

MODUL AJAR
ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS



Disusun Oleh

Mera Marhamah, SST., M.Kes

Anes Patria Kumala, SST., M.Kes

PRODI D III KEBIDANAN
FAKULTAS SAINS DAN KESEHATAN
UNIVERSITAS IPWIJA
2024

Petunjuk Penggunaan Modul

Modul ini berfungsi sebagai panduan dalam proses pembelajaran dan sangat penting untuk dipelajari karena berkaitan erat dengan materi selanjutnya dalam mata kuliah Asuhan Kebidanan Komunitas. Agar dapat memahami isi modul ini dengan baik, ikutilah petunjuk penggunaan berikut:

1. Bacalah bagian pendahuluan secara saksama hingga Anda benar-benar memahami tujuan, manfaat, dan cara mempelajari modul ini.
2. Pelajari modul ini secara berurutan, dimulai dari bagian Kegiatan Belajar. Ikuti materi yang disajikan dan identifikasi kosakata yang belum dikenal. Temukan maknanya melalui kamus atau sumber daring.
3. Kumpulkan informasi tambahan sebanyak mungkin terkait materi dalam modul guna memperdalam pemahaman Anda.
4. Di akhir setiap kegiatan belajar, tersedia latihan soal untuk mengukur pemahaman Anda. Jika hasilnya belum memuaskan, ulangi kembali materi tersebut hingga Anda benar-benar memahami dan siap melanjutkan ke bagian berikutnya.
5. Jika hasil evaluasi menunjukkan Anda mampu menjawab soal secara tepat dan runtut, maka Anda telah berhasil menyelesaikan kegiatan pembelajaran dalam modul ini.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunia-Nya, sehingga kami dapat menyusun modul ajar ini. Modul ini dirancang sebagai media pembelajaran di kelas yang dapat digunakan melalui berbagai metode, serta mendukung pembelajaran mandiri. Mahasiswa dapat mempelajari materi mata kuliah Asuhan Kebidanan Komunitas secara mandiri tanpa pendampingan langsung dari dosen. Namun, apabila terdapat kendala dalam memahami materi, mahasiswa dianjurkan untuk berkonsultasi dengan dosen pengampu mata kuliah tersebut.

Kami menyadari bahwa modul ini masih jauh dari sempurna dan memerlukan berbagai penyempurnaan. Semoga modul ini dapat memberikan manfaat bagi para pembaca. Selamat belajar!

Jakarta, Agustus 2024

Mera Marhamah, SST., M.Kes

DAFTAR ISI

Judul Modul	1
Halaman Pengesahan	2
Daftar Isi	3
Kata Pengantar	4
BAB I Pendahuluan	5
Deskripsi Mata Kuliah	
Capaian Pembelajaran Mata Kuliah	
Bahan Kajian	
BAB II Konsep pelayanan kebidanan komunitas dan keluarga sebagai pusat pelayanan.	6
BAB III Tugas dan tanggung jawab bidan di komunitas.	14
BAB IV Permasalahan Bidan di komunitas	27
BAB V Program pemerintah yang berkaitan dengan KIA/KB di wilayah kerja	32
BAB VI Sistem Rujukan	39
BAB VII Monitoring dan evaluasi kegiatan pelayanan kebidanan komunitas	46
BAB VIII Pendokumentasian asuhan kebidanan di komunitas	64

BAB I

PENDAHULUAN

A. DESKRIPSI MATA KULIAH

Mata kuliah ini memberikan kemampuan kepada peserta didik untuk memberikan asuhan kebidanan komunitas dengan memperhatikan aspek budaya yang berfokus pada upaya preventif, promotif, deteksi dini dan rujukan serta berorientasi pada pemberdayaan masyarakat yang didasari oleh pengetahuan, sikap dan keterampilan.

B. CAPAIAN PEMBELAJARAN

1. Menguasai konsep kesehatan masyarakat sehingga dapat memberikan informasi yang tepat dalam memberikan asuhan di masyarakat
2. Menguasai konsep sosial budaya yang berkaitan dengan siklus reproduksi perempuan sehingga dapat melakukan komunikasi dalam memberikan asuhan kebidanan di tatanan pelayanan kesehatan
3. Mampu bekerjasama dalam kelompok kerja untuk melaksanakan tugas dalam tanggungjawabnya.
4. Mampu *melakukan* dokumentasi asuhan kebidanan menggunakan metode SOAP dengan menerapkan prinsip-prinsip pendokumentasian di tatanan pelayanan kesehatan dan komunitas

C. BAHAN KAJIAN

1. Konsep pelayanan kebidanan komunitas dan keluarga sebagai pusat pelayanan.
2. Tugas dan tanggung jawab bidan di komunitas.
3. Asuhan kebidanan komunitas dengan menerapkan dasar-dasar komunikasi.
4. Program pemerintah yang berkaitan dengan KIA/KB di wilayah kerja.
5. Monitoring dan evaluasi kegiatan pelayanan kebidanan komunitas.
6. Pendokumentasian asuhan kebidanan di komunitas

BAB II

KONSEP PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS DAN KELUARGA SEBAGAI PUSAT PELAYANAN

A. Capaian Pembelajaran

Menguasai konsep kesehatan masyarakat sehingga dapat memberikan informasi yang tepat dalam memberikan asuhan di masyarakat

B. Pendahuluan

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia masih tergolong tinggi. Berdasarkan data dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2020, AKI tercatat sebesar 189 per 100.000 kelahiran hidup. Jika dibandingkan dengan negara-negara lain di Asia Tenggara, Indonesia menempati posisi tertinggi dalam hal angka kematian ibu. Melihat kondisi tersebut, pemerintah menginisiasi langkah strategis dengan menciptakan terobosan kesehatan yang berfokus pada pemberdayaan masyarakat. Salah satu upaya tersebut adalah pencapaian status “Desa Sehat”, yang memerlukan peran aktif tenaga kesehatan di komunitas, khususnya bidan. Bidan diharapkan mampu menggerakkan masyarakat melalui pemberian asuhan kebidanan komunitas yang tepat, guna menciptakan pola hidup sehat di lingkungan masyarakat.

Keberhasilan terwujudnya perilaku hidup sehat sangat bergantung pada kualitas pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan, terutama bidan, baik dalam konteks individu maupun komunitas. Pelayanan kebidanan sendiri merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan kesehatan dan diarahkan untuk menciptakan keluarga yang sehat dan berkualitas. Layanan kebidanan adalah bentuk intervensi yang dilakukan bidan dengan tujuan meningkatkan kesehatan ibu dan anak, demi terbentuknya keluarga yang sejahtera, bahagia, dan mandiri..

Untuk mencapai tujuan tersebut, pelayanan kesehatan harus mudah diakses dan dekat dengan masyarakat. Oleh karena itu, pendekatan pelayanan kebidanan yang digunakan harus bersifat esensial dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Dalam praktiknya, kebidanan komunitas sangat menekankan penggunaan teknologi tepat guna yang relevan dengan kondisi lokal. Sebagai bentuk nyata dari pendekatan ini, bidan komunitas dituntut untuk mampu memotivasi dan menggerakkan masyarakat di wilayah binaannya.

C. Uraian

Konsep Dasar Kebidanan Komunitas

Bidan adalah seorang perempuan yang telah menyelesaikan pendidikan kebidanan yang diakui oleh pemerintah dan organisasi profesi di Indonesia, serta memenuhi syarat untuk mendapatkan registrasi, sertifikasi, dan izin praktik resmi.

Komunitas berasal dari kata Latin:

1. *Comunicans* – mengandung makna kesamaan,
2. *Communis* – berarti umum atau bersama,
3. *Community* – merujuk pada masyarakat setempat.

Kebidanan komunitas adalah pelayanan kebidanan profesional yang ditujukan kepada masyarakat, dengan fokus pada kelompok berisiko tinggi. Tujuannya untuk meningkatkan derajat kesehatan melalui upaya pencegahan penyakit, promosi kesehatan, serta keterjangkauan layanan, sambil melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan hingga evaluasi. Kebidanan komunitas juga mencakup pelayanan lanjutan dari fasilitas kesehatan, terutama untuk menyelamatkan ibu dan bayi dalam proses persalinan di rumah.

Tujuan Kebidanan Komunitas

Tujuan Umum:

1. Meningkatkan kesehatan ibu, anak, dan balita agar tercipta keluarga yang sehat dan sejahtera.
2. Mendorong masyarakat agar mandiri dalam mengatasi masalah kebidanan untuk mencapai derajat kesehatan optimal.

Tujuan Khusus:

1. Mengidentifikasi permasalahan kebidanan komunitas,
2. Melakukan upaya promotif dan preventif,
3. Meningkatkan pemahaman masyarakat tentang sehat dan sakit,
4. Meningkatkan kemampuan individu, keluarga, dan masyarakat dalam mengatasi masalah kebidanan,
5. Menangani risiko tinggi dan kasus kebidanan di rumah secara tepat,
6. Memberikan pelayanan KIA, KB, imunisasi,
7. Meningkatkan peran kader posyandu/dukun bayi,
8. Membangun kerjasama lintas sektor, melakukan kunjungan rumah, penyuluhan, pelaporan dan evaluasi.

Sasaran Kebidanan Komunitas

1. Ibu: dari masa pranikah hingga menopause.
2. Anak: janin hingga usia sekolah.
3. Keluarga: mencakup pelayanan kesehatan ibu dan anak, gizi, KB, dan imunisasi.
4. Kelompok rentan: masyarakat di daerah kumuh, terpencil, dan sulit dijangkau.
5. Komunitas umum: termasuk remaja, calon ibu, dan kelompok perempuan.

Ruang Lingkup Kebidanan Komunitas

1. Promotif (peningkatan kesehatan): informasi tentang imunisasi pada ibu-ibu yang memiliki bayi, penyuluhan tentang kesehatan ibu hamil, informasi tentang tanda bahaya kehamilan, ASI eksklusif.
2. Preventif (pencegahan penyakit): imunisasi terhadap bayi dan anak balita serta ibu hamil, pemberian tablet Fe, pemeriksaan kehamilan, nifas, posyandu untuk penimbangan dan pemantauan kesehatan balita
3. Kuratif (pemeliharaan dan pengobatan: perawatan payudara yang mengalami masalah, perawatan bayi, balita, dan anak sakit dirumah, rujukan bila diperlukan.
4. Rehabilitatif (pemulihan kesehatan): latihan fisik pasca ibu bersalin, pemberian gizi ibu nifas, mobilisasi dini pada ibu pasca salin
5. Resosiantitatif: menggerakkan individu–masyarakat kelingkungan masyarakatnya seperti dasawisma, desa siaga, tabulia, membuat masyarakat untuk melakukan suatu program dalam bidang kesehatan yang dilakukan oleh masyarakat itu sendiri untuk meningkatkan kesehatan masyarakat tersebut.

Filosofi Kebidanan Komunitas

Filosofi adalah pandangan atau keyakinan dasar yang menjadi kerangka berpikir dalam praktik kebidanan. Berdasarkan KEPMENKES No. 369/MENKES/SK/II/2007, berikut nilai-nilai filosofi kebidanan komunitas:

1. Kehamilan dan persalinan adalah proses alami, bukan penyakit.
2. Perempuan adalah individu yang unik dan berhak terlibat dalam pengambilan keputusan atas asuhan yang diterimanya.
3. Fungsi profesi bidan adalah memastikan kesejahteraan ibu dan bayi, menghargai proses alami, serta menggunakan teknologi yang sesuai jika ada komplikasi.

4. Pemberdayaan perempuan: perempuan harus mampu membuat keputusan kesehatan bagi diri dan keluarganya melalui KIE dan konseling.
5. Tujuan asuhan kebidanan adalah untuk menyelamatkan ibu dan bayi dengan pendekatan holistik, berkesinambungan, dan berpusat pada perempuan.
6. Kolaborasi: praktik kebidanan dilakukan bersama tim kesehatan, dengan menjadikan perempuan sebagai mitra aktif.
7. Nilai profesi: bidan memegang prinsip Pancasila dan memahami bahwa manusia adalah makhluk bio-psiko-sosio-kultural-spiritual yang utuh.
8. Hak individu: setiap orang berhak mendapat layanan kesehatan yang aman, memadai, dan sesuai dengan budayanya. Wanita, khususnya di usia subur, berhak melahirkan secara sehat dan mendapat pelayanan bermutu.

Prinsip Dasar Kebidanan Komunitas

- Pelayanan harus mudah dijangkau dan diterima oleh seluruh lapisan masyarakat.
- Masyarakat harus dilibatkan dalam penyusunan kebijakan.
- Hubungan antara bidan dan klien harus bersifat kemitraan.
- Kesehatan adalah tanggung jawab bersama.
- Falsafah kebidanan komunitas berfokus pada: manusia, kesehatan, lingkungan, dan kebidanan itu sendiri.

Sejarah Kebidanan Komunitas

Pada masa pemerintahan Hindia Belanda tahun 1807, pertolongan persalinan umumnya dilakukan oleh dukun bayi. Baru pada tahun 1951, didirikan sekolah bidan pertama bagi perempuan pribumi di Batavia. Kemudian pada tahun 1953, di Yogyakarta dibuka Kursus Tambahan Bidan (KTB) yang kemudian menyebar ke berbagai daerah. Seiring pelatihan tersebut, mulai didirikan Balai Kesehatan Ibu dan Anak (BKIA) dengan bidan sebagai penanggung jawab yang memberikan layanan seperti pemeriksaan kehamilan (antenatal care), pemeriksaan setelah melahirkan (postnatal care), pemeriksaan bayi dan status gizi, pertolongan persalinan di rumah, serta kunjungan pasca persalinan.

Pada tahun 1952, pelatihan formal bagi tenaga persalinan mulai dilakukan untuk meningkatkan kualitas layanan. Namun, pada tahun 1967, program KTB ditutup, dan BKIA mulai digabungkan dengan Puskesmas. Puskesmas menyediakan layanan kesehatan baik di dalam maupun di luar gedung bagi masyarakat di wilayah kerjanya. Bidan di Puskesmas memberikan layanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) serta layanan Keluarga Berencana (KB). Layanan di luar gedung mencakup

posyandu, pemeriksaan kehamilan, imunisasi, pemantauan gizi, dan kesehatan lingkungan.

Pada tahun 1990, pemerataan pelayanan kesehatan mulai tercapai di masyarakat luas. Dalam rapat kabinet tahun 1992, Presiden secara lisan menginstruksikan perlunya pendidikan bidan untuk ditugaskan di setiap desa dalam rangka meningkatkan layanan KIA. Tahun 1994 menjadi tonggak penting karena Konferensi Kependudukan Dunia di Kairo menekankan pentingnya kesehatan reproduksi. Hal ini memperluas cakupan peran bidan ke dalam berbagai bidang seperti *Safe Motherhood*, keluarga berencana, pencegahan penyakit menular seksual, kesehatan reproduksi remaja, dan juga kesehatan reproduksi pada usia lanjut.

Mayoritas perempuan di Indonesia masih lebih memilih melahirkan di rumah dibandingkan di fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit. Penelitian McKee pada tahun 1982 menunjukkan bahwa persalinan yang dilakukan di lingkungan komunitas oleh bidan berdampak positif, antara lain meningkatnya kunjungan antenatal, penurunan angka persalinan dengan induksi, kelahiran prematur, bayi berat lahir rendah (BBLR), gangguan pertumbuhan janin (IUGR), penggunaan forsep, operasi sesar, serta kunjungan antenatal dan intranatal ke rumah sakit.

Berdasarkan temuan tersebut, masa kehamilan, persalinan, dan nifas sebaiknya difokuskan kembali ke komunitas sebagai lingkungan alami dari proses melahirkan.

Sustainable Development Goal's

Pada bulan September 2015 bertempat di Markas Besar Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB), para pemimpin dunia secara resmi mengesahkan Agenda Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (Sustainable Development Goals) sebagai kesepakatan pembangunan global. Kurang lebih 193 kepala negara hadir, termasuk Wakil Presiden Indonesia Jusuf Kalla turut mengesahkan Agenda SDGs. Dengan mengusung tema "Mengubah Dunia Kita: Agenda 2030 untuk Pembangunan Berkelanjutan", SDGs yang berisi 17 Tujuan dan 169 Target merupakan rencana aksi global untuk 15 tahun ke depan (berlaku sejak 2016 hingga 2030), guna mengakhiri kemiskinan, mengurangi kesenjangan dan melindungi lingkungan. SDGs berlaku bagi seluruh negara (universal), sehingga seluruh negara tanpa kecuali negara maju memiliki kewajiban moral untuk mencapai Tujuan dan Target SDGs. SDGs Dirancang Secara Partisipatif, berbeda dari pendahulunya Millenium Development Goals (MDGs), SDGs dirancang dengan melibatkan seluruh aktor pembangunan, baik itu Pemerintah, *Civil Society Organization* (CSO), sektor swasta, akademisi, dan sebagainya. Kurang lebih 8,5 juta suara

warga di seluruh dunia juga berkontribusi terhadap Tujuan dan Target SDGs.

Tujuan SDG's antara lain:

1. Tanpa Kemiskinan (No Poverty)
Mengakhiri segala bentuk kemiskinan di seluruh dunia.
2. Tanpa Kelaparan (Zero Hunger)
Mengakhiri kelaparan, mencapai ketahanan pangan dan gizi yang baik, serta mendukung pertanian berkelanjutan.
3. Kehidupan Sehat dan Sejahtera (Good Health and Well-being)
Menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia.
4. Pendidikan Berkualitas (Quality Education)
Menjamin pendidikan yang inklusif dan berkualitas serta mendukung kesempatan belajar sepanjang hayat untuk semua.
5. Kesetaraan Gender (Gender Equality)
Mencapai kesetaraan gender dan memberdayakan semua perempuan dan anak perempuan.
6. Air Bersih dan Sanitasi Layak (Clean Water and Sanitation)
Menjamin ketersediaan dan pengelolaan air bersih serta sanitasi untuk semua.
7. Energi Bersih dan Terjangkau (Affordable and Clean Energy)
Menjamin akses energi yang terjangkau, andal, berkelanjutan, dan modern untuk semua.
8. Pekerjaan Layak dan Pertumbuhan Ekonomi (Decent Work and Economic Growth)
Mendorong pertumbuhan ekonomi yang inklusif dan berkelanjutan, kesempatan kerja penuh dan produktif, serta pekerjaan layak untuk semua.
9. Industri, Inovasi dan Infrastruktur (Industry, Innovation and Infrastructure)
Membangun infrastruktur yang tangguh, mendukung industrialisasi yang inklusif dan berkelanjutan serta mendorong inovasi.
10. Berkurangnya Kesenjangan (Reduced Inequalities)
Mengurangi ketimpangan di dalam dan antar negara.

11. Kota dan Permukiman yang Berkelanjutan (Sustainable Cities and Communities)

Mewujudkan kota dan permukiman yang inklusif, aman, tahan bencana, dan berkelanjutan.

12. Konsumsi dan Produksi yang Bertanggung Jawab (Responsible Consumption and Production)

Menjamin pola konsumsi dan produksi yang berkelanjutan.

