotomi, untuk luka yang parah dirujuk ke Ahli Kebidanan. Syntometrin dan Ergometrin diberikan jika ada indikasi. Kebanyakan Kala III dibiarkan sesuai fisiologinya. Analgesik tidak digunakan dalam persalinan.

### Pelayanan Postpartum

Di Kebidanan Belanda, pelayanan post natal dimulai tahun 1988, persalinan di negara Belanda 80% telah ditolong oleh bidan, hanya 20% persalinan di RS.

Pelayanan kebidanan dilakukan pada community – normal, bidan sudah mempunyai indefendensi yang jelas. Kondisi kesehatan ibu dan anak pun semakin baik, bidan mempunyai tanggung jawab yakni melindungi dan memfasilitasi proses alami, menyeleksi kapan wanitanya perlu intervensi, yang menghindari teknologi dan pertolongan dokter yang tidak penting. Pendidikan bidan digunakan sistem Direct Entry dengan lama pendidikan 3 tahun.

**d) Kanada**

Meskipun bidan telah mempraktikkan di Kanada sejak orang pertama tinggal di sini, dan kemudian bidan imigran membawa bersama mereka ke negara baru, hanya baru-baru ini bahwa legislasi kebidanan telah mulai diperkenalkan. Untuk waktu yang lama Kanada adalah salah satu dari sembilan negara yang tidak mengenali kebidanan, dan masih ada beberapa yurisdiksi di Kanada di mana bidan tidak diatur. Di Kanada, seperti di sebagian besar negara, istilah "bidan" digunakan tanpa awalan.. Hal ini sesuai dengan WHO/Figo/ICM International Definisi dari Bidan. (The USA menyimpang dan diawali kata-kata seperti "perawat").

Bidan Asosiasi

- 1987, Konfederasi Kanada Bidan (CCM) yang dibentuk untuk memfasilitasi komunikasi antara berbagai provinsi asosiasi bidan. Sebuah konfederasi dari asosiasi bidan, bukan individu.
- 1988, Saskatchewan Ikatan Bidan terbentuk. Asosiasi yang Saskatchewan Aman Alternatif dalam Melahirkan dibubarkan dan konsumen membentuk Friends of the Bidan kelompok.
- 1991, Maret - the CCM mengadopsi definisi MKI kebidanan, dan "perawat-bidan" tidak dapat diterima.
- 2001, The CCM menjadi Asosiasi Kanada Bidan (CAM). Kemajuan kebidanan perundang-undangan di negara ini mengakibatkan lebih banyak pekerjaan, dan kebutuhan untuk Asosiasi nasional.
- 2001, The Kebidanan Mutual Recognition Agreement di Mobilitas Buruh di Kanada yang sudah diisi ditandatangani dan diterima berdasarkan Perjanjian Perdagangan Internal.
- 1691 --Pemerintah dalam apa yang sekarang quebec, didirikan tiga cabang otonom kedokteran: dokter, dokter bedah, bidan.
- 1755-- Pemerintah Inggris membayar upah bidan dari Inggris yang menetap di Nova Scotia.
- 1843--Bidan yang bekerja di Universitas Lying-in-Rumah Sakit di Montreal. Bidan yang diberikan izin oleh pemerintah daerah di Montreal, Quebec City, dan gereja-gereja lokal di daerah pedesaan.
- 1912 --Dewan Kedokteran Kanada terbentuk dan praktek kebidanan dihilangkan di sebagian besar lokasi.

- 1939--Selama tahun-tahun perang Perawat Kesehatan Masyarakat diberikan perawatan kebidanan di pedesaan Alberta di bawah undang-undang yang terkandung dalam Profesi Kedokteran Undang-Undang.
- 1944 --Kebidanan sertifikat dicabut di Quebec.
- 1946 --Canadian Nurses Association (CNA) yang disetujui praktek perawat terdaftar sebagai bidan di daerah-daerah terpencil di mana tidak ada dokter.  
Terdaftar Asosiasi Perawat tentang Bidan

Juni 1974 - Kanada Komite Nasional Perawat-Bidan yang diorganisir di Canadian Nurses Association (CNA) konvensi di Winnipeg, tapi segera dibubarkan sebagai bidan yang terlibat dengan Asosiasi Bidan lain. The CNA mengeluarkan pernyataan pada perawat-bidan merekomendasikan pengakuan perawat-bidan.

### **3. Tujuan pelayanan kebidanan komunitas**

Tujuan kebidanan komunitas dibagi menjadi dua jenis, yaitu tujuan secara umum dan tujuan khusus. Berikut penjabarannya:

#### **Tujuan Kebidanan Komunitas secara Umum**

- a. Membantu meningkatkan kesehatan ibu dan anak di dalam keluarga agar sehat serta sejahtera di dalam komunitas.
- b. Membantu meningkatkan kemandirian masyarakat dalam mengatasi suatu masalah yang berhubungan dengan kebidanan komunitas guna terjuwudnya derajat kesehatan optimal.

## Tujuan Kebidanan Komunitas secara Khusus

- a. Melakukan identifikasi suatu masalah yang berhubungan dengan kebidanan komunitas.
- b. Melakukan identifikasi struktur di masyarakat tertentu.
- c. Membantu meningkatkan kemampuan dari individu, keluarga, maupun masyarakat untuk melaksanakan asuhan kebidanan di dalam rangka mengatasi suatu masalah.
- d. Melaksanakan tindakan promotif dan preventif dalam pelayanan kesehatan.
- e. Dapat memberikan informasi mengenai pengertian sehat dan sakit pada masyarakat.
- f. Dapat menangani adanya kelainan risiko tinggi atau rawan yang membutuhkan pembindana serta pelayanan kebidanan.
- g. Dapat menangani kasus kebidanan di rumah atau tempat tinggal klien.
- h. Dapat menangani tindakan lanjutan dari kasus kebidanan dan bisa memberikan rujukan.
- i. Melakukan identifikasi status kesehatan ibu maupun anak.
- j. Memberikan pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Keluarga Berencana (KB), serta imunisasi.
- k. Dapat memberikan keterangan atau gambaran yang akurat mengenai kondisi wilayah kerja dengan daerah.
- l. Melakukan identifikasi faktor pada penunjang Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) atau Keluarga Berencana (KB) di wilayah kerja.

- m. Dapat melakukan bimbingan kepada para kader yang ada di Posyandu atau fasilitas kesehatan lainnya.
- n. Dapat mengidentifikasi kerja sama atau koordinasi Lintas Program (LP) maupun Lintas Sektor (LS).
- o. Melakukan kunjungan ke rumah masyarakat.
- p. Melakukan penyuluhan mengenai adanya seminar, evaluasi, atau laporan tertentu.
- q. Melakukan Asuhan Kebidanan (Askeb) dengan tujuan utama pada Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).
- r. Melakukan upaya kegawatdaruratan kebidanan yang sesuai dengan kewenangan.
- s. Membantu proses persalinan di rumah.

#### **4. Lingkup pelayanan kebidanan komunitas**

Seorang bidan dituntut mampu memberikan pelayanan yang bersifat individual maupun kelompok. Tanggung jawab bidan pada pelayanan kebidanan komunitas meliputi kemampuan memberikan penyuluhan dan pelayanan individu, keluarga, dan masyarakat. Ruang lingkup pelayanan kebidanan di komunitas meliputi peningkatan kesehatan, pencegahan (preventif), deteksi dini komplikasi dan pertolongan kegawatdaruratan, meminimalkan kecacatan, memulihkan kesehatan (rehabilitasi), serta kemitraan dengan LSM setempat, organisasi masyarakat, organisasi sosial, kelompok masyarakat yang melakukan upaya untuk mengembalikan individu ke lingkungan keluarga dan masyarakat

#### **5. Sasaran bidan di komunitas**

Komuniti adalah sasaran kebidanan komunitas. Di dalam komuniti terdapat kumpulan individu yang membentuk

keluarga atau kelompok masyarakat. Sasaran utama kebidanan komunitas adalah ibu dan anak dalam keluarga. Menurut UU No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan, yang dimaksud dengan keluarga adalah suami, istri, dan anggota keluarga lainnya. Pelayanan kebidanan komunitas diarahkan untuk mewujudkan keluarga yang sehat dan sejahtera. Pelayanan kebidanan komunitas merupakan bagian upaya kesehatan keluarga di masyarakat yang ditujukan kepada keluarga. Penyelenggaraan kesehatan keluarga bertujuan untuk mewujudkan keluarga sehat, bahagia dan sejahtera. Atas dasar hal tersebut, maka sasaran kebidanan komunitas, adalah

- a. Ibu : masa pra nikah/calon ibu, ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas/menyusui, ibu dalam masa interval, menopause
- b. Anak : meningkatkan kesehatan bayi dalam kandungan, bayi, balita, pra sekolah
- c. Keluarga : nuclear family (suami, anak) dan ekstended family (keluarga besar, kakek, nenek)
- d. Kelompok penduduk : kelompok penduduk daerah kumuh, daerah terisolasi, daerah yang tidak terjangkau
- e. Masyarakat : masyarakat desa, kelurahan, dalam batas wilayah kerja.

## **6. Tugas dan tanggung jawab bidan di komunitas**

### **a. Tugas Utama Bidan**

Tugas utama bidan di komunitas mengacu pada kompetensi inti bidan yang ditetapkan oleh IBI.

Kompetensi Bidan Indonesia (IBI / 2000). Area pengetahuan umum, keterampilan dan perilaku yg berhubungan dengan ilmu-ilmu sosial, ilmu-ilmu kesehatan dan kesehatan masyarakat (Runjati, 2020).

- 1) **Area persyaratan pengetahuan dan ketrampilan dalam memberikan asuhan sesuai dengan budaya setempat (Pernyataan kompetensi 1):** Bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan keterampilan dari ilmu - ilmu sosial, ilmu- ilmu kesehatan dan kesehatan masyarakat dan etik yang membentuk dasar asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya untuk wanita, bayi baru lahir dan keluarganya.
- 2) **Area Pra Konsepsi, Keluarga Berencana dan Ginekologi (pernyataan kompetensi 2 ) :** Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya dan pelayanan menyeluruh dimasyarakat dalam rangka meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan dan kesiapan menjadi orang tua.
- 3) **Area Asuhan dan Konseling selama Kehamilan (pernyataan kompetensi 3):** Bidan melakukan asuhan antenatal bermutu tinggi utk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi : deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu
- 4) **Area Asuhan selama Persalinan (pernyataan kompetensi 4) :** Bidan memberikan asuhan yang

bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawat daruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya

- 5) **Area Asuhan pada ibu Nifas dan Menyusui (pernyataan kompetensi 5)** : Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi pada ibu nifas dan menyusui serta tanggap terhadap kebudayaan setempat
  - 6) **Area Asuhan pada Bayi baru lahir (pernyataan kompetensi 6)**: Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada bayi baru lahir sampai satu bulan
  - 7) **Area Asuhan pada Bayi dan Anak Balita (pernyataan kompetensi 7)** : Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada bayi dan balita sehat 1bulan sampai 5 tahun
  - 8) **Area Kebidanan Komunitas (pernyataan kompetensi 8)** : Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat
  - 9) **Area Asuhan pada ibu / wanita dengan Gangguan Sistem Reproduksi (pernyataan kompetensi 9)** : Bidan melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita/ibu dengan gangguan sistem reproduksi
- Tanggung Jawab Bidan di Komunitas**

Sebagai tenaga kesehatan, bidan membantu keluarga dan masyarakat agar selalu berada di dalam kondisi kesehatan yang optimal. Sebagai tenaga kesehatan, bidan membantu keluarga dan masyarakat agar selalu berada didalam kondisi kesehatan yang optimal. Penyuluhan kepada masyarakat tentang pentingnya kesehatan bagi kehidupan mereka disampaikan oleh bidan sesuai dengan kebutuhan keluarga dan masyarakat (Rahayu et al., 2018). Bidan dalam hal ini berperan sebagai pendidik di masyarakat. Bidan mempunyai tanggung jawab di dalam komunitas sebagai berikut:

- a. Bertanggung jawab terhadap kesehatan ibu dan anak di keluarga maupun masyarakat.
- b. Bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan kebidanan sesuai dengan kompetensi serta wewenang.
- c. Bertanggung jawab memberikan pelayanan kebidanan kepada seluruh orang tanpa memandang latar belakang, status sosial, dan lainnya serta wajib mengutamakan kepentingan khalayak ramai daripada kepentingannya sendiri.
- d. Bertanggung jawab untuk melaksanakan kegiatan di Puskesmas sesuai urutan prioritas masalah berdasarkan wewenang bidan.
- e. Bertanggung jawab memberikan pendidikan mengenai reproduksi remaja seperti pernikahan dini, kehamilan dini, aborsi, pergaulan bebas, kesehatan pada remaja, dan lainnya.
- f. Bertanggung jawab untuk menurunkan morbiditas serta mortalitas ibu dan anak.

- g. Bertanggung jawab untuk mengkampanyekan, meningkatkan, dan membina masyarakat untuk hidup sehat.
- h. Bertanggung jawab untuk melakukan promosi, pencegahan dan pengendalian penyakit pada ibu dan anak.

## 7. Bidan Praktik Mandiri

Bidan Praktek Mandiri (BPM) merupakan bentuk pelayanan kesehatan di bidang kesehatan dasar. Praktek bidan adalah serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh nidan kepada pasien (individu, keluarga, dan masyarakat) sesuai dengan kewenangan dan kemampuannya (Sayati, 2019). Bidan yang menjalankan praktek harus memiliki Surat Izin Praktek Bidan (SIPB) sehingga dapat menjalankan praktek pada saran kesehatan atau program (Imamah, 2012). Bidan Praktek Mandiri memiliki berbagai persyaratan khusus untuk menjalankan prakteknya, seperti tempat atau ruangan praktek, peralatan, obat-obatan. Namun pada kenyataannya BPM sekarang kurang memperhatikan dan memenuhi kelengkapan praktek serta kebutuhan kliennya. Di samping peralatan yang kurang lengkap tindakan dalam memberikan pelayanan kurang ramah dan bersahabat dengan klien. Sehingga masyarakat berasumsi bahwa pelayanan kesehatan bidan praktek mandiri tersebut kurang memuaskan. (Rhiea,2011). Menurut Permenkes nomor 28 tahun 2017 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan, Bidan memiliki kewenangan untuk meberikan pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak, pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

## Persyaratan Pendirian Bidan Praktik Mandiri :

- a. Menjadi anggota IBI
- b. Permohonan Surat Ijin Praktek Bidan selaku Swasta Perorangan
- c. Surat Keterangan Kepala Puskesmas Wilayah setempat Praktek
- d. Surat Persyaratan tidak sedang dalam sanksi profesi/hukum
- e. Surat Keterangan Ketua Ranting IBI Wilayah
- f. Persiapan peralatan medis usaha praktek bidan secara perorangan dengan pelayanan pemeriksaan pertolongan persalinan dan perawatan
- g. Membuat Surat Perjanjian sanggup mematuhi perjanjian yang tertulis
- h. Bidan dalam menjalankan praktek harus :
  1. Memiliki tempat dan ruangan praktik yang memenuhi persyaratan kesehatan
  2. Menyediakan tempat tidur untuk persalinan minimal 1 dan maksimal 5 tempat tidur
  3. Memiliki peralatan minimal sesuai dengan ketentuan dan melaksanakan prosedur tetap (protap) yang berlaku.
  4. Menyediakan obat-obatan sesuai dengan ketentuan peralatan yang berlaku.
- i. Bidan yang menjalankan praktik harus mencantumkan izin praktik bidannya atau foto copy praktiknya diruang praktik, atau tempat yang mudah dilihat.

- j. Bidan dalam prakteknya memperkerjakan tenaga bidan yang lain, yang memiliki SIPB untuk membantu tugas pelayanannya
- k. Bidan yang menjalankan praktek harus mempunyai peralatan minimal sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan peralatan harus tersedia ditempat prakteknya.
- l. Peralatan yang wajib dimiliki dalam menjalankan praktik bidan sesuai dengan jenis pelayanan yang diberikan .
- m. Dalam menjalankan tugas bidan harus serta mempertahankan dan meningkatkan keterampilan profesinya antara lain dengan :
  - 1. Mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan atau saling tukar informasi dengan sesama bidan.
  - 2. Mengikuti kegiatan-kegiatan akademis dan pelatihan sesuai dengan bidang tugasnya, baik yang diselenggarakan pemerintah maupun oleh organisasi profesi.
  - 3. Memelihara dan merawat peralatan yang digunakan untuk praktik agar tetap siap dan berfungsi dengan baik.

### **C. Rangkuman**

1. Kebidanan Komunitas adalah pelayanan kebidanan profesional yang ditujukan kepada masyarakat dengan penekanan pada kelompok risiko tinggi dengan upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien

sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pelayanan kebidanan.

2. Pada tahun yang sama (1996), Ikatan Bidan Indonesia (IBI) melakukan advokasi pada pemerintah yang melahirkan program pendidikan Diploma III Kebidanan (setingkat akademi). Program baru ini memasukkan lebih banyak materi yang dapat membekali bidan untuk bisa menjadi agen pembaharu di masyarakat, tidak hanya di fasilitas klinis. Pendidikan kebidanan tersebut terus berlangsung hingga saat ini dengan pendidikan tertingginya S2 yang dimulai sejak tahun 2006 di Universitas Padjadjaran. Tingkatan pendidikan bidan yang ada sekarang adalah D3, D4, S1, dan S2.
3. Tujuan kebidanan komunitas secara umum untuk membantu meningkatkan kesehatan ibu dan anak di dalam keluarga agar sehat serta sejahtera di dalam komunitas dan membantu meningkatkan kemandirian masyarakat dalam mengatasi suatu masalah yang berhubungan dengan kebidanan komunitas guna terjuwudnya derajat kesehatan optimal.
4. Ruang lingkup pelayanan kebidanan di komunitas meliputi peningkatan kesehatan, pencegahan (preventif), deteksi dini komplikasi dan pertolongan kegawatdaruratan, meminimalkan kecacatan, memulihkan kesehatan (rehabilitasi), serta kemitraan dengan LSM setempat, organisasi masyarakat, organisasi sosial, kelompok masyarakat yang melakukan upaya untuk mengembalikan individu ke lingkungan keluarga dan masyarakat.
5. Sasaran utama kebidanan komunitas adalah ibu dan anak dalam keluarga.

6. Tanggung jawab bidan pada pelayanan kebidanan komunitas meliputi kemampuan memberikan penyuluhan dan pelayanan individu, keluarga, dan masyarakat.
7. Bidan Praktek Mandiri (BPM) merupakan bentuk pelayanan kesehatan di bidang kesehatan dasar. Praktek bidan adalah serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh nidan kepada pasien (individu, keluarga, dan masyarakat) sesuai dengan kewenangan dan kemampuannya.

#### **D. Tugas**

1. Jelaskan pengertian kebidanan komunitas dan keluarga?
2. Jelaskan tujuan pelayanan kebidanan komunitas?
3. Jelaskan lingkup pelayanan kebidanan komunitas?
4. Jelaskan Sasaran bidan di komunitas?
5. Jelaskan Tugas dan tanggung jawab bidan di komunitas?

#### **E. Referensi**

- Bustami, L. E. S., Insani, A. A., Iryani, D., & Yulizawati. (2017). *Buku Ajar Kebidanan Komunitas*. CV. Rumahkayu Pustaka Utama.
- Imamah. (2012). *Perencanaan Bidan Praktek Mandiri BPM*.
- Standar Profesi Bidan, 21 1 (2020).  
[https://ktki.kemkes.go.id/info/sites/default/files/Kepmenkes\\_320\\_Tahun\\_2020\\_Tentang\\_Standar\\_Profesi\\_Bidan](https://ktki.kemkes.go.id/info/sites/default/files/Kepmenkes_320_Tahun_2020_Tentang_Standar_Profesi_Bidan)
- Rahayu, T. puji, Suharto, A., & Rahayu sumaningsih. (2018). *Kebidanan Komunitas*. In *Prodi D-3 kebidanan magetan*

*polekkes kemenkes surabaya.*

Runjati, M. M. (2020). *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Poltekkes Kemenkes Semarang.

Sayati, D. (2019). Analisis Kualitas Pelayanan Kesehatan Di Bidan Praktik Mandiri Kota Palembang. *Majalah Kedokteran Srwijaya*, 3, 138–147.

Syahlan. (1996). *Kebidanan Komunitas*. Yayasan Sumber Bina Kesehatan.

**Seri**



# **BAB II MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI PEREMPUAN DAN PELAYANAN KEBIDANAN PADA KOMUNITAS**

(Domas Nurchandra Pramudianti, SST, M.Keb)

## **PENDAHULUAN**

Pelayanan kebidanan komunitas merupakan upaya bidan untuk mengatasi masalah kesehatan ibu dan anak dalam keluarga dan masyarakat. Ada banyak masalah kelahiran di masyarakat. Kematian ibu dan anak, kematian remaja, aborsi yang tidak aman, BBLR, angka kelahiran, kekerasan dalam rumah tangga, IMS/PMS, menopause, kehamilan/melahirkan di rumah, kelahiran dan perilaku yang dibantu oleh tenaga non kesehatan dan sosial budaya yang mempengaruhi pelayanan kebidanan masyarakat-masalah kelahiran di masyarakat adalah masalah. Penekanan ditempatkan pada layanan kebidanan profesional berbasis komunitas untuk mencapai kesehatan optimal bagi populasi berisiko dengan mencegah penyakit, mempromosikan kesehatan, memastikan keterjangkauan layanan kesehatan yang dibutuhkan, dan bermitra dengan klien. Bidan merupakan bagian dari masyarakat desa, dimana bidan bekerja dalam memenuhi tugas bidan komunitas, selain kewajiban bidan untuk memberikan asuhan yang bermutu dan komprehensif, bidan juga harus mengetahui budaya setempat. masyarakat dengan semaksimal mungkin melakukan pendekatan dan kerjasama dalam pemberian pelayanan agar masyarakat memahami pentingnya mengetahui masalah kesehatannya dan berpartisipasi aktif dalam

menyelesaikan masalah kesehatan individu maupun keluarga dan masyarakat sekitar (Rahayu et al., 2018).

### **A. Tujuan pembelajaran :**

1. Mampu memahami masalah kebidanan di komunitas
2. Mampu memahami perilaku dan sosial budaya yang berpengaruh pada pelayanan kebidanan komunitas

### **B. Materi**

#### **1. Kematian ibu dan bayi**

Menurut WHO, “angka kematian ibu (AKI) di dunia pada tahun 2019 adalah 303.000. Kematian ibu di ASEAN adalah 235/100.000. Kematian ibu di Indonesia masih berkisar sekitar 305/100.000 kelahiran hidup, masih belum mencapai target 183/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2024. Kematian ibu merupakan salah satu target SDGS yang diharapkan dapat tercapai pada tahun 2024. Pada tahun 2030, kematian ibu akan turun menjadi 70/100.000 kelahiran” (Oscar Primadi, 2017).

Menurut Rahayu et al., (2018), “beberapa faktor yang dapat menyebabkan kematian pada ibu antara lain yaitu;

- a. Terlambat mengenal tanda bahaya
- b. Terlambat mencapai fasilitas
- c. Terlambat mendapat pertolongan yang adekuat di fasilitas kesehatan

- d. Seorang ibu yang terlalu tua untuk hamil pertama kali sekitar usia 35 tahun dapat mengakibatkan kematian ibu dan anaknya.
- e. Terlalu muda punya anak yaitu di bawah 20 tahun secara fisik kondisi rahim dan panggul belum berkembang secara optimal.
- f. Jarak yang terlalu dekat antara kehamilan pertama dengan kehamilan berikutnya kurang dari 2 tahun, yang dapat menyebabkan terhambatnya proses persalinan, misalnya gangguan kekuatan kontraksi, penyimpangan posisi dan posisi janin.
- g. Terlalu banyak bayi, misalnya ibu yang hamil dan melahirkan lebih dari 2 kali, yang dapat mengganggu proses persalinan, misalnya kontraksi melemah, kelainan letak dan posisi janin, perdarahan nifas.
- h. Faktor risiko tinggi adalah faktor yang menjadi penyebab langsung kematian ibu hamil dan ibu hamil serta bayi. Kriteria faktor risiko meliputi perdarahan saat hamil, demam tinggi atau infeksi, eklamsia, dan kelainan posisi bayi dalam kandungan.
- i. Beberapa faktor risiko kematian di atas adalah kurangnya keterlibatan masyarakat;
  - Tingkat pendidikan ibu rendah
  - Rendahnya kemampuan ekonomi keluarga
  - Status sosial budaya yang tidak mendukung
  - Beberapa perilaku yang tidak mendukung dapat menimbulkan risiko”

## **2. Kehamilan remaja**

Menurut WHO, “pubertas dimulai pada usia 12-24 tahun. Masa remaja merupakan periode terjadinya pertumbuhan dan perkembangan yang pesat baik secara fisik, psikologis maupun intelektual. Usia remaja biasanya memiliki rasa penasaran yang tinggi dan cenderung berani mengambil risiko atas apa yang dilakukannya tanpa mempertimbangkan terlebih dahulu. Kehamilan yang tidak diinginkan adalah suatu kondisi dimana pasangan tidak menginginkan proses kelahiran kehamilan tersebut. Kehamilan ini dapat disebabkan oleh perilaku seksual/senggama yang disengaja maupun tidak disengaja” (Oscar Primadi, 2017).

Menurut Kepala Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat, Bapak Oscar Primadi (2017), bahwa “Kehamilan remaja berdampak negatif pada kesehatan remaja dan bayinya, juga dapat berdampak sosial dan ekonomi. Kehamilan pada usia muda atau remaja antara lain berisiko kelahiran prematur, berat badan bayi lahir rendah (BBLR), perdarahan persalinan, yang dapat meningkatkan kematian ibu dan bayi. Kehamilan pada remaja juga terkait dengan kehamilan tidak dikehendaki dan aborsi tidak aman. Faktor penyebabnya adalah ketidaktahuan tentang perilaku seksual yang menyebabkan kehamilan, kehamilan akibat kasus perkosaan dan masalah keuangan. Pencegahannya antara lain tidak melakukan hubungan seks sebelum menikah, menggunakan waktu luang dalam kegiatan yang positif dan menghindari kegiatan yang membangkitkan hasrat seksual. Jika kehamilan berlanjut, konsekuensi kehamilan yang tidak diinginkan meliputi risiko fisik, psikologis, sosial, dan finansial. Jika ini tidak diikuti, banyak remaja akan melakukan aborsi ilegal”.

Penanganan khusus yang dapat dilakukan bidan adalah;

- a. Bersikap ramah dengan remaja
- b. Penyuluhan remaja dan keluarganya
- c. Mengusulkan solusi terbaik dengan menawarkan solusi alternatif untuk masalah

### 3. Unsafe abortion

Dalam jurnal Widowati (2020) bahwa “*Unsafe abortion* adalah aborsi yang tidak aman secara medis. Aborsi merupakan suatu tindakan menggugurkan kandungan. Di negara Indonesia tindakan tersebut merupakan yang dilarang, dan masuk dalam hal Kejahatan terhadap nyawa dalam Kitab Undang-Undang Hukum Pidana. Meskipun aborsi secara hukum terlarang, tetapi kenyataannya aborsi masih banyak dilakukan oleh perempuan dengan berbagai alasan disebabkan peraturan dan hukum yang ada kurang akomodatif terhadap alasan-alasan yang memaksa perempuan melakukan tindakan aborsi.

Secara umum, pengguguran kandungan dapat dibagi menjadi 2 macam, yaitu: pengguguran tanpa sengaja dan pengguguran disengaja. Aborsi tanpa sengaja adalah pengguguran tidak sengaja yang terjadi tanpa tindakan apapun. Sedangkan aborsi disengaja adalah pengguguran yang terjadi sebagai akibat dari suatu tindakan. Aborsi dalam bentuk kedua ini dapat dibedakan dalam 2 macam, yaitu

1. Aborsi *artificialis therapicus* adalah pengguguran yang dilakukan oleh dokter atas dasar indikasi medis yang

dilakukan sebagai penyelamatan terhadap jiwa ibu yang terancam bila kelangsungan kehamilan dipertahankan.

2. Aborsi provocatus criminalis adalah pengguguran yang dilakukan tanpa dasar indikasi medis misalnya, aborsi yang dilakukan untuk meniadakan hasil hubungan seks diluar perkawinan atau untuk mengakhiri perkawinan yang tidak dikehendaki”.

Aborsi dilakukan oleh orang-orang yang tidak terlatih atau berkualitas dan menggunakan peralatan yang tidak memadai, menyebabkan banyak komplikasi hingga kematian. Tugas bidan ketika menangani aborsi adalah menasihati klien tentang dampaknya. Dampak aborsi adalah perdarahan, trauma, infeksi, dan 1/3 kematian AKI, serta gangguan reproduksi. Efek jangka panjang termasuk penyakit radang panggul kronis, infertilitas dan gangguan kehamilan ektopik

#### **4. BBLR**

BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah) yaitu bayi baru lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram. BBLR dibagi menjadi tiga kelompok sebagai berikut;

- a. Berat bayi lahir rendah (BBLR) berat lahir 1500-2500 gram.
- b. Bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR), berat lahir <1500 gram.
- c. Bayi berat lahir ekstrem rendah (BBLER), berat lahir <1000 gram.

Penanganan yang dapat bidan lakukan adalah

- 1) Mempertahankan suhu dengan ketat

- 2) Mencegah infeksi dengan ketat
- 3) Pengawasan nutrisi/ASI
- 4) Penimbangan ketat

## 5. Tingkat kesuburan

“Infertilitas wanita dapat disebabkan oleh peningkatan faktor risiko dan faktor tersebut sangat bervariasi antara lain usia, pekerjaan, tingkat stres, indeks massa tubuh yang berhubungan dengan status gizi dan kelainan genital. Beberapa faktor yang mempengaruhi kesuburan wanita antara lain;

### a. Usia

Semakin bertambahnya usia seorang wanita, semakin besar pula kemungkinan atau peluang untuk hamil, karena sistem reproduksi wanita berfungsi secara optimal ketika pubertas telah dimulai dan terjadi sebelum menopause. Penuaan pada wanita juga dapat menyebabkan perubahan hormonal. Kadar FSH meningkat, fase folikular memendek, sedangkan kadar LH dan panjang fase luteal tidak berubah, dan siklus menstruasi memendek. Selain itu, jumlah folikel ovarium yang tersisa terus berkurang, jumlah folikel ovarium juga terus berkurang, dan folikel kurang sensitif terhadap rangsangan gonadotropin, sehingga kesuburan wanita berkurang.

### b. Pekerjaan

Jenis pekerjaan dapat mempengaruhi timbulnya penyakit dalam beberapa cara. Terdapat keterkaitan antara pekerjaan dengan pola penyakit, terutama untuk

penyakit tidak menular yang salah satunya dapat disebabkan secara langsung maupun tidak langsung oleh faktor lingkungan yang dapat menyebabkan penyakit, seperti paparan bahan kimia, gas beracun atau radiasi. adalah pekerjaan atau situasi kerja yang penuh tekanan dan bising yang paparannya terus-menerus dapat memengaruhi kesehatan dan penyakit fisik. Zat yang mempengaruhi kesuburan adalah panas, sinar X, logam dan pestisida.

c. Tingkat stress

Stres adalah suatu keadaan atau kondisi dimana seseorang berada dalam tekanan yang dapat memicu berbagai reaksi. Padahal tingkat stres itu sendiri merupakan hasil evaluasi tingkat keparahan stres yang dirasakan dan dalam hal ini adalah wanita. Peningkatan kadar prolaktin dan kadar hormon luteinizing (LH) terkait erat dengan masalah psikologis. Kecemasan dan stres menurunkan kadar LH, dan kesedihan serta depresi meningkatkan prolaktin. Kadar prolaktin yang tinggi dapat menghambat pelepasan LH dan menekan hormon gonadotropin yang mempengaruhi ovulasi. Selain itu, tingkat stres yang tinggi pada wanita juga bisa memicu pelepasan hormon kortisol yang berpengaruh pada pematangan sel telur di ovarium. Saat stres terjadi, terjadi perubahan neurokimia dalam tubuh yang dapat mengubah pematangan dan penyimpanan sel telur.

Upaya yang dapat dilakukan oleh bidan untuk mengatasi permasalahan tingkat kesuburan di masyarakat adalah :

- 1) Melakukan analisis situasi tentang kependudukan dan program KB
- 2) Penyediaan Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi (KB-KR)
- 3) Membangun kemitraan dengan Petugas Keluarga Berencana (PKB) dan kader.
- 4) Memberikan pengetahuan dan pendidikan dengan tujuan membentuk keluarga yang PEDULI (Perhatian, Dukungan, dan Lingkungan)

d. *Indeks massa tubuh*

Faktor gizi sangat penting dalam menunjang kesuburan, karena kesuburan seseorang dipengaruhi oleh status gizinya. Secara teori, obesitas tidak hanya dikaitkan dengan peningkatan risiko penyakit kronis, tetapi juga mengindikasikan risiko masalah reproduksi. Beberapa masalah ovulasi dan perubahan siklus menstruasi dapat terjadi pada wanita dengan PCOS yang juga obesitas, namun wanita tanpa PCOS yang mengalami obesitas memiliki masalah yang sama. Selain itu, masalah reproduksi penyebab kemandulan juga berkaitan dengan faktor genetic yang nantinya memicu rangsangan hormonal, makanan berlemak dan berat badan yang berlebihan. Banyaknya lemak meningkatkan produksi hormon testosteron yang biasa dikenal dengan hormon pria, yang menekan pertumbuhan sel telur di ovarium sehingga menyebabkan terganggunya produksi hormon wanita, siklus menstruasi menjadi tidak teratur.

e. Kelainan organ reproduksi

Penyebab infertilitas wanita biasanya karena gangguan pada organ reproduksi, yang meliputi

gangguan ovulasi (PCOS, gangguan menstruasi, kegagalan primer), gangguan rahim (infeksi atau endometriosis), dan gangguan rahim (mioma submukosa, polip endometrium, leiomioma). , dan penyakit Asherman). sindroma). Gangguan yang paling sering terjadi pada wanita infertil adalah gangguan ovulasi, ketika ovulasi tidak terjadi maka tidak ada sel telur yang dapat dibuahi. Salah satu gejalanya adalah haid tidak teratur atau tidak haid ” dalam jurnal Alini & Indrawati (2018).

## 6. KDRT

Kekerasan dalam rumah tangga adalah setiap jenis kekerasan yang dilakukan oleh seorang laki-laki terhadap istrinya yang mengakibatkan kerugian fisik, psikis, seksual, dan finansial, termasuk ancaman, perampasan kebebasan, yang terjadi di dalam rumah tangga atau keluarga.

Penyebab KDRT yaitu sebagai berikut;

- 1) Ketimpangan keuangan antara laki-laki dan perempuan
- 2) Penggunaan kekerasan dalam resolusi konflik
- 3) Wewenang dan pengambilan keputusan ada di tangan laki-laki
- 4) Ada perbedaan antara jenis kelamin
- 5) Budaya kekuasaan ada pada manusia
- 6) Kepribadian dan mental suami tidak stabil
- 7) Anda mengalami kekerasan sebagai seorang anak
- 8) Kesadaran akan keberanian melapor masih lemah

## Peran bidan dalam KDRT

- a. Merekomendasikan shelter sebagai pusat krisis dan pusat krisis tunggal.
- b. Memberikan bantuan psikologis dan perawatan fisik kepada korban.
- c. Mendukung bantuan hukum dalam persidangan.
- d. Melatih kader LSM untuk membantu korban.
- e. Menyelenggarakan pelatihan perlindungan korban kekerasan dalam rumah tangga untuk membantu korban.

### 7. IMS/PMS

“Penyakit menular seksual berarti infeksi atau penyakit yang biasanya menyebar melalui kontak seksual (melalui mulut, anus atau vagina). Perlu diketahui bahwa PMS menyerang alat kelamin, namun muncul gejala dan menyerang mata, mulut, saluran pencernaan, hati, otak dan organ lainnya. Rantai penularan penyakit menular seksual adalah virus, bakteri, parasit, protozoa, manusia, jamur, bahan terkontaminasi bakteri lainnya di penis, darah, anus, vagina, kulit rusak, selaput lendir, hubungan seks, berbagi jarum suntik dengan orang yang terinfeksi lainnya dengan PMS. Jenis-jenis Penyakit Menular Seksual antara lain”;(Rahayu et al., 2018)

#### a. Gonorrhoea

Penyebab : infeksi kuman *Neisseria gonorrhoeae*

Tanda-Gejala : - Pada pria; secret uretra purulen, disuria, epididimis, dan prostatitis.

- Pada wanita; asimtomatik pada tahap awal, kemudian radang serviks dan keluarnya cairan purulen, gartonitis.

b. Syphilis

Penyebab

: Bakteri *Treponema palidum*. Bakteri tersebut menginfeksi tubuh manusia melalui luka pada alat kelamin, anus, bibir dan mulut. Penularan dipicu oleh aktivitas seksual penderita, seperti penetrasi, seks oral.

