

EDITOR

Arsulfa, S.Si.T., M.Keb

Aswita, S.Si.T., M.P.H



ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Ivana Devitasari

Aldina Ayunda Insani

Rizki Muji Lestari

Lina Astuty

Irma Hamdayani Pasaribu

Arantika Meidya Pratiwi

Siti Khotimah

Diah Eka Nugraheni

Ririn Wahyu Hidayati

Meyska Widyandini

Christina Pernatun Kismoyo

Nita Kusuma

Mutia Felina

Lilis Suryani

Yeltra Armi



ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Buku Asuhan Kebidanan Komunitas yang berada di tangan pembaca ini terdiri dari 15 Bab, yaitu :

Bab 1. Konsep Pelayanan Kebidanan Komunitas

Bab 2. Komunitas dan Budaya

Bab 3. Permasalahan Kesehatan Reproduksi dan Pelayanan Kebidanan di Komunitas

Bab 4. Tugas dan Tanggung Jawab Bidan di Komunitas

Bab 5. Jejaring Kerja Bidan di Komunitas

Bab 6. Pemberdayaan Masyarakat dengan Participatory Appraisal

Bab 7. Program Kesehatan Reproduksi Komunitas dengan Pendekatan Partisipatif dan PWS KIA

Bab 8. Strategi Pelayanan Kebidanan Komunitas dengan Pendekatan Analisis Situasi dan Sosial

Bab 9. Pemberdayaan Masyarakat dalam Pelayanan Kebidanan Komunitas

Bab 10. Asuhan Antenatal di Komunitas

Bab 11. Asuhan Intranatal di Komunitas

Bab 12. Asuhan Postnatal, Bayi dan Balita di Komunitas

Bab 13. Asuhan Kontrasepsi dan Lansia di Komunitas

Bab 14. Advokasi, Negosiasi dan Membangun Kemitraan di Komunitas

Bab 15. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Komunitas



eureka

media aksara

Anggota IKAPI

No. 225/JTE/2021

0858 5343 1992

eurekamediaaksara@gmail.com

Jl. Banjaran RT.20 RW.10

Bojongsari - Purbalingga 53362

ISBN 978-623-516-289-8



9 786235 162898

ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Ivana Devitasari, S.ST., M.Tr.Keb.
Aldina Ayunda Insani, S.Keb., Bd., M.Keb.
Rizki Muji Lestari, S.ST., M.Kes.
Lina Astuty, S.ST., M.K.M.
Irma Hamdayani Pasaribu, S.ST., M.Keb.
Arantika Meidya Pratiwi, S.ST., M.Kes.
Bdn. Siti Khotimah, S.ST., M.Keb.
Diah Eka Nugraheni, S.ST., M.Keb.
Ririn Wahyu Hidayati, S.ST., M.K.M.
Meyska Widyandini, S.ST., M.Tr.Keb.
Dr. Christina Pernatun Kismoyo, S.SiT., M.P.H.
Nita Kusuma, S.ST., M.Keb.
Mutia Felina, S.SiT, M.Keb.
Lilis Suryani, S.ST., M.K.M.
Yeltra Armi, S.SiT, Bd., M.Biomed.



eureka
media aksara

PENERBIT CV.EUREKA MEDIA AKSARA

ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Penulis : Ivana Devitasari, S.ST., M.Tr.Keb. | Aldina Ayunda Insani, S.Keb., Bd., M.Keb. | Rizki Muji Lestari, S.ST., M.Kes. | Lina Astuty, S.ST., M.K.M. | Irma Hamdayani Pasaribu, S.ST., M.Keb. | Arantika Meidya Pratiwi, S.ST., M.Kes. | Bdn. Siti Khotimah, S.ST., M.Keb. | Diah Eka Nugraheni, S.ST., M.Keb. | Ririn Wahyu Hidayati, S.ST., M.K.M. | Meyska Widyandini, S.ST., M.Tr.Keb. | Dr. Christina Pernatun Kismoyo, S.SiT., M.P.H. | Nita Kusuma, S.ST., M.Keb. | Mutia Felina, S.SiT., M.Keb. | Lilis Suryani, S.ST., M.K.M. | Yeltra Armi, S.SiT., Bd., M.Biomed.

Editor : Arsulfa, S.SiT., M.Keb.
Aswita, S.SiT., M.P.H.

Desain Sampul : Ardyan Arya Hayuwaskita

Tata Letak : Ayu May Lisa

ISBN : 978-623-516-289-8

Diterbitkan oleh : **EUREKA MEDIA AKSARA, AGUSTUS 2024**
ANGGOTA IKAPI JAWA TENGAH
NO. 225/JTE/2021

Redaksi:

Jalan Banjaran, Desa Banjaran RT 20 RW 10 Kecamatan Bojongsari
Kabupaten Purbalingga Telp. 0858-5343-1992

Surel : eurekamediaaksara@gmail.com

Cetakan Pertama : 2024

All right reserved

Hak Cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun dan dengan cara apapun, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan teknik perekaman lainnya tanpa seizin tertulis dari penerbit.

PRAKATA

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas selesainya penulisan buku “Asuhan Kebidanan Komunitas” dengan baik dan bersungguh-sungguh. Buku ini merupakan hasil kerjasama dari semua pihak yang memberikan dukungan berupa moril maupun materi sehingga buku ini dapat terselesaikan.

Asuhan kebidanan komunitas adalah layanan kebidanan yang diberikan kepada individu, keluarga, dan kelompok dalam masyarakat untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak, mencegah penyakit, serta memberikan perawatan yang komprehensif selama kehamilan, persalinan, masa nifas, bayi, balita, dan pelayanan keluarga berencana. Tujuan dari asuhan kebidanan komunitas adalah untuk memastikan bahwa setiap ibu dan anak mendapatkan perawatan yang aman, efektif, dan berkualitas dengan pendekatan yang berpusat pada komunitas.

Buku ini berupaya menyajikan pembahasan yang sistematis tentang Asuhan Kebidanan Komunitas untuk memudahkan para pembaca dalam memahami setiap materi.

- Bab 1. Konsep Pelayanan Kebidanan Komunitas
- Bab 2. Komunitas dan Budaya
- Bab 3. Permasalahan Kesehatan Reproduksi dan Pelayanan Kebidanan di Komunitas
- Bab 4. Tugas dan Tanggung Jawab Bidan di Komunitas
- Bab 5. Jejaring Kerja Bidan di Komunitas
- Bab 6. Pemberdayaan Masyarakat dengan *Participatory Appraisal*
- Bab 7. Program Kesehatan Reproduksi Komunitas dengan Pendekatan Partisipatif dan PWS KIA
- Bab 8. Strategi Pelayanan Kebidanan Komunitas dengan Pendekatan Analisis Situasi dan Sosial
- Bab 9. Pemberdayaan Masyarakat dalam Pelayanan Kebidanan Komunitas
- Bab 10. Asuhan Antenatal di Komunitas
- Bab 11. Asuhan Intranatal di Komunitas
- Bab 12. Asuhan Postnatal, Bayi dan Balita di Komunitas

Bab 13. Asuhan Kontrasepsi dan Lansia di Komunitas

Bab 14. Advokasi, Negosiasi dan Membangun Kemitraan di Komunitas

Bab 15. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Komunitas

Melalui buku ini, kami berharap dapat menjadi referensi bagi setiap yang berkepentingan tentang Asuhan Kebidanan Komunitas baik dari kalangan akademisi maupun praktisi dan secara khusus bagi mahasiswa kebidanan.

Terimakasih kami ucapkan kepada semua pihak yang telah membantu terciptanya buku ini. Kritik dan saran dari kawan sejawat maupun para pembaca umum sangat kami harapkan demi kesempurnaan bahan edisi revisi berikutnya. Semoga buku ini bermanfaat bagi seluruh pembaca.

Palangka Raya, 05 Agustus 2024

Tim Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	v
BAB 1 KONSEP PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS	
Oleh : Ivana Devitasari, S.ST., M.Tr.Keb	1
A. Pendahuluan	1
B. Paradigma Kebidanan Komunitas	2
C. Pengertian Pelayanan Kebidanan Komunitas	3
D. Tujuan Pelayanan Kebidanan Komunitas.....	4
E. Sejarah Pelayanan Kebidanan Komunitas di Indonesia.....	5
F. Sasaran Pelayanan Kebidanan Komunitas.....	7
G. Prinsip Pelayanan Asuhan dan Tanggung Jawab Bidan pada Pelayanan Kebidanan Komunitas	8
H. Ruang Lingkup Pelayanan Kebidanan Komunitas....	10
I. Unsur-Unsur Pelayanan Kebidanan Komunitas	10
J. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pelayanan Kebidanan Komunitas	12
K. Bekerja dalam Pelayanan Kebidanan Komunitas	12
L. Masalah-Masalah dalam Pelayanan Kebidanan Komunitas.....	14
DAFTAR PUSTAKA	17
BAB 2 KOMUNITAS DAN BUDAYA	
Oleh : Aldina Ayunda Insani, S.Keb., Bd., M.Keb	18
A. Komunitas.....	18
B. Konsep Sosial Budaya	22
DAFTAR PUSTAKA	25
BAB 3 PERMASALAHAN KESEHATAN REPRODUKSI DAN PELAYANAN KEBIDANAN DI KOMUNITAS	
Oleh : Rizki Muji Lestari, S.ST., M.Kes.	26
A. Pendahuluan	26
B. Permasalahan Kesehatan Reproduksi di Komunitas.....	27

	C. Permasalahan Pelayanan Kebidanan di Komunitas	36
	DAFTAR PUSTAKA.....	42
BAB 4	TUGAS DAN TANGGUNG JAWAB BIDAN DI KOMUNITAS	
	Oleh : Lina Astuty, S.ST., M.K.M	43
	A. Tugas Bidan di Komunitas.....	43
	B. Tanggung Jawab Bidan	50
	DAFTAR PUSTAKA.....	55
BAB 5	JEJARING KERJA BIDAN DI KOMUNITAS	
	Oleh : Irma Hamdayani Pasaribu, S.ST., M.Keb.....	56
	A. Pendahuluan	56
	B. Konsep Dasar Jejaring di Komunitas.....	57
	C. Tujuan Jejaring Kerja di Komunitas.....	58
	D. Manfaat Jejaring Kerja di Komunitas	59
	E. Jaringan Kerja Bidan di Komunitas	59
	F. Kerja Sama Lintas Sektoral.....	60
	G. Pendekatan Terhadap Pemuka Atau Pejabat Masyarakat	62
	DAFTAR PUSTAKA.....	65
BAB 6	PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DENGAN <i>PARTICIPATORY APPRAISAL</i>	
	Oleh : Arantika Meidya Pratiwi, S.ST., M.Kes.....	66
	A. Konsep Pemberdayaan Masyarakat	66
	B. Tujuan Pemberdayaan Masyarakat	67
	C. Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan.....	69
	D. Pemberdayaan Masyarakat dengan <i>Participatory Appraisal</i>	72
	E. Macam Metode Pemberdayaan Masyarakat Lainnya	77
	DAFTAR PUSTAKA.....	80
BAB 7	PROGRAM KESEHATAN REPRODUKSI KOMUNITAS DENGAN PENDEKATAN PARTISIPATIF DAN PWS KIA	
	Oleh : Bdn. Siti Khotimah, S.ST., M.Keb.	82
	A. Pendahuluan.....	82
	B. PWS-KIA	83

	DAFTAR PUSTAKA.....	98
BAB 8	STRATEGI PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS DENGAN PENDEKATAN ANALISIS SITUASI DAN SOSIAL	
	Oleh : Diah Eka Nugraheni, S.ST., M.Keb.....	100
	A. Strategi Pelayanan Kebidanan Komunitas.....	100
	B. Analisis Situasi.....	110
	C. Analisis Sosial.....	116
	DAFTAR PUSTAKA.....	119
BAB 9	PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DALAM PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS	
	Oleh : Ririn Wahyu Hidayati, S.ST., M.K.M.....	120
	A. Latar Belakang Pemberdayaan Masyarakat.....	120
	B. Isu Pemberdayaan Masyarakat.....	121
	C. Konsep Pemberdayaan Masyarakat.....	121
	D. Prinsip Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat.....	125
	E. Tujuan Pemberdayaan Masyarakat dalam Pelayanan Kebidanan Komunitas.....	127
	F. Model dan Implementasi Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat.....	128
	DAFTAR PUSTAKA.....	131
BAB 10	ASUHAN ANTENATAL DI KOMUNITAS	
	Oleh : Meyska Widyandini, S.ST., M.Tr.Keb.	133
	A. Pendahuluan.....	133
	B. Tujuan Asuhan Antenatal.....	134
	C. Standar Asuhan Antenatal di Komunitas.....	134
	D. Standar Minimal Pelayanan Antenatal.....	138
	E. Standar Minimal Peralatan Pelayanan Antenatal di Komunitas.....	153
	F. Standar Minimal Tempat Pelayanan Antenatal di Komunitas.....	154
	G. Manajemen Asuhan Antenatal.....	156
	DAFTAR PUSTAKA.....	160

BAB 11	ASUHAN INTRANATAL DI KOMUNITAS	
	Oleh : Dr. Christina Pernetun Kismoyo, S.SiT.,	
	M.P.H.	162
	A. Pendahuluan	162
	B. Data dan Statistik Asuhan Intranatal di	
	Indonesia	163
	C. Definisi dan Konsep Asuhan Intranatal.....	165
	D. Peran Bidan Komunitas.....	167
	E. Faktor yang Mempengaruhi Asuhan Kebidanan	
	Intranatal di Komunitas	169
	F. Proses Asuhan Intranatal di Komunitas	171
	DAFTAR PUSTAKA.....	175
BAB 12	ASUHAN POST NATAL, BAYI DAN BALITA	
	DI KOMUNITAS	
	Oleh : Nita Kusuma, S.ST., M.Keb.	176
	A. Pendahuluan	176
	B. Standar Asuhan Postnatal di Komunitas	177
	C. Standar Minimal Asuhan Postnatal di	
	Komunitas	177
	D. Standart Asuhan Bayi di Komunitas	194
	E. Standart Asuhan Balita di Komunitas	199
	DAFTAR PUSTAKA.....	206
BAB 13	ASUHAN KONTRASEPSI DAN LANSIA DI	
	KOMUNITAS	
	Oleh : Mutia Felina, S.SiT, M.Keb.....	207
	A. Pendahuluan	207
	B. Pelayanan Kontrasepsi di Komunitas	209
	C. Asuhan Lanjut Usia (Lansia) di Komunitas	213
	DAFTAR PUSTAKA.....	218
BAB 14	ADVOKASI, NEGOSIASI DAN MEMBANGUN	
	KEMITRAAN DI KOMUNITAS	
	Oleh : Lilis Suryani, S.ST., M.K.M.	219
	A. Pendahuluan	219
	B. Advokasi.....	220
	C. Negosiasi	224
	D. Kemitraan	226
	E. Pemberdayaan Masyarakat.....	228

DAFTAR PUSTAKA.....	234
BAB 15 DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS	
Oleh : Yeltra Armi, S.SiT, Bd., M.Biomed.	235
A. Pendahuluan	235
B. Konsep Dasar Dokumentasi.....	236
C. Asuhan Kebidanan Komunitas.....	240
D. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan di Komunitas.....	242
E. Proses Manajemen Kebidanan Menurut Helen Varney	246
F. Konsep Manajemen Kebidanan dengan Pendekatan SOAP.....	247
DAFTAR PUSTAKA.....	249
TENTANG PENULIS	250



ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Ivana Devitasari, S.ST., M.Tr.Keb.
Aldina Ayunda Insani, S.Keb., Bd., M.Keb.
Rizki Muji Lestari, S.ST., M.Kes.
Lina Astuty, S.ST., M.K.M.
Irma Hamdayani Pasaribu, S.ST., M.Keb.
Arantika Meidya Pratiwi, S.ST., M.Kes.
Bdn. Siti Khotimah, S.ST., M.Keb.
Diah Eka Nugraheni, S.ST., M.Keb.
Ririn Wahyu Hidayati, S.ST., M.K.M.
Meyska Widyandini, S.ST., M.Tr.Keb.
Dr. Christina Pernatun Kismoyo, S.SiT., M.P.H.
Nita Kusuma, S.ST., M.Keb.
Mutia Felina, S.SiT, M.Keb.
Lilis Suryani, S.ST., M.K.M.
Yeltra Armi, S.SiT, Bd., M.Biomed.



BAB

1

KONSEP PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Ivana Devitasari, S.ST., M.Tr.Keb.

A. Pendahuluan

Kesehatan ibu dan anak merupakan indikator penting dalam menilai kualitas pelayanan kesehatan di suatu negara. Layanan kebidanan yang efektif dan aksesibel sangat berperan dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi serta meningkatkan kesejahteraan mereka. Namun, banyak komunitas, terutama yang berada di daerah terpencil atau miskin, masih menghadapi tantangan dalam mengakses layanan kesehatan yang memadai.

Di sinilah Konsep Pelayanan Kebidanan Komunitas menjadi sangat relevan. Pendekatan ini menekankan pada pemberian layanan yang berbasis pada kebutuhan spesifik dari komunitas, dengan mengintegrasikan layanan kesehatan ke dalam konteks sosial dan budaya tertentu. Dengan kata lain, pelayanan kebidanan komunitas adalah tentang membawa perawatan yang diperlukan langsung ke pintu-pintu masyarakat yang membutuhkannya, bukan sekadar menunggu mereka datang ke fasilitas kesehatan.

Pelayanan kebidanan komunitas adalah pendekatan yang esensial untuk memastikan bahwa setiap ibu dan anak menerima perawatan yang mereka butuhkan, terlepas dari tempat tinggal atau kondisi sosial-ekonomi mereka. Dengan fokus pada pemberdayaan komunitas dan penyesuaian layanan kesehatan dengan kebutuhan lokal, pendekatan ini dapat memainkan peran penting dalam meningkatkan kesehatan ibu

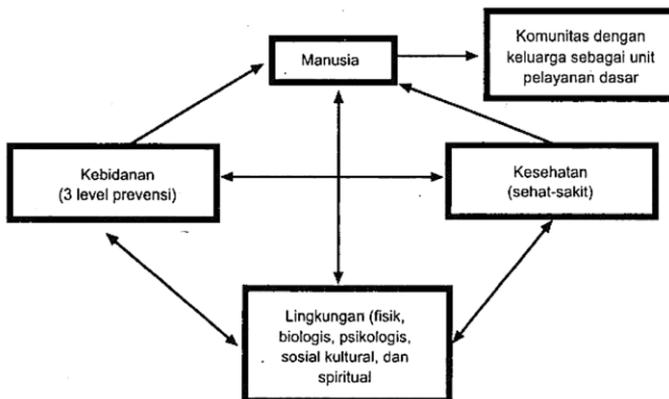
dan anak serta mencapai kesetaraan dalam akses ke layanan kesehatan. Pelayanan kebidanan komunitas bukan hanya tentang mengatasi masalah kesehatan yang ada, tetapi juga tentang membangun fondasi untuk kesehatan dan kesejahteraan jangka panjang bagi masyarakat di seluruh dunia.

B. Paradigma Kebidanan Komunitas

Kebidanan komunitas berdasarkan pada asumsi berikut ini.

1. Sistem pelayanan kebidanan komunitas bersifat kompleks.
2. Pelayanan kebidanan komunitas berupa pelayan primer, sekunder, dan tersier.
3. Pelayanan kebidanan komunitas merupakan subsistem pelayanan kesehatan mencakup pendidikan dan penelitian.
4. Pelayanan kebidanan komunitas memiliki fokus utama pelayanan kesehatan primer.

Berdasarkan asumsi tersebut dapat dikembangkan menjadi falsafah atau paradigma kebidanan komunitas yang akan menjadi landasan praktik kebidanan komunitas yang terdiri dari empat komponen dasar yaitu kebidanan, manusia, lingkungan, dan kesehatan.



Gambar 1.1 Paradigma Kebidanan Komunitas

1. Manusia. Dalam komunitas manusia sebagai klien dari sekumpulan individu yang berada pada batas lokasi geografis tertentu yang memiliki nilai-nilai, keyakinan, minat yang relatif sama, dan ada interaksi satu sama lain untuk mencapai tujuan.
2. Kesehatan. Salah satu output dari kebutuhan dasar klien/komunitas adalah sehat dalam kondisi yang terbebas dari berbagai gangguan kesehatan.
3. Lingkungan. Termasuk didalamnya adalah faktor internal dan eksternal yang bersifat biologis, psikologis, sosial kultural, dan spiritual.
4. Kebidanan. Pelayanan kebidanan komunitas yang bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan sesuai masalah yang dihadapi di dalam komunitas (Syarifudin dan Hamidah, 2009).

C. Pengertian Pelayanan Kebidanan Komunitas

Kebidanan/Midwifery adalah satu bidang keilmuan yang mempelajari tentang persiapan kehamilan, pelayanan masa kehamilan, pertolongan persalinan, perawatan masa nifas, dan menyusui, perawatan pada bayi baru lahir dan balita, pelayanan masa interval dan pengaturan kesuburan, klimakterium dan menopause, dan pelayanan dalam fungsi reproduksi manusia, serta memberikan bantuan/dukungan pada perempuan, keluarga dan komunitasnya (Rahayu, 2018).

Komunitas merupakan kelompok sosial yang berada di suatu lokasi atau daerah tertentu yang terbentuk berdasarkan lokalitas. Komunitas adalah kelompok suatu unit sosial yang telah terorganisasi untuk kepentingan bersama (*communities of common interest*), baik yang bersifat fungsional maupun yang mempunyai teritorial (Parwati, 2023).

Kebidanan komunitas adalah unit pelayanan kebidanan yang profesional untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat dengan prioritas pada kelompok risiko tinggi meliputi faktor lingkungan, fisik, biologis, psikologis, sosial, kultural dan spiritual kepada masyarakat dengan upaya

mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui strategi pencegahan, peningkatan, pemeliharaan kesehatan, dan evaluasi pelayanan kebidanan (Casnuri, 2022).

Pelayanan kebidanan komunitas adalah pelayanan yang dilakukan oleh bidan dalam pemecahan masalah kesehatan ibu dan anak balita dalam keluarga dan masyarakat melalui interaksi yang dilakukan oleh bidan dan pasien untuk menyelamatkan pasien dari masalah kesehatan.

Pelayanan kebidanan komunitas yang diberikan bidan tentunya bekerjasama dengan mitra/tim/lintas sektor terkait dalam upaya pemeliharaan kesehatan, peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, mendeteksi dini masalah kesehatan, penyembuhan serta pemulihan kesehatan dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan (Casnuri, 2022).

D. Tujuan Pelayanan Kebidanan Komunitas

Tujuan pelayanan kebidanan komunitas adalah meningkatkan kesejahteraan masyarakat, khususnya kesehatan perempuan atau ibu, bayi, dan balita di dalam keluarga agar terwujudnya keluarga yang sehat dan sejahtera dalam komunitas tertentu. Tujuan pelayanan kebidanan komunitas terdiri dari :

1. Tujuan Umum

- a. Mewujudkan keluarga sehat dan sejahtera dalam komunitas tertentu dengan prioritas meningkatkan kesehatan ibu dan anak, balita di dalam keluarga.
- b. Mewujudkan derajat kesehatan yang optimal dengan membantu masyarakat meningkatkan kemandirian dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami keluarga (Parwati, 2023).

2. Tujuan Khusus

- a. Menjalankan tanggung jawab bidan agar terwujudnya peningkatan cakupan pelayanan kebidanan komunitas sesuai.

- b. Meningkatkan mutu pelayanan pada masa kehamilan, pertolongan persalinan, perawatan masa nifas, dan menyusui, perawatan pada bayi baru lahir dan balita, pelayanan masa interval dan pengaturan kesuburan, klimakterium dan menopause, dan pelayanan dalam fungsi reproduksi manusia, serta memberikan bantuan/dukungan pada perempuan, keluarga dan komunitasnya secara terpadu.
- c. Membantu menurunkan jumlah kasus-kasus yang berkaitan dengan risiko kehamilan, persalinan dan perinatal dengan menerapkan mutu pelayanan di komunitas tertentu.
- d. Mendukung program pemerintah dengan bekerjasama dengan berbagai lintas sektor terkait untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas ibu, bayi dan anak.
- e. Membangun kerjasama jaringan kerja dengan fasilitas rujukan dan tokoh masyarakat setempat atau unsur terkait lainnya (Cholifah, Siti, 2019).

E. Sejarah Pelayanan Kebidanan Komunitas di Indonesia

Indonesia pada tahun 1807 di bawah Pemerintahan Hindia Belanda pertolongan persalinan semua dilakukan oleh dukun, akhirnya pada tahun 1849 dibuka pendidikan kedokteran jawa yang bernama STOVIA (*School Tot Opleiding Van Indische Artsen*) yang berada di Batavia (rumah sakit militer belanda yang sekarang bernama RSPAD Gatot Subroto). Kemudian pada tahun 1851 dr. W. Rosch membuka pendidikan bidan bagi wanita pribumi di Batavia untuk memberikan pelayanan di rumah sakit yang bersifat klinis. Melihat perkembangan pendidikan bidan yang telah berjalan pada tahun 1852 pendidikan formal sekolah bidan menjadi 4 tahun untuk memfokuskan pada kualitas pertolongan persalinan dan dapat bertugas secara mandiri di biro konsultasi, sehingga bidan mampu mengimplementasikan konsep pelayanan kebidanan komunitas.

Yogyakarta pada tahun 1953 mulai diadakan Kursus Tambahan Bidan (KTB) yang dikembangkan oleh beberapa daerah lain. Sehingga dibukalah Balai Kesehatan Ibu Dan Anak (BKIA) bagi bidan untuk memberikan pendidikan kesehatan, asuhan prakonsepsi, perencanaan kehamilan, pelayanan kunjungan rumah berupa pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, perawatan nifas, pemeriksaan dan imunisasi bayi, balita, dan remaja, penyuluhan gizi, pemberdayaan masyarakat, sekaligus pemberian makanan tambahan bagi ibu dan anak di tingkat kecamatan. Tugas bidan dalam memberikan pelayanan ibu dan anak mendapatkan pengakuan secara formal menjadi bidan koordinator yang secara struktural tercatat pada jenjang inspektorat kesehatan yang dimulai dari tingkat I Propinsi sampai dengan II Kabupaten.

Pada tahun 1967 KTB ditutup dan pelayanan BKIA menjadi bagian dari pelayanan Puskesmas yang menyebabkan peran bidan menyusut di masyarakat. Pada dasarnya peran bidan di Puskesmas tetap sama yakni memberikan pelayanan KIA dan KB namun hanya sebagai pelaksana pelayanan saja bukan sebagai perencana dan pengambilan keputusan di masyarakat, sehingga pada akhirnya peran bidan menjadi hilang dalam keterampilannya sebagai penggerak kesejahteraan kesehatan masyarakat (Dwi Wahyuni, 2018).

Pada tahun 1978 di Alma Atta diadakan konferensi internasional yang membahas tentang pelayanan kesehatan dan *Primary Health Care* (PHC) yang telah dicanangkan oleh WHO. Pertemuan tersebut menyatakan kunci utama terwujudnya sehat untuk semua pada tahun 2000 adalah PHC. Kesepakatan deklarasi Alma Atta menyatakan bahwa keberadaan Puskesmas merupakan perwujudan dari pelaksanaan PHC sehingga dengan terbentuknya Puskesmas akan memberikan pelayanan yang terintegrasi pada kesehatan ibu dan anak (Rahayu, 2018).

Pada tahun 1990-1996 terlaksananya konsep bidan desa untuk mengatasi tingginya angka kematian ibu. Program pendidikan bidan secara massal dilakukan oleh Pemerintah (BKKBN) dengan program Sekolah Perawat Kesehatan (SPK)

selama 1 tahun dari lulusan SMP dan ditambah 3 tahun pendidikan untuk menjadi Bidan Di Desa (BDD) sebagai penggerak masyarakat. Pada tahun 1996 Gerakan Sayang Ibu (GSI) diprakarsai oleh Kantor Menteri Pemberdayaan Perempuan menerapkan inisiatif *safe motherhood* yang bertujuan meningkatkan partisipasi masyarakat dalam menurunkan AKI. Ikatan Bidan Indonesia (IBI) pada tahun yang sama 1996 melakukan advokasi pada Pemerintah agar mewujudkan Program Pendidikan Diploma Tiga Kebidanan untuk membantu bidan lebih banyak mendapatkan materi dan bekal menjadi salah satu agen pembaharu di masyarakat (Dwi Wahyuni, 2018). Tingkat pendidikan kebidanan terus berlangsung hingga sekarang dari jenjang Program Pendidikan Diploma Tiga Kebidanan (A.Md.Keb), Diploma Empat Kebidanan (S.ST/S.Tr.Keb), Sarjana Kebidanan (S.Keb), Profesi Bidan (Bd/Bdn), dan pendidikan tertinggi Magister Kebidanan/S2 (M.Keb/M.Tr.Keb) yang dimulai sejak tahun 2006 di Universitas Padjadjaran (Wahyuni, Seri, 2023).

F. Sasaran Pelayanan Kebidanan Komunitas

Sasaran kebidanan komunitas adalah komuniti. Komuniti terdiri dari beberapa kumpulan individu yang membentuk keluarga atau kelompok masyarakat. Ciri - ciri komunitas adalah sebagai berikut:

1. Memiliki kesatuan wilayah;
2. Kesamaan dan kesatuan adat istiadat;
3. Memiliki rasa identitas komunitas;
4. Loyalitas terhadap komunitas.

Sasaran kebidanan komunitas adalah individu, keluarga, dan kelompok masyarakat. Sasaran utamanya adalah ibu dan anak dalam keluarga:

1. Ibu: masa pra konsepsi, perencanaan kehamilan, kehamilan, persalinan, pasca salin dan menyusui, keluarga berencana, masa interval, dan menopause.
2. Anak: meningkatkan kesehatan janin dalam kandungan, bayi, balita, dan anak pra sekolah

3. Keluarga: *nuclear family* (suami, anak) dan *extended family* (keluarga besar, kakek, nenek)
4. Kelompok penduduk: kelompok penduduk daerah kumuh, daerah terisolasi, daerah yang tidak terjangkau
5. Masyarakat: masyarakat desa, kelurahan, dalam batas wilayah kerja (Wahyuni, Seri, 2023).

G. Prinsip Pelayanan Asuhan dan Tanggung Jawab Bidan pada Pelayanan Kebidanan Komunitas

Prinsip pelayanan asuhan kebidanan komunitas adalah sebagai berikut:

1. Kebidanan komunitas memiliki sifat multi disiplin yang meliputi ilmu kesehatan masyarakat, kedokteran, sosial, psikologi, ilmu kebidanan, dan lain sebagainya yang mendukung peran bidan di komunitas.
2. Dalam pelayanan kebidanan komunitas bidan tetap berpedoman pada etika profesi kebidanan yang menjunjung tinggi harkat dan martabat kemanusiaan klien
3. Dalam pelayanan kebidanan komunitas bidan senantiasa memperhatikan dan memberi penghargaan terhadap nilai - nilai yg berlaku di masyarakat, sepanjang tidak merugikan dan tidak bertentangan dengan prinsip kesehatan (Runjati, 2020).

Tanggung jawab bidan pada pelayanan kebidanan komunitas adalah kemampuan memberikan penyuluhan dan pelayanan individu, keluarga, dan masyarakat. Kemampuan tersebut untuk menilai tradisi yang baik dan membahayakan, budaya yang sensitif gender dan tidak, nilai-nilai masyarakat yang adil gender dan tidak, dan hukum serta norma yang ternyata masih melanggar hak asasi manusia. Selain itu, bidan harus mampu bertindak profesional dalam bentuk:

1. Memisahkan antara nilai-nilai dan keyakinan pribadi dengan tugas kemanusiaan sebagai bidan
2. Bersikap tidak menghakimi, tidak membeda-bedakan, dan memenuhi standar prosedur kepada semua klien baik itu perempuan, laki-laki, maupun transgender (Dwi Wahyuni, 2018).

Bidan dalam tanggung jawabnya berperan sebagai pendidik di masyarakat, berikut penjelasan tanggung jawab bidan di komunitas:

1. Bertanggung jawab terhadap kesehatan ibu dan anak di keluarga maupun masyarakat.
2. Bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan kebidanan sesuai dengan kompetensi serta wewenang.
3. 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.
4. Bertanggung jawab untuk melaksanakan kegiatan di Puskesmas sesuai urutan prioritas masalah berdasarkan wewenang bidan.
5. Bertanggung jawab memberikan pendidikan mengenai reproduksi remaja seperti pernikahan dini, kehamilan dini, aborsi, pergaulan bebas, kesehatan pada remaja, dan lainnya.
6. Bertanggung jawab untuk menurunkan morbiditas serta mortalitas ibu dan anak.
7. Bertanggung jawab untuk mengkampanyekan, meningkatkan, dan membina masyarakat untuk hidup sehat.
8. Bertanggung jawab untuk melakukan promosi, pencegahan dan pengendalian penyakit pada ibu dan anak (Wahyuni, Seri, 2023).

H. Ruang Lingkup Pelayanan Kebidanan Komunitas

Ruang lingkup pelayanan kebidanan komunitas, meliputi:

1. Upaya promotif (Peningkatan kesehatan) asuhannya yang diberikan seperti pemeriksaan kehamilan di tenaga kesehatan dan pemantauan tumbuh kembang bayi dan balita di posyandu.
2. Upaya preventif (Pencegahan penyakit) asuhannya yang diberikan seperti pemberian imunisasi pada bayi dan balita serta ibu hamil.
3. Diagnosis dini dan pertolongan tepat guna adalah kemampuan bidan dalam deteksi dini komplikasi melalui keterampilan tambahan yang dimiliki untuk menangani kasus kegawatdaruratan maternal dan neonatal sehingga dalam proses rujukan tidak mengalami keterlambatan.
4. Meminimalkan kecacatan asuhannya yang diberikan seperti melakukan pendekatan secara fisiologis, dengan meminimalisir intervensi yang berlebihan sesuai dengan kondisi klien.
5. Rehabilitatif (Pemulihan kesehatan) asuhan yang diberikan seperti mengobservasi kemajuan kesehatan klien dengan bekerjasama bersama tenaga kesehatan lain (dokter kandungan).
6. Kemitraan dengan LSM adalah upaya untuk mengembalikan individu ke lingkungan keluarga dan masyarakat terutama pada kondisi bahwa stigma masyarakat terhadap kesehatan seperti *Tuberculosis (TB)*, kusta, *Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)*, kehamilan tidak diinginkan (KTD), kekerasan dalam rumah tangga (KDRT), prostitusi, korban perkosaan, dan *injecting drug user (IDU)* (Dwi Wahyuni, 2018).

I. Unsur-Unsur Pelayanan Kebidanan Komunitas

Unsur- unsur pelayanan kebidanan komunitas meliputi :

1. Bidan

Sampai saat ini belum ada pendidikan khusus untuk menghasilkan tenaga bidan yang bekerja di komunitas, yang ada hanya menghasilkan bidan yang mampu bekerja di desa,

sebagai tenaga kesehatan bidan yang membantu keluarga dan masyarakat.

2. Pelayanan Kebidanan

Hubungan interaksi antara bidan dengan kliennya dilakukan melalui pelayanan kebidanan. Pelayanan kebidanan adalah segala aktifitas yang dilakukan bidan untuk menyelamatkan klien dari gangguan kesehatan.

Tujuan pelayanan di komunitas untuk meningkatkan kesehatan ibu, anak balita di dalam keluarga sehingga terwujud keluarga sehat dan sejahtera di komunitas.

Pelayanan kebidanan komunitas merupakan keberlanjutan pelayanan kesehatan yang diberikan di Rumah Sakit yang mencakup upaya pencegahan penyakit, pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, penyembuhan serta pemulihan.

Saat ini pelayanan kebidanan komunitas dapat dilakukan di Puskesmas, Polindes, Posyandu, Praktik Mandiri Bidan atau dirumah klien. Kegiatan pelayanan meliputi:

- a. Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE)/Pendidikan Kesehatan
- b. Pemeliharaan kesehatan ibu dan anak
- c. Pengobatan sederhana bagi ibu dan balita.
- d. Perbaikan gizi keluarga
- e. Imunisasi ibu dan anak.
- f. Pertolongan persalinan dirumah
- g. Pelayanan KB

3. Sasaran Pelayanan Kebidanan

Sasaran kebidanan komunitas meliputi pelayanan kepada individu, keluarga, dan kelompok masyarakat.

4. Lingkungan

Lingkungan dalam pelayanan kebidanan komunitas mencakup lingkungan fisik, sosial berkaitan dengan adat dan budaya di masyarakat serta flora dan fauna berkaitan dengan penghijauan, pemanfaatan pekarangan dengan tanaman yang bergizi.

5. Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK)

Pelayanan kebidanan komunitas menggunakan IPTEK sesuai dengan tuntutan masyarakat. Bidan harus mengembangkan kemampuannya agar tidak ketinggalan terhadap kemajuan IPTEK dibidang kesehatan (Cholifah, Siti, 2019).

J. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pelayanan Kebidanan Komunitas

Dalam pelayanan kebidanan komunitas ada beberapa faktor-faktor yang mempengaruhi pelayanan kebidanan komunitas antara lain sebagai berikut :

1. Faktor lingkungan fisik: Keadaan geografis (misalnya daerah pegunungan cenderung kekurangan yodium).
2. Faktor lingkungan sosial: Kebiasaan, adat istiadat, budaya, kepercayaan dan agama tingkat sosial ekonomi pendidikan.
3. Faktor lingkungan flora dan fauna: Pemanfaatan tumbuhan dan hewan untuk menunjang kehidupan.
4. Faktor ilmu pengetahuan dan teknologi: Globalisasi, pasar bebas, pendidikan tinggi, training (pelatihan), dan media (Rahayu, 2018).

K. Bekerja dalam Pelayanan Kebidanan Komunitas

Bidan bekerja dalam pelayanan kebidanan tentunya membantu keluarga dan masyarakat agar selalu berada di dalam kondisi kesehatan yang optimal. Penyuluhan kesehatan yang diberikan bidan sesuai dengan kebutuhan keluarga dan masyarakat tentang pentingnya kesehatan bagi kehidupan

keluarga dalam masyarakat. Berikut adalah peran bidan dalam bekerja di pelayanan kebidanan komunitas:

1. Bidan sebagai pemberi pelayanan kesehatan (*provider*) memberikan pelayanan kebidanan secara langsung dan tidak langsung kepada klien (individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat) dengan menggunakan asuhan kebidanan.
2. Bidan sebagai pendidik memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok keluarga yang berisiko tinggi, kader kesehatan, dan lain sebagainya.
3. Bidan sebagai pengelola melakukan perencanaan, membentuk organisasi, penggerak, dan mengevaluasi pelayanan kebidanan secara langsung dan tidak langsung dengan menggunakan peran aktif masyarakat dalam kegiatan komunitas.
4. Bidan sebagai konselor memberikan konseling/bimbingan kepada kader, keluarga, dan masyarakat tentang masalah kesehatan komunitas sesuai prioritas.
5. Bidan sebagai pembela klien (*advokat*) selain sebagai penasihat, bidan juga memberikan informasi dan bantuan kepada individu, keluarga, maupun masyarakat sehingga mampu membuat keputusan yang terbaik dan memungkinkan bagi dirinya. bantuan dapat berupa dorongan secara verbal (diskusi antar tenaga kesehatan lain, instansi atau anggota keluarga).
6. Bidan sebagai kolaborator/koordinator dalam disiplin ilmu lain baik lintas-program dan sektoral.
7. Bidan sebagai perencana pelayanan kebidanan terhadap individu dan keluarga, mampu berpartisipasi dalam perencanaan program di masyarakat luas untuk kebutuhan tertentu yang ada kaitannya dengan kesehatan.
8. Bidan sebagai peneliti melakukan penelitian guna pengembangan kebidanan komunitas (Syarifudin dan Hamidah, 2009).

L. Masalah-Masalah dalam Pelayanan Kebidanan Komunitas

1. Kematian Ibu dan Bayi

Penyebab kematian ibu disebabkan oleh:

- a. Perdarahan
- b. Tekanan darah yang tinggi saat hamil (eklampsia).
- c. Infeksi.
- d. Persalinan macet dan komplikasi keguguran .
- e. Keterlambatan pengambilan keputusan di tingkat keluarga.

Penyebab kematian bayi disebabkan oleh:

- a. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR).
- b. Kekurangan oksigen (asfiksia).
- c. Hipotermia (keedinginan).
- d. Imaturitas.
- e. Infeksi.

Penyebab tidak langsung kematian ibu dan bayi adalah sebagai berikut:

- a. Kondisi masyarakat seperti pendidikan, sosial ekonomi dan budaya.
- b. Kondisi geografi .
- c. Keadaan sarana pelayanan yang kurang siap ikut memperberat permasalahan ini.

2. *Unsafe Abortion*

Unsafe Abortion adalah tindakan pengguguran kandungan yang dilakukan dengan tidak steril dan tidak aman secara medis. Penanganan *unsafe abortion* adalah dengan memberikan penyuluhan tentang efek-efek yang ditimbulkan dari tindakan *unsafe abortion*.

Efek yang ditimbulkan dari tindakan *unsafe abortion* secara ilegal adalah perdarahan, trauma, infeksi dengan mortalitasnya 1/3 AKI serta adanya kerusakan fungsi alat reproduksi. Dampak jangka panjang dari *unsafe abortion* adalah penyakit radang panggul yang menahun, infertilitas dan kehamilan ektopik terganggu.

3. Infeksi Menular Seksual (IMS)

Bidan dalam pelayanan kebidanan komunitas tentu akan menemui masalah IMS yang merupakan salah satu dari tiga tipe infeksi saluran reproduksi (ISR), IMS adalah kondisi yang berhubungan dengan kehamilan. Infeksi-infeksi yang dimaksud seperti gonore, chlamidia, sifilis, herpes kelamin, trichomoniasis, HIV/AIDS, dll. Sebagai bidan harus dapat memberikan asuhan kepada masyarakat berupa penyuluhan kesehatan terkait IMS sehingga dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

4. Sosial Budaya Masyarakat

Sosial budaya masyarakat yang bersifat positif antara lain:

- a. Memiliki rasa kekeluargaan dan semangat gotong royong.
- b. Mengutamakan musyawarah dalam mengambil keputusan.
- c. Rasa saling tolong menolong dan perasaan senasib sepenanggungan.

Sosial budaya masyarakat yang bersifat negatif antara lain:

- a. Kebiasaan membuang sampah sembarangan sehingga timbul daerah kumuh.
- b. Tidak melakukan pemeriksaan ke fasilitas kesehatan sehingga sering terjadi penyalahgunaan obat-obatan.
- c. Tidak memperhatikan pembuangan limbah yang baik dari berbagai industri-industri yang ada di sekitar lingkungan masyarakat.
- d. Banyak orang tua tidak dapat merawat anaknya dengan baik karena banyak kesibukan bekerja.

5. Kehamilan Remaja

Fungsi seksual adalah untuk mendapatkan keturunan, untuk kenikmatan, hubungan kekeluargaan, dan bersifat kewajiban suami dan istri. Hubungan seksual remaja merupakan salah satu masalah besar dalam disiplin ilmu kedokteran yang berdampak kepada faktor psikologis dan fisik remaja. Akibat dari perubahan informasi

mengakibatkan perilaku remaja berubah tentang fungsi seksual. Akibatnya, terjadi peningkatan kehamilan yang tidak dikehendaki bahkan terjadi penyakit menular seksual dikalangan remaja.

6. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

BBLR dapat dibagi menjadi dua golongan yaitu :

a. Prematuritas Murni

Biasa disebut neonatus kurang bulan sesuai masa kehamilan (NKB-SMK) yang masa gestasinya kurang dari 37 minggu dan berat badannya sesuai dengan berat badan untuk masa gestasi.

b. Dismaturitas

Bayi yang mengalami retardasi pertumbuhan intrauterine dan merupakan bayi yang kecil untuk masa kehamilannya dimana bayi lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa gestasi (Veradilla, 2021).

DAFTAR PUSTAKA

- Casnuri, D. (2022) Buku Ajar Asuhan Kebidanan Komunitas. 1 ed. Banyumas, Jawa Tengah: CV. Pena Persada.
- Cholifah, Siti, D. (2019) Buku Ajar Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Komunitas, Umsida Press. Diedit oleh S.B. Sartika dan M. Tanzil Multazam. Sidoarjo, Jawa Timur: UMSIDA Press.
- Dwi Wahyuni, E. (2018) Bahan Ajar Kebidanan : Asuhan Kebidanan Komunitas, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Diedit oleh F. Zamil dan Restu Mawardi. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Parwati, D. (2023) Asuhan Kebidanan Komunitas. Diedit oleh Antonius Primus. Sulawesi Selatan: Fatima Press.
- Rahayu, T. dkk (2018) Modul Ajar 1 Kebidanan Komunitas, Prodi Kebidanan Magetan Poltekkes Kemenkes Surabaya. Diedit oleh Triana Septianti P. Magetan.
- Runjati (2020) Asuhan Kebidanan Komunitas.
- Syarifudin dan Hamidah (2009) Kebidanan Komunitas, Penerbit Buku Kedokteran EGC. Diedit oleh M. Ester dan Esty Wahyuni. Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Veradilla, dkk (2021) Buku Ajar Asuhan Kebidanan Komunitas. Diedit oleh Abdul Rahman. Serang Banten: Yayasan Pendidikan dan Sosial Indonesia Maju (YPSIM) Banten.
- Wahyuni, Seri, dkk (2023) Buku Ajar Kebidanan Komunitas, CV. Science Techno Direct Perum Korpri Pangkalpinang. Diedit oleh Gangsar Indah Lestari. CV. Science Techno Direct Perum Korpri Pangkalpinang.

BAB 2

KOMUNITAS DAN BUDAYA

Aldina Ayunda Insani, S.Keb., Bd., M.Keb.

A. Komunitas

1. Definisi

Kebidanan komunitas merupakan proses pelayanan kebidanan profesional terhadap individu, keluarga dan masyarakat, bertujuan untuk peningkatan derajat kesehatan melalui tindakan promotif, preventif dan pemeliharaan kesehatan (konseling, edukasi) (Tabbassam & Menhas, 2014).

Komunitas/ *community*/ masyarakat (salah satu sasaran dalam aplikasi kebidanan komunitas) merupakan sekelompok orang yang dapat terhubung atau tidak terhubung secara utuh namun memiliki kepentingan, perhatian, atau identitas yang sama. Sekelompok orang tersebut bisa bersifat lokal, nasional atau internasional, berada di wilayah tertentu, adanya kepercayaan dan keinginan yang relatif sama serta adanya interaksi untuk mencapai tujuan (<https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference/community-empowerment>).

Pengelompokan masyarakat menurut Gillin dalam Effendy (19918) pada buku (Syarifudin & Hamidah, 2009) terdiri dari:

- a. Berdasarkan perkembangannya, masyarakat dibagi menjadi *creative institution* dan *enacted institution*
- b. Berdasarkan sistem nilai yang diterima, yaitu *type basic institution* dan *subsidiary institution*
- c. Berdasarkan penerimaan, masyarakat dibagi menjadi *social sanctioned institution* dan *unsanctioned institution*
- d. Dari sudut penyebarannya, terdiri dari *general institution* dan *restricted institution*.
- e. Berdasarkan fungsi, masyarakat dikelompokkan menjadi *operative institution* dan *regulative institution*.

2. Ciri Masyarakat Sehat

- a. Masyarakat memiliki pengetahuan dan sadar bahwa kesehatan merupakan hal yang penting dalam kehidupan
- b. Jika terjadi permasalahan kesehatan, masyarakat mampu berupaya untuk pergi ke tenaga kesehatan pada fasilitas kesehatan yang ada, melakukan preventif, kuratif dan rehabilitatif dengan sarana kesehatan dan tenaga kesehatan profesional.
- c. Masyarakat melakukan penyediaan sarana dan prasarana yang bersih, sehat (lingkungan sanitasi yang bersih), dikembangkan dan ditingkatkan pemanfaatannya untuk kesehatan yang optimal.
- d. Masyarakat sadar gizi, pentingnya gizi dengan menu seimbang
- e. Menurunnya angka kejadian terhadap suatu penyakit.

Komunitas juga dikenal sebagai manusia holistik, makhluk unik dengan unsur yang saling keterkaitan yaitu unsur biologis, psikologis, sosial dan spiritual.

- a. Manusia sebagai makhluk biologis, yaitu manusia yang dibentuk dari gabungan sistem-sistem organ tubuh, adanya pertumbuhan dan perkembangan dari sel dan organ yang ada sehingga berfungsi baik dan berusaha untuk mempertahankan hidupnya. Disamping itu adanya

hukum alam yang mempengaruhi dalam proses pertumbuhan dan perkembangan tersebut.

- b. Manusia sebagai makhluk psikologis, merupakan individu unik dengan tingkat kecerdasan dan memanfaatkan daya pikir, memiliki berbagai tipe kepribadian, mengeksplorasikan diri melalui tingkah laku sesuai manifestasi kejiwaannya dan pikirannya.
- c. Manusia sebagai makhluk sosial merupakan individu yang selalu berinteraksi dengan individu lain, dipengaruhi oleh norma, adat, budaya, aturan yang berlaku di masyarakat, harus mampu beradaptasi dengan segala perubahan yang ada di lingkungan sosialnya.
- d. Manusia sebagai makhluk spiritual merupakan makhluk yang memiliki keyakinan agama, keyakinan akan tuhan sesuai dengan aturan dan kaidah dalam keagamaannya yang akan mempengaruhi pandangan hidupnya dan dorongan sejahtera sesuai dengan keyakinannya tersebut.
- e. Manusia sebagai makhluk kultural adalah manusia dengan nilai dan kebudayaan yang membentuk jati dirinya, Sebagai pembeda dan pembatas dalam hidup sosial serta budaya tersebut bisa diubah tergantung lingkungan manusia hidup.

3. Lingkungan

Dalam bermasyarakat, perlu diketahui terkait lingkungan. Lingkungan sebagai faktor eksternal yang membentuk dan mempengaruhi perkembangan individu, dimulai dari masa anak-anak, diantaranya:

a. Lingkungan Keluarga

Pengaruh lingkungan sosial keluarga dalam penataan harga diri terjadi selama masa kanak-kanak dan meningkat sampai remaja (Pazzaglia *et al.*, 2020) Perkembangan harga diri dipengaruhi oleh beberapa konteks sosial. Konteks sosial pertama yang mempengaruhi harga diri pada remaja adalah keluarga.

Orang tua, pola komunikasi dalam pola asuh yang positif, secara langsung akan mempengaruhi pembentukan harga diri remaja. Orang tua adalah tempat pertama yang mempengaruhi formasi dan pengembangan harga diri pada remaja (Schoon *et al.*, 2021). Kualitas hubungan orang tua-anak akan sangat menentukan kualitas interaksi di dalamnya (Shek *et al.*, 2021)

Keluarga merupakan lingkungan sosial untuk setiap orang dan lingkungan yang paling dekat. Lingkungan keluarga memiliki dampak terbesar pada perkembangan mental. Anak-anak dari keluarga yang anggotanya sangat sensitif secara finansial juga menjadi sensitif dengan cara yang sama. Lingkungan keluarga tetap ceria, menyenangkan dan damai, anak mengalami keamanan penuh dan perkembangan emosi yang seimbang. Lingkungan keluarga tidak menyenangkan pada anak, seperti adanya pertengkaran, maka perkembangan mental anak akan terhambat.

Kepribadian anak tumbuh serta berkembang untuk pertama kalinya adalah di dalam keluarga. Bersama keluarga akan menciptakan generasi dengan mental sehat, sehingga perlu dipersiapkan calon orang tua dengan mental yang sehat untuk membentuk kehidupan keluarga yang aman, tentram, nyaman dan Bahagia.

b. Lingkungan Masyarakat

Lingkungan masyarakat berpengaruh terhadap terhadap kesehatan mental anak. Hal ini dikarenakan lingkungan ini tempat anak bertemu, bermain, bergaul, bercerita dengan teman sebayanya, mengungkapkan perasaan serta menemukan jati dirinya. Bergaul nya anak sedini mungkin membantu anak dalam beradaptasi dengan lingkungan sekitar hingga ia dewasa serta membantu anak menempatkan diri pada lingkungannya.

c. Lingkungan Sekolah

Selain keluarga, khususnya orang tua, hasil penelitian menunjukkan tingkat perkembangan dan kematangan psikososial masa remaja dipengaruhi oleh persahabatan. Persahabatan yang tercipta di sekolah, di lingkungan tempat tinggal. Para remaja akan dapat berkembang kepribadian mereka melalui media pertemanan, termasuk perasaan menghargai satu sama lain, dan bahkan konflik antara perasaan dan harga diri. Hal ini terjadi karena selama masa remaja mereka mulai mengembangkan hubungan sosial, identitas sosial, peran dan fungsinya (Sugiarti *et al.*, 2021).

