



ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS DAN TANGGAP DARURAT BENCANA

- Christina Tien Popang
- Anisa Nanang Sulistiyowati
- Yuhanah
- Hadija
- Qurratul A'yun
- St. Munawwarah. M
- Endriyani Martina Yunus
- Cintika Yorinda Sebtalesty
- Faridah Hariyani
- Niken Bayu Argaheni
- Vera Iriani Abdullah

ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS DAN TANGGAP DARURAT BENCANA

**Christina Tien Popang
Anisa Nanang Sulistiyowati
Yuhanah
Hadija
Qurratul A'yun
St. Munawwarah. M
Endriyani Martina Yunus
Cintika Yorinda Sebtalesty
Faridah Hariyani
Niken Bayu Argaheni
Vera Iriani Abdullah**



PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS DAN TANGGAP DARURAT BENCANA

Penulis :

Christina Tien Popang
Anisa Nanang Sulistiyowati
Yuhanah
Hadija
Qurratul A'yun
St. Munawwarah. M
Endriyani Martina Yunus
Cintika Yorinda Sebtalesty
Faridah Hariyani
Niken Bayu Argaheni
Vera Iriani Abdullah

ISBN : 978-623-198-066-3

Editor : Dr. Neila Sulung, S.Pd., Ns., M.Kes.

Ilda Melisa, A.Md.,Kep

Penyunting : Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

Penerbit : PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tangah
Padang Sumatera Barat
Website : www.globaleksekutifteknologi.co.id
Email : globaleksekutifteknologi@gmail.com

Cetakan pertama, 11 Februari 2023

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

KATA PENGANTAR

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

Buku ini membahas Konsep Asuhan komunitas, Filosofi Kebidanan Komunitas, Manajemen kebidanan dan komunikasi dalam Asuhan komunitas, Peran dan Fungsi Kebidanan Komunitas, Berfikir kritis, Clinical judgment, Problem solving dalam Asuhan komunitas, Peran Serta Masyarakat dalam Asuhan komunitas, Dasar - Dasar Pengelolaan Multi Bencana, Manajemen Lingkungan, Organisasi Tanggap Darurat Kesehatan dan Kesehatan Masyarakat, Sistem Informasi Manajemen Bencana, Dokumentasi Asuhan Komunitas pada darurat bencana.

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

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

Padang, 11 Februari 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR.....	vi
BAB 1 KONSEP ASUHAN KOMUNITAS	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Homecare Sebagai Bentuk Pelayanan Komunitas .	2
1.3 Tahapan Pelaksanaan Kebidanan Komunitas	3
1.4 Perkembangan Asuhan Komunitas Berbasis Teknologi.....	6
DAFTAR PUSTAKA.....	9
BAB 2 FILOSOFI KEBIDANAN KOMUNTAS	11
2.1 Pendahuluan.....	11
2.2 Konsep Kebidanan Komunitas	12
2.3 Filosofi Dan Ruang Lingkup Pelayanan Kebidanan Komunitas	12
2.4 Sasaran Pelayanan Kebidanan Komunitas	17
DAFTAR PUSTAKA.....	19
BAB 3 MANAJEMEN KEBIDANAN DAN KOMUNIKASI DALAM ASUHAN KOMUNITAS.....	21
3.1 Manajemen Kebidanan	21
3.1.1 PengertiananaManajemenaKebidanan	21
3.1.2 Tujuan ManajemenaKebidanan	22
3.1.3 Manfaat ManajemenaKebidanan	23
3.1.4 Lankah-langkah ManajemenaKebidanan	23
3.2 Komunikasi dalam Asuhan Komunitas	25
3.2.1 Komunikasi	25
3.2.2 AsuhanaKebidananaKomunitas.....	29
DAFTAR PUSTAKA.....	33
BAB 4 PERAN DAN FUNGSI KEBIDANAN KOMUNITAS	35
4.1 Defenisi, Peran Dan Fungsi Bidan	35
4.1.1 Defenisi Bidan	35

4.1.2 Peran Dan Fungsi Bidan	36
4.2 Peran dan Fungsi Bidan Sesuai dengan Kompetensi Bidan Indonesia Berkaitan dengan Asuhan di Komunitas	42
4.2.1 Pengetahuan Dasar.....	42
4.2.2 Pengetahuan Tambahan.....	42
4.2.3 Keterampilan Dasar	43
4.2.4 Keterampilan Tambahan.....	43
4.3 Fungsi Bidan Sebagai Pelaksana	43
4.4 Sasaran Kebidanan Komunitas.....	44
4.5 Tanggung Jawab Bidan di Komunitas	44
4.6 Kegiatan Bidan di Komunitas	44
4.7 Tujuan Secara Umum Dari Asuhan Kebidanan Komunitas	45
4.8 Tugas dan Wewenang Bidan di Desa.....	46
4.9 Praktik Mandiri Bidan.....	47
DAFTAR PUSTAKA.....	48

BAB 5 BERFIKIR KRITIS, CLINICAL JUDGEMENT DAN PROBLEM SOLVING DALAM ASUHAN

KEBIDANAN KOMUNITAS.....	49
5.1 Pengertian Berfikir Kritis.....	49
5.2 Pengertian Clinical judgement.....	51
5.3 Problem Solving.....	52
5.4 Pemecahan Masalah (Problem Solving).....	55
5.4.1 Pemecahan masalah pada kasus ANC	55
5.4.2 Pemecahan masalah pada kasus INC.....	59
5.4.3 Pemecahan masalah pada kasus PNC	66
5.4.4 Pemecahan masalah pada kasus BBL.....	69
DAFTAR PUSTAKA.....	72

BAB 6 PERAN SERTA MASYARAKAT DALAM

ASUHAN KOMUNITAS	73
6.1 Pendahuluan	73
6.2 Peran Serta Masyarakat.....	76
6.3 Tingkat Keterikatan Kelompok Masyarakat.....	78

6.4 Tahap Peran Serta Masyarakat	79
6.5 Tahap dalam membuat program PSM	80
6.6 Ciri-Ciri Peran Serta Masyarakat	82
6.7 Prinsip Peran Serta Masyarakat.....	83
6.8 Landasan Hukum Penyelenggaraan Peran Serta Masyarakat.....	84
6.9 Kemampuan dan Kekuatan Dimiliki Peran Serta Masyarakat.....	86
DAFTAR PUSTAKA.....	89
BAB 7 DASAR DASAR PENGELOLAAN MULTI BENCANA.....	91
7.1 Pendahuluan.....	91
7.2 Definisi	92
7.3 Krisis Kesehatan.....	93
7.3.1 Tahap Pra Krisis Kesehatan.....	94
7.3.2 Tahap Tanggap Darurat Krisis Kesehatan	95
7.3.3 Tahap Pasca Kritis Kesehatan.....	95
7.4 Konsep Dasar Paket Pelayanan Awal Minimum.....	97
7.5 Mencegah Penularan HIV dan IMS.....	102
7.6 Mencegah Meningkatnya Kesakitan dan Kematian Maternal dan Neonatal.....	103
DAFTAR PUSTAKA.....	106
BAB 8 MANAJEMEN LINGKUNGAN.....	107
8.1 Pendahuluan.....	107
8.2 Konsep Manajemen Lingkungan.....	108
8.3 Komponen dalam Sistem Manajemen Lingkungan	112
8.4 Rehabilitasi Lingkungan Pascabencana.....	115
8.5 Pemenuhan Dasar Bidang Kesehatan Lingkungan	120
DAFTAR PUSTAKA.....	124
BAB 9 ORGANISASI TANGGAP DARURAT KESEHATAN DAN KESEHATAN MASYARAKAT.....	125
9.1 Pendahuluan.....	125
9.2 Penanggulangan Bencana.....	126
9.2.1 Krisis Kesehatan.....	127

9.2.2 Tahap Krisis Kesehatan dan Penanggulangannya.....	128
9.3 Organisasi Tanggap Darurat Kesehatan.....	133
9.4 Hak dan kewajiban masyarakat dalam penanggulangan bencana)	135
DAFTAR PUSTAKA.....	137
BAB 10 SISTEM INFORMASI MANAJEMEN BENCANA.	139
10.1 Pendahuluan.....	139
10.2 Contoh Sistem Infomasi	141
DAFTAR PUSTAKA.....	146
BAB 11 DOKUMENTASI ASUHAN KOMUNITAS PADA DARURAT BENCANA	147
11.1 Pendahuluan.....	147
11.2 Asuhan Komunitas Pada Darurat Bencana.....	149
11.3 Dokumentasi Asuhan Komunitas Pada Darurat Bencana	150
DAFTAR PUSTAKA.....	157
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 7.1 : Sistem Klaster Nasional.....	96
Gambar 7.2 : Siklus Penanggulangan Bencana	97
Gambar 7.3 : Alur Pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja.....	101
Gambar 8.1 : Skeme Tipikal dari Praktik yang diadopsi untuk Manajemen Lingkungan...	110
Gambar 10.1 : SIG dalam semua fase siklus bencana	142
Gambar 10.2 : Sistem Pemantauan dan Respons Bencana (DMRS)	144
Gambar 10.3 : Tampilan Web ASDMP	145

BAB 1

KONSEP ASUHAN KOMUNITAS

Oleh Christina Tien Popang

1.1 Pendahuluan

Pada era ini, kita menghadapi masalah kesehatan yang cukup kompleks. Pemerintah melakukan terobosan dengan melaksanakan program penempatan bidan di desa untuk meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat tersebut. Untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak, kearifan merupakan kewajiban nasional, dan segala upaya akan dilakukan untuk mencapainya (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2003).

Bidan yang ditempatkan di masyarakat disebut bidan desa. Bidan ditempatkan di setiap kota tanpa akses ke perawatan kesehatan dan bertanggung jawab langsung kepada kepala institusi medis. Desa tempat bidan bekerja rata-rata berpenduduk 3000 jiwa. Tujuan utamanya adalah mewujudkan peran dan masyarakat melalui pembinaan posyandu dan zakat kelompok, selain memberikan pelayanan langsung melalui posyandu dan persalinan di rumah (Putriana, Y., & Pare, S. K. H. 2012).

Adapaun untuk dampak lebih lanjut, pelayanan komunitas kesejahteraan sosial dan efisiensi program dapat terwujud melalui distribusi status kesehatan yang maksimal, perlindungan finansial terhadap berbagai resiko yang mungkin muncul, serta peningkatan kepuasan masyarakat. Adapun fokus utama program pelayanan komunitas adalah pada masyarakat yang kurang mampu yang memiliki kecenderungan tidak mampu menjangkau pelayanan kesehatan karena kurangnya pengetahuan dan kemampuan terkait pentingnya menjaga

kebersihan lingkungan, pengetahuan terhadap kesehatan, serta kepadatan hunian. Hal ini sesuai dengan konsep kausalitas penyakit yaitu *enabling factor*, *predisposing factor*, *precipitating factor*, dan *reinforcing factor*. Adapun beberapa pendekatan pemecahan masalah yang dapat digunakan adalah tingkat prevalensi, *case mortality rate*, kasus baru dan *clinical stage* (Efendi, 2009).

1.2 Homecare Sebagai Bentuk Pelayanan Komunitas

Karena kekurangan tenaga keperawatan, program kesehatan masyarakat juga harus dilakukan oleh tenaga bidan. Menurut Dinas Kesehatan Provinsi Lampung (2009), bidan di Kabupaten Pesawaran berjumlah 233 orang, 157 orang diantaranya bekerja di dusun. Sebaliknya, hanya ada 102 perawat.

Karena kurangnya perawat sebagai landasan kebijakan program, bidan juga ikut serta memberikan pelayanan kesehatan masyarakat. Ketika bidan mulai mengimplementasikan program kesehatan masyarakat di masyarakat, program kesehatan masyarakat status kesehatan terkait belum mencapai tujuan yang diinginkan, terutama dalam kasus bayi, Dari 22.924 balita di Kabupaten Pesawaran, Lampung, masih terdapat balita gizi buruk. Malnutrisi mempengaruhi sebanyak 9 (0,04%) dan 695 (3,14%) dari total populasi (dainty., *et all*, 2017). Selain itu beberapa penyakit peserta masih banyak ditemukan.

Untuk mengatasi berbagai permasalahan tersebut, beberapa hal yang dapat diupayakan, dalam tatanan layanan rumah sakit, beberapa bentuk layanan yang diberikan seperti ambulansi dini yang bersifat memperpendek lama rawat, sehingga dimaksimalkan pemberian pendidikan kesehatan, misal pada lama perawatan *post partum*, dengan lama rawat

ideal 1-3 hari, dengan homecare ibu dapat diajarkan lebih detail mengenai cara menyusui, cara melakukan perawatan tali pusat, melakukan perawatan luka perineum, berserta senam post partum yang selama ini peaksanaannya masih sangat kurang.

Selain itu berbagai hal tersebut juga dapat dilakukan guna mencegah terjadinya infeksi nosocomial. Lebih dari itu, berbagai hal tersebut dapat dilakukan untuk mencegah prevalensi terjadinya penyakit kronis (Kholifah, 2012).

Dalam hal ini, lingkungan merupakan factor yang sangat peting dalam mengatasi tingginya prevaensi penyakit. Terdapat beberapa model yang menjadi penyebab epidemiologi penyakit, beberapa diantaranya adalah host, agent dan environment. Adapun kondisi Perilaku hidup bersih dan sehat yang buruk beserta kondisi lingkungan yang buruk dapat meningkatkan resiko penularan penyakit (Dewi, Iwa and Nggarang, 2020)

1.3 Tahapan Pelaksanaan Kebidanan Komunitas

Tujuan kebidanan komunitas terbagi menjadi dua jenis, yaitu umum dan khusus. Inilah alasannya:

- Tujuan Normatif untuk Organisasi Masyarakat
- Membantu meningkatkan kesehatan orang tua dan anak-anak dalam kelompok untuk memastikan kesejahteraan mereka dan orang lain di masyarakat.
- Membantu masyarakat menjadi lebih percaya diri dalam kemampuan mereka untuk memecahkan masalah yang terkait dengan kerjasama masyarakat untuk mencapai tingkat kesehatan yang sebaik-baiknya.

Tujuan Kebidanan Komunitas Berbasis Khusus diantaranya adalah:

- Mengidentifikasi masalah yang memiliki hubungan dengan kohesi komunitas.
- Identifikasi struktur dalam populasi sasaran.
- Meningkatkan kemampuan individu, kelompok, atau masyarakat umum untuk melakukan asuhan kebidanan dalam rangka penyelesaian suatu masalah tertentu.
- Luncurkan kampanye promosi dan pencegahan untuk hidup sehat.
- dapat memberikan informasi kepada masyarakat umum tentang praktik yang sehat dan aman.
- Dapat digunakan untuk mengidentifikasi situasi berisiko tinggi atau bahan mentah yang membutuhkan pembinaan. (Safrudin dan hamidah, 2009)

Adapun beberapa tahapan yang perlu dilakukan dalam pelaksanaan pencegahan kasus resiko tinggi adalah, adalah melakukan program pengendalian lingkungan atau perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Adapun fokus asuhan keperawatan komunitas adalah perubahan perilaku dan sikap masyarakat menjadi lebih baik atau yang disebut juga dengan tindakan promotif untuk meningkatkan status kesehatan dan preventif untuk mencegah terjadinya suatu penyakit.

Adapun dalam peningkatan perencanaan pelaksanaan komunitas dimulai dari berbagai upaya dan strategi perbaikan guna meningkatkan status kesehatan masyarakat. Adapun beberapa bentuk kegiatan yang dapat dilakukan seperti diskusi, ceramah, berbagai survey, serta melakukan demonstrasi. Jika didetailkan lebih lanjut, bentuk pelaksanaannya adalah:

a. Melakukan pengkajian komunitas

Adapun dalam tahap ini pengkajian dilakukan dengan menyebarkan kuesioner atau angket yang berisikan

berbagai pertanyaan untuk mengetahui dan mengidentifikasi berbagai permasalahan real yang dihadapi warga. Pengkajian dilakukan door to door, wawancara dan observasi dari rumah ke rumah. Selain data primer, sebagai data pendukung dibutuhkan data sekunder dari puskesmas.

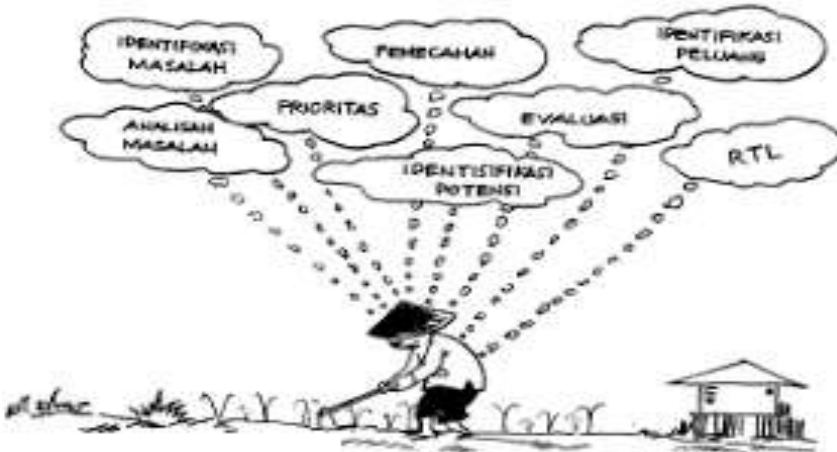
- b. Setelah dilakukan pengkajian, tahap selanjutnya adalah melakukan analisa data, kemudian dilanjutkan dengan menentukan prioritas masalah. Adapun jenis masalah dimasyarakat yang menjadi prioritas untuk ditangani adalah masalah dengan persentase insiden tertinggi, masalah yang paling dirasakan warga, dan paling memungkinkan untuk segera diatasi.
- c. Melakukan planning untuk tindakan selanjutnya, adapun hasil pengkajian dapat dipaparkan secara seksama dimasyarakat dengan dihadiri oleh warga, tokoh masyarakat dan tokoh publik kemudian dilakukan musyawarah penentuan skala prioritas masalah.
- d. Tahap selanjutnya adalah tahap implementasi kegiatan, adapun beberapa bentuk kegiatan yang dapat dilakukan diantaranya adalah melakukan kegiatan promosi atau penyuluhan kesehatan tentang PHBS (perilaku hidup bersih dan sehat), penyuluhan hipertensi serta penyuluhan mengenai masalah ISPA. Adapun media penyuluhan yang biasanya digunakan adalah leaflet, poster dan video yang berisikan berbagai informasi dalam mencegah ataupun mengatasi penyakit.

Bentuk kegiatan lainnya adalah pemeriksaan kesehatan gratis seperti pemeriksaan tekanan darah, nadi, pernafasan serta pengkajian riwayat kesehatan penderita.

- e. Evaluasi kegiatan

Adapun tahapan terakhir dalam pelaksanaan keperawatan komunitas adalah melakukan evaluasi kegiatan atau program yang telah dilaksanakan. Evaluasi ini berupa berbagai substansi kegiatan yang berhasil dilakukan atau

tercapai dan yang belum tercapai dan selanjut menilai berbagai tindakan yang membutuhkan follow up.



<https://eprints.umm.ac.id/52155/40/>

Namun demikian, berbagai kegiatan tersebut hendaknya didasari atas kesadaran masyarakat untuk mau berubah menjadi lebih baik sehingga keberhasilan program dapat tercapai dengan adanya peningkatan kemandirian masyarakat dalam menjaga status kesehatnnya (Dewi, Iwa and Nggarang, 2020).

Adapun persyaratan suatu aspek dapat dikategorikan hygiene adalah memiliki fasilitas sanitasi yang baik, tempat lokasi, memiliki persediaan makanan dan bahan makanan yang memadai, cara pengolahan makanan yang sesuai, serta jenis peralatan yang digunakan (Nofalia and Nurhadi, 2018).

1.4 Perkembangan Asuhan Komunitas Berbasis Teknologi

Adapun dengan berkembangnya teknologi berbagai tahapan dikomunitas berkembang pesat. Berbagai proses integrasi catatan keperawatan menjadi bentuk digital

ditemukan dalam mengentaskan permasalahan dikomunitas. Saat ini, perkembangan teknologi digitas banyak dimanfaatkan dalam proses assessment dikomunitas. Dikarenakan cakupannya yang masih luas, dalam kegiatan surveilans yang berfokus tingkat kejadian suatu penyakit. Selain itu, penggunaan lainnya adalah adanya aplikasi keluarga sehat yang terdiri dari 12 indikator aau dterminan. (Wahyudi, 2020).

Adapun peran puskesmas, sebagai center pelayanan kesehatan komunitas, memiliki peranan vital dalam mengembangkan upaya kesehatab. Adapun pendekatan yang sering digunakan oleh pihak puskesmas adalah memberikan pelayanan comprehensive health care (pelayanan yang kompehensif) serta holistic approach yang mampu melakukan pendekatan yang menyeluruh (Contesa, 2019). Berbagai bentuk pelayanan yang diberikan seperti pelayanan KIA, upaya pelestarian kesehatan lingkungan, perbaikan gizi, dan pencegahan penyakit menular serta berbagai jenis kegiatan penyuluhan ataupun berbagai bentuk kegiatan pengabdian masyarakat (Sujana, Fitrianto and Hady, 2020).

Program situasi spesialis persalinan di kota adalah lompatan ke depan dilakukan oleh otoritas publik secara bersama-sama lebih mengembangkan administrasi kesejahteraan ke kota-kota. Bidan desa adalah bidan yang ditempatkan di desa. Kebijaksanaan tersebut merupakan komitmen nasional dan akan berusaha semaksimal mungkin untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2003). Bidan yang bertanggung jawab langsung kepada kepala puskesmas ditempatkan di setiap desa yang belum memiliki fasilitas pelayanan kesehatan. Daerah tempat bidan bekerja merupakan desa dengan rata-rata penduduk 3.000 jiwa. Melalui pembinaan posyandu dan pembinaan zakat kelompok, selain memberikan pelayanan langsung di posyandu dan pertolongan persalinan di rumah, tujuan utamanya adalah membangun peran dan

masyarakat. Selain itu, menerima rujukan untuk anggota keluarga dengan masalah kesehatan ke pusat atau fasilitas kesehatan yang lebih kompeten dan hemat biaya. Melalui puskesmas dan posyandu, tujuan penempatan bidan di desa adalah untuk meningkatkan mutu dan pemerataan pelayanan kesehatan, menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan balita, serta meningkatkan kesadaran masyarakat akan praktik hidup sehat (Erawati, 2021).

Beban kerja bidan di desa semakin berat dengan diluncurkannya program Perkesmas untuk pelayanan kesehatan masyarakat secara nasional. Pusat kesehatan masyarakat dimasukkan ke dalam upaya kelompok untuk mempromosikan kesehatan dan pembangunan wajib dan merupakan komponen penting dari upaya pusat kesehatan (Ayue, 2022).

Pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan masyarakat, dan pertimbangan masalah kesehatan adalah tujuannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Ayue, H. I. 2022. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Wineka Media.
- Contesa, L. 2019. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Program Layanan Kebidanan Komunitas Di Puskesmas Opi Palembang. *Masker Medika*, 7(1), 27-33.
- Dainty Maternity, S. S. T., Keb, M., Putri, R. D., & Aulia, D. L. N. 2017. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Penerbit Andi.
- Efendi, F.& M. 2009. 'Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori Dan Praktik Keperawatan', *Jurnal Keperawatan*, p. 106. Available at: <http://repo.stikesperintis.ac.id/id/eprint/1103>.
- Erawati, N. K. 2021. Kecerdasan Emosional Sebagai Salah Satu Determinan Hasil Belajar Asuhan Kebidanan. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 12(2), 355-364.
- Harefa, E.I.J. 2019. 'Peningkatan Perencanaan Asuhan Keperawatan Komunitas di Rumah Sakit', *Inarxiv*, pp. 1-6. Available at: <https://osf.io/preprints/inarxiv/385md/>.
- Kholifah, S.N. 2012. 'Home Care', V(1), pp. 44-48.
- Nofalia, I. and Nurhadi. 2018. 'Keperawatan Komunitas I', pp. 1-142. Available at: <file:///C:/Users/Jo/Downloads/Documents/Keperawatan Komunitas I.pdf>.
- Putriana, Y., & Pare, S. K. H. 2012. Kompetensi Asuhan Kebidanan Komunitas Berhubungan Dengan Kemampuan Bidan Melaksanakan Perawatan Kesehatan Masyarakat Pedesaan. *Jurnal Stikes*, 5(2).
- Safrudin, S. K. M., & Hamidah, S. P. 2009. *Kebidanan komunitas*. EGC.

- Sujana, T., Fitrianto, A. and Hady, D.F. 2020. 'Gambaran Keterampilan Keperawatan Komunitas Di Puskesmas Getasan', *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 5(1), pp. 31–38. Available at: <https://doi.org/10.30651/jkm.v5i1.3734>.
- Wahyudi, C.T. 2020. 'Pengkajian Keperawatan Komunitas Berbasis Sistem Elektronik Dengan Identifikasi Perilaku Dan Sosial Budaya: Studi Literatur', *Jurnal JKFT: Universitas Muhammadiyah Tangerang*, 5(1), pp. 62–71.
- Widyasih, H., Hernayanti, M. R., & Purnamaningrum, Y. E. 2019. *Praktik Kebidanan Komunitas Dalam Konteks Continuity Of Care*.

BAB 2

FILOSOFI KEBIDANAN KOMUNITAS

Oleh Anisa Nanang Sulistiyowati

2.1 Pendahuluan

Dalam konsep asuhan kebidanan, implementasi konsep asuhan merupakan konsep yang terintegrasi dan bersifat holistik. Praktek kebidanan yang berfokus pada kesehatan wanita, memiliki prinsip dasar proses kehamilan serta melahirkan sebagai proses awal terbentuknya sebuah keluarga. Tahapan tersebut membutuhkan nilai dan makna yang mendalam, serta harus dilindungi. Kontinuitas serta kesinambungan merupakan landasan filosofis pelaksanaan praktek kebidanan (Kostania, 2020).

Adapun yang disebut dengan asuhan kebidanan yang berkesinambungan terdiri dari 4 hal dasar yaitu (Kostania, 2020):

- a) Proses kehamilan merupakan sebuah proses alami dan termasuk fisiologis bagi seorang wanita
- b) Kepatuhan pasien terhadap asuhan kebidanan yang diberikan baik pada proses kehamilan ataupun persalinan
- c) Proses rujukan pasien dari pusat pelayanan (rumah sakit) di transfer ke pusat rujukan yang ada di komunitas
- d) Pemberi perawatan dimulai sejak kehamilan, persalinan hingga masa *post partum* baik yang normal maupun yang memiliki resiko tinggi terlebih dalam setting pelayanan komunitas

Dalam sebuah survey yang dilakukan di rumah sakit yang tidak menerapkan prinsip *continuity of care* dalam proses hamil, persalinan ataupun nifas, didapatkan data bahwa

terdapat 43% ibu tidak melakukan kunjungan untuk melakukan pemeriksaan kehamilan, 8% lainnya tidak ingin mengangkat panggilan telpon dari bidan yang menanyakan perkembangan kondisi si ibu, dan lainnya menyatakan 75% tidak pernah bertemu dengan petugas kesehatan yang merawat selama masa persalinan ataupun nifas (Ningsih, 2017).

2.2 Konsep Kebidanan Komunitas

Kebidanan komunitas merupakan bentuk pelayanan kebidanan yang memberikan penekanan pada berbagai aspek termasuk aspek psikososial budaya yang dimiliki oleh suatu komunitas atau masyarakat. Oleh karena itu tanggung jawab seorang bidan komunitas, adalah memberikan berbagai bentuk pelayanan kebidanan seperti penyuluhan baik kepada individu, keluarga ataupun masyarakat yang tidak bersifat diskriminatif, *non judgement* terhadap budaya tertentu, serta memenuhi standar pelayanan prosedur kebidanan (Wahyuni, 2018).

2.3 Filosofi Dan Ruang Lingkup Pelayanan Kebidanan Komunitas

Berasarkan filosofi pelayanan komunitas yang merupakan dasar dan cara pandang seorang bidan dalam berfikir, adapun kerangka berfikir berdasarkan pada aturan pemerintah:

KEPMENKES 369/MENKES/SK/II/2007

Adapun berdasarkan peraturan tersebut digambarkan bahwa hamil dan persalinan merupakan proses alamiah. Setiap perempuan memiliki jenis kebutuhan yang berbeda dan memiliki kesempatan untuk berpartisipasi aktif memenuhi kebutuhannya (Bustami *et al.*, 2017).

Adapun ruang lingkup pelayanan kebidanan di komunitas meliputi beberapa proses manajemen seperti berikut ini:

- a) Mengumpulkan berbagai dan secara sistematis, mencari data yang *up to date* dan relevan dan melakukan pengkajian yang komprehensif termasuk pengkajian terhadap riwayat pemeriksaan fisik
- b) Menentukan diagnosa berdasarkan hasil interpretasi dasar, contohnya jika dalam hasil pengkajian didapatkan data seorang ibu memiliki muka pucat, kadar hb rendah, konjungtiva anemis, maka tentu diagnosa yang dapat diberikan adalah anemia.
- c) Mengidentifikasi jenis kebutuhan ibu hamil dari hasil diagnosa yang sudah ditentukan. Adapun jika didapatkan ibu dengan anemia, maka intervensi yang diberikan adalah pemberian tablet zat besi guna mengatasi anemia.
- d) Memberikan informasi kepada ibu hamil melalui pendidikan kesehatan guna mengatasi masalah kesehatan yang dimiliki misalnya dengan mengkonsumsi jenis makanan yang dapat meningkatkan kadar Hb.

Selanjutnya adapun area pelayanan komunitas yang dapat diberikan adalah peningkatan kegiatan promotif dengan pemeriksaan tumbuh kembang bayi balita di posyandu terdekat, melakukan tindakan pencegahan dengan memberikan imunisasi pada bayi, melakukan deteksi dini terhadap berbagai kasus kegawat daruratan maternal ataupun neonatal dan melakukan rujukan segera sebelum terjadinya delay atau keterlambatan. Langkah selanjutnya adalah meminimalisir terjadinya tingkat kecacatan dan melakukan rehabilitasi atau pemulihan segera misalnya pada pasien pasca operasi persalinan sesar. Adapun pada beberapa kasus yang cenderung menimbulkan stigma negative dimasyarakat seperti pada kejadian TB, AIDS, kusta, *injecting drug user* (IDU) pada ibu hamil maka dalam penanganan kasus tersebut membutuhkan keterlibatan dari tokoh masyarakat dalam menangani hal tersebut (Wahyuni, 2018).

