



KEBIDANAN KOMUNITAS

NOVI MAYA SARI
DIAN EKA NURSYAM

KEBIDANAN KOMUNITAS

**NOVI MAYA SARI
DIAN EKA NURSYAM**



GETPRESS INDONESIA

KEBIDANAN KOMUNITAS

Penulis : Novi Maya Sari
Dian Eka Nursyam

ISBN : 978-623-125-456-6

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.
Penyunting: Mila Sari, M.Si.

Desain Sampul dan Tata Letak : Tri Putri Wahyuni, S.Pd.

Penerbit: GET PRESS INDONESIA
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi:
Jl. Palarik RT 01 RW 06, Kelurahan Air Pacah
Kecamatan Koto Tengah, Padang, Sumatera Barat
website: www.getpress.co.id
email: adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Oktober 2024

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

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas rahmat dan karunia-Nya, buku ini yang berjudul "Kebidanan Komunitas" dapat disusun dan diselesaikan. Buku ini hadir sebagai panduan komprehensif yang mencakup konsep dasar hingga praktik dalam kebidanan komunitas, dengan fokus pada pelayanan kesehatan ibu dan anak serta peran bidan dalam konteks komunitas. Melalui pembahasan yang mendalam tentang filosofi, masalah-masalah kesehatan, serta riwayat kebidanan komunitas di Indonesia dan negara lain, kami berharap buku ini dapat menjadi acuan yang bermanfaat bagi mahasiswa, praktisi kebidanan, dan tenaga kesehatan lainnya dalam mengembangkan dan menerapkan pelayanan kebidanan yang berkualitas di masyarakat.

Buku ini juga menyoroti berbagai aspek penting seperti kesehatan reproduksi perempuan, pelayanan kesehatan di keluarga, serta dokumentasi asuhan kebidanan yang menjadi bagian integral dari praktik kebidanan komunitas. Dengan demikian, pembaca diharapkan dapat memahami dan menerapkan prinsip-prinsip kebidanan komunitas yang efektif serta meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di lingkungan mereka. Kami menyadari bahwa penyusunan buku ini masih jauh dari sempurna, namun besar harapan kami agar buku ini dapat memberikan kontribusi yang berarti dalam upaya meningkatkan kesehatan ibu dan anak di masyarakat.

Padang, Agustus 2024

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
BAB 1 KONSEP KEBIDANAN KOMUNITAS.....	1
1.1 Definisi.....	1
1.2 Filosofi Kebidanan Komunitas.....	2
1.3 Masalah dalam Kebidanan Komunitas	5
1.3.1 Kematian Ibu dan Bayi	5
1.3.2 <i>Unsafe Abortion</i>	6
1.3.3 Infeksi Menular Seksual.....	6
1.3.4 Kehamilan Remaja	8
1.3.5 Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)	10
1.4 Riwayat kebidanan komunitas di Indonesia dan beberapa Negara lain	11
1.5 Kegiatan dalam Pelayanan Kebidanan Komunitas.....	14
BAB II LINGKUP PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS.....	17
2.1 Sasaran Bidan di Komunitas	17
2.2 Tugas dan Tanggung Jawab Bidan di Komunitas	18
2.3 Tanggung Jawab Bidan di Komunitas	20
2.4 Bidan Praktik Mandiri	21
BAB III MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI PEREMPUAN DAN PELAYANAN KEBIDANAN PADA KOMUNITAS	25
3.1 Kematian ibu dan bayi.....	25
3.2 Kehamilan remaja	26
3.3 <i>Unsafe abortion</i>	27
3.4 BBLR	28
3.5 Tingkat kesuburan.....	29

3.6 KDRT	32
3.6 IMS/PMS	33
3.7 Menopause	35
3.8 Kehamilan/persalinan dirumah.....	36
3.9 Pertolongan persalinan oleh tenaga non kesehatan.....	37
3.7 Perilaku dan sosial budaya yang berpengaruh pada pelayanan kebidanan komunitas.....	38
BAB IV PEMBANGUNAN KESEHATAN DAN PENYELENGGARAAN KEBIDANAN DI KOMUNITAS.....	43
4.1 Visi dan Misi Pembangunan Kesehatan Indonesia.....	43
4.2.1 Masalah Kesehatan Ibu dan Anak	45
4.2.2 Masalah Kesehatan Ibu dan Anak Diluar Negeri	48
4.2.3 Cakupan pelayanan ibu hamil (cakupan K4).....	51
4.3 Peran dan Tugas Bidan dalam Meningkatkan KIA.....	57
4.4 Upaya dalam Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak.....	61
4.5 Strategi Pelayanan Kebidanan Di Komunitas	65
BAB V ASUHAN KEBIDANAN PADA KELUARGA DI KOMUNITAS.....	69
5.1 Definisi Keluarga.....	69
5.2 Struktur Keluarga.....	70
5.2.1 Tipe/Bentuk Keluarga	71
5.2.2 Peranan Dan Fungsi Keluarga.....	72
5.3 Keperawatan Kesehatan Keluarga	74
5.3.1 Asuhan Kebidanan pada Keluarga	75
5.3.2 Peran bidan dalam pelayanan kebidanan.....	75
5.3.3 Tanggung jawab bidan dalam asuhan kebidanan pada keluarga	76
5.3.4 Prinsip prinsip asuhan kebidanan pada keluarga.....	78

5.3.5 Langkah–Langkah dalam Asuhan Kebidanan pada Keluarga.....	80
5.3.6 Implikasi dari pelayanan kesehatan yang dipusatkan kepada keluarga	82
BAB VI PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS	83
6.1 Konsep Dasar Dokumentasi.....	83
6.2 Definisi Dokumentasi dalam Kebidanan.....	84
6.3 Tujuan dan Fungsi Dokumentasi	86
6.4 Prinsip- Prinsip Dokumentasi	91
6.4.1 Lengkap.....	91
6.4.2 Teliti	92
6.4.3 Berdasarkan fakta.....	92
6.4.4 Logis	92
6.4.5 Dapat dibaca	93
6.5 Teknik Pendokumentasian.....	98
6.5.1 Naratif.....	98
6.5.2 Flow Sheet.....	99
DAFTAR PUSTAKA.....	101
BIODATA PENULIS	

BAB 1

KONSEP KEBIDANAN KOMUNITAS

1.1 Definisi

Berdasarkan kesepakatan antara ICM, FIGO, WHO pada tahun 1933 menyatakan bahwa bidan adalah seorang telah mengikuti pendidikan kebidanan yang diakui oleh pemerintah setempat, telah menyelesaikan pendidikan dan lulus serta terdaftar atau mendapatkan izin melakukan praktik kebidanan.

Menurut IBI, Bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang diakui pemerintah dan organisasi profesi diwilayah Negara Republik Indonesia serta memiliki kualifikasi untuk diregister, sertifikasi dan atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan.

Komunitas ini berasal dari bahasa latin yaitu :

- *comunicans* : kesamaan,
- *communis* : public, banyak.
- *community* : warga, lingkungan, 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 BBL secara komprehensif.

Kebidanan Komunitas adalah pelayanan kebidanan profesional yang ditujukan kepada masyarakat dengan penekanan pada kelompok risiko tinggi dengan upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pelayanan kebidanan. Pelayanan Kebidanan Komunitas adalah upaya yang dilakukan bidan untuk pemecahan terhadap masalah kesehatan ibu dan balita dalam keluarga di masyarakat. Pelayanan kebidanan komunitas dilakukan diluar rumah sakit atau institusi. Kebidanan komunitas dapat juga merupakan bagian atau kelanjutan dari pelayanan yang diberikan 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.

1.2 Filosofi Kebidanan Komunitas

Pengertian filosofi secara umum adalah ilmu yang mengkaji tentang akal budi mengenai hakikat yang ada. Filosofi Kebidanan adalah keyakinan atau pandangan hidup bidan yang digunakan sebagai kerangka pikir dalam memberikan asuhan kebidanan.

Menurut KEPMENKES 369/MENKES/SK/II/2007

1. **Keyakinan tentang kehamilan dan persalinan.** Hamil dan bersalin merupakan suatu proses alamiah dan bukan penyakit.

2. **Keyakinan tentang Perempuan.** Setiap perempuan adalah pribadi yang unik mempunyai hak, kebutuhan, keinginan masing-masing. Oleh sebab itu perempuan harus berpartisipasi aktif dalam setiap asuhan yang diterimanya.
3. **Keyakinan fungsi Profesi dan manfaatnya.** Fungsi utama profesi bidan adalah mengupayakan kesejahteraan ibu & bayinya, proses fisiologis harus dihargai, didukung dan dipertahankan. Bila timbul penyulit, dapat menggunakan teknologi tepat guna dan rujukan yang efektif, untuk memastikan kesejahteraan perempuan & janin/bayinya.
4. **Keyakinan tentang pemberdayaan perempuan dan membuat keputusan.** Perempuan harus diberdayakan untuk mengambil keputusan tentang kesehatan diri dan keluarganya melalui komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) dan konseling. Pengambilan keputusan merupakan tanggung jawab bersama antara perempuan, keluarga & pemberi asuhan.
5. **Keyakinan tentang tujuan Asuhan.** Tujuan utama asuhan kebidanan untuk menyelamatkan ibu dan bayi (mengurangi kesakitan dan kematian). Asuhan kebidanan berfokus pada pencegahan, promosi kesehatan yang bersifat holistik, diberikan dengan cara yang kreatif & fleksibel, suportif, peduli; bimbingan, monitor dan pendidikan berpusat pada perempuan; asuhan berkesinambungan, sesuai keinginan & tidak otoriter serta menghormati pilihan perempuan
6. **Keyakinan tentang Kolaborasi dan Kemitraan.** Praktik kebidanan dilakukan dengan menempatkan perempuan sebagai partner dengan pemahaman holistik terhadap perempuan, sebagai satu kesatuan fisik, psikis, emosional, sosial, budaya, spiritual serta pengalaman reproduksinya. Bidan memiliki otonomi penuh dalam praktiknya yang berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya.

7. **Sebagai Profesi bidan mempunyai pandangan hidup Pancasila**, seorang bidan menganut filosofis yang mempunyai keyakinan didalam dirinya bahwa semua manusia adalah makhluk bio-psiko-sosio-kultural dan spiritual yang unik merupakan satu kesatuan jasmani dan rohani yang utuh dan tidak ada individu yang sama.
8. **Bidan berkeyakinan bahwa setiap individu berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman dan memuaskan sesuai dengan kebutuhan dan perbedaan kebudayaan.** Setiap individu berhak menentukan nasib sendiri dan mendapatkan informasi yang cukup dan untuk berperan disegala aspek pemeliharaan kesehatannya.
9. **Setiap individu berhak untuk dilahirkan secara sehat**, untuk itu maka setiap wanita usia subur, ibu hamil, melahirkan dan bayinya berhak mendapat pelayanan berkualitas.
10. **Pengalaman melahirkan anak merupakan tugas perkembangan keluarga**, yang membutuhkan persiapan sampai anak menginjak masa-masa remaja. Keluarga-keluarga yang berada di suatu wilayah/daerah membentuk masyarakat kumpulan dan masyarakat Indonesia terhimpun didalam satu kesatuan bangsa Indonesia. Manusia terbentuk karena adanya interaksi antara manusia dan budaya dalam lingkungan yang bersifat dinamis mempunyai tujuan dan nilai-nilai yang terorganisir.

Beberapa keyakinan yang mendasari praktek kebidanan komunitas :

1. Pelayanan kesehatan sebaiknya tersedia dapat dijangkau dan dapat diterima semua orang.
2. Penyusunan kebijakan seharusnya melibatkan penerimaan pelayanan dalam hal ini komunitas.
3. Bidan sebagai pemberi pelayanan dan klien sebagai penerima perlu menjalin kerjasama yang baik.

4. Kesehatan merupakan tanggung jawab setiap orang. Falsafah kebidanan komunitas :
 - a. Manusia
 - b. Kesehatan
 - c. Lingkungan
 - d. Kebidanan

1.3 Masalah dalam Kebidanan Komunitas

1.3.1 Kematian Ibu dan Bayi

Kematian ibu adalah kematian yang terjadi pada ibu selama masa kehamilan atau dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tanpa melihat usia dan lokasi kehamilan, oleh setiap penyebab yang berhubungan dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya tetapi bukan oleh kecelakaan atau incidental (faktor kebetulan).

AKI tersebut sudah jauh menurun, namun masih jauh dari target yang diharapkan. Sedangkan untuk target SDGs AKI yaitu sebesar 70/100.000 KH.

Angka kematian ibu dikatakan masih tinggi karena :

- a. Jumlah kematian ibu yang meninggal mulai saat hamil hingga 6 minggu setelah persalinan per 100.000 persalinan tinggi.
- b. Angka kematian ibu tinggi adalah angka kematian yang melebihi dari angka target nasional.
- c. Tingginya angka kematian, berarti rendahnya standar kesehatan dan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan, dan mencerminkan besarnya masalah kesehatan.

Kematian bayi adalah kematian yang terjadi saat setelah bayi lahir sampai bayi belum berusia tepat 1 tahun. Berdasarkan perhitungan BPS tahun 2007 sebesar 27/1000

kelahiran hidup. Adapun target AKB pada SDG's 2030 sebesar 12/1000 kelahiran hidup. Penyebab kematian bayi meliputi :

- Gangguan perinatal (34,7%)
- Sistem pernapasan (27,6 %)
- Diare (9,4%)
- Sistem pencernaan (4,3%)
- Tetanus (3,4%)

1.3.2 *Unsafe Abortion*

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

1.3.3 Infeksi Menular Seksual

Infeksi menular seksual merupakan salah satu dari tiga tipe infeksi saluran reproduksi (ISR), yaitu infeksi dan penyakit menular seksual, infeksi-infeksi endogen vagina dan infeksi-infeksi yang berhubungan dengan saluran reproduksi. Infeksi menular seksual berhubungan dengan keadaan akut, kronik dan kondisi-kondisi lain yang berhubungan dengan kehamilan, seperti Gonore, Chlamidia, Sifilis, Herpes kelamin, Trichomoniasis, HIV/AIDS.

Bidan harus dapat memberikan asuhan kepada masyarakat terkait dengan infeksi menular seksual, dan perlu memperhatikan semua jenis infeksi saluran reproduksi,

sehingga dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Masalah-masalah lain yang berhubungan dengan sosial budaya masyarakat adalah:

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

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

Sosial budaya masyarakat yang bersifat positif antara lain:

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

Sosial budaya masyarakat yang bersifat negatif antara lain:

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

1.3.4 Kehamilan Remaja

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

1. Faktor psikologis yang belum matur
 - a. Alat reproduksinya masih belum siap menerima kehamilan sehingga dapat menimbulkan berbagai bentuk komplikasi.
 - b. Remaja berusia muda yang sedang menuntut ilmu akan mengalami putus sekolah sementara atau seterusnya, dan dapat kehilangan pekerjaan yang baru dirintisnya.
 - c. Perasaan tertekan karena mendapat celaan dari keluarga, teman, atau lingkungan masyarakat.
 - d. Tersisih dari pergaulan karena dianggap belum mampu membawa diri.
 - e. Mungkin kehamilannya disertai kecanduan obat-obatan, merokok, minuman keras.
2. Faktor fisik
 - a. Mungkin kehamilan ini tidak diketahui siapa ayah sebenarnya.
 - b. Kehamilan dapat disertai penyakit menular seksual sehingga memerlukan pemeriksaan ekstra yang lebih lengkap.
 - c. Tumbuh kembang janin dalam rahim yang belum matur dapat menimbulkan abortus, persalinan premature, dapat terjadi komplikasi penyakit yang telah lama dideritanya.
 - d. Saat persalinan sering memerlukan tindakan medis operatif.
 - e. Hasil janin mengalami kelainan kongenital atau BBLR.
 - f. Kematian maternal dan perinatal pada kehamilan

remaja lebih tinggi dibandingkan dengan usia reproduksi sehat (20- 35 tahun).