Studi dalam psikologi sering membahas remaja dengan harga diri yang kuat sebagai individu yang mengenal dirinya sendiri (Alm *et al.*, 2019). Para remaja ini mulai memahami perubahan dalam perkembangan kepribadian aspek kognitif atau pikiran, emosi dan perasaan, serta aspek sosial dan fisik. Beberapa studi tentang harga diri remaja, berkontribusi pada pengembangan harga diri, seperti ketidaksesuaian diri, stabilitas harga diri, motivasi, dan pengaturan diri. Oleh karena itu, pengembangan harga diri holistik, termasuk pikiran, emosi, aspek sosial, fisik, dan mental, membantu menghasilkan karakteristik pribadi yang berkualitas tinggi. Pengembangan harga diri adalah aspek vital yang harus ditekankan dalam penataan kepribadian melalui interaksi sosial pada remaja (Sugiarti *et al.*, 2021).

B. Konsep Sosial Budaya

1. Definisi

Kebudayaan adalah output dari cipta, rasa dan karsa. Kebudayaan juga berkaitan sebagai hasil kelakuan manusia, diatur oleh tata kelakuan, hasil belajar, tersusun dalam kehidupan bermasyarakat (Koentjaraningrat, 2002)

2. Unsur Kebudayaan

Unsur kebudayaan menurut Koentjaraningrat (2002), diantaranya sistem religi dan upacara keagamaan, sistem dan organisasi kemasyarakatan, sistem pengetahuan, bahasa, kesenian, sistem mata pencaharian hidup dan sistem teknologi dan peralatan. Ketujuh unsur itulah yang membentuk budaya secara keseluruhan.

3. Pendekatan sosial budaya dalam mengatur strategi pelayanan kesehatan dan kebidanan di komunitas

Pendekatan sosial budaya dalam kebidanan, seorang bidan harus:

- a. Mampu menggerakkan peran serta masyarakat, khususnya kesehatan ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, remaja dan usia lanjut.
- b. Memiliki kompetensi yang cukup terkait tugasnya, peran dan tanggung jawabnya.

Manfaat untuk Petugas Kesehatan dalam Mempelajari Kebudayaan:

- a. Dari segi agama.

Dengan mengetahuinya agama individu, atau mayoritas agama pada masyarakat dapat menyesuaikan asuhan kepada masyarakat terkait dengan hal yang mempengaruhi kesehatannya. Diantaranya terkait gizi dan keyakinan untuk kesehatan. Sehingga konsumsi makanan yang mempengaruhi status gizinya sesuai dengan aturan ataupun ajaran keagamaannya.

- b. Pengetahuan organisasi masyarakat.

Seorang tenaga kesehatan yang berada di lingkungan masyarakat harus mengetahui organisasi masyarakat yang ada pada lingkungan tersebut. Hal ini berkaitan dengan salah satu cara dalam melakukan pendekatan untuk advokasi dan pengambil keputusan atau kebijakan di masyarakat.

c. Pengetahuan masyarakat tentang kesehatan.

Proses mengetahui masyarakat terkait kesehatan dan mengetahui tingkatan pengetahuan masyarakat terkait kesehatan, akan membantu tenaga kesehatan untuk memberikan kedalaman edukasi dan sistem konseling atau penyuluhan yang akan diberikan. Tenaga kesehatan akan memiliki usaha yang lebih besar dalam memperkenalkan kesehatan dan mengubah perilaku kesehatan yang lebih sehat pada masyarakat yang masih tidak peduli atau rendah pengetahuannya terkait ini. Sehingga tenaga kesehatan akan berusaha memaksimalkan metode dan cara yang akan digunakan.

d. Mempelajari bahasa lokal

Salah satu hal utama yang mempengaruhi tercapainya tujuan komunikasi adalah bahasa yang digunakan.

e. Kesenian masyarakat setempat.

Kesenian masyarakat dapat dijadikan salah satu media dalam menyampaikan kesehatan, seperti melalui wayang kulit, melalui randai, puisi dan sebagainya.

DAFTAR PUSTAKA

- Alm, S., Låftman, S. B., Sandahl, J., & Modin, B. (2019). School effectiveness and students' future orientation: A multilevel analysis of upper secondary schools in Stockholm, Sweden. *Journal of Adolescence*, 70(November 2018), 62–73. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.11.007>
- Pazzaglia, F., Moè, A., Cipolletta, S., Chia, M., Galozzi, P., Masiero, S., & Punzi, L. (2020). Multiple dimensions of self-esteem and their relationship with health in adolescence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph17082616>
- Schoon, I., Burger, K., & Cook, R. (2021). Making it against the odds: How individual and parental co-agency predict educational mobility. *Journal of Adolescence*, 89(April), 74–83. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2021.04.004>
- Shek, D. T. L., Chai, C. W. Y., & Dou, D. (2021). Parenting factors and meaning of life among Chinese adolescents: A six-wave longitudinal study. *Journal of Adolescence*, 87(December 2019), 117–132. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2021.01.004>
- Sugiarti, R., Erlangga, E., Purwaningtyastuti, P., & Suhariadi, F. (2021). The influence of parenting and friendship on self-esteem in adolescents. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9, 1307–1315. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.6881>
- Syarifudin, & Hamidah. (2009). Kebidanan Komunitas. In Prodi D-3 kebidanan magetan poltekkes kemenkes surabaya (p. 276).
- Tabbassam, H. F., & Menhas, R. (2014). Role of Community Midwife in Maternal Health Care System in Rural Areas of Pakistan Department of Sociology, Government College University for Women Faisalabad, Pakistan. 14(11), 1236–1239. <https://doi.org/10.5829/idosi.ajeaes.2014.14.11.12449>

BAB 3

PERMASALAHAN KESEHATAN REPRODUKSI DAN PELAYANAN KEBIDANAN DI KOMUNITAS

Rizki Muji Lestari, S.ST., M.Kes.

A. Pendahuluan

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. Pelayanan Kebidanan Komunitas adalah upaya yang dilakukan bidan untuk pemecahan terhadap masalah kesehatan ibu dan balita dalam keluarga di masyarakat. Pelayanan kebidanan komunitas dilakukan diluar rumah sakit atau institusi. Kebidanan komunitas dapat juga merupakan bagian atau kelanjutan dari pelayanan yang diberikan di rumah sakit dalam upaya menyelamatkan ibu dan bayi dalam proses kelahiran. Bidan komunitas mempunyai pengetahuan yang luas dalam segala aspek dalam kehamilan dan persalinan karena tugasnya adalah bersama-sama perempuan sebagai partner untuk menerima secara positif pengalaman proses kehamilan dan persalinan, serta mendukung keluarga agar dapat mengambil keputusan atau pilihan secara individual berdasarkan informasi yang telah diberikan.

B. Permasalahan Kesehatan Reproduksi di Komunitas

1. Kehamilan yang Tidak Diinginkan

a. Pengertian

Kehamilan yang tidak diinginkan adalah kehamilan yang dialami oleh seorang wanita yang tidak benar-benar menginginkannya atau tidak ingin hamil (BKKBN, 2009). Sedangkan berdasarkan PKBI (1998), kehamilan yang tidak diinginkan adalah suatu kondisi di mana pasangan tidak akan ada proses kelahiran akibat kehamilan. Kehamilan juga merupakan akibat dari sesuatu perilaku seksual yang bisa dicegah juga bukan tidak disengaja. Banyak kasus menunjukkan bahwa tidak sedikit orang yang tidak bertanggung jawab atas kondisi ini. Kehamilan yang tidak diinginkan ini bisa dialami oleh kedua pasangan baik yang sudah menikah maupun belum menikah (Syafrudin, dkk, 2018).

Kehamilan yang berakhir dengan aborsi dapat diasumsikan sebagai kehamilan yang tidak diinginkan. Unwanted pregnancy atau dikenal sebagai kehamilan yang tidak diinginkan merupakan suatu kondisi di mana pasangan tidak menghendaki adanya proses kelahiran dari suatu kehamilan. Kehamilan ini bisa merupakan akibat dari suatu perilaku seksual/hubungan seksual baik yang disengaja maupun yang tidak disengaja (Irianto, 2015).

b. Penyebab

Beberapa faktor menurut Widyastuti (2010) dalam Kumalasari (2014) yang menyebabkan kehamilan tidak diinginkan antara lain:

- 1) Penundaan dan peningkatan usia perkawinan, serta semakin dininya usia menstruasi pertama (*menarche*)
- 2) Ketidaktahuan atau minimnya pengetahuan tentang perilaku seksual yang dapat menyebabkan kehamilan
- 3) Kehamilan yang diakibatkan oleh pemerkosaan.
- 4) Persoalan ekonomi (biaya untuk melahirkan dan membesarkan anak).

- 5) Alasan karir atau masih sekolah (karena kehamilan dan konsekuensi lainnya yang dianggap dapat menghambat karir atau kegiatan belajar)
 - 6) Kehamilan karena incest.
- c. Akibat yang ditimbulkan oleh kehamilan yang tidak diinginkan

1) Dampak Fisik

Remaja dengan kehamilan tidak diinginkan pasti akan mengalami dampak fisik kepada dirinya dan juga janin yang dikandungnya. Remaja belum memiliki kondisi yang siap untuk menjalani kehamilan tersebut. Menurut usia remaja, remaja masuk kedalam usia yang beresiko. Perlu tersedia pelayanan kesehatan kehamilan khusus untuk menangani remaja dengan kehamilan tidak diinginkan sehingga kesehatan remaja dan janin dapat optimal. Dampak lain yaitu abortus dan infeksi. Abortus merupakan salah satu alternatif yang sering diambil remaja dan keluarganya untuk mengakhiri kehamilannya. Upaya penghentian kehamilan ini dilakukan secara ilegal dengan meminum obat yang dibeli secara bebas dan mengakses pelayanan kesehatan setelah ada komplikasi. Perlunya ada upaya pencegahan abortus karena dapat menimbulkan dampak infeksi jika dilakukan secara ilegal.

2) Dampak Ekonomi

Dampak ekonomi akan dirasakan remaja karena kehamilan tidak diinginkan ini terjadi pada saat remaja masih duduk di bangku sekolah. Remaja belum memiliki pendidikan dasar yang dapat mengoptimalkan dirinya dalam proses pencarian pekerjaan. Remaja masih tergantung kepada kedua orang tuanya dalam pemenuhan kebutuhan ekonominya. Beberapa keluarga tidak memberikan izin remaja untuk melanjutkan sekolahnya setelah bayi yang dilahirkan. Remaja tersebut dituntut bekerja

dengan kemampuan dan pendidikan yang dimilikinya saja. Hal ini akan berdampak jangka panjang pada perekonomian remaja karena tidak memiliki pendidikan yang layak.

3) Dampak Sosial

Lingkungan sosial remaja akan memberikan dampak secara sosial kepada remaja yang mengalami kehamilan tidak diinginkan. Lingkungan tidak mudah menerima remaja kembali dalam lingkungannya. Proses pendidikan remaja akan terhenti saat kehamilan tidak diinginkan terjadi. Remaja tidak dapat mengembangkan dirinya dengan memiliki pendidikan yang berlanjut meskipun bayinya telah lahir. Selain itu, efek dari kehamilan tidak diinginkan remaja memilih pergi dari lingkungan tersebut dan pindah kepada lingkungan pasangannya untuk menghindari efek sosial yang diberikan oleh lingkungannya.

2. *Unsafe Abortion*

a. Pengertian

Aborsi tidak aman (*unsafe abortion*) adalah penghentian kehamilan yang dilakukan oleh orang yang tidak terlatih/kompeten dan menggunakan sarana yang tidak memadai, sehingga menimbulkan banyak komplikasi bahkan kematian (Dirjen Kesmas, 2010).

Unsafe abortion adalah upaya untuk terminasi kehamilan muda dimana pelaksanaan tindakan tersebut tidak mempunyai cukup keahlian dan prosedur standar yang aman sehingga dapat membahayakan keselamatan jiwa pasien (Walyani, 2018)

Unsafe abortion adalah prosedur penghentian kehamilan oleh tenaga kurang terampil (tenaga medis/non medis), alat tidak memadai, lingkungan tidak memenuhi syarat kesehatan (Yulifah, 2019).

Dalam pasal 15 (1) uu kesehatan nomor 23/1992 disebutkan bahwa dalam keadaan darurat sebagai upaya untuk menyelamatkan jiwa ibu hamil dan atau janinnya, dapat dilakukan tindakan medis tertentu. Sedangkan pada ayat 2 tidak disebutkan bentuk dari tindakan medis tertentu itu, hanya disebutkan syarat untuk melakukan tindakan medis tertentu.

Berdasarkan UU Kesehatan RI no. 36 thn 2009, pasal 75 bahwa setiap orang dilarang melakukan aborsi dapat dikecualikan berdasarkan indikasi kedaruratan medis yang dideteksi sejak usia dini kehamilan dan aturan ini diperkuat dengan pasal 77 yang berisi pemerintah wajib melindungi dan mencegah perempuan dari aborsi sebagaimana dimaksud dalam pasal 75 mengenai tindakan aborsi yang tidak bermutu, tidak aman, dan tidak bertanggung jawab serta bertentangan dengan norma agama dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Dengan demikian pengertian aborsi yang didefinisikan sebagai tindakan tertentu untuk menyelamatkan ibu dan atau bayinya (pasal 15 UU Kesehatan) adalah pengertian yang sangat rancu dan membingungkan masyarakat dan kalangan medis.

b. Penyebab

Umumnya aborsi yang tidak aman terjadi karena tidak tersedianya pelayanan kesehatan yang memadai. Apalagi bila aborsi dikategorikan tanpa indikasi medis, seperti:

- 1) Alasan kesehatan, dimana ibu tidak cukup sehat untuk hamil.
- 2) Alasan psikososial, dimana ibu tidak sendiri tidak punya anak lagi.
- 3) Kehamilan di luar nikah.
- 4) Masalah ekonomi, menambah anak akan menambah beban ekonomi.

- 5) Masalah sosial, misalnya khawatir adanya penyakit turunan.
- 6) Kehamilan yang terjadi akibat perkosaan.
- 7) Kegagalan pemakaian alat kontrasepsi.

3. Pernikahan Dini

a. Pengertian

Pernikahan dini adalah pernikahan yang berlangsung pada umur di bawah usia produktif yaitu kurang dari 20 (dua puluh) tahun pada wanita dan kurang dari 25 (dua puluh lima) tahun pada pria (Retna, dkk, 2018).

Menurut Undang-Undang perkawinan pasal 7 ayat (1) undang-undang perkawinan no.1/1974 sebagai hukum positif yang berlaku di indonesia, menetapkan bahwa perkawinan hanya diizinkan jika pihak pria sudah mencapai umur 19 (sembilan belas) tahun dan pihak wanita sudah mencapai umur 16 (enam belas) tahun.

Jadi pernikahan dikatakan sebagai pernikahan dini jika salah satu pasangan pernikahan usianya masih dibawah 19 (sembilan belas) tahun. Pernikahan dini merupakan perkawinan dibawah umur, dalam hal ini persiapan seorang anak atau remaja belum sepenuhnya maksimal, baik dalam persiapan mental, psikis, bahkan materinya. Ketika pernikahan dilakukan di usia dini, remaja belum cukup memiliki pengetahuan tentang pernikahan, keluarga, dan belum mengetahui bagaimana manajemen konflik yang baik. Sehingga hal tersebut akan menimbulkan pertengkaran dalam keluarga dan membuat pernikahannya kurang harmonis.

b. Penyebab

Terjadinya pernikahan dini dikalangan masyarakat indonesia, khususnya remaja dapat disebabkan oleh adanya berbagai faktor seperti faktor sosial budaya, ekonomi, pendidikan, agama, sulit mendapatkan

pekerjaan, media massa, pandangan dan kepercayaan, dan orang tua (Kumalasari, 2014).

Pernikahan yang dilangsungkan pada usia remaja pada umumnya akan menimbulkan masalah seperti fisiologis, psikologis dan sosial ekonomi. Dampak pernikahan usia dini lebih tampak nyata pada remaja putri dibandingkan remaja laki-laki. Dampak nyata pernikahan dini adalah terjadinya bblr, abortus atau keguguran karena secara fisiologis organ reproduksi (khususnya rahim) belum sempurna (intan prabantari, 2016). Fenomena pernikahan dini (*early marriage*) masih menjadi masalah yang serius, menurut hasil riset kesehatan dasar dalam Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) 2012, Indonesia menempati urutan ke 37 di antara negara-negara yang memiliki jumlah pernikahan dini tertinggi di dunia, bahkan indonesia menempati urutan ke 2 tertinggi di asean, setelah kamboja.

Pada tahun 2010, terdapat 158 negara dengan usia legal minimum menikah adalah 18 tahun keatas dan indonesia masih di luar itu. Perempuan muda di indonesia dengan usia 10-14 tahun menikah sebanyak 0,2 % atau lebih dari 22.000 wanita muda berusia 10-14 tahun di indonesia sudah menikah. Jumlah rata-rata perempuan muda berusia 15-19 tahun yang menikah lebih tinggi jika dibandingkan dengan laki-laki berusia 15-19 tahun (11.7% perempuan: 1,6% laki-laki).

4. Penyakit Menular Seksual

a. Pengertian

PMS adalah singkatan dari penyakit menular seksual, yang berarti suatu infeksi atau penyakit yang kebanyakan ditularkan melalui hubungan seksual (oral, anal atau lewat vagina). PMS juga diartikan sebagai penyakit kelamin, atau infeksi yang ditularkan melalui hubungan seksual. Harus diperhatikan bahwa pms

menyerang sekitar alat kelamin tapi gejalanya dapat muncul dan menyerang mata, mulut, saluran pencernaan, hati, otak, dan organ tubuh lainnya. Contohnya, baik HIV/AIDS dan hepatitis B dapat ditularkan melalui hubungan seks tapi keduanya tidak terlalu menyerang alat kelamin. (Irianto, 2015).

Penyakit menular seksual (PMS) merupakan penyakit menular yang penularannya dapat secara langsung dari seseorang ke orang lain melalui kontak seks, dan secara tidak langsung seperti transfusi darah, makanan, dan alat suntik. Penyakit menular seksual akan lebih beresiko bila melakukan hubungan seksual dengan berganti-ganti pasangan baik melalui vagina, oral, maupun anal.

PMS dapat menyebabkan infeksi alat reproduksi yang harus dianggap serius. Bila tidak diobati secara tepat, infeksi dapat menjalar dan menyebabkan penderitaan, sakit berkepanjangan, kemandulan, dan bahkan kematian. Wanita lebih beresiko untuk terkena pms lebih besar dari pada laki-laki sebab mempunyai alat reproduksi yang lebih rentan.

Dan seringkali berakibat lebih parah karena gejala awal tidak segera dikenali, sedangkan penyakit melanjut ke tahap lebih parah. Oleh karena letak dan bentuk kelaminnya yang agak menonjol, gejala pada laki-laki lebih mudah dikenali, dilihat dan dirasakan,. Sedangkan pada perempuan sebagian besar gejala yang timbul hampir tidak dirasakan. (Pudjiastuti, 2011)

b. Tanda dan gejala

- 1) Karena bentuk dan letak alat kelamin laki-laki berada di luar tubuh, gejala PMS lebih mudah dikenali, dilihat dan dirasakan. Tanda-tanda PMS pada laki-laki antara lain:
 - a) Berupa bintil-bintil berisi cairan,
 - b) Lecet atau borok pada penis/alat kelamin,
 - c) Luka tidak sakit;

- d) Keras dan berwarna merah pada alat kelamin,
 - e) Adanya kutil atau tumbuh daging seperti jengger ayam,
 - f) Rasa gatal yang hebat sepanjang alat kelamin,
 - g) Rasa sakit yang hebat pada saat kencing,
 - h) Kencing nanah atau darah yang berbau busuk,
 - i) Bengkak panas dan nyeri pada pangkal paha yang kemudian berubah menjadi borok. (Pudjiastuti, 2011)
- 2) Pada perempuan sebagian besar tanpa gejala sehingga sering kali tidak disadari. Jika ada gejala, biasanya berupa antara lain:
- a) Rasa sakit atau nyeri pada saat kencing atau berhubungan seksual,
 - b) Rasa nyeri pada perut bagian bawah,
 - c) Pengeluaran lendir pada vagina/alat kelamin,
 - d) Keputihan berwarna putih susu, bergumpal dan disertai rasa gatal dan kemerahan pada alat kelamin atau sekitarnya,
 - e) Keputihan yang berbusa, kehijauan, berbau busuk, dan gatal,
 - f) Timbul bercak-bercak darah setelah berhubungan seksual,
 - g) Bintil-bintil berisi cairan,
 - h) Lecet atau borok pada alat kelamin. (Pudjiastuti, 2011)

5. HIV AIDS

a. Pengertian

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus yang menginfeksi sel darah putih dan menyebabkan penurunan imunitas manusia (WHO, 2014). *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) adalah kumpulan gejala kerusakan sistem kekebalan tubuh bukan disebabkan oleh penyakit bawaan namun disebabkan

oleh infeksi yang disebabkan oleh *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) (Pudjiastuti, 2011).

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah jenis virus yang tergolong famili retrovirus, sel-sel darah putih yang diserang oleh hiv pada penderita yang terinfeksi adalah sel-sel limfosit t (CD4) yang berfungsi dalam sistem imun (kekebalan) tubuh (Kumalasari, 2014). Akibat penurunan daya tahan tubuh yang disebabkan oleh virus HIV, seseorang sangat rentan terhadap berbagai macam peradangan seperti tuberkulosis, kandidiasis, kulit, paru-paru, saluran pencernaan, otak dan kanker.

Stadium AIDS memerlukan pengobatan antiretroviral (ARV) untuk mengurangi jumlah virus hiv di dalam tubuh, sehingga kesehatan penderita dapat pulih kembali (Irianto, 2015). Orang yang terkena virus HIV akan menjadi rentan terhadap infeksi oportunistik ataupun mudah terkena tumor. Meskipun penanganan yang 27 telah ada dapat memperlambat laju virus, namun penyakit ini belum benar – benar bisa disembuhkan.

Penularan HIV dapat terjadi melalui hubungan intim (vaginal, anal, ataupun oral), transfusi darah, jarum suntik yang terkontaminasi, antara ibu dan bayi selama kehamilan, bersalin atau menyusui, serta bentuk kontak lainnya dengan cairan tubuh tersebut (Wibowo & Marom, 2014). Berdasarkan paparan diatas, dapat disimpulkan bahwa HIV AIDS merupakan virus yang dapat menyerang sistem kekebalan tubuh manusia yang akan menyebabkan seseorang lebih rentan terkena penyakit.

Pada stadium AIDS, virus HIV berkembang biak dalam limfosit yang terinfeksi dan menghancurkan sel-sel ini, mengakibatkan kerusakan pada sistem kekebalan dan penurunan sistem kekebalan secara bertahap, sedangkan limfosit sendiri merupakan sel utama yang menjaga sistem kekebalan tubuh untuk mengantisipasi masuknya penyakit kedalam tubuh.

b. Penyebab

Penyebab AIDS telah diketahui secara pasti dan jelas disebabkan oleh HIV. Namun, asal usul HIV sendiri masih belum diketahui secara pasti. HIV mampu mengkode enzim khusus yang memungkinkan dna di transkripsi dari RNA. Sehingga HIV dapat menggandakan gen mereka sendiri, sebagai dna dalam sel inang seperti limfosit helper CD4. DNA virus bergabung dengan gen limfosit dan hal ini adalah dasar dari infeksi kronis HIV. Penggabungan HIV pada sel inang merupakan rintangan untuk pengembangan antivirus terhadap HIV. Bervariasinya gen HIV dan kegagalan manusia untuk mengeluarkan antibodi terhadap virus menyebabkan sulitnya pengembangan vaksinasi yang efektif terhadap HIV.

C. Permasalahan Pelayanan Kebidanan di Komunitas

1. Kematian Ibu dan Bayi (AKI dan AKB)

Kematian ibu adalah kematian yang terjadi pada ibu selama masa kehamilan atau dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tanpa melihat usia dan lokasi kehamilan, oleh setiap penyebab yang berhubungan dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya tetapi bukan oleh kecelakaan atau incidental (faktor kebetulan). AKI tersebut sudah jauh menurun, namun masih jauh dari target yang diharapkan. Sedangkan untuk target SDG'S AKI yaitu sebesar 70/100.000 KH.

Angka kematian ibu dikatakan masih tinggi karena:

- a. Jumlah kematian ibu yang meninggal mulai saat hamil hingga 6 minggu setelah persalinan per 100.000 persalinan tinggi
- b. Angka kematian ibu tinggi adalah angka kematian yang melebihi dari angka target nasional.

- c. Tingginya angka kematian, berarti rendahnya standar kesehatan dan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan, dan mencerminkan besarnya masalah kesehatan.

Kematian bayi adalah kematian yang terjadi saat setelah bayi lahir sampai bayi belum berusia tepat 1 tahun. Berdasarkan perhitungan BPS tahun 2007 sebesar 27/1000 kelahiran hidup. Adapun target AKB pada SDG'S 2030 sebesar 12/1000 kelahiran hidup. Penyebab kematian bayi meliputi:

- a. Gangguan perinatal (34,7%)
- b. Sistem pernapasan (27,6 %)
- c. Diare (9,4%)
- d. Sistem pencernaan (4,3%)
- e. Tetanus (3,4%)

2. Kehamilan Remaja

Arus informasi menuju globalisasi mengakibatkan perubahan perilaku remaja yang makin menerima hubungan seksual sebagai cerminan fungsi rekreasi. Akibatnya, terjadi peningkatan kehamilan yang tidak dikehendaki atau terjadi penyakit menular seksual. Berikut ini adalah dampak kehamilan remaja.

- a. Faktor psikologis yang belum matur
 - 1) Alat reproduksinya masih belum siap menerima kehamilan sehingga dapat menimbulkan berbagai bentuk komplikasi.
 - 2) Remaja berusia muda yang sedang menuntut ilmu akan mengalami putus sekolah sementara atau seterusnya, dan dapat kehilangan pekerjaan yang baru dirintisnya.
 - 3) Perasaan tertekan karena mendapat celaan dari keluarga, teman, atau lingkungan masyarakat.
 - 4) Tersisih dari pergaulan karena dianggap belum mampu membawa diri.

5) Mungkin kehamilannya disertai kecanduan obat-obatan, merokok, minuman keras.

b. Faktor fisik

- 1) Mungkin kehamilan ini tidak diketahui siapa ayah sebenarnya.
- 2) Kehamilan dapat disertai penyakit menular seksual sehingga memerlukan pemeriksaan ekstra yang lebih lengkap.
- 3) Tumbuh kembang janin dalam rahim yang belum matur dapat menimbulkan abortus, persalinan premature, dapat terjadi komplikasi penyakit yang telah lama dideritanya.
- 4) Saat persalinan sering memerlukan tindakan medis operatif.
- 5) Hasil janin mengalami kelainan kongenital atau BBLR.
- 6) Kematian maternal dan perinatal pada kehamilan remaja lebih tinggi dibandingkan dengan usia reproduksi sehat (20- 35 tahun).

Fungsi seksual, yaitu untuk prokreasi (mendapatkan keturunan), rekreasi (untuk kenikmatan), relasi (hubungan kekeluargaan), dan bersifat institusi (kewajiban suami untuk istrinya). Hubungan seksual remaja merupakan masalah besar dalam disiplin ilmu kedokteran (andrologi, seksologi, penyakit kulit dan kelamin, kebidanan, dan kandungan).

Langkah-langkah untuk mengendalikan masalah kehamilan remaja adalah sebagai berikut

a. Sebelum terjadi kehamilan

- 1) Menjaga kesehatan reproduksi dengan cara melakukan hubungan seksual yang bersih dan aman.
- 2) Menghindari multipartner.
- 3) Menggunakan alat kontrasepsi, seperti kondom, pil, dan suntikan sehingga terhindar dari kehamilan yang tidak diinginkan.
- 4) Memberikan pendidikan seksual sejak dini.

- 5) Meningkatkan iman dan taqwa kepada tuhan YME sesuai ajaran agama masing-masing.
 - 6) Segera setelah hubungan seksual menggunakan KB darurat penginduksi haid atau misoprostol dan lainnya.
- b. Setelah terjadi kehamilan. Setelah terjadi konsepsi sampai nidasi, persoalannya makin sulit karena secara fisik hasil konsepsi dan nidasi mempunyai beberapa ketetapan sebagai berikut.
- 1) Hasil konsepsi dan nidasi mempunyai hak untuk hidup dan mendapatkan perlindungan.
 - 2) Hasil konsepsi dan nidasi merupakan zigot yang mempunyai potensi untuk hidup.
 - 3) Hasil konsepsi dan nidasi nasibnya ditentukan oleh ibu yang mengandung.
 - 4) Hasil konsepsi dan nidasi mempunyai landasan moral yang kuat karena potensinya untuk tumbuh kembang menjadi generasi yang didambakan setiap keluarga.

Berdasarkan pertimbangan tersebut langkah yang dapat diambil antara lain:

- a. Membiarkan tumbuh kembang janin sampai lahir, sekalipun tanpa ayah yang jelas dan selanjutnya menjadi tanggung jawab negara. Pasangan dinikahkan sehingga bayi yang lahir mempunyai keluarga yang sah.
- b. Di lingkungan negara yang dapat menerima kehadiran bayi tanpa ayah, pihak perempuan memeliharanya sebagai anak secara lazim.
- c. Dapat dilakukan terminasi kehamilan dengan berbagai teknik sehingga keselamatan remaja dapat terjamin untuk menyongsong kehidupan normal sebagaimana mestinya. Undang-undang kesehatan yang mengatur gugur kandungan secara legal, yaitu nomor 23 tahun 1992.

3. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Istilah premature telah diganti menjadi berat badan lahir rendah (BBLR) oleh WHO sejak 1960, hal ini karena tidak semua bayi dengan berat badan 294 hari). BBLR adalah bayi baru lahir yang berat badannya kurang dari 2500 gram. Menurut Depkes RI (1996), bayi berat lahir rendah adalah bayi yang lahir dengan berat 2500 gram atau kurang tanpa memperhatikan usia kehamilan.

Penanganan bayi berat lahir rendah meliputi hal-hal berikut:

- a. Mempertahankan suhu dengan ketat.
- b. Mencegah infeksi. Karena BBL sangat rentan terkena infeksi. Contoh mencuci tangan sebelum memegang bayi.
- c. Pengawasan nutrisi dan ASI. Refleks menelan pada bayi dengan bblr belum sempurna.
- d. Penimbangan ketat. Sebagai cara memantau status gizi/nutrisi bayi dan erat kaitannya dengan daya tahan tubuh.

4. Masalah-Masalah Lain Yang Berhubungan dengan Sosial Budaya Masyarakat

- a. Kurangnya pengetahuan, salah satunya di bidang kesehatan.
- b. Adat istiadat yang dianut/berlaku di wilayah setempat.
- c. Kurangnya peran serta masyarakat.
- d. Perilaku masyarakat yang kurang terhadap kesehatan.
- e. Kebiasaan-kebiasaan/kepercayaan negatif yang berlaku negatif dan positif.

Sosial budaya yang ada di masyarakat memberi 2 pengaruh pada masyarakat tersebut yaitu : pengaruh negatif dan positif.

Sosial budaya masyarakat yang bersifat positif antara lain:

- a. Rasa kekeluargaan dan semangat gotong royong.
- b. Mengutamakan musyawarah dalam mengambil keputusan.
- c. Rasa tolong menolong/perasaan senasib sepenanggungan.

Sosial budaya masyarakat yang bersifat negatif antara lain:

- a. Membuang sampah sembarangan sehingga timbul daerah kumuh.
- b. Penyalahgunaan obat-obatan.
- c. Industri-industri yang tidak memperhatikan pembuangan limbah yang baik.
- d. Wanita pekerja yang tidak dapat merawat anaknya dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat (2010) Pedoman pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWSKIA). Jakarta: Kemenkes RI.
- Irianto Koes (2015) Kesehatan reproduksi. Bandung: Salemba Medika.
- Kumalasari I (2014) Kesehatan reproduksi untuk mahasiswa kebidanan dan keperawatan. Jakarta: Salemba Medika
- Pudjiastuti (2011) Kebidanan Komunitas. Yogyakarta: Nuhamedika
- Retna,Ery dan Sriati (2018) Buku Ajar Asuhan Kebidanan Komunitas. Jakarta: Numed
- Syafrudin dkk (2019) Kebidanan Komunitas. Jakarta: EGC.
- Walyani,S (2018) Kebidanan Komunitas. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Yulifah, Rita (2019) Asuhan Kebidanan Komunitas. Jakarta: Salemba Medika.

BAB 4

TUGAS DAN TANGGUNG JAWAB BIDAN DI KOMUNITAS

Lina Astuty, S.ST., M.K.M.

A. Tugas Bidan di Komunitas

Komunitas dapat didefinisikan sebagai sekelompok orang yang tinggal dalam suatu daerah atau lingkungan yang sama dan biasanya memiliki tujuan, nilai, atau minat bersama. Istilah ini sering digunakan untuk merujuk pada kelompok yang lebih kecil dari masyarakat yang lebih besar, tetapi juga dapat merujuk pada masyarakat dalam skala yang lebih luas.

Secara umum, karakteristik utama dari sebuah komunitas meliputi:

1. **Lokasi Geografis:** Komunitas sering kali didefinisikan oleh lokasi geografis tertentu di mana anggotanya tinggal atau bekerja bersama.
2. **Interaksi Sosial:** Anggota komunitas berinteraksi secara teratur dan memiliki hubungan sosial yang mendalam. Interaksi ini dapat meliputi berbagai aktivitas seperti kegiatan sosial, budaya, ekonomi, atau agama.
3. **Tujuan atau Identitas Bersama:** Anggota komunitas seringkali memiliki tujuan atau identitas bersama yang membedakan mereka dari kelompok lain. Ini bisa berupa tujuan ekonomi, politik, agama, atau kebudayaan.
4. **Norma dan Nilai Bersama:** Komunitas memiliki norma, nilai-nilai, atau aturan tidak tertulis yang diikuti oleh anggotanya. Hal ini membentuk landasan perilaku dan interaksi di dalam komunitas tersebut.

5. **Saluran Komunikasi:** Ada saluran komunikasi yang efektif di antara anggota komunitas untuk bertukar informasi, memecahkan masalah, atau merencanakan kegiatan bersama.

Komunitas dapat beragam dalam ukuran dan cakupannya, mulai dari kelompok kecil seperti komunitas lokal di suatu desa atau kota kecil, hingga komunitas yang lebih besar seperti komunitas etnis, agama, atau bahkan komunitas global yang terhubung melalui media sosial dan teknologi modern.

Tenaga kesehatan memainkan peran penting dalam menjaga kesehatan masyarakat dan individu. Tugas mereka bervariasi tergantung pada spesialisasi dan lingkungan kerja, tetapi secara umum, berikut adalah beberapa tugas umum yang dilakukan oleh tenaga kesehatan:

1. **Pelayanan Pasien:** Memberikan perawatan langsung kepada pasien, termasuk diagnosis, pengobatan, dan perawatan rutin atau darurat sesuai dengan bidang spesialisasi masing-masing (seperti dokter, perawat, bidan, atau ahli terapi).
2. **Pencegahan Penyakit:** Melakukan vaksinasi, penyuluhan kesehatan, dan kampanye pencegahan untuk mengurangi risiko penyakit menular dan tidak menular di masyarakat.
3. **Pendidikan Kesehatan:** Memberikan informasi dan pendidikan kepada individu dan masyarakat tentang praktik kesehatan yang baik, termasuk gizi, kebersihan diri, dan pencegahan penyakit.
4. **Manajemen Kesehatan:** Melakukan manajemen data pasien, termasuk pengumpulan informasi medis, pencatatan, dan pelaporan untuk keperluan pengelolaan perawatan dan analisis epidemiologi.
5. **Konseling dan Dukungan Emosional:** Memberikan dukungan psikologis dan konseling kepada pasien dan keluarganya, terutama dalam kasus penyakit kronis atau situasi yang mengkhawatirkan.

6. **Kerja Tim Interprofesional:** Berkolaborasi dengan anggota tim kesehatan lainnya, termasuk dokter, perawat, ahli farmasi, ahli gizi, dan terapis, untuk merancang dan memberikan perawatan yang terkoordinasi dan holistik.
7. **Pengembangan Kebijakan Kesehatan:** Berpartisipasi dalam pengembangan kebijakan kesehatan, baik di tingkat lokal, nasional, maupun internasional, untuk meningkatkan sistem perawatan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat.
8. **Pelatihan dan Pendidikan Profesional:** Melanjutkan pelatihan dan pendidikan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan, serta mematuhi standar dan regulasi profesi kesehatan yang berlaku.
9. **Manajemen Krisis Kesehatan:** Menangani situasi darurat dan krisis kesehatan masyarakat, seperti pandemi atau bencana alam, dengan menyediakan perawatan darurat dan koordinasi tanggap darurat.

Setiap tenaga kesehatan memiliki peran penting dalam memberikan perawatan yang berkualitas dan mempromosikan kesehatan yang baik kepada individu dan masyarakat secara keseluruhan. Peran mereka terus berkembang seiring dengan perubahan dalam teknologi medis, perubahan demografi, dan tantangan kesehatan global yang baru muncul.

Fungsi seorang bidan sangat penting dalam sistem perawatan kesehatan, khususnya dalam merawat kesehatan reproduksi perempuan. Berikut adalah beberapa fungsi utama seorang bidan:

1. **Pemantauan Kesehatan Reproduksi:** Bidan bertanggung jawab untuk memantau kesehatan reproduksi perempuan, termasuk pemeriksaan kehamilan, pemantauan perkembangan janin, dan memeriksa kesehatan ibu selama kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan.
2. **Pemberian Perawatan Prenatal:** Bidan memberikan perawatan prenatal yang mencakup pemeriksaan rutin, tes laboratorium, konseling gizi, serta edukasi tentang persiapan persalinan dan tanda bahaya yang harus diwaspadai.

3. **Penyediaan Pelayanan Persalinan:** Bidan dapat mengelola persalinan normal di rumah atau di fasilitas kesehatan primer. Mereka memberikan dukungan selama proses persalinan, memantau kemajuan persalinan, dan mengambil langkah-langkah yang diperlukan untuk memastikan keselamatan ibu dan bayi.
4. **Perawatan Pasca Persalinan:** Setelah persalinan, bidan memberikan perawatan pasca persalinan kepada ibu untuk memastikan pemulihan yang optimal. Ini termasuk memeriksa luka jahitan, memberikan konseling tentang perawatan bayi, menyusui, dan mengatasi perubahan emosional pasca persalinan.
5. **Pendidikan Kesehatan Reproduksi:** Bidan memberikan edukasi kepada individu dan keluarga tentang kesehatan reproduksi, termasuk penggunaan kontrasepsi, praktik kesehatan seksual, dan manajemen keluarga berencana.
6. **Pencegahan Penyakit dan Promosi Kesehatan:** Bidan terlibat dalam program pencegahan penyakit, seperti imunisasi, dan mempromosikan gaya hidup sehat di antara ibu hamil dan keluarga mereka.
7. **Manajemen Kegawatdaruratan Kesehatan Reproduksi:** Bidan dilatih untuk mengenali tanda-tanda komplikasi selama kehamilan dan persalinan, serta memberikan perawatan awal dan merujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi jika diperlukan.
8. **Konseling dan Dukungan Emosional:** Bidan memberikan dukungan emosional kepada ibu dan keluarganya selama proses kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan. Mereka juga memberikan konseling untuk membantu ibu mengatasi stres atau kekhawatiran yang terkait dengan proses kehamilan dan persalinan.
9. **Kolaborasi dengan Tim Kesehatan:** Bidan bekerja sama dengan dokter, perawat, ahli gizi, ahli farmasi, dan spesialis kesehatan lainnya untuk merencanakan dan memberikan perawatan yang terkoordinasi dan holistik kepada pasien.

10. Pengelolaan Informasi Kesehatan: Merekam dan melaporkan data kesehatan pasien dengan akurat untuk memastikan kontinuitas perawatan dan analisis epidemiologi.

Fungsi-fungsi ini menunjukkan peran vital bidan dalam mendukung kesehatan reproduksi perempuan, keselamatan proses persalinan, dan kesejahteraan keluarga secara keseluruhan. Dengan pendidikan, pelatihan, dan pengalaman yang dimiliki, bidan berkontribusi besar dalam memastikan bahwa perempuan menerima perawatan kesehatan yang komprehensif dan berdaya guna.

Tugas seorang bidan meliputi berbagai aspek dalam perawatan kesehatan ibu hamil, persalinan, dan pasca persalinan. Berikut adalah beberapa tugas utama seorang bidan:

- 1. Pemeriksaan Kehamilan:** Bidan melakukan pemeriksaan rutin pada ibu hamil untuk memantau perkembangan kesehatan ibu dan janin. Ini meliputi pemeriksaan fisik, pemeriksaan ultrasonografi, dan tes laboratorium yang diperlukan.
- 2. Pendidikan dan Konseling:** Memberikan pendidikan kepada ibu hamil tentang nutrisi yang tepat, perawatan diri, persiapan persalinan, dan cara merawat bayi setelah lahir. Bidan juga memberikan konseling tentang tanda bahaya selama kehamilan dan persalinan.
- 3. Pendampingan Persalinan:** Bidan memantau proses persalinan, memberikan dukungan fisik dan emosional kepada ibu, serta mengambil tindakan medis darurat jika diperlukan. Mereka juga mengkoordinasikan dengan dokter jika ada komplikasi yang memerlukan perhatian medis lebih lanjut.
- 4. Perawatan Pasca Persalinan:** Memberikan perawatan pasca persalinan untuk memastikan pemulihan ibu setelah melahirkan. Ini meliputi pemeriksaan luka jahitan, perawatan payudara jika ibu menyusui, dan konseling tentang perawatan bayi dan perencanaan keluarga.

5. **Pencegahan dan Pendidikan Kesehatan Reproduksi:** Melakukan program-program pencegahan seperti imunisasi, pemeriksaan kesehatan reproduksi, dan promosi kesehatan reproduksi untuk masyarakat.
6. **Manajemen Persalinan Darurat:** Bidan dilatih untuk mengenali dan menangani situasi darurat selama persalinan seperti pendarahan berat, masalah dengan tali pusat, atau kegawatdaruratan maternal.
7. **Pengelolaan Data Kesehatan:** Merekam dan melaporkan data kesehatan ibu dan bayi, termasuk kelahiran dan komplikasi yang terjadi selama proses persalinan.

Tugas seorang bidan sangat penting dalam memastikan bahwa ibu dan bayi mendapatkan perawatan yang aman dan tepat selama periode kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan

Peran seorang bidan dalam komunitas sangat penting dalam mendukung kesehatan reproduksi perempuan dan masyarakat secara umum. Berikut beberapa tugas dan peran bidan dalam konteks komunitas:

1. **Pendidikan dan Pemberdayaan Masyarakat:** Bidan memiliki peran besar dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat tentang kesehatan reproduksi, termasuk pentingnya perawatan prenatal, persalinan aman, dan perawatan pasca persalinan. Mereka membantu meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang tanda bahaya selama kehamilan dan persalinan, serta mempromosikan praktik kesehatan yang baik.
2. **Pelayanan Kesehatan Primer:** Sebagai penyedia pelayanan kesehatan primer, bidan sering kali menjadi sumber pertama kontak untuk perempuan dalam masyarakat. Mereka melakukan pemeriksaan kesehatan rutin, memberikan konseling tentang perencanaan keluarga, serta memberikan vaksinasi dan imunisasi kepada perempuan dan anak-anak.
3. **Pengelolaan Persalinan Normal:** Bidan dapat mengelola persalinan normal di rumah atau di fasilitas kesehatan primer, memberikan perawatan selama proses persalinan

dan memberikan dukungan fisik dan emosional kepada ibu dan keluarganya.

4. **Pengenalan dan Penanganan Dini Komplikasi:** Salah satu peran penting bidan adalah mengenali tanda-tanda komplikasi selama kehamilan atau persalinan dini dan memberikan intervensi atau merujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi jika diperlukan. Ini membantu mencegah komplikasi yang lebih serius dan meningkatkan keselamatan ibu dan bayi.
5. **Kolaborasi dengan Tenaga Kesehatan Lainnya:** Bidan bekerja dalam tim kesehatan komunitas, berkolaborasi dengan dokter, perawat, petugas kesehatan lainnya, serta relawan atau pekerja sosial dalam upaya untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat.
6. **Pelaporan dan Pengumpulan Data Kesehatan:** Bidan bertanggung jawab untuk mencatat data kesehatan pasien mereka, termasuk kelahiran, komplikasi yang terjadi, dan hasil persalinan. Data ini penting untuk perencanaan program kesehatan masyarakat dan evaluasi dampak intervensi kesehatan.
7. **Pemantauan Kesehatan Masyarakat:** Selain memberikan pelayanan langsung kepada individu, bidan juga berperan dalam memantau kesehatan masyarakat secara lebih luas. Mereka dapat mengidentifikasi tren kesehatan dan masalah kesehatan yang mungkin memerlukan perhatian khusus dalam komunitas mereka.

Dengan peran mereka yang holistik dan terintegrasi dalam perawatan kesehatan reproduksi, bidan tidak hanya membantu meningkatkan kesehatan individu, tetapi juga berkontribusi pada kesehatan masyarakat secara keseluruhan melalui pendidikan, pelayanan, dan kolaborasi dalam komunitas.

B. Tanggung Jawab Bidan

Tanggung jawab tenaga kesehatan sangat beragam tergantung pada peran dan spesialisasi masing-masing dalam sistem perawatan kesehatan. Secara umum, berikut adalah beberapa tanggung jawab utama yang dimiliki oleh tenaga kesehatan:

1. **Pelayanan Pasien:** Memberikan perawatan langsung kepada pasien sesuai dengan standar medis yang berlaku. Ini meliputi diagnosis, pengobatan, dan perawatan berkelanjutan untuk mempromosikan pemulihan dan kesehatan pasien.
2. **Pendidikan dan Konseling:** Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarganya tentang kondisi medis, pengobatan, dan pencegahan penyakit. Ini juga mencakup memberikan konseling tentang perawatan diri, gaya hidup sehat, dan manajemen penyakit.
3. **Pencegahan Penyakit:** Melakukan tindakan pencegahan seperti vaksinasi, pemeriksaan kesehatan rutin, dan pengajaran tentang praktik kesehatan yang baik untuk mencegah penularan penyakit.
4. **Manajemen Kasus:** Mengkoordinasikan perawatan pasien di antara berbagai spesialis dan disiplin ilmu medis, termasuk merujuk pasien ke spesialis lain jika diperlukan.
5. **Manajemen Informasi Kesehatan:** Merekam dan mengelola data pasien dengan akurat, termasuk riwayat medis, hasil pemeriksaan, dan perawatan yang diberikan untuk memastikan pengambilan keputusan yang tepat dan kontinuitas perawatan.
6. **Kepatuhan Terhadap Etika dan Hukum:** Mematuhi kode etik profesional dan standar hukum dalam praktik medis dan pelayanan pasien. Ini mencakup menjaga privasi dan kerahasiaan pasien serta melaporkan kejadian medis yang penting.

7. **Kolaborasi Tim:** Bekerja sama dalam tim multidisiplin yang terdiri dari dokter, perawat, terapis, farmasis, dan spesialis lainnya untuk merencanakan dan memberikan perawatan terbaik kepada pasien.
8. **Pengembangan Profesional:** Berpartisipasi dalam pendidikan berkelanjutan, pelatihan, dan penelitian untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan, serta mengikuti perkembangan terbaru dalam bidang medis.
9. **Manajemen Krisis Kesehatan:** Menangani situasi darurat dan bencana medis dengan memberikan perawatan darurat, stabilisasi pasien, dan koordinasi evakuasi atau perawatan lebih lanjut.
10. **Pendidikan Kesehatan Masyarakat:** Mengambil peran dalam edukasi kesehatan masyarakat, mengadakan program-program pencegahan penyakit, dan mempromosikan gaya hidup sehat di masyarakat.

Setiap tenaga kesehatan, baik itu dokter, perawat, bidan, ahli terapi, atau profesional medis lainnya, memiliki tanggung jawab khusus dalam memberikan perawatan yang aman, efektif, dan bermutu tinggi kepada pasien serta mempromosikan kesehatan masyarakat secara luas. Tanggung jawab ini mengharuskan mereka untuk berkomitmen pada praktik yang terbaik dan terus menerus meningkatkan standar perawatan medis.

Tanggung jawab seorang bidan mencakup berbagai aspek dalam merawat kesehatan reproduksi perempuan, terutama selama kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan. Berikut adalah tanggung jawab utama seorang bidan:

1. **Pemeriksaan Kehamilan:** Bidan melakukan pemeriksaan rutin pada ibu hamil untuk memantau perkembangan kesehatan ibu dan janin. Ini meliputi pemeriksaan fisik, pemeriksaan ultrasonografi, dan tes laboratorium yang diperlukan.
2. **Pendidikan dan Konseling:** Memberikan edukasi kepada ibu hamil tentang nutrisi yang tepat, perawatan prenatal, persiapan persalinan, dan perawatan pasca persalinan. Bidan

juga memberikan konseling tentang tanda bahaya selama kehamilan dan persalinan serta memberikan dukungan emosional.

3. **Pendampingan Persalinan:** Bidan memantau proses persalinan, memberikan dukungan fisik dan emosional kepada ibu, serta mengambil tindakan medis darurat jika diperlukan. Mereka juga mengkoordinasikan dengan dokter jika ada komplikasi yang memerlukan perhatian medis lebih lanjut.
4. **Perawatan Pasca Persalinan:** Memberikan perawatan pasca persalinan untuk memastikan pemulihan ibu setelah melahirkan. Ini meliputi pemeriksaan luka jahitan, perawatan payudara jika ibu menyusui, dan konseling tentang perawatan bayi dan perencanaan keluarga.
5. **Pencegahan dan Pendidikan Kesehatan Reproduksi:** Melakukan program-program pencegahan seperti imunisasi, pemeriksaan kesehatan reproduksi, dan promosi kesehatan reproduksi untuk masyarakat.
6. **Manajemen Persalinan Darurat:** Bidan dilatih untuk mengenali dan menangani situasi darurat selama persalinan seperti pendarahan berat, masalah dengan tali pusat, atau kegawatdaruratan maternal.
7. **Pengelolaan Data Kesehatan:** Merekam dan melaporkan data kesehatan ibu dan bayi, termasuk kelahiran dan komplikasi yang terjadi selama proses persalinan.
8. **Konsultasi dan Rujukan:** Memberikan konsultasi kepada ibu hamil atau pasien lainnya tentang perawatan kesehatan reproduksi, serta merujuk ke dokter atau spesialis lain jika diperlukan untuk perawatan lebih lanjut.
9. **Pendidikan Komunitas:** Mengadakan sesi pendidikan untuk kelompok masyarakat tentang perawatan prenatal, persalinan, dan perawatan bayi baru lahir untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran kesehatan reproduksi.

10. Kolaborasi Tim Kesehatan: Berkolaborasi dengan dokter, perawat, ahli gizi, ahli farmasi, dan spesialis lainnya untuk merencanakan dan memberikan perawatan holistik kepada pasien.

Tanggung jawab seorang bidan sangat penting dalam memastikan bahwa ibu dan bayi mendapatkan perawatan yang aman dan berkualitas selama periode khusus dalam hidup mereka. Bidan tidak hanya berperan sebagai penyedia perawatan klinis, tetapi juga sebagai pendidik dan pendukung untuk mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan ibu dan bayi dalam komunitas.

Di dalam komunitas, tanggung jawab seorang bidan mencakup berbagai aspek yang mendukung kesehatan reproduksi perempuan dan keselamatan proses kelahiran. Berikut adalah beberapa tanggung jawab spesifik seorang bidan di dalam komunitas:

- 1. Pendidikan Kesehatan Reproduksi:** Bidan berperan sebagai pendidik kesehatan yang memberikan informasi kepada individu dan keluarga tentang perawatan prenatal, persalinan, dan perawatan pasca persalinan. Mereka mengedukasi masyarakat tentang tanda bahaya selama kehamilan dan persalinan, serta memberikan konseling tentang perencanaan keluarga dan penggunaan kontrasepsi.
- 2. Pemeriksaan dan Pelayanan Kesehatan Reproduksi:** Melakukan pemeriksaan kesehatan rutin untuk ibu hamil, termasuk pemantauan pertumbuhan janin, pemeriksaan kesehatan ibu, dan tes laboratorium yang diperlukan. Bidan juga memberikan perawatan prenatal yang komprehensif untuk memastikan kesehatan ibu dan bayi.
- 3. Manajemen Persalinan:** Bidan mungkin mengelola persalinan normal di rumah atau di fasilitas kesehatan primer dalam komunitas. Mereka memberikan dukungan selama proses persalinan, mengawasi kondisi ibu dan bayi, serta mengambil tindakan cepat jika ada komplikasi atau kegawatdaruratan yang memerlukan intervensi medis lebih lanjut.