Selain itu, bentuk pelayanan kebidanan komunitas adalah memfokuskan pada *continuity of care*. Pada bentuk pelayanan ini ibu akan sering mendapatkan berbagai informasi yang dibutuhkan sehingga ibu akan memiliki tingkat kepercayaan diri yang tinggi, akan memiliki rasa aman serta nyaman dalam menjalin hubungan dengan tenaga kesehatan lainnya. Harapannya dengan bentuk pelayanan tersebut, berbagai rasa ketakutan yang dimiliki ibu saat melalui proses kehamilan dapat diatasi dengan baik, hal ini tentu akan memberikan ruang untuk tumbuh kembang emosional dan pengalaman yang positif (Ningsih, 2017).

Wanita pada dasarnya merupakan makhluk yang melihat bio-psiko-sosio-kultural menjadi aspek yang kompleks. Seni dalam pemberian asuhan kebidanan adalah seni dalam memenuhi kebutuhan wanita yang cukup kompleks. Adapun setiap wanita memiliki karakteristik yang berbeda oleh karena itu dalam pemberian asuhan hendaknya mempertimbangkan latar belakang budaya yang dimiliki serta tetap melibatkan keluarga dalam pemberian asuhan. Dalam pengambilan keputusan, hal yang perlu dipertimbangkan adalah kondisi fisik klien, nilai budaya dan “mind” atau cara berfikir dari klien tersebut (Suartini, 2018).

Adapun berdasarkan konfrensi kebidanan didapatkan bahwa lingkup pelayanan kebidanan meliputi beberapa hal sebagai berikut (Yuningsih, 2018):

- a) Pelayanan *safe motherhood* yang merupakan bentuk pelayanan ibu baru lahir serta bentuk pelayanan terhadap tingginya kejadian abortus
- b) Bentuk pelayanan *family planning* (pelayanan keluarga)
- c) Pencegahan PMS (penyakit menular seksual) yang dapat mencegah infeksi pada alat reproduksi
- d) Konsep kesehatan reproduksi pada remaja
- e) Konsep kesehatan reproduksi pada orang tua

Adapun beberapa bentuk dukungan pelayanan kebidanan komunitas yang dapat diberikan diantaranya adalah melakukan *peer education* atau diskusi teman sejawat sebagai sarana pertukaran informasi bagi ibu hamil, waktu pelaksanaan *peer education* biasasanya pada pelaksanaan posyandu dikomunitas (Nilawati *et al.*, 2018). Memberikan informasi mengenai apa saja yang dibutuhkan saat hamil kepada keluarga yang menjadi *main support*. Jika penjelasan tidak diberikan kepada keluarga, maka bisa jadi kebutuhan ibu hamil tidak terpenuhi dengan baik karena minimnya support keluarga. Selain itu kelengkapan dokumentasi seperti *information awareness* dengan menuliskan setiap catatan perkembangan ibu hamil menjadi hal yang sangat urgen untuk memantau perkembangan ibu (Wicaksana, 2016).

Menurut Wahyuni, (2018), adapun beberapa keterampilan yang harus dimiliki oleh bidan komunitas diantaranya adalah:

- a) Melakukan controlling atau pengawasan dengan menggunakan PWS KIA
- b) Memberikan pelatihan serta pembinaan kader kesehatan
- c) Memberikan pendekatan kemitraan dengan masyarakat dan tokoh dalam memberikan pemahaman kepada dukun bayi
- d) Melakukan pengelolaan terhadap berbagai jenis obat-obatan yang dibutuhkan pada saat ibu hamil, melahirkan dan postpartum yang sesuai dengan kewenangan.
- e) Menggunakan berbagai teknologi kebidanan tepat guna dalam support ibu hamil.

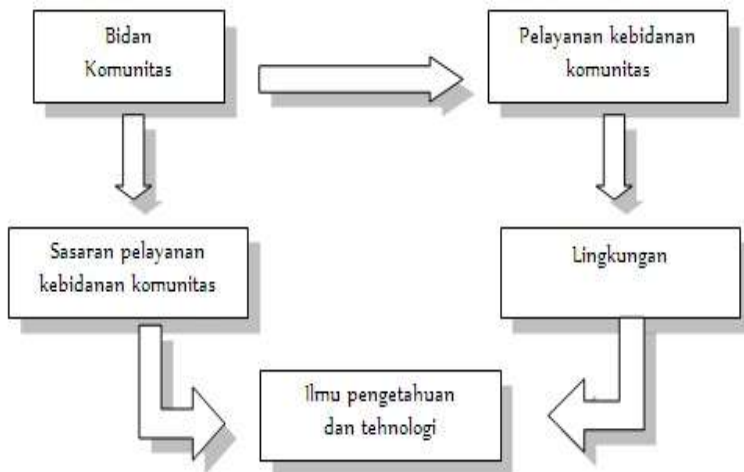
Adapun cara melakukan atau menemukan berbagai kasus ibu hamil dengan resiko tinggi dapat dilihat dengan melakukan deteksi dini menggunakan rumus berikut ini:

Jumlah ibu hamil berisiko yang di rujuk oleh kader/dukun bayi ke nakes

Jumlah seluruh sasaran persalinan dalam satu tahun X 100%

Sumber: Wahyuni, 2018)

Adapun proses pengelompokan dan pengolahan data merupakan jenis kegiatan utama dari PWS-KIA. Berbagai jenis data yang ditemukan temuan tersebut akan dirangkum sesuai urutan perdesa yang kemudian dilanjutkan ketingkat puskesmas. Kemudian dirangkum dalam berbagai jenis kegiatan jangka pendek dan menengah serta jangka panjang.



<https://www.informasibidan.com/2021/09/konsep-dasar-kebidanan-komunitas.html>

Adapun model asuhan kebidanan yang dapat diterapkan guna meningkatkan kesehatan ibu diantaranya adalah:

- Mempromosikan hak ibu dan bayi baru lahir
- Menghargai kepercayaan perempuan serta meningkatkan

- kampuan mereka dalam melalui proses persalinan
- c) Melakukan proses advokasi non tindakan dalam proses persalinan normal
 - d) Memberikan informasi serta yang mendorong pengambilan keputusan yang tepat
 - e) Melakukan pemberdaayaan wanita guna meningkatkan kapasitasnya dalam peningkatan kesehatan keluarga.
 - f) Meberikan rujukan yang tepat sesuai dengan masalah yang muncul (Susanti Ari, 2018).

2.4 Sasaran Pelayanan Kebidanan Komunitas

Adapun sasaran pelayanan kebidanan komunitas diantaranya adalah:

- Ibu: wanita pranikah, prakonsepsi, ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas serta menopause
- Anak: kesehatan janin (masa konsepsi) dalam kandungan, tumbuh kembang bayi dan balita, masa pra sekolah, serta anak usia sekolah
- Pemeliharaan kesehatan keluarga: melalui pemeliharaan masa kontrasepsi, persalinan serta imunisasi
- Kelompok masyarakat: masyarakat kumuh, terisolir serta terpencil namun berada pada daerah terjangkau
- Kelompok masyarakat: kelompok yang berada pada unit terkecil, sampai pada unit keseluruhan, remaja ibu dan kelompok.

Adapun contoh jenis tindakan yang dapat diberikan pada area promotif adalah memberikan penyuluhan pada ibu hamil, informasi mengenai tanda dan bahaya pada kehamilan, serta pentingnya pemberian ASI eksklusif. Pada tindakan pencegahan atau preventif seperti pemberian imunisasi, ANC, dan pemantauan berat badan. Pada area kuratif tindakan yang dapat diberikan seperti melakukan perawatan payudara yang

memiliki gangguan, pijat pada bayi yang sakit, dan melakukan rujukan. Pada area rehabilitative tindakan yang dapat dilakukan seperti latihan fisik pada ibu bersalin, pemberian edukasi dan gizi ibu nifas, serta mobilisasi dini pasca salin. Sedangkan pada kegiatan resosiatitatif digunakan dengan melibatkan berbagai tokoh masyarakat, desa wisma serta tabulasi (Bustami *et al.*, 2017).

Berbagai jenis kegiatan tersebut pada dasarnya adalah guna mencapai tujuan pelaksanaan asuhan kebidanan yaitu memberikan kepuasan kepada ibu dan keluarga secara maksimal untuk mewujudkan keluarga yang sejahtera dan berkualitas (Nurrobikha and Burhan, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- Bustami, L.E.S. *et al.* 2017. *Buku Ajar Kebidanan Komunitas*, CV. RUmahkayu Pustaka Uatama.
- Kostania, G. 2020. 'Model Pelaksanaan dan Evaluasi Asuhan Kebidanan Berkesinambungan dalam Praktik Kebidanan Prodi D.IV Kebidanan Gita Kostania 1 * 1', pp. 1–13.
- Nilawati, I. *et al.* 2018. 'Modul Praktik Asuhan Kebidanan Dengan Oleh : Kata Pengantar'.
- Ningsih, D.A. 2017. 'Continuity of Care Kebidanan', *Oksitosin : Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 4(2), pp. 67–77. Available at: <https://doi.org/10.35316/oksitosin.v4i2.362>.
- Nurrobikha and Burhan, A. 2018. *Buku Ajar Konsep Kebidanan*.
- Suartini, N.W. 2018. 'Kajian pemberian makan dan minum dalam persalinan ditinjau berdasarkan filosofi kebidanan', *The Journal Of Midwifery*, 6(2), pp. 103–109. Available at: <https://www.ejournal.poltekkes-denpasar.ac.id/index.php/JIK/article/view/1063>.
- Susanti Ari, D. 2018. 'Nuha Medika', *Konsep Kesenambungan Asuhan Kebidanan* [Preprint].
- Wahyuni, elly dwi. 2018. 'asuhan kebidanan komunitas', *kementrian kesehatan republik indonesia* [Preprint].
- Wicaksana, A. 2016. '濟無No Title No Title No Title', <https://Medium.Com/> [Preprint]. Available at: <https://medium.com/@arifwicaksanaa/pengertian-use-case-a7e576e1b6bf>.
- Yuningsih, R. 2018. 'Midwifery Profession In Policy Development Efforts To Improve Maternal and Child Health Services Rahmi', *Aspirasi*, 7(1), pp. 63–76.

BAB 3

MANAJEMEN KEBIDANAN DAN KOMUNIKASI DALAM ASUHAN KOMUNITAS

Oleh Yuhanah

3.1 Manajemen Kebidanan

3.1.1 Pengertian Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah sebuah metode dalam berfikir secara logis pada saat pemberian asuhan kebidanan, dengan tujuan menguntungkan kedua belah pihak baik klien maupun pemberi asuhan itu sendiri. Sehingga, manajemen kebidanan adalah cara berfikir bagi seorang bidan ketika memberi arahan pada saat menangani permasalahan yang merupakan tanggung jawabnya. Manajemen kebidanan juga dapat dikatakan sebagai cara memecahkan problem yang digunakan dalam mengelompokkan pemikiran dan tindakan berdasar aturan ilmiah, temuan-temuan, kapabilitas suatu hasil yang berpusat pada klien.

a. Menurut buku 50 tahun IBI, 2007

Manajemen kebidanan adalah negosiasi yang dilakukan oleh bidan pada saat menuntaskan permasalahan secara sistematis sejak dari peninjauan, penelaahan data, identifikasi kebidanan, persiapan, aktualisasi dan pertimbangan.

b. Menurut Depkes RI, 2005

Manajemen kebidanan adalah cara dan ancatan dalam memecahkan problem ibu dan anak yang secara subjektif dilakukan oleh bidan pada saat pemberian asuhan

kebidanan terhadap perseorangan, kelompok dan masyarakat.

c. Menurut Helena Varney (1997)

Manajemen kebidanan adalah prosedur penyelesaian problem yang dipakai sebagai cara untuk mengelompokkan pemikiran serta aktualisasi atas dasar ilmiah, temuan-temuan, keahlian terhadap langkah-langkah logis untuk mengambil suatu kesimpulan berpusat pada klien. Atas dasar perkembangan pelayanannya, maka bidan dimaksudkan agar kritis pada saat pelaksanaan untuk mengambil keputusan (Natalina, 2019).

3.1.2 Tujuan Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan tidak hanya dilaksanakan dalam asuhan kebidanan terhadap perorangan namun terus dilaksanakan pada saat melakukan pelayanan kebidanan yang diperuntukan terhadap keluarga dan komunitas. Manajemen kebidanan menstimulasi para bidan menerapkan metode yang terpadu serta praktis agar dapat memudahkan pelaksanaan yang akurat serta mencegah problem klien sehingga pada akhirnya tujuan menciptakan keadaan ibu dan anak sehat bisa terwujud. layak nya penjelasan sebelumnya bahwa problem kesehatan ibu dan anak yang diatasi oleh bidan absolut memakai cara pendekatan manajemen kebidanan. sebagaimana kewenangan dan kewajiban bidan sehingga manajemen kebidanan ditunjukan kepada(Arlenti, 2021):

- a. Individu ibu dan anak.
- b. Keluarga maupun.
- c. Kelompok masyarakat.

3.1.3 Manfaat Manajemen Kebidanan

Adapun beberapa manfaat manajemen kebidanan antara lain (Arlenti, 2021) :

- a. Sebagai upaya membenahi dan memajukan kondisi kesehatan keluarga dengan lebih efektif.
- b. Menjadikan kelompok keluarga dan masyarakat menjadi kelompok individu yang memiliki ikatan sosial.
- c. Sebagai preservasi, perlindungan, preventif, serta pemulihan kesehatan ibu dan anak dalam spektrum dan tugas.

3.1.4 Langkah-langkah Manajemen Kebidanan

Langkah-langkah dalam penerapan manajemen kebidanan terbagi dalam (Debora Natalia Simamora, 2021) :

Langkah I: Pengambilan data awal

Dalam tahapan ini seluruh informasi yang informatif dikumpulkan dari seluruh sumber yang berhubungan terkait kondisi klien, bisa dilaksanakan dengan cara:

- a. Anamnesa
- b. inspeksi tubuh berdasarkan keperluan serat inspeksi tanda- tanda vital
- c. Pemeriksaan khusus
- d. Pemeriksaan penunjan

Langkah II: Interpretasi data awal

Dalam tahapan ini dilakukan pengenalan terkait diagnosa atau problem berlandaskan tafsiran yang tepat terkait data-data yang telah diambil pada pengumpulan data awal. Rumusan diagnosa digunakan karena problem yang timbul pada klien tidak bisa dijelaskan sebagaimana diagnosanya akan tetapi membutuhkan penanganan. Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang dilakukan bidan di dalam ruang manifestasi bidan dan melengkapi

prosedur nomenklaturadiagnosa kebidanan.

Prosedur nomenklaturadiagnosa kebidanan seperti:

- a. Dikukuhkan serta diikrarkan oleh profesi
- b. Berhubungan langsung terhadap implementasi kebidanan
- c. Memiliki identitas kebidanan
- d. Mendapatkan dukungan clinical judgement dalam implementasinya.
- e. Melalui pendekatan manajemen kebidanan

Langkah III: Mengidentifikasi Diagnosis atau problem Potensial

Dalam tahapan ini diidentifikasi problem potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa/ problem yang teridentifikasi. tahapan ini membutuhkan persiapan, jika berpotensi dilaksanakan pencegahan. Dalam tahapan ketiga ini bidan diharuskan agar bisa mempersiapkan adanya penanganan problem potensial tidak hanya merumuskan problem potensial yang akan terjadi akan tetapi menjabarkan tindakan preventif terhadap penanganan sehingga problem atau diagnosa potensial tidak terjadi.

Langkah IV: Mengidentifikasi urgensi langkah cepat oleh bidan/dokter

Dalam tahapan ini akan diidentifikasi butuhnya langkah cepat oleh bidan / dokter atau untuk dialog penanganan bersama dengan elemen kesehatan yang lain sesuai dengan keadaan klien. tahapan ini menggambarkan keterkaitan terhadap aktualisasi kebidanan. sehingga, aktualisasinya bukan hanya selama asuhan utama berkala atau lawatan prenatal saja tetapi juga selama klien tersebut bersama bidan.

Langkah V: Merencanakan Asuhan Secara Menyeluruh yang Ditentukan Oleh Langkah Sebelumnya.

Dalam tahapan ini diwajibkan merencanakan asuhan secara terseluruh kemudian ditetapkan oleh tahapan sebelumnya. Tahapan ini membentuk kelanjutan implementasi terhadap problem atau diagnosa yang ada sebelumnya. Dalam tahapan ini data yang belum ada dapat dilengkapi.

Langkah VI: Rencana Asuhan Menyeluruh

Dalam tahapan ini rencana asuhan menyeluruh sebagaimana terurai sebelumnya dilakukan secara meyakinkan serta efektif. Konsep ini dirancang serta dilakukan sepenuhnya oleh bidan atau bagian lainnya oleh klien serta elemen kesehatan lainnya. penatalaksanaan yang efektif berkaitan dengan peningkatan kualitas serta asuhan klien.

Langkah VII: Evaluasi Keefektifan Asuhan

Dalam tahapan ini dilaksanakan evaluasi terhadap keefektifan asuhan yang telah ada sebelumnya mencakup pelepasan hajat terkait dukungan apakah secara yakin terpenuhi berdasar hajatnya sebagaimana telah diidentifikasi pada saat diagnosa. tahapan prosedur biasanya membentuk kajian yang jelas dalam prosedur klinis. dikarenakan prosedur tersebut terjadi dalam situasi klinik.

3.2 Komunikasi dalam Asuhan Komunitas

3.2.1 Komunikasi

a. Pengertian komunikasi

Dikutip dari Kamus Besar Bahasa Indonesia, komunikasi adalah pengiriman dan penerimaan pesan maupun informasi lebih kurang dua orang dan seterusnya maka apa yang disampaikan dapat di pahami.

Kata komunikasi bersumber dari bahasa latin, *communicatus*, dimaknai berbagi atau menjadi milik bersama. Bertujuan untuk mencapai kebersamaan (*Kamus Besar Bahasa Indonesia/KBBI.co.id*, 2022). Dikutip dari Harold Lasswell, komunikasi adalah suatu proses mendeskripsikan siapa berucap apa dengan metode apa teruntuk siapa (*whoasays what in whichachannel to whom and with whataeffect*). Selain itu dikutip dari *Webster New Collogiate Dictionary*, komunikasi adalah suatu proses perpindahan pesan di antara individu melalui sistem lambang-lambang, tanda-tanda atau tingkah laku (Mulachela, 2022).

b. Tujuan Komunikasi

Intensi komunikasi ini jelasnya amat pokok dalam metode pemasyarakatan diantara manusia. Adapun tujuan komunikasi berikut:

1) Agar Komunikator Dimengerti Komunikan

Untuk memastikan informasi atau pesan dari komunikator dapat dimengerti oleh orang lain (komunikan). Karena itu komunikator harus menyampaikan pesan utama sejelas mungkin kepada komunikan.

2) Agar Dapat Mengenal Orang Lain

Tujuan komunikasi selanjutnya adalah agar dapat mengenal orang lain. Dengan adanya interaksi dan komunikasi maka setiap orang dapat saling mengenali dan memahami satu sama lain. Kemampuan mendengar/ membaca/ mengartikan pesan orang lain dengan baik merupakan hal penting dalam aktivitas komunikasi.

3) Agar Pendapat Diterima oleh Orang Lain

Tujuan komunikasi juga dimaksudkan agar pendapat kamu diterima oleh orang lain. Komunikasi secara persuasive sering kali dilakukan untuk

menyampaikan gagasan atau ide seseorang pada orang lain. Tujuannya adalah agar ide dan gagasan tersebut diterima (Cahyani, 2022).

c. Manfaat Komunikasi

Selain tujuan komunikasi, penting juga untuk mengenali manfaat manfaatnya. Ada banyak sekali manfaat komunikasi yang dapat dirasakan manusia, baik itu secara individu maupun secara organisasi. Manfaat komunikasi adalah sebagai berikut (Cahyani, 2022):

1) Sebagai Alat Kendali

Manfaat komunikasi yang pertama adalah sebagai alat kendali atau kontrol. Dalam hal ini alat kendali berarti dengan komunikasi maka perilaku individu dapat dikontrol dengan penyampaian aturan yang harus dipatuhi.

2) Sebagai Alat Motivasi Komunikasi yang baik dan persuasif

Meningkatkan motivasi seseorang dalam melakukan sesuatu. Menyampaikan informasi yang dapat diraih dalam kehidupan akan membangun motivasi seseorang.

3) Sebagai Ungkapan Emosional

Berbagai perasaan yang ada didalam diri seseorang dapat diungkapkan kepada orang lain dengan cara berkomunikasi. Emosi ini bisa perasaan senang, marah, kecewa, gembira, dan lain-lain.

4) Sebagai Alat Komunikasi Dengan berkomunikasi

Memberikan informasi yang dibutuhkan oleh orang lain atau kelompok sehingga dengan informasi itu maka proses pengambilan keputusan dapat dilakukan dengan baik.

d. Jenis-jenis Komunikasi

Ada empat kategori utama atau gaya komunikasi termasuk verbal, nonverbal, tertulis dan visual (Fisipol, 2020) :

1) Lisan

Komunikasi verbal adalah penggunaan bahasa untuk mentransfer informasi melalui berbicara atau bahasa isyarat. Ini adalah salah satu jenis yang paling umum, sering digunakan selama presentasi, konferensi video dan panggilan telepon, rapat dan percakapan satu lawan satu. Komunikasi verbal penting karena efisien.

2) Nonverbal

Komunikasi nonverbal adalah penggunaan bahasa tubuh, gerak tubuh dan ekspresi wajah untuk menyampaikan informasi kepada orang lain. Ini dapat digunakan baik secara sengaja maupun tidak sengaja.

3) Tertulis

Komunikasi tertulis adalah tindakan menulis, mengetik atau mencetak simbol seperti huruf dan angka untuk menyampaikan informasi. Hal ini membantu karena memberikan catatan informasi untuk referensi. Menulis biasanya digunakan untuk berbagi informasi melalui buku, pamflet, blog, surat, memo dan lainnya.

4) Visual

Komunikasi visual adalah tindakan menggunakan foto, seni, gambar, sketsa, bagan, dan grafik untuk menyampaikan informasi. Visual sering digunakan sebagai bantuan selama presentasi untuk memberikan konteks yang membantu di samping komunikasi tertulis dan/atau verbal. Karena orang memiliki gaya belajar yang berbeda, komunikasi visual mungkin

lebih membantu bagi beberapa orang untuk mengonsumsi ide dan informasi.

3.2.2 Asuhan Kebidanan Komunitas

a. Pengertian Asuhan Kebidanan Komunitas

Kebidanan Komunitas adalah pelayanan kebidanan profesional yang ditujukan kepada masyarakat dengan penekanan pada kelompok risiko tinggi dengan upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pelayanan kebidanan (Bustami *dkk.*, 2017).

b. 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 ketidaknormalan dalam kehamilan.

2) 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 meyulitkan proses 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 pegawasan 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 (Elly Dwi Wahyuni, 2018).

c. Manfaat Asuhan Kebidanan Komunitas

Manfaat dari asuhan kebidanan di komunitas antara lain sebagai berikut (Turrahmi, 2017) :

- 1) Meningkatkan koordinasi untuk memenuhi kewajiban peran masing-masing dalam pembangunan kesehatan. Intinya adalah kerja sama lintas program dan sektoral untuk memecahkan suatu problem kesehatan. Oleh karena itu fungsi koordinasi yang dilakukan oleh sektor kesehatan merupakan suatu keharusan.
- 2) Meningkatkan komunikasi antara sektoral pemerintahan dan swasta tentang problem kesehatan. Agar saling memahami di antara anggota dan mitra,

maka diperlukan komunikasi yang efektif melalui pertemuan berkala berdasarkan kesepakatan bersama.

- 3) Meningkatkan kemampuan bersama dalam menanggulangi problem kesehatan dan memaksimalkan keuntungan semua pihak. Tujuan utama dari kemitraan di bidang kesehatan adalah menggaling kekuatan untuk memecahkan dan menanggulangi problem kesehatan masyarakat setempat. Oleh sebab itu, memaksimalkan manfaat atau keuntungan adalah merupakan harapan bersama dari sebuah kemitraan.
- 4) Meningkatkan apa yang menjadi komitmen bersama. Komitmen adalah suatu kesediaan dan pengorbanan (waktu, pikiran, tenaga, dan sebagainya) masing-masing anggota kemitraan terhadap program atau upaya pemecahan problem kesehatan yang telah disepakati bersama. Dalam komitmen pasti ada pengorbanan dari masing-masing anggota.
- 5) Tercapainya upaya kesehatan yang efisien dan efektif atau berdaya guna dan berhasil guna. Pendekatan yang digunakan dalam kerjasama lintas program dan lintas sektoral.

d. Ruang Lingkup Asuhan Kebidanan Komunitas

Bidan memiliki pengetahuan yang diperlukan untuk memberikan asuhan yang berkualitas dan tanggap budaya sesuai ruang lingkup asuhan (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2020) :

- 1) Bayi Baru Lahir (Neonatus).
- 2) Bayi, Balita dan Anak Prasekolah.
- 3) Remaja.
- 4) Masa Sebelum Hamil.
- 5) Masa Kehamilan.
- 6) Masa Persalinan.

- 7) Masa Pasca Keguguran.
- 8) Masa Nifas.
- 9) Masa Antara.
- 10) Masa Klimak terium.
- 11) Pelayanan Keluarga Berencana.
- 12) Pelayanan Kesehatan Reproduksi dan Seksualitas Perempuan.

DAFTAR PUSTAKA

- Arlenti, L. 2021. "Manajemen Pelayanan Kebidanan," *Jakarta:EGC*, hal. h.25-29.
- Bustami, L.E.S. dkk. 2017. *Buku Ajar Kebidanan Komunitas, CV. RUmahkayu Pustaka Utama*.
- Cahyani, S.W. 2022. *PM2021: Pengertian dan Fungsi Komunikasi, LMS SPADA INDONESIA*. Tersedia pada: <https://lmsspada.kemdikbud.go.id/mod/forum/discuss.php?d=5708> (Diakses: 27 Desember 2022).
- Debora Natalia Simamora, F.D. 2021. *Langkah-langkah Manajemen Asuhan Kebidanan dan SOAP*. 1 ed. Diedit oleh P. NEM. Pekalongan: Penerbit NEM.
- Elly Dwi Wahyuni. 2018. *Bahan Ajar ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS*. Pertama. Diedit oleh Restu Mawardi. Jakarta: KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA.
- Fisipol. 2020. *4 JENIS KOMUNIKASI, Universitas Medan Area Fakultas ISIPOL Prodi Ilmu Komunikasi*. Tersedia pada: <https://ilmukomunikasi.uma.ac.id/2020/11/23/4-jenis-komunikasi/>.
- Kamus Besar Bahasa Indonesia | KBBI.co.id*. 2022. Tersedia pada: <https://www.kbbi.co.id/> (Diakses: 27 Desember 2022).
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2020. "Kepetutusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020," *Menteri Kesehatan Republik Indonesia*, hal. 147–154. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1016/j.jnc.2020.125798%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.smr.2020.02.002%0Ahttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/810049%0Ahttp://doi.wiley.com/10.1002/anie.197505391%0Ahttp://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780857090409500205>

%0Ahttp:

Mulachela, H. 2022. *Komunikasi Adalah: Definisi, Unsur, dan Tujuannya - Nasional Katadata.co.id, Kata Data*. Tersedia pada:

<https://katadata.co.id/safrezi/berita/61de8d9d4a987/komunikasi-adalah-definisi-unsur-dan-tujuannya>
(Diakses: 27 Desember 2022).

Natalina, R. 2019. "Modul Praktik Manajemen Pelayanan Kebidanan," *Modul Praktik Manajemen Pelayanan Kebidanan* [Preprint].

Turrahmi, H. 2017. *Buku Ajar ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS*. Pertama. Diedit oleh H. Turrahmi. Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta.

BAB 4

PERAN DAN FUNGSI KEBIDANAN KOMUNITAS

Oleh Hadija

Berbicara tentang peran dan fungsi kebidanan komunitas tidak lepas dari peran seorang Bidan sebagai individual. Sebelum mengetahui beberapa peran dan fungsi Bidan, perlu dipahami terlebih dahulu apa definisi, peran dan fungsi Bidan.

4.1 Definisi, Peran Dan Fungsi Bidan

4.1.1 Definisi Bidan

Menurut *International Confederation of Midwives* (ICM), bidan adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan bidan yang diakui oleh negara serta memperoleh kualifikasi dan diberi ijin untuk melaksanakan praktik kebidanan di negara itu.

Bidan dalam bahasa Inggris “MIDWIFE” yang artinya Pendamping wanita, sedangkan dalam bahasa Sanksekerta “*Wirdhan*” yang artinya: Wanita Bijaksana. Bidan dalam praktiknya secara internasional telah diakui oleh *Internasional Confederation of Midwives* (ICM) tahun 1972 dan *Internasional Federation of International Gynaecologist and Obstetritian* (FIGO) tahun 1973, WHO dan badan lainnya. Pada tahun 1990 pada pertemuan dewan di Kobe, ICM menyempurnakan definisi tersebut yang kemudian disahkan oleh FIGO 199. (ICM. 2014)

Menurut Ikatan Bidan Indonesia (IBI) menetapkan bahwa Bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan Bidan yang diakui pemerintah dan organisasi profesi di wilayah Negara Republik Indonesia serta memiliki kompetensi dan kualifikasi untuk diregister, sertifikasi dan atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan. (IBI, 2018)

Sedangkan Komunitas Berasal dari bahasa latin: *comunicans* : kesamaan, *communis* : sama, publik, banyak, *community* : masyarakat setempat. Menurut J.H Syahlan bidan komunitas adalah bidan yang berkerja melayani keluarga dan masyarakat diwilayah tertentu. Menurut *United Kingdom Central Council for Nursing Midwifery Health* para praktisi bidan yang berbasis komunitas harus dapat memberikan supervise yang dibutuhkan oleh perempuan selama masa kehamilan, persalinan, nifas, dan Bayi Baru Lahir secara komprehensif. (Syafrudin dkk, 2009)

4.1.2 Peran Dan Fungsi Bidan

Peran adalah perilaku individu yang diharapkan sesuai dengan posisi yang dimiliki. Peran yaitu suatu pola tingkah laku, kepercayaan, nilai dan sikap yang diharapkan dapat menggambarkan perilaku yang seharusnya diperlihatkan oleh individu pemegang peran tersebut dalam situasi yang umumnya terjadi. (Sarwono, 2010).

a. Peran Bidan sebagai Pelaksana

Fungsi bidan sebagai pelaksana mencakup: Melakukan bimbingan dan penyuluhan kepada individu, keluarga, serta masyarakat (khususnya kaum remaja) pada masa praperkawinan. Melakukan asuhan kebidanan untuk proses kehamilan normal, kehamilan dengan kasus patologis tertentu, dan kehamilan dengan risiko tinggi. (Astuti, dkk. 2017) Tugas Bidan Sebagai pelaksana yaitu :

1) Tugas mandiri

- a) Menetapkan manajemen asuhan kebidanan
- b) Memberikan pelayanan dasar pada anak remaja dan wanita pranikah dengan melibatkan klien
- c) Memberikan asuhan kebidanan kehamilan normal
- d) Memberikan asuhan kebidanan dalam masa persalinan dengan melibatkan klien/keluarga
- e) Memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir
- f) Memberikan asuhan kebidanan dalam masa nifas dengan melibatkan klien/keluarga.
- g) Memberikan asuhan kebidanan pada wanita usia subur (WUS) yang membutuhkan pelayanan Keluarga Berencana.
- h) Memberikan asuhan kebidanan pada wanita dengan gangguan system reproduksi dan wanita dalam masa klimakterium dan menopause :
- i) Memberikan asuhan kebidanan pada bayi, balita dengan melibatkan keluarga

2) Tugas Kolaborasi

- a) Menerapkan manajemen asuhan kebidanan sesuai fungsi kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga
- b) Memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan resiko tinggi dan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan
- c) Memberikan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan dengan resiko tinggi dan kegawatdaruratan.
- d) Memberikan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa nifas dengan resiko tinggi dan pertolongan pertama dalam keadaan kegawat daruratan.
- e) Memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan resiko tinggi dan yang mengalami

komplikasi serta kegawat daruratan.

