

BAHAN AJAR
KEBIDANAN

ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS



» Elly Dwi Wahyuni



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

PUSAT PENDIDIKAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
EDISI TAHUN 2018

ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS

» Elly Dwi Wahyuni



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

PUSAT PENDIDIKAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
EDISI TAHUN 2018

Hak Cipta © dan Hak Penerbitan dilindungi Undang-undang

Cetakan pertama, Agustus 2018

Penulis : *Elly Dwi Wahyuni, S.ST., M.Keb.*

Pengembang Desain Instruksional : *Sri Utami, S.ST., M.Kes.*

Desain oleh Tim P2M2 :

Kover & Ilustrasi : *Faisal Zamil, S.Des.*

Tata Letak : *Restu Mawardi*

Jumlah Halaman : 244

DAFTAR ISI

	Halaman
BAB I: KONSEP DASAR KEBIDANAN KOMUNITAS	1
Topik 1.	
Konsep Kebidanan Komunitas	3
Latihan	9
Ringkasan	9
Tes 1	10
Topik 2.	
Unsur-unsur Kebidanan Komunitas	12
Latihan.	29
Ringkasan	30
Tes 2	30
KUNCI JAWABAN TES	32
DAFTAR PUSTAKA	33
BAB II: KONSEP PENGELOLAAN PROGRAM KESEHATAN IBU DAN ANAK (KIA) DI KOMUNITAS	34
Topik 1.	
Konsep Program KIA dan Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA)	36
Latihan	45
Ringkasan	45
Tes 1	46
Topik 2.	
Prinsip Pengelolaan Program KIA	48
Latihan	61
Ringkasan	61
Tes 2	62
Topik 3.	

Rujukan	63
Latihan	69
Ringkasan	69
Tes 3	70
KUNCI JAWABAN TES	72
GLOSARIUM	73
DAFTAR PUSTAKA	74
BAB III: PENGUMPULAN DATA DENGAN METODE PARTISIPATIF	75
Topik 1.	
Analisis Situasi Kesehatan	77
Latihan	83
Ringkasan	83
Tes 1	83
Topik 2.	
Analisis Situasi yang Partisipatif (<i>Participatory Rural Appraisal</i>)	85
Latihan	99
Ringkasan	100
Tes 2	100
KUNCI JAWABAN TES	102
GLOSARIUM	103
DAFTAR PUSTAKA	104
BAB IV: ASUHAN KEBIDANAN PADA KELUARGA DI KOMUNITAS	105
Topik 1.	
Konsep Keluarga	107
Latihan	117
Ringkasan	117
Tes 1	118
Topik 2.	
Asuhan Kebidanan pada Keluarga di Komunitas	120

Latihan	127
Ringkasan	127
Tes 2	128
KUNCI JAWABAN TES	145
DAFTAR PUSTAKA	146
BAB V: PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS	147
Topik 1.	
Konsep Dasar Dokumentasi	148
Latihan	160
Ringkasan	160
Tes 1	161
Topik 2.	
Metode Pendokumentasian Manajemen Kebidanan	163
Latihan	177
Ringkasan	177
Tes 2	178
KUNCI JAWABAN TES	188
GLOSARIUM	189
DAFTAR PUSTAKA	190
BAB VI: PROMOSI KESEHATAN DALAM ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS	191
Topik 1.	
Dasar-Dasar Promosi Kesehatan	193
Latihan	215
Ringkasan	215
Tes 1	216
Topik 2.	
Perencanaan dalam Program Promosi Kesehatan	218
Latihan	231

Ringkasan	231
Tes 2	232
KUNCI JAWABAN TES	234
GLOSARIUM	235
DAFTAR PUSTAKA	236

BAB 1

KONSEP DASAR KEBIDANAN KOMUNITAS

Elly Dwi Wahyuni, S.ST., M.Keb.

Pendahuluan

Mahasiswa Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL) D III Kebidanan, selamat bertemu di bab pertama bahan ajar kebidanan komunitas. Di Bab 1 ini Saudara akan mempelajari tentang dasar kebidanan komunitas yang menekankan pada aspek pendekatan siklus hidup perempuan. Adapun materi yang akan dibahas meliputi konsep kebidanan komunitas, tujuan kebidanan komunitas, prinsip pelayanan/asuhan kebidanan komunitas, tanggung jawab bidan, dan ruang lingkup pelayanan bidan di komunitas.

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

Kehamilan dan persalinan adalah proses alami kodrati, tetapi jelas merupakan beban fisik mental dan ekonomi bagi ibu, suami, dan keluarga. Setiap ibu hamil ada risiko terjadi komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kesakitan/kecacatan/kematian ibu atau bayi. Kematian pada ibu kebanyakan terjadi pada keluarga dengan sosial budaya, ekonomi, pendidikan yang rendah, dan keluarga tidak mampu (keluarga miskin/ gakin). Diperburuk dengan kendala akses rujukan pada ibu-ibu yang tinggal di desa terpencil, di pulau-pulau/pegunungan/dekat sungai besar dengan rawan banjir, dimana persalinan di rumah masih tinggi 60-80%. Kematian ibu/bayi merupakan kegagalan kesehatan dan kegagalan sosial. Oleh karena itu, pola pelayanan kesehatan ibu yang relevan dengan kondisi geografis, status keluarga, tingkat pendidikan, dan budaya masyarakat sangat dibutuhkan. Bidan sebagai pendamping perempuan, diharapkan mampu memberikan pelayanan yang bersifat individual maupun kelompok dengan menggunakan strategi untuk mengatasi kendala terkait sosial budaya, kemiskinan, fasilitas kesehatan, dan lingkungan.

Bahan ajar asuhan kebidanan komunitas ini terdiri dari enam bab. Saat ini Anda memasuki Bab 1 yang berjudul konsep dasar kebidanan komunitas, membantu Anda dalam hal memahami asuhan kebidanan komunitas dan mampu melaksanakannya dengan benar.

Untuk memudahkan Anda dalam mempelajarinya, bahan ajar ini dikemas dalam dua topik yang disusun dengan urutan sebagai berikut.

1. Topik 1 : Konsep kebidanan komunitas, dan
2. Topik 2 : Unsur-unsur kebidanan komunitas

Setelah mempelajari materi di kedua topik Bab 1 ini, diharapkan Anda mampu menjelaskan tentang konsep kebidanan komunitas dan di akhir proses pembelajaran Anda akan dapat:

1. menjelaskan konsep asuhan kebidanan,
2. menjelaskan tentang konsep kebidanan komunitas,
3. menjelaskan tentang tujuan kebidanan komunitas,
4. menjelaskan tentang prinsip pelayanan asuhan kebidanan di komunitas,
5. menjelaskan tentang tanggung jawab bidan pada pelayanan kebidanan komunitas,
6. menjelaskan tentang ruang lingkup pelayanan kebidanan komunitas.

Sebelum memulai pembelajaran di bab ini, pahami kembali tentang konsep kebidanan, asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin dan BBL, nifas, bayi dan balita serta keluarga berencana. Pemahaman yang baik terhadap materi tersebut akan memudahkan proses pembelajaran pada asuhan kebidanan komunitas ini. Selain itu, untuk mempelajari bahan ajar ini dengan baik maka ikuti langkah belajar sebagai berikut.

1. Pahami dulu berbagai kegiatan penting di bab ini mulai tahap awal sampai tahap akhir.
2. Pelajari materi secara berurutan mulai dari materi awal sampai dengan akhir, karena materi yang dibahas pada kegiatan sebelumnya berkaitan erat dengan materi yang dibahas pada kegiatan berikutnya.
3. Keberhasilan proses pembelajaran Anda dalam mata kuliah ini sangat tergantung kepada kesungguhan Anda dalam mengerjakan latihan. Untuk itu berlatihlah secara mandiri atau berkelompok dengan teman sejawat.
4. Anda harus mempunyai keyakinan yang kuat untuk belajar dan mempraktikkan materi yang tertuang dalam bab ini.
5. Untuk mempelajari Bab 1 ini dibutuhkan waktu setidaknya 90 menit.
6. Bila Anda menemui kesulitan, silahkan hubungi instruktur/pembimbing yang mengajar pada mata kuliah ini.

Baiklah, selamat belajar dan semoga Anda sukses memahami pengetahuan yang diuraikan dalam mata kuliah Asuhan Kebidanan komunitas ini untuk bekal bertugas menjadi bidan yang profesional dan jangan lupa memohon kepada Tuhan Yang Maha Esa agar Anda dimudahkan dalam mempelajari bab ini, sehingga dapat berhasil dengan baik.

Topik 1

Konsep Kebidanan Komunitas

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang saya banggakan, selamat bertemu di Topik 1 yang akan membahas lebih luas tentang asuhan kebidanan komunitas. Untuk menjadi bidan di komunitas di harapkan Anda mampu berperan tidak hanya sebagai pemberi pelayanan, sebagai komunikator, pengambil keputusan namun juga sebagai pemimpin komunitas dalam menggerakkan masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan terutama kesehatan perempuan, bayi, dan balita di wilayah kerjanya, sehingga masyarakat dapat mengatasi secara mandiri mengenai masalah dan kebutuhannya. Untuk lebih jelas dan memahami tentang asuhan kebidanan komunitas, berikut uraian penjelasannya.

A. PENGERTIAN DAN TUJUAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Kebidanan komunitas adalah pelayanan kebidanan yang menekankan pada aspek-aspek psikososial budaya yang ada di komunitas (masyarakat sekitar). Maka seorang bidan dituntut mampu memberikan pelayanan yang bersifat individual maupun kelompok. Untuk itu bidan perlu dibekali dengan strategi-strategi untuk mengatasi tantangan/kendala seperti berikut ini.

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

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

Tujuan kebidanan komunitas mencakup tujuan umum dan tujuan khusus berikut ini.

1. Tujuan umum
Seorang bidan komunitas mampu meningkatkan kesejahteraan masyarakat, khususnya kesehatan perempuan di wilayah kerjanya, sehingga masyarakat mampu mengenali masalah dan kebutuhan serta mampu memecahkan masalahnya secara mandiri.

2. Tujuan Khusus

- a. Meningkatkan cakupan pelayanan kebidanan komunitas sesuai dengan tanggung jawab bidan.
- b. Meningkatkan mutu pelayanan ibu hamil, pertolongan persalinan, perawatan nifas dan perinatal secara terpadu.
- c. Menurunkan jumlah kasus-kasus yang berkaitan dengan risiko kehamilan, persalinan, nifas, dan perinatal.
- d. Mendukung program-program pemerintah lainnya untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian pada ibu dan anak.
- e. Membangun jaringan kerja dengan fasilitas rujukan dan tokoh masyarakat setempat atau terkait.

B. SEJARAH KEBIDANAN KOMUNITAS DI INDONESIA

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

Pada tahun 1953 di Yogyakarta diadakan kursus tambahan bagi bidan (KTB), yang berfokus pada kesehatan masyarakat. Dengan demikian pemerintah mengakui bahwa peran bidan tidak hanya terbatas pada pelayanan di rumah sakit tetapi juga meluas pada pelayanan masyarakat, yang berbasis di balai kesehatan ibu dan anak (BKIA) di tingkat kecamatan. Ruang lingkup pelayanan BKIA meliputi pelayanan antenatal (pemberian pendidikan kesehatan, nasehat perkawinan, perencanaan keluarga); intranatal; postnatal (kunjungan rumah, termasuk pemeriksaan dan imunisasi bayi, balita, dan remaja); penyuluhan gizi, pemberdayaan masyarakat; serta pemberian makanan tambahan. Pengakuan ini secara formal dalam bentuk adanya bidan koordinator yang secara struktural tercatat di jenjang inspektorat kesehatan, mulai daerah tingkat I (Propinsi) sampai dengan II (Kabupaten).

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

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

Gerakan Sayang Ibu (GSI) saat Departemen Kesehatan menerapkan inisiatif safe motherhood malah diprakarsai oleh Kantor Menteri Pemberdayaan Perempuan tahun 1996 dengan tujuan meningkatkan partisipasi masyarakat untuk menurunkan AKI. Pada tahun yang sama (1996), Ikatan Bidan Indonesia (IBI) melakukan advokasi pada pemerintah yang melahirkan program pendidikan Diploma III Kebidanan (setingkat akademi). Program baru ini memasukkan lebih banyak materi yang dapat membekali bidan untuk bisa menjadi agen pembaharu di masyarakat, tidak hanya di fasilitas klinis (IBI, 2005).

C. PRINSIP PELAYANAN ASUHAN DAN TANGGUNG JAWAB BIDAN PADA PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Prinsip pelayanan asuhan kebidanan komunitas adalah sebagai berikut.

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

Sedangkan tanggung jawab bidan pada pelayanan kebidanan komunitas meliputi kemampuan memberikan penyuluhan dan pelayanan individu, keluarga, dan masyarakat. Untuk itu diperlukan kemampuan untuk menilai mana tradisi yang baik dan membahayakan, budaya yang sensitif gender dan tidak, nilai-nilai masyarakat yang adil gender dan tidak, dan hukum serta norma yang ternyata masih melanggar hak asasi manusia. Disamping itu, bidan harus mampu bertindak profesional dalam bentuk:

- a. Mampu memisahkan antara nilai-nilai dan keyakinan pribadi dengan tugas kemanusiaan sebagai bidan, dan
- b. Mampu bersikap non judgemental (tidak menghakimi), non discriminative (tidak membedakan), dan memenuhi standar prosedur kepada semua klien (perempuan, laki-laki, transgender).

D. RUANG LINGKUP PELAYANAN KEBIDANAN DI KOMUNITAS

Pelayanan/asuhan kebidanan komunitas merupakan salah satu area praktik bidan, yang pelayanannya diberikan baik pada individu, keluarga, maupun masyarakat luas dengan memperhatikan dan menghargai budaya dan nilai-nilai masyarakat setempat untuk meningkatkan kualitas hidup perempuan dan keluarganya. Dalam praktiknya menggunakan pendekatan pemecahan masalah yang dikenal dengan proses/manajemen kebidanan. Langkah/proses manajemen kebidanan meliputi hal berikut ini.

1. Mengumpulkan secara sistematis dan mengupdate secara lengkap data yang relevan untuk pengkajian yang komprehensif keadaan kesehatan setiap klien termasuk riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik yang teliti.
2. Mengidentifikasi dan menetapkan diagnosa berdasarkan interpretasi data dasar.
Setelah ditetapkan diagnosa maka bidan harus menentukan rencana untuk mengatasi permasalahan kesehatan yang ditemukan. Contoh: hasil pemeriksaan Ibu hamil didapatkan konjungtiva pucat dan pemeriksaan laboratorium penunjang hasil haemoglobin rendah di bawah normal. Maka ibu dinyatakan diagnosa hamil dengan anemia.
3. Mengidentifikasi kebutuhan asuhan/masalah klien.
Contoh: Ibu hamil dengan anemia, maka rencana yang paling tepat adalah memberikan tablet zat besi untuk meningkatkan kadar haemoglobin.
4. Memberikan informasi dan dukungan pada klien agar mampu mengambil keputusan untuk kesehatannya.
Bidan melakukan pendidikan kesehatan terkait dengan kondisi kesehatan yang ditemukan dengan harapan klien dapat mengikuti anjuran dari bidan untuk mengatasi masalah kesehatannya.

5. Mengembangkan rencana asuhan bersama klien.

Setiap rencana yang akan dilakukan sebaiknya melibatkan klien agar klien merasa apa yang diberikan merupakan kebutuhannya. Contoh: ibu hamil yang anemia perlu penambah zat besi untuk kesehatan ibu dan janin.

Adapun ruang lingkup pelayanan kebidanan di komunitas adalah sebagai berikut.

1. Peningkatan kesehatan (promotif)

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

2. Pencegahan (preventif)

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

3. Deteksi dini komplikasi dan pertolongan kegawatdaruratan.

Bidan diharapkan mempunyai kemampuan dalam deteksi dini komplikasi melalui keterampilan tambahan yang dimiliki untuk menangani kasus kegawatdaruratan maternal dan neonatal sehingga dalam proses rujukan tidak mengalami keterlambatan.

4. Meminimalkan kesakitan dan kecacatan.

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

5. Pemulihan kesehatan (rehabilitasi).

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

6. Kemitraan dengan LSM setempat, organisasi masyarakat, organisasi sosial, kelompok masyarakat yang melakukan upaya untuk mengembalikan individu ke lingkungan keluarga dan masyarakat. Terutama pada kondisi bahwa stigma masyarakat perlu dikurangi seperti Tuberculosis (TB), kusta, Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), kehamilan tidak diinginkan (KTD), kekerasan dalam rumah tangga (KDRT), prostitusi, korban perkosaan, dan injecting drug user (IDU).

E. PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Pemberdayaan masyarakat adalah segala upaya fasilitasi yang bersifat persuasif dan tidak memerintah yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, perilaku, dan kemampuan masyarakat dalam menemukan, merencanakan dan memecahkan masalah menggunakan sumber daya/potensi yang mereka miliki, termasuk partisipasi dan dukungan tokoh-tokoh masyarakat serta LSM yang ada dan hidup di masyarakat. Pemberdayaan keluarga di bidang kesehatan akan menghasilkan kemandirian keluarga dalam menemukan masalah kesehatan yang ada dalam keluarganya, kemudian mampu merencanakan dan mengambil keputusan untuk memecahkan masalah kesehatannya sendiri tanpa bantuan pihak lain (Parker, 2003).

Salah satu strategi yang dapat ditempuh untuk menghasilkan kemandirian di bidang kesehatan baik pada masyarakat maupun pada keluarga adalah pendekatan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE). Artinya bahwa harus ada komunikasi antara bidan dengan masyarakat, kemudian melalui komunikasi pula bidan memberikan informasi dan melakukan pendidikan kesehatan.

Strategi pemberdayaan masyarakat dan pemberdayaan perempuan diantaranya dapat ditempuh dengan langkah sebagai berikut.

1. Meningkatkan kesadaran perempuan dan masyarakat tentang pentingnya kesehatan.
2. Meningkatkan kesadaran perempuan dan masyarakat untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang telah disediakan oleh pemerintah.
3. Mengembangkan berbagai cara untuk menggali dan memanfaatkan sumber daya yang dimiliki oleh masyarakat untuk pembangunan kesehatan.
4. Mengembangkan berbagai bentuk kegiatan pembangunan kesehatan yang sesuai dengan kultur budaya masyarakat setempat.
5. Mengembangkan manajemen sumber daya yang dimiliki masyarakat secara terbuka (transparan).

Para mahasiswa yang saya banggakan, pembelajaran Topik 1 tentang konsep kebidanan komunitas telah selesai Anda pelajari. Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, silahkan Anda kerjakanlah latihan berikut!

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

- 1) Bagi kelas menjadi 5 kelompok
Masing-masing kelompok mengidentifikasi hambatan dan tantangan serta cara mengatasi permasalahan berikut selama 15 menit.
 - a) Kelompok 1: Tantangan dan hambatan sosial budaya
 - b) Kelompok 2: Tantangan dan hambatan ekonomi
 - c) Kelompok 3: Tantangan dan hambatan hukum
 - d) Kelompok 4: Tantangan dan hambatan fasilitas kesehatan termasuk kebijakan
 - e) Kelompok 5: Tantangan dan hambatan lingkunganMasing-masing kelompok mempresentasikan hasil diskusi, mahasiswa lain memberikan tanggapan.
- 2) Telusuri sejarah bidan/kebidanan di kota asalmu!

Ringkasan

- 1) Kebidanan komunitas adalah pelayanan kebidanan yang menekankan pada aspek-aspek psikososial budaya yang ada di komunitas (masyarakat sekitar). Seorang bidan dituntut mampu memberikan pelayanan yang bersifat individual maupun kelompok. Pelayanan Kebidanan komunitas merupakan bentuk pelayanan kebidanan yang diharapkan dapat mengatasi permasalahan kesehatan perempuan dengan lebih komprehensif. Seorang bidan komunitas diharapkan mampu meningkatkan kesejahteraan masyarakat, khususnya kesehatan perempuan di wilayah kerjanya, sehingga masyarakat mampu mengenali masalah dan kebutuhan serta mampu memecahkan masalahnya secara mandiri.
- 2) Tanggung jawab bidan pada pelayanan kebidanan komunitas meliputi kemampuan memberikan penyuluhan dan pelayanan individu, keluarga, dan masyarakat.
- 3) 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.