Tanda-Gejala :

- Tahap primer : terbentuknya ulkus pada vulva atau penis yang sangat nyeri, ulkus primer baik tunggal maupun kelompok, dapat juga terjadi pada bibir, lidah, tangan, dubur atau puting susu.
- Tahap sekunder : 2-4 minggu dari munculnya bisul menjadi 2-4 tahun. Penderita biasanya merasa lemas, merah dan memiliki kutil di dubur san alat kelamin. Pada fase laten : tidak ada gejala klinis selama 5-20 tahun.
- Tahap lanjut yaitu tidak diobati secara definitif, tumor/massa/gusi di bagian tubuh, kerusakan katup jantung dan pembuluh darah, meningitis, kelumpuhan, kurangnya koordinasi, paresis, insomnia, kebingungan, pengenceran, gangguan berpikir dan bicara terlihat.

c. Herpes Genitalis

Penyebab : Virus herpes simpleks (HSV). HSV dapat menyebar melalui kontak seksual dengan orang yang terinfeksi. Infeksi HSV dapat menyebabkan nyeri, gatal, dan luka di area genital yang terkena.

Tanda-Gejala : Gejala pertama mulai muncul 4-7 hari setelah infeksi. Gejala awal biasanya gatal, kesemutan dan nyeri. Kemudian muncul bintik merah kecil, diikuti oleh serangkaian lepuh kecil yang menyakitkan. Lepuh ini pecah dan menyatu membentuk luka bulat. Luka yang dihasilkan biasanya menyakitkan dan berkerak

d. AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome)

Penyebab : Human Immunodeficiency Virus. HIV/AIDS ditularkan melalui dua cara, yaitu melalui cairan kelamin dan darah, sehingga faktor risiko HIV/AIDS terkait dengan kedua faktor tersebut, antara lain: Sering berganti pasangan. Seks berisiko, baik gay maupun heteroseksual. Penggunaan jarum medis secara bersamaan.

Tanda-Gejala : Gejala pertama AIDS muncul rata-rata 10 tahun setelah infeksi HIV, ketika gejala berbagai penyakit muncul dan kematian terjadi dalam 1-3 tahun. Pada pasien dewasa, penurunan berat badan lebih dari 10%, diare kronis lebih dari sebulan, demam lebih dari sebulan (terus menerus atau intermiten).

## 8. Menopause

Menopause adalah tahapan biologis kehidupan seorang wanita ketika ia tidak lagi subur dan ditandai dengan berhentinya menstruasi selama 12 bulan berturut-turut. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 229/Menkes/SK/II/2010 tentang “Pedoman asuhan kebidanan bagi wanita perimenopause, maka misi bidan menopause adalah mendorong pemberdayaan wanita menopause dan keluarganya melalui kegiatan aktif, preventif, kuratif dan rehabilitatif agar perempuan dapat melewati masa transisi ini dengan bahagia dan sejahtera serta terus berkarya dan dapat mempersiapkan masa usia lanjut dengan sehat. Bidan dapat memberikan informasi tentang perubahan yang terjadi, kebutuhan menopause, tanda bahaya, makanan yang diperlukan, aktivitas dan olah raga selama menopause, serta penggunaan hormon dan suplemen gizi.

Sebelum menopause, wanita mengalami masa transisi/perimenopause, yaitu antara masa normal dan menopause/menopause. Lamanya masa transisi ini berbeda-beda pada setiap wanita. Selama ini wanita mengeluhkan

beberapa masalah kesehatan, seperti; periode tidak teratur, hot flashes, kelelahan, depresi, sakit kepala, lekas marah dan insomnia. Gejala ini sering disebut dengan sindrom menopause, namun tidak semua wanita mengalami gejala tersebut.

Faktor-faktor yang mempengaruhi menopause;

- a. Kondisi yang mempercepat
  - 1) Genetik, perempuan di asia dan eropa berbeda saat datangnya menopause
  - 2) Nullipara (tidak pernah hamil)
  - 3) Perempuan dengan Diabetes Mellitus (kencing manis)
  - 4) Perokok berat
  - 5) Kurang gizi/sosial ekonomi rendah
  - 6) Perempuan vegetarian
  - 7) Perempuan yang hidup pada ketinggian lebih 4000 meter
- b. Kondisi yang memperlambat
  - 1) Perempuan yang sering melahirkan/hamil
  - 2) Konsumsi daging
  - 3) Mengonsumsi alkohol dalam jumlah tertentu”.

## **9. Kehamilan/persalinan dirumah**

Di pedesaan, “masih banyak ibu hamil yang melakukan persalinan dengan dukun beranak yang biasanya dilakukan di rumah. Berdasarkan hasil survei pendahuluan yang dilakukan pada bulan September 2018, dengan mewawancarai 10 ibu bersalin yang ditolong oleh dukun bayi pada saat persalinan, diperoleh informasi bahwa pada umumnya ibu-ibu tersebut masih memiliki pengetahuan dan tingkat pendidikan yang kurang/relatif rendah, kondisi fasilitas kesehatan dan tempat pelayanan kesehatan yang letaknya jauh dari rumah. Beberapa

penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa praktik dukun bayi masih ada dan membahayakan ibu. Meskipun banyak dukun beranak yang dilatih, praktik tradisional tertentu masih dipatuhi. Interaksi antara status kesehatan ibu hamil dan keterampilan penolong persalinan sangat menentukan kelahiran, yaitu kematian atau kelangsungan hidup (Rahayu et al., 2018)”.

## **10. Pertolongan persalinan oleh tenaga non kesehatan**

“Faktor-faktor yang mempengaruhi apakah ibu melahirkan dengan bukan tenaga kesehatan atau dukun: faktor ekonomi, jumlah bidan di desa yang terbatas, dan alasan jarak ke tempat pelayanan. Sampai saat ini, bantuan nonkesehatan lebih banyak di pedesaan daripada di kota. Konseling pranatal hanya digunakan untuk pelayanan KIA (perawatan janin, vaksinasi, dll) dan obat-obatan. Fakta membuktikan bahwa masih banyak ibu yang menggunakan dukun bayi untuk pelayanan kehamilan dan persalinan, dan tingginya resiko komplikasi persalinan ditangani oleh dukun bayi yang tidak terlatih. Pemerintah telah melakukan berbagai upaya untuk mengatasi hal tersebut yaitu membangun kemitraan dengan pengobat tradisional, kader dan masyarakat terutama dalam upaya peningkatan rujukan dengan cara melatih pengobat tradisional dan kader untuk meningkatkan pengetahuan amalan dan wujud murni. mampu mengidentifikasi risiko serius dan membantu petugas kesehatan perdukunan dalam persalinan.

Masih kurangnya kapasitas penolong persalinan nonprofesional/tradisional, terutama terkait dengan tanda bahaya, risiko kehamilan dan persalinan serta rujukan. Pembagian tugas antara bidan, dukun dan keluarga dalam pelayanan kebidanan bersifat relatif; pekerjaan persiapan dilakukan oleh dukun dan keluarga, bidan kebidanan, bidan mengurus tali pusat, dukun dan bidan mengurus ibu dan bayi. Sebagian besar bidan tradisional terus membantu saat kelahiran, dan bidan tradisional setuju bahwa bidan membantu bidan selama dukun diberi kompensasi dan berhubungan dengan bidan ketika kompensasi juga dibayar (pelayanan tradisional) atau mereka terlibat dalam kegiatan non-medis seperti. sebagai persiapan. dan perawatan pasca melahirkan. Komunikasi antara kader desa dan bidan terjadi melalui kegiatan posyandu, antara dukun dan bidan melalui kemitraan, dan antara bidan dan keluarga melalui penyuluhan atau promosi kesehatan. Tata cara bidan bersalin menggunakan dukun bayi merupakan pendekatan secara bertahap dan menjelaskan bahaya persalinan kepada masyarakat tenaga kerja yang tidak sehat. Pendekatan ini bisa untuk memantau aktivitas masyarakat” (Azizah, 2019).

## **11. Perilaku dan sosial budaya yang berpengaruh pada pelayanan kebidanan komunitas pelayanan kebidanan di komunitas**

“Indonesia merupakan Negara yang kaya akan budaya dimana beragam suku dan berbagai budaya ada, itulah sebabnya semboyan Negara kita adalah “Bhinneka

Tunggal Ika”. Berbedanya kebudayaan ini menyebabkan banyaknya mitos mengenai masa kehamilan, persalinan dan nifas. Mitos-mitos yang lahir di masyarakat ini kebenarannya kadang tidak masuk akal dan bahkan dapat berbahaya bagi ibu dan bayi. Hal ini dikarenakan kurangnya pengetahuan masyarakat tentang kehamilan, masa persalinan dan nifas. Perawatan kehamilan merupakan salah satu faktor yang sangat penting untuk mencegah terjadinya komplikasi dan kematian ketika persalinan serta untuk menjaga pertumbuhan dan kesehatan janin.

Memahami perilaku perawatan kehamilan (Antenatal Care) adalah penting untuk mengetahui dampak kesehatan bayi dan si ibu sendiri. Faktanya, masih banyak ibu-ibu yang menganggap kehamilan sebagai hal yang biasa, almah, dan kodrati. Masih banyak ibu-ibu yang kurang menyadari pentingnya pemeriksaan kehamilan menyebabkan tidak terdeteksinya faktor-faktor resiko tinggi yang mungkin dialami oleh mereka. Resiko ini baru diketahui saat persalinan karena kasusnya sudah terlambat sehingga mengakibatkan kematian. Hal ini disebabkan oleh rendahnya tingkat pendidikan dan kurangnya informasi, kurangnya pengetahuan dan pentingnya perawatan kehamilan, serta permasalahan-permasalahan pada kehamilan. Permasalahan lain yang cukup besar pengaruhnya pada kehamilan adalah masalah gizi. Hal ini disebabkan karena adanya kepercayaan-kepercayaan dan pantangan-pantangan terhadap beberapa makanan sementara kegiatan mereka sehari-hari tidak berkurang, sehingga akan berdampak negatif terhadap kesehatan ibu dan janin. Jadi, tidak heran kalau anemia dan kurang gizi pada wanita hamil

cukup tinggi terutama di daerah pedesaan” (Stikes PKU Muhammadiyah Surakarta, 2018).

“Perilaku kesehatan merupakan salah satu mediator status kesehatan. Perilaku yang relevan mencakup semua perilaku manusia atau masyarakat yang dapat mempengaruhi kesehatan masyarakat, morbiditas dan mortalitas. Beberapa aspek perilaku dan sosial budaya yang mempengaruhi pelayanan kebidanan komunitas antara lain, (Azizah, 2019):

a. *Health Believe*

Tradisi-tradisi yang diberlakukan secara turun-temurun

- Pada ibu hamil

Contoh :

- A. Tidak boleh duduk di depan pintu, dikhawatirkan akan susah melahirkan.
- B. Siraman 7 bulan.
- C. Pantangan keluar rumah disaat waktu maghrib dikhawatirkan akan diganggu oleh makhluk halus atau roh jahat.
- D. Larangan suami menggunakan surban, khawatir terjadi lilitan tali pusat.
- E. Pantangan memakan cumi-cumi dan udang bagi ibu hamil dikhawatirkan bayinya berkulit hitam dan saat persalinan janin maju mundur.
- F. Larangan suami menyakiti dan membunuh hewan, dikhawatirkan bayi yang dilahirkan cacat.

- Persalinan

Contoh :

- 1) Makan durian, tape dan nanas bisa membahayakan persalinan.
- 2) Minum minyak kelapa untuk memudahkan persalinan.
- 3) Minum madu dan telur dapat meningkatkan energi untuk persalinan.
- 4) Minum air yang direndam dalam akar rumput fatimah bisa mer persalinan.
- 5) Makan daun kemangi membuat ari-ari lengket sehingga sulit melahirkan.

- Nifas dan Bayi Baru Lahir

Contoh :

- 1) Pantang makan makanan yang amis seperti ikan, telur, daging. Dikhawatirkan jika makan yang amis darah yang keluar berbau amis.
- 2) Ibu nifas diet putih (nasi dan garam/kerupuk)
- 3) Tidak boleh keluar rumah sebelum 40 hari setelah melahirkan karena bisa sawan.
- 4) Menaruh ramuan pada tali pusat.
- 5) Pemberian madu atau kelapa muda pada Bayi Baru Lahir.

b. *Life Style*

Gaya hidup yang berpengaruh terhadap kesehatan seperti pernikahan dini.

c. *Health Seeking Behavior*

Salah satu bentuk perilaku sosial budaya percaya bahwa ketika sakit tidak perlu berobat ke pelayanan kesehatan cukup membeli obat di toko atau mengunjungi dukun atau melahirkan di dukun.

Peran bidan di masyarakat terhadap perilaku tersebut di atas adalah;

- 1) KIE menjaga kehamilan yaitu dengan ANC teratur, makan makanan bergizi, membatasi aktivitas fisik, tidak perlu pantang makan.
- 2) KIE tentang segala sesuatu sudah diatur Tuhan Yang Maha Esa, mitos yang tidak benar ditolak.
- 3) Pendekatan kepada tokoh masyarakat untuk mengubah tradisi yang negatif atau berpengaruh buruk terhadap kehamilan.
- 4) Bekerjasama dengan dukun setempat.
- 5) Memberikan pendidikan pada penolong persalinan mengenai tempat persalinan, proses persalinan, perawatan selama dan pascapersalinan.
- 6) Memberikan penyuluhan pentingnya pemenuhan gizi selama masa pasca persalinan, bayi dan balita.
- 7) KIE tentang hygiene personal dan hygiene persalinan

### **C. Rangkuman**

“Beberapa faktor yang dapat menyebabkan kematian ibu antara lain adalah: terlambat mengenal tanda bahaya, terlambat mencapai fasilitas, atau terlambat mendapat pertolongan yang adekuat di fasilitas kesehatan, terlalu muda, terlalu rapat, dan terlalu tua.

Kehamilan yang tidak diinginkan adalah suatu kondisi dimana pasangan tidak menginginkan proses kelahiran kehamilan tersebut. Kehamilan ini dapat disebabkan oleh perilaku seksual/senggama yang disengaja maupun tidak disengaja.

*Unsafe abortion* adalah aborsi yang tidak aman secara medis. Aborsi merupakan suatu tindakan menggugurkan kandungan. Secara umum, pengguguran kandungan dapat dibagi menjadi 2 macam, yaitu: pengguguran tanpa sengaja dan pengguguran disengaja. Aborsi tanpa sengaja adalah pengguguran tidak sengaja yang terjadi tanpa tindakan apapun. Sedangkan aborsi disengaja adalah pengguguran yang terjadi sebagai akibat dari suatu tindakan.

BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah) yaitu bayi baru lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram.

Infertilitas wanita dapat disebabkan oleh peningkatan faktor risiko dan faktor tersebut sangat bervariasi antara lain usia, pekerjaan, tingkat stres, indeks massa tubuh yang berhubungan dengan status gizi dan kelainan genital.

Kekerasan dalam rumah tangga adalah setiap jenis kekerasan yang dilakukan oleh seorang laki-laki terhadap istrinya yang mengakibatkan kerugian fisik, psikis, seksual, dan finansial, termasuk ancaman, perampasan kebebasan, yang terjadi di dalam rumah tangga atau keluarga.

PMS adalah singkatan dari Penyakit Menular Seksual, seperti: Gonorrhea, Shypilis, AIDS, dan Herpes genitalis. Biasanya menyebar melalui kontak seksual (melalui mulut, anus atau vagina). PMS menyerang alat kelamin, namun muncul gejala dan menyerang mata, mulut, saluran pencernaan, hati, otak dan organ lainnya. Rantai penularan penyakit menular seksual adalah virus,

bakteri, parasit, protozoa, manusia, jamur, bahan terkontaminasi bakteri lainnya di penis, darah, anus, vagina, kulit rusak, selaput lendir, hubungan seks, berbagi jarum suntik dengan orang yang terinfeksi lainnya dengan PMS

Menopause adalah tahapan biologis kehidupan seorang wanita ketika ia tidak lagi subur dan ditandai dengan berhentinya menstruasi selama 12 bulan berturut-turut

Kehamilan/persalinan dirumah pada umumnya ibu-ibu tersebut masih memiliki pengetahuan dan tingkat pendidikan yang kurang/relatif rendah, kondisi fasilitas kesehatan dan tempat pelayanan kesehatan yang letaknya jauh dari rumah.

Faktor yang mempengaruhi seorang ibu untuk melahirkan dengan tenaga non kesehatan atau dukun adalah: Faktor ekonomi, keterbatasan bidan di desa dan alasan jarak ke tempat pelayanan.

Perilaku kesehatan berkaitan erat dengan mitos-mitos yang lahir di masyarakat ini kebenarannya kadang tidak masuk akal dan bahkan dapat berbahaya bagi ibu dan bayi. Hal ini dikarenakan kurangnya pengetahuan masyarakat tentang kehamilan, masa persalinan dan nifas”.

#### **D. Tugas**

1. Apakah definisi dari BBLR?
2. Apa faktor-faktor apa saja yang menyebabkan kematian pada ibu?
3. Jelaskan secara singkat pembagian aborsi?
4. Apa faktor yang mempengaruhi ibu melahirkan di tenaga non kesehatan?
5. Mengapa perilaku masyarakat masih mempercayai mitos-mitos atau kepercayaan yang lahir di masyarakat?

## E. Referensi

- Alini, & Indrawati. (2018). Efektifitas Promosi Kesehatan Melalui Audio Visual dan Leaflet Tentang Sadari (Pemeriksaan Payudara Sendiri) Terhadap Peningkatan Pengetahuan Remaja Putri di SMAN 1 Kampar. *Jurnal Ners*, 2(2), 1–9. <http://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/ners/article/view/187>
- Azizah, N. (2019). *Perilaku Sosial Budaya yang Berpengaruh pada Komunitas*. [https://www.academia.edu/12075807/perilaku\\_sosial\\_budaya\\_yang\\_berpengaruh\\_pada\\_komunitas](https://www.academia.edu/12075807/perilaku_sosial_budaya_yang_berpengaruh_pada_komunitas)
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 229/Menkes/SK/II/. (2010). *Pedoman asuhan kebidanan bagi wanita perimenopause*.
- Oscar Primadi. (2017). Risiko Hamil di Usia Remaja. *Kemendes*, 4(1), 1–10. <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20170930/5823163/inilah-risiko-hamil-usia-remaja/>
- Rahayu, T. P., Suharto, D. A., & Sumaningsih, R. (2018). Modul Ajar1 KEBIDANAN KOMUNITAS. *Prodi D-3 Kebidanan Magetan Polekkes Kemenkes Surabaya*, 1–146.
- Stikes PKU Muhammadiyah Surakarta. (2018). *Perilaku Sosial Budaya Yang Berpengaruh Pada Asuhan Kebidanan Komunitas*. <https://id.scribd.com/document/394229165/Makalah-Perilaku-Sosial-Budaya-Yang-Berpengaruh-Pada-Asuhan-Kebidanan-Komunitas#>
- Widowati. (2020). Tindakan Aborsi Dalam Sudut Pandang Hukum Dan Kesehatan Di Indonesia. *Jurnal Yustitiabelen*, 6(2), 16–

35. <https://doi.org/10.36563/yustitiabelen.v6i2.243>



## **BAB III MEMBANGUN JEJARING KERJA DIDALAM KOMUNITAS**

( Gangsar indah lestari, Bd. S.SiT.M.Kes )

### **A. Tujuan pembelajaran :**

Mampu memahami konsep dasar membangun jejaring kerja didalam komunitas, terhadap Tokoh Masyarakat ( TOMA ) , Tokoh Agama ( TOGA ) Pemerintah, kader dan dukun bersalin .

#### 1. konsep Dasar jejaring kerja didalam komunitas

##### a. Pengertian

Jejaring kerja atau kemitraan atau sering disebut partnership, secara etimologis berasal dari akar kata partner. Partner dapat diartikan pasangan, jodoh atau sekutu. Sedangkan partnership diterjemahkan persekutuan atau perkongsian. Dengan demikian, jejaring kerja dapat dimaknai sebagai suatu bentuk persekutuan antara dua pihak atau lebih yang membentuk satu ikatan kerjasama di suatu bidang usaha tertentu atau tujuan tertentu sehingga dapat memperoleh hasil yang lebih baik. Jejaring kerja menurut Wayne E. Braker dalam buku *Networking Smart*, tahun 1984 adalah proses aktif membangun dan mengelola hubungan-hubungan yang produktif. Jejaring merupakan hubungan yang luas dan kokoh baik personal maupun organisasi didalam masyarakat .

Dengan demikian jejaring kerja didalam kebidanan komunitas dapat disampaikan bahwa hubungan yang diciptakan dibentuk, dan disepakati oleh seorang bidan

kepada Tokoh masyarakat, Tokoh keluarga, Pemerintah, kader dan dukun bersalin dalam memberikan layanan kepada masyarakat agar proses tersebut dapat terlaksana secara sinergis dan berkesinambungan.

## b. Tujuan

Jejaring kerja bertujuan untuk mengkoordinasikan suatu proses kerja agar berlangsung senergis sehingga tujuan kegiatan akan tercapai . Adapun tujuan membangun jejaring dalam kebidanan komunitas adalah :

### 1). Meningkatkan peran serta masyarakat

Salah satu tujuan membangun Jejaring Kerja adalah membangun kesadaran masyarakat terhadap eksistensi organisasi tersebut, menumbuhkan minat dan meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pengembangan organisasi. Masyarakat disini memiliki arti luas tidak hanya pelanggan tetapi termasuk juga pengguna, dinas dan masyarakat itu sendiri , dalam kebidanan komunitas bagaimana bidan dapat melaksanakan tugasnya, melaksanakan program yg ditetapkan oleh pemerintah dengan membangun jejaring kerja yg handal dalam hal ini bersama Tokoh Masyarakat, Tokoh Agama, Pemerintah, kader dan dukun bersalin. Bagaimana kita akan meningkatkan peran serta masyarakat ada beberapa aspek yg perlu diperhatikan yaitu :

- Adanya kesamaan visi misi
- Kepercayaan
- Saling menguntungkan
- Efisiensi dan efektivitas

- Komunikasi
  - Komitmen yang kuat
- 2). Meningkatkan mutu dan relevansi layanan didalam masyarakat

Dinamika perubahan/perkembangan masyarakat sangat tinggi. Seorang Bidan jika ingin tetap eksis harus mampu bersaing dengan kompetitor lain. Untuk itu, organisasi dituntut untuk terus melakukan inovasi, peningkatan mutu dan relevansi program yang dibuatnya sesuai kebutuhan pasar. Untuk membangun Jejaring kerja diperlukan guna merancang program yang inovatif, meningkatkan mutu layanan dan relevansi program dengan kebutuhan pasar dan masyarakat.

Jejaring kerja adalah sebuah upaya yang melibatkan berbagai sektor, kelompok masyarakat, lembaga pemerintah maupun bukan pemerintah, untuk bekerjasama dalam mencapai suatu tujuan bersama berdasarkan kesepakatan prinsip dan peran masing-masing, dengan demikian untuk membangun jejaring kerja harus memenuhi beberapa persyaratan yaitu persamaan perhatian, saling percaya dan saling menghormati, harus saling menyadari pentingnya jejaring kerja, harus ada kesepakatan misi, visi, tujuan dan nilai yang sama, harus berpijak padalandsan yang sama, kesediaan untuk berkorban.

### c. Manfaat

Pentingnya *networking* adalah menimbulkan komitmen dari setiap unsur yang terkait dengan menempatkan setiap

individu pada jejaring tersebut serta menjadi jembatan penghubung antara pribadi dengan kehidupan profesional dan antara satu institusi dengan institusi lainnya. Kita hidup dalam dunia yang penuh dengan jejaring kerja yang tumpang tindih bagaikan galaksi dari tatanan kerja.

Dalam kondisi yang kompleks sedemikian ini, suatu organisasi dapat melakukan sesuatu dengan lebih baik, bila dikerjakan bersama-sama pihak lain, saling bekerja sama, saling percaya-mempercayai, dan saling mendukung.

Menciptakan jejaring kerja dengan menghimpun kekuatan, tetapi menyebarkan apa yang ada pada suatu organisasi dan mendorong pihak lain melakukan hal yang sama (Kaloh, 2007).

Lembaga diklat bertujuan menghasilkan SDM yang kompeten dan profesional agar sesuai dengan perkembangan dan kemajuan teknologi yang sangat cepat dimana telah menempatkan profesionalisme sumber daya manusia sebagai aset utama perusahaan

- Tokoh Masyarakat
  - 1) Pengertian tokoh masyarakat

Seseorang yang berpengaruh dan ditokohkan oleh lingkungannya. Penokohan tersebut karena pengaruh posisi, kedudukan, kemampuan, dan kepiawaiannya.

#### 2) Kategori Tokoh Masyarakat

- a) TOKOH MASYARAKAT FORMAL  
Seseorang yang ditokohkan karena kedudukannya atau jabatannya di lembaga pemerintah seperti:
  - Ketua RT/RW
  - Kepala Desa/ Lurah
  - Camat, dll

- b) TOKOH MASYARAKAT INFORMAL  
Seseorang yang ditokohkan oleh masyarakat di lingkungannya akibat dari pengaruh, posisi, dan kemampuannya yang diakui oleh masyarakat di lingkungannya, yaitu: • tokoh agama • tokoh adat • tokoh perempuan • tokoh pemuda, dll.
- 3) PERAN TOKOH MASYARAKAT dalam Kesehatan Reproduksi yang Responsif Gender • sebagai penyuluh • sebagai penggerak • sebagai motivator • sebagai fasilitator • sebagai katalisator • sebagai teladan
- a) PERAN SEBAGAI PENYULUH (1)  
TOMA harus mengkomunikasikan, mengajak, dan menyampaikan gagasan tentang kesehatan reproduksi yang responsif gender. Sebagai penyuluh, TOMA harus: • menguasai materi gender • menguasai materi kesehatan reproduksi (kespro)
- b) PERAN SEBAGAI PENYULUH (2)  
TOMA harus memiliki sifat-sifat: • terbuka; • memiliki keinginan untuk mengajak masyarakat berubah dan memandang kespro yang responsif gender sebagai bagian dari kehidupan keluarganya; • mau mendengarkan pendapat dan keluhan masyarakat dalam aplikasi kespro yang responsif gender.

- c) **PERAN SEBAGAI PENYULUH (3)**  
Misalnya bila ada waktu luang dalam upacara/ritual keagamaan TOMA memanfaatkannya untuk kegiatan penyuluhan kespro yang responsif gender. • materi kespro diintegrasikan dalam pesan agama; • bagi tokoh perempuan, isi pesan kespro diintegrasikan kedalam pesan yang sesuai dgn misi organisasinya; • bagi tokoh pemuda, isi pesan kespro juga dapat diintegrasikan sesuai dgn kebiasaan di organisasi kepemudaan.
- d) **PERAN SEBAGAI PENGGERAK**  
Mengajak, mengkoordinasikan, dan meningkatkan partisipasi masyarakat di lingkungan agar masyarakat sadar bahwa yang dikerjakan oleh laki-laki dan perempuan dalam bidang kespro demi keuntungan masyarakat sendiri, yaitu menciptakan KKG di dalam rumah tangganya sendiri.
- e) **PERAN SEBAGAI MOTIVATOR**  
Mendorong masyarakat dgn cara persuasif atau membujuk agar masyarakat, baik laki-laki maupun perempuan, mau tahu ttg kespro agar dgn kesadaran menjaga bagian reproduksinya sbg wujud tanggungjawab pd dirinya, keluarga, dan bangsanya.
- f) **PERAN SEBAGAI FASILITATOR (1)** •  
Fasilitator adalah orang yg akan membantu

memberikan kemudahan-kemudahan pada sasaran; • TOMA sebagai fasilitator dalam kespro yng responsif gender memulai perubahan dgn cara menciptakan kesadaran dari anggota masyarakat ttg perlunya menolong dirinya dari masalah yang mereka hadapi dlm kespro

- g) PERAN SEBAGAI FASILITATOR (2) • Membantu proses identifikasi masalah yg dihadapi masyarakat dlm KKG dan KR; • Membantu proses pemecahan masalah KKG dan KR; • Membantu proses menggali potensi; • Membantu proses penetapan tujuan; • Membantu proses menyusun perencanaan; • Membantu proses pelaksanaan kegiatan kespro yang responsif gender
- h) PERAN SEBAGAI KATALISATOR (1) Peran sebagai penghubung sumber, yaitu membantu masyarakat atau sasaran yg memiliki masalah ttg kespro yang responsif gender, yang tidak dpt diselesaikan sendiri oleh TOMA dgn cara menghubungkan dgn sumber lain yg lebih kompeten. Misalnya: apabila menyangkut kesehatan, dpt membantu dgn cara menghubungi dokter, bidan, atau petugas KB
- i) PERAN SEBAGAI KATALISATOR (2) • TOMA dituntut menguasai potensi wilayah;

- Mengadakan pendekatan dgn instansi pemerintah;
  - Mengadakan pendekatan dgn pamong/perangkat desa;
  - Mengenal petugas yg bekerja di wilayah kerjanya seperti dokter, bidang, petugas KB, dll.
- j) PERAN SEBAGAI TELADAN Gerak-gerik atau tindakan TOMA dlm kehidupan sehari-hari di keluarga, masyarakat, dan di lingkungannya akan dinilai oleh warganya dan akan jadi tuntunan atau panutan bagi masyarakat pengikutnya. Masyarakat patriarkhi:
- akan mengikuti pimpinan/tokohnya;
  - TOMA akan dianggap sbg panutan/teladan;
  - tindak-tanduk (perilaku) TOMA akan dicontoh oleh pengikutnya.
- 4) LANGKAH-LANGKAH OPERASIONAL KESPRO YANG RESPONSIF GENDER Cara-cara yg harus dilakukan secara sistemik oleh TOMA dalam pelaksanaan operasionalisasi kespro yang responsif gender. sistemik:
- terus menerus;
  - teratur;
  - sesuai aturan;
  - sesuai kebutuhan masyarakat
- a) LANGKAH PERSIAPAN
1. Pengenalan masalah;
  2. Identifikasi potensi wilayah;
  3. Identifikasi masalah;
  4. Pemecahan masalah;
  5. Penentuan prioritas;
  6. Perumusan tujuan
- b) LANGKAHLANGKAH PELAKSANAAN
1. Langkah yg disusun

dlm persiapan jadi acuan; 2. Disusun organisasi pelaksana; 3. Pendekatan mitra kerja; 4. Melibatkan seluruh potensi; 5. Kegiatan pelaksanaan operasional: - penyuluhan - penggerakkan - motivasi - fasilitasi - katalisasi - peneladanan 6.Evaluasi dan monitoring

- Tokoh Agama

- 1) Pengertian tokoh agama

Pengertian tokoh dalam kamus bahasa Indonesia berarti “orang-orang yang terkemuka“ 1 mengacu pada definisi tersebut dapat diartikan bahwa tokoh Agama adalah orang-orang yang terkemuka, terpandang serta mempunyai peran besar terhadap pengembangan ajaran Agama dalam hal ini agama Islam Kedudukan tokoh Agama yang memegang peran penting dalam masyarakat karena mereka dianggap sebagai orang yang mempunyai tingkat yang lebih dan pengetahuan tentang agama dibandingkan dengan anggota masyarakat lain. Olehnya itu, mereka pada umumnya memiliki tingkah laku yang patut dijadikan teladan dalam rangka pembinaan akhlak remaja yang putus seksolah maupun masyarakat lain. Sebab mereka pada umumnya memiliki tingkah laku yang patut di jadikan teladaan dalam rangkapembinaan masyarakat yang damai penuh persaudaraan dan saling

menghargai maka akan tercipta manusia yang berakhlak mulia.

## 2) Peran Tokoh Agama

Adapun peran tokoh agama antara lain:

- a) Meliputi pemeliharaan kedamaian, rukun dalam masyarakat, taat hukum dan perundang-undangan, serta pelayanan dalam masyarakat.
- b) Menyebarkan berbagai kebajikan, ilmu yang berguna dan ajaran yang berlaku di masyarakat tentang kesehatan melalui sisi agama
- c) Pembina umat manusia memegang peranan yang sangat penting dalam kehidupan bermasyarakat.

## 3) Jaringan Kerja Provider dengan Tokoh Agama

Hubungan tokoh agama dengan bidan dapat berupa:

- a) Tokoh agama membantu bidan untuk lebih mengenal kepercayaan yang diyakini masyarakat.
- b) Tokoh agama mengajak bidan untuk ikut terjun atau berkolaborasi dalam upacara keagamaan yang ada di masyarakat sehingga bidan menjadi

lebih dekat dan mengenal kepercayaan di masyarakat.

- c) Tokoh agama dan bidan membuat program dan kegiatan dalam pelayanan kebidanan yang ada kaitannya dengan keagamaan. Contohnya, kegiatan penyuluhan mengenai hukum berhubungan seksual di usia muda.
- d) Tokoh agama membantu meyakinkan masyarakat mengenai hal-hal yang masih dianggap bertentangan dengan agama oleh masyarakat sehingga mempermudah tingkat keberhasilan program, contohnya pemasangan KB.

- Pemerintahan

- 1) Pengertian Pemerintah

Pemerintah adalah semua yang mencangkup aparatur negara yang meliputi semua organ-organ, badan atau lembaga, alat kelengkapan yang menjalankan aktivitas untuk mencapai suatu tujuan.

- 2) Jejaring kerja pemerintah dan bidan

Beberapa contoh jejaring kerja yang dapat dijalin antara pemerintah dan bidan seperti;

- a) Pemerintah berperan sebagai penentu kebijakan di bidang hukum mengenai wewenang kebidanan dan hak bidan dalam melakukan program-program tertentu.

- b) Bidan dan pemerintah menciptakan jaringan kerja di bidang peningkatan kesehatan masyarakat melalui program-program kesehatan, contohnya imunisasi. Pemerintah berperan sebagai penyedia sarana dan prasarana yang dibutuhkan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat seperti puskesmas.
  - c) Bidan dan pemerintah menciptakan jejaring kerja yang dapat digunakan sebagai wadah advokasi bidan terhadap pemerintah seperti IBI.
  - d) Pemerintah turut berperan dalam mendukung kemajuan pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan menyediakan BPJS dan kartu kesehatan lainnya.
- 3) Sikap-Sikap Dasar Membangun Kerjasama Lintas Program dan Lintas Sektoral Dalam mengembangkan hubungan kerjasama lintas program dan lintas sektoral atau kemitraan, PKB harus menyadari betapa pentingnya kesetiakawanan, komitmen dan merasa saling membutuhkan satu sama lainnya untuk mencapai tujuan yang sama. Menurut UU No. 9 Tahun 1995 tentang Usaha Kecil, Pasal 1 angka 8. “Kemitraan adalah kerja sama usaha antara Usaha Kecil dengan Usaha Menengah atau dengan Usaha Besar disertai pembinaan dan Pengembangan oleh Usaha Menengah atau Usaha Besar dengan memperlihatkan prinsip saling memerlukan, saling

memperkuat, dan saling menguntungkan”. Menurut Peraturan Pemerintah Nomor. 44 Tahun 1997 tentang kemitraan, Pasal 1 angka 1. “Kemitraan adalah kerja sama usaha antara Usaha Kecil dengan Usaha Menengah dan atau Usaha Besar dengan memperlihatkan prinsip saling memerlukan, saling memperkuat dan saling menguntungkan”. Meskipun definisi tersebut merunut pada bidang usaha, namun bisa berlaku pula pada bidang yang lain termasuk pada program Bangga Kencana.

- 4) Sikap-sikap yang Mendukung dan Tidak Mendukung Hubungan Kerjasama Lintas Program dan Lintas Sektoral

Sikap-sikap yang Mendukung Hubungan Kerjasama Lintas Program dan Lintas Sektoral Sikap-sikap yang mendukung hubungan kerjasama lintas program dan lintas sektoral adalah sikap saling:

- a) Berpartisipasi Masing-masing pihak berperan serta aktif dalam memberikan pendapat demikian juga dalam melaksanakan program BANGGA KENCANA dan program pembangunan lainnya, serta menemukan alternatif jalan keluar sebagai pemecahan masalah yang dihadapi.
- b) Menghormati Masing-masing pihak yang terlibat dalam pengembangan hubungan kemitraan mempunyai kedudukan yang sama dan setara, maka hendaknya saling menghormati. Saling menghormati disini

merupakan pengakuan diantara anggota yang terlibat dalam hubungan kemitraan baik berupa kekuatan/kelebihan maupun kelemahan/kekurangan masing-masing pihak serta menghargai keberadaan tersebut.

- c) Mempercayai Masing-masing pihak yang terlibat dalam hubungan kemitraan harus dapat menanamkan rasa percaya pada kemampuan diri sendiri dan kemampuan orang lain. Dalam hal ini masing-masing pihak mempunyai potensi yang mungkin berbeda satu dengan lainnya.
- d) Memberikan kejujuran dan keterbukaan Kejujuran dan keterbukaan menjadi dasar untuk bermitra khususnya dalam menyampaikan pendapat dan mendengarkan orang lain, karena dengan kejujuran dan keterbukaan, maka tercipta situasi yang kondusif dalam melaksanakan program BANGGA KENCANA dan program pembangunan lainnya.
- e) Berorientasi pada tujuan bersama Tujuan dalam pengembangan hubungan kemitraan hanya dapat dicapai apabila masing-masing pihak merasa memiliki tujuan yang sama.
- f) Membantu Semangat untuk saling bersedia untuk membantu dalam proses pelaksanaan program BANGGA KENCANA dan program pembangunan lainnya dan mencegah terjadinya konflik serta dapat bersama-sama memecahkan masalah.