4. **Perawatan Pasca Persalinan:** Setelah persalinan, bidan memberikan perawatan pasca persalinan untuk memastikan pemulihan ibu dan bayi. Ini termasuk pemeriksaan luka jahitan, perawatan payudara jika ibu menyusui, serta konseling tentang perawatan bayi baru lahir dan perencanaan keluarga.
5. **Pencegahan dan Promosi Kesehatan:** Bidan terlibat dalam program-program pencegahan penyakit dan promosi kesehatan reproduksi di komunitas. Mereka melakukan vaksinasi, memfasilitasi akses ke layanan kesehatan reproduksi, dan memberikan informasi tentang praktik kesehatan yang baik kepada masyarakat.
6. **Kolaborasi dengan Layanan Kesehatan Lainnya:** Bidan bekerja sama dengan dokter, perawat, ahli gizi, ahli farmasi, dan spesialis kesehatan lainnya untuk merencanakan dan memberikan perawatan yang terkoordinasi dan holistik kepada pasien. Kolaborasi ini penting untuk memenuhi kebutuhan kesehatan kompleks pasien dalam komunitas.
7. **Pengelolaan Informasi Kesehatan:** Merekam dan melaporkan data kesehatan pasien dengan akurat untuk memastikan kontinuitas perawatan dan analisis epidemiologi. Informasi ini juga digunakan untuk merencanakan program kesehatan masyarakat yang lebih efektif.
8. **Penanggulangan Krisis Kesehatan:** Bidan siap untuk menangani situasi darurat atau krisis kesehatan reproduksi di komunitas, **seperti** pendarahan postpartum atau keadaan gawat darurat maternal lainnya, dengan memberikan perawatan darurat yang tepat waktu dan merujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi jika diperlukan.

Tanggung jawab seorang bidan di komunitas tidak hanya terbatas pada aspek klinis dan medis, tetapi juga meliputi pendidikan, pencegahan penyakit, dukungan emosional, dan kolaborasi yang erat dengan berbagai pihak dalam masyarakat untuk meningkatkan kesehatan reproduksi dan kesejahteraan keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdurrahmat Fathoni (2006) *Metodologi Penelitian dan Teknik Penyusunan Skripsi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Mundir (2013) *Metode Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif*, STAIN Jember Press. Edited by Hisbiyatul Hasanah. Jember: STAIN Jember Press.
- Nazir, M. (2005) *Metode Penelitian*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Priyono (2008) *Metode Penelitian Kuantitatif*. Edited by T. Chandra. Sidoarjo: Zifatama Publishing.
- Sandu Siyoto and Sodik, M. A. (2015) *Dasar Metodologi Penelitian*. Yogyakarta: Literasi Media Publishing.
- Syahrum and Salim (2014) *Metode Penelitian Kuantitatif*. Edited by R. Ananda. Bandung: Citapustaka Media.

BAB 5

JEJARING KERJA BIDAN DI KOMUNITAS

Irma Hamdayani Pasaribu, S.ST., M.Keb.

A. Pendahuluan

Pembangunan kesehatan merupakan gambaran pembangunan nasional dengan upaya menumbuhkan pemahaman setiap individu agar memiliki kemauan dan kemampuan hidup sehat untuk mencapai kesehatan masyarakat yang baik.

Jejaring kerja atau kemitraan dapat diartikan sebagai teman atau pasangan atau sekelompok. Jejaring merupakan suatu upaya yang dapat menghimpun dan menghubungkan berbagai aspek seperti masyarakat, lembaga pemerintah dan lembaga non-pemerintah demi tercapainya misi bersama. Adapun aspek yang ingin dicapai dapat berupa kemufakatan, prinsip, serta peran dari masing-masing komponen (Bastian, Abdulhak and Shantini, 2020)

Jejaring diperlukan oleh bidan yang bekerja di komunitas agar dapat berkolaborasi dengan berbagai pihak dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan mengatasi permasalahan kesehatan ibu dan anak. Komponen jejaring dalam kebidanan komunitas terdiri dari klien, keluarga dan masyarakat. Kontribusi setiap aspek sangat penting untuk memperoleh kesuksesan dari semua upaya kesehatan yang telah dilakukan oleh bidan di komunitas.

Strategi kemitraan di komunitas merupakan perwujudan pemberdayaan dan pengembangan masyarakat. Faktor utama dalam menciptakan jaringan di komunitas adalah kepekaan atas

budaya setempat, artinya bahwa bantuan atau jasa yang ditawarkan harus sebanding dengan pemahaman masyarakat (Rahayu, Suharto and Sumaningsih, 2019).

B. Konsep Dasar Jejaring di Komunitas

Jejaring kerja atau kemitraan atau *partnership*, secara etimologi berasal dari kata *partner*. *Partner* adalah pasangan, jodoh atau sekutu, sementara *partnership* artinya koneksi/asosiasi. Selain itu, jejaring kerja juga diartikan sebagai penghubung kolaborasi antara dua atau lebih kelompok yang menghasilkan suatu hubungan kerjasama pada aspek tertentu atau untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan agar mendapatkan hasil yang maksimal. Jejaring kerja menurut Wayne E. Braker dalam buku *Networking Smart*, tahun 1984 yaitu prosedur dalam menciptakan dan memelihara relasi yang bermanfaat.

Jejaring menggambarkan interaksi yang luas dan kuat baik secara individual atau kelompok di dalam masyarakat. Dengan demikian jejaring kerja di dalam kebidanan komunitas merupakan 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 (Wahyuni *et al.*, 2023).

Jejaring kerja menghubungkan beragam bidang, golongan masyarakat, lembaga pemerintah dan bukan pemerintah, dalam berkolaborasi untuk memperoleh tujuan bersama berlandaskan asas dan kewajiban masing-masing. Untuk menciptakan jejaring kerja ada beberapa syarat yang harus dipenuhi yaitu persamaan perhatian, kepercayaan dan rasa hormat, kesadaran akan esensi jejaring kerja, adanya pemahaman yang sama pada misi, visi, tujuan dan nilai yang akan dicapai, mempunyai asas yang selaras dan kemauan mengabdikan (Wahyuni *et al.*, 2023)

C. Tujuan Jejaring Kerja di Komunitas

Jejaring kerja bertujuan untuk mengkoordinasikan suatu proses kerja agar berlangsung sinergis sehingga tujuan kegiatan akan tercapai.

Adapun tujuan membangun jejaring dalam kebidanan komunitas adalah:

1. Meningkatkan Peran Serta Masyarakat

Salah satu tujuan dibangunnya jejaring kerja yaitu untuk menumbuhkan pemahaman masyarakat untuk berkontribusi dalam pengembangan organisasi, memotivasi dan mendorong keikutsertaan masyarakat dalam mengembangkan organisasi. Komunitas mengandung makna yang luas, bukan hanya klien namun juga pengguna, dinas terkait dan masyarakat itu sendiri. Dalam kebidanan komunitas bidan dapat melaksanakan tugasnya dan melaksanakan program yang ditetapkan oleh pemerintah dengan membina jejaring kerja yang kredibel dalam hal ini bersama Tokoh Masyarakat, Tokoh Agama, Pemerintah, kader dan dukun bersalin. Beberapa aspek yang perlu diperhatikan untuk meningkatkan peran serta masyarakat yaitu:

- a. Memiliki visi misi yang sama
- b. Saling percaya
- c. Bermanfaat
- d. Efisiensi dan efektivitas
- e. Komunikasi
- f. Komitmen yang kuat

2. Meningkatkan Mutu dan Relevansi Layanan di dalam Masyarakat

Dinamika atau perkembangan masyarakat saat ini sangat dinamis, sehingga bidan dituntut harus mampu menjaga eksistensinya dan sanggup mengimbangi kompetitor lain.

Oleh karena itu, organisasi wajib bergerak membuat pembaharuan, memaksimalkan mutu dan menciptakan program yang sesuai dengan kepentingan masyarakat (Wahyuni *et al.*, 2023).

D. Manfaat Jejaring Kerja di Komunitas

Pentingnya jejaring kerja adalah membangkitkan tanggung jawab setiap individu yang tergabung dalam jejaring, serta menjadi mediator antara individu dengan kehidupan profesional dan antara satu instansi dengan instansi lainnya.

Pada keadaan yang kompleks seperti saat ini, suatu organisasi mampu berfungsi secara efektif apabila dikelola bersama dengan pihak-pihak lain dengan asas kerja sama, kepercayaan dan saling memotivasi. Membentuk jejaring kerja dengan menyatukan kemampuan dan menyebarluaskan kekuatan yang dimiliki organisasi serta memotivasi pihak lain untuk mengaplikasikan melakukan hal serupa (Wahyuni *et al.*, 2023)

E. Jaringan Kerja Bidan di Komunitas

Jaringan kerja bidan di komunitas yaitu puskesmas/ puskesmas pembantu, polindes, posyandu, BPS, rumah pasien, dasa wisma, PKK.

1. Di puskesmas, bidan adalah anggota tim, bidan diharapkan mengetahui program-program yang akan dilaksanakan di komunitas dan mampu melaksanakan kewajiban serta peran masing-masing. Bidan diharapkan dapat menjalin komunikasi yang baik dengan atasan dan komponen lainnya, menampung dan menerima masukan dan memiliki kewajiban penuh atas seluruh kegiatan timnya beserta hasilnya.
2. Di polindes, posyandu, PMB, dan rumah pasien, bidan adalah pemimpin atau leader, sebagai leader bidan harus mampu bertindak sebagai pengarah dan juga sebagai eksekutor kegiatan kebidanan di komunitas.

3. Dalam jaringan kerja bidang di komunitas dibutuhkan kerja sama lintas program dan lintas sektor. Kerja sama lintas program adalah kerja sama yang dilakukan dalam lingkup lembaga yang sama, misalnya kerja sama pada program imunisasi, pemberian tablet Fe, Vitamin A dan PMT. Kerja sama lintas sektor adalah kerja sama yang dilakukan dengan melibatkan instansi lain, seperti Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS), Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), dan lain-lain.
4. Dalam pelayanan komunitas dibutuhkan negosiasi kepada tokoh atau pejabat masyarakat agar memperoleh bantuan, sehingga dapat menetapkan strategi nasional atau regional. Negosiasi dilakukan pada berbagai aspek, mulai dari level administrasi hingga pada tingkat desa dengan harapan memperoleh kesepakatan dan mendapatkan dukungan dalam merumuskan kebijakan. Pendekatan berfokus pada masyarakat sebagai pelaksana gagasan dan kemudian dikembangkan sesuai kapasitas, misalnya kader dan dukun (Aryani *et al.*, 2020)

F. Kerja Sama Lintas Sektor

Tujuan dari kerja sama lintas program dan lintas sektoral dalam kebidanan komunitas antara lain:

1. Meningkatkan kerja sama dalam melaksanakan komitmen dan peran setiap individu untuk pembangunan kesehatan. Pada prinsipnya kerja sama lintas program dan sektoral bertujuan mengatasi permasalahan kesehatan, sehingga sektor kesehatan harus melakukan koordinasi.
2. Meningkatkan komunikasi antar sektor pemerintah dan swasta dalam mengatasi permasalahan kesehatan. Komunikasi yang efektif dapat dilakukan pada kegiatan secara berkala sesuai dengan persetujuan bersama untuk menjalin kerja sama antar anggota dan mitra.
3. Meningkatkan kemahiran dalam menangani permasalahan kesehatan untuk kepentingan seluruh kelompok. Misi penting dari kemitraan pada lingkup kesehatan adalah

menghimpun kemampuan dalam menyelesaikan serta mengatasi permasalahan kesehatan masyarakat, sehingga efisiensi kegunaan atau kebermanfaatannya adalah tujuan yang diharapkan dari kemitraan.

4. Meningkatkan tanggung jawab bersama. Komitmen merupakan kesanggupan dan dedikasi bersama dalam hal waktu, pikiran, tenaga, dan sebagainya dari setiap individu dalam kemitraan terhadap rencana atau usaha mengatasi permasalahan kesehatan yang telah disepakati bersama.
5. Terselenggaranya upaya kesehatan yang efektif dan tepat guna dan memberikan hasil yang baik (Turrahmi, 2017)

Negosiasi yang digunakan pada kerja sama lintas program dan lintas sektoral antara lain:

1. Input

Input merupakan keseluruhan potensi yang ada pada setiap aspek yang tergabung pada kemitraan, khususnya sumber daya manusia, dan sumber daya lainnya, contohnya biaya, sistem informasi, teknologi, dan lainnya. Sementara itu, kuantitas mitra yang berpartisipasi adalah bagian dari input.

2. Proses

Proses pada kemitraan berhubungan dengan terlaksananya program-program yang telah disusun pada kemitraan tersebut.

3. Output

Output adalah terjalannya kerja sama atau networking dari berbagai aspek serta adanya program serta penerapannya berupa kegiatan bersama untuk mengatasi permasalahan kesehatan. Selain itu, adanya rincian pembagian peran dan kewajiban pada setiap anggota.

4. Outcome

Outcome merupakan hasil kerja sama terhadap peningkatan kesehatan masyarakat. Outcome dapat dinilai dengan parameter tingkat kesehatan masyarakat, sebagai perwujudan dari usaha yang telah dilaksanakan. Dengan kata lain, outcome menggambarkan kondisi dimana terjadi

peningkatan angka atau derajat kesehatan, seperti peningkatan status gizi anak dan balita, semakin banyak penduduk yang memperoleh air bersih, dan lain-lain (Turrahmi, 2017).

G. Pendekatan Terhadap Pemuka Atau Pejabat Masyarakat

1. Kategori Tokoh Masyarakat (TOMA)

Tokoh masyarakat adalah seseorang yang berdampak dan menjadi panutan di wilayahnya. Seseorang menjadi tokoh dalam masyarakat karena memiliki kedudukan, kemampuan dan kapasitas yang baik. Kategori tokoh masyarakat:

a. Tokoh masyarakat formal

Seseorang yang menjadi panutan sebab memiliki kapasitas atau kedudukan di instansi pemerintah seperti: Ketua RT/RW, Kepala Desa/Lurah, Camat, dan lain-lain.

b. Tokoh masyarakat informal

Seseorang yang menjadi panutan karena memiliki dampak, kemampuan, dan kapasitas yang dapat diterima oleh masyarakat di sekitarnya, yaitu: tokoh agama, tokoh adat, tokoh perempuan, tokoh pemuda, dan lain-lain.

2. Peran Tokoh Masyarakat

Dalam kesehatan reproduksi yang responsif gender, tokoh masyarakat berperan sebagai:

a. Melakukan penyuluhan

1) Toma harus berkomunikasi, memotivasi dan mengutarakan ide-ide yang berhubungan dengan kesetaraan gender dalam kesehatan reproduksi. Sebagai penyuluh, Toma diharapkan memahami materi gender, dan materi kesehatan reproduksi.

2) Toma harus memiliki pemikiran yang luas, mampu mempengaruhi masyarakat untuk berubah dan menjadikan kesetaraan gender dalam kesehatan reproduksi sebagai unsur penting dalam keluarganya, bersedia menerima aspirasi dan keluhan masyarakat

dalam. Misalnya pada kegiatan upacara/ritual keagamaan Toma dapat menggunakan waktu tersebut untuk menyampaikan informasi tentang kesehatan reproduksi yang responsif gender, dengan cara menyertakan materi kesehatan reproduksi dalam pesan agama; untuk tokoh perempuan, substansi kesehatan reproduksi dihubungkan pada topik yang relevan dengan tujuan organisasinya; untuk tokoh pemuda, substansi kesehatan reproduksi dapat disertakan dihubungkan sesuai dengan kondisi pada organisasi kepemudaan.

b. Sebagai penggerak

Mendorong, bekerja sama dan menumbuhkan keterlibatan masyarakat setempat supaya masyarakat menyadari bahwa yang dilakukan oleh laki-laki dan perempuan dalam bidang kesehatan reproduksi untuk kebaikan masyarakat itu sendiri, yaitu membangun Keadilan dan Kesetaraan Gender (KKG) di dalam rumah tangganya.

c. Peran sebagai motivator

Memotivasi masyarakat dengan meyakinkan atau mempengaruhi agar masyarakat, baik laki-laki dan perempuan bergerak untuk mengetahui lebih dalam tentang kesehatan reproduksi sehingga dengan kesadaran menjaga kesehatan reproduksinya sebagai bentuk tanggung jawab pada diri sendiri, keluarga, dan negara.

d. Peran sebagai fasilitator

1) Fasilitator adalah orang yang memberikan dukungan penuh terhadap sasaran untuk mendapat kemudahan memperoleh informasi tentang kesehatan reproduksi. Sebagai fasilitator dalam kesehatan reproduksi yang responsif gender, toma adalah pelopor transformasi dengan cara menumbuhkan pemahaman anggota masyarakat tentang pentingnya menyelamatkan

dirinya dari permasalahan yang dihadapi dalam kesehatan reproduksi.

- 2) Fasilitator membantu menganalisa permasalahan yang dialami masyarakat, mendukung proses penyelesaian masalah, berperan serta menemukan potensi; berperan menetapkan tujuan; membantu membuat konsep penyelesaian masalah; membantu proses terlaksananya kegiatan kesehatan reproduksi yang responsif gender.

e. Peran sebagai katalisator

- 1) Peran sebagai katalisator adalah sebagai penghubung antara sasaran yang mengalami permasalahan kespro dengan pihak lain yang lebih profesional, jika Toma tidak mampu menangani permasalahan tersebut. Misalnya: permasalahan berhubungan dengan kesehatan, dapat membantu dengan cara menghubungi dokter, bidan, atau petugas KB
- 2) Toma diharapkan mampu menguasai potensi wilayah, yaitu: menjalin hubungan baik dengan instansi pemerintah, melakukan pendekatan dengan pamong/perangkat desa, mengenal petugas yang bekerja di wilayah kerjanya seperti dokter, bidan, petugas KB, dan lain-lain.

f. Peran sebagai teladan

Sikap atau perilaku Toma dalam kehidupan sehari-hari di keluarga, masyarakat, dan di lingkungannya akan dinilai oleh warganya dan akan menjadi arahan atau pedoman bagi warganya. Masyarakat patriarki pada umumnya menjadikan Toma sebagai role model, yaitu: akan meneladani pimpinan/tokohnya, dianggap sebagai figure teladan, kepribadian Toma akan dicontoh oleh pengikutnya

DAFTAR PUSTAKA

- Aryani, N.P. *et al.* (2020) *Asuhan Kebidanan Komunitas*. 1st edn. Mataram: Pustaka Bangsa.
- Bastian, R., Abdulhak, I. and Shantini, Y. (2020) 'Jalinan Kemitraan Program Posyandu Dalam Upaya Memberdayakan Masyarakat Pada Bidang Kesehatan', *DIKLUS: Jurnal Pendidikan Luar Sekolah*, 4(2). Available at: <https://journal.uny.ac.id/index.php/jurnaldiklus>.
- Rahayu, T.P., Suharto, A. and Sumaningsih, R. (2019) *Modul Ajar 1 Kebidanan Komunitas*. 1st edn. Magetan: Prodi Kebidanan Magetan Poltekkes Kemenkes Surabaya.
- Turrahmi, H. (2017) *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Komunitas*. 1st edn. Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta. Available at: www.fkkumj.ac.id.
- Wahyuni, S. *et al.* (2023) *Buku Ajar Kebidanan Komunitas*. 1st edn. Pangkalpinang: CV.Science Techno Direct.

BAB 6

PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DENGAN *PARTICIPATORY APPRAISAL*

Arantika Meidya Pratiwi, S.ST., M.Kes.

A. Konsep Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat adalah proses pembangunan yang membuat masyarakat berinisiatif memulai proses kegiatan sosial dalam memperbaiki situasi dan kondisi diri sendiri. Pemberdayaan masyarakat hanya dapat terjadi jika masyarakat tersebut turut berpartisipasi juga di dalamnya. Keberhasilan suatu program atau kegiatan pemberdayaan masyarakat, tidak hanya ditentukan oleh pihak yang melakukan pemberdayaan, namun juga ditentukan oleh keaktifan pihak yang diberdayakan untuk memperbaiki suatu situasi atau kondisi (Maryani & Nainggolan, 2019).

Peraturan Menteri Kesehatan No. 65 tahun 2013 tentang Pedoman Pelaksanaan dan Pembinaan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan mendefinisikan pemberdayaan masyarakat sebagai segala upaya fasilitasi yang bersifat non instruktif, guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat, agar mampu mengidentifikasi masalah yang dihadapi, potensi yang dimiliki, merencanakan dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat

Menurut Adimiharja & Hikmat (2003), masyarakat yang lebih mengerti kebutuhan dan masalahnya harus diberdayakan agar lebih mampu mengenali kebutuhan-kebutuhannya, merumuskan rencana, dan melaksanakan program/kegiatan secara mandiri atau swadaya. Dengan kata lain, pemberdayaan masyarakat adalah konsep pembangunan dari, oleh, dan untuk

masyarakat. Guna memasyarakatkan gerakan pemberdayaan, ada beberapa aspek yang perlu diperhatikan, antara lain:

1. Perumusan konsep;
2. Penyusunan model;
3. Proses perencanaan;
4. Pelaksanaan gerakan pemberdayaan;
5. Pemantauan dan penilaian hasil pelaksanaan;
6. Pengembangan pelestarian gerakan pemberdayaan

B. Tujuan Pemberdayaan Masyarakat

Mardikanto & Soebianto (2015) mengemukakan bahwa ada enam tujuan pemberdayaan masyarakat, meliputi :

1. Perbaiki Kelembagaan “*Better Institution*”

Melalui kegiatan pemberdayaan masyarakat, diharapkan dapat memperbaiki kelembagaan, termasuk pengembangan jejaring kemitraan. Kelembagaan yang baik akan mendorong masyarakat untuk ikut berpartisipasi dalam kegiatan kelembagaan, sehingga Lembaga tersebut dapat menjalankan fungsinya secara maksimal.

Misalnya pemberdayaan masyarakat pada kegiatan Posyandu. Posyandu merupakan jenis lembaga kemasyarakatan desa yang juga sebagai wadah pemberdayaan masyarakat. Partisipasi masyarakat sebagai kader yang melaksanakan kegiatan Posyandu secara rutin setiap bulannya dan partisipasi warga untuk aktif hadir, akan membawa keberhasilan pencapaian tujuan dari Posyandu tersebut.

2. Perbaiki Usaha “*Better Business*”

Setelah kelembagaan mengalami perbaikan, maka diharapkan berimplikasi dengan adanya perbaikan bisnis dari lembaga tersebut. Misalnya di suatu desa, melalui penguatan pemberdayaan masyarakat, mampu menghidupkan kembali Posyandu balita yang awalnya mati suri. Setelah Posyandu balita sukses terlaksana secara rutin dengan baik, kemudian mulai menghidupkan Posyandu lain, seperti Posyandu lansia dan remaja.

3. Perbaikan Pendapatan “*Better Income*”

Perbaikan usaha diharapkan akan berimplikasi kepada peningkatan pendapatan atau pemasukan dari seluruh anggota lembaga tersebut. Misalnya pada suatu desa yang memiliki potensi wisata, warga bekerja sama mengelola desa menjadi tempat wisata melalui skema BUMDes. Hasil dari keuntungan tempat wisata tersebut menjadi pemasukan bagi desa mereka. Desa yang semakin ramai, membuat peluang usaha bagi warga sekitar dengan berjualan makanan, souvenir, penyediaan lahan parkir, dll.

4. Perbaikan Lingkungan “*Better Environment*”

Saat ini banyak terjadi kerusakan lingkungan yang disebabkan oleh ulah manusia. Melalui pemberdayaan masyarakat, gerakan bersama untuk memperbaiki lingkungan dapat dilakukan. Kesadaran masyarakat akan pentingnya menjaga lingkungan perlu ditanamkan dan dapat saling mengingatkan antar individu.

Contoh pemberdayaan masyarakat yang bertujuan untuk perbaikan lingkungan adalah penanganan sampah desa secara swadaya. Desa membuat tempat pengolahan sampah mandiri yang mengakomodir sampah rumah tangga di desa tersebut. Warga desa tidak membuang sampah secara sembarangan lagi, karena setiap hari akan ada truk pengangkut sampah yang mengambil sampah kerumah-rumah. Selain membuka lapangan pekerjaan baru, keuntungan dari tempat pengelolaan tersebut juga masuk ke kas desa yang dapat digunakan untuk berbagai pembangunan di desa.

5. Perbaikan Kehidupan “*Better Living*”

Tingkat kehidupan masyarakat dapat dilihat dari berbagai indikator, seperti tingkat kesehatan, tingkat pendidikan, dan tingkat pendapatan atau daya beli masyarakat. Pendapatan yang membaik, diharapkan juga membawa perbaikan keadaan lingkungan juga. Pada akhirnya pendapatan dan perbaikan lingkungan dapat memperbaiki kehidupan setiap keluarga dan masyarakat.

6. Perbaikan Masyarakat “Better Community”

Apabila setiap keluarga mempunyai kehidupan yang baik, maka kedepannya akan menghasilkan kehidupan kelompok masyarakat yang baik juga. Kehidupan yang membaik berarti didukung oleh lingkungan sosial dan fisik yang lebih baik, sehingga diharapkan akan terwujud kehidupan masyarakat yang lebih baik pula.

C. Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan

Pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan adalah proses pemberian informasi kepada individu, keluarga, atau kelompok (klien) secara terus menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan klien, serta proses membantu klien, agar klien tersebut berubah dari tidak tahu menjadi tahu atau sadar (aspek pengetahuan atau knowledge), dari tahu menjadi mau (aspek sikap atau attitude), dan dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku yang diperkenalkan (aspek tindakan atau practice)(Kemenkes RI, 2013).

1. Prinsip Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan

Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan, menurut Muqouwis (2017) dilaksanakan dengan prinsip-prinsip berikut:

- a. Kesukarelaan, yaitu keterlibatan seseorang dalam kegiatan pemberdayaan masyarakat tidak boleh dilakukan karena adanya pemaksaan, melainkan harus dilandasi oleh kesadaran diri dan motivasinya untuk memperbaiki dan memecahkan masalah kehidupan yang dirasakan.
- b. Otonom, yaitu kemampuannya untuk mandiri atau bebas dari ketergantungan yang dimiliki oleh setiap individu, kelompok, atau kelembagaan yang lain.
- c. Keswadayaan, yaitu kemampuannya untuk merumuskan, melaksanakan kegiatan dengan penuh tanggung jawab, tanpa menunggu atau mengharapkan dukungan pihak luar.

- d. Partisipatif, yaitu keikutsertaan semua pemangku kepentingan mulai dari pengambilan keputusan, perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi, dan pemanfaatan hasil-hasil kegiatannya.
- e. Egaliter, yaitu menempatkan semua pemangku kepentingan dalam kedudukan setara, sejajar, tidak ada yang ditinggikan dan tidak ada yang direndahkan.
- f. Demokratis, artinya memberikan hak kepada semua pihak untuk mengemukakan pendapatnya, dan saling menghargai pendapat maupun perbedaan di antara sesama pemangku kepentingan.
- g. Keterbukaan, artinya dilandasi kejujuran, saling percaya, dan saling memperdulikan.
- h. Kebersamaan, untuk saling berbagi rasa, saling membantu, dan mengembangkan sinergisme.
- i. Akuntabilitas, artinya dapat dipertanggungjawabkan dan terbuka untuk diawasi oleh siapapun.
- j. Desentralisasi, artinya memberi kewenangan kepada setiap daerah otonom (kabupaten dan kota) untuk mengoptimalkan sumber daya kesehatan bagi kemakmuran masyarakat dan kesinambungan pembangunan kesehatan.

Pemberdayaan masyarakat, juga harus mampu menumbuhkembangkan potensi masyarakat. Potensi masyarakat adalah kekuatan atau kemampuan yang dimiliki oleh masyarakat. Potensi tersebut dapat dikelompokkan menjadi 2, meliputi:

- a. Potensi sumber daya manusia, yaitu potensi yang terkait kuantitas dan kualitas penduduk.
- b. Potensi sumber daya alam, yaitu potensi yang berasal dari pemberian Tuhan, seperti tanah, air, udara, dan kekayaan lain (Syafitri *et al.*, 2024).

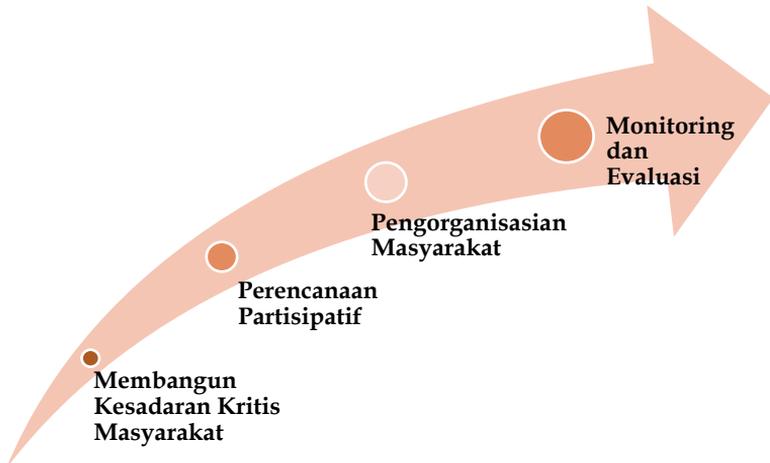
2. Tujuan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan

Adapun tujuan pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan ini meliputi:

- a. Meningkatnya kemandirian masyarakat dan keluarga dalam bidang kesehatan sehingga dapat memberikan andil dalam meningkatkan derajat kesehatannya;
- b. Memampukan dan memandirikan masyarakat terutama dari kemiskinan dan keterbelakangan, kesenjangan, dan ketidakadilan (Syafitri *et al.*, 2024).

3. Tahapan Kegiatan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan

Muqouwis (2017) menyatakan bahwa ada empat tahapan kegiatan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan. Empat tahapan tersebut meliputi:



Gambar 6.1 Tahapan Kegiatan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan

a. Membangun Kesadaran Kritis

Artinya masyarakat diajak untuk berpikir kritis serta menyadari hak dan kewajibannya di bidang kesehatan. Hal ini menjadi awal pengorganisasian masyarakat yang dilakukan dengan membahas bersama

prioritas masalah kesehatan sesuai dengan sumberdaya yang dimiliki.

b. Perencanaan Partisipatif

Merupakan proses untuk mengidentifikasi masalah kesehatan serta potensi yang dapat terjadi. Selanjutnya menerjemahkan tujuan kedalam kegiatan nyata dan spesifik yang melibatkan peran aktif masyarakat dalam perencanaan kesehatan. Perencanaan ini berbasis pada hasil survey pemetaan mengenai potensi, baik kondisi fisik lingkungan dan sosial masyarakat yang digali oleh masyarakat sendiri.

c. Pengorganisasian Masyarakat

Pada tahap ini, masyarakat diajak untuk lebih taat pada aturan serta mampu mendistribusikan tugas sesuai tanggungjawab masing-masing.

d. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dimaksudkan agar pelaksanaan dapat fokus pada tujuan. Melalui monitoring dan evaluasi diharapkan dapat menjadi umpan balik untuk perbaikan kegiatan selanjutnya.

D. Pemberdayaan Masyarakat dengan *Participatory Appraisal*

Participatory appraisal (PA) atau sering disebut sebagai penilaian partisipatif adalah metode pemberdayaan masyarakat yang melibatkan partisipasi aktif anggota masyarakat dalam mengidentifikasi kebutuhan, prioritas, dan sumber daya masyarakat itu sendiri. Melalui *participatory appraisal*, diharapkan masyarakat dapat mengendalikan pembangunan kesehatan mereka sendiri dan meningkatkan kualitas hidup mereka (Wahyuni *et al.*, 2023).

Participatory appraisal melibatkan serangkaian langkah, meliputi 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 terkumpul digunakan untuk mengembangkan intervensi yang

disesuaikan dengan kebutuhan spesifik masyarakat (Wahyuni *et al.*, 2023).

Dalam memfasilitasi kegiatan pemberdayaan masyarakat, seorang fasilitator harus dapat memilih metode yang paling sesuai dan tepat dengan kebutuhan masyarakat setempat.

Prinsip-prinsip yang harus diperhatikan oleh fasilitator dalam pemilihan metode pemberdayaan masyarakat antara lain:

1. Pengembangan untuk berpikir kreatif dimana masyarakat harus diajak untuk berpikir kreatif, bisa mencari solusi sendiri atas masalah yang dihadapi.
2. Tempat yang paling baik adalah ditempat kegiatan penerima manfaat sehingga tidak banyak menyita waktu kegiatan rutinnnya.
3. Setiap individu terikat dengan lingkungan sosialnya sehingga kegiatan pemberdayaan akan lebih efisien jika diterapkan kepada masyarakat khususnya kepada mereka yang diakui masyarakat setempat sebagai panutan atau tokoh masyarakat.
4. Menciptakan hubungan yang akrab antara fasilitator dengan penerima manfaat karena suasana akrab akan memperlancar kegiatan.
5. Memberikan suasana nyaman untuk terjadinya perubahan agar terjadi perbaikan mutu dan kualitas hidup baik diri sendiri, keluarga, dan masyarakat (Kemenkes RI, 2013).

Ada beberapa metode participatory appraisal yang sering digunakan. Metode tersebut digagas oleh Robert Chambers, yaitu *RRA (Rapid Rural Appraisal)* dan *PRA (Participatory Rural Appraisal)*.

1. *Rapid Rural Appraisal (RRA)*

RRA merupakan sebuah metode yang digunakan sebagai langkah awal untuk memahami situasi setempat, pelaksanaannya dilakukan oleh suatu tim dan dilaksanakan dalam waktu singkat (Budiyanti, 2022). Metode RRA ini merupakan penilaian yang relatif terbuka, cepat, dan bersih dibanding dengan teknik kunjungan singkat sebagai sebuah

metode penilaian. RRA menggabungkan beberapa teknik yang terdiri dari:

- a. Review atau telaah data sekunder, termasuk peta wilayah dan pengamatan lapangan;
- b. Observasi lapangan secara langsung;
- c. Wawancara dengan informan kunci dan lokakarya;
- d. Pemetaan dan pembuatan diagram/grafik;
- e. Studi kasus, sejarah lokal, dan biografi;
- f. Pembuatan kuesioner sederhana dan singkat;
- g. Pembuatan laporan lapangan secara cepat (Kemenkes RI, 2013).

Rapid Appraisal tidak hanya dapat mengumpulkan informasi yang dituju saja, namun seringkali juga persepsi dan perasaan masyarakat setempat atau tenaga kesehatan itu sendiri. Misalnya, meskipun jumlah sebenarnya pengguna narkoba dalam suatu kelompok masyarakat mungkin kecil, penggunaan narkoba mungkin berdampak pada kelompok masyarakat yang lebih luas, dan oleh karena itu dianggap sebagai masalah besar (Cross & Woodal, 2024).

Teknik RRA berkembang karena adanya ketidakpuasan penggunaan kuesioner pada metode penelitian konvensional. Metode ini juga berfungsi sebagai pelengkap penelitian yang lain, atau sebagai kaji-tindak untuk menyelaraskan antara keinginan masyarakat dan penentu kebijakan (Budiyanti, 2022).

Rapid appraisal dapat diterapkan pada lingkungan perkotaan dan pedesaan. Hal ini diarahkan untuk mengidentifikasi kebutuhan dan prioritas kesehatan dari populasi sasaran dengan cepat dan tanpa biaya besar. Dapat juga menggunakan data sekunder yang telah tersedia dan kemudian fasilitator mewawancarai orang-orang yang memiliki pengetahuan di bidang tersebut untuk mengidentifikasi masalah dan solusi (Wills, 2023).

2. *Participatory Rural Appraisal (PRA)*

Metode PRA merupakan metode pendekatan yang mengajak masyarakat untuk ikut berpartisipasi dalam proses pembangunan dan pengembangan sebuah kegiatan. Lahirnya metode partisipasi masyarakat dalam pembangunan dikarenakan adanya kritik bahwa masyarakat hanya diperlakukan sebagai objek, bukan subjek. PRA disebut sebagai metode pemahaman dengan cara belajar dari, untuk, dan bersama dengan masyarakat. Melalui teknik ini masyarakat diharapkan dapat mengetahui, menganalisa, dan mengevaluasi hambatan dan kesempatan melalui multi disiplin dan keahlian untuk Menyusun informasi dan pengambilan keputusan sesuai kebutuhan (Budiyanti, 2022).

PRA mempunyai sejumlah teknik untuk mengumpulkan dan membahas data sehingga menumbuhkan partisipasi masyarakat. Teknik-teknik PRA tersebut antara lain (Chambers, 2002):

a. *Secondary Data Review (SDR)/Review Data Sekunder*

SDR adalah pengumpulan sumber-sumber informasi yang telah diterbitkan maupun yang belum disebarikan. Hal ini bertujuan untuk mengetahui data apa saja yang telah ada sehingga tidak perlu lagi dikumpulkan.

b. *Direct Observation (Observasi Langsung)*

Merupakan kegiatan observasi langsung pada objek-objek tertentu, kejadian, proses, hubungan-hubungan masyarakat dan mencatatnya. Teknik ini bertujuan untuk melakukan cross check terhadap jawaban-jawaban masyarakat.

c. *Semi Structured Interviewing (SSI)/ Wawancara Semi Terstruktur*

Merupakan wawancara yang mempergunakan panduan pertanyaan sistematis yang hanya merupakan panduan terbuka dan masih mungkin untuk berkembang selama interview dilakukan. SSI dapat dilakukan dengan

individu yang dianggap mampu mewakili informasi, seperti Wanita, proa, pemuda, petani, pejabat lokal, dll.

d. *Focus Group Discussion (FGD)/ Diskusi Kelompok Terfokus*

Teknik ini berupa diskusi antara beberapa orang untuk membicarakan hal-hal yang bersifat khusus secara mendalam. Tujuan FGD adalah untuk memperoleh gambaran terhadap suatu masalah tertentu lebih rinci.

e. *Pemetaan dan Pemodelan Partisipatif*

Dapat dilakukan dengan mengajak masyarakat setempat untuk bersama-sama memetakan masalah, potensi, dan peluang yang dapat dilakukan untuk pengembangan daerahnya.

f. *Transect Walk/ Berkeliling Bersama Masyarakat*

Dilakukan dengan berkeliling di desa yang menjadi lokasi tujuan dan berkomunikasi dengan masyarakat setempat. Observasi langsung dan mencatat berbagai kondisi di lapangan.

g. *Membuat Timeline*

Menyusun deskripsi kronologi mengenai berbagai kegiatan yang ada di masyarakat setempat. Kegiatan-kegiatan disusun berdasarkan waktu pelaksanaan.

Dalam perkembangannya, PRA tidak hanya digunakan untuk masyarakat pedesaan, namun juga dapat digunakan masyarakat perkotaan yang kemudian disebut dengan *Participatory Urban Appraisal (PUA)* (Adimiharja & Hikmat, 2003). Metode PUA terutama difokuskan pada pengumpulan informasi di tingkat masyarakat dan melakukan penilaian terhadap kebutuhan awal untuk merencanakan implementasi program pengembangan masyarakat. Metode ini dapat digunakan di daerah perkotaan dengan modifikasi yang tepat, dimana komunitasnya lebih besar, dengan populasi sementara dan tekanan waktu yang lebih tinggi bagi penduduknya (Mishra, 2024).

E. Macam Metode Pemberdayaan Masyarakat Lainnya

Selain metode/teknik yang telah disampaikan sebelumnya, menurut Kemenkes RI (2013) ada beberapa metode lain yang dapat dilakukan dalam upaya pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan sesuai dengan kebutuhan dan kondisi serta potensi yang dimiliki. Metode/teknik tersebut meliputi:

1. *Participatory Rapid Appraisal*

Metode ini lebih banyak melibatkan pihak dalam yang terdiri dari stakeholder (pemangku kepentingan kegiatan) dengan difasilitasi pihak luar yang berfungsi sebagai narasumber atau fasilitator. Langkah-langkah *participatory rapid appraisal*:

- a. Penelusuran sejarah desa
- b. Pembuatan bagan kecenderungan dan perubahan
- c. Penyusunan kalender musim dan profil perubahan
- d. Analisis pola penggunaan waktu (jadwal sehari-hari)
- e. Observasi langsung terhadap dinamika sosial
- f. Transect (penelusuran desa) dan pembuatan gambar lingkungan (pemetaan prasarana, bangunan, ruangan, sumber daya alam, dan lokasi)
- g. Pembuatan diagram kajian Lembaga desa
- h. Pembuatan bagan alur input output
- i. Bagan hubungan antar pihak (diagram venn)
- j. Mengkaji mata pencaharian masyarakat
- k. Membuat matriks dan peringkat permasalahan yang dihadapi dan ditemukan masyarakat
- l. Wawancara semi terstruktur atau diskusi kelompok terarah
- m. Analisis pola keputusan
- n. Studi kasus atau cerita tentang kehidupan, peta mobilisasi masyarakat
- o. Pengurutan potensi atau kekayaan
- p. Pengorganisasian masalah.

2. *Participatory Learning and Action (PLA)*

Metode ini merupakan penyempurnaan dari metode “learning by doing”. Persyaratan dasar PLA adalah:

- a. Adanya kemauan dan komitmen untuk mendengarkan, menghormati, dan beradaptasi
- b. Tersedia banyak waktu yang dibutuhkan untuk pertemuan atau pelatihan
- c. Komunitas telah didampingi oleh organisasi yang paham dengan keadaan masyarakat
- d. Perlu dibangun suasana/komunikasi yang mendorong masyarakat memiliki kepercayaan dengan pihak luar.

Adapun proses PLA terdiri dari:

- a. Pertukaran ide yang adil dan terbuka antara masyarakat dan organisasi/fasilitator
- b. Diawali dengan pelatihan/orientasi untuk staff organisasi/fasilitator mengenai filosofi dan metode PLA
- c. Sekurangnya ada 2 hari bekerja bersama masyarakat
- d. Perlu ada dukungan lanjutan dalam melakukan tindakan masyarakat dari pihak pemerintah desa, dsb.

3. *Participatory Assessment and Planning (PAP)*

Metode ini sejalan bahkan serupa dengan metode PRA. PAP diadopsi dari 2 sumber yaitu *Field Book WSLIC* dan *Participatory Analysis Techniques DFID*. Metode PAP terdiri atas 4 langkah meliputi:

- a. Menemukan masalah
- b. Menemu kenali potensi
- c. Menganalisis masalah dan potensi
- d. Memilih solusi pemecahan masalah

4. *Participatory Hygiene and Sanitation Transformation (PHAST)*

PHAST merupakan metode pembelajaran partisipatif dalam membangun kemampuan swadaya masyarakat untuk memecahkan masalah masyarakat. Tujuan metode ini untuk memberdayakan masyarakat dalam mengelola air dan

mengendalikan penyakit yang berhubungan dengan sanitasi melalui peningkatan kesadaran terhadap kesehatan serta perbaikan dan perilaku. Prinsip-prinsip PHAST meliputi:

- a. Warga masyarakat menentukan prioritas pencegahan penyakit
- b. Warga secara kolektif telah memiliki pengalaman dan pengetahuan kesehatan yang sangat hebat, dalam, dan luas
- c. Masyarakat mampu untuk mencapai kesepakatan mengenai perilaku-perilaku hygiene dan sistem sanitasi yang lebih tepat dengan lingkungan ekologis dan budaya
- d. Bila warga mengerti bahwa sanitasi itu menguntungkan, maka mereka akan bertindak.
- e. Warga dapat mengelola seperangkat penghalang atau barrier yang dapat membantu untuk menghambat penularan penyakit, masyarakat dapat mengidentifikasi penghalang yang tepat berdasarkan pada persepsi efektifitas dan menurut sumber daya setempat.

5. *Communication for Behaviour Impact (COMBI)*

Metode ini merupakan mobilisasi yang diarahkan pada penggerakan tugas semua masyarakat dan perorangan yang mempengaruhi tindakan tepat secara perorangan dan keluarga. Adapun Langkah-langkah kunci dalam merancang rencana COMBI meliputi:

- a. mengidentifikasi tujuan yang berhubungan dengan perilaku
- b. Analisis situasi pasar
- c. Strategi komunikasi dan campuran
- d. Implementasi, pemantauan dan penilaian, serta anggaran

DAFTAR PUSTAKA

- Adimiharja, K., & Hikmat, H. (2003). *Participatory Research Appraisal dalam Pelaksanaan Pengabdian kepada Masyarakat*. Humaniora.
- Budiyanti, S. (2022). *Analisis Sosial: Sebuah Pengantar*. Jejak Pustaka.
- Chambers, R. (2002). *PRA: Participatory Rural Appraisal: Memahami Desa Secara Partisipatif*. Kanisius.
- Cross, R., & Woodal, J. (2024). *Health Promotion: Planning and Strategies (5th ed.)*. SAGE.
- Mardikanto, T., & Soebianto, P. (2015). *Pemberdayaan Masyarakat*. Alfabeta.
- Maryani, D., & Nainggolan, R. R. (2019). *Pemberdayaan Masyarakat*. Deepublish.
- Mishra, A. K. (2024). *Smart Cities and The Poor: Towards an Agenda for Inclusive Urbanization in India*. Routledge.
- Muqouwis, M. (2017). *Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan, Konsep dan Aplikasi: dari PKMD hingga Desa Siaga*. Yayasan Bina Masyarakat Mandiri.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2013.
- Syafitri, D., Maramis, J. L., Beba, N. N., Yanti, R. D., Tahulending, A., Muhida, V., Nurbaiti, Koch, N., Urrahman, D., Sulistyowati, E. T., Suwarja, Memah, H., Rokot, A., Abbasiah, Ferdinan, Fankari., & Adista, N. (2024). *Bunga Rampai Komunikasi dan Pemberdayaan Masyarakat*. Media Pustaka Indo.
- Wahyuni, S., Pramudianti, D. N., Lestari, G., Handayani, T., Martini, Irawati, D., Pipitcahyani, T., Hudaya, I., & Triwijayanti, Y. (2023). *Buku Ajar Kebidanan Komunitas*. CV. Science Techno Direct.

Wills, J. (2023). *Foundation For Health Promotion* (5th ed.). Elseiver.

BAB 7

PROGRAM KESEHATAN REPRODUKSI KOMUNITAS DENGAN PENDEKATAN PARTISIPATIF DAN PWS KIA

Bdn. Siti Khotimah, S.ST., M.Keb.

A. Pendahuluan

Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB), merupakan indikator status kesehatan masyarakat. Banyak faktor yang mempengaruhi AKI dan AKB, diantaranya adalah Pelayanan Antenatal yang berkualitas, Pelayanan Persalinan di Faskes, Pelayanan Ibu Nifas, Pelayanan Neonatal, dan Deteksi risiko tinggi dan komplikasi kebidanan neonatal. Hal ini dapat dilihat dari cakupan Indikator PWS KIA. Agar pelaksanaan program KIA dapat berjalan lancar, aspek peningkatan mutu pelayanan program KIA tetap diharapkan menjadi kegiatan prioritas di tingkat Puskesmas. Peningkatan mutu program KIA juga dinilai dari besarnya cakupan program di masing-masing wilayah kerja. Untuk itu, besarnya pencapaian pelayanan KIA di suatu wilayah kerja perlu dipantau secara terus menerus, agar diperoleh gambaran yang jelas mengenai kelompok mana dalam wilayah kerja tersebut yang paling rawan. Dengan diketahuinya lokasi rawan kesehatan ibu dan anak, maka wilayah kerja tersebut dapat lebih diperhatikan dan dicarikan pemecahan masalahnya. Untuk memantau cakupan pelayanan KIA tersebut dikembangkan sistem Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) (Kemenkes RI, 2017).

Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) adalah alat manajemen untuk melakukan pemantauan program KIA di suatu wilayah kerja secara terus menerus, agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan

tepat. Program KIA yang dimaksud meliputi pelayanan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, ibu dengan komplikasi kebidanan, keluarga berencana, bayi baru lahir, bayi baru lahir dengan komplikasi, bayi, dan balita. Dengan manajemen PWS KIA diharapkan cakupan pelayanan dapat menjangkau seluruh sasaran di suatu wilayah kerja sehingga kasus dengan risiko/komplikasi kebidanan dapat ditemukan sedini mungkin untuk dapat memperoleh penanganan yang memadai (Kemenkes RI, 2017).

B. PWS-KIA

1. Pengertian

Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) adalah alat manajemen untuk melakukan pemantauan program KIA di suatu wilayah kerja secara terus menerus, agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat. Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) adalah alat manajemen untuk melakukan pemantauan program Kesehatan Ibu Anak (KIA) di suatu wilayah kerja secara terus menerus, agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat. Program KIA yang meliputi 4 pelayanan kesehatan yaitu tentang ibu hamil atau ibu bersalin, kesehatan anak, imunisasi dan gizi. Kegiatan PWS KIA terdiri dari pengumpulan, pengolahan, analisis dan interpretasi data serta penyebarluasan informasi ke penyelenggara program dan pihak/instansi terkait untuk tindak lanjut (Zaki *et al.*, 2018).

Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) merupakan alat manajemen pencatatan dan pelaporan guna memantau program KIA di suatu wilayah baik di tingkat Puskesmas maupun Dinas Kesehatan di masing-masing daerah yang dilakukan secara berkelanjutan, agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat terhadap wilayah kerja yang cakupan pelayanan KIAnya masih rendah sehingga mampu meningkatkan derajat

kesehatan masyarakat dengan lebih memperhatikan dan mencari pemecahan masalahnya (Setiamy & Deliani, 2019).

Pelaksanaan PWS KIA sangat tergantung pada sumber daya manusia yang handal, terutama tenaga bidan yang sangat berperan besar sebagai ujung tombak kegiatan tersebut di lapangan, padahal pemahaman Bidan Desa tentang materi PWS KIA belum secara baik dan benar diaplikasikan lapangan. Bila pencatatan dilakukan secara lengkap dan penyerahannya dilakukan tepat waktu maka gambaran status kesehatan ibu dan anak dapat dinilai sehingga setiap terjadi masalah dapat dideteksi sedini mungkin dan mendapatkan penanganan yang baik. Namun seringkali ditemukan dalam sistem pencatatan dan pelaporan PWS KIA masih ditemukan banyak kendala. Hasil penelitian Arwida membuktikan bahwa informasi (Output) dalam PWS KIA sering tidak akurat dan tidak tepat waktu karena masih dikerjakan secara manual. Hal ini dikarenakan ada masalah dari saat penangkapan data (Input), dimana penulisan data tidak tepat dan lengkap. Masalah juga ditemukan pada saat perekapan dan pembuatan salinan untuk pembuatan laporan (proses), seperti pada perekapan data di buku bantu pada Bidan Desa, maupun perekapan dan penyalinan buku bantu ke dalam format pelaporan di tingkat puskesmas (Dharmawan *et al.*, 2015).

2. Tujuan

Tujuan pelaksanaan pemantauan wilayah setempat PWS-KIA menurut (Kemenkes RI, 2017) antara lain:

- a. Memantau pelayanan KIA secara Individu melalui Kohort
- b. Memantau kemajuan pelayanan KIA dan cakupan indikator KIA secara teratur (bulanan) dan terus menerus
- c. Menilai kesenjangan pelayanan KIA terhadap standar pelayanan KIA
- d. Menilai kesenjangan pencapaian cakupan indikator KIA terhadap target yang ditetapkan

- e. Menentukan sasaran individu dan wilayah prioritas yang akan ditangani secara intensif berdasarkan besarnya kesenjangan
- f. Merencanakan tindak lanjut dengan menggunakan sumber daya yang tersedia dan yang potensial untuk digunakan
- g. Meningkatkan peran aparat setempat dalam penggerakan sasaran dan mobilisasi sumber daya
- h. Meningkatkan peran serta dan kesadaran masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan KIA

3. Prinsip Pengelolaan Program KIA

Prinsip pelaksanaan pemantauan wilayah setempat PWS-KIA antara lain:

- a. Peningkatan pelayanan antenatal sesuai standar bagi seluruh ibu hamil di semua fasilitas kesehatan

Standar pelayanan minimal pemeriksaan ibu hamil, terdiri dari dari 10T menurut (Permenkes RI, 2021) yaitu:

- 1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
- 2) Ukur tekanan darah
- 3) Nilai Status Gizi (ukur lingkar lengan atas/ LILA)
- 4) Ukur tinggi puncak Rahim (fundus uteri)
- 5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
- 6) Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Difteri (TD) bila diperlukan
- 7) Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan
- 8) Test laboratorium: tes kehamilan, kadar hemoglobin darah, golongan darah, tes triple eliminasi (HIV, Sifilis dan Hepatitis B,) malaria pada daerah endemis. Tes lainnya dapat dilakukan sesuai indikasi seperti glukoprotein urin, gula darah sewaktu, sputum Basil Tahan Asam (BTA), kusta, malaria daerah non endemis, pemeriksaan feses untuk kecacingan, pemeriksaan

darah lengkap untuk deteksi dini talasemia dan pemeriksaan lainnya.