- 4) Pemberdayaan masyarakat adalah segala upaya fasilitasi yang bersifat persuasif dan tidak memerintah yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, perilaku, dan kemampuan masyarakat dalam menemukan, merencanakan dan memecahkan masalah menggunakan sumber daya/potensi yang mereka miliki, termasuk partisipasi dan dukungan tokoh-tokoh masyarakat serta LSM yang ada dan hidup di masyarakat.

Tes 1

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- 1) Apakah tujuan secara umum dari asuhan kebidanan komunitas?
 - A. Meningkatkan kemampuan masyarakat agar dapat mencapai kesehatan secara mandiri
 - B. Meningkatkan kemampuan masyarakat agar sehat fisik dan mental serta sosial secara optimal
 - C. Meningkatkan kemampuan individu agar dapat menjalankan fungsinya secara optimal
 - D. Menurunkan masalah kesehatan masyarakat agar dapat menjalankan tugas dan fungsinya secara optimal
- 2) Seorang Bidan komunitas sedang membuat kerjasama dengan pemerintahan desa untuk mendapatkan bantuan dana bagi biaya persalinan masyarakatnya agar masyarakat mendapat bantuan biaya persalinan. Apakah bentuk peran serta masyarakat untuk kasus diatas?
 - A. Tabungan ibu bersalin
 - B. Donor darah berjalan
 - C. Ambulan desa
 - D. Suami siaga

- 3) Seorang Bidan di suatu Posyandu memberikan simulasi dan role play tentang cara hidup sehat kepada pasangan usia subur meliputi pemberian gizi, KB personal hygiene, imunisasi. Apakah jenis kegiatan yang dilakukan oleh Bidan tersebut?
- A. Pameran Kesehatan
 - B. Specific Protection
 - C. Health Promotion
 - D. Preventif care
- 4) Bidan mengkaji kesehatan keluarga di komunitas membutuhkan suatu pengkajian mengenai kegiatan sehari-hari kepala keluarga di luar pekerjaan tetap, hal ini agar dapat memberikan asuhan sesuai dengan kewenangannya dan dapat didokumentasikan dengan baik. Apakah data yang perlu dikaji pada kegiatan tersebut?
- A. Data dasar keluarga
 - B. Sosial budaya keluarga
 - C. Status kesehatan ekonomi
 - D. Riwayat penyakit yang pernah diderita
- 5) Apakah fokus dari upaya pelayanan kesehatan pada asuhan kebidanan komunitas ?
- A. Rehabilitatif dan promotif
 - B. Promotif dan preventif
 - C. Preventif dan kurative
 - D. Promotif dan kurative

Topik 2

Unsur-unsur Kebidanan Komunitas

Mahasiswa RPL yang saya banggakan, saat ini kita memasuki Topik 2 yang akan membahas tentang unsur-unsur kebidanan komunitas. Materi yang akan dipelajari meliputi sasaran kebidanan komunitas, tugas utama dan tambahan bidan di komunitas, bidan praktik swasta, dan pelayanan kebidanan komunitas. Setelah mempelajari materi – materi tersebut di harapkan Anda lebih memahami apa yang menjadi unsur – unsur di dalam kebidanan komunitas. Baiklah, selamat belajar, semoga menjadi Bidan yang profesional!

A. SASARAN KEBIDANAN KOMUNITAS

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

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

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

Strategi intervensi kebidanan komunitas yaitu proses kelompok, pendidikan kesehatan, dan kerja sama (kemitraan). Kebidanan komunitas merupakan bentuk pelayanan/asuhan langsung yang berfokus pada kebutuhan dasar komunitas. Upaya yang dapat ditempuh untuk meningkatkan kerjasama dengan masyarakat adalah dengan cara sebagai berikut (Azwar, 2001).

1. Mengorganisir masyarakat.
Dengan cara melakukan pendekatan kepada tokoh masyarakat, kunjungan atau tatap muka untuk menjelaskan maksud dan tujuan dilakukan kegiatan asuhan komunitas sesuai dengan kebutuhan masyarakat.
2. Mengajar masyarakat seperti perilaku hidup sehat.
Sebagai bidan yang berperan sebagai pendidik, seyogyanya menerapkan tindakan preventif dan promotif, salah satunya adalah bagaimana menginformasikan perilaku hidup sehat pada individu maupun kelompok. Sebagai contoh adalah memberikan penyuluhan tentang pentingnya cuci tangan sebelum makan.
3. Membentuk jaringan kerja.
Beberapa jaringan kerja bidan di komunitas antara lain Puskesmas, Polindes, Posyandu, BPM, dasawisma, kunjungan rumah pasien (Syahlan, 1996). Di masyarakat banyak tenaga kesehatan maupun non kesehatan, seperti PKK, kelompok ibu-ibu pengajian, dukun beranak, kader kesehatan, perawat, PLKB, dokter, pekerja sosial, dll. Untuk itu bekerjasama dalam tim menjadi sangat penting. Dengan demikian bidan sebagai pimpinan tim diharapkan mampu sebagai pengelola dan sekaligus pelaksana kegiatan kebidanan di komunitas, sehingga diperlukan kerjasama lintas program dan lintas sektor. Tujuannya adalah meningkatkan koordinasi dan komunikasi serta meningkatkan kemampuan bersama dalam menanggulangi masalah kesehatan dan memaksimalkan manfaat semua pihak. Jaringan kerjasama yang dilaksanakan di dalam satu instansi misalnya imunisasi, pemberian tablet FE, vitamin A, Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dan sebagainya. Sedangkan kerjasama lintas sektor (yang melibatkan intitusi luar) misalnya melalui BIAS (Bulan Imunisasi Anak Sekolah), PAUD dan sebagainya.
4. Memberdayakan pihak lain.
Pemberdayaan pihak lain adalah pemanfaatan fasilitas dan potensi yang ada di masyarakat untuk diberdayakan, seperti potensi sumber daya alam, potensi desa, dan sumber daya manusia atau kader kesehatan. Contohnya adalah bila di suatu desa ditemukan lahan industri maka pabrik atau instansi terkait terlibat untuk memberikan fasilitas kesehatan yang sifatnya umum yaitu didirikan tempat Mandi Cuci Kakus (MCK) bagi warga yang tidak memiliki sumber air bersih dan pembuangan hajat di rumahnya.

5. Membicarakan masalah secara terbuka.

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

B. TUGAS UTAMA BIDAN DI KOMUNITAS

Kebidanan sebagai pelayanan profesional mempunyai wilayah pelayanan tersendiri sehingga tidak tumpang tindih dengan profesi yang lain. Peran, fungsi, tugas/tanggung jawab, dan kompetensi bidan dirumuskan sesuai dengan wewenang yang diberikan pemerintah kepada bidan dalam melaksanakan tugasnya. Asuhan mendasar kebidanan komunitas mencakup pencegahan, deteksi dini untuk rujukan, asuhan kegawatdaruratan, maternal dan neonatal, pertolongan pertama pada penyakit, pengobatan ringan, asuhan pada kondisi kronik, dan pendidikan kesehatan. Untuk menangani hal tersebut maka bidan perlu melaksanakan kegiatan seseuai dengan kewenangannya dalam menjalankan praktik mandiri.

Bidan mempunyai peran, fungsi, tugas/ tanggung jawab yang besar dalam melaksanakan asuhan kebidanan komunitas.

1. Peran Bidan

Intervensi kebidanan yang dilakukan mencakup pendidikan kesehatan (promosi kesehatan), kesehatan ibu dan anak dengan pendekatan siklus kehidupan, melakukan kerjasama lintas program dan lintas sektoral untuk mengatasi masalah kesehatan yang ada di komunitas serta melakukan rujukan kebidanan bila mana ada kasus kegawatdaruratan maternal dan neonatal. Dengan demikian, bidan dituntut harus kompeten dalam pengetahuan dan keterampilan. Dalam upaya pelayanan kebidanan yang berfokus pada kesehatan reproduksi ibu dan anak, maka bidan memiliki peran sebagai pelaksana, pengelola, pendidik, dan peneliti (IBI, 2005).

a. Peran sebagai Pelaksana

Bidan sebagai pelaksana memberikan pelayanan kebidanan kepada wanita dalam siklus kehidupannya yaitu asuhan ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, nifas, neoantus, bayi anak dan balita, remaja, masa antara, keluarga berencana dan lansia. Sebagai pelaksana bidan mempunyai tiga kategori tugas yaitu tugas mandiri, tugas kolaborasi, dan tugas ketergantungan.

1) Tugas Mandiri

Tugas mandiri bidan meliputi hal – hal berikut ini.

- a) Menetapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan yang diberikan.
- b) Memberi pelayanan dasar pranikah pada anak remaja dan dengan melibatkan mereka sebagai klien. Membuat rencana tindak lanjut tindakan/layanan bersama klien.
- c) Memberi asuhan kebidanan kepada klien selama kehamilan normal.
- d) Memberi asuhan kebidanan kepada klien dalam masa persalinan dengan melibatkan klien / keluarga.
- e) Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir.
- f) Memberi asuhan kebidanan pada klien dalam masa nifas dengan melibatkan klien/keluarga.
- g) Memberi asuhan kebidanan pada wanita usia subur yang membutuhkan pelayanan keluarga berencana.
- h) Memberi asuhan kebidanan pada wanita dengan gangguan sistem reproduksi dan wanita dalam masa klimakterium serta menopause.
- i) Memberi asuhan kebidanan pada bayi dan balita dengan melibatkan keluarga dan pelaporan asuhan.

2) Tugas Kolaborasi

Tugas-tugas kolaborasi (kerja sama) bidan, yaitu:

- a) Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai fungsi kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga.
- b) Memberi asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
- c) Mengkaji kebutuhan asuhan pada kasus risiko tinggi dan keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
- d) Memberi asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan dengan risiko tinggi serta keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga.
- e) Memberi asuhan kebidanan pada ibu dalam masa nifas dengan risiko tinggi serta pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi bersama klien dan keluarga.
- f) Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi bersama klien dan keluarga.

- g) Memberi asuhan kebidanan pada balita dengan risiko tinggi serta pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi bersama klien dan keluarga.

3) Tugas ketergantungan

Tugas-tugas ketergantungan (merujuk) bidan, yaitu:

- a) Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai dengan fungsi keterlibatan klien dan keluarga.
- b) Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada kasus kehamilan dengan risiko tinggi serta kegawatdaruratan.
- c) Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi serta rujukan pada masa persalinan dengan penyulit tertentu dengan melibatkan klien dan keluarga.
- d) Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada ibu dalam masa nifas yang disertai penyulit tertentu dan kegawatdaruratan dengan melibatkan klien dan keluarga.
- e) Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi serta rujukan dengan melibatkan keluarga.
- f) Memberi asuhan kebidanan kepada anak balita dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi serta rujukan dengan melibatkan klien/keluarga.

b. Peran sebagai Pengelola

Sebagai pengelola bidan memiliki 2 tugas, yaitu tugas pengembangan pelayanan dasar kesehatan dan tugas partisipasi dalam tim.

- 1) Mengembangkan pelayanan dasar kesehatan di wilayah kerjanya.
- 2) Berpartisipasi dalam tim. Bidan berpartisipasi dalam tim untuk melaksanakan program kesehatan sektor lain melalui dukun bayi, kader kesehatan, serta tenaga kesehatan lain yang berada di bawah bimbingan dalam wilayah kerjanya.

c. Peran sebagai Pendidik

Sebagai pendidik bidan memiliki 2 tugas yaitu:

- 1) Memberi pendidikan dan penyuluhan kesehatan pada klien
- 2) Melatih dan membimbing kader.

d. Peran Sebagai Peneliti/Investigator

Bidan melakukan investigasi atau penelitian terapan dalam bidang kesehatan baik secara mandiri maupun berkelompok, yaitu:

- 1) Mengidentifikasi kebutuhan investigasi yang akan dilakukan.
- 2) Menyusun rencana kerja pelatihan.
- 3) Melaksanakan investigasi sesuai dengan rencana.
- 4) Mengolah dan menginterpretasikan data hasil investigasi.
- 5) Menyusun laporan hasil investigasi dan tindak lanjut.
- 6) Memanfaatkan hasil investigasi untuk meningkatkan dan mengembangkan program kerja atau pelayanan kesehatan.

2. Fungsi Bidan

Fungsi merupakan pekerjaan yang harus dilakukan sesuai dengan peranannya. Berdasarkan peran bidan seperti yang dikemukakan di atas, maka fungsi bidan adalah sebagai berikut.

a. Fungsi Pelaksana

Fungsi bidan sebagai pelaksana mencakup hal-hal sebagai berikut.

- 1) Melakukan bimbingan dan penyuluhan kepada individu, keluarga, serta masyarakat (khususnya kaum remaja) pada masa praperkawinan.
- 2) Melakukan asuhan kebidanan untuk proses kehamilan normal, kehamilan dengan kasus patologis tertentu, dan kehamilan dengan risiko tinggi.
- 3) Menolong persalinan normal dan kasus persalinan patologis tertentu.
- 4) Merawat bayi segera setelah lahir normal dan bayi dengan risiko tinggi.
- 5) Melakukan asuhan kebidanan pada ibu nifas.
- 6) Memelihara kesehatan ibu dalam masa menyusui.
- 7) Melakukan pelayanan kesehatan pada anak balita dan prasekolah
- 8) Memberi pelayanan keluarga berencana sesuai dengan wewenangnya.
- 9) Memberi bimbingan dan pelayanan kesehatan untuk kasus gangguan sistem reproduksi, termasuk wanita pada masa klimakterium internal dan menopause sesuai dengan wewenangnya.

b. Fungsi Pengelola

Fungsi bidan sebagai pengelola mencakup hal-hal sebagai berikut:

- 1) Mengembangkan konsep kegiatan pelayanan kebidanan bagi individu, keluarga, kelompok masyarakat, sesuai dengan kondisi dan kebutuhan masyarakat setempat yang didukung oleh partisipasi masyarakat.
- 2) Menyusun rencana pelaksanaan pelayanan kebidanan di lingkungan unit kerjanya.
- 3) Memimpin koordinasi kegiatan pelayanan kebidanan.

- 4) Melakukan kerja sama serta komunikasi inter dan antarsektor yang terkait dengan pelayanan kebidanan.
- 5) Memimpin evaluasi hasil kegiatan tim atau unit pelayanan kebidanan.

c. Fungsi Pendidik

Fungsi bidan sebagai pendidik mencakup hal-hal sebagai berikut:

- 1) Memberi penyuluhan kepada individu, keluarga, dan kelompok masyarakat terkait dengan pelayanan kebidanan dalam lingkup kesehatan serta keluarga berencana.
- 2) Membimbing dan melatih dukun bayi serta kader kesehatan sesuai dengan bidang tanggung jawab bidan.
- 3) Memberi bimbingan kepada para bidan dalam kegiatan praktik di klinik dan di masyarakat.
- 4) Mendidik bidan atau tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan bidang keahliannya.

d. Fungsi Peneliti

Fungsi bidan sebagai peneliti mencakup hal-hal sebagai berikut.

- 1) Melakukan evaluasi, pengkajian, survei, dan penelitian yang dilakukan sendiri atau berkelompok dalam lingkup pelayanan kebidanan.
- 2) Melakukan penelitian kesehatan keluarga dan keluarga berencana.

3. Tugas Tambahan Bidan di Komunitas

Sesuai dengan kewenangannya, bidan dapat melaksanakan kegiatan praktik mandiri. Peran bidan di sini sebagai pengelola kegiatan kebidanan di unit kesehatan ibu dan anak, puskesmas, polindes, posyandu, klinik, dan praktik bidan perorangan. Bidan di komunitas harus mengenal kondisi kesehatan masyarakat yang selalu mengalami perubahan. Kesehatan komunitas dipengaruhi oleh perkembangan yang terjadi baik di masyarakat itu sendiri maupun ilmu pengetahuan dan teknologi serta kebijakan-kebijakan yang ditetapkan oleh pemerintah. Bidan harus tetap tanggap terhadap perubahan tersebut.

Keterampilan tambahan yang harus dimiliki oleh bidan di komunitas adalah:

- a. Melakukan pemantauan KIA dengan menggunakan PWS KIA.
- b. Melaksanakan pelatihan dan pembinaan pada kader kesehatan.
- c. Melakukan pendekatan kemitraan kepada dukun bayi.
- d. Mengelola dan memberikan obat-obatan sesuai dengan kewenangannya.
- e. Menggunakan teknologi tepat guna.

4. Bidan Praktik Swasta (BPS)

Bidan selain bertugas di puskesmas atau di Rumah Sakit, sesuai dengan kewenangannya bidan serta peraturan yang ada dapat juga melakukan praktik secara mandiri. Hal ini lebih dikenal dengan istilah Bidan Praktik Swasta (BPS). Apakah yang dimaksud dengan BPS itu, yaitu suatu institusi pelayanan kesehatan secara mandiri yang memberikan asuhan dalam lingkup praktik kebidanan. Menurut Permenkes no 28 tahun 2017 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan, BPS disebut juga dengan Praktik Mandiri Bidan (PMB) adalah tempat pelaksanaan rangkaian kegiatan pelayanan kebidanan yang dilakukan oleh bidan secara perseorangan, dengan memenuhi persyaratan yang berlaku antara lain kepemilikan STRB (Surat Tanda Registrasi Bidan), SIPB (Surat Izin Praktik Bidan), serta sarana dan prasarana yang memadai dan administrasi lainnya.

Praktik Mandiri Bidan (PMB) merupakan bentuk pelayanan kesehatan di bidang kesehatan dasar meliputi serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan kepada pasien (individu, keluarga dan masyarakat) sesuai dengan kewenangan dan kemampuannya. Bidan yang bertugas mempunyai tanggung jawab yang besar karena harus mempertanggungjawabkan sendiri apa yang dilakukan.

PMB selain berfungsi sebagai tempat pelayanan masyarakat terutama ibu dan anak, hendaknya pula dapat berfungsi sebagai tempat pemberdayaan masyarakat yang juga berperan ikut serta dalam kegiatan peran serta masyarakat, misalnya pada:

a. Kegiatan posyandu

Melakukan kegiatan posyandu bekerjasama dengan masyarakat dengan melakukan pemeriksaan kesehatan ibu dan anak serta KB.

b. Membina posyandu

Bidan bertanggung jawab atas kegiatan posyandu di wilayah kerjanya. Kegiatannya berupa turut memantau keberlangsungan kegiatan posyandu, pembagian tugas di antara kader, menggerakkan masyarakat untuk berpartisipasi dalam pemanfaatan posyandu, serta mengadakan pertemuan dengan warga.

c. Membina kader

Sebagai pelaksana kegiatan posyandu maka Kader kesehatan harus di bina dengan melakukan pelatihan – pelatihan diantaranya melatih cara penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan, lingkaran tangan dan lingkaran kepala, pencatatan pada buku register, pencatatan hasil pemeriksaan pada Kartu Menuju Sehat (KMS) dan pemberian Pengganti Makanan Tambahan (PMT).

d. Membina posbindu

Selain kegiatan posyandu bidan juga turut serta melaksanakan kegiatan posbindu (pos pembinaan terpadu). Pelayanan ini sasarannya untuk kelompok masyarakat sehat,

berisiko, dan penyandang Penyakit Tidak Menular (PTM) atau usia di atas 15 tahun, seperti diabetes mellitus (DM), kanker, penyakit jantung, penyakit paru. Posbindu juga merupakan salah satu bentuk UKBM.

C. TUJUAN ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS

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

1. Antenatal di Komunitas

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

a. Tujuan pelayanan antenatal care (ANC)

Tujuan pelayanan antenatal care (ANC) adalah sebagai berikut:

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

b. Cara pelaksanaan antenatal di komunitas

Adapun cara pelaksanaan antenatal di komunitas yang dilakukan bidan adalah:

- 1) Awal kunjungan perlu konsultasi dengan dokter kebidanan untuk mengidentifikasi apakah ibu ada kontraindikasi untuk bersalin di rumah/RB/klinik.
- 2) Bidan merujuk kepada dokter kebidanan jika ada komplikasi yang timbul.
- 3) Bidan menggunakan seluruh keterampilannya bukan hanya untuk memberikan asuhan pada keadaan fisik normal tetapi juga membantu ibu bagaimana cara beradaptasi dengan perubahan akibat kehamilan dan kesiapan menjadi orang tua.

- 4) Memberi dorongan kepada ibu untuk membicarakan tentang perasaannya, kecemasannya dengan suasana yang mendukung dan terjamin kerahasiaan diri pribadinya ataupun keluarganya.
- 5) Jika memungkinkan selama kehamilannya ibu dapat bertemu dengan bidan yang akan menolong.