- Kader Dan Dukun

- a. Dukun Bersalin

- 1) Pengertian:

Pada dasarnya dukun bersalin diangkat berdasarkan kepercayaan masyarakat setempat atau merupakan pekerjaan yang sudah turun temurun dari nenek moyang atau keluarganya dan biasanya sudah berumur  $\pm$  40 tahun ke atas. Bisa baca tulis dengan kapasitas yang rendah, mereka tidak mendapat ilmu tentang cara pertolongan persalinan secara teori di bangku kuliah, tetapi mereka hanya berdasarkan pengalaman saja. Peralatan yang digunakannya hanya seadanya seperti memotong tali pusat menggunakan bambu, untuk mengikat tali pusat menggunakan tali naken, dan untuk alasnya menggunakan daun pisang. Praktek dukun bayi umumnya jauh dari prinsip keamanan dan kebersihan, sehingga dapat berisiko terjadinya kematian.

- 2) Tugas:

Tugas dukun ditekan pada alih peran dukun dalam menolong persalinan menjadi merujuk ibu hamil dan merawat ibu nifas dan bayi baru lahir berdasarkan kesepakatan antara bidan dengan dukun.

- 3) Peran dalam masyarakat:

Dukun bayi dipercaya masyarakat untuk mendampingi ibu selama bersalin. Masyarakat telah

tinggal lama dengan dukun bayi sehingga masyarakat lebih nyaman dantenang apabila dukun bayi mendampingi dan memantau kemajuan persalinan. Dalam pembinaan dukun diajarkan untuk memastikan kebersihan selama proses persalinan.

b. Kader Kesehatan

1) Pengertian:

Kader kesehatan adalah tenaga sukarela yang dipilih oleh masyarakat dan bertugas mengembangkan masyarakat, dalam hal ini kader disebut juga sebagai penggerak atau promotor kesehatan.

2) Tugas:

Menurut Depkes RI 2000 tugas kader kesehatan meliputi tugas kader dalam posyandu. Kegiatan yang dapat dilakukan kader dalam pelayanan posyandu meliputi 5 meja , diantaranya :

1. Meja 1 : mendaftarkan bayi atau balita dengan menuliskan nama balita pada KMS dalam secarik kertas yang diselipkan pada KMS, mendaftarkan ibu hamil yang menuliskan nama ibu hamil pada formulir atau lembar registrasi ibu hamil dan wanita usia subur.
2. Meja 2 : penimbangan bayi atau balita, mencatat hasil penimbangan pada secarik kertas yang dipindahkan ke KMS, penimbangan ibu hamil.
3. Meja 3 : pengisian KMS dan memindahkan catatan hasil penimbangan balita dari secarik kertas di dalam KMS anak tersebut.
4. Meja

4 : terdiri dari beberapa kegiatan yaitu menjelaskana data KMS atau keadaan anak yang digambarkan berdasarkan data kenaikan berat badan yang digambarkan dalam grafik KMS kepada ibu dari anak yang bersangkutan 5. Meja 5 : pemberian PMT atau pemberian makanan tambahan.

3) Peran dalam masyarakat:

Peran kader kesehatan dalam masyarakat sangat penting dalam mempromosikan kesehatan, mencegah penyakit, dan memberikan dukungan kepada masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan. Berikut adalah beberapa peran kunci yang dimainkan oleh kader kesehatan:

- a) Edukator Kesehatan: Kader kesehatan berperan sebagai pengajar yang memberikan informasi tentang kesehatan kepada masyarakat. Mereka memberikan pengetahuan tentang gaya hidup sehat, praktik kebersihan, nutrisi, imunisasi, dan penyakit tertentu. Dengan meningkatkan pemahaman masyarakat tentang kesehatan, kader kesehatan membantu dalam pencegahan penyakit dan mengurangi risiko kesehatan.
- b) Pendamping dan Konselor: Kader kesehatan dapat menjadi pendamping dan konselor bagi individu dan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan. Mereka memberikan dukungan emosional, memberikan informasi, dan membantu masyarakat dalam membuat keputusan yang tepat terkait kesehatan. Kader kesehatan juga dapat

membantu dalam mengidentifikasi masalah kesehatan tertentu dan merujuk individu yang membutuhkan perawatan medis lanjutan ke fasilitas kesehatan yang sesuai.

- c) **Promotor Kesehatan:** Kader kesehatan berperan dalam mempromosikan perilaku sehat dan mendorong adopsi praktik kesehatan yang baik di masyarakat. Mereka dapat mengorganisir kegiatan sosialisasi, seminar, dan kampanye kesehatan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya hidup sehat. Kader kesehatan juga dapat melibatkan masyarakat dalam kegiatan-kegiatan seperti olahraga, senam, atau kegiatan sehat lainnya.
- d) **Pemantau Kesehatan:** Kader kesehatan dapat melakukan pemantauan kesehatan di tingkat komunitas. Mereka membantu dalam mengidentifikasi masalah kesehatan yang ada, melacak penyakit menular, dan mengumpulkan data kesehatan. Informasi ini kemudian dapat digunakan untuk mengembangkan program-program kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat.
- e) **Perantara dan Fasilitator:** Kader kesehatan berperan sebagai perantara antara masyarakat dan layanan kesehatan. Mereka membantu masyarakat dalam mengakses perawatan kesehatan dengan memberikan informasi tentang fasilitas kesehatan, membantu dengan pendaftaran, dan memfasilitasi

komunikasi antara pasien dan tenaga medis. Kader kesehatan juga dapat membantu dalam mengatasi hambatan ekonomi, sosial, atau budaya yang dapat menghalangi akses masyarakat terhadap layanan kesehatan. Melalui peran-peran ini, kader kesehatan dapat membantu meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan dan berkontribusi dalam upaya pencegahan penyakit serta meningkatkan kualitas hidup masyarakat.

***F. Contoh pengabmas “ MENINGKATKAN PERAN KADER DALAM UPAYA PENCEGAHAN COVID-19 MELALUI AKUPRESSUR UNTUK MENINGKATKAN IMUNITAS TUBUH PADA LANSIA DI PUSKESMAS YOSOMULYO METRO PUSAT”***

***OLEH***

***GANGSAR INDAH LESTARI (4015127401)***

***HERLINA (4015127401)***

Bisa diakses di jurnal “ SEANDANAN” jurnal pengabmas P-ISSN 2798-0537 E-ISSN 2798-0529 Universitas Lampung Volume 2 nomor 1 periode januari juni 2022

**G. Tugas :**

**Buatlah contoh kegiatan yang menggunakan jejaring kerja didalam komunitas**

**H. Referensi/Daftar Pustaka**

Depkes RI. 2007. *Modul 2 Penggerakan dan Pemberdayaan Masyarakat melalui Kemitraan*. Jakarta: Depkes RI Syafradin dkk, 2009, *Kebidanan Komunitas*, Jakarta: EGC.

Notoatmodjo, Sukidjo. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Surabaya: Rianeka Cipta

Sandra, Atik dkk. 2016. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Bogor. In Media.

Meilani, Niken dkk. 2009. *Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta: Fitramaya.

Walsh, Linda V. 2008. *Buku Ajar Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC

Yulifah, Rita, 2009. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Jakarta: Salemba Medika

## **BAB IV PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DENGAN MENGGUNAKAN PENDEKATAN PARTICIPATORY.**

**(Dr.Tri Lestari Handayani, M.Kep.,Sp.Mat.)**

### **A. Tujuan pembelajaran :**

1. Pembaca Mampu memahami Model Pemberdayaan Masyarakat untuk meningkatkan Kesehatan reproduksi masyarakat.
2. Pembaca dapat memahami konsep Pendekatan Participatory *The Participatory Appraisal (PA) approach* (PRA) untuk meningkatkan Kesehatan reproduksi masyarakat.
3. Pembaca dapat memahami Kelebihan dan Kekurangan Pendekatan Partisipasif atau *Participatory Appraisal* dalam meningkatkan Kesehatan Reproduksi
4. Pembaca dapat memahami Langkah-langkah melakukan Pendekatan Participatory dalam meningkatkan Kesehatan Reproduksi.

### **B. Materi**

#### **1. Pendahuluan**

Pendekatan Penilaian Partisipatif atau sering disebut sebagai *The Participatory Appraisal (PA) approach* (PRA) adalah metode pelibatan masyarakat yang melibatkan partisipasi aktif anggota masyarakat dalam mengidentifikasi kebutuhan, prioritas, dan sumber daya mereka. PA digunakan untuk memberdayakan

masyarakat agar dapat mengendalikan pembangunan kesehatan mereka sendiri dan meningkatkan kualitas hidup mereka. Dalam konteks kesehatan reproduksi, PA dapat digunakan untuk mengidentifikasi kebutuhan kesehatan reproduksi masyarakat dan mengembangkan intervensi yang disesuaikan dengan kebutuhan tersebut <sup>(1)</sup>

## **2. Pemberdayaan Masyarakat**

Pemberdayaan masyarakat sangat penting dalam meningkatkan masalah kesehatan reproduksi. Memberdayakan masyarakat berarti memberi mereka pengetahuan, keterampilan, dan sumber daya untuk mengendalikan kesehatan dan kesejahteraan mereka sendiri. Hal ini melibatkan partisipasi aktif anggota masyarakat dalam mengidentifikasi kebutuhan, prioritas, dan sumber daya mereka. <sup>(2)</sup>

Pemberdayaan dapat dilakukan melalui berbagai metode, seperti mobilisasi masyarakat, pengumpulan data, analisis, dan perencanaan aksi. Pendekatan Participatory Appraisal (PA) merupakan salah satu metode yang melibatkan partisipasi aktif anggota masyarakat dalam mengidentifikasi kebutuhan mereka dan mengembangkan intervensi yang disesuaikan dengan kebutuhan tersebut.

Memberdayakan masyarakat dalam masalah kesehatan reproduksi dapat mengarah pada hasil kesehatan yang lebih baik, peningkatan pengetahuan, dan peningkatan perilaku mencari layanan kesehatan. Sebagai contoh, sebuah penelitian yang dilakukan di India menemukan bahwa variabel tingkat komunitas seperti akses ke layanan kesehatan dan pembangunan berhubungan

positif dengan tidak adanya infeksi menular seksual, penggunaan kontrasepsi yang lebih tinggi, dan jumlah kelahiran mati yang lebih rendah di antara perempuan yang tinggal di komunitas tersebut.<sup>(3)</sup>

Studi lain di Jerman menemukan bahwa menyediakan akses gratis ke layanan keluarga berencana untuk pengungsi perempuan dan pencari suaka tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan kesehatan reproduksi mereka, dan bahwa upaya tambahan diperlukan untuk mengatasi kebutuhan yang tidak terpenuhi.

### **3. Pendekatan Participatory**

Pendekatan Participatory atau *The Participatory Appraisal (PA) approach (PRA)* adalah proses yang melibatkan serangkaian langkah, termasuk; 1) mobilisasi masyarakat, 2) pengumpulan data, 2) melakukan analisis, dan 3) perencanaan aksi. Proses ini difasilitasi oleh fasilitator terlatih yang bekerja dengan anggota masyarakat untuk mengidentifikasi kebutuhan dan prioritas mereka. Data yang dikumpulkan selama proses PA digunakan untuk mengembangkan intervensi yang disesuaikan dengan kebutuhan spesifik masyarakat. Pendekatan PA dicirikan oleh sifat partisipatifnya, yang melibatkan keterlibatan aktif anggota masyarakat dalam semua tahapan PA adalah proses yang melibatkan serangkaian langkah, termasuk mobilisasi masyarakat, pengumpulan data, analisis, dan perencanaan aksi. Proses ini difasilitasi oleh fasilitator terlatih yang bekerja dengan anggota masyarakat untuk mengidentifikasi kebutuhan dan prioritas mereka. Data yang dikumpulkan selama proses PA digunakan untuk mengembangkan intervensi yang disesuaikan dengan

kebutuhan spesifik masyarakat. Pendekatan PA dicirikan oleh sifat partisipatifnya, yang melibatkan keterlibatan aktif anggota masyarakat dalam semua tahapan proses.

#### **4. Pemberdayaan Masyarakat dengan menggunakan Pendekatan Participatory dalam meningkatkan Kesehatan Reproduksi**

Pemberdayaan masyarakat dengan pendekatan partisipatif adalah cara yang efektif untuk meningkatkan hasil kesehatan reproduksi. Memberdayakan masyarakat berarti memberi mereka pengetahuan, keterampilan, dan sumber daya untuk mengendalikan kesehatan dan kesejahteraan mereka sendiri. Hal ini melibatkan partisipasi aktif anggota masyarakat dalam mengidentifikasi kebutuhan, prioritas, dan sumber daya mereka.<sup>(4)</sup>

Pendekatan *Participatory Appraisal* (PA) merupakan salah satu metode yang melibatkan partisipasi aktif anggota masyarakat dalam mengidentifikasi kebutuhan mereka dan mengembangkan intervensi yang sesuai dengan kebutuhan tersebut.<sup>(4)</sup> Pendekatan ini dapat digunakan untuk mengidentifikasi hambatan-hambatan dalam pelayanan kesehatan reproduksi dan mengembangkan intervensi yang disesuaikan dengan kebutuhan spesifik masyarakat.

Berbagai penelitian telah menunjukkan bahwa pemberdayaan masyarakat dapat menghasilkan hasil kesehatan yang lebih baik, peningkatan pengetahuan, dan peningkatan perilaku pencarian layanan kesehatan. Sebagai contoh, sebuah penelitian yang dilakukan di Jenewa menemukan bahwa

melibatkan peneliti akademis dan masyarakat migran dalam proses belajar bersama untuk memahami hambatan dalam layanan kesehatan reproduksi dan mengevaluasi peran masyarakat adalah cara yang efektif untuk meningkatkan hasil kesehatan reproduksi.

Penelitian lain yang dilakukan di Ethiopia menemukan bahwa remaja perempuan yang tidak bersekolah menghadapi tantangan dalam mengakses layanan kesehatan seksual dan reproduksi, dan bahwa intervensi berbasis komunitas diperlukan untuk mengatasi tantangan ini. <sup>(5)</sup>

## 5. Kelebihan dan Kekurangan Pendekatan Partisipatif atau *Participatory Appraisal* dalam meningkatkan Kesehatan Reproduksi

Pendekatan partisipatif atau dalam meningkatkan kesehatan reproduksi memiliki beberapa kelebihan dan kekurangan. Berikut adalah beberapa poin yang dapat dijadikan pertimbangan dalam melakukan pendekatan partisipatif:

Kelebihan pendekatan partisipatif dalam meningkatkan kesehatan reproduksi:

- a. **Pemberdayaan individu dan komunitas:** Pendekatan partisipatif memberikan kesempatan kepada individu dan komunitas untuk aktif terlibat dalam perencanaan, implementasi, dan evaluasi program kesehatan reproduksi. Ini dapat meningkatkan pemahaman, pengetahuan, dan keterampilan mereka dalam mengelola kesehatan reproduksi mereka sendiri.
- b. **Konteks lokal yang relevan:** Pendekatan ini memungkinkan pengumpulan dan analisis data tentang kesehatan reproduksi secara partisipatif, yang memungkinkan penyesuaian program

dengan konteks lokal, kebutuhan, dan preferensi masyarakat. Hal ini dapat meningkatkan akseptabilitas, keberlanjutan, dan dampak program.

- c. **Kolaborasi antara berbagai pemangku kepentingan:** Melalui partisipasi aktif dari berbagai pihak seperti individu, keluarga, kelompok masyarakat, LSM, dan pemerintah, pendekatan partisipatif mempromosikan kolaborasi yang kuat dan saling mendukung. Hal ini dapat menghasilkan solusi yang lebih holistik dan berkelanjutan untuk meningkatkan kesehatan reproduksi.
- d. **Peningkatan kesadaran dan tanggung jawab individu:** Dengan melibatkan individu secara aktif dalam proses pengambilan keputusan, pendekatan partisipatif dapat meningkatkan kesadaran tentang pentingnya kesehatan reproduksi dan mendorong tanggung jawab individu terhadap kesehatan mereka sendiri dan anggota keluarga mereka.
- e. **Inovasi dan adaptasi program:** Dengan melibatkan partisipasi aktif masyarakat, pendekatan ini mendorong inovasi dan adaptasi program kesehatan reproduksi yang sesuai dengan kebutuhan dan realitas lokal. Hal ini membuka peluang untuk menguji dan menerapkan pendekatan baru yang lebih efektif dan berkelanjutan.

Sedangkan kekurangan pendekatan partisipatif dalam meningkatkan kesehatan reproduksi antara lain :

- a. **Waktu dan sumber daya yang diperlukan:** Pendekatan partisipatif membutuhkan waktu, sumber daya, dan energi yang signifikan untuk melibatkan masyarakat secara aktif. Ini dapat menjadi tantangan dalam implementasi program yang efisien dan cepat dalam skala yang lebih luas.

- b. **Keterbatasan pemahaman dan keterampilan:** Partisipasi aktif memerlukan pemahaman dan keterampilan tertentu dari individu dan komunitas. Tidak semua orang mungkin memiliki pemahaman atau keterampilan yang cukup untuk terlibat sepenuhnya dalam proses partisipatif, sehingga mungkin ada kesenjangan partisipasi.
- c. **Potensi konflik dan dominasi:** Dalam proses partisipatif, konflik dan ketidaksetaraan kekuasaan antara berbagai pemangku kepentingan dapat muncul

## **6. Langkah-langkah melakukan Pendekatan Participatory dalam meningkatkan Kesehatan Reproduksi**

Berikut adalah beberapa langkah yang dapat diambil dalam melakukan pendekatan partisipatif dalam meningkatkan kesehatan reproduksi:

- a. **Identifikasi pemangku kepentingan:** Langkah pertama adalah mengidentifikasi pemangku kepentingan yang terlibat dalam kesehatan reproduksi, seperti individu, keluarga, kelompok masyarakat, LSM, pemerintah, dan tenaga kesehatan. Melibatkan berbagai pemangku kepentingan penting untuk mencapai pemahaman yang komprehensif tentang isu-isu kesehatan reproduksi dan solusi yang tepat.
- b. **Mengumpulkan dan menganalisis data partisipatif:** Libatkan masyarakat dalam mengumpulkan data terkait kesehatan reproduksi, termasuk pengetahuan, sikap, dan praktik yang berkaitan. Data ini dapat dikumpulkan melalui wawancara, diskusi kelompok, survei partisipatif, atau metode partisipatif lainnya. Kemudian, lakukan analisis data bersama dengan pemangku kepentingan untuk memahami masalah yang

- relevan dan mengidentifikasi kebutuhan dan preferensi masyarakat.
- c. **Perencanaan partisipatif:** Melibatkan pemangku kepentingan dalam proses perencanaan program kesehatan reproduksi. Ini meliputi penentuan tujuan, strategi, kegiatan, dan indikator keberhasilan. Diskusikan dan sepakati bersama rencana tindakan yang akan dilakukan untuk meningkatkan kesehatan reproduksi.
  - d. **Implementasi kolaboratif:** Jalankan kegiatan program kesehatan reproduksi sesuai dengan rencana yang telah disepakati. Melibatkan masyarakat dalam implementasi program, baik sebagai peserta aktif maupun mitra dalam mengelola kegiatan. Pastikan ada koordinasi yang baik antara pemangku kepentingan yang terlibat dalam pelaksanaan program.
  - e. **Evaluasi partisipatif:** Lakukan evaluasi secara partisipatif untuk menilai keberhasilan program dan dampak yang dicapai. Libatkan pemangku kepentingan dalam mengumpulkan data evaluasi, menganalisis hasil, dan menyusun rekomendasi untuk perbaikan program di masa depan.
  - f. **Mempromosikan pengetahuan dan keterampilan:** Selama proses partisipatif, berikan pelatihan dan pendidikan kepada masyarakat untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mereka dalam mengelola kesehatan reproduksi mereka sendiri. Ini dapat mencakup edukasi seksual, pencegahan penyakit menular seksual, perencanaan keluarga, dan perawatan prenatal dan natal.
  - g. **Pendampingan dan advokasi:** Selain memberikan pendidikan, jalin hubungan yang erat dengan masyarakat dan dukung mereka dalam mengakses layanan kesehatan reproduksi yang

berkualitas. Bantu dalam proses pengambilan keputusan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi, serta berperan sebagai advokat untuk memperjuangkan hak-hak reproduksi yang adil dan inklusif.

Penting untuk diingat bahwa partisipasi harus menjadi prinsip utama dalam setiap langkah yang diambil, memastikan bahwa suara dan kebutuhan masyarakat benar-benar didengar dan dihormati dalam upaya meningkatkan kesehatan reproduksi.

### **C.Rangkuman**

Kesimpulannya adalah pemberdayaan masyarakat merupakan hal yang penting dalam meningkatkan masalah kesehatan reproduksi. Memberdayakan masyarakat berarti memberi mereka pengetahuan, keterampilan, dan sumber daya untuk mengambil kendali atas kesehatan dan kesejahteraan mereka sendiri. Pendekatan Participatory Appraisal (PA) adalah salah satu metode yang melibatkan partisipasi aktif anggota masyarakat dalam mengidentifikasi kebutuhan mereka dan mengembangkan intervensi yang disesuaikan dengan kebutuhan tersebut. Memberdayakan masyarakat dalam masalah kesehatan reproduksi dapat menghasilkan hasil kesehatan yang lebih baik, peningkatan pengetahuan, dan peningkatan perilaku mencari layanan Kesehatan

Pemberdayaan masyarakat dengan menggunakan pendekatan partisipatif merupakan cara yang efektif untuk meningkatkan hasil kesehatan reproduksi. Pendekatan Participatory Appraisal (PA) dapat digunakan untuk mengidentifikasi hambatan-hambatan dalam pelayanan kesehatan reproduksi dan mengembangkan intervensi yang disesuaikan dengan kebutuhan spesifik masyarakat. Penelitian telah menunjukkan bahwa pemberdayaan masyarakat dapat mengarah pada hasil kesehatan yang lebih baik, peningkatan pengetahuan, dan peningkatan perilaku mencari layanan Kesehatan.

#### **D. Tugas.**

Buat rencana program dengan menggunakan pendekatan *Participatory Appraisal (PA)*, untuk meningkatkan jumlah aseptor KB di suatu wilayah.

#### **E. Referensi APA syle**

- Liu, W., Zhang, K., & Fang, J.Q. (2000). Participatory rural appraisal applied to project of improving reproductive health services in rural China. *Chinese Primary Health Care, 14*.
- Pristya, T.Y., Herbawani, C.K., Karima, U.Q., Oktafiyanti, A., & Ramadhanty, N. (2021). Empowerment of youth care about reproductive health in the covid-19 pandemic era. *Community Empowerment*.

- Parashar, S. (2005). Context or Empowerment: Determinants of Women's Reproductive Health and Health-Seeking Behavior in India.
- Schmidt N C, Fagnoli V. (2014) *Reproductive health among migrant women in Geneva: what are the challenges for Community-based participatory research*. Rev Med Suisse. 2014 Oct 22;10(447):1985-8. French. PMID: 25518208.SchmidtN, C., & Fagnoli (2014). [Reproductive health among migrant women in Geneva: what are the challenges for Community-based participatory research]. *Revue médicale suisse*, 10, 1985-1988.
- Hailemariam S, Gutema L, Agegnehu W, Derese M. (2021) *Challenges Faced by Female Out-of-School Adolescents in Accessing and Utilizing Sexual and Reproductive Health Service: A Qualitative Exploratory Study in Southwest, Ethiopia*. J Prim Care Community Health ;12:21501327211018936. doi: 10.1177/21501327211018936. PMID: 34032169; PMCID: PMC8155775.



# **BAB V PROGRAM KESEHATAN REPRODUKSI DI WILAYAH KERJA BIDAN KOMUNITAS DENGAN PENDEKATAN PARTISIPATIF & PWS KIA**

(Martini, SKM.MKM)

## **A. Tujuan pembelajaran :**

1. Pembaca mampu memahami pengertian PWS KIA
2. Pembaca mampu memahami tujuan PWS KIA
3. Pembaca mampu memahami prinsip pengelolaan program KIA
4. Pembaca mampu memahami indikator pemantauan
5. Pembaca mampu memahami pengumpulan data, pencatatan data, pengelelolaan data, dan pembuatan grafik PWS KIA
6. Pembaca mampu memahami analisis, penelusuran data kohort, dan rencana tindak lanjut
7. Pembaca mampu memahami pelembagaan PWS KIA
8. Pembaca mampu memahami pelaksanaan dan pelaporan PWS KIA

## **B.Materi**

### **1. Pengertian PWS KIA**

PWS-KIA adalah alat manajemen program KIA untuk memantau cakupan pelayanan KIA di suatu wilayah kerja secara terus menerus. Hal tersebut dimaksudkan agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat terhadap

wilayah kerja yang cakupan pelayanan KIA nya masih rendah ataupun wilayah yang membutuhkan

## **2. Tujuan PWS KIA**

### **a. Tujuan Umum**

Pembuatan PWS KIA adalah meningkatkan pemantauan cakupan pelayanan untuk setiap wilayah kerja yang dipantau secara terus menerus dalam rangka meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan kesehatan umumnya dan pelayanan kebidanan khususnya.

### **b. Tujuan Khusus**

Pembuatan PWS KIA adalah meningkatkan pemantauan cakupan pelayanan untuk setiap wilayah kerja yang dipantau secara terus menerus dalam rangka meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan kesehatan umumnya dan pelayanan kebidanan khususnya

## **3. Prinsip Pengelolaan Program KIA**

Pengelolaan program KIA bertujuan memantapkan dan meningkatkan jangkauan serta mutu pelayanan KIA secara efektif dan efisien. Pemantapan pelayanan KIA dewasa ini diutamakan pada kegiatan pokok sebagai berikut:

- a. Peningkatan pelayanan antenatal bagi seluruh ibu hamil di semua pelayanan kesehatan dengan mutu sesuai standar serta menjangkau seluruh sasaran.

- b. Peningkatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan diarahkan ke fasilitas kesehatan.
- c. Peningkatan pelayanan kesehatan bayi baru lahir, bayi dan anak balita di semua pelayanan kesehatan yang bermutu dan sesuai standar serta menjangkau seluruh sasaran.
- d. Peningkatan deteksi dini risiko/komplikasi kebidanan dan bayi baru lahir oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat.
- e. Peningkatan penanganan komplikasi kebidanan dan bayi baru lahir secara adekuat dan pengamatan secara terus-menerus oleh tenaga kesehatan.
- f. Peningkatan pelayanan ibu nifas, bayi baru lahir, bayi dan anak balita sesuai standar dan menjangkau seluruh sasaran.
- g. Peningkatan pelayanan KB berkualitas.
- h. Peningkatan deteksi dini tanda bahaya dan penanganannya sesuai standar pada bayi baru lahir, bayi dan anak balita.
- i. Peningkatan penanganan bayi baru lahir dengan komplikasi sesuai standar

#### **a. Pelayanan Antenatal**

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya, dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam **Standar Pelayanan Kebidanan (SPK)**. Pelayanan antenatal sesuai standar meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik (umum dan kebidanan), pemeriksaan laboratorium

rutin dan khusus, serta intervensi umum dan khusus (sesuai risiko yang ditemukan dalam pemeriksaan). Dalam penerapannya terdiri atas:

- 1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan.
- 2) Ukur tekanan darah.
- 3) Nilai Status Gizi (ukur lingkaran lengan atas).
- 4) Ukur tinggi fundus uteri.
- 5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ).
- 6) Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi *Tetanus Toksoid (TT)* bila diperlukan.
- 7) Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan.
- 8) Test laboratorium (rutin dan khusus).
- 9) Tatalaksana kasus
- 10) Temu wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan. (Kemenkes, 2022)

Pemeriksaan laboratorium rutin mencakup pemeriksaan golongan darah, hemoglobin, protein urine dan gula darah puasa. Pemeriksaan khusus dilakukan di daerah prevalensi tinggi dan atau kelompok ber-risiko, pemeriksaan yang dilakukan adalah hepatitis B, HIV, Sifilis, malaria, tuberkulosis, kecacingan dan thalasemia. (Kemenkes, 2014)

Dengan demikian maka secara operasional, pelayanan antenatal disebut lengkap apabila dilakukan oleh tenaga kesehatan serta memenuhi standar tersebut. Ditetapkan pula bahwa frekuensi pelayanan antenatal

adalah minimal 4 kali selama kehamilan, dengan ketentuan waktu pemberian pelayanan yang dianjurkan sebagai berikut :

- **Minimal 1 kali pada triwulan pertama.**
- **Minimal 1 kali pada triwulan kedua.**
- **Minimal 2 kali pada triwulan ketiga.**

Standar waktu pelayanan antenatal tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan kepada ibu hamil, berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan dan penanganan komplikasi.

**Tenaga kesehatan yang berkompeten memberikan pelayanan antenatal** kepada Ibu hamil adalah : dokter spesialis kebidanan, dokter, bidan dan perawat. (*Pedoman-PWS-KIA Kemenkes RI.Pdf*, n.d.)

#### **b. 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. Oleh karena itu secara bertahap seluruh persalinan akan ditolong oleh tenaga kesehatan kompeten dan diarahkan ke fasilitas pelayanan kesehatan. (Fitra, 2022)

Pada prinsipnya, penolong persalinan harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

- 1) Pencegahan infeksi

- 2) Metode pertolongan persalinan yang sesuai standar.
- 3) Manajemen aktif kala III
- 4) Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi.
- 5) Melaksanakan Inisiasi Menyusu Dini (IMD).
- 6) 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.

### c. **Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas**

Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan sesuai standar pada ibu mulai 6 jam sampai 42 hari pasca bersalin oleh tenaga kesehatan. Untuk deteksi dini komplikasi pada ibu nifas diperlukan pemantauan pemeriksaan terhadap ibu nifas dengan melakukan kunjungan nifas minimal sebanyak 3 kali dengan ketentuan waktu :

- **Kunjungan nifas pertama pada masa 6 jam sampai dengan 3 hari setelah persalinan.**
- **Kunjungan nifas ke dua dalam waktu 2 minggu setelah persalinan (8 – 14 hari).**
- **Kunjungan nifas ke tiga dalam waktu 6 minggu setelah persalinan (36 – 42 hari).**

Pelayanan yang diberikan adalah :

- 1) Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu.
- 2) Pemeriksaan tinggi fundus uteri (*invovusi uterus*).
- 3) Pemeriksaan lochia dan pengeluaran per vaginam lainnya.
- 4) Pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif 6 bulan.
- 5) Pemberian kapsul Vitamin A 200.000 IU sebanyak dua kali , pertama segera setelah melahirkan, kedua diberikan setelah 24 jam pemberian kapsul Vitamin A pertama.
- 6) Pelayanan KB pasca salin

**Tenaga kesehatan yang dapat memberikan pelayanan kesehatan ibu nifas** adalah : dokter spesialis kebidanan, dokter, bidan dan perawat.

#### **d. Pelayanan Kesehatan Neonatus**

Pelayanan kesehatan neonatus adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir, baik di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus :

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

3) Kunjungan Neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 setelah lahir.

Kunjungan neonatal bertujuan untuk meningkatkan akses neonatus terhadap pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin bila terdapat kelainan/masalah kesehatan pada neonatus. Risiko terbesar kematian neonatus terjadi pada 24 jam pertama kehidupan, minggu pertama dan bulan pertama kehidupannya. Sehingga jika bayi lahir di fasilitas kesehatan sangat dianjurkan untuk tetap tinggal di fasilitas kesehatan selama 24 jam pertama. (Kemenkes, 2022)

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 :

1) Pemeriksaan Bayi Baru Lahir

- Anamnesis
- Pemeriksaan Fisis :
  - Lihat postur, tonus, dan aktifitas bayi.
  - Lihat pada kulit bayi.
  - Hitung pernafasan dan lihat tarikan dinding dada ketika bayi sedang tidak menangis.
  - Hitung detak jantung dengan stetoskop. Stetoskop diletakkan pada dada kiri bayi setinggi apeks.

- Lakukan pengukuran suhu ketiak dengan termometer.
- Lihat dan raba bagian kepala.
- Lihat pada mata.
- Lihat bagian dalam mulut (lidah, selaput lendir)

Jika bayi menangis, masukkan satu jari yang menggunakan sarung tangan ke dalam dan raba langit-langit.

- Lihat dan raba pada bagian perut
- Lihat pada tali pusat.
- Lihat pada punggung dan raba tulang belakang.
- Lihat pada lubang anus, hindari untuk memasukkan alat atau jari dalam melakukan pemeriksaan anus.
- Tanyakan pada ibu apakah bayi sudah buang air besar.
- Lihat dan raba pada alat kelamin bagian luar.
- Tanyakan pada ibu apakah bayi sudah buang air kecil.
- Timbang bayi.
- Timbang bayi dengan menggunakan selimut, hasil timbangan dikurangi selimut.
- Mengukur panjang dan lingkar kepala bayi.  
Jelaskan cara dan alat.

– Menilai cara menyusui, minta ibu untuk menyusui bayinya.

#### 1. Pemeriksaan menggunakan pendekatan MTBM

- Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan Masalah pemberian ASI.
- Pemberian Vitamin K1, Imunisasi Hepatitis B-0 bila belum diberikan pada waktu perawatan bayi baru lahir
- Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif, pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir di rumah termasuk perawatan tali pusat dengan menggunakan Buku KIA.
- Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan.

**Tenaga kesehatan yang dapat memberikan pelayanan kesehatan neonatus** adalah : dokter spesialis anak, dokter, bidan dan perawat.

**e. Deteksi dini faktor risiko dan komplikasi kebidanan dan neonatus oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat.**

Deteksi dini kehamilan dengan faktor risiko adalah kegiatan yang dilakukan untuk menemukan ibu hamil yang mempunyai faktor risiko dan komplikasi kebidanan. Kehamilan merupakan proses reproduksi yang normal , tetapi tetap mempunyai risiko untuk terjadinya komplikasi. Oleh karenanya deteksi dini oleh tenaga kesehatan dan masyarakat tentang adanya faktor risiko dan komplikasi, serta penanganan yang adekuat sedini mungkin, merupakan kunci

keberhasilan dalam penurunan angka kematian ibu dan bayi yang dilahirkannya.

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 Hb < 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 9 – 12 kg selama masa kehamilan**

Komplikasi pada ibu hamil, bersalin dan nifas antara lain :

- 1) Ketuban pecah dini.
- 2) Perdarahan *pervaginam* :
  - Ante Partum : keguguran, plasenta previa, solusio plasenta
  - Intra Partum : robekan jalan lahir
  - Post Partum : atonia uteri, retensio plasenta, plasenta inkarserata, kelainan pembekuan darah, subinvolusi uteri
- 1) Hipertensi dalam Kehamilan (HDK): Tekanan darah tinggi (sistolik > 140 mmHg, diastolik > 90 mmHg), dengan atau tanpa edema pre-tibial.

- 2) Ancaman persalinan prematur.
- 3) Infeksi berat dalam kehamilan : demam berdarah, *tifus abdominalis*, *Sepsis*.
- 4) Distosia: Persalinan macet, persalinan tak maju.
- 5) Infeksi masa nifas.

Sebagian besar kematian ibu dapat dicegah apabila mendapat penanganan yang adekuat di fasilitas pelayanan kesehatan. Faktor waktu dan transportasi merupakan hal yang sangat menentukan dalam merujuk kasus risiko tinggi. Oleh karenanya Deteksi faktor risiko pada ibu baik oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat merupakan salah satu upaya penting dalam mencegah kematian dan kesakitan ibu.

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 :

- 1) Tidak Mau Minum/menyusu atau memuntahkan semua
- 2) Riwayat Kejang
- 3) Bergerak hanya jika dirangsang/Letargis
- 4) Frekwensi Napas  $\leq 30$  X/menit dan  $\geq 60$ x/menit
- 5) Suhu tubuh  $\leq 35,5$  C dan  $\geq 37,5$  C
- 6) Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat

- 7) Merintih
- 8) Ada pustul Kulit
- 9) Nanah banyak di mata
- 10) Pustul kemerahan meluas ke dinding perut.
- 11) Mata cekung dan cubitan kulit perut kembali sangat lambat
- 12) Timbul kuning dan atau tinja berwarna pucat
- 13) Berat badan menurut umur rendah dan atau ada masalah pemberian ASI
- 14) BBLR : Bayi Berat Lahir Rendah < 2500 gram
- 15) Kelainan Kongenital seperti ada celah di bibir dan langit-langit.

Komplikasi pada neonatus antara lain :

- 1) Prematuritas dan BBLR (bayi berat lahir rendah < 2500 gr)
- 2) Asfiksia
- 3) Infeksi Bakteri
- 4) Kejang
- 5) 5. Ikterus
- 6) 6. Diare
- 7) Hipotermia
- 8) Tetanus neonatorum
- 9) Masalah pemberian ASI
- 10) Trauma lahir, sindroma gangguan pernapasan, kelainan *kongenital*, dll.

## **f. Penanganan Komplikasi Kebidanan**

Penanganan komplikasi kebidanan adalah pelayanan kepada ibu dengan komplikasi kebidanan untuk mendapat penanganan definitif sesuai standar oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan. Diperkirakan sekitar 15-20 % ibu hamil akan mengalami komplikasi kebidanan. Komplikasi dalam kehamilan dan persalinan tidak selalu dapat diduga sebelumnya, oleh karenanya semua persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan agar komplikasi kebidanan dapat segera dideteksi dan ditangani. (Rahayu & Sumaningsih, 2022)

Untuk meningkatkan cakupan dan kualitas penanganan komplikasi kebidanan maka diperlukan adanya fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu memberikan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi secara berjenjang mulai dari bidan, puskesmas mampu PONEK sampai rumah sakit PONEK 24 jam.

Pelayanan medis yang dapat dilakukan di Puskesmas mampu PONEK meliputi :

- 1) Pelayanan obstetri :
  - a) Penanganan perdarahan pada kehamilan, persalinan dan nifas.