- 3) Memberikan asuhan kebidanan pada balita dengan resiko tinggi dan yang mengalami komplikasi serta kegawat daruratan yang .
(Kemkes.2017)
- 4) Tugas Ketergantungan atau Merujuk
 - a) Menerapkan manajemen asuhan kebidanan sesuai dengan fungsi keterlibatan klien dan keluarga
 - b) Memberikan asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada hamil dengan resiko tinggi dan kegawat daruratan
 - c) Memberikan asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada masa persalinan dengan penyulit tertentu dengan melibatkan klien dan keluarga:
 - d) Memberikan asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada ibu dalam masa nifas dengan penyulit tertentu dengan kegawat daruratan
 - e) Memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan kelainan tertentu dan kegawat daruratan
 - f) Memberikan asuhan kebidanan pada anak balita dengan kelainan tertentu dan kegawat daruratan yang memerlukan konsultasi.

b. Peran Sebagai Pengelola

- 1) Mengembangkan pelayanan dasar kesehatan terutama pelayanan kebidanan untuk individu, keluarga, kelompok khusus dan masyarakat diwilayah kerja dengan melibatkan masyarakat/klien :
 - a) Bersama tim kesehatan dan pemuka masyarakat mengkaji kebutuhan terutama yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak untuk

- meningkatkan dan mengembangkan program pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya.
- b) Menyusun rencana kerja sesuai dengan hasil pengkajian dengan masyarakat.
 - c) Mengelola kegiatan-kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak serta KB sesuai dengan rencana.
 - d) Mengkoordinir, mengawasi dan membimbing kader, dukun, dan petugas kesehatan lain dalam melaksanakan program/kegiatan pelayanan kesehatan ibu dan anak serta KB.
 - e) Mengembangkan strategi untuk meningkatkan kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak serta KB termasuk pemanfaatan sumber-sumber yang ada pada program sektor terkait.
 - f) Menggerakkan, mengembangkan kemampuan masyarakat dan memelihara kesehatannya dengan memanfaatkan potensi yang ada.
 - g) Mempertahankan, meningkatkan mutu dan keamanan praktek professional melalui pendidikan, pelatihan, magang dan kegiatan-kegiatan dalam kelompok profesi.
 - h) Melakukan pendokumentasian seluruh kegiatan yang dilaksanakan.
- 2) Berpartisipasi dalam tim untuk melaksanakan program kesehatan dan sektor lain di wilayah kerjanya melalui peningkatan kemampuan dukun bayi, kader kesehatan dan tenaga kesehatan lain yang berada di bawah bimbingan dalam wilayah kerjanya diantaranya bekerjasama dengan puskesmas, institusi lain sebagai anggota tim dalam bentuk konsultasi rujukan dan tindak lanjut. membina hubungan baik dengan dukun kader kesehatan/PLKB dan

masyarakat. melaksanakan pelatihan membimbing dukun bayi, kader dan petugas kesehatan lain. memberikan asuhan kepada klien rujukan dari dukun bayi. membina kegiatan-kegiatan yang ada di masyarakat, yang berkaitan dengan kesehatan.

c. Peran Sebagai Pendidik

Dalam standar praktek Kebidanan, seorang bidan berperan sebagai pendidik yaitu memberikan penyuluhan kesehatan ibu, anak dan keluarga. Terutama memberikan informasi, komunikasi dan edukasi (KIE).

1) Memberikan pendidikan dan penyuluhan kesehatan kepada individu keluarga kelompok dan masyarakat tentang penanggulangan masalah kesehatan khususnya yang berhubungan dengan pihak terkait kesehatan ibu, anak dan keluarga berencana dengan pendekatan *Plan, Do, Chek Action* (PDCA)

- a) *Plan*: menyusun rencana penyuluhan kesehatan masyarakat sesuai dengan kebutuhan yang telah dikaji, baik untuk jangka pendek maupun jangka panjang.
- b) *Do*: Menyiapkan alat dan bahan pendidikan dan penyuluhan sesuai dengan rencana yang telah disusun.
- c) *Chek*: Melaksanakan program/rencana pendidikan dan penyuluhan kesehatan masyarakat sesuai dengan rencana jangka pendek dan jangka panjang melibatkan unsur-unsur terkait termasuk masyarakat.
- d) *Action*: Bersama klien mengevaluasi hasil pendidikan/penyuluhan kesehatan masyarakat dan menggunakannya untuk memperbaiki dan meningkatkan program di masa yang akan datang.

- e) Mendokumentasikan semua kegiatan dan hasil pendidikan penyuluhan kesehatan secara lengkap dan sistematis.
- 2) Melatih dan membimbing kader serta membina dukun di wilayah atau tempat kerjanya :
 - a) Mengkaji kebutuhan latihan dan bimbingan kader, dukun
 - b) Menyusun rencana latihan dan bimbingan sesuai dengan hasil pengkajian.
 - c) Menyiapkan alat, AVA dan bahan untuk keperluan latihan bimbingan peserta latih sesuai dengan rencana yang telah disusun
 - d) Melaksanakan pelatihan dukun dan kader sesuai dengan rencana yang telah disusun dengan melibatkan unsur-unsur terkait.
 - e) Melakukan evaluasi hasil latihan dan bimbingan yang telah diberikan untuk meningkatkan program bimbingan.
 - f) Mendokumentasikan semua kegiatan termasuk hasil evaluasi pelatihan dan bimbingan secara sistematis dan lengkap

d. Peran Sebagai Peneliti

Mampu mengkaji perkembangan kesehatan pasien/klien dan masyarakat yg dilayaninya, mampu menganalisis secara singkat terkait kesehatan masyarakat secara individu dan mampu memberikan hipotesis gejala penyakit. (Putri, 2019)

- 1) Melakukan investigasi atau penelitian terapan dalam bidang kesehatan baik secara mandiri maupun secara kelompok :
 - a) Mengidentifikasi kebutuhan investigasi yang akan dilakukan.
 - b) Menyusun rencana kerja pelatihan.
 - c) Melaksanakan investigasi sesuai dengan rencana.

- d) Mengolah dan menginterpretasikan data hasil investigasi.
- e) Menyusun laporan hasil investigasi dan tindak lanjut.
- f) Memanfaatkan hasil investigasi untuk meningkatkan dan mengembangkan program kerja atau pelayanan kesehatan.

4.2 Peran dan Fungsi Bidan Sesuai dengan Kompetensi Bidan Indonesia Berkaitan dengan Asuhan di Komunitas

Kompetensi ke-8 : *Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat.*

4.2.1 Pengetahuan Dasar

- a. Konsep dasar dan sasaran kebidanan komunitas
- b. masalah kebidanan komunitas
- c. Pendekatan asuhan kebidanan komunitas pada keluarga, kelompok dan masyarakat
- d. Strategi pelayanan kebidanan komunitas
- e. Upaya peningkatan dan pemeliharaan kesehatan ibu dan anak dalam keluarga dan masyarakat
- f. Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan ibu dan anak
- g. Sistem pelayanan kesehatan ibu dan anak

4.2.2 Pengetahuan Tambahan

- a. Kepemimpinan untuk semua (Kesuma)
- b. Pemasaran sosial
- c. Peran serta masyarakat
- d. Audit maternal perinatal
- e. Perilaku kesehatan masyarakat
- f. Program-program pemerintah yang terkait dengan

kesehatan ibu dan anak (*Safe Motherhood* dan Gerakan Sayang Ibu)

- g. Paradigma Sehat tahun 2010

4.2.3 Keterampilan Dasar

- a. Melakukan pengelolaan pelayanan ibu hamil, nifas, laktasi, bayi balita dan KB di masyarakat
- b. Mengidentifikasi status kesehatan ibu dan anak
- c. Melakukan pertolongan persalinan di rumah dan polindes
- d. Mengelola pondok bersalin desa (Polindes)
- e. Melaksanakan penggerakan dan pembinaan Peran Serta masyarakat untuk mendukung upaya kesehatan ibu dan anak
- f. Melaksanakan penyuluhan dan konseling kesehatan
- g. Melaksanakan pencatatan dan pelaporan

4.2.4 Keterampilan Tambahan

- a. Melakukan pemantauan KIA dengan menggunakan PWS KIA
- b. Melaksanakan pelatihan dan pembinaan dukun bayi
- c. Mengelola dan memberikan obat-obatan sesuai dengan kewenangannya
- d. Menggunakan teknologi tepat guna (Karwati, dkk. 2020).

4.3 Fungsi Bidan Sebagai Pelaksana

- 1. Melakukan bimbingan dan penyuluhan kepada individu, keluarga, serta masyarakat (khususnya kaum remaja) pada masa preperkawinan.
- 2. Melakukan asuhan kebidanan untuk proses kehamilan normal, kehamilan dengan kasus patologis tertentu, dan kehamilan dengan risiko tinggi.
- 3. Menolong persalinan normal dan kasus persalinan

patologis tertentu.

4. Merawat bayi segera setelah lahir normal dan bayi dengan risikotinggi.
5. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu nifas.
6. Memelihara kesehatan ibu dalam masa menyusui.
7. Melakukan pelayanan kesehatan pada anak balita dan prasekolah.
8. Memberi pelayanan keluarga berencana sesuai dengan wewenangnya.
9. Memberi bimbingan dan pelayanan kesehatan untuk kasus gangguan reproduksi, termasuk wanita pada masa klimakterium dan menopause sesuai dengan wewenangnya. (Astuti,dkk. 2017)

4.4 Sasaran Kebidanan Komunitas

Sasaran utamanya adalah ibu dan anak dalam keluarga. Kesehatan Ibu meliputi sepanjang siklus kehidupannya mulai pra-kehamilan, hamil, persalinan, pasca persalinan, dan masa diluar kehamilan dan persalinan.

4.5 Tanggung Jawab Bidan di Komunitas

1. Melaksanakan kegiatan Puskesmas berdasarkan urutan prioritas masalah sesuai dengan kewenangan Bidan
2. Menggerakkan dan membina masyarakat desa berperilaku hidup sehat

4.6 Kegiatan Bidan di Komunitas

1. Mengenal wilayah struktur kemasyarakatan dan komposisi penduduk serta sistim pemerintahan desa
2. Mengumpulkan dan menganalisis data serta mengidentifikasi masalah kesehatan untuk merencanakan penanggulangannya
3. Menggerakkan peran serta masyarakat

4. Memberikan bimbingan teknis kepada kader dan memberikan pelayanan langsung di meja ke-5 pada setiap kegiatan posyandu
5. Melaksanakan pembinaan anak pra sekolah
6. Memberikan pertolongan persalinan
7. Memberikan pertolongan pertama pada orang sakit, kecelakaan dan kedaruratan.
8. Melaksanakan kunjungan rumah
9. Melatih dan membina dukun bayi
10. Melatih dan membina dasa wisma dalam bidang kesehatan
11. Menggerakkan masyarakat dalam pengumpulan dana kesehatan
12. Mencatat semua kegiatan yang dilaksanakan
13. Bekerjasama dengan staf puskesmas dan tenaga sektor lain
14. Menghadiri rapat staf pada lokakarya mini di Puskesmas
15. Melaksanakan usaha kesehatan sekolah (UKS) pada desa binaan
16. Merujuk penderita dengan kelainan jiwa

4.7 Tujuan Secara Umum Dari Asuhan Kebidanan Komunitas

Pelayanan kebidanan komunitas diarahkan “untuk mewujudkan keluarga yang sehat sejahtera sehingga tercipta derajat kesehatan yang optimal”. Hal ini sesuai dengan visi Indonesia Sehat 2010. Kesehatan keluarga merupakan salah satu kegiatan dari upaya kesehatan dimasyarakat yang ditujukan kepada keluarga. (Meilani, N dkk.2009).

4.8 Tugas dan Wewenang Bidan di Desa

Tugas Bidan di Desa : Melaksanakan kegiatan di desa wilayah kerjanya berdasarkan urutan prioritas masalah kesehatan yang dihadapi, sesuai dengan kewenangan yang dimiliki dan diberikan. Menggerakkan dan membina masyarakat desa di wilayah kerjanya (Depkes RI, 2002).

Wewenang Bidan di Desa : Peraturan Menteri Kesehatan RI (Permenkes) Nomor 572/Menkes/ RI/1996 menjelaskan bahwa bidan di dalam menjalankan prakteknya, berwenang untuk memberikan pelayanan KIA, Wewenang bidan yang bekerja di desa sama dengan wewenang yang diberikan kepada bidan lainnya. Hal ini diatur dengan peraturan Menteri Kesehatan (Depkes RI, 1997). Wewenang tersebut adalah sebagai berikut :

1. Wewenang umum
Kewenangan yang diberikan untuk melaksanakan tugas yang dapat dipertanggungjawabkan secara mandiri.
2. Wewenang khusus
Wewenang khusus adakah untuk melaksanakan kegiatan yang memerlukan pengawasan dokter. Tanggung jawab pelaksanaannya berada pada dokter yang diberikan wewenang tersebut.
3. Wewenang pada keadaan darurat
Bidan diberi wewenang melakukan pertolongan pertama untuk menyelamatkan penderita atas tanggung jawabnya sebagai insan profesi. Segera setelah melakukan tindakan darurat tersebut, bidan diwajibkan membuat laporan ke Puskesmas di wilayah kerjanya.
4. Wewenang tambahan
Bidan dapat diberi wewenang tambahan oleh atasannya dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat lainnya, sesuai dengan program pemerintah pendidikan dan pelatihan yang diterimanya.

4.9 Praktik Mandiri Bidan

Praktik mandiri bidan merupakan penyedia layanan kesehatan, yang memiliki kontribusi cukup besar dalam memberikan pelayanan, khususnya dalam meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak. Supaya masyarakat pengguna jasa layanan bidan memperoleh akses pelayanan yang bermutu dari pelayanan bidan, perlu adanya regulasi pelayanan praktik mandiri bidan secara jelas, persiapan sebelum bidan melaksanakan pelayanan praktik, seperti perizinan, tempat, ruangan, peralatan praktik, dan kelengkapan administrasi semuanya harus sesuai dengan standar.

Komponen minimal praktik minimal bidan meliputi:

- a. Ruang lingkup profesi
 - 1) Diagnostik (klinik laboratorik)
 - 2) Terapi (promotif, preventif)
 - 3) Merujuk.
 - 4) Kemampuan komunikasi interpersonal
- b. Mutu layanan
 - 1) Pemeriksaan seefisien mungkin
 - 2) Internal review
 - 3) Pelayanan sesuai standar pelayanan kebidanan dan etika profesi Humanis (tidak diskriminatif)
- c. Kemitraan terhadap sejawat/kolaborasi dokter, perawat, petugas kesehatan lain, psikolog, sosiolog dan pasien, komunitas
- d. Manajemen : waktu, alat , informasi/MR, obat , jasa dan administrasi/regulasi/undang-undang
- e. Pengembangan diri
 - 1) CME (*Continue Midwifery Education*)
 - 2) Informasi Search dan Keluarga Berencana.
- f. Mempercepat penurunan angka kesakitan dan kematian Ibu, Bayi dan Anak. (Cholifah. S, 2019)

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, dkk. 2017. Jurnal Kebidanan 09 (02) 101 - 212 [http :
//www.jurnal.stikeseub.ac.id](http://www.jurnal.stikeseub.ac.id)
- Cholifah. S, 2019 Buku Ajar Asuhan Kebidanan Komunitas. Cetakan pertama, Penerbit : UMSIDA Press
- ICM. 2014. "Philosophy and Model of Midwifery Care" www.internationalmidwives.org
- Karwati, dkk. 2020. Asuhan kebidanan V Kebidanan Komunitas. Edisi 2. Jakarta, TIM.
- Kemenkes. 2017
[http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/
wp-
content/uploads/2017/08/Konsep-Kebidanan-dan-
Etikolegal-dalam-Praktik-Kebidanan-Komprehensif.pdf](http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Konsep-Kebidanan-dan-Etikolegal-dalam-Praktik-Kebidanan-Komprehensif.pdf)
- Meilani, N dkk. 2009. Kebidanan Komunitas. Yogyakarta: Fitramaya
- Putri S, Dale Dewinny S. 2019. Asuhan Kebidanan Komunitas. Bantul : Yogyakarta, penerbit Pustaka Baru Press
- Syafrudin dkk. 2009. Kebidanan Komunitas. Jakarta: EGC.
- Sarwono, 2010. Buku Asuhan Kebidanan. Jakarta, EGC.

BAB 5

BERFIKIR KRITIS, *CLINICAL JUDGEMENT* DAN *PROBLEM SOLVING* DALAM ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Oleh Qurratul A'yun

5.1 Pengertian Berfikir Kritis

Berfikir kritis adalah proses berfikir secara aktif dalam menerapkan, menganalisis, mensintesis, dan mengevaluasi informasi yang dikumpulkan dan atau dihasilkan melalui observasi, pengalaman, refleksi, penalaran, atau komunikasi, sebagai acuan dalam meyakini suatu konsep dan atau dalam melakukan tindakan.

Berpikir kritis adalah cara berpikir tentang subjek, konten, atau masalah yang dilakukan oleh pemikir secara aktif dan terampil secara konseptual dan memaksakan standar yang tinggi atas intelektualitas mereka.

Dalam pelaksanaannya, hal ini didasarkan pada nilai-nilai universal intelektual yang melampaui cabang suatu ilmu yang meliputi: kejelasan, akurasi, presisi, konsistensi, relevansi, bukti suara, alasan yang baik, kedalaman, luasnya ilmu, dan keadilan.

Dengan adanya proses berfikir kritis diharapkan dapat:

1. Menimbulkan pertanyaan penting terkait topik/masalah yang sedang difikirkan, kemudian dapat merumuskan masalah dengan jelas dan tepat
2. Mengumpulkan dan menilai informasi yang relevan, menggunakan ide-ide abstrak untuk menafsirkan secara

efektif terkait kesimpulan yang beralasan dan solusi pemecahan masalah, menguji alternatif pemecahan masalah terhadap kriteria dan standar yang relevan

3. Berpikir terbuka dalam sistem pemikiran alternatif, mampu mengakui dan menilai setiap permasalahan dengan asumsi yang beralasan, dapat menimbulkan implikasi, dan konsekuensi praktis
4. Berkomunikasi secara efektif dengan orang lain dalam mencari tahu solusi untuk masalah yang kompleks.

Proses berfikir kritis memerlukan komunikasi yang efektif dan kemampuan pemecahan masalah serta komitmen untuk mengatasi sikap egois dan tertutup, dengan prosedur:

1. Mengenali masalah untuk menemukan cara-cara yang bisa diterapkan guna memecahkan masalah tersebut
2. Memahami pentingnya prioritas dan urutan prioritas dalam pemecahan masalah
3. Mengumpulkan dan menyusun informasi yang terkait (relevan)
4. Mengenali asumsi yang tak tertulis dan nilai-nilai
5. Memahami dan menggunakan bahasa dengan akurat, jelas, dan tajam
6. Menafsirkan data untuk menilai bukti dan mengevaluasi argument/ pendapat
7. Menyadari keberadaan hubungan logis antara proposisi
8. Menarik kesimpulan dan generalisasi yang dibenarkan
9. Menguji kesimpulan dan generalisasi
10. Merekonstruksi pola yang telah diyakini atas dasar pengalaman yang lebih luas
11. Memberikan penilaian yang akurat tentang hal-hal tertentu dan kualitas dalam kehidupan sehari-hari.

Singkatnya, tiga kunci utama untuk dapat berfikir kritis: RED (*Recognize assumptions, Evaluate arguments dan Draw*

conclusions)=mengenali masalah, menilai beberapa pendapat, dan menarik kesimpulan. Dalam menyimpulkan hasil pemikiran kritis, diperlukan upaya gigih untuk memeriksa setiap keyakinan atau pemahaman akan pengetahuan berdasarkan dukungan bukti ilmiah (*evidence based*) yang mendukung kecenderungan pengambilan kesimpulan tersebut. Proses berfikir kritis merupakan kerangka dasar bidan dalam memberikan asuhan kebidanan, dalam bingkai manajemen kebidanan. Sehingga, apabila bidan memberikan asuhan kebidanan kepada klien dengan menerapkan prinsip-prinsip manajemen kebidanan dengan sistematis dan terpola, maka bidan tersebut telah menerapkan proses berfikir kritis.

Penerapan dalam asuhan kebidanan ibu hamil adalah dengan melaksanakan *antenatal care* sesuai dengan program yang telah disepakati sebagai upaya pencegahan dan penanganan secara dini penyulit dan kegawatdaruratan yang mungkin terjadi pada saat kehamilan, dengan menerapkan manajemen kebidanan, sehingga diharapkan proses kehamilan dapat berjalan dengan baik, ibu dapat melahirkan bayinya dengan sehat dan selamat.

5.2 Pengertian Clinical judgement

Clinical judgement adalah penerapan informasi berdasarkan pengamatan aktual pada klien yang dikombinasikan dengan data subjektif dan objektif yang mengarah pada kesimpulan akhir/ analisis/ diagnosis.

Kata penilaian sendiri dapat diartikan sebagai suatu kemampuan untuk membuat keputusan logis/ rasional dan menentukan apakah suatu tindakan yang akan dilakukan benar atau salah. Sedangkan kata klinis, berkaitan dengan klinik atau tempat perawatan; didasarkan pada observasi dan perawatan klien yang sebenarnya, yang dibedakan antara konsep teori dan eksperimental; dan terdiri atas tanda-tanda klinis dari suatu

masalah kesehatan. Berdasarkan uraian di atas, diuraikan bahwa penilaian klinis merupakan penerapan informasi berdasarkan pengamatan aktual pada klien yang dikombinasikan dengan data subjektif dan objektif yang mengarah pada kesimpulan akhir/ analisis/ diagnosis. Dapat diartikan juga sebagai suatu proses dimana perawat/ bidan menetapkan data-data mengenai keadaan klien yang akan dikumpulkan, kemudian membuat interpretasi data, dan diakhiri dengan penetapan diagnosis keperawatan/kebidanan, kemudian mengidentifikasi tindakan keperawatan/ kebidanan yang tepat.

Hal ini termasuk proses pemecahan masalah, pengambilan keputusan, dan berfikir kritis. Maka, disimpulkan bahwa penilaian klinis merupakan bagian dari proses berfikir kritis.

5.3 Problem Solving

Problem solving adalah suatu proses terencana yang perlu dilaksanakan agar memperoleh penyelesaian tertentu dari sebuah masalah yang mungkin tidak didapat dengan segera.

Penerapan *clinical judgement* dan *problem solving* dalam Asuhan Komunitas.

Menurut Walgito dalam Maulidya (2018) *problem* adalah sesuatu yang timbul karena adanya pertentangan antara keadaan satu dengan keadaan yang lain.

Problem juga dapat diartikan sebagai ketidaksesuaian antara yang seharusnya terjadi dengan sesuatu yang nyata.

Problem solving diartikan sebagai proses mental dalam menemukan masalah dan memecahkannya berdasar data dan informasi akurat, sehingga dapat diambil kesimpulan yang tepat. Kartono (1985:142-143) mengemukakan prinsip *problem solving* adalah:

1. Keberhasilan dalam memecahkan masalah.
2. Pemakaian informasi dalam memecahkan masalah.
3. Mencari alternatif jalan keluar sebagai titik tolak pemecahan masalah.
4. Menyadari penyebab permasalahan terlebih dahulu.
5. Menciptakan ide-ide baru.
6. Menjadikan situasi masalah sebagai situasi pilihan.

Faktor yang mempengaruhi *problem solving* antara lain: motivasi, kepercayaan dan sikap, kebiasaan, emosi, kesalahan.

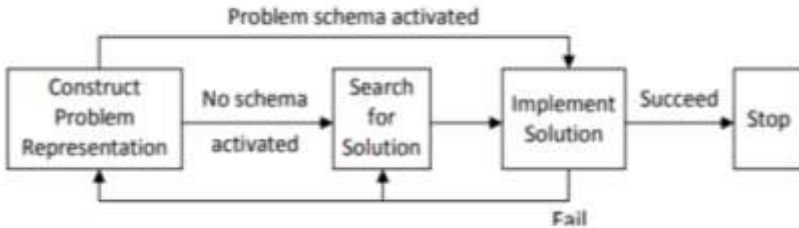
Langkah-langkah *problem solving* meliputi menyadari adanya masalah, mengumpulkan data, mengevaluasi hipotesis, penyelidikan literatur, eksperimen dan pembuatan kesimpulan.

Fokus utama adalah mengajarkan klien/tenaga kesehatan berpikir, menggunakan rasional, dan menjadi *problem solver* yang baik. Penyelesaian masalah sebagai hasil pembelajaran sangat penting bagi kehidupan, karena manusia selalu dipenuhi dengan masalah dalam kesehariannya.

Jonassen dalam (Susiana, 2012) menyatakan pentingnya *problem solving* antara lain:

- 1) *Authenticity*, penyelesaian masalah adalah kegiatan yang dapat ditemui dimanapun berada.
- 2) *Relevance* masalah khususnya yang diberikan kepada klien untuk dipecahkan.
- 3) Penyelesaian masalah membutuhkan telaah mendalam.
- 4) Pembelajaran yang dibangun dari masalah merupakan pembelajaran bermakna.

Menurut Gick dalam Susiana (2012:74) Ada tiga tahap dalam penyelesaian masalah yaitu mengonstruksi masalah, mencari penyelesaian, dan menggunakan/ mengimplementasi penyelesaian. Skemanya dapat dilihat pada gambar berikut.



Skema penyelesaian masalah dari Gick Polya dalam Suherman (2003: 91) mengungkapkan ada 4 tahap dalam penyelesaian masalah antara lain memahami masalah, merencanakan penyelesaian, melaksanakan rencana, dan evaluasi terhadap segala tindakan.

Problem Solving menurut David Johnson dan Johnson dalam (Winarso, 2014) dapat dilakukan melalui kelompok dengan prosedur antara lain:

1. Identifikasi Masalah
 - a. Sampaikan kepada klien tentang permasalahan yang terjadi di lingkungan sekitar, kemudian kliendiminta untuk merumuskan masalah.
 - b. Minta klien untuk mengemukakan penjelasan dari pendapatnya. Dengan demikian, dapat dihapus rumusan masalah yang kurang relevan,kemudian memilih satu rumusan masalah yang paling tepat.
2. Mendiagnosis masalah Mendiskusikan penyebab dari timbulnya masalah.
3. Merumuskan *alternative* strategi Menemukan berbagai macam *alternative* cara penyelesaian masalah.
4. Menentukan dan menerapkan strategi.
5. Mengevaluasi keberhasilan strategi.

5.4 Pemecahan Masalah (Problem Solving)

5.4.1 Pemecahan masalah pada kasus ANC

Hal ini paling sering terjadi dimasyarakat, untuk itu beberapa pemecahan masalah yang ditawarkan seperti :

Masalah ANC di komunitas	Solusi Permasalahan
Kehamilan Remaja	1. Promotif Mengadakan penyuluhan-penyuluhan dengan narasumber dari seseorang yang mengalami dampak kehamilan remaja, karena pada usia remaja mereka lebih suka mendengarkan dampak atau akibat dari suatu hal. 2. Preventif Menggalakkan konseling kesehatan reproduksi, bahaya seks bebas dengan sasaran : Remaja, karena pada usia ini adalah usia dimana seseorang mencari jati diri, sehingga perlu arahan dan bimbingan dari orang-orang terdekat dengan pendekatan sebagai “teman” bukan “menggurui”. Sosialisasi kontrasepsi yang dapat digunakan oleh remaja seperti metode barrier dapat dilakukan, mengingat dengan biaya yang terjangkau, sehingga perilaku seks yang aman, meskipun ada dampak negative yang mungkin timbul, namun mengingat perilaku seseorang dipengaruhi oleh keinginan diri sendiri dan lingkungan, sehingga pengetahuan yang positif diperlukan untuk dapat merangsang

Masalah ANC di komunitas	Solusi Permasalahan
	pemikiran remaja untuk menghindari seks bebas. 3. Kuratif Pencarian kasus kehamilan remaja diluar nikah dari tokoh masyarakat, untuk dapat mendeteksi secara dini kehamilan pada remaja, sehingga dapat diberikan asuhan secara khusus seperti yang telah dijelaskan diteori. Dengan asuhan ANC yang telah didapat diharapkan dapat mengurangi stress antepartum, serta Bidan dapat menjadi partnership dalam memberikan asuhan, sehingga kehamilan berjalan dengan baik. 4. Rehabilitatif Memberdayakan wanita yang mengalami kehamilan saat remaja dengan menjadikan kader, sehingga dapat dijadikan perbandingan bagi remaja lain saat memberikan penyuluhan kepada remaja-remaja terkait kesehatan reproduksi dan dampak kehamilan remaja, sehingga dirinya dianggap dan berguna bagi orang lain. Terus memberikan konseling dan nasihat untuk dapat mencapai peran sebagai Ibu, sehingga dapat merawat bayi hingga tumbuh sehat. Dengan ini stress postpartum juga dapat dihindari.
Anemia pada kehamilan	1. Promotif Menganjurkan konseling pra-konsepsi kepada wanita yang merencanakan kehamilannya, sehingga dapat ditapis segala

Masalah ANC di komunitas	Solusi Permasalahan
	kemungkinan yang beresiko mengalami anemia. 2. Preventif Mengadakan kelas ibu hamil tiap semester untuk memberikan penyuluhan mengenai asupan nutrisi saat kehamilan, perawatan selama kehamilan, serta beberapa olahraga ringan untuk ibu hamil. Memberikan tablet sulfas ferosus pada TM II sebanyak 90 tablet dengan menganjurkan cara mengkonsumsi yang baik agar tablet SF dapat diabsorpsi secara maksimal. 3. Kuratif Melakukan kolaborasi dan rujukan kepada tenaga kesehatan yang berkompetensi, dengan terus mendampingi ibu. Sehingga dapat dicapai asupan kehamilan yang diinginkan.
Aborsi yang tidak aman	Promotif dan Preventif Memberi pendidikan tentang seks yang sehat, termasuk menghindari kehamilan, menyediakan metode KB khusus untuk remaja, memberi penjelasan tentang KB darurat, dan menyediakan sarana terminasi kehamilan yang legal untuk kondisi tertentu.
Tidak melakukan kunjungan ANC	1. Sosialisasi penggunaan jampersal bagi masyarakat, dan memenuhi syarat penggunaan dengan melakukan kunjungan ANC minimal 4 kali. 2. Melakukan kunjungan rumah (<i>Home</i>

Masalah ANC di komunitas	Solusi Permasalahan
	<i>Visit</i>) untuk mendeteksi ibu hamil serta mengkaji buku KIA. 3. Memberi motivasi kepada keluarga untuk selalu mendukung ibu dalam melakukan kunjungan ANC 4. Membuat pemerataan tarif kunjungan sesuai dengan kelas ibu hamil, sehingga harga dapat terjangkau oleh masyarakat. Meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan 1. Aksesibilitas Pelayanan Pelayanan harus dapat digunakan oleh individu-individu pada tempat dan waktu yang ia butuhkan. Pengguna pelayanan harus mempunyai akses terhadap berbagai jenis pelayanan, peralatan, obat-obatan dan lain-lain sesuai dengan kebutuhan pasien. 2. Kualitas Suatu pelayanan yang berkualitas tinggi, mengimplementasikan pengetahuan dan tehnik paling mutakhir dengan tujuan untuk memperoleh efek yang paling baik. Kualitas pelayanan berhubungan dengan kompetensi profesional dan provider. 3. Kesenambungan Pelayanan kesehatan yang baik, disamping mempunyai akses dan kualitas yang baik juga harus memiliki kesinambungan pelayanan, berarti

Masalah ANC di komunitas	Solusi Permasalahan
	proses pelayanan harus memperlakukan pasien sebagai manusia secara utuh melalui kontak yang terus menerus antara individu dengan provider. 4. Efisiensi Elemen pokok lain dari pelayanan kesehatan yang bermutu adalah efesiensi yang menyangkut aspek ekonomi dan pembiayaan pelayanan kesehatan baik bagi pasien, provider maupun bagi organisasi/institusi penyelenggaraan pelayanan.