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

- 1) Ibu sakit: ibu diketahui sakit, dan diperburuk dengan kondisi tersebut sehingga kesulitan datang ke fasilitas kesehatan.
- 2) Tidak ada transportasi: suami/keluarga yang tidak mendukung pentingnya pemeriksaan kehamilan secara berkala untuk kesehatan ibu dan janinnya.
- 3) Tidak ada yang menjaga keluarga di rumah. Kekhawatiran bagi ibu yang memiliki anak yang memerlukan pengawasan di rumah, bila mana ibu pergi untuk periksa kehamilannya, maka balita yang di rumah tidak ada yang menjaga.
- 4) Kurang motivasi: informasi dan pengetahuan yang kurang tentang kesehatan terutama masa kehamilan.
- 5) Takut/tidak mau ke pusat layanan: tidak adanya sosialisasi dari petugas kesehatan tentang pemanfaat layanan kesehatan yang bisa diakses ke semua lapisan masyarakat.
- 6) Faktor ekonomi: kesulitan ekonomi.

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

- 1) Kunjungan rumah.
Bidan melakukan kunjungan rumah bagi ibu hamil yang tidak datang memeriksakan kehamilannya. Pada saat melakukan kunjungan rumah, bidan membawa seperangkat perlengkapan bidan seperti ANC set (Tensi meter, stetoskop, termometer, reflek patella, pita lita, pita mitline, sarung tangan dan sebagainya).
- 2) Berusaha memperoleh informasi alasan tidak ANC.
Bidan mengkaji dengan cara mewawancari klien langsung untuk menggali informasi alasan tidak ANC, apakah karena faktor waktu, jarak ke fasilitas kesehatan, atau ekonomi.

- 3) Jika ada masalah coba mencari pemecahannya.
Bila didapatkan masalah maka bidan bersama klien mencari solusi untuk jalan keluar permasalahan kesehatan baik secara langsung maupun tidak langsung. Misalnya jika ada masalah, klien mengetahui cara menghubungi bidan.
 - 4) Beri motivasi.
Motivasi yang diberikan bidan kepada klien sangat dibutuhkan untuk adaptasi proses kehamilan. Karena dengan bidan memberikan motivasi yang cukup membuat semangat klien dalam menjalani proses kehamilan, persalinan dan nifasnya, serta tetap fokus akan kesehatan ibu dan janin
- c. Prosedur pelaksanaan ANC di Rumah
Prosedur pelaksanaan ANC di rumah yaitu:
- 1) Bidan harus memiliki data keberadaan ibu hamil di wilayah kerjanya.
 - 2) Bidan mengidentifikasi apakah ibu hamil memeriksakan kehamilannya dengan baik atau tidak.
 - 3) Sebelum ke klien bidan menentukan dulu kapan bisa berkunjung, usahakan tidak mengganggu aktivitas ibu hamil dan keluarga.
 - 4) Lakukan pemeriksaan sesuai standar.
- d. Pengelolaan Ibu hamil di Komunitas
Ada berbagai cara mengelola ibu hamil di komunitas, yaitu diantaranya:
- 1) ANC dan persalinan dilakukan di rumah oleh bidan. Hal ini dilakukan apabila klien tidak hadir untuk melakukan pemeriksaan kehamilannya ke petugas kesehatan, maka dilakukan kunjungan rumah untuk memastikan kondisi ibu dan janin dalam keadaan baik. Sedangkan untuk persalinan di rumah ditolong oleh bidan dapat dilakukan apabila persalinan di rumah mendukung, antara lain kondisi kesehatan ibu dan janin baik (tidak ada indikasi kearah patologis dan tidak ada faktor risiko), ada keinginan keluarga dan klien untuk persalinan dilakukan di rumah dengan menyediakan perlengkapan, dan situasi lingkungan rumah yang mendukung untuk tempat proses persalinan.
 - 2) ANC kombinasi (bidan dan dokter dan persalinan di rumah).
ANC kombinasi dilakukan bila klien didapatkan dengan kondisi kehamilan yang memerlukan penanganan lebih lanjut (dengan konsultasi) namun masih bisa di pantau keadaanya dengan bidan.

Bidan komunitas juga harus memahami tentang pendekatan risiko dikarenakan bahwa:

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

2. Persalinan di Rumah

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

- a. Bidan meyakini bahwa setiap individu mempunyai hak untuk aman, puas terhadap pelayanan kesehatan dengan menghargai martabat manusia dan perbedaan adat kebiasaan.
- b. Yakin bahwa proses kehamilan dan persalinan dapat ditingkatkan melalui pendidikan kesehatan dan intervensi berbentuk dukungan keluarga
- c. Berfokus pada kebutuhan individu dan keluarganya baik fisik, emosi dan sosial, terlibat aktif sesuai dengan nilai sosial.
- d. Asuhan yang terus menerus yang menekankan pada aspek keamanan, manajemen klinis yang kompeten, mempertahankan tidak adanya intervensi pada keadaan normal dan meningkatkan pendidikan kesehatan bagi ibu selama proses persalinan.

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

- a. Keluarga
 - 1) Keluarga bersedia dilakukannya pertolongan di rumah, memberikan ide, dan dukungan.
 - 2) Membahas kegiatan rumah tangga untuk persiapan persalinan di rumah.
- b. Rumah dan tempat pertolongan persalinan
Situasi dan kondisi yang perlu diketahui meliputi:
 - 1) Apakah cukup hangat dan aman?
 - 2) Apakah tersedia ruangan yang akan digunakan untuk menolong persalinan?
 - 3) Apakah tersedia air mengalir?
 - 4) Apakah kebersihan cukup terjamin?
 - 5) Rumah, sebaiknya bidan mengecek rumah sebelum kehamilan 37 minggu.

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

- a. Ruang yang bersih, aman, dan nyaman.
- b. Makanan dan minuman untuk ibu yang akan melahirkan.
- c. Tempat tidur yang dapat dicapai dari dua sisi.
- d. Penerangan yang cukup.
- e. Peralatan untuk perawatan bayi baru lahir (penghangat dll).
- f. Peralatan mandi dan kebersihan tubuh ibu.
- g. Tempat/meja untuk meletakkan peralatan.
- h. Sebaiknya ada sarana telekomunikasi.
- i. Tersedianya pakaian bayi dan pakaian ibu yang bersih.
- j. Tempat sampah atau kantong plastik, ember untuk klorin atau detergent.

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

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

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

a. Keuntungan

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

a. Kerugian

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

3. Masa Nifas (Pasca Persalinan)

Setelah melewati persalinan maka bidan masih harus mendampingi ibu pada masa post partum/nifas, karena asuhan kebidanan masih berlanjut untuk pengawasan kesehatan ibu dan bayinya. Setelah persalinan akan membantu merawat ibu dan bayi secara

intensif dan berkesinambungan. Kunjungan postpartum dapat dilakukan di klinik maupun dengan kunjungan rumah. Selama masa postpartum, bidan memberikan support emosional serta pendidikan mengenai perawatan bayi atau kesehatan ibu serta memonitor kebutuhan ibu dan bayi

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

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

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

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

- 5) Anemia: cek hemoglobin, conjunktiva/lidah/telapak tangan.
 - 6) Masalah payudara: pemeriksaan payudara, penilaian ASI, berat bayi.
 - 7) Subinvolusi: cek tinggi fundus.
 - 8) Inkontinen/fistula: cek fungsi usus besar dan kandung kemih
 - 9) Tromboflebitis: cek tanda homan dengan cara inspeksi kaki yaitu bila terlihat tanda kemerahan pada bagian betis belakang dan terasa nyeri bila ditekan.
 - 10) Infeksi genitalia: cek perineum, lokia/perdaraha/discharge, rapid plasma reagin (RPR).
- c. Kesiapan menghadapi komplikasi
- 1) Kumpulkan tabungan /rencanakan skemanya.
 - 2) Buat rencana pengambilan keputusan.
 - 3) Mengatur transportasi.
 - 4) Pastikan persiapan pendermaan darah.
- d. Asuhan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit
- 1) Zat besi/folat: 1 tablet per oral sehari sekali untuk setidaknya-tidaknya 40 hari pascapersalinan.
 - 2) Pemberian obat untuk berbagai jenis cacing pada daerah yang mempunyai prevalensi tinggi setiap 6 bulan sekali.
 - 3) Tidur dengan kelambu. Untuk menghindari gigitan nyamuk. Terutama di daerah endemik malaria
 - 4) Vitamin A: Satu dos 200,000 IU dalam 30 hari sesudah persalinan pada tempat dengan defisiensi vitamin A.
 - 5) Suplemen Yodium 400-600 mg per oral atau IM secepatnya setelah persalinan apabila belum pernah diberikan sebelum trimester ketiga kehamilan (hanya untuk daerah yang kekurangan yodium).
 - 6) Tetanus toxoid. Imunisasi yang diberikan saat masa kehamilan untuk mencegah terjadinya penyakit tetanus yang sering terjadi pada masa nifas, baik untuk keselamatan ibu dan janin agar terhindar dari infeksi.
 - 7) RPR, HIV (uji tes sukarela) jika ada indikasi pada alat genitalia, atau keluhan yang mengarah pada penyakit HIV.

Pada asuhan pasca persalinan, bidan juga harus mengajarkan hal keperempuhanan (seperti merawat bayi sehari – hari, menyusui ASI dan mencegah terjadinya hipotermi) dan konseling kepada ibu nifas antara lain mengenai:

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

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

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

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

- k. Penyuluhan kesehatan mengenai higiene perseorangan, pemberian ASI, hubungan seksual, penyuluhan disesuaikan dengan keadaan ibu (sosial ekonomi dan budaya).
- l. Saran rujuk ke pelayanan terdekat untuk memonitoring tindakan selanjutnya.
 - 1) Persiapan rujukan meliputi:
 - 2) Penjelasan dan motivasi perlunya dirujuk guna penanganan tindakan medis yang lebih lanjut dan segera.
 - 3) Manajemen selanjutnya, setelah pasien pulang dari RS/pengobatan medis dilakukan asuhan tindak lanjut di rumah guna pengamatan lebih lanjut terhadap kesehatan klien.
 - 4) Penyuluhan personal higiene dijaga dan gizi ditingkatkan serta istirahat/tidur yang cukup.

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

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

Para mahasiswa yang saya banggakan, pembelajaran Topik 2 tentang unsur-unsur kebidanan komunitas telah selesai Anda pelajari. Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, silahkan Anda kerjakanlah latihan berikut!

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

- 1) Sebagai seorang bidan baru di desa, ternyata tingkat kematian ibu dan anak masih tinggi. Apa yang akan Anda lakukan untuk menurunkan tingginya kematian ibu dan anak?
- 2) Buat daftar apa yang seharusnya dilakukan oleh seorang bidan di komunitas untuk mempengaruhi masyarakat agar berperilaku sehat!
- 3) Apa yang menyebabkan masih banyak ibu yang lebih memilih melahirkan dengan ditolong oleh dukun bayi?

Ringkasan

- 1) Sasaran kebidanan komunitas adalah mulai dari individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yaitu individu, keluarga, kelompok penduduk, masyarakat.
- 2) Bidan juga melakukan upaya pelayanan kebidanan yang berfokus pada kesehatan reproduksi ibu dan anak, maka bidan memiliki peran dan fungsi sebagai pelaksana, pengelola, pendidik dan peneliti.
- 3) Pada prinsipnya asuhan kebidanan yang diberikan di komunitas sama dengan asuhan kebidanan yang diberikan di klinik, baik yang diberikan di Puskesmas ataupun rumah sakit. Namun asuhan kebidanan di komunitas lebih memanfaatkan sumber daya dan potensi yang dimiliki oleh masyarakat.
- 4) Asuhan kebidanan di komunitas meliputi asuhan antenatal dengan kunjungan rumah, persalinan di rumah, kunjungan nifas dan asuhan bayi baru lahir.

Tes 2

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- 1) Upaya pencegahan yang dapat digunakan untuk mengatasi terlambat 1 dan 2 adalah.....
 - A. Menuntut terlaksananya standar prosedur pelayanan yang berkualitas di setiap fasilitas pelayanan kesehatan
 - B. Membutuhkan peran serta masyarakat
 - C. Klien dapat memperoleh pelayanan yang cepat & tepat di semua tingkat pelayanan desa, Puskesmas, RS
 - D. Setiap klien dapat menjangkau pelayanan yang berkualitas, berkesinambungan
- 2) Hal-hal yang harus dilakukan dalam persiapan persalinan di rumah adalah.....
 - A. Tempat tidur yang empuk
 - B. Ruangan ber AC
 - C. Penerangan yang cukup
 - D. Telephone seluler
- 3) Sebab kemungkinan terjadinya kematian ibu dalam persalinan dilihat dari letaknya di rumah sakit adalah ...
 - A. Pengetahuan keluarga
 - B. Ketersediaan biaya

- C. Kesibukan keluarga
 - D. Ketersediaan bahan dan alat
- 4) Yang merupakan pelayanan kombinasi antara rumah pasien dan unit kesehatan disebut juga dengan...
- A. Rumah sakit bersalin
 - B. DOMICILIARY In and Out
 - C. Bidan praktik swasta
 - D. Rumah bersalin
- 5) Yang merupakan kerugian dari persalinan DOMINO adalah.....
- A. Kontak dengan kegiatan rumah sakit sedikit
 - B. Gangguan kehidupan keluarga sedikit atau minimal
 - C. Risiko tertunda ke rumah sakit karena jarak yang jauh
 - D. Bidan tetap dapat mempertahankan keterampilan menolong persalinan

Kunci Jawaban Tes

Test 1

- 1) A
- 2) A
- 3) C
- 4) A
- 5) B

Test 2

- 1) B
- 2) C
- 3) D
- 4) B
- 5) C

Daftar Pustaka

- Adrina dkk. (1998). *Hak reproduksi perempuan yang terpasung*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Azwar, A. (2001). *Rencana strategis nasional making pregnancy safer di Indonesia 2001-2010*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Center for Health Research, University of Indonesia. (2001). *Economic Analysis of the Bidan di Desa (BDD) Program: Anticipation of the Policy Changing in the Future*. Depok: Center for Health Research, University of Indonesia
- Mary, C. & Flint, C. (1989). *Community midwifery a practical guide*. Oxford: Butterworth-Heinemann Ltd.
- Effendy, N. (1997). *Dasar-dasar keperawatan kesehatan masyarakat*. Edisi 2. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Parker, E. & Rustam, A. (2003). *The bidan di desa program: a literature and policy review*. Jakarta: MNH and JHPIEGO Corporation.
- Kemenkes RI. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 28 tahun 2017 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Syahlan, J.H. (1996). *Kebidanan komunitas*. Jakarta: Yayasan Bina Sumber Daya Kesehatan.

Bab 2

KONSEP PENGELOLAAN PROGRAM KESEHATAN IBU DAN ANAK (KIA) DI KOMUNITAS

Elly Dwi Wahyuni, S.ST., M.Keb.

Pendahuluan

Mahasiswa Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL) D III Kebidanan, selamat bertemu di Bab 2 yang membahas tentang konsep pengelolaan program-program kesehatan ibu dan anak (KIA) di komunitas. Di bab ini Saudara akan mempelajari bagaimana prinsip pengelolaan program KIA dapat diterapkan di komunitas, karena hal ini sangat penting untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak melalui pelayanan yang berkualitas mulai dari kehamilan, bersalin, bayi baru lahir, nifas dan menyusui, neonatus serta pelayanan kontraspsi.

Upaya kesehatan ibu dan anak adalah upaya di bidang kesehatan yang terkait dengan pelayanan dan pemeliharaan ibu hamil, ibu bersalin, ibu menyusui, bayi dan anak balita serta anak pra sekolah. Pemberdayaan masyarakat bidang KIA masyarakat dalam upaya mengatasi gawat darurat dari aspek non klinik terkait kehamilan dan persalinan. Sistem kesiagaan merupakan sistem tolong menolong, yang dibentuk dari, oleh, dan untuk masyarakat dalam hal penggunaan alat transportasi atau komunikasi (telepon genggam, telepon rumah), pendanaan, pendonor darah, pencatatan pemantauan dan informasi KB serta sistem rujukan yang adekuat untuk mengatasi komplikasi yang mungkin saja terjadi, sehingga angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian Bayi (AKB) serta angka kesakitan semakin berkurang.

Adapun pentingnya Anda mempelajari Bab 2 ini adalah tercapainya kemampuan sehat melalui peningkatan derajat kesehatan yang optimal, bagi ibu dan keluarganya serta sistem rujukan yang tepat diharapkan derajat kesehatan anak semakin meningkat guna menjamin proses tumbuh kembang optimal karena merupakan landasan utama bagi peningkatan kualitas manusia seutuhnya.

Bab 2 yang berjudul konsep pengelolaan program KIA di komunitas, membantu Anda dalam hal memahami asuhan kebidanan komunitas dan mampu melaksanakannya dengan

benar. Untuk memudahkan Anda dalam mempelajarinya, bahan ajar ini dikemas dalam dua topik yang disusun dengan urutan sebagai berikut.

1. Topik 1 : Konsep program KIA dan PWS -KIA
2. Topik 2 : Prinsip pengelolaan program KIA
3. Topik 3 : Sistem rujukan

Setelah menyelesaikan pembelajarn di bab ini Anda diharapkan memahami konsep dan teori mengenai pengelolaan program KIA di komunitas. Secara khusus Anda akan mampu menjelaskan dan menerapkan:

1. Program KIA dan PWS -KIA
2. Prinsip pengelolaan program KIA
3. Sistem rujukan

Baiklah, selamat belajar dan semoga Anda sukses memahami pengetahuan yang diuraikan dalam mata kuliah Asuhan Kebidanan komunitas ini untuk bekal bertugas menjadi bidan yang profesional dan jangan lupa memohon kepada Tuhan Yang Maha Esa agar Anda dimudahkan dalam mempelajari bab ini, sehingga dapat berhasil dengan baik.

Topik 1

Konsep Program KIA dan Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA)

Mahasiswa RPL yang berbahagia, di topik pertama ini kita akan membahas tentang Pemantauan Wilayah Setempat Ibu dan Anak (PWS-KIA). Materi yang akan dibahas pada Topik 1 ini meliputi:

1. Program kesehatan ibu dan anak (KIA)
2. Batasan Pemantauan PWS-KIA
3. Indikator Pemantaun PWS KIA
4. Grafik PWS –KIA
5. Sistem Pencatatan dan Pelaporan

Untuk memudahkan pemahan tentang PWS KIA, ada baiknya Anda mengetahui tentang Puskesmas. Pukesmas adalah organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat selain memberi pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk program pokok.

A. PROGRAM KESEHATAN IBU DAN ANAK (KIA)

Program kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu program pokok di Puskesmas yang mendapat prioritas tinggi, mengingat kelompok ibu hamil, menyusui, bayi dan anak merupakan kelompok yang rentan terhadap kesakitan dan kematian. Pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS-KIA) adalah alat manajemen program KIA untuk memantau cakupan pelayanan KIA di suatu wilayah (puskesmas/ kecamatan) secara terus menerus, agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat terhadap wilayah yang cakupan pelayanan KIA nya masih rendah (Depkes, 1994).