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

Langkah-langkah untuk mengendalikan masalah kehamilan remaja adalah sebagai berikut

1. Sebelum terjadi kehamilan
 - a. Menjaga kesehatan reproduksi dengan cara melakukan hubungan seksual yang bersih dan aman.
 - b. Menghindari multipartner.
 - c. Menggunakan alat kontrasepsi, seperti kondom, pil, dan suntikan sehingga terhindar dari kehamilan yang tidak diinginkan.
 - d. Memberikan pendidikan seksual sejak dini.
 - e. Meningkatkan iman dan taqwa kepada Tuhan YME sesuai ajaran agama masing-masing.
 - f. Segera setelah hubungan seksual menggunakan KB darurat penginduksi haid atau misoprostol dan lainnya.
2. Setelah terjadi kehamilan. Setelah terjadi konsepsi sampai nidasi, persoalannya makin sulit karena secara fisik hasil konsepsi dan nidasi mempunyai beberapa ketetapan sebagai berikut.
 - a. Hasil konsepsi dan nidasi mempunyai hak untuk hidup dan mendapatkan perlindungan.
 - b. Hasil konsepsi dan nidasi merupakan zigot yang mempunyai potensi untuk hidup.
 - c. Hasil konsepsi dan nidasi nasibnya ditentukan oleh ibu yang mengandung.
 - d. Hasil konsepsi dan nidasi mempunyai landasan moral

yang kuat karena potensinya untuk tumbuh kembang menjadi generasi yang didambakan setiap keluarga.

Berdasarkan pertimbangan tersebut langkah yang dapat diambil antara lain :

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

1.3.5 Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

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

- Bayi kurang bulan: bayi dengan masa kehamilan kurang dari 37 minggu (259) hari.
- Bayi cukup bulan: bayi dengan masa kehamilan mulai 37-42 minggu (259-293 hari).
- Bayi lebih bulan: bayi dengan masa kehamilan mulai 42 minggu atau lebih (>294 hari)

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

Penanganan bayi berat lahir rendah meliputi hal-hal berikut :

- 1) Mempertahankan suhu dengan ketat.
- 2) Mencegah infeksi. Karena BBL sangat rentan terkena infeksi. Contoh mencuci tangan sebelum memegang bayi.
- 3) Pengawasan nutrisi dan ASI. Refleks menelan pada bayi dengan BBLR belum sempurna.
- 4) Penimbangan ketat. Sebagai cara memantau status gizi/nutrisi bayi dan erat kaitannya dengan daya tahan tubuh.

1.4 Riwayat kebidanan komunitas di Indonesia dan beberapa Negara lain

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

Sampai saat ini belum ada pendidikan khusus untuk menghasilkan tenaga bidan yang bekerja di komuniti. Pendidikan yang ada sekarang ini diarahkan untuk menghasilkan bidan yang mampu bekerja di desa. Pendidikan tersebut adalah program pendidikan bidan A (PPB A), B (PPB B), C (PPB C) dan Diploma III Kebidanan. PPB-A, lama

pendidikan 1 tahun, siswa berasal dari lulusan SPK (Sekolah Perawat Kesehatan). PPB-B, lama pendidikan 1 tahun, siswa berasal dari lulusan Akademi Perawat. PPB-C, lama pendidikan 3 tahun, siswa berasal dari lulusan SMP (Sekolah Menengah Pertama). Diploma III Kebidanan : lama pendidikan 3 tahun, berasal dari lulusan SMU, SPK maupun PPB-A mulai tahun 1996. Kurikulum pendidikan bidan tersebut diatas disiapkan sedemikian rupa sehingga bidan yang dihasilkan mampu memberikan pelayanan kepada ibu dan anak balita di masyarakat terutama di desa.

Disamping itu Departemen Kesehatan melatih para bidan yang telah dan akan bekerja untuk memperkenalkan kondisi dan masalah kesehatan serta penanggulangannya di desa terutama berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak balita. Mereka juga mendapat kesempatan dalam berbagai kegiatan untuk mengembangkan kemampuan, seperti pertemuan ilmiah baik dilakukan oleh pemerintah maupun oleh organisasi profesi seperti IBI.

Bidan yang bekerja di desa, puskesmas, puskesmas pembantu; dilihat dari tugasnya berfungsi sebagai bidan komunitas (Syahlan, 1996). Sebenarnya sejarah pelayanan kebidanan komunitas di Indonesia diawali dari masa penjajahan Belanda. Pada tahun 1849 seiring dengan dibukanya pendidikan jawa di Batavia (di rumah sakit militer Belanda sekarang RSPAD Gatot Subroto), pada tahun 1851 dibuka pendidikan bidan bagi wanita pribumi di Batavia oleh dokter Belanda (dr.W. Rosch). Fokus peran bidan hanya sebatas pelayanan dirumah sakit (bersifat klinis).

Pada tahun 1952, sekolah bidan 4 tahun menitikberatkan pendidikan formal pada kualitas pertolongan persalinan di rumah sakit. Selain itu bidan bertugas secara mandiri di biro konsultasi (CB) yang saatini menjadi poliklinik antenatal rumah sakit. Dalam peran tersebut, bidan sudah memasukkan konsep

pelayanankebidanan komunitas.Pada tahun 1953 di Yogyakarta diadakan kursus tambahan bagi bidan (KTB), Yang berfokus pada kesehatan masyarakat.

Dengan demikian pemerintah mengakui bahwa peran bidan tidak hanya terbatas pada pelayanan masyarakat, yang berbasis di balai kesehatan ibu dan anak (BKIA) di tingkat kecamatan. Ruang lingkup pelayanan BKIA meliputi : pelayanan antenatal (pemberian pendidikan kesehatan, nasehat perkawinan,perencanaan keluarga dll), intranatal, postnatal (kunjungan rumah, termasuk pemeriksaan dan imunisasi bayi, balita dan remaja), penyuluha gizi, pemberdayaan masyarakat, serta pemberian makanan tambahan. Pengakuan ini secara formal dalam bentuk adanya bidan coordinator yang secara struktural tercatat di jenjang inspektorat kesehatan, mulai daerah tingkat I (Propinsi) sampai dengan II (Kabupaten).

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

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

hal. Sayangnya materi dan masa pendidikan BDD tidak memberikan bekal yang cukup untuk bisa berperan maksimal.

Gerakan Sayang Ibu (GSI) saat Departemen Kesehatan menerapkan inisiatif safe motherhood malah diprakarsai oleh Kantor Menteri Pemberdayaan Perempuan tahun 1996 dengan tujuan meningkatkan partisipasi masyarakat untuk menurunkan AKI. Pada tahun yang sama (1996), Ikatan Bidan Indonesia (IBI) melakukan advokasi pada pemerintah yang melahirkan program pendidikan Diploma III Kebidanan (setingkat akademi). Program baru ini memasukkan lebih banyak materi yang dapat membekali bidan untuk bisa menjadi agen pembaharu di masyarakat, tidak hanya di fasilitas klinis. Pendidikan kebidanan tersebut terus berlangsung hingga saat ini dengan pendidikan tertingginya S2 yang dimulai sejak tahun 2006 di Universitas Padjadjaran. Tingkatan pendidikan bidan yang ada sekarang adalah D3, D4, S1, dan S2.

1.5 Kegiatan dalam Pelayanan Kebidanan Komunitas

PWS KIA adalah alat manajemen untuk melakukan pemantauan program KIA di suatu wilayah kerja secara terus-menerus, agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat, meliputi program pelayanan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, ibu dengan komplikasi kebidanan, dan keluarga berencana, bayi baru lahir, bayi baru lahir dengan komplikasi, bayi, dan balita. Definisi dan kegiatan PWS tersebut sama dengan definisi surveilans.

Kegiatan pokok PWS KIA, meliputi:

1. Peningkatan pelayanan antenatal sesuai standar bagi seluruh ibu hamil di semua fasilitas kesehatan.
2. Peningkatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan kompeten, diarahkan ke fasilitas kesehatan.

3. Peningkatan pelayanan bagi seluruh ibu nifas sesuai standar disemua fasilitas kesehatan.
4. Peningkatan pelayanan bagi seluruh neonatus sesuai standar disemua fasilitas kesehatan.
5. Peningkatan deteksi dini faktor risiko dan komplikasi kebidanan
6. Peningkatan penanganan komplikasi kebidanan dan neonatus secara adekuat dan pengamatan terus-menerus oleh tenaga kesehatan.
7. Peningkatan pelayanan kesehatan bagi seluruh bayi sesuai standar di semua fasilitas kesehatan.
8. Peningkatan pelayanan kesehatan bagi seluruh anak balita sesuai standar di semua fasilitas kesehatan.
9. Peningkatan pelayanan KB sesuai standar. Indikator pemantauan PWS KIA, meliputi:
 - a. Cakupan pelayanan antenatal pertama kali (K1)
 - b. Cakupan pelayanan antenatal minimal 4 kali (K4)
 - c. Cakupan persalinan ditolong tenaga kesehatan (Pn)
 - d. Cakupan pelayanan nifas oleh tenaga kesehatan (Kf 3)
 - e. Cakupan pelayanan neonatus pertama kali (KN 1)
 - f. Cakupan pelayanan neonatus lengkap (KN Lengkap)
 - g. Deteksi faktor risiko dan komplikasi maternal oleh masyarakat
 - h. Cakupan penanganan komplikasi maternal (PK)
 - i. Cakupan penanganan komplikasi neonatus (NK)
 - j. Cakupan pelayanan kesehatan bayi (K Bayi)
 - k. Cakupan pelayanan kesehatan anak balita (K Balita)
 - l. Cakupan pelayanan kesehatan anak balita sakit yang dilayani dengan MTBS
 - m. Cakupan peserta KB aktif (*contraceptive prevalence rate*, CPR) dan neonatus oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat.

Tindakan bidan dalam rangka peningkatan kesehatan di tingkat komunitas

- Menilai kebutuhan masyarakat, merencanakan dan sediakan komunitas tertentu terhadap suatu program. Misalnya: kelompok untuk orangtua tunggal, kelompok dukungan menyusui yang memberikan bantuan praktis dan moral untuk perempuan menyusui, dll
- Mengakses kelompok yang sulit dijangkau atau yang tidak mengakses layanan yang disediakan
- Mengembangkan sumber daya untuk mendukung perbaikan
- Menyediakan program kesehatan tingkat masyarakat sesuai *evidence based* misalnya P4K, desa siaga, dll

BAB II

LINGKUP PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS

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

2.1 Sasaran Bidan di Komunitas

Komuniti adalah sasaran kebidanan komunitas. Di dalam komuiti terdapat kumpulan individu yang membentuk keluarga atau kelompok masyarakat. Sasaran utama kebidanan komunitas adalah ibu dan anak dalam keluarga.

Menurut UU No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan, yang dimaksud dengan keluarga adalah suami, istri, dan anggota keluarga lainnya. Pelayanan kebidanan komunitas diarahkan untuk mewujudkan keluarga yang sehat dan sejahtera. Pelayanan kebidanan komunitas merupakan bagian upaya kesehatan keluarga di masyarakat yang ditujukan kepada

keluarga. Penyelenggaraan kesehatan keluarga bertujuan untuk mewujudkan keluarga sehat, bahagia dan sejahtera.

Atas dasar hal tersebut, maka sasaran kebidanan komunitas, adalah:

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

2.2 Tugas dan Tanggung Jawab Bidan di Komunitas

1. Tugas Utama Bidan

Tugas utama bidan di komunitas mengacu pada kompetensi inti bidan yang ditetapkan oleh IBI. Kompetensi Bidan Indonesia (IBI / 2000). Area pengetahuan umum, keterampilan dan perilaku yg berhubungan dengan ilmu-ilmu sosial, ilmu-ilmu kesehatan dan kesehatan masyarakat (Runjati, 2020).

- a. **Area persyaratan pengetahuan dan ketrampilan dalam memberikan asuhan sesuai dengan budaya setempat (Pernyataan kompetensi 1):** Bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan keterampilan dari ilmu - ilmu sosial, ilmu- ilmu kesehatan dan kesehatan masyarakat dan etik yang membentuk dasar asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya untuk wanita, bayi baru lahir dan keluarganya.
- b. **Area Pra Konsepsi, Keluarga Berencana dan Ginekologi (pernyataan kompetensi 2) :** Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan

kesehatan yang tanggap terhadap budaya dan pelayanan menyeluruh dimasyarakat dalam rangka meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan dan kesiapan menjadi orang tua.

- c. **Area Asuhan dan Konseling selama Kehamilan (pernyataan kompetensi 3):** Bidan melakukan asuhan antenatal bermutu tinggi utk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi : deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu
- d. **Area Asuhan selama Persalinan (pernyataan kompetensi 4) :** Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawat daruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya
- e. **Area Asuhan pada ibu Nifas dan Menyusui (pernyataan kompetensi 5) :** Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi pada ibu nifas dan menyusui serta tanggap terhadap kebudayaan setempat
- f. **Area Asuhan pada Bayi baru lahir (pernyataan kompetensi 6):** Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada bayi baru lahir sampai satu bulan
- g. **Area Asuhan pada Bayi dan Anak Balita (pernyataan kompetensi 7) :** Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada bayi dan balita sehat 1bulan sampai 5 tahun
- h. **Area Kebidanan Komunitas (pernyataan kompetensi 8) :** Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat
- i. **Area Asuhan pada ibu / wanita dengan Gangguan Sistem Reproduksi (pernyataan kompetensi 9) :** Bidan melaksanakan asuhan kebidanan pada

wanita/ibu dengan gangguan sistem reproduksi

2.3 Tanggung Jawab Bidan di Komunitas

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

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

- h. Bertanggung jawab untuk melakukan promosi, pencegahan dan pengendalian penyakit pada ibu dan anak.

2.4 Bidan Praktik Mandiri

Bidan Praktek Mandiri (BPM) merupakan bentuk pelayanan kesehatan di bidang kesehatan dasar. Praktek bidan adalah serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh nidan kepada pasien (individu, keluarga, dan masyarakat) sesuai dengan kewenangan dan kemampuannya (Sayati, 2019). Bidan yang yang menjalankan praktek harus memiliki Surat Izin Praktek Bidan (SIPB) sehingga dapat menjalankan praktek pada saran kesehatan atau program (Imamah, 2012).