13. Penanganan Perubahan Iklim (Climate Action)

Mengambil tindakan segera untuk mengatasi perubahan iklim dan dampaknya.

14. Ekosistem Laut (Life Below Water)

Melestarikan dan memanfaatkan lautan, laut, dan sumber daya kelautan secara berkelanjutan.

15. Ekosistem Daratan (Life on Land)

Melindungi, merestorasi, dan mendukung penggunaan ekosistem darat secara berkelanjutan.

16. Perdamaian, Keadilan dan Kelembagaan yang Kuat (Peace, Justice and Strong Institutions)

Mendorong masyarakat yang damai dan inklusif, menjamin akses keadilan, dan membangun institusi yang efektif dan akuntabel.

17. Kemitraan untuk Mencapai Tujuan (Partnerships for the Goals)

Menguatkan kemitraan global untuk pembangunan berkelanjutan.

SDG's Sebagai Landasan Berpikir Pelayanan Di Komunitas

Program SDGs menjadi landasan berpikir layanan kesehatan ibu dan anak dimana upaya pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA) harus sejalan dengan visi global pembangunan berkelanjutan, yaitu:

1. Menjamin Hak atas Kesehatan bagi Semua

Tujuan ke-3 SDGs adalah “Menjamin kehidupan yang sehat dan mendukung kesejahteraan semua orang di segala usia”, termasuk ibu dan anak. Maka, layanan KIA tidak hanya menekankan pada pelayanan medis, tetapi juga pada upaya menyeluruh untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi, meningkatkan gizi, dan memastikan akses pelayanan kesehatan yang terjangkau dan berkualitas.

2. Mengedepankan Kesetaraan

Tujuan ke-5 SDGs yaitu “Mencapai kesetaraan gender” menekankan pentingnya pemberdayaan perempuan dalam mengambil keputusan atas kesehatan reproduksinya. Layanan KIA harus menghormati hak perempuan dan anak perempuan dalam memperoleh layanan yang aman, bermutu, dan tanpa diskriminasi.

3. Pendekatan Berbasis Komunitas dan Kolaborasi

SDGs mendorong partisipasi masyarakat dalam pembangunan. Dalam konteks KIA, pelayanan tidak hanya berfokus di fasilitas kesehatan, tetapi juga menjangkau komunitas — melalui posyandu, kunjungan rumah, edukasi gizi, KB, dan lain-lain. Ini sejalan dengan prinsip “no one left behind” dari SDGs.

4. Keterpaduan dan Keberlanjutan Layanan

SDGs menggarisbawahi pentingnya pembangunan berkelanjutan. Maka, layanan KIA harus bersifat berkesinambungan, dari masa pranikah, kehamilan, persalinan, nifas, hingga tumbuh kembang anak. Setiap tahap harus dijalankan dengan pendekatan preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif yang terintegrasi.

5. Peningkatan Akses dan Kualitas Layanan

Mendorong sistem kesehatan untuk terus memperbaiki infrastruktur, kualitas SDM, dan penggunaan teknologi tepat guna demi menjangkau seluruh ibu dan anak, termasuk di wilayah terpencil, sesuai dengan Tujuan 10: Mengurangi Kesenjangan, dan Tujuan 9: Inovasi dan Infrastruktur.

Daftar Pustaka

- Depkes. (2007). Kurikulum dan Modul Pelatihan Bidan Poskesdes dan Pengembangan Desa Siaga. Depkes. Jakarta.
- Syahlan, J.H. (1996). Kebidanan Komunitas. Yayasan Bina Sumber Daya Kesehatan.
- Karyawati.dkkk.(2011) Asuhan Kebidanan Komunitas.TIM. Jakarta
- Drs. Nasrul Effendy. Dasar-Dasar Kesehtan Masyarakat. EGC. Jakarta, 1997
- Pujiati, Dewi, dkk.2011. Asuhan Kebidanan V (kebidanan komunitas). Jakarta : Trans Info Media.
- Cunningham, F.Gary.2001. Obstetri William. Jakarta:EGC

BAB III

TUGAS DAN TANGGUNG JAWAB BIDAN DI KOMUNITAS

A. Capaian Pembelajaran

Menjelaskan tugas, tanggung jawab dan strategi pelayanan bidan di komunitas

B. Uraian Materi

Tugas Utama Bidan di Komunitas

Bidan sebagai tenaga profesional dalam pelayanan kebidanan memiliki cakupan tugas tersendiri yang tidak bertabrakan dengan profesi lain. Peran, fungsi, tanggung jawab, serta kompetensi seorang bidan ditetapkan sesuai kewenangan yang diberikan oleh pemerintah. Pelayanan kebidanan komunitas mencakup upaya pencegahan, deteksi dini dan rujukan, penanganan kegawatdaruratan maternal dan neonatal, pertolongan pertama, penanganan penyakit ringan dan kronik, serta edukasi kesehatan. Untuk menjalankan tugas tersebut, bidan perlu melaksanakan praktik mandiri sesuai kewenangan.

Bidan memiliki tanggung jawab besar dalam menyelenggarakan pelayanan kebidanan di masyarakat dengan beberapa peran utama:

1. Peran Bidan

1) Sebagai Pelaksana

Memberikan layanan menyeluruh sepanjang siklus kehidupan perempuan—mulai dari masa remaja, kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, balita, KB, hingga menopause. Tugasnya terbagi menjadi:

- Mandiri: Menyusun manajemen kebidanan, memberikan asuhan pada kehamilan normal, nifas, bayi baru lahir, KB, dan reproduksi wanita.
- Kolaboratif: Bekerja sama dengan tenaga kesehatan lain dalam menangani kasus risiko tinggi dan gawat darurat.
- Ketergantungan: Merujuk dan berkonsultasi untuk kondisi yang membutuhkan penanganan lanjutan atau spesialis.

2) Sebagai Pengelola

Mengembangkan layanan kesehatan dasar di wilayah kerja dan berpartisipasi dalam tim lintas sektor seperti kader, dukun bayi, dan lainnya.

3) Sebagai Pendidik:

Memberikan penyuluhan dan pelatihan kepada masyarakat, serta membina kader dan tenaga pendukung lainnya.

4) Sebagai Peneliti

Melakukan investigasi di bidang kesehatan, baik sendiri maupun tim, lalu menggunakan hasilnya untuk meningkatkan mutu pelayanan.

2. Fungsi Bidan

Berdasarkan perannya, fungsi bidan terbagi menjadi:

- Fungsi Pelaksana
Mencakup edukasi, asuhan kehamilan, persalinan, nifas, perawatan bayi, pelayanan KB, hingga mendampingi masa menopause.
- Fungsi Pengelola
Mengembangkan rencana pelayanan kebidanan, mengorganisir tim, melakukan evaluasi, dan menjalin kolaborasi dengan sektor terkait.
- Fungsi Pendidik
Meliputi edukasi masyarakat, pembinaan kader, dan pelatihan untuk bidan dan tenaga kesehatan lainnya.
- Fungsi Peneliti
Mencakup survei, kajian, serta penelitian untuk mendukung pengambilan keputusan dan peningkatan layanan.

Tugas Tambahan di Komunitas

Bidan di komunitas juga berperan sebagai pengelola layanan di berbagai tempat seperti posyandu, polindes, puskesmas, hingga praktik pribadi. Bidan harus adaptif terhadap dinamika masyarakat dan kebijakan pemerintah. Keterampilan tambahan yang perlu dimiliki antara lain:

- Pemantauan KIA dengan PWS KIA
- Pelatihan dan pembinaan kader
- Kemitraan dengan dukun bayi
- Pengelolaan obat-obatan sesuai kewenangan
- Pemanfaatan teknologi tepat guna

Tanggung Jawab Bidan

- Terus memperbaharui ilmu dan keterampilan melalui pendidikan formal dan nonformal

- Mengetahui batas wewenangnya dan tidak melampaui peran klinis
- Bertanggung jawab atas keputusan yang diambil
- Menjalin kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain
- Menjaga kerja sama yang baik dengan faskes
- Terlibat dalam kegiatan pemantauan mutu layanan
- Berkontribusi dalam peningkatan status perempuan
- Memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat
- Melaksanakan program puskesmas berdasarkan prioritas
- Menggerakkan masyarakat agar hidup sehat

Kegiatan Bidan di Komunitas (Karwati, dkk., 2011)

1. Mengenali wilayah, struktur sosial, dan pemerintahan desa
2. Mengidentifikasi masalah kesehatan untuk perencanaan program
3. Meningkatkan partisipasi masyarakat
4. Memberi bimbingan kader dan pelayanan posyandu
5. Membina anak prasekolah dan dukun bayi
6. Melaksanakan kunjungan rumah dan pertolongan persalinan
7. Memberikan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan
8. Menggerakkan program dasa wisma dan pengumpulan dana kesehatan
9. Bekerja sama lintas sektor dan hadir di rapat kesehatan
10. Melaksanakan UKS di desa binaan
11. Merujuk penderita gangguan jiwa jika ditemukan

Tujuan Asuhan Kebidanan Komunitas

Tujuan asuhan kebidanan komunitas adalah untuk keselamatan ibu. Pada prinsipnya asuhan kebidanan yang diberikan di komunitas sama dengan asuhan kebidanan yang diberikan di klinik, baik yang diberikan di Puskesmas ataupun rumah sakit. Namun asuhan kebidanan di komunitas lebih memanfaatkan sumber daya dan potensi yang dimiliki oleh masyarakat. Asuhan kebidanan yang merupakan wewenang bidan sebagai berikut:

1. Antenatal di Komunitas

Bidan dapat melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat, memberikan pemeriksaan ibu hamil sedikitnya 4 kali pelayanan antenatal dan pemantauan ibu dan janin secara seksama agar berlangsung normal. Bidan juga diharapkan mampu mendeteksi dini bila ditemukan kasus ketidakknormalan dalam kehamilan.

a. Tujuan pelayanan antenatal care (ANC)

Tujuan pelayanan antenatal care (ANC) adalah sebagai berikut:

- 1) Mempromosikan dan menjaga kesehatan fisik dan mental ibu dan bayi dengan memberikan pendidikan mengenai nutrisi, kebersihan diri dan proses kelahiran bayi.
- 2) Mendeteksi dan menatalaksana komplikasi medis, bedah, ataupun obstetri selama kehamilan.
- 3) Mengembangkan persiapan persalinan serta kesiapan menghadapi komplikasi.
- 4) Membantu menyiapkan ibu untuk menyusui dengan sukses, menjalankan nifas normal, dan merawat anak secara fisik, psikologis dan sosial.

b. Cara pelaksanaan antenatal di komunitas

- 1) Awal kunjungan perlu konsultasi dengan dokter kebidanan untuk mengidentifikasi apakah ibu ada kontraindikasi untuk bersalin di rumah/RB/klinik.
- 2) Bidan merujuk kepada dokter kebidanan jika ada komplikasi yang timbul.
- 3) Bidan menggunakan seluruh keterampilannya bukan hanya untuk memberikan asuhan pada keadaan fisik normal tetapi juga membantu ibu bagaimana cara beradaptasi dengan perubahan akibat kehamilan dan kesiapan menjadi orang tua.
- 4) Memberi dorongan kepada ibu untuk membicarakan tentang perasaannya, kecemasannya dengan suasana yang mendukung dan terjamin kerahasiaan diri pribadinya ataupun keluarganya.
- 5) Jika memungkinkan selama kehamilannya ibu dapat bertemu dengan bidan yang akan menolong.

Di masyarakat terkadang masih sering ditemukan ibu hamil yang tidak melakukan pemeriksaan kehamilannya ke pelayanan kesehatan (Adrina, 1998). Hal ini bisa disebabkan antara lain:

- 1) Ibu sakit: ibu diketahui sakit, dan diperburuk dengan kondisi tersebut sehingga kesulitan datang ke fasilitas kesehatan.
- 2) Tidak ada transportasi: suami/keluarga yang tidak mendukung pentingnya pemeriksaan kehamilan secara berkala untuk kesehatan ibu dan janinnya.
- 3) Tidak ada yang menjaga keluarga di rumah. Kekhawatiran bagi ibu yang memiliki anak yang memerlukan pengawasan di rumah, bila mana ibu pergi untuk periksa kehamilannya, maka balita yang di rumah tidak ada yang menjaga.

- 4) Kurang motivasi: informasi dan pengetahuan yang kurang tentang kesehatan terutama masa kehamilan.
- 5) Takut/tidak mau ke pusat layanan: tidak adanya sosialisasi dari petugas kesehatan tentang pemanfaatan layanan kesehatan yang bisa diakses ke semua lapisan masyarakat.
- 6) Faktor ekonomi: kesulitan ekonomi.

Untuk mengatasi permasalahan ibu hamil yang tidak melakukan pemeriksaan kehamilan, maka upaya yang bidan lakukan adalah:

- 1) Kunjungan rumah.

Bidan melakukan kunjungan rumah bagi ibu hamil yang tidak datang memeriksakan kehamilannya. Pada saat melakukan kunjungan rumah, bidan membawa seperangkat perlengkapan bidan seperti ANC set (Tensi meter, stetoskop, termometer, reflek patella, pita lita, pita mitline, sarung tangan dan sebagainya).

- 2) Berusaha memperoleh informasi alasan tidak ANC.

Bidan mengkaji dengan cara mewawancarai klien langsung untuk menggali informasi alasan tidak ANC, apakah karena faktor waktu, jarak ke fasilitas kesehatan, atau ekonomi.

- 3) Jika ada masalah coba mencari pemecahannya.

Bila didapatkan masalah maka bidan bersama klien mencari solusi untuk jalan keluar permasalahan kesehatan baik secara langsung maupun tidak langsung. Misalnya jika ada masalah, klien mengetahui cara menghubungi bidan.

- 4) Beri motivasi.

Motivasi yang diberikan bidan kepada klien sangat dibutuhkan untuk adaptasi proses kehamilan. Karena dengan bidan memberikan motivasi yang cukup membuat semangat klien dalam menjalani proses kehamilan, persalinan dan nifasnya, serta tetap fokus akan kesehatan ibu dan janin

Prosedur pelaksanaan ANC di Rumah

- 1) Bidan harus memiliki data keberadaan ibu hamil di wilayah kerjanya.
- 2) Bidan mengidentifikasi apakah ibu hamil memeriksakan kehamilannya dengan baik atau tidak.
- 3) Sebelum ke klien bidan menentukan dulu kapan bisa berkunjung, usahakan tidak mengganggu aktivitas ibu hamil dan keluarga.

4) Lakukan pemeriksaan sesuai standar.

Pengelolaan Ibu hamil di Komunitas

1) ANC dan persalinan dilakukan di rumah oleh bidan.

Hal ini dilakukan apabila klien tidak hadir untuk melakukan pemeriksaan kehamilannya ke petugas kesehatan, maka dilakukan kunjungan rumah untuk memastikan kondisi ibu dan janin dalam keadaan baik. Sedangkan untuk persalinan di rumah ditolong oleh bidan dapat dilakukan apabila persalinan di rumah mendukung, antara lain kondisi kesehatan ibu dan janin baik (tidak ada indikasi kearah patologis dan tidak ada faktor risiko), ada keinginan keluarga dan klien untuk persalinan dilakukan di rumah dengan menyediakan perlengkapan, dan situasi lingkungan rumah yang mendukung untuk tempat proses persalinan.

2) ANC kombinasi (bidan dan dokter dan persalinan di rumah).

ANC kombinasi dilakukan bila klien didapatkan dengan kondisi kehamilan yang memerlukan penanganan lebih lanjut (dengan konsultasi) namun masih bisa di pantau keadaanya dengan bidan. □ Asuhan Kebidanan Komunitas 23 Bidan komunitas juga harus memahami tentang pendekatan risiko dikarenakan bahwa:

- a. Setiap wanita hamil berisiko mengalami komplikasi dan harus mempunyai akses terhadap asuhan ibu bersalin yang berkualitas. Bahkan wanita berisiko rendah pun bisa mengalami komplikasi.
- b. Tidak ada jumlah penapisan yang bisa membedakan wanita mana yang akan membutuhkan asuhan kegawatdaruratan dan mana yang tidak memerlukan asuhan tersebut.

Persalinan di Rumah

Asuhan kebidanan persalinan merupakan lanjutan pemantauan dari asuhan kebidanan kehamilan, karena diharapkan kehamilan yang berlangsung normal persalinannya pun demikian. Bidan berharap segala kondisi faktor risiko dapat disingkirkan dengan observasi yang maksimal selama ibu hamil, tidak ditemui adanya kelaianan atau penyakit yang akan menyulitkan proses persalinan. Falsafah asuhan ibu bersalin diantaranya sebagai berikut:

- a. Bidan meyakini bahwa setiap individu mempunyai hak untuk aman, puas terhadap pelayanan kesehatan dengan menghargai martabat manusia dan perbedaan adat kebiasaan.
- b. Yakin bahwa proses kehamilan dan persalinan dapat ditingkatkan melalui pendidikan kesehatan dan intervensi berbentuk dukungan keluarga

c. Berfokus pada kebutuhan individu dan keluarganya baik fisik, emosi dan sosial, terlibat aktif sesuai dengan nilai sosial.

d. Asuhan yang terus menerus yang menekankan pada aspek keamanan, manajemen klinis yang kompeten, mempertahankan tidak adanya intervensi pada keadaan normal dan meningkatkan pendidikan kesehatan bagi ibu selama proses persalinan.

Pelayanan persalinan yang dilakukan oleh bidan di rumah harus memperhatikan persiapan keluarga dan kondisi rumah.

a. Keluarga

1) Keluarga bersedia dilakukannya pertolongan di rumah, memberikan ide, dan dukungan.

2) Membahas kegiatan rumah tangga untuk persiapan persalinan di rumah.

b. Rumah dan tempat pertolongan persalinan

Situasi dan kondisi yang perlu diketahui meliputi, apakah cukup hangat dan aman?, apakah tersedia ruangan yang akan digunakan untuk menolong persalinan?, apakah tersedia air mengalir, apakah kebersihan cukup terjamin?, sebaiknya bidan mengecek rumah sebelum kehamilan 37 minggu.

Sedangkan hal-hal yang harus dipersiapkan persalinan di rumah adalah sebagai berikut.

a. Ruangan yang bersih, aman, dan nyaman.

b. Makanan dan minuman untuk ibu yang akan melahirkan.

c. Tempat tidur yang dapat dicapai dari dua sisi.

d. Penerangan yang cukup.

e. Peralatan untuk perawatan bayi baru lahir (penghangat dll).

f. Peralatan mandi dan kebersihan tubuh ibu.

g. Tempat/meja untuk meletakkan peralatan.

h. Sebaiknya ada sarana telekomunikasi.

i. Tersedianya pakaian bayi dan pakaian ibu yang bersih.

j. Tempat sampah atau kantong plastik, ember untuk klorin atau detergent.

Pertolongan asuhan Persalinan di komunitas juga dapat dilakukan dengan cara DOMINO, yaitu pertolongan persalinan DOMINO (DOMICILIARY In and Out) memiliki karakteristik sebagai berikut.