- b) Pencegahan dan penanganan Hipertensi dalam Kehamilan (pre-eklamsi dan eklamsi)
- c) Pencegahan dan penanganan infeksi.
- d) Penanganan partus lama/macet.
- e) Penanganan abortus.
- f) Stabilisasi komplikasi obstetrik untuk dirujuk dan transportasi rujukan.

2) Pelayanan *neonatus* :

- a) Penanganan *asfiksia* bayi baru lahir.
- b) Penanganan bayi berat lahir rendah (BBLR).

3) Hipotermi

4) Hipoglikemia

5) Ikterus

6) Masalah pemberian minum

- a) Penanganan gangguan nafas.
- b) Penanganan kejang.
- c) Penanganan infeksi neonatus.
- d) Rujukan dan transportasi bayi baru lahir.
- e) Persiapan umum sebelum tindakan kegawatdaruratan neonatus

**g. Pelayanan neonatus dengan komplikasi**

Pelayanan Neonatus dengan komplikasi adalah penanganan neonatus dengan penyakit dan kelainan yang dapat menyebabkan kesakitan, kecacatan dan

kematian oleh dokter/bidan/perawat terlatih di polindes, puskesmas, puskesmas PONED, rumah bersalin dan rumah sakit pemerintah/swasta.

Diperkirakan sekitar 15% dari bayi lahir hidup akan mengalami komplikasi neonatal. Hari Pertama kelahiran bayi sangat penting, oleh karena banyak perubahan yang terjadi pada bayi dalam menyesuaikan diri dari kehidupan di dalam rahim kepada kehidupan di luar rahim. Bayi baru lahir yang mengalami gejala sakit dapat cepat memburuk, sehingga bila tidak ditangani dengan adekuat dapat terjadi kematian. Kematian bayi sebagian besar terjadi pada hari pertama, minggu pertama kemudian bulan pertama kehidupannya.

Faktor resiko pada neonatus akan meningkatkan resiko terjadinya komplikasi, deteksi dini untuk Komplikasi pada Neonatus dengan melihat tanda-tanda atau gejala-gejala sebagai berikut :

- 1) Tidak mau minum/ menyusui atau memuntahkan semua
- 2) Riwayat kejang
- 3) Bergerak hanya jika dirangsang / *Letargis*.
- 4) Frekwensi napas  $\leq 30$  x/menit dan  $\geq 60$  x/menit.
- 5) Suhu tubuh  $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$  dan  $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$
- 6) Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat.
- 7) Merintih.
- 8) Ada *pustule* kulit.
- 9) Nanah banyak di mata.

- 10) Pusing kemerahan meluas ke dinding perut.
- 11) Mata cekung dan cubitan kulit perut kembali sangat lambat.
- 12) Timbul kuning dan atau tinja berwarna pucat.
- 13) Berat badan menurut umur rendah dan atau ada masalah pemberian ASI.
- 14) BBLR (Bayi Berat Lahir Rendah < 2500 gram)
- 15) Kelainan Kongenital seperti ada celah di bibir dan langit-langit.

Komplikasi pada neonatus antara lain :

- 1) Asfiksia bayi baru lahir.
- 2) Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)
  - Hipotermi
  - Hipoglikemia
  - Ikterus
  - Masalah pemberian minum
- 1) Gangguan napas
- 2) Kejang
- 3) Infeksi Neonatus
- 4) Klasifikasi dalam MTBM :
  - Infeksi bakteri (termasuk klasifikasi Infeksi Bakteri Lokal dan Penyakit Sangat Berat atau Infeksi Bakteri Berat)
  - Ikterus (termasuk klasifikasi Ikterus Berat dan Ikterus)
  - Diare (termasuk klasifikasi Diare Dehidrasi Berat dan Diare Dehidrasi Ringan/Sedang)
  - Berat badan rendah menurut umur dan atau masalah pemberian ASI.

- Trauma lahir, sindroma gangguan pernapasan, kelainan kongenital, dll.

Kebijakan Departemen Kesehatan dalam peningkatan akses dan kualitas penanganan komplikasi neonatus tersebut antara lain penyediaan puskesmas mampu PONED dengan target setiap kabupaten/kota harus mempunyai minimal 4 (empat) puskesmas mampu PONED.

Puskesmas PONED adalah puskesmas rawat inap yang memiliki kemampuan serta fasilitas PONED siap 24 jam untuk memberikan pelayanan terhadap ibu hamil, bersalin dan nifas serta kegawatdaruratan bayi baru lahir dengan komplikasi baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat, bidan di desa, Puskesmas dan melakukan rujukan ke RS/RS PONEK pada kasus yang tidak mampu ditangani.

Untuk mendukung puskesmas mampu PONED ini, diharapkan RSU Kabupaten/Kota mampu melaksanakan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi komprehensif (PONEK) yang siap selama 24 jam. Dalam PONEK, RSU harus mampu melakukan pelayanan emergensi dasar dan pelayanan operasi *seksio sesaria*, perawatan *neonatus level II* serta transfusi darah.

Dengan adanya puskesmas mampu PONED dan RS mampu PONEK maka kasus – kasus komplikasi kebidanan dan neonatal dapat ditangani secara optimal sehingga dapat mengurangi kematian ibu dan neonatus.

#### **h. 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.

Kunjungan bayi bertujuan untuk meningkatkan akses bayi terhadap pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin bila terdapat kelainan pada bayi sehingga cepat mendapat pertolongan, pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit melalui pemantauan pertumbuhan, imunisasi, serta peningkatan kualitas hidup bayi dengan stimulasi tumbuh kembang. Dengan demikian hak anak mendapatkan pelayanan kesehatan terpenuhi. Pelayanan kesehatan tersebut meliputi :

- Pemberian imunisasi dasar lengkap (BCG, Polio 1,2,3,4, DPT/HB 1,2,3, Campak) sebelum bayi berusia 1 tahun.
- Stimulasi deteksi intervensi dini tumbuh kembang bayi (SDIDTK).
- Pemberian vitamin A 100.000 IU (6 – 11 bulan).
- Konseling ASI eksklusif, pemberian makanan pendamping ASI, tanda – tanda sakit dan

perawatan kesehatan bayi di rumah menggunakan Buku KIA.

- Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan.

**Tenaga kesehatan yang dapat memberikan pelayanan kesehatan bayi** adalah : dokter spesialis anak, dokter, bidan , perawat dibantu oleh tenaga kesehatan lainnya seperti petugas gizi.

#### **i. Pelayanan kesehatan anak balita**

Lima tahun pertama kehidupan, pertumbuhan mental dan intelektual berkembang pesat. Masa ini merupakan masa keemasan atau *golden period* dimana terbentuk dasar-dasar kemampuan keinderaan, berfikir, berbicara serta pertumbuhan mental intelektual yang intensif dan awal pertumbuhan moral. Pada masa ini stimulasi sangat penting untuk mengoptimalkan fungsi-fungsi organ tubuh dan rangsangan pengembangan otak. Upaya deteksi dini gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada anak usia dini menjadi sangat penting agar dapat dikoreksi sedini mungkin dan atau mencegah gangguan ke arah yang lebih berat .

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.

Kematian bayi dan balita merupakan salah satu parameter derajat kesejahteraan suatu negara. 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. Bank Dunia, 1993 melaporkan bahwa MTBS merupakan intervensi yang *cost effective* untuk mengatasi masalah kematian balita yang disebabkan oleh Infeksi Pernapasan Akut (ISPA), diare, campak, malaria, kurang gizi dan yang sering merupakan kombinasi dari keadaan tersebut.

Sebagai upaya untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian balita, Departemen Kesehatan RI bekerja sama dengan WHO telah mengembangkan paket pelatihan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) yang mulai dikembangkan di Indonesia sejak tahun 1996 dan implementasinya dimulai 1997 dan saat ini telah mencakup 33 provinsi.

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. Pemantauan pertumbuhan adalah pengukuran berat badan anak balita setiap bulan yang tercatat pada Buku KIA/KMS. Bila berat badan tidak naik dalam 2 bulan berturut-turut atau berat badan anak

balita di bawah garis merah harus dirujuk ke sarana pelayanan kesehatan.

- 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.

**j. 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 fertilitas bagi pasangan yang ingin mempunyai anak.

Pelayanan KB bertujuan untuk menunda (merencanakan) kehamilan. Bagi Pasangan Usia Subur yang ingin menjarangkan dan/atau menghentikan kehamilan, dapat menggunakan metode kontrasepsi yang meliputi :

- KB alamiah (sistem kalender, metode amenore laktasi, coitus interruptus).
- Metode KB hormonal (pil, suntik, susuk).
- Metode KB non-hormonal (kondom, AKDR/IUD, vasektomi dan tubektomi).

Sampai saat ini di Indonesia cakupan peserta KB aktif (*Contraceptive Prevalence Rate/CPR*) mencapai 61,4% (SDKI 2007) dan angka ini merupakan pencapaian yang cukup tinggi diantara negara-negara ASEAN. Namun demikian metode yang dipakai lebih banyak menggunakan metode jangka pendek seperti pil dan suntik. Menurut data SDKI 2007 akseptor KB yang menggunakan suntik sebesar 31,6%, pil 13,2 %, AKDR 4,8%, susuk 2,8%, tubektomi 3,1%, vasektomi 0,2% dan kondom 1,3%. Hal ini terkait dengan tingginya angka putus pemakaian (DO) pada metode jangka pendek sehingga perlu pemantauan yang terus menerus. Disamping itu pengelola program KB perlu memfokuskan sasaran pada kategori PUS dengan **“4 terlalu” (terlalu muda, tua, sering dan banyak)**.

Untuk mempertahankan dan meningkatkan cakupan peserta KB perlu diupayakan pengelolaan program yang berhubungan dengan peningkatan aspek kualitas, teknis dan aspek manajerial pelayanan KB. Dari aspek kualitas perlu diterapkan pelayanan yang sesuai standard dan variasi pilihan metode KB, sedangkan dari segi teknis perlu dilakukan pelatihan klinis dan non-klinis secara berkesinambungan. Selanjutnya aspek manajerial, pengelola program KB perlu melakukan revitalisasi dalam segi analisis situasi

program KB dan sistem pencatatan dan pelaporan pelayanan KB.

#### 4. Indikator Pemantauan

##### a. Akses Pelayanan Antenatal (Cakupan K1)

Digunakan untuk mengetahui jangkauan pelayanan antenatal serta kemampuan program dalam menggerakkan masyarakat.

$$\text{Rumus: } \frac{\text{Jumlah kunjungan baru (K1) ibu hamil}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil dalam satu tahun}} \times 100\%$$

Jumlah sasaran ibu hamil dalam 1 tahun dihitung berdasar jumlah perkiraan (angka proyeksi) ibu hamil dalam satu wilayah tertentu dengan rumus :

**Jumlah sasaran ibu hamil dalam satu tahun = Angka kelahiran kasar (Crude Birth Rate/CBR) X 1,1 X jumlah penduduk wilayah tersebut.**

Angka kelahiran kasar (CBR) digunakan angka terakhir kabupaten/kota yang diperoleh dari kantor statistik kabupaten/kota.

Contoh : Untuk menghitung jumlah perkiraan ibu hamil di desa Maju Provinsi XX yang mempunyai penduduk 2000 jiwa, maka jumlah ibu hamil = 0,027 (CBR Provinsi XX) X 1,1 X 2000 = 59,4. Jadi sasaran ibu hamil adalah 59 orang.

Cakupan K1 di sini adalah ibu hamil yang memeriksakan kehamilan pertama kali sebelum kehamilan ibu berumur 14 minggu. Namun batasan

usia kehamilan minimal untuk kunjungan kehamilan pertama kali ada beberapa perbedaan. Hal ini berkaitan dengan program pemerintah di masing-masing wilayah. Misalnya ada yang membatasi kunjungan K1 ini sampai dengan usia 20 minggu bahkan 24 minggu.

b. Cakupan Pelayanan Ibu Hamil (Cakupan K4)

Dengan indikator ini dapat diketahui cakupan pelayanan antenatal secara lengkap (memenuhi standar pelayanan dan menepati waktu yang ditetapkan) yang menggambarkan tingkat perlindungan ibu hamil di suatu wilayah, disamping menggambarkan kemampuan manajemen ataupun kelangsungan program KIA.

$$\text{Rumus : } \frac{\text{Jumlah kunjungan ibu hamil keempat(K4)}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil dalam satu tahun}} \times 100\%$$

c. Cakupan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan

Indikator ini dapat diperkirakan proporsi persalinan yang ditangani oleh tenaga kesehatan, dan ini menggambarkan kemampuan manajemen program KIA dalam pertolongan persalinan secara profesional, dengan rumus sebagai berikut :

$$\text{Rumus : } \frac{\text{Jumlah persalinan oleh tenaga kesehatan}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil dalam satu tahun}} \times 100\%$$

Jumlah sasaran ibu bersalin dalam 1 tahun dihitung berdasar jumlah perkiraan (angka proyeksi)

ibu bersalin dalam satu wilayah tertentu dengan rumus :

**Jumlah sasaran ibu bersalin dalam satu tahun  
= Angka kelahiran kasar (Crude Birth Rate/CBR)  
X 1,05 X Jumlah penduduk wilayah tersebut.**

Angka kelahiran kasar (CBR) digunakan angka terakhir kabupaten/ kota yang diperoleh dari kantor statistik kabupaten / kota.

Contoh : Untuk menghitung jumlah perkiraan ibu bersalin di desa Makmur Provinsi YY yang mempunyai penduduk 1000 jiwa, maka jumlah ibu bersalin = 0,0278 (CBR Provinsi YY) X 1,05 X 1000 = 29,19. Jadi sasaran ibu hamil adalah 29 orang.

d. Penjaringan (Deteksi) Ibu Hamil Oleh Masyarakat

Indikator ini dapat mengukur tingkat kemampuan dan peran serta masyarakat dalam melakukan deteksi dini ibu hamil berisiko di suatu wilayah.

**Rumus:**

$$\frac{\text{Jumlah ibu hamil berisiko yang dirujuk oleh dukun bayi atau kader ke tenaga kesehatan 15-20\%}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil dalam satu tahun}} \times 100\%$$

e. Penjaringan (Deteksi) Ibu Hamil Berisiko Oleh Tenaga Kesehatan

Dengan indikator ini dapat diperkirakan besarnya masalah yang dihadapi oleh program KIA dan harus ditindaklanjuti dengan intervensi secara intensif.

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah ibu hamil berisiko yang oleh tenaga kesehatan 15–20\%}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil dalam satu tahun}} \times 100\%$$

f. Cakupan Pelayanan Neonatal (Kn) Oleh Tenaga Kesehatan

Dengan indikator ini dapat diperkirakan besarnya masalah yang dihadapi oleh program KIA dan harus ditindaklanjuti dengan intervensi secara intensif.

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah kunjungan neonatal yang mendapat pelayanan kesehatan minimal 2x oleh tenaga kesehatan 15–20\%}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil dalam satu tahun}} \times 100\%$$

Jumlah sasaran bayi diperhitungkan dari data sasaran imunisasi bayi dalam sensus penduduk setiap tahun di Badan Pusat Statistik. Atau: Jumlah sasaran bayi dalam 1 tahun dihitung berdasarkan jumlah perkiraan (angka proyeksi) bayi dalam satu wilayah tertentu dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

**Jumlah sasaran bayi dalam 1 tahun: angka kelahiran kasar (CBR) X Jumlah penduduk di wilayah tertentu. CBR digunakan angka terakhir kabupaten / kota yang diperoleh dari kantor statistik kabupaten / kota.**

Contoh: Untuk menghitung jumlah perkiraan bayi di suatu desa Tentram di Provinsi AA yang mempunyai penduduk sebanyak 1500 jiwa, maka

jumlah bayi = 0,0248 (CBR Prov.AA) X 1500 = 37,2.  
Jadi, sasaran bayi di desa Z adalah 37 bayi.

- g. Cakupan Pelayanan Nifas Oleh Tenaga Kesehatan  
Dengan indikator ini dapat diketahui jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan ibu nifas.

$$\text{Rumus : } \frac{\text{Jumlah ibu nifas oleh nakes minimal 3 kali}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil dalam satu tahun}} \times 100\%$$

- h. Penanganan Komplikasi Obstetri

Indikator ini menunjukkan kemampuan sarana pelayanan kesehatan menangani kasus-kasus kegawatdaruratan obstetri pada ibu bersalin yang kemudian ditindaklanjuti sesuai dengan kewenangannya atau dapat dirujuk ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi.

$$\text{Rumus : } \frac{\text{Jumlah kasus kegawatdaruratan obstetri yang ditangani 15–20\%}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil dalam satu tahun}} \times 100\%$$

- i. Penanganan Komplikasi Neonatal

Indikator ini menunjukkan kemampuan sarana pelayanan kesehatan dalam menangani kasus-kasus kegawatdaruratan neonatal, yang kemudian ditindaklanjuti sesuai kewenangannya atau dapat dirujuk ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi.

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah kasus kegawatdaruratan neonatal yang ditangani 15–20\%}}{\text{Jumlah sasaran ibu bersalin dalam satu tahun}} \times 100\%$$

Indikator pemantauan program KIA tersebut merupakan indikator yang digunakan oleh para pengelola program KIA dan disesuaikan dengan kebutuhan program. Oleh karena itu indikator tersebut disebut dengan pemantauan teknis.

## **5. Pengumpulan Data, Pencatatan Data, Pengelelelahan Data, dan Pembuatan Grafik PWS KIA**

### **a. Pengumpulan Data**

Pengumpulan data adalah proses yang dilakukan untuk mengumpulkan data. Data yang diperlukan untuk menghitung tiap indikator, diperoleh dari catatann ibu hamil perdesa, register kegiatan harian, register kohort ibu dan bayi, kegiatan pemantauan ibu hamil perdesa, Catatan posyandu, laporan dari bidan/praktek swasta, rumah sakit bersalin dan sebagainya.

### **b. Pencatatan Data dapat dibedakan menjadi dua yaitu :**

#### **a) Data sasaran**

Diperoleh sejak saat Bidan memulai pekerjaan di desa/kelurahan. Seorang Bidan di desa/kelurahan dibantu para kader dan dukun bersalin/bayi, membuat peta wilayah kerjanya yang mencakup denah jalan, rumah serta setiap

waktu memperbaiki peta tersebut dengan data baru tentang adanya ibu yang hamil, neonatus dan anak balita. Data sasaran diperoleh bidan di desa/kelurahan dari para kader dan dukung bayi yang melakukan pendataan ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, bayi dan anak balita dimana sasaran tersebut diberikan buku KIA dan bagi ibu hamil dipasang stiker P4K di depan rumahnya. Selain itu data sasaran juga dapat diperoleh dengan mengumpulkan data sasaran yang berasal dari lintas program dan fasilitas pelayanan lain yang ada di wilayah kerjanya.

b) Data Pelayanan

Bidan di desa/kelurahan mencatat semua detail pelayanan KIA di dalam kartu ibu, kohort ibu, kohort anak balita, kohort KB, dan buku KIA. Pencatatan harus dilakukan segera setelah bidan melakukan pelayanan. Pencatatan tersebut dilakukan untuk memantau secara intensif dan terus menerus kondisi dan permasalahan yang ditemukan pada para ibu, bayi dan anak di desa/kelurahan tersebut, antara lain nama dan alamat ibu yang tidak datang memeriksakan dirinya pada jadwal yang seharusnya, imunisasi yang belum diterima para ibu, penimbangan anak dan lain lain. Selain hal tersebut bidan di desa juga mengumpulkan data pelayanan yang berasal dari lintas program dan fasilitas pelayanan lain yang ada di wilayah kerjanya.

### c. **Pengelolaan Data**

Setiap bulan Bidan di desa mengolah data yang tercantum dalam buku kohort dan dijadikan sebagai bahan laporan bulanan KIA. Bidan Koordinator di Puskesmas menerima laporan bulanan tersebut dari semua BdD dan mengolahnya menjadi laporan dan informasi kemajuan pelayanan KIA bulanan yang disebut PWS KIA. Informasi per desa/kelurahan dan per kecamatan tersebut disajikan dalam bentuk grafik PWS KIA yang harus dibuat oleh tiap Bidan Koordinator. (*Pedoman-PWS-KIA Kemenkes RI.Pdf*, n.d.)

**Langkah pengolahan data adalah : Pembersihan data, Validasi dan Pengelompokan.**

- 1) **Pembersihan data** : melihat kelengkapan dan kebenaran pengisian formulir yang tersedia.
- 2) **Validasi** : melihat kebenaran dan ketepatan data.
- 3) **Pengelompokan** : sesuai dengan kebutuhan data yang harus dilaporkan. Contoh :
  - ***Pembersihan data*** : Melakukan koreksi terhadap laporan yang masuk dari Bidan di desa/kelurahan mengenai duplikasi nama, duplikasi alamat, catatan ibu langsung di K4 tanpa melewati KI.
  - ***Validasi*** : Memeriksa apakah ternyata K4 & KI lebih besar daripada jumlah ibu hamil, jumlah ibu bersalin lebih besar daripada ibu

*hamil.*

- **Pengelompokan** : Mengelompokkan ibu hamil anemi berdasarkan desa/kelurahan untuk persiapan intervensi, ibu hamil dengan KEK untuk persiapan intervensi.

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

- 1) **Narasi** : dipergunakan untuk menyusun laporan atau profil suatu wilayah kerja, misalnya dalam Laporan PWS KIA yang diserahkan kepada instansi terkait.
- 2) **Tabulasi**: dipergunakan untuk menjelaskan narasi dalam bentuk lampiran.
- 3) **Grafik**: dipergunakan untuk presentasi dalam membandingkan keadaan antar waktu, antar tempat dan pelayanan. Sebagian besar hasil PWS disajikan dalam bentuk grafik.
- 4) **Peta**: dipergunakan untuk menggambarkan kejadian berdasarkan gambaran geografis.

Puskesmas yang sudah menggunakan komputer untuk mengolah data KIA maka data dari kartu-kartu pelayanan bidan di desa/kelurahan, dimasukkan ke dalam komputer sehingga proses pengolahan data oleh bidan di desa/kelurahan dan bidan koordinator Puskesmas akan terbantu dan lebih cepat. (*Pedoman-PWS-KIA Kemenkes RI.Pdf*, n.d.)

#### **d. 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 :

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

Semuanya itu dipakai untuk alat pemantauan program KIA, sedangkan grafik cakupan K4, PN, KF/KN, PK, NK, KBy, KBal dan grafik cakupan

pelayanan KB (CPR) seperti telah diuraikan dalam Bab III, dapat dimanfaatkan juga untuk alat advokasi dan komunikasi lintas sektor.

Di bawah ini dijabarkan cara membuat grafik PWS KIA untuk tingkat puskesmas, yang dilakukan tiap bulan, untuk semua desa/kelurahan. Bagi bidan di desa akan sangat penting apabila dapat membuat grafik cakupan dari PWS KIA diatas di tingkat Poskesdes/Polindes yang diupdate setiap bulannya. Sedangkan untuk puskesmas, penyajian ke 13 cakupan dalam bentuk grafik maupun angka akan sangat berguna untuk keperluan analisa PWS lebih lanjut

Langkah-langkah pokok dalam pembuatan grafik PWS KIA :

### 1) **Penyiapan data**

Data yang diperlukan untuk membuat grafik dari tiap indikator diperoleh dari catatan 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.

- Untuk **grafik antar wilayah**, data yang diperlukan adalah : Data cakupan per desa/kelurahan dalam kurun waktu yang sama

*Misalnya : untuk membuat grafik cakupan K4 bulan Juni di wilayah kerja Puskesmas X, maka diperlukan data cakupan K4 desa/kelurahan A, desa/kelurahan B, desa/kelurahan C, dst pada bulan Juni.*

- Untuk **grafik antar waktu**, data yang perlu disiapkan adalah : Data cakupan per bulan
- Untuk **grafik antar variabel** diperlukan data variabel yang mempunyai korelasi misalnya : **K1, K4 dan Pn**

## 2) Penggambaran Grafik.

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

- a) Menentukan target rata – rata per bulan untuk menggambarkan skala pada garis vertikal (sumbu Y).

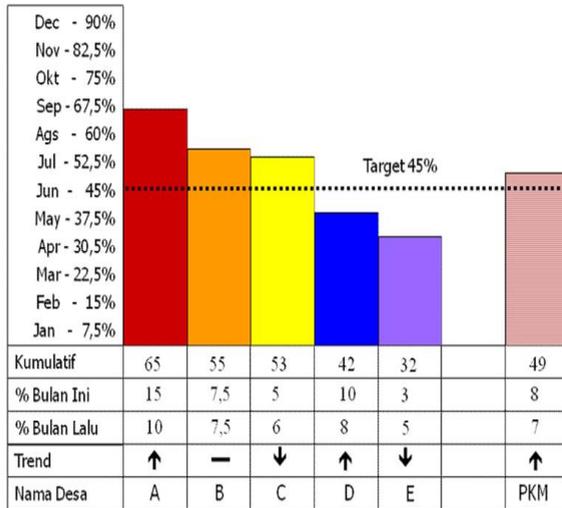
*Misalnya : target cakupan ibu hamil baru (cakupan K1) dalam 1 tahun ditentukan 90 %(garis a), maka sasaran rata – rata setiap bulan adalah*

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

Dengan demikian, maka sasaran pencapaian kumulatif sampai dengan bulan Juni adalah (6 x 7,5 %) = 45,0% (garis b).

- b) 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).
- c) 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.
- d) Hasil perhitungan pencapaian pada bulan ini (Juni) dan bulan lalu (Mei) untuk tiap desa/kelurahan dimasukkan ke dalam lajur masing-masing.
- e) 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 (-).

Berikut ini adalah contoh grafik PWS KIA hasil perhitungan tersebut di atas.



### Contoh Grafik PWS

Cara perhitungan untuk keduabelas indikator yang lainnyasama dengan perhitungan seperti contoh diatas

## 7. Analisis, Penelusuran Data Kohort, dan Rencana Tindak Lanjut

### a. Analisis

Analisis adalah suatu pemeriksaan dan evaluasi dari suatu informasi yang sesuai dan relevan dalam menyeleksi suatu tindakan yang terbaik dari berbagai macam alternatif variasi. Analisis yang dapat dilakukan mulai dari yang sederhana hingga analisis lanjut sesuai dengan tingkatan penggunaannya. Data yang di analisis

adalah data register kohort ibu, bayi dan anak balita serta cakupan. Analisis di bagi menjadi :

**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. Selain di Puskesmas, analisis ini dapat juga dilakukan oleh Bidan di Desa dimana Bidan di Desa dapat menilai cakupan indikator PWS KIA di desanya untuk menilai kemajuan desanya. Di Poskesdes seorang Bidan di Desa dapat membuat grafik cakupan indikator PWS KIA sehingga dia bisa mengikuti perkembangan dan menindaklanjutinya. Contoh analisis sederhana Analisis dari grafik cakupan ibu hamil baru (akses) pada pemantauan bulan Juni 2008 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 :

➤ 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.

➤ 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.

➤ 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.

➤ 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

Desa/ kelurahan	Cakupan K1	Cakupan K4	Cakupan Pn	Keterangan
A	70 %	60 %	50 %	DO K4
B	85 %	70 %	55 %	DO Pn

*Analisis grafik PWS KIA K1, K4, Pn*

f) DII

Apabila Drop Out (DO) K1 - K4 lebih dari 10% berarti wilayah tersebut bermasalah dan perlu penelusuran dan intervensi lebih lanjut. Drop Out tersebut dapat disebabkan karena ibu yang kontak pertama (K1) dengan tenaga kesehatan, kehamilannya sudah berumur lebih dari 3 bulan. Sehingga diperlukan intervensi peningkatan pendataan ibu hamil yang lebih intensif.

## **b. Penelusuran Data Kohort**

Penelusuran adalah proses pengamatan seseorang atau obyek yang bergerak dalam kurun waktu dari lokasi tertentu. Penelusuran dilakukan dalam rangka :

1) Mengidentifikasi kasus/masalah secara individu selama masa hamil, bersalin, masanifas, neonatus, bayi dan balita. Masalah yang ditelusuri :

- Perkembangan kesehatan setiap ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, bayi dan anakbalita
- Kesiapan perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi setiap ibu hamil
- Faktor risiko dan komplikasi ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, bayi baru lahir dan anak balita
- Menilai kualitas pelayanan yang diberikan
- Kematian ibu dan bayi

2) Membangun perencanaan berdasarkan masalah yang spesifik

Seorang bidan harus mencatat setiap ibu hamil yang ada di desanya. Sehingga setiap bulan dia dapat melakukan analisis dan penelusuran data kohort terhadap ibu hamil di desanya. Analisis dan penelusuran data kohort yang dapat dilakukan oleh bidan untuk meningkatkan kinerja bidan, contohnya :

1. Dari data kohort ditemukan :
  - a. Ibu T, 19 tahun, punya jamkesmas, hamil anak pertama, HPHT tanggal 21 Februari 2008, taksiran partus tanggal 7 September 2008, rencana persalinan oleh bidan, tempat persalinan di rumah,

pendamping persalinan suami, transportasi dari suami, donor darah dari suami, datang ANC pertama kali tanggal 25 April 2008 pada usia 9 minggu, dengan hasil pemeriksaan BB 37 kg, Tekanan Darah 90/60 dan LILA 22 cm dan anemia. Hasil pemeriksaan dicatat dalam buku KIA. Tanggal 15 April 2008 keguguran ditolong oleh dukun.

- b. Ibu Tar, 39 tahun, termasuk masyarakat miskin, tidak punya jamkesmas, hamil anak ke 6, pernah melahirkan 5 anak dan semuanya hidup. Rencana persalinan oleh

bidan, tempat persalinan di rumah, pendamping persalinan suami, sudah memiliki transportasi dan calon donor darah. Datang ANC pertama kali tanggal 4 Julil 2008 pada usia 22 minggu, dengan hasil pemeriksaan BB 45 kg, LILA 23 cm, Tekanan Darah 130/80, TFU 20 cm, taksiran berat janin 1240, denyut jantung janin 140, status imunisasi T1, anemia, dilakukan injeksi TT. Hasil pemeriksaan dicatat dalam buku KIA.

Analisis dari 2 contoh data dari kohort di atas adalah sebagai berikut :

Contoh Kasus	Masalah	Rencana Tindakan
Ibu T, umur 19 thn, G1,HPHT 1/2/08, mempunyai P4K, rencana tempat persalinan di rumah, periksa ANC 1 pd mg ke9 BB 37 kg, TD 90/60, Anemia, LILA 22 Tanggal 15/4/08 keguguran, ditolong dukun di rumah	<ul style="list-style-type: none"> <li>GIA1, usia terlalumuda</li> <li>Rencana persalinan di rumah</li> <li>Status gizi kurang</li> <li>Anemia</li> <li>Abortus ditolong dukun</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kunjungan rumah segera</li> <li>Perbaiki status gizi (berikan PMT dan konseling gizi, libatkan masyarakat untuk mendukung)</li> <li>Atasi anemia (berikan tab Fe)</li> <li>Konseling tunda kehamilan (libatkansuami) sampai usia &gt; 20 tahun dan status gizinya baik</li> </ul>
Ibu Tar, masyarakat miskin, tidak punya jamkesmas, 39 tahun, G6P5 H5, P4K lengkap, rencana tempat persalinan di rumah, ANC1 pada usia kehamilan 22 mg, LILA 23, Anemia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Terlalu tua, terlalubanyak</li> <li>Tempat persalinandi rumah</li> <li>ANC 1 trimester 2</li> <li>Status gizi kurang</li> <li>Anemia</li> <li>Belum punya KTM/Jamkes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pantau kehamilan dengan ANCteratur (tiap bulan)</li> <li>Perbaiki status Gizi (PMT, konsulgizi, libatkan masyarakat untuk mendukung)</li> <li>Berikan tablet Fe</li> <li>Pastikan mendapatkan Jamkesmas</li> <li>Rencanakan persalinan di R5 (untukmelakukan kontak dan persiapan komplikasi)</li> <li>Konseling KB kontak (libatkan suami)</li> </ul>

Jumlah bumil sampai bulan Juni	K1	K4	Taksiran persalinan	Pn
24	23	6	2	5
Bentuk pertanyaan sederhana untuk bidan menganalisa	Siapa ibu yang tidak K1?	Dari ibu yang K1 siapa ibu yang tidak K4?	Siapa ibu yang akan melahirkan bulan ini?	Dari ibu yang K4 siapa yang ibu yang tidak Pn

Analisis seperti ini dinamakan analisis penelusuran per individu yang dapat membantu Bidan meningkatkan kinerja dan apa yang harus dilakukan untuk bulan depan terutama untuk meningkatkan cakupan Persalinan oleh tenaga kesehatan (Pn).

## **8. Rencana Tindak Lanjut**

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

### **a. Rencana tindak lanjut tingkat bidan di desa**

Setelah menganalisa data yang didapatkan di wilayah kerjanya, setiap bulan bidan di desa membuat perencanaan berdasarkan hasil analisisnya masing-masing yang akan didiskusikan pada acara minilokakarya tiap bulan. Rencana tersebut termasuk juga rencana logistic.

Jumlah ibu hamil sampai bulan Juni	K1	K4	Taksiran persalinan	Pn
24	23	6	2	5
Rencana Bulan Juli	Bekerja sama dengan kader dan dukun bayi untuk mencari ibu hamil baru dan sisa ibu hamil bulan lalu yang belum diperiksa secara lengkap	Memastikan ibu K1 yang seharusnya sudah memasuki K4 agar melakukan pemeriksaan K4 dan untuk persiapan lebih lanjut ke persalinan yang aman	Mempersiapkan diri untuk menolong persalinan yang akan terjadi pada bulan Juli dan sekaligus mempersiapkan obat-obatan untuk persiapan persalinan dan kegawatdaruratan	Mengkaji dan menindaklanjuti keadaan dari satu ibu yang K4 tetapi tidak Pn, memastikan agar tidak terjadi lagi pertolongan yang tidak ditolong oleh tenaga kesehatan

*Contoh Rencana Tindak Lanjut Bagi Bidan Desa*

Kepala Puskesmas dan bidan koordinator harus mampu melihat masalah dan membuat perencanaan tindak lanjut berdasarkan masalah yang ada. Tabel di bawah adalah contoh intervensi yang dilakukan Puskesmas yang didiskusikan pada saat pertemuan bulanan dengan bidan di desa dengan melihat jumlah cakupan di desa

TABEL RENCANA TINDAK LANJUT  
TINGKAT PUSKESMAS

No	Nama desa	Angka Absolut PKM				Cakupan Puskesmas				RENCANA INTERVENSI
		# Pddk	Bumil	Bulin	Neomalia	Cakupan (%)				
						K1	K4	Pn	KN1	
1	A	441	12	11	11	108	83	-	36	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perbaiki sistem pencatatan dan pelaporan PWS-KIA (validasi data).</li> <li>• Mengusahakan agar setiap persalinan dibawa ke Puskesmas/Poskesdes</li> <li>• Kunjungan oleh bidan/dokter pada setiap bumil, bumil dan neonatus</li> <li>• Memberikan hadiah pada bumil yang bersalin di tenaga kesehatan</li> <li>• Berkoordinasi dengan tokoh masyarakat agar tiap persalinan ditolong nakes</li> </ul>
2	B	357	10	9	9	80	60	11	11	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengusahakan bumil sedini mungkin datang ke tenaga kesehatan</li> <li>• Mengusahakan agar setiap persalinan dibawa ke Puskesmas/Poskesdes</li> <li>• Kunjungan rumah oleh bidan/dokter pada setiap bumil, bumil dan neonatus</li> <li>• Memberikan hadiah pada bumil yang bersalin di tenaga kesehatan</li> <li>• Berkoordinasi dengan tokoh masyarakat agar tiap persalinan ditolong nakes</li> </ul>
3	C	427	12	11	11	117	67	182	136	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perbaiki sistem pencatatan dan pelaporan PWS-KIA (validasi data).</li> <li>• Bumil dan bulin di luar wilayah yang mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan tersebut tetap dilaporkan ke dinas kesehatan Kabupaten/Kota.</li> <li>• Kunjungan oleh tenaga kesehatan pada Bumil</li> <li>• Berkoordinasi dengan tokoh masyarakat dan kader agar bumil periksa ke nakes secara teratur</li> </ul>
4	D	443	12	12	11	133	33	-	27	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perbaiki sistem pencatatan dan pelaporan PWS-KIA (validasi data).</li> <li>• Bumil dan bulin di luar wilayah yang mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan tersebut tetap dilaporkan ke dinas kesehatan Kabupaten/Kota</li> <li>• Mengusahakan agar setiap persalinan dibawa ke Puskesmas/Poskesdes</li> <li>• Kunjungan oleh bidan/dokter pada setiap bumil dan neonatus</li> <li>• Memberikan hadiah pada bumil yang bersalin di tenaga kesehatan</li> <li>• Berkoordinasi dengan tokoh masyarakat dan kader agar setiap bumil periksa teratur dan bersalin oleh nakes</li> </ul>

## 9. 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. Dalam suatu pertemuan di Jakarta pada tahun 1989, Bapak Menteri Kesehatan menyatakan :

“Dari pengamatan saya selama ini, PWS sangat sesuai dengan kebutuhan kita sebagai alat pemantau

sederhana bagi program imunisasi. Konsep tersebut dapat juga diterapkan untuk program-program lain. Maka saya instruksikan kepada semua Kepala Dinas Kesehatan untuk melembagakan pemakaian PWS tersebut, dalam penyelenggaraan program-program.