- 9) Tata laksana/ penanganan kasus sesuai kewenangan
- 10) Temu wicara (konseling), dan penilaian kesehatan jiwa.
Informasi yang disampaikan saat konseling minimal meliputi hasil pemeriksaan, perawatan sesuai usia kehamilan dan usia ibu, gizi ibu hamil, kesiapan mental, mengenali tanda bahaya kehamilan, persalinan, dan nifas, persiapan persalinan, kontrasepsi pasca persalinan, perawatan bayi baru lahir, inisiasi menyusui dini, ASI eksklusif.

Ditetapkan pula bahwa frekuensi pelayanan antenatal adalah minimal 6 kali selama kehamilan, dengan ketentuan waktu pemberian pelayanan yang dianjurkan sebagai berikut:

- 1) 1 kali pada triwulan pertama (0-12 minggu)
- 2) 2 kali pada triwulan kedua (>12 minggu - 24 minggu)
- 3) 3 kali pada triwulan ketiga (>24 minggu - kelahiran)

Kunjungan antenatal bisa lebih dari 6 (enam) kali sesuai kebutuhan dan jika ada keluhan, penyakit atau gangguan kehamilan. Ibu hamil harus kontak dengan dokter minimal 2 kali, 1 kali di trimester 1 dan 1 kali di trimester 3. Pelayanan ANC oleh dokter pada trimester 1 (satu) dengan usia kehamilan kurang dari 12 minggu atau dari kontak pertama, dokter melakukan skrining kemungkinan adanya faktor risiko kehamilan atau penyakit penyerta pada ibu hamil termasuk didalamnya pemeriksaan ultrasonografi (USG). Pelayanan ANC oleh dokter pada trimester 3 (tiga) dilakukan perencanaan persalinan, termasuk pemeriksaan ultrasonografi (USG) dan rujukan terencana bila diperlukan (Permenkes RI, 2021).

- b. Peningkatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan kompeten diarahkan ke fasilitas kesehatan

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah pelayanan persalinan yang aman yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten. Persalinan dilakukan sesuai dengan standar persalinan normal atau standar persalinan komplikasi. Standar persalinan normal adalah Asuhan Persalinan Normal (APN) sesuai standard dan memenuhi persyaratan, (Kepmenkes RI, 2013) meliputi:

- 1) Dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan
- 2) Tenaga adalah tim penolong persalinan, terdiri dari dokter, bidan dan perawat, apabila ada keterbatasan akses dan tenaga medis, persalinan dilakukan oleh tim minimal 2 orang tenaga kesehatan yang terdiri dari bidan-bidan, atau bidan-perawat.
- 3) Tim penolong mampu melakukan tatalaksana awal penanganan kegawatdaruratan maternal dan neonatal.

Sedangkan Standar persalinan komplikasi mengacu pada Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan rujukan. Pelayanan persalinan harus memenuhi 7 (tujuh) aspek yang meliputi:

- 1) Membuat keputusan klinik
- 2) Asuhan sayang ibu dan sayang bayi, termasuk Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan resusitasi bayi baru lahir
- 3) Pencegahan infeksi
- 4) Pencegahan penularan penyakit dari ibu ke anak
- 5) Persalinan bersih dan aman
- 6) Pencatatan atau rekam medis asuhan persalinan
- 7) Rujukan pada kasus komplikasi ibu dan bayi baru lahir (Permenkes RI, 2021).

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

- c. Peningkatan pelayanan bagi seluruh ibu nifas sesuai standar di semua fasilitas kesehatan

Menurut (Permenkes RI, 2021), pelayanan pasca persalinan diberikan mulai dari anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang (termasuk laboratorium), pelayanan keluarga berencana pasca persalinan, tatalaksana kasus, Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE), dan rujukan bila diperlukan. Pelayanan pasca persalinan diperlukan karena dalam periode ini merupakan masa kritis, baik pada ibu maupun bayinya yang bertujuan:

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik secara fisik maupun psikologis.
- 2) Deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit pasca persalinan.
- 3) Memberikan KIE, memastikan pemahaman serta kepentingan kesehatan, kebersihan diri, nutrisi, Keluarga Berencana (KB), menyusui, pemberian imunisasi dan asuhan bayi baru lahir pada ibu beserta keluarganya.
- 4) Melibatkan ibu, suami, dan keluarga dalam menjaga kesehatan ibu nifas dan bayi baru lahir
- 5) Memberikan pelayanan KB sesegera mungkin setelah bersalin.

Pelayanan pascapersalinan dilakukan oleh tenaga kesehatan (dokter, bidan, perawat) sesuai kompetensi dan kewenangan. Pelayanan pasca persalinan dilaksanakan minimal 4 (empat) kali dengan waktu kunjungan ibu dan bayi baru lahir bersamaan yaitu:

- 1) Pelayanan pertama dilakukan pada waktu 6 jam sampai dengan 2 hari setelah persalinan.
- 2) Pelayanan kedua dilakukan pada waktu 3-7 hari setelah persalinan.
- 3) Pelayanan ketiga dilakukan pada waktu 8-28 hari setelah persalinan.

- 4) Pelayanan keempat dilakukan pada waktu 29-42 hari setelah persalinan untuk ibu (Permenkes RI, 2021).

Lingkup pelayanan pascapersalinan bagi ibu meliputi:

- 1) Anamnesis
 - 2) Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu
 - 3) Pemeriksaan tanda-tanda anemia
 - 4) Pemeriksaan tinggi fundus uteri
 - 5) Pemeriksaan kontraksi uteri
 - 6) Pemeriksaan kandung kemih dan saluran kencing
 - 7) Pemeriksaan lochia dan perdarahan
 - 8) Pemeriksaan jalan lahir
 - 9) Pemeriksaan payudara dan pendampingan pemberian ASI Eksklusif selama 6 bulan pertama
 - 10) Identifikasi risiko tinggi dan komplikasi pada masa nifas
 - 11) Pemeriksaan status mental ibu
 - 12) Pelayanan kontrasepsi pascapersalinan
 - 13) Pemberian KIE dan konseling
 - 14) Pemberian kapsul vitamin A 200.000 IU sebanyak dua kali, pertama segera setelah melahirkan, kedua diberikan setelah 24 jam pemberian kapsul Vitamin A pertama (Permenkes RI, 2021).
- d. Peningkatan pelayanan bagi seluruh neonatus sesuai standar di semua fasilitas kesehatan
- Menurut (Permenkes RI, 2021), pelayanan neonatal esensial yang dilakukan setelah lahir 6 (enam) jam sampai 28 (dua puluh delapan) hari meliputi:
- 1) Menjaga bayi tetap hangat
 - 2) Pemeriksaan neonatus menggunakan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM)
 - 3) Bimbingan pemberian ASI dan memantau kecukupan ASI
 - 4) Perawatan metode Kangguru (PMK)
 - 5) Pemantauan pertumbuhan neonatus
 - 6) Masalah yang paling sering dijumpai pada neonatus

Menurut (Permenkes RI, 2021) pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatal esensial dilakukan sebanyak 3 kali kunjungan yang meliputi:

- 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 3-7 setelah lahir
- 3) Kunjungan Neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke 8-28 setelah lahir

Pada pelayanan bayi baru lahir mendapatkan akses pemeriksaan kesehatan oleh tenaga kesehatan pada Polindes, Poskesdes, Puskesmas, praktik mandiri bidan, klinik pratama, klinik utama, Posyandu dan atau kunjungan rumah dengan menggunakan pendekatan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) Pemeriksaan Bayi Baru Lahir dengan pendekatan MTBM dilakukan dengan menggunakan formulir pencatatan bayi muda 0-2 bulan dan bagan MTBS. Penggunaan bagan MTBM dan formulir MTBM dalam pelayanan bayi baru lahir memungkinkan menjangar adanya gangguan kesehatan secara dini. Terutama untuk deteksi dini tanda bahaya dan penyakit penyebab utama kematian pada bayi baru lahir. Dengan adanya deteksi dan pengobatan dini, tentunya membantu menghindari bayi baru lahir dari risiko kematian (Permenkes RI, 2021).

- e. Peningkatan 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. Untuk target Deteksi dini faktor risiko dan komplikasi kebidanan dan neonatal oleh tenaga kesehatan tingkat Puskesmas diharapkan 100% dan capaiannya adalah 99.8%, jadi ada kesenjangan 0,2% hal ini adalah baik karena 99,8% ibu hamil yang mempunyai risiko tinggi sudah dideteksi dini oleh tenaga kesehatan, baik oleh dokter, bidan dan perawat (Ariyanti & Utami, 2022).

Menurut (Kepmenkes RI, 2013) 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 Hemoglobin < 11 g/dl.
- 6) Tinggi badan kurang dari 145 cm, atau dengan kelainan bentuk panggul dan tulang belakang
- 6) Riwayat hipertensi pada kehamilan sebelumnya atau sebelum kehamilan ini
- 7) Sedang/pernah menderita penyakit kronis, antara lain: tuberkulosis, kelainan jantung, ginjal, hati, psikosis, kelainan endokrin (Diabetes Mellitus, Sistemik Lupus Eritematosus, dll), tumor dan keganasan
- 8) Riwayat kehamilan buruk: keguguran berulang, kehamilan ektopik terganggu, molahidatidosa, ketuban pecah dini, bayi dengan cacat kongenital
- 9) Riwayat persalinan dengan komplikasi : persalinan dengan seksio sesarea, ekstraksi vakum/ forceps

- 10) Riwayat nifas dengan komplikasi : perdarahan pasca persalinan, Infeksi masa nifas, psikosis postpartum (postpartum blues)
- 11) Riwayat keluarga menderita penyakit kencing manis, hipertensi dan riwayat cacat kongenital
- 12) Kelainan jumlah janin : kehamilan ganda, janin dampit, monster
- 13) Kelainan besar janin : pertumbuhan janin terhambat, Janin besar
- 14) Kelainan letak dan posisi janin: lintang/oblique, sungsang pada usia kehamilan lebih dari 32 minggu.

Menurut (Sulastrri, 2021), komplikasi pada ibu hamil, bersalin dan nifas antara lain:

- 1) Ketuban pecah dini
- 2) Perdarahan pervaginam:
 - a) Ante partum: keguguran, plasenta previa, solusio plasenta
 - b) Intra partum: robekan jalan lahir
 - c) Post partum: atonia uteri, retensio plasenta, plasenta inkarserata, kelainan pembekuan darah, subinvolusi uteri
- 3) Hipertensi dalam Kehamilan (HDK): Tekanan darah tinggi (sistolik > 140 mmHg, diastolik > 90 mmHg), dengan atau tanpa edema pretibial
- 4) Ancaman persalinan premature
- 5) Infeksi berat dalam kehamilan : demam berdarah, tifus abdominalis, sepsis
- 6) Distosia: persalinan macet, persalinan tak maju
- 7) Infeksi masa nifas

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 dengan melihat tanda-tanda atau gejala-gejala untuk melihat adanya Komplikasi pada Neonatus menurut (Sari EN, 2020) sebagai berikut :

- 1) Tidak Mau Minum/menyusu atau memuntahkan semua
- 2) Riwayat Kejang
- 3) Bergerak hanya jika dirangsang/Letargis
- 4) Frekuensi Napas ≤ 30 X/menit dan ≥ 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)Pusar 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) Ikterus
- 6) Diare
- 7) Hipotermia
- 8) Tetanus neonatorum
- 9) Masalah pemberian ASI
- 10)Trauma lahir, sindrom gangguan pernapasan, kelainan kongenital, dll.

- f. Peningkatan penanganan komplikasi kebidanan dan neonatus secara adekuat dan pengamatan secara terus-menerus oleh tenaga kesehatan

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 polindes/poskesdes, puskesmas mampu PONED sampai rumah sakit PONEK 24 jam. Pelayanan medis yang dapat dilakukan di Puskesmas mampu PONED menurut (Kemenkes RI, 2013) meliputi :

- 1) Pelayanan obstetri
 - a) Penanganan perdarahan pada kehamilan, persalinan dan nifas
 - b) Pencegahan dan penanganan Hipertensi dalam Kehamilan (preeklampsi dan eklampsi)
 - 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) Pencegahan dan penanganan asfiksia
 - b) Pencegahan dan penanganan hipotermia
 - c) Penanganan bayi berat lahir rendah (BBLR)
 - d) Pencegahan dan penanganan infeksi neonatus, kejang neonatus, ikterus ringan sedang
 - e) Pencegahan dan penanganan gangguan minum
 - f) Stabilisasi komplikasi neonatus untuk dirujuk dan transportasi rujukan.
 - g) Peningkatan pelayanan kesehatan bagi seluruh bayi sesuai standar di semua fasilitas kesehatan

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin jika terdapat kelainan pada bayi. Risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama

kehidupan, sehingga jika bayi lahir di fasilitas kesehatan sangat dianjurkan untuk tetap tinggal di fasilitas kesehatan selama 24 jam pertama. Waktu pemeriksaan BBL menurut (Permenkes RI, 2014) :

- 1) Setelah lahir saat bayi stabil (sebelum 6 jam)
- 2) Pada usia 6-48 jam (kunjungan neonatal 1)
- 3) Pada usia 3-7 hari (kunjungan neonatal 2)
- 4) Pada usia 8-28 hari (kunjungan neonatal 3)

- g. Peningkatan pelayanan kesehatan bagi seluruh anak balita sesuai standar di semua fasilitas kesehatan

Pelayanan kesehatan anak balita yang diberikan dengan melakukan pemantauan tumbuh kembang anak. Bentuk pelaksanaan tumbuh kembang anak di lapangan dilakukan dengan mengacu pada pedoman Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Tumbuh Kembang Anak (SDIDTK) yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan di puskesmas dan jajarannya seperti dokter, bidan perawat, ahli gizi, penyuluh kesehatan masyarakat dan tenaga kesehatan lainnya yang peduli dengan anak. Sebagian besar penyebab kematian bayi dan balita dapat dicegah dengan teknologi sederhana di tingkat pelayanan kesehatan dasar, salah satunya adalah dengan menerapkan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), di tingkat pelayanan kesehatan dasar (Kepmenkes RI, 2022).

Pelayanan kesehatan anak balita meliputi pelayanan pada anak balita sakit dan sehat. Pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan sesuai standar menurut (Permenkes RI, 2019) yang meliputi :

- 1) Pelayanan pemantauan pertumbuhan minimal 8 kali setahun yang tercatat dalam Buku KIA/KMS
- 2) Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) minimal 2 kali dalam setahun. Pelayanan SDIDTK meliputi pemantauan perkembangan motorik kasar, motorik halus, bahasa, sosialisasi dan kemandirian minimal 2 kali pertahun (setiap 6 bulan). Pelayanan SDIDTK diberikan di

- dalam gedung (sarana pelayanan kesehatan) maupun di luar gedung
- 3) Pemberian Vitamin A dosis tinggi (200.000 IU), 2 kali dalam setahun
 - 4) Kepemilikan dan pemanfaatan buku KIA oleh setiap anak balita
 - 5) Pelayanan anak balita sakit sesuai standar dengan menggunakan pendekatan MTBS.
- h. Peningkatan pelayanan KB sesuai standar
- 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.

4. Batasan Pemantauan PWS-KIA

Batasan Operasional Pemantauan PWS-KIA menurut (Kemenkes RI, 2017) antara lain:

- a. Pelayanan Antenatal Pelayanan kesehatan oleh tenaga operasional untuk ibu selama masa kehamilannya yang dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan. Standar operasional yang ditetapkan untuk pelayanan antenatal adalah "10T".
- b. Penjarangan (deteksi) dini kehamilan berisiko Kegiatan ini bertujuan untuk menemukan ibu hamil berisiko, yang dapat dilakukan oleh kader, dukun bayi dan tenaga kesehatan.
- c. Kunjungan ibu hamil Adalah kontak ibu hamil dengan tenaga profesional untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar yang ditetapkan.
- d. Kunjungan ibu baru hamil (K1) Adalah kunjungan ibu hamil yang pertama kali kehamilan.

- e. Kunjungan ulang Adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang kedua dan seterusnya, untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar selama satu periode kehamilan berlangsung.
- f. K6 Adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang ke enam (atau lebih), untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar yang ditetapkan.
- g. Kunjungan Neonatal (KN) Adalah kontak neonatal dengan tenaga kesehatan minimal 3 (tiga) kali untuk mendapatkan pelayanan dan pemeriksaan kesehatan neonatal, baik di dalam maupun di luar gedung Puskesmas (termasuk bidan di desa, polindes, dan kunjungan rumah)

DAFTAR PUSTAKA

- Ariyanti, D. F., & Utami, T. (2022). Indikator Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu Dan Anak Di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar Kabupaten Purbalingga. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (Undip)*, 10, 417-422. <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm/article/view/33484>
- Dharmawan, Y., Wigati, P. A., & Dwijayanti, F. (2015). Kinerja Petugas Dalam Pencatatan Dan Pelaporan Pws Kia Di Puskesmas Duren. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 10(2), 210. <https://doi.org/10.15294/kemas.v10i2.3383>
- Kemendes RI. (2013). Pedoman Penyelenggaraan Puskesmas Mampu PONEC. Jakarta: Kementerian Kesehatan
- Kemendes RI. (2017). Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak. Jakarta: Kementerian Kesehatan, 1 of 76.
- Kepmenkes RI, (2022). Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). Jakarta: Kementerian Kesehatan
- Permenkes RI Nomor 53 (2014). Pelayanan kesehatan neonatal esensial. Jakarta: Permenkes RI 1-23.
- Permenkes RI, (2019). Standar teknis pemenuhan mutu pelayanan dasar pada standar pelayanan minimal bidang kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan 2, 5-10.
- Permenkes RI, Nomor 21. (2021). Asuhan Kebidanan Tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, Serta Pelayanan Kesehatan Seksual. Jakarta: Kementerian Kesehatan 1-184.
- Permenkes RI. (2013). Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan. Jakarta: Permenkes
- Sari EN & Khotimah S. (2020). Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi dan Balita. Bogor. In Media

- Setiamy, A. A., & Deliani, E. (2019). Efektivitas Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu Dan Anak (PWS-KIA) Berbasis Web Sebagai Alat Pencatatan Dan Pelaporan Bidan. 2, 5-10.
- Sulastri, E. N. (2021). Identifikasi Faktor Risiko Ibu Hamil dengan Komplikasi Kehamilan dan Persalinan. *Higeia Journal Of Public Health*. 5 (2), 276-282.
- Zaki, I., Jaenudin, J., & Eosina, P. (2018). Sistem Informasi Pelaporan PWS KIA Berbasis Web Studi Kasus Imunisasi Di Puskesmas Gunung Sindur. *Sainstech: Jurnal Penelitian Dan Pengkajian Sains Dan Teknologi*, 28(1), 24-28. <https://doi.org/10.37277/stch.v28i1.264>

BAB 8

STRATEGI PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS DENGAN PENDEKATAN ANALISIS SITUASI DAN SOSIAL

Diah Eka Nugraheni, S.ST., M.Keb.

A. Strategi Pelayanan Kebidanan Komunitas

Dalam melaksanakan kegiatan pelayanan kebidanan di komunitas, bidan harus memahami keadaan masyarakat di wilayah kerjanya. Pendekatan yang akan dilakukan kepada masyarakat harus memperhatikan tradisi budaya Masyarakat, strategi pelayanan kebidanan komunitas serta tugas dan tanggung jawab serta aspek hukum pelayanan bidan di komunitas.

1. Pendekatan Edukatif dalam Peran Serta Masyarakat

a. Definisi

1) Secara Umum

Rangkaian kegiatan yang dilaksanakan secara sistematis, terencana dan terarah dengan partisipasi aktif individu, kelompok, masyarakat secara keseluruhan untuk memecahkan masalah yang dirasakan masyarakat dengan mempertimbangkan faktor sosial, ekonomi dan budaya setempat

2) Secara Khusus

Merupakan model dari pelaksanaan organisasi dalam memecahkan masalah yang dihadapi masyarakat dengan pendekatan pokok yaitu pemecahan masalah dan proses pemecahan masalah tersebut dan Pengembangan provider merupakan bagian dari proses perkembangan masyarakat secara keseluruhan. (Wahyuni Elly Dwi, 2018)

Peran serta masyarakat adalah suatu proses dimana individu, keluarga, dan lembaga masyarakat termasuk swasta ikut mengambil tanggung jawab atas kesehatan diri, keluarga, dan masyarakatnya.

b. Tujuan pendekatan edukatif

Tujuan pendekatan edukatif adalah untuk memecahkan masalah yang dihadapi masyarakat dan mengembangkan kemampuan masyarakat agar mampu memecahkan masalahnya sendiri secara gotong royong.

c. Langkah pendekatan edukatif

- 1) Pendekatan pada tokoh masyarakat
- 2) Pendekatan kepada provider. Diadakan pada waktu pertemuan tingkat kecamatan, tingkat desa/kelurahan, tingkat dusun/lingkungan.
- 3) Pengumpulan data primer dan sekunder.

d. Prinsip peran serta masyarakat

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

e. Pendekatan ke masyarakat

Pendekatan Masyarakat adalah serangkaian kegiatan yang sistematis terencana dan terarah untuk menggali, meningkatkan dan mengarahkan peran serta masyarakat, agar dapat memanfaatkan potensi yang ada, guna memecahkan masalah kesehatan yang mereka hadapi. Kegiatan ini dimaksudkan untuk menggali, meningkatkan dan mengarahkan peran serta masyarakat, karena yang diinginkan adalah tumbuhnya kemampuan masyarakat untuk berperilaku sehat, sehingga pada akhirnya terjadi kemandirian masyarakat di bidang kesehatan. Kegiatan ini mengutamakan penggunaan potensi setempat, karena prinsipnya adalah

meningkatkan “tenaga dalam” masyarakat, yaitu kesetiakawanan sosial yang sehari-hari dikenal dengan gotong royong. Bentuk kegiatan yang berlandaskan gotong royong inilah yang dikembangkan lebih lanjut, sehingga dapat secara tepat diarahkan untuk mengatasi masalah kesehatan mereka

f. Tujuan pendekatan kemasyarakatan

Tujuan pendekatan ke masyarakat ini dapat dilihat dari berbagai dimensi, yaitu tujuan bagi masyarakat setempat, bagi petugas kesehatan dan meliputi kawasan yang luas. Secara rinci Tujuan adalah sebagai berikut:

- 1) Meningkatkan kemampuan masyarakat setempat untuk melaksanakan diagnosis masalah kesehatan (*community diagnosis*), merumuskan upaya penanggulangan (*community prescription*), melaksanakan kegiatan penanggulangan (*community treatment*) serta menilai dan mengembangkan kegiatan selanjutnya (*community evaluation*).
- 2) Mengatasi masalah kesehatan setempat dengan menggunakan sumber daya setempat.
- 3) Memperluas kelompok masyarakat yang terlibat melalui dukungan politis dan persiapan petugas yang optimal.

g. Langkah pendekatan kemasyarakatan, yang dapat dibagi menjadi 2 kategori sebagai berikut:

1) Pembinaan Umum

Pembinaan umum ini artinya upaya pembinaan yang sifatnya merata dilakukan di seluruh wilayah Indonesia, yaitu berupa dukungan politis dengan bentuk dukungan berupa: dokumen (UUD, GBHN, PP, dll), perencanaan kegiatan oleh pejabat, dukungan anggaran, sering diucapkan oleh pejabat/tokoh masyarakat, tim/forum komunikasi, sering dimuat media massa dan persiapan petugas. Persiapan petugas mutlak diperlukan, sebab bila program

dikembangkan langsung ke masyarakat dan petugas belum siap, akan terjadi bumerang. Jadi persiapan petugas merupakan salah satu kunci keberhasilan peningkatan peran serta masyarakat. Upaya ini juga dilakukan secara meluas di seluruh upaya negeri, terutama bagi para petugas kesehatan di tingkat kabupaten dan puskesmas.

2) Pembinaan Lokal

Pembinaan local merupakan serangkaian langkah diterapkan guna menggali, meningkatkan dan mengarahkan peran serta masyarakat setempat. Kelompok masyarakat ini dapat berupa komunitas yang tinggal dilokasi tertentu (Desa, Dusun, RW, dll), yang mempunyai organisasi tertentu (LSM, Agama, Kelompok pengajian, dll), yang merupakan kelompok kerja informal (Petani, Nelayan, Perajin, dll), kelompok Pemuda (Saka Bhakti Husada, Palang Merah Remaja, Taruna Husada, Santri Husada, dll), atau berbagai bentuk kelompok masyarakat lainnya. Secara umum pembinaan masyarakat setempat dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:

a) Pendekatan tokoh Masyarakat

Pendekatan tokoh masyarakat mutlak perlu dilakukan, karena mereka panutan masyarakat setempat. Semua yang telah disetujui tokoh masyarakat akan menggelinding dengan lancar, sebaliknya bila para tokoh masyarakat tidak merestui kegiatan tersebut, jadinya program akan tersendat-sendat. Pendekatan tokoh masyarakat merupakan tahap pertama yang harus dilakukan sebelum implementasi program wilayah tersebut.

Tokoh masyarakat merupakan kelompok penyaring terhadap sesuatu inovasi yang akan masuk ke wilayah masyarakat tersebut. Pendekatan kepada mereka dilakukan melalui hubungan antar manusia yang baik dan bersahabat.

Forum untuk mendekati tokoh masyarakat ini antara lain: melalui kunjungan rumah, pembicaraan informal di berbagai secara interpersonal, perlu diadakan pembahasan bersama diantara para tokoh masyarakat tersebut, antara lain melalui:

- (1) Program khusus yang diselenggarakan untuk program yang dimaksud
- (2) Menggunakan forum komunikasi yang sudah ada, namun topic pembicaraannya program yang kita maksudkan.

Tokoh masyarakat Yang didekati tentu saja bergantung pada jenis kelompok masyarakat yang akan kita garap. Bagi masyarakat desa/kelurahan/RW, tokoh yang digarap adalah pemimpin formal (kepala desa, lurah, ketua RW, pengurus LKMD dsb) dan pemimpin informal (ulama, guru, dsb). Untuk kelompok pekerja didekati pemilik perusahaan dan ketua kelompok pekerja yang bersangkutan. Kalaupun mereka belum berorganisasi, biasanya tetap ada tokoh panutan yang mereka segani dalam kelompok tersebut. Bagi organisasi pemuda, pemimpin dan pengurus organisasi harus didekati, termasuk pula para pembinanya. Intinya adalah mendekati mereka yang menjadi panutan dalam kelompok masyarakat tersebut.

b) Survey mawas diri

Survey mawas diri sebenarnya merupakan ajang diagnosis masalah oleh masyarakat (*community diagnosis*) terhadap kondisi kesehatan mereka. Secara singkat dapat digambarkan bahwa masyarakat diajak untuk mengenali keadaan kesehatan masyarakat sendiri, disamping mendeteksi potensi yang ada di sekeliling mereka. Atas dasar kedua hal ini (masalah dan potensi),

dibuatlah diagnosis masalah kesehatannya, berupa sederetan “penyakit” yang harus diperangi.

Dalam hal ini, kewajiban petugas adalah mencarikan cara yang tepat agar mempermudah mereka dalam mengenali masalah dan menggali potensi yang mereka miliki. “Community Diagnosis” merupakan kegiatan untuk mengenali keadaan dan masalah mereka sendiri, serta potensi yang mereka miliki untuk mengatasi masalah tersebut. Caranya adalah dengan melakukan kegiatan mawas diri masyarakat. Pada kegiatan ini yang penting bukanlah banyaknya data sehingga representative untuk wilayah tersebut, tetapi lebih cenderung sebagai proses untuk menumbuhkan kesadaran bahwa masih banyak masalah di sekitar mereka. Proses mawas diri ini diharapkan mampu membangkitkan kesadaran bahwa rutinitas kehidupan mereka selama ini masih di latar belakang berbagai masalah kesehatan yang sebenarnya bisa mereka atasi sendiri. Dengan memanfaatkan potensi setempat dan bantuan teknis dari petugas, mereka bisa melakukan berbagai upaya untuk mengatasinya dan meningkatkan derajat kesehatan mereka.

Ada 2 tahapan mawas diri, yaitu:

- (1) Pengumpulan data/pandangan/pendapat masyarakat.
- (2) Perumusan masalah dan penggalian potensi setempat.

c) Musyawarah Mufakat

Musyawarah mufakat merupakan kegiatan “*community prescription*” untuk mengatasi segala “penyakit” yang mereka derita. Tentu saja penyelesaian masalah ini diutamakan dengan menggunakan potensi setempat. Wujudnya berupa rencana kegiatan yang sederhana, dapat dijangkau

dengan sumber daya setempat, tetapi memberi sumbangan besar pada upaya mengatasi masalah kesehatan setempat. Perumusan upaya penanggulangan oleh masyarakat biasanya dilakukan dengan musyawarah masyarakat. Hal ini secara formal perlu karena “community prescription” merupakan kesepakatan masyarakat terhadap prioritas masalah dan upaya penanggulangannya. Dalam musyawarah masyarakat ini, diundang para pemimpin (baik formal maupun informal) para tokoh masyarakat dan anggota masyarakat. Dalam pertemuan ini dilakukan penyampaian temuan dari kegiatan “community diagnosis” untuk kemudian dibahas bersama upaya mengatasinya.

Langkah-langkah pembahasan pasca musyawarah masyarakat adalah sebagai berikut:

- (1) Dipaparkan temuan serangkaian masalah dan sederetan potensi/sumber daya setempat yang mungkin bisa digunakan untuk menanggulanginya.
- (2) Petugas memandu peserta musyawarah untuk menentukan urutan prioritas sejumlah masalah tersebut.
- (3) Petugas memandu peserta musyawarah untuk menggali lebih lanjut potensi/sumber daya setempat, baik sarana, tenaga, dana, material atau pemikiran inovatif lainnya.
- (4) Atas dasar prioritas masalah yang telah disusun dan potensi masyarakat yang tergali, dibuat rencana kegiatan penanggulangan masalah, lengkap dengan jadwal kegiatannya.

Community prescription atas dasar musyawarah mufakat ini merupakan kekuatan politik yang tangguh untuk menggali dan meningkatkan peran serta masyarakat, serta

masyarakat, serta menjamin kelestarian program. Peran petugas dalam musyawarah masyarakat ini adalah memandu jalannya musyawarah agar berjalan lancar dan mencapai tujuan. Peran ini amat diperlukan khususnya dalam menuntun mereka melakukan skala prioritas secara skematis, peranan petugas dapat dilihat pada bagan berikut:

Ada beberapa faktor yang bisa digunakan untuk menentukan skala prioritas masalah, antara lain:

- (1) Kegawatannya: Besar/kecilnya akibat masalah ini bagi masyarakat
- (2) Mendesaknyanya: Dalam hal ini lebih menekankan soal waktu. Bila tidak segera ditanggulangi akan menimbulkan akibat yang lebih serius
- (3) Penyebarannya: Semakin banyak penduduk atau semakin luas wilayah yang terkena, menjadi semakin penting.
- (4) Sumber daya yang dimiliki: yaitu kaitannya dengan kemampuan yang mereka miliki untuk mengatasi permasalahan tersebut, baik dana, sarana tenaga maupun teknologi.

Adapun cara mencapai kesepakatan ada 2 yaitu:

- (1) Melalui musyawarah dan mufakat Langkah pertama tentu saja diutamakan bermusyawarah untuk mencapai mufakat. Namun bila tidak memungkinkan dapat dilakukan cara lain yaitu dengan menggunakan skoring.
- (2) Melalui pemungutan suara dengan sistem kosong

Ada beberapa cara penggunaan skoring untuk menentukan prioritas. Misalnya ada daftar masalah (masalah A, B, C, D, dan E), untuk melakukan skoring ada beberapa cara antara lain adalah sebagai berikut:

- (1) Memilih satu masalah terpenting Cara ini dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:
 - (a) Setiap peserta musyawarah memilih satu masalah terpenting dari masalah tersebut diatas, dengan menuliskan pilihannya pada secarik kertas kosong.
 - (b) Kemudian kertas suara tersebut dikumpulkan dan dihitung perolehan suara pada masing-masing masalah.
 - (c) Masalah dengan skor tertinggi merupakan prioritas pertama, sebaliknya masalah dengan skor paling rendah merupakan prioritas terakhir.
- (2) Melakukan skoring pada semua masalah

Cara penentuan skala prioritas yang lain adalah dengan melakukan skoring pada semua masalah, berdasarkan pandangan setiap peserta. Tahapannya adalah sebagai berikut:

 - (a) Semua peserta memberikan skoring urutan prioritas dari semua masalah, ditulis dalam suara dengan cara: urutan pertama diberi skor 5, urutan kedua skor 4, urutan ketiga skor 3, urutan keempat skor 2, urutan kelima diberi skor 1.
 - (b) Ketika suara kemudian dikumpulkan dan disalin skor yang didapat pas tiap masalah.
 - (c) Masalah dengan skor tertinggi merupakan prioritas pertama, sebaliknya masalah dengan skor paling rendah merupakan prioritas terakhir.
- (3) Tiap masalah dibobot dengan indikator Cara ini lebih rumit, hanya digunakan bila peserta musyawarah cukup terpelajar dan menginginkan penilaian yang objektif. Sebagaimana diterangkan diatas, ada beberapa patokan yang dapat dijadikan besar kecilnya

suatu penyebarannya dan sumber daya yang dimiliki untuk mengatasi masalah tersebut.

Untuk melakukan skoring pada tiap masalah, dilakukan skoring pada indicator diatas. Jadi tahapannya adalah sebagai berikut:

(a) Setiap peserta mengisi skor keempat indicator tersebut pada tiap masalah. Untuk gampangnya sebaiknya dibuatkan alat bantu kertas suara yang berupa format bantu, seperti dibawah ini:

- Skor berkisar misalnya antara 1 (terendah) dan 10 (tertinggi)
- Setiap peserta mencatat skor masalah menurut kegawatan, mendesak, penyebaran dan sumber daya, kemudian dijumlahkan. Skor tertinggi merupakan prioritas.
- Isian dikumpulkan dan dituliskan oleh yang didapat dari tiap masalah.
- Masalah dengan skor tertinggi merupakan prioritas utama, sebaliknya yang terendah skornya merupakan prioritas terakhir.
- Masih banyak cara lain untuk menentukan urutan prioritas masalah, setiap petugas dapat mengembangkannya sesuai dengan tingkat pemahaman peserta dan kebutuhan setempat.

d) Pelaksanaan Kegiatan

Pelaksanaan kegiatan merupakan "community treatment" yaitu masyarakat menjalankan upaya penanggulangan masalah. Serangkaian kegiatan yang disusun diharapkan dapat secara bertahap mengatasi penyakit yang mereka hadapi, sekaligus membuktikan apakah

“resep” mereka sudah tepat. Namun perlu di pantau agar bila ternyata ada kekeliruan, bisa segera diperbaiki.

e) Pembinaan dan Pengembangan

Pembinaan dan Pengembangan Kegiatan pembinaan dan pengembangan merupakan siklus lanjut dari lingkaran pemecahan masalah. Pada satu periode akhir kegiatan, tahap selanjutnya adalah “*community evaluation*” yang kemudian berputar kembali ke langkah “*community diagnosis*”, “*community prescription*”, dan “*community treatment*”, sebab akan timbul problematic baru yang lebih tinggi tingkatnya. Bila ini berjalan, maka akan terjadi proses pembinaan dan pengembangan sesuai dengan tingkat perkembangan masalah. (Puji, Agung and Sumaningsih Rahayu, 2018)

B. Analisis Situasi

1. Definisi analisis Situasi

Analisis situasi merupakan kegiatan pengumpulan, menggali dan memaparkan data dan informasi tentang kondisi tertentu di suatu komunitas berikut konteks geografis, demografis, sosial, budaya, ekonomi, bahkan politik. Tujuannya guna mengidentifikasi dan memahami masalah – masalah ataupun kebutuhan – kebutuhan komunitas dan saling keterkaitan dengan berbagai faktor internal maupun eksternal. (Wahyuni Elly Dwi, 2018)

Analisis situasi merupakan proses sistematis untuk melihat fakta, data atau kondisi yang ada dalam suatu lingkup wilayah. Wilayah ini berisikan orang, lokasi dan dimensi waktu. Artinya dalam setiap proses analisis situasi selalu mendasarkan pada ketiga hal tersebut yaitu siapa, dimana, dan kapan. Analisis situasi ini dimaksudkan untuk melihat fakta atau data itu bermasalah atau tidak, artinya dengan analisis situasi dapat ditemukan masalah kesehatan, dan faktor-faktor apa saja yang mempengaruhinya baik

konteks geografis, demografis, sosial, budaya, ekonomi, bahkan politik.

Tujuannya guna mengidentifikasi dan memahami masalah - masalah ataupun kebutuhan - kebutuhan komunitas. Tujuan dari analisis situasi kesehatan adalah sebagai berikut.

- a. Memahami masalah kesehatan secara jelas dan spesifik yang ada di wilayah dengan mengumpulkan data, menggali permasalahan kesehatan baik terkait dengan konteks geografis, demografis, sosial, budaya dan ekonomi bahkan politik.
- b. Mempermudah untuk mengidentifikasi dan memahami masalah ataupun kebutuhan di komunitas sehingga dapat menentukan prioritas dalam menyelesaikan masalah.
- c. Mempermudah penentuan alternatif pemecahan masalah. (Turrahmi, 2017)

Sebelum bidan melakukan asuhan atau pelayanan kebidanan komunitas, maka tahap pertama yang dilakukan adalah pengumpulan data yang dilakukan untuk memperoleh informasi dengan kondisi tertentu di masyarakat. Proses bidan melihat kondisi di suatu komunitas dikenal dengan Analisis situasi. Pengambilan data dilakukan dengan metode wawancara, observasi, dan survei.

- a. Penelusuran Sejarah desa
- b. Pembuatan kalender musim
- c. Pembuatan peta desa
- d. Pengkajian Lembaga desa (diagram venn)
- e. Penelusuran Lokasi Desa
- f. Rangkaing Peringkat kekayaan/Kesejahteraan
- g. Wawancara Semi terstruktur

2. Variable dalam Analisis Situasi

Pada analisis situasi kesehatan ada sejumlah variabel standar yang harus diperhatikan yaitu sebagai berikut (Djohani, 1996).

a. Status Kesehatan

Analisis status kesehatan akan menghasilkan ukuran-ukuran status kesehatan secara kuantitatif, penyebaran masalah menurut kelompok umur penduduk, serta menurut tempat dan waktu. Ukuran yang digunakan adalah angka kematian (mortalitas) dan angka kesakitan (morbidity).

Analisis situasi kesehatan antara lain meliputi penyakit yang paling banyak diderita oleh penduduk, penyakit yang banyak diderita oleh bayi, jumlah dan penyebab kematian penduduk, jumlah dan penyebab kematian ibu, bayi dan jumlah berat lahir rendah (BBLR), jumlah balita gizi buruk, jumlah ibu hamil dengan komplikasi dan penyebab komplikasi serta jumlah ibu hamil yang anemia.

b. Kependudukan

Analisis kependudukan mencakup jumlah penduduk, struktur umur, jenis kelamin, mobilitas, pekerjaan, jumlah kepala keluarga (KK), jumlah wanita usia subur (WUS) dan pertumbuhan penduduk, mata pencaharian penduduk, agama mayoritas yang dianut, rata-rata usia menikah pertama kali, mobilitas penduduk, organisasi kemasyarakatan yang ada dan cara penduduk menjaga ketersediaan sumber pangan. Di desa, data tersebut dapat dilihat di kantor desa berupa monografi desa, hanya saja perlu ditelusuri lagi, karena akurasi dan kekinian datanya sering tidak valid. Pada informasi penduduk rentan, desa biasanya tidak punya, maka perlu dibuat sendiri atau bersama-sama dengan desa mendata warga yang masuk dalam kategori rentan.

c. Pelayanan/upaya Kesehatan

Analisis pelayanan kesehatan atau upaya kesehatan meliputi upaya promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif. Analisis ini menghasilkan data atau informasi tentang input, proses, output dan dampak dari pelayanan kesehatan. Misalnya untuk mengetahui akses

dan pemanfaatan rumah tangga terhadap sarana pelayanan kesehatan RS, puskesmas, puskesmas pembantu, dokter praktik, bidan praktik, dan pelayan kesehatan UKBM yaitu posyandu, poskesdes, dan polindes/bidan di desa, jumlah dukun bayi yang terlatih dan tidak terlatih, jenis pelayanan kesehatan khusus bagi remaja, ibu hamil, lanjut usia dan lain-lain, serta cara menjangkau fasilitas kesehatan (jarak, waktu, tempuh, jenis transportasi, biaya transportasi dan kondisi jalan).

d. Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan adalah salah satu faktor determinan pada derajat kesehatan.

Perilaku ini meliputi seluruh perilaku seseorang atau masyarakat yang dapat memberi akibat pada kesehatan, kesakitan atau kematian. Perilaku ini sangat banyak dipengaruhi oleh pengetahuan, kepercayaan dan kebiasaan yang dimiliki dan kemungkinannya berpengaruh pada kesehatan atau kesakitan tubuhnya. Ada beberapa elemen yang dapat dijelaskan di bawah ini untuk melihat perilaku yang berakibat pada derajat kesehatan seseorang atau masyarakat.

Gaya hidup yang berkait dengan kesehatan biasanya juga bisa ditunjukkan pada pola makan dan input yang masuk melalui mulut. Sedangkan di sisi lain ada faktor yang perilaku yang berpengaruh pada kejiwaan, sehingga memunculkan stress dan akhirnya gangguan fisik. Kebiasaan lain yang berpengaruh pada kesehatan misalnya adalah pola konsumsi lemak berlebihan, pola konsumsi minuman kemas dan manis, konsumsi rokok, alkohol, zat aditif (Narkoba) dan perilaku seks yang tidak aman.

Selain itu pola pencarian pengobatan juga memberikan gambaran kebiasaan masyarakat kemana mereka memilih mencari obat atau pengobatan. Seringkali pertimbangan ini dipengaruhi oleh kebiasaan masyarakat setempat, misalnya ke Puskesmas, atau ke mantri

kesehatan. Ketika mereka memilih, ada keterbatasan-keterbatasan sehingga pilihan yang diatuhkan menyesuaikan kemampuan yang mereka miliki. Keterbatasan tersebut dapat berupa terbatas dalam memahami sakit, terbatas dalam keuangan, terbatas pada informasi tempat layanan kesehatan, begitu juga dengan kendala geografis dan sulitnya akses yang tersedia.

Dari keterangan di atas bahwa analisis perilaku kesehatan dapat memberikan gambaran tentang pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat sehubungan dengan kesehatan maupun upaya kesehatan yang meliputi gaya hidup remaja, adat, kepercayaan, norma, maupun tradisi yang dapat mempengaruhi kondisi kesehatan masyarakat yang berhubungan dengan kesehatan, perilaku sehat dan higienis serta perilaku penduduk dalam pencarian pengobatan. (Notoatmodjo, 2010)

e. Lingkungan

Lingkungan Lingkungan merupakan keadaan fisik yang berada di luar kita, yang memiliki interaksi dengan manusia baik disengaja maupun tidak disengaja. Interaksi timbal balik ini seringkali memberi konsekuensi yang berakibat pada kesakitan seseorang atau masyarakat. Analisis lingkungan mencakup aspek fisik, biologis dan sosial. Analisis ini bertujuan memperoleh informasi tentang keadaan sanitasi lingkungan di rumah tangga dan komunitas (misalnya air bersih, air limbah, sampah, penggunaan bahan kimia, ternak/hewan peliharaan, kepemilikan jamban dalam satu keluarga, jenis jamban yang digunakan, tipe tempat tinggal, ketersediaan tempat pembuangan limbah rumah tangga, sumber pencemaran di sekitar rumah) dan ketersediaan sarana transportasi dan telekomunikasi untuk mengetahui informasi akses masyarakat terhadap air dan penyehatan lingkungan. Pada lingkungan sering dipakai sebagai media untuk sarang dan hidup suatu penyebab penyakit, misalnya

nyamuk yang membawa penyakit malaria atau demam berdarah.

Beberapa elemen yang perlu dilihat terkait dengan lingkungan antara lain sebagai berikut.

a. Air

Air merupakan sumber kehidupan, tanpa air tidak ada kehidupan. Lalu air seperti apa yang diperlukan manusia untuk kesehatannya, yaitu air bersih dan sehat. Air bersih mutlak diperlukan untuk minum, memasak, mandi dan cuci. Desa memerlukan air untuk irigasi sawah dan perkebunan. Maka jika saja air bersih dan sehat tidak dapat ditemukan akan berakibat pada timbulnya penyakit, seperti diare. Masyarakat dalam mengkonsumsi air bermacam-macam mulai dari air sungai, air tuk (sumber mata air), telaga, air tadah hujan, sumur, air dalam kemasan, pompa, PDAM dan lain-lain.

b. Tempat Buang Air Besar

Tempat pembuangan air besar juga menjadi masalah ketika tempat yang digunakan tidak memenuhi kesehatan. Jamban merupakan bentuk umum dari standar pembuangan air besar yang sehat. Bidan perlu mengetahui, sarana yang digunakan untuk buang air besar di masing-masing kepala keluarga. Contoh tempat pembuangan air besar antara lain yaitu septic tank, lobang tanah, kolam, ladang terbuka, sungai, dan danau/telaga.

c. Lantai Rumah

Lantai rumah berupa tanah merupakan indikator kurang sehat, sebab lantai rumah dari tanah memiliki risiko terkena penyakit ISPA dan diare. Data tentang lantai rumah menjadi penting untuk memberi gambaran rencana kegiatan dan juga memberi gambaran kondisi kemiskinan warga. Namun demikian ada beberapa masyarakat yang memandang lantai rumah merupakan bentuk budaya, yang mereka anggap cocok dengan kondisi lingkungan setempat. Contoh beberapa jenis lantai rumah yang digunakan di masing - masing rumah

tangga yaitu marmer, ubin/tegel, semen, kayu, bambu, tanah atau batu.

d. Sampah

Sampah merupakan produk sisa dari suatu proses produksi yang setiap hari dihasilkan baik di rumah tangga, pabrik, pasar, kandang dan lain-lain. Jenis sampah ini yang perlu diketahui, apa yang diakibatkannya jika sampah tidak dikelola dengan baik. Jika pengelolaan tidak baik akan berpengaruh pada penyakit ISPA dan juga diare. Dengan mengenali jenis sampah, jumlah yang dihasilkan maka akan memudahkan melakukan penyelesaian berkait dengan sampah.

Beberapa jenis sampah dan sumbernya antara lain sebagai berikut.

- 1) Sampah organik, yaitu sampah yang berasal dari limbah rumah tangga, kandang ternak, pasar dan lain-lain.
- 2) Sampah non organik, yaitu sampah yang berasal dari pasar, rumah tangga, industri pabrik.
- 3) Sampah kimia/ beracun yaitu sampah yang berasal dari industri tambang.(Puji, Agung and Sumaningsih Rahayu, 2018)

C. Analisis Sosial

Analisis sosial merupakan usaha memperoleh gambaran yang lebih lengkap tentang sebuah situasi sosial dengan menggali hubungan-hubungan historis dan strukturalnya. Serangkaian kegiatan membedah suatu masalah dari berbagai sudut pandang, memetakan situasi yang berhubungan dengan masalah, dan selanjutnya mengidentifikasi dasar-dasar penyelesaian masalah (Chambers, 1996). Gambaran ini bisa digali dari individu, kelompok dan atau organisasi/lembaga sosial yang dianggap sebagai masalah di komunitas. Berbagai sumber data diharapkan bisa membantu memberikan data dan informasi berkenaan dengan situasi dan kondisi masyarakat, termasuk juga menyampaikan kepentingan, motivasi, sikap dan

implikasinya pada persoalan yang ada di masyarakat. Analisis sosial berfungsi untuk mengidentifikasi persoalan-persoalan kesehatan di komunitas, mencari akar masalah, dan mencari solusi yang tepat.

Analisis sosial memberikan gambaran yang jelas (deskripsi) tentang makna yang ditangkap dari suatu fakta sosial. Tidak menggunakan ukuran kuantitatif, yang penting fakta sosial diungkap, dijelaskan sehingga oleh setiap orang dapat dipakai gambaran dan selanjutnya dapat digunakan sebagai rujukan untuk melangkah lebih lanjut.

Dalam analisis sosial, relasi antara fakta menjadi penting karena setiap fakta seringkali tidak berdiri sendiri. Misalnya kebiasaan merawat tali pusat bayi dengan popok pakai daun sirih tidaklah berdiri sendiri. Kebiasaan itu didapat dari moyang mereka, dan keyakinan itu yang menjadikan perilaku semakin mendapat penguatan. Dalam kasus ini, relasi yang lain adalah bahwa kenyataan ini bisa juga dilihat banyaknya tanaman sirih, yang mungkin dihasilkan oleh adanya keputusan bersama untuk melestarikan tanaman-tanaman yang dapat digunakan untuk obat, dan sangat mungkin keputusan bersama ini menjadi peraturan desa. Dalam analisis sosial ini, yang diperlukan adalah kemampuan seseorang dalam menangkap apa yang dimaksud fakta-fakta sosial, kekayaan sosial dan relasinya. Untuk itu dalam melakukan analisis sosial perlu ketahui elemen-elemen berikut ini.

1. Jumlah penduduk/KK.
2. Komposisi penduduk berdasarkan jenis kelamin, kelompok umur.
3. Mata pencaharian termasuk pembagian kerja antara lelaki dengan perempuan.
4. Jumlah dusun, RT/RW.
5. Agama dan keyakinan.
6. Lembaga Desa (seperti Pamong Desa, Badan Perwakilan Desa, Dukuh).
7. Sarana kesehatan yang tersedia seperti Polindes, Posyandu, Bidan, Mantri Kesehatan, Dokter, Dukun.

8. Perkumpulan ibu-ibu, bapak-bapak, remaja.
9. Iuran pembangunan daerah (IPEDA).
10. Kegiatan ronda malam.
11. Program kebersihan lingkungan desa.
12. Ritual upacara adat (mitoni, tetes, sunat, jagong bayi dan lain-lain).
13. Konsep sehat sakit.
14. Pengertian KB, Aborsi, Kesehatan alat reproduksi.
15. Program kesehatan (Posyandu Balita, Usila).

Jadi, analisis sosial berfungsi untuk mengidentifikasi persoalan-persoalan kesehatan di komunitas, mencari akar masalah, dan mencari solusi yang tepat (Syarifudin and Hamidah, 2009)

DAFTAR PUSTAKA

- Notoatmodjo, S. (2010) Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Puji, R. teta, Agung, S. and Sumaningsih Rahayu (2018) 'Modul Ajar 1 Kebidanan Komunitas', Prodi D-3 kebidanan magetan poltekkes kemenkes surabaya, pp. 1-146.
- Syarifudin and Hamidah (2009) 'Kebidanan Komunitas', Prodi D-3 kebidanan magetan poltekkes kemenkes surabaya, p. 276.
- Turrahmi, H. (2017) Modul Ajar Kebidanan Komunitas.
- Wahyuni Elly Dwi (2018) Bahan ajar Asuhan Kebidanan Komunitas, Kementerian Kesehatan Indonesia. Pusat Pendidikan Tenaga kesehatan Indonesia.

BAB 9

PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DALAM PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Ririn Wahyu Hidayati, S.ST., M.K.M.

A. Latar Belakang Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat dalam pelayanan kebidanan adalah pendekatan yang bertujuan meningkatkan kapasitas individu dan komunitas untuk mengambil tindakan proaktif dalam menjaga kesehatan ibu dan anak. Strategi ini melibatkan partisipasi aktif dari masyarakat untuk mengenali, memahami, dan mengatasi masalah kesehatan yang mereka hadapi. Pemberdayaan masyarakat dalam bidang kebidanan menjadi langkah krusial untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak serta mengurangi angka kematian maternal dan neonatal. Melalui peningkatan akses terhadap layanan kesehatan, penyebaran pengetahuan dan kesadaran tentang kesehatan ibu dan anak, serta pelatihan bidan komunitas. Melalui kegiatan tersebut kita dapat menciptakan sistem kesehatan yang lebih kuat dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat. Berbagai penelitian dan survei menunjukkan bahwa pemberdayaan ini tidak hanya membawa manfaat langsung bagi kesehatan ibu dan anak, tetapi juga memperkuat kapasitas komunitas untuk berpartisipasi aktif dalam menjaga kesehatan mereka.

Pemberdayaan masyarakat juga merupakan sarana untuk mencapai pembangunan yang lebih adil dan berkelanjutan. Dengan memberdayakan masyarakat, kita membuka jalan bagi partisipasi yang lebih luas dan pengelolaan sumber daya yang lebih baik. Sehingga pada akhirnya akan membawa manfaat jangka panjang bagi semua pihak.