Bidan Praktek Mandiri memiliki berbagai persyaratan khusus untuk menjalankan prakteknya, seperti tempat atau ruangan praktek, peralatan, obat-obatan. Namun pada kenyataannya BPM sekarang kurang memperhatikan dan memenuhi kelengkapan praktek serta kebutuhan kliennya. Di samping peralatan yang kurang lengkaptindakan dalam memberikan pelayanan kurang ramah dan bersahabat dengan klien. Sehingga masyarakat berasumsi bahwa pelayanan kesehatan bidan praktek mandiri tersebut kurang memuaskan. (Rhiea,2011). Menurut Permenkes nomor 28 tahun 2017 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan, Bidan memiliki kewenangan untuk meberikan pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak, pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

Persyaratan Pendirian Bidan Praktik Mandiri :

- a. Menjadi anggota IBI
- b. Permohonan Surat Ijin Praktek Bidan selaku Swasta Perorangan

- c. Surat Keterangan Kepala Puskesmas Wilayah setempatPraktek
- d. Surat Persyaratan tidak sedang dalam sanksi profesi/hukum
- e. Surat Keterangan Ketua Ranting IBI Wilayah
- f. Persiapan peralatan medis usaha praktek bidan secara perorangan dengan pelayanan pemeriksaan pertolongan persalinan dan perawatan
- g. Membuat Surat Perjanjian sanggup mematuhi perjanjian yang tertulis
- h. Bidan dalam menjalankan praktek harus :
 - 1) Memiliki tempat dan ruangan praktik yang memenuhi persyaratan kesehatan
 - 2) Menyediakan tempat tidur untuk persalinan minimal 1 dan maksimal 5 tempat tidur
 - 3) Memiliki peralatan minimal sesuai dengan ketentuan dan melaksanakan prosedur tetap (protap) yang berlaku.
 - 4) Menyediakan obat-obatan sesuai dengan ketentuan peralatan yang berlaku.
- i. Bidan yang menjalankan praktik harus mencantumkan izin praktik bidannya atau foto copy praktiknya di ruang praktik, atau tempat yang mudah dilihat.
- j. Bidan dalam prakteknya memperkerjakan tenaga bidan yang lain, yang memiliki SIPB untuk membantu tugas pelayanannya
- k. Bidan yang menjalankan praktek harus mempunyai peralatan minimal sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan peralatan harus tersedia ditempat prakteknya.
- l. Peralatan yang wajib dimiliki dalam menjalankan praktik bidan sesuai dengan jenis pelayanan yang diberikan .
- m. Dalam menjalankan tugas bidan harus serta mempertahankan dan meningkatkan keterampilan profesinya antara lain dengan :
 - 1) Mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan atau saling tukar informasi dengan sesama bidan.

- 2) Mengikuti kegiatan-kegiatan akademis dan pelatihan sesuai dengan bidang tugasnya, baik yang diselenggarakan pemerintah maupun oleh organisasi profesi.
- 3) Memelihara dan merawat peralatan yang digunakan untuk praktik agar tetap siap dan berfungsi dengan baik.

BAB III

MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI PEREMPUAN DAN PELAYANAN KEBIDANAN PADA KOMUNITAS

3.1 Kematian ibu dan bayi

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

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

- a. Terlambat mengenal tanda bahaya
- b. Terlambat mencapai fasilitas
- c. Terlambat mendapat pertolongan yang adekuat di fasilitas kesehatan
- d. Seorang ibu yang terlalu tua untuk hamil pertama kali sekitar usia 35 tahun dapat mengakibatkan kematian ibu dan anaknya.
- e. Terlalu muda punya anak yaitu di bawah 20 tahun secara fisik kondisi rahim dan panggul belum berkembang secara optimal.
- f. Jarak yang terlalu dekat antara kehamilan pertama dengan kehamilan berikutnya kurang dari 2 tahun, yang dapat menyebabkan terhambatnya proses persalinan, misalnya gangguan kekuatan kontraksi, penyimpangan posisi dan

- posisi janin.
- g. Terlalu banyak bayi, misalnya ibu yang hamil dan melahirkan lebih dari 2 kali, yang dapat mengganggu proses persalinan, misalnya kontraksi melemah, kelainan letak dan posisi janin, perdarahan nifas.
 - h. Faktor risiko tinggi adalah faktor yang menjadi penyebab langsung kematian ibu hamil dan ibu hamil serta bayi. Kriteria faktor risiko meliputi perdarahan saat hamil, demam tinggi atau infeksi, eklamsia, dan kelainan posisi bayi dalam kandungan.
 - i. Beberapa faktor risiko kematian di atas adalah kurangnya keterlibatan masyarakat;
 - 1) Tingkat pendidikan ibu rendah
 - 2) Rendahnya kemampuan ekonomi keluarga
 - 3) Status sosial budaya yang tidak mendukung
 - 4) Beberapa perilaku yang tidak mendukung dapat menimbulkan risiko"

3.2 Kehamilan remaja

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

Menurut Kepala Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat, Bapak Oscar Primadi (2017), bahwa "Kehamilan remaja berdampak negatif pada kesehatan remaja dan bayinya, juga dapat berdampak sosial dan ekonomi. Kehamilan pada usia

muda atau remaja antara lain berisiko kelahiran prematur, berat badan bayi lahir rendah (BBLR), perdarahan persalinan, yang dapat meningkatkan kematian ibu dan bayi. Kehamilan pada remaja juga terkait dengan kehamilan tidak dikehendaki dan aborsi tidak aman.

Faktor penyebabnya adalah ketidaktahuan tentang perilaku seksual yang menyebabkan kehamilan, kehamilan akibat kasus perkosaan dan masalah keuangan. Pencegahannya antara lain tidak melakukan hubungan seks sebelum menikah, menggunakan waktu luang dalam kegiatan yang positif dan menghindari kegiatan yang membangkitkan hasrat seksual. Jika kehamilan berlanjut, konsekuensi kehamilan yang tidak diinginkan meliputi risiko fisik, psikologis, sosial, dan finansial. Jika ini tidak diikuti, banyak remaja akan melakukan aborsi ilegal”.

Penanganan khusus yang dapat dilakukan bidan adalah;

1. Bersikap ramah dengan remaja
2. Penyuluhan remaja dan keluarganya
3. Mengusulkan solusi terbaik dengan menawarkan solusi alternatif untuk masalah

3.3 *Unsafe abortion*

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

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

1. *Aborsi articialis therapicus* adalah pengguguran yang dilakukan oleh dokter atas dasar indikasi medis yang dilakukan sebagai penyelamatan terhadap jiwa ibu yang terancam bila kelangsungan kehamilan dipertahankan.
2. *Aborsi provocatus criminalis* adalah pengguguran yang dilakukan tanpa dasar indikasi medis misalnya, aborsi yang dilakukan untuk meniadakan hasil hubungan seks diluar perkawinan atau untuk mengakhiri perkawinan yang tidak dikehendaki”.

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

3.4 BBLR

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

- a. Berat bayi lahir rendah (BBLR) berat lahir 1500-2500 gram.

- b. Bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR), berat lahir <1500 gram.
- c. Bayi berat lahir ekstrem rendah (BBLER), berat lahir <1000 gram.

Penanganan yang dapat bidan lakukan adalah:

- a. Mempertahankan suhu dengan ketat
- b. Mencegah infeksi dengan ketat
- c. Pengawasan nutrisi/ASI
- d. Penimbangan ketat

3.5 Tingkat kesuburan

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

Usia

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

Pekerjaan

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

Tingkat stress

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

Upaya yang dapat dilakukan oleh bidan untuk mengatasi permasalahan tingkat kesuburan di masyarakat adalah : Melakukan analisis situasi tentang kependudukan dan program KB :

- 1) Penyediaan Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan

Reproduksi (KB-KR)

- 2) Membangun kemitraan dengan Petugas Keluarga Berencana (PKB) dan kader.
- 3) Memberikan pengetahuan dan pendidikan dengan tujuan membentuk keluarga yang PEDULI (Perhatian, Dukungan, dan Lingkungan)

Indeks massa tubuh

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

Kelainan organ reproduksi

Penyebab infertilitas wanita biasanya karena gangguan pada organ reproduksi, yang meliputi gangguan ovulasi (PCOS, gangguan menstruasi, kegagalan primer), gangguan rahim (infeksi atau endometriosis), dan gangguan rahim (mioma submukosa, polip endometrium, leiomioma). , dan penyakit Asherman). sindroma). Gangguan yang paling sering terjadi pada wanita infertil adalah gangguan ovulasi, ketika ovulasi

tidak terjadi maka tidak ada sel telur yang dapat dibuahi. Salah satu gejalanya adalah haid tidak teratur atau tidak haid ” dalam jurnal Alini & Indrawati (2018).

3.6 KDRT

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

Penyebab KDRT yaitu sebagai berikut;

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

Peran bidan dalam KDRT

1. Merekomendasikan shelter sebagai pusat krisis dan pusatkrisis tunggal.
2. Memberikan bantuan psikologis dan perawatan fisik kepada korban.
3. Mendukung bantuan hukum dalam persidangan.
4. Melatih kader LSM untuk membantu korban.
5. Menyelenggarakan pelatihan perlindungan korban kekerasan dalam rumah tangga untuk membantu korban.

3.6 IMS/PMS

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

Gonorrhea

Penyebab : infeksi kuman *Neisseriagonorrhoeae*

Tanda-Gejala:

- a. Pada pria; secret uretra purulen, disuria, epididimis, dan prostatitis.
- b. Pada wanita; asimtomatik pada tahap awal, kemudian radang serviks dan keluarnya cairan purulen, gartinitis.

Penyebab:

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

Tanda-Gejala :

- a. Tahap primer : terbentuknya ulkus pada vulva atau penis yang sangat nyeri, ulkus primer baik tunggal maupun kelompok, dapat juga terjadi pada bibir, lidah, tangan, dubur atau putting susu.

- b. Tahap sekunder : 2-4 minggu dari munculnya bisul menjadi 2-4 tahun. Penderita biasanya merasa lemas, merah dan memiliki kutil di dubur dan alat kelamin. Pada fase laten : tidak ada gejala klinis selama 5-20 tahun.
- c. Tahap lanjut yaitu tidak diobati secara definitif, tumor/massa/gusi di bagian tubuh, kerusakan katup jantung dan pembuluh darah, meningitis, kelumpuhan, kurangnya koordinasi, paresis, insomnia, kebingungan, pengenceran, gangguan berpikir dan bicara terlihat.

Herpes genitalis

Penyebab :

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

Tanda-Gejala:

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

AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome)

Penyebab:

Human Immunodeficiency Virus, HIV/AIDS ditularkan melalui dua cara, yaitu melalui cairan kelamin dan darah, sehingga faktor risiko HIV/AIDS terkait dengan kedua faktor tersebut, antara lain: Sering berganti pasangan. Seks berisiko,

baik gay maupun heteroseksual. Penggunaan jarum medis secara bersama-sama.

Tanda-Gejala:

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

3.7 Menopause

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

Sebelum menopause, wanita mengalami masa transisi/perimenopause, yaitu antara masa normal dan menopause/menopause. Lamanya masa transisi ini berbeda-beda pada setiap wanita. Selama ini wanita mengeluhkan beberapa masalah kesehatan, seperti; periode tidak teratur, hot flashes, kelelahan, depresi, sakit kepala, lekas marah dan

insomnia. Gejala ini sering disebut dengan sindrom menopause, namun tidak semua wanita mengalami gejalatersebut.

Faktor-faktor yang mempengaruhi menopause;

Kondisi yang mempercepat

- 1) Genetik, perempuan di asia dan eropa berbeda saatdatangnya menopause
- 2) Nullipara (tidak pernah hamil)
- 3) Perempuan dengan Diabetes Mellitus (kencing manis)
- 4) Perokok berat
- 5) Kurang gizi/sosial ekonomi rendah
- 6) Perempuan vegetarian
- 7) Perempuan yang hidup pada ketinggian lebih 4000meter

Kondisi yang memperlambat

- 1) Perempuan yang sering melahirkan/hamil
- 2) Konsumsi daging
- 3) Mengonsumsi alkohol dalam jumlah tertentu”.

3.8 Kehamilan/persalinan dirumah

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

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

3.9 Pertolongan persalinan oleh tenaga non kesehatan

"Faktor-faktor yang mempengaruhi apakah ibumelahirkan dengan bukan tenaga kesehatan atau dukun: faktor ekonomi, jumlah bidan di desa yang terbatas, dan alasan jarak ke tempat pelayanan. Sampai saat ini, bantuan nonkesehatan lebih banyak di pedesaan daripada di kota. Konseling pranatal hanya digunakan untuk pelayanan KIA (perawatan janin, vaksinasi, dll) dan obat-obatan.

Fakta membuktikan bahwa masih banyak ibu yang menggunakan dukun bayi untuk pelayanan kehamilan dan persalinan, dan tingginya resiko komplikasi persalinan ditangani oleh dukun bayi yang tidak terlatih. Pemerintah telah melakukan berbagai upaya untuk mengatasi hal tersebut yaitu membangun kemitraan dengan pengobat tradisional, kader dan masyarakat terutama dalam upaya peningkatan rujukan dengan cara melatih pengobat tradisional dan kader untuk meningkatkan pengetahuan amalan dan wujud murni. mampu mengidentifikasi risiko serius dan membantu petugas kesehatan perdukunan dalam persalinan.

Masih kurangnya kapasitas penolong persalinan nonprofesional/tradisional, terutama terkait dengan tanda bahaya, risiko kehamilan dan persalinan serta rujukan. Pembagian tugas antara bidan, dukun dan keluarga dalam

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

3.7 Perilaku dan sosial budaya yang berpengaruh pada pelayanan kebidanan komunitas

“Indonesia merupakan Negara yang kaya akan budaya dimana beragam suku dan berbagai budaya ada, itulah sebabnya semboyan Negara kita adalah “Bhinneka Tunggal Ika”. Berbedanya kebudayaan ini menyebabkan banyaknya mitos mengenai masa kehamilan, persalinan dan nifas. Mitos-mitos yang lahir di masyarakat ini kebenarannya kadang tidak masuk akal dan bahkan dapat berbahaya bagi ibu dan bayi. Hal ini dikarenakan kurangnya pengetahuan masyarakat tentang kehamilan, masa persalinan dan nifas. Perawatan kehamilan merupakan salah satu faktor yang sangat penting untuk mencegah terjadinya komplikasi dan kematian ketika persalinan serta untuk menjaga pertumbuhan dan kesehatan janin.

Memahami perilaku perawatan kehamilan (Antenatal Care) adalah penting untuk mengetahui dampak kesehatan bayi dan si ibu sendiri. Faktanya, masih banyak ibu-ibu yang menganggap kehamilan sebagai hal yang biasa, almhiah, dan kodrati. Masih banyak ibu-ibu yang kurang menyadari pentingnya pemeriksaan kehamilan menyebabkan tidak terdeteksinya faktor-faktor resiko tinggi yang mungkin dialami oleh mereka. Resiko ini baru diketahui saat persalinan karena kasusnya sudah terlambat sehingga mengakibatkan kematian.

Hal ini disebabkan oleh rendahnya tingkat pendidikan dan kurangnya informasi, kurangnya pengetahuan dan pentingnya perawatan kehamilan, serta permasalahan-permasalahan pada kehamilan. Permasalahan lain yang cukup besar pengaruhnya pada kehamilan adalah masalah gizi. Hal ini disebabkan karena adanya kepercayaan-kepercayaan dan pantangan-pantangan terhadap beberapa makanan sementara kegiatan mereka sehari-hari tidak berkurang, sehingga akan berdampak negatif terhadap kesehatan ibu dan janin. Jadi, tidak heran kalau anemia dan kurang gizi pada wanita hamil cukup tinggi terutama di daerah pedesaan” (Stikes PKU Muhammadiyah Surakarta, 2018).

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

Health Believe

Tradisi-tradisi yang diberlakukan secara turun-temurun Pada ibu hamil Contoh :

- a. Tidak boleh duduk di depan pintu, dikhawatirkan akan susah melahirkan.
- b. Siraman 7 bulan.

- c. Pantangan keluar rumah disaat waktu maghrib dikhawatirkan akan diganggu oleh makhluk halus atau roh jahat.
- d. Larangan suami menggunakan surban, khawatir terjadi lilitan tali pusat.
- e. Pantangan memakan cumi-cumi dan udang bagi ibu hamil dikhawatirkan bayinya berkulit hitam dan saat persalinan janin maju mundur.
- f. Makan durian, tape dan nanas bisa membahayakan persalinan.
- g. Minum minyak kelapa untuk memudahkan persalinan.
- h. Minum madu dan telur dapat meningkatkan energi untuk persalinan.
- i. Minum air yang direndam dalam akar rumput fatimah bisa mer persalinan.
- j. Makan daun kemangi membuat ari-ari lengket sehingga sulit melahirkan.