- a. Pelayanan kombinasi antara rumah pasien dan unit kesehatan.
- b. Bidan dipanggil saat ada/mulai tanda persalinan.
- c. Bila ada penyimpangan dapat segera ditangani.
- d. Bila persalinan tidak ada komplikasi ibu dapat pulang 2-6 jam postpartum atau esok harinya.

Adapun keuntungan dan kerugian persalinan dengan DOMINO ini adalah sebagai berikut.

a. Keuntungan

- 1) Pelayanan berkesinambungan antara komunitas dan dokter.
- 2) Kontak dengan kegiatan rumah sakit sedikit.
- 3) Gangguan kehidupan keluarga sedikit atau minimal.
- 4) Mudah memperoleh fasilitas untuk pertolongan emergensi.
- 5) Pilihan alternatif untuk ibu yang tidak memenuhi persyaratan persalinan di rumah.
- 6) Bidan tetap dapat mempertahankan keterampilan menolong persalinan.

b. Kerugian

- 1) Risiko tertunda ke rumah sakit karena jarak yang jauh.
- 2) Merepotkan waktu pulang ke rumah dari rumah sakit setelah persalinan.

3. Masa Nifas (Pasca Persalinan)

Setelah melewati persalinan maka bidan masih harus mendampingi ibu pada masa post partum/nifas, karena asuhan kebidanan masih berlanjut untuk pengawasan kesehatan ibu dan bayinya. Setelah persalinan akan membantu merawat ibu dan bayi secara intensif dan berkesinambungan. Kunjungan postpartum dapat dilakukan di klinik maupun dengan kunjungan rumah. Selama masa postpartum, bidan memberikan support emosional serta pendidikan mengenai perawatan bayi atau kesehatan ibu serta memonitor kebutuhan ibu dan bayi

Tujuan asuhan pasca persalinan yang dilakukan oleh bidan adalah sebagai berikut.

- a. Mencegah atau mendeteksi dan menatalaksanakakan komplikasi yang timbul pada waktu pascapersalinan, baik medis, bedah, atau obstetri.
- b. Dukungan pada ibu dan keluarganya pada keadaan peralihan ke suasana keluarga yang baru.
- c. Promosi dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu dan bayinya dengan cara memberikan pengetahuan mengenai tanda-tanda bahaya, gizi, istirahat dan tidur, kesehatan diri, serta mikronutrisi (jika perlu).
- d. Konseling asuhan bayi baru lahir.
- e. Dukungan ASI.
- f. Konseling dan pelayanan KB termasuk nasehat hubungan seksual.
- g. Imunisasi ibu terhadap tetanus.
- h. Bersama ibu dan keluarganya dilakukan konseling kepada keluarga untuk mempersiapkan apabila terjadi komplikasi.

Asuhan pasca persalinan yang baik adalah dilakukan kunjungan pada 6 jam, 6 hari dan 6 minggu pasca persalinan. Asuhan diberikan oleh petugas terlatih, sebaiknya juga yang menolong persalinan adalah tenaga kesehatan (bidan, dokter umum atau SpOG). Selain itu juga perlu ada intregasi asuhan pascapersalinan dan asuhan bayi baru lahir. Komponen kunjungan asuhan pascapersalinan adalah sebagai berikut.

- a. Deteksi dini dan menatalaksanakakan segera komplikasi
 - 1) Kesiapan menangani komplikasi.
 - 2) Mempromosikan kesehatan dan pencegahan penyakit.
 - 3) Mengajarkan hal keperempuanan. Yang di maksud dengan hal keperempuanan adalah mengajarkan tentang peran sebagai perempuan yang sudah menjadi kodratnya sebagai ibu untuk merawat anaknya dengan baik secara asah asih dan asuh
- b. Deteksi awal dan penatalaksanaan komplikasi
 - 1) Malnutrisi: dengan cara cek kesehatan umum, buta malam, gondok.
 - 2) Depresi/psikosis: apabila ibu murung.
 - 3) Infeksi: memeriksa suhu.
 - 4) Pre-eklamsi: memeriksa tekanan darah, proteinuria. 5) Anemia: cek hemoglobin, conjunktiva/lidah/telapak tangan.

- 6) Masalah payudara: pemeriksaan payudara, penilaian ASI, berat bayi.
- 7) Subinvolusi: cek tinggi fundus.
- 8) Inkontinen/fistula: cek fungsi usus besar dan kandung kemih
- 9) Tromboflebitis: cek tanda homan dengan cara inspeksi kaki yaitu bila terlihat tanda kemerahan pada bagian betis belakang dan terasa nyeri bila ditekan.
- 10) Infeksi genitalia: cek perineum, lokia/perdaraha/discharge, rapid plasma regain (RPR).

c. Kesiapan menghadapi komplikasi

- 1) Kumpulkan tabungan /rencanakan skemanya.
- 2) Buat rencana pengambilan keputusan.
- 3) Mengatur transportasi.
- 4) Pastikan persiapan pendermaan darah.

d. Asuhan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit

- 1) Zat besi/folat: 1 tablet per oral sehari sekali untuk setidaknya-tidaknya 40 hari pascapersalinan.
- 2) Pemberian obat untuk berbagai jenis cacing pada daerah yang mempunyai prevalensi tinggi setiap 6 bulan sekali.
- 3) Tidur dengan kelambu. Untuk menghindari gigitan nyamuk. Terutama di daerah endemik malaria
- 4) Vitamin A: Satu dos 200,000 IU dalam 30 hari sesudah persalinan pada tempat dengan defisiensi vitamin A.
- 5) Suplemen Yodium 400-600 mg per oral atau IM secepatnya setelah persalinan apabila belum pernah diberikan sebelum trimester ketiga kehamilan (hanya untuk daerah yang kekurangan yodium).
- 6) Tetanus toxoid. Imunisasi yang diberikan saat masa kehamilan untuk mencegah terjadinya penyakit tetanus yang sering terjadi pada masa nifas, baik untuk keselamatan ibu dan janin agar terhindar dari infeksi.
- 7) RPR, HIV (uji tes sukarela) jika ada indikasi pada alat genetalia, atau keluhan yang mengarah pada penyakit HIV. Pada asuhan pasca persalinan, bidan juga harus mengajarkan hal keperempuanan (seperti merawat bayi sehari – hari, menyusui ASI dan mencegah terjadinya hipotermi) dan konseling kepada ibu nifas antara lain mengenai:

- a. Tanda-tanda bahaya yang sering terjadi pada saat masa nifas
 - 1) Perdarahan hebat atau tiba-tiba meningkat melalui vagina.
 - 2) Demam.
 - 3) Keluaran vagina yang berbau.
 - 4) Rasa panas dan sakit pada payudara.
 - 5) Sakit perut.
 - 6) Sangat lelah.
 - 7) Edema pada tangan dan muka.
 - 8) Teramat pusing kepala.
- b. Mengajarkan hal ke-perempuanan dan konseling tanda bahaya pada bayi baru lahir
 - 1) Radang tali pusat atau bernanah
 - 2) Kurang mengisap
 - 3) Mata bengkak, lengket, atau bernanah
 - 4) Tubuh tetap sejuk walaupun telah dihangatkan
 - 5) Tubuh panas walaupun semua pakaian telah dilepaskan
 - 6) Sukar bernafas
 - 7) Lembek
 - 8) Kejang
- c. Mengajarkan hal ke-perempuanan dan konseling gizi
 - 1) Konsumsi makan ditingkatkan hingga 10% (fisik kurang aktif) atau 20% (moderat atau sangat aktif) untuk menggantikan energi yang diberikan pada ASI.
 - 2) Konsumsi makan makanan dari bahan pokok (biji – bijian).
 - 3) Konsumsi non saturated lemak.
 - 4) Tidak perlu diet.
 - 5) Anjurkan banyak memakan makanan mengandung zat besi, seperti hati, sayuran berdaun hijau gelap dll.
- d. Mengajarkan hal ke-perempuanan dan konseling factor-faktor yang mempengaruhi keinginan seksual wanita sesudah persalinan
 - 1) Kecapaian dan gangguan tidur.

- 2) Laserasi genitalia/episiotomy.
 - 3) Hipo-estrogenisasi vagina.
 - 4) Libido.
 - 5) Masalah kekuasaan dalam perkawinan.
 - 6) Memulai lagi kegiatan seksual.
- e. Mengajarkan hal keperempuanan dan konseling KB
- 1) Informasikan semua pilihan KB pada periode pascapersalinan (idealnya dilakukan pada saat antepartum juga).
 - 2) Fasilitasi informasi gratis untuk seluruh wanita.
 - 3) Tegaskan bahwa metode non-hormonal (Lactational Amenorrhea Method/LAM, metode barrier, AKDR dan sterilisasi) adalah pilihan terbaik untuk ibu menyusui. Jika ibu nifas tersebut memilih metode hormon dapat mengganggu produksi ASI.
 - 4) Nasehatkan untuk tidak memakai kombinasi oral KB pada wanita yang sedang menyusui setidaknya-tidaknya 6 bulan pertama setelah persalinan atau berhenti menyusui.

Pada kunjungan rumah di masa nifas, dokumentasi persalinan perlu dilengkapi sebelum menyusun jadwal kunjungan rumah berikutnya. Dokumentasi disesuaikan dengan keadaan dan kebutuhan yang ada dan tiap hasilnya dicatat dengan cermat. Beberapa prinsip umum dalam asuhan masa nifas di rumah adalah:

- a. Perlu diketahui sedini mungkin akan timbulnya kelainan meskipun persalinan telah berlangsung normal.
- b. Dalam memberikan penyuluhan kepada ibu dan keluarga, jangan terpaku pada hal-hal yang mendetail dan rinci atau rumit. Tiap petunjuk disesuaikan dengan keadaan atau budaya keluarga.
- c. Jangan terlalu banyak memberikan instruksi secara verbal dalam satu kali kunjungan.
- d. Jadwal kunjungan rumah dibuat secara fleksibel sehingga dapat dilakukan kunjungan tambahan kepada keluarga.
- e. Kunjungan masa nifas mencakup tinjauan terhadap hal berikut ini.
- f. Tinjau/kaji kembali semua catatan yang lalu untuk melihat permasalahan yang perlu ditindaklanjuti.
- g. Kaji ulang catatan hasil kunjungan terakhir untuk melihat permasalahan yang perlu ditindaklanjuti.

- h. Kaji ulang catatan hasil kunjungan terakhir untuk melihat permasalahan yang sudah ditangani serta hasilnya.
- i. Pemeriksaan laboratorium atau keadaan lain yang perlu diperiksa kembali.
- j. Pemeriksaan fisik dan pengkajian ulang (mammas, ASI, TFU, oedema, dll).
- k. Penyuluhan kesehatan mengenai higiene perseorangan, pemberian ASI, hubungan seksual, penyuluhan disesuaikan dengan keadaan ibu (sosial ekonomi dan budaya).

Pada masa nifas, Bidan juga wajib memberikan penyuluhan dan bimbingan kepada ibu tentang bayi baru lahir dengan cara:

- a. Pemantauan tanda vital bayi, yaitu mencegah hipotermi, hipoglikemi, dan kejang.
- b. Pemberian kolostrum dan ASI secara eksklusif selama 6 bulan.
- c. Perawatan tali pusat yaitu hindari dari kotoran, jangan dibubuhi apapun karena kondisi tali pusat harus kering dan bersih.
- d. Informasikan kepada ibu agar tahu kemana harus merujuk bila terjadi masalah-masalah yang tidak dapat ditanggulangi.

Daftar Pustaka

- Depkes. (2007). Kurikulum dan Modul Pelatihan Bidan Poskesdes dan Pengembangan Desa Siaga. Depkes. Jakarta.
- Syahlan, J.H. (1996). Kebidanan Komunitas. Yayasan Bina Sumber Daya Kesehatan.
- Karyawati.dkkk.(2011) Asuhan Kebidanan Komunitas.TIM. Jakarta
- Drs. Nasrul Effendy. Dasar-Dasar Kesehtan Masyarakat. EGC. Jakarta, 1997
- Pujiati, Dewi, dkk.2011. Asuhan Kebidanan V (kebidanan komunitas). Jakarta : Trans Info Media.
- Cunningham, F.Gary.2001. Obstetri William. Jakarta:EGC

BAB IV

PERMASALAHAN BIDAN DI KOMUNITAS

A. Capaian Pembelajaran

Mengidentifikasi masalah kebidanan di komunitas

B. Uraian Materi

Masalah dalam Kebidanan Komunitas

1. Kematian Ibu dan Bayi

Kematian ibu adalah kematian yang terjadi pada ibu selama masa kehamilan atau dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tanpa melihat usia dan lokasi kehamilan, oleh setiap penyebab yang berhubungan dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya tetapi bukan oleh kecelakaan atau incidental (faktor kebetulan). AKI tersebut sudah jauh menurun, namun masih jauh dari target yang diharapkan. Sedangkan untuk target SDGs AKI yaitu sebesar 70/100.000 KH. Kematian bayi adalah kematian yang terjadi saat setelah bayi lahir sampai bayi belum berusia tepat 1 tahun. Berdasarkan perhitungan BPS tahun 2007 sebesar 27/1000 kelahiran hidup. Adapun target AKB pada SDG's 2030 sebesar 12/1000 kelahiran hidup.

2. *Unsafe Abortion*

Unsafe Abortion adalah pengguguran kandungan yang dilakukan dengan tindakan yang tidak steril serta tidak aman, secara medis. Peran bidan dalam menangani unsafe abortion adalah memberikan penyuluhan pada klien tentang efek-efek yang ditimbulkan dari tindakan unsafe abortion. Jika terminasi kehamilan dilakukan secara illegal maka akan mengakibatkan perdarahan, trauma, infeksi dengan mortalitasnya 1/3 AKI serta adanya kerusakan fungsi alat reproduksi. Dampak jangka panjang dari terminasi kehamilan yang illegal adalah PID/penyakit radang panggul yang menahun, infertilitas dan kehamilan ektopik terganggu/KET.

3. Infeksi Menular Seksual

Infeksi menular seksual berhubungan dengan keadaan akut, kronik dan kondisi-kondisi lain yang berhubungan dengan kehamilan, seperti Gonore, Chlamidia, Sifilis, Herpes kelamin, Trichomoniasis, HIV/AIDS. Bidan harus dapat memberikan asuhan kepada masyarakat terkait dengan infeksi menular seksual, dan perlu memperhatikan semua jenis infeksi saluran reproduksi, sehingga dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Masalah-masalah lain yang

berhubungan dengan sosial budaya masyarakat adalah: Sosial budaya yang ada di masyarakat memberi 2 pengaruh pada masyarakat tersebut yaitu : pengaruh negatif dan positif. Sosial budaya masyarakat yang bersifat positif antara lain: rasa kekeluargaan dan semangat gotong royong, mengutamakan musyawarah dalam mengambil keputusan. Rasa tolong menolong/perasaan senasib sepenanggungan. Sosial budaya masyarakat yang bersifat negatif antara lain: Membuang sampah sembarangan sehingga timbul daerah kumuh, Penyalahgunaan obat-obatan, Industri-industri yang tidak memperhatikan pembuangan limbah yang baik, dan Wanita pekerja yang tidak dapat merawat anaknya dengan baik.

4. Kehamilan Remaja

Arus informasi menuju globalisasi mengakibatkan perubahan perilaku remaja yang makin menerima hubungan seksual sebagai cerminan fungsi rekreasi. Akibatnya, terjadi peningkatan kehamilan yang tidak dikehendaki atau terjadi penyakit menular seksual. Fungsi seksual, yaitu untuk prokreasi (mendapatkan keturunan), rekreasi (untuk kenikmatan), relasi (hubungan kekeluargaan), dan bersifat institusi (kewajiban suami untuk istrinya). Hubungan seksual remaja merupakan masalah besar dalam disiplin ilmu kedokteran (andrologi, seksologi, penyakit kulit dan kelamin, kebidanan, dan kandungan). Langkah-langkah untuk mengendalikan masalah kehamilan remaja adalah sebagai berikut

a. Sebelum terjadi kehamilan

- 1) Menjaga kesehatan reproduksi dengan cara melakukan hubungan seksual yang bersih dan aman.
- 2) Menghindari multipartner.
- 3) Menggunakan alat kontrasepsi, seperti kondom, pil, dan suntikan sehingga terhindar dari kehamilan yang tidak diinginkan.
- 4) Memberikan pendidikan seksual sejak dini. e. Meningkatkan iman dan taqwa kepada Tuhan YME sesuai ajaran agama masing-masing.
- 5) Segera setelah hubungan seksual menggunakan KB darurat penginduksi haid atau misoprostol dan lainnya.

b. Setelah terjadi kehamilan.

Setelah terjadi konsepsi sampai nidasi, persoalannya makin sulit karena secara fisik hasil konsepsi dan nidasi mempunyai beberapa ketetapan sebagai berikut.

- 1) Hasil konsepsi dan nidasi mempunyai hak untuk hidup dan mendapatkan perlindungan.
- 2) Hasil konsepsi dan nidasi merupakan zigot yang mempunyai potensi untuk hidup.

- 3) Hasil konsepsi dan nidasi nasibnya ditentukan oleh ibu yang mengandung.
- 4) Hasil konsepsi dan nidasi mempunyai landasan moral yang kuat karena potensinya untuk tumbuh kembang menjadi generasi yang didambakan setiap keluarga.

Berdasarkan pertimbangan tersebut langkah yang dapat diambil antara lain :

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

3. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Istilah premature telah diganti menjadi berat badan lahir rendah (BBLR) oleh WHO sejak 1960, hal ini karena tidak semua bayi dengan berat badan <2500 gram adalah bayi premature. Pada kongres European Perinatal Medicine II di London (1970) dibuat keseragaman definisi, yaitu sebagai berikut :

- a) Bayi kurang bulan: bayi dengan masa kehamilan kurang dari 37 minggu (259) hari.
- b) Bayi cukup bulan: bayi dengan masa kehamilan mulai 37-42 minggu (259-293 hari).
- c) Bayi lebih bulan: bayi dengan masa kehamilan mulai 42 minggu atau lebih (>294 hari) BBLR adalah bayi baru lahir yang berat badannya kurang dari 2500 gram.

Menurut Depkes RI (1996), bayi berat lahir rendah ialah bayi yang lahir dengan berat 2500 gram atau kurang tanpa memperhatikan usia kehamilan.

Penanganan bayi berat lahir rendah meliputi hal-hal berikut :

- a) Mempertahankan suhu dengan ketat.
- b) Mencegah infeksi. Karena BBL sangat rentan terkena infeksi. Contoh mencuci tangan sebelum memegang bayi.
- c) Pengawasan nutrisi dan ASI. Refleks menelan pada bayi dengan BBLR belum sempurna.
- 4) Penimbangan ketat. Sebagai cara

memantau status gizi/nutrisi bayi dan erat kaitannya dengan daya tahan tubuh.

Pengaruh Perilaku dan Sosial Budaya terhadap Pelayanan Kebidanan Komunitas

Perilaku individu serta nilai-nilai sosial dan budaya yang dianut masyarakat sangat memengaruhi efektivitas pelayanan kebidanan di komunitas. Dalam konteks ini, bidan tidak hanya memberikan layanan medis, tetapi juga perlu memahami latar belakang sosial, kebiasaan, kepercayaan, serta norma yang berlaku di lingkungan masyarakat tempat ia bertugas.