5.4.2 Pemecahan masalah pada kasus INC

Menurut sinyalemen Dinkes AKI cenderung tinggi akibat pertolongan persalinan tanpa fasilitas memadai, antara lain tidak adanya tenaga bidan apalagi dokter obgin. Karena persalinan masih ditangani oleh dukun beranak atau peraji, kasus kematian ibu saat melahirkan masih tetap tinggi. Pertolongan gawat darurat bila terjadi kasus perdarahan atau infeksi yang diderita ibu yang melahirkan, tidak dapat dilakukan.

Penelitian menunjukkan bahwa kebanyakan orang lebih memilih untuk menggunakan dukun beranak. Sementara itu, definisi merekatentang mutu pelayanan berbeda dengan definisi standar medis. Kelemahan utama dari mutu pelayanan adalah tidak terpenuhinya standar minimal medis oleh para dukun beranak, seperti dengan praktek yang tidak steril (memotong tali pusat dengan sebilah bambu dan meniup lubang hidung bayi yang baru lahir dengan mulut). Riwayat kasus kematian ibu dan janin dalam penelitian ini

menggambarkan apa yang terjadi jika dukun beranak gagal mengetahui tanda bahaya dalam masa kehamilan dan persalinan serta rujukan yang terlambat dan kecacatan janin pun bisa terjadi dari kekurangtahuan dukun beranak akan tanda-tanda bahaya kehamilan yang tidak dikenal.

Berdasarkan dukun di Indonesia masih mempunyai peranan dalam menolong suatu persalinan dan tidak bisa dipungkiri, masih banyak persalinan yang ditolong oleh dukun beranak, walaupun dalam menolong persalinan dukun tidak berdasarkan kepada pengalaman dan berbagai kasus persalinan oleh dukun seringkali terjadi dan menimpa seorang ibu dan atau bayinya. Tetapi keberadaan dukun di Indonesia tidak boleh dihilangkan tetapi kita bisa melakukan kerjasama dengan dukun untuk mengatasi hal-hal atau berbagai kasus persalinan oleh dukun.

Mereka merasa pelatihan dan peralatan persalinan yang diberikan saat pelatihan sangat bermanfaat. Para dukun juga dilatih tentang pencatatan dan pelaporan. Setiap dukun dilatih membaca sampai mengerti bagaimana cara pengisian kolom tersebut. Pelatihan untuk perawatan ibu hamil, pertolongan pada diare, makanan bergizibagi bayi, balita dan ibu hamil juga dilakukan. Membina hubungan baik dengan dukun juga dilakukan agar kita bisa lebih gampang menjalin kerjasama dengan dukun.

a. Peran bidan dengan dukun dalam pelaksanaan kemitraan

1) Periode Kehamilan

BIDAN	DUKUN
1. Melakukan pemeriksaan ibu hamil dalam hal : a. Keadaan umum b. Menentukan taksiran partus c. Menentukan Keadaan janin	1. Memotivasi ibu hamil untuk periksa ke Bidan 2. Mengantar ibu hamil yang tidak mau periksa ke

BIDAN	DUKUN
dalam kandungan d. Pemeriksaan laboratorium yang diperlukan. 2. Melakukan tindakan pada ibu hamil dalam hal : a. Pemberian Imunisasi TT b. Pemberian tablet Fe c. Pemberian pengobatan/tindakan apabila ada komplikasi. 3. Melakukan Penyuluhan dan konseling pada ibu hamil dan keluarga mengenai : a. Tanda-tanda Persalinan b. Tanda bahaya kehamilan c. Kebersihan pribadi & lingkungan d. Gizi e. Perencanaan Persalinan (Bersalin di Bidan, menyiapkan transportasi, menggalang dalam menyiapkan biaya, menyiapkan calon donor darah) f. KB setelah melahirkan menggunakan Alat Bantu Pengambilan Keputusan (ABPK) 4. Melakukan kunjungan Rumah untuk : a. Penyuluhan/Konseling pada	Bidan 3. Membantu Bidan pada saat pemeriksaan ibu hamil 4. Melakukan penyuluhan pada ibu hamil dan keluarga tentang a. Tanda-tanda Persalinan b. Tanda bahaya kehamilan Kebersihan pribadi & lingkungan. c. Kesehatan & Gizi d. Perencanaan Persalinan (Bersalin di Bidan, menyiapkan transportasi, menggalang dalam menyiapkan biaya, menyiapkan calon donor darah)

BIDAN	DUKUN
keluarga tentang persencanaan persalinan b. Melihat Kondisi Rumah persiapan persalinan c. Motivasi persalinan di Bidan pada waktu menjelang taksiran partus 5. Melakukan rujukan apabila diperlukan 6. Melakukan pencatatan seperti : a. Kartu ibu b. Kohort ibu c. Buku KIA 7. Melakukan Laporan : a. Melakukan laporan cakupan ANC	5. Memotivasi ibu hamil dan keluarga tentang : a. KB setelah melahirkan b. Persalinan di Bidan pada waktu menjelang taksiran partus. 6. Melakukan ritual keagamaan/tradisional yang sehat sesuai tradisi setempat bila keluarga meminta. 7. Melakukan motivasi pada waktu rujukan diperlukan. 8. Melaporkan ke Bidan apabila ada ibu hamil baru.

2) Periode Persalinan

BIDAN	DUKUN
1. Mempersiapkan sarana prasara persalinan aman dan alat resusitasi bayi baru lahir, termasuk pencegahan infeksi.	1. Mengantar calon ibu bersalin ke Bidan
2. Memantau kemajuan persalinansesuai dengan partogram	2. Mengingatkan keluargamenyiapkan alat transport untukpergi ke Bidan/memanggil Bidan.
3. Melakukan asuhan persalinan.	3. Mempersiapkan sarana prasaran persalinan aman seperti :
4. Melaksanakan inisiasi menyusudini dan pemberian ASI segerakurang dari 1 jam.	a. Air bersih b. Kain bersih
5. Injeksi Vit K1 dan salep mataantibiotik pada bayi baru lahir.	4. Mendampingi ibu pada saatpersalinan
6. Melakukan perawatan bayi baru lahir	5. Membantu Bidan pada saat prosespersalinan.
7. Melakukan tindakan PPGDONapabila mengalami komplikasi.	6. Melakukan ritualkeagamaan/tradisional yang sehatsesuai tradisi setempat
8. Melakukan rujukan bila diperlukan	7. Membantu Bidan dalam perawatanbayi baru lahir
9. Melakukan pencatatan persalinanpada :	8. Membantu ibu dalam inisiasimenyusu dini kurang dari 1 jam.
a. Kartu ibu/partograf	9. Memotivasi rujukan bila diperlukan
b. Kohort Ibu dan Bayi	10. Membantu Bidan membersihkanibu, tempat dan alat setelah persalinan.
c. Register persalinan	
10. Melakukan pelaporan:	
a. Cakupan persalinan	

3) Periode nifas

BIDAN	NIFAS
1. Melakukan Kunjungan Neonatal dan sekaligus pelayanan nifas (KN1, KN2 dan KN3) : a. Perawatan ibu nifas b. Perawatan Neonatal c. Pemberian Imunisasi HB 1 d. Pemberian Vit. A ibu Nifas 2 kali e. Perawatan payudara 2. Melakukan Penyuluhan dan konseling pada ibu dan keluarga mengenai : a. Tanda-tanda bahaya dan penyakit ibu nifas. b. Tanda-tanda bayi sakit c. Kebersihan pribadi & lingkungan d. Kesehatan & Gizi e. ASI Eksklusif f. Perawatan tali pusat g. KB setelah melahirkan 3. Melakukan rujukan apabila diperlukan 4. Melakukan pencatatan pada : a. Kohort Bayi b. Buku KIA 5. Melakukan Laporan : a. Cakupan KN	1. Melakukan kunjungan rumah dan memberikan penyuluhan tentang : a. Tanda-tanda bahaya dan penyakit ibu nifas b. Tanda-tanda bayi sakit c. Kebersihan pribadi & lingkungan d. Kesehatan & Gizi e. ASI Eksklusif f. Perawatan tali pusat g. Perawatan payudara 2. Memotivasi ibu dan keluarga untuk ber-KB setelah melahirkan. 3. Melakukan ritual keagamaan/tradisional yang sehat sesuai tradisi setempat. 4. Memotivasi rujukan bila diperlukan. 5. Melaporkan ke Bidan apabila ada calon akseptor KB baru.

Program Jaminan Persalinan (Jampersal)

Program Jaminan Persalinan (Jampersal) adalah jaminan pembiayaan persalinan yang meliputi pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, pelayanan nifas termasuk pelayanan KB pasca persalinan dan pelayanan bayi baru lahir. Jampersal diperuntukkan bagi seluruh ibu hamil yang belum memiliki jaminan persalinan. Sasaran yang dijamin Jampersal antara lain:

- 1) Ibu hamil
- 2) Ibu bersalin
- 3) Ibu nifas (sampai 42 hari setelah melahirkan)
- 4) Bayi baru lahir (sampai dengan usia 28 hari)

Adapun jaminan pembiayaannya meliputi :

- 1) Pemeriksaan kesehatan
- 2) Pertolongan persalinan
- 3) Pelayanan nifas
- 4) Pelayanan KB pasca persalinan
- 5) Pelayanan bayi baru lahir

Peserta program Jampersal adalah seluruh ibu hamil yang belum memiliki jaminan persalinan (tidak tertanggung di dalam kepesertaan ASKES, Jamkesmas, Jamkesda, Jamsostek dan asuransi lainnya). Pelayanan yang didapat oleh peserta Jampersal meliputi:

- 1) Pemeriksaan kehamilan (ANC) sekurang-kurangnya 4 kali (1kali di trimester I, 1 kali di trimester II, dan 2 kali di trimester III)
- 2) Persalinan normal
- 3) Pelayanan nifas normal
- 4) Pelayanan bayi baru lahir normal
- 5) Pemeriksaan kehamilan resiko tinggi
- 6) Pelayanan pasca keguguran
- 7) Persalinan per vaginam dengan tindakan emergensi dasar

- 8) Pelayanan bayi baru lahir dengan tindakan emergensi dasar
- 9) Pemeriksaan rujukan kehamilan pada kehamilan resiko tinggi
- 10) Penanganan rujukan pasca keguguran
- 11) Penanganan kehamilan ektopik terganggu (KET)
- 12) Persalinan dengan tindakan emergensi komprehensif
- 13) Pelayanan bayi baru lahir dengan tindakan emergensi komprehensif
- 14) Pelayanan KB pasca persalinan
- 15) Pelayanan Jampersal tidak mengenal batas wilayah, artinga peserta berhak mendapatkan pelayanan dimanapun berada dengan menunjukkan Kartu Tanda Penduduk (KTP) / Identitas diri lainnya.

5.4.3 Pemecahan masalah pada kasus PNC

Hal ini paling sering terjadi dimasyarakat, untuk itu beberapa pemecahan masalah yang ditawarkan seperti :

Masalah ibu post partum berdasarkan kasus	Solusi Permasalahan
Ibu mengalami infeksi	PENANGANAN SEPSIS PUERPURALIS 1. Peka terhadap tanda awal / gejala infeksi nifas 2. Periksa ibu dari kepala sampai kaki untuk mencari sumber infeksi. 3. Bidan mencuci tangan dengan seksama sebelum dan sesudah memeriksa ibu 4. Melakukan penatalaksanaan pada ibu yang mengalami sepsis 5. Alat – alat yang dipakai ibu jangan dipakai

Masalah ibu post partum berdasarkan kasus	Solusi Permasalahan
	untuk keperluan lain, terutama untuk ibu nifas lain. 6. Beri nasehat kepada ibu pentingnya kebersihan diri, penggunaan pembalut sendiri dan membuangnya pada tempatnya 7. Menekankan pada anggota keluarga tentang pentingnya istirahat, gizi baik dan banyak minum bagi ibu. 8. Motivasi ibu untuk tetap memberikan ASI 9. Lakukan semua Pencatatan dengan seksama. 10. Amati ibu dengan seksama dan jika kondisinya tidak membaik dalam 24 jam, segera rujuk ke RS. 11. Jika syok terjadi ikuti langkah – langkah penatalaksanaan syok sesuai standar 21 (Penatalaksanaan syok). Yang penting diperhatikan oleh bidan: ❑ Semua ibu nifas berisiko terkena infeksi, dan ibu yang telah melahirkan bayi dalam keadaan mati, persalinan yang memanjang, pecahnya selaput ketuban yang lama mempunyai risiko yang lebih tinggi. ❑ Kebersihan dan cuci tangan sangatlah penting, baik untuk pencegahan maupun penanganan sepsis. ❑ Infeksi bisa menyebabkan perdarahan

Masalah ibu post partum berdasarkan kasus	Solusi Permasalahan
	postpartum sekunder. Keadaan ibu akan semakin memburuk jika antibiotika tidak diberikan secara dini dan memadai. ❑ Lakukan tes sensitivitas sebelum memberikan suntikan antibiotika ❑❑❑❑❑❑Ibu dengan sepsis puerpuralis perlu dukungan moril, karena keadaan umumnya dapat menyebabkannya menjadi sangat letih dan depresi.
Ibu tidak memberikan ASI eksklusif kepada bayi	- Memberi informasi tentang manfaat ASI - Memberi informasi tentang kerugian ibu dan bayi jika tidak mendapatkan ASI eksklusif - Memberi informasi tentang kerugian memberi susu formula - Melatih ibu untuk menyusui bayi dan menstimulasi payudara - Membimbing ibu agar menyusui anaknya - Memotivasi keluarga agar mendukung ibu memberikan ASI eksklusif, karena dukungan suami (<i>Breastfeeding father</i>) dan keluarga sangat membantu keberhasilan menyusui. - Jika kondisi ibu pulih, dianjurkan agar bergabung dengan grup post
Ibu belum menggunakan alat kontrasepsi	- Memberikan konseling keluarga berencana kepada ibu - Memotivasi ibu agar menggunakan alat kontrasepsi yang sesuai untuk ibu.

Masalah ibu post partum berdasarkan kasus	Solusi Permasalahan
	- Memfasilitasi ibu menggunakan alat kontrasepsi

5.4.4 Pemecahan masalah pada kasus BBL

Masalah BBL	Solusi Pemecahan Masalah
BBLR	1. Persiapan kehamilan yang intensif, baik kajian terhadap nutrisi saat kehamilan serta pemantauan tumbuh kembang bayi 2. Melakukan perawatan BBLR di sarana kesehatan yang memadai, untuk mencegah terjadinya komplikasi dan mencegah peningkatan angka mortalitas dan morbiditas BBL
Infeksi tali pusat	1. Melakukan teknik pemotongan tali pusat dengan tindakan steril 2. Melakukan perawatan tali pusat dirumah, dengan a. Selalu mencuci tangan sebelum melakukan perawatan tali pusat b. Biarkan tali pusat terbuka dan selalu dalam keadaan kering c. Saat mandi bersihkan tali pusat d. Setelah selesai keringkan dengan handuk lembut atau cukup diangin – anginkan e. Saat ini tidak dianjurkan lagi membungkus dengan kassa steril yang di basahi dengn alcohol 70

Masalah BBL	Solusi Pemecahan Masalah
	% f. Setelah tali pusat lepas, oleskan pangkalnya dengan betadine dengan menggunakan cotton bud g. Bila tali pusat basah, berbau atau dinding perut disekitarnya kemerahan harus segera dibawa ke petugas kesehatan, poskesdes, puskesmas atau fasilitas kesehatan yang lain. Kebiasaan yang merugikan bayi : a. Membubuhi tali pusat dengan ramuan dapat menyebabkan infeksi b. Bayi boleh keluar rumah sebelum umur 40 hari untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, dengan tetap menjaga kehangatan dan hindarkan dari orang sakit. c. Ibu tidak perlu khawatir dengan imunisasi, imunisasi mungkin menyebabkan demam tetapi tidak berbahaya dan bisa diatasi dengan pemberian obat penurun panas. d. Jangan mengobati sendiri jika bayi sakit.
Ikterus	1. Mengajarkan kepada ibu postpartum cara perawatan bayi dirumah, untuk menghindari terjadinya beberapa masalah yang sering terjadi pada BBL, seperti : infeksi tali pusat, ikterus, tetanus neonatorum, ruam

Masalah BBL	Solusi Pemecahan Masalah
	popok, masalah hygiene, dll. 2. Melakukan kunjungan neonatus (KN), untuk melihat keadaan bayi. 3. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi asupan nutrisi yang cukup untuk kualitas dan kuantitas ASI, sehingga bayi mendapat ASI yang cukup. 4. Mengajari ibu perawatan bayi yang ikterus dirumah seperti : menjemur bayi, karena sinar matahari dan udara segar sangat penting untuk pertumbuhan dan pemeliharaan kesehatan. Bayi sejak berumur beberapa hari sebaiknya setiap pagi dibawa keluar untuk mendapatkan sinar matahari dan hawa sejuk. a. Jemurlah bayi pada pagi antara pukul 07 – 8 selama 15-30 menit dengan posisi terlentang dan tengkurap 2. Jemur saat sebelum mandi b. Bukalah baju bayi dan pakaikan popok yang minim c. Hindarkan mata dari sinar matahari lngung d. ganti posisi setiap 15 menit

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, E. 2011. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Damayanti. 2014. *Asuhan Kebidanan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Handayani. S. 2011. *Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC.
- Megasari, Miratu, Ani Triana, Rika Andriyani, Yulrina Ardhiyanti, dan I.P. and Walsh, Linda dan Monica, E. 2018. *Buku Ajar Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC.
- Runjati. 2010. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC.

BAB 6

PERAN SERTA MASYARAKAT DALAM ASUHAN KOMUNITAS

Oleh St. Munawwarah. M

6.1 Pendahuluan

Asuhan Komunitas adalah pelayanan kebidanan profesional yang ditujukan kepada masyarakat dengan penekanan pada kelompok risiko tinggi dengan upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pelayanan kebidanan. Pelayanan Kebidanan Komunitas adalah upaya yang dilakukan bidan untuk pemecahan terhadap masalah kesehatan ibu dan balita dalam keluarga di masyarakat. Pelayanan kebidanan komunitas dilakukan diluar rumah sakit atau institusi. Kebidanan komunitas dapat juga merupakan bagian atau kelanjutan dari pelayanan yang diberikan dirumah sakit dalam upaya menyelamatkan ibu dan bayi dalam proses kelahiran. Bidan komunitas mempunyai pengetahuan yang luas dalam segala aspek dalam kehamilan dan persalinan karena tugasnya adalah bersama-sama perempuan sebagai partner untuk menerima secara positif pengalaman proses kehamilan dan persalinan, serta mendukung keluarga agar dapat mengambil keputusan atau pilihan secara individual berdasarkan informasi yang telah diberikan (Runjati, 2019).

Bidan yang bekerja di komunitas membutuhkan suatu kemitraan yang berguna untuk pengambilan keputusan secara

kolaboratif dalam rangka meningkatkan kesehatan dan memecahkan masalah-masalah kesehatan ibu dan anak. Program kemitraan komunitas mencakup konsep pemberdayaan dan pengembangan komunitas. Unsur yang penting dalam menjalin jaringan kerja di komunitas adalah sensitivitas terhadap aspek kultural, yang berarti bahwa pelayanan yang diberikan harus sesuai dengan persepsi masyarakat (Syafuruddin, 2018).

Dalam pelayanan komunitas diperlukan pendekatan terhadap pemuka atau pejabat masyarakat untuk mendapat dukungan, sehingga dapat menentukan kebijakan nasional atau regional. Pendekatan terhadap pelaksana dari sektor diberbagai tingkat administrasi sampai dengan tingkat desa dengan tujuan yang akan dicapai adalah adanya kesepahaman, memberi dukungan dan merumuskan kebijakan. Dan pendekatan yang lebih menekankan pada proses dilaksanakan masyarakat sebagai pengambil prakarsa kemudian dikembangkan sendiri sesuai kemampuan, misalnya kader dan dukun (Tyastuti, 2017).

Dalam hal ini bidan berperan sebagai pendidik di masyarakat. Sebagai pendidik, bidan berupaya merubah perilaku komunitas di wilayah kerjanya sesuai dengan kaidah kesehatan. Tindakan yang dapat dilakukan oleh bidan di komunitas dalam berperan sebagai pendidik masyarakat antara lain dengan memberikan penyuluhan di bidang kesehatan khususnya kesehatan ibu, anak dan keluarga. Penyuluhan tersebut dapat dilakukan dengan berbagai cara seperti ceramah, bimbingan, diskusi, demonstrasi dan sebagainya yang mana cara tersebut merupakan penyuluhan secara langsung. Sedangkan penyuluhan yang tidak langsung misalnya dengan poster, leaflet, spanduk dan sebagainya (Yulifah, 2017).

Asuhan kebidanan di komunitas merupakan pembelajaran yang berorientasi pada masyarakat. Pada

pembelajaran asuhan kebidanan di komunitas mahasiswa harus mampu melaksanakan praktik kebidanan secara komprehensif dengan memperhatikan budaya setempat yang dikemas dalam tatanan di komunitas, mampu membentuk jejaring dan menerapkan sikap profesional bidan. Buku ini dapat menambah ilmu pengetahuan bagi para pembacanya dan dapat digunakan menjadi pedoman bagi mahasiswa kebidanan dalam memberikan asuhan kebidanan di komunitas (Lisnawati, 2018).

Sesuai dengan tugas pokok bidan adalah memberikan pelayanan kebidanan kepada komunitas. Disini bidan bertindak sebagai pelaksana pelayanan kebidanan. Sebagai pelaksana, bidan harus menguasai pengetahuan dan teknologi kebidanan. Sesuai dengan kewenangannya bidan dapat melaksanakan kegiatan praktik mandiri. Bidan dapat mengelola sendiri pelayanan yang dilakukannya. Peran bidan di sini adalah sebagai pengelola kegiatan kebidanan di unit puskesmas, polindes, posyandu dan praktek bidan. Sebagai pengelola bidan memimpin dan mendayagunakan bidan lain atau tenaga kesehatan yang pendidikannya lebih rendah (Fraser, 2020).

Adapun tujuan umum dalam asuhan komunitas adalah :

1. Melakukan identifikasi suatu masalah yang berhubungan dengan kebidanan komunitas.
2. Melakukan identifikasi struktur di masyarakat tertentu.
3. Membantu meningkatkan kemampuan dari individu, keluarga, maupun masyarakat untuk melaksanakan asuhan kebidanan di dalam rangka mengatasi suatu masalah.
4. Melaksanakan tindakan promotif dan preventif dalam pelayanan kesehatan.
5. Dapat memberikan informasi mengenai pengertian sehat dan sakit pada masyarakat.
6. Dapat menangani adanya kelainan risiko tinggi atau rawan yang membutuhkan pembindana serta pelayanan kebidanan.

7. Dapat menangani kasus kebidanan di rumah atau tempat tinggal klien.
8. Dapat menangani tindakan lanjutan dari kasus kebidanan dan bisa memberikan rujukan.
9. Melakukan identifikasi status kesehatan ibu maupun anak.
10. Memberikan pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Keluarga Berencana (KB), serta imunisasi.
11. Dapat memberikan keterangan atau gambaran yang akurat mengenai kondisi wilayah kerja dengan daerah.
12. Melakukan identifikasi faktor pada penunjang Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) atau Keluarga Berencana (KB) di wilayah kerja.
13. Dapat melakukan bimbingan kepada para kader yang ada di Posyandu atau fasilitas kesehatan lainnya.
14. Dapat mengidentifikasikan kerja sama atau koordinasi Lintas Program (LP) maupun Lintas Sektor (LS).
15. Melakukan kunjungan ke rumah masyarakat.
16. Melakukan penyuluhan mengenai adanya seminar, evaluasi, atau laporan tertentu.
17. Melakukan Asuhan Kebidanan (Askeb) dengan tujuan utama pada Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).
18. Melakukan upaya kegawatdaruratan kebidanan yang sesuai dengan kewenangan.
19. Membantu proses persalinan di rumah (Stanhope, 2020).

6.2 Peran Serta Masyarakat

Peran serta masyarakat (PSM) merupakan keikutsertaan individu, keluarga dan kelompok masyarakat dalam setiap mengerjakan upaya kesehatan yang juga merupakan tanggung jawab sendiri, keluarga dan masyarakatnya. Peran masyarakat adalah proses untuk mewujudkan kerja sama kemitraan antara pemerintah dan masyarakat setempat dalam merencanakan, melaksanakan dan

memanfaatkan kegiatan kesehatan sehingga diperoleh manfaat berupa peningkatan kemampuan swadaya masyarakat, dimana masyarakat berperan dalam menentukan prasarana dan pemeliharaan teknologi tepat guna dalam pelayanan kesehatan (Runjati, 2019).

Peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan adalah keadaan dimana individu, keluarga maupun masyarakat umum ikut serta bertanggung jawab terhadap kesehatan diri, keluarga, ataupun kesehatan masyarakat lingkungannya. Dalam permasalahan kesehatan, sering dijumpai bahwa persepsi masyarakat tidak selalu sama dengan persepsi dengan persepsi pihak provider kesehatan (tenaga kesehatan). Untuk mencapai kesepakatan atau kesamaan persepsi sehingga tumbuh keyakinan dalam hal masalah kesehatan yang dihadapi diperlukan suatu proses (KIM) yang mantap (Retna, 2017).

Pemberdayaan masyarakat adalah segala upaya fasilitasi yang bersifat persuasif dan tidak memerintah yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, perilaku, kemampuan masyarakat dalam menemukan, merencanakan dan memecahkan masalah menggunakan sumber daya/potensi yang mereka miliki, termasuk partisipasi dan dukungan tokoh-tokoh masyarakat serta LSM yang ada dan hidup di masyarakat. Pemberdayaan keluarga di bidang kesehatan akan menghasilkan kemandirian keluarga dalam menemukan masalah kesehatan yang ada dalam keluarganya, kemudian mampu merencanakan dan mengambil keputusan untuk memecahkan masalah kesehatannya sendiri tanpa bantuan pihak lain (Suprajitno, 2016).

Kebidanan komunitas sebagai bentuk pelayanan kebidanan profesional yang ditujukan kepada masyarakat dengan penekanan pada kelompok resiko tinggi, dengan upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien

sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan kebidanan (Walsh, 2018).

Tingkat kebutuhan individu Berkaitan dengan sistem kebutuhan yang terdapat dalam diri individu, MASLOW mengatakan bahwa pada diri manusia terdapat sejumlah kebutuhan dasar menggerakkannya untuk berperilaku. Kelima kebutuhan menurut MASLOW tersebut terikat dalam suatu hirarki tertentu berdasarkan kuat lemahnya motivasi. Motivasi adalah penggerak batin yang mendorong seseorang dari dalam untuk menggunakan tenaga yang ada pada dirinya sebaik mungkin demi tercapainya sasaran. Implikasi dari uraian diatas adalah bahwa sepanjang perilaku berperan serta yang dikehendaki dapat memenuhi kebutuhan pokok anggota masyarakat dan sejalan dengan norma dan nilai yang dianut, maka peran serta tersebut dapat berkembang. Sebaliknya, perilaku yang lain (baru ataupun berlawanan) tidak akan muncul dengan mudah apabila kebutuhan pokok anggota masyarakat tersebut tidak dipenuhi (Nursalam, 2018).

6.3 Tingkat Keterikatan Kelompok Masyarakat

Tingkat keterikatan kelompok suatu masyarakat terdiri dari individu yang hidup bersama, terorganisasi dalam suatu sistem sosial atau ikatan. Sesuai dengan kepentingan dan aspirasi anggotanya sistem sosial tersebut dapat berupa organisasi/ikatan: politik, ekonomi, sosbud, agama, profesi, pendidikan, hukum, dll. Organisasi/institusi bentukan dari sistem sosial tersebut bervariasi besarnya dan profil sosial ekonominya, serta tingkatannya, mulai dari paguyuban atau bahkan kelompok terisolir pada tingkat desa, kota dan nasional (Tyastuti, 2017).