Nifas dan Bayi Baru Lahir

Contoh :

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

Health Seeking Behavior

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

Peran bidan di masyarakat terhadap perilaku tersebut di atas adalah;

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

BAB IV

PEMBANGUNAN KESEHATAN DAN PENYELENGGARAAN KEBIDANAN DI KOMUNITAN

4.1 Visi dan Misi Pembangunan Kesehatan Indonesia

Visi : Gambaran masyarakat di Indonesia dimasa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan adalah masyarakat, bangsa dan negara yang ditandai oleh penduduknya hidup dalam lingkungan dan dengan prilaku hidup sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat yang setinggi-tingginya diseluruh Republik Indonesia.

Gambaran masyarakat di Indonesia dimasa depan atau visi yang akan dicapai melalui pembangunan kesehatan tersebut dirumuskan sebagai Indonesia sehat 2015. Dengan adanya rumusan visi tersebut, maka lingkungan yang diharapkan pada masa depan adalah lingkungan yang kondusif bagi terwujudnya keadaan sehat yaitu lingkungan yang bebas dari polusi, tersedianya air bersih, sanitasi lingkungan yang memadai, perumahan dan permukiman yang sehat, perencanaan kawasan yang berwawasan kesehatan, serta terwujudnya kehidupan masyarakat yang saling tolong menolong dengan memelihara nilai-nilai budaya bangsa.

Perilaku masyarakat Indonesia sehat 2015 adalah perilaku proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah terjadinya resiko penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit serta berpartisipasi aktif dalam

gerakan kesehatan masyarakat. Selanjutnya masyarakat mempunyai kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu. Pelayanan yang tersedia adalah pelayanan yang berhasil guna dan berdaya guna tersebar secara merata di Indonesia. Sedangkan dalam rencana strategis Kemenkes 2015-2019 tidak ada visi misi khusus, namun hanya mengikuti visi misi Presiden RI, yaitu “terwujudnya Indonesia yang berdaulat, mandiri, dan berkepribadian berlandaskan gotong royong”. Juga ada 9 agenda prioritas, yang dikenal dengan Nawacita yang ingin diwujudkan pada kabinet kerja.

Misi : Untuk dapat mewujudkan visi Indonesia sehat 2015.

Ditetapkan 5 misi pembangunan kesehatan, sebagai berikut :

1. Menggerakkan pembangunan nasional berwawasan kesehatan. Keberhasilan pembangunan kesehatan tidak semata mata ditentukan oleh hasil kerja keras sektor kesehatan, tetapi sangat dipengaruhi oleh hasil kerja keras serta kontribusi positif sebagai sektorpembangunan lainnya. Untuk optimalisasi hasil kontribusi positif tersebut, harus dapat diupayakan masuknya wawasan kesehatan sebagai asas pokok program pembangunan. Dengan kata lain untuk dapat terwujudnya indonesia sehat 2015, para penanggung jawab program pembangunan harus memasukkan pertimbangan kesehatan dalam semua kebijakan pembangunan.
2. Mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat. Kesehatan adalah tanggung jawab bersama dari setiap individu, masyarakat, pemerintah dan swasta. Apapun peran yang dimainkan pemerintah, tanpa kesadaran individu dan masyarakat untuk secara mandiri menjaga kesehatan mereka, hanya sedikit yang dapat dicapai. Prilaku yang sehat dan kemampuan masyarakat untuk memilih dan mendapat layanan kesehatan yang bermutu sangat menentukan keberhasilan pembangunan kesehatan.

3. Memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau.

Mengandung makna bahwa salah satu tanggung jawab sektor kesehatan adalah menjamin tersedianya pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau oleh masyarakat. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan tidak semata-mata berada ditangan pemerintah, melainkan mengikut sertakan sebesar-besarnya peran aktif segenap anggota masyarakat dan sebagai potensi swasta.

4. Memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat serta lingkungannya. Mengandung makna bahwa tugas utama sektor kesehatan adalah memelihara dan meningkatkan kesehatan segenap warga negaranya, yakni setiap individu, keluarga dan masyarakat Indonesia, tanpa meninggalkan upaya menyembuhkan penyakit atau memulihkan kesehatan penderita. Untuk terselenggaranya tugas ini penyelenggaraan upaya kesehatan yang harus diutamakan adalah yang bersifat promotif dan prefentif yang didukung oleh upaya kuratif dan rehabilitatif. Agar dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat diperlukan lingkungan yang sehat.
5. Meningkatkan dan memanfaatkan sumber daya kesehatan, yang meliputi SDM kesehatan, pembiayaan kesehatan, sediaan farmasi dan alat kesehatan

4.2.1 Masalah Kesehatan Ibu dan Anak

Masalah Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia. Hal ini dikarenakan masih tingginya angka kematian ibu dan angka kematian bayi yang ada di Indonesia. Berdasarkan kesepakatan global (*Sustainable Develoment Goals/SDG's* 2015) untuk tahun 2030, diharapkan

angka kematian ibu menurun dari 102 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 70 per 100.000 kelahiran hidup dan angka kematian bayi menurun dari 34 pada tahun 2007 menjadi 12 per 1000 kelahiran hidup.

Kesehatan Ibu dan Anak

Angka Kematian Ibu sudah mengalami penurunan, namun masih jauh dari target MDGs tahun 2015 (target SDGs tahun 2030 menjadi 70 per 100.000 kelahiran hidup), meskipun jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan mengalami peningkatan. Kondisi ini disebabkan oleh antara lain kualitas pelayanan kesehatan ibu yang belum memadai, kondisi ibu hamil yang tidak sehat dan faktor determinan lainnya. Penyebab utama kematian ibu yaitu hipertensi dalam kehamilan dan perdarahan post partum.

Kematian Bayi dan Balita

Dalam 5 tahun terakhir, Angka Kematian Neonatal (AKN) tetap sama yakni 19/1000 kelahiran, sementara untuk Angka Kematian Pasca Neonatal (AKPN) terjadi penurunan dari 15/1000 menjadi 13/1000 kelahiran hidup, angka kematian anak balita juga turun dari 44/1000 menjadi 40/1000 kelahiran hidup.

Usia Sekolah dan Remaja

Penyebab kematian terbesar pada usia ini adalah kecelakaan transportasi, disamping penyakit demam berdarah dan tuberkulosis. Masalah kesehatan lain adalah penggunaan tembakau dan pernikahan pada usia dini (10-15 tahun) dimana pada laki-laki sebesar 0,1% dan pada perempuan sebesar 0,2%.

Berikut ini adalah daftar beberapa masalah kesehatan anak Indonesia:

1. Gizi Buruk : Pemahaman orang tua akan pentingnya pemenuhan gizi bagi anak masih belum maksimal terutama pada orang tua di daerah. Minimnya pendidikan serta tingginya kepercayaan masyarakat terhadap mitos

membuat masalah gizi buruk ini menjadi agak susah untuk ditangani. Dan salah satunya, faktor kemiskinan memegang peranan penting pada masalah kesehatan anak Indonesia ini.

2. ASI : Apapun alasannya, ASI tetap yang terbaik bagi bayi dan anak. Namun sayangnya, tidak banyak orang tua yang sadar dan mengetahui bahwa ASI bisa membantu anak untuk memiliki sistem kekebalan tubuh yang prima sehingga banyak orang tua yang cenderung memilih untuk memberikan susu formula bila dibanding dengan memberikan ASI bagi anak mereka. Tenaga kesehatan memegang peranan penting untuk bisa mensosialisasikan tentang pentingnya ASI bagi anak Indonesia.
3. Imunisasi : Walaupun masih terjadi pro dan kontra di masyarakat tentang arti pentingnya imunisasi, namun imunisasi merupakan salah satu upaya orang tua untuk mengantisipasi anak mereka supaya tidak terpapar beberapa jenis penyakit.
4. Kekurangan Zat Besi : Bisa dibilang hampir sebagian besar anak Indonesia kekurangan zat besi karena sebenarnya sejak usia 4 bulan bayi harus diberi tambahan zat besi. Namun tidak semua orang tua menyadari dan mengetahui masalah ini. Kekurangan zat besi atau yang terkadang disebut dengan defisiensi zat besi akan berdampak bagi pertumbuhan anak di kemudian hari. Oleh karena itu, ini merupakan hal penting yang harus menjadi perhatian orang tua.
5. Kekurangan Vitamin A : Mata adalah salah satu indera yang berperan penting bagi masa depan anak. Kekurangan vitamin A bisa menyebabkan berbagai masalah penyakit mata yang tentu saja bila tidak ditangani dengan baik bisa menyebabkan kebutaan. Oleh karena itu, sebaiknya sejak hamil ibu sudah harus mulai memperhatikan asupan vitamin A sesuai dengan kebutuhan
6. Kekurangan Yodium : Ini merupakan masalah klasik bagi kesehatan anak Indonesia. Banyak ditemukan anak

Indonesia yang kekurangan yodium sehingga menderita penyakit pembengkakan kelenjar gondok. Seorang ibu yang pada saat hamil menderita penyakit pembengkakan kelenjar gondok secara otomatis akan melahirkan bayi yang kekurangan yodium.

4.2.2 Masalah Kesehatan Ibu dan Anak Diluar Negeri

Mulai tahun 2010 PBB telah meluncurkan Strategi Global untuk Kesehatan Perempuan dan Anak-anak yang bertujuan untuk memperbanyak bidan terlatih, akses terhadap kontrasepsi dan perawatan melahirkan terampil, pencegahan penyakit menular dan pendidikan masyarakat yang lebih kuat.

Faktor perbaikan gizi masyarakat terutama pada ibu hamil sepertinya luput dari perhatian. Padahal, terpenuhinya kebutuhan nutrisi ibu hamil merupakan faktor paling penting agar ibu dan bayi selamat dalam persalinan. Ibu hamil dari kalangan keluarga miskin beresiko lebih besar gagal dalam persalinan karena cakupan nutrisi yang minim dan sempitnya akses terhadap fasilitas-fasilitas kesehatan (Indonesia)

- Secara global pun, langkah-langkah yang ditempuh PBB dan lembaga-lembaga internasional belum berhasil menekan tingginya AKI dan AKB. Setiap dua menit disuatu tempat di dunia, seorang perempuan meninggal akibat komplikasi kehamilan dan kemungkinan bayinya yang baru lahir untuk bertahan hidup sangat kecil. Pada setiap wanita yang meninggal, 20-30% menderita masalah yang signifikan dan kadang-kadang seumur hidup karena kehamilan mereka.
- Untuk mencapai target SDGs terkait dengan mengurangi tiga per empat angka kematian ibu dan anak hingga tahun 2030, WHO merancang sejumlah langkah konkret diantaranya adalah memperluas cakupan imunisasi, memenuhi kebutuhan gizi anak-anak dunia untuk mengurangi angka malnutrisi, memperbanyak tenaga kesehatan terampil, memperbaiki sarana dan prasarana

sanitasi lingkungan. INDIKATOR PEMANTAUAN PROGRAM KIA

Indikator pemantauan program KIA yang dipakai untuk PWS KIA meliputi indikator yang dapat menggambarkan keadaan kegiatan pokok dalam program KIA.

Maternal Mortality Rate/AKI

Merupakan jumlah angka kematian ibu sebagai akibat komplikasi kehamilan, persalinan sampai 42 hari setelah berakhirnya kehamilan yang dicatat selama satu tahun per 100.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama

Rumus yang digunakan:

$$\frac{\text{Jumlah kematian ibu hamil, persalinan dan masa nifas yang dicatat selama 1 tahun}}{\text{Jumlah kelahiran hidup pada tahun yang sama}} \times 100$$

Rate ini tidak tergantung dari lamanya kehamilan dan tidak termasuk kematian akibat kecelakaan atau penyakit lain yang tidak ada hubungannya dengan proses kehamilan dan persalinan.

Infant Mortality Rate/AKB

Merupakan jumlah kematian penduduk berumur 0-1 tahun yang dicatat selama 1 tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama

Rumus:

$$\frac{\text{Jml kematian umur 0-1 th yang dicatat selama 1 tahun}}{\text{Jml kelahiran hidup pada tahun yg sama}} \times 100$$

Akses pelayanan antenatal (cakupan K1)

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

Rumus yang dipakai untuk perhitungannya adalah :

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

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

1,10 x angka kelahiran kasar (CBR) X jumlah penduduk

Angka kelahiran kasar (CBR) yang digunakan adalah angka terakhir CBR kabupaten/kota yang diperoleh dari kantor perwakilan Badan Pusat Statistik (BPS) di kabupaten/kota. Bila angka CBR kabupaten/kota tidak ada maka dapat digunakan angka terakhir CBR propinsi. CBR propinsi dapat diperoleh juga dari buku Data Penduduk Sasaran Program Pembangunan Kesehatan

Angka Kelahiran Kasar adalah jumlah semua kelahiran hidup yang dicatat selama 1 tahun per 1000 penduduk pertengahan tahun yang sama

$$\text{CBR} = \frac{\text{Jmlh kelahiran hidup selama 1 thn}}{\text{penduduk pertengahan tahun yg sama}} \times 100$$

Contoh : untuk menghitung perkiraan jumlah ibu hamil di desa/kelurahan X di kabupaten Y yang mempunyai penduduk sebanyak 2.000 jiwa dan angka CBR terakhir kabupaten Y 27,0/1.000 penduduk, maka :

Jumlah ibu hamil = $1,10 \times 0,027 \times 2.000 = 59,4$.

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

4.2.3 Cakupan pelayanan ibu hamil (cakupan K4)

Adalah cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar, paling sedikit empat kali dengan distribusi waktu 1 kali pada trimester ke-1, 1 kali pada trimester ke-2 dan 2 kali pada trimester ke-3 disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

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

Rumus yang dipergunakan adalah :

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

Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan (Pn)

Adalah cakupan ibu bersalin yang mendapat pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan, di suatu wilayah kerja dalam kurun waktu tertentu.

Dengan indikator ini dapat diperkirakan proporsi persalinan yang ditangani oleh tenaga kesehatan dan ini menggambarkan kemampuan manajemen program KIA dalam pertolongan persalinan sesuai standar.

Rumus yang digunakan sebagai berikut :

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

Jumlah sasaran ibu bersalin dalam 1 tahun dihitung dengan menggunakan rumus :

1,05 x angka kelahiran kasar (CBR) x jumlah penduduk

Contoh : untuk menghitung perkiraan jumlah ibu bersalin di desa/kelurahan X di kabupaten Y yang mempunyai penduduk sebanyak 2.000 penduduk dan angka CBR terakhir kabupaten Y 27,0/1.000 penduduk maka :

Jumlah ibu bersalin = 1,05 x 0,027 x 2.000 = 56,7.

Jadi sasaran ibu bersalin di desa/kelurahan X adalah 56 orang.

Cakupan pelayanan nifas oleh tenaga kesehatan (KF3)

Adalah cakupan pelayanan kepada ibu pada masa 6 jam sampai dengan 42 hari pasca bersalin sesuai standar paling sedikit 3 kali dengan distribusi waktu 6 jam–3 hari, 8–14 hari dan 36–42 hari setelah bersalin di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Dengan indikator ini dapat diketahui cakupan pelayanan nifas secara lengkap (memenuhi standar pelayanan dan menepati waktu yang ditetapkan), yang menggambarkan jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan ibu nifas, disamping menggambarkan kemampuan manajemen ataupun kelangsungan program KIA.

Rumus yang digunakan adalah sebagai berikut :

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

Jumlah sasaran ibu nifas sama dengan jumlah sasaran ibu bersalin.

Cakupan pelayanan neonatus pertama (KN 1)

Adalah cakupan neonatus yang mendapatkan pelayanan sesuai standar pada 6-48 jam setelah lahir di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Dengan indikator ini dapat diketahui akses/jangkauan pelayanan kesehatan neonatal.

