

# PENGANTAR KEBIDANAN KOMUNITAS

## PENULIS:

- Diaz Capriani Randa Kusuma
- Ayu Sunarti. S
- Sri Susilawati
- M. Nur Dewi Kartikasari
- Rismayana
- Kiftiyah
- Sultina
- Meyana Marbun
- Elfina

# **PENGANTAR KEBIDANAN KOMUNITAS**

**Diaz Capriani Randa Kusuma  
Ayu Sunarti. S  
Sri Susilawati  
M. Nur Dewi Kartikasari  
Rismayana  
Kiftiyah  
Sultina  
Meyana Marbun  
Elfina**



**PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI**

# PENGANTAR KEBIDANAN KOMUNITAS

**Penulis :**

Diaz Capriani Randa Kusuma  
Ayu Sunarti. S  
Sri Susilawati  
M. Nur Dewi Kartikasari  
Rismayana  
Kiftiyah  
Sultina  
Meyana Marbun  
Elfina

**ISBN : 978-623-8102-51-8**

**Editor :** Oktavianis, S.ST., M.Biomed  
Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

**Penyunting :** Aulia Syaharani, S.Tr.Kes.

**Desain Sampul dan Tata Letak :** Handri Maika Saputra, S.ST

**Penerbit :** PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI  
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

**Redaksi :**

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001  
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tangah  
Padang Sumatera Barat

Website : [www.globaleksekutifteknologi.co.id](http://www.globaleksekutifteknologi.co.id)

Email : [globaleksekutifteknologi@gmail.com](mailto:globaleksekutifteknologi@gmail.com)

Cetakan pertama, Desember 2022

Hak cipta dilindungi undang-undang  
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk  
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

## **KATA PENGANTAR**

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Pengantar Kebidanan Komunitas ini.

Buku ini membahas Konsep Dasar Kebidanan Komunitas, Identifikasi Masalah Kebidanan, Strategi Pelayanan Kebidanan, Tugas dan Tanggung Jawab Bidan, Praktik Manajerial Asuhan Kebidanan, Program Kesehatan Yang Terkait Dalam Meningkatkan Status KIA, Pengelolaan Pelayanan Kesehatan Kebidanan Komunitas, Aspek Perlindungan Hukum Bagi Praktisi Bidan di Komunitas, Dokumentasi Asuhan Kebidanan di Komunitas.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Penulis, Desember 2022

## DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>i</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>ii</b>
<b>BAB 1 KONSEP DASAR KEBIDANAN KOMUNITAS.....</b>	<b>1</b>
1.1 Pendahuluan .....	1
1.2 Pengertian.....	2
1.3 Tujuan Kebidanan Komunitas.....	3
1.4 Sejarah Kebidanan Komunitas Di Indonesia .....	4
1.5 Prinsip Pelayanan Asuhan Bidan Pada Pelayanan Kebidanan Komunitas.....	6
1.6 Ruang Lingkup Pelayanan Kebidanan Di Komunitas	7
1.7 Sasaran Kebidanan Komunitas.....	8
DAFTAR PUSTAKA.....	11
<b>BAB 2 IDENTIFIKASI MASALAH KEBIDANAN .....</b>	<b>13</b>
2.1 Latar Belakang .....	13
2.2 Masalah-Masalah Kebidanan di Komunitas.....	15
2.2.1 Kematian Ibu dan Bayi.....	15
2.2.2 Kehamilan Remaja.....	17
2.2.3 Unsafe Abortion.....	24
2.2.4 Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) .....	24
2.2.5 Tingkat Kesuburan Pus .....	25
2.2.6 Masalah Kebidanan Komunitas Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Non Kesehatan.....	25
2.2.7 Penyakit Menular Seksual (PMS).....	26
2.2.8 Perilaku dan Sosial Budaya yang Berpengaruh pada Pelayanan Kebidanan Komunitas .....	27
DAFTAR PUSTAKA.....	29
<b>BAB 3 STRATEGI PELAYANAN KEBIDANAN .....</b>	<b>31</b>
3.1 Pendahuluan .....	31
3.2 Strategi Pelayanan Kebidanan .....	31
3.2.1 Pendekatan edukatif dalam peran serta masyarakat (PSM).....	32
3.2.2 Komunikasi yang Baik.....	35
3.2.3 Pemberdayaan Masyarakat .....	35
3.3 Memanfaatkan Sumber daya di Komunitas .....	35
3.3.1 Sosial.....	36

3.3.2 Lingkungan Flora Fauna.....	36
3.4 Tanggungjawab Bidan dalam pengambilan keputusan di Komunitas.....	37
DAFTAR PUSTAKA .....	38
<b>BAB 4 TUGAS DAN TANGGUNG JAWAB BIDAN .....</b>	<b>39</b>
4.1 Pendahuluan.....	39
4.2 Pengertian .....	40
4.3 Tugas Bidan berdasarkan Peran sebagai pelaksana..	41
4.4 Tugas Bidan berdasarkan Peran sebagai pengelola ..	44
4.5 Tugas Bidan berdasarkan Peran sebagai pendidik ....	45
4.6 Tugas Bidan berdasarkan Peran sebagai peneliti.....	47
4.7 Tanggung Jawab.....	47
DAFTAR PUSTAKA .....	51
<b>BAB 5 PENGELOLAAN PELAYANAN KESEHATAN KEBIDANAN KOMUNITAS.....</b>	<b>53</b>
5.1 Perencanaan .....	53
5.1.1 Dilihat dari jangka waktu berlakunya rencana ..	53
5.1.2 Dilihat dari tingkatannya .....	53
5.1.3 Ditinjau dari ruang lingkupnya.....	54
5.2 Pengorganisasian .....	55
5.2.1 Hal yang diorganisasikan .....	55
5.2.2 Proses pengorganisasian.....	55
5.2.3 Hasil pengorganisasian .....	55
5.3 Pelaksanaan.....	55
5.4 Pengawasan (Monitoring) Dan Evaluasi .....	56
5.5 Pencatatan Dan Pelaporan.....	57
DAFTAR PUSTAKA .....	59
<b>BAB 6 PROGRAM KESEHATAN YANG TERKAIT DALAM MENINGKATKAN STATUS KIA .....</b>	<b>61</b>
6.1 Pendahuluan.....	61
6.2 Program Pelayanan KIA.....	63
6.2.1 Definisi Program KIA.....	63
6.2.2 Tujuan Umum Program KIA adalah:.....	63
6.2.3 Tujuan khusus program KIA ditujukan untuk :..	63
6.2.4 Di bidang kesehatan, pelayanan KIA menjadi tolak ukur standar pelayanan minimal (SPM)....	64
6.2.5 Pelaksanaan pelayanan KIA dilakukan melalui beberapa kegiatan utama:.....	65

6.2.6 Program Kesehatan terkait peningkatan program Kesehatan Ibu dan Anak .....	66
6.3 Upaya Meningkatkan Kelangsungan dan Kualitas Hidup Ibu dan Anak .....	69
6.4 Peran Bidan dalam Meningkatkan Kelangsungan dan Kualitas Hidup Ibu dan Anak.....	70
6.5 Capaian Kinerja Program Kesehatan keluarga berkaitan dengan Program Kesehatan Ibu dan Anak .....	72
DAFTAR PUSTAKA.....	78
<b>BAB 7 PENGELOLAAN PELAYANAN KESEHATAN KEBIDANAN KOMUNITAS.....</b>	<b>79</b>
7.1 Pendahuluan .....	79
7.2 Tujuan Pelayanan Kebidanan Komunitas.....	79
7.3 Sasaran Kebidanan Komunitas.....	80
7.4 Pengelolaan Pelayanan Kebidanan Komunitas .....	80
DAFTAR PUSTAKA.....	90
<b>BAB 8 ASPEK PERLINDUNGAN HUKUM BAGI PRAKTIKI BIDAN DIKOMUNITAS .....</b>	<b>91</b>
8.1 Standar Pelayanan Kebidanan .....	91
8.2 Kode Etik Kebidanan .....	95
DAFTAR PUSTAKA.....	98
<b>BAB 9 DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN DI KOMUNITAS.....</b>	<b>99</b>
9.1 Pengertian Dokumentasi Asuhan Kebidanan Komunitas.....	99
9.1.1 Dokumentasi dan Pencatatan .....	99
9.1.2 Kaidah Dalam Pendokumentasian .....	99
9.1.3 Jenis Data .....	100
9.1.4 Pelaporan.....	101
9.2 Manfaat Pencatatan dan Pelaporan .....	101
9.3 Tujuan Umum.....	102
9.4 Tujuan Khusus.....	102
9.5 Ruang Lingkup Pencatatan dan Pelaporan .....	102
9.6 Macam-Macam pencatatan.....	102
9.7 Flow Sheet dan Check List .....	103
9.8 Dokumentasi .....	103
9.9 Pengelolaan Pelayanan kebidanan Komunitas.....	104

DAFTAR PUSTAKA .....	113
<b>BIODATA PENULIS</b>	



# **BAB 1**

## **KONSEP DASAR KEBIDANAN KOMUNITAS**

*Oleh Diaz Capriani Randa Kusuma*

### **1.1 Pendahuluan**

Bidan lahir dan dibesarkan di suatu komunitas yang memiliki suatu system kepercayaan dan pola budaya tersendiri. Oleh karena itu bidan berperan sebagai pemberi asuhan secara komprehensif dan profesional yang berfokus pada keunikan perempuan untuk mencapai reproduksi sehat, pencapaian peran ibu, dan kualitas pengasuhan anak. Seorang bidan komunitas mampu meningkatkan kesejahteraan masyarakat, khususnya kesehatan perempuan di wilayah kerjanya sehingga masyarakat mampu mengenali masalah dan kebutuhan serta mampu memecahkan masalahnya secara mandiri.

Salah satu kompetensi Bidan di masyarakat adalah peran bidan sebagai Bidan Komunitas. Bidan Komunitas merupakan komponen penting dalam Pelayanan Kebidanan Komunitas. Pelayanan ini diperlukan dalam rangka mengurangi Angka Kesakitan dan Angka Kematian Ibu dan Bayi. Kematian ibu/bayi merupakan kegagalan kesehatan dan kegagalan sosial. Oleh karena itu, pola pelayanan kesehatan ibu yang relevan dengan kondisi geografis, status keluarga, tingkat pendidikan, dan budaya masyarakat sangat dibutuhkan. Bidan sebagai pendamping perempuan, diharapkan mampu memberikan pelayanan yang bersifat individual maupun kelompok dengan menggunakan strategi untuk mengatasi kendala terkait sosial budaya, kemiskinan, fasilitas kesehatan, dan lingkungan.

## 1.2 Pengertian

Komunitas berasal dari bahasa Latin *communitas* yang berarti “kesamaan”, kemudian dapat diturunkan dari *communis* yang berarti “sama, public, dibagi oleh semua atau banyak”. (Wenger, 2002: 4). Menurut Crow dan Allan, komunitas dapat terbagi menjadi 3 komponen yaitu: 1. Berdasarkan lokasi atau tempat/wilayah. Sebuah komunitas dapat dilihat sebagai tempat di mana sekumpulan orang mempunyai sesuatu yang sama secara geografis. 2. Berdasarkan minat. 3. Berdasarkan komunitas dapat berarti ide dasar yang dapat mendukung komunitas itu sendiri.

Menurut Selo Soemardjan (*Social Changes: 1962*) istilah komunitas dalam batas-batas tertentu dapat menunjuk pada warga sebuah dusun (dukuh atau kampung), desa, kota, suku atau bangsa.

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

Pelayanan Kebidanan (*Midwifery Service*) adalah bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan yang telah terdaftar (teregister) yang dapat dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau rujukan. Sehingga Pelayanan kebidanan komunitas pada hakekatnya adalah upaya yang dilakukan oleh bidan untuk pemecahan masalah kesehatan ibu dan anak balita di dalam keluarga dan masyarakat.

Kebidanan komunitas adalah pelayanan kebidanan yang menekankan pada aspek- aspek psikososial budaya yang ada di komunitas (masyarakat sekitar). Maka seorang bidan dituntut mampu memberikan pelayanan yang bersifat individual

maupun kelompok. Untuk itu bidan perlu dibekali dengan strategi-strategi untuk mengatasi tantangan/kendala seperti berikut ini.

1. Sosial budaya seperti ketidakadilan gender, pendidikan, tradisi yang merugikan Ekonomi, seperti kemiskinan.
2. Politik dan hukum, seperti ketidakadilan sosial.
3. Fasilitas, seperti tidak ada peralatan yang cukup, pelayanan rujukan.
4. Lingkungan, seperti air bersih, daerah konflik, daerah kantong (daerah yang terisolir), kumuh, padat, dll.

Ukuran keberhasilan bidan dalam menghadapi tantangan/kendala di atas adalah bangkitnya/lahirnya gerakan masyarakat untuk mengatasi masalah dan memenuhi kebutuhan kesehatan serta kualitas hidup perempuan di lokasi tersebut.

### **1.3 Tujuan Kebidanan Komunitas**

#### **1. Tujuan umum**

Seorang bidan komunitas mampu meningkatkan kesejahteraan masyarakat, khususnya kesehatan perempuan diwilayah kerjanya, sehingga masyarakat mampu mengenali masalah dan kebutuhan serta mampu memecahkan masalahnya secara mandiri.

#### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengidentifikasi masalah kebidanan komunitas
- b. Melakukan upaya promotif dan preventif
- c. Dipahaminya pengertian sehat dan sakit oleh masyarakat
- d. Mengidentifikasi struktur masyarakat setempat
- e. Meningkatkan kemampuan individu/ keluarga/ kelompok/ masyarakat untuk melaksanakan asuhan kebidanan dalam rangka mengatasi masalah
- f. Tertanganinya kelainan kelompok risiko tinggi yang perlu pembinaan dan pelayanan kebidanan

- g. Terlayannya kasus kebidanan di rumah
- h. Tertanganinya tindak lanjut kasus kebidanan dan rujukan
- i. Mengidentifikasi status kesehatan ibu dan anak
- j. Pelayanan KIA, KB, dan Imunisasi
- k. Menggambarkan situasi wilayah kerja
- l. Mengidentifikasi potensi yang ada di wilayah kerja
- m. m. Bimbingan kader posyandu/ kesehatan/ dukun bayi
- n. Mengidentifikasi kerjasama lintas program dan lintas sektoral dalam pemecahan masalah KIA/KB
- o. o. Mengarahkan berbagai bentuk Peran Serta Masyarakat (Posyandu, Polindes, POs Obat Desa, dan Tabulin).
- p. Kunjungan rumah.
- q. Penyusunan laporan dan evaluasi
- r. Melakukan asuhan kebidanan sasaran kebidanan komunitas.

## **1.4 Sejarah Kebidanan Komunitas Di Indonesia**

Pada tahun 1849 seiring dengan dibukanya pendidikan dokter jawa di Batavia (di rumah sakit militer belanda sekarang RSPAD Gatot Subroto), pada tahun 1851 dibuka pendidikan bidan bagi wanita pribumi di Batavia oleh dokter Belanda (dr. W. Rosch). Fokus peran bidan hanya sebatas pelayanan di rumah sakit (bersifat klinis). Pada tahun 1952, sekolah bidan 4 tahun menitikberatkan pendidikan formal masih pada kualitas pertolongan persalinan di rumah sakit. Selain itu bidan bertugas secara mandiri di biro konsultasi (CB) yang saat ini menjadi poliklinik antenatal rumah sakit. Dalam peran tersebut, bidan sudah memasukkan konsep pelayanan kebidanan komunitas.

Pada tahun 1953 di Yogyakarta diadakan kursus tambahan bagi bidan (KTB), yang berfokus pada kesehatan masyarakat. Dengan demikian pemerintah mengakui bahwa peran bidan tidak hanya terbatas pada pelayanan di rumah sakit tetapi juga meluas pada pelayanan masyarakat, yang

berbasis di balai kesehatan ibu dan anak (BKIA) di tingkat kecamatan. Ruang lingkup pelayanan BKIA meliputi pelayanan antenatal (pemberian pendidikan kesehatan, nasehat perkawinan, perencanaan keluarga); intranatal; postnatal (kunjungan rumah, termasuk pemeriksaan dan imunisasi bayi, balita, dan remaja); penyuluhan gizi, pemberdayaan masyarakat; serta pemberian makanan tambahan. Pengakuan ini secara formal dalam bentuk adanya bidan koordinator yang secara struktural tercatat di jenjang inspektorat kesehatan, mulai daerah tingkat I (Propinsi) sampai dengan II (Kabupaten).

Ketika konsep puskesmas dilaksanakan pada tahun 1967, pelayanan BKIA menjadi bagian dari pelayanan Puskesmas. Secara tidak langsung, hal ini menyebabkan penyusutan peran bidan di masyarakat. Bidan di Puskesmas tetap memberikan pelayanan KIA dan KB di luar gedung maupun di dalam gedung, namun hanya sebagai staf pelaksana pelayanan KIA, KB, Posyandu, UKS dan bukan sebagai perencana dan pengambil keputusan pelayanan di masyarakat. Tanpa disadari, bidan kehilangan keterampilan menggerakkan masyarakat, karena hanya sebagai pelaksana.

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

Gerakan Sayang Ibu (GSI) saat Departemen Kesehatan menerapkan inisiatif safe motherhood malah diprakarsai oleh Kantor Menteri Pemberdayaan Perempuan tahun 1996 dengan tujuan meningkatkan partisipasi masyarakat untuk menurunkan AKI. Pada tahun yang sama

(1996), Ikatan Bidan Indonesia (IBI) melakukan advokasi pada pemerintah yang melahirkan program pendidikan Diploma III Kebidanan (setingkat akademi). Program baru ini memasukkan lebih banyak materi yang dapat membekali bidan untuk bisa menjadi agen pembaharu di masyarakat, tidak hanya di fasilitas klinis (IBI, 2005).

## **1.5 Prinsip Pelayanan Asuhan Bidan Pada Pelayanan Kebidanan Komunitas**

1. Kebidanan komunitas sifatnya multi disiplin meliputi ilmu kesehatan masyarakat, sosial, psikologi, ilmu kebidanan, dan lain-lain yang mendukung peran bidan di komunitas.
2. Berpedoman pada etika profesi kebidanan yang menjunjung harkat dan martabat kemanusiaan klien.
3. Ciri Kebidanan komunitas adalah menggunakan populasi sebagai unit analisis. Populasi bisa berupa kelompok sasaran (jumlah perempuan, jumlah Kepala Keluarga (KK), jumlah laki-laki, jumlah neonatus, jumlah balita, jumlah lansia) dalam area yang bisa ditentukan sendiri oleh bidan. Contohnya adalah jumlah perempuan usia subur dalam 1 RT atau 1 kelurahan/ kawasan perumahan/ perkantoran.
4. Ukuran keberhasilan bukan hanya mencakup hasil upaya bidan, tetapi hasil kerjasama dengan mitra-mitra seperti PKK, kelompok ibu-ibu pengajian, kader kesehatan, perawat, PLKB, dokter, pekerja sosial, dll.
5. Sistem pelaporan bidan di komunitas, berbeda dengan kebidanan klinik. Sistem pelaporan kebidanan komunitas berhubungan dengan wilayah kerja yang menjadi tanggung jawabnya.

## 1.6 Ruang Lingkup Pelayanan Kebidanan Di Komunitas

### 1. Peningkatan kesehatan (*promotif*)

Bidan lebih mengutamakan langkah promotif dalam setiap asuhannya, seperti ibu hamil disarankan untuk melakukan pemeriksaan kehamilan di tenaga kesehatan. Bayi dan balita dilakukan pemantauan tumbuh kembang di posyandu.

### 2. Pencegahan (*preventif*)

Salah satu contoh tindakan preventif bidan yang dapat dilakukan adalah pemberian imunisasi pada bayi dan balita serta ibu hamil.

### 3. Deteksi dini komplikasi dan pertolongan kegawatdaruratan.

Bidan diharapkan mempunyai kemampuan 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 kesakitan dan kecacatan.

Dalam memberikan asuhan bidan melakukan pendekatan secara fisiologis, dengan meminimalisir intervensi yang berlebihan sesuai dengan kondisi klien

### 5. Pemulihan kesehatan (*rehabilitasi*).

Pada masa pemulihan bidan bekerjasama dengan tenaga kesehatan lain (dokter kandungan) untuk mengobservasi kemajuan kesehatan klien. Sebagai contoh adalah bidan melakukan perawatan pasca operasi pada klien dengan tindakan persalinan caesar.

### 6. Kemitraan dengan LSM setempat, organisasi masyarakat, organisasi sosial, kelompok masyarakat yang melakukan upaya untuk mengembalikan individu ke lingkungan keluarga dan masyarakat. Terutama pada kondisi bahwa stigma masyarakat perlu dikurangi 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).

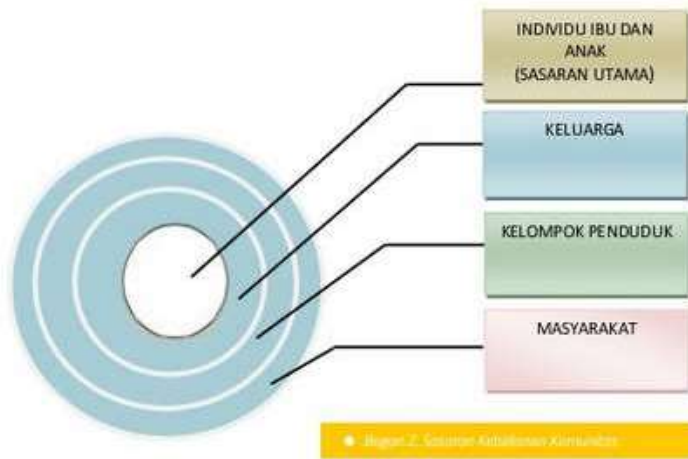
## 1.7 Sasaran Kebidanan Komunitas

Pencegahan dan peningkatan kesehatan masyarakat dilakukan melalui pelayanan asuhan secara langsung terhadap individu, keluarga, dan kelompok dalam konteks komunitas. Selain itu juga diperlukan perhatian langsung terhadap kesehatan seluruh masyarakat dan mempertimbangkan bagaimana masalah kesehatan masyarakat memengaruhi keluarga, individu dan kelompok.

Sasaran kebidanan komunitas adalah mulai dari individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

1. Individu diutamakan pada individu yang ditemukan di klinik, rumah dan tempat lain dengan masalah kesehatan.
2. Keluarga, dengan mengutamakan keluarga dengan risiko tinggi terhadap masalah kesehatan tertentu.
3. Kelompok penduduk, diutamakan pada kelompok penduduk daerah kumuh, daerah terisolasi dan daerah yang tidak terjangkau termasuk kelompok bayi, balita dan ibu hamil dll.
4. Masyarakat, yaitu dari satuan masyarakat yang terkecil sampai dengan masyarakat secara keseluruhan.

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



Strategi intervensi kebidanan komunitas yaitu proses kelompok, pendidikan kesehatan, dan kerja sama (kemitraan). Kebidanan komunitas merupakan bentuk pelayanan/asuhan langsung yang berfokus pada kebutuhan dasar komunitas. Upaya yang dapat ditempuh untuk meningkatkan kerjasama dengan masyarakat adalah dengan cara sebagai berikut.

1. Mengorganisir masyarakat.

Dengan cara melakukan pendekatan kepada tokoh masyarakat, kunjungan atau tatap muka untuk menjelaskan maksud dan tujuan dilakukan kegiatan asuhan komunitas sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

2. Mengajar masyarakat seperti perilaku hidup sehat.

Sebagai bidan yang berperan sebagai pendidik, seyogyanya menerapkan tindakan preventif dan promotif, salah satunya adalah bagaimana menginformasikan perilaku hidup sehat pada individu maupun kelompok. Sebagai contoh adalah memberikan penyuluhan tentang pentingnya cuci tangan sebelum makan.

3. Membentuk jaringan kerja.

Beberapa jaringan kerja bidan di komunitas antara lain Puskesmas, Polindes, Posyandu, BPM, dasawisma, kunjungan rumah pasien (Syahlan, 1996). Di masyarakat banyak tenaga kesehatan maupun non kesehatan, seperti PKK, kelompok ibu-ibu pengajian, dukun beranak, kader

kesehatan, perawat, PLKB, dokter, pekerja sosial, dll. Untuk itu bekerjasama dalam tim menjadi sangat penting. Dengan demikian bidan sebagai pimpinan tim diharapkan mampu sebagai pengelola dan sekaligus pelaksana kegiatan kebidanan di komunitas, sehingga diperlukan kerjasama lintas program dan lintas sektor. Tujuannya adalah meningkatkan koordinasi dan komunikasi serta meningkatkan kemampuan bersama dalam menanggulangi masalah kesehatan dan memaksimalkan manfaat semua pihak. Jaringan kerjasama yang dilaksanakan di dalam satu instansi misalnya imunisasi, pemberian tablet FE, vitamin A, Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dan sebagainya. Sedangkan kerjasama lintas sektor (yang melibatkan intitusi luar) misalnya melalui BIAS (Bulan Imunisasi Anak Sekolah), PAUD dan sebagainya.