6.4 Tahap Peran Serta Masyarakat

Secara umum, tahap-tahap dalam mengembangkan Peran Serta Masyarakat adalah:

1. Melaksanakan penggalangan, pemimpin organisasi di masyarakat melalui dialog untuk mendapatkan dukungan
2. Meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengenal dan memecahkan masalah keluarga maupun masyarakat dengan menggali dan menggerakkan sumber daya yang dimiliki oleh masyarakat, apabila diperlukan bantuan dari luar bentuknya hanya berupa perangsang atau pelengkap sehingga tidak semata-mata bertumpu pada bantuan tersebut.
3. Menumbuhkan dan mengembangkan peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Peran serta masyarakat di dalam pembangunan kesehatan dapat diukur dengan makin banyaknya jumlah anggota masyarakat yang mau memanfaatkan pelayanan kesehatan seperti memanfaatkan puskesmas, polindes, puskesmas pembantu, mau hadir ketika ada kegiatan penyuluhan kesehatan, mau menjadi peserta tabulin, JPKM, dan lain sebagainya.
4. Mengembangkan semangat gotong-royong dalam pembangunan kesehatan. Semangat gotong royong yang merupakan warisan budaya masyarakat Indonesia hendaknya dapat juga ditentukan dalam upaya pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Adanya semangat gotong-royong ini dapat diukur dengan melihat apakah masyarakat bersedia bekerjasama dalam peningkatan sanitasi lingkungan, penggalakan gerakan 3M dalam upaya pemberantasan penyakit demam berdarah dan sebagainya
5. Bekerja bersama masyarakat. Dalam setiap pembangunan kesehatan hendaknya pemerintah atau petugas kesehatan menggunakan prinsip bekerja untuk dan bersama masyarakat. Maka akan meningkatkan motivasi dan

kemampuan masyarakat karena adanya bimbingan, dorongan, alih pengetahuan dan keterampilan dari tenaga kesehatan kepada masyarakat.

6. Menggalang kemitraan dengan LSM dan organisasi kemasyarakatan yang ada di masyarakat. Prinsip lain dari pergerakan PSM di bidang kesehatan adalah pemerintah dan tenaga kesehatan hendaknya memanfaatkan dan bekerja sama dengan LSM serta organisasi kemasyarakatan yang ada di tempat tersebut. Dengan demikian, upaya pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat lebih berhasil guna (efektif) dan berdaya guna (efisien).
7. Penyerahan pengembalian keputusan kepada masyarakat. Semua bentuk upaya pergerakan PSM termasuk di bidang kesehatan apabila ingin berhasil dan berkesinambungan hendaknya bertumpu pada budaya dan adat setempat. Untuk itu, pengambilan keputusan khususnya yang menyangkut tata cara pelaksanaan kegiatan guna pemecahan masalah kesehatan yang ada di masyarakat hendaknya diserahkan kepada masyarakat. Pemerintah maupun tenaga kesehatan hanya bertindak sebagai fasilitator dan dinamisator sehingga masyarakat merasa lebih memiliki tanggung jawab untuk melaksanakannya (Arnida, 2019).

6.5 Tahap dalam membuat program PSM

Pertemuan/pendekatan tingkat desa yaitu, kegiatan awal dari pembinaan peran serta masyarakat ditingkat desa bertujuan:

1. Dikenal nya masalah kesehatan setempat secara umum
2. Dikenalnya program kesehatan sebagai upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
3. Diperoleh dukungan pamong pemuka masyarakat guna melaksanakan upaya kesehatan terpadu, disadari

pentingnya survey diri menelaah masalah kesehatan masyarakat setempat.

4. Tersusunnya kelompok kerja untuk survey diri dan ditemukannya jadwal survey
5. Survey mawas diri merupakan pengenalan, pengumpulan, dan pengkajian masalah kesehatan oleh sekelompok masyarakat setempat dengan tujuan agar masyarakat mengenal, mengumpulkan, dan mengkaji masalah kesehatannya sendiri sehingga timbul niat dan kesadaran masyarakat untuk mengetahui masalah kesehatan sendiri.
6. Pelaksanaan survey
 - a. Membuat persiapan survey
 - b. Mengumpulkan informasi
 - c. Mengolah informasi
7. Musyawarah Masyarakat Desa (MMD)

Pertemuan seluruh warga desa untuk membahas hasil survey diri yang merencanakan penanggulangan masalah kesehatan yang diperoleh dari hasil survey dengan bermusyawarah sehingga menjadi keputusan bersama dengan tujuan :

 - a. Untuk mengenal masalah
 - b. Memperoleh kesepakatan untuk penanggulangan masalah
 - c. Menyusun rencana kerja
 - d. Pelatihan kader kesehatan desa
 - e. Merupakan kegiatan dalam rangka mempersiapkan kader kesehatan agar mau dan mampu berperan serta dalam mengembangkan program kesehatan di desanya.
 - f. Pelaksanaan kegiatan di lapangan dan pada pelaksanaan dilakukan advokasi kepada penentu kebijakan, toma-toga dan komponen masyarakat lainnya yang mempunyai pengaruh dalam keberhasilan kegiatan. Selanjutnya dilakukan KIE dan KIP konseling (Runjati, 2019).

6.6 Ciri-Ciri Peran Serta Masyarakat

1. Motivasi hal ini harus timbul dari masyarakat itu sendiri dengan pendidikan kesehatan untuk berlangsungnya motivasi.
2. Komunikasi informasi masyarakat dengan melakukan interaksi secara terus menerus, berkesinambungan dengan masyarakat mengenai segala permasalahan kebersihan dan kesehatan masyarakat.
3. Kooperasi kerja sama dengan instansi diluar kesehatan dan instansi kesehatan sendiri mutlak diperlukan.
4. Mobilisasi hal ini dimulai seawal mungkin sampai akhir (Lisnawati, 2018).

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

1. Meningkatkan cakupan pelayanan kebidanan komunitas sesuai dengan tanggung jawab bidan
2. Meningkatkan mutu pelayanan ibu hamil, pertolongan persalinan, perawatan nifas, perinatal, bayi dan balita secara terpadu. Menurunkan jumlah kasus yang berkaitan dengan risiko kehamilan, persalinan dan perinatal
3. Mendukung program pemerintah untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas ibu, bayi dan anak
4. Membangun jaringan kerja dengan fasilitas rujukan tokoh masyarakat setempat atau unsur terkait lainnya (Suprajitno, 2016).

6.7 Prinsip Peran Serta Masyarakat

Pelaksanaan pelayanan kebidanan komunitas didasarkan pada empat konsep utama dalam pelayanan kebidanan yaitu manusia, masyarakat atau lingkungan, kesehatan, dan pelayanan kebidanan yang mengacu pada konsep paradigma kebidanan dan paradigma sehat sehingga diharapkan tercapainya tarap kesejahteraan hidup masyarakat. Kebidanan komunitas adalah pelayanan kebidanan yang menekankan pada aspek-aspek psikososial budaya yang ada di komunitas (masyarakat sekitar). Maka seorang bidan dituntut mampu memberikan pelayanan yang bersifat individual maupun kelompok (Retna, 2017).

Pelaksanaan pelayanan kebidanan komunitas didasarkan pada empat konsep utama dalam pelayanan kebidanan yaitu: manusia, masyarakat atau lingkungan, kesehatan, dan pelayanan kebidanan yang mengacu pada konsep paradigma kebidanan dan paradigma sehat sehingga diharapkan tercapainya tarap kesejahteraan hidup masyarakat. Asuhan kebidanan keluarga serangkaian kegiatan yang merupakan implementasi dari ilmu kebidanan yang diberikan melalui praktik kebidanan dengan sasaran keluarga dan ditujukan untuk mengatasi masalah kesehatan yang dialami keluarga dengan pendekatan asuhan kebidanan. Asuhan kebidanan keluarga dilaksanakan di dusun dukuh dengan mengambil keluarga sebagai keluarga asuh (Nursalam, 2018).

Program Asuhan Kebidanan Keluarga dalam Praktik Kebidanan Komunitas dilaksanakan pada tujuh keluarga yang memiliki masalah KIA. Setiap keluarga dilakukan pendampingan untuk menyelesaikan masalah kesehatan yang ada di keluarga. Dari permasalahan dibuat prioritas masalah. Adapun prioritas masalah yang dirumuskan dari tujuh keluarga yaitu penyuluhan pentingnya gizi seimbang pada balita, penyuluhan ASI Eksklusif pada bayi, KIE tanda bahaya

kehamilan pada ibu hamil, penyuluhan tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), penyuluhan, pentingnya ASI bagi bayi, penyuluhan pertumbuhan dan perkembangan pada anak. Pada tahap persiapan, kegiatan yang dilakukan adalah pembuatan media penyuluhan, pemesanan alat dan bahan akan digunakan ketika melakukan penyuluhan (Fraser, 2020).

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

6.8 Landasan Hukum Penyelenggaraan Peran Serta Masyarakat

UU No.2 Tahun 1992 Tentang kesehatan

Pasal 5 :

Setiap orang berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga, dan lingkungannya.

Pasal 8 :

Pemerintah bertugas menggerakkan peran serta masyarakat dalam menyelenggarakan dan pembiayaan kesehatan, dengan memperhatikan fungsi sosial sehingga pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang kurang mampu tetap terjamin.

Pasal 71 :

1. Masyarakat memiliki kesempatan untuk berperan serta dalam penyelenggaraan upaya kesehatan beserta sumber dayanya.
2. Pemerintah membina, mendorong, dan menggerakkan swadaya masyarakat yang bergerak di bidang kesehatan agar dapat lebih berdaya guna dan berhasil guna.

3. Ketentuan mengenai syarat dan tatacara peran serta masyarakat dibidang kesehatan ditetapkan dengan peraturan pemerintah.

Pasal 72 :

1. PSM untuk memberikan pertimbangan dalam ikut menentukan aturan pemerintahan pada penyelenggaraan kesehatan dapat dilakukan melalui badan pertimbangan kesehatan nasional yang berpatokan pada tokoh masyarakat.
2. Ketentuan mengenai pembentukan, tugas pokok, fungsi dan tata cara kerja badan pertimbangan kesehatan nasional ditetapkan dengan kepresidenan.
UU RI No. 25 tahun 2009 pasal 39 tentang peran serta masyarakat :
 - a. PSM dalam penyelenggaraan pelayanan publik dimulai sejak penyusunan standar pelayanan sampai dengan evaluasi dan pemberian penghargaan.
 - b. PSM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diwujudkan dalam bentuk kerjasama, pemenuhan hak & kewajiban masyarakat, serta peran aktif dalam penyusunan kebijakan pelayanan publik.
 - c. Masyarakat dapat membentuk lembaga pengawasan pelayanan publik.
 - d. Tata cara pengikutsertaan masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan publik diatur lebih lanjut dalam peraturan pemerintah (Yulifah, 2017).

6.9 Kemampuan dan Kekuatan Dimiliki Peran Serta Masyarakat

1. Dilaksanakannya pengumpulan data, masalah kesehatan, lingkungan dan perilaku.
2. Mengkaji dan menganalisis masalah kesehatan, lingkungan dan perilaku yang paling menonjol di masyarakat.
3. Menginventarisasi sumber daya masyarakat yang dapat mendukung upaya mengatasi masalah kesehatan.
4. Diperolehnya dukungan kepala desa/kelurahan dan pemuka masyarakat dalam pelaksanaan penggerakan dan pemberdayaan masyarakat di Desa Siaga.
5. Sasaran SMD adalah semua rumah yang ada di desa/kelurahan atau menetapkan sampel rumah dilokasi tertentu ($\pm$ 450 rumah) yang dapat menggambarkan kondisi masalah kesehatan, lingkungan dan perilaku pada umumnya di desa/kelurahan.
6. Lokasi SMD dilaksanakan di desa/kelurahan terpilih. Pelaksana SMD dilaksanakan oleh kader dan tokoh masyarakat atau sekelompok warga masyarakat yang telah ditunjuk pada pertemuan tingkat desa dengan waktu dilaksanakan sesuai dengan hasil kesepakatan pertemuan tingkat desa/kelurahan. Petugas Puskesmas, Bidan di desa dan kader/kelompok warga yang ditugaskan untuk melaksanakan SMD dengan kegiatan, meliputi :
 - a. Pengenalan instrumen (daftar pertanyaan) yang akan dipergunakan dalam pengumpulan data dan informasi masalah kesehatan.
 - b. Penentuan sasaran baik jumlah KK ataupun lokasinya
 - c. Penentuan cara memperoleh informasi masalah kesehatan dengan cara wawancara yang menggunakan daftar pertanyaan.

- d. Pelaksana SMD Kader, tokoh masyarakat dan kelompok warga yang telah ditunjuk melaksanakan SMD dengan bimbingan petugas Puskesmas dan bidan di desa mengumpulkan informasi masalah kesehatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan.
- e. Pengolahan Data Kader, tokoh masyarakat dan kelompok warga yang telah ditunjuk mengolah data SMD dengan bimbingan petugas Puskesmas dan bidan di desa, sehingga dapat diperoleh perumusan masalah kesehatan untuk selanjutnya merumuskan prioritas masalah kesehatan, lingkungan dan perilaku di desa/kecamatan bersangkutan (Arnida, 2019).

Sampai saat ini belum ada pendidikan khusus untuk menghasilkan tenaga bidan yang bekerja di komunitas, yang ada hanya menghasilkan bidan yang mampu bekerja di desa, sebagai tenaga kesehatan bidan yang membantu keluarga dan masyarakat. Hubungan interaksi antara bidan dengan kliennya dilakukan melalui pelayanan kebidanan. Pelayanan kebidanan adalah segala aktifitas yang dilakukan bidan untuk menyelamatkan klien dari gangguan kesehatan. Tujuan pelayanan di komunitas untuk meningkatkan kesehatan ibu, anak balita di dalam keluarga sehingga terwujud keluarga sehat dan sejahtera di komunitas. Pelayanan kebidanan komunitas juga merupakan bagian atau kelanjutan dari pelayanan kesehatan yang diberikan di Rumah Sakit (Tyastuti, 2017).

Pelayanan kebidanan komunitas mencakup upaya pencegahan penyakit, pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, penyembuhan serta pemulihan. Kegiatan pelayanan kebidanan komunitas bisa dilakukan di puskesmas, polindes, posyandu, praktik mandiri bidan atau di rumah klien. Kegiatan pelayanan meliputi:

1. Penyuluhan atau pendidikan kesehatan

2. Pemeliharaan kesehatan ibu dan anak
3. Pengobatan sederhana bagi ibu dan balita.
4. Perbaikan gizi keluarga
5. Imunisasi ibu dan anak.
6. Pertolongan persalinan dirumah
7. Pelayanan KB (Runjati, 2019).

Perilaku masyarakat harus bersifat produktif yaitu perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah resiko terjadinya penyakit, dan berpartisipasi aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat. Masyarakat dapat menolong diri sendiri untuk mencegah dan menanggulangi masalah kesehatan, mengupayakan lingkungan sehat, memanfaatkan pelayanan kesehatan serta mengembangkan Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) dalam asuhan komunitas.

DAFTAR PUSTAKA

- Arnida, 2019. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Fraser, 2020. *Buku Ajar Bidan*. Jakarta: EGC.
- Lisnawati, Lilis. 2018. *Panduan Praktis Menjadi Bidan Komunitas*. Jakarta : TIM.
- Nursalam. 2018. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik*. Jakarta : Salemba Medika.
- Retna, EA. 2017. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Cetakan Pertama. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Runjati. 2019. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC.
- Stanhope, Marcia. 2020. *Keperawatan Komunitas dan Kesehatan Rumah*. Jakarta : EGC.
- Suprajitno. 2016. *Asuhan Keperawatan Keluarga Aplikasi Dalam Praktik*. Jakarta: EGC.
- Syafrudin, Hamidah. 2018. *Kebidanan Komunitas*. Jakarta : EGC.
- Tyastuti, Siti. 2017. *Komunikasi & Konseling dalam Pelayanan Kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Walsh, 2018. *Buku Ajar Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC.
- Yulifah, Rita. 2017. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Jakarta: Salemba Medika

BAB 7

DASAR DASAR PENGELOLAAN MULTI BENCANA

Oleh Endriyani Martina Yunus

7.1 Pendahuluan

Indonesia merupakan negara yang rawan bencana dilihat dari aspek geografis, klimatologi dan demografis. Letak geografis Indonesia di antara dua benua dan dua samudera menyebabkan Indonesia mempunyai potensi yang cukup bagus dalam perekonomian sekaligus juga rawan dengan bencana. Secara geologis, Indonesia terletak pada 3 (tiga) lempeng yaitu Lempeng Eurasia, Lempeng Indo-Australia dan Lempeng Pasifik yang membuat Indonesia kaya dengan cadangan mineral sekaligus mempunyai dinamika geologis yang sangat dinamis yang mengakibatkan potensi bencana gempa, tsunami dan gerakan tanah/longsor. Selain itu, Indonesia mempunyai banyak gunung api aktif yang sewaktu-waktu dapat meletus. Sedangkan secara demografis, jumlah penduduk yang sangat banyak dengan keberagaman suku, budaya, agama dan kondisi ekonomi dan politik menyebabkan Indonesia sangat kaya sekaligus berpotensi menjadi pemicu konflik akibat kemajemukannya tersebut (BNBP, 2012)

Potensi bencana alam dengan frekuensi yang cukup tinggi lainnya adalah bencana hidrometeorologi, yaitu banjir, longsor, kekeringan, puting beliung dan gelombang pasang. Frekuensi bencana hidrometeorologi di Indonesia terus meningkat dalam 10 tahun terakhir. Berdasarkan data Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB), selama tahun

2002-2012 sebagian besar bencana yang terjadi disebabkan oleh faktor hidrometeorologi (BNBP, 2012).

Peta multi bencana merupakan peta yang memberikan informasi berupa gambaran utuh potensi dan Riwayat kebencanaan di suatu daerah. Informasi yang tersaji digunakan oleh pengambil kebijakan untuk menimbang manfaat dan resiko yang diperoleh dalam pengambilan keputusan (Amhar & Darmawan, 2007)

Menurut (Nugraha *et al.*, 2017), dengan pemetaan multi bencana dapat diperoleh peta yang dapat menunjukkan lokasi kritis dimana salah satu bencana atau lebih mendominasi peristiwa-peristiwa bencana yang terjadi di daerah tersebut, sehingga dengan dilakukan pemetaan multi bencana, pemerintah dapat merencanakan system mitigasi bencana dan memperkuat kapasitas masyarakat dalam menghadapi bencana.

7.2 Definisi

Menurut (RI, 2007) tentang Penyelenggaraan penanggulangan bencana adalah serangkaian upaya yang meliputi penetapan kebijakan pembangunan yang berisiko timbulnya bencana, kegiatan pencegahan bencana, tanggap darurat, dan rehabilitasi.

Manajemen penanggulangan bencana dapat didefinisikan sebagai segala upaya atau kegiatan yang dilaksanakan dalam rangka upaya pencegahan, mitigasi, kesiapsiagaan, tanggap darurat dan pemulihan berkaitan dengan bencana yang dilakukan pada tahapan sebelum, saat dan setelah bencana (Arsyad, 2017).

7.3 Krisis Kesehatan

Menurut (Kemenkes RI, 2019), krisis Kesehatan adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengakibatkan timbulnya korban jiwa, korban luka/sakit, pengungsian, dan/atau adanya potensi bahaya yang berdampak pada Kesehatan masyarakat yang membutuhkan respon cepat di luar kebiasaan normal dan kapasitas Kesehatan tidak memadai.

Penanggulangan krisis kesehatan adalah serangkaian upaya yang meliputi kegiatan prakrisis Kesehatan, tanggap darurat krisis Kesehatan, dan pasca krisis Kesehatan (Kemenkes RI, 2019).

Penanggulangan krisis Kesehatan bertujuan untuk terselenggaranya penanggulangan krisis Kesehatan yang terkoordinasi, terencana, terpadu dan menyeluruh guna memberikan perlindungan kepada masyarakat dari ancaman, risiko, dan dampak permasalahan kesehatan.

Penanggulangan krisis kesehatan dilakukan dengan sistem klaster, yang meliputi :

- a. Sub klaster pelayanan kesehatan, yang bertugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan terutama pelayanan pertolongan darurat pra fasilitas pelayanan Kesehatan dan rujukan;
- b. Sub klaster pengendalian penyakit dan kesehatan lingkungan, yang bertugas melakukan pengendalian penyakit dan upaya kesehatan lingkungan;
- c. Sub klaster kesehatan reproduksi, yang bertugas menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan reproduksi;
- d. Sub klaster kesehatan jiwa, yang bertugas menyelenggarakan upaya penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan psikososial secara optimal;
- e. Sub klaster pelayanan gizi, yang bertugas menyelenggarakan pelayanan gizi;

- f. Sub klaster identifikasi korban mati akibat bencana (*Disaster Victim Identification/DVI*), yang bertugas menyelenggarakan identifikasi korban meninggal dan penatalaksanaannya.

Penanggulangan krisis kesehatan mengutamakan kegiatan pengurangan risiko krisis Kesehatan. Penanggulangan krisis Kesehatan diselenggarakan sesuai tahapan yang meliputi:

- a. Tahap Pra Krisis Kesehatan
- b. Tahap Tanggap Dadrurat Krisis Kesehatan
- c. Tahap Pasca Krisis Kesehatan

7.3.1 Tahap Pra Krisis Kesehatan

Penanggulangan pada tahap Pra Krisis Kesehatan ditujukan untuk peningkatan sumber daya kesehatan, pengelolaan ancaman terjadinya krisis kesehatan, dan pengurangan kerentanan.

Penanggulangan pada tahap pra krisis meliputi upaya pencegahan dan mitigasi, dan kesiapsiagaan.

Upaya pencegahan dan mitigasi pada tahap pra krisis kesehatan meliputi kegiatan :

- a. Kajian risiko krisis kesehatan
- b. Menyusun, mensosialisasikan dan menerapkan kebijakan atau standar penanggulangan krisis kesehatan ;
- c. Mengembangkan sistem informasi penanggulangan krisis kesehatan
- d. Menyusun rencana penanggulangan krisis kesehatan ;
- e. Melaksanakan peningkatan kapasitas Fasilitas Pelayanan Kesehatan Aman Bencana

Upaya kesiapsiagaan pada tahap pra krisis kesehatan, meliputi :

- a. Simulasi bidang kesehatan ;
- b. Pemberdayaan masyarakat;
- c. Mengembangkan sistem peringatan dini;

- d. Membentuk EMT, tim RHA, PHRRT, dan tim kesehatan lainnya;
- e. Menyiapkan ketersediaan sarana pra sarana kesehatan, dan perbekalan kesehatan yang memadai untuk upaya tanggap darurat;
- f. Meningkatkan kapasitas sumber daya manusia baik dalam hal manajerial maupun teknis.

7.3.2 Tahap Tanggap Darurat Krisis Kesehatan

Penanggulangan pada tahap tanggap darurat Krisis Kesehatan ditujukan untuk merespon seluruh kondisi kedaruratan secara cepat dan tepat guna menyelamatkan nyawa, mencegah kecacatan lebih lanjut, dan memastikan program kesehatan berjalan dengan terpenuhinya standar minimal pelayanan kesehatan.

Penanggulangan Krisis Kesehatan pada tahap tanggap darurat Krisis Kesehatan harus didahului dengan penetapan status keadaan darurat Krisis Kesehatan.

Penetapan status keadaan darurat krisis kesehatan dilakukan oleh :

- a. Menteri, untuk status keadaan darurat Krisis Kesehatan tingkat nasional;
- b. Kepala dinas kesehatan provinsi, untuk status keadaan darurat Krisis Kesehatan tingkat provinsi ;
- c. Kepala dinas kesehatan kabupaten/kota untuk status keadaan darurat Krisis Kesehatan tingkat kabupaten / kota.

7.3.3 Tahap Pasca Kritis Kesehatan

Penanggulangan pada tahap pasca krisis kesehatan ditujukan untuk mengembalikan kondisi sistem kesehatan seperti pada kondisi pra krisis kesehatan dan membangun kembali lebih baik (*build back better*) dan aman (*safe*).

Penanggulangan Krisis Kesehatan pada tahap pasca krisis kesehatan dilaksanakan oleh masing-masing penanggung

jawab program dan dikoordinasikan oleh Menteri atau kepala dinas kesehatan sesuai tingkatan Bencana.

Penanggulangan Krisis Kesehatan pada tahap pasca krisis kesehatan meliputi kegiatan :

- a. Melakukan penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan sumber daya kesehatan pasca krisis kesehatan ;
- b. Menyusun rencana aksi Rehabilitasi, dan Rekonstruksi Kesehatan ;
- c. Melaksanakan rencana aksi Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan ;
- d. *Monitoring* dan Evaluasi pelaksanaan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan.

Dalam penanggulangan bencana, diperlukan koordinasi dan kerjasama dari berbagai pihak baik dari nasional, internasional, pemerintah maupun swasta/masyarakat. Kluster merupakan sekelompok badan, organisasi, dan/atau lembaga yang bekerjasama dalam mengatasi kebutuhan pada sektor tertentu saat terjadi bencana (contohnya adalah kesehatan).



Gambar 7.1 : Sistem Kluster Nasional

(Sumber : Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi Pada Krisis Kesehatan, Kemenkes 2021)

SIKLUS PENANGGULANGAN BENCANA



Gambar 7.2 : Siklus Penanggulangan Bencana

(Sumber : Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi Remaja Pada Krisis Kesehatan, Kemenkes 2017)

7.4 Konsep Dasar Paket Pelayanan Awal Minimum

Kesehatan Reproduksi merupakan bagian dari hak asasi manusia yang berlaku untuk setiap individu baik dalam situasi umum maupun situasi darurat/situasi bencana, oleh karena itu, akses pada informasi dan pelayanan Kesehatan harus dimiliki oleh setiap orang yang berada di situasi krisis kesehatan, khususnya informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi dalam situasi krisis kesehatan. Kesehatan reproduksi selama ini dalam program penanggulangan bencana belum dianggap sebagai kebutuhan yang prioritas, kebutuhan yang tidak kalah penting dalam situasi tersebut adalah kebutuhan akan kesehatan reproduksi, oleh karena itu, diperlukan Paket PPAM Kesehatan Reproduksi dalam memenuhi kebutuhan akan informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi di situasi krisis Kesehatan (Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat & Direktorat Kesehatan Keluarga, 2017)

Lima tujuan dari PPAM terdiri dari:

1. Mengidentifikasi Koordinator PPAM Kesehatan Reproduksi
2. Mencegah dan Menangani Kekerasan Seksual
3. Mengurangi Penularan HIV
4. Mencegah Meningkatnya Kesakitan dan Kematian Maternal dan Neonatal
5. Merencanakan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif dan Terintegrasikan ke dalam Pelayanan Kesehatan Dasar ketika situasi stabil

Kegiatan prioritas tambahan selain 5 tujuan diatas, yaitu:

1. Melanjutkan Program Keluarga Berencana/Kontrasepsi
2. Melibatkan Remaja dalam Semua Program Kesehatan Reproduksi dalam Situasi Krisis Kesehatan
3. Memastikan Ketersediaan Logistik Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi menjadi suatu masalah di situasi krisis kesehatan yang sering terabaikan. Untuk itu, Kementerian Kesehatan menerapkan PPAM Kesehatan Reproduksi, dalam menyediakan layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif dan berkualitas, dibutuhkan pendekatan multisektoral yang terpadu. Untuk itu, dalam penanggulangan bencana digunakan sistem klaster yang bertujuan sebagai wadah koordinasi untuk menyatukan semua pihak terkait baik pemerintah maupun non pemerintah yang bergerak dalam penanggulangan bencana.

Dari 8 klaster yang ada di Indonesia diantaranya adalah klaster kesehatan, yang merupakan tanggung jawab Kementerian Kesehatan. Koordinatornya adalah Pusat Krisis Kesehatan (PKK). Klaster kesehatan ini terdiri dari 8 sub klaster:

1. Sub Klaster Layanan Kesehatan
2. Sub Klaster Logistik Kesehatan
3. Sub Klaster Kesehatan Jiwa

4. Sub Klaster Kesehatan reproduksi (*Penyelenggara PPAM Kesehatan Reproduksi*)
5. Sub Klaster Penyehatan Lingkungan, Air dan Sanitasi
6. Sub Klaster Pencegahan Penyakit
7. Sub Klaster Gizi
8. Sub Klaster DVI (*Disaster Victim Identification*) atau Identifikasi Korban Bencana

PPAM Kesehatan Reproduksi harus diselenggarakan sesegera mungkin pada awal bencana yaitu pada tanggap darurat krisis kesehatan untuk mencegah dampak lanjut krisis kesehatan. Sedangkan pada tahap pra krisis kesehatan dan pasca krisis kesehatan, pelayanan Kesehatan Reproduksi dilaksanakan melalui pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif pada situasi normal.