Rumus yang dipergunakan adalah sebagai berikut :

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

Jumlah sasaran bayi bisa didapatkan dari perhitungan berdasarkan jumlah perkiraan (angka proyeksi) bayi dalam satu wilayah tertentu dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

Jumlah sasaran bayi = Crude Birth Rate x jumlah penduduk

Contoh : untuk menghitung jumlah perkiraan bayi di suatu desa Z di Kota Y Propinsi X yang mempunyai penduduk sebanyak 1.500 jiwa dan angka CBR terakhir Kota Y 24,8/1.000 penduduk, maka :

$$\text{Jumlah bayi} = 0,0248 \times 1500 = 37,2.$$

Jadi sasaran bayi di desa Z adalah 37 bayi.

Cakupan pelayanan neonatus Lengkap (KN Lengkap).

Adalah cakupan neonatus yang mendapatkan pelayanan sesuai standar sedikitnya tiga kali yaitu 1 kali pada 6–48 jam, 1 kali pada hari ke 3–hari ke 7 dan 1 kali pada hari ke 8–hari ke 28 setelah lahir disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Dengan indikator ini dapat diketahui efektifitas dan kualitas pelayanan kesehatan neonatal.

Rumus yang dipergunakan adalah sebagai berikut :

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

Deteksi faktor risiko dan komplikasi oleh Masyarakat

Adalah cakupan ibu hamil dengan faktor risiko atau komplikasi yang ditemukan oleh kader atau dukun bayi atau masyarakat, serta dirujuk ke tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Masyarakat disini, bisa keluarga ataupun ibu hamil, bersalin, nifas itu sendiri.

Indikator ini menggambarkan peran serta dan keterlibatan masyarakat dalam mendukung upaya peningkatan kesehatan ibu hamil, bersalin dan nifas.

Rumus yang dipergunakan :

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

Cakupan Penanganan komplikasi Obstetri (PK) 4.2.4

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

Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara professional kepada ibu hamil bersalin dan nifas dengan komplikasi.

Rumus yang dipergunakan :

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

Neonatus dengan komplikasi yang ditangani

Adalah cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani secara definitif oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Penanganan definitif adalah pemberian tindakan akhir pada setiap kasus komplikasi neonatus yang pelaporannya dihitung 1 kali pada masa neonatal. Kasus komplikasi yang ditangani adalah seluruh kasus yang ditangani tanpa melihat hasilnya hidup atau mati.

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

Rumus yang dipergunakan adalah sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah neonatus dengan komplikasi yang mendapat penanganan definitif di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{15\% \times \text{jumlah sasaran bayi di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100$$

Cakupan kunjungan bayi (29 hari–11 bulan)

Adalah cakupan bayi yang mendapatkan pelayanan paripurna minimal 4 kali yaitu 1 kali pada umur 29 hari–2 bulan, 1 kali pada umur 3–5 bulan, dan satu kali pada umur 6–8

bulan dan 1 kali pada umur 9–11 bulan sesuai standar di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Dengan indikator ini dapat diketahui efektifitas, continuum of care dan kualitas pelayanan kesehatan bayi.

Rumus yang dipergunakan adalah sebagai berikut :

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

Cakupan pelayanan anak balita (12–59 bulan).

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

Rumus yang digunakan adalah :

$$\frac{\text{Jumlah anak balita yg memperoleh pelayanan sesuai standar disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh anak balita disuatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100$$

Cakupan Pelayanan kesehatan anak balita sakit yang dilayani dengan MTBS

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

Rumus yang digunakan adalah :

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

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

Cakupan Peserta KB aktif (*Contraceptive Prevalence Rate*)

Adalah cakupan dari peserta KB yang baru dan lama yang masih aktif menggunakan alat dan obat kontrasepsi (alokon) dibandingkan dengan jumlah pasangan usia subur di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Indikator ini menunjukkan jumlah peserta KB baru dan lama yang masih aktif memakai alokon terus-menerus hingga saat ini untuk menunda, menjarangkan kehamilan atau yang mengakhiri kesuburan.

Rumus yang dipergunakan:

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

4.3 Peran dan Tugas Bidan dalam Meningkatkan KIA

Peran bidan

- a. Pemberi pelayanan kesehatan (provider)
Bidan dapat memberikan pelayanan KIA baik secara langsung maupun tidak langsung.
- b. Pendidik
Bidan memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok keluarga beresiko tinggi dan kader kesehatan dengan tujuan untuk meningkatkan KIA.
- c. Pengelola
Bidan dapat mengelola (merencanakan, mengorganisasi, menggerakkan, dan mengevaluasi) pelayanan KIA baik secara langsung maupun tidak langsung.

d. Konselor

Bidan berperan dalam memberikan konseling atau bimbingan tentang kesehatan ibu dan anak kepada keluarga, kader, maupun masyarakat.

e. Advokat

Bidan memberikan informasi dan sokongan kepada seseorang sehingga mampu membuat keputusan yang terbaik.

f. Kolaborasi/koordinasi

Bidan berkolaborasi dan berkoordinasi dengan disiplin ilmu lain dalam meningkatkan KIA.

g. Perencana

Merencanakan pelayanan kebidanan dan berpartisipasi dalam perencanaan program pemerintah ataupun program di masyarakat.

h. Peneliti

Bidan melakukan penelitian untuk mengembangkan pelayanan terhadap kesehatan ibu dan anak.

Tanggung jawab bidan:

- a. Menjaga pengetahuannya tetap *up to date*, berusaha secara terus menerus mengembangkan pengetahuan, ketrampilan, dan kemahiran.
- b. Mengenali batas-batas pengetahuan, keterampilan pribadi, dan tidak berupaya untuk bekerja melampaui wewenangnya dalam memberikan pelayanan klinik.
- c. Menerima tanggung jawab untuk mengambil keputusan serta konsekuensi dari suatu keputusan.
- d. Berkomunikasi dan bekerja sama dengan pekerja kesehatan profesional lainnya (perawat, dokter, dan lain-lain) dengan rasa hormat dan bermartabat.
- e. Memelihara kerja sama yang baik dengan staf kesehatan dan rumah sakit pendukung untuk memastikan sistem rujukan yang optimal.
- f. Melakukan pemantauan mutu yang mencakup penilaian seawat, pendidikan berkesinambungan, mengkaji ulang

- kasus- kasus, dan Audit Maternal Perinatal (AMP).
- g. Bekerja sama dengan masyarakat setempat untuk meningkatkan akses dan mutu asuhan kesehatan.
 - h. Menjadi bagian dari upaya untuk meningkatkan status perempuan serta kondisi hidup mereka dan menghilangkan praktik kultur yang terbukti merugikan perempuan.

Menurut Depkes tugas dan wewenang bidan pada program KIA yaitu :

- a. Memberikan penyuluhan tentang KIA.
- b. Membimbing serta membina dukun bayi.
- c. Mengawasi kehamilan.
- d. Melayani persalinan normal, termasuk letak sungsang pada multipara, episiotomi tingkat I dan II.
- e. Mengawasi pertumbuhan dan perkembangan bayi dan anak pra sekolah.
- f. Memberikan obat dan vitamin serta pengobatan tertentu dalam bidang kebidanan.

Adapun tugas tambahan bidan adalah melaksanakan program-program Puskesmas.

Sejak ditetapkan kebijakan Poliklinik Kesehatan Desa (PKD) oleh Departemen Kesehatan, untuk mencapai Visi Indonesia Sehat tahun 2010 dengan pelaksana PKD adalah **Bidan**. Sehingga tugas- tugas bidan menjadi bertambah karena selain tugas utama di bidang KIA, melaksanakan program Puskesmas di desa, serta mengupayakan peran serta masyarakat dalam hal meningkatkan kesehatan di desa, bidan memiliki tugas yang cukup besar dalam pelayanan kesehatan pengelolaan KIA-KB di Puskesmas, dengan tugas pokok antara lain :

1. **Melaksanakan pelayanan KIA dan KB** dengan fungsi membantu kepala Puskesmas dalam melaksanakan kegiatan- kegiatan di Puskesmas. Dengan kegiatan pokok :
 - a. Melaksanakan pemeriksaan berkala kepada ibu hamil, ibu menyusui, bayi dan anak-anak di Puskesmas, serta memberikan pelayanan kontrasepsi pada akseptor KB.
 - b. Menyampaikan cara pemberian makanan tambahan bagi yang membutuhkan dan penyuluhan kesehatan dalam bidang KIA/KB dan gizi.
 - c. Melakukan imunisasi pada ibu hamil dan bayi dan melatih dukun bayi.
2. **Kegiatan perbaikan gizi, yaitu :**
 - a. Penyuluhan gizi dan melatih kader gizi dan menggerakkan masyarakat untuk mengadakan taman gizi
 - b. Demonstrasi makanan sehat dan cara pemberian makan tambahan,
 - c. Pemberian Vitamin A konsentrasi tinggi pada anak-anak balita
 - d. Pengisian dan penggunaan KMS oleh ibu-ibu PKK dan kader gizi, dll.

Selain Tugas pokok tersebut kegiatan bidan lain yang juga dilayani bidan adalah :

1. Membantu KIA/KB khususnya dalam kunjungan rumah untuk perawatan kesehatan keluarga
2. Diagnosa dini penyakit mulut/gigi serta pengobatan sementara
3. Membantu surveilan penyakit menular dan imunisasi
4. Pencatatan dan pelaporan kegiatan
5. Membantu pengamatan perkembangan mental anak, dan *follow up* penderita
6. Membantu dokter kepala Puskesmas melaksanakan fungsi manajemen Puskesmas

7. Mengembangkan PKMD dan membina Prokesra/Kader Gizi
8. Secara bergilir ikut serta Puskesmas Keliling
9. Melakukan rujukan (referral)

Secara garis besar peran bidan dalam peningkatan derajat kesehatan ibu dan anak dibedakan menjadi empat, yaitu: peran sebagai pelaksana, kolaborasi, pengelola dan pendidik.

1. Sebagai pelaksana, bidan bertugas untuk menerapkan manajemen pada setiap asuhan kebidanan dari sejak awal kehamilan, persalinan dan nifas.
2. Peran berkolaborasi dengan dokter spesialis atau dokter umum pada kasus-kasus kebidanan pada ibu hamil dengan risiko tinggi dan membutuhkan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan.
3. Selain itu, bidan pun berperan sebagai pengelola, yakni mampu mengembangkan pelayanan dasar kesehatan terutama pelayanan kebidanan untuk individu, keluarga, kelompok khusus dan masyarakat di wilayah kerja dengan melibatkan masyarakat.
4. Peran sebagai pendidik. Bidan dapat juga memberikan pendidikan dan penyuluhan kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat tentang masalah penanggulangan masalah kesehatan khususnya yang berhubungan dengan pihak terkait kesehatan ibu, anak dan keluarga berencana. Termasuk pula melatih dan membimbing siswa bidan dan keperawatan pada institusi-institusi pendidikan.

4.4 Upaya dalam Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Upaya dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak ini sangat berkaitan dengan upaya untuk menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi yang masih cukup tinggi di Indonesia.

Berbagai upaya telah dilakukan untuk menurunkan kematian ibu, BBL, bayi dan balita. Antara lain melalui penempatan bidan di desa, pemberdayaan keluarga dan masyarakat dengan menggunakan Buku KIA, program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K), penyediaan fasilitas kesehatan pelayanan obstetri neonatal emergensi dasar (PONED) di puskesmas perawatan, pelayanan obstetri neonatal emergensi komprehensif (PONEK) di rumah sakit.

1. Penempatan Bidan di Desa

Tujuan penempatan bidan desa secara umum adalah meningkatkan mutu dan pemerataan pelayanan dalam rangka menurunkan AKI, anak balita, dan menurunkan angka kelahiran serta meningkatkan kesadaran masyarakat untuk berperilaku hidup sehat. Penempatan bidan di desa memberikan harapan baru untuk berangsur-angsur menggantikan peran dukun beranak.

Tugas bidan desa berorientasi pada 3 konsep :

- a. Pendidikan
 - Pendidikan kepada masyarakat
 - Pendidikan kepada dukun
- b. Pelayanan kepada masyarakat
- c. Pencatatan dan pelaporan

2. Pemberdayaan keluarga dan masyarakat

Pemberdayaan keluarga dan masyarakat dengan menggunakan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA) merupakan sebuah buku yang dirancang oleh Depkes RI sebagai media pencatatan dan pendidikan kesehatan ibu, buku ini sangat banyak membantu para ibu dan juga mengingat hal-hal penting apa saja yang perlu dipersiapkan sejak hamil, melahirkan dan merawat bayi. Buku KIA berisi catatan kesehatan ibu (hamil, bersalin,

dan nifas) dan anak (BBL, bayi, dan anak balita) serta berbagai informasi cara memelihara dan merawat kesehatan ibu dan anak.

3. Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

P4K adalah suatu kegiatan yang difasilitasi oleh bidan di desa dalam rangka peningkatan peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil, termasuk perencanaan dan penggunaan KB pasca persalinan dengan menggunakan stiker sebagai media notifikasi sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan BBL.

Tujuan dari P4K adalah meningkatnya cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu hamil dan bayi baru lahir melalui peningkatan peran aktif keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan aman dan persiapan menghadapi komplikasi dan tanda bahaya kebidanan bagi ibu sehingga melahirkan bayi yang sehat.

Melalui P4k diharapkan bidan mampu memfasilitasi pemberdayaan dan partisipasi semua pemangku kepentingan yang terdiri dari ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat termasuk juga dukun dan kader sebagai tenaga non profesional dalam mendata, mencatat dan memantau intensif setiap ibu hamil dan memastikan diberikannya pelayanan kesehatan rujukan komplikasi dan kegawatdaruratan sesuai standar. Dengan data dalam stiker, suami, keluarga, dukun, bersama bidan di desa memantau secara intensif keadaan dan perkembangan kesehatan ibu hamil.

4. Penyediaan fasilitas kesehatan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Puskesmas perawatan

Puskesmas PONED adalah puskesmas yang memiliki fasilitas dan kemampuan memberikan pelayanan untuk menanggulangi kasus kegawatdaruratan obstetri dan neonatal selama 24 jam. Sebuah puskesmas PONED harus memenuhi standar yang meliputi standar administrasi dan manajemen, fasilitas bangunan atau ruangan, peralatan dan obat-obatan, tenaga kesehatan dan fasilitas penunjang lain. Puskesmas PONED juga harus mampu memberikan pelayanan yang meliputi penanganan preeklamsi, eklamsi, perdarahan, sepsis, sepsis neonatorum, asfiksia, kejang, ikterus, hipoglikemia, hipotermi, tetanus neonatorum, trauma lahir, BBLR, sindroma gangguan pernapasan dan kelainan kongenital.

5. Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) di Rumah Sakit.

PONEK adalah Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komprehensif di Rumah Sakit, meliputi kemampuan untuk melakukan tindakan seksio sesaria, histerektomi, reparasi ruptura uteri, cedera kandung/saluran kemih, perawatan intensif ibu dan neonatal, transfusi darah. RS PONEK 24 jam adalah RS yang memiliki kemampuan serta fasilitas PONEK siap 24 jam untuk memberikan pelayanan terhadap ibu hamil, bersalin, nifas dan BBL dengan komplikasi baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat, bidan di desa, puskesmas dan puskesmas PONED.

4.5 Strategi Pelayanan Kebidanan Di Komunitas

Pendekatan edukatif dalam peran serta masyarakat.

Pendekatan edukatif adalah suatu rangkaian kegiatan yang dilaksanakan secara sistematis terencana dan terarah dengan partisipasi aktif dari individu kelompok maupun masyarakat umum, untuk memecahkan masalah yang dirasakan oleh masyarakat dengan mempertimbangkan faktor-faktor sosial ekonomi dan budaya.

Tujuan pendekatan edukatif adalah :

- a. Memecahkan masalah yang dihadapi masyarakat
- b. Mengembangkan kemampuan masyarakat untuk dapat memecahkan masalahnya sendiri secara swadaya dan gotong royong.