4. Memberdayakan pihak lain.

Pemberdayaan pihak lain adalah pemanfaatan fasilitas dan potensi yang ada di masyarakat untuk diberdayakan, seperti potensi sumber daya alam, potensi desa, dan sumber daya manusia atau kader kesehatan. Contohnya adalah bila di suatu desa ditemukan lahan industri maka pabrik atau instansi terkait terlibat untuk memberikan fasilitas kesehatan yang sifatnya umum yaitu didirikan tempat Mandi Cuci Kakus (MCK) bagi warga yang tidak memiliki sumber air bersih dan pembuangan hajat di rumahnya.

5. Membicarakan masalah secara terbuka.

Melakukan dialog terbuka atau pertemuan secara formal kepada tokoh masyarakat untuk menyampaikan hasil pendataan tentang status kesehatan berdasarkan data primer atau data seunder. Hal ini bertujuan agar masyarakat dan tokoh terkait mau tahu dan mampu mengatasi masalahnya sendiri secara swadaya dan gotong royong. Contohnya adalah hasil pendataan tentang masih banyaknya remaja yang putus sekolah pada usia sekolah.

## DAFTAR PUSTAKA

- Rahayu, T.P., ST, S., Keb, M., Agung Suharto, A.P.P. and Rahayu Sumaningsih, S.S.T., KEBIDANAN KOMUNITAS.
- Astuti, A., Aryani, R., Fitri, R.D., Amalina, N., Mardiah, A., Aji, S.P. and Rahmawati, R.S.N., 2022. *Kebidanan Komunitas*. Get Press.
- Astuti, A., Aryani, R., Fitri, R.D., Amalina, N., Mardiah, A., Aji, S.P. and Rahmawati, R.S.N., 2022. *Kebidanan Komunitas*. Get Press.
- Siti Cholifah, S.C. and Yanik Purwanti, Y.P., 2019. Buku Ajar Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Komunitas.



# **BAB 2**

## **IDENTIFIKASI MASALAH KEBIDANAN**

*Oleh Ayu Sunarti S.*

### **2.1 Latar Belakang**

Sebagai seorang bidan yang bekerja di komunitas, harus mengetahui dan memahami beberapa pokok permasalahan yang terjadi di komunitas, diantaranya :

1. Kematian ibu dan bayi
2. Kehamilan remaja
3. *Unsafe abortion*
4. Angka kejadian BBLR
5. Tingkat kesuburan PUS
6. Pertolongan persalinan oleh tenaga non kesehatan
7. Penyakit Menular Seksual (PMS) pada masyarakat
8. Perilaku dan social budaya yang berpengaruh pada pelayanan kebidanan komunitas.

Dengan mengetahui dan memahami masalah-masalah di atas, diharapkan bidan dapat berkontribusi dalam upaya pemecahan masalah tersebut. Lebih lanjut, akan dibahas satu persatu.

Masalah kerusakan lingkungan hidup manusia di bumi telah diketahui secara umum dan berdampak merugikan kesehatan ibu dan bayi sehingga mengakibatkan kematian. Penting bagi bidan memberi pelayanan pelayanan yang komprehensif dan menyeluruh kepada semua lapisan masyarakat. Bidan dapat mengetahui kebutuhan pelayanan kebidanan.

Menurut McCharty dan Maine (1992) dalam (Hamidah, 2009) kerangka konsepnya mengemukakan bahwa peran determinan sebagai landasan yang melatarbelakangi dan menjadi penyebab langsung dan tidak langsung dari

identifikasi kematian ibu dan bayi, kehamilan remaja, unsafe abortion, BBLR, dan tingkat kesuburan yang ada di komunitas.

Faktor determinan tersebut (Hamidah, 2009) adalah sebagai berikut:

1. Determinan proksi/hasil
  - a. Kejadian kehamilan
  - b. Komplikasi kehamilan dan persalinan (perdarahan, infeksi eklamsia, partus macet, rupture uteri).
  - c. Kematian, kecacatan
2. Determinan antara intermediate
  - a. Status kesehatan (gizi, infeksi penyakit kronis, riwayat komplikasi).
  - b. Status reproduksi (usia paritas, status perkawinan).
  - c. Akses terhadap pelayanan kesehatan (lokasi pelayanan kesehatan, keluarga berencana, ANC, pelayanan obstetri, jangkauan pelayanan, kualitas pelayanan, akses informasi pelayanankesehatan).
  - d. Perilaku sehat (penggunaan KB. pemeriksaan ANC, dan penolong persalinan)
  - e. Faktor-faktor yang tidak diketahui/ tidak terduga.
3. Determinan kontekstual
  - a. Status wanita dalam keluarga dan masyarakat (pendidikan, pekerjaan, penghasilan, keberdayaan)
  - b. Status keluarga dan masyarakat (penghasilan, kepemilikan. pendidikan, dan pekerjaan anggota rumah tangga)
  - c. Status masyarakat (kesejahteraan, sumber daya [dokter klinik]).

Masalah kebidanan di masyarakat merupakan masalah yang kompleks dan perlu peningkatan penanganan secara lintas program, lintas sektor, dan lintas disiplin ilmu serta dengan memperbaiki faktor sosial budaya, tanpa kerja sama dan pemantapan dengan organisasi profesi (IDI, POGI, IDAI, IBI dan lain lain), serta "stakeholder" permasalahan tidak akan terselesaikan. Permasalahan kebidanan di masyarakat di antaranya adalah kematian ibu dan anak, kesehatan reproduksi remaja, aborsi tidak aman, bayi berat lahir rendah, tingkat

kesuburan. pertolongan persalinan oleh tenaga non kesehatan, penyakit menular seksual serta perilaku sosial budaya (Yulifah, 2009).

## **2.2 Masalah-Masalah Kebidanan di Komunitas**

Dalam kehidupan masyarakat berbagai masalah yang bisa muncul antara lain masalah kebidanan, yang tentunya perlu mendapat perhatian khusus dalam penanganannya agar generasi penerus dalam proses tumbuh kembangnya dapat sehat lahir dan batin.

### **2.2.1 Kematian Ibu dan Bayi**

Berdasarkan WHO-SEARO 1998 dalam (Suriani, 2009) kematian ibu adalah kematian perempuan selama masa kehamilan, atau dalam 42 minggu setelah persalinan dari setiap penyebab yang berhubungan dengan dan atau diperburuk oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan karena kecelakaan. Sebagian besar kematian perempuan disebabkan komplikasi karena hamil dan bersalin, yakni pendarahan 28%, eklampsia 24%, infeksi 11%, aborsi yang tidak aman 5%, persalinan lama 5%, trauma obstetrik 5%, emboli obstetri 3%, dan lain-lain 11%. Penyebab kematian ibu terbesar adalah perdarahan dan eklampsia. Kedua sebab itu sebenarnya dapat dicegah dengan pemeriksaan kehamilan antenatal care yang memadai, atau penerapan teknologi kesehatan yang ada. Namun demikian, banyak faktor yang memengaruhi baik politis maupun teknis, sehingga teknologi kesehatan kurang dapat diterapkan secara sempurna di tingkat masyarakat, belum tentu masyarakat memanfaatkannya karena sebagai alasan dikategorikan sebagai penyebab tidak langsung kematian ibu, yakni sosial ekonomi, pendidikan, kedudukan dan peranan wanita, sosial budaya dan transportasi. Hal tersebut sangat memicu terjadinya "tiga terlambat empat terlalu", yaitu terbatasnya kesempatan memperoleh informasi dan pengetahuan baru, hambatan membuat keputusan, terbatasnya akses memperoleh pendidikan memadai, dan kelangkaan pelayanan kesehatan yang peka terhadap kebutuhan perempuan juga berperan dalam situasi ini (Suriani, 2009).

Program Umum Departemen Kesehatan RI Menurut Menkes adalah penurunan angka kematian bayi dari 33/1000 menjadi 26/1000 kelahiran hidup. Demikian pula, prevalensi gizi kurang pada balita ditekan dari 25,8% menjadi 20%, umur harapan hidup dari 66,2% tahun menjadi 70,6 tahun.

Upaya untuk mencapai target tersebut telah disiapkan Departemen Kesehatan dalam empat strategi pokok. yakni:

1. Penggerakan dan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan.
2. Mendekatkan akses keluarga miskin dan rentan terhadap pelayanan kesehatan berkualitas.
3. Meningkatkan surveilans, dan
4. Meningkatkan pembiayaan di bidang kesehatan.

Keselamatan dan kesejahteraan perempuan dan anak sangat penting tidak saja bagi pemenuhan hak hidup sehat bagi mereka, tetapi juga dalam mengatasi masalah ekonomi, sosial dan tantangan pembangunan (Pesan Kunci Hari Kesehatan Dunia, 2005) dalam (Suriani, 2009). Program keluarga berencana dianggap sebagai program pencegahan kematian maternal yang kos-efektif. karena dapat mencegah kehamilan yang tidak diinginkan. Kehamilan yang tidak diinginkan berdampak buruk terhadap kehamilan, janin yang dikandung dan anak yang dilahirkan. *Initiatives For Maternal Mortality Programme Assessment (IMMPA)*, merupakan inisiatif program penilaian penurunan kematian ibu. Tujuannya, mencari di antara strategi intervensi yang sudah ada. Strategi manakah yang paling efektif dan kos-efektif untuk menurunkan kematian ibu di berbagai situasi sosial dan budaya di negara berkembang. untuk menilai aplikasi dari strategi tersebut terhadap pemerataan dan kesinambungan pelayanan kesehatan ibu dan neonatal. Untuk mencapai tujuan tersebut, IMMPA berupaya meningkatkan kapasitas penentu kebijakan dalam pengambilan keputusan, termasuk mengalokasikan sumber-sumber daya yang terbatas berdasarkan bukti dan data yang akurat berarti pula peningkatan kemampuan membuat melaksanakan evaluasi program kesehatan yang diharapkan berdampak positif terhadap peningkatan kesehatan

perempuan, bayi serta keluarga dan selanjutnya meningkatkan sosial dan ekonomi masyarakat luas. Program IMMPA di Indonesia akan berlangsung dua tahap. Pada tahap pertama berencana, menghasilkan instrumen penelitian untuk membantu pengambilan kebijakan mengukur berbagai indikator kemajuan program kesehatan maternal dan perinatal.

Dalam (Suriani, 2009) untuk pencapaian ini berbagai kegiatan dijalankan:

1. Menilai sistem pelayanan kesehatan dan sistem informasi kesehatan.
2. Mengidentifikasi strategi dan intervensi program kesehatan ibu yang sedang berjalan.
3. Menilai kapasitas institusi untuk melaksanakan pencatatan dan pelaporan.
4. Melakukan riset untuk mengembangkan cara pengukuran program kesehatan ibu hamil dan melahirkan.

Adapun kegiatan yang dilakukan untuk mengembangkan desain evaluasi adalah identifikasi paket-paket intervensi/strategi yang ada dan layak evaluasi, meningkatkan kapasitas institusi dalam perencanaan, melakukan evaluasi secara terpadu strategi program terpilih dengan menggunakan data yang relevan dan akurat.

### **2.2.2 Kehamilan Remaja**

Dalam (Ambarwati, 2011) masa remaja merupakan masa peralihan/masa transisi/ masa pancaroba yang penuh gejala yaitu masa kanak-kanak menuju masa dewasa mandiri. Kehamilan bisa jadi dambaan, tetapi mungkin juga dianggap malapetaka apabila kehamilan itu sendiri tidak/belum diinginkan. Kehamilan remaja adalah kehamilan yang terjadi pada remaja yang merupakan akibat perilaku seksual baik disengaja (sudah menikah) maupun tidak sengaja (belum menikah).

1. Beberapa hal yang mengakibatkan kehamilan remaja
  - a. Kurangnya peran orang tua dalam keluarga. Perhatian dan peran orang tua amat berpengaruh besar terhadap perkembangan mental dan kejiwaan si anak. Anak

yang tidak merasakan ketentraman di dalam keluarganya akan cenderung mencari ketentraman di luar dengan berbagai cara, ada kalanya mereka melakukan hal-hal yang banyak di antaranya yang cenderung melakukan hal-hal negatif sebagai bentuk kekesalan mereka terhadap kedua ibu bapaknya.

- b. Kurangnya pendidikan seks dari orang tua dan keluarga terhadap remaja. Pendidikan seks sangat perlu diberikan orang tua terhadap anak sehingga si anak tidak cenderung mencari informasi dari tempat yang salah dan perlunya pengawasan ketat dari orang tua terhadap anak. Komunikasi lebih terbuka antara orang tua-anak dapat berperan penting bagi pemantauan perilaku anak di masyarakat. Karena dengan komunikasi, orang tua dapat memasukkan hal-hal yang boleh dan tidak boleh dilakukan misalnya, batas mereka boleh bermesraan dan apa konsekuensinya kalau dilanggar. Kepercayaan dari orang tua akan membuat mereka merasa lebih bertanggung jawab. Berpacaran sembunyi-sembunyi akibat dari tidak diberikannya kepercayaan justru tidak menguntungkan karena kasus-kasus pra nikah umumnya dilakukan oleh mereka yang "backstreet" dan mungkin juga didukung oleh hubungan dengan orang tua yang kurang akrab atau terlalu kaku.
- c. Perkembangan IPTEK yang tidak didasari dengan perkembangan mental yang kuat. Semakin majunya IPTEK membuat para remaja semakin mudah untuk mendapatkan informasi-informasi mengenai seks dan apabila hal ini tidak didasari dengan perkembangan mental yang kuat maka dapat membuat para remaja terjerumus ke arah pergaulan yang salah dan sehingga terciptalah perbuatan-perbuatan yang tidak sesuai dengan norma dan agama yang berlaku.

## 1. Dampak Kehamilan Remaja

- 1) Pengguguran kandungan, faktor yang mendukung terjadinya pengguguran kandungan adalah:
  - a. Status Ekonomi Sebuah Keluarga  
Keadaan ini mendorong suatu keluarga untuk lebih memilih menggugurkan kandungannya karena faktor ekonomi yang membuat mereka merasa tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan bayi
  - b. Keadaan Emosional  
Setiap remaja yang mengalami kehamilan di luar nikah akan terganggu keadaan emosionalnya. Apabila bagi mereka yang tidak menerima kehamilan tersebut karena malu terhadap lingkungan sehingga mendorong mereka untuk menggugurkan kandungan.
  - c. Pasangan Yang Tidak Bertanggung Jawab Dengan usia yang belum cukup (belum matang) terlebih lagi bagi pihak pria yang harus bertanggung jawab sepenuhnya atas perbuatan yang dilakukannya. Membuat pihak pria berpikir dua kali untuk bertanggung jawab. Dan apabila pihak pria tidak bertanggung jawab ini akan terjadi beban bagi wanita sehingga memaksa dia untuk menggugurkan kandungannya.
- 2) Risiko Persalinan yang Terjadi Berbagai risiko yang terjadi pada kehamilan diusia dini di antaranya pre-eklamsia, anemia, bayi prematur, bayi berat lahir rendah (BBLR). kematian bayi dan PMS meningkat pada remaja yang hamil sebelum usia 16 tahun. Selain itu remaja yang hamil amat risiko untuk menderita disproporsi sefalopelvik (karena tulang panggul belum tumbuh sempurna).
- 3) Perceraian Pasangan Muda  
Pernikahan remaja di usia muda dengan status emosi yang masih belum stabil kebanyakan berujung pada perceraian. Disamping itu faktor ekonomi dari pasangan yang berubah drastis di mana sebelumnya kedua pasangan suami istri dibiayai oleh orang tua.

Kini berubah menjadi memenuhi kebutuhan diri sendiri dengan segudang masalah yang mereka hadapi dapat menyebabkan para pasangan berpikiran singkat segera menyelesaikan hubungan yang telah terjadi dengan jalan perceraian.

#### 4) Hubungan Seks Usia Muda Berisiko Kanker

Hubungan seks pada usia dibawah 17 tahun merangsang tumbuhnya sel kanker pada alat kandungan perempuan, karena rentan pada usia 12-17 tahun perubahan sel dalam mulut Rahim sedang aktif sekali. Saat sel sedang membelah secara aktif (metamorphosis) idealnya tidak terjadi kontak atau rangsangan apapun di luar. Termasuk injus (masuknya) benda asing dalam tubuh perempuan. Karena adanya benda asing, termasuk alat kelamin pria dan sperma akan mengakibatkan perkembangan sel kerah abnormal. Apabila kalau sampai terjadinya luka yang mengakibatkan infeksi dalam Rahim. Sel abnormal dalam mulut Rahim itu dapat mengakibatkan kanker mulut Rahim (serviks). Kanker serviks menyerang alat kelamin perempuan. Berawal dari mulut Rahim dan berisiko menyebar ke vagina hingga keluar di permukaan.

## 2. Faktor Terjadinya Kehamilan Remaja

### 1) Faktor Agama dan Iman

Kurangnya penanaman nilai-nilai agama berdampak pada pergaulan bebas dan berakibat remaja dengan gampang melakukan hubungan suami istri di luar nikah sehingga terjadi kehamilan, pada kondisi ketidaksiapan berumah tangga dan untuk bertanggung jawab.

### 2) Faktor lingkungan

Kehidupan seorang remaja sangat perlu diperhatikan oleh orang tua. Di mana anaknya berada dan dengan siapa bergaul. Kurangnya perhatian khusus dari orang tua kepada remaja untuk dapat memberikan pendidikan seks yang baik dan benar, dan orang tua

bersikap tidak terbuka terhadap anak bahkan cenderung membuat jarak dengan anak dalam masalah seksual. Pergaulan yang salah serta penyampaian dan penyalahgunaan dari media elektronik yang salah. Dapat membuat para remaja berpikiran bahwa seks bukanlah hal yang tabu lagi tapi merupakan sesuatu yang lazim.

- 3) Pengetahuan yang minim ditambah rasa ingin tahu yang berlebihan.

Pengetahuan seksual yang setengah-setengah mendorong gairah seksual sehingga tidak bisa dikendalikan. Hal ini akan meningkatkan risiko dampak negatif seksual. Dalam keadaan orang tua yang tidak terbuka mengenai masalah seksual, remaja akan mencari informasi tersebut dari sumber yang lain. Teman sebaya, buku, majalah, internet, video atau blue film. Mereka sendiri belum dapat memilih mana yang baik yang perlu dilihat atau yang harus dihindari.

- 4) Perubahan Zaman

Pada zaman modern sekarang ini remaja sedang dihadapkan pada kondisi sistem nilai dan kemudian sistem nilai tersebut terkikis oleh sistem yang lain yang bertentangan dengan nilai moral dan agama, seperti fashion dan film yang begitu intensif sehingga remaja dihadapkan ke dalam gaya pergaulan hidup bebas termasuk masalah hubungan seks di luar nikah.

- 5) Perubahan Kadar Hormon pada Remaja

Kadar hormon pada remaja meningkatkan libido atau dorongan seksual yang membutuhkan penyaluran melalui aktivitas seksual

- 6) Semakin Cepatnya Usia Pubertas Semakin cepatnya usia pubertas berkaitan dengan tumbuh kembang remaja, sedangkan pernikahan semakin tertunda akibat tuntutan kehidupan saat ini menyebabkan masa-masa tunda hubungan seksual menjadi semakin panjang. Jika tidak diberikan pengarahan yang tepat maka penyaluran seksual yang dipilih berisiko tinggi.

- 7) Adanya Trend Baru dalam Berpacaran di Kalangan Remaja. Di mana kalau dulu melakukan hubungan seksual di luar nikah meskipun dengan rela sendiri sudah dianggap bebas. Namun sekarang sudah pula bergeser nilainya, yang dianggap seks bebas adalah jika melakukan hubungan seksual banyak orang.

### **3. Dampak Kehamilan Remaja di Komunitas**

Banyak efek negatif dari kehamilan remaja di antaranya penyakit fisik seperti anemia, kesulitan persalinan karena tulang panggul belum sempurna, persalinan prematur, kematian janin dalam kandungan, BBLR, dan sebagainya. Di bidang sosial, remaja akan gagal menikmati masa remajanya dan akan menerima sikap ungkapan yang negatif karena dianggap memalukan, yang dapat menimbulkan sikap penolakan remaja terhadap bayi yang dikandungnya. Kehamilan remaja dapat menimbulkan berbagai konsekuensi psikososial seperti putus sekolah, rasa rendah diri, kawin muda dan perceraian dini. Abortus dengan konsekuensi psikososial seperti rasa bersalah yang berlebihan, ancaman hukuman pidana dan sanksi adat/masyarakat. Penyakit menular seksual, gangguan dan tekanan psikososial di masa lanjut yang timbul akibat hubungan seks remaja.

### **4. Pencegahan Kehamilan Remaja**

- 1) Tidak melakukan hubungan seksual sebelum menikah
- 2) Kegiatan positif
- 3) Hindari perbuatan yang memberi dorongan negatif misalnya perilaku seks
- 4) Jangan terjebak pada rayuan gombal
- 5) Hindari pergi dengan orang yang tak dikenal
- 6) Mendekatkan diri pada Tuhan
- 7) Penyuluhan meliputi kesehatan reproduksi remaja, keluarga berencana (alat kontrasepsi, kegagalan dan solusinya), kegiatan rohani dengan tokoh agama

- 8) Bagi pasangan menikah sebaiknya menggunakan alat kontrasepsi yang tingkat kegagalannya rendah, misalnya steril. AKBK, AKDR, dan suntik.

## **5. Penanganan Kehamilan Remaja**

- 1) Sikap bersahabat jangan mencibir
- 2) Konseling kepada remaja dan keluarga meliputi kehamilan dan persalinan
- 3) menyelesaikan secara kekeluargaan, segera menikah.
- 4) Periksa kehamilan sesuai standar
- 5) Gangguan jiwa atau risiko tinggi segera rujuk ke ahli kandungan
- 6) Bila ingin abortus maka berikan konseling risiko abortus.

## **6. Kesiapan dalam Kehamilan**

Dalam Suriani (2009) kesiapan seorang perempuan untuk hamil dan melahirkan atau mempunyai hak anak ditentukan oleh kesiapan dalam tiga hal:

- 1) Kesiapan fisik, secara umum seorang perempuan yang disebut siap secara fisik jika ia telah menyelesaikan pertumbuhan tubuhnya, yaitu sekitar 20 tahun, ketika tubuhnya berhenti tumbuh, sehingga usia 20 tahun bisa dijadikan pedoman kesiapan fisik.
- 2) Kesiapan mental/emosi/psikis, adalah saat di mana seorang perempuan dan pasangannya merasa telah ingin mempunyai anak dan merasa telah siap menjadi orang tua termasuk mengasuh dan mendidik anak.
- 3) Kesiapan sosial/ekonomi, secara ideal jika seorang bayi dilahirkan maka ia akan membutuhkan tidak hanya kasih sayang orang tuanya. tetapi juga sarana yang membuatnya bisa tumbuh dan berkembang. Bayi membutuhkan tempat tinggal yang tetap. Karena itu remaja dikatakan siap jika ia memenuhi kebutuhan dasar seperti pakaian, makan-minum, tempat tinggal dan kebutuhan pendidikan anaknya. Hal ini meskipun seorang remaja perempuan telah melampaui usia 20 tahun tetapi ia dan pasangannya belum mampu

memenuhi kebutuhan sandang, pangan dan tempat tinggal bagi keluarganya maka ia belum dapat dikatakan siap untuk hamil dan melahirkan.

### **2.2.3 Unsafe Abortion**

Yang dimaksud dengan 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. Banyaknya kematian akibat aborsi yang tidak aman tentu sangat memprihatinkan. Hal ini diakibatkan kurangnya kesadaran perempuan dan masyarakat tentang hak atas pelayanan kesehatan. Di samping itu, aborsi juga berdampak pada kondisi psikologis. Perasaan sedih karena kehilangan bayi, beban batin akibat timbulnya perasaan bersalah dan penyesalan yang dapat mengakibatkan depresi (Suriani, 2009).

### **2.2.4 Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)**

BBLR adalah neonatus dengan berat badan lahir pada saat kelahiran kurang dari 2500 gram (sampai 2499 gram) tanpa memandang masa kehamilan. Berat lahir adalah berat bayi yang ditimbang dalam 1 jam setelah lahir. Untuk keperluan bidan desa berat lahir diterima dalam 24 jam pertama setelah lahir.

Berat badan lahir rendah (BBLR) terdapat 2 penyebab kelahiran bayi dengan berat badan kurang dari 2500 gram, yaitu karena umur kehamilannya kurang dari 37 minggu, berat badan lebih rendah dari semestinya, sekalipun umur kehamilan cukup atau kombinasi keduanya.

Kriteria BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram. Diperkirakan, kejadian BBLR di Indonesia berkisar 14-17% dari seluruh kelahiran. Penetapan angka tersebut berkaitan dengan pertumbuhan janin yang sesuai dengan masa gestasi (usia kehamilan yang normal). Umumnya bayi yang normal sendiri berkisar antara 38-42 minggu. BBLR bisa dibagi menjadi Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR), yaitu dengan berat lahir 1000-1500 gram dan

Bayi Berat Lahir Amat Sangat Rendah (BBLASR), yaitu dengan berat kurang dari 1000 gram. Secara umum BBLR berhubungan dengan usia kehamilan yang belum cukup bulan (prematur), disamping itu, juga disebabkan dismaturitas. Artinya, bayi lahir cukup bulan (usia kehamilan 38 minggu), tapi berat badan lahinya kecil ketimbang masa kehamilannya, yaitu tidak mencapai 2500 gram. Biasanya hal ini terjadi karena adanya gangguan pertumbuhan bayi sewaktu dalam kandungan yang disebabkan oleh penyakit ibu, seperti adanya kelainan plasenta, infeksi, ibu kurang gizi, kurang darah, sering sakit, merokok, bekerja keras, hipertensi dan keadaan lainnya yang menyebabkan suplai makanan ke bayi berkurang.