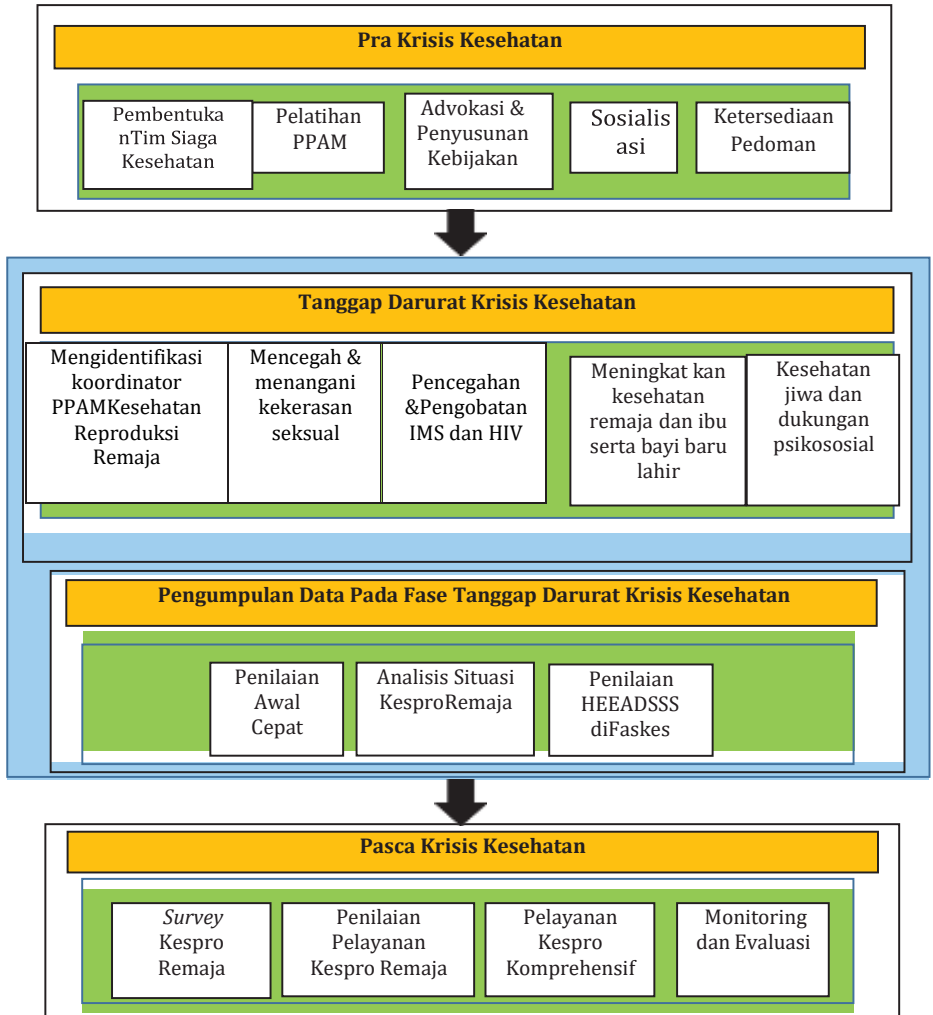
Tabel 7.1 : Perbedaan PPAM Kesehatan Reproduksi dan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja

	PPAM Kesehatan Reproduksi	PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja
Sasaran program	Penduduk yang terkena dampak dengan fokus utama pada wanita usia subur usia 15-49 tahun	Remaja usia 10 – 18 tahun Kaum muda usia 10-24 tahun
Komponen	Komponen ke 5: Merencanakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif dan terintegrasi ke dalam pelayanan kesehatan dasar ketika situasi stabil	Komponen ke 5: Penyediaan pelayanan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial remaja
Pendekatan	Intervensi Kesehatan Reproduksi secara umum	Intervensi Kesehatan Reproduksi Remaja

	PPAM Kesehatan Reproduksi	PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja
		melalui Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja/PKPR
Alat bantu penilaian kebutuhan	Tahap tanggap darurat krisis kesehatan: - Menggunakan formulir penilaian kebutuhan PPAM	Tanggap darurat krisis kesehatan: - Menggunakan formulir penilaian kebutuhan Kesehatan Reproduksi Remaja - Instrument berbasis fasilitas (penilaian HEEADSSS/ <i>Home, Education, Eating, Activities, Drugs, Sexuality, Safety and Suicide</i>)

(Sumber : Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi Remaja Pada Krisis Kesehatan, Kemenkes 2017)

Pada fase tanggap darurat krisis kesehatan, lima tujuan utama harus dilaksanakan segera dalam upaya pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi. PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja dilakukan melalui tahapan berikut:



Gambar 7.3 : Alur Pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja

(Sumber : Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi Pada Krisis Kesehatan, Kemenkes 2021)

7.5 Mencegah Penularan HIV dan IMS

Terjadinya peningkatan resiko penularan HIV pada situasi krisis Kesehatan karena faktor-faktor sebagai berikut :

1. Pada tahap tanggap darurat, sulit diterapkan praktek kewaspadaan standar karena tidak tersedianya alat dan bahan untuk pencegahan infeksi. Selain itu juga karena ada anggapan dari tenaga Kesehatan bahwa karena situasi darurat, maka diperbolehkan untuk tidak mengikuti standar yang ada.
2. Terjadi peningkatan kasus kekerasan seksual yang berpotensi menularkan IMS dan HIV
3. Meningkatnya kebutuhan akan transfuse darah dan risiko transfuse darah yang tidak aman
4. Meningkatnya kejadian hubungan seksual yang tidak aman

HIV ditularkan melalui pertukaran cairan tubuh dengan orang yang terinfeksi.

1. Melakukan hubungan seks dengan orang yang terinfeksi HIV.
2. Berbagi jarum suntik atau alat tajam lainnya yang terkontaminasi HIV
3. Menerima transfuse dari darah yang terkontaminasi HIV
4. Penularan dari ibu HIV kepada janin/bayi selama kehamilan, kelahiran atau menyusui.

Pencegahan penularan HIV dalam situasi krisis Kesehatan ditekankan kepada :

1. Petugas kesehatan
2. Penyintas kekerasan seksual
3. Penerima donor darah baik untuk korban luka maupun untuk ibu bersalin
4. Memastikan keberlangsungan pemberian obat bagi ODHIV

Pada kondisi tanggap darurat krisis Kesehatan dilakukan Langkah-langkah, sebagai berikut :

1. Memastikan kegiatan transfusi darah aman dan rasional yang dilakukan oleh lembaga/ organisasi yang bergerak di bidangnya, misalnya: Palang Merah Indonesia
2. Menekankan pentingnya kewaspadaan standar sejak awal dimulainya koordinasi dan memastikan penerapannya serta memastikan ketersediaan dan pemberian ARV profilaksis pasca pajanan
3. Memastikan ketersediaan kondom, berkoordinasi dengan organisasi dan lembaga yang bekerja di bidang keluarga berencana, Kementerian Kesehatan, BKKBN, LSM lainnya
4. Memastikan pemberian obat ARV kepada semua ODHIV terutama pada perempuan yang terdaftar dalam program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA)
5. Menyediakan Profilaksis Pasca Pajanan (PEP) untuk korban kekerasan seksual bila sesuai
6. Mendukung penyediaan profilaksis cotrimoxazole untuk infeksi oportunistik untuk pasien dengan HIV atau sudah terdiagnosis HIV
7. Menjamin ketersediaan pelayanan dan tata laksana IMS dengan pendekatan sindrom di fasilitas Kesehatan
8. Memasang informasi dengan nomor telepon 24 jam yang bisa dihubungi untuk kelanjutan pengobatan ARV bersama dengan obat rutin lainnya.

7.6 Mencegah Meningkatnya Kesakitan dan Kematian Maternal dan Neonatal

Kesehatan maternal dan neonatal pada krisis kesehatan sangat penting karena :

1. Pada kondisi bencana akan tetap ada ibu hamil yang akan melahirkan kapan saja saat bencana sedang terjadi, pada saat proses evakuasi maupun pada saat tinggal di

pengungsian. Berdasarkan estimasi statistik, 4% dari penduduk yang terkena dampak bencana adalah ibu hamil pada kurun waktu tertentu.

2. Karena situasi pada saat bencana, ibu yang belum waktunya melahirkan juga dapat melahirkan lebih awal (prematur) karena situasi yang kacau dan harus menyelamatkan diri.
3. 15-20% kehamilan akan mengalami komplikasi dan membutuhkan segera untuk penyelamatan nyawa.
4. Karena situasi darurat dan tidak menentu, terjadi peningkatan kasus keguguran yang memerlukan penanganan segera.

Ibu hamil, ibu pasca bersalin dan bayi baru lahir merupakan kelompok rentan, terlebih pada saat bencana. Mereka memiliki kebutuhan yang berbeda, sehingga diperlukan penanganan yang tersendiri, misalnya terhadap kebutuhan gizi, pemantauan ibu hamil risiko tinggi, pemantauan ibu pasca bersalin, dll. Pada situasi krisis kesehatan, kesehatan reproduksi ada kalanya tidak tersedia padahal pelayanan terhadap ibu hamil yang akan melahirkan dan bayi baru lahir tidak dapat menunggu situasi menjadi lebih stabil. Apabila situasi tersebut tidak tertangani, maka resiko akan kesakitan dan kematian ibu seta bayi baru lahir semakin tinggi.

Pada situasi krisis kesehatan penanggung jawab komponen maternal neonatal harus dapat memastikan setiap ibu hamil dan bayi baru lahir mendapatkan pelayanan yang dibutuhkan. Langkah-langkah/kegiatan yang dilakukan untuk mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian maternal dan neonatal adalah :

1. Melakukan pemetaan fasilitas kesehatan : puskesmas, puskesmas PONED dan Rumah Sakit PONEK dan memastikan tersedianya pelayanan persalinan, pelayanan

neonatal esensial dan pelayanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal.

2. Membangun sistem rujukan 24 jam sehari dan 7 hari dalam seminggu untuk memfasilitasi transportasi dan komunikasi dari masyarakat ke fasilitas kesehatan dan rumah sakit.
3. Memastikan tersedianya layanan penyelamatan nyawa untuk asuhan pasca keguguran di Puskesmas dan RS.
4. Pendataan dan pemetaan ibu hamil, pasca bersalin dan bayi baru lahir di tempat-tempat pengungsian segera setelah memungkinkan.
5. Memastikan petugas dapat menjangkau ibu hamil dan ditempatkan di dalam satu tempat (Kemenkes RI, 2021)

DAFTAR PUSTAKA

- Amhar, F., & Darmawan, M. 2007. Sebuah Kajian atas Peta-Peta Multi Bencana. In *Badan Koordinasi Survei & Pemetaan Nasional (BAKOSURTANAL) Badan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Aceh & Nias (BRR)*.
- Arsyad, M. 2017. Modul manajemen penanggulangan bencana pelatihan penanggulangan bencana banjir 2017. *Pusat Pendidikan Dan Pelatihan Sumber Daya Air Dan Kontruksi*, 77.
- BNBP. 2012. *Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana Tentang Daftar Isi Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana Tahun 2012 Tentang Pedoman Umum Pengkajian Risiko 2 . Lampiran Peraturan*.
- Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, & Direktorat Kesehatan Keluarga. 2017. *Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (Ppam) Kesehatan Reproduksi Remaja Kementerian Kesehatan Tahun 2017*. Kementerian Kesehatan.
- Kemenkes RI. 2019. Penanggulangan Krisis Kesehatan. *Menteri Kesehatan Republik Indonesia Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Nomor 44(879), 2004–2006*.
- Kemenkes RI. 2021. *Pedoman PPAM Kemenkes 2021*. Kementerian Kesehatan.
- Nugraha, A. L., Hani'Ah, & Pratiwi, R. D. 2017. Assessment of multi hazards in Semarang City. *AIP Conference Proceedings*, 1857 (November), 1–10. <https://doi.org/10.1063/1.4987112>
- RI, P. 2007. Undang-Undang RI Nomor 24 Tahun 2007. *Kemenkumham Republik Indonesia*.

BAB 8

MANAJEMEN LINGKUNGAN

Oleh Cintika Yorinda Sebtalesty

8.1 Pendahuluan

Perkembangan ekonomi dan teknologi saat ini membawa perubahan yang berbeda di berbagai bidang kehidupan. Perubahan yang aktif ini adalah sebuah bentuk keinginan untuk menciptakan kehidupan yang lebih baik dan lebih efisien. Pengelolaan sumber daya dan kebutuhan manusia dan alam penduduk dunia dalam hal barang dan jasa. Selain itu, juga terkait dengan reproduksi penduduk dunia, yaitu keinginan untuk bergaul satu sama lain, konsumsi barang dan jasa juga semakin meningkat. Kemajuan teknologi ditandai dengan pengelolaan sumber daya alam menggunakan teknologi yang berbeda di berbagai bidang di dalam distrik-distrik. Sumber daya alam adalah sesuatu yang di bawah atau di atas lahan, termasuk lahan itu sendiri, yang masih potensial dan belum dimanfaatkan dalam proses produksi untuk meningkatkan ketersediaan barang dan jasa serta bisnis yang untuk keberlangsungan hidup manusia terlebih saat terjadi bencana (Utomo, Sulistyowati, & Yulianto, 2015).

Bencana adalah suatu peristiwa yang kejadiannya tidak dapat diprediksi dan dapat mengakibatkan luka, kematian, kerusakan atau kerugian. Bencana adalah rangkaian peristiwa yang disebabkan oleh faktor alam dan/atau faktor nonalam dan manusia yang mengancam dan menghancurkan kehidupan dan penghidupan manusia sehingga menimbulkan korban jiwa, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak kerugian psikologis. Bencana dapat diklasifikasikan menjadi dua kelompok yaitu bencana alam dan bencana non alam.

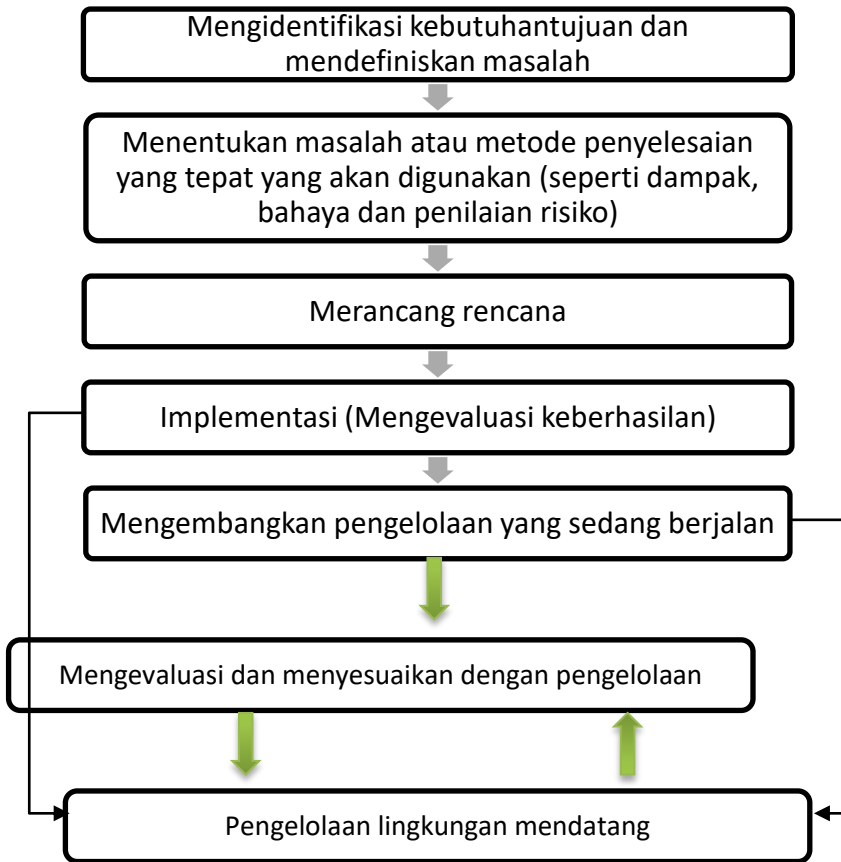
Bencana alam disebabkan oleh alam seperti gempa bumi, tsunami, letusan gunung berapi, banjir, kekeringan, angin puting beliung dan tanah longsor. Bencana nonalam disebabkan oleh wabah, wabah, dll. Indonesia sendiri memiliki kondisi geografis, geologis, hidrologis, dan demografis yang memungkinkan terjadinya bencana, baik yang disebabkan oleh faktor alam, nonalam maupun antropogenik, yang mengakibatkan luka-luka, kerusakan lingkungan, kerusakan harta benda dan kerugian harta benda. Efek terhadap kondisi mental yang dapat menghambat pembangunan nasional dalam keadaan tertentu (Danil, 2021).

Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang disebabkan oleh faktor alam dan non alam serta manusia yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan sehingga mengakibatkan kerugian. dan efek psikologis memimpin. Dari definisi tersebut menyatakan bahwa bencana disebabkan oleh faktor alam, non alam dan manusia. Oleh karena itu, Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2007 tentang Badan Nasional Penanggulangan Bencana juga mendefinisikan bencana alam, bencana non alam dan bencana sosial. Sejarah Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) tidak terlepas dari perkembangan penanggulangan bencana pada era kemerdekaan hingga bencana alam berupa gempa dahsyat Samudera Hindia abad ke-20. Di sisi lain, perkembangan tersebut sangat dipengaruhi oleh konteks situasi, ruang lingkup dan paradigma penanggulangan bencana. Salah satu penanggulangan bencana adalah manajemen lingkungan.

8.2 Konsep Manajemen Lingkungan

Manajemen lingkungan adalah proses yang berorientasi pada interaksi untuk mencari dan mengidentifikasi orang dan lingkungan serta kebutuhan tersebut lingkungan, ini adalah aspek sosial, ekonomi dan teknologi yang mendesak yang harus

diperhatikan, dibuat untuk memenuhi kebutuhan lingkungan dan apa alternatif atau tindakan yang paling mungkin dilaksanakan untuk memenuhi kebutuhan lingkungan mencakup aspek-aspek tersebut. Ada juga beberapa prinsip dalam manajemen lingkungan yaitu mengendalikan pencemaran pada sumbernya dengan menggunakan prinsip "*polluter pays*" dan pemantauan pencegahan polusi. Pendekatan yang bisa strategi pengelolaan lingkungan menggunakan pencegahan, penegakan atau pelaksanaan, pemantauan dan pelatihan (Utomo, Sulistyowati, & Yulianto, 2015).



Gambar 8.1 : Skeme Tipikal dari Praktik yang diadopsi untuk Manajemen Lingkungan (Utomo, Sulistyowati, & Yulianto, 2015)

Dikutip dari (Utomo, Sulistyowati, & Yulianto, 2015), “secara garis besar, beberapa tujuan adanya penerapan manajemen lingkungan adalah:

1. Berkelanjutan dan bila memungkinkan akan meningkatkan sumber daya yang telah ada;
2. Mencegah dan meresolusi masalah-masalah lingkungan;
3. Menciptakan suatu batasan;
4. Mendirikan dan menjalankan lembaga yang secara efektif mendukung penelitian, pemantauan dan manajemen lingkungan;
5. Memberikan peringatan tentang ancaman lingkungan dan mengidentifikasi peluang;
6. Bila memungkinkan, meningkatkan kualitas kehidupan;
7. Mengidentifikasi teknologi dan kebijakan yang baru yang berguna (Utomo, Sulistyowati, & Yulianto, 2015).“

“Manajemen lingkungan atau pengelolaan lingkungan dapat dibagi lagi menjadi beberapa bagian berdasarkan komponen pada bidang tertentu yang dapat saling berkaitan, seperti:

1. Permasalahan – permasalahan pembangunan berkelanjutan;
2. Penilaian lingkungan, pemodelan dan peramalan serta studi tentang dampak;
3. Aktivitas pengelolaan lingkungan perusahaan;
4. Pengontrolan pencemaran;
5. Ekonomi Lingkungan;
6. Pelaksanaan dan Peraturan lingkungan;
7. Permasalahan sistem manajemen dan kualitas lingkungan;
8. Politik lingkungan;
9. .Penilaian dari stakeholder yang terlibat dalam manajemen lingkungan, dan lainnya.“

8.3 Komponen dalam Sistem Manajemen Lingkungan

Ekologi menggunakan 5 prinsip yaitu Interaksi, Saling ketergantungan atau Saling ketergantungan, Ragam atau Keanekaragaman, Harmoni dan Ketahanan atau Keberlanjutan. Prinsip ini sama dengan prinsip ilmu lingkungan. Saat ini, prinsip keberlanjutan ekologis menjadi perhatian terbesar dalam menghadapi penurunan kualitas lingkungan dan meningkatnya kekhawatiran tentang kehidupan alam dan makhluk hidup di masa depan. Keberlanjutan berarti memenuhi kebutuhan generasi sekarang tanpa mengorbankan kemampuan generasi mendatang untuk memenuhi kebutuhan mereka sendiri (Cunningham & Cunningham, 2012).

Tiga aspek ilmiah yang dikembangkan dari prinsip keberlanjutan adalah pengembangan energi terbarukan, daur ulang yang tepat melalui siklus kimia, dan konservasi keanekaragaman hayati (Miller & Spoolman, 2016). Kebijakan yang ditujukan untuk keberlanjutan meliputi kebijakan produksi pangan, pengelolaan hama terpadu (PHT), perlindungan tanah, pengelolaan limbah, kebijakan energi, kebijakan lingkungan, energi terbarukan, kota pintar, kebijakan pasar, perdagangan internasional, ekologi industri, dan ekonomi ekologi (Cunningham & Cunningham, 2012).

Ada lima karakter *endurance* sebagai berikut :

1. Pembaruan
Masyarakat harus menggunakan sumber daya alam yang dapat diperbaharui. Konsumsi sumber daya alam terbarukan tidak boleh melebihi tingkat pembaruan.
2. Pembayaran kerusakan
Masyarakat harus menggunakan sumber daya alam yang dapat diperbaharui dibandingkan dengan sumber daya alam yang tidak dapat diperbaharui.

3. Saling ketergantungan

Komunitas yang berkelanjutan memahami bahwa ada sistem yang lebih besar dan keberlanjutan tidak akan tercapai kecuali sistem yang lebih besar berkelanjutan dan bekerja secara interdependen untuk menciptakan suatu sistem.

4. Kemampuan beradaptasi

Komunitas yang tangguh dapat menyerap guncangan dan beradaptasi untuk memanfaatkan peluang baru. Anda membutuhkan dana untuk itu Keragaman, masyarakat terpelajar dan solidaritas.

5. Komitmen kelembagaan

Komunitas yang berkelanjutan mengikuti proses yang semestinya dan Kebijakan yang membutuhkan kesinambungan dan adanya partisipasi masyarakat saling mendukung untuk menjaga ketahanan (Utomo, Sulistyowati, & Yulianto, 2015).

Sistem lingkungan berisi beberapa bagian yang dibutuhkan organisasi atau bisnis untuk membuat dampak lingkungan, mengembangkan strategi untuk mengurangi dampak tersebut dan mencapai tujuan. Efektivitas sistem lingkungan suatu perusahaan terdiri dari beberapa elemen yang penting untuk implementasi strategi lingkungan, yaitu kebijakan dan prosedur, kesatuan pandangan karyawan, keselarasan dan integritas, informasi manajemen, pengembangan dan pelatihan manajemen, evaluasi kinerja, pemantauan, ada pengembangan, sistem manajemen risiko formal dan kesiapsiagaan darurat. Untuk mengembangkan sistem lingkungan dalam suatu organisasi atau bisnis, beberapa komponen harus diterapkan, namun yang terpenting adalah komitmen. Bagian-bagian dari sistem lingkungan adalah sebagai berikut :

1. Kebijakan lingkungan, yaitu kebijakan tertulis organisasi mencapai tujuan sistem lingkungan. Tujuan dari kebijakan ini adalah memastikan semua kegiatan yang berhubungan dengan lingkungan sesuai dengan tujuan perusahaan atau organisasi.
2. Penetapan dampak lingkungan yaitu penetapan dan pendokumentasiannya dilakukan untuk menentukan kemungkinan nyata dari dampak lingkungan yang dihasilkan karena kegiatan operasional. Kegiatan ini dapat dicapai dengan pengendalian untuk lingkungan.
3. Maksud dan Tujuan, audit lingkungan meliputi maksud dan tujuan perusahaan atau organisasi lingkungan. Untuk terus berkembang, tujuan harus selalu diubah dan diperbaiki secara berkala.
4. Konsultasi, yaitu komunitas atau kelompok tertentu dan kebutuhan pekerja, nasihat dan bimbingan sebelumnya selama kursus dan setelah menyiapkan sistem manajemen lingkungan.
5. Prosedur operasional dan darurat, dimana semua prosedur harus dilakukan Audit untuk memastikan semua prosedur konsisten Tujuan dan sasaran lingkungan suatu perusahaan atau organisasi.
6. Perencanaan pengelolaan lingkungan yaitu prosedur dan metode yang terperinci yang digunakan perusahaan atau organisasi untuk mencapai tujuan
7. Dokumen penting disiapkan atau dikirim sebagai bukti tindakan terhadap perkembangan lingkungan. Semua ini harus didokumentasikan Tujuan, sasaran, pedoman, laporan pertanggungjawaban dan berbagai prosedur.
8. Struktur akuntabilitas dan pelaporan; tanggung jawab yang diperlukan Staf dan manajemen untuk memastikan implementasi sistem pengelolaan lingkungan yang efektif.
9. Pendidikan; Pelatihan pengelolaan lingkungan ini harus diberikan kepada semua orang untuk karyawan dan

- manajemen, menanamkan keterampilan analitis dan meningkatkan kesadaran lingkungan. Itu dibutuhkan secara internal Pelaksanaan sistem lingkungan sesuai dengan rumusan politik dan tujuan perusahaan atau organisasi.
10. Pengawasan pemeriksaan dan penyidikan; Kontrol dan pemantauan rutin diperlukan dibuat untuk memastikan kepatuhan terhadap semua peraturan, praktek dan persyaratan sistem yang cocok dan ramah lingkungan adalah tujuan.
 11. Pengembangan berkelanjutan; merupakan pengembangan yang berkesinambungan komponen penting untuk mengetahui apakah prosedur hadir dalam sistem pengelolaan lingkungan sejalan dengan tujuan. Inspeksi rutin ini juga menentukan apakah sistem masih efektif dan memadai perlu untuk mengembangkan sistem baru (Utomo, Sulistyowati, & Yulianto, 2015).

8.4 Rehabilitasi Lingkungan Pascabencana

Berdasarkan Perka BNPB No.17/2010 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Rehabilitasi dan Rekonstruksi, Rehabilitasi didefinisikan sebagai perbaikan dan pemulihan semua aspek pelayanan publik atau masyarakat sampai tingkat yang memadai pada wilayah pascabencana dengan sasaran utama untuk normalisasi atau berjalannya secara wajar semua aspek pemerintahan dan kehidupan masyarakat pada wilayah pascabencana (Danil, 2021).

Rehabilitasi mempunyai beberapa sasaran yang diutamakan dalam pelaksanaan kegiatannya sebagai berikut :

1. Kelompok manusia dan seluruh aspek kehidupan serta penghidupan yang terganggu oleh bencana.
2. Sumber daya buatan yang mengalami kerusakan akibat bencana sehingga nilai guna dan fungsinya berkurang.

3. Mengembalikan fungsi ekologis ekosistem atau lingkungan alam yang rusak akibat bencana.

Adapun strategi penyelenggaraan rehabilitasi yang diatur dalam Perka BNPB No. 11/2008 tentang Pedoman Rehabilitasi dan Rekonstruksi Pascabencana sebagai berikut :

1. Melibatkan dan memberdayakan masyarakat dalam tahapan pelaksanaan rehabilitasi.
2. Memperhatikan karakter bencana, daerah, dan budaya masyarakat setempat.
3. Memndasarkan pada kondisi aktual di lapangan (tingkat kerugian/kerusakan serta kendala medan).
4. Menjadikan kegiatan rehabilitasi sebagai gerakan dalam masyarakat dengan menghimpun masyarakat sebagai korban maupun pelaku aktif kegiatan rehabilitasi dalam kelompok swadaya.

Menyalurkan bantuan pada saat, bentuk, dan besaran yang tepat sehingga dapat memicu/membangkitkan gerakan rehabilitasi dan penanganan bencana secara menyeluruh. Penyelenggaraan rehabilitasi terdiri dari beberapa kegiatan berikut :

1. Perbaikan Lingkungan Daerah Bencana

Perbaikan lingkungan berupa kegiatan dalam bentuk perbaikan atau pemulihan kondisi fisik dan lingkungan menjadikan kawasan memenuhi persyaratan teknis, sosial, ekonomi, budaya. Kegiatan perbaikan fisik mencakup lingkungan kawasan permukiman, kawasan industri, kawasan usaha, dan kawasan bangunan gedung.

Pengelolaan lingkungan untuk pencegahan penyakit menular

Pengelolaan lingkungan dapat mencegah, mengurangi, atau menghilangkan tempat perindukan vektor penyakit, antara lain :

- a) Pengeringan
- b) Pengaliran
- c) Pembersihan lumut

Kegiatan ini dilakukan untuk mencegah perkembangan larva nyamuk *Anopheles sundaicus*, yang merupakan vektor utama malaria di daerah pantai. Larva nyamuk ini suka hidup pada lumut di lagu-lagu daerah pantai. Dengan pembersihan lumut ini, maka dapat mencegah perkembangan nyamuk *An. sundaicus*.

Pemberantasan malaria melalui pengobatan penderita yang tersangka malaria atau terbukti positif secara laboratorium, serta pengendalian nyamuk melalui perbaikan lingkungan.

Sebagai prioritas pada situasi pengungsian, semua anak usia 6 bulan-15 tahun menerima vaksin campak dan vitamin A dengan dosis yang tepat. Beberapa jenis penyakit yang sering timbul di pengungsian memerlukan tindakan pencegahan. Contoh penyakit tersebut antara lain diare, cacar, penyakit, pernapasan, malaria, meningitis, tuberkulosa, tifoid, cacingan, scabies, xerpthalmia, anemia, tetanus, hepatitis, IMS/HIV-AIDS. Semua anak yang terkena penyakit menular selayaknya dirawat agar terhindar dari risiko penularan, termasuk kematian. Perawatan tersebut dilakukan terhadap beberapa penyakit menular dan bila menemukan kasus penyakit menular, semua pihak, termasuk LSM kemanusiaan di pengungsian, harus melaporkan kepada puskesmas di bawah koordinasi Dinas Kesehatan Kabupaten sebagai penanggung jawab pemantuan dan pengendalian.

Apabila tempat penampungan diatur dengan baik dan memiliki sanitasi, air, dan suplai makanan standar yang cukup, kondisi kesehatan dapat disamakan dengan populasi pada umumnya. Namun, penyediaan standar kesehatan yang lebih tinggi bagi penduduk di pengungsian dibandingkan

dengan populasi secara umum harus dihindari, kecuali terdapat alasan medis yang jelas.

Pelayanan kesehatan dapat disediakan dengan menugaskan relawan dan pekerjaan kesehatan pemerintah yang berada di pengungsian atau meluaskan kapasitas dari fasilitas pelayanan kesehatan terdekat. Fokus dari pelayanan kesehatan harus tertuju kepada pencegahan penyakit menular yang spesifik dan pengadaan sistem informasi kesehatan.

Apabila pengungsi dalam jumlah, dikondisikan untuk tetap tinggal di penampungan sementara untuk jangka panjang, terutama di daerah yang tidak terlayani dengan baik oleh fasilitas kesehatan yang ada. Oleh karena itu, pengaturan khusus harus diadakan.

Penyakit menular merupakan masalah yang perlu mendapat perhatian besar, mengingat potensi munculnya KLB penyakit menular pada periode pascabencana yang besar sebagai akibat banyaknya faktor risiko yang memungkinkan terjadinya penularan, bahkan KLB penyakit.

Upaya pemberantasan penyakit menular pada umumnya diselenggarakan untuk mencegah KLB penyakit menular pada periode pascabencana. Selain itu, upaya tersebut juga bertujuan untuk mengidentifikasi penyakit menular yang perlu diwaspadai pada kejadian bencana dan pengungsian, melaksanakan langkah-langkah upaya pemberantasan penyakit menular, dan melaksanakan upaya pencegahan kejadian laur biasa (KLB) penyakit menular.

Permasalahan penyakit menular ini terutama disebabkan oleh :

- 1) Kerusakan lingkungan dan pencemaran
- 2) Jumlah pengungsi yang banyak menempati suatu ruangan yang sempit sehingga harus berdesakan.
- 3) Pada umumnya tempat penampungan pengungsi tidak memenuhi syarat kesehatan.

- 4) Ketersediaan air bersih yang seringkali tidak mencukupi jumlah maupun kualitasnya.
- 5) Diantara para pengungsi banyak ditemui orang-orang yang memiliki risiko tinggi, seperti balita, ibu hamil, berusia lanjut.
- 6) Pengungsian berada pada daerah endemis penyakit menular, dekat sumber pencemaran, dan lain-lain.