Disamping itu, telah diterbitkan pula surat edaran Menteri Dalam Negeri No. 44 0/13 00/PUOD tanggal 10 April 1990, kepada semua Gubernur KDH dan semua Bupati/Walikota seluruh Indonesia untuk mendukung pelaksanaan PWS. Dalam surat tersebut dilampirkan pula Diagram PWS seperti dibawah ini :

Sesuai PP No. 34 th 2004 tentang Otonomi Daerah diharapkan pelebagaan PWS KIA dilakukan mulai tingkat desa, kabupaten/kota sehingga PWS KIA dapat dijadikan bahan masukan musrenbang desa dan kabupaten/kota.

a. Langkah – langkah dalam pelebagaan PWS KIA

Dalam upaya pelebagaan PWS KIA dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- 1) Penunjukkan petugas pengolahan data di tiap tingkatan, untuk menjaga kelancaran pengumpulan data.
  - Data hasil kegiatan dikumpulkan oleh puskesmas ditabulasikan kemudian dikirimkan ke dinas kesehatan kabupaten/kota.
  - Di puskesmas disusun PWS KIA tingkat puskesmas (per desa/kelurahan) dan di dinas

kesehatan kabupaten/kota disusun PWS KIA tingkat kabupaten/kota (per puskesmas).

2) Pemanfaatan pertemuan lintas program

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

3) Pemantauan PWS KIA untuk meyakinkan lintas sektoral

PWS disajikan serta didiskusikan pada pertemuan lintas sektoral ditingkat kecamatan dan kabupaten / kota, untuk mendapatkan dukungan dalam pemecahan masalah dan agar masalah operasional yang dihadapi dapat dipahami bersama, terutama yang berkaitan dengan motivasi dan pergerakan masyarakat sasaran.

4) Pemanfaatan PWS KIA sebagai bahan Musrenbang desa dan kabupaten/kota Musrenbang adalah suatu proses perencanaan di tingkat desa dan kabupaten/kota. Bidan di desa dapat memberikan masukan berdasarkan hasil PWS KIA kepada tim musrenbang.

b. Pemanfaatan Indikator Pemantauan

Dalam upaya melibatkan lintas sektor terkait, khususnya para aparat setempat, dipergunakan indikator indikator yang terpilih untuk menggambarkan wilayahnya yaitu :

- 1) Cakupan K4, yang menggambarkan kualitas pelayanan KIA
- 2) Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan (PN), yang menggambarkan tingkat keamanan persalinan.
- 3) Cakupan penanganan komplikasi kebidanan.
- 4) Cakupan kunjungan nifas/neonatus.
- 5) Cakupan penanganan komplikasi neonatus.
- 6) Cakupan kunjungan bayi.
- 7) Cakupan kunjungan balita.
- 8) Cakupan pelayanan KB aktif.

Penyajian indikator–indikator tersebut kepada lintas sektor ditujukan sebagai alat advokasi, informasi dan komunikasi dalam menyampaikan kemajuan maupun permasalahan operasional program KIA, sehingga para aparat dapat memahami program KIA dan memberikan bantuan sesuai kebutuhan.

Indikator pemantauan ini dapat dipergunakan dalam berbagai pertemuan lintas sektor di semua tingkat administrasi pemerintah secara berkala dan disajikan setiap bulan, untuk melihat kemajuan suatu wilayah. Bagi wilayah yang cakupannya masih rendah diharapkan lintas sektor dapat menindak lanjuti sesuai

kebutuhan dengan menggerakkan masyarakat dan menggali sumber daya setempat yang diperlukan.

c. Pembinaan melalui supervisi

Supervisi yang terarah dan berkelanjutan merupakan sistem pembinaan yang efektif bagi pelebagaan PWS. Dalam pelaksanaannya supervisi dilaksanakan dengan pengisian checklist yang akan digunakan dalam supervisi ditingkat puskesmas dan kabupaten, untuk kemudian dianalisis dan ditindaklanjuti.

## **10. Pelaksanaan dan Pelaporan PWS KIA**

a. Pelaksanaan PWS KIA

Proses yang perlu dilakukan dalam penerapan PWS KIA dimulai dengan langkahlangkah sosialisasi, fasilitasi dan evaluasi yang diikuti dengan tindak lanjut sesuai kebutuhan.

### **1) Pelaksanaan PWS KIA di Tingkat Propinsi**

Langkah – langkah atau urutan yang dilaksanakan meliputi :

a. Pertemuan orientasi :

Pertemuan ini merupakan pertemuan dengan tujuan :

- Menyamakan persepsi mengenai PWS KIA
- Menentukan kebijaksanaan propinsi dalam pelaksanaan PWS KIA

- Merencanakan Fasilitasi tingkat kabupaten/kota dan puskesmas
- Menyusun mekanisme pemantauan kegiatan, dll

Pihak yang terlibat meliputi :

- Subdinas/Bidang yang menangani KIA dari Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten/Kota.
- Subdinas/Bidang yang menangani Puskesmas dan RS dari Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten/Kota.
- Subdinas/Bidang yang menangani Pengendalian Penyakit dari Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten/Kota.

Selain itu, pertemuan juga dapat melibatkan RSUD. Hal ini penting karena PWS KIA mempunyai pendekatan wilayah. Dengan demikian semua pelayanan KIA dari fasilitas pelayanan di luar puskesmas pun perlu dilibatkan agar dapat diketahui cakupan pelayanan KIA oleh tenaga kesehatan.

- b. Pertemuan Sosialisasi : Fokus pertemuan ini adalah untuk lintas sektor di tingkat Propinsi, dengan tujuan untuk sosialisasi tentang PWS KIA, menyepakati peran lintas sektor dalam PWS KIA dan menyusun mekanisme pemantauan kegiatan. Pihak yang terlibat meliputi :

  - Dinas Kesehatan

- BAPPEDA
- Biro Pembangunan Masyarakat Desa
- Biro PP dan KB

c. Fasilitasi :

Kegiatan ini bertujuan untuk memberikan bantuan teknis berupa kunjungan ke lapangan atau pertemuan di kabupaten/kota dan puskesmas. Petugas provinsi dibekali untuk dapat memfasilitasi petugas kabupaten/kota dan puskesmas. Peserta terdiri dari unsur-unsur lain dari dinas kesehatan kabupaten/kota seperti : Gizi, Imunisasi, Yankes, Yanfar, P2PL, dll.

Setiap kali fasilitasi, sebaiknya peserta sekitar 30 orang. Materi fasilitasi :

- Pedoman PWS KIA o Kebijakan Program KIA
- Pedoman Pelayanan Kebidanan Dasar
- Perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan kegiatan

d. Evaluasi /Tindak lanjut :

Kegiatan ini bertujuan untuk menilai kemajuan cakupan program KIA dan merencanakan kegiatan tindak lanjut.

## 2) Pelaksanaan PWS KIA Di Tingkat Kabupaten

Langkah – langkah atau urutan yang dilaksanakan meliputi :

a. Pertemuan orientasi :

Pertemuan ini merupakan pertemuan dengan tujuan :

- Menyamakan persepsi mengenai PWS KIA
- Menentukan kebijaksanaan propinsi dalam pelaksanaan PWS KIA
- Merencanakan Fasilitasi tingkat kabupaten/kota dan puskesmas
- Menyusun mekanisme pemantauan kegiatan, dll
- Pihak yang terlibat meliputi :
- Subdinas/Bidang yang menangani KIA dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- Subdinas/Bidang yang menangani Puskesmas dan RS dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- Subdinas/Bidang yang menangani Pengendalian Penyakit dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- Kepala Puskesmas dan Bidan Koordinator

Selain itu, pertemuan juga dapat melibatkan RSU dan Unit Pelayanan Kesehatan Swasta. Hal ini penting karena PWS KIA mempunyai pendekatan wilayah. Dengan demikian semua pelayanan KIA dari fasilitas pelayanan di luar puskesmas pun perlu dilibatkan agar dapat diketahui cakupan pelayanan KIA oleh tenaga kesehatan.

b. Pertemuan Sosialisasi :

Fokus pertemuan ini adalah untuk lintas sektor tingkat kabupaten/kota, dengan tujuan untuk sosialisasi tentang PWS KIA, menyepakati peran lintas sektor dalam PWS KIA dan menyusun mekanisme pemantauan kegiatan. Pihak yang terlibat meliputi :

- Dinas Kesehatan
- BAPPEDA
- Biro Pembangunan Masyarakat Desa 3
- Biro PP dan KB

c. Fasilitasi :

Kegiatan ini bertujuan untuk memberikan bantuan teknis berupa kunjungan ke lapangan atau pertemuan di puskesmas. Petugas kabupaten/kota dibekali untuk dapat memfasilitasi petugas puskesmas. Materi fasilitasi :

- Pedoman PWS KIA
- Kebijakan Program KIA
- Pedoman Pelayanan Kebidanan Dasar
- Perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan kegiatan

d. Evaluasi /Tindak lanjut :

Kegiatan ini bertujuan untuk menilai kemajuan cakupan program KIA dan merencanakan kegiatan tindak lanjut.

### **3) Pelaksanaan PWS KIA di Tingkat Puskesmas**

Langkah – langkah atau urutan yang dilaksanakan meliputi :

#### **a. Pertemuan reorientasi**

Pertemuan ini merupakan pertemuan dengan tujuan :

- Menyamakan persepsi mengenai PWS KIA
- Sosialisasi kebijaksanaan Kabupaten/Kota dalam pelaksanaan PWS KIA
- Merencanakan Fasilitasi ke Desa
- Menyusun mekanisme pemantauan kegiatan, dll

Pihak yang terlibat meliputi :

- Bidan di Desa
- Bidan Koordinator
- Pengelola Program KIA
- Kepala Puskesmas
- Petugas Gizi
- P2PL
- Data Operator
- Farmasi

#### **b. Pertemuan Sosialisasi**

Fokus pertemuan ini adalah untuk lintas sektor tingkat kecamatan dan desa, dengan

tujuan untuk sosialisasi tentang PWS KIA, menyepakati peran lintas sektor dalam PWS KIA dan menyusun mekanisme pemantauan kegiatan.

Pihak yang terlibat meliputi :

- Puskesmas
- Camat
- Kepala Desa
- Dewan Kelurahan
- LKMD
- PKK
- Koramil
- Polsek

**c. Memfasilitasi Bidan di Desa :**

Kegiatan ini bertujuan untuk memberikan bantuan teknis berupa kunjungan ke lapangan atau pertemuan di Desa. Petugas Puskesmas memfasilitasi Bidan di Desa dan lintas sector terkait.

Materi fasilitasi :

- Pedoman PWS KIA
- Pedoman Pelayanan Kebidanan Dasar
- Kebijaksanaan Program KIA
- Perencanaan pelaksanaan dan pemantauan kegiatan

#### **4) Implementasi PWS KIA Puskesmas.**

Puskesmas melaksanakan kegiatan PWS KIA melalui pengumpulan, pengolahan, analisis, penelusuran dan pemanfaatan data PWS KIA sesuai dengan yang diterangkan pada pembahasan sebelumnya. Termasuk dalam implementasi PWS KIA di Puskesmas adalah pemanfaatan PWS KIA dalam Lokakarya Mini, Pertemuan Bulanan Kecamatan dan Musrenbangcam.

#### **5) Tindak lanjut :**

Kegiatan ini bertujuan untuk menindaklanjuti hasil – hasil pembahasan implementasi PWS KIA di tingkat puskesmas .

#### **d. Pelaksanaan PWS KIA di Tingkat Desa**

Langkah – langkah urutan pelaksanaan meliputi :

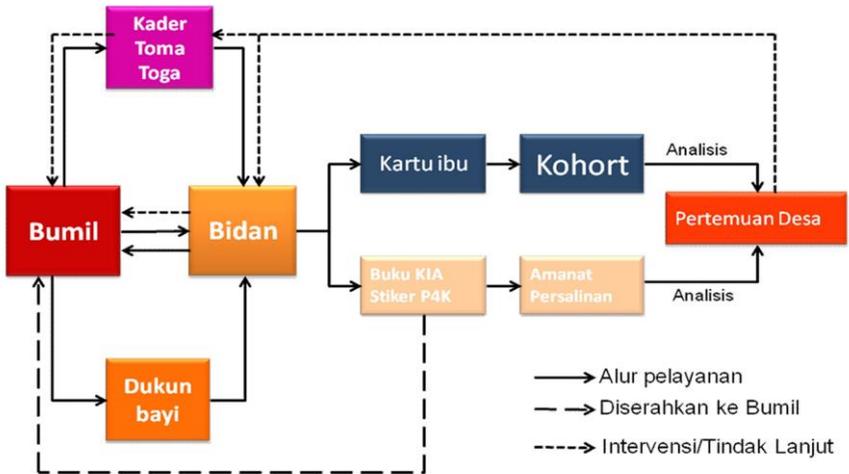
##### **1) Implementasi PWS KIA oleh Bidan di Desa**

Bidan Di Desa melaksanakan kegiatan PWS KIA melalui pengumpulan, pengolahan, analisis, penelusuran dan pemanfaatan data PWS KIA sesuai dengan yang diterangkan pada pembahasan sebelumnya. Termasuk dalam implementasi PWS KIA di Tingkat Desa adalah pemanfaatan PWS KIA untuk dibahas dalam Lokakarya Mini Puskesmas, Pertemuan Bulanan Desa dan Musrenbangdes.

## 2) Tindak lanjut :

Kegiatan ini bertujuan untuk menindaklanjuti hasil – hasil pembahasan implementasi PWS KIA di tingkat puskesmas dan desa.

Alur Data Registrasi Ibu Hamil oleh Bidan di Desa



## C. Rangkuman

PWS-KIA adalah alat manajemen program KIA untuk memantau cakupan pelayanan KIA di suatu wilayah kerja secara terus menerus. Pembuatan PWS KIA adalah meningkatkan pemantauan cakupan pelayanan untuk setiap wilayah kerja yang dipantau secara terus menerus dalam rangka meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan kesehatan umumnya dan pelayanan kebidanan khususnya.

Pengumpulan data adalah proses yang dilakukan untuk mengumpulkan data. Data yang diperlukan untuk menghitung tiap indikator, diperoleh dari catatan ibu hamil perdesa, register kegiatan harian, register kohort ibu dan bayi, kegiatan pemantauan ibu hamil perdesa, Catatan posyandu, laporan dari bidan/praktek swasta, rumah sakit bersalin dan sebagainya.

Setiap bulan Bidan di desa mengolah data yang tercantum dalam buku kohort dan dijadikan sebagai bahan laporan bulanan KIA. Bidan Koordinator di Puskesmas menerima laporan bulanan tersebut dari semua BdD dan mengolahnya menjadi laporan dan informasi kemajuan pelayanan KIA bulanan yang disebut 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

#### **D. Tugas**

1. Suatu alat manajemen program KIA yang digunakan untuk memantau cakupan pelayanan KIA di suatu wilayah kerja secara terus menerus disebut dengan...
  - a. PWS-KIA
  - b. MTBS
  - c. SP2TP
  - d. P4K
  - e. Posyandu

2. Indikator yang digunakan untuk mengetahui jangkauan pelayanan antenatal serta kemampuan program dalam menggerakkan masyarakat yaitu...
  - a. K1
  - b. K4
  - c. KN1
  - d. KN4
  - e. KF
3. Yang dimaksud K1 dalam ibu hamil yang memeriksakan kehamilan pertama kali pada usia kehamilan...
  - a. < 10 minggu
  - b. < 12 minggu
  - c. < 14 minggu
  - d. 12-28 minggu
  - e. > 28 minggu
4. Ada beberapa jenis data yang diperlukan dalam PWS-KIA , yang termasuk dalam data sasaran adalah...
  - a. Jumlah penduduk
  - b. Angka kelahiran kasar
  - c. Jumlah seluruh ibu hamil
  - d. Jumlah K1
  - e. Jumlah K4
5. Data PWS-KIA dapat berasal dari beberapa sumber, data sasaran dapat diperoleh dari...
  - a. Kohor ibu
  - b. Kohort bayi
  - c. Kohort anak balita
  - d. Laporan bulanan puskesmas
  - e. Proyeksi dengan rumus

6. Data pelayanan PWS- KIA dicatat dalam berbagai pencatatan, diantaranya adalah, kecuali...
  - a. Kartu ibu
  - b. Kartu bayi
  - c. Kohort ibu
  - d. Kohort bayi
  - e. Peta wilayah sasaran
7. Setelah melakukan pengumpulan data untuk kegiatan PWSKIA, langkah selanjutnya adalah...
  - a. Analisis data
  - b. Perencanaan
  - c. Pelaksanaan
  - d. Monitoring
  - e. Evaluasi
8. Kemampuan memilih satu kemungkinan yang tersedia dan yang dipandang paling tepat untuk mencapai tujuan adalah pengertian dari...
  - a. Pengumpulan data
  - b. Pengkajian data
  - c. Perencanaan
  - d. Pelaksanaan
  - e. Evaluasi
9. Ciri dari perencanaan yang baik adalah salah satu hal di bawah ini yaitu...
  - a. Dilakukan secara bertahap
  - b. Berorientasi ke masa lalu
  - c. Dapat menyelesaikan masalah

- d. Tatalaksana lanjut dari tindakan
  - e. Mempunyai tujuan abstrak
10. Proses yang perlu dilakukan dalam penerapan PWS-KIA dimulai dengan langkah-langkah di berbagai tingkat daerah.  
Untuk menyamakan persepsi tentang PWS-KIA diadakanlah pertemuan di tingkat...
- a. Propinsi
  - b. Kabupaten
  - c. Kota
  - d. Puskesmas
  - e. Unit kesehatan lain
11. Berikut yang merupakan tujuan diadakannya pertemuan di tingkat kabupaten/kota adalah...
- a. Menyamakan persepsi tentang PWS-KIA
  - b. Memfasilitasi puskesmas
  - c. Memfasilitasi bidan desa
  - d. Mengatur alur data KIA
  - e. Menyusun mekanisme pemantauan kegiatan
12. Materi fasilitas untuk bidan di desa dan lintas sektoral di bawah ini, kecuali....
- a. Kebijakan program KIA
  - b. Pedoman pelayanan kebidanan dasar
  - c. Pedoman PWS KIA
  - d. Perencanaan pelaksanaan dan pemantauan kegiatan
  - e. Pedoman penataan program
13. Yang termasuk dalam implementasi PWS KIA di puskesmas adalah pemanfaatan PWS KIA dalam...
- a. Pertemuan mingguan kecamatan

- b. Pertemuan harian kecamatan
  - c. Lokakarya mini
  - d. Paguyuban
  - e. Kelompok remaja
14. Pertemuan sosialisasi yang difokuskan untuk lintas sector di tingkat propinsi pada pelaksanaan PWS-KIA mempunyai tujuan...
- a. Menyamakan persepsi mengenai PWS-KIA
  - b. Menentukan kebijaksanaan dalam pelaksanaan PWS-KIA
  - c. Menyepakati peran lintas sector dalam PWS-KIA
  - d. Merencanakan fasilitas tingkat kabupaten/kota
  - e. Merencanakan fasilitas puskesmas
15. Pada pertemuan sosialisasi, pihak yang terlibat meliputi...
- a. BAPPEDA
  - b. Subbidang KIA
  - c. Subbidang Pengendalian penyakit
  - d. Subbidang Puskesmas
  - e. Subbidang Kesehatan lingkungan
16. Laporan yang diserahkan ke Puskesmas setiap bulan di tingkat desa adalah...
- a. LB 3 KIA
  - b. LB 3 Gizi
  - c. LB 3 Imunisasi
  - d. Rekapitulasi kohort KB
  - e. Laporan ANC
17. Setelah analisis PWS-KIA, langkah yang selanjutnya dilakukan adalah...

- a. Evaluasi
  - b. Pelaksanaan tindakan
  - c. Rencana tindak lanjut
  - d. Pemantauan kegiatan
  - e. Penyajian hasil
18. Pada bulan Maret, desa Mawar mempunyai cakupan jumlah K1 diatas target yang ditetapkan, cakupan ini lebih rendah dibandingkan target yang dicapai pada bulan Februari. Pada analisis grafik PWS-KIA, desa Mawar termasuk desa dengan status...
- a. Baik
  - b. Kurang
  - c. Proporsional
  - d. Jelek
  - e. Cukup
19. Langkah-langkah pelaksanaan PWS KIA di Tingkat Kabupaten di bawah ini adalah...
- a. Pertemuan reorientasi – pertemuan sosialisasi – memfasilitasi bidan di Desa – implementasi PWS KIA Puskesmas – Tindak lanjut
  - b. Pertemuan reorientasi – pertemuan sosialisasi – implementasi PWS KIA Puskesmas – memfasilitasi bidan di Desa - Tindak lanjut
  - c. Pertemuan reorientasi – pertemuan sosialisasi – memfasilitasi bidan di Desa - Tindak lanjut – implementasi PWS KIA Puskesmas

- d. Pertemuan reorientasi – pertemuan sosialisasi – implementasi PWS KIA Puskesmas – Tindak lanjut - memfasilitasi bidan di Desa
  - e. Pertemuan sosialisasi – Pertemuan reorientasi – memfasilitasi bidan di Desa -implementasi PWS KIA Puskesmas – Tindak lanjut
20. Data pelayanan PWS- KIA dicatat dalam berbagai pencatatan, diantaranya adalah, kecuali...
- a. Kartu ibu
  - b. Kartu bayi
  - c. Kohort ibu
  - d. Kohort bayi
  - e. Peta wilayah sasaran

## E. Referensi/Daftar Pustaka

- Fitra, I. (2022). Modul Pembelajaran. In *Modul Pembelajaran*. GUEPEDIA.  
<https://books.google.co.id/books?id=OjagEAAAQBAJ>
- JICA, K. (2020). *BUKU KIA REVISI 2020 LENGKAP.pdf* (p. 53).
- JKKI. (2020). *Proses Rujukan Bayi Baru Lahir dengan Komplikasi*.
- Kemenkes. (2014a). *Pedoman-PWS-KIA Kemenkes RI.pdf*. 2010.
- Kemenkes. (2020). *Kepmenkes 320 tahun 2020 Standar Pelayanan Kebidanan*.
- Kemenkes. (2021). Permenkes No 21 tahun 2021. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 5(2), 40–

51. file:///C:/Users/IDEAPAD 3/Downloads/2021-Permenkes-nomor-21 Tahun 2021\_(peraturanpedia.id).pdf
- Kemenkes. (2022). Laporan Kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2021. *Kementerian Kesehatan RI*, 5201590(021), 4.  
<https://www.depkes.go.id/article/view/19020100003/hari-kanker-sedunia-2019.html>
- Kemenkes, 2014. (2014b). Pedoman Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil. In *Kemntrian Kesehatan RI* (pp. 1–26). Kementerian Kesehatan RI. (2022). *Buku Bagan Sdidtk*.
- Rahayu, & Sumaningsih. (2022). *Modul Ajar I Kebidanan Komunitas*.
- WHO, K. (2021). *BUKU Bagan MTBS*.

**BAB VI PENGEMBANGAN PERAN SERTA  
MASYARAKAT DALAM PELAYANAN KEBIDANAN  
KOMUNITAS**

(Deasy Irawati, S.ST .,M.Keb)

**A. Tujuan pembelajaran :**

Mampu memahami pengembangan peran serta masyarakat dalam pelayanan kebidanan komunitas

1. Pos Layanan Terpadu (Posyandu)
  - a. Pengertian
  - b. Tujuan
  - c. Sasaran
  - d. Manfaat
  - e. Pembentukan
  - f. Kegiatan
  - g. Penyelenggaraan
2. Program Peminat Kesehatan Ibu dan Anak (PPKIA)
  - a. Pengertian
  - b. Sasaran
  - c. Kegiatan
  - d. Penyelenggaraan
  - e. Peran sra masyarakat dalam PPKIA
3. Gerakan Sayang Ibu (GSI)
  - a. Pengertian
  - b. Tujuan
  - c. Ssaran
  - d. Ruang Lingkup
  - e. Prinsip dasar kegiatan
  - f. Pelaksanaan
  - g. Indikator keberhasilan
  - h. Hambatan
4. Desa Siaga
  - a. Pengertian
  - b. Tujuan
  - c. Kriteria
  - d. Kegiatan pokok

- e. Indikator Keberhasilan program
- 5. Pos Kesehatan Desa (Poskesdes)
  - a. Pengertian
  - b. Tujuan
  - c. Manfaat
  - d. Pembentukan
  - e. Kegiatan
  - f. Indikator keberhasilan
- 6. Polindes
  - a. Pengertian
  - b. Tujuan
  - c. Fungsi
  - d. Persyaratan
  - e. Kegiatan
  - f. Pembinaan dan pengawasan
  - g. Pembiayaan
  - h. Perizinan
  - i. Pencatatan dan pelaporan
- 7. Kelompok Belajar Kesehatan Ibu dan Anak (KB – KIA)
  - a. Pengertian
  - b. Tujuan
  - c. Sasaran
  - d. Pelaksanaan
- 8. Dasa wisma
  - a. Pengertian
  - b. Kegiatan
- 9. Tabulin
  - a. Pengertian
  - b. Manfaat
  - c. Tahapan
- 10. Donor darah berjalan

- a. Pengertian
  - b. Tahapan
11. Ambulan desa
- a. Pengertian
  - b. Tujuan
  - c. Kriteria

## **B. Materi**

### 1. Pos Layanan Terpadu (Posyandu)

#### a. Pengertian

Posyandu adalah pusat pelayanan keluarga dan kesehatan yang dikelola dan diselenggarakan untuk dan oleh masyarakat dengan dukungan teknis dari petugas kesehatan dalam rangka pencapaian (NKKBS Norma Keluarga Kecil Bahagia (NKKBS)

#### b. Tujuan

- 1) Mempercepat penurunan angka kematian ibu dan anak
- 2) Meningkatkan pelayanan kesehatan ibu untuk menurunkan angka kematian ibu
- 3) Mempercepat penerimaan NKKBS
- 4) Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengembangkan kegiatan kesehatan dan kegiatan lain yang menunjang kemampuan hidup sehat
- 5) Pendekatan dan pemerataan pelayanan kepada masyarakat
- 6) Peningkatan peran serta masyarakat dalam rangka alih teknologi
- 7) Meningkatkan peran lintas sektor dalam penyelenggaraan Posyandu

#### c. Sasaran

Yang menjadi sasaran dalam pelayanan Posyandu adalah seluruh masyarakat utamanya:

- 1) Bayi usia kurang dari 1 tahun
- 2) Anak Balita usia 1 – 5 tahun
- 3) Ibu hamil
- 4) Ibu menyusui
- 5) Ibu nifas
- 6) Wanita Usia Subur (WUS)

d. Manfaat

**Bagi Masyarakat**

- 1) Memperoleh kemudahan untuk mendapatkan informasi dan pelayanan kesehatan dasar, terutama berkaitan dengan penurunan AKI, AKB dan AKABA.
- 2) Memperoleh layanan secara profesional untuk mengatasi masalah kesehatan ibu dan anak
- 3) Efisiensi dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dasar terpadu dan pelayanan sosial dasar sektor lain terkait

**Bagi Kader, pengurus Posyandu dan tokoh masyarakat**

- 1) Mendapatkan informasi terlebih dahulu tentang upaya kesehatan yang terkait dengan penurunan AKI, AKB dan AKABA
- 2) Mewujudkan aktualisasi dirinya dalam membantu masyarakat menyelesaikan masalah kesehatan terkait dengan penurunan AKI, AKB dan AKABA

**Bagi Puskesmas**

- 1) Optimalisasi fungsi Puskesmas sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat, pusat pelayanan

kesehatan perorangan primer dan pusat pelayanan kesehatan masyarakat primer

- 2) lebih spesifik membantu masyarakat dalam pemecahan masalah kesehatan sesuai kondisi masyarakat setempat.
- 3) Mendekatkan akses pelayanan kesehatan dasar pada masyarakat

### **Bagi sektor lain**

- 1) Lebih spesifik membantu masyarakat dalam pemecahan masalah kesehatan dan sosial dasar lainnya, terutama yang terkait dengan upaya penurunan AKI, AKB dan AKABA sesuai kondisi setempat
- 2) Meningkatkan efisiensi melalui pemberian pelayanan secara terpadu sesuai dengan tugas, pokok dan fungsi (tupoksi) masing-masing sektor.
- 3)

#### e. Pembentukan

Posyandu dibentuk dari pos pos yang telah ada seperti pos penimbangan balita, pos imunisasi, pos keluarga berencana desa, pos kesehatan dan pos lainnya yang dibentuk baru.

#### **Persyaratan pembentukan posyandu adalah :**

- 1) Penduduk RW tersebut paling sedikit terdiri dari 100 orang Balita
- 2) Terdiri dari 120 kepala keluarga
- 3) Disesuaikan dengan kemampuan petugas (bidan desa)
- 4) Jarak antara klompok rumah, jumlah, KK dalam satu tempat atau kelompok tidak terlalu jauh

#### **Langkah langkah pembentukan Posyandu adalah :**

- 1) Mempersiapkan para petugas yang bersedia dan memiliki kemampuan mengelola serta membina posyandu
  - 2) Mempersiapkan tokoh masyarakat yang bersedia mendukung penyelenggaraan posyandu
  - 3) Melakukan Survey Mawas Diri untuk menimbulkan rasa memiliki bagi masyarakat melalui penemuan masalah dan pemecahan masalah secara mandiri
  - 4) Melakukan Musyawarah Masyarakat Desa untuk mendapat dukungan dari tokoh masyarakat
  - 5) Membentuk dan memantau kegiatan posyandu melalui kegiatan pemilihan pengurus dan kader posyandu, pelatihan kader posyandu, pembentukan dan peresmian posyandu, penyelenggaraan dan pemantaun kegiatan
- f. Kegiatan Posyandu
- 1) Lima Kegiatan Posyandu ( Pancakrida Posyandu)
    - a) Kesehatan Ibu dan Anak

**Pelayanan kesehatan pada Ibu hamil,  
meliputi :**

Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan, pengukuran tekanan darah, pemantauan nilai status gizi (pengukuran lingkaran lengka atas), pemberian tablet besi, pemberian IT unisasi Tetanus Toksoid, pemeriksaan tinggi fundus uteri, temu wicara (konseling) termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dibantu oleh kader. Apabila ditemukan kelainan, segera dirujuk ke Puskesmas.

### **Pelayanan kesehatan pada Ibu nifas dan menyusui, meliputi :**

Penyuluhan/konseling kesehatan, KB pasca persalinan, Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan ASI eksklusif dan gizi, Pemberian 2 kapsul vitamin A warna merah 200.000 SI (1 kapsul segera setelah melahirkan dan 1 kapsul lagi 24 jam setelah pemberian kapsul pertama), perawatan payudara, pemeriksaan kesehatan umum, pemeriksaan payudara, pemeriksaan tinggi fundus uteri (rahim) dan pemeriksaan lochia oleh petugas kesehatan. Apabila ditemukan kelainan, segera dirujuk ke Puskesmas.

### **Pelayanan kesehatan pada Bayi dan Anak Balita, meliputi:**

Penimbangan berat badan, penentuan status pertumbuhan, penyuluhan dan konseling, Jika ada tenaga kesehatan Puskesmas dilakukan pemeriksaan kesehatan, imunisasi dan deteksi dini tumbuh kembang. Apabila ditemukan kelainan, segera dirujuk ke Puskesmas.

#### **b) Keluarga Berencana**

Pelayanan KB di Posyandu yang dapat diberikan oleh kader adalah pemberian kondom dan pemberian pil ulangan. Jika ada tenaga kesehatan Puskesmas dapat dilakukan pelayanan suntikan KB dan konseling KB.

#### **c) Imunisasi**

Pelayanan imunisasi di Posyandu hanya dilaksanakan oleh petugas Puskesmas. Jenis

imunisasi yang diberikan disesuaikan dengan program terhadap bayi dan ibu hamil.

d) Gizi

Pelayanan gizi di Posyandu dilakukan oleh kader. Jenis pelayanan yang diberikan meliputi penimbangan berat badan, deteksi dini gangguan pertumbuhan, penyuluhan dan konseling gizi, pemberian makanan tambahan (PMT) lokal, suplementasi vitamin A dan tablet Fe. Apabila ditemukan ibu hamil Kurang Energi Kronis (KEK), balita yang berat badannya tidak naik 2 kali berturut-turut atau berada di bawah garis merah (BGM), kader wajib segera melakukan rujukan ke Puskesmas atau Poskesdes.

e) Pencegahan dan Penanggulangan Diare

Pencegahan diare di Posyandu dilakukan dengan penyuluhan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Penanggulangan diare di Posyandu dilakukan melalui pemberian oralit. Apabila diperlukan penanganan lebih lanjut akan diberikan obat Zinc oleh petugas kesehatan.

2) Tujuh Kegiatan Posyandu ( Saptakrida Posyandu)

a) Kesehatan Ibu dan Anak

b) Keluarga Berencana

c) Imunisasi

d) Gizi

e) Pencegahan dan Penanggulangan Diare

f) Sanitasi Dasar

g) Penyediaan obat esensial

g. Penyelenggaraan Posyandu

1) Waktu Penyelenggaraan

Dilaksanakan sekurang-kurangnya satu kali dalam sebulan. Apabila diperlukan, hari buka Posyandu dapat lebih dari satu kali dalam sebulan. Hari dan waktu yang dipilih, sesuai dengan hasil kesepakatan.

2) Lokasi

Posyandu berada di tempat yang mudah didatangi oleh masyarakat. Lokasinya ditentukan oleh masyarakat sendiri. Bila diperlukan dan memiliki kemampuan, dimungkinkan untuk didirikan di RW, dusun, atau sebutan lainnya yang sesuai. Bila tidak memungkinkan dapat dilaksanakan di rumah penduduk, balai rakyat, pos RT/RW atau pos lainnya.

3) Pelaksana dan pengelola Kegiatan

a) Pelaksana kegiatan adalah anggota masyarakat yang telah dilatih menjadi kader kesehatan dengan bimbingan teknis dari Puskesmas dan sektor terkait. Pada saat penyelenggaraan Posyandu minimal jumlah kader adalah 5 (lima) orang. Jumlah ini sesuai dengan jumlah langkah yang dilaksanakan oleh Posyandu

b) Pengelola posyandu adalah pengurus yang dibentuk oleh ketua RW yang berasal dari kader PKK, tokoh masyarakat, serta kader kesehatan yang ada di wilayah tersebut.

4) Pelaksanaan

a) Mempersiapkan pelaksanaan

Sehari sebelum pelaksanaan kegiatan posyandu, kader memberitahu kepada sasaran,

menyediakan alat yang diperlukan, membagi tugas diantara mereka sendiri.

Pada hari pelaksanaan, satu jam sebelum dimulai kader telah menyiapkan semua alat dan keperluan posyandu

b) Melaksanakan kegiatan posyandu

Pelaksanaan kegiatan posyandu dilakukan oleh kader yang terlatih di bidang KB dan kesehatan. Pelaksanaan posyandu dengan pola lima meja meliputi :

**Meja I**

Layanan meja I merupakan layanan pendaftaran dan pencatatan sasaran. Kader melakukan pendaftaran dan pencatatan pada ibu dan balita yang datang ke posyandu

**Meja II**

Layanan meja II merupakan layanan penimbangan bayi dan balita serta ibu hamil

**Meja III**

Layanan meja III merupakan layanan pengisian KMS. Kader melakukan pencatatan pada buku KIA , dengan mengisikan berat badan balita ke dalam skala yang disesuaikan dengan umur balita

**Meja IV**

Diketahuinya berat badan anak yang naik/tidak naik, ibu hamil dengan resiko tinggi, PUS yang belum mengikuti KB, pemberian penyuluhan kesehatan, PMT (pemberian makanan tambahan), oralit, vitamin A, tablet zat besi, pil ulangan dan kondom

## Meja V

Pemberian imunisasi, pemeriksaan kehamilan, pemeriksaan kesehatan, dan pengobatan, pelayanan kontrasepsi IUD dan suntikan

Penelitian oleh Andy Dikson dkk pada tahun 2017 yang berjudul Peran Kader Posyandu Terhadap Pembangunan Kesehatan Masyarakat (Studi Kasus Desa Mnelalete Kecamatan Amanuban Barat Kabupaen Timor Tengah Selatan), menunjukkan Peran kader dalam Kegiatan Kader Posyandu di desa Mnlalete terhadap pembangunan kesehatan meliputi kegiatan pelayanan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak), Pelayanan KB (Keluarga Berencana), Pelayanan Imunisasi, pelayanan Gizi, dan pelayanan Penanggulangan Diare dan penyakit menular lainnya. Peran Kader Posyandu di desa Mnelalete terhadap pembangunan kesehatan cukup tinggi, hal ini dapat dilihat dari tingk ataktivitas dan sasaran programnya. Hambatan-hambatan yang dialami para kader dalam melaksanakan kegiatan pembangunan adalah sebagian besar kader tingkat pendidikannya masih kurang dan belum mendapatkan pelatihan terhadap tugas-tugas sebagai kader Posyandu secara maksimal.

### 5) Kemandirian Posyandu

Stratifikasi posyandu berdasar pengorganisasian dan pencapaian program, dikelompokkan menjadi 4 tingkat sebagai berikut :

#### **Posyandu Pratama**

Posyandu yang masih belum mantap, kegiatannya belum bisa rutin tiap bulan (kurang dari 8 kali per tahun) dan kader aktifnya terbatas (kurang dari 5 orang). Capaian program kurang dari 50%, tidak ada program tambahan serta belum ada dana sehat.

### **Posyandu Madya**

Posyandu yang sudah dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 8 kali pertahun, dengan rata-rata jumlah kader tugas 5 orang atau lebih. Akan tetapi cakupan program utamanya (KB, KIA, Gizi dan Imunisasi) masih rendah, yaitu kurang dari 50%. Ini berarti, kelestarian kegiatan posyandu sudah baik tetapi masih rendah cakupannya. Perlu dilakukan penggerakkan masyarakat secara intensif,serta penambahan program yang sesuai dengan situasi dan kondisi setempat.