### **2.2.5 Tingkat Kesuburan Pus**

Tingkat kesuburan seseorang memegang peranan yang sangat penting bagi pasangan suami istri. Tingkat kesuburan dibedakan menjadi fertilitas/kesuburan dan infertilitas/ketidaksuburan. Tingkat kesuburan dapat menjadi masalah yang serius dalam tatanan komunitas. Untuk itu bidan di komunitas harus mampu mengenal masalah kesuburan dan ketidaksuburan pada pasangan suami istri.

### **2.2.6 Masalah Kebidanan Komunitas Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Non Kesehatan**

Pertolongan persalinan oleh tenaga non kesehatan yaitu proses persalinan yang dibantu oleh tenaga non kesehatan yang biasa dikenal dengan istilah dukun bayi.

#### **Etiologi:**

1. Kebiasaan/ perilaku/ adat istiadat yang tidak menunjang. Keluarga yaitu adanya kebiasaan keluarga yang memutuskan atau memaksa calon orang tuamengenai siapa yang akan menolong persalinan. Masyarakat, yaitu adanya kebiasaan masyarakat yang lebih mempercayai penolong persalinan pada tenaga non medis (dukun)
2. Sarana kesehatan.
3. Keadaan sosial ekonomi yang masih belum memadai.
4. tingkat pendidikan masyarakat.

5. Status dalam masyarakat.
6. Tingkat kepercayaan masyarakat terhadap penyuluhan kesehatan dan petugas kesehatan yang masih rendah.

### **Penanganan**

Penanganannya dengan diadakan program penempatan bidan di desa yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kematian ibu hamil, bayi dan balita. Kecuali hal-hal yang berhubungan dengan adat dan kebiasaan masyarakat setempat, dengan menjalin hubungan kemitraan antara keduanya.

#### **2.2.7 Penyakit Menular Seksual (PMS)**

PMS adalah suatu penyakit infeksi yang kebanyakan ditularkan melalui hubungan seksual (oral, anal, lewat vagina). PMS juga diartikan sebagai penyakit kelamin. 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: HIV/AIDS, dan Hepatitis B dapat ditularkan melalui hubungan seks, tetapi keduanya tidak terlalu menyerang alat kelamin (Suriani, 2009). Pada umumnya PMS membahayakan organ-organ reproduksi pada wanita, PMS menghancurkan dinding vagina atau leher rahim, biasanya tanpa tanda-tanda infeksi. Pada pria, yang terinfeksi lebih dulu adalah saluran air kencing. PMS yang tidak diobati, dapat menyebabkan keluarnya cairan yang tidak normal dari penis dan berakibat sakit pada waktu buang air kecil serta dapat memengaruhi organ organ reproduksi bagian dalam menyebabkan kemandulan baik pria maupun wanita.

Ada beberapa akibat negatif yang dapat ditimbulkan PMS, yaitu:

1. Kemandulan
2. Keguguran
3. Kanker rahim
4. Merusak penglihatan, otak dan hati
5. Menular kepada bayi, melalui air susu ibu
6. Rentan terhadap HIV/AIDS dan Hepatitis B.

Ada banyak jenis PMS, tetapi yang paling umum dan paling penting untuk diperhatikan adalah:

1. Gonore; menyebabkan kemandulan
2. Klamidia; menyebabkan kemandulan
3. Herpes kelamin
4. Sifilis; menyebabkan kerusakan yang berat pada kelamin jika tidak diobati.
5. Hepatitis B; menyebabkan kerusakan pada hati
6. HIV/AIDS; menghancurkan sistem kekebalan tubuh bahkan meninggal.

PMS yang disebabkan oleh virus seperti HIV/AIDS. Herpes kelamin dan hepatitis B adalah contoh PMS yang tidak dapat disembuhkan. HIV/AIDS adalah yang paling berbahaya, tidak dapat disembuhkan, karena merusak sistem kekebalan tubuh manusia yang memiliki peran penting dalam melawan penyakit.

Solusi sementara untuk menanggulangi permasalahan tersebut adalah penyuluhan kesehatan terutama tentang PMS, oleh bidan komunitas dapat dilakukan tes darah dan pemeriksaan kesehatan terutama pada wanita dan remaja, dengan tujuan masyarakat sadar akan akibat yang diderita jika sudah menderita PMS dan atau tidak mengobatinya (Suriani, 2009).

### **2.2.8 Perilaku dan Sosial Budaya yang Berpengaruh pada Pelayanan Kebidanan Komunitas**

Dalam pelayanan kebidanan komunitas, perilaku dan sosial budaya masyarakat sangat penting diperhatikan mulai dari kehamilan sampai pada kelahiran bayi. Ada tradisi berupa upacara-upacara yang dilakukan untuk mengupayakan keselamatan bagi janin dalam prosesnya hingga lahir. Selain itu adanya pantangan makan pedas, asin, dan ikan. Ibu nifas tidak boleh keluar rumah selama 40 hari.

Adanya perilaku dan sosial budaya yang tidak menguntungkan bagi masyarakat, maka peran bidan di komunitas sangat diharapkan, dalam (Pudiastuti, 2011) peran bidan tersebut antara lain:

1. Komunikasi, informasi dan edukasi positif
2. KIE tentang menjaga kehamilan; gizi ibu hamil, batasi aktivitas fisik.
3. Memberikan pendidikan perawatan bayi baru lahir yang benar dan tepat
4. Memberikan penyuluhan pentingnya pemenuhan gizi selama masa pasca persalinan, bayi dan balita.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anjar Astuti, dkk.2022. *Kebdanan Komunitas*. Sumatera Barat : PT Global Eksekutif Teknologi
- Wahyuni, E. D. 2018. *Asuhan Kebidanan Komunitas. 1st edn. Edited by R. Mawardi*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Wahyuni, dkk. 2020. *Kebidanan Komunitas*. Medan : Yayasan Kita Menulis.
- Lusiana El Sinta Bustami. 2017. *Kebidanan Komunitas*. Padang : Erka CV. Rumahkayu Pustaka Utama



# **BAB 3**

## **STRATEGI PELAYANAN KEBIDANAN**

*Oleh Sri Susilawati*

### **3.1 Pendahuluan**

Pelayanan kebidanan merupakan tugas utama dari seorang bidan yang harus diberikan kepada masyarakat di komunitas dengan pelayanan yang berkualitas dan profesional. Seorang bidan dalam melakukan pelayanan kebidanan memberikan pelayanan yang komprehensif (ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, KB) dengan memperhatikan adat budaya di wilayah tempat bekerjanya, serta mampu melakukan birokrasi dan membentuk jaringan di pemerintahan desa/kelurahan setempat. (Komaria Susanti, 2016). Disebagian masyarakat masih belum merasakan pelayanan kebidanan yang maksimal, karena masyarakat masih menganggap bidan belum update dari hal pendidikan juga kompetensinya, juga pencapaian ke pelayanan kesehatan masih terbatas serta masih adanya pertolongan persalinan oleh paraji (Yuningsih, 2018). Bukan hanya itu saja, aspek perkembangan pensisihan bidan masih belum berkembang secara total. Tujuannya untuk melaksanakan pelayanan fisiologis secara komprehensif yaitu melaksanakan tehnik yang dibarengi dengan penelitian, pengabdian masyarakat dan IT.

### **3.2 Strategi Pelayanan Kebidanan**

Cara bidan dalam melakukan pelayanan di masyarakat dilakukan dengan berbagai pendekatan kepada masyarakat dengan melakukan beberapa acara yang sistematis, terorganisir dan fokus untuk meningkatkan keterlibatan masyarakat, supaya dapat memanfaatkan kemampuan yang tersedia, untuk menyelesaikan masalah di kesehatan yang mereka miliki. Beberapa pendekatan:

### **3.2.1 Pendekatan edukatif dalam peran serta masyarakat (PSM)**

Pelayanan bidan di masyarakat diawali dari berkembangnya kehidupan komunitas yang tidak terpisah dari hal lingkungan, sosbud, ekonomi dan adat di masyarakat. Beberapa bagian problem di masyarakat yaitu hasil dari etika komunitas yaitu melibatkan masyarakat sangat diperlukan/kader posyandu di komunitas begitu diperlukan untuk mengangkat rasa kepercayaan masyarakat terhadap sumber daya masyarakat tersebut (Zuliani, 2016). Pendekatan dilakukan secara edukatif yaitu proses kegiatan yang dilakukan secara tersusun, mempunyai rencana yang bagus, dan terarah dengan keterlibatan masyarakat yang aktif dari pribadi, kelompok, dan masyarakat umum, untuk menyelesaikan segala rangkaian problem yang menimpa masyarakat khususnya mengenai Kesehatan, dengan memperhatikan hal-hal social ekonomi dan budaya.

Adapun tujuan dilakukannya strategi dengan pendekatan edukatif, adalah:

1. Menyelesaikan masalah yang dialami masyarakat beserta solusinya
2. Memberikan kepercayaan dan hak sepeuhnya kepada masyarakat untuk mampu dalam menyelesaikan masalahnya masing-masing secara bersama-sama dan gotong royong (Bustami *et al.*, 2017)

#### Proses Pendekatan

1. Proses kepada seperangkat tokoh masyarakat
  - a. Pendekatan tidak resmi bertujuan untuk menjaga daerah wewenang bidan
  - b. Pendekatan secara resmi melalui surat
  - c. Saling bertemu antara tim Kesehatan dengan tokoh masyarakat
  - d. *Door to door* untuk memberikan penjelasan pada masyarakat tujuan dilakukannya pendataan
  - e. Pertemuan tim Kesehatan dengan tokoh masyarakat untuk memberikan solusi memecahkan masalah

sebagai cadangan untuk perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi

- f. Bidan komunitas harus menjaga hubungan yang baik dengan masyarakat dengan mendatangi acara-acara undangan pernikahan, kematian, upacara-upacara keagamaan, dan lain-lain.
2. Pendekatan dengan pejabat daerah setempat  
Melakukan hubungan yang baik dan dilakukan pertemuan antara tingkat kecamatan, wilayah desa, dusun.
3. Pengoleksian identitas umum dan identitas khusus  
Identitas umum, data yang sesuai dengan kebutuhan seksi, identitas tingkah laku berdasarkan permasalahan yang ada, data hasil pengamatan dan data masyarakat lainnya.
4. Pelayanan berfokus pada masyarakat  
Suatu proses yang dilakukan oleh komunitas yang bisa mengkoordinir kemauan masyarakat, menentukan skala utama masalah dan mengembangkan kepercayaan masyarakat untuk berupaya mencukupi kebutuhan mereka sesuai skala prioritas yang telah dibuat. Berdasarkan referensi SDM yang ada di internal maupun eksternal dengan cara bersama-sama.

Hal ini terdiri dari tiga jenis pendekatan:

1. *Spesific Content Approach*  
Merupakan teknik pendekatan individu atau kolektif yang mempunyai problem berdasarkan data program kerja kepada instansi. Contohnya *fogging* untuk menghindari Demam Berdarah *Dengue*
2. *General Content Objective Approach*  
Merupakan suatu cara menyesuaikan beberapa usaha mengenai kesehatan pada lini tersebut.  
Misalkan: Kegiatan pos pelayanan terpadu yang terdiri dari KIA/KB, imunisasi, gizi, KIE dan lain-lain.
3. *Process Objective Approach*  
Merupakan suatu Teknik berfokus hal proses dilakukan oleh masyarakat sebagai pengambil keputusan dalam pengembangan wilayahnya sesuai dengan kemampuan yang ada.

Seperti: Kader

Memakai dan memanfaatkan fasilitas dan SDM/SDA di masyarakat merupakan suatu usaha dalam rangka membantu individu masyarakat dalam merubah perilaku masyarakat, komunikasi juga mengontrol daerah sekitar.

Proses-Proses:

1. Menciptakan situasi supaya sumber daya sekitar sehingga dapat dipakai manfaatnya
2. Meningkatkan potensi yang tersedia
3. Berusaha melangsungkan acara yang tersedia
4. Meningkatkan kesejateraan sekitar

Pengembangan di komunitas:

1. Agenda dibuat oleh dan untuk masyarakat
2. Agenda sesuai dengan SDM
3. Diperlukan bimbingan, pengarahan, dan juga dorongan dalam pelaksanaan kegiatan masyarakat dari program satu ke program lainnya.
4. Supaya program berhasil, katalisator harus mendampingi dengan mengambil fungsi sebagai petugas.

Agenda Komunitas:

1. Agenda meningkatkan kemampuan komunitas dengan Program pengembangan masyarakat dan berkoordinasi dengan dinas terkait/Kerjasama lintas sectoral (intensif)
2. Agenda untuk mengembangkan masyarakat dibebantugaskan pada salah satu departemen yang bersangkutan saja untuk melaksanakan program tersebut (adaptif)
3. Agenda pengembangan masyarakat dalam hal usaha yang minimalis di suatu daerah serta agenda tersebut sesuai keperluan masyarakat.

Pendekatan edukatif dalam pelayanan kebidanan komunitas sangat diperlukan supaya muncul minat masyarakat dalam keikutsertaan kegiatan komunitas (Wahyuningsih, Tolinggi and Baroroh, 2021).

### **3.2.2 Komunikasi yang Baik**

Komunikasi yang baik merupakan salah satu unsur vital dalam memberikan pelayanan kebidanan komunitas (Wahyono, 2018). Sesuatu dapat dikaji bidan untuk berkomunikasi yang baik adalah:

1. Hindari berbicara terus menerus dan jangan memotong pembicaraan
2. Hindari meneruskan pembicaraan orang lain untuk mengantisipasi yang sedang mereka bicarakan
3. Ketika ada yang kurang jelas, langsung ditanyakan
4. Akan lebih baik komunikasi segala hal secara langsung dibandingkan dengan cara tertulis

Komunikasi yang baik merupakan aktivitas sehari-hari yang kita lakukan sebagai warga masyarakat. Kemampuan seseorang untuk berkomunikasi yang baik merupakan kemampuan yang paling dasar. Adanya kesalahpahaman/miss komunikasi bisa menjadi factor pemicu ketidaknyamanan dan perbedaan pendapat di masyarakat (Naipon, Babo and Arifin, 2015).

### **3.2.3 Pemberdayaan Masyarakat**

Pemberdayaan masyarakat merupakan suatu hal yang pusat perhatiannya pada point yang sangat prinsip oleh individu di lingkungan masyarakat yang merupakan paradigma dari pembangunan, dimulai dari hal SDM, aspek materi dan fisik, sampai kepada aspek manajerial dan fisik sampai dengan aspek manajerial (Bustami *et al.*, 2017).

Pemberdayaan masyarakat mepinyai ciri dengan adanya kesadaran bahwa mereka memahami hak nya terhadap sekitar yang sehat serta mampu melakukan kewajiban serta tanggungjawab supaya kualitas hidup tercapai.

## **3.3 Memanfaatkan Sumber daya di Komunitas**

Sumberdaya berbasis komunitas perlu pengelolaan yang memberikan proses pembangunan, khusus pada point melakukan control dan mengasah SDM dan SDA yang aktif.

Melalui cara tersebut setiap masyarakat diharapkan mampu mendayagunakan system dan cara di komunitas yang menggunakan SDA dan SDM masyarakat yang sudah siap untuk memenuhi berbagai hal keperluan baik personal maupun masyarakat. Sumber daya tersebut dapat berupa SDA dan SDM (Wahyono, 2018). Sarana prasarana di komunitas adalah sumberdaya alam/potensi desa, dan SDM/kader posyandu. Seorang bidan Ketika melaksanakan pelayanan pada masyarakat baik untuk ibu dan anak perlu memperhatikan factor sekitar sebagai berikut:

### **3.3.1 Sosial**

Sekumpulan orang di masyarakat akan memiliki ikatan sosbud yang baik. Paraji memiliki boanding yang bagus dengan masyarakat terutama dengan keluarga didesa karena mak paraji memakai pendekatan sosbud ketika memberikan pelayanan. Diharapkan seorang bidan Ketika memberikan pelayanan kebidanan tidak bertentangan dengan kebiasaan, adat, kepercayaan dan agama. Peran serta masyarakat mempunyai peranan penting dalam upaya peningkatan KIA, Keluarga dan KB. Penyuluhan Kesehatan merupakan salah satu cara menggerakkan dan meningkatkan peran serta masyarakat. Pendidikan dan ekonomi menentukan tingkat partisipasi masyarakat dalam meningkatkan Kesehatan masyarakat. Semakin tinggi tingkat Pendidikan masyarakat, semakin meningkat Kesehatan masyarakat di sebuah komunitas.

### **3.3.2 Lingkungan Flora Fauna**

Nutrisi seseorang akan sangat tergantung pada tumbuhan dan binatang di sekitar. Masyarakat sang dianjurkan untuk memperhatikan lingkungan yang hijau asri. Dengan begitu kita bisa memanfaatkan pekarangan rumah dengan tanaman yang bermanfaat sebagai bahan kebutuhan pokok. Ternak juga sangat mendukung nutrisi seseorang. Seorang bidan yang bertugas di suatu wilayah haru mengkaji tumbuhan dan hewan yang bisa dikonsumsi. Penggunaan tanaman dan binatang ternak yaitu berupa penyuluhan masyarakat terutama pada. Kerjasama dengan petugas gizi diperlukan didalam peningkatan gizi masyarakat.

### **3.4 Tanggungjawab Bidan dalam pengambilan keputusan di Komunitas**

1. Mengidentifikasi proses pemecahan masalah
2. Asuhan kebidanan personal
3. Mengesahkan praktik klinik
4. Komunikasi dengan ahli teknis
5. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan
6. Mengkaji masalah Kesehatan yang ada di masyarakat

## DAFTAR PUSTAKA

- Bustami, L.E.S. *et al.* 2017. *Buku Ajar Kebidanan Komunitas, CV. RUmahkayu Pustaka Uatama.*
- Komaria Susanti, R.P. 2016. *Asuhan Kebidanan Komunitas.*
- Naipon, T., Babo, R. and Arifin, J. 2015. 'Komunikasi interpersonal komunitas waria', *Equilibrium Pendidikan Sosiologi*, IV(1), pp. 1–10.
- Wahyono, E. 2018. 'Komunikasi Kelompok : Studi Dialog Komunitas Dalam Pengembangan Masyarakat di Perkotaan', *Nyimak (Journal of Communication)*, 2(2), pp. 113–130. doi:10.31000/nyimak.v2i2.961.
- Wahyuningsih, E., Tolinggi, S.O. and Baroroh, R.U. 2021. 'Pendekatan Humanistik Melalui Permainan Edukatif Bahasa dalam Pembelajaran Bahasa Arab di Sekolah Islam Terpadu', *Maharaat: Jurnal Pendidikan Bahasa Arab*, 4(1), pp. 17–43. doi:10.18196/mht.v4i1.12437.
- Yuningsih, R. 2018. 'Pengembangan Kebijakan Profesi Bidan dalam Upaya Meningkatkan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak', *Aspirasi*, 7(1), pp. 63–76.
- Zuliani, E. 2016. 'Pendekatan Peran Serta Masyarakat', p. 9.

# **BAB 4**

## **TUGAS DAN TANGGUNG JAWAB BIDAN**

*Oleh M. Nur Dewi Kartikasari*

### **4.1 Pendahuluan**

Pembangunan kesehatan ditujukan untuk menciptakan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup bagi seseorang secara fisik, mental maupun sosial budaya dan ekonomi. Derajat kesehatan yang optimal dapat dicapai melalui berbagai upaya pelayanan kesehatan yang komprehensif, terarah dan berkelanjutan. Tenaga kesehatan memiliki peran yang sangat penting dalam menunjang kesehatan masyarakat. Kemajuan dunia kesehatan sangat ditentukan oleh keberhasilan tim tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan menurut Undang-Undang Republik Indonesia No 36 tahun 2014 tentang Kesehatan yaitu setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan dan memiliki pengetahuan serta keterampilan melalui pendidikan bidang kesehatan jenis tertentu yang memerlukan kewenangan dalam melaksanakan upaya kesehatan. Tenaga kesehatan memiliki sebuah *teamwork* yang saling bekerja sama dan berkolaborasi dalam memberikan pelayanan kesehatan, meliputi dokter, dokter gigi, perawat, bidan dan tenaga kesehatan medis lainnya (Kemenkes R.I, 2014).

Bidan merupakan salah satu tenaga kesehatan yang berperan penting dalam penurunan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB). Bidan dapat mengupayakan pelayanan kebidanan yang berkelanjutan dan menyeluruh, berfokus pada aspek pencegahan, promosi yang berlandaskan kemitraan dan pemberdayaan masyarakat. Dalam melaksanakan tugas, bidan harus memberikan pelayanan kebidanan sesuai kewenangan. Selain itu, bidan dapat melakukan kerjasama dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain yang berkaitan dengan pelayanan kebidanan yang akan

diberikan (Tajmiati, Astuti dan Suryani, 2016).

## **4.2 Pengertian**

Bidan menurut ICM adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan bidan yang diakui oleh negara dan memperoleh kualifikasi serta surat izin untuk melaksanakan praktik kebidanan di negara tersebut (definisi yang disempurnakan ICM dan disahkan oleh FIGO (1991) dan WHO (1992)).

Bidan yaitu salah satu pemberi pelayanan kesehatan masyarakat yang berperan penting karena berkaitan secara langsung dengan pemberian pelayanan kesehatan dan mutu pelayanan kepada para ibu di Indonesia. Pelayanan kebidanan diberikan secara berkelanjutan dan menyeluruh (Menkes, 2007).

Permenkes RI Nomor HK.02.02/Menkes/149/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan menyebutkan bahwa bidan yaitu seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang telah teregistrasi sesuai peraturan perundang-undangan. Hal ini berarti profesi bidan harus dilakukan oleh seorang perempuan karena pelayanan yang diberikan terkait dengan kebidanan dan pelayanan reproduksi perempuan (Kemenkes, 2010).

Bidan merupakan sebuah profesi yang dalam melaksanakan tugas harus sesuai standar pelayanan kebidanan dan kode etik yang ditetapkan oleh organisasi profesi. Seorang bidan sebagai salah satu tenaga kesehatan tidak hanya memiliki tanggung jawab kepada masyarakat sesuai peraturan perundang-undangan, namun juga memiliki tanggung jawab kepada organisasi profesi kebidanan sesuai kode etik bidan. Tugas dan tanggung jawab seorang bidan tergantung pada peran dan fungsi yang sedang dijalankannya. Adapun peran dan fungsi bidan diantaranya sebagai pelaksana, pengelola, pendidik dan peneliti (Soepardan, 2010).

### **4.3 Tugas Bidan berdasarkan Peran sebagai pelaksana**

Peran bidan sebagai pelaksana memiliki tugas dengan tiga kategori, sebagai berikut :

1. Tugas mandiri
  - a. Menetapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan yang diberikan, meliputi :
    - 1) Mengkaji status kesehatan pasien untuk memenuhi kebutuhan dalam memberikan asuhan kebidanan.
    - 2) Menetapkan diagnosa.
    - 3) Menyusun rencana asuhan berdasarkan masalah yang terjadi.
    - 4) Melaksanakan asuhan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan.
    - 5) Melakukan evaluasi atas asuhan yang telah diberikan.
    - 6) Menyusun rencana tindak lanjut kegiatan/asuhan.
    - 7) Melakukan pencatatan dan pelaporan kegiatan/asuhan (dokumentasi).
  - b. Memberikan pelayanan dasar pada anak, remaja dan wanita masa pranikah dengan keterlibatan klien dalam asuhan.
  - c. Memberikan asuhan kebidanan kehamilan normal kepada ibu hamil.
  - d. Memberikan asuhan kebidanan persalinan kepada ibu bersalin dengan keterlibatan ibu/keluarga.
  - e. Memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir.
  - f. Memberikan asuhan kebidanan nifas kepada ibu nifas dengan adanya keterlibatan ibu dan suami/keluarga.
  - g. Memberikan asuhan kebidanan pada wanita usia subur yang memerlukan pelayanan keluarga berencana.
  - h. Memberikan asuhan kebidanan pada wanita dengan gangguan sistem reproduksi dan wanita dalam masa klimakterium maupun menopause.
  - i. Memberikan asuhan kebidanan pada bayi, balita dan anak pra sekolah dengan adanya keterlibatan ibu/keluarga.