Beberapa aspek perilaku dan budaya yang dapat memengaruhi pelayanan kebidanan komunitas antara lain:

1. Kepercayaan terhadap dukun atau pengobatan tradisional

Banyak masyarakat, terutama di pedesaan, masih mempercayai dukun sebagai penolong utama saat persalinan atau dalam menangani masalah kesehatan reproduksi. Hal ini dapat menyebabkan keterlambatan dalam penanganan medis bila terjadi komplikasi.

2. Nilai-nilai budaya seputar kehamilan dan persalina

Beberapa budaya memiliki pantangan atau ritual khusus yang harus dijalankan ibu hamil, seperti larangan makanan tertentu atau tidak diperbolehkannya periksa ke tenaga kesehatan pada trimester awal.

3. Persepsi terhadap perempuan dan kesehatan reproduksi

Dalam masyarakat yang masih patriarkal, perempuan tidak selalu bebas membuat keputusan terkait kesehatannya sendiri, termasuk dalam hal memilih kontrasepsi atau memeriksakan diri ke bidan.

4. Tingkat pendidikan dan pengetahuan Kesehatan

Kurangnya pengetahuan masyarakat tentang pentingnya pemeriksaan kehamilan rutin, imunisasi, atau ASI eksklusif dapat memengaruhi tingkat partisipasi dalam pelayanan kesehatan.

5. Dukungan keluarga dan lingkungan sosial

Ibu hamil yang tidak mendapat dukungan dari suami atau keluarga besar cenderung enggan mencari layanan kebidanan, terlebih bila fasilitas kesehatan jauh atau sulit diakses.

6. Kebiasaan dan gaya hidup sehari-hari

Pola makan, kebersihan pribadi, serta kebiasaan merokok atau konsumsi jamu tertentu saat hamil bisa memengaruhi kondisi ibu dan bayi.

7. Bahasa dan komunikasi

Perbedaan bahasa atau gaya komunikasi antara bidan dan masyarakat bisa menimbulkan kesalahpahaman, terutama jika bidan berasal dari luar daerah.

Implikasi untuk Bidan Komunitas:

- a) Bidan harus sensitif budaya dan memahami adat istiadat setempat.
- b) Perlu ada pendekatan komunikasi yang persuasif dan edukatif untuk mengubah perilaku yang tidak sehat.
- c) Kolaborasi dengan tokoh masyarakat, dukun bayi, dan kader kesehatan lokal sangat penting dalam menjembatani perbedaan budaya.
- d) Pelayanan kebidanan perlu disesuaikan secara kontekstual agar diterima oleh masyarakat, tanpa mengabaikan aspek keselamatan dan standar medis.

Daftar Pustaka

- Adrina dkk. (1998). Hak reproduksi perempuan yang terpasung. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Azwar, A. (2001). Rencana strategis nasional making pregnancy safer di Indonesia 2001-2010. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Center for Health Research, University of Indonesia. (2001). Economic Analysis of the Bidan di Desa (BDD) Program: Anticipation of the Policy Changing in the Future. Depok: Center for Health Research, University of Indonesia
- Mary, C. & Flint, C. (1989). Community midwifery a practical guide. Oxford: Butterworth-Heinemann ltd.
- Parker, E. & Rustam, A. (2003). The bidan di desa program: a literature and policy review. Jakarta: MNH and JHPIEGO Corporation.
- Kemenkes RI. (2017). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 28 tahun 2017 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan. Jakarta: Kemenkes RI.

BAB V
PROGRAM PEMERINTAH YANG BERKAITAN DENGAN
KIA/KB DI WILAYAH KERJA

A. Capaian Pembelajaran

Melaksanakan Program pemerintah yang berkaitan dengan KIA/KB di wilayah kerja

B. Uraian Materi

Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

Program KIA merupakan program yang secara umum mencakup pengelolaan untuk ibu hamil dan bayinya secara terus menerus. Pengelolaan itu mencakup pelayanan bagi ibu hamil, proses persalinan, selama masa nifas, terkait keluarga berencana, pelayanan bayi baru lahir hingga balita, baik bagi ibu dan bayi yang tanpa maupun dengan komplikasi kebidanan. Dalam melakukan pengelolaan program KIA, beberapa kegiatan yang dilakukan antara lain melakukan pengumpulan, pengolahan, analisis, dan interpretasi data. Setelah itu, data dipublikasikan ke pihak-pihak yang menyelenggarakan program KIA dan ke instansi yang membutuhkan informasi tersebut guna dijadikan rujukan atau ditindak lanjuti hasilnya.

Tujuan Program KIA

- 1) Peningkatan kemampuan ibu, termasuk pengetahuan, sikap, dan perilaku, dalam menangani kesehatan diri dan anggota keluarganya dengan memanfaatkan teknologi yang sesuai, merupakan bagian dari usaha untuk memperkuat pembinaan kesehatan keluarga.
- 2) Peningkatan inisiatif pembinaan kesehatan bagi balita dan anak prasekolah secara mandiri di lingkungan keluarga.
- 2) Perluasan cakupan layanan kesehatan untuk bayi, anak balita, ibu hamil, ibu bersalin, ibu pasca melahirkan, dan ibu menyusui.
- 3) Peningkatan standar pelayanan kesehatan untuk ibu hamil, ibu yang sedang melahirkan, pasca melahirkan, ibu menyusui, bayi, dan anak balita.
- 4) Peningkatan kemampuan dan partisipasi masyarakat serta keluarga, seluruh anggotanya, dalam mengatasi masalah kesehatan ibu, balita, dan anak prasekolah, terutama dengan memperkuat peran ibu dan keluarganya.

Pelayanan Antenatal Care (ANC) di Komunitas

Asuhan antenatal merujuk pada pemeriksaan kehamilan yang dilakukan secara berkala untuk menilai dan memonitor kondisi ibu hamil dan janin. Langkah-langkah korektif diterapkan untuk mengatasi deviasi yang mungkin ditemukan selama periode kehamilan. Pelayanan antenatal adalah rangkaian kegiatan komprehensif dan berkualitas yang diberikan kepada semua ibu hamil, dimulai dari masa konsepsi hingga sebelum dimulainya proses persalinan.

Pemberian asuhan antenatal di komunitas disebut sebagai asuhan kebidanan komunitas. Manajemen asuhan antenatal di komunitas mencakup serangkaian langkah alami dan sistematis yang dilakukan oleh bidan. Tujuan dari asuhan antenatal di komunitas adalah untuk mempersiapkan kehamilan dan persalinan yang sehat, mengacu pada standar yang berlaku, dan dilaksanakan melalui kerjasama aktif dengan ibu, keluarga, serta masyarakat. Langkah-langkah manajemen asuhan antenatal di komunitas dapat dijelaskan sebagai berikut:

- 1) Membangun kepercayaan dengan menyambut ibu dan keluarga dengan penuh keramahan untuk menciptakan suasana yang nyaman.
- 2) Menanyakan riwayat kehamilan ibu dengan menggunakan prinsip mendengar secara efektif.
- 3) Melakukan anamnesis secara menyeluruh, terutama terkait dengan riwayat kesehatan dan kebidanan ibu.
- 4) Melakukan pemeriksaan fisik yang dibutuhkan.
- 5) Melakukan pemeriksaan laboratorium sederhana seperti albumin dan kadar hemoglobin (Hb).
- 6) Membantu ibu dan keluarga dalam persiapan menghadapi kelahiran dan kemungkinan tindakan darurat.
- 7) Merencanakan dan mempersiapkan kondisi bersih dan aman untuk kelahiran di rumah.
- 8) Memberikan penjelasan kepada ibu dan keluarga mengenai tanda-tanda darurat, seperti perdarahan pervaginam, sakit kepala berlebihan, gangguan penglihatan, nyeri abdomen, dan perubahan gerakan janin, serta mendorong mereka untuk mencari bantuan segera jika tanda-tanda tersebut muncul.
- 9) Memberikan konseling sesuai dengan kebutuhan ibu.
- 10) Memberikan suplemen tablet zat besi (Fe) sebanyak 90 butir mulai saat usia kehamilan 20 minggu.
- 11) Melakukan imunisasi tetanus toksoid (TT) dengan dosis 0,5 cc.
- 12) Menjadwalkan kunjungan berikutnya.
- 13) Mendokumentasikan hasil kunjungan.

Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

P4K merupakan suatu inisiatif yang dipandu oleh bidan di tingkat desa dengan tujuan utama meningkatkan keterlibatan aktif suami, keluarga, dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman serta mempersiapkan diri menghadapi kemungkinan komplikasi bagi ibu hamil. Kegiatan yang dilakukan dalam P4K melibatkan pendataan dan penerapan stiker pada ibu hamil, bantuan persalinan oleh tenaga kesehatan, pengelolaan dana persalinan, ketersediaan ambulan desa, program keluarga berencana pasca persalinan, dan mendukung sumbangan donor darah (Ariani, Antri et al., 2022).

Tujuan utama dari program P4K adalah untuk meningkatkan cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi yang baru lahir. Hal ini diungkapkan dalam penelitian oleh Runjati pada tahun 2018. Dengan melibatkan suami, keluarga, dan masyarakat secara aktif, diharapkan program ini dapat memberikan manfaat signifikan dalam aspek-aspek tersebut, serta memberikan perlindungan yang lebih baik untuk ibu hamil dan bayi baru lahir. Program P4K bertujuan untuk mencakup penanggung jawab dan pengelola program KIA di tingkat provinsi dan kabupaten atau kota, termasuk bidan koordinator, kepala Puskesmas, dokter, perawat, bidan, kader, serta melibatkan forum peduli KIA seperti forum P4K dan pokja posyandu (Depkes RI, 2009)

Beberapa dari manfaat Program P4K menurut Depkes (2009) antara lain:

- 1) Mempercepat fungsi desa siaga.
- 2) Meningkatkan ketersediaan pelayanan Antenatal Care (ANC) sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- 3) Meningkatkan ketersediaan persalinan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan terampil.
- 4) Meningkatkan kolaborasi antara bidan dan dukun.
- 5) Mendeteksi kejadian komplikasi secara dini.
- 6) Meningkatkan jumlah peserta Keluarga Berencana (KB) pasca persalinan.
- 7) Memantau kondisi kesakitan dan kematian ibu dan bayi.
- 8) Mengurangi angka kesakitan dan kematian ibu serta bayi.

Terdapat tujuh indikator keberhasilan dalam Program P4K, yaitu:

- 1) Persentase desa yang melaksanakan P4K dengan menggunakan stiker.
- 2) Persentase ibu hamil yang menerima stiker.
- 3) Persentase ibu hamil yang memiliki stiker dan menerima pelayanan ANC sesuai standar.
- 4) Persentase ibu hamil yang memiliki stiker dan melahirkan di fasilitas kesehatan.

- 5) Persentase ibu hamil, melahirkan, dan masa nifas yang memiliki stiker, serta berhasil diatasi jika mengalami komplikasi.
- 6) Persentase penggunaan KB setelah melahirkan.
- 7) Persentase ibu yang melahirkan di fasilitas kesehatan dan menerima pelayanan nifas.

Menurut Depkes RI (2009), Output yang diharapkan mencakup :

- 1) Registrasi semua ibu hamil dan pemasangan stiker P4K di rumah mereka.
- 2) Bidan memberikan layanan antenatal sesuai dengan standar yang ditetapkan.
- 3) Ibu hamil dan keluarganya membuat rencana persalinan, termasuk rencana kontrasepsi, bersama dengan penolong persalinan.
- 4) Bidan memberikan bantuan persalinan sesuai dengan pedoman yang berlaku.
- 5) Bidan memberikan pelayanan nifas sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- 6) Keluarga mempersiapkan biaya persalinan, menjaga kebersihan, dan menjaga kesehatan lingkungan.
- 7) Melibatkan tokoh masyarakat, baik formal maupun non formal, serta Forum Peduli KIA atau Pokja Posyandu dalam perencanaan persalinan, termasuk rencana kontrasepsi pasca persalinan sesuai peran masing-masing.
- 8) Ibu menerima pelayanan kontrasepsi pasca persalinan.
- 9) Terjalin kerjasama yang kuat antara bidan, Forum Peduli KIA atau Pokja Posyandu, serta (jika ada) dukun bayi dan pendamping persalinan.

Pelaksanaan operasionalisasi (P4K) Menurut Departemen Kesehatan RI (2009), pelaksanaan Program P4K mencakup:

- 1) Memaksimalkan pertemuan bulanan di tingkat desa atau kelurahan untuk meningkatkan keterlibatan aktif ibu hamil, keluarga, dan masyarakat dalam persiapan persalinan yang aman bagi ibu.
- 2) Meningkatkan aktifitas forum peduli KIA yang sudah ada di masyarakat, seperti GSI, Forum Desa Siaga, dan Pokja Posyandu.
- 3) Melakukan kontak dengan ibu hamil dan keluarganya saat mengisi stiker, yang dilakukan bersama bidan dengan pendampingan kader.
- 4) Melakukan pemasangan stiker di rumah ibu hamil setelah mendapatkan konseling; stiker dipasang di depan rumah sebagai penanda untuk pencatatan dan pemantauan ibu hamil.
- 5) Mengelola kegiatan donor darah dan menyediakan sarana transportasi atau ambulan desa.
- 6) Menggunakan, mengelola, dan mengawasi tabungan ibu bersalin.
- 7) Membuat dan menandatangani amanat persalinan sebagai dokumen yang memperkuat pencatatan ibu hamil yang memiliki stiker.

Kegiatan Pelayanan Asuhan Postpartum di Komunitas

Periode puerperium atau masa nifas, menurut Parwirohardjo, dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika organ-organ kandungan kembali ke kondisi sebelum hamil, berlangsung sekitar 6 minggu. Masa nifas merupakan tahap yang dialami oleh setiap wanita setelah melahirkan, di mana kemungkinan terjadinya komplikasi persalinan, baik secara langsung maupun tidak langsung, dapat terjadi. Masa ini menjadi periode penting bagi tenaga kesehatan, terutama bidan, untuk terus memantau kesehatan ibu.

Pelayanan yang kurang optimal pada masa nifas dapat mengakibatkan berbagai masalah bagi ibu, bahkan dapat mengarah pada komplikasi seperti sepsis puerperalis. Dari segi penyebab kematian ibu, infeksi menjadi penyebab kematian terbanyak kedua setelah perdarahan, sehingga memberikan perhatian tinggi pada periode ini sangatlah tepat (Wiknjosastro, 2019). Pelayanan Nifas adalah layanan kesehatan yang diselenggarakan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan standar, dimulai dari 6 jam hingga 42 hari setelah persalinan. Masa nifas dimulai setelah keluarnya plasenta dan berakhir ketika organ reproduksi kembali ke kondisi seperti sebelum kehamilan, biasanya berlangsung selama kurang lebih 6 minggu.

Dalam periode ini, bidan memiliki peran dan tanggung jawab untuk mendeteksi potensi komplikasi pada ibu, mengevaluasi kebutuhan rujukan, memberikan konseling kepada ibu dan keluarganya tentang pencegahan perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya, memfasilitasi hubungan emosional antara ibu dan bayi, serta memulai dan mendukung praktik pemberian ASI. Oleh karena itu, penting untuk memberikan asuhan sesuai dengan standar pada ibu nifas dan melakukan kunjungan rutin ke rumah untuk mendeteksi dini Anemia Kekurangan Zat Besi (AKI) dan Anemia Kekurangan Vitamin A (AKB).

Bidan memberikan layanan selama masa nifas melalui kunjungan rumah pada hari ketiga, minggu kedua, dan minggu keenam setelah persalinan. Kunjungan tersebut bertujuan untuk mendukung pemulihan ibu dan bayi dengan melibatkan tindakan yang benar terkait tali pusat, mendeteksi dini potensi komplikasi selama masa nifas, serta memberikan informasi tentang kesehatan umum, kebersihan perorangan, pola makan bergizi, perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI, imunisasi, dan kontrasepsi.

Kunjungan pada masa nifas dilaksanakan minimal sebanyak 4 kali. Tujuan dari kunjungan rumah ini adalah untuk mengevaluasi kondisi ibu dan bayi yang baru lahir serta mencegah, mendeteksi, dan menangani potensi komplikasi selama masa nifas. Kunjungan rumah memberikan keunggulan, antara lain, bidan dapat mengamati dan

berinteraksi dengan keluarga dalam lingkungan yang alami dan aman. Selain itu, bidan dapat menilai kecukupan sumber daya, keamanan, dan lingkungan di rumah. Meskipun demikian, terdapat beberapa keterbatasan pada kunjungan rumah, seperti biaya yang dapat menjadi hambatan, jumlah bidan yang terbatas, dan kekhawatiran terkait dengan keamanan saat mendatangi pasien, terutama di daerah tertentu (Ambarwati. 2020).

Pemberian asuhan pada ibu pasca persalinan di masyarakat dapat dilakukan melalui metode kelompok, dan salah satu pendekatannya adalah melalui kelompok postpartum. Ibu-ibu pasca persalinan dikelompokkan dengan mempertimbangkan jarak antara satu ibu dengan ibu lainnya. Kelompok postpartum ini merupakan bentuk organisasi kecil dari ibu nifas, yang bertujuan untuk mendeteksi, mencegah, dan mengatasi masalah-masalah yang muncul selama masa nifas. Kegiatan kelompok postpartum dapat dilaksanakan di rumah salah satu ibu pasca persalinan, posyandu, atau polindes. Kegiatan ini melibatkan penyuluhan dan konseling mengenai berbagai aspek. Dalam memberikan asuhan pada ibu pasca persalinan di komunitas, salah satu pendekatannya adalah melalui pembentukan kelompok. Ibu-ibu pasca persalinan dikelompokkan dengan mempertimbangkan jarak antara satu ibu pasca persalinan dengan ibu lainnya (Wahyuni. 2018)

Program Ibu Nifas Melibatkan kunjungan pada ibu pasca persalinan dan neonatus, pemberian ASI eksklusif, tablet Fe, dan vitamin A.

1. Pengumpulan Data

Dilakukan bersamaan dengan kunjungan pada ibu pasca persalinan dan neonatus. Data yang dikumpulkan mencakup jumlah ibu pasca persalinan, kebiasaan atau tradisi setempat, permasalahan selama masa pasca persalinan, sumber daya masyarakat, dan faktor penentu kebijakan. Mengatur Strategi Menerapkan pendekatan dengan melibatkan keluarga ibu, tokoh masyarakat (tomas), tokoh agama (togam), kepala desa, dan kader sebagai pengambil keputusan dan penentu kebijakan untuk membentuk kelompok ibu pasca persalinan.

2. Perencanaan

Menyusun usulan atau proposal yang mencakup latar belakang dan tujuan pembentukan kelompok. perencanaan melibatkan kegiatan, tempat dan waktu, anggaran, serta peserta yang terlibat.

3. Pelaksanaan

Memilih orang sebagai contoh (Role Model) yang menjadi penentu kebijakan, melakukan diskusi untuk membentuk susunan organisasi,

dengan bidan berperan sebagai narasumber, DAN Membuat rencana tindak lanjut.