### **Posyandu Purnama**

Posyandu yang frekuensi kegiatannya lebih dari 8 kali pertahun, rata-rata jumlah kader tugas 5 orang atau lebih, dan cakupan 5 program utamanya (KB, KIA, Gizi dan imunisasi) lebih dari 50%. Sudah ada program tambahan, bahkan mungkin sudah ada Dana Sehat yang masih sederhana.

### **Posyandu Mandiri**

Posyandu yang sudah dapat melakukan kegiatan secara teratur, cakupan 5 program utama sudah bagus, ada program tambahan dan dana sehat, telah menjangkau lebih dari 50% KK. Untuk Posyandu tingkat ini, intervensinya adalah

pembinaan Dana Sehat, yaitu diarahkan agar Dana Sehat tersebut menggunakan prinsip JPKM

## 2. Program Peminat Kesehatan Ibu dan Anak (PPKIA)

### a. Pengertian

PPKIA adalah suatu kegiatan yang dilakukan oleh, dari dan untuk masyarakat dengan tujuan menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) akibat dari kehamilan dan persalinan

### b. Sasaran

Sasaran PPKIA adalah ibu hamil dan ibu menyusui/ibu nifas

### c. Kegiatan

Kegiatan PPKIA meliputi :

- 1) Mengadakan pertemuan rutin setiap bulan
- 2) Melakukan pemeriksaan kehamilan
- 3) Melakukan penyuluhan tentang pemeriksaan kehamilan, kelainan kehamilan, gizi, perawatan payudara, suntikan TT, pertolongan persalinan, perawatan tali pusat, kelainan masa nifas, manfaat ASI, makanan dan minuman bayi, imunisasi, Keluarga Berencana, deteksi dini tumbuh kembang, diare, senam hamil

Upaya meningkatkan pemeriksaan pada ibu hamil adalah :

- 1) Melakukan pendataan sasaran ibu hamil
- 2) Melakukan kunjungan rumah
- 3) Mengadakan penyuluhan atau pembinaan secara perorangan atau kelompok
- 4) Mengadakan kerjasama lintas program dan lintas sektor

- 5) Mengaktifkan peran serta lembaga sosial masyarakat (LSM)
  - 6) Membentuk kelompok penunjang kegiatan dengan kelompok peminat kesehatan ibu dan anak (KPKIA).
- d. Penyelenggaraan:
- 1) Dikelola oleh kader kesehatan
  - 2) Dibina oleh bidan atau tenaga kesehatan setempat
  - 3) Setiap bulan melaporkan hasil kegiatan ke tingkat desa atau kelurahan
  - 4) Setiap 3 bulan melaporkan hasil kegiatan ke tingkat kecamatan
- e. Peran serta masyarakat dalam PPKIA
- 1) Kader Kesehatan

Peran kader adalah melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan bersama masyarakat dan sebagai penggerak masyarakat untuk melaksanakan kegiatan program KIA, memotivasi masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan, memberi penyuluhan kesehatan, membuat laporan hasil kegiatan, menyelenggarakan pertemuan bulanan dengan dasawisma, melakukan kunjungan rumah pada keluarga binaan, mendapat pelatihan
  - 2) Dasawisma
    - a) Mencatat data warga pada buku catatan keluarga, buku catatan ibu hamil, melahirkan, kematian ibu dan bayi
    - b) Memberi penyuluhan tentang ibu hamil, KB, gizi, imunisasi dan diare

c) Menggerakkan dan membina keluarga dan masyarakat yang masih perlu ditingkatkan kesejahteraannya

3) Kemitraan bidan dan dukun bayi

Kemitraan bidan dan dukun bayi bertujuan untuk menyadarkan dukun bayi tentang perannya dalam persalinan. Peran bidan sebagai penolong dalam persalinan, dan dukun merawat ibu nifas dan bayi baru lahir sampai 42 hari

3. Gerakan Sayang Ibu (GSI)

a. Pengertian

Gerakan Sayang Ibu adalah suatu gerakan yang dilakukan oleh masyarakat dan bekerjasama dengan pemerintah untuk meningkatkan kualitas hidup perempuan melalui berbagai kegiatan yang mempunyai dampak terhadap upaya penurunan AKI karena kehamilan, persalinan, nifas serta menurunkan AKB.

GSI dicangangkan oleh pemerintah pada 22 Desember 1996. Dengan gerakan ini diharapkan AKI pada akhir Pelita VI dapat diturunkan dari 225 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 80 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2018 atau pada akhir Pembangunan Jangka Panjang Kedua.

b. Tujuan

- 1) Menurunkan AKI karena hamil, melahirkan dan nifas serta menurunkan AKB.
- 2) Meningkatkan pengetahuan ibu atau kaum perempuan mengenai Penyakit menular Seksual (PMS), perawatan kehamilan, proses melahirkan yang sehat, pemberian ASI Eksklusif dan perawatan bayi.

- 3) Meningkatkan kepedulian dan peran serta institusi masyarakat dan swasta (LSM, organisasi kemasyarakatan, organisasi profesi) dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi dalam pengumpulan data ibu hamil, bersalin dan nifas di tingkat kelurahan dan kecamatan.
- 4) Meningkatkan upaya masyarakat dalam mengubah budaya masyarakat yang merugikan kesehatan ibu hamil, bersalin, nifas serta bayi yang dilahirkan

c. Sasaran

- 1) Langsung : Caten (Calon Penganten)
  - a) Pasangan Usia Subur (PUS)
  - b) Ibu hamil, bersalin dan nifas
  - c) Ibu meneteki masa perawatan bayi
  - d) Pria/Suami dan seluruh anggota keluarga
- 2) Tidak langsung : Sektor terkait
  - a) Institusi kesehatan
  - b) Institusi Masyarakat
  - c) Tokoh masyarakat dan agama
  - d) Kaum bapak/pria
  - e) Media massa

d. Ruang Lingkup

- 1) Meningkatkan kualitas hidup perempuan dan anak melalui upaya penurunan angka kematian ibu dan bayi.
- 2) Meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku suami istri dan masyarakat mengenai hak-hak Reproduksi dan Kesehatan Reproduksi.
- 3) Menghilangkan hambatan-hambatan yang mempengaruhi upaya peningkatan kualitas hidup perempuan.

e. Prinsip Dasar Kegiatan

- 1) Pendekatan lintas sektor dan multidisiplin ilmu
  - 2) Intervensi yang integratif dan sinergis
  - 3) Partisipasi dan tanggungjawab dari pihak laki- laki
  - 4) Sistem pemantaun yang terus menerus
  - 5) Koordinasi yang efektif oleh pemerintah dan wilayah
- f. Pelaksanaan

Gerakan sayang ibu kegiatannya ditunjang oleh tim Pokja (kelompok kerja) dan tim Satgas (satuan tugas). Tugas pokok Satgas GSI adalah :

- 1) Menyusun rencana kerja dalam rangka menurunkan AKI dan AKB serta mengumpulkan dana untuk ambulance kecamatan dan tabulin.
- 2) Advokasi kepada TOMA, TOGA dan TOPOL dapat mendukung GSI wilayah tersebut.
- 3) Penyuluhan kepada keluarga serta bumil, bulin, bufas dan ibu yang mempunyai bayi di masyarakat.
- 4) Mengumpulkan data informasi bumil, bulin, bufas dan bayi yang dilakukan.
- 5) Memberikan tanda pada bumil beresiko tinggi untuk kemudian dipantau dan di informasikan ke bidan puskesmas.
- 6) Membantu merujuk.

#### **Pelaksanaan GSI di Tingkat Desa / Kelurahan**

Persiapan pelaksanaan GSI di tingkat desa / kelurahan adalah:

- 1) Pembentukan Satgas GSI desa / kelurahan yang diketuai oleh kepala desa/lurah
- 2) Pendataan dan pembuatan peta ibu hamil
- 3) Pengorganisasian ambulans desa, donor darah, tabulin, kemitraan dukun bayi dengan bidan, penghubung/liason

- 4) Pengembangan tata rujukan
  - 5) Pengorganisasian suami siaga
  - 6) Pembentukan Pondok Sayang Ibu
  - 7) Penyuluhan pada tokoh masyarakat, tokoh agama, keluarga ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas
  - 8) Pencatatan dan pelaporan
- g. Indikator Keberhasilan
- 1) Meningkatkan dan mantapnya masyarakat menjadi kader KIE GSI
  - 2) Mendata ibu hamil dalam lingkungannya dan menyampaikan data tersebut ke Satgas
  - 3) Semakin tumbuhnya ide-ide baru dari masyarakat
  - 4) Meningkatkan dan mantapnya pengetahuan dan pemahaman mengenai GSI, seperti : kelainan kehamilan sedini mungkin dan segera membawanya ke fasilitas kesehatan, mempersiapkan biaya persalinan dan perlengkapan bayi, memeriksakan ibu hamil di sarana kesehatan atau bidan terdekat minimal 4 kali, mempersiapkan segala kemungkinan yang dapat timbul selama kehamilan dan persalinan (mempersiapkan donor darah, kendaraan, dsb), melaksanakan keadilan dan kesetaraan gender dalam rumah tangga, memberi keluarga untuk mendapatkan pendidikan.

Penelitian oleh Denny Vira Sari dkk pada tahun 2022, pelaksanaan program Gerakan Sayang Ibu dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi di Kabupaten Sukamara belum maksimal. Pelaksanaan Program GSI Suami Siaga Program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi P4K belum berjalan, pembiayaan persalinan menggunakan BPJS dimana untuk biaya keluarga pendamping tidak termasuk,

Bank darah belum terkoordinir ketika memerlukan darah pada saat emergency tidak tersedia, Strategi Gerakan Sayang Ibu, yaitu strategi melibatkan organisasi PKK dalam pelaksanaan GSI belum maksimal terlaksana, masih terbatasnya kegiatan yang menyesuaikan anggaran, kelompok kerja PKK IV adalah bidang kesehatan, tidak semua memahami dan mampu bersinergi ketika dalam pelaksanaan.

#### h. Hambatan

##### 1) Secara Struktural

Berbagai program tersebut masih sangat birokratis sehingga orientasi yang terbentuk semata-mata dilaksanakan karena ia adalah program wajib yang harus dilaksanakan berdasarkan SK (Surat Keputusan).

##### 2) Secara Kultural

Masih kuatnya anggapan/pandangan masyarakat bahwa kehamilan dan persalinan hanyalah persoalan wanita.

#### 4. Desa Siaga

##### a. Pengertian

Desa siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan serta kemauan untuk untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan, bencana, dan kegawadaruratan, kesehatan secara mandiri.

**Si ( siap )** : pendataan dan mengamati seluruh ibu hamil, siap mendampingi ibu, siap menjadi donor darah, siap memberi bantuan kendaraan untuk rujukan, siap membantu pendanaan, dan bidan wilayah kelurahan selalu siap memberi pelayanan

**A ( antar )** : warga desa, bidan wilayah, dan komponen lainnya dengan cepat dan sigap mendampingi dan mengantar ibu yang akan melahirkan jika memerlukan tindakan gawat darurat

**Ga ( jaga )** : menjaga ibu pada saat dan setelah melahirkan serta menjaga kesehatan bayi baru lahir

b. Tujuan

**Tujuan Umum**

Terwujudnya masyarakat desa yang sehat, peduli, dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayahnya

**Tujuan Khusus**

- 1) Peningkatan pengetahuan dan kesadaran masyarakat desa tentang pentingnya kesehatan.
- 2) Peningkatan kewaspadaan dan kesiapsiagaan masyarakat desa terhadap risiko dan bahaya yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan (bencana, wabah, kegawadaruratan dan sebagainya)
- 3) Peningkatan kesehatan lingkungan di desa.
- 4) Peningkatan kemampuan dan kemauan masyarakat desa untuk menolong diri sendiri di bidang kesehatan.

c. Kriteria

Sebuah desa telah menjadi Desa Siaga apabila desa tersebut telah memenuhi kriteria minimal sebagai berikut :

- 1) Memiliki 1 orang tenaga bidan yang menetap di desa tersebut dan sekurang-kurangnya 2 orang kader desa.

- 2) Memiliki minimal 1 bangunan pos kesehatan desa (poskesdes) beserta peralatan dan perlengkapannya yang berfungsi memberi pelayanan dasar
  - 3) Memiliki forum masyarakat desa
  - 4) Memiliki sedikitnya dua jenis Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) sesuai kebutuhan masyarakat setempat (misalnya posyandu dan polindes)
  - 5) Ada pembinaan dari puskesmas yang mampu memberikan pelayanan kegawatdaruratan bagi ibu hamil, bersalin, nifas dan BBL
  - 6) Ada pengamatan kesehatan terus menerus yang berbasis masyarakat
  - 7) Ada sistem siaga terhadap bencana oleh masyarakat
  - 8) Ada pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat
  - 9) Mempunyai lingkungan yang sehat
  - 10) Masyarakat berperilaku hidup bersih dan sehat
- d. Kegiatan pokok desa siaga
- 1) Surveilans dan pemetaan : setiap ada masalah kesehatan di rumah tangga akan dicatat dalam kartu sehat keluarga. Selanjutnya, informasi tersebut akan direkapitulasi dalam sebuah peta desa (spasial) dan peta tersebut dipaparkan di poskesdes.
  - 2) Perencanaan partisipatif: perencanaan partisipatif di laksanakan melalui survei mawas diri (SMD) untuk menentukan prioritas masalah dan musyawarah masyarakat desa (MMD) untuk menentukan target dan kegiatan yang akan dilaksanakan untuk mencapai target tersebut. Selanjutnya melakukan penyusunan anggaran.

- 3) Mobilisasi sumber daya masyarakat : masyarakat dihimbau memberikan kontribusi dana sesuai dengan kemampuannya. Desa siaga juga bisa mengembangkan kegiatan peningkatan pendapatan, misalnya dengan koperasi desa.
  - 4) Kegiatan khusus: Desa siaga dapat mengembangkan kegiatan khusus seperti malaria, TBC dan lain-lain.
  - 5) Monitoring kinerja : Monitoring menggunakan peta rumah tangga sebagai bagian dari surveilans rutin. Setiap rumah tangga akan diberi Kartu Kesehatan Keluarga untuk diisi sesuai dengan keadaan dalam keluarga tersebut. Kemudian pengurus desa siaga atau kader secara berkala mengumpulkan data dari Kartu Kesehatan Keluarga untuk dimasukkan dalam peta desa.
  - 6) Manajemen keuangan: Desa siaga akan mendapat dana hibah (block grant) setiap tahun dari DHS-2 guna mendukung kegiatannya. Untuk menjaga transparansi dan akuntabilitas, penggunaan dana tersebut harus dicatat dan dilaporkan sesuai dengan pedoman yang ada.
- e. Keberhasilan Program

Indikator keberhasilan pengembangan desa siaga dapat diukur dari 4 kelompok indikator, yaitu : indikator input, proses, output dan outcome (Depkes, 2009).

- 1) Indikator input
  - a) Jumlah kader desa siaga.
  - b) Jumlah tenaga kesehatan di poskesdes.
  - c) Tersedianya sarana (obat dan alat) sederhana.
  - d) Tersedianya tempat pelayanan seperti posyandu.
  - e) Tersedianya dana operasional desa siaga.

- f) Tersedianya data/catatan jumlah KK dan keluarganya.
  - g) Tersedianya pemetaan keluarga lengkap dengan masalah kesehatan yang dijumpai dalam warna yang sesuai.
  - h) Tersedianya data/catatan (jumlah bayi diimunisasi, jumlah penderita gizi kurang, jumlah penderita TB, malaria dan lain-lain).
- 2) Indikator proses
- a) Frekuensi pertemuan forum masyarakat desa (bulanan, 2 bulanan dan sebagainya).
  - b) Berfungsi/tidaknya kader desa siaga.
  - c) Berfungsi/tidaknya poskesdes.
  - d) Berfungsi/tidaknya UKBM/posyandu yang ada.
  - e) Berfungsi/tidaknya sistem penanggulangan penyakit/masalah kesehatan berbasis masyarakat.
  - f) Ada/tidaknya kegiatan kunjungan rumah untuk kadarzi dan PHBS.
  - g) Ada/tidaknya kegiatan rujukan penderita ke poskesdes dari masyarakat.
- 3) Indikator output
- a) Jumlah persalinan dalam keluarga yang dilayani.
  - b) Jumlah kunjungan neonates (KN2).
  - c) Jumlah BBLR yang dirujuk.
  - d) Jumlah bayi dan anak balita BB tidak naik ditangani.
  - e) Jumlah balita gakin umur 6-24 bulan yang mendapat M P-AS I.
  - f) Jumlah balita yang mendapat imunisasi.

- g) Jumlah pelayanan gawat darurat dan KLB dalam tempo 24 jam.
  - h) Jumlah keluarga yang punya jamban.
  - i) Jumlah keluarga yang dibina sadar gizi.
  - j) Jumlah keluarga menggunakan garam beryodium.
  - k) Adanya data kesehatan lingkungan.
  - l) Jumlah kasus kesakitan dan kematian akibat penyakit menular tertentu yang menjadi masalah setempat.
  - m) Adanya peningkatan kualitas UKBM yang dibina.
- 4) Indikator outcome
- a) Meningkatnya jumlah penduduk yang sembuh/membaik dari sakitnya.
  - b) Bertambahnya jumlah penduduk yang melaksanakan PHBS.
  - c) Berkurangnya jumlah ibu melahirkan yang meninggal dunia.
  - d) Berkurangnya jumlah balita dengan gizi buruk.

5. Pos Kesehatan Desa (Poskesdes)

a. Pengertian

Poskesdes adalah Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang dibentuk di desa dalam rangka mendekatkan/menyediakan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa.

b. Tujuan

**Tujuan Umum**

Terwujudnya masyarakat sehat yang peduli, tanggap, dan mampu mengenali, mencegah, dan mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi.

### **Tujuan Khusus**

- 1) Terselenggaranya upaya pemberdayaan masyarakat dalam rangka meningkatkan kemampuan masyarakat untuk menolong dirinya di bidang kesehatan.
- 2) Terselenggaranya pelayanan kesehatan dasar yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan (bidan) dan kader kesehatan.
- 3) Terselenggaranya pengamatan, pencatatan, dan pelaporan dalam rangka meningkatkan kewaspadaan dan kesiapsiagaan masyarakat terhadap risiko dan bahaya yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan, terutama penyakit menular dan penyakit yang berpotensi menimbulkan kejadian luar biasa (KLB) serta faktor-faktor risikonya (termasuk status gizi dan ibu hamil yang berisiko)

### c. Manfaat

- 1) Bagi Masyarakat Desa
  - a) Permasalahan kesehatan di desa dapat dideteksi secara dini, sehingga bisa ditangani dengan cepat dan diselesaikan, sesuai kondisi, potensi dan kemampuan yang ada.
  - b) Masyarakat desa dapat memperoleh pelayanan kesehatan dasar (KIA/KB, peningkatan gizi masyarakat khususnya balita dan maternal, imunisasi termasuk pencegahan dan pengendalian penyakit menular dan tidak menular, upaya mewujudkan lingkungan sehat, dan pengobatan sederhana termasuk trauma,

- didukung dengan penyediaan obat-obat esensial) serta pengetahuan dan keterampilan tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), kesiapsiagaan serta penanggulangan masalah kesehatan.
- c) Masyarakat dapat mengaktualisasikan diri dalam kegiatan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan.
- 2) Bagi Tenaga Kesehatan (Bidan)
- a) Tenaga kesehatan (bidan) dapat mengaktualisasikan dirinya dalam membantu masyarakat menyelesaikan masalah kesehatan yang ada di wilayahnya.
  - b) Tenaga kesehatan (bidan) dapat lebih mudah memberikan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat.
  - c) Tenaga kesehatan (bidan) mendapatkan informasi secara cepat tentang permasalahan kesehatan di masyarakat dan upaya kesehatan bagi masyarakat
- 3) Bagi Kader Kesehatan
- a) Kader kesehatan mendapatkan informasi lebih awal di bidang Kesehatan.
  - b) Kader kesehatan dapat mengaktualisasikan dirinya dalam membantu masyarakat menyelesaikan masalah kesehatan yang ada di wilayahnya.
- 4) Bagi Puskesmas
- a) Memperluas jangkauan pelayanan Puskesmas dengan mengoptimalkan sumber daya yang ada.

- b) Optimalisasi fungsi Puskesmas sebagai pusat penggerak pembangunan yang berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat, dan pusat pelayanan kesehatan strata pertama, yang meliputi pelayanan kesehatan perseorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat.
- c) Dapat lebih spesifik membantu masyarakat dalam pemecahan masalah kesehatan sesuai kondisi setempat.

5) Bagi Sektor lain

Dapat memadukan kegiatan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan secara efektif dan efisien.

d. Pembentukan

Secara operasional pembentukan Poskesdes dilakukan dengan kegiatan sebagai berikut :

- 1) Pemilihan Pengurus dan Kader kesehatan Poskesdes  
Dilakukan melalui pertemuan khusus para pimpinan, pengelola, dan tokoh masyarakat serta beberapa wakil masyarakat. Pemilihan dilakukan secara musyawarah mufakat, dengan fasilitasi Puskesmas. Jumlah kader kesehatan untuk setiap Poskesdes minimal 2 (dua) orang atau disesuaikan dengan kegiatan yang dilaksanakan dan kemampuan serta potensi desa setempat.
- 2) Pelatihan/Orientasi Kader Kesehatan  
Pengelola dan kader kesehatan terpilih sebelum melaksanakan tugasnya, perlu diberikan pelatihan atau orientasi tentang pengelolaan Poskesdes. Pelatihan/orientasi dilaksanakan oleh Puskesmas.

3) Pemenuhan/Penempatan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan

Pemenuhan/penempatan tenaga kesehatan, terutama Bidan sebagai penyelenggara Poskesdes awalnya dilakukan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten. Selanjutnya tenaga kesehatan diberi pelatihan sesuai dengan kompetensi dan kewenangan

e. Kegiatan

Kegiatan pelayanan kesehatan bagi masyarakat desa yang dilaksanakan di Poskesdes adalah :

- 1) Pelayanan kesehatan untuk ibu hamil, bersalin, dan nifas
- 2) Pelayanan kesehatan untuk ibu menyusui
- 3) Pelayanan kesehatan untuk anak
- 4) Penemuan dan penanganan penderita penyakit

**Waktu pelayanan**

Dilaksanakan setiap hari guna lebih mendekatkan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat

**Tempat penyelenggaraan**

Poskesdes perlu memiliki tempat pelayanan kesehatan dasar. Pelayanan kegiatan Poskesdes dapat dilaksanakan dengan memanfaatkan:

- 1) Gedung Polindes yang ada, yang dikembangkan menjadi Poskesdes.
- 2) Sarana gedung yang tersedia, seperti Balai Desa, Balai Pertemuan Desa, dan lain-lain.

Selain memanfaatkan gedung tersebut, pengadaan tempat dan pembangunan Poskesdes dapat diupayakan dengan alternatif pembiayaan melalui swadaya masyarakat, donatur/ dunia usaha/swasta, dan fasilitasi Pemerintah (Pusat atau Daerah)

f. Indikator Keberhasilan

Guna mengukur keberhasilan pelaksanaan Poskesdes, dapat dilihat dari komponen sistem Poskesdes, yaitu input dan output.

1) Indikator Input

- a) Jumlah kader aktif.
- b) Jumlah tenaga kesehatan yang tersedia.
- c) Tersedianya sarana (alat dan obat).
- d) Tersedianya tempat pelayanan.
- e) Tersedianya dana operasional Poskesdes.
- f) Tersedianya data (catatan jumlah bayi di imunisasi, jumlah kematian).

2) Indikator Output

- a) Cakupan ibu hamil yang dilayani (K4).
- b) Cakupan persalinan yang dilayani (Linakes).
- c) Cakupan kunjungan neonatus (KN2).
- d) Cakupan bayi yang mendapatkan ASI eksklusif.
- e) Cakupan BBLR yang dirujuk.
- f) Jumlah bayi dan anak Balita BB tidak naik (T) ditangani.
- g) Cakupan imunisasi.
- h) Cakupan pelayanan gawat darurat dan KLB dalam tempo 24 jam.
- i) Cakupan keluarga yang dibina sadar gizi.
- j) Jumlah kasus kesakitan dan kematian akibat penyakit menular dan tidak menular tertentu yang menjadi masalah setempat.

6. Polindes

a. Pengertian

Polindes adalah suatu tempat yang didirikan masyarakat atas dasar musyawarah, sebagai kelengkapan

dari pembangunan kesehatan masyarakat desa, untuk memberikan pelayanan KI dan KB. Polindes dikelola oleh bidan desa bekerjasama dengan dukun bayi, di bawah pengawasan dokter puskesmas setempat.

b. Tujuan

**Umum**

Memperluas jangkauan peningkatan mutu dan mendekatkan pelayanan KIA/KB oleh bidan.

**Khusus**

- 1) Meningkatnya jangkauan dan mutu pelayanan KIA-KB termasuk pertolongan dan penanganan pada kasus gagal.
- 2) Meningkatnya pembinaan dukun bayi dan kader kesehatan.
- 3) Meningkatnya kesempatan untuk memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan bagi ibu dan keluarganya

c. Fungsi

Adapun fungsi Polindes adalah sebagai berikut :

- 1) Sebagai tempat pelayanan KIA-KB dan pelayanan kesehatan lainnya
- 2) Sebagai tempat untuk melakukan kegaitana pembinaan, penyuluhan dan konseling KIA.
- 3) Pusat kegiatan pemberdayaan masyarakat.

d. Persyaratan

Syarat Polindes adalah sebagai berikut :

- 1) Terdapat bidan desa dan bersedia tinggal di desa
- 2) Tersedianya sarana untuk melaksanakan tugas pokok dan fungsi bidan antara lain, bidan kit, IUD kit, sarana imunisasi dasar dan imunisasi ibu hamil, timbangan, pengukur tinggi badan, infuse set dan

cairan D5 % dan NACL0,9 %,obat-obatan sederhana dan uterotonika, buku-buku pedoman KIA-KB dan pedoman kesehatan lainnya, incubator sederhana serta pencatatan dan pelaporan KIA/KB

- 3) Memenuhi persyaratan rumah sehat, antara lain penyediaan air bersih, ventilasi cukup, penerangan cukup, tersedianya sarana pembuangan air limbah, lingkungan pekarangan bersih dan ukuran minimal 3x4 m<sup>2</sup>
- 4) Lokasi mudah dicapai dengan mudah oleh penduduk sekitarnya dan mudah dijangkau oleh kendaraan roda empat
- 5) Ada tempat untuk melakukan pertolongan persalinan dan perawatan postpartum minimal 1 tempat tidur.

e. Kegiatan

Kegiatan yang dilaksanakan di Polindes diatur oleh bidan di desa bekerjasama dengan dukun dan kader kesehatan. Kegiatan ini meliputi :

- 1) Memeriksa kehamilan, termasuk memberikan imunisasi TT pada ibu hamil dan mendeteksi dini resiko tinggi kehamilan.
- 2) Menolong persalinan normal dan persalinan dengan resiko sedang.
- 3) Memberikan pelayan kesehatan ibu nifas dan ibu menyusui.
- 4) Memberikan pelayanan kesehatan neonatal,bayi,anak balita dan anak prasekolah serta imunisasi dasar pada bayi.
- 5) Memberikan pelayanan KB.

- 6) Mendeteksi dan memberikan pertolongan pertama pada kehamilan dan persalinan yang berisiko tinggi baik ibu maupun bayinya.
  - 7) Menampung rujukan dari dukun bayi dan dari kader.
  - 8) Merujuk kelainan kefasilitas kesehatan yang lebih mampu.
  - 9) Melatih dan membina dukun bayi maupun kader.
  - 10) Memberikan penyuluhan kesehatan
  - 11) Mencatat serta melaporkan hasil kegiatan ke Puskesmas setempat.
- f. Pembinaan dan Pengawasan
- Polindes sebagai sarana yang memberikan pelayanan kesehatan di desa, berada di bawah bimbingan dan pengawasan kepala Puskesmas
- g. Pembiayaan
- Masyarakat yang mendapatkan pelayanan di Polindes, dapat dipungut biaya jasa yang besarnya ditetapkan secara musyawarah bersama masyarakat (MMD) serta disesuaikan dengan kemampuan masyarakat desa setempat.
- h. Perizinan
- Ketentuan serta izin pendirian Polindes berdasarkan regulasi/legalisasi tentang Polindes oleh pemerintah daerah.
- i. Pencatatan dan pelaporan
- Pencatatan dan pelaporan Polindes dilaksanakan seperti yang berlaku untuk praktik bidan perorangan yang terdapat pada Permenkes No 900/Menkes/SK/VII/2002.
7. Kelompok Belajar Kesehatan Ibu dan Anak (KB – KIA)
- Dewasa ini penyuluhan kesehatan Ibu dan Anak pada umumnya masih banyak dilakukan melalui konsultasi

perorangan atau kasus per kasus yang diberikan pada waktu ibu memeriksakan kandungan atau pada waktu kegiatan posyandu, akan tetapi Kegiatan penyuluhan individu memiliki kelemahan antara lain penyuluhan yang diberikan tidak terkoordinir sehingga ilmu yang diberikan kepada ibu hanyalah pengetahuan yang dimiliki oleh petugas saja. Untuk mengatasi kelemahan tersebut, direncanakan metode pembelajaran kelas ibu hamil dalam bentuk tatap muka dalam kelompok yang diikuti diskusi dan tukar pengalaman antara ibu-ibu hamil dan petugas kesehatan. Kegiatan kelompok belajar ini diberi nama **KELAS IBU HAMIL**.

a. Pengertian

Kelas Ibu Hamil adalah kelompok belajar ibu-ibu hamil dengan umur kehamilan antara 4 minggu s/d 36 minggu (menjelang persalinan) dengan jumlah peserta maksimal 10 orang. Di kelas ini ibu-ibu hamil akan belajar bersama, diskusi dan tukar pengalaman tentang kesehatan Ibu dan anak (KIA) secara menyeluruh dan sistimatis serta dapat dilaksanakan secara terjadwal dan berkesinambungan. Kelas ibu hamil difasilitasi oleh bidan/tenaga kesehatan dengan menggunakan paket Kelas Ibu Hamil yaitu Buku KIA, Flip chart (lembar balik), Pedoman Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil, Pegangan Fasilitator Kelas Ibu Hamil dan Buku senam Ibu Hamil.

b. Tujuan

**Umum**

Meningkatkan pengetahuan, merubah sikap dan perilaku ibu agar memahami tentang Kehamilan, perubahan tubuh dan keluhan selama kehamilan, perawatan kehamilan, persalinan, perawatan Nifas, KB pasca persalinan, perawatan bayi baru lahir,

mitos/kepercayaan/adat istiadat setempat, penyakit menular dan akte kelahiran

### **Khusus**

- 1) Terjadinya interaksi dan berbagi pengalaman antar peserta (ibu hamil dengan ibu hamil) dan antar ibu hamil dengan petugas kesehatan/bidan
- 2) Meningkatkan pemahaman, sikap dan perilaku ibu hamil tentang kehamilan, perubahan tubuh dan keluhan selama kehamilan, perawatan kehamilan, persalinan, perawatan Nifas, KB pasca persalinan, perawatan bayi baru lahir, mitos/kepercayaan/adat istiadat setempat, penyakit menular dan akte kelahiran

Penelitian Andi Syntha Ida dkk pada tahun 2021 pada 78 ibu hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Tamalate Makassar menunjukkan ada pengaruh signifikan pelaksanaan kelas ibu hamil terhadap kemampuan dalam deteksi dini komplikasi kehamilan.

#### c. Sasaran

Peserta kelas ibu hamil sebaiknya ibu hamil pada umur kehamilan 4 s/d 36 minggu, karena pada umur kehamilan ini kondisi ibu sudah kuat, tidak takut terjadi keguguran, efektif untuk melakukan 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.

#### d. Pelaksanaan

Penyelenggaraan kelas Ibu Hamil dapat di dilaksanakan oleh Pemerintah, Swasta LSM dan Masyarakat sesuai peran dan fungsi masing – masing.

### **Fasilitator dan Nara Sumber**

Fasilitator kelas ibu hamil adalah bidan atau petugas kesehatan yang telah mendapat pelatihan fasilitator kelas ibu hamil (atau melalui on the job training) dan setelah itu diperbolehkan untuk melaksanakan fasilitasi kelas ibu hamil. Dalam pelaksanaan kelas ibu hamil fasilitator dapat meminta bantuan nara sumber untuk menyampaikan materi bidang tertentu. Nara sumber adalah tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dibidang tertentu untuk mendukung kelas ibu hamil.

### **Sarana dan Prasarana**

Sarana dan prasarana yang diperlukan untuk melaksanakan kelas ibu hamil adalah :

- 1) Ruang belajar untuk kapasitas 10 orang peserta kira-kira ukuran 4 m x 5 m, dengan ventilasi dan pencahayaan yang cukup
- 2) Alat tulis menulis (papan tulis, kertas, spidol, bolpoin) jika ada
- 3) Buku KIA
- 4) Lembar Balik kelas ibu hamil
- 5) Buku pedoman pelaksanaan kelas ibu hamil
- 6) Buku pegangan fasilitator
- 7) Alat peraga (KB kit, food model, boneka, metode kangguru, dll) jika ada
- 8) Tikar/karpet (matras)
- 9) Bantal, kursi(jika ada)
- 10) Buku senam hamil/CD senam hamil (jika ada)

## **Tahapan Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil**

Beberapa tahapan yang dilakukan untuk melaksanakan kelas ibu hamil adalah :

1) Pelatihan bagi pelatih (TOT)

Pelatihan bagi pelatih dipersiapkan untuk melatih bagi para fasilitator di tempat pelaksanaan kelas ibu, baik di tingkat kabupaten, kecamatan sampai ke desa. Peserta TOT adalah bidan atau petugas kesehatan yang sudah mengikuti sosialisasi tentang Buku KIA dan mengikuti pelatihan fasilitator

2) Pelatihan bagi fasilitator

Pelatihan fasilitator dipersiapkan untuk melaksanakan kelas ibu hamil. Fasilitator kelas ibu hamil adalah bidan atau petugas kesehatan yang telah mendapatkan pelatihan fasilitator kelas ibu hamil atau on the job training

3) Sosialisasi kelas ibu hamil pada Tokoh Agama, Tokoh Masyarakat dan Stakeholder sebelum kelas ibu hamil dilaksanakan dengan harapan semua unsur masyarakat dapat memberikan respon dan dukungan

4) Persiapan pelaksanaan kelas ibu hamil

Hal-hal yang perlu dipersiapkan sebelum pelaksanaan kelas ibu hamil :

- a) Melakukan identifikasi/mendaftar semua ibu hamil yang ada di wilayah kerja
- b) Mempersiapkan tempat dan sarana pelaksanaan kelas ibu hamil, misalnya tempat di Puskesmas atau Polindes, Kantor Desa/Balai Pertemuan, Posyandu atau di rumah salah seorang warga masyarakat,

- c) Mempersiapkan materi, alat bantu penyuluhan dan jadwal pelaksanaan kelas ibu hamil
  - d) Persiapan peserta kelas ibu hamil, mengundang ibu hamil umur kehamilan antara 4 sampai 36 minggu.
  - e) Siapkan tim pelaksana kelas ibu hamil yaitu siapa saja fasilitatornya dan nara sumber jika diperlukan
- 5) Pelaksanaan kelas ibu hamil
- Pelaksanaan pertemuan kelas ibu hamil dilakukan sesuai dengan kesepakatan antara bidan/petugas kesehatan dengan peserta/ibu hamil, dengan tahapan pelaksanaan. (Terlampir Jadwal pelaksanaan kelas ibu hamil)
- 6) Monitoring, evaluasi dan pelaporan
- Untuk memantau perkembangan dan dampak pelaksanaan kelas ibu hamil perlu dilakukan monitoring dan evaluasi secara berkala dan berkesinambungan. Seluruh pelaksanaan kegiatan kelas ibu hamil dibuatkan pelaporan dan didokumentasikan.

### **Materi Kelas Ibu hamil**

1) Pertemuan I

Kehamilan, perubahan tubuh dan keluhan serta perawatan kehamilan yang meliputi kesiapan psikologis, hubungan seks selama kehamilan, obat yang dapat dikonsumsi ibu hamil, tanda bahaya kehamilan, perencanaan persalinan

2) Pertemuan II

Persalinan, tanda-tanda persalinan, tanda bahaya persalinan, proses persalinan dan IMD

Perawatan massa nifas, ASI eksklusif, tanda bahaya nifas dan KB post partum

3) Pertemuan III

Perawatan bayi baru lahir, mitos yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak, penyakit menular

8. Dasa Wisma

Dasa wisma adalah kelompok ibu yang berasal dari 10 rumah yang bertetangga. Dasa wisma dapat dibentuk oleh bidan melalui kegiatan PKK atau juga dari peran serta masyarakat. Kegiatan dasa wisma diarahkan pada peningkatan kesehatan keluarga. Bentuk kegiatannya antara lain arisan (PKK), pembuatan jamban, sumur, kembangkan dana sehat. Dana sehat berasal dari uang yang dikumpulkan secara gotong royong untuk kepentingan kesehatan keluarga, sehingga dapat digunakan untuk upaya kesehatan seperti pemberian makanan tambahan, pengobatan ringan, membangun sarana sampah dan kotoran.