2. Tugas kolaborasi / kerjasama
  - a. Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai fungsi kolaborasi dengan adanya keterlibatan dari klien dan keluarga, meliputi :
    - 1) Pengkajian masalah yang berhubungan dengan komplikasi dan kondisi kegawatdaruratan yang membutuhkan kolaborasi dengan dokter/ahli terkait.
    - 2) Penentuan diagnosa, masalah, prognosa dan prioritas kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi dengan ahli yang terkait.
    - 3) Perencanaan tindakan berdasarkan prioritas kegawatdaruratan, hasil kolaborasi dan kerjasama dengan klien/keluarga.
    - 4) Pelaksanaan asuhan/tindakan berdasarkan rencana asuhan dengan adanya keterlibatan dari klien/keluarga.
    - 5) Evaluasi hasil asuhan/tindakan yang telah dilakukan.
    - 6) Penyusunan rencana tindak lanjut asuhan bersama dengan klien.
    - 7) Pencatatan dan pelaporan atas asuhan dan tindakan yang telah diberikan.
  - b. Memberikan asuhan kebidanan kehamilan dengan resiko tinggi/penyulit dan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan yang membutuhkan tindakan kolaborasi dengan ahli terkait serta tetap melibatkan klien dan keluarga.
  - c. Memberikan asuhan kebidanan persalinan dengan resiko tinggi/penyulit dan kondisi kegawatdaruratan yang memerlukan pertolongan pertama melalui tindakan kolaborasi dengan tetap melibatkan klien dan keluarga.
  - d. Memberikan asuhan kebidanan nifas dengan resiko tinggi/penyulit dan pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga.

- e. Memberikan asuhan kebidanan bayi baru lahir dengan resiko tinggi/penyulit dan komplikasi serta kegawatdaruratan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi yang melibatkan klien dan keluarga.
- f. Memberikan asuhan kebidanan pada balita dengan resiko tinggi/penyulit dan komplikasi serta kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi dengan melibatkan ibu dan keluarga.

### 3. Tugas Rujukan

- a. Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan berdasarkan fungsi keterlibatan klien dan keluarga, diantaranya :
  - 1) Pengkajian kebutuhan terkait asuhan kebidanan yang membutuhkan tindakan diluar lingkup kewenangan bidan yang memerlukan rujukan.
  - 2) Penentuan diagnosa, masalah, prognosa dan prioritas serta sumber-sumber dan fasilitas untuk kebutuhan intervensi lanjutan bersama klien/keluarga.
  - 3) Pengiriman klien untuk keperluan intervensi lebih lanjut kepada petugas/institusi pelayanan kesehatan yang berwenang disertai surat rujukan dan dokumentasi yang lengkap.
  - 4) Pencatatan dan pelaporan serta pendokumentasian seluruh asuhan, kejadian dan intervensi.
- b. Memberikan asuhan kebidanan kehamilan melalui konsultasi dan rujukan pada kasus resiko tinggi dan kegawat daruratan serta memberikan pertolongan pertama pada kasus yang memerlukan rujukan.
- c. Memberikan asuhan kebidanan persalinan melalui konsultasi dan rujukan pada kasus persalinan disertai penyulit tertentu dengan melibatkan klien dan keluarga serta memberikan pertolongan pertama pada kasus yang memerlukan rujukan.
- d. Memberikan asuhan kebidanan nifas melalui konsultasi dan rujukan pada kasus nifas disertai penyulit dan

keawatdaruratan dengan melibatkan klien dan keluarga serta memberikan pertolongan pertama pada kasus yang memerlukan rujukan.

- e. Memberikan asuhan kebidanan bayi baru lahir disertai kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi dan rujukan dengan melibatkan klien dan keluarga serta memberikan pertolongan pertama pada kasus yang memerlukan rujukan dan asuhan kebidanan pada bayi lahir dengan tindakan.
- f. Memberikan asuhan kebidanan pada anak balita disertai kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi dan rujukan dengan melibatkan klien dan keluarga serta memberikan pertolongan pertama pada kasus yang memerlukan rujukan.

(Kemenkes, 2007); (Sari, 2017)

#### **4.4 Tugas Bidan berdasarkan Peran sebagai pengelola**

Peran bidan sebagai pengelola memiliki tugas antara lain :

1. Mengembangkan pelayanan dasar kesehatan terutama pelayanan kebidanan kepada individu, keluarga, kelompok khusus dan masyarakat di wilayah kerja dengan melibatkan masyarakat meliputi :
  - a. Mengkaji kebutuhan terkait kesehatan ibu dan anak bersama tim kesehatan dan pemuka masyarakat dalam rangka peningkatan dan pengembangan program pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya.
  - b. Menyusun rencana kerja bersama masyarakat berdasarkan hasil pengkajian.
  - c. Mengelola kegiatan-kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat terutama kesehatan ibu, anak dan KB berdasarkan rencana.
  - d. Melakukan koordinasi, pengawasan, dan pembimbingan terhadap kader, dukun/petugas kesehatan lain dalam melaksanakan program/kegiatan pelayanan kesehatan ibu, anak dan KB.

- e. Mengembangkan strategi dalam rangka peningkatan kesehatan masyarakat terutama kesehatan ibu, anak dan KB termasuk pemanfaatan sumber-sumber yang tersedia pada program sektor terkait.
  - f. Menggerakkan dan mengembangkan kemampuan masyarakat serta memelihara kesehatan masyarakat melalui pemanfaatan potensi-potensi yang ada.
  - g. Mempertahankan, meningkatkan mutu dan keamanan praktik professional melalui pendidikan, pelatihan, magang dan kegiatan-kegiatan dalam kelompok profesi.
  - h. Melakukan pendokumentasian semua kegiatan yang dilakukan.
2. Turut berpartisipasi aktif dalam tim untuk melaksanakan program kesehatan dan sektor lain di wilayah kerja melalui peningkatan kemampuan dukun bayi, kader kesehatan maupun tenaga kesehatan lain di bawah bimbingan dan tanggung jawab dalam wilayah kerja, meliputi :
- a. Melakukan kerjasama dengan puskesmas maupun institusi lain sebagai anggota tim pada waktu pelayanan konsultasi, rujukan dan tindak lanjut.
  - b. Membina hubungan baik dengan dukun, kader kesehatan, PLKB dan masyarakat.
  - c. Melaksanakan pelatihan dalam pembimbingan dukun bayi, kader dan petugas kesehatan lain.
  - d. Memberikan asuhan kepada klien rujukan dari dukun bayi.
  - e. Membina kegiatan-kegiatan yang berhubungan dengan kesehatan di dalam masyarakat.
- (Kemenkes, 2002); (Tajmiati, Astuti and Suryani, 2016)

#### **4.5 Tugas Bidan berdasarkan Peran sebagai pendidik**

Peran bidan sebagai pendidik memiliki tugas, sebagai berikut :

1. Memberikan pendidikan dan penyuluhan kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat terkait

penanggulangan masalah kesehatan terutama kesehatan ibu, anak dan keluarga berencana :

- a. Melakukan pengkajian bersama klien terhadap kebutuhan akan pendidikan dan penyuluhan kesehatan masyarakat terutama bidang kesehatan ibu, anak dan keluarga berencana.
  - b. Menyusun rencana penyuluhan kesehatan masyarakat bersama klien dan pihak terkait berdasarkan hasil pengkajian kebutuhan dalam jangka pendek maupun jangka panjang.
  - c. Menyiapkan alat dan bahan pada kegiatan pendidikan dan penyuluhan berdasarkan rencana yang telah disusun.
  - d. Melaksanakan program/rencana kegiatan pendidikan dan penyuluhan kesehatan masyarakat berdasarkan rencana jangka pendek dan jangka panjang dengan melibatkan unsur-unsur terkait termasuk masyarakat.
  - e. Melakukan evaluasi hasil pendidikan dan penyuluhan kesehatan masyarakat bersama klien sebagai dasar dalam melakukan perbaikan dan peningkatan program di masa mendatang.
  - f. Melakukan pendokumentasian seluruh kegiatan, hasil pendidikan dan penyuluhan kesehatan masyarakat secara lengkap dan sistematis.
2. Memberikan pelatihan dan pembimbingan kader termasuk mahasiswa kebidanan, keperawatan serta melakukan pembinaan terhadap dukun di wilayah kerja, meliputi :
- a. Melakukan pengkajian akan kebutuhan pelatihan dan pembimbingan kader, dukun dan mahasiswa.
  - b. Menyusun rencana pelatihan dan pembimbingan berdasarkan hasil pengkajian.
  - c. Menyiapkan alat, media audiovisual dan bahan untuk keperluan pelatihan dan pembimbingan peserta berdasarkan rencana yang telah disusun.
  - d. Melaksanakan pelatihan dukun dan kader berdasarkan rencana yang telah disusun dengan melibatkan unsur-unsur terkait.

- e. Memberikan pembimbingan terhadap mahasiswa kebidanan dan keperawatan dalam wilayah kerjanya.
  - f. Melakukan evaluasi terhadap hasil pelatihan dan pembimbingan yang telah diberikan.
  - g. Menggunakan hasil evaluasi untuk meningkatkan program pembimbingan.
  - h. Melakukan pendokumentasian seluruh kegiatan termasuk hasil evaluasi pelatihan dan pembimbingan secara sistematis dan lengkap.
- (Sari, 2017); (Kemenkes, 2007)

#### **4.6 Tugas Bidan berdasarkan Peran sebagai peneliti**

Peran bidan sebagai peneliti memiliki tugas dalam melakukan penelitian terapan di bidang kesehatan, meliputi :

1. Melakukan identifikasi terhadap kebutuhan penelitian yang akan dilakukan.
2. Menyusun rencana kerja pelatihan.
3. Melaksanakan penelitian sesuai dengan rencana.
4. Melakukan pengolahan dan interpretasi data hasil penelitian.
5. Menyusun laporan hasil penelitian dan tindak lanjut.
6. Memanfaatkan hasil penelitian dalam rangka peningkatan dan pengembangan program kerja atau pelayanan kesehatan.

#### **4.7 Tanggung Jawab**

Tanggung jawab yaitu sebuah kondisi wajib dalam menanggung segala sesuatu (jika terjadi sesuatu dapat dituntut, dipersalahkan, hingga diperkarakan. Tanggung jawab merupakan sebuah beban yang dipikul seseorang atas perbuatannya. Menurut peraturan undang-undang, tanggung jawab sebagai tanggung jawab hukum dibagi menjadi tiga aspek, antara lain aspek hukum perdata, hukum pidana dan hukum administrasi. (KBBI).

Tanggung jawab bidan dalam melakukan pelayanan kebidanan dilaksanakan pada periode kehamilan, persalinan,

dan nifas. Bidan sebagai tenaga kesehatan professional memiliki tanggung jawab dalam menjalankan tugas. Seorang bidan juga harus dapat mempertahankan tanggung jawab jika terjadi gugatan atas tindakan yang telah dilakukan. Bentuk tanggung jawab meliputi dua aspek yaitu aspek internal merupakan bentuk tanggung jawab dalam laporan pelaksanaan kekuasaan oleh pimpinan sebuah lembaga/instansi; sedangkan aspek eksternal merupakan bentuk tanggung jawab kepada pihak ketiga apabila sebuah intervensi menyebabkan kerugian kepada pihak lain berupa tanggung gugat atas kerugian yang muncul kepada pihak lain atas jabatan yang diemban (Damayanti *et al.*, 2019).

Sebuah konsep yang berhubungan dengan teori kewajiban hukum yaitu konsep tanggung jawab hukum (*liability*). Seseorang yang memiliki tanggung jawab atas tindakannya secara hukum artinya bahwa orang tersebut dapat dikenakan sanksi hukum atas tindakan yang melanggar hukum. Bentuk tanggung jawab secara hukum antara lain berdasarkan kesalahan (*based on fault*) dan pertanggungjawaban mutlak (*absolute responsibility*).

Berhubungan dengan dengan fungsi bidan, bidan memiliki tanggung jawab dalam menjalankan fungsi secara mandiri dalam asuhan kebidanan, sedangkan fungsi secara kolaborasi bidan memiliki tanggung jawab kepada dokter yang berwenang dalam melakukan tindakan. Bidan harus memiliki tanggung gugat untuk memberikan dasar atas tindakan yang dilakukan. Terutama yang berhubungan dengan kegiatan profesi. Bidan harus mampu menjelaskan kegiatan atau tindakan yang dilakukannya. Tanggung gugat secara professional bertujuan untuk melakukan evaluasi praktisi professional baru dan mengkaji ulang yang telah ada; untuk mempertahankan standar perawatan kesehatan; untuk memudahkan refleksi pribadi, pemikiran etis dan pertumbuhan pribadi pada pihak professional perawatan kesehatan; serta untuk memberikan dasar pengambilan keputusan etis (Damayanti *et al.*, 2019).

Bentuk tanggung jawab bidan dalam menjalankan tugas dalam memberikan asuhan/pelayanan kebidanan diantaranya :

1. Tanggung jawab bidan terhadap klien dan masyarakat

- a. Bidan harus senantiasa menjunjung tinggi, menghayati dan mengamalkan sumpah jabatan dalam menjalankan tugas pengabdian;
  - b. Bidan harus menjunjung tinggi harkat dan martabat kemanusiaan yang utuh serta memelihara citra bidan dalam menjalankan tugas profesi;
  - c. Bidan selalu berpegang pada peran, tugas dan tanggung jawab dalam menjalankan tugas berdasarkan kebutuhan klien, keluarga dan masyarakat;
  - d. Bidan memprioritaskan kepentingan klien, menghormati hak-hak klien dan menghormati nilai/norma yang berlaku di masyarakat dalam menjalankan tugas;
  - e. Bidan memprioritaskan kepentingan klien, keluarga dan masyarakat dengan identitas yang sama sesuai dengan kebutuhan berdasarkan kemampuan yang dimiliki dalam menjalankan tugas;
  - f. Bidan menciptakan suasana yang nyaman dalam berinteraksi saat melaksanakan tugas, dengan mendorong partisipasi masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan secara optimal.
2. Tanggung jawab bidan terhadap tugasnya
    - a. Bidan memberikan pelayanan yang paripurna terhadap klien, keluarga dan masyarakat berdasarkan kemampuan profesi yang dimiliki sesuai kebutuhan klien, keluarga dan masyarakat;
    - b. Bidan berhak memberikan pertolongan dan berwenang dalam mengambil keputusan konsultasi atau rujukan;
    - c. Bidan menjamin kerahasiaan terhadap keterangan yang diperoleh atau dipercayakan kepadanya kecuali jika diminta oleh pengadilan atau diperlukan untuk kepentingan klien.
  3. Tanggung jawab bidan terhadap sejawat dan tenaga kesehatan lain
    - a. Bidan harus menjalin hubungan dengan teman sejawat untuk menciptakan suasana kerja yang kondusif;
    - b. Bidan harus saling menghormati baik terhadap sejawat maupun yang lain dalam menjalankan tugasnya.

4. Tanggung jawab bidan terhadap profesi
    - a. Bidan harus menjaga nama baik dan menjunjung tinggi citra profesi dengan menampilkan kepribadian yang tinggi dan memberikan pelayanan berkualitas kepada masyarakat;
    - b. Bidan harus senantiasa mengembangkan diri dan meningkatkan kemampuan profesi sesuai kemajuan IPTEK;
    - c. Bidan senantiasa berpartisipasi aktif dalam penelitian dan kegiatan sejenis yang dapat meningkatkan kualitas dan citra profesi.
  5. Tanggung jawab bidan terhadap pemerintah
    - a. Bidan melaksanakan kegiatan-kegiatan pemerintah dalam bidang kesehatan terutama bidang KIA/KB, kesehatan keluarga dan masyarakat;
    - b. Bidan melalui profesi berpartisipasi dan memberikan ide pemikiran kepada pemerintah dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan terutama KIA/KB dan keluarga.
- (Sulistyanto, 2017); (Tajmiati, Astuti dan Suryani, 2016)

## DAFTAR PUSTAKA

- Damayanti, F.N. *et al.* 2019. *Profesionalisme Bidan berbasis Transedental*. Semarang: Unimus Press.
- Kemenkes. 2002. *Keputusan Menteri Kesehatan RI no 900/2002 tentang Registrasi dan Praktik Bidan*. Republik Indonesia: Kepmenkes.
- Kemenkes. 2007. *Kepmenkes no 369/2007 tentang Standar Profesi Bidan*. Republik Indonesia: Kepmenkes.
- Kemenkes. 2010. *Permenkes RI nomor HK.02.02/MENKES/149/2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktik Bidan*. Republik Indonesia: Peraturan Menteri Kesehatan.
- Kemenkes R.I. 2014. *Undang-Undang RI Nomor 36 tahun 2014*. Republik Indonesia: Undang-Undang RI.
- Menkes. 2007. *Kepmenkes RI no 938/MENKES/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan*. Republik Indonesia: Kepmenkes.
- Sari, F. 2017. *Modul Konsep Kebidanan, Akademi Kebidanan Mitra Husada*. Medan: Akbid Mitra Husada.
- Soepardan, S. 2010. *Konsep Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Sulistyanto, T. 2017. *Tinjauan Yuridis Tanggung Jawab Bidan Praktik terhadap Pasien di Kabupaten Magelang*. Magelang.
- Tajmiati, A., Astuti, K.E.W. and Suryani, E. 2016. *Konsep kebidanan dan Etikolegal dalam praktik kebidanan*. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan Kemenkes R.I.



# **BAB 5**

## **PENGELOLAAN PELAYANAN**

### **KESEHATAN KEBIDANAN**

#### **KOMUNITAS**

*Oleh Rismayana*

#### **5.1 Perencanaan**

Rencana adalah pola pikir yang sistematis untuk mewujudkan tujuan dengan mengorganisasikan dan mendayagunakan sumber yang tersedia. Perencanaan adalah proses yang menggambarkan keinginan untuk mencapai tujuan tertentu melalui kegiatan dengan mengorganisasikan dan mendayagunakan sumber daya yang tersedia. Perencanaan dilakukan berdasarkan pada kurun waktu pelaksanaan, wilayah dan program. Perencanaan sendiri memiliki berbagai jenis, antara lain :

##### **5.1.1 Dilihat dari jangka waktu berlakunya rencana**

- a) Rencana jangka panjang (long term planning), berlaku antara 10-25 tahun
- b) Rencana jangka menengah (medium range planning), berlaku 5-7 tahun
- c) Rencana jangka pendek (short range planning), berlaku hanya untuk 1 tahun.

##### **5.1.2 Dilihat dari tingkatannya**

- a) Rencana induk (*master plan*), lebih menitikberatkan uraian kebijakan organisasi.
- b) Rencana operasional (*operational planning*), lebih menitikberatkan pada pedoman atau petunjuk dalam melaksanakan program.
- c) Rencana harian (*day to day planning*) ialah rencana harian yang bersifat rutin.

### 5.1.3 Ditinjau dari ruang lingkupnya

- a) Rencana strategis (*strategic planning*), berisikan uraian tentang kebijakan tujuan jangka panjang dan waktu pelaksanaan yang lama.
- b) Rencana taktis (*tactical planning*), berisikan uraian yang bersifat jangka pendek, kegiatan-kegiatannya mudah menyesuaikan, asalkan tidak merubah tujuan.
- c) Rencana menyeluruh (*comprehensive planning*), mengandung uraian secara menyeluruh dan lengkap
- d) Rencana terintegrasi (*integrated planning*), mengandung uraian yang menyeluruh bersifat terpadu.

Proses penyusunan rencana terdiri atas langkah-langkah menentukan tujuan, strategi, kegiatan, sumber daya, pelaksanaan, dan evaluasi. Secara terperinci, langkah-langkah perencanaan kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Identifikasi masalah
2. Menetapkan prioritas masalah  
Meliputi besarnya masalah, luasnya masalah, dampak masalah, besarnya akibat masalah, dan tingkat kemudahan mengatasinya.
3. Menetapkan tujuan  
Meliputi tujuan umum dan tujuan khusus
4. Menetapkan rencana kegiatan  
Meliputi kegiatan pada tahap persiapan, tahap pelaksanaan, dan tahap penilaian.
5. Menetapkan sasaran  
Meliputi sasaran langsung dan tidak langsung
6. Waktu dan tempat
7. Organisasi dan staf  
Meliputi sumber daya yang perlu juga ditentukan adalah tenaga, sarana dan fasilitas, dana, manajemen, serta informasi.
8. Rencana anggaran
9. Rencana Evaluasi

Manfaat perencanaan ini antara lain sebagai metode untuk mencapai tujuan, sebagai petunjuk pelaksanaan, dan menjamin penggunaan sumber daya secara efektif.

## **5.2 Pengorganisasian**

Yang dimaksud pengorganisasian adalah mengatur personel atau staf yang ada di dalam institusi tersebut agar semua kegiatan yang telah ditetapkan dalam rencana dapat berjalan dengan baik, yang akhirnya semua tujuan dapat dicapai. Pengorganisasian mencakup beberapa unsur pokok, antara lain :

### **5.2.1 Hal yang diorganisasikan**

Hal yang diorganisasikan ada 2 macam, yaitu :

- a) Pengorganisasian kegiatan
- b) Pengorganisasian tenaga pelaksana

### **5.2.2 Proses pengorganisasian**

Proses pengorganisasian ialah langkah-langkah yang harus dilakukan sehingga kegiatan dan tenaga pelaksana dapat berjalan sebaik-baiknya.

### **5.2.3 Hasil pengorganisasian**

Hasil pengorganisasian, ialah terbentuknya struktur organisasi yang merupakan perpaduan kegiatan dan tenaga pelaksana. Yang termasuk pengorganisasian adalah Puskesmas, Lembaga Ketahanan Masyarakat Desa (LKMD) tempat kebidanan komunitas dilaksanakan di seksi 7 dan 8 (pembinaan kesejahteraan keluarga dan kesehatan, kependudukan dan KB) dengan bidan menjadi anggotanya.

Pembinaan Kesejahteraan Keluarga (PKK) merupakan kegiatan pembangunan masyarakat yang tumbuh dari bawah dengan wanita sebagai motor penggerakannya. Kelompok dasawisma (kelompok ibu berasal dari sepuluh rumah yang bertetangga) yang dibentuk melalui kegiatan PKK.

## **5.3 Pelaksanaan**

Pelaksanaan atau *actuating* merupakan setelah perencanaan dan pengorganisasian maka perlu mewujudkan perencanaan tersebut dengan menggunakan organisasi yang terbentuk berarti ini merupakan rencana tersebut dilaksanakan (*implementating*) atau diaktuasikan (*actuating*).

Kata lain dari *direction* (bimbingan) sebagai gerak pelaksanaan. Pelaksanaan atau *actuating* berfungsi penciptaan kerja sama antara anggota kelompok serta pada pengarahannya semangat kerja, tekad dan kemampuan keseluruhan anggota untuk tercapainya tujuan bersama. Pelaksanaan atau *actuating* merupakan usaha untuk menjadikan keseluruhan anggota untuk ikut bertekad dan berupaya dalam rangka mewujudkan tujuan kelompok.

Untuk melaksanakan program kesehatan, seorang pemimpin harus mampu mengarahkan, mengawasi dan mensupervisi bawahannya. Untuk itu perlu menguasai berbagai pengetahuan dan keterampilan, yaitu motivasi, komunikasi, kepemimpinan, pengarahannya, pengawasan, supervisi.

Program dilakukan berdasarkan rencana yang telah ditetapkan dengan menjabarkan program atau kegiatan lebih rinci mencakup waktu, tempat pelaksanaan kegiatan, pengawasan, pengendalian, supervisi, bimbingan, dan konsultasi yang dilaksanakan di dalam pelaksanaan.

## **5.4 Pengawasan (Monitoring) Dan Evaluasi**

Pengawasan adalah suatu proses untuk mengukur penampilan kegiatan atau pelaksanaan kegiatan suatu program yang selanjutnya memberikan pengarahannya-pengarahannya sehingga tujuan yang ditetapkan dapat tercapai. Agar pengawasan dapat berjalan dengan lancar, sedikitnya ada 3 hal yang harus diperhatikan, yaitu :

1. Objek pengawasan, yaitu hal-hal yang harus diawasi dalam pelaksanaan suatu rencana. Secara garis besar meliputi kuantitas dan kualitas program, biaya program, pelaksanaan program, dan hal-hal khusus lainnya yang ditetapkan oleh pimpinan.
2. Metode pengawasan, dapat dilakukan dengan cara kunjungan langsung atau observasi, analisis terhadap laporan yang masuk, pengumpulan data, dan melalui tugas dan tanggung jawab para petugas.
3. Proses pengawasan, yang meliputi penyusunan rencana pengawasan, pelaksanaan pengawasan, interpretasi dan

analisa hasil pengawasan, serta menarik kesimpulan dan tindak lanjut.

Evaluasi adalah prosedur penilaian/pelaksanaan hasil kerja/dampak secara sistematis, dengan membandingkannya dengan standard dan mengikuti criteria/metode/tujuan guna menilai sekaligus mengambil keputusan. Tujuan dari evaluasi adalah :

1. Sebagai alat untuk memperbaiki pelaksanaan program dan perencanaan program.
2. Sebagai alat untuk memperbaiki pelaksanaan suatu kegiatan yang sedang berjalan.
3. Sebagai alat untuk memperbaiki alokasi sumber daya.
4. Sebagai alat untuk mengadakan perencanaan kembali yang lebih baik dari semula.

Evaluasi suatu program kesehatan dilakukan terhadap tiga hal yaitu evaluasi proses untuk menilai pelaksanaan program, evaluasi hasil program untuk menilai sejauh mana program tersebut berhasil, dan evaluasi dampak program untuk menilai sejauh mana program itu berdampak terhadap peningkatan kesehatan masyarakat.