Langkah-langkah pendekatan edukatif

- 1) Pendekatan pada tokoh masyarakat.
 - a. Nonformal untuk penjagaan lahan
 - b. Formal dengan surat resmi
 - c. Tatap muka antara provider dengan tokoh masyarakat.
 - d. Kunjungan rumah untuk menjelaskan maksud dan tujuan pengumpulan data.
 - e. Pertemuan provider dan tokoh masyarakat untuk menetapkan suatu kebijakan alternatif pemecahan masalah dalam rangka perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.
 - f. Menjalin hubungan sosial yang baik dengan menghadiri upacara-upacara agama, perkawinan, kematian dsb.
- 2) Pendekatan kepada provider.

Diadakan pada waktu pertemuan tingkat kecamatan, tingkat desa/kelurahan, tingkat dusun/lingkungan.

3) Pengumpulan data primer dan sekunder.

Data umum, data teknis sesuai dengan kepentingan masing-masing sektor, data perilaku sesuai dengan masalah yang ada, data khusus hasil pengamatan, data orang lain.

4) Pelayanan yang berorientasi pada kebutuhan masyarakat.

Proses dimana masyarakat dapat mengidentifikasi kebutuhan dan tentukan prioritas dari kebutuhan tersebut serta mengembangkan keyakinan masyarakat untuk berusaha memenuhi kebutuhan sesuai skala prioritas berdasarkan atas sumber-sumber yang ada di masyarakat sendiri maupun berasal dari luar secara gotong royong.

Terdiri dari 3 jenis pendekatan :

1) *Specific Content Approach*

Yaitu pendekatan perorangan atau kelompok yang merasakan masalah melalui proposal program kepada instansi yang berwenang.

Contoh : pengasapan pada kasus DBD

2) *General Content Objective Approach*

Yaitu pendekatan dengan mengkoordinasikan berbagai upaya dalam bidang kesehatan dalam wadah tertentu.

Contoh : posyandu meliputi KIA, imunisasi, gizi, KIE dsb.

3) *Process Objective Approach*

Yaitu pendekatan yang lebih menekankan pada proses yang dilaksanakan masyarakat sebagai pengambil prakarsa kemudian dikembangkan sendiri sesuai kemampuan. Contoh : kader

Menggunakan atau memanfaatkan fasilitas dan potensi yang ada di masyarakat merupakan usaha membantu manusia mengubah sikapnya terhadap masyarakat, membantu

menumbuhkan kemampuan orang, berkomunikasi dan menguasai lingkungan fisiknya.

Langkah – langkah:

- a. Ciptakan kondisi agar potensi setempat dapat dikembangkan dan dimanfaatkan
- b. Tingkatkan mutu potensi yang ada
- c. Usahakan kelangsungan kegiatan yang sudah ada.
- d. Tingkatkan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan.

Prinsip-prinsip dalam mengembangkan masyarakat:

- a. Program ditentukan oleh atau bersama masyarakat.
- b. Program disesuaikan dengan kemampuan masyarakat.
- c. Dalam pelaksanaan kegiatan harus ada bimbingan, pengarahan, dan dorongan agar dari satu kegiatan dapat dihasilkan kegiatan lainnya.
- d. Petugas harus bersedia mendampingi dengan mengambil fungsi sebagai katalisator untuk mempercepat proses.

Bentuk bentuk program masyarakat

- a. Program intensif yaitu pengembangan masyarakat melalui koordinasi dengan dinas terkait/kerjasama
- b. lintas sektoral.
- c. Program adaptif yaitu pengembangan masyarakat hanya ditugaskan pada salah satu instansi/departemen yang bersangkutan saja secara khusus untuk melaksanakan kegiatan tersebut/kerjasama lintas program.
- d. Program proyek yaitu pengembangan masyarakat dalam bentuk usaha-usaha terbatas di wilayah tertentu dan program disesuaikan dengan kebutuhan wilayah tersebut.

Komunikasi yang baik

Beberapa hal yang perlu diperhatikan bidan dalam berkomunikasi kepada masyarakat :

- 1) Jangan terlalu banyak bicara, cobalah untuk tidak banyak menyela.
- 2) Jangan meneruskan kalimat mereka atau mangantisipasi apa yang sedang mereka bicarakan.
- 3) Tanyakan apabila anda merasa kurang jelas.
- 4) Lebih baik membicarakan sesuatu secara tatap muka dari pada membicarakan sesuatu secara tertulis.

Pemberdayaan masyarakat

Pemberdayaan masyarakat adalah bagian dari paradigma pembangunan yang memfokuskan perhatiannya kepada semua aspek yang prinsipil dari manusia di lingkungannya yakni mulai dari aspek intelektual (sumber daya manusia), aspek material dan fisik, sampai kepada aspek manajerial.

Keberdayaan masyarakat dicirikan dengan timbulnya kesadaran bahwa, mereka paham akan haknya atas lingkungan hidup yang baik dan sehat serta sanggup menjalankan kewajiban dan tanggung jawab untuk tercapainya kualitas lingkungan hidup yang dituntutnya.

BAB V

ASUHAN KEBIDANAN PADA KELUARGA DI KOMUNITAS

5.1 Definisi Keluarga

Unit-unit masyarakat adalah komunitas, keluarga, kelompok yang mempunyai tujuan dan nilai yang sama. Koentjaraningrat (1990) mendefinisikan komunitas sebagai suatu kesatuan hidup manusia yang menempati suatu wilayah nyata dan berinteraksi menurut suatu sistem adat istiadat, serta terikat oleh suatu rasa identitas suatu komunitas. Dengan demikian ciri dari komunitas adalah: 1) kesatuan wilayah; 2) kesatuan adat istiadat; 3) rasa identitas komunitas; dan 4) loyalitas terhadap komunitas (Effendy, 1998).

Masyarakat sebagai suatu sistem sosial menunjukkan bahwa semua orang bersatu untuk saling melindungi dalam kepentingan bersama, dan berfungsi sebagai suatu kesatuan dan secara terus menerus mengadakan hubungan (interaksi) dengan sistem yang lebih besar. Bagian-bagian yang saling berinteraksi tersebut merupakan sub-sistem dari komunitas seperti pendidikan, kesehatan, kesejahteraan dan keluarga.

Departemen Kesehatan RI (1988) mendefinisikan keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Sementara menurut Salvicion G. Bailon dan Aracelis Maglaya (1989) dikutip Effendy (1998), keluarga adalah dua atau lebih individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam suatu rumah tangga, berinteraksi satu

sama lain, dan di dalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan.

Dalam kebidanan/keperawatan kesehatan masyarakat keluarga sebagai unit utama yang menjadi sasaran pelayanan, karena keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat. Apabila salah satu diantara anggota keluarga mempunyai masalah keperawatan atau kesehatan akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain, demikian pula terhadap kelompok dan masyarakat di sekitarnya. Masalah kesehatan keluarga saling berkaitan terhadap anggota keluarga, kelompok maupun masyarakat secara keseluruhan yang akhirnya memberikan gambaran terhadap masalah kesehatan masyarakat secara menyeluruh.

5.2 Struktur Keluarga

Struktur keluarga didasarkan pada organisasi keluarga, yaitu perilaku anggota keluarga dan pola hubungan dalam keluarga. Hubungan yang ada dapat bersifat kompleks, misalnya seorang wanita bisa sebagai istri, sebagai ibu, sebagai menantu, dan lain-lain, yang semua itu mempunyai kebutuhan, peran dan harapan yang berbeda. Pola hubungan itu akan membentuk kekuatan dan struktur peran dalam keluarga. Struktur keluarga dapat diperluas dan dipersempit tergantung dari kemampuan dari keluarga tersebut untuk merespon stressor yang ada dalam keluarga. Struktur keluarga terdiri dari sebagai berikut.

1. *Patrilineal* adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, di mana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.
2. *Matrilineal* adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, di mana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.
3. *Matrilokal* adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.

4. *Patrilokal* adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.
5. Keluarga kawinan adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami dan istri.

5.2.1 Tipe/Bentuk Keluarga

Keluarga terdiri dari berbagai macam tipe/bentuk. Tipe/bentuk keluarga antara lain sebagai berikut.

1. Keluarga Inti (*Nuclear Family*) adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak-anak.
2. Keluarga Besar (*Extended Family*) adalah keluarga inti ditambah sanak saudara, misalnya nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi dan sebagainya.
3. Keluarga Berantai (*Serial Family*) adalah keluarga yang terdiri dari perempuan dan laki-laki yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan satu keluarga inti.
4. Keluarga Duda/Janda (*Single Family*) adalah keluarga yang terjadi karena perceraian atau kematian.
5. Keluarga berkomposisi (*Composite*) adalah keluarga yang perkawinannya berpoligami dan hidup secara bersama.
6. Keluarga Kabitas (*Cohabitation*) adalah dua orang yang menjadi satu tanpa pernikahan tetapi membentuk suatu keluarga.

Di samping itu, di dalam keluarga terdapat pemegang kekuasaan. Pemegang kekuasaan dalam keluarga adalah sebagai berikut.

1. *Patriakal*, yaitu pihak ayah yang dominan dan memegang kekuasaan dalam keluarga.
2. *Matriakal*, yaitu pihak ibu yang dominan dan memegang kekuasaan dalam keluarga.

3. *Equalitarian*, yaitu ayah dan ibu yang memegang kekuasaan dalam keluarga.

5.2.2 Peranan Dan Fungsi Keluarga

Peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peranan individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat. Berbagai peranan yang umumnya terdapat di dalam kebanyakan keluarga, terutama di Indonesia adalah sebagai berikut.

Peranan ayah

Peranan ayah adalah sebagai suami dari ibu dan ayah untuk anak-anak. Di samping itu, ayah juga berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman, kepala keluarga, anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dalam lingkungannya.

Peranan ibu

Peranan ibu adalah sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya. Ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya, serta sebagai anggota masyarakat dalam lingkungannya.

Peranan anak

Anak dalam keluarga melaksanakan peranan psiko-sosial sesuai dengan tingkat perkembangannya, baik fisik, mental, sosial, maupun spiritual.

Pembagian peranan ini tidak memang mutlak. Dalam komunitas, bisa saja ayah yang mengurus rumah tangga dan ibu pencari nafkah. Namun kondisi seperti ini masih dipandang oleh kebanyakan orang sebagai hal yang tidak seharusnya. Kondisi ini menunjukkan masih adanya gender stereotype, ibu hanya dipandang sebagai orang kedua setelah ayah sehingga ketika keduanya sama-sama bekerja, sekalipun penghasilan ibu lebih besar, masih tetap dianggap sebagai pencari nafkah tambahan.

Di lihat dari fungsinya, terdapat tiga fungsi pokok keluarga terhadap anggota keluarganya, yaitu sebagai berikut.

1. Asih, yaitu memberikan kasih sayang, perhatian, rasa aman, dan kehangatan kepada anggota keluarga sehingga memungkinkan mereka tumbuh dan berkembang sesuai usia dan kebutuhannya.
2. Asuh, yaitu menuju kebutuhan pemeliharaan dan perawatan anak agar kesehatannya selalu terpelihara, sehingga diharapkan menjadikan mereka anak-anak yang sehat baik fisik, mental dan spiritual.
3. Asah, yaitu memenuhi kebutuhan pendidikan anak, sehingga siap menjadi manusia dewasa yang mandiri dalam mempersiapkan masa depannya.

5.3 Keperawatan Kesehatan Keluarga

Perawatan kesehatan keluarga adalah tingkat perawatan kesehatan masyarakat yang ditujukan atau dipusatkan pada keluarga sebagai unit atau kesatuan yang dirawat dengan sehat sebagai tujuan melalui perawatan sebagai saran/penyalur. Keluarga dijadikan sebagai unit pelayanan karena masalah kesehatan keluarga saling berkaitan dan saling mempengaruhi antara sesama anggota keluarga dan akan mempengaruhi pula keluarga- keluarga di sekitarnya atau masyarakat secara keseluruhan. Alasan keluarga sebagai unit pelayanan adalah sebagai berikut.

1. Keluarga sebagai unit utama masyarakat dan merupakan lembaga yang menyangkut kehidupan masyarakat.
2. Keluarga sebagai suatu kelompok dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan atau memperbaiki masalah-masalah kesehatan dalam kelompoknya.
3. Masalah-masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan, dan apabila salah satu anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan akan berpengaruh terhadap anggota keluarga lainnya.
4. Dalam memelihara kesehatan anggota keluarga sebagai individu (pasien), keluarga tetap berperan sebagai pengambil keputusan dalam memelihara kesehatan para anggotanya.
5. Keluarga merupakan perantara yang efektif dan mudah untuk berbagai upaya kesehatan masyarakat.
6. Setiap keluarga mempunyai cara yang unik dalam menghadapi masalah kesehatan para anggotanya.

Dalam memberikan asuhan perawatan terhadap keluarga, lebih ditekankan kepada keluarga-keluarga dengan keadaan sosial perekonomian yang rendah. Keadaan sosial ekonomi yang rendah pada umumnya berkaitan erat dengan berbagai

masalah kesehatan yang mereka hadapi disebabkan karena ketidakmampuan dan ketidaktahuan dalam mengatasi berbagai masalah yang mereka hadapi.

Masalah kemiskinan akan sangat mengurangi kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga mereka terhadap gizi, perumahan dan lingkungan yang sehat, pendidikan dan kebutuhan-kebutuhan lainnya. Jelas semuanya itu akan dengan mudah dapat menimbulkan penyakit.

5.3.1 Asuhan Kebidanan pada Keluarga

Asuhan kebidanan keluarga adalah 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.

5.3.2 Peran bidan dalam pelayanan kebidanan

Dalam memberikan asuhan kebidanan pada keluarga, terdapat beberapa peranan yang penting yang dapat dilakukan oleh bidan, antara lain sebagai berikut.

1. Health monitor

Bidan dapat membantu keluarga untuk mengenal masalah kesehatan terutama yang terkait dengan ilmu kebidanan dengan menganalisa data secara obyektif, serta berperan untuk membuat keluarga sadar akan akibat masalah tersebut dalam perkembangan keluarga.

2. Pemberi pelayanan pada anggota keluarga yang sakit

Bidan berperan sebagai pemberi pelayanan pada keluarga dengan memberikan asuhan kebidanan kepada anggota keluarga yang memerlukan.

3. Koordinator pelayanan kesehatan keluarga

Bidan dapat berperan sebagai koordinator pelayanan kesehatan keluarga khususnya masalah kesehatan yang

terkait dengan praktik kebidanan. Dalam hal ini, bidan berperan mengkoordinasikan pelayanan kesehatan keluarga khususnya terkait dengan praktik kebidanan, baik secara berkelompok maupun individual.

4. *Sebagai fasilitator*

Bidan berperan sebagai fasilitator yaitu mampu menjadikan pelayanan kesehatan khususnya dalam lingkup kebidanan yang mudah dijangkau oleh keluarga serta mampumencarikan cara pemecahan masalahnya.

5. *Pendidik kesehatan*

Bidan sebagai pendidik kesehatan yaitu untuk mengubah perilaku keluarga dari perilaku yang kurang/ tidak sehat menjadi perilaku sehat.

6. *Sebagai penyuluh dan konsultan*

Bidan sebagai penyuluh dan konsultan yang berperan dalam memberikan petunjuk tentang asuhan kebidanan dasar dalam keluarga.

Dalam melaksanakan perannya ini, seorang bidan tidak dapat bekerja sendiri, melainkan perlu berkolaborasi atau bekerja sama dengan profesi lain dalam rangka mencapai asuhan kebidanan pada keluarga yang komprehensif, efektif dan efisien (Setiadi, 2008).