Perbaikan lingkungan fisik meliputi kegiatan : perbaikan lingkungan fisik untuk kawasan pemukiman, kawasan industri, kawasan usaha dan kawasan gedung. Indikator yang harus dicapai pada perbaikan lingkungan adalah kondisi lingkungan yang memenuhi persyaratan teknis, sosial, ekonomi, dan budaya serta ekosistem (Konstruksi, 2017).

2. Perbaikan Prasarana dan Sarana Umum

Kegiatan perbaikan sarana dan prasaran merupakan perbaikan infrastruktur, fasilitas sosial, dan fasilitas umum. Kegiatan perbaikan prasaranan dan sarana untuk memenuhi persyaratan kebutuhan kemanusiaan yang meliputi (a) persyaratan keselamatan, (b) persyaratan sistem sanitasi, (c) persyaratan penggunaan bahan bangunan, (d) persyaratan standar teknis konstruksi jalan, jembatan, bangunan gedung, dan bangunan air.

3. Pemberian Bantuan Perbaikan Rumah Masyarakat

Kegiatan ini merupakan bantuan pemerintah sebagai stimulan untuk membantu masyarakat memperbaiki rumahnya yang mengalami kerusakan akibat bencana agar dapat dihuni kembali. Bantuan yang dapat diberikan oleh pemerintah antara lain bahan material, komponen rumah, atau uang yang besarnya ditetapkan berdasarkan hasil verifikasi dan evakuasi tingkat kerusakan rumah. Mekanisme pelaksanaan bentuk bantuan ini ditetapkan oleh BPBD setempat dengan menyesuaikan pola pemberdayaan masyarakat.

4. Pemulihan Sosial Psikologis

Pemulihan psikologis bagi korban bencana merupakan kegiatan yang perlu dilakukan karena berpengaruh terhadap kelanjutan kehidupan korban bencana. Pada umumnya, kondisi psikologis sebagian korban bencana memburuk setelah terjadinya bencana. Pemburukan psikologis ini bisa berupa trauma atau tekanan-tekanan lain akibat kehilangan harta benda ataupun sanak saudara. Kegiatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah psikologis antara lain (a) bantuan konseling dan konsultasi, (b) pendampingan, (c) pelatihan, dan (d) kegiatan psikososial (Adiyoso, 2018).

Pemenuhan kebutuhan dasar berupa sandang, makanan dan katering menjadi prioritas diperlukan untuk membantu korban bencana. Tantangan selanjutnya adalah memastikan hal ini kesehatan Anda terjamin dan mereka lingkungan yang sesuai dan memenuhi standar Kebersihan dan kebersihan. kadang-kadang, kelestarian lingkungan dan kebersihan yang baik bagi korban bencana di daerah pengungsian atau perlindungan sementara sering diabaikan. Bencana alam ini juga menyebabkan hal ini krisis kesehatan masyarakat dan penurunan kualitas lingkungan, antara lain: kelumpuhan kesehatan, masalah gizi, air bersih, masalah sanitasi lingkungan, penyakit menular, gangguan gangguan kejiwaan dan gangguan reproduksi.

8.5 Pemenuhan Dasar Bidang Kesehatan Lingkungan

Bencana alam sering terjadi masalah lingkungan seperti lingkungan hidup tidak sehat, persediaan air terbatas, dan toilet yang tidak memadai. kondisi ini membuat korban bencana lebih rentan mengalami berbagai penyakit bahkan

kematian. Jadi kebersihan adalah satu hal kebutuhan esensial pada tahap awal bencana.

Ini terjadi dalam berbagai bencana alam memukul berbagai belahan dunia, misalnya Indonesia. Seperti bencana gempa bumi dan tsunami. Indonesia Pada akhir tahun 2006 beberapa diikuti pada masalah lingkungan dan kesehatan kebersihan. Setelah permasalahan (Suryani, 2017), ini bukan perbaikan yang mudah dan cepat karena keterbatasan sarana dan prasarana, distribusi dan akses yang tidak setara, privasi intinya korban bencana (terutama perempuan) dan juga

Kurangnya kesadaran dan perilaku masyarakat terkait sanitasi dalam situasi bencana (Suryani, 2017). Sedangkan berdasarkan UU No. 24 tahun 2007 terkait kepatuhan penanggulangan bencana kebutuhan dasar bidang kesehatan penanggulangan bencana harus diisi di antaranya lain:

1. Kebutuhan air bersih dan sanitasi.
2. Makanan.
3. Pakaian.
4. Layanan kesehatan.
5. Layanan Psikososial.
6. Proteksi dan Proteksi.

Standar minimum untuk kebutuhan industri kesehatan lingkungan pada saat bencana diatur dengan surat keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1357/Menkes/SK/XII/2001 tentang persyaratan minimal penanganan masalah kesehatan akibat bencana dan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Tinggi: 12/MENKES/SK/I/2002 tentang pedoman koordinasi penanggulangan bencana di lokasi. Praktik higienis selama pemrosesan

Pengungsi harus mengurangi risiko masuk karena penyebaran penyakit oleh agen lingkungan pelayanan kesehatan lingkungan yang terbatas berada di bawah

pengawasan di kamp-kamp pengungsi dan meningkatkan kualitas kesehatan lingkungan dan air bersih yang cukup. Mungkin dalam situasi bencana air minum pun tidak cukup, dan dalam hal ini penyediaan air minum menjadi yang paling mendesak. Tetapi masalah kesehatan yang berhubungan dengan air biasanya muncul karena kelangkaan dan kekurangan air sudah terkontaminasi sebagian. Harus ada cukup air di tempat penampungan darurat minum dan volume yang cukup untuk tujuan tersebut seperti minum, memasak, kebersihan swasta dan domestik. Juga air bersih tidak menimbulkan resiko yang besar kesehatan dari penyakit atau polusi kimiawi atau radiologis dalam penggunaan jangka panjang-pendek Tentang kebersihan, pengorbanan Jumlah toilet yang cukup harus tersedia jika terjadi bencana tidak jauh dari pemukiman sehingga mudah dijangkau dan cepat, masyarakat juga harus memiliki lingkungan cukup bebas dari pencemaran oleh limbah padatan, termasuk limbah medis selama pemrosesan pascabencana, beberapa yang perlu diidentifikasi yaitu :

1. Perkiraan jumlah korban bencana (kematian, penyakit, kecacatan) dan karakteristik data demografis.
2. Jumlah fasilitas kesehatan yang dimiliki dan yang beroperasi negara dan swasta.
3. Ketersediaan obat dan alat kesehatan.
4. Tenaga kesehatan masih dalam tahap implementasi kewajiban.
5. Kelompok masyarakat yang rentan (bayi, balita, ibu hamil, ibu hamil, pensiunan).
6. Keterampilan dan Sumber Daya Lokal.

Upaya ini diarahkan untuk menyelamatkan korban sebaik mungkin demi mengurangi morbiditas dan mortalitas. Urusan ini dipengaruhi oleh jumlah korban, keadaan korban, geografi, lokasi, fasilitas yang tersedia

Lokasi dan sumber daya yang tersedia. Faktor lain yang juga berdampak pada penanggulangan bencana yaitu organisasi industri, komunikasi, dokumen, alur kerja, dll (Suryani, 2017).

DAFTAR PUSTAKA

- Adiyoso, W. 2018. *Manajemen Bencana*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Cunningham, W., & Cunningham, M. 2012. *Environment Science : A Global Concern*. New York: McGraw Hill Companies.
- Danil, M. 2021. *Manajemen Bencana. Prosiding Mitigasi Bencana*, 7-14.
- Harijoko, A., Puspitasari, D., Prabaningrum, I., Prastika, K. P., & Wijayanti, N. 2021. *Manajemen Penanggulangan Bencana dan Pengurangan Risiko Bencana di Indonesia*. Yogyakarta: Gadjah.
- Khambali, I. 2017. *Manajemen Penanggulangan Bencana*. Yogyakarta: CV. Andi Offset.
- Konstruksi, P. P. 2017. *Modul Manajemen Penanggulangan Bencana*. Bandung: Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat.
- Miller, G. T., & Spoolman, S. F. 2016. *Environmental Science*. Boston: Cengage Learning.
- Sumantri, H. A., & SKM, M. K. 2017. *Kesehatan Lingkungan-Edisi Revisi*. Jakarta: Prenada Media.
- Suryani, A. S. 2017. Pemenuhan Kebutuhan Dasar Bidang Kesehatan Lingkungan Bagi Penyintas Bencana Studi di Provinsi Riau dan Jawa Tengah. *Aspirasi*, 43-63.
- Utomo, S. W., Sulistyowati, L., & Yulianto, G. 2015, Januari 1. *Teori dan Konsep Sistem Manajemen Lingkungan*. Retrieved from Pustaka Universitas Terbuka: <https://pustaka.ut.ac.id/lib/wp-content/uploads/pdfmk/MSLK5202-M1.pdf>

BAB 9

ORGANISASI TANGGAP DARURAT KESEHATAN DAN KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh Faridah Hariyani

9.1 Pendahuluan

Posisi geografis Indonesia terletak di antara tiga lempeng besar dunia yaitu lempeng Indo Australia, Lempeng Eurasia dan lempeng Pasifik. Data Pusat Vulkanologi dan Mitigasi Bencana Geologi mencatat terdapat 129 gunung api dengan sebagian besar merupakan gunung api aktif dan 80 kategori berbahaya. Letak Indonesia secara geografi ini menjadikan rawan gempa tektonik dan vulkanik yang dapat diikuti tsunami besar dengan adanya samudera Hindia dan Samudera Pasifik. Sebagai negara kepulauan terbesar di dunia, sebagian besar wilayah Indonesia merupakan perairan yang terdiri dari 17.508 Pulau, dengan lima pulau besar. Bencana hidrometeorologi sangat berpotensi terjadi dengan topografi yang beragam dan kompleks, berbukit-bukit, banyak aliran sungai disertai pengaruh perubahan iklim.

Data Informasi Bencana Indonesia (DIBI-BNPPB) mencatat lebih dari 78 % kejadian bencana merupakan hidrometeorologi seperti bencana banjir, gelombang ekstrim, kebakaran lahan dan hutan, kekeringan, dan cuaca ekstrim. Sedangkan 22% lain berupa kejadian bencana geologi yaitu gempa bumi, tsunami, letusan gunung api, dan tanah longsor. Keanekaragaman suku, budaya dan politik yang disertai pemicu juga dapat menimbulkan konflik sosial. Semua kejadian

tersebut dapat menimbulkan Krisis Kesehatan, seperti korban mati, korban luka, sakit, pengungsi, lumpuhnya pelayanan kesehatan, penyakit menular, sanitasi lingkungan, gangguan jiwa dan masalah kesehatan lainnya. Pengalaman Indonesia dalam mengatasi banyak kejadian bencana menjadikan Indonesia sebagai laboratorium dan pembelajaran dalam penanggulangan bencana.

Bencana adalah peristiwa yang dapat mengancam dan mengganggu kehidupan masyarakat yang disebabkan oleh faktor alam dan/atau faktor non-alam maupun faktor manusia yang mengakibatkan terjadinya korban jiwa, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda dan dampak psikologis (BNPB, 2012)

Penanggulangan bencana adalah bagian dari pembangunan nasional dalam rangka melaksanakan amanat konstitusi yang tercantum pada alenia ke-IV pembukaan UUD 1945. Penanggulangan bencana menjadi tugas dan tanggung jawab pemerintah dengan memenuhi kebutuhan masyarakat terdampak bencana. Pemenuhan kebutuhan bukan hanya saat atau pasca bencana, tetapi sejak pengenalan risiko, pencegahan dan kesiapsiagaan (Sari *et al.*, 2019)

9.2 Penanggulangan Bencana

Penanggulangan bencana merupakan upaya yang mencakup penetapan kebijakan pembangunan yang berisiko timbulnya bencana, kegiatan pencegahan bencana, tanggap darurat, dan rehabilitasi (Undang-Undang RI No.24 Tahun 2007 Tentang Penanggulangan Bencana, n.d.)

Penanggulangan bencana yang efektif dimulai dari mengenali risiko bencana melalui kajian risiko bencana.

9.2.1 Krisis Kesehatan (*Permenkes RI No. 75 Tahun 2019 Tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan, n.d.*)

Krisis kesehatan adalah peristiwa yang mengakibatkan timbulnya korban jiwa, korban luka, pengungsian, dan atau adanya potensi bahaya yang berdampak pada kesehatan masyarakat yang membutuhkan respon cepat diluar kebiasaan normal dan kapasitas kesehatan tidak memadai.

Penanggulangan Krisis Kesehatan bertujuan untuk terselenggaranya Penanggulangan Krisis Kesehatan yang terkoordinasi, terencana, terpadu, dan menyeluruh guna memberikan perlindungan kepada masyarakat dari ancaman, risiko, dan dampak permasalahan kesehatan. Penanggulangan Krisis Kesehatan dilakukan dengan sistem klaster.

Klaster kesehatan adalah kelompok pelaku Penanggulangan Krisis Kesehatan yang mempunyai kompetensi bidang kesehatan yang berkoordinasi, berkolaborasi, dan integrasi untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan, yang berasal dari pemerintah pusat, atau pemerintah daerah, lembaga non pemerintah, sektor swasta/lembaga usaha dan kelompok masyarakat.

Klaster Kesehatan terdiri dari sub klaster yang meliputi:

1. Sub klaster pelayanan kesehatan, yang bertugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan terutama pelayanan pertolongan darurat pra fasilitas pelayanan kesehatan dan rujukan
2. Sub klaster pengendalian penyakit dan kesehatan lingkungan, yang bertugas melakukan pengendalian penyakit dan upaya kesehatan lingkungan
3. Sub klaster kesehatan reproduksi, yang bertugas menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan reproduksi
4. Sub klaster kesehatan jiwa, yang bertugas menyelenggarakan upaya penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan psikososial secara optimal

5. Sub kluster pelayanan gizi, yang bertugas menyelenggarakan pelayanan gizi
6. Sub kluster identifikasi korban mati akibat bencana (Disaster Victim Identification /DVI), yang bertugas menyelenggarakan identifikasi korban meninggal dan penatalaksanaanya

Kluster Kesehatan didukung oleh:

1. Tim logistik kesehatan, yang bertugas menyelenggarakan perencanaan, pengadaan, penyimpanan, pendistribusian, dan penyerahan logistik kesehatan untuk memenuhi kebutuhan Penanggulangan Krisis Kesehatan
2. Tim data dan informasi, yang bertugas menyelenggarakan manajemen data dan informasi serta penyebarluasan informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan
3. Tim promosi kesehatan, yang bertugas menyelenggarakan upaya promosi kesehatan.

9.2.2 Tahap Krisis Kesehatan dan Penanggulangannya

(Permenkes RI No. 75 Tahun 2019 Tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan, n.d.)

Penanggulangan Krisis Kesehatan mengutamakan kegiatan pengurangan risiko Krisis Kesehatan. Penanggulangan Krisis Kesehatan diselenggarakan sesuai tahapan yang meliputi tahap prakrisis kesehatan, tahap tanggap darurat Krisis Kesehatan dan tahap pascakrisis kesehatan.

Penanggulangan pada tahap prakrisis kesehatan ditujukan untuk peningkatan sumber daya kesehatan, pengelolaan ancaman terjadinya Krisis Kesehatan, dan pengurangan kerentanan. Penanggulangan pada tahap prakrisis kesehatan meliputi upaya pencegahan dan mitigasi, dan kesiapsiagaan. Upaya pencegahan dan mitigasi pada tahap prakrisis kesehatan meliputi kegiatan:

1. Kajian risiko Krisis Kesehatan
2. Menyusun, mensosialisasikan dan menerapkan kebijakan atau standar Penanggulangan Krisis Kesehatan
3. Mengembangkan sistem informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan
4. Menyusun rencana Penanggulangan Krisis Kesehatan;
5. Melaksanakan peningkatan kapasitas Fasilitas Pelayanan Kesehatan Aman Bencana.

Upaya kesiapsiagaan pada tahap prakrisis kesehatan meliputi kegiatan:

1. Simulasi/geladi bidang kesehatan
2. Pemberdayaan masyarakat
3. Mengembangkan sistem peringatan dini
4. Membentuk EMT, tim RHA, PHRRT, dan tim kesehatan lainnya
5. Menyiapkan ketersediaan sarana prasarana kesehatan, dan Perbekalan Kesehatan yang memadai untuk upaya tanggap darurat
6. Meningkatkan kapasitas sumber daya manusia baik dalam hal manajerial maupun teknis.

Penanggulangan pada tahap tanggap darurat Krisis Kesehatan ditujukan untuk merespon seluruh kondisi kedaruratan secara cepat dan tepat guna menyelamatkan nyawa, mencegah kecacatan lebih lanjut, dan memastikan program kesehatan berjalan dengan terpenuhinya standar minimal pelayanan kesehatan. Penanggulangan Krisis Kesehatan pada tahap tanggap darurat Krisis Kesehatan harus didahului dengan penetapan status keadaan darurat Krisis Kesehatan.

Penetapan status keadaan darurat Krisis Kesehatan dilakukan oleh:

1. Menteri untuk status keadaan darurat Krisis Kesehatan tingkat nasional
2. Kepala dinas kesehatan provinsi untuk status keadaan darurat Krisis Kesehatan tingkat provinsi
3. Kepala dinas kesehatan kabupaten/kota untuk status keadaan darurat Krisis Kesehatan tingkat kabupaten/kota.

Status keadaan darurat Krisis Kesehatan terdiri atas

1. Status siaga darurat Krisis Kesehatan
Merupakan keadaan ketika potensi ancaman bencana sudah mengarah pada terjadinya bencana yang ditandai dengan adanya informasi peningkatan ancaman berdasarkan sistem peringatan dini yang diperlakukan dan pertimbangan dampak yang akan terjadi di masyarakat.
2. Status tanggap darurat Krisis Kesehatan
Keadaan ketika ancaman kesehatan masyarakat terjadi.
3. Status transisi darurat Krisis Kesehatan
Merupakan keadaan ketika ancaman bencana yang terjadi cenderung menurun eskalasinya dan/atau telah berakhir, sedangkan gangguan kehidupan dan penghidupan sekelompok orang/masyarakat masih tetap berlangsung.

Penanggulangan Krisis Kesehatan pada tahap tanggap darurat Krisis Kesehatan dilakukan berdasarkan:

1. Status siaga darurat Krisis Kesehatan, meliputi kegiatan
 - a. Melakukan RHA
 - b. Aktivasi Klaster Kesehatan dan mobilisasi EMT jika dibutuhkan
 - c. Menyusun dan melaksanakan rencana operasi Krisis Kesehatan berdasarkan hasil RHA dan rencana kontigensi.

2. Status tanggap darurat Krisis Kesehatan, meliputi kegiatan:
 - a. Melakukan RHA
 - b. Aktivasi Klaster Kesehatan dan mobilisasi EMT dan PHRRT
 - c. Menyusun dan melaksanakan rencana operasi Krisis Kesehatan berdasarkan hasil RHA dan rencana kontigensi (jika ada)
 - d. Memobilisasi sarana prasarana kesehatan, dan perbekalan kesehatan yang memadai
 - e. Memastikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat terdampak berjalan sesuai standar dengan memperhatikan kepentingan kelompok rentan
 - f. Mengintensifkan pemantauan perkembangan situasi;
 - g. melaksanakan komunikasi Krisis Kesehatan
3. Status transisi darurat Krisis Kesehatan, meliputi kegiatan:
 - a. Melakukan RHA
 - b. Memastikan program kesehatan sudah dapat segera berfungsi

Penyelenggaraan Penanggulangan Krisis Kesehatan harus mengoptimalkan penggunaan sarana prasarana kesehatan dan Perbekalan Kesehatan yang tersedia, serta mendayagunakan sumber daya manusia Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, badan usaha, lembaga non pemerintah, dan masyarakat.

Bantuan tenaga kesehatan warga negara asing pada masa tanggap darurat harus memenuhi kebutuhan Klaster Kesehatan dan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Penanggulangan pada tahap pascakrisis kesehatan ditujukan untuk mengembalikan kondisi sistem kesehatan seperti pada kondisi prakrisis kesehatan dan membangun kembali lebih baik (*build back better*) dan aman (*safe*).

Penanggulangan Krisis Kesehatan pada tahap pascakrisis kesehatan dilaksanakan oleh masing-masing penanggungjawab program dan dikoordinasikan oleh Menteri atau kepala dinas kesehatan sesuai tingkatan Bencana.

Penanggulangan Krisis Kesehatan pada tahap pascakrisis kesehatan meliputi kegiatan:

1. Melakukan penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan sumber daya kesehatan pascakrisis kesehatan
2. Menyusun rencana aksi Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan
3. Melaksanakan rencana aksi Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan
4. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan.

Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan dilakukan melalui

1. Terbuka
2. Terpilah sesuai jenis kelamin, usia, kelompok rentan
3. Mudah diakses
4. Terkini
5. Dapat dipahami
6. Berbasis ilmu informasi risiko yang tidak sensitif dan dilengkapi dengan pengetahuan tradisional.

Kegiatan Penanggulangan Krisis Kesehatan pada tahap pra Krisis Kesehatan didanai melalui mekanisme dana kontinjensi bencana untuk kegiatan kesiapsiagaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Kegiatan Penanggulangan Krisis Kesehatan pada tahap tanggap darurat Krisis Kesehatan yang didahului dengan penetapan status keadaan darurat Bencana didanai melalui mekanisme Dana Siap Pakai (DSP) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Kegiatan Penanggulangan Krisis Kesehatan pada tahap pascakrisis kesehatan didanai melalui mekanisme dana bantuan sosial berpola hibah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pendanaan pelayanan kesehatan bagi korban pada tahap tanggap darurat Krisis Kesehatan yang didahului dengan penetapan status keadaan darurat Bencana didanai melalui mekanisme Dana Siap Pakai (DSP). Klaim atas pelayanan kesehatan dibayarkan menggunakan standar tarif *Indonesia Case Based Groups* (INA-CBG) kelas III rumah sakit. Dalam hal korban masih memerlukan pelayanan kesehatan setelah status tanggap darurat dinyatakan selesai, mekanisme pembiayaan terhadap korban dibiayai oleh pembiayaan lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Informasi Penanggulangan Krisis Kesehatan meliputi informasi prakrisis kesehatan, informasi tanggap darurat Krisis Kesehatan dan informasi pascakrisis kesehatan. Informasi prakrisis kesehatan meliputi informasi tentang bahaya, kerentanan, dan kapasitas dalam Penanggulangan Krisis Kesehatan. Informasi tanggap darurat Krisis Kesehatan meliputi informasi awal kejadian, informasi penilaian cepat kesehatan, dan informasi perkembangan. Informasi pascakrisis kesehatan meliputi informasi hasil penilaian kerusakan, kerugian dan kebutuhan pasca bencana, data rencana aksi serta data perkembangan upaya Rehabilitasi dan Rekonstruksi Kesehatan.

9.3 Organisasi Tanggap Darurat Kesehatan

Pemerintah menjadi penanggung jawab dalam penyelenggaraan penanggulangan bencana dengan membentuk Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) yang merupakan Lembaga Pemerintah Nondepartemen setingkat menteri. Badan Nasional terdiri atas unsur pengarah

penanggulangan bencana dan pelaksana penanggulangan bencana (BNPB, 2012)

Badan Nasional Penanggulangan Bencana mempunyai tugas:

1. memberikan pedoman dan pengarah terhadap usaha penanggulangan bencana yang mencakup pencegahan bencana, penanganan tanggap darurat, rehabilitasi, dan rekonstruksi secara adil dan setara
2. menetapkan standarisasi dan kebutuhan penyelenggaraan penanggulangan bencana berdasarkan Peraturan Perundang-undangan
3. Menyampaikan informasi kegiatan kepada masyarakat
4. melaporkan penyelenggaraan penanggulangan bencana kepada Presiden setiap sebulan sekali dalam kondisi normal dan pada setiap saat dalam kondisi darurat bencana
5. Menggunakan dan mempertanggungjawabkan sumbangan/bantuan nasional dan internasional
6. Mempertanggungjawabkan penggunaan anggaran yang diterima dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
7. Melaksanakan kewajiban lain sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan
8. Menyusun pedoman pembentukan Badan Penanggulangan Bencana Daerah.

Badan Nasional Penanggulangan Bencana mempunyai fungsi meliputi:

1. Perumusan dan penetapan kebijakan penanggulangan bencana dan penanganan pengungsi dengan bertindak cepat dan tepat serta efektif dan efisien
2. Pengoordinasian pelaksanaan kegiatan penanggulangan bencana secara terencana, terpadu, dan menyeluruh.

Unsur pengarah penanggulangan bencana mempunyai fungsi merumuskan konsep kebijakan, penanggulangan

bencana nasional, memantau dan mengevaluasi dalam penyelenggaraan penanggulangan bencana. Keanggotaan unsur pengarah terdiri atas pejabat pemerintah terkait, anggota masyarakat profesional. Keanggotaan unsur dipilih melalui uji kepatutan yang dilakukan oleh Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia.

Unsur pelaksana mempunyai fungsi koordinasi, komando, dan pelaksana dalam penyelenggaraan penanggulangan bencana. Keanggotaan unsur pelaksana terdiri atas tenaga profesional dan ahli. Ketentuan lebih lanjut mengenai pembentukan, fungsi, tugas, struktur organisasi, dan tata kerja Badan Nasional Penanggulangan Bencana diatur dengan Peraturan Presiden.

9.4 Hak dan kewajiban masyarakat dalam penanggulangan bencana (BNPB, 2012)

Setiap orang berhak:

1. Setiap orang yang terkena bencana berhak mendapatkan bantuan pemenuhan kebutuhan dasar
2. Mendapatkan pendidikan, pelatihan, dan ketrampilan dalam penyelenggaraan penanggulangan bencana
3. Mendapatkan informasi secara tertulis dan/atau lisan tentang kebijakan penanggulangan bencana
4. Berperan serta dalam perencanaan, pengoperasian, dan pemeliharaan program penyediaan bantuan pelayanan kesehatan termasuk dukungan psikososial
5. Berpartisipasi dalam pengambilan keputusan terhadap kegiatan penanggulangan bencana, khususnya yang berkaitan dengan diri dan komunitasnya
6. Melakukan pengawasan sesuai dengan mekanisme yang diatur atas pelaksanaan penanggulangan bencana.
7. Setiap orang berhak untuk memperoleh ganti kerugian karena terkena bencana yang disebabkan oleh kegagalan

konstruksi. mendapatkan perlindungan sosial dan rasa aman, khususnya bagi kelompok masyarakat rentan bencana

Setiap orang berkewajiban:

1. Menjaga kehidupan sosial masyarakat yang harmonis, memelihara keseimbangan, keserasian, keselarasan, dan kelestarian fungsi lingkungan hidup
2. Melakukan kegiatan penanggulangan bencana
3. Memberikan informasi yang benar kepada publik tentang penanggulangan bencana.

DAFTAR PUSTAKA

- BNPB. 2012. *Peraturan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana Nomor 15 Tahun 2012 Tentang Pedoman Pusat Pengendalian Operasi Penanggulangan Bencana (PUSDALOPS-PB)*.
- Permenkes RI No. 75 tahun 2019 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan*. (n.d.).
- Sari, D. A. P., Kumalasari, N., Suharto, N., Jannah, N. M., & Sabilussalami, N. 2019. *Pedoman Penyusunan Rencana Penanggulangan Kedaruratan Bencana (RPKB)*. <http://www.bnpb.go.id>
- Undang-Undang RI No.24 tahun 2007 tentang penanggulangan bencana*. (n.d.).

BAB 10

SISTEM INFORMASI MANAJEMEN BENCANA

Oleh Niken Bayu Argaheni

10.1 Pendahuluan

"Manajemen bencana" berarti proses perencanaan, pengorganisasian, koordinasi dan pelaksanaan tindakan yang berkesinambungan dan terpadu yang diperlukan atau bijaksana untuk pencegahan bahaya atau ancaman bencana apa pun, mitigasi atau pengurangan risiko bencana apa pun atau tingkat keparahan atau konsekuensinya, kapasitas- bangunan, kesiapsiagaan untuk menghadapi bencana apa pun, respons cepat terhadap situasi bencana atau bencana yang mengancam, menilai tingkat keparahan atau besarnya dampak bencana apa pun, evakuasi, penyelamatan dan pertolongan, rehabilitasi dan rekonstruksi.

Sistem informasi bencana adalah suatu sistem terpadu dari prosedur, sumber daya manusia, data, dan teknologi informasi yang diselenggarakan untuk mengumpulkan, mengolah, menyimpan, dan menganalisis informasi bencana dengan tujuan mendukung proses penanggulangan bencana baik sebelum maupun sesudah kejadian bencana terjadi (respons darurat) atau setelah bencana. Informasi tentang bencana disebarluaskan secara bertahap berdasarkan urgensi dan kebutuhan khalayak potensial. Tujuan utama sistem informasi kebencanaan adalah diseminasi atau penyebaran informasi dan informasi kebencanaan melalui mekanisme dalam berbagai proses penanggulangan bencana yang dilaksanakan secara bertahap tergantung urgensi dan

kebutuhan khalayak potensial. Proses tersebut dilakukan secara terencana dan sistematis dengan menggunakan berbagai media dan metode komunikasi. Tujuannya adalah untuk memastikan bahwa informasi dan data bencana tersedia sesuai dengan urgensi dan kebutuhan khalayak potensial dan secara efektif berkontribusi pada perubahan, pengambilan keputusan dan tindakan segera terkait dengan proses manajemen bencana.(Khoirunnisa, 2021).

Pengolahan informasi kebencanaan pada umumnya akan melayani 4 kelompok khalayak sasaran, yaitu sebagai berikut:

- a. Pemerintah Daerah
- b. Korban Bencana
- c. Media Massa
- d. Masyarakat Umum

Teori dan Konsep bencana meliputi beberapa tahapan, yaitu:

- 1) *Response Phase* (Tahap Tanggap Darurat)
- 2) Tahap rekonstruksi dan rehabilitasi
- 3) Tahap preventtif dan mitigasi
- 4) *Preparedness* (Tahap kesiapsiagaan)

Sistem informasi bencana ini harus dapat:

- 1) Meningkatkan kemampuan perencanaan penanggulangan bencana baik di pusat maupun di daerah pada semua tahapan penanggulangan bencana.
- 2) Mendukung pelaporan peristiwa bencana yang cepat dan akurat, termasuk pelacakan bencana dan kemajuan proses.
- 3) Memberikan informasi yang lengkap dan terkini kepada semua pihak yang terlibat dalam penanggulangan bencana di Indonesia dan luar negeri melalui layanan online global.