## **5.5 Pencatatan Dan Pelaporan**

Pencatatan adalah kegiatan/proses pendokumentasian suatu aktivitas dalam bentuk tulisan di atas kertas, disket, dan lain-lain dengan ilustrasi tulisan, grafik, gambar/suara. Manfaat pencatatan adalah ;

1. Memberi informasi
2. Bukti dari suatu kegiatan
3. Bahan proses belajar
4. Bahan penelitian
5. Pertanggungjawaban
6. Bahan pembuatan laporan Perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi
7. Bukti hukum
8. Alat komunikasi (penyampaian pesan)

9. Alat untuk mengingatkan kegiatan peristiwa khusus.

Pelaporan adalah catatan yang memberi informasi tentang kegiatan tertentu dan hasilnya disampaikan ke pihak yang berwenang atau berkaitan dengan kegiatan tersebut. Setiap mengakhiri kegiatan harus ada pembuatan pelaporan. Proses laporan dilakukan secara tertulis.

Manfaat pelaporan, meliputi pertanggung jawaban autentik pelaksanaan kegiatan, member info terdokumentasi, bahan bukti kegiatan (bukti hukum), bahan pelayanan, penyusunan rencana dan evaluasi, dan bahan untuk penelitian. Laporan yang lengkap terdiri atas unsur :

1. Pendahuluan (latar belakang, tujuan, manfaat)
2. Isi laporan
3. Perencanaan kegiatan
4. Pelaksanaan kegiatan
5. Hasil kegiatan secara nyata
6. Masalah dan hambatan
7. Saran untuk tindak lanjut
8. Jika diperlukan, dilengkapi rekomendasi

Jenis laporan dibagi menjadi dua yaitu laporan insidensial dan laporan berkala. Laporan insidensial adalah laporan kejadian luar biasa atau darurat yang memerlukan peayanan da bantuan cepat. Sedangkan laporan berkala misalnya harian, mingguan, bulanan, triwulanan, kwartalan, dan tahunan. (Purwandari, 2010)

## DAFTAR PUSTAKA

- Byar, R. 1995. Theory for Midwifery practice. Edisi I. Houndmillo: Macmillan.
- Departemen Kesehatan RI. 1995. Konsep Kebidanan. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Departemen Keseharan Republik Indonesia. 2007. Peraturan Menteri Kesehatan Nomer 938/Menkes/SK/VIII/2007. Tentang standar asuhan kebidanan. Jakarta: Kemenkes.
- Estiwati, D; Meilani , N; Widyasi, H; Widyastuti, Y. 2009. Konsep Kebidanan. Jogjakarta: Fitramaya.
- Hidayat, A; Mufdillah. 2009. Catatan kuliah., Konsep Kebidanan plus materi bidan Delima. Jogjakarta: Mitra Cendekia.
- Pyne, RH .1992. Profesional disiplin In Nusing, Midwifery and Health Visiting.Edisi 2. London: ballack well Scientific.
- Sofyan, Mustika. 2006. Bidan Menyongsong Masa Depan; 50 Tahun Ikatan Bidan Indonesia. Jakarta: PP IBI.
- Sweet, Betty R. 1997. Mayes' Midwifery: A Textbook for Midwives. 12th ed. London: Bailliere Tindall
- Varney, Helen. 1997. Varney's Midwifery. 3 rd ed. London: Jones and Bartlett Publish.



# **BAB 6**

## **PROGRAM KESEHATAN YANG TERKAIT DALAM MENINGKATKAN STATUS KIA**

*Oleh Kiftiyah*

### **6.1 Pendahuluan**

Di Puskesmas, salah satu tingkat pelayanan dasar adalah Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Tujuan umum program KIA adalah menurunkan angka kematian ibu dan bayi serta meningkatkan kesehatan ibu dan anak. Program Kesehatan Anak merupakan salah satu cara untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak. Salah satu program unggulan Kementerian Kesehatan adalah Program Kesehatan Ibu dan Anak. Keberhasilan program juga diukur dengan memenuhi indikator utama dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) 2005-2025.

Mengingat tingginya angka kematian ibu (AKI), pemerintah memprioritaskan program penurunan kematian ibu dalam pembangunan kesehatan. Profil Kesehatan Indonesia 2019 Stigma kesehatan masyarakat yang dihadapi Indonesia saat ini. Ini termasuk angka kematian ibu dan bayi yang tinggi dan banyak indikator kesehatan ibu dan anak yang belum terpenuhi. Layanan kesehatan ibu tampaknya menjadi tantangan yang berkelanjutan dan menjadi perhatian global, menurut data dari Survei Demografi dan Kesehatan Ethiopia 2016. Angka kematian ibu dan anak harus diturunkan dan pelayanan kesehatan tetap terjaga untuk mencapai Achievement Development Goals (SDGs) (Basha, 2019).

Angka kematian ibu (AKI) Indonesia tetap tertinggi di Asia Tenggara dan masih jauh dari target SDG global untuk menurunkannya menjadi kurang dari 70 per 100.000 KH pada tahun 2030 dan kurang dari 183 per 100.000 KH pada tahun 2024. Situasi ini menunjukkan bahwa lebih banyak upaya Dibutuhkan. Ini lebih luas dan strategis, karena rasio kematian ibu perlu diturunkan minimal 5,5% per tahun untuk mencapai

target penurunan AKI menjadi 183 per 100.000 CH pada tahun 2024. Menurut SRS (2016), gangguan hipertensi selama kehamilan menyumbang 33,1% dari kematian ibu, diikuti oleh perdarahan obstetrik (27,03%), komplikasi non-kebidanan (15,7%) dan komplikasi kebidanan lainnya (12,04%), terkait kehamilan. infeksi (6,06%) dan penyebab lainnya (4,81%). Angka kematian ibu ini menunjukkan bahwa kematian ibu dapat dihindari dengan kualitas dan cakupan pelayanan yang memadai. Menurut SRS (2016), 77% kematian ibu terjadi di rumah sakit, 15,6% di rumah dan 4,1% dalam perjalanan ke rumah sakit. Is/fasilitas pelayanan kesehatan, 2,5% terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. 4 kunjungan ANC (K4) dan indikator persalinan yang ditolong penyedia layanan kesehatan mencerminkan perluasan rentang indikator kesehatan ibu dari temuan Studi Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 dan 2018. Menurut Riskesdas (2013), proporsi tes kehamilan K4 meningkat dari 70% pada tahun 2013 menjadi 74,1% pada tahun 2018 (Riskesdas 2018). Kelahiran ditanggung oleh pelayanan kesehatan, dari 66,7% pada tahun 2013 (Riskesdas, 2013) menjadi 79,3% pada tahun 2018 (Riskesdas, 2018). Semakin banyaknya pelayanan kesehatan ibu yang diberikan tanpa menurunkan angka kematian ibu menunjukkan bahwa kualitas pelayanan ibu belum maksimal. Namun, ada tiga penundaan.

Sudah terlambat untuk menentukan apakah Anda akan dirujuk ke penyedia layanan kesehatan yang tepat. Keterlambatan tiba di fasilitas, titik rujukan, dan keterlambatan pengobatan. Oleh karena itu, FKRTL (Rumah Sakit) dan FKTP (Puskesmas) harus bekerja sama untuk menciptakan sistem rujukan yang kuat dan sinergis untuk meningkatkan kapasitas tenaga pelayanan persalinan. Puskesmas PONEK dan rumah sakit PONEK perlu diperkuat 24/7, termasuk kapasitas manusia untuk memberikan layanan PONEK dan PONEK. Selain itu, rumah sakit harus menyelidiki kematian, terutama kematian perinatal, untuk mengidentifikasi penyebab kematian ibu dan bayi dan mengambil tindakan yang tepat. Angka kematian balita, angka kematian bayi, angka kematian bayi baru lahir

## **6.2 Program Pelayanan KIA**

### **6.2.1 Definisi Program KIA**

Salah satu program pembangunan kesehatan yang penting di Indonesia dikenal juga dengan Program Kesehatan Ibu dan Anak atau Program KIA. Salah satu inisiatif sektor kesehatan yang berfokus pada kesehatan ibu dan anak adalah program KIA, yang menyediakan layanan dan perawatan bagi ibu hamil. Ibu hamil, ibu nifas, ibu dengan komplikasi kebidanan, keluarga berencana, bayi baru lahir, bayi baru lahir dengan komplikasi, bayi dan balita. orang tua dan anak muda.

Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak merupakan upaya peningkatan kesehatan ibu hamil, ibu yang baru melahirkan, ibu menyusui, bayi, balita, dan anak prasekolah, menurut Kementerian Kesehatan. Ini mempengaruhi kehidupan anak-anak, terutama pada tahap awal dan kritis. Ibu memainkan peran pendidikan yang paling penting bagi anak-anak mereka. Sejak bayi hingga dewasa, peran seorang ibu adalah mengasuh dan merawat anak-anaknya, terutama anak-anaknya. Akibatnya, anak-anak sering kali peduli kepada orang tuanya, terutama ibunya.

### **6.2.2 Tujuan Umum Program KIA adalah:**

Harapan kami melalui program KIA, para ibu dan keluarganya dapat mencapai Kode Rumah Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS) dan kemampuan hidup sehat dengan meningkatkan derajat kesehatan yang optimal. Kesehatan anak-anak juga ditingkatkan, memastikan proses pertumbuhan dan perkembangan optimal yang mendasar untuk meningkatkan kualitas manusia seutuhnya.

### **6.2.3 Tujuan khusus program KIA ditujukan untuk :**

1. Kemampuan ibu (pengetahuan, sikap, perilaku) mengatasi masalah kesehatan bagi ibu dan keluarganya dengan menggunakan teknik yang tepat untuk meningkatkan kesehatan keluarga, hubungan, posyandu, dan tujuan terkait lainnya.

2. Di rumah, kelompok keluarga, posyandu, balita dan taman kanak-kanak (TK), semakin banyak upaya yang dilakukan untuk meningkatkan kesehatan balita dan anak prasekolah secara mandiri.
3. Memperluas akses pelayanan kesehatan bagi bayi, balita, ibu hamil, ibu nifas dan menyusui
4. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi ibu hamil, ibu yang baru melahirkan, ibu menyusui dan anak balita.
5. Meningkatkan peran ibu dan keluarganya dalam mengatasi masalah kesehatan yang menimpa ibu, balita, dan anak prasekolah melalui penguatan masyarakat, keluarga, dan seluruh anggotanya
6. Kemampuan ibu (pengetahuan, sikap, perilaku) mengatasi masalah kesehatan bagi ibu dan keluarganya dengan menggunakan teknik yang tepat untuk meningkatkan kesehatan keluarga, hubungan, poshandu, dan tujuan terkait lainnya.
7. Meningkatkan upaya mandiri peningkatan kesehatan balita dan anak prasekolah di rumah, di kelompok keluarga, dengan posyandu, dengan balita, dan di taman kanak-kanak (TK).
8. Memperluas akses pelayanan kesehatan bagi bayi, balita, ibu hamil, ibu bersalin, ibu melahirkan, dan ibu menyusui.
9. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan pada bayi, balita, ibu menyusui, ibu nifas, dan ibu hamil.
10. Kemampuan masyarakat, keluarga dan semua anggotanya untuk mengatasi tantangan kesehatan yang mempengaruhi ibu, bayi dan anak prasekolah, terutama dengan memperluas peran ibu dan keluarganya.

#### **6.2.4 Di bidang kesehatan, pelayanan KIA menjadi tolak ukur standar pelayanan minimal (SPM).**

Indikator berikut menunjukkan kinerja pelayanan kesehatan ibu dan anak.

1. Target cakupan kehamilan K4 95%.
2. Mencapai target cakupan komplikasi obstetri sebesar 80

3. Persentase ibu hamil yang mendapat dukungan tenaga kesehatan dengan keterampilan kebidanan, dengan target 90%.
4. Tingkat perawatan pascapersalinan yang ditargetkan 90%.
5. Targetnya adalah cakupan 80% komplikasi yang mempengaruhi neonatus yang dirawat.
6. Menargetkan cakupan kunjungan bayi sebesar 90%.
7. Cakupan Universal Childhood Immunization (UCI) di desa dan keluarga, menargetkan 100%.
8. Tingkat manfaat untuk anak di bawah 5 tahun, menargetkan 90%.
9. Persentase anak dari rumah tangga berpendapatan rendah yang menerima makanan pendamping ASI terhadap target 100%.
10. Persentase perawatan bayi berat lahir rendah (BBLR) yang ditangani dengan target 100%.

#### **6.2.5 Pelaksanaan pelayanan KIA dilakukan melalui beberapa kegiatan utama:**

1. Meningkatkan standar pelayanan prenatal bagi semua ibu hamil di semua fasilitas pelayanan kesehatan.
2. Peningkatan Kebidanan dengan Tenaga Kesehatan Kompeten Sasaran Fasilitas Kesehatan.
3. Meningkatkan pelayanan kepada semua ibu nifas sesuai dengan standar semua fasilitas pelayanan kesehatan.
4. Meningkatkan pelayanan kepada semua bayi baru lahir sesuai standar di semua fasilitas pelayanan kesehatan atau melalui kunjungan rumah.
5. Meningkatkan deteksi dini faktor risiko obstetri dan neonatal serta komplikasinya oleh tenaga kesehatan dan masyarakat umum.
6. Meningkatkan manajemen yang tepat dan pemantauan komplikasi obstetri dan neonatal secara berkelanjutan oleh petugas kesehatan di fasilitas kesehatan.
7. Meningkatkan pelayanan kesehatan semua bayi sesuai dengan standar semua fasilitas kesehatan.
8. Meningkatkan perawatan kesehatan semua bayi sesuai standar semua fasilitas medis.

9. Peningkatan Standar Pelayanan Keluarga Berencana Untuk memberikan pelayanan KIA yang berkualitas kepada masyarakat, perlu diperhatikan beberapa prinsip pengelolaan program KIA, yaitu:
  - a. Meningkatkan pelayanan antenatal di semua fasilitas pelayanan untuk memaksimalkan kualitas pelayanan;
  - b. Meningkatkan dukungan pengiriman dengan tujuan meningkatkan dukungan pro secara bertahap.
  - c. Deteksi dini dan pengobatan lanjutan serta pemantauan ibu hamil berisiko oleh petugas kesehatan dan tokoh masyarakat serta perawat bayi.
  - d. Peningkatan neonatologi (bayi kurang dari 1 bulan) dengan kualitas baik dan jangkauan terbaik

#### **6.2.6 Program Kesehatan terkait peningkatan program Kesehatan Ibu dan Anak**

1. **Pelayanan Antenatal** yang diberikan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan standar pelayanan kebidanan bagi ibu. Perlindungan kehamilan berupa deteksi dini, faktor risiko, pencegahan dan pengobatan komplikasi merupakan tujuan dari pemeriksaan kehamilan. Jumlah ibu hamil yang menjalani pemeriksaan kehamilan secara rutin dalam jangka waktu tertentu disebut skrining prenatal (K4). Kriteria mendefinisikan ibu hamil (K4) adalah ibu hamil yang telah mendapatkan 4 kali pemeriksaan kehamilan selama kehamilan dengan ketentuan sebagai berikut:

Sesuai dengan baku mutu 10 T, dilakukan empat kali kunjungan prenatal, antara lain satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dan dua kali pada trimester ketiga. Asuhan yang termasuk dalam 10 T adalah: a. Pengukuran berat badan, b. Pengukuran tinggi badan, c. Pengukuran tekanan darah, d. Pengukuran lingkar lengan atas (LiLA), e. Pengukuran tinggi fundus uteri, pengukuran presentasi janin, dan pengukuran denyut jantung janin, f. Skrining status imunisasi TT dan pemberian imunisasi TT sesuai dengan status imunisasi ibu, g. Pemberian tablet zat besi (90 tablet selama

kehamilan); h. Pemeriksaan laboratorium sederhana (Tipe Darah, Hb, dan Glukoprotein Urine); saya. Manajemen kasus; j. Temu bincang dan penyuluhan yang meliputi P4K dan KB PP. Dengan pendampingan tenaga fasilitas kesehatan diharapkan ibu hamil dapat merencanakan kehamilan dan persalinannya secara efektif melalui penyuluhan yang aktif dan efektif.

Jumlah ibu hamil di suatu daerah yang mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar dibagi dengan jumlah ibu hamil di daerah tersebut selama periode waktu yang sama dan dikalikan 100% untuk mencapai cakupan kunjungan antenatal.

2. **Pertolongan persalinan** Di beberapa fasilitas pelayanan kesehatan, petugas kesehatan yang kompeten memberikan pelayanan persalinan yang aman. Dokter, bidan, dan spesialis kebidanan adalah tenaga kesehatan yang memiliki pengalaman kebidanan. Berikut adalah beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam memberikan bantuan pengiriman, yaitu:
  - a. Sebuah Pencegahan infeksi
  - b. Metode pengiriman standar
  - c. Manajemen aktif tahap III
  - d. Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani ke tingkat layanan yang lebih tinggi
  - e. Melakukan inisiasi menyusui dini (IMD)
  - f. Berikan suntikan vitamin K 1 dan salep/tetes mata pada bayi baru lahir.
3. **Pelayanan Kesehatan Masa Nifas**, Pelayanan kesehatan ibu dimulai enam jam setelah melahirkan dan berlanjut selama 42 hari. Selama masa nifas, penyedia layanan kesehatan berikut dapat memberikan layanan: spesialis kebidanan, dokter, perawat, dan bidan. Deteksi dini komplikasi postpartum adalah Tujuan pelayanan kesehatan ini. Kunjungan nifas digunakan untuk melaksanakan pemantauan dan pemeriksaan nifas minimal tiga kali: enam jam sampai tiga hari setelah melahirkan, dua minggu setelah melahirkan (8-14 hari), dan enam minggu setelah melahirkan 36 hari). -42 hari). Pemeriksaan

berikut dilakukan selama kunjungan pelayanan kesehatan nifas: 1) tanda vital (seperti detak jantung, tekanan darah, suhu, dan pernapasan), tinggi fundus uteri, nomor 3) jenis keputihan lainnya, 4).menyusui dan menganjurkan menyusui secara eksklusif selama minimal enam bulan, 5).pemberian dua kapsul vitamin A 200.000 IU, satu segera setelah melahirkan dan yang lainnya 24 jam setelah kapsul vitamin A pertama diminum, 6).pelayanan untuk keluarga berencana setelah melahirkan.

4. **Pelayanan kesehatan neonatus (KN)** Tenaga kesehatan yang kompeten memberikan pelayanan kesehatan neonatus (KN) kepada bayi baru lahir minimal tiga kali: enam sampai delapan jam setelah lahir (KN 1), tiga sampai tujuh hari kemudian (KN 2), dan pada hari ketiga setelah lahir (KN 2 ).8 hingga 28 hari setelah kelahiran.Pelayanan kesehatan neonatus diperlukan karena bayi di bawah usia satu bulan merupakan kelompok usia dengan risiko masalah kesehatan tertinggi dan potensi berbagai masalah kesehatan.Oleh karena itu, perawatan yang tidak tepat dapat mengakibatkan kematian.Berapa upaya yang dapat dilakukan untuk mengendalikan risiko pada kelompok ini, termasuk memastikan bahwa petugas kesehatan dapat melakukan persalinan di fasilitas kesehatan dan tersedianya layanan kesehatan yang sesuai standar Pelayanan kesehatan neonatus bertujuan untuk meningkatkan akses ke pelayanan kesehatan dasar bagi bayi baru lahir, mendeteksi kelainan dan masalah sesegera mungkin, dan menurunkan risiko kematian selama enam hingga delapan belas jam pertama setelah kelahiran—biasa disebut sebagai cakupan kunjungan neonatal pertama (KN1). tentang perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, suntikan vitamin K1 dan hepatitis B (jika belum diberikan).

### **6.3 Upaya Meningkatkan Kelangsungan dan Kualitas Hidup Ibu dan Anak**

Pendekatan *life cycle* dan *continuum of care of pathway* yang menekankan bahwa upaya promotif dan preventif sama pentingnya dengan upaya kuratif dan rehabilitatif pada setiap siklus hidup dan tingkat pelayanan, digunakan dalam upaya meningkatkan kesinambungan dan kualitas asuhan ibu dan anak. Selain biaya operasional dan supervisi fasilitatif yang berkesinambungan, didukung pula sumber daya manusia kesehatan yang kompeten dan patuh, kesiapan fasilitas penunjang layanan lainnya, serta kualitas layanan ini. Layanan yang diberikan sepanjang siklus hidup—mulai dari prakonsepsi, kehamilan, persalinan, dan nifas hingga dewasa dan lanjut usia—disebut sebagai "*continuum of care*" atau "siklus hidup". Manajemen, yang mencakup tempat layanan dan tingkat pencegahan, integrasi program, pembiayaan, dan pemangku kepentingan terkait serta peran profesi dan perguruan tinggi, disebut sebagai kontinum perawatan atau jalur. Memahami pemenuhan perawatan dan layanan di setiap tahap kehidupan dan di mana mereka disediakan sangat penting. Kelangsungan hidup dan kualitas hidup ibu dan anak akan sangat terpengaruh jika strategi intervensi *Continuum of Care* diterapkan.

Penyebab obstetrik langsung merupakan penyebab utama kematian ibu, dengan hipertensi 32%, komplikasi nifas 31%, perdarahan postpartum 20%, penyebab lain 7%, aborsi 4%, dan perdarahan antepartum. 4%, 3%, kelainan pada janin 2%, dan partus lama 1%). Kematian ibu terkait penyakit yang tidak terjadi selama kehamilan atau persalinan merupakan penyebab tidak langsung. AIDS, HIV, TBC, anemia, malaria, sifilis, dan penyakit lain yang dapat memperburuk kehamilan dan meningkatkan angka kematian dan kesakitan. Selain itu, 4 terlalu (terlalu muda, terlalu sering, terlalu pendek jarak kehamilan, dan terlalu tua) dan 3 terlambat (terlambat mendeteksi tanda bahaya, ketidakmampuan untuk mencapai fasilitas, atau bantuan yang tidak memadai) berkontribusi terhadap kematian ibu. Sedangkan asfiksia, berat badan lahir

rendah, dan infeksi merupakan penyebab kematian neonatus yang paling umum. Sebenarnya kematian ibu dan bayi baru lahir dapat dicegah dengan mewajibkan setiap ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan kehamilan minimal empat kali ke tenaga kesehatan.

## **6.4 Peran Bidan dalam Meningkatkan Kelangsungan dan Kualitas Hidup Ibu dan Anak**

Persiapan kesehatan ibu harus dimulai sejak seorang wanita merencanakan kehamilan, berlanjut selama masa kehamilan, persalinan, nifas dan menyusui, dan berlanjut hingga hari tua. Karena janin masih dalam kandungan, kesehatan bayi harus diperhatikan sebelum, selama, dan setelah kelahiran untuk bayi, balita, anak prasekolah, anak usia sekolah, dan remaja.

Pelayanan yang difokuskan pada kesehatan ibu dan anak berdasarkan siklus hidupnya adalah sebagai berikut:

1. Masalah kesehatan yang harus diperhatikan wanita sebelum pembuahan berhubungan dengan kondisi sistem reproduksi, kondisi penyakit menular seksual, status gizi, masalah fisik dan psikologis. Karena kondisi tersebut mempengaruhi 1000 hari pertama kehidupan seorang anak sejak konsepsi hingga masa bayi, maka penting bagi ibu untuk ditindaklanjuti oleh layanan dinas kesehatan untuk memastikan bahwa kesehatan pra-kehamilan mereka dalam kondisi yang baik.
2. Sebagai tenaga kesehatan, bidan sangat penting karena menjaga kesehatan anak dengan memberikan pelayanan kesehatan yang baik sejak dalam kandungan hingga bayi baru lahir melalui pemeriksaan kehamilan secara berkala. Ia juga memenuhi kebutuhan gizi ibu hamil dengan memberikan tablet Fe dan Asam Folat. Jika ibu hamil tidak berstatus T5, diberikan vaksin TT, dan dilakukan upaya deteksi dini komplikasi kehamilan dan persalinan menggunakan kesehatan ibu dan anak. buku dan untuk

menangani keadaan darurat yang timbul selama kehamilan dan persalinan.