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

1. Memantau cakupan pelayanan KIA dengan mutu yang memadai dipilih sebagai indikator, secara teratur (bulanan) dan berkesinambungan(terus menerus) untuk tiap wilayah/ desa

2. Menilai kesenjangan antara target yang ditetapkan dan pencapaian sebenarnya untuk desa
3. Menentukan urutan desa prioritas yang akan di tangani secara intensif berdasarkan besarnya kesenjangan antara target dan pencapaian
4. Merencanakan tindak lanjut dengan menggunakan sumber daya yang tersedia dan dapat di gali
5. Membangkitkan peran pamong setempat dalam pergerakan sasaran dan moblisasi sumber daya

B. BATASAN PEMANTAUAN PWS-KIA

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

1. Pelayanan antenatal. Pelayanan ini merupakan pelayanan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang profesional yang dilakukan kepada ibu selama masa kehamilannya, dilakukan sesuai dengan standar operasional ANC yaitu 10T (Depkes, 2010).
 - a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
 Ukur berat badan dalam kilogram tiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menepis adanya faktor risiko pada ibu hamil. Tinggi badan kurang dari 145 cm meningkatkan risiko terjadinya Cephalo Pelvic Disproportion (CPD)
 - b. Ukur tekanan darah
 Tekanan darah normal 110/80 – 140/90 mmHg. Untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah >140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah dan atau proteinuria).
 - c. Ukur Lingkar Lengan Atas /LILA
 Dilakukan kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko KEK (Kekurangan Energi Kronik). Lila kurang dari 23,5 cm, ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).
 - d. Ukur Tinggi fundus uteri
 Standar pengukuran menggunakan pita pengukuran setelah kehamilan 24 minggu.
 - e. Skrining status imunisasi dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT)
 - f. Pemberian Tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan

- g. Pemeriksaan Laboratorium (rutin dan khusus). Pemeriksaan meliputi haemoglobin darah, protein dalam urin, kadar gula, darah malaria, tes sifilis, HIV, dan BTA.
 - h. Tatalaksanaan/penanganan kasus
 - i. Perawatan payudara, senam payudara, dan pijat tekan payudara.
 - j. Temu wicara (konseling) termasuk perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) serta KB pasca salin.
2. Deteksi dini kehamilan berisiko. Kegiatan ini bertujuan untuk mengidentifikasi ibu hamil yang berisiko yang dapat diketahui oleh kader, dukun bayi dan tenaga kesehatan. Dimana kader dan dukun bayi sebelumnya sudah diberikan informasi dan pengetahuan apa saja yang terlihat dari luar ibu hamil yang berisiko.
 3. Kunjungan ibu hamil. Pada kegiatan ini tenaga kesehatan profesional melakukan kontak kepada ibu hamil untuk mendapatkan pelayanan antenatal yang standar.
 4. Kunjungan baru ibu hamil (K1), kunjungan ini khusus diperuntukan untuk ibu hamil yang pertama kali pada masa kehamilan.
 5. Kunjungan ulang yaitu kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang kedua dan selanjutnya untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar selama masa kehamilan berlangsung.
 6. K4 yaitu kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang ke empat atau lebih untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar dengan ketentuan:
 - a. Minimal 1 kali kontak pada trimester I
 - b. Minimal 1 kali kontak pada trimester II
 - c. Minimal 2 kali kontak pada trimester III
 7. Kunjungan neonatus (KN) adalah kontak neonatus dengan tenaga kesehatan minimal dua kali :
 - a. Kunjungan pertama kali pada hari pertama dengan hari ketujuh (sejak 6 jam setelah lahir)
 - b. Kunjungan kedua kali pada hari kedelapan sampai hari kedua puluh delapan
 - c. Pertolongan persalinan dengan tenaga kesehatan bukan merupakan kunjungan neonatal.
 8. Cakupan akses adalah presentase ibu hamil disuatu wilayah, dalam kurun waktu tertentu, yang pernah mendapat pelayanan antenatal sesuai standar, paling sedikit satu kali selama kehamilan. Cara menghitungnya adalah sebagai berikut :
 Jumlah kunjungan ibu hamil di bagi dengan jumlah sasaran ibu hamil yang ada disuatu wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun dikalikan 100%.

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

C. INDIKATOR PEMANTAUN PWS KIA

Indikator pemantauan program KIA yang dipakai untuk PWS-KIA meliputi indikator yang dapat menggambarkan keadaan kegiatan pokok dalam program KIA. Berikut ditetapkan 6 indikator PWS – KIA.

1. Akses pelayanan antenatal (Cakupan K1)

Indikator ini untuk mengetahui jangkauan pelayanan antenatal serta kemampuan program dalam menggerakkan masyarakat. Rumus yang digunakan untuk perhitungannya adalah sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah Kunjungan baru (K1) ibu hamil}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil dalam satu tahun}} \times 100\%$$

2. Cakupan ibu hamil (Cakupan K4)

Cakupan ibu hamil (Cakupan K4). Dengan indikator ini, dapat diketahui cakupan pelayanan dan menepati waktu yang ditetapkan, yang menggambarkan kemampuan manajemen ataupun kelangsungan program KIA. Rumus yang digunakan untuk perhitungannya adalah sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah Kunjungan ibu hamil}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil dalam satu tahun}} \times 100\%$$

3. Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan

Dengan indikator ini dapat diperkirakan proporsi persalinan yang ditangani oleh tenaga kesehatan, dan ini menggambarkan kemampuan manajemen program KIA dalam pertolongan persalinan secara profesional. Rumus yang digunakan sebagai berikut.

$$\frac{\text{Jumlah persalinan oleh tenaga kesehatan}}{\text{Jumlah seluruh sasaran persalinan dalam satu tahun}} \times 100\%$$

4. Penjaringan (deteksi) ibu hamil berisiko oleh masyarakat

Dengan indikator ini dapat diukur tingkat kemampuan dan peran seta masyarakat dalam melakukan deteksi ibu hamil berisiko di suatu wilayah. Rumus yang digunakan sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah ibu hamil berisiko yang di rujuk oleh kader/dukun bayi ke nakes}}{\text{Jumlah seluruh sasaran persalinan dalam satu tahun}} \times 100\%$$

5. Penjaringan (deteksi) ibu hamil berisiko oleh tenaga kesehatan

Dengan indikator ini dapat diperkirakan besarnya masalah yang dihadapi oleh program KIA dan harus ditindaklanjuti dengan intervensi secara intensif. Rumus yang digunakan sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah ibu hamil berisiko yang ditemukan oleh nakes dan kader/ dukun bayi}}{\text{Jumlah seluruh sasaran ibu hamil dalam satu tahun}} \times 100\%$$

6. Cakupan pelayanan neonatus (KN) oleh tenaga kesehatan

Dengan indikator ini dapat diketahui jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan neonatus. Rumus yang digunakan sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah kunjungan neonatal yang mendapat pelayanan Kesehatan minimal 2 kali oleh nakes}}{\text{Jumlah seluruh sasaran ibu hamil dalam satu tahun}} \times 100\%$$

D. GRAFIK PWS –KIA

PWS-KIA disajikan dalam bentuk grafik dari tiap indikator yang dipakai untuk menggambarkan pencapaian tiap desa dalam tiap bulan. Dengan demikian, tiap bulan dibuat 6 grafik yang meliputi:

1. Grafik cakupan K1
2. Grafik cakupan K4
3. Grafik cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan
4. Grafik penjaringan ibu hamil berisiko oleh masyarakat
5. Grafik penjaringan ibuhamil berisiko oleh tenaga kesehatan
6. Grafik cakupan neonatus oleh tenaga kesehatan

Semua grafik cakupan tersebut dipakai untuk alat pemantauan program KIA. Sedangkan grafik cakupan K1 dan grafik cakupan K4, dapat dimanfaatkan juga untuk alat motivasi dan komunikasi lintas sektor.

1. Penggambaran Grafik

Langkah-langkah pokok dalam pembuatan grafik PWS KIA adalah pengumpulan data, pengolahan data, dan penggambaran grafik PWS –KIA. Langkah-langkah yang dilakukan dalam membuat grafik PWS-KIA dengan menggunakan indikator cakupan K1 sebagai berikut:

- a. Menentukan target rata- rata per bulan untuk menggambarkan skala pada grafik vertikal (sumbu Y). Misalnya, target cakupan ibu hamil baru (cakupan K1) dalam satu tahun ditentukan 90% (garis a), sasaran rata- rata setiap bulan:

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

Dengan demikian, sasaran pencapaian kumulatif sampai dengan bulan April adalah (4 x 7,5% = 30%) (garis b).

- Hasil perhitungan pencapaian kumulatif cakupan K1 sampai bulan April dimasukkan dalam jalur % kumulatif secara berurutan sesuai dengan peringkat. Pencapaian tertinggi disebelah kiri dan terendah disebelah kanan, sedangkan pencapaian untuk puskesmas dimasukkan di kolom terakhir.
- Nama desa bersangkutan dituliskan dalam lajur desa, sesuai dengan cakupan kumulatif masing-masing desa yang dituliskan pada butir b di atas.
- Hasil perhitungan pencapaian bulan ini (Juni) dan bulan lalu (Juli) untuk tiap desa dimasukkan ke dalam lajur masing-masing.
- Gambar anak panah dipergunakan untuk mengisi lajur tren. Bila pencapaian cakupan bulan ini lebih besar dari cakupan bulan lalu, maka digambarkan anak panah yang menunjuk ke atas. Sebaliknya, untuk cakupan bulan ini yang lebih rendah dari cakupan bulan lalu, digambarkan anak panah yang menunjuk ke bawah; sedangkan untuk cakupan yang tetap atau sama digambarkan dengan tanda (-).

2. Analisis dan Tindak lanjut Grafik PWS-KIA

Grafik PWS –KIA perlu dianalisis dan ditafsirkan, agar diketahui desa mana yang paling memerlukan perhatian dan tindak lanjut yang perlu dilakukan. Gambar 2.1 berikut ini menyajikan contoh grafik PWS-KIA.



(Sumber: Puskesmas Sungai Ayak, 2014)

Gambar 2.1
Grafik Akses Ibu Hamil Puskesmas Sungai Ayak

Tabel 2.1
Analisis Grafik PWS-KIA Puskesmas Sungai Ayak)

DESA	Cakupan terhadap target		Terhadap cakupan bulan lalu			Status Desa
	Di atas	Di bawah	Naik	Turun	Tetap	
A	+		+			Baik
B		+			+	Buruk
C	+		+			Baik
D	+			+		Kurang
E	+			+		Kurang
F	+			+		Kurang

Berdasarkan matriks pada Tabel 2.1 di atas, dapat disimpulkan adanya 3 macam status cakupan desa, yaitu sebagai berikut.

- a. Status baik adalah desa dengan cakupan di atas target yang ditetapkan untuk bulan Juni 2014 dan mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang meningkat atau tetap jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu. Desa – desa ini adalah Desa A dan Desa C, jika keadaan ini berlanjut, desa – desa tersebut akan mencapai atau melebihi target tahunan yang ditentukan.
- b. Status kurang adalah desa dengan cakupan di atas target yang ditetapkan bulan Juni 2014 dan mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang menurun jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu. Desa dalam kategori ini adalah desa D, Desa E dan Desa F, yang perlu mendapat perhatian karena cakupan bulan ini lebih sedikit dibanding cakupan bulan sebelumnya. Jika cakupan terus menurun, desa tersebut tidak akan mencapai target tahunan yang ditentukan.
- c. Status buruk adalah desa dengan cakupan di bawah target yang ditetapkan untuk bulan Juni 2014 dan mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang menurun jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu. Desa dalam kategori ini adalah desa C, yang perlu diprioritaskan untuk pembinaan agar cakupan bulanan selanjutnya lebih dapat ditingkatkan di atas cakupan bulanan minimal agar dapat mengejar kekurangan target sampai bulan Juni 2014 sehingga dapat pula mencapai target tahunan yang ditentukan.

Analisis PWS-KIA baik untuk kepentingan program, ditujukan untuk menghasilkan suatu keputusan tidak lanjut teknis dan non teknis bagi puskesmas. Keputusan tersebut harus dijabarkan dalam bentuk rencana operasional jangka pendek untuk dapat menyelesaikan masalah yang dihadapi.

E. SISTEM PENCATATAN DAN PELAPORAN

Pengumpulan dan pengolahan data merupakan kegiatan pokok dari PWS-KIA. Data yang dicatat per desa dan kemudian dikumpulkan di tingkat puskesmas akan dilaporkan sesuai jejang administrasi. Jenis data yang diperlukan untuk mendukung pelaksanaan PWS-KIA adalah sebagai berikut.

1. Data sasaran
 - a. Jumlah seluruh ibu hamil
 - b. Jumlah seluruh ibu bersalin
 - c. Jumlah seluruh bayi berusia kurang dari 1 bulan (neonatus)
 - d. Jumlah seluruh bayi
2. Data Pelayanan
 - a. Jumlah K1
 - b. Jumlah K4
 - c. Jumlah ibu hamil berisiko yang dirujuk oleh masyarakat
 - d. Jumlah ibu hamil berisiko yang dilayani oleh tenaga kesehatan
 - e. Jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga profesional
 - f. Jumlah bayi berusia kurang dari 1 bulan yang dilayani oleh tenaga kesehatan minimal 2 kali

Sumber data yang diperlukan untuk melakukan PWS –KIA umumnya berasal dari:

1. Register kohort ibu dan bayi
2. Laporan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan dan dukun bayi
3. Laporan dari dokter/bidan praktik swasta
4. Laporan dari fasilitas pelayanan selain puskesmas yang berada di wilayah puskesmas

Data dari tingkat puskesmas dikumpulkan dan kemudian diolah. Laporan ini dikirimkan setiap bulan, selambat – lambatnya tanggal 10 bulan berikutnya. Dinas Kesehatan Dati II membuat rekapitulasi laporan puskesmas untuk dikirimkan ke provinsi selambat-lambatnya tanggal 15 bulan berikutnya. Selanjutnya, provinsi membuat rekapitulasi laporan kabupaten untuk dikirimkan ke pusat. Laporan ini dikirimkan ke pusat setiap triwulan, paling lambat

satu bulan triwulan tersebut terakhir. Gambar 2.2 berikut ini menyajikan contoh rekap laporan PWS KIA.

Kembali Ke Hal Utama

REKAP LAPORAN PWS KIA
PUSKESMAS XXXXX BULAN JANUARI TAHUN 2016
PROVINSI JAWA TENGAH

No	DESA	SASARAN				IBU HAMIL												LINAKES						KF 3						
		BUMIL	BULIN	BUMIL RESTI	BUPAS	K 1					K 4					RESTI NAKES					LINAKES			KF 3						
						BLN INI		KUMULATIF		RANKI	BLN INI		KUMULATIF		RAN	BLN INI		KUMULATIF		RAN	BLN INI		KUMULATIF		RAN					
						Abs	%	Abs	%		Abs	%	Abs	%		Abs	%	Abs	%		Abs	%	Abs	%		Abs	%			
1	DESA 1	60	58	12	55	6	9,96	6	9,96	1	6	9,96	6	9,96	1	1	8,30	1	8,30	1	6	10,43	6	10,43	1	6	10,96	6	10,96	1
2	DESA 2	60	58	12	55	6	9,96	6	9,96	2	6	9,96	6	9,96	2	1	8,30	1	8,30	2	6	10,43	6	10,43	2	6	10,96	6	10,96	2
3	DESA 3	60	58	12	55	6	9,96	6	9,96	3	6	9,96	6	9,96	3	1	8,30	1	8,30	3	6	10,43	6	10,43	3	6	10,96	6	10,96	3
4	DESA 4	60	58	12	55	6	9,96	6	9,96	4	6	9,96	6	9,96	4	1	8,30	1	8,30	4	6	10,43	6	10,43	4	6	10,96	6	10,96	4
5	DESA 5	60	58	12	55	5	8,30	5	8,30	5	5	8,30	5	8,30	5	1	8,30	1	8,30	5	5	8,69	5	8,69	5	5	9,13	5	9,13	5
6	DESA 6	60	58	12	55	5	8,30	5	8,30	6	5	8,30	5	8,30	6	1	8,30	1	8,30	6	5	8,69	5	8,69	6	5	9,13	5	9,13	6
7	DESA 7	60	58	12	55	5	8,30	5	8,30	7	5	8,30	5	8,30	7	1	8,30	1	8,30	7	5	8,69	5	8,69	7	5	9,13	5	9,13	7
PUSKESMAS		422	403	84	383	39	9,25	39	9,25		39	9,25	39	9,25		7	8,30	7	8,30		39	9,69	39	9,69		39	10,17	39	10,17	

No	DESA	SASARAN				KUNJUNGAN NEONATUS										PENANGANAN KOMPLIKASI										BAYI					
		BAYI	NEO	BUMIL RESTI	NEO KOMPLIKASI	KN 1					KN Lengkap					BUMIL (PK)					NEONATUS (NK)										
						BLN INI		KUMULATIF		RANKI	BLN INI		KUMULATIF		RAN	BLN INI		KUMULATIF		RAN	BLN INI		KUMULATIF		RAN						
						Abs	%	Abs	%		Abs	%	Abs	%		Abs	%	Abs	%		Abs	%	Abs	%		Abs	%				
1	DESA 1	55	55	12	8	6	10,96	6	10,96	1	6	10,96	6	10,96	1	1	8,30	1	8,30	1	1	12,17	1	12,17	1	0	0,00	0	0,00	1	
2	DESA 2	55	55	12	8	6	10,96	6	10,96	2	6	10,96	6	10,96	2	1	8,30	1	8,30	2	1	12,17	1	12,17	2	0	0,00	0	0,00	2	
3	DESA 3	55	55	12	8	6	10,96	6	10,96	3	6	10,96	6	10,96	3	1	8,30	1	8,30	3	1	12,17	1	12,17	3	0	0,00	0	0,00	3	
4	DESA 4	55	55	12	8	6	10,96	6	10,96	4	6	10,96	6	10,96	4	1	8,30	1	8,30	4	1	12,17	1	12,17	4	0	0,00	0	0,00	4	
5	DESA 5	55	55	12	8	5	9,13	5	9,13	5	5	9,13	5	9,13	5	1	8,30	1	8,30	5	1	12,17	1	12,17	5	0	0,00	0	0,00	5	
6	DESA 6	55	55	12	8	5	9,13	5	9,13	6	5	9,13	5	9,13	6	1	8,30	1	8,30	6	1	12,17	1	12,17	6	0	0,00	0	0,00	6	
7	DESA 7	55	55	12	8	5	9,13	5	9,13	7	5	9,13	5	9,13	7	1	8,30	1	8,30	7	1	12,17	1	12,17	7	0	0,00	0	0,00	7	
PUSKESMAS		383	383	84	58	39	10,17	39	10,17		39	10,17	39	10,17		7	8,30	7	8,30		7	12,17	7	12,17		0	0,00	0	0,00		

(Sumber: UPT Puskesmas Baturetno I, 2016)

Gambar 2.2
Rekap Laporan PWS KIA

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

- 1) Jelaskan tentang tujuan khusus dari KIA?
- 2) Sebutkan tindakan pemeriksaan ibu hamil yang sesuai dengan standar operasional yang telah ditetapkan!
- 3) Jelaskan yang dimaksud dengan K4!

Ringkasan

- 1) Program kesehatan ibu dan anak (KIA) merupakan salah satu program pokok di Puskesmas yang mendapat prioritas tinggi, mengingat kelompok ibu hamil, menyusui, bayi dan anak merupakan kelompok yang rentan terhadap kesakitan dan kematian.
- 2) Pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS-KIA) adalah alat manajemen program KIA untuk memantau cakupan pelayanan KIA di suatu wilayah

- (puskesmas/ kecamatan) secara terus menerus, agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat terhadap wilayah yang cakupan pelayanan KIA nya masih rendah.
- 3) Pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS –KIA) adalah salah satu alat manajemen program KIA untuk memantau cakupan pelayanan KIA disuatu wilayah kerja puskesmas atau kecamatan secara terus menerus agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat, tepat dan efektif bagi daerah yang memiliki cakupan pelayanan KIA yang masih kurang.
 - 4) Prinsip – prinsip pengelolaan program KIA diawali dari peningkatan pelayanan antenatal, persalinan oleh tenaga kesehatan, peningkatan deteksi dini risiko pada ibu hamil, serta pelayanan neonatal.

Tes 1

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- 1) K4 yaitu kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang ke empat atau lebih untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar dengan ketentuan salah satu yang paling tepat adalah:
 - A. Minimal 2 kali kontak pada trimester I
 - B. Minimal 1 kali kontak pada trimester II
 - C. Minimal 2 kali kontak pada trimester III
 - D. Minimal 3 kali kontak pada trimester III
- 2) Yang dimaksud Kunjungan neonatus (KN) adalah kontak neonatus dengan tenaga kesehatan minimal dua kali yaitu:
 - A. Kunjungan pertama kali pada hari pertama dengan hari ketujuh (sejak 6 jam setelah lahir) dan Kunjungan kedua kali pada hari kedelapan sampai hari kedua puluh delapan
 - B. Kunjungan pertama kali pada hari pertama dengan hari kedelapan (sejak 2 jam setelah lahir) dan Kunjungan kedua kali pada hari kedelapan sampai hari kedua puluh delapan
 - C. Kunjungan pertama kali pada hari pertama dengan hari kesepuluh (sejak 6 jam setelah lahir) dan Kunjungan kedua kali pada hari kedelapan sampai hari kedua puluh delapan
 - D. Kunjungan pertama kali pada hari pertama dengan hari ke empat belas (sejak 6 jam setelah lahir) dan Kunjungan kedua kali pada hari kedelapan sampai hari kedua puluh delapan

3) Kerjakan soal kasus berikut dengan benar!