B. Isu Pemberdayaan Masyarakat

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan indikator tolak ukur untuk menentukan derajat kesehatan. Hasil Sensus Penduduk 2020 angka kematian ibu di Indonesia mencapai 189 per 100.000 kelahiran hidup (Redaksi Mediakom, 2024). Kondisi ini sebenarnya sudah menurun dibandingkan tahun sebelumnya. Namun angka tersebut masih jauh dari target MDGS, yaitu 102 per 100.000 kelahiran di tahun 2015 dan SDGs tahun 2030 yaitu kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup. AKB juga memiliki nasib yang sama dengan AKI. Kondisinya juga masih jauh dari ketercapaian MDGs sebesar 23 per 100.000 kelahiran dan SDGs 2030 sebesar 12 per 100.000 kelahiran hidup. Kondisi ini semakin parah dikarenakan adanya pandemi Covid-19 yang menyerang Indonesia sejak tahun 2019 lalu (DPR RI, 2021).

Tingginya masalah kesehatan disini juga tidak lepas dari berbagai isu pemberdayaan masyarakat. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) masih belum optimal pelaksanaannya karena capaiannya masih kurang dari target 60%. Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) seperti Pos Kesehatan Terpadu (Posyandu), Pos Kesehatan Desa (Poskesdes), Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren) jumlahnya sudah meningkat namun pemanfaatannya masih belum optimal. Selain itu perubahan paradigma pembangunan menjadi pemberdayaan masyarakat juga membawa perubahan yang cukup menonjol bagi Indonesia (Sulaiman, 2020).

C. Konsep Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat adalah proses di mana individu, keluarga, dan komunitas memperoleh keterampilan, pengetahuan, dan kekuatan untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan yang mempengaruhi kesehatan mereka. Upaya yang dilakukan dalam pemberdayaan masyarakat ini dikembangkan dalam rangka menyelesaikan masalah keterbelakangan masyarakat. Keterbelakangan masyarakat sendiri terjadi karena tingkat pendidikan masyarakat yang

masih rendah, masyarakat yang sangat kuat dengan tradisinya, kurangnya keterampilan penduduk, perilaku masyarakat yang lebih cenderung konsumtif lebih tinggi dibandingkan produktifnya, daya saing masyarakat kurang sehingga masih banyak orang ahli namun bekerja bukan pada bidang keahliannya (Notoatmodjo, 2005).

Pemberdayaan masyarakat bisa dilakukan dengan pendekatan “*top-down*” dan “*bottom up*”. Mengapa demikian? Pendekatan *top-down* kita akan lebih mudah mendapatkan dukungan dari pemangku kepentingan. Sedangkan *bottom up* kita akan mendapat dukungan dari masyarakat karena masyarakat yang memiliki peran sesuai dengan kemampuan dan keunggulannya. Konsep ini bisa dilihat perbedaannya dari karakteristik, kekuatan dan kelemahannya.

Tabel 9.1 Perbedaan pemberdayaan masyarakat dengan pendekatan Top-down dan Bottom Up

No	Aspek	<i>Top-Down</i>	<i>Bottom Up</i>
1	Karakteristik	Petugas menjadi orang yang paling mengerti kebutuhan masyarakat sehingga dapat memposisikan masyarakat sebagai objek kegiatan. Pelaksana kegiatan didominasi oleh petugas, sumber Upaya juga dari petugas, sehingga model kegiatan lebih bersifat perintah.	Masyarakat menjadi subjek kegiatan karena mereka mengetahui apa yang mereka butuhkan dan apa yang mereka miliki / belum dimiliki. Masyarakat lebih berpartisipasi dan petugas cukup sebagai fasilitator.

No	Aspek	<i>Top-Down</i>	<i>Bottom Up</i>
2	Kekuatan	Petugas memiliki kendali untuk menetapkan kegiatan, lama waktu pelaksanaan kegiatan, dan memberikan akses eksternal yang lebih mudah.	Masyarakat dapat belajar memecahkan masalah, lebih siap menghadapi perubahan, tanggungjawab terhadap kegiatan yang dilaksanakan lebih kuat karena adanya rasa memiliki program tersebut, dan mengurangi ketergantungan terhadap pihak luar.
3	Kelemahan	Masyarakat kurang mandiri, lebih pasif, kurang percaya diri dalam kepemilikan program kegiatan, dan lebih cenderung tergantung dengan pihak lain.	Petugas tidak memiliki kendali penuh dari program kegiatan, waktu pelaksanaan program lebih lama, kendala pengkajian masalah lebih banyak ditemui dan terkadang sulit untuk mendapatkan akses eksternal.

Sumber: (Marniati, 2021), (Notoatmodjo, 2005)

Konsep pemberdayaan masyarakat secara umum dapat dilihat dari proses, metode, program dan gerakannya (Sulaiman, 2020).

1. **Proses**, di mana pemberdayaan masyarakat ini menunjukkan adanya perubahan. Seperti kondisi yang awalnya buruk menjadi baik. Status yang awalnya rendah menjadi tinggi. Contohnya: awalnya masyarakat belum mempraktikkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) seperti cuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir. Namun karena kondisi tertentu misalnya banyaknya kasus diare atau Covid-19 menjadikan masyarakat merubah perilaku mereka yang awalnya masih tidak rajin cuci tangan menjadi lebih rajin cuci tangan dengan cara yang baik dan benar. Sehingga cara cuci tangan ini menjadi kebiasaan baik karena sering dilakukan.
2. **Metode**, merupakan cara yang dilakukan sebagai usaha meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengambil keputusan untuk mencapai tujuan kesejahteraan masyarakat. Contohnya: masyarakat ingin bebas dari masalah anemia ibu hamil. Tentu dengan pemberdayaan masyarakat yang dimulai dari masa remaja melalui kesadaran remaja konsumsi tablet tambah darah ini dapat membantu menurunkan angka kejadian anemia ibu hamil.
3. **Program**, merupakan rangkaian kegiatan yang melibatkan lapisan masyarakat untuk ikut berpartisipasi melalui proses dan metode kegiatan yang telah dirancang sebelumnya. Partisipasi masyarakat menjadi poin penting dalam keberhasilan program kegiatan. Contohnya: program Gerakan TTD remaja untuk mengurangi angka kejadian anemia ibu hamil yang dilaksanakan mulai sasaran remaja hingga ibu hamil.
4. **Gerakan**, pemberdayaan masyarakat yang dilandasi oleh tindakan yang konsisten dan sesuai dengan *Primary Health Care* (PHC). Gerakan ini harus membawa perubahan dan kemajuan atau perkembangan yang lebih baik dibandingkan sebelumnya. Kondisi ini selain butuh partisipasi, juga perlu

konsistensi, tanggung jawab dan rasa kepemilikan program pemberdayaan masyarakat oleh sasaran.

D. Prinsip Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kapasitas individu dan komunitas agar mampu mengelola dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Prinsip-prinsip pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan membantu memastikan bahwa intervensi kesehatan tidak hanya bersifat sementara tetapi berkelanjutan dan berdaya guna dalam jangka panjang. Berikut adalah beberapa prinsip utama pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan.

1. Partisipasi Aktif.

Masyarakat dilibatkan secara aktif dalam semua tahap program kesehatan, mulai dari perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi. Partisipasi aktif memastikan bahwa kebutuhan dan perspektif lokal diakomodasi dengan baik.

2. Kepemilikan Lokal (*Ownership*).

Masyarakat merasa memiliki program dan intervensi kesehatan yang dilaksanakan. Kepemilikan lokal ini mendorong tanggung jawab dan keberlanjutan program, karena masyarakat akan lebih berkomitmen terhadap keberhasilan program yang mereka rasa miliki.

3. Peningkatan Kapasitas (*Capacity Building*).

Pemberdayaan harus fokus pada peningkatan kapasitas individu dan kelompok dalam masyarakat. Ini bisa mencakup pelatihan, pendidikan kesehatan, dan peningkatan keterampilan yang diperlukan untuk mengelola dan meningkatkan kesehatan mereka.

4. Akses Informasi (*Access to Information*)

Masyarakat harus memiliki akses yang memadai terhadap informasi kesehatan yang relevan dan mudah dipahami. Informasi ini memungkinkan mereka membuat keputusan yang lebih baik terkait kesehatan mereka sendiri dan komunitas.

5. Penguatan Jaringan dan Kemitraan (*Strengthening Networks and Partnerships*)

Kemitraan dengan berbagai pemangku kepentingan seperti pemerintah, organisasi nonpemerintah, dan sektor swasta penting untuk mendukung upaya pemberdayaan masyarakat. Kolaborasi ini membantu memobilisasi sumber daya dan mendukung implementasi program kesehatan.

6. Pendekatan Holistik (*Holistic Approach*)

Pendekatan holistic dalam pemberdayaan mencakup aspek fisik, mental, sosial, dan lingkungan dari kesehatan. Ini berarti intervensi kesehatan harus mempertimbangkan berbagai determinan kesehatan yang saling terkait (Campbell & Jovchelovitch, 2000).

7. Kesetaraan dan Inklusif (*Equity and Inclusion*)

Program pemberdayaan harus inklusif, memastikan bahwa semua kelompok masyarakat, termasuk yang terpinggirkan dan rentan, memiliki kesempatan yang sama untuk berpartisipasi dan mendapatkan manfaat dari program kesehatan (Baum, 2008).

8. Keberlanjutan (*Sustainability*)

Pemberdayaan masyarakat bertujuan untuk mencapai hasil yang berkelanjutan. Program harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat terus berlanjut dan memberikan manfaat jangka panjang setelah intervensi awal selesai.

9. Berbasis Bukti (*Evidence-Based*)

Intervensi dan program kesehatan harus didasarkan pada bukti ilmiah yang kuat dan praktik terbaik yang telah terbukti efektif. Ini memastikan bahwa sumber daya digunakan secara efisien dan mencapai hasil yang diinginkan (WHO, 2020).

10. Transparansi dan Akuntabilitas (*Transparency and Accountability*)

Proses dan hasil dari program pemberdayaan harus transparan dan akuntabel. Masyarakat harus dapat mengakses informasi tentang bagaimana keputusan dibuat dan bagaimana sumber daya digunakan.

E. Tujuan Pemberdayaan Masyarakat dalam Pelayanan Kebidanan Komunitas

Pemberdayaan masyarakat dalam pelayanan kebidanan komunitas bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak melalui partisipasi aktif masyarakat dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan reproduksi. Berikut adalah beberapa tujuan utama pemberdayaan masyarakat dalam pelayanan kebidanan komunitas.

1. Meningkatkan Pengetahuan dan Kesadaran Kesehatan

Pemberdayaan bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat, terutama ibu dan keluarga, tentang pentingnya kesehatan reproduksi, kehamilan, dan perawatan anak. Edukasi dan penyuluhan yang efektif dapat membantu mengurangi angka kematian ibu dan bayi

2. Mendorong Partisipasi Aktif Masyarakat

Masyarakat didorong untuk berpartisipasi aktif dalam program kesehatan, seperti kelas ibu hamil, posyandu, dan kunjungan rumah. Partisipasi ini memperkuat kolaborasi antara tenaga kesehatan dan masyarakat, sehingga pelayanan kesehatan lebih tepat sasaran dan efektif.

3. Mengembangkan Kemandirian Masyarakat

Masyarakat dituntut agar mampu mengembangkan kemandiriannya dalam menjaga kesehatan reproduksi dan keluarga. Masyarakat yang mandiri dapat mengenali tanda-tanda risiko kesehatan lebih awal dan mengambil tindakan pencegahan yang diperlukan, mengurangi ketergantungan pada tenaga kesehatan.

4. Meningkatkan Akses Terhadap Layanan Kesehatan.

Dengan memberdayakan masyarakat, akses terhadap layanan kesehatan dasar menjadi lebih mudah dan merata. Program seperti edukasi digital dan kunjungan rumah memudahkan ibu dan keluarga untuk mendapatkan informasi dan pelayanan kesehatan tanpa harus pergi ke fasilitas kesehatan yang jauh

5. Mengurangi Disparitas Kesehatan.

Pemberdayaan masyarakat dalam kebidanan komunitas bertujuan untuk mengurangi disparitas kesehatan antara kelompok masyarakat yang berbeda. Dengan memberikan pendidikan dan pelayanan kesehatan yang merata, seluruh lapisan masyarakat dapat merasakan manfaat yang sama, sehingga meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan.

F. Model dan Implementasi Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat

Berikut merupakan bentuk pemberdayaan masyarakat dalam konteks pelayanan kebidanan yang dapat dikembangkan dan menjadi salah satu inovasi saat ini

1. Pendekatan Partisipatif dalam Asuhan Kebidanan

Pendekatan partisipatif melibatkan masyarakat dalam setiap tahap pelayanan kebidanan mulai dari perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi. Salah satu modelnya adalah *Participatory Appraisal Rural*, yang menekankan pada asuhan kebidanan berkelanjutan untuk keluarga. Model ini bertujuan meningkatkan kualitas hidup ibu dan anak dengan cara melibatkan keluarga dalam proses asuhan kebidanan (Ambarwati *et al.*, 2021). Contoh tindakan partisipasi masyarakat dalam perbaikan gizi ibu hamil dan gizi keluarga dengan pemberdayaan lahan pekarangan rumah untuk pemenuhan kebutuhan sayur dan buah (Noviani & Hidayati, 2022).

2. Penguatan Peran Bidan dalam Pemberdayaan Perempuan

Pemberdayaan perempuan melalui peran bidan penting untuk mendukung program *Sustainable Development Goals* (SDGs). Bidan berperan dalam edukasi dan penyuluhan kesehatan reproduksi, yang dapat meningkatkan pemahaman perempuan mengenai kesehatan ibu dan anak, serta mendorong partisipasi aktif dalam menjaga kesehatan keluarga (Hidayati *et al.*, 2024).

3. Edukasi Kesehatan Melalui Media Digital

Penggunaan media digital seperti video edukasi gizi bagi ibu hamil merupakan salah satu cara efektif untuk menyampaikan informasi penting mengenai kesehatan ibu dan anak. Edukasi yang disampaikan melalui media digital ini dapat meningkatkan pengetahuan dan kesadaran ibu hamil tentang pentingnya gizi selama kehamilan (Lestari *et al.*, 2023).

Selain melalui video, inovasi lain yang dapat dikembangkan adalah Handbook Digital yang dikembangkan untuk media bacaan yang dapat diakses oleh seluruh ibu hamil ataupun ibu balita yang memeriksakan kondisi kesehatan ibu dan bayi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Sehingga selain buku KIA ibu juga dapat membaca informasi kesehatan melalui handbook tersebut (Putri *et al.*, 2023).

4. Kelas Ibu Hamil

Program kelas ibu hamil memberikan informasi dan pelatihan tentang persiapan menghadapi persalinan dan perawatan bayi baru lahir. Program ini tidak hanya memberikan pengetahuan tetapi juga dukungan psikologis bagi ibu hamil, sehingga mereka lebih siap menghadapi persalinan dan masa nifas (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Melalui kegiatan kelas ibu hamil, para ibu hamil dapat menambah informasi kesehatan, deteksi dini serta juga dapat menurunkan tingkat kecemasan menjelang persalinan. Mengapa demikian? Karena dalam kegiatan tersebut dilakukan diskusi, bedah masalah, tukar pendapat dengan

pendampingan oleh bidan, dokter dan tenaga kesehatan sesuai dengan bidangnya (Maharani *et al.*, 2022).

5. Pemberdayaan Keluarga dalam Asuhan Kebidanan Komunitas

Asuhan kebidanan komunitas menekankan pada pemberdayaan keluarga untuk berperan aktif dalam menjaga kesehatan ibu dan anak. Kegiatan yang dilakukan meliputi kunjungan rumah, penyuluhan, dan pendampingan dalam praktik kesehatan sehari-hari. Model ini meningkatkan keterlibatan keluarga dalam proses kesehatan, sehingga meningkatkan efektivitas pelayanan kebidanan (Kurniadi *et al.*, 2023).

Contoh tindakan yang bisa dilakukan adalah melibatkan suami dalam pendampingan ibu hamil. Peran suami untuk memberikan dukungan positif selama masa kehamilan akan sangat bermanfaat untuk kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayinya hingga kelak ibu memasuki masa persalinan dan masa nifas (Suesti & Suryaningsih, 2020).

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, E. R., Susanti, S., & Risdayanti. (2021). Participatory Appraisal Rural: Asuhan Kebidanan Berkelanjutan sebagai Model Pendampingan Keluarga. *Jurnal Masyarakat Mandiri (JMM)*, 5(1), 196–205.
- Baum, F. (2008). *The New Public Health*. Oxford University Press.
- Campbell, C., & Jovchelovitch, S. (2000). Health, community and development: towards a social psychology of participation. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 10(4).
- DPR RI. (2021). Analisis RKP dan Pembicaraan Pendahuluan APBN. Pusat Kajian Anggaran Badan Keahlian Setjen DPR RI, 3(2),1. <https://www.neliti.com/id/publications/218225/kemajuan-teknologi-informasi-dan-komunikasi-dalam-industri-media-di-indonesia> http://leip.or.id/wp-content/uploads/2015/10/Della-Liza_Demokrasi-Deliberatif-dalam-Proses-Pembentukan-Undang-Undang-di-Indonesia
- Hidayati, R. W., Hartiningrum, F., Mahmudah, A., Riszi, A., Pratiwi, D., Ahmada, A. Z., Nurisa, B. M., Aulia, D. N., Fadhlán, M., Sundari, L., Raya, N. C., & Widia, Y. (2024). Upaya deteksi dini masalah kesehatan dan peningkatan kesadaran masyarakat melalui screening anemia dan pemeriksaan kesehatan. 3(2), 123–132.
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). *Buku Pedoman Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil*.pdf. Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA.
- Kurniadi, A., Ernawati, D., Mubarokah, K., & Setiono, O. (2023). Pengembangan Aplikasi Jagabunda Sebagai Pendampingan Ibu Hamil dalam Upaya Penurunan Kematian Ibu dan Bayi. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 8(1), 37. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.76549>

- Lestari, P. D., Azka, A., & Putri, S. R. S. (2023). Edukasi Gizi Ibu Hamil Melalui Media Video Terhadap Peningkatan Taksiran Berat Janin Ibu Hamil. *10(1)*, 46–51.
- Maharani, H. W., Nurhidayati, S., Argaheni, N. B., & Maulida, L. F. (2022). The correlation between the intensity of prenatal yoga participation on anxiety levels for third trimester pregnant women in facing childbirth in Kartasura district. *Journal of Health Technology Assessment in Midwifery*, *5(2)*, 123–129.
- Marniati. (2021). *Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat*. Rajawali Press.
- Notoatmodjo. (2005). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. PT. Rineka Cipta.
- Noviani, N. E., & Hidayati, R. W. (2022). Pemberdayaan kebun gizi dengan hidroponik di Karang Taruna Dusun Ledok, Sidorejo, Lendah, Kulon Progo. Hasil Karya 'Aisyiyah Untuk Indonesia (Hayina), *2(1)*, 6–13.
- Putri, I. M., Silmina, E. P., & Hidayati, R. W. (2023). KEKEP Ibu Motivator Empowerment Program with a Digital Handbook as an Effort to Prevent Stunting. *6(4)*, 4462–4469.
- Redaksi Mediakom. (2024). Agar Ibu dan Bayi Selamat. In Redaksi Mediakom.
<https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/blog/20240125/3944849/agar-ibu-dan-bayi-selamat/>
- Suesti, & Suryaningsih, E. K. (2020). Peran suami selama masa kehamilan : berdasarkan perspektif ibu. *Jurnal Riset Kebidanan Indonesia*, *4(2)*, 43–48.
- Sulaiman, E. S. (2020). *Pemberdayaan masyarakat di Bidang Kesehatan*. Gadjah Mada University Press.
- WHO. (2020). *Community Engagement: A health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people*. World Health Organization (WHO).

BAB 10

ASUHAN ANTENATAL DI KOMUNITAS

Meyska Widyandini, S.ST., M.Tr.Keb.

A. Pendahuluan

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

ANC merupakan tindakan pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil, sehingga, mampu menghadapi persalinan, nifas, persiapan pemberian ASI, dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar. Pengertian lain menyebutkan Pelayanan Antenatal Care adalah pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan terhadap ibu hamil untuk memelihara kehamilannya. Tujuan dari pelayanan antenatal adalah mengantarkan ibu hamil agar dapat bersalin dengan sehat dan memperoleh bayi yang sehat, deteksi danantisipasi dini kelainan kehamilan, serta deteksi danantisipasi dini kelainan pada janin (Maternity *et al.*,2017).

Pelayanan Antenatal Care terpadu adalah keterpaduan pelayanan antenatal dengan beberapa program lain yang memerlukan intervensi selama masa kehamilan. Tujuan dari ANC terpadu ini adalah menyediakan pelayanan yang

komprehensif, mendeteksi dan menangani gangguan pada ibu Hamil, intervensi dini terhadap kelainan atau gangguan penyakit lain, serta menyediakan rujukan sesuai dengan sistem yang ada (*maternity et al.,2017*).

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*).

B. Tujuan Asuhan Antenatal

1. Tujuan Umum

Tujuan umum antenatal adalah meningkatkan pemeliharaan kesehatan ibu dan janin sesuai kebutuhan, sehingga kehamilan dapat bertumbuh dengan baik dan persalinan berjalan secara normal serta bayi lahir dengan sehat tanpa cacat.

2. Tujuan Khusus

- a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan Kesehatan serta pertumbuhan dan perkembangan janin secara normal.
- b. Mendeteksi adanya komplikasi yang dapat mengancam jiwa ibu dan janin.
- c. Merencanakan asuhan khusus sesuai dengan kebutuhan.
- d. Mempersiapkan persalinan serta kesiagaan dalam menghadapi komplikasi ibu dan bayi pada saat persalinan.
- e. Mempersiapkan masa nifas dan pemberian ASI Eksklusif

C. Standar Asuhan Antenatal di Komunitas

ANC merupakan tindakan pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil, sehingga, mampu menghadapi persalinan, nifas, persiapan

pemberian ASI, dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar.

Pengertian lain asuhan Antenatal secara luas di komunitas sebagai berikut (Sandra dkk, 2016) :

1. Merupakan upaya mempersiapkan pasangan remaja yang baru menikah untuk menjadi orang tua yang efektif.
2. Meningkatkan pengertian bahwa keluarga adalah bagian dari masyarakat.
3. Mencari faktor sosial budaya yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan Kesehatan ibu.
4. Meningkatkan pengertian dan merencanakan program keluarga berencana.
5. Menanamkan pengertian tentang hubungan seksual yang sehat guna meningkatkan keharmonisan keluarga
6. Pemberian konseling tentang kehamilan

Menurut Kemenkes RI (2018), di tingkat pelayanan dasar, pemeriksaan antenatal sebaiknya memenuhi tiga aspek pokok, yaitu:

1. Aspek Medik, meliputi: diagnosis kehamilan, penemuan kelainan secara dini, pemberian terapi sesuai diagnosa
2. Penyuluhan komunikasi dan motivasi ibu hamil, diantaranya mengenai: penjaagaan kesehatan ibu dan janin, pengenalan tanda-tanda bahaya dan faktor resiko yang dimiliki ibu, pencarian pertolongan yang memadai secara tepat waktu
3. Rujukan, ibu hamil dengan resiko tinggi harus dirujuk ke tempat pelayanan yang memiliki fasilitas lebih lengkap.

Standar pelayanan asuhan antenatal di komunitas tidak berbeda dengan pelayanan di klinik. Menurut Kemenkes RI (2018) terdapat enam standar dalam pelayanan antenatal, yaitu seperti berikut:

1. Identifikasi Ibu Hamil

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

Hasil yang diharapkan:

- a. Ibu memahami tanda dan gejala kehamilan
- b. Ibu, suami, anggota masyarakat menyadari manfaat pemeriksaan kehamilan secara dini dan teratur, serta mengetahui tempat pemeriksaan hamil
- c. Meningkatnya cakupan ibu hamil yang memeriksakan diri sebelum kehamilan 16 minggu

2. Pemeriksaan dan Pemantauan Antenatal

- a. Bidan memberikan pemeriksaan antenatal minimal 4 kali selama kehamilan. Pemeriksaan meliputi anamnesis, pemantauan ibu dan janin dengan seksama, apakah perkembangan berlangsung normal.
- b. Bidan harus mengenali kehamilan resti ataupun kelainan dalam kehamilan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS/infeksi HIV
- c. Bidan harus memberikan pelayanan imunisasi, KIE dan penyuluhan kesehatan serta tugas lain yang terkait dengan pelayanan Puskesmas.
- d. Bidan harus bisa mencatat data yang tepat pada setiap kunjungan. Bila ditemukan adanya kelainan, sebagai bidan harus mampu mengambil Tindakan yang diperlukan dan melakukan rujukan untuk Tindakan selanjutnya.

Hasil yang diharapkan yaitu:

- a. Ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal minimal 4 kali selama kehamilan.
- b. Meningkatnya pemanfaatan jasa bidan oleh masyarakat.
- c. Deteksi dini dan penanganan komplikasi kehamilan.
- d. Ibu hamil, suami, keluarga, masyarakat mengetahui tanda bahaya kehamilan dan tahu apa yang harus dilakukan. Seperti mengurus transportasi jika sewaktu terjadi kedaruratan.

3. Palpasi Abdomen

Melakukan pemeriksaan abdomen secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan. Bila usia kehamilan bertambah, memeriksa posisi janin, memastikan bagian terendah janin, masuknya bagian terbawah janin kedalam rongga panggul, mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.

Hasil yang diharapkan antara lain:

- a. Perkiraan usia kehamilan yang lebih baik
- b. Diagnosis dini kelainan letak, dan merujuk sesuai kebutuhan.
- c. Diagnosis dini kehamilan ganda dan kelainan lainnya, serta melakukan rujukan sesuai kebutuhan.

4. Pengelolaan Anemia Pada Kehamilan

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

Hasil yang diharapkan:

- a. Ibu hamil dengan anemia berat segera dirujuk.
- b. Penurunan jumlah ibu melahirkan dengan anemia.
- c. Penurunan jumlah bayi baru lahir dengan anemia/BBLR

5. Pengelolaan Dini Hipertensi Pada Kehamilan

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda gejala preeklamsia, serta mengambil tindakan yang tepat dan rujukannya.

Hasil yang diharapkan:

- a. Ibu hamil dengan tanda gejala preeklamsia mendapat perawatan yang memadai dan tepat waktu.
- b. Penurunan angka kesakitan dan kematian akibat preeklamsia.

6. Persiapan Persalinan

- a. Bidan memberikan saran yang tepat pada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester ketiga.
- b. Bidan memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman, suasana yang menyenangkan, memilih tempat persalinan atau penolong persalinan, persiapan transportasi, pendonor darah, biaya persalinan dan biaya untuk merujuk bila tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat.
- c. Bidan mengusahakan untuk melakukan kunjungan ke setiap rumah ibu hamil.

Hasil yang diharapkan:

- a. Ibu hamil, suami dan keluarga tergerak untuk merencanakan persalinan yang bersih dan aman
- b. Persalinan direncanakan fasilitas kesehatan yang aman dan memadai dengan pertolongan bidan terampil.
- c. Adanya persiapan sarana transportasi ataupun biaya untuk merujuk ibu bersalin jika diperlukan.
- d. Rujukan tepat waktu telah dipersiapkan jika diperlukan.

D. Standar Minimal Pelayanan Antenatal

1. Pelayanan Antenatal

Dalam pelayanan antenatal tenaga Kesehatan harus dapat memastikan bahwa kehamilan berlangsung normal, mampu mendeteksi dini masalah dan penyakit yang dialami oleh ibu hamil, melakukan intervensi secara adekuat, sehingga ibu hamil siap untuk menjalani persalinan normal. Setiap kehamilan memiliki resiko mengalami penyakit atau komplikasi, oleh sebab itu untuk memperoleh pelayanan antenatal yang berkualitas, pelayanan harus dilakukan secara rutin sesuai standar.

Pelayanan antenatal yang berkualitas meliputi hal-hal sebagai berikut:

- a. Memberikan pelayanan dan konseling kesehatan termasuk gizi agar kehamilan berlangsung sehat dan selamat.

- b. Melakukan deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan.
- c. Menyiapkan persalinan yang bersih dan aman.
- d. Merencanakan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit/komplikasi.
- e. Melakukan penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan.
- f. Melibatkan ibu dan keluarganya terutama suami dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit atau komplikasi.

Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, bidan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar. Menurut Kemenkes RI (2020) standar pelayanan kehamilan/ Antenatal Care (ANC) adalah "10 T", antara lain:

- a. Timbang Berat Badan dan Tinggi Badan (T1)

Penimbangan berat badan dilakukan setiap kali kunjungan. Hal ini sangat penting dilakukan untuk mendeteksi faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan rongga panggul. Selain itu penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pada pertumbuhan janin. Kenaikan berat badan normal pada waktu hamil 0,5 kg per minggu mulai trimester kedua.

Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor resiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan resiko terjadinya CPD (*Cephalo Pelvic Disproportion*).

Berat badan ideal untuk ibu hamil sendiri tergantung dari IMT (Indeks Masa Tubuh) ibu sebelum hamil. Indeks massa tubuh (IMT) adalah hubungan antara

tinggi badan dan berat badan. IMT diperoleh dari perhitungan sederhana yaitu berat badan individu (kg) dibagi dengan kuadrat tinggi badan (m²). Pada trimester II dan III perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan 0,4 kg. Perempuan dengan gizi kurang 0,5 kg gizi baik 0,3 kg. Indeks massa tubuh adalah suatu metode untuk mengetahui penambahan optimal, yaitu:

- 1) 20 minggu pertama mengalami penambahan BB sekitar 2,5 kg
- 2) 20 minggu berikutnya terjadi penambahan sekitar 9 kg
- 3) Kemungkinan penambahan BB hingga maksimal 12,5 kg (Depkes RI, dalam Afriani 2018).
- 4) Pemeriksaan antropometri yang biasa dilakukan adalah penimbangan berat, pengukuran tinggi badan, penentuan berat ideal dan pola pertambahan berat. Berat pada kunjungan pertama ditimbang sementara berat sebelumnya jangan terlewat untuk ditanyakan. Berat sebelum hamil berguna untuk penentuan prognosis serta keputusan perlu tidaknya dilakukan terapi gizi secara intensif. Seorang ibu dengan tinggi badan yang lebih tinggi mempunyai kecenderungan kenaikan BB yang lebih besar pada waktu hamil dari pada orang yang lebih pendek (Marlina, 2017).

b. Pengukuran Tekanan Darah (T2)

Pengukuran tekanan darah dilakukan setiap kali melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan. Adapun tekanan darah dalam kehamilan yaitu pada sistolik 120 dan diastolik 80. Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah \geq 140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai oedema pada wajah dan tungkai bawah, serta proteinuria). Hal ini dilakukan untuk mendeteksi apakah tekanan darah normal atau tidak, tekanan darah pada ibu hamil dikatakan tinggi pada tekanan sistolik 140 dan tekanan

diastolik 90 selama beberapa kali. Tekanan darah tinggi dapat mengakibatkan keterlambatan pertumbuhan janin dalam kandungan atau *Intrauterine Growth Restriction* (IUGR) dan kelahiran mati, hal ini disebabkan karena preeklampsia dan eklampsia pada ibu yang mengakibatkan terjadinya pengapuran di daerah plasenta. Sedangkan bayi memperoleh makanan dan oksigen dari plasenta, dengan adanya pengapuran di daerah plasenta, suplai makanan dan oksigen yang masuk ke janin berkurang menyebabkan mekonium bayi yang berwarna hijau keluar dan membuat air ketuban keruh, sehingga akan mengakibatkan asfiksia neonatorum (Sari, 2021).

c. Nilai status gizi (ukur LILA) (T3)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I ataupun pada awal kunjungan ANC untuk mengetahui status gizi ibu hamil (skrining ibu hamil beresiko Kurang Energi Kronis/KEK). Ibu hamil dengan KEK disini maksudnya adalah ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan atau tahun) dimana LILA kurang dari 23,5 cm, sedangkan Lila ibu hamil normalnya adalah > 23,5 cm. Jika didapati kurang dari 23,5 cm maka perlu perhatian khusus tentang asupan gizi selama kehamilan. Bila ibu hamil kurang gizi maka daya tahan tubuh untuk melawan kuman akan melemah dan mudah sakit maupun infeksi, keadaan ini tidak baik bagi pertumbuhan janin yang dikandung dan juga dapat menyebabkan anemia yang berakibat buruk pada proses persalinan yang akan memicu terjadinya perdarahan. Selain itu Ibu hamil dengan KEK akan melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR). Pengukuran LILA tidak dapat digunakan untuk memantau perubahan status gizi dalam jangka pendek. LILA merupakan salah satu pilihan untuk penentuan status gizi ibu hamil (Wahyuni, 2018).

d. Pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU) (T4)

Pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU) dilakukan pada saat usia kehamilan masuk 22-24 minggu dengan menggunakan pita ukur (Sandra dkk, 2016). Pengukuran TFU ini dilakukan bertujuan untuk mengetahui usia kehamilan dan taksiran berat badan janin. Selain itu Pengukuran tinggi fundus uteri pada setiap kali kunjungan antenatal juga dimaksudkan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika fundus uteri tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Tujuan pemeriksaan TFU menggunakan teknik Mc. Donald adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya bisa di bandingkan dengan hasil anamnesis hari pertama haid terakhir (HPHT) dan kapan gerakan janin mulai dirasakan. TFU yang normal harus sama dengan UK dalam minggu yang dicantumkan dalam HPHT (Depkes RI dalam Afriani 2018). Tinggi fundus uteri dan asupan gizi ibu hamil berpengaruh terhadap berat bayi lahir dan erat hubungannya dengan tingkat kesehatan bayi dan angka kematian bayi. Angka kematian ibu dan bayi, serta kejadian bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) yang tinggi pada hakekatnya juga ditentukan oleh status gizi ibu hamil. Ibu hamil dengan status gizi buruk atau mengalami KEK (kurang energi kronis) cenderung melahirkan bayi BBLR yang dihadapkan pada risiko kematian yang lebih besar dibanding dengan bayi yang dilahirkan oleh ibu dengan berat badan yang normal (Aghadiati, 2019).

e. Tentukan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (T5)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk

ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit, atau ada masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120x/menit atau DJJ cepat lebih dari 160x/menit menunjukkan adanya gawat janin.

Untuk memeriksa kesehatan janin di dalam kandungan ibu hamil, dokter melakukan beberapa hal pemeriksaan dan denyut jantung bayi yang baru bisa dideteksi kurang lebihnya pada usia 11 minggu (Maharani, 2021).

- f. Melakukan Skrining dan Pemberian imunisasi TT (Tetanus Toksoid) (T6)

Skrining TT (Tetanus Toksoid) dilakukan dengan cara menanyakan kepada ibu hamil jumlah vaksin yang telah diperoleh dan sejauh mana ibu sudah mendapatkan imunisasi TT (Sandra dkk, 2016). Secara idealnya WUS (Wanita Usia Subur) mendapatkan imunisasi TT sebanyak 5 kali, mulai dari TT 1 sampai TT 5.

Pemberian imunisasi tetanus toksoid (TT) artinya memberikan kekebalan terhadap penyakit tetanus kepada ibu hamil dan bayi yang dikandungnya (Azizah, 2015). Sesuai dengan WHO, jika seorang ibu yang tidak pernah diberikan imunisasi tetanus maka ia harus mendapatkan paling sedikitnya dua kali (suntikan) selama kehamilan (pertama pada saat kunjungan antenatal dan kedua pada empat minggu kemudian). Jarak pemberian (interval) imunisasi TT 1 dengan TT 2 minimal 4 minggu (Depkes RI, dalam Afriani, 2018).

- g. Pemberian Tablet Tambah Darah (Tablet Fe) (T7)

Pemberian tablet Fe diberikan setiap kunjungan ANC. Hal ini dimaksudkan untuk Mencegah terjadinya anemia zat besi. Setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan, yang diberikan sejak kontak

pertama. Pemberian tablet besi atau Tablet Tambah Darah (TTD) diberikan pada ibu hamil sebanyak satu tablet (60mg) setiap hari berturut-turut selama 90 hari selama masa kehamilan, sebaiknya memasuki bulan kelima kehamilan, TTD mengandung 200 mg ferro sulfat setara dengan 60 ml besi elemental dan 0,25 mg asam folat baik diminum dengan air jeruk yang mengandung vitamin C untuk mempermudah penyerapan (Depkes RI dalam Afriani 2018).

h. Pemeriksaan Laboratorium (Rutin dan khusus) (T8)

Pemeriksaan Laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium rutin yaitu pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil meliputi golongan darah, hemoglobin darah, dan pemeriksaan spesifik daerah endemis (malaria, HIV, dll). Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal. Hal ini bertujuan untuk skrining/mendeteksi jika terdapat kelainan yang perlu dilakukan lebih lanjut (Depkes RI, dalam Afriani 2018). Berikut bentuk pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada saat antenatal:

1) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

2) Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb)

Pemeriksaan kadar haemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester III. Pemeriksaan ini ditunjukkan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya.

Karena ibu hamil dengan kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan.

3) Pemeriksaan protein dalam urin

Pemeriksaan protein dalam urin pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditunjukkan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya preeklamsia pada ibu hamil.

4) Pemeriksaan kadar gula darah

Ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes mellitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester pertama, sekali pada trimester kedua, dan sekali pada trimester ketiga (terutama pada akhir trimester 3).

5) Pemeriksaan tes sifilis

Pemeriksaan tes sifilis dilakukan di daerah dengan resiko tinggi dan ibu hamil yang diduga sifilis. Pemeriksaan sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada kehamilan.

6) Pemeriksaan HIV

Pemeriksaan Venereal Diseases Research Laboratory (VDRL) yaitu Tes laboratorium untuk mendeteksi penyakit menular seksual HIV/AIDS. Pemeriksaan HIV terutama dilakukan di daerah dengan resiko tinggi dan ibu hamil yang dicurigai menderita HIV.

i. Tatalaksana atau Penanganan Kasus (T9)

Berdasarkan hasil pemeriksaan di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium atau setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan. Pengisian tersebut dicatat pada halaman 2 kolom

pemeriksaan ibu hamil yang tertulis tatalaksana kasus (Marniyati dkk, 2016).

j. Temu wicara/Konseling (T10)

Temu wicara (konseling) dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi : kesehatan ibu, perilaku hidup bersih dan sehat, peran suami / keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, penawaran untuk melakukan tes HIV, IMD dan pemberian ASI eksklusif, KB pasca persalinan, imunisasi, peningkatan kesehatan pada kehamilan.

1) Kesehatan Ibu.

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memeriksakan kehamilannya secara rutin ke tenaga kesehatan dan menganjurkan ibu hamil agar beristirahat yang cukup selama kehamilannya (sekitar 9 -10 jam per hari) dan tidak bekerja keras (Afriani, 2018).

2) Perilaku Hidup Bersih dan Sehat.

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk menjaga kebersihan badan selama kehamilan misalnya mencuci tangan sebelum makan, mandi dua kali sehari dengan menggunakan sabun, menggosok gigi setelah sarapan dan sebelum tidur serta melakukan olahraga ringan (Afriani, 2018).

3) Peran Suami/Keluarga Dalam Kehamilan.

Setiap ibu hamil perlu mendapatkan dukungan dari keluarga terutama suami dalam kehamilannya. Suami, keluarga, atau masyarakat perlu menyiapkan biaya persalinan, kebutuhan bayi, transportasi rujukan, dan calon donor darah. Hal ini penting apabila terjadi komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas agar segera dibawa ke fasilitas kesehatan (Afriani, 2018).

- 4) Tanda Bahaya Pada Kehamilan, Persalinan dan Nifas
Setiap ibu hamil diperkenalkan mengenal tanda-tanda bahaya baik selama kehamilan, persalinan, maupun nifas misalnya perdarahan pada hamil muda maupun hamil tua, keluar cairan berbau pada jalan lahir saat nifas. Mengetahui tanda-tanda bahaya ini penting agar ibu hamil segera mencari pertolongan ke tenaga kesehatan (Afriani, 2018).
- 5) Asupan Gizi Seimbang.
Selama hamil ibu dianjurkan untuk mendapatkan asupan makanan yang cukup dengan pola gizi yang seimbang karena hal ini penting untuk proses tumbuh kembang janin dan derajat kesehatan ibu (Afriani, 2018).
- 6) Gejala Penyakit Menular dan Tidak Menular
Setiap ibu hamil harus mengetahui gejala-gejala penyakit menular dan penyakit tidak menular karena dapat mempengaruhi pada kesehatan ibu dan janinnya. Inisiasi
- 7) Menyusui Dini (IMD) dan Pemberian ASI Eksklusif.
Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memberikan ASI kepada bayinya segera setelah bayi lahir karena ASI mengandung zat kekebalan tubuh yang penting untuk kesehatan bayi. Pemberian ASI dilanjutkan sampai bayi berusia 6 bulan (Afriani, 2018).
- 8) KB (Keluarga Berencana) Paska Persalinan.
Ibu hamil diberikan KIE tentang pentingnya ber-KB setelah persalinan untuk menjarangkan kehamilan, hal ini supaya ibu memiliki waktu untuk merawat kesehatan diri sendiri, anak, dan Keluarga (Depkes RI, dalam Afriani 2018).
- 9) Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (Brain Booster)
Untuk meningkatkan intelegensi bayi yang akan dilahirkan, ibu hamil dianjurkan memberikan stimulasi auditori dan pemenuhan nutrisi pengungkit

otak (brain booster) secara bersamaan pada periode kehamilan (Kemenkes RI, 2020).

2. Jenis Pelayanan Antenatal

Pelayanan antenatal harus dilakukan oleh tenaga Kesehatan yang kompeten, yaitu dokter dan bidan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Pelayanan antenatal meliputi (Sandra dkk, 2016):

a. Anamnesa

Dalam pelayanan antenatal terpadu, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan anamnesa, yaitu:

- 1) Menanyakan keluhan atau masalah yang dirasakan oleh ibu saat ini
- 2) Menanyakan tanda-tanda penting yang terkait dengan masalah kehamilan dan penyakit yang diderita oleh ibu hamil, seperti:

a) Muntah berlebihan

Mual dan muntah akan muncul pada kehamilan muda, terutama pada pagi hari. Kondisi ini biasanya akan hilang setelah kehamilan berumur 3 bulan. Hal ini tidak perlu dikhawatirkan, kecuali cukup berat hingga tidak bisa makan dan berat badan terus menurun.

b) Pusing

Pusing biasanya muncul pada kehamilan muda. Apabila pusing yang dialami sampai mengganggu aktivitas sehari-hari, maka perlu diwaspadai.

c) Sakit kepala

Jika muncul rasa sakit kepala yang hebat, kemungkinan bisa membahayakan kesehatan ibu dan janin.

d) Perdarahan

Perdarahan saat hamil, meskipun hanya sedikit berupa bercak/flek sudah merupakan tanda bahaya, sehingga ibu hamil harus waspada.

e) Sakit perut hebat

Jika muncul rasa sakit perut yang hebat, dapat membahayakan ibu dan janin.

f) Demam

Demam tinggi lebih dari 2 hari, atau keluar cairan berlebih pada jalan lahir, dan kadang-kadang berbau merupakan salah satu tanda bahaya pada kehamilan.

g) Batuk lama

Batuk lama lebih dari 2 minggu, perlu dilakukan pemeriksaan lanjutan. Dicurigai ibu menderita TBC.

h) Berdebar-debar

Jantung berdebar-debar merupakan salah satu masalah kehamilan yang patut diwaspadai.

i) Cepat Lelah

Dalam 2 atau 3 bulan pertama kehamilan biasanya akan muncul rasa lelah, mengantuk yang berlebihan, dan pusing yang biasanya terjadi pada siang hari. Kemungkinan ibu menderita kurang darah.

j) Sesak nafas/sukar bernafas

Pada akhir bulan ke 8 ibu hamil sering merasa sesak saat bernafas karena bayi menekan paru-paru ibu. Bila sesak ibu terjadi berlebihan, maka hal ini perlu diwaspadai.

k) Keputihan yang berbau

Keputihan berbau merupakan salah satu tanda bahaya pada ibu hamil.

l) Gerakan janin

Gerakan bayi mulai dirasakan oleh ibu pada usia kehamilan 4 bulan akhir. Gerakan janin sekurang-kurangnya 10 kali, dan biasanya terasa pada malam hari. Apabila pada usia kehamilan ini gerakan janin belum muncul, gerakan janin semakin berkurang, atau tidak ada gerakan maka ibu hamil perlu waspada.

m) Perilaku berubah selama hamil

Selama kehamilan ibu bisa mengalami perubahan perilaku seperti cemas, gelisah, menarik diri, bicara sendiri, tidak ingin mandi, dsb. Hal ini disebabkan karena adanya perubahan hormonal. Jika kondisi ini mengganggu kesehatan ibu dan janin, maka harus dikonsultasikan ke psikiater.

n) Riwayat kekerasan terhadap perempuan (KtP) selama kehamilan

Informasi mengenai kekerasan terhadap perempuan terutama ibu hamil, sangat sulit untuk digali. Seringkali korban kekerasan tidak mau berterus terang, terutama pada kunjungan awal kehamilan. Hal ini kemungkinan disebabkan karena rasa takut atau belum mampu mengungkapkan masalahnya kepada orang lain, termasuk tenaga Kesehatan. Dalam keadaan ini petugas Kesehatan diharapkan dapat mengenali korban dengan baik dan memberi dukungan agar mau membuka diri.

3) Menanyakan status kunjungan (baru atau lama), Riwayat kehamilan yang sekarang, riwayat kehamilan dan persalinan yang sebelumnya dan Riwayat penyakit yang diderita ibu.

4) Menanyakan status imunisasi TT

5) Menanyakan jumlah tablet Fe yang dikonsumsi

- 6) Menanyakan obat-obat yang sedang atau pernah dikonsumsi, seperti anti hipertensi, diuretika, antipiretik, antibiotik, obat TB, dan sebagainya.
- 7) Pada daerah endemis malaria, tanyakan gejala malaria dan Riwayat pemakaian obat malaria.
- 8) Pada daerah resiko tinggi IMS, tanyakan gejala IMS dan riwayat penyakit pada pasangannya. Informasi ini sangat penting karena untuk menentukan langkah penanggulangan penyakit menular seksual (PMS).
- 9) Menanyakan pola makan ibu selama hamil yang meliputi jumlah, frekuensi, dan kualitas asupan makanan ibu, hal ini terkait dengan kandungan gizinya.
- 10) Menanyakan kesiapan menghadapi persalinan dan menyikapi kemungkinan terjadinya komplikasi dalam kehamilan, yaitu meliputi:
 - a) Siapa penolong persalinan?

Setiap ibu hamil harus ditolong oleh tenaga Kesehatan.
 - b) Dimana akan bersalin?

Ibu hamil bersalin di Poskesdes, Puskesmas, Klinik bersalin atau Rumah Sakit?
 - c) Siapa pendamping persalinan?

Pada saat bersalin, sebaiknya ibu didampingi oleh suami atau anggota keluarga terdekat.
 - d) Siapa pendonor darah jika terjadi perdarahan?

Suami, keluarga dan masyarakat menyiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu dapat mendonorkan darahnya untuk keselamatan ibu bersalin.
 - e) Transportasi apa yang digunakan jika suatu ketika harus dirujuk?

Alat transportasi bisa berasal dari masyarakat sesuai kesepakatan bersama bahwa dapat digunakan untuk mengantar calon ibu bersalin ke tempat persalinan, termasuk ke tempat

rujukan. Alat transportasi ini dapat berupa mobil, ojek, becak, sepeda, tandu, perahu, dan sebagainya.

f) Apakah sudah menyiapkan biaya persalinan?

Biaya persalinan ini dapat berupa tubulin (tabungan bersalin) atau berupa dasolin (dana sosial bersalin) yang dapat dipergunakan untuk membantu pembiayaan mulai dari antenatal, persalinan, dan kegawatdaruratan.

Informasi anamnesa dapat diperoleh dari ibu sendiri, suami, keluarga, kader ataupun sumber informasi lainnya yang dapat dipercaya. Pada awal kunjungan setiap ibu hamil harus diinformasikan bahwa pelayanan antenatal selama kehamilan minimal 4 kali dan minimal 1 kali kunjungan diantar oleh suami.

b. Pemeriksaan

Pemeriksaan dalam pelayanan antenatal meliputi berbagai jenis pemeriksaan, termasuk menilai keadaan umum (fisik) dan psikologis (kejiwaan) ibu hamil. Pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan penunjang dilakukan kesediaan waktu dan kesediaan alat. Apabila di fasilitas tidak tersedia, maka tenaga kesehatan harus merujuk ibu hamil ke fasilitas Kesehatan yang lebih tinggi dan lebih lengkap fasilitasnya.

c. Penanganan dan tindak lanjut kasus

Berdasarkan hasil anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan penunjang lainnya, kemudian bidan menegakkan diagnosa kerja atau diagnosa banding, serta dapat mengenali keadaan normal atau keadaan bermasalah pada ibu hamil. Pada setiap kunjungan antenatal, semua pelayanan meliputi anamnesa, pemeriksaan, penanganan yang diberikan serta tindak-lanjutnya harus diinformasikan kepada ibu hamil dan suaminya. Jelaskan tanda bahaya kehamilan dimana ibu hamil harus segera datang untuk mendapat pertolongan medis dari tenaga Kesehatan. Apabila

ditemukan kelainan atau keadaan tidak normal pada kunjungan antenatal, informasikan rencana tindak lanjut termasuk perlunya dilakukan rujukan untuk penanganan kasus, pemeriksaan laboratorium/ pemeriksaan penunjang, USG, konsultasi atau perawatan, dan juga jadwal kontrol berikutnya.

d. Pencatatan hasil pemeriksaan antenatal

Pencatatan hasil pemeriksaan merupakan bagian dari standar pelayanan antenatal terpadu yang berkualitas. Setiap kali pemeriksaan, tenaga Kesehatan wajib mencatat hasilnya pada rekam medis, Kartu ibu, dan buku KIA.

E. Standar Minimal Peralatan Pelayanan Antenatal di Komunitas

Standar peralatan dalam asuhan antenatal meliputi peralatan steril dan tidak steril, bahan-bahan habis pakai, formulir yang disediakan dan obat-obatan.

1. Peralatan Tidak Steril

- a. Timbangan dewasa
- b. Pengukur tinggi badan
- c. Sphygmomanometer (tensimeter)
- d. Stetoskop
- e. Funduskup
- f. Termometer aksila
- g. Pengukur waktu
- h. Senter
- i. Refleks hammer
- j. Pita pengukur lingkaran lengan atas
- k. Pengukur hb
- l. Metline
- m. Bengkok
- n. Handuk kering
- o. Tabung urine
- p. Lampu spiritus
- q. Reagen untuk pemeriksaan urine
- r. Tempat sampah

2. Peralatan Steril

- a. Bak instrumen
- b. Spatel lidah
- c. Sarung tangan (handscoen)
- d. Sputit (jarum)

3. Bahan Habis Pakai

- a. Kasa bersih
- b. Kapas
- c. Alkohol 70%
- d. Larutan klorin

4. Formulir

- a. Buku KIA
- b. Kartu status
- c. Formulir rujukan
- d. Buku register
- e. Alat tulis kantor
- f. Kartu penapisan dini
- g. Kohort ibu/bayi

5. Obat-obatan

- a. Golongan roborantia (Vitamin B6 dan B kompleks)
- b. Tablet zat besi
- c. Vaksin TT
- d. Kapsul Yodium
- e. Obat KB

F. Standar Minimal Tempat Pelayanan Antenatal di Komunitas

Pemilihan tempat bersalin di komunitas dipengaruhi oleh beberapa hal, yaitu:

1. Riwayat kesehatan ibu dan tindakan persalinan yang lalu
2. Keadaan kehamilan pada saat ini
3. Pengalaman melahirkan sebelumnya
4. Kondisi rumah
5. Ketersediaan kamar dan tempat tidur di rumah ibu bersalin

Pemilihan tempat bersalin harus memperhatikan beberapa hal berikut ini :

1. Pengambilan keputusan untuk menentukan tempat bersalin ditentukan oleh ibu sendiri dan keluarganya atas dasar konsultasi dengan bidan atau dokter.
2. Selama proses persalinan ibu memerlukan rasa aman, nyaman, dan percaya terhadap orang yang menolong.
3. Tempat bersalin harus direncanakan dengan baik untuk menghindari adanya rujukan secara estafet.
4. Bidan harus melakukan skrining antenatal pada semua ibu hamil atau penapisan dini pada ibu hamil yang berpotensi mempunyai masalah atau faktor resiko. Skrining antenatal dilakukan dengan menggunakan prinsip 4T yaitu Temu muka, Temu wicara, Temu factor resiko, dan Temu keluarga.