4. Evaluasi

Dilakukan pada akhir masa pasca persalinan, setelah kunjungan ke-4. Memastikan bahwa tujuan akhir pembentukan kelompok tercapai, ibu dan bayi sehat, serta proses pasca persalinan berjalan normal.

Daftar Pustaka

Kementerian Kesehatan, Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019. Jakarta: Kemkes, 2015.

Ambarwati. (2020). Asuhan Kebidanan Nifas. Yogyakarta: Mitra Cendikia.

Maryuni A. Asuhan Ibu Nifas dan Asuhan Ibu Menyusui. Bogor: In Media; 2017.

Wiknjosastro H. Ilmu Kebidanan. Edisi ke-4 Cetakan ke-2. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2018; 523 - 529.

Wahyuni, Dwi Elly. 2018. Bahan Ajar Kebidanan Nifas dan Menyusui. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia

Erna. Mulati. 2020. Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu Edisi Ketiga Jakarta : Kementrian Kesehatan RI

BAB VI

SISTEM RUJUKAN

A. Capaian Pembelajaran

Melaksanakan rujukan kebidanan sesuai alur rujukan yang dibutuhkan

B. Uraian Materi

Pengertian, Tujuan, Dan Keuntungan Sistem Rujukan

Sistem rujukan adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan wewenang dan tanggungjawab atas kasus penyakit atau masalah kesehatan yang diselenggarakan secara timbal balik, baik vertical dalam arti rujukan dan komunikasi antara satu unit ke unit yang telah lengkap. Misalnya, dari RS kabupaten ke RS propinsi atau RS tipe C ke RS tipe B yang lebih spesialisasi fasilitas dan personalianya.

Sedangkan rujukan horizontal dalam arti antara strata sarana pelayanan kesehatan ke strata sarana pelayanan kesehatan lainnya, contoh konsultasi dan komunikasi antar unit yang ada dalam satu RS, misalnya antara bagian kebidanan dan bagian ilmu kesehatan anak. Tujuan dari sistem rujukan meliputi:

1. Setiap penderita mendapat perawatan dan pertolongan yang sebaik – baiknya.
2. Menjalin kerjasama dengan cara pengiriman klien atau spesimen laboratorium dari unit yang kurang lengkap ke unit yang lebih lengkapfasilitasnya.
3. Terciptanya pelayanan kesehatan yang menyeluruh, yang terpadu untuk meningkatkan mutu, cakupan dan efisiensi pelayanan kesehatan secara terpadu.

Keuntungan sistem rujukan adalah sebagai berikut.

1. Pelayanan yang diberikan sedekat mungkin ke tempat pasien, berarti bahwa pertolongan dapat diberikan lebih cepat, murah dan secara psikologis memberi rasa aman pada pasien dan keluarga.
2. Penataran yang teratur diharapkan pengetahuan dan keterampilan petugas daerah makin meningkat sehingga makin banyak kasus yang dapat dikelola didaerahnya masing-masing.

3. Memudahkan masyarakat didaerah terpencil atau desa dapat memperoleh dan menikmati tenaga ahli dan fasilitas dari jenjang yang lebih tinggi.

Jenis Rujukan

Rujukan dibedakan menjadi rujukan medik dan rujukan kesehatan.

1. Rujukan Medik

Pelimpahan tanggung jawab secara timbal balik atas satu kasus yang timbul baik secara vertikal maupun horizontal kepada yang lebih berwenang dan mampu menangani secara rasional. Kategori rujukan medis meliputi:

- a. Transfer of patient (konsultasi diagnostik, tindakan) pengobatan, tindakan operatif.
- b. Transfer of specimen (pemeriksaan laboratorium), pengiriman bahan (spesimen) untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap.
- c. Transfer of knowledge/personel (mengirim tenaga kesehatan yang kompeten untuk meningkatkan layanan pengobatan setempat).

2. Rujukan kesehatan

Hubungan dalam pengiriman, pemeriksaan bahan atau spesimen ke fasilitas yang lebih mampu dan lengkap. Rujukan ini sifatnya terkait masalah kesehatan yang preventif dan promotif. Tata cara pelaksanaan sistem rujukan yaitu pasien yang akan dirujuk harus sudah diperiksa dan layak untuk dirujuk. Adapun kriteria pasien yang dirujuk adalah apabila memenuhi salah satu dari:

- a. Hasil pemeriksaan fisik sudah dapat dipastikan tidak mampu diatasi.
- b. Hasil pemeriksaan fisik dengan pemeriksaan penunjang medis ternyata tidak mampu diatasi.
- c. Memerlukan pemeriksaan penunjang medis yang lebih lengkap, tetapi pemeriksaan harus disertai pasien yang bersangkutan.
- d. Apabila telah diobati dan dirawat ternyata memerlukan pemeriksaan pengobatan dan perawatan di sarana kesehatan yang lebih mampu.

Sedangkan tatalaksana rujukan meliputi:

1. Internal antar petugas di satu RS.

Sebagai contoh adalah rujukan yang dilakukan di dalam RS seperti kasus ibu hamil yang mengalami Diabetes mellitus maka dokter

spesialis kandungan harus merujuk kliennya ke dokter spesialis penyakit dalam untuk menangani penyakitnya tersebut.

2. Antara Puskesmas Pembantu dan Puskesmas.

Dilakukan rujukan bila ditemukan klien dengan ibu hamil yang dicurigai anemia namun puskesmas pembantu tidak memiliki alat untuk pemeriksaan Haemoglobin (Hb) karena keterbatasan alat. Maka klien tersebut akan dirujuk ke puskesmas untuk melakukan pemeriksaan darah untuk menentukan hasil penilaian kadar Hb nya.

3. Antara Masyarakat dan Puskesmas.

Dilakukan rujukan bila didapatkan warga yang dibantu proses persalinannya dengan dukun bayi namun mengalami kesulitan maka warga akan merujuk ke puskesmas untuk penanganan lebih lanjut.

4. Antara satu Puskesmas dan Puskesmas lainnya.

Rujukan ini dilakukan bila diantara puskesmas yang tidak memiliki kelengkapan sarana alat dan SDM untuk menangani suatu kasus kegawatdaruratan diperlukan rujukan ke puskesmas yang lebih lengkap sarana prasarananya dan SDM yang lebih kompeten.

5. Antara Puskesmas dan RS, laboratorium/fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

Pasien yang awalnya ditangani puskesmas namun penyakitnya cukup berat. Petugas puskesmas dan alat yang tersedia sangat terbatas maka perlu dikonsultasikan ke RS/Laboratorium/ fasilitas kesehatan lainnya.

6. Internal antara bagian/unit di dalam satu RS.

Jika klien membutuhkan lebih pemeriksaan kesehatan karena menderita lebih dari 1 penyakit. Contoh kasus klien yang mengalami operasi tetapi mengidap penyakit saraf maka diperlukan unit pelayanan bedah dan penyakit saraf.

7. Antar RS, laboratorium/fasilitas pelayanan lain dan RS.

Jika klien yang mengalami suatu penyakit yang kompleks maka biasanya diperlukan beberapa instansi kesehatan untuk mendukung diagnosa dan mengefektifkan pengobatan pada pasien tersebut.

Jenjang Rujukan Pelayanan Kesehatan

Jenjang rujukan pelayanan kesehatan dapat dipelajari pada Tabel 2.2 berikut ini.

Tabel 2.2
Jenjang Rujukan Pelayanan Kesehatan

Jenjang (Hirarki)	Komponen/Unsur Pelayanan Kesehatan
Tingkat Rumah Tangga	Pelayanan kesehatan oleh individu atau oleh keluarga sendiri.
Tingkat Masyarakat	Kegiatan swadaya masyarakat daam menolong mereka sendiri oleh kelompok Paguyuban , PKK, Saka Bhakti Husada, Anggota RW, RT dan Masyarakat (Posyandu).
Fasilitas Pelayanan Kesehatan Profesional Tingkat I	Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling, Praktik Dokter Swasta, Bidan, poliklinik swasta, dll.
Fasilitas Pelayanan Kesehatan Profesional Tingka II	RS Kabupaten, RS Swasta, Laboratorium Swasta, dll.
Fasilitas Pelayanan Kesehatan Profesional Tingkat III	RS Tipe A dan B serta lembaga spesialis swasta, Laboratorium Kesehatan Daerah dan Laboratorium Klinik swasta.

Bidan sebagai tenaga kesehatan harus memiliki kemampuan untuk merujuk ibu atau bayi ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu jika menghadapi penyulit. Oleh karena itu persiapan perlu diperhatikan dalam melakukan rujukan agar tidak terjadi hambatan selama proses merujuk. Dalam persiapan ada singkatan rujukan yang memudahkan kita untuk menyediakan dan menyiapkan segala sesuatu yang diperlukan.

Singkatan “BAKSOKUDA” dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan, yang dijabarkan sebagai berikut:

1. (B) Bidan : Pastikan ibu/ bayi/ klien didampingi tenaga kesehatan yang kompeten memiliki kemampuan untuk melaksanakan kegawatdaruratan selama perjalanan merujuk
2. (A) Alat : Bawa peralatan dan bahan-bahan yang diperlukan (seperti spuit, infus set, tensi meter, stetoskop, oksigen, dll.)
3. (K) Kendaraan: Siapkan kendaraan untuk mengantar ke tempat merujuk, kendaraan yang cukup baik, yang memungkinkan pasien berada dalam kondisi yang nyaman dan dapat mencapai tempat rujukan secepatnya.
4. (S) Surat : Surat rujukan yang berisi identitas pasien, alasan rujukan, tindakan dan obat -obat yang telah diberikan.

5. (O) Obat : Bawa obat yang diperlukan seperti obat-obatan esensial yang diperlukan selama perjalanan merujuk.
6. (K) Keluarga: Mendampingi dan diinformasikan keluarga pasien tentang kondisi terakhir pasien, serta alasan mengapa perlu dirujuk. Anggota keluarga yang lain harus ikut mengantar pasien ke tempat merujuk.
7. (U) Uang : Ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk persiapan administrasi ditempat rujukan.
8. (DA) Darah: Persiapkan kantung darah sesuai golongan darah pasien atau calon penonor darah dari keluarga yang berjaga- jaga dari kemungkinan kasus yang memerlukan donor darah.

Jika upaya penanggulangan diberikan ditempat rujukan dan kondisi klien telah memungkinkan, segera kembalikan klien ke tempat fasilitas pelayanan asalnya dengan terlebih dahulu memberi hal – hal berikut.

1. Konseling tentang kondisi klien sebelum dan sesudah diberi upaya penanggulangan
2. Nasihat yang perlu diperhatikan
3. Pengantar tertulis ke fasilitas pelayanan kesehatan mengenai kondisi pasien, Upaya penanggulangan yang telah diberikan dan saran- saran.

Alur Dan Skema Rujukan

Alur pelayanan rujukan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal adalah sebagai berikut.

1. Sistem rujukan kegawatdaruratan maternal dan neonatal mengacu pada prinsip utama kecepatan dan ketepatan tindakan, efisien, efektif dan sesuai dengan kemampuan dan kewenangan fasilitas pelayanan.
2. Setiap kasus dengan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal yang datang ke Puskesmas PONED harus langsung dikelola sesuai dengan protap dan buku acuan nasional kesehatan maternal dan neonatal.
3. Setelah dilakukan stabilisasi kondisi pasien, ditentukan apakah pasien akan dikelola di tingkat Puskesmas PONED atau dilakukan rujukan ke RS PONEK untuk mendapatkan yang lebih baik.
4. Masyarakat dapat langsung memanfaatkan semua fasilitas pelayanan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal.
5. Bidan di desa dan polindes dapat memberikan pelayanan langsung terhadap ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas baik yang datang sendiri maupun yang dirujuk kader/masyarakat.

Selain menyelenggarakan pelayanan pertolongan persalinan normal, bidan di desa dapat melakukan pengelolaan kasus dengan komplikasi tertentu sesuai dengan kewenangan dan kemampuan atau melakukan rujukan ke Puskesmas, PONEK dan PONEK sesuai dengan tingkat pelayanan.

1. Puskesmas sekurang-kurangnya harus mampu melakukan stabilisasi pasien dengan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal yang datang sendiri maupun dirujuk kader sebelum merujuk ke PONEK dan RS PONEK
2. Puskesmas PONEK memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan langsung terhadap ibu hamil, bersalin, nifas dan BBL baik yang datang sendiri atau rujukan kader, bidan desa dan Puskesmas. Puskesmas PONEK dapat melakukan pengelolaan kasus dengan komplikasi tertentu sesuai dengan kewenangan dan kemampuan atau melakukan rujukan ke RS PONEK
3. RS PONEK 24 jam memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan langsung pada ibu hamil/bersalin dan nifas serta BBL baik yang datang sendiri atau rujukan.
4. Pemerintah Provinsi/Kabupaten memberikan dukungan secara manajemen, administratif maupun kebijakan anggaran terhadap kelancaran pelayanan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal.
5. Pokja/Satgas Gerakan Sayang Ibu (GSI) merupakan bentuk nyata kerjasama Lembaga swadaya di Tingkat Provinsi dan kabupaten, RS swasta, Rumah Bersalin, dokter, Bidan Praktik Mandiri (BPM), dapat berkordinasi dengan baik.

Persyaratan dalam pelayanan rujukan meliputi hal di bawah ini.

1. Pelayanan unit kegawat darurat harus tersedia untuk setiap anggota masyarakat.
2. Akses pada pelayanan dan perawatan kegadar harus selalu terbuka dan tidak terbatas.
3. Harus terdapat kesinambungan diantara pemberi pelayanan diluar RS, pelaksana pelayanan kegawatdaruratan dan pelaksana pelayanan tindak lanjut pasca kegawatdaruratan.
4. Tersedia sarana yang mampu memberikan pelayanan pasien dari saat datang untuk melakukan penilaian pengambil keputusan, pengobatan dan disposisi tindak lanjut.
5. Unit gadar harus memiliki kebijakan dan perencanaan yang efektif.
6. Dokter, Bidan, perawat dan petugas kesehatan lain inti unit kerja pelayanan.

7. Memiliki hubungan kerjasama yang efektif.

Daftar Pustaka

Depkes RI (1993). Pedoman pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak. Jakarta: Dirjen Binkesmas.

Depkes RI (1996). Pedoman pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak. Jakarta: Bakti Husada.

Kemenkes RI (2014). Permenkes No.97 Tahun 2014 tentang pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan dan masa sesudah melahirkan, penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi, serta pelayanan kesehatan seksual. Jakarta: Kemenkes RI.

Prawirohardjo, S. (2001). Pelayanan kesehatan maternal dan neonatal. Jakarta: JNPKR-POGI.

BAB VII

MONITORING DAN EVALUASI KEGIATAN PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS.

C. Capaian Pembelajaran

Melakukan monitoring dan evaluasi kegiatan pelayanan kebidanan komunitas.

D. Uraian Materi

Monitoring Dan Evaluasi Kegiatan Pelayanan Kebidanan Komunitas

Monitoring dan evaluasi kegiatan pelayanan kebidanan komunitas. Merupakan proses sistematis untuk menilai pelaksanaan serta hasil dari layanan kebidanan yang diberikan di tingkat komunitas (masyarakat). Tujuannya adalah untuk memastikan bahwa pelayanan yang dilakukan sesuai dengan rencana, efektif, efisien, dan memberikan dampak yang positif bagi kesehatan ibu, anak, serta masyarakat secara umum.

Ditinjau dari kata, monitoring adalah proses rutin pengumpulan data dan pengukuran kemajuan atas objektif program, memantau perubahan, yang fokus pada proses dan keluaran. Monitoring melibatkan perhitungan atas apa yang kita lakukan dan melibatkan pengamatan atas kualitas dari pelayanan. Kegiatan pengumpulan informasi yang dilakukan secara rutin atau reguler dengan parameter yang jelas.

Monitoring dapat juga diartikan sebagai penelusuran secara rutin dan pelaporan dari informasi yang menjadi prioritas dari program terhadap input, proses, output, outcome dan dampak dari suatu kegiatan atau program dengan tujuan melakukan asesmen terhadap pencapaian tujuan dari suatu program. Monitoring dapat menggunakan informasi dari pencatatan pelaporan rutin, PWS, surveilans, survei, observasi atau berbagai cara pengumpulan data lainnya.

Sedangkan Evaluasi adalah upaya yang sistematis dan objektif, dalam melihat relevansi, adekuasi, efektivitas dan efisiensi dari suatu program/sistem pelayanan kesehatan atau komponen program/ sistem pelayanan kesehatan untuk melihat apakah tujuan dari program/ sistem pelayanan kesehatan tersebut tercapai. Evaluasi digunakan untuk mengukur kualitas dan integritas dari suatu program/sistem pelayanan kesehatan secara bertahap terhadap capaian/kinerja secara menyeluruh. (WHO, 2010)

Evaluasi menggunakan metode penelitian social untuk secara sistematis menginvestigasi efektifitas program, menilai kontribusi program terhadap perubahan (Goal/objektif) dan menilai kebutuhan

perbaikan, kelanjutan atau perluasan program (rekomendasi). Evaluasi memerlukan desain studi/penelitian, terkadang membutuhkan kelompok kontrol atau kelompok pembandingan, melibatkan pengukuran seiring dengan berjalannya waktu, dan melibatkan studi/penelitian khusus.

Tujuan Monitoring dan Evaluasi

Untuk mengidentifikasi masalah kesehatan ibu dan neonatal yang terdeteksi di rumah tangga yang teridentifikasi dari data bidan Jenis Register Kohort.

Dokumen Monitoring dan Evaluasi Program KIA/KB

Dalam melakukan monitoring dan evaluasi program KIA/KB, bidan di komunitas menggunakan dokumen, register kohort, laporan bulanan KIA/KB, Buku KIA, dan PWS KIA.

1. Register Kohort Ibu

Register kohort ibu merupakan sumber data pelayanan ibu hamil dan bersalin, serta keadaan/resiko yang dipunyai ibu yang diorganisir sedemikian rupa yang pengkoleksiannya melibatkan kader dan dukun bayi di wilayahnya setiap bulan.

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

Kohort Bayi dan Balita merupakan suatu sistem registrasi atau pencatatan bayi dan anak balita yang digunakan untuk pengamatan secara berkesinambungan terhadap beberapa indikator kesehatan bayi dan anak balita (berat badan, status imunisasi dan lain-lain) yang dicatat di buku KIA atau catatan kohort bayi/anak balita oleh bidan desa.

Kohort bayi dan anak balita digunakan dalam memantau seluruh sasaran di tingkat desa sesuai konsep wilayah kerja puskesmas. Suatu sistem registrasi biasanya berhubungan dengan sistem pelayanan kesehatan terhadap populasi yang diregistrasi. Pendataan suatu masyarakat yang baik dilakukan oleh komponen 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. Bersama-sama dengan Bidan desa, pendataan ibu

hamil, ibu bersalin, neonatal, bayi dan balita dapat dilakukan dengan mendata seluruh ibu hamil yang ada di suatu komunitas tanpa terlewatkan yang dilakukan oleh kader dan dukun bayi kemudian bidan desa memasukan seluruh data ibu hamil ke dalam kohort yang telah disediakan di puskesmas, sehingga data yang ada di desa pun dimiliki puskesmas.