Anda bertugas sebagai bidan di sebuah puskesmas dan bertanggung jawab sebagai bidan koordinator di ruang KIA. Jumlah desa di wilayah Anda ada 5 Desa. Untuk akses ibu hamil didapatkan data:

- a) Cakupan ibu hamil untuk K1 Kumulatif saat ini (sampai dengan April 2014), di desa A 55%, desa B 48%, Desa C 40%, Desa D 22,5% dan Desa E 15%.
- b) Cakupan K1 bulan ini (April 2014) Desa A 14 orang ibu hamil, Desa B 6 orang ibu hamil, Desa C 8 orang ibu hamil, Desa D 8 orang ibu hamil dan Desa E 6 orang ibu hamil.
- c) Cakupan K1 bulan lalu (Maret 2014) Desa A 10 orang ibu hamil, Desa B 8 orang ibu hamil, Desa C 8 orang ibu hamil, Desa D 10 orang ibu hamil dan Desa E 4 orang ibu hamil.

Penduduk di Kabupaten X ada 2000 jiwa.

Tugas Anda:

- (1) Hitung sasaran ibu hamil di kabupaten X
- (2) Hitung cakupan K1
- (3) Hitung cakupan K4

Topik 2

Prinsip Pengelolaan Program KIA

Pada topik kedua ini Anda bisa lebih memahami tentang bagaimana prinsip pengelolaan Program KIA dikaitkan dengan asuhan kebidanan dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, neonatus bayi balita dan anak pra sekolah. Pengelolaan program KIA bertujuan memantapkan dan meningkatkan jangkauan serta mutu pelayanan KIA secara efektif dan efisien. Pemantapan pelayanan KIA dewasa ini diutamakan pada kegiatan pokok sebagai berikut.

1. Peningkatan pelayanan antenatal (ANC) 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 di semua fasilitas kesehatan.
4. Peningkatan pelayanan bagi seluruh ibu nifas sesuai standar di semua fasilitas kesehatan ataupun melalui kunjungan rumah.
5. Peningkatan deteksi dini faktor risiko dan komplikasi kebidanan dan neonatus oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat.
6. Peningkatan penanganan komplikasi kebidanan dan neonatus secara adekuat dan pengamatan secara terus menerus oleh tenaga kesehatan di fasilitas 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.

A. PELAYANAN ANTENATAL

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya, dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam **Standar Pelayanan Kebidanan (SPK)**. Pelayanan antenatal sesuai standar meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik (umum dan kebidanan), pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus, serta intervensi umum dan khusus (sesuai risiko yang ditemukan dalam pemeriksaan). Pemeriksaan ANC terpadu “14 T” meliputi:

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
Ukur berat badan dalam kilogram tiap kali kunjungan. Kenaikan Berat badan normal 0,5 kg perminggunya mulai trimester kedua.
2. Pemeriksaan tekanan darah
Tekanan darah normal 110/80 – 140/90 mmHg.
3. Ukur Tinggi fundus uteri
4. Pemberian Tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan
5. Skrining status imunisasi dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT)
6. Pemeriksaan Haemoglobin darah
7. Pemeriksaan VDRL
8. Perawatan payudara, senam payudara dan pijat tekan payudara
9. Temu wicara (konseling) termasuk perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) serta KB pasca salin
10. Pemeliharaan tingkat kebugaran/senam ibu hamil
11. Pemeriksaan protein urin atas indikasi
12. Pemeriksaan reduksi urine atas indikasi
13. Pemeriksaan terapi konsul yodium untuk daerah endemis gondok
14. Pemberian terapi anti malaria untuk daerah endemis malaria

Pemeriksaan laboratorium rutin mencakup pemeriksaan golongan darah, hemoglobin, protein urine dan gula darah puasa. Pemeriksaan khusus dilakukan di daerah prevalensi tinggi dan atau kelompok ber-risiko. Pemeriksaan yang dilakukan adalah hepatitis B, HIV, Sifilis, malaria, tuberkulosis, kecacingan dan thalasemia. Dengan demikian maka secara operasional, pelayanan antenatal disebut lengkap apabila dilakukan oleh tenaga kesehatan serta memenuhi standar tersebut. Tenaga kesehatan yang berkompeten memberikan pelayanan antenatal kepada Ibu hamil adalah dokter spesialis kebidanan, dokter, bidan dan perawat. Ditetapkan pula bahwa frekuensi pelayanan antenatal adalah minimal 4 kali selama kehamilan, dengan ketentuan waktu pemberian pelayanan yang dianjurkan sebagai berikut:

1. Minimal 1 kali pada triwulan pertama.
2. Minimal 1 kali pada triwulan kedua.
3. Minimal 2 kali pada triwulan ketiga.

Standar waktu pelayanan antenatal tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan kepada ibu hamil, berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan dan penanganan komplikasi.

B. PERTOLONGAN PERSALINAN

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah pelayanan persalinan yang aman yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten. Pada kenyataan di lapangan, masih terdapat penolong persalinan yang bukan tenaga kesehatan dan dilakukan di luar fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu secara bertahap seluruh persalinan akan ditolong oleh tenaga kesehatan kompeten dan diarahkan ke fasilitas pelayanan kesehatan. Pada prinsipnya, penolong persalinan harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

1. Pencegahan infeksi

Setiap melakukan tindakan asuhan harus menerapkan prinsip pencegahan infeksi, seperti alat dan bahan habis pakai perlu dilakukan dekontaminasi. Hal ini untuk mencegah terjadinya masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh.

2. Metode pertolongan persalinan yang sesuai standar

Setiap melakukan persalinan normal dilakukan dengan standar seperti menolong persalinan dengan metode APN (asuhan Persalinan Normal). Dengan ini bidan melakukan pertolongan persalinan sesuai dengan prosedur dan langkah – langkah yang telah ditetapkan secara sistematis.

3. Manajemen Aktif Kala III

Setelah kelahiran bayi pada proses kala II, maka tindakan yang paling utama adalah MAK III. Tujuan manajemen aktif kala III (tiga) adalah untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan darah kala III (tiga) persalinan jika dibandingkan dengan penatalaksanaan fisiologis.

4. Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi

Bila didapatkan kasus patologis maka diperlukan rujukan. Oleh karena itu penanganan awal kasus kegawatdaruratan perlu dikuasai oleh bidan untuk penyelamatan selama proses rujukan ke fasilitas yang lebih tinggi. Contoh kasus perdarahan post partum yaitu dilakukan tindakan KBI dan KBE.

5. Melaksanakan Insisiasi Menyusu Dini (IMD)

Tindakan IMD penting untuk dilakukan pada bayi baru lahir karena banyak manfaatnya antara lain untuk menstimulasi kontraksi dan mendukung keberhasilan ASI eksklusif. IMD dilaksanakan kurang lebih 1 jam dimana bayi diletakan di atas perut ibu setelah bayi dilahirkan dengan posisi skin to skin.

6. Memberikan injeksi Vitamin K1 dan salep mata pada bayi baru lahir

Pemberian vitamin K1 dan salep mata pada bayi baru lahir merupakan perawatan wajib pada semua bayi yang dilahirkan karena vitamin K 1 bertujuan untuk menghindari terjadinya perdarahan otak pada bayi sedangkan pemberian salep mata untuk mencegah terjadinya infeksi pada mata karena proses melewati jalan lahir.

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

C. PELAYANAN KESEHATAN IBU NIFAS

Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan sesuai standar pada ibu mulai 6 jam sampai 42 hari pasca bersalin oleh tenaga kesehatan. Untuk deteksi dini komplikasi pada ibu nifas diperlukan pemantauan pemeriksaan terhadap ibu nifas dengan melakukan kunjungan nifas minimal sebanyak 3 kali dengan ketentuan waktu:

1. Kunjungan nifas pertama pada masa 6 jam sampai dengan 3 hari setelah persalinan.
2. Kunjungan nifas ke dua dalam waktu 2 minggu setelah persalinan (8 – 14 hari).
3. Kunjungan nifas ke tiga dalam waktu 6 minggu setelah persalinan (36 – 42 hari).

Pelayanan yang diberikan adalah:

1. Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu.
2. Pemeriksaan tinggi fundus uteri (involusi uterus).
3. Pemeriksaan lochia dan pengeluaran per vaginam lainnya.
4. Pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif 6 bulan.
5. Pemberian kapsul Vitamin A 200.000 IU sebanyak dua kali , pertama segera setelah melahirkan, kedua diberikan setelah 24 jam pemberian kapsul Vitamin A pertama.
6. Pelayanan KB pasca salin

Tenaga kesehatan yang dapat memberikan pelayanan kesehatan ibu nifas adalah dokter spesialis kebidanan, dokter, bidan dan perawat.

D. PELAYANAN KESEHATAN NEONATUS

Pelayanan kesehatan neonatus adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir, baik di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah. Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus yaitu:

1. Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6 – 48 Jam setelah lahir.
2. Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 setelah lahir.
3. Kunjungan Neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 setelah lahir.

Kunjungan neonatal bertujuan untuk meningkatkan akses neonatus terhadap pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin bila terdapat kelainan/masalah kesehatan pada neonatus. Risiko terbesar kematian neonatus terjadi pada 24 jam pertama kehidupan, minggu pertama dan bulan pertama kehidupannya. Sehingga jika bayi lahir di fasilitas kesehatan sangat dianjurkan untuk tetap tinggal di fasilitas kesehatan selama 24 jam pertama.

Pelayanan Kesehatan Neonatal dasar dilakukan secara komprehensif dengan melakukan pemeriksaan dan perawatan Bayi baru Lahir dan pemeriksaan menggunakan pendekatan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) untuk memastikan bayi dalam keadaan sehat. Pendekatan MTBM ini meliputi:

1. Pemeriksaan Bayi Baru Lahir
 - a. Anamnesis

Data yang diperlukan pada anemnesis antara lain sebagai berikut :

 - 1) Nama bayi dan nama ibu
 - 2) Jenis Kelamin
 - 3) Usia bayi
 - 4) Keluhan yang dirasakan
 - b. Pemeriksaan Fisik:
 - 1) Lihat postur, tonus, dan aktifitas bayi.
 - 2) Lihat pada kulit bayi.
 - 3) Hitung pernafasan dan lihat tarikan dinding dada ketika bayi sedang tidak menangis.
 - 4) Hitung detak jantung dengan stetoskop. Stetoskop diletakkan pada dada kiri bayi setinggi apeks.
 - 5) Lakukan pengukuran suhu ketiak dengan termometer.
 - 6) Lihat dan raba bagian kepala.
 - 7) Lihat pada mata.
 - 8) Lihat bagian dalam mulut (lidah, selaput lendir)

Jika bayi menangis, masukkan satu jari yang menggunakan sarung tangan ke dalam dan raba langit-langit.

- 9) Lihat dan raba pada bagian perut
- 10) Lihat pada tali pusat.
- 11) Lihat pada punggung dan raba tulang belakang.
- 12) Lihat pada lubang anus, hindari untuk memasukkan alat atau jari dalam melakukan pemeriksaan anus. Tanyakan pada ibu apakah bayi sudah buang air besar.
- 13) Lihat dan raba pada alat kelamin bagian luar.
Tanyakan pada ibu apakah bayi sudah buang air kecil.
- 14) Timbang bayi.
Timbang bayi dengan menggunakan selimut, hasil timbangan dikurangi selimut.
- 15) Mengukur panjang dan lingkaran kepala bayi.
Jelaskan cara dan alat.

2. Menilai cara menyusui, minta ibu untuk menyusui bayinya. Pemeriksaan menggunakan pendekatan MTBM meliputi:
 - a. Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan Masalah pemberian ASI.
 - b. Pemberian Vitamin K1, Imunisasi Hepatitis B-0 bila belum diberikan pada waktu perawatan bayi baru lahir
 - c. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif, pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir di rumah termasuk perawatan tali pusat dengan menggunakan Buku KIA.
 - d. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan.

Tenaga kesehatan yang dapat memberikan pelayanan kesehatan neonatus adalah dokter spesialis anak, dokter, bidan, dan perawat.

3. Deteksi dini faktor risiko dan komplikasi kebidanan dan neonatus oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat.

Deteksi dini kehamilan dengan faktor risiko adalah kegiatan yang dilakukan untuk menemukan ibu hamil yang mempunyai faktor risiko dan komplikasi kebidanan. Kehamilan merupakan proses reproduksi yang normal, tetapi tetap mempunyai risiko untuk terjadinya komplikasi. Oleh karenanya deteksi dini oleh tenaga kesehatan dan masyarakat tentang adanya faktor risiko dan komplikasi, serta penanganan yang adekuat sedini mungkin, merupakan kunci keberhasilan dalam penurunan angka kematian ibu dan bayi yang dilahirkannya.

a. Faktor risiko pada ibu hamil

Berikut faktor risiko pada ibu hamil meliputi:

- 1) Primigravida kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun.
- 2) Anak lebih dari 4.
- 3) Jarak persalinan terakhir dan kehamilan sekarang kurang dari 2 tahun.
- 4) Kurang Energi Kronis (KEK) dengan lingkaran lengan atas kurang dari 23,5 cm, atau penambahan berat badan <9 kg selama masa kehamilan.
- 5) Anemia dengan kadar Hemoglobin <11 g/dl.
- 6) Tinggi badan kurang dari 145 cm, atau dengan kelainan bentuk panggul dan tulang belakang
- 7) Riwayat hipertensi pada kehamilan sebelumnya atau sebelum kehamilan ini.
- 8) Sedang/pernah menderita penyakit kronis, antara lain: tuberkulosis, kelainan jantung-ginjal-hati, psikosis, kelainan endokrin (Diabetes Mellitus, Sistemik Lupus Eritematosus, dll), tumor, dan keganasan.
- 9) Riwayat kehamilan buruk: keguguran berulang, kehamilan ektopik terganggu, mola hidatidosa, ketuban pecah dini, bayi dengan cacat kongenital
- 10) Riwayat persalinan dengan komplikasi: persalinan dengan seksio sesarea, ekstraksi vakum/forceps.
- 11) Riwayat nifas dengan komplikasi: perdarahan pasca persalinan, Infeksi masa nifas, psikosis post partum (post partum blues).
- 12) Riwayat keluarga menderita penyakit kencing manis, hipertensi dan riwayat cacat kongenital.
- 13) Kelainan jumlah janin: kehamilan ganda, janin dampit, monster.
- 14) Kelainan besar janin: pertumbuhan janin terhambat, janin besar.
- 15) Kelainan letak dan posisi janin: lintang/oblique, sungsang pada usia kehamilan lebih dari 32 minggu.

Catatan: penambahan berat badan ibu hamil yang normal adalah 9-12 kg selama masa kehamilan.

b. Komplikasi pada ibu hamil, bersalin, dan nifas

Berikut komplikasi pada ibu hamil, bersalin, dan nifas antara lain:

- 1) Ketuban pecah dini.
- 2) Perdarahan pervaginam.
 - a) Ante partum: keguguran, plasenta previa, solusio plasenta
 - b) Intra partum: robekan jalan lahir
 - c) Post partum: atonia uteri, retensio plasenta, plasenta inkarserata, kelainan pembekuan darah, subinvolusi uteri

- 3) Hipertensi dalam Kehamilan (HDK): Tekanan darah tinggi (sistolik >140 mmHg, diastolik >90 mmHg), dengan atau tanpa edema pre-tibial.
- 4) Ancaman persalinan prematur.
- 5) Infeksi berat dalam kehamilan: demam berdarah, tifus abdominalis, sepsis.
- 6) Distosia: persalinan macet, persalinan tidak maju.
- 7) Infeksi masa nifas.

Sebagian besar kematian ibu dapat dicegah apabila mendapat penanganan yang adekuat di fasilitas pelayanan kesehatan. Faktor waktu dan transportasi merupakan hal yang sangat menentukan dalam merujuk kasus risiko tinggi. Oleh karenanya deteksi faktor risiko pada ibu baik oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat merupakan salah satu upaya penting dalam mencegah kematian dan kesakitan ibu.

c. Faktor risiko pada neonatus

Faktor risiko pada neonatus sama dengan faktor risiko pada ibu hamil. Ibu hamil yang memiliki faktor risiko akan meningkatkan risiko terjadinya komplikasi pada neonatus. Deteksi dini untuk komplikasi pada neonatus dengan melihat tanda-tanda atau gejala-gejala sebagai berikut.

- 1) Tidak Mau Minum/menyusu atau memuntahkan semua
- 2) Riwayat Kejang
- 3) Bergerak hanya jika dirangsang/Letargis
- 4) Frekwensi Napas ≤ 30 X/menit dan ≥ 60 x/menit
- 5) Suhu tubuh $\leq 35,5$ C dan $\geq 37,5$ C
- 6) Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat
- 7) Merintih
- 8) Ada pustul Kulit
- 9) Nanah banyak di mata
- 10) Pusing kemerahan meluas ke dinding perut.
- 11) Mata cekung dan cubitan kulit perut kembali sangat lambat
- 12) Timbul kuning dan atau tinja berwarna pucat
- 13) Berat badan menurut umur rendah dan atau ada masalah pemberian ASI
- 14) BBLR: Bayi Berat Lahir Rendah < 2500 gram
- 15) Kelainan Kongenital seperti ada celah di bibir dan langit-langit.

d. Komplikasi pada neonatus

Komplikasi pada neonatus antara lain:

- 1) Prematuritas dan BBLR (bayi berat lahir rendah < 2500 gr)
- 2) Asfiksia
- 3) Infeksi Bakteri
- 4) Kejang
- 5) Ikterus
- 6) Diare
- 7) Hipotermia
- 8) Tetanus neonatorum
- 9) Masalah pemberian ASI
- 10) Trauma lahir, sindroma gangguan pernapasan, kelainan kongenital, dll.

e. Penanganan komplikasi kebidanan

Penanganan komplikasi kebidanan adalah pelayanan kepada ibu dengan komplikasi kebidanan untuk mendapat penanganan definitif sesuai standar oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan. Diperkirakan sekitar 15-20 % ibu hamil akan mengalami komplikasi kebidanan. Komplikasi dalam kehamilan dan persalinan tidak selalu dapat diduga sebelumnya, oleh karenanya semua persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan agar komplikasi kebidanan dapat segera dideteksi dan ditangani. Untuk meningkatkan cakupan dan kualitas penanganan komplikasi kebidanan maka diperlukan adanya fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu memberikan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi secara berjenjang mulai dari bidan, Puskesmas mampu Pelayanan Obstetri Kebidanan dan Neonatal Essensial Dasar (PONED) sampai rumah sakit Pelayanan Obstetri Kebidanan dan Neonatal Essensial Komprehensif (PONEK) 24 jam. Pelayanan medis yang dapat dilakukan di Puskesmas mampu PONED meliputi:

- 1) Pelayanan obstetri
 - a) Penanganan perdarahan pada kehamilan, persalinan dan nifas.
 - b) Pencegahan dan penanganan Hipertensi dalam Kehamilan (pre-eklamsi dan eklamsi)
 - c) Pencegahan dan penanganan infeksi.
 - d) Penanganan partus lama/macet.
 - e) Penanganan abortus.
 - f) Stabilisasi komplikasi obstetrik untuk dirujuk dan transportasi rujukan.

2) Pelayanan neonatus

- a) Penanganan asfiksia bayi baru lahir.
- b) Penanganan bayi berat lahir rendah (BBLR).
Meliputi hipotermi, hipoglikemia, ikterus, dan masalah pemberian minum.
- c) Penanganan gangguan nafas.
- d) Penanganan kejang.
- e) Penanganan infeksi neonatus.
- f) Rujukan dan transportasi bayi baru lahir.
- g) Persiapan umum sebelum tindakan kegawatdaruratan neonatus

f. Pelayanan neonatus dengan komplikasi

Pelayanan neonatus dengan komplikasi adalah penanganan neonatus dengan penyakit dan kelainan yang dapat menyebabkan kesakitan, kecacatan dan kematian oleh dokter/bidan/perawat terlatih di polindes, Puskesmas, Puskesmas PONED, rumah bersalin dan rumah sakit pemerintah/swasta. Diperkirakan sekitar 15% dari bayi lahir hidup akan mengalami komplikasi neonatal. Hari Pertama kelahiran bayi sangat penting, oleh karena banyak perubahan yang terjadi pada bayi dalam menyesuaikan diri dari kehidupan di dalam rahim kepada kehidupan di luar rahim. Bayi baru lahir yang mengalami gejala sakit dapat cepat memburuk, sehingga bila tidak ditangani dengan adekuat dapat terjadi kematian. Kematian bayi sebagian besar terjadi pada hari pertama, minggu pertama kemudian bulan pertama kehidupannya. Adapun klasifikasi dalam MTBM meliputi:

- 1) Infeksi bakteri (termasuk klasifikasi Infeksi Bakteri Lokal dan Penyakit Sangat Berat atau Infeksi Bakteri Berat)
- 2) Ikterus (termasuk klasifikasi Ikterus Berat dan Ikterus)
- 3) Diare (termasuk klasifikasi Diare Dehidrasi Berat dan Diare Dehidrasi Ringan/Sedang)
- 4) Berat badan rendah menurut umur dan atau masalah pemberian ASI.
- 5) Trauma lahir, sindroma gangguan pernapasan, kelainan kongenital, dll.