Tempat persalinan di komunitas yang sesuai standar minimal pelayanan kebidanan adalah:

1. Di tempat pelayanan kesehatan seperti Puskesmas, Polindes dan BPS.
 - a. Kamar pemeriksaan dengan ukuran minimal 2x3 meter dengan tempat tidur yang sudah dirancang sesuai keperluan pelayanan kebidanan.
 - b. Kamar pemeriksaan terdapat air bersih yang mengalir dengan wastfael tempat mencuci tangan penolong persalinan.
 - c. Kamar pemeriksaan dilengkapi dengan lampu penerangan yang cukup terang dan pendingin (AC).
 - d. Kamar pemeriksaan dilengkapi dengan meja dan kursi.
 - e. Kamar pemeriksaan dilengkapi dengan kamar mandi dan WC
 - f. Disediakan kamar tunggu keluarga selama persalinan.
 - g. Terdapat tempat parkir kendaraan untuk ambulance dan keluarga pasien.

2. Di rumah ibu bersalin
 - a. Kamar periksa harus dalam keadaan bersih
 - b. Kamar dengan ventilasi yang cukup sehingga ibu dan penolong tidak kepanasana
 - c. Di dalam kamar periksa terdapat tempat cuci tangan
 - d. Di dalam kamar periksa harus tersedia air mengalir dan alat komunikasi

G. Manajemen Asuhan Antenatal

Manajemen asuhan antenatal di komunitas merupakan langkah-langkah Tindakan pelayanan alamiah sistematis yang dilakukan oleh bidan, dengan tujuan untuk mempersiapkan kehamilan dan persalinan yang sehat berdasarkan standar yang berlaku (Yulifah & Yuswanto, 2009). Dalam manajemen asuhan antenatal di komunitas, bidan harus melakukan kerja sama dengan ibu, keluarga, dan masyarakat mengenai persiapan rencana kelahiran, penolong persalinan, tempat bersalinan, tabungan untuk persalinan, dan mempersiapkan rencana apabila terjadi komplikasi (Yulifah & Yuswanto, 2009).

Tidak menutup kemungkinan di dalam masyarakat, bidan akan menemui ibu hamil yang tidak melakukan pemeriksaan selama kehamilan atau antenatal care (ANC) dikarenakan oleh beberapa hal diantaranya:

1. Ibu hamil dalam keadaan sakit,
2. Rumah ibu hamil sulit dijangkau kendaraan
3. Tidak ada transportasi,
4. Tidak ada yang menjaga anak yang lain,
5. Kurangnya motivasi, dan
6. Takut atau tidak mau memeriksakan kehamilannya di pelayanan kesehatan.

Untuk mengatasi kendala-kendala tersebut, sebaiknya bidan melakukan skrining antenatal pada semua ibu hamil atau melakukan penapisan dini pada ibu hamil yang berpotensi mempunyai masalah atau faktor resiko dengan melakukan kunjungan rumah. Skrining antenatal dilakukan dengan 4T

yaitu Temu muka, Temu wicara, Temu factor resiko, dan Temu keluarga.

Upaya yang dapat dilakukan oleh bidan untuk mengatasi kendala-kendala tersebut adalah dengan:

1. Melakukan Kunjungan Rumah

Kunjungan rumah yang minimal dilakukan selama antenatal care:

- a. Satu kali kunjungan selama trimester I, sebelum minggu ke -14
- b. Satu kali kunjungan selama trimester II, diantara trimester ke-14 sampai minggu ke -28
- c. Dua kali kunjungan selama trimester III, antara minggu ke-28 sampai minggu ke-36 dan setelah minggu ke-36

Kunjungan ideal selama kehamilan:

- a. Pertama dilakukan sedini mungkin ketika ibu mengatakan terlambat haid 1 bulan
- b. Satu kali setiap bulan sampai usia kehamilan 7 bulan
- c. Dua kali setiap bulan sampai usia kehamilan 8 bulan
- d. Satu kali setiap minggu sampai usia kehamilan 9 bulan
- e. Pemeriksaan khusus apabila ada keluhan

Untuk dapat melakukan asuhan antenatal di rumah, bidan 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 apabila ibu mempunyai rencana melahirkan 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
 - 1) Identifikasi ibu hamil
 - 2) Pemeriksaan dan pemantauan antenatal
 - 3) Palpasi abdomen
 - 4) Pengelolaan anemia pada kehamilan
 - 5) Pengelolaan dini pada kasus hipertensi dalam kehamilan
 - 6) Persiapan persalinan

Langkah-langkah dalam pelaksanaan manajemen asuhan antenatal di komunitas adalah sebagai berikut:

1. Ciptakan adanya rasa percaya dengan menyapa ibu dan keluarga seramah mungkin dan membuatnya merasa nyaman
2. Menanyakan riwayat kehamilan ibu dengan cara menerapkan prinsip mendengarkan efektif
3. Melakukan anamnesis secara lengkap, terutama riwayat kesehatan ibu dan kebidanan
4. Melakukan pemeriksaan seperlunya
5. Melakukan pemeriksaan laboratorium sederhana (misalnya albumin, Hb)
6. Membantu ibu dan keluarga mempersiapkan kelahiran dan kemungkinan tindakan darurat
7. Merencanakan dan mempersiapkan kelahiran yang bersih dan aman dirumah.
8. Menjelaskan kepada ibu dan keluarga untuk segera mencari pertolongan apabila ada tanda-tanda:
 - a. Perdarahan pervaginam
 - b. Sakit kepala lebih dari biasanya
 - c. Gangguan penglihatan

- d. Nyeri abdomen
 - e. Janin tidak bergerak seperti biasanya
9. Memberikan konseling sesuai kebutuhan
 10. Memberikan tablet Fe 90 butir dimulai saat usia kehamilan 20 minggu
 11. Memberikan imunisasi TT dengan dosis 0,5 cc
 12. Menjadwalkan kunjungan berikutnya
 13. Mendokumentasikan hasil kunjungan

DAFTAR PUSTAKA

- Afriani, S. 2018. Gambaran Pelaksanaan Penerapan 10 T Dalam Pemeriksaan Antenatal Care (ANC) Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Namorambe Tahun 2018. Skripsi.Poliklinik Kesehatan Medan.
- Aghadiati F. Hubungan Asupan Gizi, Tinggi Fundus Uteri Dan Sosial Ekonomi Dengan Berat Bayi Lahir. *Scientia Journal*. 2019;8(1):338-47.
- Azizah, N. 2015. Pengetahuan Ibu Primigravida tentang Suntik Tetanus Toksoid dengan Pelaksanaannya. *Jurnal Edu Health*, Vol 5 No 2(2).
- Catur Leni, Linda Risyati, Maharani, D. 2021. Asuhan Kebidanan Kehamilan. *Media Sains Indonesia*.
- Dainty Maternity, Putri, R. D., & Aulia. 2017. Asuhan Kebidanan Komunitas. Penerbit Andi.
- Jurnal Ilmiah STIKES Citra Delima Bangka Belitung*. 2021;5(1):1-5.
- Kemendes RI. 2020. Bahan Ajar Kebidanan Dokumentasi Kebidanan. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Kementerian Kesehatan RI. 2018. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Marlina Y. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Gizi Ibu Hamil di Puskesmas Leling Kec. Tommo, Kab. Mamuju Tahun 2017.
- Marniyati, L., Saleh, I., & Soebyakto, B. B. 2016. Pelayanan Antenatal Berkualitas Dalam Meningkatkan Deteksi Risiko Tinggi Pada Ibu Hamil Oleh Tenaga Kesehatan Di Puskesmas Sako, Sosial, Sei Baung Dan Sei Selincah Di Kota Palembang. 3(1), 355-362.
- Sandra G.J.T., Atik P., Naomy M.T. 2016. Asuhan Kebidanan Komunitas. Bogor: IN MEDIA
- Sari AP, Lah R, Anita T. Faktor Maternal Terhadap Kejadian BBLR.

- Wahyuni ED. 2018. Bahan Ajar Kebidanan. Kemenkes RI 2019;1(1):1-7.
- Yulifah & Yuswanto. 2009. Asuhan Kebidanan Komunitas. Jakarta: Salemba Medika.

BAB 11

ASUHAN INTRANATAL DI KOMUNITAS

Dr. Christina Pernetun Kismoyo,
S.SiT., M.P.H.

A. Pendahuluan

Kebidanan Komunitas adalah layanan kebidanan profesional yang ditujukan kepada masyarakat dengan fokus pada kelompok berisiko tinggi untuk mencapai kesehatan optimal melalui pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan. Layanan ini memastikan aksesibilitas pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Tujuan utamanya adalah menyelesaikan masalah kesehatan ibu dan balita dalam keluarga di masyarakat.

Bidan berperan penting dalam menurunkan angka kematian ibu (AKI) dan bayi dengan memberikan perawatan prenatal, membantu persalinan yang aman, serta memberikan perawatan postnatal. Kehadiran bidan di komunitas sangat penting karena bidan mampu dalam memberikan perawatan kesehatan ibu dan anak, terutama di daerah-daerah yang sulit dijangkau. Pelayanan yang diberikan bidan mencakup pemeriksaan kehamilan, bantuan persalinan, dan perawatan neonatal yang penting untuk kesehatan ibu dan bayi (Kemenkes RI, 2023). Pada tahun 2020, AKI di Indonesia menurun dari 305 menjadi 189 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2021, sekitar 8,54% persalinan di Indonesia dilakukan di rumah, dengan 13,26% terjadi di pedesaan dan 4,82% di perkotaan (Kemenkes, 2021). Hal ini menunjukkan bahwa banyak ibu

masih mengandalkan bidan di komunitas untuk persalinan mereka.

Layanan kebidanan komunitas dilakukan di luar rumah sakit atau institusi dan dapat menjadi bagian dari atau lanjutan dari pelayanan di rumah sakit untuk menyelamatkan ibu dan bayi selama proses kelahiran. Bidan komunitas memiliki pengetahuan luas dalam semua aspek kehamilan dan persalinan karena tugas mereka adalah mendampingi perempuan sebagai mitra untuk menerima pengalaman kehamilan dan persalinan secara positif. Mereka juga mendukung keluarga dalam membuat keputusan berdasarkan informasi yang telah diberikan.

Bidan juga bertindak sebagai edukator dalam komunitas mereka, memberikan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi, keluarga berencana, dan perawatan bayi baru lahir. Mereka membantu meningkatkan kesadaran tentang pentingnya kesehatan ibu dan anak serta mendorong praktik-praktik kesehatan yang baik di masyarakat. Bidan di komunitas lebih mampu memahami kebutuhan dan kondisi lokal, sehingga mereka dapat memberikan perawatan yang lebih personal dan efektif. Mereka seringkali menjadi jembatan antara masyarakat dan sistem kesehatan yang lebih besar, memastikan bahwa kebutuhan kesehatan masyarakat terpenuhi. Dengan demikian, kehadiran bidan di komunitas tidak hanya meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan tetapi juga berkontribusi signifikan dalam upaya nasional untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak serta menurunkan angka kematian ibu dan bayi di Indonesia.

B. Data dan Statistik Asuhan Intranatal di Indonesia

Kematian ibu adalah masalah kesehatan yang serius, berdampak pada perkembangan anak-anak dan kesejahteraan keluarga secara keseluruhan. Di tingkat ASEAN, Indonesia memiliki angka kematian ibu tertinggi ketiga. Meskipun telah terjadi penurunan angka kematian ibu dalam dekade ini, Indonesia masih belum mencapai target Sustainable

Development Goals (SDGs) 2030 yaitu 70 per 100.000 kelahiran hidup (Wulandari Laksono, 2020).

Penyebab utama kematian ibu mencakup komplikasi seperti perdarahan hebat pasca persalinan, infeksi, preeklamsia, dan eklamsia. Risiko komplikasi meningkat dengan keterlambatan rujukan ke fasilitas kesehatan dan kualitas perawatan yang buruk. Salah satu faktor penundaan rujukan adalah tingginya angka persalinan di rumah. Penelitian menunjukkan bahwa persalinan di rumah memiliki risiko lebih besar terhadap hasil yang buruk.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa persalinan di rumah lebih disukai karena dianggap sebagai proses alamiah, dan fasilitas kesehatan hanya diperlukan untuk persalinan yang rumit. Faktor-faktor lain yang mempengaruhi termasuk isu sosial-budaya, ekonomi, kualitas fasilitas kesehatan, preferensi untuk persalinan di rumah, ketidakmampuan memenuhi persyaratan layanan ANC, keterbatasan transportasi, jarak, biaya persalinan, kemiskinan, pendidikan rendah, dan kurangnya izin keluarga.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 97 Tahun 2014 Pasal 14 Ayat, ibu di Indonesia diwajibkan melahirkan di fasilitas kesehatan sebagai upaya pemerintah untuk menjaga kesehatan ibu dan mengurangi angka kematian ibu (Nasution, 2021). Namun, data lapangan menunjukkan bahwa persalinan di rumah masih tinggi di beberapa daerah. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 mencatat bahwa dari 17.401 kelahiran dalam lima tahun sebelum survei, 44,8% terjadi di fasilitas non-kesehatan. Berdasarkan data BPS 2023, ada 8,54% PPK yang melakukan persalinan di rumah. Rinciannya, di perkotaan sebanyak 4,82% dan di perdesaan 13,26%.

Oleh karena itu, kebijakan harus dirumuskan untuk mengurangi persalinan di rumah atau mendorong persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan. Hal ini memerlukan pemahaman kebijakan yang tepat sasaran dan fokus pada kelompok yang berisiko tinggi melahirkan di rumah.

C. Definisi dan Konsep Asuhan Intranatal

1. Definisi Asuhan Intranatal.

Asuhan intranatal adalah serangkaian tindakan dan intervensi medis yang diberikan kepada ibu hamil selama proses persalinan untuk memastikan keselamatan dan kesejahteraan ibu serta bayi yang akan lahir. Tujuan utama asuhan intranatal adalah untuk mengelola dan memantau persalinan, mendeteksi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi, serta memberikan dukungan fisik dan emosional kepada ibu selama proses persalinan.

2. Falsafah Ibu Bersalin di Komunitas

- a. Hak Individu untuk Rasa Aman dan Kepuasan: Bidan percaya bahwa setiap individu memiliki hak untuk merasa aman dan puas dengan pelayanan kesehatan yang mereka terima di masyarakat.
- b. Peningkatan Kualitas Kehamilan dan Persalinan: Bidan meyakini bahwa kualitas kehamilan dan persalinan dapat ditingkatkan melalui pendidikan, perbaikan kesehatan, dan dukungan yang diberikan sebagai intervensi.
- c. Asuhan Berfokus pada Kebutuhan Individu dan Keluarga: Asuhan yang diberikan bidan berfokus pada kebutuhan individu dan keluarganya, baik secara emosional, fisik, maupun sosial.
- d. Asuhan Berkelanjutan dan Manajemen Klinis yang Aman: Asuhan diberikan secara berkelanjutan dengan penekanan pada aspek keamanan melalui manajemen klinis yang sesuai dengan standar.

3. Komponen Utama Asuhan Intranatal yaitu

- a. Pemantauan dan Pengawasan: Meliputi pemantauan kontraksi, detak jantung janin, dan tanda-tanda vital ibu seperti tekanan darah dan suhu tubuh. Pemantauan ini bertujuan untuk memastikan bahwa proses persalinan berlangsung normal dan mendeteksi dini tanda-tanda komplikasi.

- b. **Manajemen Nyeri:** Bidan atau tenaga medis memberikan metode untuk mengurangi nyeri persalinan, baik melalui teknik non-farmakologis seperti pijat, kompres hangat, dan teknik pernapasan, maupun melalui analgesia farmakologis jika diperlukan.
- c. **Penanganan Komplikasi:** Identifikasi dan intervensi segera terhadap komplikasi seperti perdarahan, preeklamsia, infeksi, dan masalah lain yang dapat membahayakan ibu dan bayi. Ini mungkin memerlukan tindakan medis tertentu atau rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap.
- d. **Dukungan Emosional dan Psikologis:** Memberikan dukungan emosional kepada ibu untuk mengurangi kecemasan dan stres, serta memastikan bahwa ibu merasa didukung selama proses persalinan.
- e. **Bantuan Persalinan:** Menyediakan bantuan teknis selama persalinan, termasuk memandu ibu dalam proses mendorong, menangani bayi yang baru lahir, dan memastikan keselamatan bayi saat lahir.
- f. **Perawatan Pasca Persalinan Awal:** Setelah bayi lahir, asuhan intranatal meliputi pemeriksaan awal bayi dan ibu, memastikan bayi mulai menyusui, dan memberikan perawatan awal seperti membersihkan bayi dan memastikan kesehatan ibu.

4. Tujuan Asuhan Intranatal

- a. **Keselamatan Ibu dan Bayi:** Memastikan bahwa ibu dan bayi selamat selama dan setelah persalinan.
- b. **Deteksi Dini dan Penanganan Komplikasi:** Mendeteksi secara dini komplikasi yang mungkin terjadi dan memberikan penanganan yang tepat dan cepat.
- c. **Dukungan dan Edukasi:** Memberikan dukungan dan informasi kepada ibu dan keluarganya tentang proses persalinan dan perawatan setelah persalinan.

Asuhan intranatal yang efektif memerlukan koordinasi antara tenaga kesehatan, ibu, dan keluarganya, serta ketersediaan fasilitas dan peralatan medis yang memadai. Ini adalah bagian penting dari layanan kesehatan maternal yang bertujuan untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi, serta memastikan kesehatan jangka panjang ibu dan anak.

D. Peran Bidan Komunitas

Bidan di komunitas memainkan peran kunci dalam memastikan ibu hamil mendapatkan perawatan yang diperlukan. Di beberapa daerah, terutama di pedesaan atau daerah terpencil, akses ke fasilitas kesehatan yang lengkap mungkin terbatas. Di daerah pedesaan, jarak ke rumah sakit atau klinik yang memiliki fasilitas lengkap bisa sangat jauh, seringkali memerlukan perjalanan berjam-jam yang sulit ditempuh terutama dalam kondisi darurat. Kurangnya sarana transportasi yang memadai menambah kesulitan bagi ibu hamil untuk mendapatkan perawatan medis tepat waktu. Kondisi jalan yang buruk atau tidak adanya kendaraan juga menjadi hambatan utama. Fasilitas kesehatan di daerah terpencil mungkin tidak memiliki peralatan medis yang memadai atau tenaga medis yang cukup untuk menangani semua kasus persalinan, terutama yang memerlukan intervensi khusus. Bidan memberikan perhatian khusus pada perempuan dan ibu yang rentan, seperti mereka yang tinggal di daerah terpencil, ibu dengan status sosial ekonomi rendah, atau ibu yang menderita penyalahgunaan narkoba (Zand, D. H., Chou, J. L., Pierce, K. J., Pennington, L. B., Dickens, R. R., Michael, J., ... & White, 2017) (Speakman *et al.*, 2014) (Kimani *et al.*, 2018).

Bidan di komunitas sering kali tinggal di dekat atau di dalam masyarakat yang mereka layani, membuat mereka lebih mudah diakses oleh ibu hamil. Mereka dapat memberikan asuhan langsung di rumah pasien atau di pos pelayanan terdekat. Bidan melakukan kunjungan rumah secara rutin untuk memantau kesehatan ibu hamil dan janin, serta memberikan edukasi dan konseling tentang persiapan persalinan. Bidan

terlatih untuk menangani komplikasi persalinan dasar dan dapat memberikan pertolongan pertama sebelum merujuk pasien ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap jika diperlukan.

Dengan pemantauan yang konsisten, bidan dapat mendeteksi dini tanda-tanda komplikasi seperti preeklamsia, perdarahan, atau infeksi, dan mengambil tindakan yang diperlukan lebih cepat. Bidan meningkatkan kesadaran dan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dan persalinan di komunitas, yang berkontribusi pada kesiapan ibu hamil dalam menghadapi persalinan. Dalam situasi darurat, bidan dapat memberikan intervensi cepat yang dapat menyelamatkan nyawa ibu dan bayi, seperti penanganan perdarahan atau bantuan persalinan yang sulit.

Bidan seringkali memiliki hubungan yang lebih dekat dan personal dengan ibu hamil dan keluarganya, memungkinkan mereka untuk memberikan dukungan emosional yang lebih baik selama proses persalinan. Salah satu peran bidan dalam masa persalinan dengan memberdayakan perempuan yakni mentransfer “kekuasaan” kepada ibu hamil dengan memfasilitasi pengambilan keputusan yang terinformasi dalam masalah medis selama persalinan dan melahirkan, termasuk cara persalinan, dan lingkungan persalinan, dengan menciptakan suasana yang sesuai dengan keputusan ibu. dan mendorong suami untuk berpartisipasi dan mendampingi istrinya saat melahirkan (Bradfield, Z., Duggan, R., Hauck, Y., & Kelly, 2018).

Bidan di komunitas menyediakan perawatan berkelanjutan mulai dari masa kehamilan, persalinan, hingga pascapersalinan, memastikan ibu dan bayi mendapatkan perhatian yang konsisten dan berkesinambungan. Bidan di komunitas memiliki jaringan dengan fasilitas kesehatan yang lebih lengkap dan dapat mengatur rujukan dengan cepat jika ada komplikasi yang memerlukan perawatan lebih lanjut. Dapat dikatakan bidan mempunyai peran yang efektif dengan menggunakan pendekatan yang berorientasi pada komunitas, kehadiran yang efektif di masyarakat, memfasilitasi hubungan

dan mengubah sikap tokoh masyarakat, dan memobilisasi masyarakat di bidang pelayanan kehamilan dan persalinan (Kimani *et al.*, 2018), (Speakman *et al.*, 2014).

Beberapa argumen di atas menunjukkan bahwa bidan di komunitas adalah pilar penting dalam sistem kesehatan di daerah pedesaan dan terpencil, memastikan bahwa setiap ibu hamil mendapatkan asuhan yang diperlukan untuk persalinan yang aman dan sehat. Dukungan yang mereka berikan sangat berharga dalam mengurangi risiko dan meningkatkan kesehatan ibu dan bayi di masyarakat tersebut.

E. Faktor yang Mempengaruhi Asuhan Kebidanan Intranatal di Komunitas

Proses asuhan intranatal, yaitu perawatan yang diberikan selama proses persalinan, dipengaruhi oleh berbagai faktor. Berikut adalah beberapa faktor utama yang mempengaruhi proses asuhan intranatal di komunitas:

1. Faktor Sosial dan Budaya

- a. Norma dan Tradisi: Adat istiadat dan kepercayaan budaya dapat mempengaruhi keputusan keluarga tentang tempat dan cara persalinan.
- b. Dukungan Keluarga: Kehadiran dan dukungan keluarga, termasuk suami dan anggota keluarga lainnya, sangat penting dalam proses persalinan.
- c. Pendidikan dan Kesadaran: Tingkat pendidikan dan kesadaran tentang kesehatan ibu dan bayi dapat mempengaruhi bagaimana masyarakat memandang dan menerima layanan kebidanan.

2. Faktor Ekonomi

- a. Ketersediaan dan Aksesibilitas Fasilitas Kesehatan: Kondisi ekonomi keluarga dan komunitas mempengaruhi kemampuan untuk mengakses fasilitas kesehatan yang memadai.

- b. Biaya Layanan Kesehatan: Biaya yang terkait dengan layanan kebidanan dapat menjadi penghalang bagi beberapa keluarga untuk mendapatkan perawatan yang diperlukan.

3. Faktor Geografis

- a. Lokasi: Jarak dan aksesibilitas ke fasilitas kesehatan atau rumah sakit mempengaruhi kemampuan ibu hamil untuk mendapatkan asuhan intranatal.
- b. Transportasi: Ketersediaan dan kondisi transportasi dapat menentukan apakah ibu hamil bisa mencapai fasilitas kesehatan tepat waktu.

4. Faktor Kesehatan dan Medis

- a. Kesehatan Ibu: Kondisi kesehatan ibu selama kehamilan, termasuk adanya komplikasi atau penyakit kronis, dapat mempengaruhi proses persalinan.
- b. Riwayat Kesehatan: Riwayat persalinan sebelumnya, termasuk komplikasi atau kelahiran yang sulit, juga mempengaruhi rencana asuhan intranatal.

5. Faktor Pelayanan Kesehatan

- a. Ketersediaan Tenaga Kesehatan: Ketersediaan bidan, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya yang terlatih sangat penting dalam memberikan asuhan intranatal yang baik.
- b. Kualitas Pelayanan: Kualitas layanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan, termasuk peralatan medis dan keterampilan tenaga kesehatan, berpengaruh besar pada hasil persalinan.
- c. Ketersediaan Obat dan Peralatan Medis: Ketersediaan obat-obatan dan peralatan medis yang diperlukan selama persalinan sangat penting untuk menangani komplikasi dan memastikan keselamatan ibu dan bayi.

6. Faktor Kebijakan dan Regulasi

- a. Kebijakan Kesehatan: Kebijakan pemerintah terkait layanan kesehatan ibu dan anak, termasuk program-program nasional dan lokal, mempengaruhi bagaimana asuhan intranatal diberikan di komunitas.
- b. Regulasi Praktik Kesehatan: Regulasi dan standar praktik kesehatan yang diterapkan mempengaruhi kualitas asuhan yang diberikan oleh bidan dan tenaga kesehatan lainnya.

7. Faktor Teknologi dan Informasi

- a. Akses ke Informasi: Kemampuan ibu hamil dan keluarga untuk mengakses informasi tentang kehamilan dan persalinan melalui berbagai sumber, termasuk internet dan media massa, dapat meningkatkan kesadaran dan kesiapan mereka.
- b. Teknologi Kesehatan: Penggunaan teknologi dalam layanan kesehatan, seperti sistem telemedicine atau aplikasi kesehatan, dapat membantu memberikan informasi dan dukungan selama proses persalinan.

Dengan memahami dan mempertimbangkan faktor-faktor tersebut, asuhan intranatal di komunitas dapat ditingkatkan untuk memastikan kesehatan dan keselamatan ibu dan bayi selama proses persalinan.

F. Proses Asuhan Intranatal di Komunitas

Proses asuhan intranatal di komunitas melibatkan serangkaian tindakan dan intervensi yang dilakukan selama persalinan untuk memastikan keselamatan dan kesejahteraan ibu serta bayi yang akan lahir. Proses ini mencakup berbagai aspek mulai dari persiapan, pemantauan selama persalinan, hingga penanganan komplikasi. Berikut adalah deskripsi tentang proses asuhan intranatal di komunitas:

1. Persiapan Persalinan

- a. Pendidikan dan Konseling: Sebelum persalinan, bidan memberikan pendidikan dan konseling kepada ibu hamil dan keluarganya tentang tanda-tanda persalinan, proses persalinan, dan langkah-langkah yang harus diambil jika terjadi komplikasi.
- b. Rencana Persalinan: Membantu ibu dan keluarganya membuat rencana persalinan, termasuk memilih tempat persalinan (rumah atau fasilitas kesehatan), mengatur transportasi, dan memastikan ketersediaan kebutuhan dasar selama persalinan.

2. Pemantauan Selama Persalinan

- a. Pemeriksaan Awal: Saat ibu menunjukkan tanda-tanda awal persalinan, bidan melakukan pemeriksaan awal untuk menilai kondisi ibu dan bayi, termasuk pemeriksaan fisik, pemeriksaan detak jantung janin, dan pengecekan tanda vital ibu.
- b. Pengawasan Berkala: Pemantauan berkala dilakukan selama persalinan untuk memastikan bahwa proses persalinan berlangsung dengan baik. Ini termasuk memonitor kontraksi, detak jantung janin, tekanan darah ibu, dan kemajuan pembukaan serviks.

3. Pendampingan Emosional dan Dukungan

- a. Pendampingan: Bidan memberikan dukungan emosional dan psikologis kepada ibu selama persalinan, membantu ibu tetap tenang dan merasa aman. Pendampingan ini juga melibatkan anggota keluarga atau pendamping lain yang dipilih oleh ibu.
- b. Teknik Relaksasi: Mengajarkan dan membantu ibu menggunakan teknik relaksasi dan pernapasan untuk mengurangi rasa sakit dan stres selama persalinan.

4. Manajemen Nyeri

- a. Metode Non-Farmakologis: Penggunaan metode non-farmakologis untuk manajemen nyeri, seperti pijat, kompres hangat, posisi persalinan yang nyaman, dan teknik pernapasan.
- b. Analgesia Farmakologis: Jika diperlukan, pemberian obat analgesik atau anestesi yang aman sesuai dengan kondisi ibu dan instruksi medis.

5. Penanganan Komplikasi

- a. Identifikasi Komplikasi: Pengawasan yang ketat untuk mendeteksi tanda-tanda komplikasi seperti perdarahan, preeklampsia, atau gawat janin.
- b. Intervensi Segera: Jika terjadi komplikasi, bidan atau tenaga kesehatan lainnya memberikan intervensi segera sesuai dengan protokol medis. Ini bisa termasuk pemberian obat, tindakan medis tertentu, atau merujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap.

6. Persalinan dan Kelahiran

- a. Bantuan Persalinan: Bidan membantu ibu selama fase akhir persalinan, memberikan panduan teknik mengejan dan memastikan bayi lahir dengan selamat.
- b. Penanganan Bayi Baru Lahir: Setelah kelahiran, bayi baru lahir diperiksa, dilakukan inisiasi menyusui dini (IMD), dan diberi perawatan awal seperti pembersihan, antropometri dan pemberian vitamin K.

7. Perawatan Postpartum Awal

- a. Pemeriksaan Awal Postpartum: Bidan memeriksa kondisi ibu setelah melahirkan, termasuk memantau perdarahan, kondisi rahim, dan tanda vital.
- b. Dukungan Laktasi: Memberikan dukungan dan bantuan dalam proses menyusui, memastikan bayi mendapatkan ASI dan ibu merasa nyaman dalam menyusui.

8. Edukasi dan Konseling Lanjutan

- a. Penyuluhan Postpartum: Memberikan informasi tentang perawatan postpartum bagi ibu dan bayi, termasuk perawatan luka perineum, tanda-tanda bahaya postpartum, dan jadwal pemeriksaan kesehatan lanjutan.
- b. Konseling Keluarga Berencana: Menyediakan informasi dan konseling mengenai pilihan keluarga berencana yang dapat digunakan setelah persalinan.

Proses asuhan intranatal di komunitas ini bertujuan untuk memastikan keselamatan dan kesejahteraan ibu dan bayi, serta mempersiapkan keluarga untuk merawat bayi baru lahir dengan baik. Dengan pendekatan yang holistik dan berpusat pada kebutuhan ibu, bidan memainkan peran penting dalam memberikan asuhan intranatal yang berkualitas di komunitas.

DAFTAR PUSTAKA

- Bradfield, Z., Duggan, R., Hauck, Y., & Kelly, M. (2018) «Midwives being 'with woman': an integrative review.», *Women and Birth*, 31(2), p. 143-152.
- Kemendes RI (2023) *Buku KIA Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemendes, R. I. (2021) «Profil kesehatan indonesia 2020», en. Jakarta.
- Kimani, S. *et al.* (2018) «Female Genital Mutilation/Cutting: Innovative Training Approach for Nurse-Midwives in High Prevalent Settings», *Obstetrics and Gynecology International*, 2018. doi: 10.1155/2018/5043512.
- Nasution, M. (2021) «Pelaksanaan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 97 Tahun 2014 Pasal 14 Ayat (1) Tentang Persalinan Harus Dilakukan Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Studi Kasus Di Desa Batang Gadis Kecamatan Panyabungan Barat Kabupaten Mandailing Natal)», en *Skripsi (tidak dipublikasi)*.
- Speakman, E. M. *et al.* (2014) «Development of the Community Midwifery Education initiative and its influence on women's health and empowerment in Afghanistan: A case study», *BMC Women's Health*, 14(1), p. 1-12. doi: 10.1186/1472-6874-14-111.
- Wulandari, R. D. i Laksono, A. D. (2020) «Determinants of knowledge of pregnancy danger signs in Indonesia», *PLoS ONE*, 15(5), p. 1-11. doi: 10.1371/journal.pone.0232550.
- Zand, D. H., Chou, J. L., Pierce, K. J., Pennington, L. B., Dickens, R. R., Michael, J., ... & White, T. (2017) «Parenting self-efficacy and empowerment among expectant mothers with substance use disorders.», *Midwifery Journal*, 48, p. 32-38.

BAB 12

ASUHAN POST NATAL, BAYI DAN BALITA DI KOMUNITAS

Nita Kusuma, S.ST., M.Keb.

A. Pendahuluan

Asuhan post natal pada pelayanan individu di komunitas/masyarakat mempunyai karakteristik yang berbeda dengan asuhan yang diberikan pada institusi kesehatan. Pada asuhan kebidanan individu di komunitas, dibutuhkan kemampuan analisis yang tinggi dan cermat terutama yang berkaitan dengan aspek sosial, nilai-nilai dan budaya setempat karena asuhan kebidanan pada individu di masyarakat sangat dipengaruhi oleh berbagai fakta (Runjati, 2011). Asuhan postnatal diberikan sesuai dengan standart dimulai sejak 6 jam sampai dengan 42 hari setelah post partum (Siti Cholifah, 2019).

Selain asuhan postanal yang diberikan di komunitas, asuhan bayi dan balita juga menjadi sasaran di komunitas, pelayanan yang diberikan kepada bayi dan balita harus sesuai dengan standar. Dalam jaringan kerja bidan dikomunitas bidan tidak bias melakukannya sendiri tetapi harus bekerjasama dengan lintas program dan lintas sector. Kerjasama dengan lintas program adalah bentuk kerja sama dengang instansi yang terkait seperti imunisasi, pemberian tablet Fe, vitamin A, PMT, dan sebagainya, seedangkan kerjasama lintas sector amerupakan kerjasama dengan melibatkan institusi atau departemen lain seperti bulan Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS), Pendidikan Ana Usia Dini (PAUD), dan sebagainya ((Hirfa Turrahmi, 2017).

B. Standar Asuhan Postnatal di Komunitas

Asuhan ibu postpartum adalah suatu bentuk manajemen kesehatan yang dilakukan terhadap ibu nifas di masyarakat.

Asuhan kebidanan di komunitas merupakan pemberian asuhan secara keseluruhan tidak hanya kepada ibu nifas tetapi juga melibatkan seluruh anggota masyarakat di sekitar ibu nifas. Asuhan ini merupakan kelanjutan asuhan dari rumah sakit atau pelayanan kesehatan lainnya (G.J.Tombokan, Atik Purwandari, 2016).

C. Standar Minimal Asuhan Postnatal di Komunitas

1. Perawatan Bayi Baru Lahir

- a. Tujuan dari pelayanan post natal meliputi :
 - 1) Melakukan kondisi bayi baru lahir
 - 2) Memberikan bantuan dimulainya pernafasan pada bayi baru lahir
 - 3) Melakukan pencegahan potensi terjadinya hipotermi, hipoglikemia dan infeksi
- b. Keyakinan bidan pada waktu memeriksa dan menilai bayi baru lahir sudah sesuai dengan standar yaitu :
 - 1) Memastikan bahwa pernafasan bayi terjadi secara spontan
 - 2) Memastikan tindakan pencegahan terjadinya hipoksia sekunder
 - 3) Memastikan tidak ada kelainan
 - 4) Memastikan melakukan tindakan merujuk sesuai dengan kebutuhan
 - 5) Memastikan dapat melakukan pencegahan atau menangani hipotermia
- c. Bidan yang melakukan pertolongan persalinan mempunyai persyaratan :
 - 1) Bidan sudah dilatih dengan tepat dan terampil guna mendampingi persalinan dan juga memberikan perawatan pada bayi baru lahir

- 2) Bidan sudah dilatih dan terampil sehingga dapat :
 - a) Memeriksa dan menilai bayi baru lahir dengan menggunakan Apgar skor
 - b) Menolong bayi untuk memulai terjadinya pernafasan dan melakukan resusitasi
 - c) Mengenal tanda-tanda terjadinya hipotermi dan dapat melakukan tindakan yang tepat untuk penanganan dan pencegahan
 - d) Pencegahan infeksi pada bayi baru lahir
 - e) Mengenali tanda terjadinya hipoglikemia dan melakukan penatalaksanaan yang sesuai jika terjadi hipoglikemia
 - 3) Tersedianya perlengkapan dan peralatan untuk perawatan yang bersih dan aman bagi bayi baru lahir
 - 4) System rujukan untuk kegawatdaruratan bayi baru lahir yang efektif
- d. Bidan dalam melakukan pertolongan diharapkan mendapatkan hasil sebagai berikut:
- 1) Bayi baru lahir dengan kondisi cacat atau mengalami kelainan dapat mendapatkan perawatan yang tepat
 - 2) Bayi baru lahir mendapatkan perawatan yang tepat sehingga dapat bernafas dengan baik
 - 3) Angka kejadian hipotermi dapat menurun
- e. Bidan dalam melakukan pertolongan bidan harus melakukan tindakan:
- 1) Menggunakan sarung tangan bersih/DTT sebelum melakukan penanganan pada bayi baru lahir
 - 2) Memastikan bahwa suhu ruangan hangat untuk mencegah terjadinya hipotermi pada bayi
 - 3) Segera setelah bayi lahir nilai keadaan bayi kemudian letakkan diperut ibu dan segera keringkan bayi. Setelah dikeringkan ganti selimuti bayi termasuk berikan topi pada kepala bayi. Bayi baru lahir mengalami perubahan dari kehidupan intrauterine

- menjadi ekstra uterin dengan pengeringan dan stimulasi. Tidak perlu dilakukan penghisapan lendir
- 4) Segera lakukan penilaian pada bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas/menangis sebelum nilai menit pertama yaitu APGAR, jika bayi tidak bernafas atau menangis spontan lakukan penghisapan lender dengan Delee
 - 5) Jika bayi mengalami kesulitan bernafas meskipun sudah dilakukan pengeringan, stimulasi/penghisapan lendir dengan hati-hati, mulai lakukan resusitasi bayi.
 - 6) Jika bayi menangis atau bernafas segera nilai APGAR pada menit pertama setelah lahir
 - 7) Minta ibu untuk memegang bayinya. Lakukan pemotongan tali pusat dengan cara tali pusat di klem di dua tempat menggunakan klem steril lalu potong diantara kedua klem dengan gunting tali pusat.
 - 8) Pasang benang atau klem tali pusat
 - 9) Bayi harus diselimuti dengan baik, beritahu ibu untuk memeleuk bayinya dan segera menyusui. Pemberian ASI dini penting untuk keberhasilan pemberian ASI. Kontak kulit ibu dan bayi juga merupakan cara baik untuk menjaga pengaturan suhu tubuh bayi pada saat lahir. Memastikan jika bayi tidak dipeluk ibunya selimuti dengan handuk yang bersih dan juga hangat. Tutup kepala bayi dengan topi untuk mencegah kehilangan panas pada tubuh bayi.
 - 10) Setelah 5 menit melakukan penilaian terhadap kondisi bayi secara umum dengan menggunakan APGAR skor.
 - 11) Jika kondisi bayi stabil, lakukan pemeriksaan bayisetelah plasenta lahir dan kondisi ibu stabil
 - 12) Melakukan pemeriksaan tanda vital bayi, ukur suhu dengan menggunakan thermometer yang diletakkan di ketiak (bila suhu bayi kurang dari 36°C/ jika tubuh atau kai bayi teraba dingin, maka segera lakukan penghangatan pada tubuh bayi. Lakukan pengamatan

pada suhu tubuh bayi setiap jam sampai suhunya normal dan stabil.

- 13) Lakukan pemeriksaan bayi mulai dari kepala sampai ujung kaki untuk menilai apakah ada kelainan. Periksa anus dan daerah kemaluan (lakukan pemeriksaan ini dengan cepat agar bayi tidak hipotermi). Pada saat pemeriksaan ibu harus mengetahuinya.
- 14) Melakukan penimbangan pada bayi dan mengukur panjang bayi (lakukan dengan cepat agar bayi tidak hipotermi).
- 15) Pada saat bayi ditimbang tetap selimuti bayi. Berat yang tercatat disesuaikan dengan mengurangi jumlah berat handuk/kain.
- 16) Setelah dilakukan penimbangan dan pengukuran tinggi bayi, pastikan bahwa kepala bayi tertutup dan berikan kembali bayi pada ibunya.
- 17) Cuci tangan dengan sabun. Dalam waktu 1 jam setelah kelahiran berikan salep/obat tetes mata pada bayi baru lahir guna mencegah oftalia neonatorum. Biarkan obatnya tetap dimata bayi, jangan dibersihkan.
- 18) Jika bayi belum diberikan ASI, bantu ibu untuk menyusui bayinya. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa memulai pemberian ASI segera setelah bayi lahir sangat penting untuk keberhasilan awal pemberian ASI. Kolostrum (ASI yang pertama kali keluar) mengandung zat kekebalan untuk pencegahan infeksi dan penyakit bayi baru lahir. Pemberian ASI sejak dini dapat mencegah terjadinya hipoglikemia.
- 19) Hindari memberikan susu formula pada bayi (hal ini tidak perlu dan mungkin dapat membayakan).
- 20) Tunggu 6 jam setelah kelahiran bayi untuk memandikannya, tunggu lebih lama jika bayi mengalami kesulitan mempertahankan suhu tubuh (suhu tubuh bayi harus antara 36°C- 37°C) gunakan air hangat-hangat kuku untuk memandikan bayi dan

ruangan yang hangat, setelah bayi dimandikan segera keringkan dengan menggunakan handuk kering.

- 21) Setelah bayi selesai dimandikan pakaikan baju bersih dan selimuti bayi.
 - 22) Periksa apakah bayi baru lahir sudah mengeluarkan urine atau meconium dalam waktu 24 jam pertama kehidupannya, catat pada jam berapa urine atau meconium pertama kali keluar. Jika selama 24 jam bayi tidak mengeluarkan urine atau meconium maka segera lakukan rujukan.
 - 23) Melakukan pencatatan semua temuan dan perawatan yang diberikan dengan cermat dan lengkap dalam partograf, kartu ibu dan bayi.
 - 24) Lakukan rujukan segera jika ditemui kalainan pada bayi ke puskesmas atau rumah sakit yang tepat.
- f. Langkah-langkah yang harus mendapatkan perhatian bidan yaitu :
- 1) Menjaga agar bayi tetap hangat
 - 2) Jika bayi tidak menangis spontan setelah dilakukan pengeringan dan stimulasi, berishkan jalan nafas dengan dee lee (jika tetap tidak menangis maka lakukan resusitasi bayi)
 - 3) Berikan ASI secepatnya pada waktu segera setelah lahir/ setelah pemotongan tali pusat
 - 4) Berikan salep atau obat tetes mata pada kedua mata bayi, hal ini berguna untuk mencegah oftalmia neonatorum dalam waktu satu jam setelah kelahiran
 - 5) Lakukan rujukan segera apabila 24 jam pertama bayi tidak buang air kecil atau keluar meconium
 - 6) Tindakan yang tidak dianjurkan dan akibat yang ditimbulkannya :
 - a) Menepuk bokong bayi dapat mengakibatkan trauma serta melukai bayi
 - b) Menekan rongga dada bayi dapat mengakibatkan fraktur, pneumotoraks, gawat nafas dan juga kematian

- c) Menekan paha ke perut dapat menyebabkan ruptur hati/limfa, perdarahan mendilatasi sfingterani (robek pada sfingter)
- d) Kompres dingin atau panas dapat menyebabkan hipotermi atau luka bakar
- e) Meniupkan oksigen atau udara dingin pada muka bayi/tubuh bayi dapat mengakibatkan bayi mengalami hipotermi

2. Penanganan Pada Dua Jam Pertama Setelah Persalinan

- a. Tujuan :
 - 1) Memperkenalkan perawatan ibu dan bayi yang bersih, aman selama persalinan kala IV untuk memulihkan kesehatan ibu dan bayi
 - 2) Meningkatkan asuhan sayang ibu dan sayang bayi
 - 3) Memulai pemberian ASI dalam waktu 1 jam pertama setelah persalinan
 - 4) Mendukung terjadinya ikatan batin antara ibu dan bayinya
- b. Keyakinan bidan pada waktu melakukan pemeriksaan dan penilaian bayi baru lahir sudah dinyatakan standart yaitu :
 - 1) Bidan memastikan telah melakukan pemantuan ibu dan juga bayinya terhadap komplikasi dalam 2 jam setelah persalinan, dan melakukan tindakan yang diperlukan
 - 2) Bidan memastikan telah menyampaikan penjelasan tentang hal-hal yang dapat mempercepat proses pemulihan kesehatan ibu
 - 3) Bidan memastikan telah membantu ibu untuk mulai memberikan ASI
- c. Pada saat bidan melakukan pertolongan persalinan terdapat beberapa persyaratan yang harus diperhatikan :
 - 1) Bidan yang sudah terlatih dalam menjaga ibu dan bayi selama 2 jam setelah persalinan dari jika mungkin bayi tetap bersama ibunya

- 2) Bidan yang sudah terlatih dan terampil dalam memberikan perawatan untuk ibu dan bayi segera setelah persalinan, termasuk keterampilan bidan dalam tindakan pertolongan pertama kegawatdaruratan
 - 3) Bidan memotivasi ibu untuk memberikan ASI dan memberikan koslostrum
 - 4) Tersedianya alat perlengkapan seperti air bersih untuk mencuci tangan, sabun, handuk bersih, kain untuk menyelimuti bayi, pembalut, pakaian kering dan bersih untuk ganti ibu, sarung/kain bersih untuk alas ibu, selimut untuk menyelimuti ibu, sarung tangan DTT, tensimeter, stetoskop dan thermometer.
 - 5) Tersedianya obat-obatan seperti oksitosin, obat lain yang diperlukan dan disimpan pada tempat penyimpanan yang memadai
 - 6) Tersedianya alat tulis untuk melaukan dokumentasi atau pencatatan (partograf, kartu ibu, kartu bayi dan buku KIA)
 - 7) Tersedianya system rujukan untuk perawatan kegawatdaruratan obstetric dan kegawatdaruratan bayi baru lahir yang efektif.
- d. Bidan dalam melakukan pertolongan diharapkan hasil sebagai berikut :
- 1) Komplikasi yang terjadi dapat segera dideteksi dan dirujuk
 - 2) Kejadian infeksi nifas dan neonatal dapat menurun
 - 3) Kejadian kematian ibu akibat perdarahan post partum dapat menurun
 - 4) Pemberian ASI dapat dimuali segera sesudah persalinan (jika terjadi komplikasi maka tidak dilakukan)

- e. Pada saat melakukan pertolongan persalinan, bidan harus melakukan tindakan :
- 1) Selalu cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan perawatan pada ibu dan bayi dengan menggunakan sarung tangan bersih pada saat melakukan kontak dengan darah atau cairan tubuh.
 - 2) Mendiskusikan semua tindakan yang diberikan kepada ibu dan bayi dengan ibu, suami dan keluarganya
 - 3) Segera setelah bayi lahir lakukan penilaian kepada keadaan bayi, letakkan di perut ibu dan segera keringkan bayi dengan handuk bersih dan hangat. Setelah bayi kering, selimuti bayi dengan handuk yang bersih. Jika bayi menangis/bernafas dukung ibu untuk memeluk bayinya
 - 4) Melaksanakan penilaian 2 jam pertama setelah kelahiran . bidan selalu bearad bersama ibu saat melakukan pemantuan jangan sampai meninggalkan ibu sampai kondisi ibu dinyatakan stabil
 - 5) Lakukan penatalaksanaan yang teat jika perlu dilakukan rujukan
 - 6) Melakukan penialian dan masase fundus uteri setiap 15 menit selama 1 jam pertama setelah persalinan, kemudian setelah 2 jam kedua setelah persalinan lakukan setiap 30 menit. Pada saat melakukan masase uterus amati berapa banyak darah yang keluar dari vagina. Jika fundus diraba tidak keras terus laukan masase uterus agar berkontraksi. Periksa perineum ibu apakah membengkak, hematoma dan keluar darah pada tempat yang sudah dijahit setiap bidan memriksa fundus uterus dan vagina.
 - 7) Jika terjadi perdarahan maka segera lakukan penanganan yang tepat jangan sampai terlambat
 - 8) Pantau tekanan darah dan nadi ibu setiap 15 menit selama 1 jam pertama persalinan, dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua setelah persalinan.