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 register kohort ibu dan bayi, laporan persalinan yang ditolong tenaga kesehatan dan dukun bayi, laporan dari dokter/bidan praktek swasta, laporan dari fasilitas pelayanan selain puskesmas yang berada di wilayah puskesmas.

Pelaporan

Data dari tingkat puskesmas dikumpulkan, di olah, hasilnya diinput dimasukkan ke format 1. Format 1 rekapitulasi cakupan (indicator PWS KIA) dari tiap desa, juga berfungsi sebagai laporan yang dikirim ke dinas kabupaten/kota (dikirim paling lambat tanggal 10 tiap bulan). Dinas kabupaten/kota membuat rekapitulasi laporan puskesmas (format 1) dengan menggunakan format 2 untuk dikirimkan ke propinsi paling lambat tanggal 15 bulan berikutnya. Propinsi membuat rekapitulasi laporan kabupaten/kota dalam format 3, dikirimkan ke pusat setiap 3 bulan, paling lambat 1 bulan setelah triwulan tersebut berakhir. 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: register kohort ibu dan bayi, laporan persalinan yang ditolong tenaga kesehatan dan dukun bayi, laporan dari dokter/bidan praktek swasta, laporan dari fasilitas pelayanan selain puskesmas yang berada di wilayah puskesmas.

Formulir pencatatan hasil pelayanan KB di unit pelayanan KB baik pemerintah maupun swasta terdiri dari usia PUS (suami dan isteri), status kehamilan saat pendataan identifikasi PUS 4 T (jumlah dan jarak kelahiran, serta umur), identifikasi PUS dengan penyakit kronis (seperti anemia, LILA < dari 23,5 cm dan penyakit kronis lainnya). Formulir ini digunakan untuk mendata PUS yang terkait dengan perhitungan sasaran program KB dan kesehatan reproduksi.

Pendataan dilakukan setahun sekali, dibuat bersamaan dengan pendataan keluarga oleh Dinas KB. Untuk melakukan pendataan ini dapat dikerjakan bersama-sama antara Dinas Kesehatan dengan Dinas KB/sejenis, atau Dinas Kesehatan melakukan pendataan secara independen/mandiri register kohort KB. Register ini digunakan untuk mencatat hasil pelayanan kontrasepsi pada peser a KB lama dan baru setiap hari pelayanan. Register ini digunakan untuk kurun waktu minimal satu tahun kalender. Informasi dalam register ini berisikan data hasil pelayanan, keluhan komplikasi, efek samping, kegagalan KB, dan ganti

cara. Hasil pencatatan pada register kohort menjadi sumber data dalam membuat PWS KB di puskesmas.

Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) KIA

Program kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu program pokok di Puskesmas yang mendapat prioritas tinggi, mengingat kelompok ibu hamil, menyusui, bayi dan anak merupakan kelompok yang rentan terhadap kesakitan dan kematian. Pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS-KIA) adalah alat manajemen program KIA untuk memantau cakupan pelayanan KIA di suatu wilayah (puskesmas/ kecamatan) secara terus menerus, agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat terhadap wilayah yang cakupan pelayanan KIA nya masih rendah.

Tujuan umum PWS-KIA, yaitu meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan KIA secara terus menerus di wilayahnya. Sedangkan tujuan khusus KIA adalah:

1. Memantau cakupan pelayanan KIA dengan mutu yang memadai dipilih sebagai indikator, secara teratur (bulanan) dan berkesinambungan(terus menerus) untuk tiap wilayah/ desa
2. Menilai kesenjangan antara target yang ditetapkan dan pencapaian sebenarnya untuk desa
3. Menentukan urutan desa prioritas yang akan di tangani secara intensif berdasarkan besarnya kesenjangan antara target dan pencapaian
4. Merencanakan tindak lanjut dengan menggunakan sumber daya yang tersedia dan dapat di gali
5. Membangkitkan peran pamong setempat dalam pergerakan sasaran dan mobilisasi sumber daya

Batasan Pemantauan PWS-KIA

Untuk memantau tentang PWS-KIA perlu digunakan batasan operasional dan indikator pemantauan sebagai berikut.

1. Pelayanan antenatal.

Pelayanan ini merupakan pelayanan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang profesional yang dilakukan kepada ibu selama masa kehamilannya, dilakukan sesuai dengan standar operasional ANC yaitu 10T.

a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Ukur berat badan dalam kilogram tiap kali kunjungan antenataldilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menepis adanya faktor risiko pada ibu hamil. Tinggi badan kurang dari 145 cm meningkatkan risiko terjadinya Cephalo Pelvic Disproportion (CPD)

- b. Ukur tekanan darah
Tekanan darah normal 110/80 – 140/90 mmHg. Untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah >140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah dan atau proteinnuria).
 - c. Ukur Lingkar Lengan Atas /LILA
Dilakukan kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko KEK (Kekurangan Energi Kronik). Lila kurang dari 23,5 cm, ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).
 - d. Ukur Tinggi fundus uteri
Standar pengukuran menggunakan pita pengukuran setelah kehamilan 24 minggu.
 - e. Skrining status imunisasi dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT)
 - f. Pemberian Tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan
 - g. Pemeriksaan Laboratorium (rutin dan khusus).
Pemeriksaan meliputi haemoglobin darah, protein dalam urin, kadar gula, darah malaria, tes sifilis, HIV, dan BTA.
 - h. Tatalaksanaan/penanganan kasus
 - i. Perawatan payudara, senam payudara, dan pijat tekan payudara.
 - j. Temu wicara (konseling) termasuk perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) serta KB pasca salin.
2. Deteksi dini kehamilan berisiko.
Kegiatan ini bertujuan untuk mengidentifikasi ibu hamil yang berisiko yang dapat diketahui oleh kader, dukun bayi dan tenaga kesehatan. Dimana kader dan dukun bayi sebelumnya sudah diberikan informasi dan pengetahuan apa saja yang terlihat dari luar ibu hamil yang berisiko.
 3. Kunjungan ibu hamil.
Pada kegiatan ini tenaga kesehatan profesional melakukan kontak kepada ibu hamil untuk mendapatkan pelayanan antenatal yang standar.
 4. Kunjungan baru ibu hamil (K1).
Kunjungan ini khusus diperuntukan untuk ibu hamil yang pertama kali pada masa kehamilan.
 5. Kunjungan ulang yaitu kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang kedua dan selanjutnya untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar selama masa kehamilan berlangsung.
 6. K4 yaitu kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang ke empat atau lebih untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar dengan ketentuan:
 - a. Minimal 1 kali kontak pada trimester I
 - b. Minimal 1 kali kontak pada trimester II
 - c. Minimal 2 kali kontak pada trimester III
 7. Kunjungan neonatus (KN) adalah kontak neonatus dengan tenaga kesehatan minimal dua kali :
 - a. Kunjungan pertama kali pada hari pertama dengan hari ketujuh (sejak 6 jam setelah lahir)

- b. Kunjungan kedua kali pada hari kedelapan sampai hari kedua puluh delapan
 - c. Pertolongan persalinan dengan tenaga kesehatan bukan merupakan kunjungan neonatal.
8. Cakupan akses adalah presentase ibu hamil disuatu wilayah, dalam kurun waktu tertentu, yang pernah mendapat pelayanan antenatal sesuai standar, paling sedikit satu kali selama kehamilan. Cara menghitungnya adalah sebagai berikut :
Jumlah kunjungan ibu hamil di bagi dengan jumlah sasaran ibu hamil yang ada disuatu wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun dikalikan 100%.
 9. Cakupan ibu hamil (cakupan K4) Pelayanan antenatal yang sesuai dengan standar dan paling sedikit empat kali pemeriksaan kehamilan. Cara menghitungnya adalah sebagai berikut:
Jumlah ibu hamil yang telah menerima K4 dibagi jumlah sasaran ibu hamil dalam kurun waktu satu tahun dikali 100%.
 10. Sasaran ibu hamil adalah jumlah semua ibu hamil di wilayah dalam kurun waktu satu tahun. Angka ini dapat diperoleh dengan berbagai cara:
 - a. Angka sebenarnya diperoleh dari cacah jiwa (perhitungan banyaknya penduduk disuatu daerah).
 - b. Angka perkiraan: Diperoleh dengan rumus:
 - 1) Angka Kelahiran Kasar/Crude Birth Rate (CBR) x 1,1 x jumlah penduduk setempat, dengan pengambian data CBR dari provinsi atau kabupaten setempat.
 - 2) 3% x jumlah penduduk setempat.
 11. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah persentase ibu bersalin disuatu wilayah dalam kurun waktu tertentu yang ditolong oleh tenaga kesehatan.
 12. Cakupan penjarangan ibu hamil berisiko oleh masyarakat adalah presentasi ibu hamil berisiko yang ditemukan oleh kader dan dukun bayi, kemudian dirujuk ke puskesmas atau tenaga kesehatan dalam kurun waktu tertentu.
 13. Cakupan ibu hamil berisiko oleh tenaga kesehatan adaah persentase ibu hamil berisiko yang ditemukan baik oleh tenaga kesehatan maupun kader/ dukun bayi yang telah dipastikan oleh tenaga kesehatan yang kemudian di tindaklanjuti (dipantau secara intensif dan ditangani sesuai kewenangan dan atau dirujuk ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi) dalam kurun waktu tertentu.
 14. Ibu hamil berisiko adalah ibu hamil yang memiliki faktor riiko dan risiko tinggi, kecuali ibu hamil normal.
 15. Cakupan kunjungan neonaus (KN) adalah persentase neonatus yang memperoleh pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan. Dengan penghitungan Jumlah kunjungan neonatus ke pelayanan kesehatan dengan tenaga kesehatan minimal 2 kali dibagi dengan jumlah

seluruh sasaran bayi yang ada di suatu wilayah dalam kurun waktu satu tahun, dikalikan 100%

Indikator Pemantauan Pws Kia

Indikator pemantauan program KIA yang dipakai untuk PWS-KIA meliputi indikator yang dapat menggambarkan keadaan kegiatan pokok dalam program KIA, sebagai berikut:

1) Akses Pelayanan Antenatal (Cakupan K1)

Adalah cakupan ibu hamil yang pertama kali mendapat pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada waktu tertentu. Indikator akses ini digunakan untuk mengetahui jangkauan pelayanan antenatal serta kemampuan program dalam menggerakkan masyarakat.

Rumus yang dipakai untuk perhitungannya adalah :

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

Jumlah sasaran ibu hamil dalam 1 tahun dapat diperoleh melalui proyeksi, dihitung berdasarkan perkiraan jumlah ibu hamil dengan menggunakan rumus :

$$1,10 \times \text{angka kelahiran kasar (CBR)} \times \text{jumlah penduduk}$$

Angka kelahiran kasar (CBR) yang digunakan adalah angka terakhir CBR kabupaten/kota yang diperoleh dari kantor perwakilan Badan Pusat Statistik (BPS) di kabupaten/kota. Bila angka CBR kabupaten/kota tidak ada maka dapat digunakan angka terakhir CBR provinsi. CBR provinsi dapat diperoleh juga dari buku Data Penduduk Sasaran Program Pembangunan Kesehatan 2007-2011 (Pusat Data Depkes RI, tahun 2007).
Contoh :

Untuk menghitung perkiraan jumlah ibu hamil di desa/kelurahan X di kabupaten Y yang mempunyai penduduk sebanyak 2000 jiwa dan angka CBR terakhir kabupaten Y 27,0/1000 penduduk, maka :

$$1,10 \times 0,027 \times 2000 = 59,4$$

Jadi, sasaran ibu hamil di desa atau kelurahan X adalah 59 orang.

2) Cakupan Pelayan Ibu Hamil (Cakupan K4)

Adalah cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar, paling sedikit empat kali dengan distribusi waktu 1 kali pada trimester ke-1, 1 kali pada trimester ke-2 dan 2 kali pada trimester ke-3 disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Dengan indikator ini dapat diketahui cakupan pelayanan antenatal secara lengkap (memenuhi standar pelayanan dan menepati waktu yang ditetapkan),

yang menggambarkan tingkat perlindungan ibu hamil disuatu wilayah, disamping menggambarkan kemampuan manajemen ataupun kelangsungan program KIA.

Rumus yang dipakai untuk perhitungannya adalah :

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

Jumlah sasaran ibu hamil dalam 1 tahun dapat diperoleh melalui proyeksi, dihitung berdasarkan perkiraan jumlah ibu hamil dengan menggunakan rumus :

$$1,10 \times \text{angka kelahiran kasar (CBR)} \times \text{jumlah penduduk}$$

3) Cakupan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan (Pn)

Adalah cakupan ibu bersalin yang mendapatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan, disuatu wilayah kerja dalam kurun waktu tertentu. Dengan indikator ini dapat diperkirakan proporsi persalinan yang ditangani oleh tenaga kesehatan dan ini menggambarkan kemampuan manajemen program KIA dalam pertolongan persalinan sesuai standar.

Rumus yang dipakai untuk perhitungannya adalah :

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

Jumlah sasaran ibu bersalin dalam 1 tahun dapat diperoleh melalui proyeksi, dihitung berdasarkan perkiraan jumlah ibu hamil dengan menggunakan rumus :

$$1,05 \times \text{angka kelahiran kasar (CBR)} \times \text{jumlah penduduk}$$

Contoh :

Untuk menghitung perkiraan jumlah ibu bersalin di desa/kelurahan X di kabupaten Y yang mempunyai penduduk sebanyak 2000 penduduk dan angka CBR terakhir di kabupaten Y 27,1/1000 penduduk maka :

$$\text{Jumlah Ibu Bersalin} = 1,05 \times 0,027 \times 2000 = 56,7 = \text{sasaran ibu bersalin}$$

4) Cakupan Pelayanan Nifas Oleh Tenaga Kesehatan (Kf3)

Adalah cakupan pelayanan kepada ibu pada masa 6 jam sampai dengan 42 hari pasca bersalin sesuai standar paling sedikit 3 kali dengan distribusi waktu 6 jam-3hari, 8-14 hari, dan 36-42 hari setelah bersalin

disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Dengan indikator ini dapat diketahui cakupan pelayanan nifas secara lengkap (memenuhi standar pelayanan dan menepati waktu yang ditetapkan), yang menggambarkan jangkauan dna kualitas kemampuan manajemen maupun kelangsungna program KIA.

Rumus yang dipakai untuk perhitungannya adalah :

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

$$\text{Jumlah sasaran ibu nifas} = \text{Jumlah sasaran ibu bersalin}$$

5) Cakupan Pelayanan Neonatus Pertama (Kn1)

Adalah cakupan neonatus yang mendapatkan pelayanan sesuai standar pada 6-48 jam setelah lahir disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Dengan indikator ini dapat diketahui akses/jangkauan pelayanan kesehatan neonatal.

Rumus yang dipakai untuk perhitungannya adalah :

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

Jumlah sasaran ibu bersalin dalam 1 tahun dapat diperoleh melalui proyeksi, dihitung berdasarkan perkiraan jumlah ibu hamil dengan menggunakan rumus :

$$\text{Angka kelahiran kasar (CBR)} \times \text{jumlah penduduk}$$

Contoh :

Untuk menghitung jumlah perkiraan bayi disuatu desa Z di kota Y provinsi X yang mempunyai penduduk sebanyak 1500 jiwa dan angka CBR terakhir di kota Y 24,8/1000 penduduk, maka :

$$\text{Jumlah bayi} = 0,0248 \times 1500 = 37,2 = \text{sasaran bayi di kota Z}$$

6) Cakupan Pelayanan Kesehatan Neonatus 0-28 Hari (Kn Lengkap)

Adalah cakupan neonatus yang mendapatkan pelayanan sesuai standar paling sedikit 3 kali dengan distribusi waktu 1 kali pada 6-48 jam, 1 kali pada hari ke-3 sampai hari ke-7 dan 1 kali pada hari ke-28 setelah lahir disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Dengan indikator ini dapat diketahui efektifitas dan kualitas pelayanan kesehatan neonatal.

Rumus yang dipakai untuk perhitungannya adalah :

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

Jumlah sasaran ibu bersalin dalam 1 tahun dapat diperoleh melalui proyeksi, dihitung berdasarkan perkiraan jumlah ibu hamil dengan menggunakan rumus :

$$\text{Angka kelahiran kasar (CBR)} \times \text{jumlah penduduk}$$

7) Deteksi Faktor Risiko Dan Komplikasi Oleh Masyarakat

Adalah cakupan ibu hamil dengan faktor risiko atau komplikasi yang ditemukan oleh kader atau dukun bayi atau masyarakat serta dirujuk ke tenaga kesehatan disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Masyarakat disini, bisa keluarga ataupun ibu hamil, bersalin, dan nifas itu sendiri. Indikator ini menggambarkan peran serta dan keterlibatan masyarakat dalam mendukung upaya peningkatan kesehatan ibu hamil, bersalin dan nifas.

Rumus yang dipakai untuk perhitungannya adalah :

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

8) Cakupan Penanganan Komplikasi Obstetri (Pk)

Adalah cakupan ibu dengan komplikasi kebidanan disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu yang ditangani secara definitif sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan. Penanganan definitive adalah penanganan/pemberian tindakan terakhir untuk menyelesaikan permasalahan setiap kasus komplikasi kebidanan.

Rumus yang dipakai untuk perhitungannya adalah :

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

9) Cakupan Penanganan Komplikasi Neonatus

Adalah cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani secara definitive oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Penanganan definitif adalah pemberian tindakan akhir pada setiap kasus komplikasi neonatus yang pelaporannya dihitung 1 kali pada masa neonatal. Kasus komplikasi yang ditangani adalah seluruh kasus yang ditangani tanpa melihat hasilnya hidup atau mati. Indikator ini menunjukkan sarana pelayanan kesehatan dalam menaganani kasus-kasus kegawatdaruratan neonatal yang kemudian ditindak lanjuti sesuai dengan kewenangannya, atau dapat dirujuk ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi.

Rumus yang dipakai untuk perhitungannya adalah :

$$\frac{\text{Jumlah neonatus dengan komplikasi yang mendapatkan penanganan definitif di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{20\% \times \text{Jumlah sasaran bayi di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

10) Cakupan Pelayanan Kesehatan Bayi 29 Hari-12 Bulan (Kunjungan Bayi)

Adalah cakupan bayi yang mendapatkan pelayanan paripurna minimal 4 kali yaitu 1 kali pada umur 29 hari-2 bulan, 1 kali pada umur 3-5 bulan, dan 1 kali pada umur 6-8 bulan dan 1 kali pada umur 9-11 bulan sesuai standar disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Dengan indikator ini dapat diketahui efektifitas, *continuum of care* dan kualitas pelayanan kesehatan bayi.

Rumus yang dipakai untuk perhitungannya adalah :

$$\frac{\text{Jumlah bayi yang telah memperoleh 4 kali pelayanan kesehatan sesuai standar di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{20\% \times \text{Jumlah sasaran bayi di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

11) Cakupan Pelayanan Anak Balita (12-59 Bulan)

Adalah cakupan anak balita (12-59 bulan) yang memperoleh pelayanan sesuai standar, meliputi pemantauan pertumbuhan minimal 8 kali setahun, pemantauan perkembangan minimal 2 kali setahun, pemberian vitamin A 2 kali setahun.