5.3.3 Tanggung jawab bidan dalam asuhan kebidanan pada keluarga

Bidan sebagai bagian utama dalam pelayanan asuhan kebidanan pada keluarga mempunyai tanggung jawab, antara lain sebagai berikut.

1. Memberikan asuhan /pelayanan secara langsung

Pelayanan secara langsung harus diberikan secara intermiten khususnya yang terkait dengan praktik

kebidanan sesuai dengan tugas dan kewenangan Bidan. Namun demikian, pelayanan yang diberikan di rumah (dalam konteks keluarga) hendaknya lebih melibatkan anggota keluarga tersebut dalam upaya memberikan kesadaran bahwa semua anggota keluarga mempunyai tanggung jawab yang sama terhadap kesehatan. Dengan demikian, pendidikan kesehatan menjadi intervensi utama dalam pelayanan kesehatan/asuhan kebidanan komunitas pada keluarga.

2. Pendokumentasian proses asuhan kebidanan

Pendokumentasian terhadap proses pelayanan/asuhan kebidanan selama dalam keluarga sangat penting terutama untuk melihat kemajuan status kesehatan keluarga khususnya dan kemajuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan yang sedang dialami pada umumnya. Dokumentasi yang jelas dan komprehensif dari pengkajian hingga evaluasi, di samping mampu memberikan gambaran tentang perkembangan status kesehatan keluarga juga dapat membantu keluarga sebagai klien untuk menentukan kerangka waktu dalam menyelesaikan masalah secara realistis.

3. Koordinasi dengan tim pelayanan kesehatan lain dan manajemen kasus

Bidan mempunyai tanggung jawab untuk mengkoordinasikan atau berkolaborasi dengan profesi kesehatan lain dalam memberikan pelayanan kepada keluarga, sehingga masalah kesehatan yang dihadapi keluarga tersebut dapat diatasi secara komprehensif. Sedangkan tanggung jawab bidan dalam manajemen kasus adalah kemampuan untuk mengkaji masalah, menemukan masalah, menentukan prioritas masalah, mengidentifikasi cara mengatasi masalah dengan penyusunan rencana dan mengimplementasikan rencana tersebut secara sistematis.

4. Menentukan frekuensi dan lamanya asuhan/pelayanan kebidanan

Frekuensi asuhan/pelayanan kebidanan yang dimaksud adalah intensitas kunjungan yang dilakukan selama periode waktu tertentu dalam proses asuhan kebidanan yang diberikan. Sedangkan lamanya asuhan/pelayanan kebidanan adalah lamanya waktu asuhan pelayanan kebidanan yang dilakukan di rumah atau di dalam keluarga. Selama proses ini, keluarga senantiasa dilibatkan dalam dari perencanaan sampai menentukan prioritas rencana rencana tindakan yang akan diimplementasikan. Bidan juga harus memperkirakan alokasi waktu dan frekuensi yang kemungkinan berbeda ketika harus berkolaborasi ketika harus berkolaborasi dengan tenaga kesehatan/profesi lain.

5.3.4 Prinsip prinsip asuhan kebidanan pada keluarga

Terdapat beberapa prinsip penting yang harus diperhatikan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan/pelayanan kesehatan, antara lain sebagai berikut.

1. Keluarga sebagai unit atau satu kesatuan dalam pelayanan kesehatan

Dalam konteks ini, keluarga dipandang sebagai klien atau sebagai fokus utama pengkajian dalam pelayanan/asuhan kebidanan. Keluarga dipandang sebagai sistem yang saling berinteraksi dengan memperhatikan dinamika dan hubungan internal keluarga, struktur dan fungsi keluarga dan saling ketergantungan keluarga dengan pelayanan kesehatan serta dengan lingkungannya.

2. Dalam memberikan asuhan/pelayanan kebidanan

keluarga, status sehat adalah menjadi tujuan utamanya melalui peningkatan status kesehatan keluarga khususnya dengan program kesehatan ibu, bayi baru lahir, dan anak agar keluarga dapat meningkatkan produktivitas dan kesejahteraannya.

3. Asuhan yang diberikan sebagai sarana dalam mencapai peningkatan kesehatan keluarga.
4. Dalam memberikan asuhan kebidanan pada keluarga, bidan harus mampu melibatkan peran aktif dari semua anggota keluarga mulai dari mengidentifikasi masalah, merumuskan masalah dan kebutuhan keluarga dalam rangka mengatasi masalah kesehatan yang sedang dihadapinya.
5. Diupayakan lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promotif dan preventif dengan tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif.
6. Dalam memberikan asuhan kebidanan hendaknya selalu memanfaatkan sumber daya keluarga semaksimal mungkin.
7. Sasaran pelayanan asuhan kebidanan pada keluarga adalah keluarga secara keseluruhan.
8. Pendekatan yang digunakan dalam pelayanan asuhan kebidanan pada keluarga adalah pendekatan pemecahan masalah (problem solving approach) dengan menggunakan proses asuhan kebidanan pada keluarga.
9. Kegiatan essensial dalam memberikan asuhan kebidanan keluarga adalah penyuluhan/pendidikan kesehatan dan pelayanan kesehatan dasar.
10. Pemberian pelayanan/asuhan diutamakan kepada keluarga yang mempunyai risiko tinggi terhadap masalah kesehatan terutama masalah kesehatan ibu, bayi baru lahir dan anak.

Keluarga – keluarga yang tergolong mempunyai risiko tinggi dalam kesehatan antarlain sebagai berikut.

- a. Keluarga dengan anggota keluarga dalam masa usia subur, dengan masalah sebagaiberikut.
 - 1) Tingkat sosial ekonomi rendah.
 - 2) Keluarga kurang/tidak mampu mengatasi masalah kesehatan sendiri.
 - 3) Keluarga dengan penyakit keturunan.
- b. Keluarga dengan ibu risiko tinggi kebidanan, yaitu sebagai berikut.
 - 1) Ibu hamil dengan usia terlalu muda atau terlalu tua (<16 tahun atau > 35 tahun).
 - 2) Ibu hamil dengan anemia/kekurangan gizi.
 - 3) Primipara atau multipara.
 - 4) Riwayat persalinan dengan komplikasi.
- c. Keluarga dengan kondisi anak sebagai berikut.
 - 1) Lahir prematur.
 - 2) Berat badan rendah atau sulit bertambah/naik.
 - 3) Lahir dengan cacat kongenital.
 - 4) Ibu menderita penyakit menular, dan sebagainya.

5.3.5 Langkah-Langkah dalam Asuhan Kebidanan pada Keluarga

Langkah – langkah yang harus dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhankebidanan pada keluarga antara lain sebagai berikut :

- Membina hubungan yang baik dengan seluruh anggota keluarga, dengan cara:
- melakukan kontak sosial yang memandang keluarga

sebagai sistem di manamereka hidup di masyarakat yang mempunyai struktur organisasi kemasyarakatan tersendiri, sehingga sebelum melakukan dengan kontak dengan keluarga, sebaiknya menyampaikan dan menjelaskan maksud dan tujuan terlebih dahulu kepada struktur kemasyarakatan yang ada;

- menyampaikan maksud dan tujuan serta minat untuk membantu keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan mereka;
- menyatakan kesediaan untuk membantu memenuhi kebutuhan kesehatan yangdirasakan oleh keluarga; serta
- membina komunikasi dua arah yang harmonis dengan keluarga.
- Melaksanakan pengkajian untuk menentukan adanya masalah kesehatan keluarga.
- Menganalisa data untuk menentukan masalah kesehatan keluarga, dengan melakukanpengelompokan data.
- Merumuskan masalah dan mengelompokkan masalah dengan mengacu pada tipologi dan sifat masalah kesehatan keluarga dengan kriteria.
- Menentukan skala prioritas masalah kesehatan keluarga dengan mempertimbangkan dampaknya terhadap kesehatan keluarga.
- Menyusun rencana asuhan kebidanan pada keluarga sesuai dengan urutan prioritas masalah yang telah disusun dengan langkah – langkah yang sistematis.
- Melaksanakan/mengimplementasikan asuhan kebidanan pada keluarga sesuai denganrencana yang telah disusun.
- Melaksanakan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan.
- Meninjau kembali masalah kesehatan keluarga yang belum teratasi dan merumuskankembali rencana asuhan kebidanan yang baru.

5.3.6 Implikasi dari pelayanan kesehatan yang dipusatkan kepada keluarga

Terdapat beberapa implikasi dalam pemberian pelayanan asuhan kebidanan yang dipusatkan atau berorientasi kepada keluarga, antara lain sebagai berikut.

- Pelayanan kesehatan dan asuhan kebidanan diarahkan untuk membantu seluruh anggota keluarga dalam meningkatkan cara hidup sehat sehingga dapat meningkatkan produktivitas dan derajat kesehatan keluarga.
- Cakupan pelayanan kesehatan dan asuhan kebidanan menjadi lebih luas karena banyak anggota keluarga yang bisa dicakup dan sumber-sumber keluarga yang ada dapat diarahkan untuk meningkatkan kesehatan keluarga.
- Pelayanan kesehatan dan asuhan kebidanan dipusatkan kepada keluarga sebagai satu kesatuan yang utuh.
- Pelayanan kesehatan dan asuhan kebidanan lebih ditekankan pada waktu-waktu rawan dalam kehidupan keluarga, terutama pada keluarga-keluarga dengan risiko tinggi.
- Diperlukan pelayanan kesehatan dari tenaga kesehatan yang mempunyai kemampuan yang kompeten dalam memberikan asuhan kebidanan secara kontinyu dan sistematis agar dapat mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan terutama pada keluarga-keluarga yang rawan terhadap masalah kesehatan.

BAB VI

PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS

6.1 Konsep Dasar Dokumentasi

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang saya banggakan, selamat bertemu di Topik 1 tentang konsep dasar dokumentasi. Di Topik 1 ini kita akan mempelajari tentang tujuan dilakukannya pendokumentasian dan fungsi dari pendokumentasian tersebut. Tapi sebelum mempelajari dua hal tersebut, Anda perlu tahu terlebih dahulu tentang pengertian dari dokumentasi. Dokumentasi dalam kebidanan adalah suatu bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki oleh bidan dalam melakukan catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan klien, bidan, dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab bidan.

Mungkin sebagian dari Anda yang sudah pernah memberikan asuhan kebidanan akan merasakan sedikit kerepotan ketika harus banyak melakukan pencatatan dan pelaporan data klien. Bahkan mungkin ada yang memiliki perasaan bahwa pendokumentasian itu banyak membuang waktu. Tapi pernahkan Anda bayangkan apabila dalam melakukan asuhan kebidanan kepada klien tidak memiliki pendokumentasian sama sekali. Bisakah Anda mempertanggungjawabkan asuhan yang Anda berikan tersebut?

Baiklah, mari kita mulai mencermati materi yang ada di Topik 1. Selain itu Anda juga dapat menambah informasi dari referensi lain yang telah dianjurkan sehingga Anda akan memiliki pengetahuan yang dalam tentang konsep dasar dokumentasi. Selamat belajar!

6.2 Definisi Dokumentasi dalam Kebidanan

Dokumentasi dalam kebidanan adalah suatu bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki oleh bidan dalam melakukan catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan Klien, bidan dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab bidan. Dokumentasi dalam asuhan kebidanan merupakan suatu pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap keadaan/kejadian yang dilihat dalam pelaksanaan asuhan kebidanan (proses asuhan kebidanan) (Muslihatun, Mudlilah, & Setyawati, 2009). Dokumentasi kebidanan juga diartikan sebagai bukti pencatatan dan pelaporan berdasarkan komunikasi tertulis yang akurat dan lengkap yang dimiliki oleh bidan dalam melakukan asuhan kebidanan dan berguna untuk kepentingan klien, tim kesehatan, serta bidan sendiri.

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

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

Berdasarkan penjelasan di atas, maka dapat disimpulkan bahwa dokumentasi kebidanan adalah proses pencacatan dan penyimpanan data-data yang bermakna dalam pelaksanaan kegiatan asuhan kebidanan dan pelayanan kebidanan. Untuk memperjelas perbedaan arti antara istilah asuhan kebidanan dengan pelayanan kebidanan, maka akan kita bahas sebagai berikut. Asuhan kebidanan diartikan sebagai asuhan kebidanan yang diberikan kepada individu/satu klien. Contohnya yaitu asuhan kebidanan pada ibu hamil. Dalam hal ini bidan melakukan asuhan kebidanan pada satu ibu hamil. Sedangkan yang dimaksud dengan pelayanan kebidanan adalah asuhan kebidanan yang dilakukan oleh bidan kepada sekelompok individu atau kepada masyarakat. Contohnya yaitu asuhan kebidanan yang diberikan kepada sekelompok ibu hamil seperti penyuluhan kepada sekelompok ibu PKK.

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

1. Tulisan yang berisi komunikasi tentang kenyataan yang esensial untuk menjagakemungkinan-kemungkinan yang bisa terjadi untuk suatu periode tertentu.
2. Menyiapkan dan memelihatkan kejadian-kejadian yang

- diperhitungkan melaluigambaran, catatan/dokumentasi.
3. Membuat catatan pasien yang otentik tentang kebutuhan asuhan kebidanan.
 4. Memonitor catatan profesional dan data dari pasien kegiatan perawatan, perkembangan pasien menjadi sehat atau sakit dan hasil asuhan kebidanan.
 5. Melaksanakan kegiatan perawatan pada pasien yang hampir meninggal dunia.

6.3 Tujuan dan Fungsi Dokumentasi

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

- a. Untuk mempertanggungjawabkan tindakan yang telah dilakukan bidan.
- b. Sebagai bukti dari setiap tindakan bidan bila terjadi gugatan terhadapnya.

Berdasarkan pendapat Muslihatun, Mudlilah, & Setiyawati (2009), catatan pasien merupakan suatu dokumentasi legal berbentuk tulisan, meliputi keadaan sehat dan sakit pasien pada masa lampau dan masa sekarang, menggambarkan asuhan kebidanan yang diberikan. Tujuan dokumen pasien adalah untuk menunjang tertibnya administrasi dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit/puskesmas. Selain sebagai suatu dokumen rahasia, catatan tentang pasien juga mengidentifikasi pasien dan asuhan kebidanan yang telah diberikan.

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

1. Membantu koordinasi asuhan kebidanan yang diberikan oleh tim kesehatan.

- a. Mencegah informasi yang berulang terhadap pasien atau anggota tim kesehatan atau mencegah tumpang tindih, atau tindakan yang mungkin tidak dilakukan untuk mengurangi kesalahan dan meningkatkan ketelitian dalam memberikan asuhan kebidanan pada pasien.
 - b. Membantu tim bidan dalam menggunakan waktu sebaik-baiknya karena dengan pendokumentasian, bidan tidak banyak menghabiskan waktu untuk berkomunikasi secara oral. Contoh: Seorang bidan melakukan pencatatan asuhan kebidanan yang telah dilaksanakannya sehingga bidan lain dapat mengetahui asuhan kebidanan tersebut dari catatan.
2. Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat.
- Bidan diharuskan mencatat segala tindakan yang dilakukan terhadap pasien sebagai upaya untuk melindungi pasien terhadap kualitas pelayanan kebidanan yang diterima dan perlindungan terhadap keamanan bidan dalam melaksanakan tugasnya. Hal ini penting berkaitan dengan langkah antisipasi terhadap ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan dan kaitannya dengan aspek hukum yang dapat dijadikan *settle concern*, artinya dokumentasi dapat digunakan untuk menjawab ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diterima secara hukum. Sebagai informasi statistik.

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

3. Sebagai sarana pendidikan.

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

4. Sebagai sumber data penelitian.

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

5. Sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan.

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

6. Sebagai sumber data asuhan kebidanan berkelanjutan.

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

7. Untuk menetapkan prosedur dan standar.

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

8. Untuk mencatat.

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

9. Untuk memberi instruksi.

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

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

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

pengadilan, maka dalam pencatatan, data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, objektif dan ditandatangani oleh bidan.