- 9) Melakukan pemantauan kandung kemih ibu dengan cara palpasi kandung kemih selama 15 menit selama 1 jam pertama dan 30 menit selama jam kedua, jika kandung kemih penuh minta ibu untuk BAK (retensi urine dapat menyebabkan perdarahan uterus).
- 10) Lakukan pemeriksaan pada suhu tubuh ibu satu jam setelah persalinan. Jika suhu tubuh ibu $>38^{\circ}\text{C}$ minta ibu untuk minum banyak ± 1 liter air, dan jika tetap suhu ibu masih panas maka segera lakukan rujukan.
- 11) Segera meminta ibu untuk memberikan ASI, bantu ibu mengatur posisi bayi yang nyaman
- 12) Pakaikan gurita atau stagen harus ditunda sampai 2 jam setelah melahirkan. Kontraksi uterus dan jumlah perdarahan harus dinilai dan jika ibu mengenakan gurita akan sulit dilakukan
- 13) Jika bayi setelah dilakukan resusitasi tetap tidak ada tanda-tanda kehidupan segera beritahukan ke orang tua bayi. Berikan penjelasan yang jujur dan yang mudah difahami oleh orang tua bayi
- 14) Membantu ibu untuk membersihkan tubuhnya, mengganti pakaian, dan informasikan ke ibu untuk selalu menjaga kebersihan diri seperti mengganti pembalut secara teratur
- 15) Melakukan pencatatan semua tindakan yang sudah diberikan (partograf, kartu ibu, kartu bayi)
- 16) Sebelum meninggalkan ibu berikan penjelasan mengenai bahaya potensial dan tanda-tandanya
- 17) Memastikan bahwa ibu dan keluarganya mengetahui bagaimana dan kapan waktu untuk meminta pertolongan
- 18) Jangan meninggalkan ibu dan bayi sampai mereka dalam keadaan baik dan semua sudah tercatat. Jika terjadi hal yang mengkhawatikan pada ibu atau janin segera lakukan rujukan

- f. Langkah-langkah yang harus mendapatkan perhatian Bidan adalah :
- 1) Menjaga bayi agar tetap hangat dan selalu berada bersama ibunya
 - 2) Bayi harus segera mendapatkan ASI sesudah lahir dan tidak melewati satu jam setelah persalinan
 - 3) Air susu yang pertama kali keluar (kolostrum) mengandung zat sangat diperlukan untuk melindungi bayi dari infeksi
 - 4) Pantau perdarahan, perineum, tanda-tanda vital, uterus, dan kandung kemih secara teratur
 - 5) Melakukan episiotomi maka periksa luka episiotomy secara teratur

3. Pelayanan Bagi Ibu dan Bayi Pada Masa Nifas

- a. Tujuan pelayanan Ibu dan Bayi pada masa Nifas adalah :
- 1) Memberikan pelayanan kepada ibu dan bayi sampai 42 hari setelah persalinan
 - 2) Memberikan penyuluhan tentang pemberian ASI eksklusif
- b. Bidan pada saat memeriksa dan menilai bayi baru lahir sudah sesuai standart :
- 1) Bidan memastikan telah memberikan pelayanan selama ibu masa nifas yaitu melakukan kunjungan rumah pada hari ketiga, minggu kedua, dan minggu keenam setelah persalinan
 - 2) Bidan memastikan telah membantu proses pemulihan ibu dan bayi melalui penanganan tali pusat yang sudah sesuai
 - 3) Bidan memastikan tanda bahaya secara dini dapat segera ditangani
 - 4) Bidan memastikan melakukan rujukan bila terjadi komplikasi pada masa nifas

- 5) Bidan memastikan sudah memberikan penjelasan tentang kesehatan secara umum, kebersihan diri, makanan bergizi, perawatan BBL, pemberian ASI imunitasi serta KB.
- c. Bidan pada saat melakukan pertolongan persalinan terdapat beberapa hal yang harus diperhatikan yaitu :
- 1) Bidan yang sudah terlatih dengan system yang telah berjalan dengan baik sehingga ibu dan bayi mendapatkan pelayanan pasca persalinan selama 6 minggu baik di RS, Puskesmas maupun di rumah
 - 2) Bidan sudah dilatih dan terampil dalam :
 - a) Perawatan nifas, termasuk pemeriksaan ibu dan bayi dengan cara yang benar
 - b) Membantu ibu untuk memberikan ASI
 - c) Mengetahui komplikasi yang dapat terjadi pada ibu dan bayi pada masa nifas
 - d) Penyuluhan dan pelayanan KB
 - 3) Bidan memberikan pelayanan imunitasi atau bekerjasama dengan petugas imunitasi di puskesmas atau fasilitas kesehatan terdekat
 - 4) Tersedia vaksin, alat suntik, tempat penyimpanan vaksin dan tempat pembuangan benda tajam yang memadai
 - 5) Tersedia tablet Fe dan asam folat
 - 6) Tersedia peralatan untuk membersihkan tangan (air bersih, sabun, dan handuk bersih)
 - 7) Tersedia kartu pencatatan, kartu ibu, kartu bayi dan KIA
 - 8) Tersedia petunjuk untuk rujukan (perawatan kegawatdaruratan maternal dan neonatal)
- d. Pada saat melakukan pertolongan persalinan bidan mengharapkan hasil :
- 1) Tidak adanya komplikasi pada masa nifas dan jika ada cepat dilakukan penanganan dengan cepat
 - 2) Pemberian ASI eksklusif berjalan dengan baik

- 3) Menghindari penggunaan cara tradisional karena dapat merugikan
 - 4) Masyarakat menyadari tentang pengaturan jarak kehamilan
 - 5) Peningkatan pelaksanaan imunisasi bayi
- e. Pada saat melakukan pertolongan bidan harus melakukan tindakan :
- 1) Saat kunjungan rumah menyapa ibu/suami dan keluarga dengan ramah
 - 2) Menanyakan ada masalah atau kekhawatiran tentang ibu dan bayinya
 - 3) Cuci tangan sebelum dan sudah melakukan pemeriksaan
 - 4) Menggunakan sarung tangan DTT/bersih jika melakukan kontak dengan dara atau cairan tubuh
 - 5) Periksa tanda-tanda vital. Periksa payudara ibu (amati puting susu). Periksa involusi uterus (pengecilan uterus 2cm/hari selama 8 hari pertama). Periksa lochea yang ada pada hari ketiga seharusnya sudah mulai berkurang dan berwarna coklat, dan pada hari ke 8-10 menjadi sedikit berwarna merah muda (jika ada kelainan segera laukan rujukan)
 - 6) Tanyakan pada ibu apakah tablet fe diminum sampai 42 hari setelah kelahiran, dan apak obat masih cukup
 - 7) Jika terjadi anemia pada saat hamil atau mengalami perdarahan berat selama proses persalinan lakukan pemeriksaan Hb pada hari ketiga. Anjurkan ibu untuk selalu makan makanan yang bergizi
 - 8) Berikan penyuluhan pada ibu tentang pentingnya menjaga kebersihan diri (ganti pembalut) makan yang bergizi, istirahat cukup dan cara merawat bayi
 - 9) Cuci tangan lalu periksa tali pusat bayi setiap bidan melakukan kunjungan (paling sedikit pada hari ke tiga, minggu kedua dan minggu keenam). Jika kemerahan pada pusat, perdarahan atau tercium bau busuk bayi segera dirujuk

- 10) Perhatikan keadaan umum bayi, tanyakan kepada ibu, tanyakan pada ibu pemberian ASI seperti bayi tidak mau menyusui, waktu menjaga bayi, cara bayi menangis, berapa kali buang air kecil selama sehari dan bagaimana bentuk feses bayi
 - 11) Perhatikan warna kulit bayi apakah bayi icterus. Icterus pada hari ketiga post partum adalah icterus fisiologis yang tidak memerlukan pengobatan, namun jika terjadi lebih dari hari ke 3 dan bayi terlihat malas menyusui serta mengantuk maka bayi harus segera rujukan di Rumah Sakit
 - 12) Sampaikan pemberian ASI dan bila mungkin perhatikan apakah bayi menyusui dengan baik
 - 13) Sampaikan pada ibu tentang pemberian ASI eksklusif sampai 6 bulan
 - 14) Lakukan konsultasi tentang KB dan kapan senggama dapat dimulai (sampaikan juga pada suami)
 - 15) Catat dengan tepat semua yang ditemukan
 - 16) Jika terjadi hal-hal yang tidak normal segera laukan rujukan
 - 17) Jika terjadi kematian pada ibu dan bayi harus diketahui sesuai standar kabupaten/provinsi atau nasional
- f. Apa saja yang harus mendapatkan perhatian Bidan :
- 1) Memberikan makanan lain pada bayi selain kolostrum/ASI sehingga dapat membahayakan bayinya
 - 2) Ibu setelah bersalin harus menggunakan pembalut yang bersih/kain yang telah dijemur
 - 3) Menggunakan minyak atau bahan-bahan lain untuk tali pusat bayi adalah berbahaya
 - 4) Masa nifas merupakan kesempatan baik untuk diberikan penyuluhan KB/penjarangan kelahiran, tetapi hal ini harus disampaikan dengan hati-hati, ramah dan peka terhadap adat istiadat

- 5) Ibu dan juga bayi pada saat masa nifas mudah terinfeksi maka dari itu kebersihan diri harus diperhatikan, makanan yang bergizi, istirahat cukup sangat penting
- 6) Kelainan yang memerlukan rujukan harus mendapat perhatian dengan cepat dan tepat
- 7) Kesehatan generasi berikut dimulai dengan perawatan yang baik bagi anak perempuan sejak bayi
- 8) Mengantisipasi munculnya gejala anemia, pada masa nifas
- 9) Mengamati tanda-tanda bahaya pada bayi :
 - a) Kegagalan dalam menyusu yang terjadi secara berkala
 - b) Tidak buang air kecil beberapa kali sehari (kurang dari 6-8 kali sehari)
 - c) Bayi icterus
 - d) Muntah atau diare
 - e) Merah, odema atau keluar cairan dan tali pusat
 - f) Demam $>37^{\circ}\text{C}$
- 10) Perhatikan tanda-tanda bahaya pada ibu :
 - a) Perdarahan berat pada vagina
 - b) Perdarahan berwarna merah segar/ pengeluaran bekuan darah
 - c) Lochea yang berbau busuk
 - d) Nyeri pada perut dan pelvis
 - e) Pusing/lemas yang berlebihan
 - f) Suhu tubuh ibu $>38^{\circ}\text{C}$
 - g) Tekanan darah yang meningkat
 - h) Ibu mengalami kesulitan/nyeri pada saat BAK/ pada saat pergerakan usus
 - i) Terdapat tanda-tanda mastitis : bagian yang kemerahan, bagian yang panas, gurat-gurat kemerahan pada payudara
 - j) Terdapat masalah mengenal makan dan tidur

- 11) Jaga bayi agar tubuhnya tetap hangat dan tetap berada bersama ibunya
- 12) Semua bayi harus segera diberikan ASI sesudah lahir dan tidak melwati satu jam setelah persalinan
- 13) Kolostrum mengandung zat yang sangat diperlukan untuk melindungi bayi dari infeksi
- 14) Periksa perdarahan, perineum, tanda-tanda vital, uterus dan kandung kemih secara teratur
- 15) Jika dilakukan episiotomy maka periksa luka episiotomy secara teratur

4. Standar Minimal Peralatan dalam Pelayanan Postnatal di Komunitas

Peralatan yang digunakan untuk melakukan pemeriksaan sebagai berikut :

- a. Air bersih
- b. Sabun
- c. Handuk/kain hangat yang bersih
- d. Gunting steril/DTT untuk memotong tali pusat
- e. 2 klem steril/DTT
- f. Benang steril/DTT (atau klem) untuk mengikat tali pusat
- g. Sarung tangan bersih/ DTT
- h. Thermometer bersih/DTT
- i. Bola karet penghisap atau penghisap dee lee yang di DTT
- j. Timbangan bayi dan pita pengukur bersih
- k. Obat salep mata: tetrasiklin 1% atau eritromisin 0,5%
- l. Kartu ibu, kartu bayi dan buku KIA

5. Standar tempat untuk pelayanan post natal di Komunitas

Asuhan post natal di komunitas dapat dilakukan pada :

- a. Bersalin ditempat praktik bidan di ruangan :
 - 1) Mempunyai ruang periksa luas minimal 2x3 meter
 - 2) Mempunyai ruang tunggu
 - 3) Mempunyai kamar mandi/WC
 - 4) Mempunyai ventilasi dan penerangan

b. Bersalin di rumah pasien :

Sesuai dengan keadaan rumah pasien, diusahakan ruangan yang digunakan pasien bersih dan nyaman :

Jadwal kunjungan di rumah dan pelayanan kesehatan

Prinsip pemberian asuhan lanjutan pada masa nifas meliputi :

- 1) Asuhan post partum di rumah berfokus pada pengkajian ,penyuluhan dan konseling
 - 2) Melakukan asuhan kebidanan di rumah, bidan, keluarga dilakukan dalam suasana santai dan kekeluargaan
 - 3) Membuat perencanaan kunjungan rumah :
 - a) Melakukan kunjungan rumah dalam waktu tidak lebih dari 24-48 jam setelah pasien pulang
 - b) Memastikan keluarga telah mengetahui rencana mengenai kunjungan rumah dan waktu kunjungan bidan telah direncanakan dengan keluarga
 - c) Menjelelaskan tujuan dari kunjungan
- c. Menjadwlkan kunjungan rumah dengan beberapah hal yang harus diperhatikan :
- 1) Melakukan kunjungan paling sedikit 4 kali selama ibu masa nifas
 - 2) Kegiatan yang dilakukan selama kunjungan yaitu : pencegahan, pendeteksian dan penanganan masalah yang terjadi pada masa nifas
 - 3) Tindakan-tindakan yang akan dilakukan :
 - a) Menjaga kesehatan ibu dan bayi, baik dari segi kesehatan fisik maupun psikologis
 - b) Melaksanakan skrining yang komprehensif
 - c) Mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya
 - d) Memberikan pendidikan kesehatan mengenai perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, dan pemberian imunisasi kepada bayinya

6. Postpartum Group

Postpartum group adalah salah satu bentuk kelompok atau organisasi kecil dari ibu nifas yang bertujuan untuk :

- a. Mendeteksi secara dini terjadinya bahaya selama masa nifas
- b. Mencegah penyakit yang timbul selama masa nifas
- c. Mengatasi permasalahan yang timbul pada saat masa nifas

Pembentukan kelompok ini dilakukan pada minggu pertama masa nifas, atau setelah dilakukan kunjungan pertama

Langkah-langkah dalam pengelompokan ibu nifas :

- a. Identifikasi program-program yang diperlukan ibu nifas, antara lain :
 - 1) Jadwal kunjungan ibu nifas dan neonatus
 - 2) Pemberian ASI eksklusif
 - 3) Pemberian tablet tambah darah
 - 4) Pemberian tablet vitamin A
- b. Mengumpulkan data :
 - 1) Jumlah ibu nifas dan bayi
 - 2) Kebiasaan atau kondisi setempat
 - 3) Permasalahan yang timbul pada saat masa nifas dan bayi
 - 4) Sumber Daya Masyarakat (SDM)
 - 5) Penentuan kebijakan
- c. Melakukan pendekatan (mengatur strategi)
 - 1) Pendekatan dengan keluarga Ibu
 - 2) Pendekatan kepada tokoh masyarakat
 - 3) Pendekatan kepada tokoh agama
 - 4) Pendekatan kepada pemerintah (camat dan kepala desa)
 - 5) Pendekatan pimpinan organisasi
 - 6) Pendekatan kepada kader-kader

d. Perencanaan

Perencanaan dibuat berdasarkan data yang sudah terkumpul dan didalamnya memuat tentang latar belakang, tujuan dari dibentuknya kelompok post partum

e. Pelaksanaan

Berdiskusi sampai terbentuk susunan organisasi ibu nifas, setelah itu susun rencana tindak lanjut

f. Evaluasi

Evaluasi dilakukan pada akhir masa nifas setelah kunjungan ke -4. Memastikan bahwa tujuan akhir dari pembentukan kelompok tercapai, ibu dan bayi sehat dan nifas normal.

D. Standart Asuhan Bayi di Komunitas

1. Pengertian

- a. Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dalam tahap berinteraksi dengan lingkungan luar uterus dari periode 0-28 hari
- b. Bayi merupakan suatu tahap pertumbuhan manusia mulai dari saat proses neontaus berakhir sampai usia 12 bulan
- c. Komunitas merupakan sekelompok orang yang berada di suatu wilayah tertentu yang saling berinteraksi dan bekerjasama dalam mengembangkan kehidupan bersama
- d. Bidan dikomunitas ialah bidan yang bekerja melayani keluarga dan masyarakat diwilayah tertentu
- e. Pelayanan kebidanan di komunitas ialah pelayanan yang dilaksanakan seorang bidan terhadap sekelompok orang baik secara individu, keluarga maupun seluruh masyarakat di suatu wilayah tertentu
- f. Pelayanan kebidanan bayi merupakan pelayanan kebidanan yang sesuai standar yang dilaksanakan oleh seorang bidan atau tenaga kesehatan lainnya kepada bayi sedikitnya 4 kali, selama periode usia 29 hari sampai dengan 11 bulan

- g. Komunitas merupakan sekelompok orang yang berada dilokasi tertentu yang saling berinteraksi

Pelayanan Kesehatan Bayi/Anak

Pelaksanaan pelayanan kesehatan bayi :

- a. Kunjungan bayi 1 kali ada umur 29 hari -2 bulan
- b. Kunjungan bayi 1 kali pada umur 3 – 5 bulan
- c. Kunjungan bayi 1 kali pada umur 6 – 8 bulan
- d. Kunjungan bayi 1 kali pada umur 9 -11 bulan

Untuk meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup bayi maka diperlukan upaya pelayanan kebidanan yang komprehensif meliputi :

- a. Imunisasi dasar yang lengkap (bcg, polio, dpt/hb, campak) sebelum usia bayi 1 tahun
- b. Stimulasi deteksi intervensi dini tumbuh kembang bayi (SDIDTK)
- c. Pemberian Vitamin A 100.000 iu (6 – 11 bulan)
- d. Konseling ASI Eksklusif, pemberian makanan pendamping ASI, tanda-tanda terjadi sakit dan perawatan kesehatan bayi di rumah menggunakan KIA
- e. Penanganan dan rujukan kasus jika diperlukan

2. Imunisasi Dasar

Imunisasi merupakan usaha untuk memberikan kekebalan kepada bayiyaitu dengan cara memasukkan vaksin kedalam tubuh agar tubuh membuat zat anti untuk mencegah terhadap suatu penyakit tertentu dengan harapan anak menjadi kebal terhadap penyakit sehingga dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas.

Jenis-jenis Imunisasi dasar antara lain :

- a. BCG (*Basillus Calmatte Guerin*)

Imunisasi ini berfungsi untuk menghindari penyakit tbc

- b. Polio

Imunisasi ini berfungsi untuk menghindari penyakit polio (penyakit yang dapat menyebabkan kelumpuhan)

c. dpt

Imunisasi ini berfungsi untuk melindungi anak dari tiga penyakit sekaligus yaitu difteri, pertusis dan tetanus

d. Hepatitis B

Berfungsi untuk menghindari penyakit yang mengakibatkan kerusakan pada hati

e. Campak

Berfungsi untuk penyakit yang disebabkan oleh virus. Penyakit ini sangat menular yang ditandai dengan munculnya bintik-bintik merah pada seluruh tubuh. Vaksin ini diberikan pada saat bayi berusia 9 bulan

Jadwal pemberian Imunisasi

Tabel 12.1 Jadwal pemberian imunisasi

Vaksin	Pemberian	Jarak waktu pemberian	Usia	Dosis	Area penyuntikan
BCG	1x		0-11 bulan	0,05 cc	Kenan atas luar (intrakutan)
DPT/HB	3x	4 minggu	2-11 bulan	0,5 cc	Paha tengah luar (intramuskular)
POLIO	1x	4 minggu	0-11 bulan	2 tts (0,1 cc)	Diteteskan di mulut
CAMPAK	1x		9-11 bulan	0,5 cc	Lengan kiri atas (subcutan)
Hepatitis B	1x		0 hari	0,5 cc	Paha tengah luar (intramuskular)

3. Stimulasi deteksi intervensi dini tumbuh kembang bayi (SDIDTK)

Perkembangan bayi (0-12 bulan) dapat dilihat sebagai berikut :

a. Usia 0-3 bulan

- 1) Mengangkat kepala setinggi 45 derajat
- 2) Menggerakkan kepala dari kiri/kanan ke tengah
- 3) Melihat dan menatap wajah ibunya
- 4) Mengoceh spontan atau bereaksi dengan mengoceh

- 5) Suka tertawa keras
 - 6) Bereaksi terkejut terhadap suara keras
 - 7) Membalas tersenyum ketika diajak bicara/tersenyum
 - 8) Mengenali ibu dengan penglihatan, penciuman, pendengaran dan kontak
- b. Usia 3-6 bulan
- 1) Berbalik dari terlungkup keterlentang
 - 2) Mengangkat kepala setinggi 90 derajat
 - 3) Mempertahankan posisi kepala tetap tegak dan stabil
 - 4) Menggenggam pensil
 - 5) Meraih benda yang ada dalam jangkauannya
 - 6) Memegang tangannya sendiri
 - 7) Mengarahkan matanya pada benda-benda kecil
 - 8) Berusaha memperluas pandangan
 - 9) Mengeluarkan suara gembira bernada tinggi atau memekik
 - 10) Tersenyum ketika melihat mainan/gambar yang menarik saat bermain sendiri
- c. Usia 6-9 bulan
- 1) Duduk (sikap tripod-sendiri)
 - 2) Belajar berdiri, kedua kaki menyangga sebagian berat badan
 - 3) Merangkak meraih mainan atau mendekati seseorang
 - 4) Memindahkan benda dari satu tangan ke tangan lainnya
 - 5) Memungut 2 benda, masing-masing tangan pegang 1 benda pada saat yang bersamaan
 - 6) Memungut benda sebesar kacang dengan cara meraup
 - 7) Bersuara tanpa arti (mamama, bababa, dadada, tatata)
 - 8) Mencari mainan/benda yang dijatuhkan
 - 9) Bermain tepuk tangan/cilukba
 - 10) Bergembira dengan melempar benda
 - 11) Makan kue sendiri (usia 6-9 bulan)
 - 12) Mengangkat badannya ke posisi berdiri

- d. Usia 9-12 bulan
- 1) Belajar berdiri selama 30 detik atau berpegangan kursi
 - 2) Dapat berjalan dengan dituntun
 - 3) Mengeluarkan lengan/badan untuk meraih mainan yang didinginkan
 - 4) Menggenggam erat pensil
 - 5) Memasukkan benda ke mulut
 - 6) Mengulang menirukan bunyi yang didengar
 - 7) Menyebut 2-3 suku kata yang sama arti
 - 8) Mengeksplorasi sekitar, ingin tau, ingin menyentuh apa saja
 - 9) Bereaksi terhadap suara yang perlahan atau bisikan
 - 10) Senang diajak bermain "ciluk ba"
 - 11) Mengenal anggota keluarga, takut pada orang yang belum dikenal

4. Pemberian vitamin a 100.000 iu (6 - 11 bulan)

Vitamin a adalah zat gizi yang penting (essensial) bagi manusia karena zat gizi ini tidak dapat dibuat oleh tubuh sehingga harus dipenuhi dari luar

Vitamin A dapat diperoleh dari :

- a. Bahan makanan seperti bayam, daun singkong, pepaya matang, hati, kuning telur dan juga asi
- b. Bahan makanan yang kaya akan vitamin a
- c. Kapsul vitamin a dengan dosis yang tinggi

Manfaat vitamin a bagi tubuh :

- a. Dapat mencegah kebutaan serta penting untuk kesehatan mata
- b. Meningkatkan daya tahan tubuh, sehingga jika anak terkena diare tidak akan membahayakan, begitu juga jika anak terkena campak/infeksi penyakit lain(menurunkan angka kematian sekitar 30%-54%)
- c. Vitamin a dapat memberikan kesehatan pada anak serta pertumbuhan anak

E. Standart Asuhan Balita di Komunitas

1. Pengertian

Balita adalah anak yang telah memasuki usia diatas satu tahun yang diperhitungkan berusia 12-59 bulan yang sering disebut dengan anak dibawah lima tahun

2. Perawatan kesehatan pada balita (anak usia 1-5 tahun) meliputi :

- a. Pemeriksaan kesehatan anak secara berkala
- b. Penyuluhan pada orang tu, yaitu :
 - 1) Kebersihan anak
 - 2) Perawatan gigi
 - 3) Perbaikan gizi/pola pemberian makna anak
 - 4) Kesehatan lingkungan
 - 5) Pendidikan seksual dimulai sejak balita (sejak anak mengenal identitas sebagai seorang laki-laki atau perempuan)
 - 6) Perawatan anak sakit
 - 7) Menjauhkan anak dari ahaya
- c. Cara stimulasi perkembangan anak
- d. Imunisasi dan upaya pencegahan penyakit
- e. Pemberian vitamin a, kapsul vitamin a (warna merah) diberikan 2 kalidalam setahun
- f. Melakukan identifikasi adanya tanda kelainan dan penyakit yang mungkin timbul pada bayi dan cara mengananinya

3. Kunjungan anak balita

Kunjungan dilakukan pada saat :

- a. Kunjungan pertama , saat usia anak 12 bulan
- b. Kunjungan ke tiga dilakukan setiap 6 bula sampai usia anak 24 bulan
- c. Kunjungan selanjutnya jika diperlukan (usia 1-3 tahun, selain pemeriksaan hematologi rutin perlu juga ditambahkan pemeriksaan urin rutin untuk mendeteksi infeksi saluran kemih.

4. Tahapan perkembangan anak menurut usia

a. Usia 12 - 18 bulan

- 1) Berdiri sendiri tanpa berpegangan
- 2) Membungkuk, memungut mainan kemudian berdiri kembali
- 3) Berjalan mundur 5 langkah
- 4) Memanggil ayah dengan kata "papa" memanggil ibu dengan kata "mama"
- 5) Menumpuk 2 kubus
- 6) Memasukkan kubus ke kotak
- 7) Menunjuk apa yang diinginkan tanpa menangis/merengek, anak bisa mengeluarkan suara yang menyenangkan atau menarik tangan ibu
- 8) Memperlihatkan rasa cemburu/bersaing



Gambar 13.1 Anak usia 12 - 18 bulan

b. Usia 18 - 24 bulan

- 1) Mulai berdiri
- 2) Merjalan mundur
- 3) Berjongkok dan naik tangga
- 4) Menendang dan melempar bola
- 5) Melompat ditempat
- 6) Menari mengikuti irama musik serta menarik
- 7) Mendorong benda yang tidak terlalu berat
- 8) Membangun menara 4 balok atau lebih
- 9) Membalik halaman
- 10) Makan dan minum sendiri
- 11) Menyobek kertas
- 12) Memasukkan benda ke lubang yang sesuai

- 13) Menunjukkan preferensi tangan
- 14) Mulai ingin membantu memakai dan melepas pakaian
- 15) Bisa memberitahu ketika celananya basah
- 16) Menyimak dan menikmati cerita
- 17) Semakin memahami perkataan orang lain
- 18) Mengucap kalimat kombinasi 2 kata



Gambar 13.2 Anak usia 18-24 bulan

c. Usia 24 – 36 bulan

- 1) Jalan naik tangga
- 2) Dapat bermain dan menendang bola kecil
- 3) Mencoret-coret pensil dan kertas
- 4) Bicara dengan baik, menggunakan 2 kata
- 5) Dapat menunjuk 1 atau lebih bagian tubuhnya ketika diminta
- 6) Melihat gambar dan dapat menyebutkan dengan benar nama 2 benda atau lebih
- 7) Membantu memunguti mainannya sendiri atau membantu mengangkat piring jika diminta
- 8) Makan nasi sendiri tanpa banyak tumpah
- 9) Melepas pakaiannya sendiri



Gambar 13.3 Anak usia 24 – 36 bulan

d. Usia 36 – 48 bulan

- 1) Berdiri 1 kaki selama 2 detik
- 2) Melompat dengan kedua kaki diangkat
- 3) Mengayuh sepeda roda tiga
- 4) Menggambar garis lurus
- 5) Menumpuk 8 buah kubus
- 6) Mengenal 2-4 warna
- 7) Menyebut nama, umur, tempat
- 8) Mengerti arti kata di atas, di bawah dan di depan
- 9) Mendengar cerita
- 10) Mencuci dan mengeringkan tangan sendiri
- 11) Bermain bersama teman, mengikuti aturan permainan
- 12) Menggunakan sepatu sendiri
- 13) Menggunakan celana panjang, kemeja dan baju

e. Usia 48-60 bulan

- 1) Berdiri 1 kaki selama 6 detik
- 2) Melompat-lompat dengan 1 kaki
- 3) Menari
- 4) Menggambar tanda silang
- 5) Menggambar lingkaran
- 6) Menggambar orang dengan 3 bagian tubuh
- 7) Mengancing baju atau pakian boneka
- 8) Menyebut nama lengkap tanpa dibantu
- 9) Senang menyebut kata-kata baru
- 10) Senang bertanya sesuatu
- 11) Menjawab pertanyaan dengan kata-kata yang ebnar
- 12) Berbicara dengan mudah dimengerti
- 13) Dapat membandingkan/membedakan sesuatu dari ukuran dan bentuknya
- 14) Menyebut angka, menghitung jari
- 15) Menyebut nama-nama hari
- 16) Menggunakan pakaian sendiri tanpa bantuan
- 17) Menggosok gigi tanpa bantuan
- 18) Bereaksi tenang dan tidak rewel ketika ditinggal ibu (usia 60- 72 bulan)

- 19) Berjalan lurus
- 20) Berdiri dengan 1 kaki selama 11 detik
- 21) Menggambar 6 bagian dengan lengkap
- 22) Menangkap bola kecil dengan kedua tangan
- 23) Menggambar segi empat
- 24) Mengerti arti lawan kata
- 25) Mengerti pembicaraan yang menggunakan 7 kata atau lebih
- 26) Menjawab pertanyaan tentang benda terbuat dari apa dan kegunaannya
- 27) Mengenal angka, bisa berhitung mulai angka 5-10
- 28) Mengenal warna warni
- 29) Mengungkapkan simpati
- 30) Mengikuti aturan permainan
- 31) Berpakaian sendiri tanpa dibantu

5. Gangguan-gangguan dalam tahap tumbuh kembang anak

a. Gangguan bicara dan bahasa

Ana yang kurang mendapatkan stimulasi dapat menyebabkan gangguan bicara dan berbahasa bahkan gangguan ini dapat menetap

b. Cerebral palsy

Disebabkan karena suatu kerusakan/gangguan pada sel-sel motorik pada susunan saraf pusat yang sedang tumbuh/belum selesai pertumbuhannya

c. Down sindrom

Perkembangan yang lebih lambat dari anak yang normal dan diakibatkan adanya keterlambatan perkembangan motorik dan keterampilan untuk menolong sendiri

d. Gangguan autisme

Muncul sebelum anak berusia 3 tahun. Gangguan yang ditemukan pada anak autis yaitu bidang interaksi sosial, komunikasi dan perilaku.

e. Retardasi mental

Merupakan kondisi yang ditandai dengan (iq <70) yang menyebabkan ketidakmampuan individu untuk belajar adaptasi terhadap tuntutan masyarakat atas kemampuan yang dianggap normal

f. Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas (GPPH)

Gangguan dimana anak mengalami kesulitan untuk memusatkan perhatian yang seringkali disertai dengan hiperaktivitas

6. Kebijakan pemerintah berkaitan dengan pelayanan anak Balita

Pemerintah mengatasi persoalan untuk menurunkan angka kematian anak Balita. Kegiatan-kegiatan yang dapat menunjang kebijakan tersebut adalah :

- a. Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu)
- b. Bkb (bina keluarga balita)
- c. Program paud

7. Standar minimal peralatan bayi dan balita di komunitas

1. Peralatan tidak steril	2. Peralatan steril	3. Bahan habis pakai
a. Stetoskop	a. Klem	a. Kapas
b. Timbangan bayi	b. ½ kocher	b. Kain kasa
c. Pengukur panjang bayi	c. Korentang	c. Plester
d. Termometer	d. Gunting tali pusat	
e. Oksigen & regulator	e. Gunting benang	
f. Penghisap lendir	f. Pinset (anatomis, cirugis)	
g. Ambubag (bayi)	g. Pengikat tali pusat	

1. Peralatan tidak steril	2. Peralatan steril	3. Bahan habis pakai
<ul style="list-style-type: none"> h. Lampu sorot i. Penghitung nadi j. Sterilisator k. Bak instrumen l. Pita lila m. Sarung tangan n. Celemek o. Masker p. Sepatu boot q. Kacama gogel r. Tempat kain kotor 	<ul style="list-style-type: none"> h. Penghisap lendir i. Sarung tangan j. Heating set 	

DAFTAR PUSTAKA

- G.J.Tombokan, Atik Purwandari, N. M. T. (2016). *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Bogor : IN MEDIA
- Hirfa Turrahmi, 2017 . *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Komunitas*. Jakarta : Fakultas Kedokteran dan Universitas Muhamadiyah
- Runjati. 2011. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Jakarta : EGC
- Siti Cholifah, Y. P. 2019. *Buku Ajar Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Komunitas* (M. K. Septi Budi Sartika, M.Pd, M. Tanzil Multazam, S.H . Sidoarjo : UMSIDA Press

BAB 13

ASUHAN KONTRASEPSI DAN LANSIA DI KOMUNITAS

Mutia Felina, S.SiT, M.Keb.

A. Pendahuluan

Bidan memberikan kontribusi yang tidak terpisahkan dalam meningkatkan taraf kesehatan masyarakat sebagai penyelenggara atau penyelenggara pelayanan kesehatan. Agar bidan dapat berperan aktif dalam membantu komunitasnya dalam menyelesaikan masalah kesehatan, bidan harus mampu mengorganisir dan memberdayakan anggota masyarakat. (wahyuni, dkk, 2020).

Komunitas didefinisikan oleh Organisasi Kesehatan Dunia sebagai kumpulan orang-orang yang saling bergantung dan tinggal di lokasi tertentu yang memiliki praktik budaya, norma, dan nilai yang sama. Konsep kebidanan komunitas pertama kali diusulkan pada kegiatan tindak lanjut konferensi internasional tentang Safe Motherhood yang diadakan di Nairobi pada tahun 1987 (Wahyuni, dkk, 2020).

Prinsip inti dari bidan adalah kebidanan komunitas, yang mencakup pelayanan mereka kepada keluarga dan masyarakat di lokasi tertentu. Di luar jam kerja rumah sakit, bidan komunitas memberikan pelayanan kepada keluarga dan masyarakat. Ide ini mencakup sejumlah komponen. Komponen tersebut antara lain bidan sebagai pemberi pelayanan, pelayanan kebidanan, masyarakat sebagai media pelayanan, ilmu pengetahuan dan teknologi kebidanan, dan permasalahan lingkungan hidup yang berdampak di lapangan. Setiap komponen mempunyai sifat yang unik. (Dewi Parwati, 2023).

Kebidanan komunitas merupakan konsep dasar bidan dalam melayani keluarga dan masyarakat di wilayah tertentu. Kebidanan komunitas adalah bidan yang melayani keluarga dan Masyarakat diluar rumah sakit. Di dalam konsep tersebut berbagai unsur tercakup di dalamnya. Unsur-unsur tersebut adalah bidan sebagai pelaksana pelayanan, pelayanan kebidanan, komunitas sebagai sarana pelayanan, ilmu dan teknologi kebidanan serta faktor yang mempengaruhi seperti lingkungan. Masing-masing unsur memiliki karakteristik tersendiri (Dewi Parwati, 2023).

KB (Keluarga Berencana) adalah perencanaan kehamilan sehingga hanya terjadi pada waktu yang diinginkan. Tujuannya adalah untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta keluarga dalam rangka mewujudkan Norma Keluarga Kecil yang Bahagia dan Sejahtera (NKKBS) yang menjadi dasar bagi terwujudnya masyarakat yang sejahtera melalui pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia (Dewi Parwati, 2023).

Untuk meminimalkan angka kematian ibu, menurunkan angka kesuburan bagi pasangan yang telah mempunyai cukup anak (idealnya dua anak), dan meningkatkan kesuburan bagi pasangan yang ingin mempunyai anak, disediakan pelayanan KB yang berkualitas sesuai dengan standar yang menjunjung tinggi hak asasi manusia. hak individu ketika merencanakan kehamilan. (Sandra, dkk, 2016).

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 (Sandra, dkk, 2016).

Menurut Depkes RI, 2003. Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun yang telah mengalami perubahan fisik, kejiwaan dan sosial.

B. Pelayanan Kontrasepsi di Komunitas

1. Pengertian KB

Menurut WHO (World Health Organization), Keluarga Berencana adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk :

- a. Mencapai target yang telah ditentukan
- b. Mencegah keguguran
- c. Miliki bayi impian Anda
- d. Tentukan rentang waktu antar kehamilan
- e. Kelola usia pasangan berdasarkan waktu lahir mereka
- f. Cari tahu berapa banyak anak dalam rumah tangga tersebut. (Dewi Parwati, 2023).

2. Tujuan KB di Komunitas

Tujuan umum KB di komunitas adalah meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta keluarga dalam rangka mewujudkan Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS).

Tujuan khusus KB di komunitas adalah :

- a. Meningkatkan kesadaran masyarakat/keluarga dalam penggunaan alat kontrasepsi
- b. Menurunkan angka kelahiran bayi
- c. Meningkatkan kesehatan masyarakat/keluarga dengan cara penjarangan kelahiran (Dewi Parwati, 2023).

3. Sasaran KB di Komunitas

Sasaran pelaksanaan KB di komunitas meliputi:

- a. Sasaran langsung adalah siapa pun yang tinggal di wilayah layanan bidan yang merupakan orang tua dan ingin menurunkan angka kelahiran melalui penggunaan kontrasepsi secara konsisten
- b. Sasaran tidak langsung adalah tersedianya pelaksana KB yang memiliki kemampuan untuk melakukan upaya menurunkan tingkat kelahiran melalui beberapa cara pendekatan kepada semua pihak untuk mewujudkan

keluarga yang berkualitas, sehat dan Sejahtera (Sandra, dkk, 2016).

4. Manfaat KB di Komunitas

a. Manfaat untuk ibu,

Mengurangi risiko anemia, kerentanan penyakit menular, dan kelelahan akibat keguguran serta memiliki terlalu banyak bayi terlalu cepat merupakan salah satu cara untuk meningkatkan kesehatan fisik.

Peningkatan kesejahteraan psikologis dan emosional yang memungkinkan jumlah waktu yang cukup untuk merawat anak-anak lain, bersantai, menikmati waktu luang, dan berpartisipasi dalam kegiatan lain

b. Manfaat untuk anak yang akan dilahirkan,

Berkembang secara normal sepanjang masa kehamilan.

Begitu mereka lahir, ibu mereka merawat mereka dengan baik.

c. Manfaat untuk anak yang lainnya,

Peningkatan perkembangan fisik karena akses universal terhadap gizi yang cukup

Seorang wanita dapat mengasuh anak-anaknya dengan lebih baik, yang mengarah pada perkembangan mental dan emosional yang lebih baik.

Karena keuangan keluarga tidak habis, tersedia pilihan pendidikan yang lebih banyak.

d. Manfaat untuk seluruh keluarga,

Pastikan semua anggota keluarga sehat secara emosional, mental, dan fisik.

Bagi generasi mendatang, keluarga yang terorganisasi dengan baik adalah teladan yang harus diikuti.

Ada lebih banyak pilihan pendidikan untuk semua anggota keluarga.

Lebih banyak hal dapat dicapai jika rumah tangga terorganisasi dengan baik

e. kesejahteraan lingkungan (Dewi Parwati, 2023).

5. Pelaksanaan Pelayanan KB di Komunitas

Pelayanan KB yang 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 bagi pasangan yang telah cukup memiliki anak serta meningkatkan fertilitas bagi pasangan yang ingin mempunyai anak (Sandra,dkk, 2016).

Tugas bidan di komunitas mengenai KB, diantaranya:

- a. Mengetahui berapa banyak pasangan dan wanita usia subur yang memerlukan pelayanan KB. 2. Cari tahu siapa yang membutuhkan layanan apa.
- b. Membuat strategi pelayanan KB klien berdasarkan masalah prioritas klien.
- c. Memberikan pengobatan sesuai dengan rencana perawatan yang telah ditetapkan
- d. Mengkaji mutu pelayanan kebidanan yang telah diberikan
- e. Mengembangkan pelayanan asuhan lanjutan klien
- f. Dokumentasikan informasi dan laporan perawatan (Dewi Parwati, 2023).

6. Upaya Peningkatan Pelayanan KB di Komunitas

Untuk mempertahankan dan meningkatkan cakupan peserta KB perlu diupayakan pengelolaan program yang berhubungan dengan peningkatan aspek kualitas, teknis, dan aspek manajerial pelayanan KB. Perlu diterapkan pelayanan yang sesuai standar dan variasi pilihan metode KB dari aspek kualitas serta pelatihan klinis dan non klinis secara berkesinambungan dari segi teknis.

Selanjutnya aspek manajerial, pengelola program KB perlu melakukan revitalisasi dalam segi analisis situasi program KB dan sistem pencatatan dan pelaporan pelayanan KB (Sandra,dkk, 2016).

Program yang bertujuan untuk meningkatkan teknis, administratif, dan kualitas layanan keluarga berencana diperlukan untuk mempertahankan dan memperluas jumlah masyarakat yang menggunakan layanan tersebut. Layanan berkualitas yang mematuhi standar dan menyediakan berbagai pilihan metode keluarga berencana sangatlah penting, begitu pula dengan pelatihan teknis yang berkelanjutan baik di bidang klinis maupun non-klinis.

Pengelola program keluarga berencana juga mempunyai tanggung jawab administratif untuk menilai kondisi program keluarga berencana saat ini serta sistem pelaporan dan pencatatan pelayanan keluarga berencana untuk merevitalisasi program tersebut. (Sandra,dkk, 2016).

7. Sistem Rujukan Pelayanan Kontrasepsi di Komunitas

- a. Tujuannya adalah untuk meningkatkan mutu, cakupan dan efisiensi pelaksanaan pelayanan metode kontrasepsi.
- b. Perhatian utama ditujukan kepada upaya penurunan angka kejadian, efek samping, komplikasi dan kegagalan pengguna kontrasepsi.
- c. Rujukan dapat berlangsung internal antara petugas puskesmas, antara pustu dan puskesmas, antara masyarakat dan puskesmas, antara satu puskesmas dan puskesmas lain. Antara puskesmas dan rumah sakit, lab dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya
- d. Rujukan bukan berarti melepas tanggung jawab, tetapi karena kondisi klien yang harus menerima pelayanan yang lebih baik
- e. Untuk melaksanakan rujukan harus menginformasikan terlebih dahulu kondisi klien yang dirujuk, hal yang diharapkan di tempat rujukan, pengantar tertulis dan Riwayat serta upaya Tindakan yang telah diberikan.

- f. Klien harus didampingi dalam perjalanan menuju tempat rujukan (Wahyuni, dkk, 2020)

C. Asuhan Lanjut Usia (Lansia) di Komunitas

Asuhan kebidanan pada lansia lebih berfokus pada Wanita yang telah mengalami menopause. Yaitu berhentinya menstruasi secara permanen pada Wanita. Menurut ahli, istilah menopause sebaiknya dibatasi pada peristiwa akhir dari menstruasi dan menggambarkan bahwa menopause bukan merupakan suatu kondisi, tetapi lebih dari perubahan fisiologis dan psikologis yang terjadi pada masa tertentu dalam kehidupan Wanita (Dewi Parwati, 2023).

Klimakterium yang merupakan periode transisi secara keseluruhan, diartikan sebagai proses penuaan yang dilewati wanita selama tahap reproduktif ke non reproduktif. Pra menopause adalah bagian dari klimakterium sebelum terjadi menopause. Sebelum menopause siklus menstruasi Wanita cenderung menjadi tidak teratur dan selama waktu tersebut wanita mungkin akan mengalami gejala-gejala klimakterium.

Pasca menopause adalah fase setelah menopause dengan titik akhir yang tidak bisa ditetapkan dengan pasti. Sedangkan perimenopause adalah istilah yang digunakan untuk beberapa tahun sebelum dan setelah berhentinya menstruasi (Varney, 2007) (Dewi Parwati, 2023).

Wanita yang telah memasuki masa menopause merupakan fokus utama pelayanan kebidanan pada lansia. Khususnya berakhirnya haid untuk selamanya pada wanita. Para ahli sepakat bahwa menopause hanya boleh digunakan untuk menggambarkan periode menstruasi terakhir; Hal ini akan membuat peralihan dari menstruasi ke keadaan fisiologis dan psikologis yang berbeda menjadi lebih jelas (Dewi Parwati, 2023).

Klimakterium merupakan proses penuaan yang dialami wanita mulai dari fase reproduksi hingga non-reproduksi dalam hidupnya. Ini adalah masa transisi secara umum. Klimakterium dimulai pada tahun-tahun menjelang menopause, suatu periode

yang dikenal sebagai pra-menopause. Periode menstruasi yang tidak teratur dan gejala klimakterik lainnya sering terjadi pada wanita sebelum menopause

Waktu segera setelah menopause, yang dikenal sebagai “pasca menopause”, tidak memiliki titik akhir yang jelas. Pada saat yang sama, tahun-tahun menjelang dan setelah berakhirnya menstruasi secara kolektif dikenal sebagai perimenopause. (Varney, 2007) (Dewi Parwati, 2023).

1. Pengertian Lansia

Setyonegoro (1984), menyebutkan bahwa lansia adalah orang yang berusia lebih dari 65 tahun.

Klasifikasi lansia menurut WHO adalah usia pertengahan (middle age: 45-59), lanjut usia (elderly: 60-74), lanjut usia tua (old age : 75-90), usia sangat tua (very old : lebih dari 90 tahun) (Sandra, dkk, 2026).

2. Pengertian Kesehatan Reproduksi

Reproduksi adalah kemampuan makhluk hidup menghasilkan keturunan dengan tujuan untuk mempertahankan jenisnya. Untuk melakukan proses reproduksi, manusia memerlukan alat reproduksi dan kelenjar reproduksi yang sehat (Sandra, dkk, 2016).

3. Perubahan dan reaksi yang terjadi pada Lansia

Menjelang seseorang mengalami lansia akan terjadi perubahan-perubahan sebagai berikut:

- a. Perubahan fisik dan kekuatan yang berpengaruh pada penampilan
- b. Perubahan tingkah laku dan kemampuan daya ingat yang menurun
- c. Perasaan sensitif dan emosional yang meningkat
- d. Perubahan keseimbangan hormonal sehingga berkurangnya dorongan seksual (Sandra, dkk, 2016)

4. Pelayanan Kesehatan pada Lansia

Puskesmas yang berada di sekitar tempat tinggal lansia membentuk kelompok-kelompok lansia sehingga pelayanannya lebih terorganisir dan lebih mudah dilaksanakan baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif.

Jenis-jenis pelayanan kesehatannya yaitu:

- a. Pemeriksaan fisik dengan bimbingan makanan sehat
- b. Pemantapan kondisi mental sehingga perasaan mereka dapat terkendali
- c. Bimbingan bagaimana menurunkan emosi (Sandra, dkk, 2016)

5. Tugas Bidan di Komunitas pada Wanita dengan Menopause

- a. Cari tahu di mana pelanggan berada secara medis dan jenis perawatan apa yang mereka butuhkan.
- b. Menetapkan diagnosis, prognosis, prioritas perawatan, dan persyaratan
- c. Berkolaborasi dengan klien untuk membuat rencana perawatan yang mengatasi permasalahan mereka yang paling mendesak.
- d. Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai jadwal
- e. Mengembangkan strategi tindak lanjut klien setelah mengevaluasi hasil pengobatan
- f. Dokumentasikan informasi dan laporan perawatan (Dewi Parwati, 2023)

6. Perubahan Sistem Reproduksi Pria pada Lansia

- a. Produksi testosteron menurun secara bertahap
- b. Kelenjar prostat biasanya membesar
- c. Respon seksual menurun
- d. Fase orgasme lebih singkat dengan ejakulasi yang tanpa disadari
- e. Penurunan tonus otot

- f. Kemampuan ereksi kembali setelah ejakulasi semakin Panjang
- g. Ereksi pagi hari semakin jarang terjadi (Sandra, dkk, 2016).

7. Perubahan Sistem Reproduksi Wanita pada Lansia

- a. Vagina berangsur-angsur mengalami atrofi, meskipun pada wanita yang belum pernah melahirkan
- b. Uterus mengalami atrofi, panjangnya menyusut dan dindingnya menipis
- c. Ovarium, setelah menopause ukuran sel telur mengecil dan permukaannya menjadi keriput
- d. Payudara akan menyusut dan menjadi datar, kecuali pada wanita gemuk, Dimana payudara tetap besar dan menggantung (Sandra, dkk, 2016).

8. Pelayanan Kesehatan Reproduksi pada Lansia

- a. Kebijakan kesehatan reproduksi lanjut usia
 - 1) Meningkatkan dan memperkuat peran keluarga dan masyarakat dalam penyelenggaraan upaya kesehatan reproduksi lanjut usia
 - 2) Meningkatkan koordinasi dan integrasi pusat maupun daerah yang mendukung kesehatan reproduksi lanjut usia
 - 3) Membangun serta mengembangkan sistem jaminan dan bantuan sosial
 - 4) Meningkatkan dan memantapkan peran kelembagaan dalam kesehatan reproduksi yang mendukung peningkatan kualitas hidup lanjut usia
- b. Strategi kesehatan reproduksi lanjut usia
 - 1) Melakukan advokasi, sosialisasi untuk membangun kemitraan
 - 2) Mendorong dan menumbuh kembangkan partisipasi dan peran serta keluarga dan Masyarakat
 - 3) Peningkatan profesionalisme dan kinerja tenaga serta penerapan kendali mutu pelayanan
 - 4) Membangun sistem pelayanan kespro lansia

- 5) Melakukan penelitian untuk mengetahui permasalahan kespro lansia
 - 6) Melakukan tindak lanjut
- c. Strategi merawat organ reproduksi wanita lanjut usia
 - 1) Bersihkan bagian luar alat kelamin wanita setelah BAK atau BAB
 - 2) Ganti pembalut sesering mungkin
 - 3) Hindari memasukkan jari kedalam alat kelamin wanita dengan tujuan membersihkan bagian dalam
 - d. Sebelum dan sesudah berhubungan suami istri, bersihkan alat kelamin dengan air bersih
 - e. Apabila pasien keputihan, sering-seringlah mengganti celana dalam
 - f. Hindari mencukur bulu kemaluan terlalu sering
 - g. Jangan menggunakan produk atau obat perawatan alat kelamin (Sandra, dkk, 2016).

DAFTAR PUSTAKA

- Gerce, Sandra. (2016). Asuhan Kebidanan Komunitas. In Media. Manado
- Parwati, Dewi (2023). Asuhan Kebidanan Komunitas. Fatima Press. Makassar
- Wahyuni, Mustar, dkk. (2020). Kebidanan Komunitas. Yayasan Kita Menulis. Bukittinggi

BAB 14

ADVOKASI, NEGOSIASI DAN MEMBANGUN KEMITRAAN DI KOMUNITAS

Lilis Suryani, S.ST., M.K.M.

A. Pendahuluan

Peran bidan di komunitas sangat penting dalam melakukan advokasi untuk meningkatkan kesehatan perempuan dan masyarakat secara keseluruhan. Bidan dapat berperan dalam mengadvokasi kebijakan kesehatan yang berhubungan dengan perempuan, advokasi untuk meningkatkan pemahaman masyarakat tentang kesehatan ibu dan anak, mengadvokasi kesetaraan gender dan diskriminasi terhadap perempuan dalam konteks kesehatan, melindungi hak-hak perempuan serta advokasi untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang isu-isu kesehatan yang relevan

Setiap komunitas memiliki kondisi sosial dan beragam budaya yang unik. Oleh karena itu dalam menghadapi permasalahan kesehatan dan hambatan sosial di komunitas, bidan perlu bekerja sama dengan pemerintah, organisasi masyarakat, dan pihak terkait lainnya untuk meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan, meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan (Wahyuni, 2020). Sehingga penting bagi seorang bidan di komunitas untuk memahami dan memiliki keterampilan melakukan advokasi, negosiasi serta membangun kemitraan di komunitas.

B. Advokasi

1. Pengertian Advokasi

Advokasi merupakan upaya pendekatan (*approaches*) terhadap orang lain yang dianggap mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan suatu program. Berangkat dari pengertian tersebut, maka yang menjadi sasaran atau target advokasi adalah para pemimpin suatu organisasi atau institusi kerja baik dilingkungan pemerintah maupun swasta serta organisasi kemasyarakatan. Aspek komunikasi, advokasi adalah salah satu komunikasi personal, interpersonal, maupun massa yang ditujukan bagi para penentu kebijakan (*policy makers*) pada semua tingkat dan tatanan sosial (Zaenal, 2018).

Advokasi kesehatan adalah upaya pendekatan kepada pemimpin atau pengambil keputusan supaya dapat memberikan dukungan, kemudahan, dan semacamnya pada upaya pembangunan Kesehatan. Advokasi akan lebih efektif bila dilaksanakan dengan prinsip kemitraan, yaitu dengan membentuk jejaring advokasi atau forum kerjasama. Pengembangan kemitraan adalah upaya membangun hubungan para mitra kerja berdasarkan kesetaraan, keterbukaan dan saling memberi manfaat. Sehingga advokasi kemitraan berarti mempertahankan, berbicara serta mendukung seseorang untuk mempertahankan ide dan kerja sama dengan berbagai pihak.

2. Tujuan Advokasi

a. Tujuan Umum

Diperolehnya komitmen dan dukungan dalam upaya kesehatan, baik berupa kebijakan, tenaga, dana, sarana, kemudahan, keikutsertaan dalam kegiatan, maupun berbagai bentuk lainnya sesuai keadaan dan usaha.

b. Tujuan Khusus

- 1) Adanya pengenalan atau kesadaran
- 2) Adanya ketertarikan atau peminatan atau tanpa penolakan.
- 3) Adanya kemauan atau kepedulian atau kesanggupan untuk membantu dan menerima perubahan (yang diperlukan)
- 4) Adanya tindakan/ perbuatan/kegiatan yang nyata (yang diperlukan).
- 5) Adanya kelanjutan kegiatan (kesinambungan kegiatan).

3. Sasaran dan Perilaku

Sasaran advokasi adalah berbagai pihak yang diharapkan dapat memberikan dukungan terhadap upaya kesehatan khususnya para pengambil keputusan dan penentu kebijakan di pemerintahan, lembaga perwakilan rakyat, mitra di kalangan pengusaha/swasta, badan penyanggah dana, media massa, organisasi profesi, organisasi kemasyarakatan, lembaga swadaya masyarakat, tokoh-tokoh berpengaruh dan tenar, dan kelompok potensial lainnya di masyarakat. Semuanya bukan hanya berpotensi mendukung, tetapi juga menentang atau berlawanan atau merugikan kesehatan misalnya industri rokok.

Pelaku advokasi kesehatan adalah siapa saja yang peduli terhadap upaya kesehatan, dan memandang perlu adanya mitra untuk mendukung upaya tersebut. Pelaku advokasi dapat berasal kalangan pemerintah, swasta, perguruan tinggi, organisasi profesi, organisasi berbasis masyarakat/agama, LSM, dan tokoh berpengaruh.

4. Prinsip Advokasi

Beberapa prinsip prinsip di bawah ini bisa dijadikan pedoman dalam melakukan advokasi, yaitu sebagai berikut:

- a. Realitas. Memilih isu dan agenda yang realistis, jangan buang waktu kita untuk sesuatu yang tidak mungkin tercapai.
- b. Sistematis. Advokasi memerlukan perencanaan yang akurat, kemasan informasi semenarik mungkin dan melibatkan media yang efektif.
- c. Taktis. Advokasi tidak mungkin bekerja sendiri, jalin koalisi dan aliansi terhadap sekutu. Sekutu dibangun berdasarkan kesamaan kepentingan dan saling percaya.
- d. Strategis. Kita dapat melakukan perubahan-perubahan untuk masyarakat dengan membuat strategis jitu agar advokasi berjalan dengan sukses.
- e. Berani. Jadikan isu dan strategis sebagai motor gerakan dan tetaplah berpijak pada agenda Bersama.

5. Strategi Advokasi

Strategi Advokasi adalah sebuah kombinasi dari pendekatan, teknik dan pesan-pesan yang diinginkan oleh para perencana untuk mencapai maksud dan tujuan advokasi. Langkah-langkah kunci dalam merumuskan strategi advokasi:

- a. Mengidentifikasi dan menganalisa isu advokasi.
- b. Mengidentifikasi dan menganalisis pemangku kepentingan utama.
- c. Merumuskan tujuan yang terukur.
- d. Mengembangkan pesan-pesan utama advokasi.
- e. Mengembangkan strategi (pendekatan, teknik-teknik, pesan-pesan, dll).
- f. Mengembangkan rencana aksi advokasi.
- g. Merencanakan pengawasan, pemantauan, dan penilaian (Candrawati *et al.*, 2023).

6. Langkah-Langkah Advokasi

- a. Identifikasi dan analisis masalah atau isi yang memerlukan advokasi.

Masalah atau isu advokasi perlu dirumuskan berbasis data atau fakta. Data sangat penting agar keputusan yang dibuat berdasarkan informasi yang tepat dan benar. Data berbasis fakta sangat membantu menetapkan masalah, mengidentifikasi solusi dan menentukan tujuan yang realistis.