Rumus yang dipakai untuk perhitungannya adalah :

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

12) Cakupan Pelayanan Kesehatan Anak Balita Sakit Yang Dilayani Dengan MTBS

Adalah cakupan anak balita (umur 12-59 bulan) yang berobat ke Puskesmas dan mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar (MTBS) disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Rumus yang dipakai untuk perhitungannya adalah :

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

Jumlah anak balita sakit diperoleh dari kunjungan balita sakit yang datang ke puskesmas (register rawat jalan di puskesmas). Jumlah anak balita sakit yang mendapat pelayanan standar diperoleh dari form pencatatan dan pelaporan MTBS.

13) Cakupan Peserta Kb Aktif (*Contraceptive Prevalence Rate*)

Adalah cakupan dari peserta KB yang baru dan lama yang masih aktif menggunakan alat dan obat kontrasepsi (alkon) dibandingkan dengan jumlah pasangan usia subur disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Indikator ini menunjukkan jumlah peserta KB baru dan lama yang masih aktif memakai alkon terus-menerus hingga saat ini untuk menunda, menjarangkan kehamilan atau yang mengakhiri kesuburan.

Rumus yang dipakai untuk perhitungannya adalah :

$$\frac{\text{Jumlah peserta KB disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh PUS di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

Grafik PWS-KIA

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

- a. Menentukan target rata-rata per bulan untuk menggambarkan skala pada garis vertical bersebelahan dengan urutan bulan yang dituliskan dari atas ke bawah dengan urutan Desember diletakkan paling atas. Misalnya : Target cakupan ibu hamil baru (cakupan K1) dalam 1 tahun ditentukan oleh 90% (garis a) maka sasaran rata-rata setiap bulan adalah :

$$\frac{90\%}{12 \text{ bulan}} = 7,5 \%$$

Maka sasaran pencapaian kumulatif sampai dengan bulan juni adalah = $(6 \times 7,5\%) = 45\%$ (garis b)

Apabila target dalam 1 tahun adalah 80% berarti besarnya target adalah :

$$\frac{80\%}{12 \text{ bulan}} = 6,66 \%$$

Maka sasaran pencapaian kumulatif sampai dengan bulan juni adalah = $(6 \times 6,6\%) = 40\%$ (garis b)

Untuk 90%	Target
Desember	90
Nopember	82,5
Oktober	75
September	67,5
Agustus	60
Juli	52,5
Juni	45
Mei	37,5
April	30
Maret	22,5
Februari	15
Januari	7,5

Untuk 90%	Target
Desember	80
Nopember	73,3
Oktober	66,7
September	60
Agustus	53,3
Juli	46,7
Juni	40
Mei	33,3
April	26,6
Maret	20
Februari	13,3
Januari	6,6

- b. Hasil perhitungan pencapaian kumulatif cakupan K1 sampai dengan bulan Juni dimasukkan ke dalam jalur % kumulatif secara berurutan sesuai peringkat. Pencapaian tertinggi di sebelah kiri dan terendah sebelah kanan, sedangkan pencapaian untuk puskesmas dimasukkan dalam kolom terakhir.
- c. Nama desa bersangkutan dituliskan pada lajur desa, sesuai dengan cakupan kumulatif masing-masing desa.
- d. Hasil perhitungan pencapaian bulan ini (Juni) dan bulan lalu (Mei) untuk tiap desa dimasukkan ke dalam lajur masing-masing.
- e. Gambar anak panah dipergunakan untuk mengisi lajur tren. Bila pencapaian cakupan bulan ini lebih besar maka digambarkan anak panahnya menunjukkan ke bawah, sedangkan untuk cakupan yang tetap/sama digambarkan dengan tanda strip(-).

Grafik PWS KIA dibuat setiap bulannya. Dengan demikian target yang digunakan sebagai standar disesuaikan kapan grafik itu dibuat.

Contoh :

Untuk	Target
Desember	90
Nopember	82,5
Oktober	75
September	67,5
Agustus	60
Juli	52,5
Juni	45
Mei	37,5
April	30
Maret	22,5
Februari	15
Januari	7,5

Target



.....
....

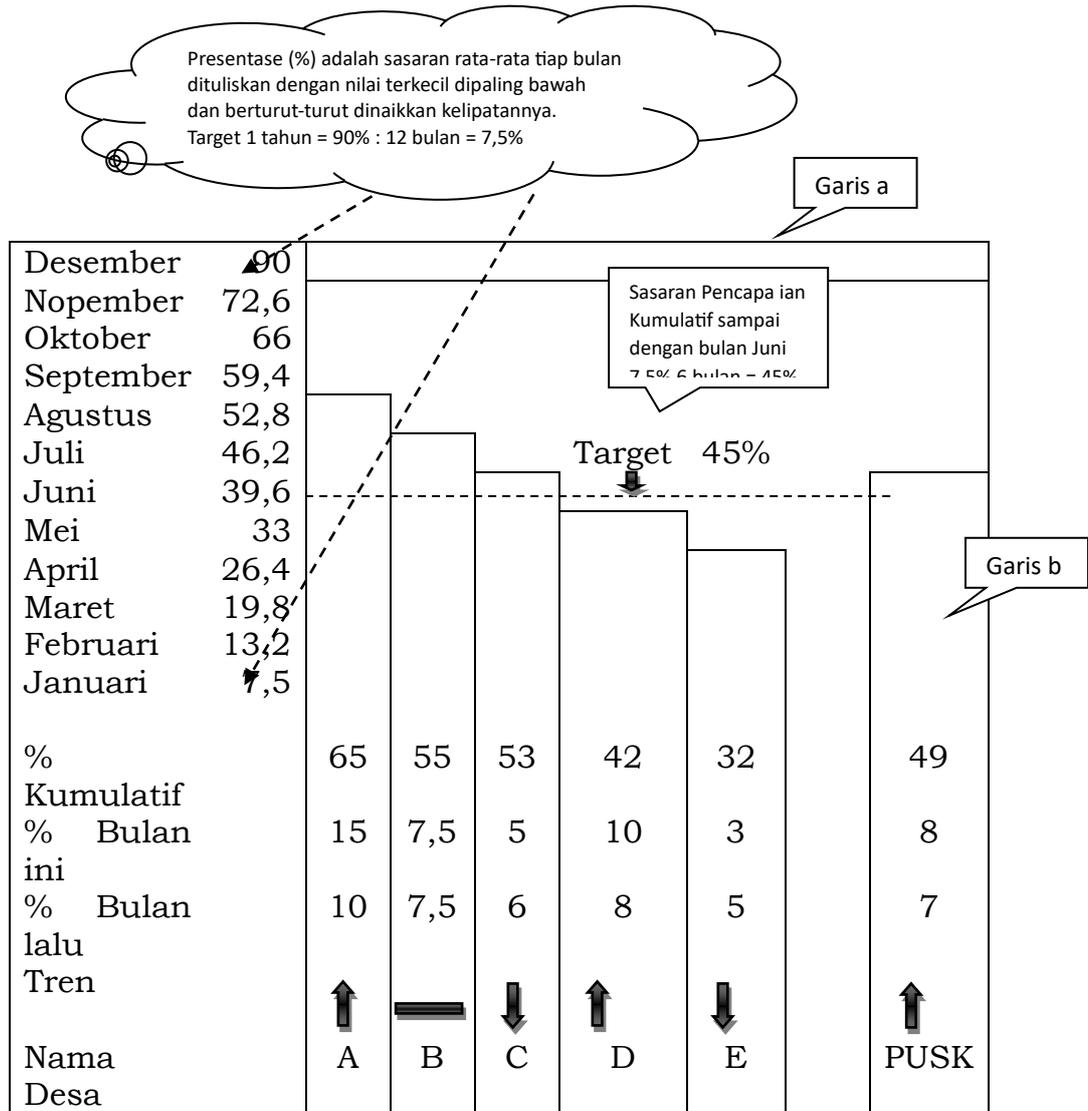
Untuk	Target
Desember	80
Nopember	73,3
Oktober	66,7
September	60
Agustus	53,3
Juli	46,7
Juni	40
Mei	33,3
April	26,6
Maret	20
Februari	13,3
Januari	6,6

Target



.....
...

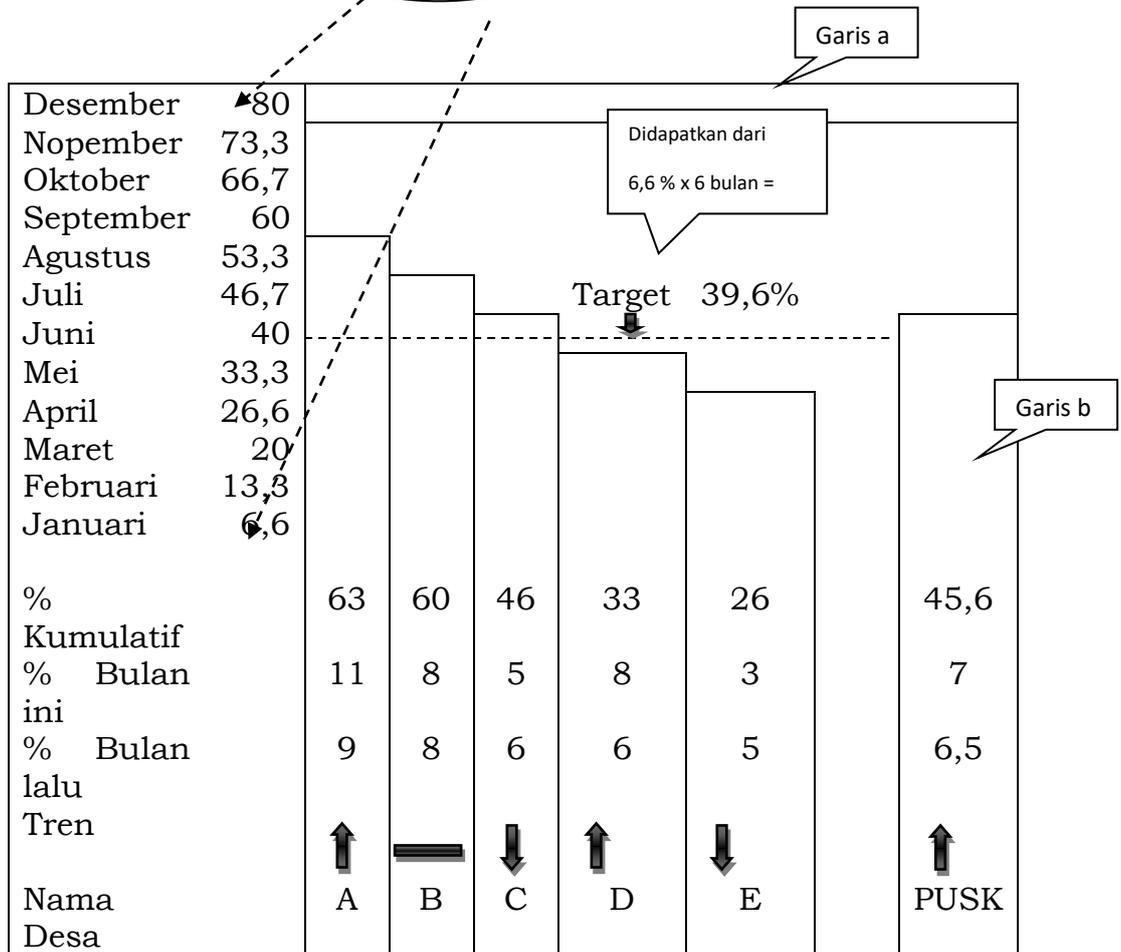
Contoh :



Grafik Cakupan K1 (Akses) Ibu Hamil

Contoh :

Presentase (%) adalah sasaran rata-rata tiap bulan dituliskan dengan nilai terkecil dipaling bawah dan berturut-turut dinaikkan kelipatannya.
 Target 1 tahun = 80% : 12 bulan = 6,6%



Grafik Cakupan K4 Ibu Hamil

Analisis Grafik PWS KIA

Analisis dari grafik cakupan ibu hamil K1 (Akses) pada pemantauan bulan Juni 2008 dapat digambarkan dalam matriks sebagai berikut:

DESA	Cakupan Terhadap Target		Tren			Status Desa
	Diatas	Dibawah	Naik	Turun	Tetap	
A	√		√			Baik
B	√				√	Baik
C	√			√		Kurang
D		√	√			Cukup
E		√		√		Jelek

1. Status Baik

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

2. Status Kurang Baik

Adalah desa dengan cakupan di atas target bulan Juni 2008 namun mempunyai cakupan bulanan yang menurun jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu. Desa dalam kategori ini adalah desa C, yang perlu mendapatkan perhatian karena cakupan bulan lalu ini hanya 5% (lebih kecil dari cakupan minimal 7,5%). Jika cakupan terus menurun, maka desa tersebut tidak akan mencapai target tahunan yang ditentukan.

3. Status Cukup Baik

Adalah desa dengan cakupan di bawah target bulan Juni 2008, namun mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang meningkat jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu. Desa dalam kategori ini adalah desa D.

4. Status Jelek

Adalah desa dengan cakupan di bawah target bulan Juni 2008, dan mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang menurun dibandingkan dengan bulan lalu. Desa dalam kategori ini adalah desa E. perlu diprioritaskan untuk pembinaan agar cakupan bulanan selanjutnya meningkat.

Rencana Tindak Lanjut

Analisis PWS KIA ditujukan untuk menghasilkan suatu keputusan tindak lanjut teknis dan non teknis bagi Puskesmas. Keputusan tersebut dijabarkan dalam bentuk rencana operasional jangka pendek untuk dapat menyelesaikan masalah sesuai spesifikasi daerah mengikuti skema yang telah ada. Rencana operasional tersebut perlu dibicarakan dengan semua pihak yang terkait :

- a. Bagi desa yang berstatus baik atau cukup, pola penyelenggaraan pelayanan KIA perlu dilanjutkan, dipertahankan dengan beberapa penyesuaian tertentu sesuai kebutuhan.
- b. Bagi desa yang berstatus kurang dan terutama yang berstatus jelek perlu diprioritaskan untuk pembinaan selanjutnya. Perlu dilakukan analisis lebih mendalam serta dicari penyebab rendahnya atau menurunnya cakupan bulanan, sehingga dapat diupayakan cara penanganan masalah secara lebih spesifik.
- c. Intervensi dan kegiatan yang teknis (termasuk segi penyediaan logistic) harus dibicarakan dalam pertemuan mini lokakarya puskesmas dan rapat dinas kesehatan kabupaten/kota.
- d. Intervensi dan kegiatan yang bersifat non teknis harus dibicarakan di rapat koordinasi tingkat kecamatan.

Daftar Pustaka

- Ambarwati Eny Retna & Rismintari Sriati. 2009. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Syafrudin & Hamidah. 2009. *Kebidanan Komunitas*. Jakarta : EGC.
- Karwati dkk. 2011. *Asuhan Kebidanan V (Kebidanan Komunitas)*. Jakarta :TIM
- Meilani,dkk. 2009. *Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta : Fitramaya.
- Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Bina Kesehatan Ibu. 2010. *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA)*. Jakarta : Departemen Kesehatan.

BAB VIII

PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN DI KOMUNITAS

A. Capaian Pembelajaran

Melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan di komunitas

B. Uraian Materi

1. Definisi Dokumentasi Dalam Kebidanan

Dokumentasi dalam kebidanan adalah suatu bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki oleh bidan dalam melakukan catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan klien, bidan dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab bidan.

Dokumentasi dalam asuhan kebidanan merupakan suatu pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap keadaan/kejadian yang dilihat dalam pelaksanaan asuhan kebidanan (proses asuhan kebidanan) (Muslihatun, Mudlilah, & Setyawati, 2009).

Dokumentasi kebidanan juga diartikan sebagai bukti pencatatan dan pelaporan berdasarkan komunikasi tertulis yang akurat dan lengkap yang dimiliki oleh bidan dalam melakukan asuhan kebidanan dan berguna untuk kepentingan klien, tim kesehatan, serta kalangan bidan sendiri.

Dokumentasi kebidanan sangat penting bagi bidan dalam memberikan asuhan kebidanan. Hal ini karena asuhan kebidanan yang diberikan kepada klien membutuhkan pencatatan dan pelaporan yang dapat digunakan sebagai acuan untuk menuntut tanggung jawab dan tanggung gugat dari berbagai permasalahan yang mungkin dialami oleh klien berkaitan dengan pelayanan yang diberikan. Selain sebagai sistem pencatatan dan pelaporan, dokumentasi kebidanan juga dipakai sebagai informasi tentang status kesehatan pasien pada semua kegiatan asuhan kebidanan yang dilakukan oleh bidan.

Di samping itu, dokumentasi berperan sebagai pengumpul, penyimpan, dan penyebarluasan informasi guna mempertahankan sejumlah fakta yang penting secara terus menerus pada suatu waktu terhadap sejumlah kejadian (Fischbach dalam Wildan dan Hidayat, 2009). Dengan kata lain, dokumentasi digunakan sebagai suatu keterangan, baik tertulis maupun terekam, mengenai data subyektif yang diambil dengan anamnesa (wawancara), hasil pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang (laborat, USG, dan sebagainya), analisa (diagnosa), perencanaan dan pelaksanaan serta evaluasi, tindakan medis, pengobatan yang diberikan kepada klien baik rawat jalan maupun rawat inap, serta pelayanan gawat darurat.

Berdasarkan penjelasan di atas, maka dapat disimpulkan bahwa dokumentasi kebidanan adalah proses pencacatan dan penyimpanan data-data yang bermakna dalam pelaksanaan kegiatan asuhan kebidanan dan pelayanan kebidanan. Untuk memperjelas perbedaan arti antara istilah asuhan kebidanan dengan pelayanan kebidanan, maka akan kita bahas sebagai berikut.

Asuhan kebidanan diartikan sebagai asuhan kebidanan yang diberikan kepada individu/satu klien. Contohnya yaitu asuhan kebidanan pada ibu hamil, dalam hal ini bidan melakukan asuhan kebidanan pada satu ibu hamil. Sedangkan yang dimaksud dengan pelayanan kebidanan adalah asuhan kebidanan yang dilakukan oleh bidan kepada sekelompok individu atau kepada masyarakat. Contohnya yaitu asuhan kebidanan yang diberikan kepada sekelompok ibu hamil seperti penyuluhan kepada sekelompok ibu PKK.

Isi dan kegiatan dokumentasi apabila diterapkan dalam asuhan kebidanan meliputi beberapa hal sebagai berikut:

1. Tulisan yang berisi komunikasi tentang kenyataan yang esensial untuk menjaga kemungkinan-kemungkinan yang bisa terjadi untuk suatu periode tertentu.
2. Menyiapkan dan memelihara kejadian-kejadian yang diperhitungkan melalui gambaran, catatan/dokumentasi.
3. Membuat catatan pasien yang otentik tentang kebutuhan asuhan kebidanan.
4. Memonitor catatan profesional dan data dari pasien, kegiatan perawatan, perkembangan pasien menjadi sehat atau sakit dan hasil asuhan kebidanan.
5. Melaksanakan kegiatan perawatan, mengurangi penderitaan dan perawatan pada pasien yang hampir meninggal dunia.