3. Pemberian vitamin K neo dan inisiasi menyusui dini merupakan fokus utama pelayanan nifas dan bayi baru lahir. Sebagai langkah awal menuju pemberian ASI eksklusif dan penggunaan kontrasepsi, dilakukan inisiasi menyusui dini. Pemberian injeksi vitamin K neo selama jam pertama kehidupan bayi merupakan bagian dari pelayanan neonatus. Hal ini dilakukan untuk mencegah pendarahan, terutama pada bayi baru lahir yang mungkin dipicu oleh suntikan Hepatitis B neo dua jam setelah bayi lahir.
4. Pelayanan kesehatan bayi, balita, dan anak prasekolah menekankan pada pemberian ASI eksklusif, vaksinasi dasar, vaksinasi tambahan, pemberian vitamin A, pemantauan pertumbuhan, dan vaksinasi booster, serta manajemen terpadu pada saat sakit.
5. Pelayanan bagi anak dan remaja usia sekolah diberikan dengan tujuan untuk mendeteksi pertumbuhan dan perkembangan dini anak usia sekolah melalui konseling obat dan gizi HIV/AIDS, prakarsa kesehatan sekolah, dan skrining. Pelayanan kesehatan reproduksi juga harus diberikan selama periode waktu ini untuk membekali kaum muda dengan pengetahuan yang cukup tentang pro Pelayanan kesehatan ibu dan anak. Oleh karena itu bidan dapat bertindak sesuai dengan kompetensinya sebagai berikut:
  - a. Bidan mampu memberikan asuhan kebidanan yang holistik, aman, dan efektif pada ibu hamil, bersalin, nifas, menyusui, bayi baru lahir, dan balita, serta kesehatan reproduksi dalam kondisi apapun. kode etik profesi dan standar praktik kebidanan, dengan memperhatikan budaya setempat.
  - b. Tokoh Masyarakat Kesehatan Ibu dan Anak Bidan memiliki kemampuan dan kapasitas untuk bekerja dengan petugas kesehatan, tokoh masyarakat, bidan dan pemangku kepentingan untuk membantu keluarga dan masyarakat memahami, mendukung dan memahami pesan KIA dan Buku Kesehatan Reproduksi

Saya ambisius. Pemberdayaan masyarakat sesuai dengan amanat dan jangkauan bidan. Komunikator (Komunikator) Bidan mampu dan mau berkomunikasi secara efektif dengan ibu, keluarga dan masyarakat khususnya dalam pemberian pelayanan kesehatan. Bidan juga memastikan pemahaman tentang kontinum perawatan dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak untuk meningkatkan kelangsungan hidup dan kualitas hidup.

- c. Dalam rangka memberikan asuhan kepada individu, keluarga, dan masyarakat, bidan pengelola harus mampu melakukan asuhan kebidanan secara mandiri, dalam tim, dan melalui rujukan dengan memperhatikan kemampuan dasar, sesuai kewenangan yang telah ditetapkan reproduksi yang menjadi tanggung jawab mereka.

## **6.5 Capaian Kinerja Program Kesehatan keluarga berkaitan dengan Program Kesehatan Ibu dan Anak**

Dengan mengukur performa, Anda bisa mendapatkan ikhtisar hasil untuk setiap metrik. Hal ini dapat dilacak ketika merencanakan kegiatan di masa depan, membuat setiap kegiatan yang direncanakan lebih efektif dan efisien. Sasaran kinerja dalam serangkaian indikator kinerja dibandingkan dengan realisasi kinerja dan digunakan untuk mengukur kinerja dengan bantuan analisis atribusi dan hambatan implementasi. Indikator kinerja Ditjen yang merupakan keluaran, pengguna akhir dan bagian langsung dari masyarakat, harus dijadikan dasar untuk menilai keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan program atau kegiatan di tingkat pusat atau provinsi. akan digunakan. Kesehatan keluarga adalah kinerja institusi medis bersama, yang diselenggarakan oleh kabupaten dan kota pusat, negara bagian dan kota. Termasuk di fasilitas kesehatan dasar sekalipun. Untuk itu, diperlukan sistem integrasi evaluasi dan pelaporan lintas program dan antara pusat dan daerah. Perjanjian Kinerja

Direktur Kesehatan Keluarga 2021 memperkuat Indikator Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024, yang akan digunakan untuk menggambarkan capaian kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga pada tahun 2021.

**Tabel 6.1 : Pencapaian Kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2021**

INDIKATOR	SATUAN	TARGET	CAPAIAN*	CAPAIAN KINERJA (%)	KET
Pemberian ruang lingkup di fasilitas kesehatan	%	89	90,28	101,44	RPJMN / Renstra (IKP)
Cakupan kunjungan antenatal	%	85	88,13	103,68	RPJMN
Cakupan kunjungan neonatal	%	88	94,47	107,35	RPJMN
Presentase anak di bawah usia lima tahun yang pertumbuhan dan perkembangannya dipantau	%	70	68,9	98,43	RPJMN
Jumlah Kabupaten/kota yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir	Kabupaten /Kota	200	86	43,00	Renstra / Perjanjian Kinerja
Jumlah kabupaten dan kota yang menawarkan layanan terkait kesehatan anak dibawah usia 5 Tahun	Kabupaten /Kota	200	305	152,50	Renstra / Perjanjian Kinerja

INDIKATOR	SATUAN	TARGET	CAPAIAN*	CAPAIAN KINERJA (%)	KET
Jumlah Kabupaten/kota yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan anak usia sekolah dan remaja	Kab/Kota	150	325	216,67	Renstra / Perjanjian Kinerja
Jumlah Kabupaten/kota yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan usia reproduksi	Kab/Kota	200	379	189,50	RPJMN / Renstra / Perjanjian Kinerja
Persentase kabupaten/kota yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan Lanjut Usia	%	50	50,19	100,38	RPJMN / Renstra / Perjanjian Kinerja

Sumber: komdatkesmas 2021 tanggal 28 januari 2022

Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka Kematian Bayi (AKN) merupakan indikator dari RPJMN. Namun pengukuran kinerja hanya dapat dilakukan melalui survei dan penelitian yang membutuhkan sumber daya dan dana yang cukup besar serta tidak dapat dilakukan setiap tahun. Tahun. Direktorat Kesehatan Keluarga telah mencapai 7 dari 9 indikator kinerja pada tahun 2021. Yaitu:

1. Cakupan fasilitas pelayanan kesehatan terhadap persalinan (pencapaian kinerja 101,44%)
2. Kunjungan kehamilan tercakup (103,68 persen dari kinerja yang dicapai)
3. Cakupan kunjungan neonatus (pencapaian kinerja 107,35 persen)

4. Jumlah kabupaten dan kota yang memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat usia subur (pencapaian kinerja 189,50%)
5. Persentase kabupaten/kota yang memberikan pelayanan kesehatan lansia (pencapaian kinerja 100,38%).
6. Jumlah kabupaten dan kota yang memberikan pelayanan kesehatan kepada anak usia di bawah 5 tahun (pencapaian kinerja 152,50%), dan
7. Jumlah kabupaten dan kota yang memberikan pelayanan kesehatan kepada anak dan remaja usia sekolah (216,67 % capaian kinerja).

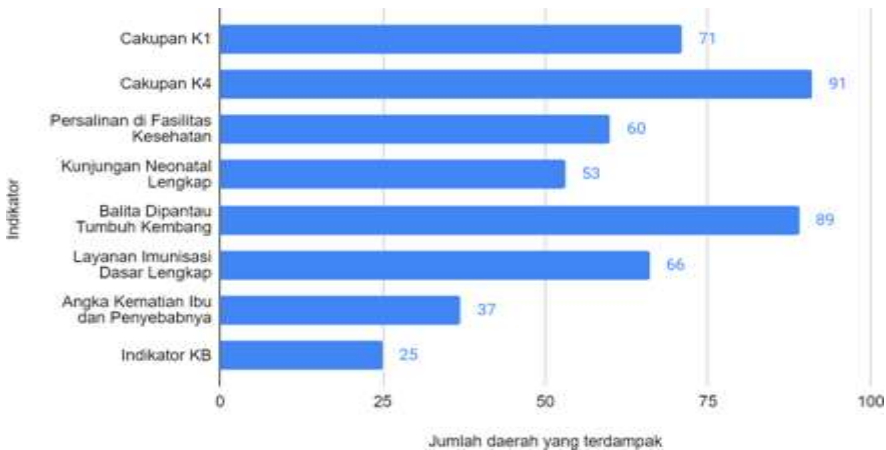
Namun demikian, meskipun mengalami peningkatan selama tahun 2020, dua indikator lainnya belum mencapai tujuan tahun 2021:1). Presentase balita (98,43%) yang dipantau tumbuh kembangnya.2).Jumlah kabupaten dan kota yang memberikan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir (pencapaian kinerja 43,0%)

Pandemi COVID-19 telah memukul banyak sektor pelayanan publik, terutama sektor kesehatan seperti kesehatan ibu dan anak (KIA). Hal ini sesuai dengan penelitian Mei-Juni 2020 oleh Lembaga Penelitian SMERU, yang menemukan bahwa kunjungan prenatal pertama (K1), kunjungan prenatal keempat (K4), dan pemberian pil suplemen darah (TTD) Kami menemukan jumlahnya menurun. Perubahan signifikan pada pemberian imunisasi dasar dan penimbangan bayi.

Kajian singkat tentang peran Puskesmas dalam penanganan wabah Covid-19 di Indonesia yang dilakukan bekerja sama dengan tim peneliti dari Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan, akan melihat Puskesmas memangkas layanan dengan mengurangi jam buka.(28%) . Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan FK-KMK UGM telah menyediakan e-Monev untuk layanan pemulihan KIA dan KB dari dampak pandemi Covid-19, persalinan di fasilitas kesehatan, semua kunjungan bayi baru lahir, 5 Di Bawah Umur Pemantauan Tumbuh Kembang Anak, Semua Pelayanan Imunisasi Primer dan Indikator KB (20,83%) Hal ini disebabkan oleh pembatasan pelayanan yang diberikan

fasilitas kesehatan, keterbatasan jumlah tenaga kesehatan, penutupan posyandu, fasilitas kosong (seperti vaksin dan alat kontrasepsi), serta kekhawatiran masyarakat terhadap kunjungan fasilitas kesehatan dan tertular COVID-19.

**Gambar 6.1** : Grafik Indikator Pelayanan yang Terdampak COVID 19



Sumber: e-Monev Pemulihan Pelayanan KIA dan KB dari Dampak Pandemi COVID-19 (Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan FK-RMK UGM)

Pandemi COVID-19 yang sedang berlangsung berdampak pada pelayanan kesehatan, terutama untuk ibu dan anak, yang mendorong penggunaan semua sumber daya keuangan. Akibatnya, anggaran difokuskan kembali, dan tenaga kesehatan didatangkan untuk melakukan pengujian, penelusuran, dan vaksinasi., akibat COVID-19, terjadi kekurangan tenaga kesehatan, bahkan ada yang meninggal dunia. Di sisi lain, ketakutan masyarakat terhadap kesehatan dan pembatasan aktivitas masyarakat mengurangi akses mereka terhadap layanan kesehatan.

Seperti terlihat pada Gambar 6.1, pemberian pelayanan pada tahun 2021 lebih tinggi dibandingkan tahun 2020. Hal ini menunjukkan bahwa upaya peningkatan pelayanan keluarga pada tahap penyesuaian baru mulai membuahkan hasil Untuk

Menjaga Pelayanan Kesehatan. Pandemi Covid-19. Salah satu upaya tersebut adalah penyederhanaan teknologi melalui kursus ibu dan layanan AMP online, meningkatkan kemandirian masyarakat dalam pemantauan kesehatan melalui penggunaan manual KIA dan aplikasi cek kesehatan, serta memperluas kerjasama dengan berbagai pihak terkait untuk memantau kesehatan anak, seperti tumbuh kembang.

Sistem pencatatan dan pelaporan serta layanan kesehatan berkontribusi terhadap tidak tercapainya target indikator 2021. Bencana non alam akibat pandemi COVID-19 berdampak besar terhadap terganggunya sistem utilitas, termasuk sistem kesehatan. , berkaitan dengan pelayanan kesehatan. Pandemi COVID-19 telah memaksa semua sumber daya medis untuk fokus mengelola dampak ini. Selain mengerahkan seluruh tenaga kesehatan dan membatasi kegiatan masyarakat di berbagai wilayah (PSBB) dengan fokus pada penelusuran, pengujian dan vaksinasi, redistribusi anggaran pengobatan COVID-19 akan semakin menghambat akses masyarakat terhadap orang dan fasilitas.

Secara keseluruhan target indikator terpenuhi dan kinerja pada tahun 2021 lebih baik dibandingkan pada tahun 2020. Hal ini menunjukkan bahwa rutinitas baru dapat berhasil diadaptasi, meskipun masih menjadi bagian dari pandemi COVID-19.

## DAFTAR PUSTAKA

- Kemenkes RI. 2015. Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak. Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. 2020. Rencana Aksi Program Kesehatan Masyarakat. Direktorat Jendral Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan.
- Kemenkes RI. 2021. Laporan Kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun Anggaran 2021. Direktorat Kesehatan Keluarga Jendral Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan RI.
- Profil Kesehatan`Indonesia. 2019. Profil Kesehatan Indonesia. In profil kesehatan Indonesia.
- Umami, S.,F.,Mustika,P.,dkk.2020. Ilmu Kesehatan Ibu dan Anak,Media Sains Indonesia

# **BAB 7**

## **PENGELOLAAN PELAYANAN KESEHATAN KEBIDANAN KOMUNITAS**

*Oleh Sultina*

### **7.1 Pendahuluan**

Kebidanan komunitas merupakan suatu konsep dasar bidan dalam melayani keluarga dan masyarakat. Pelayanan kebidanan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan. Konsep adalah kerangka ide yang mengandung suatu pengertian tertentu. Kebidanan berasal dari kata “Bidan”. Kebidanan (*midwifery*) adalah mencakup pengetahuan yang dimiliki dan kegiatan pelayanan untuk menyelamatkan ibu dan bayi.

Kebidanan komunitas adalah konsep dasar bidan dalam melayani keluarga dan masyarakat. Pelayanan kebidanan komunitas adalah upaya yang dilakukan bidan untuk pemecahan masalah kesehatan ibu dan anak balita didalam keluarga dan masyarakat. (Cholifah & Puwanti, 2019)

### **7.2 Tujuan Pelayanan Kebidanan Komunitas**

Tujuan umum pelayanan kebidanan komunitas adalah meningkatkan kesejahteraan masyarakat, khususnya kesehatan perempuan atau ibu, bayi, balita diwilayah kerjanya. Adapun tujuan khusus dari pelayanan kebidanan komunitas adalah

- a. Meningkatkan cakupan pelayanan kebidanan komunitas sesuai dengan tanggung jawab bidan
- b. Meningkatkan mutu pelayanan ibu hamil, pertolongan persalinan, perawatan nifas, perinatal, bayi dan balita secara terpadu. Menurunkan jumlah kasus-kasus yang berkaitan dengan risiko kehamilan, persalinan dan perinatal

- c. Mendukung program pemerintah untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas ibu, bayi dan anak
- d. Membangun jaringan kerja dengan fasilitas rujukan dan tokoh masyarakat setempat atau unsur terkait lainnya.(Cholifah & Puwanti, 2019)

### **7.3 Sasaran Kebidanan Komunitas**

Komunitas merupakan satu kesatuan hidup manusia yang menempati suatu wilayah nyata yang berinteraksi menurut suatu system adat istiadat, serta terikat oleh suatu identitas suatu komunitas. Ciri-ciri komunitas adalah kesatuan wilayah, kesatuan adat istiadat, rasa identitas komunitas, dan loyalitas terhadap komunitas. Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat. Bila ada salah satu anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan, maka akan berpengaruh terhadap anggota keluarga yang lain dan keluarga-keluarga yang ada disekitarnya.

Sasaran kebidanan komunitas adalah individu, keluarga, dan kelompok masyarakat. Sasaran utama adalah ibu dan anak dalam keluarga. Kesehatan ibu meliputi sepanjang daur kehidupannya mulai pra konsepsi, hamil, persalinan, pasca persalinan, dan masa antara diluar kehamilan dan persalinan. Sedangkan kesehatan anak meliputi perkembangan dan pertumbuhan anak mulai dari masa dalam kandungan, masa bayi, masa balita, masa pra sekolah dan masa sekolah.(teta puji rahayu, SST *et al.*, 2018)

### **7.4 Pengelolaan Pelayanan Kebidanan Komunitas**

#### **1. Perencanaan**

Rencana merupakan suatu pola pikir yang sistematis untuk mewujudkan suatu tujuan dengan mengorganisasikan dan mendayagunakan sumber yang tersedia. Jadi yang disebut dengan perencanaan yaitu suatu proses penyusunan rencana yang menggambarkan keinginan untuk mencapai tujuan tertentu melalui suatu kegiatan dengan mengorganisasikan dan mendayagunakan sumber yang tersedia. (Prayitno Subur, 1997)

Ada beberapa dari bentuk perencanaan, yaitu:

- a. Perencanaan berdasarkan kurun waktu pelaksanaan
  - 1) Jangka panjang: alokasi waktu 25 tahun.
  - 2) Jangka menengah: alokasi waktu 5 tahun.
  - 3) Jangka pendek: disusun untuk kegiatan tahunan.
- b. Perencanaan berdasarkan wilayah
  - 1) Rencana pembangunan nasional (pusat)
  - 2) Rencana pembangunan daerah, seperti: propinsi, kabupaten, kecamatan dan desa.
- c. Perencanaan berdasarkan program
  - 1) Rencana pembangunan kesehatan keluarga
  - 2) Rencana penyuluhan kesehatan
  - 3) Rencana pembangunan puskesmas

Proses penyusunan rencana yaitu:

1) Menentukan tujuan

Menentukan tujuan berdasarkan masalah yang telah diidentifikasi. Bila masalah yang ditemukan tersebut banyak, maka bentuk-bentuk dari prioritasnya masalahnya berdasarkan:

- a. Berdasarkan besarnya masalah
- b. Berdasarkan luasnya masalah
- c. Berdasarkan dampak masalah
- d. Berdasarkan besarnya akibat masalah

Berdasarkan tingkat kemudahan dalam mengatasinya, maka untuk mendukung pencapaian tujuan perlu melakukan identifikasi tentang kondisi lingkungan yang mempengaruhi kesehatan dan untuk menentukan tujuan suatu rencana dan strategi pelaksanaannya perlu dipertimbangkan tentang :

- a. Kekuatan yang dimiliki (*Strength*)
- b. Peluang (*Opportunity*)
- c. Kelemahan (*Weakness*)
- d. Ancaman (*Threat*)

Suatu perencanaan memiliki tujuan yang dapat menunjukkan keadaan yang akan dicapai harus jelas dan dapat diukur, baik kuantitas maupun kualitas. Dalam

tujuan suatu perencanaan sebaiknya dinyatakan jangka waktu, kondisi dan tempat kegiatan.

2) Menentukan strategi

Strategi pelaksanaan rencana biasanya diungkapkan dalam kebijaksanaan dan langkah-langkah pelaksanaan kebijaksanaan merupakan dasar dari pelaksanaan kegiatan. Contohnya dalam pelaksanaan program pelayanan kesehatan ibu dan anak di desa A, kebijaksanaan yang ditetapkan adalah pelayanan kesehatan ibu dan anak yang diarahkan pada upaya peningkatan sumber daya manusia, hal ini dituangkan dalam undang-undang no. 23 th 1992, hal tersebut disusun dalam langkah-langkah pelaksanaannya.

3) Menentukan kegiatan

Berdasarkan kegiatan pokok disusun program lebih rinci yang mencakup aktifitas-aktifitas, dilakukan dengan target yang akan dicapai. Rencana kegiatan secara rinci mencakup latar belakang disusunnya rencana. Tujuan yang akan dicapai:

- a. Kegiatan yang akan dilakukan
- b. Tempat pelaksanaan
- c. Waktu dan penjadwalan pelaksanaan
- d. Pelaksana yang bertanggung jawab

4) Menentukan sumber daya

Menentukan sumber daya yang dimaksud adalah tenaga, sarana, fasilitas, dana, manajemen serta informasi.

## 2. Pengorganisasian

Kebidanan komunitas merupakan bagian kesehatan komunitas. Setiap kegiatan pokok yang diarahkan kepada ibu dan anak dalam kaitan dengan kehamilan dan persalinan, keluarga berencana, serta anak balita merupakan kegiatan terpadu di dalam kebidanan komunitas. Yang termasuk pengorganisasian adalah Puskesmas, Lembaga Ketahanan Masyarakat Desa (LKMD) tempat kebidanan komunitas dilaksanakan di seksi 7 dan 8 (pembinaan kesejahteraan keluarga dan kesehatan, pendudukan dan KB) dengan bidan menjadi anggotanya.

Pembinaan Kesejahteraan Keluarga (PKK) merupakan kegiatan pembangunan masyarakat yang tumbuh dari bawah dengan wanita sebagai motor penggerakannya. Kelompok dasawisma (kelompok ibu berasal dari sepuluh rumah yang bertetangga) yang dibentuk melalui kegiatan PKK.

Pengorganisasian berbagai kegiatan yang diperlukan untuk melaksanakan sesuatu rencana sedemikian rupa sehingga tujuan yang telah ditetapkan dapat dicapai dengan memuaskan.

Pengaturan sejumlah personil yang dimiliki untuk memungkinkan tercapainya suatu tujuan yang telah disepakati dengan jalan mengalokasikan masing-masing fungsi dan tanggung jawabnya. (Prayitno Subur, 1997)

Hal-hal yang diorganisasikan :

- 1) Kegiatan yang merupakan pengaturan berbagai kegiatan yang ada ada dalam rencana sedemikian rupa sehingga terbentuk satu kesatuan terpadu, untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.
- 2) Tenaga pelaksana mencakup pengaturan struktur organisasi, susunan personalia serta hak dan wewenang dari setiap tenaga pelaksana, sedemikian rupa sehingga setiap kegiatan ada penanggung jawabnya.

Proses pengorganisasian, menyangkut pelaksanaan langkah-langkah yang harus dilakukan sedemikian rupa sehingga semua kegiatan yang akan dilaksanakan serta tenaga pelaksanaan yang dibutuhkan, mendapatkan pengaturan yang sebaiknya-baiknya, serta setiap kegiatan yang akan dilaksanakan tersebut memiliki penanggung jawab pelaksanaannya.

Hasil pengorganisasian:

- a. Terbentuklah suatu wadah (ENTITY), yang pada dasarnya merupakan perpaduan antara kegiatan yang akan dilaksanakan serta tenaga pelaksana yang dibutuhkan untuk melaksanakan kegiatan tersebut.

- b. Wadah yang terbentuk ini di kenal dengan nama ORGANISASI. Kebidanan komunitas merupakan bagian dari kesehatan komunitas. Kegiatan kebidanan komunitas ditentukan, diatur dan dilaksanakan bersama dengan upaya kesehatan komunitas. Dari segi kebijaksanaan pembangunan kesehatan, kegiatan komunitas termasuk didalam upaya kesehatan keluarga. Sistem pemerintahan Indonesia merupakan daerah otonomi yaitu daerah Tingkat I, Tingkat II (Dinas Kesehatan Tingkat I dan II) yaitu unit-unit pelayanan yang melaksanakan pelayanan Kesehatan ibu anak dan keluarga berencana dilaksanakan di puskesmas, pustu, polindes dan posyandu.

### 3. Pelaksanaan/*Actuating*

Pelaksanaan atau *actuating* merupakan setelah perencanaan dan pengorganisasian maka perlu mewujudkan perencanaan tersebut dengan menggunakan organisasi yang terbentuk berarti ini merupakan rencana tersebut dilaksanakan (*Implementating*) atau diaktuasikan (*actuating*).

Kata lain dari *direction* (bimbingan) sebagai gerak pelaksanaan. Pelaksanaan atau *actuating* berfungsi penciptaan kerja sama antara anggota kelompok serta pada pengarahan semangat kerja, tekad dan kemampuan keseluruhan anggota untuk tercapainya tujuan bersama. Pelaksanaan atau *actuating* merupakan usaha untuk menjadikan keseluruhan anggota untuk ikut bertekad dan berupaya dalam rangka mewujudkan tujuan kelompok.

Untuk melaksanakan prgram kesehatan, seorang pemimpin harus mampu mengarahkan, mengawasi dan mensupervisi bawahannya. Untuk itu perlu menguasai berbagai pengetahuan dan keterampilan, yaitu motivasi, komunikasi, kepemimpinan, pengarahan, pengawasan, supervisi.

Program dilakukan berdasarkan rencana yang telah ditetapkan dengan menjabarkan program atau kegiatan lebih rinci mencakup waktu, tempat pelaksanaan kegiatan, pengawasan, pengendalian, supervisi, bimbingan, dan

konsultasi yang dilaksanakan di dalam pelaksanaan. (Prayitno Subur, 1997).

#### **4. Monitoring/Evaluasi**

Register kohort adalah sumber data pelayanan ibu hamil, ibu nifas, neonatal, bayi dan balita.

Jenis Register Kohort :

1) Register kohort ibu

Register kohort ibu merupakan sumber data pelayanan ibu hamil dan bersalin, serta keadaan/resiko yang dipunyai ibu yang di organisir sedemikian rupa yang pengkoleksiaannya melibatkan kader dan dukun bayi diwilayahnya setiap bulan yang mana informasi pada saat ini lebih difokuskan pada kesehatar ibu dan bayi baru lahir tanpa adanya duplikasi informasi.

2) Register kohort bayi

Merupakan sumber data pelayanan kesehatan bayi, termasuk neonatal.

3) Register kohort balita

Merupakan sumber data pelayanan kesehatan balita, umur 12 bulan sampai dengan 5 tahun, Pendataan suatu masyarakat yang baik bilamana dilakukan oleh komponen yang merupakan bagian dari komunitas masyarakat bersangkutan, karena merekalah yang paling dekat dan mengetahui situasi serta keadaan dari masyarakat tersebut. Sumber daya masyarakat itu adalah Kader dan dukun bayi serta Tokoh masyarakat.