Kebijakan Departemen Kesehatan dalam peningkatan akses dan kualitas penanganan komplikasi neonatus tersebut antara lain penyediaan Puskesmas mampu PONED dengan target setiap kabupaten/kota harus mempunyai minimal 4 (empat) Puskesmas mampu PONED. Puskesmas PONED adalah Puskesmas rawat inap yang memiliki kemampuan serta fasilitas PONED siap 24 jam untuk memberikan pelayanan terhadap ibu hamil, bersalin dan nifas serta kegawatdaruratan bayi baru lahir dengan komplikasi baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat, bidan di desa, Puskesmas dan melakukan rujukan ke

RS/RS PONEK pada kasus yang tidak mampu ditangani. Untuk mendukung Puskesmas mampu PONEK ini, diharapkan RSUD Kabupaten/Kota mampu melaksanakan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi komprehensif (PONEK) yang siap selama 24 jam. Dalam PONEK, RSUD harus mampu melakukan pelayanan emergensi dasar dan pelayanan operasi seksio sesaria, perawatan neonatus level II serta transfusi darah. Dengan adanya Puskesmas mampu PONEK dan RSUD mampu PONEK maka kasus-kasus komplikasi kebidanan dan neonatal dapat ditangani secara optimal sehingga dapat mengurangi kematian ibu dan neonatus.

E. PELAYANAN KESEHATAN BAYI

Pelayanan kesehatan bayi adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada bayi sedikitnya 4 kali, selama periode 29 hari sampai dengan 11 bulan setelah lahir. Pelaksanaan pelayanan kesehatan bayi meliputi:

1. Kunjungan bayi satu kali pada umur 29 hari – 2 bulan.
2. Kunjungan bayi satu kali pada umur 3 – 5 bulan.
3. Kunjungan bayi satu kali pada umur 6 – 8 bulan.
4. Kunjungan bayi satu kali pada umur 9 – 11 bulan.

Kunjungan bayi bertujuan untuk meningkatkan akses bayi terhadap pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin bila terdapat kelainan pada bayi sehingga cepat mendapat pertolongan, pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit melalui pemantauan pertumbuhan, imunisasi, serta peningkatan kualitas hidup bayi dengan stimulasi tumbuh kembang. Dengan demikian hak anak mendapatkan pelayanan kesehatan terpenuhi. Pelayanan kesehatan tersebut meliputi:

1. Pemberian imunisasi dasar lengkap (BCG, Polio 1,2,3,4, DPT/HB 1,2,3, Campak) sebelum bayi berusia 1 tahun.
2. Stimulasi deteksi intervensi dini tumbuh kembang bayi (SDIDTK).
3. Pemberian vitamin A 100.000 IU (6 – 11 bulan).
4. Konseling ASI eksklusif, pemberian makanan pendamping ASI, tanda – tanda sakit dan perawatan kesehatan bayi di rumah menggunakan Buku KIA.
5. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan.

Tenaga kesehatan yang dapat memberikan pelayanan kesehatan bayi adalah dokter spesialis anak, dokter, bidan, perawat dibantu oleh tenaga kesehatan lainnya seperti petugas gizi.

F. PELAYANAN KESEHATAN ANAK BALITA

Lima tahun pertama kehidupan, pertumbuhan mental dan intelektual berkembang pesat. Masa ini merupakan masa keemasan atau golden period dimana terbentuk dasar-dasar kemampuan keindraan, berfikir, berbicara serta pertumbuhan mental intelektual yang intensif dan awal pertumbuhan moral. Pada masa ini stimulasi sangat penting untuk mengoptimalkan fungsi-fungsi organ tubuh dan rangsangan pengembangan otak. Upaya deteksi dini gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada anak usia dini menjadi sangat penting agar dapat dikoreksi sedini mungkin dan atau mencegah gangguan ke arah yang lebih berat.

Bentuk pelaksanaan tumbuh kembang anak di lapangan dilakukan dengan mengacu pada pedoman Stimulasi, Deteksi, dan Intervensi Tumbuh Kembang Anak (SDIDTK) yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan di Puskesmas dan jajarannya seperti dokter, bidan perawat, ahli gizi, penyuluh kesehatan masyarakat dan tenaga kesehatan lainnya yang peduli dengan anak.

Kematian bayi dan balita merupakan salah satu parameter derajat kesejahteraan suatu negara. Sebagian besar penyebab kematian bayi dan balita dapat dicegah dengan teknologi sederhana di tingkat pelayanan kesehatan dasar, salah satunya adalah dengan menerapkan **Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)**, di tingkat pelayanan kesehatan dasar. Bank Dunia, 1993 melaporkan bahwa MTBS merupakan intervensi yang cost effective untuk mengatasi masalah kematian balita yang disebabkan oleh Infeksi Pernapasan Akut (ISPA), diare, campak, malaria, kurang gizi dan yang sering merupakan kombinasi dari keadaan tersebut.

Sebagai upaya untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian balita, Departemen Kesehatan RI bekerja sama dengan WHO telah mengembangkan paket pelatihan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) yang mulai dikembangkan di Indonesia sejak tahun 1996 dan implementasinya dimulai 1997 dan saat ini telah mencakup 33 provinsi. Pelayanan kesehatan anak balita meliputi pelayanan pada anak balita sakit dan sehat. Pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan sesuai standar yang meliputi:

1. Pelayanan pemantauan pertumbuhan minimal 8 kali setahun yang tercatat dalam Buku KIA/KMS. Pemantauan pertumbuhan adalah pengukuran berat badan anak balita setiap bulan yang tercatat pada Buku KIA/KMS. Bila berat badan tidak naik dalam 2 bulan berturut-turut atau berat badan anak balita di bawah garis merah harus dirujuk ke sarana pelayanan kesehatan.
2. Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) minimal 2 kali dalam setahun. Pelayanan SDIDTK meliputi pemantauan perkembangan motorik kasar, motorik halus, bahasa, sosialisasi dan kemandirian minimal 2 kali pertahun (setiap 6

bulan). Pelayanan SDIDTK diberikan di dalam gedung (sarana pelayanan kesehatan) maupun di luar gedung.

3. Pemberian Vitamin A dosis tinggi (200.000 IU), 2 kali dalam setahun.
4. Kepemilikan dan pemanfaatan buku KIA oleh setiap anak balita.
5. Pelayanan anak balita sakit sesuai standar dengan menggunakan pendekatan MTBS.

G. PELAYANAN KB BERKUALITAS

Pelayanan KB berkualitas adalah pelayanan KB sesuai standar dengan menghormati hak individu dalam merencanakan kehamilan sehingga diharapkan dapat berkontribusi dalam menurunkan angka kematian Ibu dan menurunkan tingkat fertilitas (kesuburan) bagi pasangan yang telah cukup memiliki anak (2 anak lebih baik) serta meningkatkan fertilitas bagi pasangan yang ingin mempunyai anak. Pelayanan KB bertujuan untuk menunda (merencanakan) kehamilan. Bagi Pasangan Usia Subur yang ingin menjarangkan dan/atau menghentikan kehamilan, dapat menggunakan metode kontrasepsi yang meliputi:

1. KB alamiah (sistem kalender, metode amenore laktasi, coitus interruptus).
2. Metode KB hormonal (pil, suntik, susuk).
3. Metode KB non-hormonal (kondom, AKDR/IUD, vasektomi dan tubektomi).

Untuk mempertahankan dan meningkatkan cakupan peserta KB perlu diupayakan pengelolaan program yang berhubungan dengan peningkatan aspek kualitas, teknis dan aspek manajerial pelayanan KB. Dari aspek kualitas perlu diterapkan pelayanan yang sesuai standard dan variasi pilihan metode KB, sedangkan dari segi teknis perlu dilakukan pelatihan klinis dan non-klinis secara berkesinambungan. Selanjutnya aspek manajerial, pengelola program KB perlu melakukan revitalisasi dalam segi analisis situasi program KB dan sistem pencatatan dan pelaporan pelayanan KB. Tenaga kesehatan yang dapat memberikan pelayanan KB kepada masyarakat adalah dokter spesialis kebidanan, dokter, bidan dan perawat.

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

- 1) Jelaskan prinsip pengelolaan program KIA?
- 2) Sebutkan tindakan pemeriksaan ibu hamil yang sesuai dengan standar operasional yang telah ditetapkan!
- 3) Jelaskan prinsip-prinsip pengelolaan program KIA!

Ringkasan

- 1) Pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS –KIA) adalah salah satu alat manajemen program KIA untuk memantau cakupan pelayanan KIA di suatu wilayah kerja puskesmas atau kecamatan secara terus menerus agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat, tepat dan efektif bagi daerah yang memiliki cakupan pelayanan KIA yang masih kurang.
- 2) Prinsip-prinsip pengelolaan program KIA diawali dari peningkatan pelayanan antenatal, persalinan oleh tenaga kesehatan, peningkatan deteksi dini risiko pada ibu hamil, serta pelayanan neonatal.
- 3) Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya, dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam **Standar Pelayanan Kebidanan (SPK)**. Pelayanan antenatal sesuai standar meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik (umum dan kebidanan), pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus, serta intervensi umum dan khusus (sesuai risiko yang ditemukan dalam pemeriksaan).
- 4) Setiap persalinan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan, dengan memperhatikan prosedur yang telah ditetapkan (APN, Manajemen Aktif Kala III, dan pemberian Vitamin K1 dan salep mata pada BBL).
- 5) Program pemeriksaan ibu nifas setidaknya dilakukan 3 kali kunjungan sebagai berikut:
 - a) Kunjungan nifas pertama pada masa 6 jam sampai dengan 3 hari setelah persalinan.
 - b) Kunjungan nifas ke dua dalam waktu 2 minggu setelah persalinan (8 – 14 hari).
 - c) Kunjungan nifas ke tiga dalam waktu 6 minggu setelah persalinan (36 – 42 hari).

Tes 2

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- 1) Berdasarkan program pemerintah kunjungan antenatal pada ibu hamil harus melaksanakan 4 minimal kunjungan, yaitu:
 - A. 2 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester ke dua dan 1 kali pada trimester ketiga
 - B. 1 kali pada trimester pertama, 2 kali pada trimester ke dua dan 1 kali pada trimester ketiga
 - C. 1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester ke dua dan 2 kali pada trimester ketiga
 - D. 1 kali pada trimester pertama dan 3 kali pada trimester ketiga
- 2) Pemberian vitamin A 200.000 IU pada ibu nifas sebanyak berapa kali pemberian dalam periode masa nifas:
 - A. 2 kali
 - B. 3 kali
 - C. 4 kali
 - D. 5 kali
- 3) Yang dimaksud kunjungan KN 2 pada neonatal yaitu kunjungan pada hari :
 - A. 3-7 hari setelah lahir
 - B. 7 - 8 hari setelah lahir
 - C. 8-14 hari setelah lahir
 - D. 14-28 hari setelah lahir
- 4) Kurang Energi Kronis (KEK) dengan lingkaran lengan atas dengan hasil pengukuran :
 - A. Kurang dari 23,5 cm
 - B. Kurang dari 24 cm
 - C. Kurang dari 24,5 cm
 - D. Kurang dari 25cm
- 5) Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) dilaksanakan minimal berapa kali dalam setahun :
 - A. 4 kali dalam setahun
 - B. 3 kali dalam setahun
 - C. 2 kali dalam setahun
 - D. 1 kali dalam setahun

Topik 3

Rujukan

Mahasiswa RPL yang saya banggakan, saat ini kita memasuki Topik ke 2 yang akan membahas tentang rujukan yang dilaksanakan di komunitas. Adapun pembahasan yang ada pada topik ini adalah sebagai berikut.

1. Pengertian sistem rujukan
2. Keuntungan sistem rujukan
3. Tujuan rujukan
4. Jenis rujukan
5. Tempat rujukan
6. Jenjang rujukan pelayanan kesehatan
7. Mekanisme rujukan
8. Alur pelayanan rujukan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal

Salah satu kelemahan dalam pelayanan kesehatan kita adalah rujukan yang kurang CEPAT dan TEPAT. AKI dan AKB menjadi masalah yang menjadi perhatian utama tenaga kesehatan di Indonesia, tidak dipungkiri 3T (keterlambatan) masih berkontribusi dalam hal tersebut, terutama keterlambatan mencapai fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu Anda diharapkan mampu mengetahui dan melaksanakan sistem rujukan meningkatkan pelayanan kesehatan berkualitas karena Bidan sebagai tenaga kesehatan diuntut memiliki kesiapan untuk merujuk ibu datau bayi ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu.

A. PENGERTIAN, TUJUAN, DAN KEUNTUNGAN SISTEM RUJUKAN

Sistem rujukan adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan wewenang dan tanggungjawab atas kasus penyakit atau masalah kesehatan yang diselenggarakan secara timbal balik, baik vertical dalam arti Rujukan dan komunikasi antara satu unit ke unit yang telah lengkap. Misalnya, dari RS kabupaten ke RS propinsi atau RS tipe C ke RS tipe B yang lebih spesialisik fasilitas dan personalianya. Sedangkan rujukan horizontal dalam arti antara strata sarana pelayanan kesehatan ke starata sarana pelayanan kesehatan lainnya, contoh konsultasi dan komunikasi antar unit yang ada dalam satu RS, misalnya antara bagian kebidanan dan bagian ilmu kesehatan anak.

Tujuan dari sistem rujukan meliputi:

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

Keuntungan sistem rujukan adalah sebagai berikut.

1. Pelayanan yang diberikan sedekat mungkin ke tempat pasien, berarti bahwa pertolongan dapat diberikan lebih cepat, murah dan secara psikologis memberi rasa aman pada pasien dan keluarga.
2. Penataran yang teratur diharapkan pengetahuan dan keterampilan petugas daerah makin meningkat sehingga makin banyak kasus yang dapat dikelola di daerahnya masing-masing.
3. Memudahkan masyarakat di daerah terpencil atau desa dapat memperoleh dan menikmati tenaga ahli dan fasilitas dari jenjang yang lebih tinggi.

B. JENIS RUJUKAN

Rujukan dibedakan menjadi rujukan medik dan rujukan kesehatan.

1. Rujukan Medik

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

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

2. Rujukan kesehatan

Hubungan dalam pengiriman, pemeriksaan bahan atau spesimen ke fasilitas yang lebih mampu dan lengkap. Rujukan ini sifatnya terkait masalah kesehatan yang preventif dan promotif.

Tata cara pelaksanaan sistem rujukan yaitu pasien yang akan dirujuk harus sudah diperiksa dan layak untuk dirujuk. Adapun kriteria pasien yang dirujuk adalah apabila memenuhi salah satu dari:

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

Sedangkan tatalaksana rujukan meliputi:

1. Internal antar petugas di satu RS.
Sebagai contoh adalah rujukan yang dilakukan di dalam RS seperti kasus ibu hamil yang mengalami Diabetes mellitus maka dokter spesialis kandungan harus merujuk kliennya ke dokter spesialis penyakit dalam untuk menangani penyakitnya tersebut.
2. Antara Puskesmas Pembantu dan Puskesmas.
Dilakukan rujukan bila ditemukan klien dengan ibu hamil yang dicurigai anemia namun puskesmas pembantu tidak memiliki alat untuk pemeriksaan Haemoglobin (Hb) karena keterbatasan alat. Maka klien tersebut akan dirujuk ke puskesmas untuk melakukan pemeriksaan darah untuk menentukan hasil penilaian kadar Hb nya.
3. Antara Masyarakat dan Puskesmas.
Dilakukan rujukan bila didapatkan warga yang dibantu proses persalinannya dengan dukun bayi namun mengalami kesulitan maka warga akan merujuk ke puskesmas untuk penanganan lebih lanjut.
4. Antara satu Puskesmas dan Puskesmas lainnya.
Rujukan ini dilakukan bila diantara puskesmas yang tidak memiliki kelengkapan sarana alat dan SDM untuk menangani suatu kasus kegawatdaruratan diperlukan rujukan ke puskesmas yang lebih lengkap sarana prasarannya dan SDM yang lebih kompeten.
5. Antara Puskesmas dan RS, laboratorium/fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
Pasien yang awalnya ditangani puskesmas namun penyakitnya cukup berat. Petugas puskesmas dan alat yang tersedia sangat terbatas maka perlu dikonsultasikan ke RS/ Laboratorium/ fasilitas kesehatan lainnya.

6. Internal antara bagian/unit di dalam satu RS.
Jika klien membutuhkan lebih pemeriksaan kesehatan karena menderita lebih dari 1 penyakit. Contoh kasus klien yang mengalami operasi tetapi mengidap penyakit saraf maka diperlukan unit pelayanan bedah dan penyakit saraf.
7. Antar RS, laboratorium/fasilitas pelayanan lain dan RS.
Jika klien yang mengalami suatu penyakit yang kompleks maka biasanya diperlukan beberapa instansi kesehatan untuk mendukung diagnosa dan mengefektifkan pengobatan pada pasien tersebut.

C. JENJANG RUJUKAN PELAYANAN KESEHATAN

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

Tabel 2.2
Jenjang Rujukan Pelayanan Kesehatan

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

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

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

1. **(B) Bidan** : Pastikan ibu/ bayi/ klien didampingi tenaga kesehatan yang kompeten memiliki kemampuan untuk melaksanakan kegawatdaruratan selama perjalanan merujuk
2. **(A) Alat** : Bawa peralatan dan bahan-bahan yang diperlukan (seperti spuit, infus set, tensi meter, stetoskop, oksigen, dll.)
3. **(K) Kendaraan**: Siapkan kendaraan untuk mengantar ke tempat merujuk, kendaraan yang cukup baik, yang memungkinkan pasien berada dalam kondisi yang nyaman dan dapat mencapai tempat rujukan secepatnya.
4. **(S) Surat**: Surat rujukan yang berisi identitas pasien, alasan rujukan, tindakan dan obat-obat yang telah diberikan.
5. **(O) Obat**: Bawa obat yang diperlukan seperti obat-obatan esensial yang diperlukan selama perjalanan merujuk.
6. **(K) Keluarga**: Mendampingi dan diinformasikan keluarga pasien tentang kondisi terakhir pasien, serta alasan mengapa perlu dirujuk. Anggota keluarga yang lain harus ikut mengantar pasien ke tempat merujuk.
7. **(U) Uang** : Ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk persiapan administrasi ditempat rujukan.
8. **(DA) Darah**: Persiapkan kantung darah sesuai golongan darah pasien atau calon penonor darah dari keluarga yang berjaga- jaga dari kemungkinan kasus yang memerlukan donor darah.

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

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

D. ALUR DAN SKEMA RUJUKAN

Alur pelayanan rujukan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal adalah sebagai berikut.

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

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

1. Puskesmas sekurang-kurangnya harus mampu melakukan stabilisasi pasien dengan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal yang datang sendiri maupun dirujuk kader sebelum merujuk ke PONED dan RS PONEK
2. Puskesmas PONED memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan langsung terhadap ibu hamil, bersalin, nifas dan BBL baik yang datang sendiri atau rujukan kader, bidan desa dan Puskesmas. Puskesmas PONED dapat melakukan pengelolaan kasus dengan komplikasi tertentu sesuai dengan kewenangan dan kemampuan atau melakukan rujukan ke RS PONEK
3. RS PONEK 24 jam memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan langsung pada ibu hamil/bersalin dan nifas serta BBL baik yang datang sendiri atau rujukan.
4. Pemerintah Provinsi/Kabupaten memberikan dukungan secara manajemen, administratif maupun kebijakan anggaran terhadap kelancaran pelayanan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal.

5. Pokja/Satgas Gerakan Sayang Ibu (GSI) merupakan bentuk nyata kerjasama Lembaga swadaya di Tingkat Provinsi dan kabupaten, RS swasta, Rumah Bersalin, dokter, Bidan Praktik Mandiri (BPM), dapat berkordinasi dengan baik.

Persyaratan dalam pelayanan rujukan meliputi hal di bawah ini.