9. Tabulin (Tabungan Ibu Bersalin)

a. Pengertian

Tabulin adalah tabungan yang dilakukan oleh calon pengantin, ibu hamil dan ibu yang akan hamil maupun oleh masyarakat untuk biaya pemeriksaan kehamilan dan persalinan serta pemeliharaan kesehatan selama nifas.

b. Manfaat

- 1) Meningkatkan pemahaman, pengetahuan, pengelola dan masyarakat tentang Tabulin
- 2) Meningkatkan kemampuan para pengelola dan masyarakat dalam mengenali masalah potensial yang ada dan menemukan alternatif pemecahan masalah yang berkaitan dengan kesehatan ibu hamil, bersalin dan nifas

- 3) Meningkatkan kesadaran, kepedulian pengelola dan masyarakat desa dalam menggerakkan ibu hamil untuk melakukan ANC

c. Tahapan

- 1) Ibu yang sudah mengetahui kehamilannya, diminta untuk mulai menabung
- 2) Tabulin sesungguhnya tabungan keluarga, jadi tidak hanya ibu yang bertanggungjawab tapi suami juga menyisihkan dana untuk persalinan
- 3) Jika warga tidak berpenghasilan tetap, tabulin dapat diperhitungkan dengan masa panen atau penghasilan musim lainnya
- 4) Tabulin dalam bentuk uang dapat disimpan di rumah, bank atau disimpan di ibu bidan setiap kali memeriksakan kehamilannya.

Peran kader adalah menggerakkan masyarakat agar mau menyisihkan penghasilannya untuk dikumpulkan dan dapat dipergunakan sebagai biaya persalinan ibu hamil yang kurang mampu di wilayahnya

10. Donor darah berjalan

Perdarahan merupakan salah satu penyebab kematian ibu. Direktorat bina kesehatan ibu melalui program pemberdayaan perempuan, keluarga dan masyarakat menyusun program dalam upaya mempercepat penurunan AKI melalui donor darah berjalan. Donor darah berjalan adalah pendonor aktif yang kapan saja bisa dipanggil.

**Tahapan donor darah :**

- a. Fasilitasi warga untuk menyepakati pentingnya mengetahui golongan darah
- b. Jika warga belum mengetahui golongannya, hubungi puskesmas untuk menyelenggarakan pemeriksaan darah.

Jika puskesmas tidak mempunyai layanan pemeriksaan darah, maka puskesmas diminta melakukan rujukan, dan jika diperlukan menghubungi PMI terdekat

- c. Buatlah daftar golongan darah ibu hamil dan perkiraan waktu lahir. Kumpulkan nama warga yang mempunyai golongan darah sama dengan ibu hamil. Catat nama dan alamat, ataupun cara menghubungi yang tercepat dari semua warga yang bergolongan darah sama dengan ibu hamil.
- d. Buatlah kesepakatan dengan calon pendonor darah untuk selalu siap 24 jam sewaktu waktu ibu hamil memerlukan tranfusi.
- e. Buat kesepakatan dengan unit tranfusi darah, agar para warga yang telah bersedia menjadi pendonor darah diprioritaskan untuk diambil darahnya terutama tranfusi bagi ibu bersalin yang membutuhkannya.
- f. Kader berperan memotivasi serta mencari sukarelawan apabila ada salah seorang warganya yang membutuhkan darah.

## 11. Ambulan desa

### a. Pengertian

Ambulan desa adalah suatu alat transportasi yang dapat digunakan untuk mengantarkan warga yang membutuhkan pertolongan dan perawatan di tempat pelayanan kesehatan.

### b. Tujuan

- 1) Mempercepat pelayanan kegawat daruratan masalah kesehatan, bencana serta kesiapsiagaan mengatasi masalah kesehatan yang terjadi atau mungkin terjadi dalam masyarakat

- 2) Mempercepat penurunan AKI dan AKB karena hamil, nifas dan melahirkan.

c. Kriteria

- 1) Kendaraan yang bermesin yang sesuai standart (mobil sehat)
- 2) Mobil pribadi, perusahaan, pemerintah pengusaha.
- 3) ONLINE (siap pakai), misalnya : tandu, kereta/delman kuda, dll.

### C. Rangkuman

Posyandu pusat pelayanan keluarga dan kesehatan yang dikelola dan diselenggarakan untuk dan oleh masyarakat dengan dukungan teknis dari petugas kesehatan dalam rangka pencapaian (NKKBS Norma Keluarga Kecil Bahagia (NKKBS) . Posyandu merupakan bentuk peran serta masyarakat yang bertujuan mempercepat penurunan angka kematian ibu dan anak dengan melaksanakan berbagai kegiatan yang disebut sebagai Pancakrida Posyandu dan Saptakrida Posyandu.

Gerakan Sayang Ibu (GSI) adalah suatu gerakan yang dilakukan oleh masyarakat dan bekerjasama dengan pemerintah untuk meningkatkan kualitas hidup perempuan melalui berbagai kegiatan yang mempunyai dampak terhadap upaya penurunan AKI karena kehamilan, persalinan, nifas serta menurunkan AKB. Prinsip dasar kegiatan adalah ntervensi yang integratif dan sinergis serta partisipasi dan tanggungjawab dari pihak laki- laki. GSI dalam melaksanakan kegiatannya ditunjang oleh Tim Pokja. Pelaksanaan GSI di tingkat desa / kelurahan diketuai oleh kepala desa/lurah. Indikator keberhasilan program antara lain adalah meningkatnya peran serta masyarakat menjadi kader KIE GSI, meningkatnya pemahaman masyarakat mengenai GSI.

Desa siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan serta kemauan untuk untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan, bencana, dan kegawadaruratan, kesehatan secara mandiri. Tujuannya adalah terwujudnya masyarakat desa yang sehat, peduli, dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayahnya. Kegiatannya meliputi surveilens masalah kesehatan, perencanaan, mobilisasi sumber daya masyarakat serta monitoring. Indikator keberhasilan pengembangan desa siaga dapat diukur dari indikator input, proses, output dan outcome

Poskesdes adalah Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang dibentuk di desa dalam rangka mendekatkan/menyediakan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa. Tujuannya adalah terwujudnya masyarakat sehat yang peduli, tanggap, dan mampu mengenali, mencegah, dan mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi dengan pemberian pelayanan kesehatan dasar. Terdapat beberapa manfaat poskesdes yaitu bagi masyarakat, kader, puskesmas dan sektor lain. Kegiatan poskesdes adalah Pelayanan kesehatan untuk ibu hamil, bersalin, nifas dan menyusui, anak serta penemuan dan penanganan penderita penyakit. Indikator keberhasilan Poskesdes dapat diukur dari indikator input dan output.

Polindes adalah suatu tempat yang didirikan masyarakat atas dasar musyawarah, sebagai kelengkapan dari pembangunan kesehatan masyarakat desa, untuk memberikan pelayanan KI dan KB. Polindes dikelola oleh bidan desa bekerjasama dengan dukun bayi, di bawah pengawasan dokter puskesmas setempat. Tujuannya adalah memperluas jangkauan peningkatan mutu dan mendekatkan pelayanan KIA/KB oleh bidan. Syarat Polindes antara lain terdapat bidan desa dan bersedia tinggal di desa, tersedia sarpras dan memenuhi persyaratan rumah sehat serta

lokasi yang mudah dijangkau. Kegiatan yang dilaksanakan di Polindes diatur oleh bidan di desa bekerjasama dengan dukun dan kader kesehatan meliputi pemberian pelayanan kesehatan pada ibu hamil, bersalin, nifas bayi dan balita normal melakukan rujukan serta melatih dan membina dukun bayi maupun kader

Kelompok Belajar Kesehatan Ibu dan Anak (KB – KIA) diberi nama KELAS IBU HAMIL adalah kelompok belajar ibu-ibu hamil dengan umur kehamilan antara 4 minggu s/d 36 minggu (menjelang persalinan) dengan jumlah peserta maksimal 10 orang. Tujuannya adalah Meningkatkan pengetahuan, merubah sikap dan perilaku ibu agar memahami tentang Kehamilan, perubahan tubuh dan keluhan selama kehamilan, perawatan kehamilan, persalinan, perawatan Nifas, KB pasca persalinan, perawatan bayi baru lahir, mitos/kepercayaan/adat istiadat setempat, penyakit menular dan akte kelahiran. Pada saat pelaksanaan kelas ibu hamil Suami/keluarga ikut serta minimal 1 kali pertemuan. Fasilitator kelas ibu hamil adalah bidan atau petugas Kesehatan. Pelaksanaan pertemuan kelas ibu hamil dilakukan sesuai dengan kesepakatan antara bidan/petugas kesehatan dengan peserta/ibu hamil. Pemberian materi diberikan secara bertahap mulai dari kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir.

Dasa wisma adalah kelompok ibu yang berasal dari 10 rumah yang bertetangga. Dasa wisma dapat dibentuk oleh bidan melalui kegiatan PKK atau juga dari peran serta masyarakat. Kegiatan dasa wisma diarahkan pada peningkatan kesehatan keluarga. Bentuk kegiatannya antara lain arisan (PKK), pembuatan jamban, sumur, kembangkan dana sehat

Tabulin adalah tabungan yang dilakukan oleh calon pengantin , ibu hamil dan ibu yang akan hamil maupun oleh masyarakat untuk biaya pemeriksaan kehamilan dan persalinan serta pemeliharaan kesehatan selama nifas. Peran kader adalah

menggerakkan masyarakat agar mau menyisihkan penghasilannya untuk dikumpulkan dan dapat dipergunakan sebagai biaya persalinan ibu hamil yang kurang mampu di wilayahnya.

Donor darah berjalan merupakan salah satu strategi yang dilakukan Direktorat bina kesehatan ibu melalui program pemberdayaan perempuan, keluarga dan masyarakat dalam upaya mempercepat penurunan AKI akibat perdarahan. Donor darah berjalan adalah pendonor aktif yang kapan saja bisa dipanggil

Ambulan desa adalah suatu alat transportasi yang dapat digunakan untuk mengantarkan warga yang membutuhkan pertolongan dan perawatan di tempat pelayanan kesehatan. Ambulans desa tidak hanya berupa mobil, bisa juga kendaraan online siap pakai misalnya : tandu, kereta/delman kuda

#### **D. Tugas**

##### **Judul Tugas**

Makalah pengembangan peran serta masyarakat dalam pelayanan kebidanan komunitas.

##### **Deskripsi Tugas :**

Deskripsikan dengan baik berkenaan dengan peran serta masyarakat yang ada di desa atau kelurahan tempat tinggal mahasiswa

##### **Metode Pengerjaan Tugas :**

1. Tugas Individu
2. Mahasiswa melakukan pengamatan terhadap pengembangan peran serta masyarakat yang ada di desa atau keluarahan
3. Mahasiswa melakukan analisa kesesuaian teori dengan situasi nyata
4. Mahasiswa menyusun laporan dalam bentuk makalah, format sebagai berikut :

SAMPUL/HALAMAN JUDUL

DAFTAR ISI

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

B. Tujuan Penulisan Makalah

C. Manfaat Penulisan Makalah

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

BAB III PEMBAHASAN

BAB IV PENUTUP

A. Simpulan

B. Saran

DAFTAR PUSTAKA

## **E. Referensi**

- Afriani, A. S. (2021). Pengaruh Edukasi Kelas Ibu Hamil Terhadap Kemampuan Dalam Deteksi Dini komplikasi Kehamilan. *Jurnal Inovasi Penelitian*, 345-350.
- Andy Dikson P. Tse, A. S. (2017). Peran Kader Posyandu Terhadap Pembangunan Kesehatan. *Jurnal Ilmu Sosial dan Ilmu Politik*, 60-62.

- Dainty Maternity, R. D. (2017). *Asuhan Kebidanan Komunitas (Disesuaikan dengan Rencana Pembelajaran Kebidanan)*. Yogyakarta: Penerbit ANDI.
- Denny Vira Sari, B. M. (2022). Analisis Gerakan Sayang Ibu Dalam Menurunkan AKI dan AKB di Kabupaten Sukamara. *Journal of Health Research*, 66-86.
- Eny Retna Ambarwati, S. R. (2011). *Asuhan Kebidanan Komunitas (Plus Contoh Askeb)*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Handajani, S. D. (2013). *Kebidanan Komunitas (Konsep dan Manajemen Asuhan)*. Jakarta: EGC.
- Karwati, D. P. (2020). *Asuhan Kebidanan V (Kebidanan Komunitas) Edisi 2*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Kemenkes RI. (2011). *Pedoman pelaksanaan kelas ibu hamil*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. (2011). *Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. (2012). *Petunjuk Teknis Pengembangan & Penyelenggaraan Poskesdes*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan RI. (2006). *Pedoman Gerakan Sayang Ibu*. Jakarta: Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan RI.
- Rina Julianti, K. M. (2020). *Asuhan Kebidanan Komunitas (Pengembangan Asuhan Kebidanan Komunitas Dalam Menghadapi Revolusi Industri 4.0)*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Runjati. (2010). *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC.
- Walyani, E. S. (2014). *Materi Ajar Lengkap Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta: Pustakabarupress.

## **BAB VII ASUHAN ANTENATAL**

(Tatarini Ika Pipitcahyani, SST., M.Kes)

### **A. Asuhan Antenatal Di Komunitas**

Semua ibu hamil berpotensi mempunyai risiko, risiko atau bahaya adalah terjadinya komplikasi dalam persalinan yang berdampak kepada 5D/5K, yaitu: Kematian (Death), Kesakitan (Disease), Kecacatan (Disability), Ketidaknyamanan (Discomfort), Ketidakpuasan (Dissatisfaction) baik pada ibu maupun pada bayi baru lahir. Pemberian asuhan antenatal yang baik dapat membantu dalam menurunkan angka kematian ibu (Yulifah & Yuswanto, 2009).

Asuhan antenatal adalah pemeriksaan kehamilan untuk melihat dan memeriksa keadaan ibu dan janin yang dilakukan secara berkala diikuti dengan upaya koreksi terhadap penyimpangan yang ditemukan selama kehamilan.

Asuhan antenatal yang dilakukan di masyarakat dinamakan asuhan kebidanan komunitas. Manajemen Asuhan antenatal di komunitas merupakan langkah-langkah alamiah dan sistematis yang dilakukan bidan, dengan tujuan mempersiapkan kehamilan dan persalinan yang sehat berdasarkan standar yang berlaku dan dilakukan dengan kerja sama dengan ibu, keluarga dan masyarakat (Yulifah & Yuswanto, 2009).

1. Melakukan kunjungan rumah. Kunjungan rumah yang dilakukan minimal: satu kali pada trimester I, satu kali pada trimester II dan dua kali pada trimester III. Untuk dapat melakukan asuhan antenatal di rumah, bidan harus dapat melakukan beberapa hal berikut:

- a. Mempunyai data ibu hamil di wilayah kerjanya
  - b. Melakukan identifikasi apakah ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan dengan teratur
  - c. Melakukan ANC di rumah, apabila ibu tidak memeriksakan kehamilannya
  - d. Sebelum melakukan antenatal di rumah, lakukan kontrak waktu, tentang tanggal, hari dan jam yang disepakati bersama
  - e. Melakukan pemeriksaan kehamilan sesuai dengan standar sekaligus mengidentifikasi lingkungan rumah untuk persiapan persalinan di rumah.
2. Berusaha memperoleh informasi mengenai alasan ibu tidak melakukan pemeriksaan
  3. Apabila ada masalah, coba untuk membantu ibu dalam mencari pemecahannya
  4. Menjelaskan pentingnya pemeriksaan kehamilan
    - a. Standar pelayanan antenatal di komunitas
      - Identifikasi ibu hamil
      - Pemeriksaan dan pemantauan antenatal
      - Palpasi abdomen
      - Pengelolaan anemia pada kehamilan
      - Pengelolaan dini pada kasus hipertensi dalam kehamilan
      - Persiapan persalinan
    - b. Langkah-langkah Manajemen Asuhan antenatal di komunitas
      - Ciptakan adanya rasa percaya dengan menyapa ibu dan keluarga seramah mungkin dan membuatnya merasa nyaman

- Menanyakan riwayat kehamilan ibu dengan cara menetapkan prinsip mendengar efektif
  - Melakukan anamnesis secara lengkap, terutama riwayat kesehatan ibu dan kebidanan
  - Melakukan pemeriksaan seperlunya
  - Melakukan pemeriksaan laboratorium sederhana (Mis: albumin, Hb)
  - Membantu ibu dan keluarga mempersiapkan kelahiran dan kemungkinan tindakan darurat
  - Merencanakan dan mempersiapkan kelahiran yang bersih dan aman di rumah
  - Menjelaskan kepada ibu dan keluarga untuk segera mencari pertolongan apabila ada tanda-tanda:
    - Perdarahan pervaginam
    - Sakit kepala lebih dari biasanya
    - Gangguan penglihatan
    - Nyeri abdomen
    - Janin tidak bergerak seperti biasanya
  - Memberi konseling sesuai kebutuhan
  - Memberikan tablet Fe 90 butir dimulai pada saat usia kehamilan 20 minggu
  - Memberikan imunisasi TT dengan dosis 0,5 cc
  - Menjadwalkan kunjungan berikutnya
  - Mendokumentasikan hasil kunjungan
- c. Skrining Antenatal pada ibu hamil
- Kehamilan Risiko Rendah (KRR): Kehamilan normal tanpa masalah atau faktor risiko, kemungkinan besar kehamilan normal, akan tetapi

harus tetap waspada akan adanya komplikasi persalinan.

- Kehamilan Risiko Tinggi (KRT): kehamilan dengan faktor risiko, baik dari ibu ataupun janin yang dapat menyebabkan komplikasi persalinan, dampak terhadap kesakitan, kematian, kecacatan baik pada ibu ataupun bayi baru lahir. Diperlukan rujukan ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan khusus dan adekuat
- Kehamilan Risiko Tinggi (KRST): kehamilan dengan risiko ganda atau lebih dari dua faktor risiko baik dari ibu ataupun janin yang dapat menyebabkan komplikasi persalinan atau risiko yang lebih besar yaitu kematian ibu dan bayi, dibutuhkan rujukan kerumah sakit untuk penanganan khusus dan adekuat (Yulifah & Yuswanto, 2009).

## **B. Asuhan Intranatal di Problem Based Komunitas dan Persalinan di Learning Rumah**

### **1. Asuhan Intranatal di Komunitas**

Manajemen asuhan intranatal di komunitas merupakan suatu pendekatan yang berpusat kepada suatu individu di masyarakat yang membutuhkan kemampuan analisis yang tinggi dan cepat terutama yang berhubungan dengan aspek sosial, nilai-nilai, dan budaya setempat.

Dengan memberikan asuhan intranatal yang tepat dan sesuai standar, diharapkan dapat membantu menurunkan angka kematian ibu dan bayi akibat perdarahan pada saat persalinan. Adapun tujuan dari dilaksanakannya asuhan intranatal di rumah:

- a. Memastikan persalinan telah dilaksanakan

- b. Memastikan persiapan persalinan bersih, aman dan dalam suasana yang menyenangkan
- c. Mempersiapkan transportasi, serta biaya rujukan apabila diperlukan

Agar tujuan tersebut dapat tercapai ada hal penting yang perlu didiskusikan dengan ibu dan keluarga yaitu sebagai berikut:

- Membuat perencanaan persalinan yang perlu ditetapkan yang mencakup unsur-unsur berikut: tempat persalinan, tenaga penolong persalinan, cafa menjangkau tempat persalinan, pendamping persalinan, biaya yang dibutuhkan, siapa yang mengurus keluarga pada saat ibu bersalin, rencana metode kontrasepsi yang akan digunakan.
- Membuat rencana pengambilan keputusan pada keadaan gawat darurat, apabila pengambil keputusan utama tidak ada ditempat
- Mengatur sistem transportasi apabila terjadi kegawatdaruratan
- Mempersiapkan peralatan untuk melahirkan

## 2. Persalinan di rumah

Telah terjadi perubahan lingkungan dari perawatan akut di rumah sakit ke perawatan di rumah. Hal ini mempengaruhi struktur organisasi perawatan, keterampilan yang diperlukan dalam pemberian pertolongan, dan biaya yang dikeluarkan pasien (Safrudin & Hamidah, 2009). Pemilihan persalinan di rumah diambil dengan pertimbangan:

- a. Setiap ibu memiliki hak dan kepuasan atas dirinya

- b. Ada beberapa ibu yang diperbolehkan untuk bersalin di rumah
- c. Mengharapkan kualitas yang lebih tinggi
- d. Anak lebih mendapatkan kasih sayang, suami lebih bebas mengekspresikan perasaannya
- e. Persalinan di rumah didukung keluarga, dalam lingkungan yang dikenal, tempat mereka merasa memiliki kendali terhadap tubuhnya.
- f. Lingkungan rumah sendiri menimbulkan rasa tenang dan tentram pada ibu yang akan melahirkan
- g. Berdasarkan perbandingan dengan pengalaman melahirkan di rumah sakit, dalam lingkungan yang kurang memiliki sentuhan pribadi yang penuh dengan peraturan dan staf yang sibuk

Selain memiliki beberapa pertimbangan yang menguntungkan persalinan dapat dilakukan di rumah, persalinan dirumah juga mempunyai beberapa kerugian, diantaranya ialah ketika proses kelahiran mengalami kesukaran, pertolongan lebih lanjut tidak dapat segera diberikan. Hal ini dikarenakan tidak tersedianya alat-alat sehingga membutuhkan waktu lama sebelum di rumah sakit.

Melihat adanya beberapa bahaya yang dapat timbul selama proses persalinan di rumah, maka ada beberapa indikasi dan syarat yang harus dipenuhi, diantaranya adalah:

- a. Multipara, jika persalinan bayi pertama tidak ada kesulitan, melahirkan bayi berikutnya di rumah dapat diizinkan

- b. Selama melakukan asuhan antenatal tidak didapati adanya kelainan atau penyakit yang akan menyulitkan proses persalinan.
  - c. Jauh dari tempat pelayanan kesehatan (tinggal di pemukiman pedesaan) (Safrudin & Hamidah, 2009).
3. Syarat Persalinan di Rumah
- Adanya bidan terlatih dalam melakukan pertolongan persalinan
- a. Bidan harus memberikan penjelasan tentang seluruh proses persalinan dan kemungkinan komplikasi
  - b. Bidan dipanggil, bilamana ibu mulai merasakan kontraksi atau air ketuban pecah
  - c. Tersedianya ruangan hangat, bersih dan sehat
  - d. Ibu mempunyai Kartu Menuju Sehat (KMS) ibu hamil dan kartu KIA
  - e. Tersedianya sistem rujukan untuk penanganan kegawatdaruratan obstetric
  - f. Adanya kesepakatan atau informed consent antara bidan dengan ibu/keluarga
  - g. Tersedianya alat transportasi untuk merujuk i. Tersedianya peralatan yang lengkap dan berfungsi
4. Persiapan Persalinan di Rumah
- a. Persiapan Penolong
    - Kemampuan. Mengingat pentingnya dan risiko yang dihadapi, bidan harus mempunyai kemampuan yang cukup terampil, cepat berpikir, cepat menganalisis, cepat menginterpretasi tanda dan gejala, cepat menyusun konsep, dan mempunyai pengetahuan serta pengalaman.

- Keterampilan. Bidan harus memiliki keterampilan yang cukup banyak dalam segala perawatan, pertolongan, dan persalinan.
  - Kepribadian, yang dimaksud dengan kepribadian adalah kesehatan jasmani dan rohani dalam segala aspek, yang merupakan organisasi yang dinamis yang akan selalu mengalami perubahan dan perkembangan, aspek-aspek tersebut ialah fisik, maturitas, mental, emosi, dan sikap (Safrudin & Hamidah, 2009).
- b. Persiapan Keluarga
- Keluarga telah mengambil keputusan bahwa persalinan dilakukan di rumah, keluarga memberikan masukan atau ide/mampu memberikan dukungan yang diperlukan
  - Kegiatan rumah tangga secara rinci perlu dibahas untuk membentuk jaringan kerja, yaitu sp yang mengurus anakanak yang lain
- c. Persiapan Rumah dan Tempat Pertolongan Persalinan
- Situasi dan kondisi yang perlu diketahui oleh keluarga: apakah rumah cukup hangat dan aman? Apakah tersedia ruangan yang akan digunakan untuk menolong persalinan? Apakah tersedia air mengalir? Apakah kebersihan cukup terjamin? Apakah terseia telepon atau media komunikasi lainnya
  - Rumah harus sudah dilakukan pengecekan sebelum usia kehamilan 37 minggu, persyaratan yang harus dipenuhi diantaranya: ruangan sebaiknya cukup luas, adanya penerangan yang

cukup, tempat nyaman, tempat tidur yang layak untuk pertolongan persalinan

d. Persiapan Peralatan

- persiapan untuk pertolongan persalinan: Waskom, sabun cuci, handuk kering dan bersih, selimut, pakaian ganti, pembalut, kain pel, lampu
- persiapan untuk bayi: handuk bayi, tempat tidur bayi, botol air panas untuk menghangatkan alas, pakaian bayi, selimut bayi (Yulifah & Yuswanto, 2009).

5. Manajemen Asuhan Intranatal di Rumah

a. Asuhan Persalinan Kala I

Bertujuan untuk memberikan pelayanan kebidanan yang memadai dalam pertolongan persalinan yang bersih dan aman. Bidan perlu mengingat konsep tentang konsep sayang ibu, rujuk bila partograf melewati garis waspada atau ada kejadian penting lainnya

b. Asuhan Persalinan Kala II

Bertujuan memastikan proses persalinan aman, baik untuk ibu maupun bayi. Bidan dapat mengambil keputusan sesegera mungkin apabila diperlukan rujukan

c. Asuhan Persalinan Kala III

Bidan sebagai tenaga penolong harus terlatih dan terampil dalam melakukan manajemen aktif kala III. Hal penting dalam asuhan persalinan kala III adalah mencegah kejadian perdarahan, karena penyebab salah satu kematian pada ibu

d. Asuhan Persalinan Kala IV

Asuhan persalinan yang mencakup pada pengawasan satu sampai dua jam setelah plasenta lahir. Pengawasan/observasi ketat dilakukan pada hal-hal yang menjadi perhatian pada asuhan persalinan kala IV

6. Asuhan pada Kegawatdaruratan Persalinan di Komunitas
  - a. Jangan menunda untuk melakukan rujukan
  - b. Mengenali masalah dan memberikan instruksi yang tepat
  - c. Selama proses merujuk dan menunggu tindakan selanjutnya lakukan pendampingan secara terus menerus
  - d. Lakukan observasi Vital Sign secara ketat
  - e. Rujuk segera bila terjadi Fetal Distress
  - f. Apabila memungkinkan, minta bantuan teman untuk mencatat riwayat kasus dengan singkat (Yulifah & Yuswanto, 2009).
7. Pertolongan Persalinan Domino (DOMinicilliary IN and Out)

Di Inggris terdapat perawatan maternitas lain yang dapat dipilih sebagai pilihan persalinan adalah persalinan Domino. Persalinan domino adalah persalinan kombinasi antara rumah pasien dan unit kesehatan. Program persalinan domino hanya disediakan di beberapa rumah sakit tertentu. Ibu yang menggunakan pelayanan Domino dilayani oleh bidan di komunitas dan datang ke rumah sakit ketika mereka akan melahirkan dan ditolong oleh salah satu tim domino. Ibu dan bayi tinggal dirumah sakit selama beberapa jam dan dilakukan perawatan berkelanjutan di rumah sampai 4 minggu postnatal. Keuntungan persalinan domino:

- a. Pelayanan berkesinambungan anantara komunitas dan dokter
- b. Kontak dengan kegiatan rumah sakit sedikit
- c. Gangguan kehidupan keluarga sedikit atau minimal
- d. Mudah memperoleh fasilitas untuk pertolongan emergency
- e. Pilihan alternative untuk ibu yang tidak memenuhi persyaratan persalinan di rumah
- f. Bidan tetap dapat mempertahankan keterampilan menolong persalinan

Kerugian persalinan domino:

- a. Risiko terutama ke rumah sakit karena jarak yang jauh
- b. Merepotkan waktu pulang ke rumah dari rumah sakit setelah persalinan (Reid, 2007).

### **C. Asuhan Ibu Post Partum di Problem Based komunitas dan Kunjungan Learning Rumah**

Manajemen Asuhan Postnatal di komunitas adalah suatu bentuk manajemen kesehatan yang dilakukan pada ibu nifas di masyarakat. Pemberian asuhan secara menyeluruh, tidak hanya kepada ibu nifas, akan tetapi pemberian asuhan melibatkan seluruh keluarga dan anggota masyarakat disekitarnya (Yulifah &Yuswanto, 2009)

#### **1. Ruang Lingkup Asuhan**

Asuhan kebidanan pada ibu nifas di komunitas meliputi:

- a. Melakukan kunjungan nifas dan neonatal (KN1 dan KN2)
  - Perawatan ibu nifas
  - Perawatan neonatal
  - Pemberian imunisasi Hb I

- Pemberian vitamin A ibu nifas
  - b. Melakukan penyuluhan dan konseling pada ibu dan keluarga mengenai
    - Tanda bahaya dan penyakit ibu nifas
    - Tanda bayi sehat
    - Kebersihan pribadi dan lingkungan
    - Kesehatan dan gizi
    - ASI eksklusif
    - Perawatan tali pusat'KB setelah melahirkan
    - Melakukan rujukan apabila diperlukan
    - Melakukan pencatatan pada:
      - Kohort bayi
      - Buku KIA
      - Melakukan laporan (PWS KIA dan AMP)
2. Tujuan Asuhan
- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis
  - b. Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya
  - c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusun pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat.

Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik ibu dan bayinya. Kunjungan dilakukan paling sedikit 4 kali selama ibu dalam masa nifas. Kegiatan yang dilakukan selama kunjungan meliputi pencegahan, pendeteksian, dan penanganan masalah yang terjadi pada masa nifas.

### 3. Jadwal Kunjungan Rumah

#### a. Kunjungan I (6-8 jam sesudah persalinan)

- Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan
- Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- Pemberian ASI dini
- Membina hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
- Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia

#### b. Kunjungan II (6 hari setelah persalinan)

- Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau
- Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
- Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.
- Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari

#### c. Kunjungan III (2 minggu setelah persalinan)

Tindakan yang diberikan sama dengan kunjungan II

#### d. Kunjungan IV (6 minggu setelah persalinan)

- Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ibu atau bayi alami.
  - Memberikan konseling untuk KB secara dini (Runjati, 2011).
4. Manajemen Asuhan Postnatal di Komunitas
- a. Pengkajian
- Anamnesis
    - Data yang harus di eksplorasi adalah riwayat kesehatan lengkap serta pemeriksaan fisik dan panggul
    - Pemenuhan kebutuhan seksual
    - Fungsi bowel dan fungsi perkemihan
    - Metode KB yang diinginkan
    - Tanda bahaya ibu nifas
  - Pemeriksaan

Pemeriksaan fisik dilakukan sesuai dengan jadwal kunjungan yang dilakukan dan kebutuhan ibu pada saat kunjungan. Pemeriksaan yang dilakukan antara lain: tekanan darah, suhu tubuh, evaluasi payudara, pengkajian abdomen, pemeriksaan abdomen dan pemeriksaan perineum termasuk lokea.
- b. Perencanaan
- Perencanaan digunakan sebagai acuan untuk melakukan implementasi dan evaluasi
  - Dibuat berdasarkan masalah yang aktual, dapat diukur dan sesuai dengan kebutuhan
- c. Pelaksanaan
- Tindakan/perlakuan yang dilakukan pada ibu nifas sesuai dengan yang direncanakan berdasarkan

pada hasil pengkajian. Disini diberikan dan nasihat atau penyuluhan seputar nifas, menyusui, dan permasalahannya.

d. Evaluasi

Langkah akhir untuk melihat keberhasilan dari tindakan yang telah dilakukan dan untuk menilai status kesejahteraan ibu nifas dan bayi. Hal yang perlu diperhatikan adalah memberikan asuhan yang bersifat komprehensif dengan memadukan antara kebutuhan ibu, keluarga, masyarakat dan program pemerintah.

e. Kelompok Postpartum

Salah satu bentuk kelompok atau organisasi kecil dari ibu nifas. Bertujuan untuk mendeteksi, mencegah, dan mengatasi permasalahan-permasalahan yang timbul masa nifas.

- Program Ibu Nifas

Kunjungan pada ibu nifas dan neonates, ASI eksklusif, tablet tambah darah dan vitamin A.

- Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan bersamaan dengan kunjungan pada ibu nifas dan neonates. Data yang dibutuhkan antara lain: jumlah ibu nifas; kebiasaan atau tradisi setempat; permasalahan pada masa nifas; sumber daya masyarakat; dan penentu kebijakan

- Mengatur Strategi

Pendekatan dengan keluarga ibu, tomas, togam, kepala desa dan kader sebagai pengambil keputusan dan penentu kebijakan sangat diperlukan untuk mewujudkan suatu kelompok ibu nifas.

- **Perencanaan**

Buat usulan atau proposal yang didalamnya memuat tentang latar belakang dan tujuan dari pembentukan kelompok. Perencanaan meliputi kegiatan yang akan dilakukan, tempat dan waktu, anggaran, serta peserta.
- **Pelaksanaan**

Jadikan contoh (Role Model) orang sebagai penentu kebijakan dan lakukan diskusi untuk membentuk susunan organisasi. Bidan dapat berperan sebagai narasumber kemudian buat rencana tindak lanjut.
- **Evaluasi**

Dilakukan pada akhir masa nifas, setelah kunjungan ke-4. Pastikan bahwa tujuan akhir dari pembentukan kelompok benar-benar tercapai, ibu dan bayi sehat, serta nifas berjalan normal.

#### D. Asuhan BBL di Komunitas dan Kunjungan Rumah

## **BAB VIII SISTEM RUJUKAN KOMUNITAS**

(Isna Hudaya, S.SiT.M.Biomed)

### **A. Tujuan pembelajaran :**

Salah satu kelemahan pelayanan kesehatan adalah pelaksanaan rujukan yang kurang cepat dan tepat. Rujukan bukan suatu kekurangan, melainkan suatu tanggung jawab yang tinggi dan mendahulukan kebutuhan masyarakat. Kita ketahui bersama bahwa tingginya kematian ibu dan bayi merupakan masalah kesehatan yang dihadapi oleh bangsa kita. Pada pembelajaran sebelumnya, telah dibahas mengenai masalah 3T (tiga keterlambatan) yang melatarbelakangi tingginya kematian ibu dan anak, terutama terlambat mencapai fasilitas pelayanan kesehatan (Safrudin, 2007). Berikut ini tujuan pembelajaran dalam pembelajaran ini, yaitu mampu memahami Sistem Rujukan Komunitas, meliputi;

#### **1. Sistem rujukan**

Sistem Rujukan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal (PMK 43, 2019). Sistem rujukan merupakan pelayanan kesehatan terstruktur dan berjenjang mulai strata pelayanan primer, strata pelayanan sekunder, strata pelayanan tersier dan strata pelayanan khusus yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal yang wajib dilaksanakan

oleh pasien peserta BPJS Kesehatan, dan seluruh fasilitas Kesehatan.

## 2. Tujuan rujukan

Berikut ini tujuan rujukan;

- a. Meningkatnya kemampuan fasilitas pelayanan Kesehatan perorangan tingkat pertama dalam memberikan pelayanan yang berkualitas dan memuaskan. Dengan meningkatnya kemampuan fasilitas pelayanan akan membuat masyarakat bersedia memanfaatkan fasilitas pelayanan sebagai kontak pertamanya.
  - b. Tertatanya alur Pelayanan Kesehatan Perorangan tingkat pertama, dua dan ketiga secara berkesinambungan.
  - c. Meningkatnya akses dan cakupan Pelayanan Kesehatan Perorangan secara merata dan menyeluruh (*universal coverage*).
  - d. Menjamin terselenggaranya Pelayanan Kesehatan Perorangan yang merata, berkualitas dan berkelanjutan(*continuum of care*).
  - e. Memberikan petunjuk yang jelas dan kepastian hukum bagi Faskes dalam memberikan pelayanan Kesehatan yang bermutu.
- (Achmad, 2023).

## 3. Jenis rujukan

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

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

Berikut ini jenis rujukan, berdasarkan tingkatannya;

#### 1) Rujukan vertikal

Rujukan vertikal merupakan rujukan antar pelayanan kesehatan yang berbeda tingkatan. Rujukan vertikal dapat dilakukan dari tingkatan pelayanan yang lebih rendah ke tingkatan pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya.

Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih rendah ke tingkatan pelayanan yang lebih tinggi, dilakukan apabila:

- a) Pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialistik atau sub spesialistik.
- b) Perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan.

Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih tinggi ke tingkatan pelayanan yang lebih rendah, dilakukan apabila:

- 1) Permasalahan kesehatan pasien dapat ditangani oleh tingkatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya;
- 2) Kompetensi dan kewenangan pelayanan tingkat pertama atau kedua lebih baik dalam menangani pasien tersebut;
- c) Pasien membutuhkan pelayanan lanjutan yang dapat ditangani oleh tingkatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah dan untuk alasan kemudahan, efisiensi dan pelayanan jangka panjang; dan/atau.
- d) Perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan sarana, prasarana, peralatan dan/atau ketenagaan.

## 2) Rujukan horizontal

Rujukan horizontal merupakan rujukan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan. Rujukan horizontal dilakukan apabila perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan yang sifatnya sementara atau menetap.