- b. Identifikasi dan analisis kelompok sasaran

Sasaran kegiatan advokasi ditujukan kepada para pembuat keputusan (*decision maker*) atau penentu kebijakan (*policy maker*), baik di bidang kesehatan maupun di luar sektor kesehatan yang berpengaruh terhadap publik. Tujuannya adalah agar pembuat keputusan mengeluarkan kebijakan-kebijakan, antara lain dalam bentuk peraturan, undang-undang, instruksi, dan yang menguntungkan kesehatan. Dalam mengidentifikasi sasaran, perlu ditetapkan siapa saja yang menjadi sasaran, mengapa perlu advokasi, apa kecenderungannya, dan apa harapan kita kepadanya.

- c. Siapkan dan kemas bahan informasi

Tokoh politik mungkin termotivasi dan akan mengambil keputusan jika mereka mengetahui secara rinci besarnya masalah kesehatan tertentu. Oleh sebab itu, penting diketahui pesan atau informasi apa yang diperlukan agar sasaran yang dituju dapat membuat keputusan yang mewakili kepentingan advokator.

- d. Rencanakan teknik atau acara kegiatan operasional

Beberapa teknik dan kegiatan operasional advokasi dapat meliputi, konsultasi, lobi, pendekatan, atau pembicaraan formal atau informal terhadap para pembuat keputusan, negosiasi atau resolusi konflik, pertemuan khusus, debat publik, petisi, pembuatan opini, dan seminar-seminar kesehatan

- e. Laksanakan kegiatan, pantau evaluasi serta lakukan tindak lanjut.

C. Negosiasi

1. Pengertian

Negosiasi adalah suatu proses dimana dua pihak atau lebih yang memiliki kepentingan yang sama atau bertentangan bertemu dan berbicara untuk mencapai kesepakatan. Upaya negosiasi diperlukan ketika:

- a. Tidak memiliki kekuatan untuk memaksakan hasil yang diinginkan
- b. Terjadi konflik antara para pihak, masing-masing pihak tidak memiliki kekuatan yang cukup atau memiliki kekuatan yang terbatas untuk menyelesaikannya secara sepihak.
- c. Keberhasilan dipengaruhi oleh kekuasaan atau otoritas orang lain

2. Karakteristik Negosiasi

- a. Selalu melibatkan orang, baik sebagai individu, perwakilan organisasi atau perusahaan, baik secara sendiri maupun secara kelompok.
- b. Menggunakan cara-cara pertukaran barang, baik dalam bentuk tawar menawar maupun barter.
- c. Negosiasi biasanya menyangkut hal-hal di masa depan atau sesuatu yang belum terjadi dan yang kita inginkan terjadi.
- d. Akhir dari negosiasi adalah kesepakatan yang diambil oleh kedua belah pihak, meskipun kesepakatan tersebut misalnya kedua belah pihak setuju untuk tidak setuju.
- e. Hampir selalu tatap muka dengan menggunakan bahasa lisan, gerak tubuh dan ekspresi wajah.
- f. Memiliki ancaman terjadinya atau mengandung konflik yang terjadi sejak awal sampai dengan tercapainya kesepakatan pada akhir perundingan.

- g. Lobi atau negosiasi sebenarnya adalah cara yang paling efektif untuk menyelesaikan dan menyelesaikan konflik atau perbedaan kepentingan.

3. Langkah-Langkah Negosiasi

a. Persiapan

- 1) Menentukan secara jelas apa yang ingin kita capai dalam negosiasi. Tujuan ini harus jelas dan terukur, sehingga kita bisa membangun ruang untuk bernegosiasi.
- 2) Gali informasi sebanyak mungkin mengenai siapa dia/mereka, kekuatan dan kelemahannya, apa tujuan atau kepentingannya.

b. Pembukaan

Ada tiga sikap yang perlu kita kembangkan dalam mengawali negosiasi yaitu: menyenangkan (*pleasant*), tegas (*assertive*), dan teguh (*firm*). Berikut ada beberapa tips dalam mengawali sebuah negosiasi:

- 1) Jangan memegang apa pun di tangan kanan anda ketika memasuki ruangan negosiasi.
- 2) Ulurkan tangan untuk berjabat tangan terlebih dulu.
- 3) Jabat tangan dengan tegas dan singkat
- 4) Berikan senyum dan katakan sesuatu yang pas untuk mengawali pembicaraan

c. Mulai Proses Negosiasi

- 1) Tunggu saat yang tepat bagi kedua pihak untuk memulai pembicaraan pada materi pokok negosiasi.
- 2) Sampaikan pokok-pokok keinginan atau tuntutan pihak anda secara jelas, singkat dan penuh percaya diri.
- 3) Tekankan bahwa anda atau organisasi anda berkeinginan untuk mencapai suatu kesepakatan dengan mereka.
- 4) Sediakan ruang untuk manuver atau tawar menawar dalam negosiasi, jangan membuat hanya dua pilihan ya atau tidak.

- 5) Sampaikan bahwa “jika anda memberi kami itu, kami akan memberi anda ini (*if you’ll give us this, we’ll give you that*)”. Sehingga mereka mengerti dengan jelas apa yang harus mereka berikan sebagai kompensasi dari apa yang akan kita berikan.

Dengarkan dengan efektif apa yang ditawarkan atau yang menjadi tuntutan pihak lain. Mendengar dengan efektif memerlukan kebiasaan dan teknik teknik tertentu. Seperti misalnya bagaimana mengartikan gerakan tubuh dan ekspresi wajah pembicara. Usahakan selalu membangun kontak mata dengan pembicara dan kita berada dalam kondisi yang rileks namun penuh perhatian (Suryani, Desri, 2022).

D. Kemitraan

1. Definisi Kemitraan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) arti kata mitra adalah teman, kawan kerja, pasangan kerja, rekan. Kemitraan artinya perihal hubungan atau jalinan kerjasama sebagai mitra. Ada berbagai pengertian kemitraan secara umum (Promkes Depkes RI) meliputi:

- a. Kemitraan mengandung pengertian adanya interaksi dan interelasi minimal antara dua pihak atau lebih dimana masing-masing pihak merupakan “mitra” atau “*partner*”.
- b. Kemitraan adalah proses pencarian/perwujudan bentuk-bentuk kebersamaan yang saling menguntungkan dan saling mendidik secara sukarela untuk mencapai kepentingan bersama.
- c. Kemitraan adalah upaya melibatkan berbagai komponen baik sektor, kelompok masyarakat, lembaga pemerintah atau non pemerintah untuk bekerja sama mencapai tujuan bersama berdasarkan atas kesepakatan, prinsip, dan peran masing-masing.
- d. Kemitraan adalah suatu kesepakatan dimana seseorang, kelompok atau organisasi untuk bekerja sama mencapai tujuan, mengambil dan melaksanakan serta membagi

tugas, menanggung bersama baik yang berupa resiko maupun keuntungan, meninjau ulang hubungan masing-masing secara teratur dan memperbaiki kembali kesepakatan bila diperlukan (Darwis and Marsofely, 2022).

2. Prinsip Kemitraan

Dalam membangun Kemitraan ada tiga prinsip kunci yang perlu dipahami oleh masing-masing anggota kemitraan yaitu:

a. *Equity* atau Persamaan

Individu, organisasi atau individu yang telah bersedia menjalin kemitraan harus merasa "*duduk sama rendah berdiri sama tinggi*". Oleh sebab itu di dalam forum kemitraan asas demokrasi harus diutamakan, tidak boleh satu anggota memaksakan kehendak kepada yang lain karena merasa lebih tinggi dan tidak ada dominasi terhadap yang lain.

b. *Transparency* atau Keterbukaan

Keterbukaan adalah apa yang menjadi kekuatan atau *kelebihan* atau apa yang menjadi kekurangan atau kelemahan masing-masing anggota harus diketahui oleh anggota lainnya. Demikian pula berbagai sumber daya yang dimiliki oleh anggota yang Satu harus diketahui oleh anggota yang lain. Bukan untuk menyombongkan yang satu terhadap yang lainnya, tetapi lebih untuk saling memahami satu dengan yang lain sehingga tidak ada rasa saling mencurigai.

c. Mutual Benefit atau Saling Menguntungkan

Menguntungkan disini bukan selalu diartikan dengan materi ataupun uang tetapi lebih kepada non materi. Saling menguntungkan disini lebih dilihat dari kebersamaan atau sinergitas dalam mencapai tujuan bersama.

3. Landasan dalam Kemitraan

Tujuh landasan yaitu:

- a. Saling memahami kedudukan, tugas dan fungsi (kaitan dengan struktur)
- b. Saling memahami kemampuan masing-masing (kapasitas unit atau organisasi)
- c. Saling menghubungi secara proaktif (*linkage*)
- d. Saling mendekati, bukan hanya secara fisik tetapi juga pikiran dan perasaan (empati, *proximity*)
- e. Saling terbuka, dalam arti kesediaan untuk dibantu dan membantu (*openness*)
- f. Saling mendorong atau mendukung kegiatan (*synergy*)
- g. Saling menghargai kenyataan masing-masing (*reward*).

E. Pemberdayaan Masyarakat

1. Definisi Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat adalah upaya untuk meningkatkan, memampukan masyarakat sehingga mampu untuk hidup mandiri. 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 (Wahyuni *et al.*, 2023).

2. Prinsip Pemberdayaan Masyarakat

- a. Menumbuh kembangkan potensi masyarakat.

Upaya pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat sebaiknya secara bertahap sedapat mungkin menggunakan sumberdaya yang dimiliki oleh masyarakat. Jika diperlukan bantuan dari luar, maka bentuknya hanya berupa perangsang atau pelengkap sehingga tidak semata-mata bertumpu pada bantuan tersebut.

- b. Menumbuhkan dan atau mengembangkan peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan

Peran serta masyarakat di dalam pembangunan kesehatan dapat diukur dengan makin banyaknya jumlah anggota masyarakat yang mau memanfaatkan pelayanan kesehatan seperti memanfaatkan puskesmas, pustu, polindes, mau hadir ketika ada kegiatan penyuluhan kesehatan, mau menjadi kader kesehatan, mau menjadi peserta tabulin, JPKM, dan lain sebagainya

- c. Mengembangkan semangat kegiatan kegotong-royongan dalam pembangunan kesehatan

Semangat gotong-royong yang merupakan warisan budaya masyarakat Indonesia hendaknya dapat juga ditunjukkan dalam upaya pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Adanya gotong-royong ini dapat diukur dengan melihat apakah masyarakat bersedia bekerja sama dalam peningkatan sanitasi lingkungan. Penggalangan gerakan 3M (menguras, menutup, menimbun) dalam upaya pemberantasan penyakit demam berdarah, dan lain sebagainya.

- d. Bekerja bersama dengan masyarakat.

Setiap pembangunan kesehatan hendaknya pemerintah/petugas kesehatan menggunakan prinsip bekerja untuk dan bersama masyarakat. Maka akan meningkatkan motivasi dan kemampuan masyarakat karena adanya bimbingan, dorongan, serta alih pengetahuan dan keterampilan dari tenaga kesehatan kepada masyarakat.

- e. Penyerahan pengambilan keputusan kepada masyarakat.

Semua bentuk upaya pemberdayaan masyarakat termasuk di bidang kesehatan apabila ingin berhasil dan berkesinambungan hendaknya bertumpu pada budaya dan adat setempat. Untuk itu, pengambilan keputusan khususnya yang menyangkut tata cara pelaksanaan kegiatan guna pemecahan masalah kesehatan yang ada di masyarakat hendaknya diserahkan kepada masyarakat,

pemerintah atau tenaga kesehatan hanya bertindak sebagai fasilitator dan dinamisator. Dengan demikian, masyarakat merasa lebih memiliki tanggung jawab untuk melaksanakan, hanya pada hakikatnya mereka adalah subjek dan bukan objek pembangunan.

- f. Menggalang kemitraan dengan LSM dan organisasi kemasyarakatan yang ada di masyarakat.

Prinsip lain dari pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan adalah pemerintah atau tenaga kesehatan hendaknya memanfaatkan dan bekerjasama dengan LSM serta organisasi kemasyarakatan yang ada di tempat tersebut. Dengan demikian, upaya pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat lebih berhasil guna (efektif) dan berdaya guna (efisien).

- g. Promosi, pendidikan, dan pelatihan dengan sebanyak mungkin menggunakan dan memanfaatkan potensi setempat
- h. Upaya dilakukan secara kemitraan dengan berbagai pihak.
- i. Desentralisasi (sesuai dengan keadaan dan budaya setempat).

3. Ciri - Ciri Pemberdayaan Masyarakat

Sebuah kegiatan dapat dikategorikan sebagai upaya yang berlandaskan pada pemberdayaan masyarakat apabila dapat menumbuhkan dan mengembangkan kemampuan atau kekuatan yang dimiliki oleh masyarakat itu sendiri, bukan kegiatan yang segala sesuatunya diatur dan disediakan oleh pemerintah maupun pihak lain. Kemampuan (potensi) yang dimiliki oleh masyarakat dapat berupa hal-hal berikut:

- a. Tokoh - Tokoh Masyarakat

Tokoh masyarakat adalah semua orang yang memiliki pengaruh di masyarakat setempat baik yang bersifat formal (ketua RT, ketua RW, ketua kampung, kepala dusun, kepala desa) maupun tokoh non formal (tokoh agama, adat, tokoh pemuda, kepala suku). Tokoh-

tokoh masyarakat ini merupakan kekuatan yang sangat besar yang mampu menggerakkan masyarakat di dalam setiap upaya Pembangunan

b. Organisasi kemasyarakatan

Organisasi yang ada di masyarakat seperti PKK, lembaga persatuan pemuda (LPP), pengajian, dan lain sebagainya merupakan wadah berkumpulnya para anggota dari masing-masing organisasi tersebut. Upaya pemberdayaan masyarakat akan lebih berhasil guna apabila pemerintah/tenaga kesehatan memanfaatkannya dalam upaya pembangunan Kesehatan.

c. Dana Masyarakat

Pada golongan masyarakat tertentu, penggalangan dana masyarakat merupakan upaya yang tidak kalah pentingnya. Namun, pada golongan masyarakat yang ekonominya prasejahtera, penggalangan dana masyarakat hendaknya dilakukan sekadar agar mereka merasa ikut memiliki dan bertanggung jawab terhadap upaya pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatannya. Cara lain yang dapat ditempuh adalah dengan model tabungan-tabungan atau sistem asuransi yang bersifat subsidi silang.

d. Sarana dan material yang dimiliki masyarakat

Pendayagunaan sarana dan material yang dimiliki oleh masyarakat seperti peralatan, batu kali, bambu, kayu, dan lain sebagainya untuk pembangunan kesehatan akan menumbuhkan rasa tanggung jawab dan ikut memiliki dari masyarakat.

e. Pengetahuan Masyarakat

Masyarakat memiliki pengetahuan yang bermanfaat bagi pembangunan kesehatan masyarakat, seperti pengetahuan tentang obat tradisional (asli Indonesia), pengetahuan mengenai penerapan teknologi tepat guna untuk pembangunan fasilitas kesehatan di wilayahnya, misalnya penyaluran air menggunakan bambu. Pengetahuan yang dimiliki oleh masyarakat

tersebut akan meningkatkan keberhasilan upaya pembangunan kesehatan.

f. Teknologi yang dimiliki Masyarakat

Masyarakat juga memiliki teknologi sendiri dalam memecahkan masalah yang dialaminya, teknologi ini biasanya bersifat sederhana tetapi tepat guna. Untuk itu pemerintah sebaiknya memanfaatkan teknologi yang dimiliki masyarakat tersebut dan apabila memungkinkan dapat memberikan saran teknis guna meningkatkan hasil gunanya.

g. Pengambilan Keputusan

Apabila tahapan penemuan masalah dan perencanaan kegiatan pemecahan masalah kesehatan telah dapat dilakukan oleh masyarakat, maka pengambilan keputusan terhadap upaya pemecahan masalahnya akan lebih baik apabila dilakukan oleh masyarakat sendiri. Dengan demikian kegiatan pemecahan masalah kesehatan tersebut akan berkesinambungan karena masyarakat merasa memiliki dan bertanggung jawab terhadap kegiatan yang mereka rencanakan sendiri.

4. Model Pemberdayaan Masyarakat

- a. Pemberdayaan pimpinan masyarakat (*Community Leaders*), misalnya melalui sarasehan
- b. Pengembangan upaya kesehatan bersumber daya
- c. masyarakat (*Community Organizations*), seperti posyandu dan polindes
- d. Pemberdayaan pendanaan masyarakat (*Community Fund*), misalnya dana sehat
- e. Pemberdayaan sarana masyarakat (*Community Material*), misalnya membangun sumur atau jamban di Masyarakat
- f. Peningkatan pengetahuan masyarakat (*Community Knowledge*), misalnya lomba asah terampil dan lomba lukis anak-anak

- g. Pengembangan teknologi tepat guna (*Community Technology*), misalnya penyederhanaan deteksi dini kanker dan ISPA
- h. Peningkatan manajemen atau proses pengambilan keputusan (*community decision making*) misalnya, pendekatan edukatif.

5. Strategi Pemberdayaan Masyarakat

- a. Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan
- b. Meningkatkan kesadaran masyarakat untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang telah disediakan oleh pemerintah.
- c. Mengembangkan berbagai cara untuk menggali dan memanfaatkan sumber daya yang dimiliki oleh masyarakat untuk pembangunan kesehatan.
- d. Mengembangkan berbagai bentuk kegiatan pembangunan kesehatan yang sesuai dengan kultur budaya masyarakat setempat.
- e. Mengembangkan manajemen sumberdaya yang dimiliki masyarakat secara terbuka (transparan).

6. Langkah - Langkah Pemberdayaan Masyarakat

Langkah utama pemberdayaan masyarakat melalui upaya pendampingan atau memfasilitasi masyarakat untuk menjalani proses pembelajaran melalui siklus pemecahan masalah yang terorganisasi (pengorganisasian masyarakat). Tahap pemecahan masalah meliputi hal-hal berikut:

- a. Mengidentifikasi masalah, penyebab masalah, dan sumber daya yang dapat dimanfaatkan untuk mengatasi masalah
- b. Mendiagnosis masalah dan merumuskan alternatif pemecahan masalah dengan memanfaatkan potensi yang dimiliki (Casnuri, Novika, Almira Gitta, 2022)

DAFTAR PUSTAKA

- Candrawati, R.D. *et al.* (2023) Promosi Dan Perilaku Kesehatan.
- Casnuri, Novika, Almira Gitta, dkk (2022) Asuhan Kebidanan Komunitas. Banyumas: Pena Persada.
- Darwis and Marsofely, R.L. (2022) Membangun Kemitraan Kesehatan. Cirebon: Green Publisher Indonesia.
- Suryani, Desri, Y. (2022) Advokasi Pelayanan Kesehatan, Universitas Nusantara PGRI Kediri. Malang: Literasi Nusantara Abadi.
- Wahyuni, D. (2020) Kebidanan Komunitas. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Wahyuni, S. *et al.* (2023) Buku Ajar Kebidanan Komunitas. Edited by Science Techno Direct. Pangkalpinang.
- Zaenal, M. (2018) 'Implementasi Advokasi, Komunikasi, Mobilisasi Sosial dalam Program Pembangunan Kesehatan (Sebuah Tinjauan Teoritis)', 1(3).

BAB 15

DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Yeltra Armi, S.SiT, Bd., M.Biomed.

A. Pendahuluan

Sejarah perjuangan yang panjang telah membuahkan hasil berkembangnya bidan sebagai sebuah profesi di Indonesia. Bidan mampu melakukan semua ini melalui berbagai cara, termasuk menunjukkan kompetensi di bidang pengetahuan, sikap, dan keterampilan berdasarkan informasi eksplisit dan mencatat hasil seluruh pekerjaannya secara akurat. Tujuan dari dokumentasi kebidanan adalah untuk meningkatkan pemberian pelayanan berkelanjutan kepada pasien, untuk membuat bidan lebih bertanggung jawab atas tindakan mereka, untuk membantu institusi memenuhi persyaratan hukum dan akreditasi, dan untuk menerapkan dan mengevaluasi layanan yang mereka tawarkan.

Catatan kebidanan sangat berguna jika terjadi tuntutan hukum dan oleh karena itu penting untuk menjelaskan prosedur yang diikuti. Dokumentasi yang tepat mengenai tindakan bidan, sebagai penyedia layanan kesehatan dan penyedia layanan kebidanan, diperlukan dan harus disimpan di tempat yang aman. Selain berfungsi sebagai dokumen yang sah dan mengikat secara hukum, sistem dokumentasi yang ada juga dapat memfasilitasi komunikasi antar penyedia layanan kesehatan, melacak kemajuan dan penilaian pasien, serta berfungsi sebagai data untuk penelitian dan pendidikan. Setiap aspek pelayanan kebidanan, termasuk dokumentasi, harus selaras dengan perkembangan alami siklus hidup seseorang. Selain itu,

pendekatan bidan dalam memberikan asuhan kebidanan yang berkesinambungan dikenal dengan istilah manajemen kebidanan. Pendekatan ini menguraikan langkah-langkah yang diambil bidan untuk memecahkan masalah, membuat keputusan klinis, dan memastikan dokumentasi asuhan yang akurat, ringkas, masuk akal, dan mudah dipahami (Sudarti A Fauziah, 2011).

B. Konsep Dasar Dokumentasi

1. Pengertian

Catatan autentik atau surat-surat asli yang dapat digunakan sebagai alat bukti dalam berbagai perkara hukum diartikan sebagai dokumentasi dalam buku tahun 2009 karya Wildan dan Hidayat.

Menurut Fauziah, Afroh, dan Sudarti (2010), sumber lain, istilah dokumentasi berasal dari kata dokumen, yang berarti segala jenis informasi yang direkam, termasuk namun tidak terbatas pada teks tertulis, rekaman audio, klip video, foto, dan film.

Dokumen yang dapat digunakan sebagai alat bukti suatu informasi disebut dokumentasi dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia. Dokumen seperti akta kelahiran, akta nikah, surat perjanjian, dan lain sebagainya merupakan contoh surat tertulis atau cetak.

Dokumen dalam bahasa Inggris adalah dokumen resmi yang terdapat tulisan di dalamnya.

Dokumentasi kebidanan melayani kebutuhan pasien, tim kesehatan, dan bidan dengan mendokumentasikan pengobatan kebidanan melalui komunikasi tertulis yang akurat dan komprehensif.

Untuk memberikan asuhan kebidanan, dokumentasi sangatlah penting. Hal ini disebabkan dokumentasi asuhan kebidanan sangat penting karena menjadi dasar untuk meminta pertanggungjawaban penyedia ketika klien menghadapi permasalahan yang timbul dari layanan yang mereka terima (Nani Sulikah Nuryani, 2019).

2. Tujuan

Dokumentasi kebidanan berfungsi sebagai alat komunikasi, menurut Mus seenun, Mudlilah, dan Setiyawati (2009). Ada tiga cara di mana komunikasi ini disusun:

- a. Turun untuk menjalankan arahan.
- b. Anggota dapat dilaporkan dengan pergi ke atas.
- c. Secara lateral untuk memberikan panduan.

Dokumentasi yang akurat dan komprehensif memiliki banyak penerapan potensial, termasuk yang tercantum di bawah ini.

- a. Untuk memberi instruksi
- b. Untuk mencatat
- c. Untuk menetapkan standar dan prosedur
- d. Sebagai sumber data asuhan kebidanan yang berkelanjutan
- e. Sebagai jaminan dalam melakukan pelayanan kesehatan
- f. Sumber penelitian
- g. Sarana pendidikan
- h. Informasi statistic
- i. Berkenaan dengan tugas dan tanggung jawab.
- j. Ikut serta dalam penyelenggaraan asuhan kebidanan tim kesehatan.

3. Prinsip

Prinsip-prinsip dalam pendokumentasian kebidanan

- a. Lengkap
- b. Teliti
- c. Berdasarkan fakta
- d. Secara logis
- e. Dapat dibaca

Sejalan dengan konsep di atas, Wildan dan Hidayat (2011) juga mencatat bahwa kebutuhan dokumentasi obstetrik tertentu harus dipahami untuk melengkapi proses pendokumentasian. Persyaratan ini meliputi:

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

Dalam publikasinya tahun 2010, Fauziah, Afroh, dan Sudaarti menguraikan prinsip-prinsip dokumentasi sebagai berikut:

- a. Dokumentasi masalah klinis yang signifikan secara keseluruhan.
- b. Pastikan setiap rekaman data ditandatangani.
- c. Format tulisan Anda dengan benar.
- d. Tata bahasa medis yang benar dan lazim harus digunakan, bersama dengan ejaan dan terminologi konvensional.
- e. Pilihlah instrumen yang memfasilitasi penulisan yang lugas.
- f. Untuk keperluan dokumentasi, gunakan singkatan resmi.
- g. Pantau indikator-indikator penting dengan grafik.
- h. Di bagian atas setiap halaman, tulis nama pasien.
- i. Lakukan tindakan pencegahan ekstra saat mendokumentasikan status HIV pasien.
- j. Kecuali dalam keadaan darurat, jangan dengarkan dokter memberi perintah melalui telepon.
- k. Tanyakan apakah Anda melihat arah yang salah. Penting bagi bidan untuk memiliki keterampilan berpikir analitis dan kritis yang kuat setiap saat.
- l. Pencatatan prosedur atau obat yang tidak diberikan.
- m. Simpan catatan rinci tentang semua obat yang diberikan.
- n. Sertakan intoleransi makanan atau obat-obatan.
- o. Catat dalam hati lokasi suntikan atau suntikan yang tepat.
- p. Catat setiap temuan tes yang tidak biasa (Kementerian Kesehatan, 2019).

4. Model Dokumentasi

a. *Problem Oriented Record (POR)*

Ini adalah cara untuk mencatat sistem pelayanan kesehatan yang memprioritaskan kebutuhan pasien, memanfaatkan berbagai bidang untuk memenuhi kebutuhan tersebut, dan memandu anggota tim dalam bekerja sama untuk mencari solusi.

b. *Source Oriented Record (SOR)*

berfungsi sebagai model dokumentasi yang didasarkan pada kode sumber. Biasanya teknik ini digunakan untuk perawatan rawat inap. Catatan profesional medis mengenai catatan perawatan pasien dan perawat membentuk paradigma ini.

c. *Charting By Exception (CBE)*

adalah paradigma dokumentasi yang hanya mendokumentasikan hasil atau penemuan secara naratif yang berbeda dari keadaan pada umumnya atau biasa. Untuk mengatasi masalah dokumentasi, pendekatan Charting By Exception dikembangkan. Tujuannya adalah untuk memberikan catatan pasien yang lebih realistis sekaligus mengurangi waktu dan mengakomodasi informasi terkini. Jika dibandingkan dengan model lain, model ini lebih baik dalam mengurangi kesalahan entri data yang disebabkan oleh duplikat entri.

d. *Kardek*

adalah buku yang berisi dokumen konvensional yang digunakan di berbagai sumber untuk mencatat informasi pasien. Indeks file yang dapat dihapus dengan mudah menyimpan kartu-kartu yang membentuk sistem. Setiap kartu berisi informasi yang diperlukan untuk perawatan sehari-hari.

e. *Komputerisasi*

suatu metode dokumentasi yang menyimpan catatan obstetrik secara digital. Dengan pendekatan ini, semua jenis dokumen dan catatan diberi kode secara eksplisit, sehingga menyederhanakan proses diagnostik

dan mengurangi pencatatan manual yang memakan banyak tenaga (Kementerian Kesehatan, 2019).

C. Asuhan Kebidanan Komunitas

1. Pengertian

Bidan profesional dalam kebidanan komunitas bekerja dengan populasi yang berisiko tinggi terkena penyakit atau kecacatan untuk meningkatkan dan mempertahankan kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit, promosi kesehatan, akses terhadap layanan kesehatan yang terjangkau, dan partisipasi klien dalam perencanaan, pemberian, dan evaluasi layanan perawatan sebelum melahirkan.

Tujuan Pelayanan Kebidanan Komunitas bidan adalah membantu keluarga di masyarakat dalam menangani permasalahan yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak.

Sebagai pelengkap atau kelanjutan pelayanan berbasis rumah sakit, kebidanan komunitas bertujuan untuk meningkatkan kesehatan ibu hamil dan bayi baru lahirnya.

Sebagai mitra dalam memastikan bahwa keluarga mempunyai pengalaman positif selama kehamilan dan persalinan dan sebagai sumber daya untuk membantu keluarga membuat keputusan yang tepat, bidan komunitas memerlukan pengetahuan komprehensif tentang semua bidang kehamilan dan persalinan.

2. Tujuan

a. Tujuan Umum

- 1) Meningkatkan kesehatan ibu dan anak
- 2) Meningkatkan kemandirian masyarakat

b. Tujuan Khusus

- 1) Identifikasi masalah yang ada di komunitas
- 2) Melakukan upaya promotif
- 3) Paham akan sehat dan sakit di masyarakat
- 4) Mengidentifikasi kemampuan masyarakat

- 5) Menangani masalah resiko tinggi
- 6) Menangani kasus di rumah
- 7) Tindak lanjut kasus kebidanan dan rujukan
- 8) Pelayanan KIA/KB/Imunisasi
- 9) Menggambarkan keadaan suatu wilayah
- 10) Faktor penunjang KIA/KB/Imunisasi
- 11) Bimbingan kader
- 12) Kerjasama LP atau LS
- 13) Kunjungan rumah
- 14) Penyuluhan laporan dan evaluasi
- 15) Askeb pada sasaran KIA
- 16) Menolong persalinan dirumah
- 17) Melakukan tindakan kegawatdaruratan

3. Sasaran

- a. Masyarakat
Meliputi remaja, calon ibu, kelompok ibu
- b. Kelompok penduduk
Sekelompok orang yang tinggal di perumahan yang mahal, terpencil, atau di bawah standar
- c. Keluarga
Kontrasepsi, perawatan anak, perawatan ibu nifas, gizi yang lebih baik, imunisasi, dan layanan ibu dan anak lainnya
- d. Anak
Meningkatkan taraf kesehatan seluruh anak, mulai dari yang masih dalam kandungan hingga yang duduk di bangku sekolah dasar
- e. Ibu
Pranikah, prakonsepsi, kehamilan, persalinan, nifas, masa interval, menopause

4. Ruang Lingkup

- a. *Promotif* (Peningkatan kesehatan)
- b. *Preventif* (Pencegahan Penyakit)
- c. *Kuratif* (Pemeliharaan dan pengobatan)

- d. *Rehabilitatif* (Pemulihan kesehatan)
- e. *Resosiantitatif* (Mengfungsikan kembali individu, keluarga, kelompok masyarakat ke lingkungan sosial dan masyarakatnya) (Lusiana dkk, 2017).

D. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan di Komunitas

Lebih khusus lagi, permasalahan kesehatan masyarakat menjadi fokus prosedur manajemen asuhan kebidanan komunitas. Berikut prosedurnya:

1. Identifikasi Masalah

Bidan memberikan layanan kesehatan penting kepada komunitasnya dengan mengidentifikasi dan menyelesaikan permasalahan kesehatan, khususnya yang berdampak pada perempuan dan anak. Untuk melakukan hal ini, mereka harus mengumpulkan data yang dapat dipercaya.

Informasi dikumpulkan dari masyarakat melalui wawancara, yang memberikan data subjektif, dan dari catatan yang disimpan oleh keluarga, komunitas, dan lingkungan, yang memberikan data objektif, melalui observasi, pemeriksaan, dan peninjauan.

Berikut ini adalah contoh hal-hal yang perlu diidentifikasi oleh masyarakat.

- a. Faktor lingkungan
- b. Data senium atau menopause (65 tahun)
- c. Data remaja
- d. Identitas Keluarga
- e. Pelayanan kesehatan dan sosial
- f. Data Neonatus, bayi dan balita
- g. Data anak usia sekolah (5 - 12 tahun)
- h. Komunikasi, transportasi dan informasi
- i. Data Kesehatan ibu (kesehatan ibu hamil, kesehatan ibu nifas, ibu menyusui, keluarga berencana)
- j. Data lansia (59 - 65 tahun)
- k. Data sosial budaya (sarana peribadatan, pemeluk agama atau kepercayaan)

Hal-hal berikut harus diidentifikasi di rumah tinggal yang dibantu.

- a. Data yang berkaitan dengan keluarga seseorang (termasuk nama, umur, jenis kelamin, latar belakang pendidikan, dan golongan darah).
- b. Kemampuan untuk mengetahui.
- c. Waktu perjalanan antara tempat tinggal dan fasilitas medis.
- d. Transfer untuk keluarga.
- e. Pendapatan bulanan pencari nafkah tetap konstan.
- f. Hak untuk menggunakan dan memiliki fasilitas dan infrastruktur tertentu, seperti toilet, sistem penjernihan air, dan tempat sampah.
- g. Kepemilikan jaminan kesehatan

2. Analisa Data

Semua data relevan yang diperoleh digunakan untuk analisis. Pengumpulan data memungkinkan dilakukannya ekstraksi informasi mengenai:

- a. Aspek lingkungan, sosiokultural, dan perilaku dari sistem layanan kesehatan saat ini, serta variabel genetik, semuanya mempunyai peran dalam perkembangan dan perkembangan penyakit.
- b. Kesulitan kesehatan (termasuk penyakit) pada ibu dan balita.
- c. Masalah kesehatan utama ibu dan anak serta penyebabnya.
- d. Mempengaruhi positif dan negatif terhadap inisiatif peningkatan kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana.

3. Perumusan

Masalah kesehatan masyarakat didefinisikan setelah analisis data. Selalu simak jenis permasalahan kesehatan berikut ini dalam mempersiapkan permasalahan kesehatan.

- a. Faktor risiko penyakit, cedera, dan potensi kesehatan yang belum terealisasi dikenal sebagai risiko kesehatan.
- b. Sakit adalah kegagalan dalam menjaga kesehatan.
- c. Selama masa krisis, banyak orang dan keluarga mereka harus menyesuaikan diri dengan keadaan baru.

4. Prioritas Masalah

Setelah menentukan masalah, langkah selanjutnya adalah menentukan prioritas masalah kesehatan keluarga. Dalam menentukan prioritas masalah kesehatan keluarga, ditargetkan beberapa kriteria sebagai berikut.

- a. Karakteristik permasalahan, diklasifikasikan sebagai bahaya terhadap kesehatan, penyakit, atau lingkungan tidak sehat, atau skenario darurat.
- b. Kemungkinan keberhasilan dalam mengurangi atau menghindari masalah ini melalui intervensi kesehatan meningkat ketika kondisinya dapat diubah.
- c. Yang kami maksud dengan "potensi masalah yang harus dicegah" adalah jenis masalah yang mungkin berkembang dan seberapa buruk dampaknya jika kita tidak mengambil tindakan pencegahan kesehatan.
- d. Yang kami maksud dengan "masalah yang menonjol" adalah bagaimana keluarga memandang dan menilai masalah tersebut, seberapa serius masalah tersebut, dan seberapa cepat kita perlu melakukan intervensi untuk menyelesaikannya.

Skala prioritas berikut harus dikembangkan agar dapat memutuskan permasalahan kesehatan keluarga mana yang paling mendesak.

Tabel 15.1 Prioritas masalah

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1.	Sifat Masalah		1
	Skala		
	a. Tidak/kurang sehat		3
	b. Ancaman kesehatan		2

No	Kriteria	Nilai	Bobot
	c. krisis		1
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah Skala a. Dengan mudah b. Hanya sebagian c. Tidak dapat		2 2 1 0
3.	Potensi masalah untuk dengan Skala a. Tinggi b. Cukup c. Rendah		1 3 2 1
4.	Menonjolkan masalah Skala a. Masalah berat harus ditangani b. Masalah yang perlu segera ditangani c. Masala tidak dirasakan		1 2 1 0

Skoringnya adalah sebagai berikut.

- a. Cari tahu bagaimana setiap kebutuhan dievaluasi.
- b. Ambil angka tertinggi dan bagi dengan bobot untuk mendapatkan skor.
- c. Jumlahkan semua skor kriteria.
- d. Tidak peduli beratnya, skor maksimum yang mungkin adalah 5

5. Perencanaan

Rencana kesehatan keluarga harus disiapkan selanjutnya. Untuk mengatasi permasalahan kesehatan yang mungkin timbul, bidan akan membuat rencana kesehatan keluarga.

6. Pelaksanaan

Strategi yang dipikirkan dengan matang dan mempertimbangkan hasil yang diinginkan merupakan bagian integral dari penerapan bidan komunitas.

7. Evaluasi

Penilaian adalah menilai seberapa jauh hasil aktual sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Agar suatu kegiatan dianggap berhasil, maka hasil penilaian harus sesuai dengan hasil yang diharapkan.

E. Proses Manajemen Kebidanan Menurut Helen Varney

Baik pelanggan maupun tenaga kesehatan mendapatkan manfaat dari manajemen kebidanan, yang merupakan strategi yang menerapkan pengorganisasian, pemikiran, dan aktivitas dalam urutan yang logis. Komponen penting dalam meningkatkan kesehatan ibu dan anak adalah keahlian bidan. Arti penting pendidikan kebidanan dalam kaitannya dengan komponen manajemen, khususnya:

Ada tujuh tahapan manajemen kebidanan yang diuraikan oleh Varney (1997):

1. Langkah I: Pengumpulan Data Dasar

Mengumpulkan informasi yang diperlukan untuk evaluasi menyeluruh terhadap kondisi pasien adalah inti dari fase ini.

2. Langkah II: Interpretasi Data Dasar

Untuk mendiagnosis masalah klien dengan tepat atau memenuhi kebutuhan mereka, perlu dilakukan analisis data yang diperoleh dengan cara ini.

3. Langkah III: Mengidentifikasi Diagnosa Atau Masalah Potensial

Dengan menerapkan kriteria yang ditetapkan untuk kumpulan masalah dan diagnosis saat ini, buatlah kemungkinan masalah atau diagnosis tambahan.

4. Langkah IV: Identifikasi Kebutuhan Yang Memerlukan Penanganan Segera

Jika dokter atau bidan memutuskan bahwa masalah ini harus segera ditangani, atau jika anggota tim layanan kesehatan tambahan perlu dilibatkan tergantung pada kondisi pasien,

5. Langkah V: Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh

Rencanakan perawatan yang komprehensif dan telah ditentukan sebelumnya

6. Langkah VI: Melaksanakan Perencanaan

Rencana perawatan langkah kelima harus dilaksanakan dengan jelas dan benar.

7. Langkah VII: Evaluasi

Tinjau strategi yang ditawarkan dan pelaksanaannya

F. Konsep Manajemen Kebidanan dengan Pendekatan SOAP

Tujuan manajemen kebidanan adalah membantu bidan berpikir kritis dan menangani permasalahan yang berkaitan dengan pengambilan keputusan klinis.

Strategi dokumentasi diperlukan untuk memastikan bahwa pelayanan yang diberikan didokumentasikan secara akurat, ringkas, jelas, dan rasional.

Pendokumentasian merupakan elemen yang penting karena:

1. Bantuan dalam pemberian perhatian medis yang berkelanjutan.
2. Mengizinkan penilaian pengobatan yang diberikan Catatan, penelitian, dan statistik mortalitas dan morbiditas di tingkat nasional Memastikan bahwa riwayat kesehatan pasien disimpan selamanya.
3. Memungkinkan para profesional medis untuk berkomunikasi satu sama lain.
4. Meningkatkan pemberian pengobatan yang berkualitas lebih tinggi dan lebih aman kepada pasien.

Dokumentasi asuhan kebidanan mengikuti model SOAP. Catatan Sederhana, Jelas, Logis, dan Tertulis (SOAP) hanyalah itu. Rencana asuhan bidan disusun berdasarkan catatan SOAP, yang merupakan organisasi metodelis dari penemuan dan kesimpulan bidan. Bagian penting dari "proses manajemen dalam asuhan kebidanan" untuk mencatat asuhan kebidanan adalah pendekatan yang diberikan. Selain itu, bidan dapat memperoleh manfaat dengan mengikuti langkah-langkah SOAP untuk mengatur pola pikir mereka dengan lebih baik dan memberikan asuhan kebidanan yang holistik. Terdapat catatan pelayanan kebidanan yang menggambarkan hubungan antara mentalitas dan dokumentasi dalam manajemen kebidanan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Grafik ini menjelaskan bagaimana strategi manajemen kebidanan mengikuti 7 fase Varney dengan dokumentasi SOAP.

Tabel 15.2 Keterkaitan Manajemen Kebidanan

7 langkah varney	5 Langkah kompetensi bidan	Catatan SOAP
Data	Data	Subjektif dan Objektif
Masalah/Diagnosa	Assesment/ Diagnosis	Assesment
Antisipasi masalah potensial/diagnosa lain		
Menetapkan kebutuhan segera untuk konsultasi/kolaborasi		
Perencanaan	Perencanaan	Plan 1. Konsul Test 2. diagnostik/lab 3. Rujukan 4. Pendidikan/konseling Follow up
Implementasi	Implementasi	
Evaluasi	Evaluasi	

DAFTAR PUSTAKA

- Fauziah, Afroh, & Sudarti (2010). Buku ajar dokumentasi kebidanan. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Kementerian Kesehatan Indonesia (2019) Modul 1 Dokumentasi Kebidanan. Palangkaraya: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Kementerian Kesehatan Indonesia (2019) Modul 2 Dokumentasi Kebidanan. Palangkaraya: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Lusiana, A., Detty., Yulizawati (2017) Buku Ajar Kebidanan Komunitas. Bukittinggi: CV Rumahkayu Pustaka Utama
- Muslihatun, Mudlilah, & Setiyawati (2009). Dokumentasi kebidanan. Yogyakarta: Fitramaya
- Nani., Sulikah., Nuryani (2019). Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan. Surabaya; Poltekkes Kemenkes Surabaya
- Sudarti, A Fauziah. (2011). Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan. Yogyakarta; Penerbit Nuka Medika
- Widan & Hidayat (2011). Dokumentasi kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.

TENTANG PENULIS



Ivana Devitasari, S.ST., M.Tr.Keb. lahir di Buntoi, pada 15 Mei 1992. Menyelesaikan Program Diploma Tiga Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Palangka Raya tahun 2012, Diploma Empat Bidan Pendidik di STIKES Sari Mulia Banjarmasin tahun 2015, Magister Terapan Kebidanan di STIKES Guna Bangsa Yogyakarta tahun 2019. Karier yang dilalui; mengabdikan kepada masyarakat / pelayanan kesehatan khususnya kebidanan di Kabupaten Kapuas Kec. Basarang ds. Pangkalan Sari tahun 2012-2013, bergabung dengan STIKES Eka Harapan Palangka Raya sejak tahun 2014, sebagai *Staff* Laboratorium Kebidanan tahun 2014-2015, aktif sebagai Tenaga Pendidik di Prodi Diploma Tiga Kebidanan tahun 2016-2018, Koordinator Praktik Klinik Kebidanan tahun 2019-2022, menjadi Koordinator Akademik & Evaluasi dan sebagai Unit Penjaminan Mutu Prodi Diploma Tiga Kebidanan sejak tahun 2019 hingga sekarang, aktif mengajar sebagai Dosen Tetap hingga saat ini di STIKES Eka Harapan Palangka Raya, penulis juga aktif Publikasi pada jurnal nasional dan internasional bereputasi.



Aldina Ayunda Insani, S.Keb., Bd., M.Keb. lahir di Padang, tanggal 21 Januari 1988. Penulis tercatat sebagai lulusan Universitas Airlangga pada tahap Sarjana Kebidanan dan Profesi Bidan. Melanjutkan studi pada S2 Kebidanan di FK Unand. Saat ini sebagai dosen tetap pada Departemen Kebidanan FK Unand dan aktif dalam melaksanakan kegiatan tridharma perguruan tinggi.



Rizki Muji Lestari, S.ST., M.Kes. lahir di Tulungagung, pada 24 Agustus 1989. Lulus D-III Kebidanan di Prodi DIII Kebidanan Universitas Tulungagung, Tahun 2010. Lulus D-IV di STIKes Sari Mulia Banjarmasin Jurusan Bidan Pendidik pada tahun 2012 dan Lulus S-2 di Program Studi Pascasarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Respati Indonesia Jakarta pada Tahun 2016. Pernah menjabat sebagai Ketua Prodi DIII Kebidanan di STIKes Eka Harapan Palangka Raya. Saat ini adalah Dosen Tetap Program DIII Kebidanan di Institut Karya Mulia Bangsa Semarang.



Lina Astuty, S.ST., M.K.M. lahir di B.Mayun, pada 21 Februari 1987. Lulusan pascasarjana Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia Maju. Wanita yang kerap disapa Lina ini adalah anak dari pasangan Max Namlin (ayah) dan Suryati (ibu). Lina memiliki 2 orang anak putra dan putri. Saat ini beliau adalah dosen di Universitas Katolik Santo Agustinus Hippo.



Irma Hamdayani Pasaribu, S.ST., M.Keb. lahir di Manduamas-Tapanuli Tengah, Sumatera Utara pada 18 Oktober 1987. Menempuh pendidikan D III Kebidanan di Akademi Kebidanan Sari Mutiara Medan, lulus tahun 2009. Melanjutkan pendidikan DIV Kebidanan di STIKes Indonesia Maju Jakarta dan lulus pada tahun 2012. Pada tahun 2015 melanjutkan pendidikan jenjang magister di Universitas Brawijaya Malang dan lulus tahun 2017. Sejak tahun 2018 sampai dengan sekarang merupakan Dosen tetap di Prodi D III Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Singaperbangsa Karawang.



Arantika Meidya Pratiwi, S.ST., M.Kes. adalah dosen Prodi Kebidanan Universitas Alma Ata Yogyakarta. Arantika telah menyelesaikan Pendidikan DIV Kebidanan pada tahun 2012 dan Magister Kedokteran Keluarga pada tahun 2014 di Universitas Sebelas Maret Surakarta (UNS). Saat ini Arantika sedang menempuh studi doktoral di Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan (FK-KMK) Universitas Gadjah Mada (UGM). Arantika aktif dalam kegiatan penelitian dan PKM, dan kerap memperoleh hibah pendanaan dari BKKBN, Kemendikbud Ristek, dll.



Bdn. Siti Khotimah, S.ST., M.Keb. lahir di Mayang Taurai, pada 25 Desember 1987. Beralamat di Jorong Seberang Mimpi Nagari Gunung Medan Kecamatan Sitiung Kabupaten Dharmasraya Provinsi Sumatera Barat. Pendidikan DIII Kebidanan Akbid Karsa Mulia Semarang Tamat Tahun 2008, DIV Bidan Pendidik Poltekkes Depkes Semarang Tamat Tahun 2009, S2 Ilmu Kebidanan Universitas Andalas Padang Tamat Tahun 2015, Pendidikan Profesi Bidan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Abdi Nusantara Tamat Tahun 2023. Profesi saat ini adalah Dosen Tetap dan menjabat sebagai Ketua Program Studi S1 Kebidanan Universitas Dharmas Indonesia.



Diah Eka Nugraheni, S.ST., M.Keb. lahir di Lampung Selatan tanggal 10 Desember 1980, Penulis menempuh pendidikan di Akbid Depkes Tanjung Karang Tahun 2001, DIV Bidan Pendidik Di Universitas Padjadjaran tahun 2006 dan Magister Kebidanan di Universitas Padjadjaran Tahun 2012. Penulis bekerja di Poltekkes Tanjungkarang tahun 2002 s.d 2007 dan saat ini mengajar sebagai dosen tetap di Poltekkes

Kemenkes Bengkulu Jurusan Kebidanan dari tahun 2008.
Korespondensi Penulis di email: diah@poltekkesbengkulu.ac.id



Ririn Wahyu Hidayati, S.ST., M.K.M. lahir di Yogyakarta, pada 22 Januari 1989. Penulis tercatat sebagai lulusan dari D3 Kebidanan dan D4 Bidan Pendidik di STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta, dan melanjutkan pendidikan S2 nya di Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Wanita yang kerap disapa Ririn ini adalah anak dari pasangan Nur Hidayat, S.Pd (ayah) dan Siti Sumiyati, SPd.SD (ibu). **Ririn Wahyu Hidayati** saat ini telah menjadi dosen tetap di Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta. Penulis juga mempelajari bidang ilmu Kebidanan, Kesehatan Masyarakat, dan Gizi Masyarakat. Menjadi orang yang beruntung dunia akhirat dan berguna bagi masyarakat adalah harapannya, dan beribadah adalah tujuan hidupnya.



Meyska Widyandini, S.ST., M.Tr.Keb. lahir di Palangka Raya, pada 25 Mei 1991. Riwayat pendidikan D-III Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Palangka Raya lulus tahun 2012, D-IV Bidan Pendidik Universitas Sari Mulia Banjarmasin lulus tahun 2014, S2 Magister Kebidanan STIKES Guna Bangsa Yogyakarta lulus tahun 2018. Karier yang dilalui ; menjadi tenaga pendidik (Tendik) di STIKes Eka Harap tahun 2013 s.d 2016, menjadi tenaga pengajar (Dosen) di Prodi D-III Kebidanan STIKes Eka Harap tahun 2018 hingga saat ini, di tahun 2022 s.d 2024 menjabat sebagai kemahasiswaan Prodi DIII Kebidanan, dan aktif mengajar hingga saat ini.



Dr. Christina Pernetun Kismoyo, S.SiT., M.P.H. Nama Panggilan: Christina, **Tempat Lahir:** Yogyakarta, **Pekerjaan:** Dosen di STIKes Akbidyo, Program Studi Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan.

Mata Kuliah yang Diampu: Fisiologi Kehamilan, Persalinan, Nifas dan BBL, KDPK (Keterampilan Dasar Praktik Klinik), Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin dan BBL, Praktik Kebidanan, Asuhan Komplementer dan Manajemen Pelayanan Kebidanan. **Publikasi Buku:** Buku terkait komplementer, Kabupaten Layak Anak, Komplikasi Penyakit Pankreas dalam Kehamilan, Keterampilan Dasar Praktik Klinik, dan Kesehatan Reproduksi.

Pengembangan Media Belajar: Christina telah mengembangkan beberapa media belajar praktikum untuk keterampilan fisiologi persalinan, termasuk mini phantom panggul, ibu bersalin, nifas, dan menyusui.

email : pernatun01@gmail.com



Nita Kusuma, S.ST., M.Keb. lahir di Tulungagung, 26 Juni 1987. Ia tercatat sebagai lulusan Magister Kebidanan dari Universitas Brawijaya Malang. Wanita yang kerap disapa Nita adalah anak dari pasangan (alm) Sudarmanto dan (ayah) dan Sri sunarsih (ibu). Saat ini penulis aktif sebagai dosen pengajar di Program Studi Diploma Tiga Kebidanan

STIKES Eka Harap Palangka Raya



Mutia Felina, S.SiT., M.Keb. lahir di Bukittinggi pada 4 Juni 1984. Ia tercatat sebagai lulusan Magister Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang. Wanita yang kerap disapa Mutia ini adalah anak dari pasangan Herman (Ayah) dan Nurlaili (Ibu).



Lilis Suryani, S.ST., M.K.M. lahir di Karawang, lulus pendidikan di Program Studi Diploma III Kebidanan Universitas Singaperbangsa Karawang tahun 2009, Program Diploma IV Kebidanan (Bidan Pendidik) STIKes Kharisma Karawang tahun 2010, dan Pendidikan S2 di Universitas Prof. HAMKA Jakarta tahun 2014.

Penulis merupakan dosen tetap di Program Studi Diploma III Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Singaperbangsa Karawang. Mengampu mata kuliah Promosi Kesehatan, Komunikasi dalam Praktik Kebidanan, Asuhan Kebidanan Komunitas dan Farmakologi Kebidanan. Penulis saat ini aktif sebagai Pengurus Cabang IBI Kabupaten Karawang dan Pita Putih Indonesia (PPI) Kabupaten Karawang.

Penulis telah merilis beberapa judul buku tentang kebidanan yaitu: Kebidanan Komunitas, Asuhan Kebidanan pada Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana, Asuhan Kebidanan Pranikah dan Pra Konsepsi, Komunikasi dalam Praktik Kebidanan, Pengantar Profesionalisme Kebidanan, Promosi dan Perilaku Kesehatan, Farmakologi Kebidanan, Edukasi Kesehatan Seksual dan Reproduksi dan buku Strategi Promosi Kesehatan. Email: lilis.suryani@fikes.unsika.ac.id



Yeltra Armi, S.SiT, Bd., M.Biomed. Lahir di Bukittinggi Tanggal 15 November 1984 tercatat sebagai lulusan DIII Kebidanan Prima Nusantara, melanjutkan pendidikan DIV di Poltekkes Depkes Padang dan S2 di Universitas Andalas Padang, pada saat ini sedang melanjutkan S3 di Universitas Kebangsaan Malaysia wanita yang kerap

dipanggil “Yel” anak dari ayahanda Ardi dan Ibunda Rosmi. Penulis merupakan istri dari RMI Yusahadi S M.Kom dan memiliki seorang anak laki-laki Bintang Van Reyyel dan seorang anak perempuan bernama Skyla Mezzuluna. Saat ini penulis aktif

sebagai tenaga pengajar di Universitas Prima Nusantara Bukittinggi Sumatera Barat.