Cara pengisian register KOHORT sebagai Berikut :

- a. Diisi nomor urut
- b. Diisi nomor indeks dari famili folder
- c. Diisi nama ibu hamil
- d. Diisi nama suami ibu hamil
- e. Diisi alamat ibu hamil
- f. Diisi umur ibu hamil
- g. Diisi umur kehamilan pada kunjungan pertama dalam minggu/tanggal HPL
- h. Faktor risiko : diisi v ( rumput) untuk umur ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun

- i. Paritas diisi Gravidanya
- j. Diisi bila jarak kahamilan < 2 tahun 11.

### **Cara pengisian register KOHORT bayi**

- 1) Diisi nomor urut. Sebaiknya nomor urut bayi disesuaikan dengan nomor urut ibu pada register kohort ibu.
- 2) Diisi nomor indeks dari Family Folder
- 3) 3 sd 7 jelas
- 4) Diisi angka berat bayi lahir dalam gram sd 10 diisi tanggal pemeriksaan neonatal oleh tenaga kesehatan
- 5) Diisi tanggal pemeriksaan post neonatal oleh petugas kesehatan
- 6) sd 23 Diisi hasil penimbangan bayi dalam kg dan rambu gizi yaitu : N = naik, T = turun, R = Bawah garis titik - titik (BGT), BGM = Bawah garis merah. sd 35 Diisi tanggal bayi tersebut mendapat immunisasi , 36. Diisi tanggal bayi ditemukan meninggal. 37. Diisi penyebab kematian bayi tersebut, 38. Diisi bila bayi pindah atau ada kolom yang perlu keterangan.

### **Cara pengisian register KOHORT Balita**

- 1) Diisi nomor urut. Sebaiknya nomor urut bayi disestiaikan dengan nomor urut ibll pada register kohort ibu
- 2) Diisi nomor indeks dari Family Folder
- 3) 3. sd 7 jelas
- 4) 8. sd 31 dibagi 2, diisi hasil penimbangan dalam kg dan rambu gizi
- 5) 32 sd 35 diisi tanggal pcemberian vit. A bulan februari dan Agustus
- 6) 36. Diisi tanggal bila ditemukan sakit
- 7) 37. Diisi penyebab sakit
- 8) 38. Diisi tanggal meninggal
- 9) 39. Diisi sebab meninggal
- 10)40. Diisi tanggal bila ditemukan kelainan tumbuh kembang
- 11)41. Diisi jenis kelainan tumbuh kembang

12)42. Diisi bila ada keterangan penting tentang balita tersebut.

## 5. Pencatatan Dan Pelaporan

Pencatatan dan pelaporan merupakan dokumentasi yang dapat dijadikan bukti atas pelaksanaan suatu kegiatan atau program. Pencatatan merupakan kegiatan atau proses pendokumentasian suatu aktivitas dalam bentuk tulisan. Bentuk pencatatannya dapat berupa tulisan di atas kertas (terbanyak), disket, dan lain-lain dengan ilustrasi tulisan, grafik, gambar atau suara. Semua kegiatan pokok baik di dalam gedung maupun di luar gedung puskesmas, puskesmas pembantu, dan bidan di desa harus dicatat. Untuk memudahkan pencatatan dapat menggunakan formulir standar yang telah ditetapkan dalam Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP). SP2TP adalah kegiatan pencatatan dan pelaporan data umum, sarana, tenaga, dan upaya pelayanan kesehatan di puskesmas termasuk puskesmas pembantu yang ditetapkan melalui surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 63/Menkes/SK/II/1981. (Prayitno Subur, 1997)

### a. Manfaat pencatatan:

- 1) Memberikan informasi tentang suatu keadaan, masalah, atau kegiatan.
- 2) Sebagai bahan proses belajar mengajar.
- 3) Sebagai bahan pertanggung jawaban.
- 4) Sebagai bahan pembuatan laporan.
- 5) Untuk perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.
- 6) Sebagai bukti hukum.
- 7) Sebagai alat komunikasi (penyampaian pesan).
- 8) Sebagai alat komunikasi serta untuk mengingatkan suatu kegiatan atau peristiwa khusus.
- 9) Sebagai bahan penelitian.

**b. Bentuk pencatatan:**

- 1) Berdasarkan isi
  - a) Catatan tradisional yaitu apa yang didengar dan dilakukan oleh sipencatat (catatan harian).
  - b) Catatan sistematik yaitu menggunakan format. Meliputi Identitas pasien, keluhan utama, pemeriksaan fisik, rencana dan tindakan, catatan perkembangan atau status pasien.
- 2) Berdasarkan sasaran
  - a) Catatan individu seperti catatan ibu, bayi, anak balita.
  - b) Catatan keluarga seperti identitas keluarga, masalah keluarga, kunjungan rumah.
  - c) Catatan masyarakat seperti dalam kegiatan survei komunitas, bagian keadaan dan masalah komunitas, rencana dan langkah yang dilakukan serta hasilnya merupakan dalam kebidanan komunitas lebih diarahkan kepada ibu dan anak.
- 3) Berdasarkan kegiatan
  - a) Catatan pelayanan kesehatan anak.
  - b) Catatan pelayanan kesehatan ibu.
  - c) Catatan pelayanan kesehatan KB.
  - d) Catatan imunisasi.
  - e) Catatan kunjungan rumah.
  - f) Catatan persalinan.
  - g) Catatan kelainan.
  - h) Catatan kematian ibu dan bayi.
  - i) Catatan rujukan.
- 4) Berdasarkan proses pelayanan :
  - a) Catatan awal/masuk
  - b) Catatan perkembangan berisi kemajuan/perkembangan pelayanan.
  - c) Catatan pindah.
  - d) Catatan keluar.

## GLOSARIUM

**Morbiditas**

keadaan tidak sehat

**Mortalitas**

ukuran kematian rata - rata dari penduduk dalam suatu daerah atau wilayah tertentu

**Supervise**

meninjau atau menilai sesuatu terhadap aktivitas dan kinerja bawahan

## DAFTAR PUSTAKA

- Cholifah, S., & Puwanti, Y. 2019. Buku Ajar Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Komunitas. In *Umsida Press*.
- Prayitno Subur. 1997. *Dasar - dasar administrasi kesehatan masyarakat*. Airlangga, University Press.
- teta puji rahayu, SST, M. K., dr. agung suharto, App, S, pd. M. ke., & rahayu sumaningsih, SST, M. K. 2018. Modul Ajar1 KEBIDANAN KOMUNITAS. *Prodi D-3 Kebidanan Magetan Polekkes Kemenkes Surabaya*.

# **BAB 8**

## **ASPEK PERLINDUNGAN HUKUM BAGI PRAKTISI BIDAN DIKOMUNITAS**

*Oleh Meyana Marbun*

### **8.1 Standar Pelayanan Kebidanan**

Dalam bab ini kita akan menjelaskan tentang aspek perlindungan hukum bagi praktisi bidan dikomunita, praktisi bidan dikomunitas , dikarenakan bidan dikomunitas ini sebagai ujung tombak yang ada di masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Perlu kita sadari bahwa bidan dikomunitas itu merupakan super power bagi masyarakat ditempat tersebut, sehingga bidan menurut pandangan masyarakat semua permasalahan masyarakat yang ada harus diselesaikan oleh bidan, karena itu perlu dijelaskan bahwa bidan memiliki batas kewenangannya dengan sebaik-baiknya, maka di bab ini kita akan lebih menjelaskan lagi antara lain: standar pelayanan kebidanan (standar I sampai dengan VIII), kode etik kebidanan (7 kode etik kebidanan)(dewi ratna, 2011).

#### **1. Standar I (Falsafah dan Tujuan)**

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

- a. Pada pengelolaannya pelayanan kebidanan memiliki visi, misi dan filosofi pelayanan yang mengacu pada visi, misi dan filosofi masing-masing.
- b. Terdiri atas struktur organisasi yang menggambarkan garis komando, fungsi dan tanggung jawab serta kewenangan dalam pelayanan kebidanandan

hubungan dengan unit lain dan disahkan oleh pimpinan.

- c. Mempunyai uraian tertulis untuk setiap tenaga yang ada pada organisasi yang disahkan oleh pimpinan.
- d. Mempunyai bukti tertulis adanya tenaga yang menduduki jabatan pada organisasi yang disahkan oleh pimpinan.

## 2. Standar II (Administrasi dan Pengelolaan)

Pengelolaan dalam pelayanan kebidanan memiliki pedoman pengelolaan, standar pelayanan, dan prosedur tetap. Pengelolaan pelayanan yang kondusif menjamin praktek pelayanan kebidanan yang akurat.

Defenisi operasional:

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

## 3. Standar III (Staf dan Pimpinan)

Pengelolaan pelayanan kebidanan mempunyai program pengelolaan sumber daya manusia agar pelayanan kebidanan berjalan efektif dan efisien.

Defenisi operasional:

- a. Tersedianya SDM sesuai dengan kebutuhan baik kualifikasi ataupun jumlah
  - b. Mempunyai jadwal pengaturan kerja harian
  - c. Ada jadwal dinas sesuai dengan tanggung jawab dan uraian kerja
  - d. Ada jadwal bidan pengganti dengan peran fungsi yang jelas
  - e. Ada data personil yang bertugas diruangan tersebut.
4. Standar IV (Fasilitas dan Peralatan)

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

Defenisi operasional:

- a. Tersedia peralatan yang sesuai dengan standar dan ada mekanisme keterlibatan bidan dalam perencanaan dan pengembangan sarana dan prasarana.
  - b. Ada bukti inventaris peralatan yang mencerminkan jumlah barang dan kualitas barang.
  - c. Ada pelatihan khusus untuk bidan tentang penggunaan alat tertentu.
  - d. Ada proses permintaan dan penghapusan barang.
5. Standar V (Kebijaksanaan dan Prosedur)

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

Defenisi operasional:

- a. Mempunyai kebijaksanaan tertulis tentang prosedur pelayanan dan standar pelayanan yang disahkan oleh pimpinan.
- b. Mempunyai prosedur personalia: penerimaan pegawai kontrak kerja, hak dan kewajiban personalia.
- c. Mempunyai personalia pengajuan cuti pegawai, istirahat, sakit dll
- d. Mempunyai prosedur pembinaan pegawai.

6. Standar VI (Pengembangan staf dan Program Pendidikan)  
Pelayanan kebidanan dalam pengelolaannya memiliki program pengembangan staf dan perencanaan pendidikan, sesuai dengan kebutuhan pelayanan.

Defenisi Operasional:

- a. Ada program pembinaan staf dan program pendidikan secara berkesinambungan.
  - b. Ada program pelatihan dan orientasi bagi tenaga bidan/pegawai baru dan lama agar dapat beradaptasi dengan pekerjaan.
  - c. Ada data hasil identifikasi kebutuhan pelatihan dan evaluasi hasil pelatihan.
7. Standar VII (Standar Asuhan)  
Pengelolaan pelayanan kebidanan memiliki standar asuhan manajemen kebidanan yang diterapkan sebagai pedoman dalam memberi pelayanan kepada pasien.

Defenisi operasional:

- a. Ada standar manajemen kebidanan (SMK) sebagai pedoman dalam memberikan pelayanan kebidanan
  - b. Ada format manajemen kebidanan yang terdaftar pada catatan medik.
  - c. Ada pengkajian asuhan kebidanan bagi setiap klien.
  - d. Ada diagnosis kebidanan
  - e. Ada rencana asuhan kebidanan
  - f. Ada dokumen tertulis tentang tindakan kebidanan.
  - g. Ada evaluasi dalam memberikan asuhan kebidanan
  - h. Ada dokumentasi untuk kegiatan manajemen kebidanan
8. Standar VIII (Evaluasi dan Pengendalian Mutu)  
Pengelolaan pelayanan kebidanan memiliki program dan pelaksanaan evaluasi dan pengendalian mutu pelayanan kebidanan yang dilaksanakan secara berkesinambungan.

Defenisi operasional:

- a. Ada program atau rencana tertulis peningkatan mutu pelayanan kebidanan.
- b. Ada program atau rencana tertulis untuk melakukan penilaian terhadap standar asuhan kebidanan.

- c. Ada bukti tertulis dari risalah rapat sebagai hasil dari kegiatan/ pengendalian mutu asuhan dan pelayanan kebidanan.
- d. Ada bukti tertulis tentang pelaksanaan evaluasi pelayanan dan rencana tinda lanjut.
- e. Ada laporan hasil evaluasi yang diublikasikan secara teratur kepada semua staf pelayanan kebidan.

## 8.2 Kode Etik Kebidanan

<b>1. Kewajiban Bidan Terhadap Klien dan Masyarakat</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Setiap bidan senantiasa menjunjung tinggi, menghayati dan mengamalkan sumpah jabatannya dalam melaksanakan tugas pengabdianya.</li> <li>2) Menjalankan tugas profesinya menjunjung tinggi harkat dan martabat kemanusiaan yang utuh dan memelihara citra bidan.</li> <li>3) Setiap bidan dalam menjalankan tugasnya senantiasa berpedoman pada peran tugas dan tanggung jawab sesuai dengan kebutuhan klien, keluarga dan masyarakat.</li> <li>4) Menjalankan tugasnya mendahulukan kepentingan klien, menghormati hak klien, dan menghormati nilai-nilai yang berlaku di masyarakat.</li> <li>5) Setiap bidan dalam menjalankan tugasnya senantiasa mendahulukan kepentingan klien, keluarga dan masyarakat dengan identitas yang sama sesuai dengan kebutuhan berdasarkan kemampuannya.</li> <li>6) Bidan senantiasa menciptakan suasana yang serasi dalam hubungan pelaksanaan tugasnya dengan mendorong partisipasi masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatannya secara optimal.</li> </ul>
<b>2. Kewajiban Bidan Terhadap Tugasnya</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Setiap bidan senantiasa memberikan pelayanan paripurna terhadap klien, keluarga dan masyarakat sesuai dengan kemampuan profesi berdasarkan kebutuhan klien, keluarga dan masyarakat.</li> </ul>

- 2) Berhak memberikan pertolongan dan mempunyai kewenangan dalam mengambil keputusan mengadakan konsultasi dan atau rujukan.
- 3) Setiap bidan harus menjamin kerahasiaan keterangan yang dapat dan atau dipercayakan kepadanya, kecuali bila diminta oleh pengadilan atau diperlukan sehubungan kepentingan klien.

### **3. Kewajiban Bidan Terhadap Sejawat dan Tenaga Kesehatan Lainnya**

- 1) Setiap bidan harus menjalin hubungan dengan teman sejawatnya untuk menciptakan suasana kerja yang serasi.
- 2) Setiap bidan dalam melaksanakan tugasnya harus saling menghormati baik terhadap sejawatnya maupun tenaga kesehatan lainnya.

### **4. Kewajiban Bidan Terhadap Profesinya**

- 1) Setiap bidan harus menjaga nama baik dan menjunjung tinggi citra profesinya dengan menampilkan kepribadian yang tinggi dan memberikan pelayanan yang bermutu kepada masyarakat.
- 2) Wajib senantiasa mengembangkan diri dan meningkatkan kemampuan profesinya sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.
- 3) Berperan serta dalam kegiatan penelitian dan kegiatan sejenisnya yang dapat meningkatkan mutu dan citra profesinya.

### **5. Kewajiban Bidan Terhadap Diri Sendiri**

- 1) Setiap bidan harus memelihara kesehatannya agar dalam melaksanakan tugas profesinya dengan baik.
- 2) Harus berusaha secara terus menerus untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.
- 3) Setiap bidan wajib memelihara kepribadian dan penampilan diri.

### **6. Kewajiban Bidan Terhadap Pemerintah, Nusa, Bangsa, dan Tanah Air**

- 1) Setiap bidan dalam menjalankan tugasnya, senantiasa melaksanakan ketentuan-ketentuan pemerintah dalam

- bidang kesehatan, khususnya dalam pelayanan KIA/KB dan kesehatan keluarga dan masyarakat.
- 2) Setiap bidan melalui profesinya berpartisipasi dan menyumbangkan pemikirannya kepada pemerintahan untuk meningkatkan mutu jangkauan pelayanan kesehatan terutama pelayanan KIA/KB dan kesehatan keluarga.

## DAFTAR PUSTAKA

- Sidabutar sondang. 2005. *Buku Ajar Pengantar Kebidanan*. Medan.
- Dewi ratna. 2011. *Pengantar Kebidanan Komunitas*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- <https://www.gokampus.com/blog/6-kode-etik-bidan-berdasarkan-kewajibannya-cek-yuk>.
- Direktorat jendral bina kesehatan masyarakat, 2010, *PWSKIA, Jakarta*
- Walyani S, 2014, *Kebidanan Komunitas, Yogyakarta, PUSTAKA BARUP RESS*
- Yulifah,Rita, 2009.*Asuhan Kebidanan Komunitas*. Jakarta.: Salemba medika
- Syahlan, J.H, 1996, *Kebidanan Komunitas*.Yayasan bina sumber daya.

# **BAB 9**

## **DOKUMENTASI ASUHAN KEBDANAN DI KOMUNITAS**

*Oleh Elfina*

### **9.1 Pengertian Dokumentasi Asuhan Kebidanan Komunitas**

#### **9.1.1 Dokumentasi dan Pencatatan**

Dokumentasi kebidanan adalah proses pencatatan dan penyimpanan data-data yang bermakna dalam pelaksanaan kegiatan asuhan kebidanan dan pelayanan kebidanan. Asuhan kebidanan diartikan sebagai asuhan yang diberikan kepada individu/satu klien.

Pencatatan adalah proses kegiatan menulis/mencatat secara tertib antara penata usaha dan pengelola kegiatan.

#### **9.1.2 Kaidah Dalam Pendokumentasian**

Ada Persnyaratan atau kaidah dokumentasi kebidanan yang perlu diketahui, diantaranya sebagai berikut :

- a. Kesederhanaan yaitu penggunaan kata yang sederhana mudah dibaca, mudah dimengerti dan menghindari istilah yang sulit dipahami.
- b. Keakuratan yaitu data yang diperoleh harus benar-benar akurat berdasarkan informasi yang telah dikumpulkan. Selainitu terdapat kejelasan bahwa data yang diperoleh berasal dari pasien. Dengan demikian, dapat ditarik kesimpulan yang otentik dan akurat serta terhindar dari kesimpulan yang menyimpang.
- c. Kesabaran yaitu Gunakan keasavaran dalam membuat dokumentasi kebidanan dengan meluangkan waktu untuk memeriksa kebenaran terhadap data pasien yang telah atau sering diperiksa.
- d. Ketepatan yaitu dalam pendokumentasian merupakan syarat mutlak. Untuk memperoleh ketepatan diperlukan

ketelitian penggunaan seperti penilaian gambaran klinis pasien, hasil laboratorium, pemeriksaan tambahan, pencatatan terhadap setiap rencana tindakan, pelayanan kesehatan observasi yang dilakukan pada lembar atau bagian yang ditentukan, dan kesesuaian hasil pemeriksaan dengan hasil atau instruksi Dokter dan tenaga kesehatan lainnya.

- e. Kelengkapan yaitu Pencatatan terhadap semua pelayanan yang diberikan, tanggapan Bidan, tanggapan pasien, alasan pasien dirawat, kunjungan Dokter, dan tenaga kesehatan lainnya.
- f. Kejelasan dan Keobjektifan yaitu dokumentasi kebidanan memerlukan kejelasan dan keobjektifan dari data yang ada, bukan merupakan data fiktif dan samar yang dapat menimbulkan kerancuan. Data untuk dokumentasi kebidanan harus logis, jelas, rasional, kronologis serta mencantumkan nama dan nomor register. Penulisan dimulaihuruf besar dan setiap penulisan data memiliki identitas waktu.

### **9.1.3 Jenis Data**

Pengumpulan dan pengelolaan data merupakan kegiatan pokok PWS KIA Jenis data.

- 1) Data Sasaran
  - Jumlah seluruh ibu hamil
  - Ibu bersalin
  - Bayi umur >1 Bulan (neonatal)
  - Ibu nifas
  - Bayi
- 2) Data Pelayanan
  - Jumlah K1
  - Jumlah K4
  - Jumlah ibu hamil resiko yang dirujuk masyarakat
  - Jumlah ibu hamil yang resiko ditangani oleh tenaga kesehatan
  - Jumlah ibu bersalin yang ditolong oleh tenaga kesehatan
  - Jumlah ibu nifas yang dilayani tenaga kesehatan

- Jumlah bayi berusia kurang dari 1 bulan yang dilayani tenaga kesehatan minimal 2 kali

### 3) Sumber Data

Data sasaran sebaiknya berasal dari hasil pendataan setempat. Bila angka tersebut tak tersedia, atau diragukan, maka perkiraan jumlah sasaran dapat dihitung menurut rumus.

Data pelayanan umumnya berasal dari :

- a. Register Kohort ibu dan bayi
- b. Laporan persalinan yang ditolong tenaga kesehatan dan dukun bayi
- c. Laporan dari dokter/bidan praktek swasta
- d. Laporan dari fasilitas pelayanan selain Puskesmas Yang berada di wilayahnya

#### **9.1.4 Pelaporan**

Pelaporan adalah proses kegiatan membuat dan mengirimkan laporan mengenai pengelolaan kegiatan. Pencatatan dan pelaporan ini berpedoman kepada Sistem pencatatan dan pelaporan terpadu Puskesmas (SP2TP)

- a. Data dari tingkat Puskesmas dikumpulkan, di olah, hasilnya dimasukkan ke format 1
- b. Format 1 rekapitulasi cakupan (Indicator PWS KIA) dari tiap Desa, juga berfungsi sebagai laoran yang dikirim ke Dinas Kabupaten/Kota.
- c. Dinas Kabupaten atau kota membuat rekapitulasi laporan puskesmas (format 1) dengan menggunakan format 2 untuk dikirimkan ke propinsi
- d. Propinsi membuat rekapitulasi lapran kabupaten/kota dalam format 3, dikirimkan kepusat

#### **9.2 Manfaat Pencatatan dan Pelaporan**

- a. Memudahkan dalam mengelola informasi kegiatan ditingkat pusat atau provinsi dan Kab/Kota
- b. Memudahkan dalam memperoleh data untuk perencanaan dalam rangka pengembangan tenaga kesehatan

- c. Memudahkan dalam melakukan pembinaan tenaga kesehatan
- d. Memudahkan dalam melakukan evaluasi hasil

### **9.3 Tujuan Umum**

Sistem pencatatan dan pelaporan bertujuan agar semua hasil kegiatan puskesmas (didalam dan diluar gedung) dapat dicatat dan dilaporkan kejenjang selanjutnya sesuai dengan kebutuhan secara bena, berkala, dan teratur, guna menunjang pengelolaan upaya kesehatan masyarakat.

### **9.4 Tujuan Khusus**

- a. Tercatatnya semua data hasil kegiatan puskesmas sesuai kebutuhan secara benar, berkesinambungan dan teratur
- b. Terlapornya data kejenjang administrasi berikutnya sesuai kebutuhan dengan menggunakan format yang telah ditetapkan secara teratur berkesinambungan dan teratur
- c. menciptakan kondisi yang efektif dan efisien sehingga tidak terjadi tumpang tindih dan kesenjangan.

### **9.5 Ruang Lingkup Pencatatan dan Pelaporan**

Ruang lingkup pencatatan dan pelaporan, meliputi jenis data yang dikumpulkan, di catat, di laporkan puskesmas. Jenis data tersebut mencakup :

- a. Data umum dan demografi
- b. Data sarana fisik
- c. Data ketenagaan
- d. Data kegiatan pokok yang dilakukan didalam dan diluar gedung

### **9.6 Macam-Macam pencatatan**

#### **Model Naratif atau narasi**

Sering disebut teknik pencatatan yang berorientasi pada sumber data:

#### **1. Keuntungan**

- a. Sudah dikenal
- b. Sudah dikombinasikan dengan cara dokumentasi lain

- c. Jika ditulis dengan tepat bisa mencakup seluruh keadaan pasien
- d. Sudah ditulis

## 2. Kekurangan

- a. Tidak Terstruktur dan simpang siur datanya
- b. Perlu banyak waktu
- c. Terbatas dengan kemampuan pelayanan kesehatan
- d. Informasi sulit untuk jangka panjang

## 9.7 Flow Sheet dan Check List

Memperlihatkan perkembangan klien yang spesifik menurut parameter yang telah ditetapkan sebelumnya.

### Keuntungan

- 1. Lebih berkualitas dalam pendokumentasian
- 2. Mudah dibaca
- 3. Lebih Cepat (Waktu)
- 4. Data mudah diperoleh

## 9.8 Dokumentasi

Report yaitu laporan atau melapor:

### 1. Record (Rekaman)

- a. Kata Benda (Catatan)
- b. Kata Kerja (Mencatat)

Penyampaian informasi tentang kesehatan atau kondisi pasien dilakukan dengan 3 cara :

- Pencatatan yaitu data tertulis dan merupakan data resmi tentang kesehatan klien dan perkembangannya
- Pelaporan (*report*) yaitu penyampaian informasi tentang kondisi dan perkembangan pasien, secara lisan atau tulisan kepada bidan atau tenaga kesehatan lain atau sebaliknya. Informasi yang disampaikan merupakan suatu pernyataan apa yang dilihat, di dengar atau pun yang telah dilakukan atau dipertimbangkan
- Rekaman record yaitu suatu yang disimpan dalam bentuk yang mantao (tulisan, catatan, pita rekaman, video dll) semua pernyataan dalam bentuk tertulis atau bentuk buku lainnya yang dapat digunakan sebagai

bukti yang sah dari suatu fakta dan kejadian, tindakan maupun pernyataan.