10.2 Contoh Sistem Infomasi

- a. Sistem Manajemen Resiko Bencana Dengan Menggunakan Sistem Informasi Geografi (Studi Kasus: Kec. Polobangkeng Utara Kab. Takalar)

Teknologi sistem informasi geospasial dapat digunakan dalam survei teknik, manajemen sumber daya, manajemen investasi, penilaian dampak lingkungan, perencanaan tata ruang, kartografi, dan rute darurat. Penggunaan GIS dalam manajemen risiko bencana berkisar dari pembuatan database, inventarisasi, dari overlay GIS yang paling sederhana hingga lanjutan, analisis risiko, analisis keuntungan dan kerugian, proses geologis, statistik spasial, matriks keputusan, analisis sensitivitas, korelasi, autokorelasi dan banyak alat dan algoritma untuk membuat keputusan spasial kompleks lainnya. Manajemen bencana berfokus pada bantuan, manajemen bencana, rehabilitasi dan perbaikan. Dengan bantuan database, informasi ditransmisikan setidaknya tentang lokasi bencana, jenis bencana, waktu kejadian dan analisis konteks spasial dan temporal bencana. Studi kasus termasuk kec. Polobangkeng Utara Kabupaten Takalar terkait bahaya longsor dengan menggabungkan data tanah, geologi, kemiringan lereng dan tutupan lahan dapat digunakan untuk membuat peta potensi longsor sebagai aplikasi SIG untuk menilai daerah rawan bencana alam (Goyena and Fallis, 2019).



Gambar 10.1 : SIG dalam semua fase siklus bencana (Goyena and Fallis, 2019)

Informasi tentang suatu peristiwa bencana alam dikumpulkan dalam database yang menyimpan semua informasi bencana berdasarkan informasi yang diperoleh dari artikel yang diterbitkan di surat kabar dan majalah dan informasi yang dicatat oleh Badan Nasional Penanggulangan Bencana, BMG, Kementerian Kesehatan dan beberapa informasi lain yang diperoleh dari Badan Nasional Penanggulangan Bencana. departemen dalam geologi dan vulkanologi. Dengan basis data khusus, proyek perlindungan sipil dapat ditentukan dan direncanakan secara tepat dan dapat dipanggil secara global, nasional, dan regional. Pencantuman sumber data non-teknis (non-geologis) - sumber yang melaporkan peristiwa bencana dari perspektif penilaian non-geologis dengan tujuan

pelaporan berorientasi dampak. Namun database tersebut setidaknya memberikan informasi mengenai lokasi bencana, jenis bencana, waktu kejadian serta analisis konteks spasial dan temporal bencana. Penyusunan database bencana ini menghasilkan beberapa hal antara lain:

1. Informasi untuk Kelompok Basis Data Publik yang menyimpan sumber informasi seproduktif mungkin agar dapat dengan mudah mengecek dari mana sumber informasi itu berasal, termasuk informasi itu sendiri, disajikan dalam bentuk gambar atau peta dalam basis data.
2. Informasi tentang lokasi kejadian Grup basis data yang penting saat mentransmisikan informasi tentang kejadian alam/lokasi risiko. Mereka berisi kode bidang administratif dan koordinat geografis.
3. Informasi Jenis Kejadian Kelompok database yang penting memberikan informasi tentang karakteristik kejadian bencana menurut jenis bencana, ukuran bencana dan waktu kejadian.
4. Informasi tentang dampak peristiwa Memberikan informasi tentang mekanisme terdaftar tentang dampak peristiwa bencana terhadap kehidupan manusia dan nilai ekonominya.

b. Sistem Pemantauan & Tanggap Bencana (DMRS) ASEAN

Sistem Pemantauan dan *Respons* Bencana (DMRS) ASEAN adalah salah satu alat pemantau bencana yang digunakan oleh AHA Centre. Alat tersebut dirancang bekerja sama dengan *Pacific Disaster Center* (PDC), pusat ilmu pengetahuan dan informasi terapan yang berbasis di Hawaii, dengan dukungan Pemerintah Amerika Serikat. DMRS menerima umpan informasi konstan dari sistem PDC. Ini menunjukkan informasi waktu nyata tentang bahaya di wilayah tersebut saat terjadi, serta data

hidrometeorologi, seperti arah dan kecepatan angin, awan, suhu laut, dll. Peta dasar dapat dilapis dengan informasi tambahan, seperti kepadatan penduduk dasar data, lokasi bandara dan pelabuhan laut, serta jalan dan infrastruktur utama (The AHA Centre, 2019).



Gambar 10.2 : Sistem Pemantauan dan Respons Bencana (DMRS) (The AHA Centre, 2019)

c. Platform Manajemen Bencana Berbasis Sains ASEAN (ASDMP)

Platform Manajemen Bencana Berbasis Sains ASEAN (ASDMP) adalah portal penelitian interaktif satu atap yang menampung lebih dari seribu produk penelitian terkait bencana untuk Asia Tenggara, dan menghubungkan praktisi manajemen bencana dan pembuat kebijakan dengan ilmuwan dan peneliti. Platform ini dapat diakses di asdmp.ahacentre.org



Gambar 10.3 : Tampilan Web ASDMP (The AHA Centre, 2019)

Dalam rangka meningkatkan kesadaran tentang pengurangan dan kesiapsiagaan risiko bencana, AHA Center juga melakukan sosialisasi secara berkala kepada masyarakat. Selama masa darurat, AHA Center segera merilis Flash Updates dan Situasi Updates. Sedangkan pada saat non-darurat, AHA Center menerbitkan Weekly Disaster Updates, Diasfore dan buletin bulanan: The Column. Semua publikasi ini tersedia di www.ahacentre.org serta akun media sosial AHA Centre.

DAFTAR PUSTAKA

- Goyena, R. and Fallis, A. . 2019. 'ANALISIS SISTEM MANAJEMEN RESIKO BENCANA DENGAN MENGGUNNAKAN SISTEM INFORMASI GEOGRAFI (Studi Kasus: Kec. Polobangkeng Utara Kab. Takalar)', *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), pp. 1689–1699. Available at: <https://bestjournal.untad.ac.id/index.php/JIMT/article/view/34/28>.
- Khoirunnisa, I. 2021. *SISTEM INFORMASI KEBENCANAAN*. Available at: <https://storymaps.arcgis.com/stories/5a4ca0d725f3471688cd005f3d808c3a> (Accessed: 14 January 2023).
- The AHA Centre. 2019. *Disaster Management Information System (DMIS)*. Available at: [https://www.brainkart.com/article/Disaster-Management-Information-System-\(DMIS\)_7298/](https://www.brainkart.com/article/Disaster-Management-Information-System-(DMIS)_7298/) (Accessed: 12 January 2023).

BAB 11

DOKUMENTASI ASUHAN KOMUNITAS PADA DARURAT BENCANA

Oleh Vera Iriani Abdullah

11.1 Pendahuluan

Wilayah Indonesia secara geografis terletak di *ring of fire* yaitu lingkaran bencana gempa, sepanjang 1.200 km dari Sabang sampai Papua dimana jalur ini merupakan batas tiga lempengan besar dunia yaitu : lempengan Indo-Australia, Eurasia dan Pasifik yang sangat berpotensi memicu terjadinya bencana alam yang besar. Selain itu juga negara Indonesia, berada pada tiga sistem pegunungan yaitu pegunungan Alpine Sunda, pegunungan Circum Pasifik dan pegunungan Circum Australia). Ada sekitar lebih dari 500 gunung berapi dengan status sebanyak 128 statusnya aktif. Indonesia dikenal sebagai negara maritim karena 2/3 dari luas Indonesia adalah laut yang terdiri dari kepulauan. Selain lautan Indonesia memiliki sekitar 5.000 sungai besar dan kecil (Paid Dikutip Dalam (Azir Alfanan, 2020).

Kondisi geografis Indonesia ini menyebabkan Indonesia rentan terhadap bencana alam diantaranya gempa bumi, tsunami, letusan gunung api serta bencana geologi lainnya. Kunci utama agar terhindar dari bencana adalah kesiapsiagaan dalam menghadapi ancaman bencana, diantaranya memahami dan mengenali bahaya di sekitar sehingga dapat melindungi diri (Paid Dikutip Dalam (Azir Alfanan, 2020). Disaster atau bencana merupakan peristiwa atau rangkaian peristiwa yang

mengancam, mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam atau faktor non alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis (UU No. 24 Tahun 2007 dikutip dalam (Molintao, 2019)).

Berdasarkan data tahun 2015, perserikatan Bangsa-Bangsa dan United Nations Population Fund melaporkan ada sekitar 61% kematian ibu terjadi di negara rawan bencana dan yang lebih mirisnya lagi lebih dari sepertiga kasus kematian terjadi ditengah bencana. Hal ini disebabkan kurangnya peralatan dan sumberdaya manusia dibidang Kesehatan yang berkualifikasi dalam sistim perawatan Kesehatan termasuk kebidanan (Hesti and Yetti, 2019).

Perkembangan kebidanan di Indonesia sejak tahun 1853 hingga saat ini tidak begitu pesat. Hal ini didasarkan pada belum optimalnya layanan kebidanan yang diberikan. Layanan kebidanan tidak hanya berfokus pada kesehatan ibu dan anak, namun juga harus dapat memperhatikan faktor lain diantaranya faktor Lingkungan termasuk didalamnya faktor social, politik, dan keadaan ekonomi karena ibu berada dalam satu lingkungan komunitas yang tidak dapat dipisahkan karena faktor tersebut sangat mempengaruhi status kesehatannya (Poltekkes Palangka Raya *et al.*, 2019).

Kelompok penduduk rentan seperti bayi, balita dan anak-anak, Ibu yang sedang mengandung atau menyusui, penyandang cacat dan orang lanjut usia akan merasakan dampak kesehatan yang cukup besar. Untuk itu perlu upaya prioritaskan dalam perlindungan kelompok rentan, mulai dari penyelamatan, evakuasi, pengamanan sampai dengan pelayanan kesehatan dan psikososial (Hesti and Yetti, 2019).

11.2 Asuhan Komunitas Pada Darurat Bencana

Pada bab di awal telah di jelaskan terkait komunitas dan bencana. Untuk itu pada bab ini kita akan merefresh kembali terkait komunitas dan bencana sebelum kita membahas terkait dokumentasi pada kasus komunitas pada darurat bencana.

Komunitas berasal dari bahasa latin "*communitas*" yang berarti "kesamaan". Sehingga komunitas diartikan sebagai ***sebuah kelompok sosial dari beberapa organisme yang berbagi lingkungan, dan pada umumnya memiliki ketertarikan dan habitat yang sama.*** Kesamaan yang dimaksud adalah kesamaan dalam kepercayaan, sumber daya, preferensi, kebutuhan, risiko, kegemaran dan sejumlah kondisi lain yang serupa. Ada 3 komponen komunitas diantaranya berdasarkan lokasi atau tempat, minat dan Komuni.

Sedangkan bencana merupakan rangkaian peristiwa yang mengancam serta mengganggu kehidupan masyarakat. Bencana dapat disebabkan oleh faktor alam dan atau faktor non alam, sehingga dapat mengakibatkan timbulnya korban jiwa, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis. Bencana bukan hanya menimbulkan kerusakan dan kehilangan secara material, namun berdampak juga pada keadaan psikologis diantaranya perasaan tegang, cemas, panik, terpaku, syok, tidak percaya, gembira atau euphoria, tidak terlalu merasa menderita, lelah, bingung, gelisah, menangis, menarik diri dan merasa bersalah.

Untuk itu Bidan perlu melakukan layanan kebidanan komunitas baik pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang berfokus pada pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA), keluarga berencana (KB), dan kesehatan reproduksi pada masa darurat bencana. Berdasarkan keputusan Menteri kesehatan republic Indonesia nomor 369 tahun 2007 tentang standar profesi bidan kompetensi ke-8 bidan memiliki kompetensi dalam asuhan komunitas pada

keluarga, kelompok dan masyarakat yang bermutu tinggi dan melakukan pencatatan dan pelaporan Kepmenkes No 369, 2007).

11.3 Dokumentasi Asuhan Komunitas Pada Darurat Bencana

Dokumen adalah suatu catatan yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum, berupa catatan tertulis, gambar atau rekaman. Dokumentasi kebidanan merupakan 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.

Sedangkan Dokumentasi berasal dari kata dokumen, dokumentasi berarti suatu dokumen asli atau catatan otentik yang dapat dijadikan bukti dalam persoalan hukum. Ahli lain menyebutkan bahwa dokumentasi merupakan surat tertulis sebagai bukti, jadi semua asuhan yang dilakukan oleh bidan harus didokumentasikan atau dicatat dan di simpan sebagai informasi data yang dapat dijadikan bukti dalam persoalan hukum (Kemenkes , 2017).

Dokumentasi sangat diperlukan oleh bidan karena dapat di gunakan sebagai:

1. Acuan tanggung jawab dan tanggung gugat berkaitan dengan pelayanan yang diberikan.
2. System informasi tentang status kesehatan pasien
3. Pengumpul, penyimpanan dan desiminasi hasil layanan yang telah diberikan.

Dokumentasi Kebidanan memiliki beberapa fungsi diantaranya fungsi administrasi, medis, hukum, keuangan, penelitian dan Pendidikan. Untuk lebih jelasnya di uraikan sebagai berikut :

- ✓ Pada dokumentasi kebidanan berisi tindakan apa yang telah dilakukan oleh Bidan, Tindakan ini harus di dasarkan sesuai wewenang dan tanggung bidan. Hal ini bersifat wajib, jika ada tindakan yang di luar kewenangannya maka dapat di lakukan kolaborasi ataupun rujukan ke tenaga kesehatan yang kompeten.
- ✓ Dalam memberikan asuhan Bidan dapat membuat perencanaan asuhan atau perawatan yang harus diberikan kepada klien.
- ✓ Dokumentasi merupakan dokumen resmi dan bernilai hukum, sebagai jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan. Semua catatan tentang klien harus di dokumentasikan. Hal ini juga dapat dapat digunakan sebagai barang bukti pada saat di pengadilan jika ada tanggung jawab dan tanggung gugat dari penerima layanan dalam hal ini klien. Untuk itu pencatatan data harus lengkap, jelas, objektif dan ditandatangani oleh bidan.
- ✓ Dokumentasi juga dapat digunakan sebagai dasar untuk perincian biaya atau keuangan pembayaran atas asuhan dan layanan yang telah di terima.
- ✓ Dokumentasi berisi data dan informasi klien yang dapat digunakan dalam pengembangan Ilmu pengetahuan melalui studi dokumentasi studi

Dalam melakukan pendokumentasian ada beberapa prinsip yang harus di perhatikan diantaranya:

- Lengkap
Semua masalah yang ditemukan pada klien harus dicatat secara lengkap sesuai hasil termuan serta mencatat semua pelayanan kesehatan yang diberikan. Jika ada tanggapan bidan dan tanggapan klien maka harus dimasukkan juga dalam dokumentasi ini serta alasan pasien dirawat dan data lain seperti kunjungan dokter.

- **Teliti**
Melakukan pencatatan secara teliti, jika ada perubahan rencana asuhan maka catatlah pada lembar yang telah ditentukan. Jangan lupa untuk mencantumkan tanda tangan atau paraf bidan. Selain itu jika ada kesalahan dalam pencatatan maka dikoreksi dengan baik dan diperbaiki.
- **Logis**
Pencatatan harus jelas dan logis, catatan sesuai kronologis jangan mencatat yang tidak dilakukan atau menuliskan yang tidak dilakukan. Pastikan Bidan mencantumkan nama dan nomor register pada setiap lembar
- **Dapat dibaca**
Gunakanlah tulisan yang dapat dan mudah dibaca oleh orang lain, bebas dari catatan dan koreksi serta mencatat menggunakan tinta pena yang jelas. Pastikan singkatan yang digunakan adalah singkatan yang baku dalam dunia kebidanan misalnya G..P...A ..ataupun singkatan lainnya.
- **Fakta**
Jangan menuliskan menurut pendapat anda, namun pendapat yang disampaikan berdasarkan fakta terkait data yang anda dapatkan dari klien. Serta mencatat informasi yang berhubungan dengan hasil pemeriksaan laboratorium (wildan dan hidayat di kutip dalam (Kemenkes , 2017)).

Ada beberapa metode dalam dokumentasi kebidanan diantaranya :

- **Soapier**
Subjektif, Objektif, *Assesment, Planning, Implementasi, Evaluasi, Reassessment*)
- **Soapie**
Subjektif, Objektif, *Analysis, Planning, Implementasi, Evaluasi*

- Soapied
Subjektif, Objektif, Analysis, Planning, Implementasi, Evaluasi, Dokumentasi
- Soap
Subjektif, Objektif, Analysis, Planning

Namun dalam bidang kebidanan yang sangat populer dan banyak digunakan adalah metode Soap, walaupun Penulis belum pernah melakukan pengkajian khusus mengapa metode ini yang banyak digunakan namun menurut Penulis metode ini cukup efisien, mudah dan tidak membutuhkan waktu lama untuk mengisi sehingga tidak menghambat pekerjaan Bidan lainnya. Implementasi pendokumentasian pada saat darurat bencana, sama halnya pada saat kita melakukan asuhan pada klien pada umumnya. Layanan atau asuhan yang kita berikan harus tercatat dengan baik. Pada masa darurat bencana kita harus dapat mengali data Subjektif dari klien.

Pelayanan keperawatan pada masa darurat bencana bertujuan untuk mengidentifikasi, mengadvokasi dan melakukan perawatan dari semua fase bencana. Tenaga Kesehatan sebagai ujung tombak harus mampu memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat baik yang bersifat kegawat daruratan maupun berkelanjutan (Molintao, 2019).

Pendokumentasian kasus pada masa darurat bencana pada komunitas yang mengalami bencana. Bidan harus dapat mengali masalah dan dapat melakukan analisis serta merencanakan serta melaksanakan dan mengevaluasi hasil. Pada umumnya dokumentasi pada masa darurat bencana sama seperti pendokumentasian pada umumnya sesuai dengan kasus yang didapatkan, misalnya kita mendapatkan ibu hamil maka kita akan melakukan pendokumentasian pada ibu hamil namun karena ini adalah masa bencana sehingga psikologis ibu sangat berperan sehingga bidan harus dapat melakukan asuhan secara

komprehensif. Untuk pendokumentasian secara SOAP, diantaranya:

Subjek, Bidan dapat melakukan pengkajian terkait :

- Biodata
- Keluhan Utama
- Riwayat Kesehatan Terdahulu
- Riwayat Kesehatan Saat ini
- Pola Nutrisi
- Pola Eliminasi
- Pola Istirahat/tidur
- Keadaan Psiko Sosio Spiritual

Data subjektif berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Bidan dapat menilai juga dari mimik terkait keluhan dan kekhawatirannya serta kecemasannya.

Objektif, Bidan Dapat mengumpulkan data dengan :
Pemeriksaan Umum

- Keadaan umum
- Kesadaran
- Status emosional
- Tanda -tanda vital (tekanan darah, nadi, pernafasan, suhu, antropometri
- Pemeriksaan Fisik dilakukan pemeriksaan head to toe dari kepala sampai kaki sesuai kasus dan kebutuhan klien serta pemeriksaan Penunjang.

Data Objektif menunjukkan bukti secara fakta terkait gejala klinis yang berhubungan dengan diagnosa. Data ini harus benar dan jujur, untuk pemeriksaan penunjang sesuai kebutuhan diantaranya pemeriksaan laboratorium, sinar X, USG, dan lain-lain. Data yang telah di dapatkan akan menjadi komponen penting saat menegakkan diagnosa.

Analisis/ Analisa/assesment

Pada analisis ini mencakup didalamnya interpretasi data dasar, identifikasi diagnose atau masalah potensial, dan menetapkan kebutuhan tindakan serta penanganan segera. Diagnosa yang ditegakkan berdasarkan data subjektif maupun objektif, bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah yang akan mungkin terjadi (masalah potensial) serta mampu merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosa potensial tidak terjadi.

Contoh format analisis pada ibu hamil :

Ny....., Usia.....Tahun, Gestasi.....Minggu...hari,
G...P....A..., dengan.....

Uraian :

Ny : masukkan inisial nama klien
Usia : usia ibu dalam tahun
Gestasi : Usia kehamilan dalam minggu dan hari
G : Gravida
P : Partus
A : Abortus
Dengan : sampaikan masalah temuan

Planing/ Perencanaan

Berdasarkan analisis, maka perlu adanya tindakan atau usaha waktu pada yang akan datang, untuk membantu menyelesaikan masalah sesuai kebutuhan klien dan juga untuk mempertahankan atau menjaga kesejahteraannya. Tindakan yang diambil harus dapat mencapai membantu klien, asuhan yang dilakukan dapat bersifat mandiri, kolaborasi ataupun rujukan dengan asuhan yang komprehensif atau menyeluruh tidak hanya masalah yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap kendala atau permasalahan yang berkaitan akan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya (Varney, 1997).

Catatlah Yang Anda Lakukan Dan Jangan
Mencatat Yang Tidak Anda Lakukan

DAFTAR PUSTAKA

- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2017. Bahan Ajar Kebidanan. Modul Dokumentasi Kebidanan. Cetakan Pertama 2017.
- Hesti, N. And Yetti, H. 2019. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kesiapsiagaan Bidan Dalam Menghadapi Bencana Gempa Dan Tsunami Di Puskesmas Kota Padang, Jurnal Kesehatan Andalas. Available At: [Http://Jurnal.Fk.Unand.Ac.Id](http://Jurnal.Fk.Unand.Ac.Id)
- Azir Alfanan, Elisabeth, Deta Lustiyati. 2020. Kesiapsiagaan Menghadapi Kondisi Darurat Bencana Dan Kebakaran Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Seminar Nasional UNRIYO.2020
- Molintao, W. 2019. Pengalaman Perawat Dalam Melakukan Penilaian Cepat Kesehatan Kejadian Bencana Pada Tanggap Darurat Bencana Erupsi Gunung Lokon Di Tomohon, Journal Of Community And Emergency.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2007. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 369/ Menkes/SK/II/2007 Tentang Standar Profesi Bidan Keputusan Menteri.
- Prodi Pendidikan Profesi Bidan jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya. 2019. Modul Praktik Asuhan Kebidanan Komunitas dalam Kontek Continuity Of Care.
- Varney, H. 1997. Varney's Midwifery. Sudbury Massachusett, Usa: Jones And Barlett Publisers.

BIODATA PENULIS



Christina Tien Popang, S.ST., M.Kes

Staf Dosen Jurusan Kebidanan
Poltekkes Kemenkes Jayapura

Penulis lahir di Sorong tanggal 20 September 1967
Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D III Kebidanan Nabire, Jurusan Kebidanan, Poltekkes Kemenkes Jayapura. Menyelesaikan pendidikan S2 pada Prodi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Gajah Mada Yogyakarta Tahun 2008. Sampai sekarang penulis aktif mengajar di Prodi D III Kebidanan Nabire.

Email : tien.popang@gmail.com

BIODATA PENULIS



Anisa Nanang Sulistiyowati, S.SiT.,Bd. M.Kes.
Staf Dosen Jurusan Kebidanan
Poltekkes Kemenkes Jayapura Prodi Nabire

Penulis lahir di Jepara tanggal 30 Agustus 1979. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D III Kebidanan Nabire, Jurusan Kebidanan, Poltekkes Kemenkes Jayapura. Menyelesaikan pendidikan S2 pada Prodi Magister Kesmas, Universitas Indonesia Timur Tahun 2012. Sampai sekarang penulis aktif mengajar di Prodi D III Kebidanan dan Keperawatan Nabire.

Email : anisananangs1@gmail.com

BIODATA PENULIS



Hj. Yuhanah. S.ST.,M.Kes

Dosen Universitas Sembilanbelas November Kolaka

Hj. Yuhanah. S.ST.,M.Kes Dosen Universitas Sembilanbelas November Kolaka. Penulis lahir di Limbangan, Kabupaten Garut tanggal 12 Juli 1964. Sejak tahun 2018 penulis sebagai Dosen tetap pada Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Fakultas Sains dan Teknologi, Universitas Sembilanbelas November Kolaka, Sulawesi Tenggara, yang awalnya bertugas sebagai tenaga profesi bidan Puskesmas Tosiba, (1984 - 2018). Menyelesaikan pendidikan D3 dan D4 pada Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kendari dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kesmas (Konsentrasi Kesehatan Reproduksi) UIT Makassar. Mata kuliah yang diampu penulis adalah Etika, Psikologi, Keperawatan Keluarga dan Maternitas. Alhamdulillah penulis aktif melaksanakan tridharma perguruan tinggi, disamping mengajar juga giat publikasi beberapa jurnal penelitian dan pengabdian kepada masyarakat termasuk menulis buku dan presentase nasional. Penghargaan yang diperoleh penulis yaitu: Tenaga Kesehatan Teladan Kabupaten Kolaka, Tanda Kehormatan “Disi Medaso To’ori Mandara” tenaga PNS Teladan Lingkup Pemerintah Daerah Kabupaten Kolaka, Tanda Kehormatan Presiden Republik

Indonesis “Satyalancana Karya Satya XX Tahun” dan Tanda Kehormatan Presiden Republik Indonesia “ Satyalancana Karya Satya XXX Tahun”

BIODATA PENULIS



Qurratul A'yun, S.Tr.Keb., M.Kes

Dosen tetap Program Studi D3 Kebidanan Fakultas Kesehatan
Universitas Islam Madura

Penulis lahir di Pamekasan pada tanggal 17 September 1992. Penulis merupakan dosen tetap Program Studi D3 Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Islam Madura. Penulis telah menyelesaikan pendidikan S2 di Stikes Surya Mitra Husada Kediri.

BIODATA PENULIS



St. Munawwarah. M, S.ST.,M.Keb

Dosen Program Studi Diploma Tiga Kebidanan
Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar

Penulis lahir di Ujung Pandang tanggal 20 Oktober 1991. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi DIII Kebidanan Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar. Penulis telah menyelesaikan pendidikan DIII kebidanan di Universitas Muslim Indonesia dilanjutkan pendidikan ke DIV Bidan Pendidik Stikes Mega Rezky Makassar setelah itu melanjutkan studi S2 Kebidanan di Universitas Hasanuddin.

BIODATA PENULIS



Endriyani Martina Yunus, SST., M.Kes

Dosen Program Studi D-III Kebidanan Poltekkes Kemenkes
Pangkalpinang

Penulis lahir di Jakarta tanggal 06 Desember 1980. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D-III Kebidanan Poltekkes Kemenkes Pangkalpinang. Penulis menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan di Akbid Depkes RI Harapan Kita tahun 2001, S1 pada Jurusan Kesehatan Reproduksi DI Universitas Indonesia lulus tahun 2006, menyelesaikan D-IV Bidan Pendidik di Poltekkes Jakarta III tahun 2008, dan menyelesaikan S2 pada Jurusan Kesehatan Reproduksi di URINDO, Jakarta tahun 2011. Penulis ingin menekuni bidang Menulis, sehingga dapat berbagi pengetahuan dan menambah pengalaman menulis. Penulis membuat Dasar-Dasar Pengelolaan Multi Bencana untuk menyiapkan pengetahuan tenaga kesehatan bahwa terdapat peran tenaga Kesehatan pada pelayanan kesehatan dengan kondisi Multi Bencana saat terjadi krisis Kesehatan.

BIODATA PENULIS



Cintika Yorinda Sebtaleesy

Dosen di STIKes Bhakti Husada Mulia Madiun

Cintika Yorinda Sebtaleesy lahir di Madiun, pada 9 Desember 1989. Ia telah menyelesaikan pendidikannya di Kota Surakarta. Alumni D-III Kebidanan tahun 2011, D-IV Kebidanan tahun 2012, dan S2 Magister Kedokteran Keluarga Minat Utama Pendidikan Profesi Kesehatan Universitas Sebelas Maret Surakarta tahun 2014. Ia pernah bekerja di Akademi Kebidanan Dulang Mas tahun 2013 dan sekarang bekerja di STIKes Bhakti Husada Mulia Madiun Tahun 2016-sekarang,. Saat ini penulis aktif dalam beberapa kegiatan penulisan buku ajar kebidanan dan kegiatan sosial PPA-SC Madiun. Ia dapat dihubungi melalui email cintikayorindas@gmail.com.

BIODATA PENULIS



Faridah Hariyani, SST., M.Keb

Dosen Program Studi D-III Kebidanan Balikpapan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Penulis lahir di Balikpapan tanggal 13 Mei 1980. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D-III Kebidanan Balikpapan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur. Menyelesaikan pendidikan D-IV dan S2 pada Jurusan Kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung.

BIODATA PENULIS



Niken Bayu Argaheni, S.ST, M.Keb.,
Dosen di Universitas Sebelas Maret Surakarta

Niken Bayu Argaheni, S.ST, M.Keb., dosen di Universitas Sebelas Maret Surakarta. Founder dari Perempuan Berdaya. Penerima Hibah Penelitian dan Pengabdian Riset Group “Pengaruh Mat Pilates Exercise Terhadap Skala Nyeri, Kecemasan, Frekuensi Nadi Pada Remaja Putri Dengan Dismenorea Primer di Surakarta (2020)”, “Pembelajaran Daring Research Group Ibu Hamil Guna Pencegahan Covid-19 (2020)”, Bimbingan Konseling Spiritual Bagi Pengasuh Dan Anak Asuh Panti Asuhan Anak Penderita HIV/AIDS Di Yayasan Lentera Surakarta (2021)”. Penerima Penghargaan Inovasi dan P2M Award tahun 2022, Peringkat 1 Kategori Tenaga Pengajar Bidang Sains dan Teknologi, Mendapat Rewards dari Qatar Airways untuk kategori: *Frontline healthcare professionals (doctor, medical practitioner, nurse, paramedic, pharmacist, lab technician and clinical researcher) during the current Covid-19 pandemic tahun 2022*. Penerima Hibah Bidan Inspiratif Untuk Negeri dari Kimia Farma dan Dompot Dhuafa pada tahun 2022. Dapat dihubungi di kontak: +6285740888008, email: kinantiniken@gmail.com

BIODATA PENULIS



Vera Iriani Abdullah.,M.MKes.,M.Keb.,AIFO
Dosen Program Studi Diploma III Kebidanan
Poltekkes Kemenkes Sorong

Penulis lahir di Jayapura tanggal 22 Agustus 1977. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan Bahasa Inggris Fakultas Bahasa Inggris Program Studi Diploma III Kebidanan, Poltekkes Kemenkes Sorong. Menyelesaikan pendidikan D4 Bidan Pendidik Pada Poltekkes Kemenkes Bandung pada Jurusan Kebidanan dan melanjutkan S2 pada Universitas Padjadjaran Bandung Tahun 2018. Untuk korespondensi verabdullah1977@gmail.com