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

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

- 1) Jelaskan definisi dan tujuan sistem rujukan!
- 2) Jelaskan jenis-jenis rujukan!
- 3) Sebutkan tujuan dari rujukan!
- 4) Sebutkan tatalaksana yang berlangsung dalam rujukan!
- 5) Uraikan persiapan – persiapan dalam melakukan rujukan!

Ringkasan

- 1) Sistem rujukan merupakan sistem jaringan pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggungjawab. Sistem rujukan bertujuan untuk meningkatkan mutu, cakupan dan efisiensi pelaksanaan pelayanan kesehatan secara terpadu. Ada dua jenis rujukan yaitu rujukan medik (rujukan kasus) dan rujukan kesehatan (Hubungan dalam pengiriman, pemeriksaan bahan atau spesimen ke fasilitas yang lebih mampu dan lengkap).
- 2) Jenjang pelayanan kesehatan meliputi:
 - a) Tingkat desa
 - b) Tingkat masyarakat

- c) Fasilitas Pelayanan kesehatan Profesional Tingkat I
 - d) Fasilitas Pelayanan kesehatan Profesional Tingkat II
 - e) Fasilitas Pelayanan kesehatan Profesional Tingkat III
- 3) Untuk mengingat hal – hal penting dalam melakukan rujukan dapat digunakan istilah “BAKSOKUDA” (Bidan, Alat, Kendaraan, Surat, Obat, Keluarga, Uang dan Donor Darah).

Tes 3

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- 1) Upaya pencegahan yang dapat digunakan untuk mengatasi Terlambat 1 dan 2 dalam penyebab kematian ibu di komunitas adalah...
 - A. Membutuhkan peran serta masyarakat
 - B. Menuntut terlaksananya standar prosedur pelayanan yang berkualitas di setiap fasilitas pelayanan kesehatan
 - C. Klien dapat memperoleh pelayanan yang cepat dan tepat di semua tingkat pelayanan: desa, Puskesmas, RS
 - D. Setiap klien dapat menjangkau pelayanan yang berkualitas, berkesinambungan

- 2) Kegiatan yang lebih efektif untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang penyelamatan ibu hamil adalah...
 - A. Melatih keluarga dalam pertolongan kegawatdaruratan ibu
 - B. Memberikan penyuluhan kesehatan tentang manfaat puskesmas
 - C. Menggerakkan peran serta masyarakat untuk mencegah keterlambatan merujuk
 - D. Menganjurkan keluarga untuk menyiapkan obat-obatan untuk menghentikan perdarahan

- 3) Tingginya kejadian kematian ibu di suatu wilayah menunjukkan...
 - A. Banyaknya ibu hamil di wilayah tersebut
 - B. Tingginya persalinan oleh tenaga kesehatan
 - C. Rendahnya kualitas pertolongan kegawatdaruratan obstetri
 - D. Rendahnya pengetahuan ibu hamil mengenai pemeriksaan kehamilan

- 4) Di suatu Polindes seorang bidan desa sedang melakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin yang sudah inpartu. Bidan melakukan observasi kemajuan persalinan kepada ibu tersebut sesuai waktu yang telah ditetapkan. Apakah bentuk pelayanan kebidanan yang sedang dilakukan bidan sesuai kasus di atas?
- A. Mandiri
 - B. Rujukan
 - C. Limpahan
 - D. Kolaborasi
- 5) Unsur dari Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling, Praktik Dokter Swasta, Bidan, poliklinik swasta, dll merupakan bagian dari fasilitas kesehatan jenjang hirarki adalah...
- A. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Profesional Tingkat I
 - B. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Profesional Tingkat II
 - C. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Profesional Tingkat III
 - D. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Profesional Tingkat IV

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) C
- 2) A
- 3) Data Penduduk dikabupaten X ada 2000 jiwa.
 - a) Sasaran ibu hamil di kabupaten X
CBR: $27,0/1000$ penduduk
Jumlah ibu hamil: $1,10 \times 0,027 \times 2000 : 59,4$
Jadi, jumlah sasaran ibu hamil di kabupaten X adalah 59 orang
 - b) Cakupan K1
 - (1) Jumlah ibu hamil yang pertama kali mendapatkan pelayanan antenatal oleh tenaga di kabupaten X pada kurun waktu tertentu ada 37 orang ibu hamil
 - (2) Jumlah sasaran ibu hamil di kabupaten X dalam 1 tahun ada 59 orangCakupan K1 = $37 : 59 \times 100 = 62,71$
Jadi, jumlah ibu hamil yang pertama kali mendapatkan pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan di kabupaten X dalam waktu 1 tahun adalah 62 orang.
 - c) Cakupan K4
Jumlah sasaran ibu hamil di kabupaten X dalam 1 tahun adalah 59 orang
Cakupan K4 = $39 : 59 \times 100 = 66,10$
Jadi, jumlah ibu hamil yang mendapat antenatal minimal 4x oleh tenaga kesehatan ada 66 orang dari 39 ibu hamil dalam 1 tahun

Tes 2

- 1) B
- 2) A
- 3) A
- 4) A
- 5) C

Tes 3

- 1) A
- 2) C
- 3) C
- 4) A
- 5) A

Glossarium

- K1 : Kunjungan baru ibu hamil yang pertama kali pada masa kehamilannya.
- K4 : Kunjungan ibu hamil yang ke empat untuk mendapatkan pelayanan ANC yang standar.
- KN1 : Cakupan pemeriksaan neonatal dengan kunjungan neonatus pertama (usia 0-7 hari).
- KN2 : Cakupan pemeriksaan neonatal dengan kunjungan neonatus kedua (usia 7- 28 hari).
- MTBM : Manajemen Terpadu Balita Muda.
- MTBS : Manajemen Terpadu Balita Sakit.

Daftar Pustaka

- Depkes RI (1993). *Pedoman pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak*. Jakarta: Dirjen Binkesmas.
- Depkes RI (1996). *Pedoman pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak*. Jakarta: Bakti Husada.
- Kemenkes RI (2014). *Permenkes No.97 Tahun 2014 tentang pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan dan masa sesudah melahirkan, penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi, serta pelayanan kesehatan seksual*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Prawirohardjo, S. (2001). *Pelayanan kesehatan maternal dan neonatal*. Jakarta: JNPKR-POGI.

Bab 3

PENGUMPULAN DATA DENGAN METODE PARTISIPATIF

Elly Dwi Wahyuni, S.ST., M.Keb.

Pendahuluan

Maasiswa Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL) D III Kebidanan yang saya banggakan, selamat bertemu di Bab 3 mata kuliah asuhan kebidanan komunitas. Pada Bab ini Anda akan mempelajari beberapa metode teknik pengumpulan data yang bisa dilakukan di masyarakat sebelum melakukan intervensi kesehatan. Metode partisipatif merupakan metode yang paling efektif karena untuk menganalisis situasi kesehatan di masyarakat perlu melibatkan peran serta dari masyarakat. Pada bab ini Anda akan mempelajari bagaimana menganalisis situasi komunitas untuk selanjutnya dilakukan intervensi ke masyarakat karena sebelumnya Anda harus melakukan pengumpulan data dan informasi langsung maupun tidak langsung berkenaan dengan kondisi tertentu di komunitas. Hal ini, diperlukan untuk menjadi dasar perancangan dan perencanaan program di komunitas.

Sebelum melakukan analisis masalah kesehatan dalam suatu masyarakat, maka Anda perlu terlebih dahulu memetakan berbagai masalah kesehatan yang ada. Langkah ini penting untuk mendapatkan gambaran tentang situasi kesehatan masyarakat. Informasi dan data untuk analisis situasi dapat diperoleh dengan berbagai cara misalnya data sekunder, wawancara, survei, observasi dan lain-lain. Masih ada tradisi dalam ilmu kesehatan masyarakat bahwa analisis situasi menggunakan ukuran-ukuran kuantitatif yang jelas dan akurat. Namun demikian, untuk lebih memahami situasi sosiokultural masyarakat yang terkait dengan derajat kesehatan mereka, maka diperlukan data kualitatif, khususnya yang mencakup adat kebiasaan masyarakat. Dengan demikian analisis situasi tidak semata – mata bergantung pada data kuantitatif tetapi juga data kualitatif sehingga memberikan gambaran yang lebih utuh dari suatu fakta/ fenomena sosial dalam masyarakat.

Pada bahan ajar ini Anda akan membahas analisis situasi kesehatan dilakukan dengan teknik-teknik Participatory Rural Appraisal (PRA) yang melibatkan partisipasi aktif masyarakat. Teknik–teknik dalam PRA digunakan karena warga masyarakat sendirilah yang

paling tahu tentang kondisi kesehatan mereka. Teknik PRA akan membantu kita menjelaskan hubungan sebab-akibat dari masalah sosial yang ada. Memahami hubungan sebab-akibat ini penting untuk analisis masalah yang merupakan langkah selanjutnya dari analisis situasi.

Pada Bab 3 ini Anda diajak untuk mempelajari tentang Metode pengumpulan data partisipatif yang terdiri dari 2 topik sebagai berikut.

1. Analisis Situasi kesehatan
2. Analisis Situasi yang Partisipatif/Participatory Rural Appraisal (PRA)

Setelah mempelajari materi di bab ini, secara umum mahasiswa mampu mengidentifikasi pengumpulan data dengan menganalisa situasi kesehatan di komunitas dengan teknik Partisipatif/Participatory Rural Appraisal (PRA). Sedangkan secara khusus, mahasiswa mampu mengidentifikasi:

1. definisi analisis situasi dan keterkaitannya dengan analisis sosial,
2. proses tahapan analisis situasi,
3. kegunaan Participatory Rural Appraisal (PRA),
4. prinsip, teknik dan manfaat Participatory Rural Appraisal (PRA).

Topik 1

Analisis Situasi Kesehatan

Saudara mahasiswa yang saya banggakan, pada Topik 1 ini kita akan membahas tentang analisis situasi kesehatan. Analisis situasi ini perlu diketahui oleh bidan dari awal untuk melihat kondisi dan fakta di wilayah kerjanya. Sehingga sebelum melanjutkan intervensi kesehatan, data ini sudah didapatkan baik secara langsung maupun tidak langsung dengan kondisi tertentu yang bersumber dari masyarakat. Untuk menunjang tugas Anda sebagai bidan, maka mari kita pelajari materi pada topik 1 dengan seksama. Selamat belajar, semoga sukses!

A. DEFINISI DAN TUJUAN ANALISIS SITUASI KESEHATAN

Analisis situasi merupakan proses sistematis untuk melihat fakta, data atau kondisi yang ada dalam suatu lingkup wilayah. Wilayah ini berisikan orang, lokasi dan dimensi waktu. Artinya dalam setiap proses analisis situasi selalu mendasarkan pada ketiga hal tersebut yaitu siapa, dimana, dan kapan. Analisis situasi ini dimaksudkan untuk melihat fakta atau data itu bermasalah atau tidak, artinya dengan analisis situasi dapat ditemukan masalah kesehatan, dan faktor-faktor apa saja yang mempengaruhinya baik konteks geografis, demografis, sosial, budaya, ekonomi, bahkan politik. Tujuannya guna mengidentifikasi dan memahami masalah – masalah ataupun kebutuhan – kebutuhan komunitas.

Tujuan dari analisis situasi kesehatan adalah sebagai berikut.

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

B. VARIABEL DALAM ANALISIS SITUASI KESEHATAN

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

1. Status kesehatan

Analisis status kesehatan akan menghasilkan ukuran-ukuran status kesehatan secara kuantitatif, penyebaran masalah menurut kelompok umur penduduk, serta menurut tempat dan waktu. Ukuran yang digunakan adalah angka kematian (mortalitas) dan angka kesakitan (morbiditas). Analisis situasi kesehatan antara lain meliputi penyakit yang paling banyak diderita oleh penduduk, penyakit yang banyak diderita oleh bayi, jumlah dan penyebab kematian penduduk, jumlah dan penyebab kematian ibu, bayi dan jumlah berat lahir rendah (BBLR), jumlah balita gizi buruk, jumlah ibu hamil dengan komplikasi dan penyebab komplikasi serta jumlah ibu hamil yang anemia.

2. Kependudukan

Analisis kependudukan mencakup jumlah penduduk, struktur umur, jenis kelamin, mobilitas, pekerjaan, jumlah kepala keluarga (KK), jumlah wanita usia subur (WUS) dan pertumbuhan penduduk, mata pencaharian penduduk, agama mayoritas yang dianut, rata-rata usia menikah pertama kali, mobilitas penduduk, organisasi kemasyarakatan yang ada dan cara penduduk menjaga ketersediaan sumber pangan.

Di desa, data tersebut dapat dilihat di kantor desa berupa monografi desa, hanya saja perlu di telusuri lagi, karena akurasi dan kekinian datanya sering tidak valid. Pada informasi penduduk rentan, desa biasanya tidak punya, maka perlu dibuat sendiri atau bersama-sama dengan desa mendata warga yang masuk dalam kategori rentan.

3. Pelayanan/upaya kesehatan

Analisis pelayanan kesehatan atau upaya kesehatan meliputi upaya promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif. Analisis ini menghasilkan data atau informasi tentang input, proses, output dan dampak dari pelayanan kesehatan. Misalnya untuk mengetahui akses dan pemanfaatan rumah tangga terhadap sarana pelayanan kesehatan RS, puskesmas, puskesmas pembantu, dokter praktik, bidan praktik, dan pelayan kesehatan UKBM yaitu posyandu, poskesdes, dan polindes/bidan di desa, jumlah dukun bayi yang terlatih dan tidak terlatih, jenis pelayanan kesehatan khusus bagi remaja, ibu hamil, lanjut usia dan lain-lain, serta cara menjangkau fasilitas kesehatan (jarak, waktu, tempuh, jenis transportasi, biaya transportasi dan kondisi jalan).

4. Perilaku kesehatan

Perilaku kesehatan adalah salah satu faktor determinan pada derajat kesehatan. Perilaku ini meliputi seluruh perilaku seseorang atau masyarakat yang dapat memberi akibat pada kesehatan, kesakitan atau kematian. Perilaku ini sangat banyak dipengaruhi oleh pengetahuan, kepercayaan dan kebiasaan yang dimiliki dan kemungkinannya berpengaruh pada kesehatan atau kesakitan tubuhnya. Ada beberapa elemen yang dapat dijelaskan di bawah ini untuk melihat perilaku yang berakibat pada derajat kesehatan seseorang atau masyarakat. Gaya hidup yang berkaitan dengan kesehatan biasanya juga bisa ditujukan pada pola makan dan input yang masuk melalui mulut. Sedangkan di sisi lain ada faktor yang perilaku yang berpengaruh pada kejiwaan, sehingga memunculkan stress dan akhirnya gangguan fisik.

Sebagai contoh keberadaan perilaku kawin cerai di Lombok, biasanya istri ditinggalkan begitu saja ketika sedang hamil dan saat melahirkan. Ini menimbulkan kejiwaan yang dapat berpengaruh pada kondisi ibu hamil dan melahirkan, risiko meninggal sangat memungkinkan. Kebiasaan lain yang berpengaruh pada kesehatan misalnya adalah pola konsumsi lemak berlebihan, konsumsi rokok, alkohol, zat aditif (Narkoba) dan perilaku seks yang tidak aman. Selain itu pola pencarian pengobatan juga memberikan gambaran kebiasaan masyarakat kemana mereka memilih mencari obat atau pengobatan. Seringkali pertimbangan ini dipengaruhi oleh kebiasaan masyarakat setempat, misalnya ke Puskesmas, atau ke mantri kesehatan. Ketika mereka memilih, ada keterbatasan-keterbatasan sehingga pilihan yang diatuhkan menyesuaikan kemampuan yang mereka miliki. Keterbatasan tersebut dapat berupa terbatas dalam memahami sakit, terbatas dalam keuangan, terbatas pada informasi tempat layanan kesehatan, begitu juga dengan kendala geografis dan sulitnya akses yang tersedia.

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

5. Lingkungan

Lingkungan merupakan keadaan fisik yang berada di luar kita, yang memiliki interaksi dengan manusia baik disengaja maupun tidak disengaja. Interaksi timbal balik ini seringkali memberi konsekuensi yang berakibat pada kesakitan seseorang atau masyarakat. Analisis lingkungan mencakup aspek fisik, biologis dan sosial. Analisis ini bertujuan memperoleh informasi tentang keadaan sanitasi lingkungan di rumah tangga dan komunitas (misalnya air

bersih, air limbah, sampah, penggunaan bahan kimia, ternak/hewan peliharaan, kepemilikan jamban dalam satu keluarga, jenis jamban yang digunakan, tipe tempat tinggal, ketersediaan tempat pembuangan limbah rumah tangga, sumber pencemaran di sekitar rumah) dan ketersediaan sarana transportasi dan telekomunikasi untuk mengetahui informasi akses masyarakat terhadap air dan penyehatan lingkungan. Pada lingkungan sering dipakai sebagai media untuk sarang dan hidup suatu penyebab penyakit, misalnya nyamuk yang membawa penyakit malaria atau demam berdarah.

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

a. Air

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

b. Tempat Buang Air Besar

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

c. Lantai Rumah

Lantai rumah berupa tanah merupakan indikator kurang sehat, sebab lantai rumah dari tanah memiliki risiko terkena penyakit ISPA dan diare. Data tentang lantai rumah menjadi penting untuk memberi gambaran rencana kegiatan dan juga memberi gambaran kondisi kemiskinan warga. Namun demikian ada beberapa masyarakat yang memandang lantai rumah merupakan bentuk budaya, yang mereka anggap cocok dengan kondisi lingkungan setempat. Contoh beberapa jenis lantai rumah yang di gunakan di masing – masing rumah tangga yaitu marmer, ubin/tegel, semen, kayu, bambu, tanah atau batu.

d. Sampah

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

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

C. ANALISIS SOSIAL (ANSOS)

Analisis ini merupakan salah satu metodologi yang dikembangkan untuk mengetahui dan mendalami realita sosial dengan menggali hubungan-hubungan historis dan strukturalnya, keterkaitan dengan analisis situasi kesehatan namun yang membedakan antara analisis sosial dengan analisi situasi tidak perlu, yang penting adalah saling melengkapi.

Dalam analisis situasi ada semacam tradisi dalam ilmu kesehatan, dimana analisis ini berkaitan dengan relasi antara independent dengan dependen (antara faktor determinan dengan derajat kesehatan). Ada ukuran-ukuran kuantitatif yang jelas, akurat, seperti tertuang dalam indikator, target, relasi statistik. Sedangkan pada analisis sosial lebih kepada memberikan gambaran yang jelas (deskripsi) tentang makna yang ditangkap dari suatu fakta sosial. Tidak menggunakan ukuran kuantitatif, yang penting fakta sosial diungkap, dijelaskan sehingga oleh setiap orang dapat dipakai gambaran dan selanjutnya dapat digunakan sebagai rujukan untuk melangkah lebih lanjut.

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

Sebelum masuk pada konsep analisis sosial, perlu dijelaskan tentang analisis situasi. Dalam pendekatan analisis situasi sebenarnya sudah menyinggung permasalahan-permasalahan sosial, terutama pada perilaku sebagai faktor determinan derajat kesehatan. Seperti konsep sehat (health believe) sangat dipengaruhi oleh pengetahuan atau budaya yang berkembang di masyarakat. Seorang ibu akan memutuskan melahirkan anaknya di Puskesmas memerlukan proses yang panjang tapi bisa juga pendek. Ada faktor kebiasaan, sehingga dengan mudah diputuskan, tetapi ada faktor lain seperti kepercayaan, keputusan ada di tangan suami, atau faktor sosial lain yang sering berpengaruh yang menjadikan lama untuk membuat keputusan.

Dalam analisis sosial, relasi antara fakta menjadi penting karena setiap fakta seringkali tidak berdiri sendiri. Misalnya kebiasaan merawat tali pusat bayi dengan dipopok pakai daun sirih tidaklah berdiri sendiri. Kebiasaan itu didapat dari moyang mereka, dan keyakinan itu yang menjadikan perilaku semakin mendapat pengesahan. Dalam kasus ini, relasi yang lain adalah bahwa kenyataan ini bisa juga dilihat banyaknya tanaman sirih, yang mungkin dihasilkan oleh adanya keputusan bersama untuk melestarikan tanaman-tanaman yang dapat digunakan untuk obat, dan sangat mungkin keputusan bersama ini menjadi peraturan desa.

Dalam analisis sosial ini, yang diperlukan adalah kemampuan seseorang dalam menangkap apa yang dimaksud fakta-fakta sosial, kekayaan sosial dan relasinya. Untuk itu dalam melakukan analisis sosial Anda perlu ketahui elemen-elemen berikut ini.