## **2. Frekuensi Pencatatan dan Pelaporan**

Laporan bervariasi berdasarkan kebutuhan :

- a. Laporan Sift
- b. Laporan harian
- c. Laporan mingguan

## **9.9 Pengelolaan Pelayanan kebidanan Komunitas**

### **a. Perencanaan**

Rencana merupakan suatu pola pikir yang sistematis untuk mewujudkan suatu tujuan dengan mengorganisasikan dan mendayagunakan sumber yang tersedia. Jadi yang disebut dengan perencanaan yaitu suatu proses penyusunan rencana yang menggambarkan keinginan mencapai tujuan tertentu melalui suatu kegiatan dengan mengorganisasikan atau mendayagunakan sumber yang tersedia.

Ada beberapa dari bentuk perencanaan yaitu :

- Perencanaan berdasarkan kurun waktu pelaksanaan
  1. Jangka panjang : alokasi waktu 25 tahun
  2. Jangka menengah : alokasi waktu 5 tahun
  3. Jangka pendek : Disusun untuk kegiatan tahunan
- Perencanaan berdasarkan wilayah
  1. Rencana pembangunan Nasional (Pusat)
  2. Rencana pembangunan daerah seperti Propinsi, kecamatan dan Desa
  3. Perencanaan berdasarkan program
  4. Rencana pembangunan kesehatan keluarga
  5. Rencana penyuluhan kesehatan
  6. Rencana pembangunan puskesmas

Adanya proses penyusunan rencana yaitu :

- a) Menentukan tujuan  
Menentukan tujuan berdasarkan masalah yang telah diidentifikasi bila masalah yang ditemukan tersebut

banyak, maka bentuk-bentuk dari prioritasnya masalahnya berdasarkan :

- Besarnya masalah
- Luasnya masalah
- Dampak masalah
- Besarnya akibat masalah
- Tingkat kemudahan dalam mengatasinya.

Untuk mendukung pencapaian tujuan perlu identifikasi tentang kondisi lingkungan yang mempengaruhi kesehatan dan untuk menentukan tujuan suatu rencana dan strategi pelaksanaannya perlu dipertimbangkan, sehingga :

- Kekuatan yang dimiliki (Strength)
- Peluang (Opportunity)
- Kelemahan (Weakness)
- Ancaman (Threat)

Didalam suatu perencanaan memiliki tujuan untuk menunjukkan keadaan yang akan dicapai, yaitu keadaan yang akan dicapai harus jelas dan dapat diukur baik kuantitas maupun kualitas. Dalam tujuan suatu perencanaan sebaiknya dinyatakan jangka waktu, kondisi dan tempat kegiatan.

b) Menentukan strategi

Strategi pelaksanaan rencana biasanya diungkapkan dalam kebijaksanaan dan langkah-langkah pelaksanaan kebijaksanaan merupakan dasar dari pelaksanaan kegiatan. Contohnya dari pelaksanaan program pelayanan kesehatan ibu dan anak di Desa A, kebijaksanaan yang ditetapkan adalah pelayanan kesehatan ibu dan anak diarahkan pada upaya peningkatan sumber daya manusia, Hal ini dituangkan dalam undang-undang no.23 tahun 1992, hal tersebut disusun dalam langkah-langkah pelaksanaannya.

c) Menentukan Kegiatan

Berdasarkan kegiatan pokok disusun program lebih rinci yang mencakup aktifitas-aktifitas, dilakukan dengan target yang akan dicapai. Rencana kegiatan

secara rinci mencakup latar belakang disusunnya rencana.

Tujuan yang akan dicapai :

- Kegiatan yang akan dilakukan
- Tempat pelaksanaan
- Waktu dan penjadwalan pelaksanaan
- Pelaksanaan yang bertanggungjawab

d) Menentukan Sumber Daya

Menentukan sumber daya yang dimaksud adalah tenaga, sarana, fasilitas, dana, manajemen dan informasi.

b. Pengorganisasian

Kebidanan komunitas merupakan bagian kesehatan komunitas. Setiap kegiatan pokok yang diarahkan kepada ibu dan anak dalam kaitan dengan kehamilan dan persalinan, keluarga berencana, serta nak balita merupakan kegiatan terpadu didalam kebidanan komunitas. Yang termasuk pengorganisasian adalah Puskesmas, Lembaga ketahanan masyarakat Desa (LKMD) tempat kebidanan komunitas (pembinaan kesehjateraan keluarga dan kesehatan , kependudukan dan KB) dengan bidan menjadi anggotanya.

Pembinaan kesehjateraan keluarga (PKK) merupakan kegiatan pembangunan masyarakat yang tumbuh dari bawah dengan wanita sebagai motor penggerakannya. Kelompok dasa wisma(kelompok ibu berasal dari sepuluh rumah yang bertetangga) yang dibentuk melalui kegiatan PKK.

Pengorganisasian berbagai kegiatan yang diperlukan untuk melaksanakan sesuatu rencana sedemikianrupa sehingga yang telah ditetapkan dapat dicapai dengan memuaskan.

Pengorganisasian berbagai kegiatan yang diperlukan untuk melaksanakan sesuatu rencana sedemikian rupa sehingga tujuan yang telah ditetapkan dapat dicapai dengan memuaskan.

c. Pelaksanaan/Actuating

Pelaksanaan atau actuating merupakan setelah perencanaan dan pengorganisasian maka perlu mewujudkan perencanaan tersebut dengan menggunakan organisasi yang terbentuk berarti ini merupakan rencana tersebut dilaksanakan (implementasi) atau diaktuasikan (actuating).

Kata lain dari direction (bimbingan) sebagai gerak pelaksanaan. Pelaksanaan atau actuating berfungsi penciptaan kerjasama antara anggota kelompok serta pada pengarahan semangat kerja, tekad dan kemampuan keseluruhan anggota untuk tercapainya tujuan bersama. Pelaksanaan atau actuating merupakan usaha untuk menjadikan keseluruhan anggota untuk ikut bertekad dan berupaya dalam rangka mewujudkan tujuan kelompok.

Untuk melaksanakan program kesehatan, seorang pemimpin harus mampu mengarahkan, mengawasi dan mensupervisi bawahannya untuk itu perlu menguasai berbagai pengetahuan dan keterampilan, yaitu motivasi, komunikasi, kepemimpinan, pengarahan, pengawasan, supervisi.

Program dilakukan berdasarkan rencana yang telah ditetapkan dengan menjabarkan program atau kegiatan lebih rinci mencakup waktu, tempat pelaksanaan kegiatan, pengawasan, pengendalian, supervisi, bimbingan dan konsultasi yang dilaksanakan didalam pelaksanaan.

d. Monitoring Dan Evaluasi

Register kohort adalah sumber data pelayanan ibu hamil, ibu nifas, neonatal, bayi dan balita.

Jenis Register Kohort:

1. Register Kohort Ibu

Register kohort ibu merupakan sumber data pelayanan ibu hamil dan bersalin, serta keadaan atau resiko yang dipunyai ibu yang diorganisir sedemikian rupa yang pengkoleksiannya melibatkan kader dan dukun bayididwilayahnya setiap bulan yang mana informasi

pada saat ini lebih difokuskan pada kesehatan ibu dan bayi baru lahir tanpa adanya duplikasi informasi.

2. Register Kohort Bayi

Merupakan sumber data pelayanan kesehatan bayi, termasuk neonatal

3. Register Kohort Balita

Merupakan sumber data pelayanan kesehatan balita, umur 12 bulan sampai dengan 5 tahun, pendataan suatu masyarakat yang baik bilamanan dilakukan oleh komponen yang merupakan bagian dari komunitas masyarakat bersangkutan, karen merekalah yang paling dekat dan mengetahui situasi serta keadaan dari masyarakat tersebut. Sumber daya masyarakat itu adalah Kader dan dukun bayi serta Tokoh Masyarakat.

**Cara pengisian register KOHORT :**

- a) Diisi nomor urut
- b) Diisi nomor indeks dari famili folder
- c) Diisi nama ibu hamil
- d) Diisi nama suami ibu hamil
- e) Diisi alamat ibu hamil
- f) Diisi umur ibu hamil
- g) Diisi umur kehamilan pada kunjungan pertama dalam minggu/tanggal HPL
- h) Fakor resiko : diisi v (rumput) untuk umur ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun
- i) paritas diisi Gravidanya
- j) Diisi bila jarak <2 tahun 11.

**Cara pengisian Register Kohort Bayi**

- 1) Diisi nomor urut. sebaiknya nomor urut bayidisesuaikan dengan nomor urut ibu hami pada register kohort ibu
- 2) Diisi nomor indeks dari famili folder
- 3) Diisi nama ibu hamil
- 4) Diisi nama suami ibu hamil
- 5) Diisi alamat ibu hamil
- 6) Diisi umur ibu hamil

- 7) Diisi umur kehamilan pada kunjungan pertama dalam minggu/tanggal HPL
- 8) Diisi angka berat bayilahir dalam gram sampai dengan 10diisi tanggal pemeriksaan neonatal oleh tenaga kesehatan
- 9) Diisi tanggal pemeriksaan post natal oleh petugas kesehatan
- 10) sd 23 diisi hasil hasil penimbangan bayi dalam kg dan rambu gizi yaitu : N = turun, R = Bawah garis titik – titik (BGT), BGM = Bawah Garis merah
- 11) sd 35 Diisi tanggal bayi tersebut mendapat imunisasi
- 12) 36 diisi tanggal bayi ditemukan meninggal
- 13) 37 Diisi penyebab kematian bayi tersebut
- 14) 38 Diisi bila bayi pindah atau ada kolom yang perlu keterangan

### **Cara Pengisian Register KOHORT Balita**

- 1) Diisinomor urut. Sebaiknya nomor urut bayi disesuaikan dengan nomor urut ibu pada register kohort ibu.
- 2) Diisi nomor indek dari family folder
- 3) Diisi nama ibu hamil
- 4) Diisi nama suami ibu hamil
- 5) Diisi alamat ibu hamil
- 6) Diisi umur ibu hamil
- 7) Diisi umur kehamilan pada kunjungan pertama dalam minggu/tanggal HPL
- 8) 8 sd 31 dibagi 2, diisi hasil penimbangan dalam kg dan rambu gizi
- 9) 32 sd 35 diisi tanggal emberian vit A bulan februari dan Agustus
- 10)36 Diisi tanggal bila ditemukan sakit
- 11)37 diisi penyebab sakit
- 12)38 Diisi tanggal meninggal
- 13)39 Diisi sebab mennggal
- 14)40 Diisi tanggal bila ditemukan kelainan tumbuh kembang
- 15)41 Diisi jeniskelainan tumbuh kembang

16)42 Diisi bila ada keterangan penting tentang balita tersebut.

e. Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan dan pelaporan merupakan dokumentasi yang dapat dijadikan bukti atas pelaksanaan suatu kegiatan atau program. Pencatatan merupakan kegiatan atau proses pendokumentasian suatu aktivitas dalam bentuk tulisan. Bentuk pencatatan dapat berupa tulisan di atas kertas, disket, dan lain-lain dengan ilustrasi tulisan, grafik, gambar-gambar atau suara.

**Manfaat Pencatatan :**

1. Memberikan informasi tentang suatu keadaan, masalah atau kegiatan
2. Sebagai bahan proses belajar mengajar
3. Sebagai bahan pertanggungjawaban
4. Sebagai bahan pembuatan laporan
5. Untuk perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi
6. Sebagai bukti hukum
7. Sebagai alat komunikasi (penyampaian pesan)
8. Sebagai alat untuk meningkatkan suatu kegiatan atau peristiwa khusus
9. Sebagai bahan penelitian

**Bentuk Pencatatan :**

1. Berdasarkan Isi
  - Catatan tradisional yaitu apa yang didengar dan dilakukan oleh sipencatat (catatan harian)
  - Catatan sistematis yaitu menggunakan format
  - Identitas pasien, keluhan utama, pemeriksaan fisik, rencana dan tindakan, catatan perkembangan atau status pasien
2. Berdasarkan Sasaran
  - Catatan individu seperti catatan ibu, bayi, anak balita
  - Catatan Keluarga seperti identitas keluarga, masalah keluarga, kunjungan rumah
  - Catatan masyarakat seperti dalam kegiatan survey komunitas, bagian keadaan dan masalah komunitas,

rencana dan langkah yang dilakukan serta hasilnya merupakandalam kebidanan komuniti lebih diarahkan kepada ibu dan anak

3. Berdasarkan Kegiatan
  - Catatan pelayanan kesehatan anak
  - Catatan pelayanan kesehatan ibu
  - Catatan Pelayanan kesehatan kB
  - Catatan Imunisasi
  - Catatan persalinan
  - Catatan Kelainan
  - Catatan kematian ibu dan bayi
  - Catatan rujukan
4. Berdasarkan Proses Pelayanan
  - Catatan awal masuk
  - Catatan pengembangan berisi kemajuan/ perkembangan pelayanan
  - Catatan pindah
  - catatan keluar.

Pelaporan merupakan catatan yang memberikan informasi tentang kegiatan tertentu dan hasilnya yang disampingkan kepihak yang berwenangatau berkaitan.

**Manfaat pelaporan :**

1. Merupakan pertanggungjawaban autentik tentang pelaksanaan kegiatan
2. Memberikan informasi secara terdokumentasi kepada pihak lain atau terkait
3. Dapat digunakan sebagai bahan bukti hukum
4. Dapat digunakan sebagai bahan pelayanan
5. Dapat digunakan sebagai penyusunan rencana dan evaluasi
6. Dapat digunakan sebagai bahan untuk penelitian

**Bentuk Dari Laporan :**

1. Latar belakang, tujuan, ruang lingkup (pendahuluan)
2. Isi laporan : perencanaan kegiatan, pelaksanaan kegiatan, hasil kegiatan secara nyata, masalah dan hambatan, saran unntuk tindak lanjut

3. Bila perlu rekomendasi : masalah dan saran menyangkut kebijakan

Jenis laporan dibagi menjadi dua, yaitu laporan insidensial dan laporan berkala. Laporan insidensial adalah laporan kejadian luar biasa atau darurat yang memerlukan pelayanan dan bantuan cega, sedangkan laporan berkala, misalnya harian, mingguan bulanan, triwulan, Kwartalan dan tahunan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Lisnawati, Lilis, *Panduan Praktis Menjadi Bidan Komunitas*, Jakarta : Tran Info Media ; 2012.
- Yulifa, Rita. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Jakarta: Salemba Medika: 2011
- Syahlan, J.H. 2006. *Kebidanan Komunitas*. Yayasan Bina Sumber Daya Kesehatan
- Nursalam, *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik*. Jakarta : Salemba Medika : 2008
- Walyani, S. *Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta : PUSTAKA BARU PRESS, 2014



## **BIODATA PENULIS**



### **Diaz Capriani Randa Kusuma, SST.,M.Kes**

Dosen tetap sekaligus staf pada Institut Teknologi Kesehatan  
Dan Bisnis Graha Ananda Palu

Penulis dilahirkan di Kabupaten Tolitoli pada tanggal 01 mei 1993. Anak Bungsu dari 3 bersaudara dari pasangan Markus .P. Randa , AMG dan Magdalena. Penulis menyelesaikan pendidikan Sekolah Dasar di SDN 2 Nalu Kabupaten Tolitoli pada tahun 2004. Pada tahun itu juga penulis melanjutkan Pendidikan di SMP Negeri 5 Tolitoli dan tamat pada tahun 2007 kemudian melanjutkan pendidikan SMA Negeri 1 Tolitoli dan selesai pada tahun 2010. Tahun 2010 penulis melanjutkan pendidikan di Akademi Kebidanan Graha Ananda dan selesai pada tahun 2013. Selanjutnya pada tahun yang sama penulis melanjutkan pendidikan D4 Bidan pendidik di Universitas Indonesia Timur Makassar. Tahun 2017 penulis menyelesaikan pendidikan S2 Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan Konsentrasi Kesehatan Reproduksi di Universitas Indonesia Timur Makassar.

Pada tahun 2016 Penulis mengawali karier bekerja sebagai staf di Akademi Kebidanan Graha Ananda Palu dan pada tahun 2017 dan sampai saat ini menjadi dosen tetap sekaligus staf pada Institut Teknologi Kesehatan Dan Bisnis Graha Ananda Palu.

Ditengah kesibukan penulis, penulisan buku ini merupakan salah satu pengabdian yang dilakukan dalam

berbagi ilmu bagi para pembaca yang adalah generasi penerus khususnya yang menggeluti dunia kesehatan dan sebagai pengabdian tugas penulis dalam menjalankan Tridarma Perguruan Tinggi.

## **BIODATA PENULIS**



### **Ayu Sunarti. S, S.ST., M.Kes**

Dosen Program Studi DIII Kebidanan Fakultas Kesehatan Institut Teknologi Kesehatan dan Bisnis Graha Ananda

Penulis lahir di Jeneponto tanggal 29 Januari 1991. Penulis adalah Dosen tetap Program Studi DIII Kebidanan Fakultas Kesehatan Institut Teknologi Kesehatan dan Bisnis Graha Ananda.

Menyelesaikan Pendidikan D-IV Kebidanan dan melanjutkan S2 pada Jurusan Magister Kesehatan Program Studi Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Kesehatan Reproduksi. Penulis menekuni bidang Kebidanan.

## **BIODATA PENULIS**



### **Sri Susilawati**

Dosen Program Studi D3 Kebidanan  
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah  
Tasikmalaya

Penulis lahir di Tasikmalaya tanggal 25 Juni 1988. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D3 Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Tasikmalaya. Menyelesaikan pendidikan Bidan Pendidik Diploma IV di STIKes Kharismas Karawang dan melanjutkan S2 pada Program Studi Kebidanan Universitas Padjadjaran Bandung. Penulis pernah mendapat penghargaan *Best Presenter* in the 1<sup>st</sup> Cirebon International Conference Cirebon, West Java pada Tanggal 9 September 2020. Penulis menekuni bidang Menulis.

## BIODATA PENULIS



**M. Nur Dewi Kartikasari, SST, M.Kes**  
Staf Dosen D III Kebidanan SV UNS

M. Nur Dewi Kartikasari lahir di Surakarta, pada 18 Desember 1983. Penulis tercatat sebagai Staf Pengajar/dosen prodi D3 Kebidanan UNS Surakarta sejak tahun 2008. Wanita yang sering disapa Dewi ini merupakan seorang Ibu dari 4 orang anak. Dewi merupakan Pengajar mata kuliah Asuhan Kehamilan dan beberapa mata kuliah asuhan kebidanan lainnya serta menjadi pembimbing kegiatan fieldlab: praktik klinik kebidanan. Penelitian yang pernah dilakukan tentang pengaruh pendampingan bidan terhadap pengetahuan dan praktik penatalaksanaan atonia uteri terkini melalui kondom kateter; evaluasi metode *Continuity of Care*; pengaruh laserpunktur terhadap tumbuh kembang (kaitannya dengan stunting); pemberdayaan ibu hamil melalui kelas ibu hamil dalam mencegah stunting; dan masih banyak lagi. Tugas tambahan saat ini sebagai koordinator SPMI Unit Penjaminan Mutu Sekolah Vokasi UNS.

Email : [dewi1812.uns@gmail.com](mailto:dewi1812.uns@gmail.com)

## **BIODATA PENULIS**



**Rismayana, S.ST., M.Kes**  
Staf Dosen Jurusan Kebidanan

Penulis lahir di Maros tanggal 02 Februari 1992. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D3 Kebidanan Fakultas Kesehatan, Institut Teknologi Kesehatan dan Bisnis Graha Ananda. Menyelesaikan pendidikan D3 dan D4 pada jurusan kebidanan dan melanjutkan S2 pada jurusan kesehatan masyarakat konsentrasi kesehatan reproduksi. Penulis menekuni bidang Kesehatan.

## **BIODATA PENULIS**



**Kiftiyah, S.ST., M.Kes**  
Dosen Program Studi DIII Kebidanan  
STIKES Dian Husada Mojokerto

Kiftiyah, S.ST., M.Kes, Lahir di Jombang , 20 Maret 1983. Pada tahun 2006 menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di STIKES Husada Jomvang. Pada tahun 2009 penulis telah menyelesaikan pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik di STIKES Dian Husada Jombang dan pada tahun 2012 penulis telah menyelesaikan pendidikan Magister Kesehatan Kedokteran Keluarga di Universitas Negeri Sebelas Maret Surakarta. Pada Tahun 2022 Penulis sedang menempuh pendidikan S3 Psikologi Pendidikan di Fakultas Psikologi Pendidikan Universitas Negeri Malang.

Karirnya dimulai sebagai dosen tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Husada Mulia Madiun, pada tahun 2008 sampai dengan 2011. Penulis aktif dalam mengajar mahasiswa Kebidanan dan Keperawatan, Pada tahun 2009-2011 Penulis pernah menjadi Koordinator Praktek Diploma III Kebidanan. Pada tahun 2011- sekarang Penulis bekerja di STIKES Dian Husada Mojokerto. Penulis Pernah menjadi Koordinator Evaluasi Diploma III Kebidanan tahun 2013-2015. Penulis aktif dalam kegiatan Penelitian dan Pengabdian masyarakat dengan beberapa karya diantaranya mendapatkan satu kali hibah Nasional , selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal ilmiah, buku yang pernah ditulis diantaranya Pengantar

Asuhan kebidanan. Mata kuliah sesuai dengan bidang keahlian yang menjadi tanggung jawab penulis di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Dian Husada Mojokerto adalah Asuhan Kebidanan ibu Hamil , Asuhan Ibu Bersalin,Asuhan Ibu Nifas, Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana, Psikologi Kebidanan, dan Penulis berharap karya yang dihasilkan bisa bermanfaat bagi Dosen, Mahasiswa dan masyarakat pada umumnya.

## BIODATA PENULIS



**Meyana Marbun, SST.,M.Kes**  
Dosen di Universitas Efarina

Penulis lahir di Simangonai pada 23 Mei 1988. Pada tahun 2006 – 2009 telah menyelesaikan pendidikan DIII. Kebidanan POLTEKES KEMENKES MEDAN, Prodi Kebidanan P.Siantar, pada tahun 2010 – 2011 melanjutkan pendidikan D-IV Bidan Pendidik Universitas Sumatera Utara, dan pada tahun 2012 – 2014 melanjutkan pendidikan S-2 Universitas Respati Indonesia Jakarta Timur.

### **Sertifikat yang diperoleh :**

- 2016 : Pemenang Hibah Penelitian Dosen Pemula (PDP) KEMENRISTEKDIKTI
- 2017 : Pemenang Hibah Penelitian Dosen Pemula (PDP) KEMENRISTEKDIKTI
- 2018 : Pemenang Hibah Penelitian Dosen Pemula (PDP) KEMENRISTEKDIKTI
- 2018 : Dosen bersertifikasi dari Kementerian Pendidikan

Penulis memulai Karir sebagai dosen di Akademi Kebidanan Raya Husada Pematang Raya Kabupaten Simalungun Tahun 2010 sampai tahun 2012, 2012 – 2014 Akademi Kebidanan Ika Bina Rantau Parapat Labuhan Batu, dan Terakhir sebagai dosen di Universitas Efarina dari 2014

sampai sekarang. Penulis dalam jabatan pengajar sekarang adalah Penata III/c.

**Pengalaman Jabatan Tingkat Universitas dan Fakultas Kesehatan :**

2015 – 2016 : Dosen Tetap di Prodi Kebidanan

2016 – 2020 : Ketua Program Studi D-III Kebidanan

2022 – Saat ini : Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (LPPM)

## **BIODATA PENULIS**



**Elfina, S.T., M.Kes**

Dosen di Institut Teknologi Kesehatan Dan Bisnis Graha  
Ananda

Penulis Lahir di Lambiku Kabupaten Muna Tanggal 31 Agustus 1990. Penulis Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gema Insan Akademik Tahun 2009-2012 dan menyelesaikan pendidikan D4 Jurusan Bidan pendidik di Politeknik Karya Husada Jakarta Tahun 2013-2014 selanjutnya penulis menyelesaikan Pendidikan S2 di Universitas Muslim Indonesia Fakultas Kesehatan Masyarakat dengan Konsentrasi Kesehatan Reproduksi Tahun 2015-2017. Pernah bekerja Sebagai Dosen luar biasa di Universitas Partia Artha Tahun 2016-2017, dan saat ini menjabat sebagai Kepala Lembaga Penjaminan Mutu di Institut Kesehatan dan Bisnis Graha Ananda dimulai Periode Tahun 2021-2025. Penulis adalah Dosen Tetap Program Studi D3 Kebidanan Fakultas Kesehatan di Institut Teknologi Kesehatan dan Bisnis Graha Ananda sejak Tahun 2018 sampai sekarang.