4. Aspek komunikasi, komunikasi dipakai sebagai koordinasi asuhan kebidanan yang diberikan oleh beberapa orang untuk mencegah pemberian informasi yang berulang ulang kepada pasien oleh anggota tim kesehatan, mengurangi kesalahan dan meningkatkan ketelitian dalam asuhan kebidanan, membantu tenaga bidan untuk menggunakan waktu dengan sebaik-baiknya, serta mencegah kegiatan yang tumpang tindih. Sebagai alat komunikasi, dokumentasi dapat mewujudkan pemberian asuhan kebidanan yang terkoordinasi dengan baik.
5. Selanjutnya, tujuan dari dilakukannya dokumentasi kebidanan menurut Fauziah, Afroh, & Sudarti (2010) meliputi tiga hal berikut ini.
 - a. Mengidentifikasi status kesehatan klien dalam rangka mencatat kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan tindakan, mengevaluasi tindakan.
 - b. Dokumentasi untuk penelitian, keuangan, hukum, dan etika.
 - c. Terkait penelitian, keuangan, hukum, dan etika, dokumentasi memiliki tujuan sebagai berikut.
 - 1) Bukti kualitas asuhan kebidanan.
 - 2) Bukti legal dokumentasi sebagai pertanggung-jawaban kepada klien.
 - 3) Informasi terhadap perlindungan individu.
 - 4) Bukti aplikasi standar praktik kebidanan.
 - 5) Sumber informasi statistik untuk standar dan riset kebidanan.
 - 6) Pengurangan biaya informasi.
 - 7) Sumber informasi untuk data yang harus dimasukkan.
 - 8) Komunikasi konsep risiko tindakan kebidanan.
 - 9) Informasi untuk mahasiswa.

- 10) Dokumentasi untuk tenaga profesional dan tanggungjawab etik.
- 11) Mempertahankan kerahasiaan informasi klien.
- 12) Suatu data keuangan yang sesuai.
- 13) Data perencanaan pelayanan kesehatan dimasa yang akan datang.

6.4 Prinsip- Prinsip Dokumentasi

Prinsip dokumentasi manajemen asuhan kebidanan adalah suatu hal yang diyakini dalam proses pencatatan, penyimpanan informasi, data fakta yang bermakna dalam pelaksanaan kegiatan yang merupakan alur pikir bagi seorang bidan yang memberikan arah/kerangka kerja dalam menangani kasus yang menjadi tanggung jawabnya. Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Wildan dan Hidayat (2009), prinsip-prinsip pendokumentasian harus memenuhi prinsip lengkap, teliti, berdasarkan fakta, logis dan dapat dibaca.

6.4.1 Lengkap

Maksudnya bahwa ketika mendokumentasikan data harus memenuhi prinsip lengkap.

Prinsip lengkap di sini berarti:

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

6.4.2 Teliti

Maksudnya bahwa ketika mendokumentasikan data harus memenuhi prinsip teliti.

Prinsip teliti meliputi:

1. Mencatat setiap ada perubahan rencana kebidanan.
2. Mencatat pelayanan kesehatan.
3. Mencatat pada lembar/bagan yang telah ditentukan.
4. Mencantumkan tanda tangan/paraf bidan.
5. Setiap kesalahan dikoreksi dengan baik.
6. Catatan hasil pemeriksaan ada kesesuaian dengan hasil laboratorium/instruksi dokter.

6.4.3 Berdasarkan fakta

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

1. Mencatat fakta daripada pendapat.
2. Mencatat informasi yang berhubungan dalam bagan/laboratorium.
3. Menggunakan bahasa aktif.

6.4.4 Logis

Maksudnya bahwa ketika mendokumentasikan data harus memenuhi prinsip logis.

Prinsip logis meliputi:

1. Jelas dan logis.
2. Catatan secara kronologis.
3. Mencantumkan nama dan nomor register pada setiap lembar.
4. Penulisan dimulai dengan huruf besar.

5. Setiap penulisan data memiliki identitas dan waktu (jam, hari, tanggal, bulan dan tahun).

6.4.5 Dapat dibaca

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

- a. Tulisan dapat dibaca.
- b. Bebas dari catatan dan koreksi.
- c. Menggunakan tinta.
- d. Menggunakan singkatan/istilah yang lazim digunakan.

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

1. Kesederhanaan

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

2. Keakuratan

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

3. Kesabaran

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

4. Ketepatan

Ketepatan dalam pendokumentasian merupakan syarat mutlak. Untuk memperoleh ketepatan diperlukan ketelitian penggunaan seperti penilaian gambaran klinis pasien, hasil laboratorium, pemeriksaan tambahan, pencatatan terhadap setiap rencana tindakan, pelayanan kesehatan, observasi yang dilakukan pada lembar atau bagan yang ditentukan, dan kesesuaian hasil pemeriksaan dengan hasil atau intruksi dokter dan tenaga kesehatan lainnya, dimana kesalahan dikoreksi dengan baik dan pada tanda bukti pencantuman ditandatangani oleh pihak-pihak yang berwenang.

5. Kelengkapan

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

6. Kejelasan dan keobjektifan

Dokumentasi kebidanan memerlukan kejelasan dan keobjektifan dari data yang ada, bukan merupakan data fiktif dan samar yang dapat menimbulkan kerancuan. Data untuk dokumentasi kebidanan harus logis, jelas, rasional, kronologis, serta mencantumkan nama dan nomor register. Penulisan dimulai dengan huruf besar dan setiap penulisan data memiliki identitas dan waktu.

Menurut Fauziah, Afroh, dan Sudarti (2010), prinsip-prinsip dokumentasi adalah sebagai berikut.

1. Dokumentasi secara lengkap tentang suatu masalah penting yang bersifat klinis. Dokumentasi kebidanan bertujuan untuk menyampaikan informasi penting tentang pasien. Rekam medis dipergunakan dalam

pendokumentasian asuhan kebidanan untuk memenuhi kewajiban profesional bidan dalam mengomunikasikan informasi penting. Data dalam catatan tersebut harus berisi informasi spesifik yang memberigambaran tentang kondisi pasien dan pemberian asuhan kebidanan, juga tentang evaluasi status pasien.

2. Lakukan penandatanganan dalam setiap pencatatan data. Setiap kali melakukan pencatatan, perlu dicantumkan nama bidan yang bertugas serta waktu pencatatan.
3. Tulislah dengan jelas dan rapi.

Tulisan yang jelas dan rapi akan menghindarkan kita dari kesalahan persepsi. Selain itu, dapat menunjang tujuan dari pendokumentasian, yakni terjalinnya komunikasi dengan tim tenaga kesehatan lain. Tulisan yang tidak jelas dan tidak rapi akan menimbulkan kebingungan serta menghabiskan banyak waktu untuk dapat memahaminya. Lebih bahaya lagi dapat menimbulkan cedera pada pasien jika ada informasi penting yang disalahartikan akibat ketidakjelasan tulisan tangan.

4. Gunakan ejaan dan kata kata baku serta tata bahasa medis yang tepat dan umum. Pencatatan yang berisi kata kata yang salah dan tata bahasa yang tidak tepat akan memberi kesan negatif kepada tenaga kesehatan lain. Hal tersebut menunjukkan kecerobohan dalam pendokumentasian.

Apabila munculkan sulit dicari kebenarannya karena tidak adanya bukti yang jelas. Untuk menghindari kesalahan dalam penggunaan kata baku, dapat dilakukan dengan menggunakan kamus kedokteran, kebidanan dan keperawatan, menuliskan daftar kata yang sering salah eja, ataupun menuliskan kalimat yang sering tidak jelas maknanya. Hindari penggunaan kata-kata yang panjang, tidak perlu, dan tidak bermanfaat. Selain itu, identifikasi dengan jelas subjek dari setiap kalimat.

5. Gunakan alat tulis yang terlihat jelas, seperti tinta untuk menghindari terhapusnya catatan.

Dalam pencatatan, penggunaan alat tulis yang baik dengan tinta, baik hitam maupun biru, dapat membantu tidak terhapusnya catatan. Bila menggunakan alat tulis yang bersifat mudah terhapus dan hilang seperti pensil, akan dapat menimbulkan kesalahan-kesalahan interpretasi dalam pencatatan.

6. Gunakan singkatan resmi dalam pendokumentasian.

Sebagian besar rumah sakit atau pelayanan kesehatan mempunyai daftar singkatan yang disepakati. Daftar ini harus tersedia bagi seluruh petugas kesehatan yang membuat dokumentasi dalam rekam medis, baik tenaga medis maupun mahasiswa yang melakukan praktik di institusi pelayanan.

7. Gunakan pencatatan dengan grafik untuk mencatat tanda vital.

Catatan dalam bentuk grafik dapat digunakan sebagai pengganti penulisan tanda vital dari laporan perkembangan. Hal ini memudahkan pemantauan setiap saat dari pasien terkait dengan perkembangan kesehatannya.

8. Catat nama pasien di setiap halaman.

Pencatatan nama pasien pada setiap halaman bertujuan untuk mencegah terselipnya halaman yang salah ke dalam catatan pasien dengan cara memberi stempel atau label pada setiap halaman dengan menginformasikan identitas pasien.

9. Berhati-hati ketika mencatat status pasien dengan HIV/AIDS.

Hal ini berkaitan dengan adanya kerahasiaan pada hasil tes HIV/AIDS di beberapa negara yang dilindungi oleh undang-undang. Saat ini banyak tempat pelayanan

kesehatan yang tidak mencantumkan informasi tentang status HIV/AIDS positif dalam status pasien atau rekam medis, termasuk di kardeks/catatan rawat jalan, atau catatan lain.

10. Hindari menerima intruksi verbal dari dokter melalui telepon, kecuali dalam kondisi darurat.

Mengingat banyaknya kesalahan dalam pendokumentasian melalui telepon karena ketidakjelasan penyampaian, maka sebaiknya hal ini dihindari kecuali dalam kondisi darurat ketika dokter tidak berada di tempat.

11. Apabila ditemukan intruksi yang tidak tepat.

Bidan hendaknya selalu memiliki kemampuan berpikir kritis dan memiliki analisis yang tajam. Apabila muncul ketidakjelasan dalam menerima instruksi atau tugas limpahan dari dokter, bidan sangat dianjurkan untuk bertanya tentang kejelasannya untuk menghindari terjadinya kesalahan persepsi.

12. Dokumentasi terhadap tindakan atau obat yang tidak diberikan.

Segala bentuk tindakan atau obat yang tidak boleh diberikan harus didokumentasikan secara lengkap disertai dengan alasan yang lengkap, untuk menentukan tindakan selanjutnya.

13. Catat informasi yang lengkap tentang obat yang diberikan.

Mencatat segala bentuk manajemen obat pada pasien adalah suatu hal yang harus dilakukan dalam proses dokumentasi kebidanan. Diantaranya tentang jenis obat, waktu pemberian obat, dan dosis obat.

14. Catat keadaan alergi obat atau makanan.

Pencatatan ini sangat penting karena menghindari tindakan yang kontraindikasi dapat memberi informasi yang berguna untuk tindakan antisipasi.

15. Catat daerah atau tempat pemberian injeksi atau suntikan
Hal ini karena tempat atau area suntikan yang tidak diketahui sebelumnya seperti adanya cedera atau lainnya.
16. Catat hasil laboratorium yang abnormal.
Hal ini sangat penting karena dapat menentukan tindakan segera.

6.5 Teknik Pendokumentasian

Teknik pendokumentasian merupakan cara menggunakan dokumentasi dalam penerapan proses asuhan. Ada 2 (dua) macam teknik pendokumentasian, yaitu teknik naratif dan flow sheet dengan penjelasan sebagai berikut.

6.5.1 Naratif

- Teknik naratif merupakan teknik yang dipakai untuk mencatat perkembangan pasien dari hari ke hari dalam bentuk narasi, yang mempunyai beberapa keuntungan dan kerugian. Keuntungan teknik pendokumentasian naratif adalah sebagai berikut.
- Membuat dokumentasi yang kronologis sehingga membantu menginterpretasikan kejadian pada pasien secara berurutan.
- Memberi kebebasan kepada petugas untuk memilih bagaimana informasi yang akan dicatat.

Sedangkan kerugian teknik pendokumentasian naratif adalah sebagai berikut.

- a. Memungkinkan terjadinya fragmentasi kata-kata yang berlebihan, kata yang tidak berarti, kadang-kadang sulit mencari informasi kembali, pesan mudah terlupakan, pengulangan dibutuhkan dari setiap sumber.
- b.

- c. Membutuhkan waktu yang panjang, urutan kronologis akan lebih sulit sebab hubungan informasi yang didokumentasikan pada tempat yang sama.

Pedoman dalam teknik pendokumentasian naratif adalah sebagai berikut.

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

6.5.2 Flow Sheet

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

Keuntungan dalam menggunakan flow sheet antara lain sebagai berikut.

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

Sedangkan kerugian dalam menggunakan flow sheet antara lain sebagai berikut.

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

DAFTAR PUSTAKA

- Akbar, Muhammad Ilham. Dachlan, Ery Gumilar. 2013. Deteksi Preeklamsia dan Eklamsia, disampaikan dalam SOGU 5 Surabaya.
- Cunningham, William. 2002. William Obstetri vol 2. EGC Jakarta.
- Campbell S, Lee C. Obstetric emergencies. In: Campbell S, Lee C, editors. *Obstetrics by Ten Teachers*. 17th edition. Arnold Publishers; 2000. pp. 303-317.
- Depkes RI. 2007. Paket Pelatihan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif. JNPK-KR. Jakarta Depkes RI. Pedoman MTBM. Depkes RI. Jakarta
- Nwobodo EL. Obstetric emergencies as seen in a tertiary health institution in North-Western Nigeria: maternal and fetal outcome. *Nigerian Medical Practitioner*. 2006; 49(3): 54–55.
- Departemen Kesehatan RI. 2001. Pedoman Pelayanan Kebidanan Dasar. Jakarta: Depkes RI bekerjasama dengan United Nation Population Found
- D. Muma, Richard. 1997. “HIV”. Jakarta. Buku Kedokteran EGC.
- Departemen Kesehatan RI. 2001. Pedoman Pelayanan Kebidanan Dasar. Jakarta: Depkes RI bekerjasama dengan United Nation Population Found
- Direktorat Jendral Pembinaan Kesehatan Masyarakat. 1995. “Kumpulan Materi Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR)”. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Effendy, Nasrul. 1998. Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat. Jakarta: EGC
- Gani, Ascobat. 1993. “Makanan Untuk Bayi”. Jakarta: Perkumpulan Perinatologi Indonesia.

- Handajani, Sutjiati Dwi. 2012. *Kebidanan Komunitas: Konsep & Manajemen Asuhan*. Jakarta: EGC
- Effendy, Nasrul. 1998. *Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC
- Handajani, Sutjiati Dwi. 2012. *Kebidanan Komunitas: Konsep & Manajemen Asuhan*. Jakarta: EGC
- Machfoedz, Ircham. 2005. "Pendidikan Kesehatan Promosi Kesehatan". Yogyakarta: Fitramaya.
- Notoatmojo, Soekidjo. 2003. "Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan". Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Reid, Lindsay. 2007. *Midwifery: Freedom to Practise? An International Exploration of Midwifery Practice British*: Elsevier.
- Runjati. 2011. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC
- Safrudin& Hamidah. 2009. *Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC
- Syafrudin. 2009. *Sosial Budaya Dasar untuk Mahasiswa Kebidanan*. Jakarta: TIM.
- Varney, Helen. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC
- Yulifah & Yuswanto. 2009. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Jakarta: Salemba Medika.