Tujuan Dan Fungsi Dokumentasi

Pendokumentasian penting dilakukan oleh bidan mengingat dokumentasi memiliki fungsi yang sangat penting. Fungsi pentingnya melakukan dokumentasi kebidanan meliputi dua hal berikut ini.

1. Untuk mempertanggungjawabkan tindakan yang telah dilakukan bidan.
2. Sebagai bukti dari setiap tindakan bidan bila terjadi gugatan terhadapnya.

Dokumentasi yang dikomunikasikan secara akurat dan lengkap dapat berguna untuk beberapa hal berikut ini.

1. Membantu koordinasi asuhan kebidanan yang diberikan oleh tim kesehatan.
 - a. Mencegah informasi yang berulang terhadap pasien atau anggota tim kesehatan atau mencegah tumpang tindih, atau tindakan yang mungkin tidak dilakukan untuk mengurangi kesalahan dan

meningkatkan ketelitian dalam memberikan asuhan kebidanan pada pasien.

b. Membantu tim bidan dalam menggunakan waktu sebaik-baiknya karena dengan pendokumentasian, bidan tidak banyak menghabiskan waktu untuk berkomunikasi secara oral. Contoh: Seorang bidan melakukan pencatatan asuhan kebidanan yang telah dilaksanakannya sehingga bidan lain dapat mengetahui asuhan kebidanan tersebut dari catatan.

2. Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat.

Bidan diharuskan mencatat segala tindakan yang dilakukan terhadap pasien sebagai upaya untuk melindungi pasien terhadap kualitas pelayanan kebidanan yang diterima dan perlindungan terhadap keamanan bidan dalam melaksanakan tugasnya. Hal ini penting berkaitan dengan langkah antisipasi terhadap ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan dan kaitannya dengan aspek hukum yang dapat dijadikan *settle concern*, artinya dokumentasi dapat digunakan untuk menjawab ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diterima secara hukum.

3. Sebagai informasi statistik.

Data statistik dari dokumentasi kebidanan dapat membantu merencanakan kebutuhan di masa mendatang, baik SDM, sarana, prasarana, dan teknis. Penting kiranya untuk terus menerus memberi informasi kepada orang tentang apa yang telah, sedang, dan akan dilakukan, serta segala perubahan dalam pekerjaan yang telah ditetapkan.

4. Sebagai sarana pendidikan.

Dokumentasi asuhan kebidanan yang dilaksanakan secara baik dan benar akan membantu para siswa kebidanan maupun siswa kesehatan lainnya dalam proses belajar mengajar untuk mendapatkan pengetahuan dan membandingkannya, baik teori maupun praktik lapangan.

5. Sebagai sumber data penelitian.

Informasi yang ditulis dalam dokumentasi dapat digunakan sebagai sumber data penelitian. Hal ini erat kaitannya dengan yang dilakukan terhadap asuhan kebidanan yang diberikan, sehingga melalui penelitian dapat diciptakan satu bentuk pelayanan keperawatan dan kebidanan yang aman, efektif, dan etis.

6. Sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan.

Melalui dokumentasi yang dilakukan dengan baik dan benar, diharapkan asuhan kebidanan yang berkualitas dapat dicapai, karena jaminan kualitas merupakan bagian dari program pengembangan pelayanan kesehatan. Suatu perbaikan tidak dapat diwujudkan tanpa dokumentasi yang kontinu, akurat, dan rutin baik yang dilakukan oleh bidan maupun tenaga kesehatan lainnya. Audit jaminan kualitas

membantu untuk menetapkan suatu akreditasi pelayanan kebidanan dalam mencapai standar yang telah ditetapkan.

7. Sebagai sumber data asuhan kebidanan berkelanjutan.

Dengan dokumentasi akan didapatkan data yang aktual dan konsisten mencakup seluruh asuhan kebidanan yang dilakukan.

8. Untuk menetapkan prosedur dan standar.

Prosedur menentukan rangkaian kegiatan yang akan dilaksanakan, sedangkan standar menentukan aturan yang akan dianut dalam menjalankan prosedur tersebut.

9. Untuk mencatat.

Dokumentasi akan diperlukan untuk memonitor kinerja peralatan, sistem, dan sumber daya manusia. Dari dokumentasi ini, manajemen dapat memutuskan atau menilai apakah departemen tersebut memenuhi atau mencapai tujuannya dalam skala waktu dan batasan sumber dayanya. Selain itu manajemen dapat mengukur kualitas pekerjaan, yaitu apakah outputnya sesuai dengan spesifikasi dan standar yang telah ditetapkan.

10. Untuk memberi instruksi.

Dokumentasi yang baik akan membantu dalam pelatihan untuk tujuan penanganan instalasi baru atau untuk tujuan promosi.

Berdasarkan Fauziah, Afroh, & Sudarti (2010) juga mengungkapkan bahwa manfaat dari dokumentasi dalam kaitan asuhan keluarga di komunitas adalah sebagai berikut:

- a) Aspek medis, dokumentasi yang berisi catatan yang dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada pasien.
- b) Aspek administrasi, terdapatnya dokumentasi kebidanan yang berisi tentang tindakan bidan, berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.
- c) Aspek hukum, melalui dokumentasi maka terdapat jaminan kepastian hukum dan penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan karena semua catatan tentang pasien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum. Hal tersebut sangat bermanfaat apabila dijumpai suatu masalah yang berhubungan dengan profesi bidan, bidan sebagai pemberi jasa dan pasien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi diperlukan sewaktu waktu karena dapat digunakan sebagai barang bukti di pengadilan, maka dalam pencatatan, data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, objektif dan ditandatangani oleh bidan.

Prinsip- Prinsip Dokumentasi

Prinsip dokumentasi manajemen asuhan kebidanan adalah suatu hal yang diyakini dalam proses pencatatan, penyimpanan informasi, data fakta yang bermakna dalam pelaksanaan kegiatan yang merupakan

alur pikir bagi seorang bidan yang memberikan arah/kerangka kerja dalam menangani kasus yang menjadi tanggung jawabnya. Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Wildan dan Hidayat (2009), prinsip-prinsip pendokumentasian harus memenuhi prinsip lengkap, teliti, berdasarkan fakta, logis dan dapat dibaca.

1. Lengkap

Maksudnya bahwa ketika mendokumentasikan data harus memenuhi prinsip lengkap. Prinsip lengkap di sini berarti:

- a. Mencatat semua pelayanan kesehatan yang diberikan.
- b. Catatan kebidanan terdiri dari semua tahap proses kebidanan.
- c. Mencatat tanggapan bidan/perawat.
- d. Mencatat tanggapan pasien.
- e. Mencatat alasan pasien dirawat.
- f. Mencatat kunjungan dokter.

2. Teliti

Maksudnya bahwa ketika mendokumentasikan data harus memenuhi prinsip teliti. Prinsip teliti meliputi:

- a. Mencatat setiap ada perubahan rencana kebidanan.
- b. Mencatat pelayanan kesehatan.
- c. Mencatat pada lembar/bagan yang telah ditentukan.
- d. Mencantumkan tanda tangan/paraf bidan.
- e. Setiap kesalahan dikoreksi dengan baik.
- f. Catatan hasil pemeriksaan ada kesesuaian dengan hasil laboratorium/instruksi dokter.

3. Berdasarkan fakta

Maksudnya bahwa ketika mendokumentasikan data harus memenuhi prinsip berdasarkan fakta. Prinsip berdasarkan fakta mencakup hal berikut ini:

- a. Mencatat fakta daripada pendapat.
- b. Mencatat informasi yang berhubungandalam bagan/laboratorium.
- c. Menggunakan bahasa aktif.

4. Logis

Maksudnya bahwa ketika mendokumentasikan data harus memenuhi prinsip logis. Prinsip logis meliputi:

- a. Jelas dan logis.
- b. Catatan secara kronologis.
- c. Mencantumkan nama dan nomor register pada setiap lembar.
- d. Penulisan dimulai dengan huruf besar.
- e. Setiap penulisan data memiliki identitas dan waktu (jam, hari, tanggal, bulan dan tahun).

5. Dapat dibaca

Maksudnya bahwa ketika mendokumentasikan data harus memenuhi prinsip dapat dibaca. Prinsip dapat dibaca meliputi:

- a. Tulisan dapat dibaca.
- b. Bebas dari catatan dan koreksi.
- c. Menggunakan tinta.

d. Menggunakan singkatan/istilah yang lazim digunakan.

Selain prinsip tersebut diatas, Wildan dan Hidayat (2009) juga menyebutkan bahwa ketika melakukan pendokumentasian, ada persyaratan dokumentasi kebidanan yang perlu diketahui, diantaranya sebagai berikut.

1. Kesederhanaan

Penggunaan kata kata yang sederhana mudah dibaca, mudah dimengerti dan menghindari istilah yang sulit dipahami.

2. Keakuratan

Data yang diperoleh harus benar benar akurat berdasarkan informasi yang telah dikumpulkan. Selain itu terdapat kejelasan bahwa data yang diperoleh berasal dari pasien. Dengan demikian, dapat ditarik kesimpulan yang otentik dan akurat serta terhindar dari kesimpulan yang menyimpang.

3. Kesabaran

Gunakan kesabaran dalam membuat dokumentasi kebidanan dengan meluangkan waktu untuk memeriksa kebenaran terhadap data pasien yang telah atau sedang diperiksa.

4. Ketepatan

Ketepatan 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 bagan yang ditentukan, dan kesesuaian hasil pemeriksaan dengan hasil atau intruksi dokter dan tenaga kesehatan lainnya, dimana kesalahan dikoreksi dengan baik dan pada tanda bukti pencantuman ditandatangani oleh pihak-pihak yang berwenang.

5. Kelengkapan

Pencatatan terhadap semua pelayanan yang diberikan, tanggapan bidan, tanggapan pasien, alasan pasien dirawat, kunjungan dokter, dan tenaga kesehatan lainnya beserta advisnya yang terdiri dari 5 atau 7 tahap asuhan kebidanan.

6. Kejelasan dan keobjektifan

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 dimulai dengan huruf besar dan setiap penulisan data memiliki identitas dan waktu.

Teknik Pendokumentasian

Teknik pendokumentasian merupakan cara menggunakan dokumentasi dalam

penerapan proses asuhan. Ada 2 (dua) macam teknik pendokumentasian, yaitu teknik naratif dan flow sheet dengan penjelasan sebagai berikut.

1. Naratif

Teknik naratif merupakan teknik yang dipakai untuk mencatat perkembangan pasien dari hari ke hari dalam bentuk narasi, yang mempunyai beberapa keuntungan dan kerugian.

Keuntungan teknik pendokumentasian naratif adalah sebagai berikut.

- a. Membuat dokumentasi yang kronologis sehingga membantu menginterpretasikan kejadian pada pasien secara berurutan.
- b. Memberi kebebasan kepada petugas untuk memilih bagaimana informasi yang akan dicatat.

Sedangkan kerugian teknik pendokumentasian naratif adalah sebagai berikut.

- a. Memungkinkan terjadinya fragmentasi kata –kata yang berlebihan, kata yang tidak berarti, kadang – kadang sulit mencari informasi kembali, pesan mudah terlupakan, pengulangan dibutuhkan dari setiap sumber.
- b. Membutuhkan waktu yang panjang, urutan kronologis akan lebih sulit sebab hubungan informasi yang didokumentasikan pada tempat yang sama.

Pedoman dalam teknik pendokumentasian naratif adalah sebagai berikut.

- a. Gunakan batasan – batasan standar.
- b. Ikuti langkah – langkah proses asuhan.
- c. Buat suatu periode waktu tentang kapan petugas melakukan tindakan
- d. Catat pernyataan evaluasi pada waktu khusus.

2. Flow Sheet

Flow sheet memungkinkan petugas untuk mencatat hasil observasi atau pengukuran yang dilakukan secara berulang yang tidak perlu ditulis secara naratif, termasuk data klinik klien. Flow sheet merupakan cara tercepat dan paling efisien untuk mencatat informasi, selain itu tenaga kesehatan akan dengan mudah mengetahui keadaan klien hanya dengan melihat grafik yang terdapat pada flow sheet. Flow sheet atau checklist biasanya lebih sering digunakan di unit gawat darurat.

Keuntungan dalam menggunakan flow sheet antara lain sebagai berikut.

- a. Meningkatkan kualitas pencatatan observasi.
- b. Memperkuat aspek legal.
- c. Memperkuat atau menghargai standar asuhan.
- d. Menjadikan dokumentasi kebidanan lebih tepat.
- e. Mengurangi fragmentasi data pasien dan asuhan.
- f. Membatasi narasi yang terlalu luas.

Sedangkan kerugian dalam menggunakan flow sheet antara lain sebagai berikut.

- a. Memperluas catatan medik dan menciptakan penggunaan penyimpanan.
- b. Memungkinkan duplikasi data, rancangan dan format.
- c. Tidak ada ruang untuk pencatatan tentang kejadian yang tidak biasa terjadi dan bertahan untuk menggunakan lembar alur.

Langkah-Langkah Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Di Komunitas

Langkah-langkah proses penatalaksanaan ini pada hakikatnya sudah menjelaskan dengan jelas pengertian masing-masing. Namun untuk pendokumentasian di komunitas lebih diarahkan kepada masalah kesehatan yang ada di masyarakat. Adapun langkah-langkahnya sebagai berikut.

1. Identifikasi Masalah

Sebagai pemberi pelayanan kesehatan, bidan melakukan identifikasi untuk mengatasi keadaan dan masalah kesehatan masyarakat di desanya, terutama masalah kesehatan ibu dan anak, untuk itu perlu dilakukan pengumpulan data yang valid dan akurat. Berdasarkan data, pengumpulan dilaksanakan secara langsung ke masyarakat (data subyektif) diperoleh langsung dari informasi masyarakat melalui wawancara dan (data obyektif) yang diperoleh dari hasil observasi, pemeriksaan dan penelaahan catatan keluarga, masyarakat dan lingkungannya.

a. Hal – hal yang perlu diidentifikasi di masyarakat antara lain sebagai berikut.

- 1) Identitas Keluarga
- 2) Faktor lingkungan
- 3) Komunikasi, transportasi dan informasi
- 4) Pelayanan kesehatan dan sosial
- 5) Data Kesehatan ibu (kesehatan ibu hamil, kesehatan ibu nifas, ibu menyusui, keluarga berencana)
- 6) Data Neonatus, bayi dan balita
- 7) Data anak usia sekolah (5 – 12 tahun)
- 8) Data remaja
- 9) Data senium atau menopause (<45 - >65 tahun)
- 10) Data lansia (59 – 65 tahun)
- 11) Data sosial budaya (sarana peribadatan, pemeluk agama atau kepercayaan)

b. Hal – hal yang perlu diidentifikasi di keluarga binaan antara lain sebagai berikut.

- 1) Identitas keluarga (nama, usia, jenis kelamin, hubungan keluarga, pendidikan, golongan darah)
- 2) Penghasilan Kepala keluarga tetap per bulan

- 3) Kepemilikan jaminan kesehatan
- 4) Jarak rumah dengan pelayanan kesehatan
- 5) Alat transportasi keluarga
- 6) Kepemilikan sarana dan prasarana (adanya jamban sehat, ketersediaan air bersih, pembuangan sampah limbah rumah tangga)
- 7) Pengetahuan

2. Analisis Data

Seluruh data yang dikumpulkan, yang relevan, digunakan sebagai bahan untuk analisa. Dari data yang terkumpul diperoleh informasi tentang:

- a. Hubungan antara penyakit atau status kesehatan dengan lingkungan, keadaan sosial budaya (perilaku) pelayanan kesehatan yang ada, serta faktor – faktor keturunan yang berpengaruh terhadap kesehatan.
- b. Masalah – masalah kesehatan (termasuk penyakit) ibu dan anak balita.
- c. Masalah utama kesehatan ibu dan anak serta penyebabnya.
- d. Faktor – faktor pendukung dan penghambat bila upaya perbaikan kesehatan ibu dan anak balita serta KB dilakukan.

3. Perumusan Masalah

Setelah data di analisa, selanjutnya dirumuskan masalah kesehatan masyarakat. Dalam penyusunan masalah kesehatan, seseorang harus selalu mengacu pada tipologi masalah kesehatan, yaitu sebagai berikut.

- a. Ancaman kesehatan, adalah yang dapat meningkatkan terjadinya penyakit, kecelakaan dan kegagalan dalam mencapai potensi kesehatan.
- b. Kurang atau tidak sehat, adalah kegagalan dalam memantapkan kesehatan.
- c. Situasi krisis, adalah saat-saat yang banyak menuntut individu atau keluarga dalam menyesuaikan diri .

4. Prioritas Masalah

Setelah menentukan masalah, langkah selanjutnya adalah menentukan prioritas masalah kesehatan keluarga. Dalam menyusun prioritas masalah kesehatan keluarga, didasarkan pada beberapa kriteria sebagai berikut.

- a. Sifat masalah, dikelompokkan menjadi ancaman kesehatan, keadaan sakit atau kurang sehat, situasi krisis.
- b. Kemungkinan masalah dapat diubah maksudnya kemungkinan keberhasilan untuk mengurangi masalah atau menvegah masalah bila dilakukan intervensi kesehatan.

- c. Potensi masalah untuk dicegah maksudnya sifat dan beratnya masalah yang akan timbul dan dapat dikurangi atau dicegah melalui tindakan kesehatan.
- d. Masalah yang menonjol maksudnya cara keluarga melihat dan menilai masalah dalam hal berat dan mendesaknya masalah tersebut untuk diatasi melalui intervensi kesehatan.

5. Perencanaan

Langkah selanjutnya adalah menyusun perencanaan kesehatan keluarga. Rencana kesehatan keluarga adalah sekumpulan tindakan yang ditentukan bidan untuk dilaksanakan dalam memecahkan masalah kesehatan yang telah teridentifikasi.

6. Pelaksanaan

Pelaksanaan yang dilakukan bidan di komunitas mencakup rencana pelaksanaan yang sesuai dengan tujuan yang akan dicapai.

7. Evaluasi

Tujuan evaluasi adalah untuk mengetahui ketepatan atau kesempurnaan antara hasil yang dicapai dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Suatu kegiatan dikatakan berhasil apabila evaluasi menunjukkan data yang sesuai dengan tujuan yang akan dicapai.

Daftar Pustaka

- Kementerian Kesehatan RI. (2007). *Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 369/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Bidan*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Modul Mahasiswi. (2015). *Asuhan Kebidanan Komunitas berperspektive gender dan HAM*. Jakarta: Yayasan Pendidikan Kesehatan Perempuan.
- Pengurus Pusat IBI. (2016). *Buku Acuan Midwifery Update*. Jakarta: Ikatan Bidan Indonesia.
- Safrudin & Hamidah. (2009). *Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC.
- Setiadi. (2008). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Setyawan (2012). *Modul Mata Kuliah Komunitas: Praktik dan Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Keluarga*. Surakarta: Poltekkes Surakarta.