#### **4. Jenjang tingkat tempat rujukan**

Sistem Rujukan pelayanan kesehatan merupakan pelayanan kesehatan yang terstruktur dan berjenjang yang dimulai dari strata pelayanan primer, strata pelayanan sekunder, strata pelayanan tersier dan strata pelayanan khusus yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal yang wajib dilaksanakan oleh pasien peserta BPJS Kesehatan, dan seluruh fasilitas kesehatan.

Pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang, sesuai kebutuhan medis dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama. Bidan dan perawat hanya dapat melakukan rujukan ke dokter dan/atau dokter gigi pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama (PMK 001, 2012).

Pasal 2 ayat 2 dan 3 (PMK 001, 2012) menyebutkan pelayanan kesehatan tingkat pertama merupakan pelayanan kesehatan dasar yang diberikan oleh dokter dan dokter gigi di puskesmas, puskesmas perawatan, tempat praktik perorangan, klinik pratama, klinik umum di balai/lembaga pelayanan

kesehatan, dan rumah sakit pratama. Dalam keadaan tertentu, bidan atau perawat dapat memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 2 ayat 4 (PMK 001, 2012) menyebutkan pelayanan kesehatan tingkat kedua merupakan pelayanan kesehatan spesialistik yang dilakukan oleh dokter spesialis atau dokter gigi spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialistik.

Pasal 2 ayat 5 (PMK 001, 2012) menyebutkan pelayanan kesehatan tingkat ketiga merupakan pelayanan kesehatan sub spesialistik yang dilakukan oleh dokter sub spesialis atau dokter gigi sub spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub spesialistik.

## Sistem Rujukan

- Rujukan horizontal  
⑦ antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan
- Rujukan vertikal  
⑦ antar pelayanan kesehatan yang berbeda tingkatan (lebih rendah ke tinggi atau sebaliknya)



### 5. Jalur rujukan

Setiap pemberi pelayanan kesehatan berkewajiban merujuk pasien bila keadaan penyakit atau permasalahan kesehatan memerlukannya, kecuali dengan alasan yang sah dan mendapat persetujuan pasien atau keluarganya. Alasan yang sah adalah pasien tidak dapat ditransportasikan atas alasan medis, sumber daya, atau geografis (PMK 001, 2012).

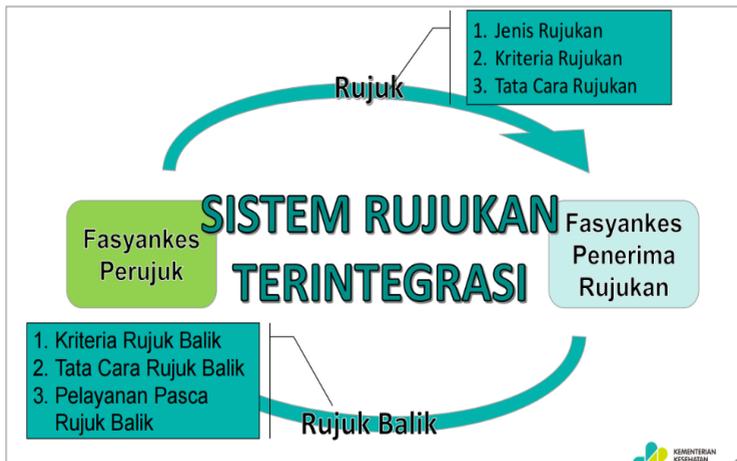
Rujukan harus mendapatkan persetujuan dari pasien dan/atau keluarganya. Persetujuan diberikan setelah pasien dan/atau keluarganya mendapatkan penjelasan dari tenaga kesehatan yang berwenang. Penjelasan yang diberikan, sekurang-kurangnya meliputi:

- a. Diagnosis dan terapi dan/atau tindakan medis yang diperlukan;
- b. Alasan dan tujuan dilakukan rujukan;
- c. Risiko yang dapat timbul apabila rujukan tidak dilakukan;
- d. Transportasi rujukan; dan
- e. Risiko atau penyulit yang dapat timbul selama dalam perjalanan.

Perujuk sebelum melakukan rujukan harus:

- a. Melakukan pertolongan pertama dan/atau tindakan stabilisasi kondisi pasien sesuai indikasi medis serta sesuai dengan kemampuan untuk tujuan keselamatan pasien selama pelaksanaan rujukan;
- b. Melakukan komunikasi dengan penerima rujukan dan memastikan bahwa penerima rujukan dapat menerima pasien dalam hal keadaan pasien gawat darurat. Dalam komunikasi, penerima rujukan berkewajiban:
  - 1) Menginformasikan mengenai ketersediaan sarana dan prasarana serta kompetensi dan ketersediaan tenaga kesehatan; dan
  - 2) Memberikan pertimbangan medis atas kondisi pasien.
- c. Membuat surat pengantar rujukan untuk disampaikan kepada penerima rujukan. Surat pengantar rujukan sekurang-kurangnya memuat:
  - 1) Identitas pasien;
  - 2) Hasil pemeriksaan (anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang) yang telah dilakukan;
  - 3) Diagnosis kerja;
  - 4) Terapi dan/atau tindakan yang telah diberikan;
  - 5) Tujuan rujukan; dan

- 6) Nama dan tanda tangan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan.

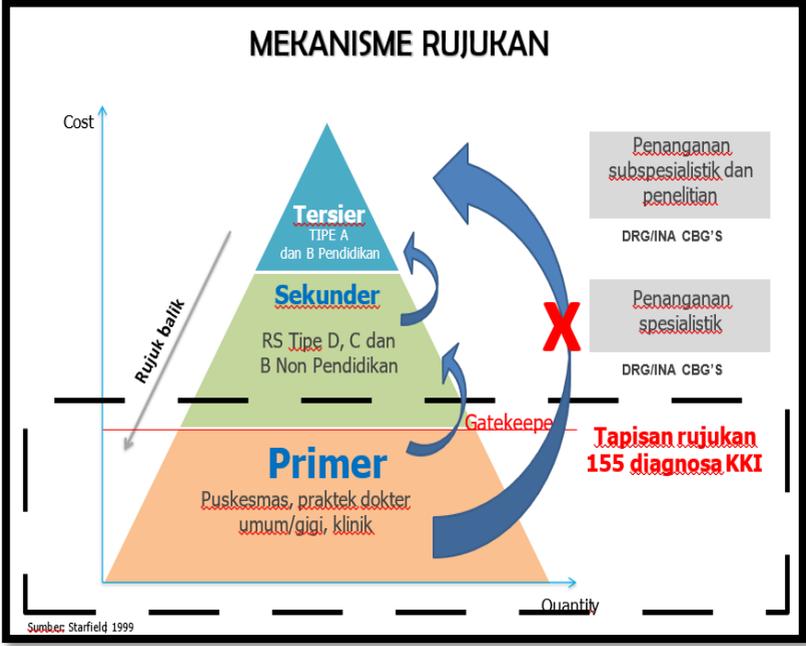


”

## 6. Mekanisme rujukan

Mekanisme pelayanan rujukan berjenjang mengacu pada; Permenkes 001 tahun 2012, Pedoman Sistem Rujukan Nasional dan Pedoman BPJS. Sistem rujukan diwajibkan bagi pasien yang merupakan peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial dan pemberi pelayanan kesehatan. Peserta asuransi kesehatan komersial mengikuti aturan yang berlaku sesuai dengan ketentuan dalam polis asuransi dengan tetap mengikuti pelayanan kesehatan yang berjenjang. Sedangkan setiap orang yang bukan peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial dapat mengikuti sistem rujukan. Dalam rangka meningkatkan aksesibilitas, pemerataan dan peningkatan efektifitas pelayanan

kesehatan, rujukan dilakukan ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat yang memiliki kemampuan pelayanan sesuai kebutuhan pasien.



**B. Rangkuman**

Berikut rangkuman materi dari sistem rujukan komunitas;

1. Sistem Rujukan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal.
2. Tujuan rujukan yaitu meningkatnya kemampuan fasilitas pelayanan Kesehatan, tertatanya alur pelayanan kesehatan,

meningkatkan akses dan cakupan pelayanan kesehatan, menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan dan memberikan petunjuk yang jelas dan kepastian hukum bagi fasilitas kesehatan dalam memberikan pelayanan Kesehatan yang bermutu.

3. Jenis rujukan ada 2, yaitu rujukan medik dan kesehatan.
4. Pelayanan tingkat pertama diberikan oleh dokter dan dokter gigi di puskesmas, puskesmas perawatan, tempat praktik perorangan, klinik pratama, klinik umum di balai/lembaga pelayanan kesehatan, dan rumah sakit pratama. Pelayanan tingkat kedua dilakukan oleh dokter spesialis atau dokter gigi spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialistik. Pelayanan tingkat ketiga dilakukan oleh dokter sub spesialis atau dokter gigi sub spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub spesialistik.

### **C. Tugas**

Jawablah pertanyaan berikut ini, untuk bisa memahami materi tersebut;

1. Apakah yang dimaksud sistem rujukan?
2. Apakah tujuan rujukan?
3. Sebutkan dan jelaskan jenis rujukan!
4. Jelaskan jenjang tingkat tempat rujukan!

5. Jelaskan jalur rujukan!
6. Jelaskan mekanisme rujukan!

#### **D. Referensi**

PMK 43. (2019). Peraturan menteri Kesehatan Republik Indonesia No 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Berita Negara Republik Indonesia No. 1335.

Achmad, Bima. (2023). Optimalisasi Sistem Rujukan dan sistem Rujuk Balik RS Tipe C. Rumah Sakit Islam Yogyakarta. Seminar Hybrid “Merajut Jejaring Pelayanan Primer Dan Rujukan Dalam Transformasi Sistem Kesehatan” pada 27 Mei 2023.

PMK 001. (2012). Peraturan menteri Kesehatan Republik Indonesia No 001 tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan kesehatan Perorangan. Berita Negara Republik Indonesia No. 122.

Safrudin, Hamidah. (2009). Kebidanan Komunitas. Jakarta; EGC.

# **BAB IX ANALISIS PENYEBAB MASALAH DAN PEMETAAN MASALAH KEBIDANAN KOMUNITAS**

(yoga triwijayanti SKM.MKM)

## **A. Tujuan pembelajaran:**

Mampu memahami (d disesuaikan dengan materi)

1. Analisis penyebab masalah dan pemetaan masalah kebidanan komunitas
  - a. Metode Delphi
  - b. Metode Delbecg
  - c. Metode Hanlon Kuantitatif
  - d. Metode Hanlon Kualitatif
  - e. Metode Baylon Dan Maglaya

## **B. Materi**

### **1. Metode Delphi**

Delphi merupakan teknik memprioritaskan masalah secara non scoring yang melibatkan para ahli untuk dimintai ide dan solusi pemecahan masalah. Langkah pertama adalah identifikasi masalah yang akan diselesaikan oleh tim, kemudian kuisisioner yang berisi daftar masalah tersebut dikirim ke beberapa ahli. Setelah mendapat masukan dari para ahli, tim merangkum semua pendapat ahli untuk kemudian dikirim kembali ke ahli. Tahap

selanjutnya adalah ahli meranking/ membuat skala prioritas penyelesaian masalah (Pengampu & Temesvari, 2018).

Metode Delphi digunakan untuk menentukan prioritas masalah melalui diskusi oleh sekelompok orang yang mempunyai keahlian yang sama. Melalui diskusi tersebut akan menghasilkan prioritas masalah yang disepakati bersama. Pemilihan prioritas masalah dilakukan melalui pertemuan khusus. Setiap peserta yang sama keahliannya dimintakan pendapatnya terkait masalah-masalah yang muncul, masalah yang paling banyak dikemukakan adalah prioritas masalah yang dicari (Pengampu & Temesvari, 2018).

Langkah dalam melakukan metode ini adalah (Pengampu & Temesvari, 2018):

- a. Identifikasi masalah yang hendak/ perlu diselesaikan
- b. Membuat kuesioner dan menetapkan peserta/ para ahli yang dianggap mengetahui dan menguasai permasalahan
- c. Kuesioner dikirim kepada para ahli, kemudian menerima kembali jawaban kuesioner yang berisikan ide dan alternatif solusi penyelesaian masalah pembentukan tim khusus untuk merangkum seluruh respon yang muncul dan mengikim kembali hasil rangkuman kepada para ahli
- d. Para ahli menelaah ulang hasil rangkuman, menetapkan skala prioritas/memeringkat alternatif solusi yang dianggap terbaik dan mengembalikan kepada pemimpin kelompok/ pembuatan keputusan

Gordon (1994) menyebutkan bahwa kunci sukses studi Delphi terletak pada seleksi peserta. Karena hasil Delphi tergantung pada pengetahuan dan kerja sama dari

para panulis, sangat penting untuk memasukkan orang-orang yang mungkin memberikan kontribusi ide yang berharga. Dalam studi berbasis statistik, seperti jajak pendapat publik, peserta diasumsikan mewakili populasi yang lebih besar, sedangkan metode Delphi merupakan perwakilan orang berpendidikan diperlukan. Pemilihan calon peserta/responden menjadi masalah utama (Suryadiraja et al., 2013).

Seperti contoh yang terdapat pada jurnal, setelah dilakukan identifikasi masalah dengan Paradigma Blum, dilakukan penentuan prioritas masalah dengan menggunakan metode non-scoring technique (Delphi) dan dilakukan diskusi antar anggota kelompok dengan berbagai pihak yang terkait, yaitu dengan (Kaminto et al., 2023):

- a. Kepala Puskesmas Teluknaga
- b. Dokter umum di Puskesmas Teluknaga
- c. Bidan di Puskesmas Teluknaga
- d. Petugas promosi kesehatan di Puskesmas Teluknaga

Dari hasil diskusi, diantara ketiga aspek pada Paradigma Blum dipilihlah faktor lifestyle sebagai prioritas masalah. Faktor lifestyle dipilih menjadi permasalahan karena karena masih kurangnya pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat terhadap anemia pada masa kehamilan. Intervensi pada aspek lifestyle diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat agar mencegah kejadian anemia pada masa kehamilan. Jangka panjang yang diharapkan adalah penurunan angka kasus anemia pada ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Teluknaga (Kaminto et al., 2023).

## 2. Metode Delbecg

Penetapan prioritas masalah dilakukan melalui kesepakatan sekelompok orang yang tidak sama keahliannya. Pada metode ini diprioritaskan masalah dilakukan dengan memberikan bobot (yang merupakan nilai maksimum dan berkisar antara 0 sampai 5), teknik pemberian bobot dapat dilihat pada kriteria sebagai berikut (Sekarwati, 2021):

- a. Besar masalah, besar masalah kesehatan yang ditemukan akibat terkena dampak dari masalah tersebut,
- b. Kegawatan masalah, kecenderungan tingginya pengaruh dari masalah kesehatan terhadap derajat kesehatan masyarakat setempat,
- c. Ketersediaan dana/biaya, jumlah atau besar dana yang diperlukan untuk mengatasi masalah kesehatan terkait dengan besar anggaran yang dikeluarkan untuk mengatasi masalah tersebut,
- d. Kemudahan, tingkat kemudahan dalam penanganannya. Dalam memberikan skor, setiap anggota memberikan nilai skor satu persatu terhadap seluruh masalah yang ada (nilai berkisar 1-10). Skor yang didapatkan merupakan nilai dikalikan bobot. Semua skor dimasukkan ke dalam kartu indeks khusus dan kemudian menentukan prioritas masalah.

### 3. Metode Hanlon Kuantitatif

Penggunaan metoda Hanlon dalam penetapan prioritas pemecahan masalah menggunakan 4 kriteria, yaitu:

- a. Kelompok kriteria 1 yaitu besarnya masalah (*magnitude*).
- b. Kelompok kriteria 2 yaitu Tingkat kegawatan masalah (*emergency/seriousness*).
- c. Kelompok kriteria 3 yaitu kemudahan penanggulangan masalah (*causability*).
- d. Kelompok kriteria 4 yaitu dapat atau tidaknya program dilaksanakan menggunakan istilah PEARL faktor.

Seperti halnya metoda yang lain, metoda Hanlon dalam proses awalnya menggunakan curah pendapat (*brain storming*) dari anggota kelompok untuk menentukan nilai dan bobot. Dari masing-masing kelompok kriteria diperoleh nilai dengan jalan melakukan scoring dengan skala tertentu, kemudian kelompok kriteria tersebut dimasukkan kedalam formula dan hasil yang didapat makin tinggi nilainya maka itulah prioritas pemecahan masalah.

Langkah-langkah untuk melaksanakan metoda ini adalah sebagai berikut:

- a. Menetapkan Kriteria 1: Besarnya masalah (*magnitude*).  
Anggota kelompok merumuskan faktor apa saja yang digunakan untuk menentukan besarnya masalah, misalnya:

- 1) Besarnya persentasi atau prevalensi penduduk yang menderita langsung karena penyakit tersebut
  - 2) Besarnya pengeluaran biaya yang diperlukan perorang rata-rata perbulan untuk mengatasi masalah kesehatan tersebut
  - 3) Besarnya kerugian yang diderita.
- b. Menetapkan kriteria 2: Tingkat kegawatan masalah (*emergency* atau *seriousness*).

Langkah ini banyak menggunakan data kuantitatif untuk menentukan nilai. Menentukan tingkat kegawatan lebih bersifat subjektif. Pada langkah ini, anggota kelompok menentukan tingkat kegawatan, misalnya dengan melihat faktor-faktor berikut ini:

- 1) Tingkat urgensinya.
  - 2) Keeendrungannya.
  - 3) Tingkat keganasannya.
- c. Menetapkan kriteria 3: kemudahan penanggulangan masalah (*causability*)
- d. Menetapkan kriteria 4: dapat atau tidaknya program dilaksanakan menggunakan PEARL faktor.

Kelompok kriteria 4 terdiri dari beberapa faktor yang saling menentukan dapat atau tidaknya suatu program dilaksanakan. Faktor tersebut meliputi:

- 1) P= Kesesuaian (*Appropriateness*)
- 2) E= Secara ekonomi murah (*Economic feasibility*)
- 3) A= Dapat diterima (*Acceptability*)
- 4) R= Tersedia sumber daya (*Resourcesavailability*)
- 5) L= Legalitas terjamin (*Legality*)

Masing-masing masalah harus diuji dengan faktor PEARL. Tujuannya adalah untuk menjamin terselenggaranya program dengan baik. Jawaban hanya dua yaitu ya atau tidak. Jawaban ya nilai 1 dan jawaban tidak nilainya 0. Dengan cara aklamasi atau voting maka tiap faktor dapat diperoleh angka 1 atau 0 untuk masing-masing masalah. Langkah terakhir untuk menentukan prioritas masalah adalah dengan menetapkan Nilai Prioritas Total Setelah nilai rata-rata kelompok 1, 2 dan 3 ditetapkan. Maka nilai rata-rata tersebut dimasukkan dalam tabel untuk penetapan skor tertinggi. Skor tertinggi pada setiap pemecahan masalah akan menjadi prioritas masalah

#### **4. Metode Hanlon Kualitatif**

Jenis penelitian yang dilakukan dengan pendekatan kualitatif artinya data yang dikumpulkan bukan berupa angka-angka, melainkan data tersebut berasal dari wawancara dan FGD. Sehingga yang menjadi tujuan dari penelitian kualitatif ini adalah ingin menggambarkan realita empirik di balik fenomena secara mendalam, rinci dan tuntas (Irawan et al., 2021).

Metode Hanlon, sangat mudah digunakan, efektif dan cocok diterapkan untuk membantu penentuan prioritas kegiatan (program) khususnya kegiatan pengembangan sistem informasi pada Badan Pengawas XYZ Dengan cara membandingkan satu kegiatan (program) dengan seluruh kegiatan lainnya berdasarkan tingkat kegawatan dan urgensi. Keputusan sebuah kegiatan lebih utama/penting (diberikan simbol “+”) atau tidaknya (diberikan simbol “-

“) dibandingkan dengan kegiatan lain, merupakan hasil kesepakatan para stakeholder pada sesi FGD/ wawancara semi terstruktur (kualitatif) yang dipetakan ke dalam sebuah matriks (Irawan et al., 2021).

Metode Hanlon dapat membantu memecahkan masalah para pengambil keputusan pada Badan Pengawas XYZ dalam penentuan prioritas kegiatan-kegiatan (program) yang direncanakan untuk dijalankan pada program kerja tahunan yang tentunya dibatasi oleh sumber daya biaya (alokasi anggaran), waktu dan sumber daya manusia. Total keseluruhan berdasarkan hasil penjumlahan di matriks pada baris total merupakan skala prioritas, nilai besar berarti prioritas tinggi, sedangkan nilai rendah adalah prioritas rendah. Sehingga setelah total diurutkan secara descending, dapat memperlihatkan kegiatan (program) mana yang menjadi prioritas utama untuk dijalankan. Terdapat 9 (sembilan) usulan rekomendasi kegiatan, dan berdasarkan hasil penerapan metode Hanlon untuk menentukan prioritas, program kerja pembuatan dokumen tata pamong dan perencanaan strategis SI menjadi hal yang utama. Selanjutnya secara berurutan diikuti program perbaikan keamanan jaringan, peningkatan pemosisian Datin ke level lebih tinggi, implementasi aplikasi kuadran 1, penambahan personel IT, implementasi aplikasi kuadran 2, implementasi aplikasi kuadran 3. Sedangkan peningkatan skalabilitas komputasi menjadi program kerja prioritas terakhir (Irawan et al., 2021).

Berikut penjelasan dari tahapan penelitian yang dilakukan (Irawan et al., 2021):

a. Definisi masalah

Tahapan ini bertujuan untuk mengumpulkan latar belakang dan menjelaskan permasalahan yang dialami oleh Badan Pengawas XYZ dalam konteks yang terkait dengan prioritas pengembangan perangkat lunak.

b. Studi Pustaka penelitian.

Tahapan ini bertujuan untuk mengumpulkan informasi yang terkait dengan metode dan teknik yang paling tepat untuk melakukan pengumpulan data: jenis dokumen yang harus dianalisis, bentuk wawancara, bentuk focus group discussion, dan stakeholder yang harus disertakan dalam penelitian.

c. Pengumpulan data

Tahapan ini diawali dengan langkah-langkah berikut:

- 1) Pertama berupa analisis dokumen resmi yang menjadi acuan dasar dalam pelaksanaan tugas Badan Pengawas XYZ. Pelayanan apa yang harus diberikan, Apa yang menjadi Key Performance Index (KPI) utama dan kaitannya dengan sistem informasi/aplikasi yang mendukung fungsi layanan tersebut.
- 2) Langkah kedua berupa penentuan dan pelaksanaan wawancara semi-terstruktur dengan para stakeholder untuk mendapatkan masukan dari sudut pandang individual/group terhadap tingkat urgensi sebuah sistem informasi/aplikasi.
- 3) Langkah ketiga berupa Focus Group Discussion (FGD) yang dimoderatori oleh peneliti dengan menyertakan para stakeholder yang terkait. Tujuannya adalah peneliti dapat menyampaikan sebuah tema diskusi yang sudah terfokus (hasil dari kompilasi dua langkah sebelumnya), untuk kemudian

diberikan tanggapan, perbaikan, persetujuan, sanggahan oleh para stakeholder. Output dari langkah ini adalah daftar goal yang perlu dicapai dan sistem informasi / aplikasi yang terkait.

4) Peneliti kemudian mengolah data yang ada dalam format matriks Hanlon Kualitatif

Proses pengisian matriks Hanlon menyertakan para stakeholder terkait dalam sesi FGD kedua yang disetujui bersama.

5) Peneliti kemudian melakukan interpretasi akhir terhadap matriks Hanlon yang terbentuk untuk kemudian disusun menjadi sebuah daftar prioritas pengembangan sistem informasi/ aplikasi pada Badan Pengawas XYZ.

## **5. Metode Baylon Dan Maglaya**

Menurut Bailon dan Maglaya (1989) keluarga merupakan dua atau lebih individu yang tergabung karena hubungan darah, perkawinan dan adposi, dalam satu rumah tangga berinteraksi satu dengan lainnya dalam peran dan menciptakan serta mempertahankan suatu kesehatan keluarga.

Perawatan kesehatan keluarga adalah perawatan kesehatan yang ditujukan atau dipusatkan pada keluarga sebagai unit atau satu kesatuan yang dirawat, dengan sehat sebagai tujuannya yang dilakukan oleh perawat professional dengan proses keperawatan keluarga. Proses keperawatan keluarga mengikuti pola keperawatan secara umum yang terdiri dari pengkajian, perencanaan, intervensi dan implementasi serta evaluasi.

Seperti pada proses keperawatan pada umumnya pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan

yang terdiri dari wawancara, pengamatan, studi dokumentasi, dan pemeriksaan fisik. Setelah melakukan pengkajian tahap selanjutnya perawat melakukan perumusan masalah atau diagnose.

Diagnosa keperawatan terbagi menjadi aktual (terjadi deficit atau gangguan kesehatan), risiko (ancaman kesehatan) dan potensial/wallness (keadaan sejahtera). Selanjutnya menentukan prioritas diagnosa yang ditemukan. Untuk menentukan prioritas diagnosa menggunakan skala (Baylon dan Maglaya).

No	Kriteria	Bobot	N
1.	Sifat masalah – Tidak / kurang sehat – Ancaman kesehatan – Keadaan sejahtera	2 2 1	
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah – Mudah – Sebagian – Tidak dapat	2 1 0	
3.	Potensi masalah untuk dicegah – Tinggi – Cukup – Rendah	3 2 1	
4.	Menonjolnya masalah – Masalah berta harus segera ditangani – Ada masalah tetapi tidak perlu segera ditangani	2 1	

	– Masalah tidak dirasakan	0	
--	---------------------------	---	--

Dengan metode sebagai berikut

1. Tentukan skor untuk tiap kriteria
2. Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot
3. Jumlahkan skor untuk semua kriteria
4. Skor tertinggi adalah 5, dan sama untuk seluruh bobot.

**Kriteria I (sifat masalah)**

- a. Kurang / tidak sehat
  - Keadaan sakit (sesudah atau sebelum didiagnosa)
  - Gagal dalam pertumbuhan dan perkembangan yang tidak sesuai dengan pertumbuhan normal.
- b. Ancaman kesehatan
  - Penyakit keturunan, seperti asma, DM, dll
  - Anggota keluarga ada yang menderita penyakit menular, seperti TBC, gonore, hepatitis, dll
  - Jumlah anggota terlalu besar dan tidak sesuai dengan kemampuan sumber daya keluarga
  - Keadaan yang menimbulkan sters (hubungan keluarga tidak harmonis, hubungan orang tua dan anak yang tegang, orang tua yang tidak dewasa)
  - Sanitasi lingkungan yang buruk
  - Kebiasaan yang merugikan kesehatan (merokok, minuman keras, dll)
  - Riwayat persalinan sulit
  - Imunisasi anak yang tidak lengkap
- c. Situasi krisis
  - Perkawinan

- Kehamilan
- Persalinan
- Masa nifas
- Penambahan anggota keluarga (bayi)
- Dll

**Kriteria II (kemungkinan masalah dapat diubah)**

- Pengetahuan yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah.
- Sumber daya keluarga dalam bentuk fisik, keuangan dan tenaga.
- Sumber daya perawat dalam bentuk pengetahuan, keterampilan, dan waktu.
- Sumber daya masyarakat dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat dan sokongan masyarakat.

**Kriteria III (potensi masalah dapat dicegah)**

- Kepelikan dari masalah yang berhubungan dengan penyakit/masalah.
- Lamanya masalah yang berhubungan dengan jangka waktu masalah itu ada.
- Tindakan yang sedang dijalankan adalah tindakan-tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah.
- Adanya kelompok “High Risk: atau kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah.

**Kriteria IV (menonjolnya masalah): perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga melihat masalah kesehatan tersebut.**

Skoring:

- Tentukan skor untuk setiap kriteria
- Skor dibagi dengan makna tertinggi dan dikali kan dengan bobot

$$\frac{\text{Skore X Bobot}}{\text{Angka tertinggi}}$$

- Jumlahkan skor untuk semua kriteria

### C. Rangkuman

#### **Metode Delphi:**

Delphi merupakan teknik memprioritaskan masalah secara non scoring yang melibatkan para ahli untuk dimintai ide dan solusi pemecahan masalah.

#### **Metode Delbecg**

Penetapan prioritas masalah dilakukan melalui kesepakatan sekelompok orang yang tidak sama keahliannya. Pada metode ini diprioritaskan masalah dilakukan dengan memberikan bobot (yang merupakan nilai maksimum dan berkisar antara 0 sampai 5) (Sekarwati, 2021).

#### **Metode Hanlon Kuantitatif:**

1. Identifikasi faktor-faktor luar yang dapat diikutsertakan dalam proses penentuan masalah.
2. Mengelompokkan faktor-faktor yang ada dan memberikan bobot kepada kelompok faktor tersebut.
3. Memungkinkan anggota untuk mengubah faktor dan nilai sesuai dengan kebutuhannya.

#### **Metode Hanlon Kualitatif:**

1. Prinsip dengan matching
2. Kriteria yang dipakai :

a. Mendesak (urgency)

Pertimbangan ini dari aspek waktu, masih dapat ditunda atau harus segera ditanggulangi. Semakin pendek tegang waktunya semakin mendesak untuk ditanggulangi.

b. Kegawatan (seriousness)

Besarnya akibat atau kerugian yang dinyatakan dalam besaran kuantitatif berupa rupiah, orang, dll.

c. Perkembangan (growth)

Kecenderungan atau perkembangan akibat dari suatu permasalahan. Semakin berkembang masalah semakin diprioritaskan

**Metode Baylon Dan Maglaya**

Diagnosa keperawatan terbagi menjadi aktual (terjadi deficit atau gangguan kesehatan), risiko (ancaman kesehatan) dan potensial/wallness (keadaan sejahtera). Selanjutnya menentukan prioritas diagnosa yang ditemukan. Untuk menentukan prioritas diagnosa menggunakan skala (Baylon dan Maglaya).

**D. Tugas**

**E. Referensi APA syle**

Irawan, H., Irawan, I., & Christian, J. (2021). *Penerapan Metode Hanlon Dalam Memprioritaskan Pengembangan Aplikasi Sistem Informasi Studi Kasus: Badan Pengawas Xyz*. *Idealis : Indonesia Journal Information System*, 4(1), 47–54. <https://doi.org/10.36080/Idealis.V4i1.2814>

- Kaminto, E. R., Jessica, M., Irawan, C., & Drew, C. (2023). *Laporan Kegiatan Diagnosis Komunitas Dalam Upaya Menurunkan Angka Kasus Anemia Pada Ibu Hamil Di Wilayah Kerja Puskesmas Teluknaga, Kecamatan Teluknaga, Kabupaten Tangerang, Provinsi Banten Periode: 8 Februari 2023 – 8 Maret 2023*. 3(4).
- Pengampu, D., & Temesvari, N. A. (2018). *Modul Perencanaan Dan Evaluasi Kesehatan (Kode: Kms 234)*.
- Sekarwati, N. (2021). *Identifikasi Prioritas Masalah Kesehatan Dengan Metode Delbecq Di Dusun Morobangun Jogotirto Berbah Sleman*.
- Suryadiraja, A., Winarno, W. W., & Hantono, B. S. (2013). *Perancangan Model Kelembagaan, Peran Dan Kompetensi Chief Information Officer (Cio) Rumah Sakit Studi Kasus : Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang. Jurnal Teknologi, 6*.

## BIOGRAFI PENULIS



Seri Wahyuni, SST., M.Kes

Lahir di Sampit, 19 Oktober 1980. Menamatkan pendidikan Dasar (SD) pada tahun 1993 di Sekolah Dasar Mentawa Baru Ketapang 1 Sampit, melanjutkan pendidikan ke SMP Negeri 2 Sampit dan lulus tahun 1996, Kemudian melanjutkan ke SMA Negeri 1 Sampit, dan lulus pada tahun 1999. Pada Tahun 2002 mendapat gelar Amd.Keb dari Politeknik Kesehatan Palangka Raya. Pada tahun 2006 penulis mendapatkan gelar Sarjana Sains Terapan (DIV Kebidanan) dari Politeknik Kesehatan Bandung dan penulis melanjutkan Kuliah di Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat (Peminatan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)) di Universitas Diponegoro Semarang. Tahun 2014, penulis secara resmi mendapatkan gelar M.Kes. Saat ini penulis bekerja di Poltekkes Kemenkes Palangka Raya menjadi dosen Prodi D.III Kebidanan dan sebagai Kepala Program Studi D.III Kebidanan sejak 2022-2026. Selain itu, Penulis juga sebagai reviewer Jurnal Sport and Science and Health Universitas Negeri Malang Tahun 2020. Selain dalam bidang pendidikan dan pengajaran penulis juga terlibat dalam kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Penulis sudah mempunyai buku ajar Obstetri tahun 2019 yang diterbitkan oleh Wineka Media dan Buku Pelayanan KB yang diterbitkan oleh UNISMA Tahun 2022, Buku Ajar KDKK yang diterbitkan oleh CV. Media Sains Indonesia, Buku Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana tahun 2023 yang diterbitkan oleh Zahir Publishing.

Email Penulis: [adilahidayat@gmail.com](mailto:adilahidayat@gmail.com)

Domas Nurchandra Pramudianti., lahir di Kota Magelang Jawa Tengah pada Tanggal 23 Februari 1989. Jenjang Pendidikan D3 Kebidanan ditempuh di Poltekkes Kemenkes Surakarta, lulus tahun 2010. Pendidikan D4 Kebidanan, lulus tahun 2011 di Poltekkes Kemenkes Semarang. Pendidikan S2 Kebidanan, lulus tahun 2017 di Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta. Saat ini menjabat sebagai Dosen di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Surabaya. Buku yang sudah di terbitkan dengan judul Meningkatkan Parenting Self-Efficacy pada Periode Awal Masa Nifas. Jika ingin berdiskusi dengan penulis dapat menghubungi alamat email: [domaschandra89@gmail.com](mailto:domaschandra89@gmail.com)/[domaschandra@poltekkesdepkes-sby.ac.id](mailto:domaschandra@poltekkesdepkes-sby.ac.id) dan nomor WhatsApp 085292797580.

Nama : Gangsar indah lestari , Bd S.SiT, SPd, M.Kes

Tempat tanggal lahir : cempaka baru, 15 Desember 1974

Riwayat Pendidikan :

No	Pendidikan	Tahun lulus	Akademi/universitas
1	SPK Depkes Metro	1994	SPK Depkes Metro
2	PBBA SPK Depkes Metro	1995	SPK Depkes Metro
3	Akademi kebidanan Cipto Mangnkusumo Jakarta	2000	AKBID Cipto Mangunkusumo Jakarta
4	Sarjana Pendidikan	2004	Universitas muhamadiyah Metro
5	D IV Bidan Pendidik	2011	Poltekkes Tanjungkarang
6	Magister Kesehatan	2014	Universitas Mitra Lampung
7	Pendidikan profesi kebidanan	2022	STIKES Abdi Nusantara Jakarta

Riwayat Pekerjaan :

No	Institusi	Periode	Keterangan
----	-----------	---------	------------

1	PKM Sukaraja Nuban Lampung	1995 - 1998	Bidan PTT
2	Akademi kebidanan Metro	2000 - 2005	Clinical instruktur
3	Poltekkes Tanjungkarang	2005 sd sekarang	Dosen



**Yoga Tri**  
**Wijayanti,S.Tr.Keb,SKM,MKM**

Lahir di Kalirejo, Lampung Tengah pada tanggal 14 Mei 1980.

Penulis merupakan lulusan Program Studi D-III Kebidanan di Politeknik Kesehatan Tanjungkarang pada tahun 2001, kemudian melanjutkan Pendidikan S1 Kesehatan Reproduksi Universitas Indonesia lulus 2005, kemudian meneruskan pendidikan Magister Kesehatan Masyarakat Peminatan Kesehatan reproduksi Universitas Indonesia Lulus Tahun 2012, dan mengikuti Program D-IV Kebidanan di Universitas ‘Aisyiyah Pringsewu dan lulus pada tahun 2022. Saat ini, penulis merupakan Dosen tetap pada Prodi D-III Kebidanan Metro Poltekkes Tanjungkarang.



Isna Hudaya, S.SiT.M.Biomed, Lahir di Samarinda pada tanggal 15 mei 1987. Pada tahun 2008 menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di Mitra Husada Karangayar. Pada tahun 2009 menyelesaikan pendidikan D4 Kebidanan di Ngudi Waluyo Ungaran. Pada tahun 2015 menyelesaikan pendidikan S2 Magister Biomedik di Fakultas Kedokteran, Universitas Islam Sultan Agung Semarang dan saat ini masih menjadi staf pengajar di Prodi Sarjana dan Profesi Bidan, Fakultas kedokteran, Universitas Islam Sultan Agung.

Penulis mengampu mata kuliah asuhan kebidanan komunitas dan kesehatan masyarakat. Semoga Buku asuhan komunitas ini bermanfaat bagi dosen dan mahasiswa kebidanan dalam melaksanakan proses pembelajaran.



Deasy Irawati S.ST., M.Keb , lahir di Jombang 8 Desember 1979. Riwayat pendidikan: menyelesaikan Diploma III Kebidanan Siti Khodijah Sepanjang (2001), DIV Bidan Pendidik Universitas Padjadjaran Bandung (2007), Magister Kebidanan Universitas Brawijaya Malang (2016). Riwayat pekerjaan : bidan di RSIA Jasem tahun 2021 sd 2022, Staf pengajar di Prodi D3 Kebidanan Bangkalan Poltekkes Kemenkes Surabaya tahun 2022 sampai dengan sekarang.