1. Jumlah penduduk/KK.
2. Komposisi penduduk berdasarkan jenis kelamin, kelompok umur.
3. Mata pencaharian termasuk pembagian kerja antara lelaki dengan perempuan.
4. Jumlah dusun, RT/RW.
5. Agama dan keyakinan.
6. Lembaga Desa (seperti Pamong Desa, Badan Perwakilan Desa, Dukuh).
7. Sarana kesehatan yang tersedia seperti Polindes, Posyandu, Bidan, Mantri Kesehatan, Dokter, Dukun.
8. Perkumpulan ibu-ibu, bapak-bapak, remaja.
9. Iuran pembangunan daerah (IPEDA).
10. Kegiatan ronda malam.
11. Program kebersihan lingkungan desa.
12. Ritual upacara adat (mitoni, tetes, sunat, jagong bayi dan lain-lain).
13. Konsep sehat sakit.
14. Pengertian KB, Aborsi, Kesehatan alat reproduksi.
15. Program kesehatan (Posyandu Balita, Usila).

Jadi, analisis sosial berfungsi untuk mengidentifikasi persoalan-persoalan kesehatan di komunitas, mencari akar masalah, dan mencari solusi yang tepat.

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

- 1) Apakah Apakah yang di maksud analisis situasi kesehatan?
- 2) Sebutkan tujuan dari kegiatan analisis situasi kesehatan komunitas!
- 3) Sebutkan variabel standar yang harus diperhatikan dalam analisis situsai kesehatan!

Ringkasan

- 1) Analisis situasi merupakan kegiatan pengumpulan, menggali dan memaparkan data dan informasi tentang kondisi tertentu di suatu komunitas berikut konteks geografis, demografis, sosial, budaya, ekonomi, bahkan politik. Tujuannya guna mengidentifikasi dan memahami masalah – masalah ataupun kebutuhan – kebutuhan komunitas dan saling keterkaitan dengan berbagai faktor internal maupun eksternal.
- 2) Pada analisis situasi kesehatan ada sejumlah variabel standar yang hasrus diperhatikan yaitu:
 - a) Status kesehatan
 - b) Kependudukan
 - c) Pelayanan / Upaya kesehatan
 - d) Perilaku Kesehatan
 - e) Lingkungan

Analisis sosial adalah usaha memperoleh gambaran yang lebih lengkap tentang sebuah situasi sosial dengan menggali hubungan-hubungan historis dan strukturalnya. Analisis sosial berfungsi untuk mengidentifikasi persoalan-persoalan kesehatan di komunitas, mencari akar masalah, dan mencari solusi yang tepat.

Tes 1

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- 1) Guna mengidentifikasi dan memahami masalah atau pun kebutuhan komunitas merupakan tujuan dari ...
 - A. Analisis Lingkungan
 - B. Analisis Kondisi
 - C. Analisis Situasi
 - D. Analisis Data

- 2) Serangkaian kegiatan membedah suatu masalah dari berbagai sudut pandang memetakan situasi yang berhubungan dengan masalah dan menggali hubungan historis dan kultural dan selanjutnya mengidentifikasi dasar-dasar penyelesaian masalah merupakan pengertian dari ...
- A. Analisis sosial
 - B. Analisis situasi
 - C. Analisis sektor
 - D. Analisis petugas
- 3) Penyebaran masalah menurut kelompok umur penduduk, berdasarkan jumlah penyakit yang diderita, penyebab kematian ibu dan bayi. Hal tersebut bagian dari analisis situasi tentang ...
- A. Kependudukan
 - B. Status kesehatan
 - C. Perilaku kesehatan
 - D. Pelayanan /Upaya kesehatan
- 4) Kepemilikan sarana untuk pembuangan hajat Air Besar merupakan data yang diperoleh dari ...
- A. Perilaku kesehatan
 - B. Status Kesehatan
 - C. Gaya hidup
 - D. Lingkungan
- 5) Pertolongan persalinan juga dipengaruhi oleh keterbatasan yang dimiliki keluarga yang akan melahirkan. Ketika bidan desa tersedia, mereka justru memilih ke Dukun, ini pilihan dijatuhkan ke dukun karena “mungkin” keyakinan kepercayaan atau juga dana yang murah. Dari pernyataan tersebut maka hal ini bagian dari ...
- A. Perilaku kesehatan
 - B. Status Kesehatan
 - C. Gaya hidup
 - D. Lingkungan

Topik 2

Analisis Situasi yang Partisipatif (Participatory Rural Appraisal)

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang saya banggakan, selamat bertemu di Topik 2. Di ini kita akan mempelajari tentang metode partisipatif di komunitas. Jika Anda telah mempelajari Topik 1 maka Anda tentunya sepakat bahwa untuk melakukan intervensi perlu dilakukan kegiatan pengumpulan data dan informasi yang akurat dan valid baik yang didadaptkan secara langsung maupun tidak langsung sesuai kondisi di komunitas. Pada Topik 2 ini kita akan mengetahui metode pengumpulan data mana yang sesuai dengan masalah dan kebutuhan di komunitas. Baiklah mari kita pelajari metode – metode partisipatif apa saja yang digunakan? Akan kita diskusikan di Topik 2 ini. Selamat belajar!

A. ANALISIS SITUASI YANG PARTISIPATIF/PARTICIPATORY RURAL APPRAISAL (PRA)

Salah satu metode yang dianggap tepat dalam melakukan upaya analisis situasi kesehatan dan memiliki keterkaitan dengan faktor sosiokultural adalah Participatory Rural Appraisal (PRA=pengkajian pedesaan secara partisipatif). PRA mulai dikembangkan awal dasawarsa 1990-an oleh Robert Chambers. PRA didefinisikan sebagai “sekumpulan pendekatan dan metode yang mendorong masyarakat pedesaan untuk turut serta meningkatkan dan menganalisis pengetahuan mereka mengenai hidup dan kondisi mereka sendiri, agar dapat membuat rencana dan tindakan”. Teknik-teknik kajian yang dikembangkan dalam pendekatan ini hanyalah merupakan alat pada proses belajar dengan masyarakat, yang tidak berhenti pada saat pengkajian keadaan saja, tetapi sampai pada perencanaan dan pengembangan program.

Beberapa pengertian partisipasi antara lain sebagai berikut.

1. Partisipasi adalah kontribusi sukarela dari masyarakat kepada proyek tanpa ikut serta dalam pengambilan keputusan.
2. Partisipasi adalah "pemekaan" (membuat peka) pihak masyarakat untuk meningkatkan kemauan menerima dan kemampuan untuk menanggapi proyek-proyek pembangunan.

3. Partisipasi adalah suatu proses yang aktif , yang mengandung arti bahwa orang atau kelompok yang terkait, mengambil inisiatif dan menggunakan kebebasan untuk melakukan hal itu.
4. Partisipasi adalah pemantapan dialog antara masyarakat setempat dengan para staf yang melakukan persiapan, pelaksanaan, monitoring proyek, agar memperoleh informasi mengenai konteks lokal dan dampak-dampak sosial.
5. Partisipasi adalah keterlibatan sukarela oleh masyarakat dalam perubahan yang ditentukannya sendiri.
6. Partisipasi adalah keterlibatan masyarakat dalam pembangunan diri, kehidupan, dan lingkungan mereka.
7. Partisipasi adalah kontribusi, partisipasi sama dengan organisasi, atau sama dengan proses penguatan (Oakley, et al., 1991).

Terdapat berbagai istilah/nama untuk metode ini, yang pada dasarnya lebih merupakan adaptasi metode partisipatif ke dalam suatu wilayah isu tertentu, namun substansi yang dimaksud sama.

Prinsip dalam PRA antara lain sebagai berikut.

1. Mengutamakan yang terabaikan (keberpihakan)
Permasalahan yang menjadi prioritas didahulukan untuk kepentingan kesehatan penduduk.
2. Pemberdayaan masyarakat
Masyarakat terlibat aktif dalam pemecahan masalah dengan cara ikut serta dalam perencanaan dan pelaksanaan setiap kegiatan intervensi kesehatan.
3. Masyarakat sebagai pelaku, sebaliknya “orang luar” hanyalah fasilitator
Masyarakat mempunyai kontribusi besar untuk merubah permasalahan yang ada dan menjadi tanggung jawabnya untuk menyelesaikan, tenaga kesehatan hanya sebagai fasilitator untuk mendampingi selama proses penyelesaian masalah.
4. Saling belajar dan menghargai perbedaan
Sikap ini sangat dibutuhkan karena keberagaman membuat segala sesuatu yang besar menjadi lebih mudah dilaksanakan.
5. Santai dan informal
Disesuaikan dengan kondisi masyarakat yang lebih fleksibel dalam menangani kondisi tertentu.
6. Triangulasi (check and re-check)
Setiap proses kegiatan dilakukan untuk memantau keberhasilan kegiatan.
7. Mengoptimalkan hasil

Hasil keputusan untuk menyelesaikan masalah yang sudah disepakati ditindaklanjuti dan dilaksanakan dengan semaksimal mungkin.

8. Orientasi praktis (implementasi)

9. Keberlanjutan dan selang waktu

10. Belajar dari kesalahan

Pengalaman dalam menyelesaikan satu masalah menjadi acuan untuk menyelesaikan masalah berikutnya. Bilamana terdapat kekurangan diharapkan untuk selanjutnya tidak terjadi lagi.

11. Terbuka

Keterbukaan untuk saling bekerja sama sangat membantu peran serta masyarakat dalam menyelesaikan masalah bersama.

B. TEKNIK-TEKNIK PENGUMPULAN DATA YANG PARTISIPATIF

Pengumpulan data adalah prosedur yang sistemik dan standar untuk memperoleh data yang diperlukan. Teknik pengumpulan data yang diperlukan adalah teknik pengumpulan data yang paling tepat sehingga benar-benar didapat data yang valid dan reliabel. Beberapa teknik pengumpulan data antara lain sebagai berikut.

1. Penelusuran Sejarah Desa

Teknik ini dipergunakan untuk mengungkap kembali sejarah masyarakat di suatu lokasi tertentu berdasarkan penuturan masyarakat sendiri.

a. Jenis informasi yang dikaji

Jenis informasi yang dikaji dalam penelusuran sejarah desa antara lain sebagai berikut.

- 1) Sejarah terbentuknya pemukiman, asal usul penduduk, perkembangan jumlah penduduk, dan berbagai peristiwa yang berkenaan dengan itu.
- 2) Keberadaan dan pengelolaan sumber daya alam.
- 3) Perubahan-perubahan dalam status kepemilikan, penguasaan, dan pemanfaatan tanah.
- 4) Pengenalan dan penanaman jenis tanaman baru, dan penerapan teknologi lainnya.
- 5) Terjadinya wabah penyakit.
- 6) Tanggapan masyarakat atas berbagai masukan dan kegiatan pembinaan yang telah dilakukan serta masalah-masalah yang dihadapi dan berbagai alternatif pemecahannya, pengalaman masyarakat dalam mengatasi masalah tersebut.
- 7) Pembangunan sarana dan prasarana penunjang (jalan, sekolah, saluran irigasi, puskesmas, dan lain-lain).
- 8) Sejarah organisasi desa dan sistem pengorganisasian tersebut.
- 9) Topik-topik lainnya yang sesuai.

b. Tujuan kajian sejarah desa

Adapun tujuan melakukan kajian sejarah desa, agar kita dapat:

- 1) memfasilitasi masyarakat agar mengungkapkan pemahamannya tentang keadaan mereka di masa kini, dengan mengkaji latar belakang masa lalu;
- 2) memfasilitasi masyarakat untuk mengkaji perubahan-perubahan yang terjadi di masyarakat dan masalah yang terjadi karena perubahan serta bagaimana solusinya; serta
- 3) memfasilitasi masyarakat untuk mengkaji hubungan sebab akibat antara berbagai kejadian dalam sejarah kehidupan mereka.

c. Manfaat kajian sejarah desa

Manfaat kajian sejarah desa antara lain sebagai berikut.

- 1) Bagi orang dalam: memiliki potensi untuk memperkuat kesadaran masyarakat akan keberadaan dirinya.
- 2) Bagi orang luar: memberikan pemahaman dan wawasan tentang masyarakat tersebut.

2. Pembuatan Bagan Perubahan dan Kecenderungan

Teknik ini adalah teknik PRA yang dapat memetakan perubahan-perubahan berbagai keadaan, kejadian, serta perubahan masyarakat dari waktu ke waktu. Besaran perubahan dapat diamati apakah berkurang, tetap, atau bertambah. Dalam analisis situasi kesehatan teknik ini dapat dipakai untuk menggambarkan perubahan jenis penyakit dan kualitas gizi yang dialami warga masyarakat.

a. Jenis informasi yang dikaji

Jenis informasi yang dikaji dari pembuatan bagan perubahan dan kecenderungan antara lain sebagai berikut.

- 1) Perubahan perkembangan penduduk karena kelahiran, kematian dan migrasi.
- 2) Perubahan pola penyakit yang diderita penduduk. Jenis-jenis penyakit apa saja yang pernah diderita oleh masyarakat dalam jumlah penderita terbanyak dan waktu yang cukup lama.
- 3) Perubahan fasilitas kesehatan. Penyediaan sejumlah fasilitas kesehatan yang bertambah sesuai dengan kebutuhan masyarakat dalam kesehatan, atau bahkan berkurang dikarenakan kebijakan.
- 4) Perubahan lingkungan yang berdampak pada kesehatan penduduk. Dalam perubahan lingkungan yang mengikuti perubahan zaman. Contoh pemukiman yang dulu jarang sekarang berubah menjadi padat.
- 5) Perubahan dan perkembangan aspek sosial lain.

b. Tujuan kajian kecenderungan dan perubahan

Adapun tujuan kajian kecenderungan dan perubahan antara lain sebagai berikut.

- 1) Memfasilitasi masyarakat untuk mengenali berbagai perubahan penting yang terjadi dalam berbagai bidang kehidupan mereka.
- 2) Memfasilitasi masyarakat untuk membaca/memperkirakan arah kecenderungan umum dalam jangka panjang.

c. Manfaat kajian kecenderungan dan perubahan

Sedangkan manfaat kajian kecenderungan dan perubahan antara lain sebagai berikut.

- 1) Memunculkan kesadaran tentang peran diri mereka dalam masyarakat.
- 2) Memunculkan pikiran-pikiran mereka tentang sebab-sebab perubahan yang terjadi dan hubungan sebab akibatnya.

Contoh Bagan Perubahan dan Kecenderungan

Memetakan situasi kesehatan dalam masyarakat, langkah pertama yang mudah adalah mengidentifikasi jenis-jenis penyakit yang sering diderita oleh warga masyarakat. Ini bisa dilakukan secara bersama-sama dengan warga setempat. Identifikasi tentang jenis penyakit dapat digali lebih dalam pertanyaan-pertanyaan berikut:

- a. Apakah ada penyakit yang menular? Penyakit apa?
- b. Apakah ada penyakit yang menyebabkan kematian? Pada bayi dan balita? Pada orang dewasa?
- c. Penyakit apa saja yang paling banyak diderita oleh warga pada umumnya?
- d. Penyakit apa saja yang paling banyak diderita oleh bayi dan balita?
- e. Penyakit apa yang umumnya diderita perempuan?
- f. Penyakit apa yang umumnya diderita laki-laki?

Pertanyaan sejenis juga dapat digunakan untuk mendapat informasi tentang ketersediaan fasilitas kesehatan dari waktu ke waktu.

Tabel 3.1

Bagan Kecenderungan Perubahan Desa X

Fasilitas Kesehatan	1980 -1990	1991-2000	2001- 2010	2001 - sekarang
Dukun Bayi	0000	000	00	0
Dukun patah Tulang	000	00	0	0
Bidan	0	00	000	0000
Puskesmas pembantu	-	0	00	-
Puskemas	0	0	00	000
Dokter praktik	-	0	00	00

3. Pembuatan Kalender Musim

Teknik penyusunan kalender musim adalah teknik PRA yang memfasilitasi pengkajian kegiatan-kegiatan dan keadaan yang terjadi berulang dalam suatu kurun waktu tertentu (musiman) dalam kehidupan masyarakat. Kegiatan-kegiatan itu dituangkan dalam kalender kegiatan atau keadaan-keadaan dalam jarak waktu 1 tahun musim (12 bulan).

a. Jenis informasi kajian

Jenis informasi yang dikaji dalam pembuatan kalender musim antara lain sebagai berikut.

- 1) Penanggalan atau sistem kalender yang dipakai oleh masyarakat.
- 2) Iklim, cuaca, hujan, ketersediaan air.
- 3) Musim kerja ke kota pada masa paceklik.
- 4) Kesehatan (musim wabah penyakit) dan kebersihan lingkungan.
- 5) Pola pengeluaran (konsumsi, produksi, investasi).
- 6) Kegiatan sosial, adat, agama, dan sebagainya.

b. Tujuan kajian kalender musim

Adapun tujuan pembuatan kalender musim antara lain sebagai berikut.

- 1) Mengetahui kegiatan mereka sepanjang tahun.
- 2) Mengetahui profil kegiatan masyarakat.

c. Manfaat kajian kalender musim

Sedangkan manfaat kajian kalender musim antara lain sebagai berikut.

- 1) Mendapatkan gambaran mengenai pola kegiatan dan pola pembagian kerja masyarakat memunculkan berbagai pemikiran tentang keadaan usaha mereka sendiri terutama usaha pertanian.
- 2) Informasi yang diperoleh dapat menjadi masukan untuk perencanaan program.
- 3) Berguna untuk menilai tawaran program.

Contoh kalender musim yang terkait dengan kesehatan

Untuk analisis situasi kesehatan beberapa pertanyaan yang bisa diajukan adalah:

- a. Penyakit apa saja yang biasanya diderita pada musim hujan? Pada musim kemarau?
- b. Adakah penyakit yang diderita pada bulan-bulan tertentu?
- c. Penyakit apa yang terjadi di sepanjang tahun?

Setelah Anda menuliskan penyakit-penyakit tersebut dalam kalendar musim, ajaklah masyarakat untuk menggali lebih dalam:

- Adakah wabah penyakit pada musim tertentu yang terjadi setiap tahun?
- Siapa yang terkena wabah itu: laki, perempuan, anak-anak, balita, bayi?
- Apakah akibat dari wabah tersebut? Adakah yang menyebabkan kematian?
- Adakah hubungan antara penyakit-penyakit tersebut dengan kondisi lingkungan?

CONTOH KALENDER MUSIM

Masalah/ Keadaan/ Kegiatan	Hujan				Pancaroba				Kemarau			
	Sept	Okt	Nov	Des	Jan	Peb	Mar	Apr	Mai	Juni	Juli	Ag
Kesehatan	****	**** *	***	**								
Masa panen					**	***	****	*				
Banjir			**	***	***							
Penyakit malaria							**	***	***			
Penyakit diare	*		**	***	***						***	****
Penyakit campak								*	**	***		
Kekurangan pangan	**										****	****
Kekurangan air					**						**	**** *

20

Gambar 3.1.

Contoh Kalender Musim (Sumber: Pemdeslosarilor, 2013)

4. Pembuatan Peta Desa

Pemetaan adalah teknik PRA yang digunakan untuk memfasilitasi diskusi mengenai keadaan wilayah desa tersebut beserta lingkungannya. Keadaan itu digambarkan dalam satu sketsa atau peta desa. Cara-cara yang dapat dilakukan dalam pemetaan adalah yaitu pemetaan di atas tanah, pemetaan di atas kertas, dan pembuatan model atau maket.

a. Jenis informasi kajian

Jenis informasi yang dikaji antara lain sebagai berikut.

- 1) Peta sumber daya desa (umum).
- 2) Peta sumber daya alam desa.
- 3) Peta khusus (topikal).

b. Berikut sumber informasi

Sumber informasi yang dibutuhkan antara lain sebagai berikut.

- 1) Untuk pemetaan umum dapat diambil dari masyarakat umum: tua, muda, laki-laki, perempuan, kaya, miskin.
- 2) Untuk peta khusus: perlu sumber informasi tertentu.
- 3) Berbagai jenis peta di kantor desa dan data lain sebagai data sekunder.

c. Tujuan kajian

Adapun tujuan kajian adalah sebagai berikut.

- 1) Memfasilitasi masyarakat untuk mengungkapkan berbagai keadaan desa dan lingkungannya sendiri (lokasi sumber daya, batas-batas wilayah, jenis-jenis sumber daya yang ada baik masalah maupun potensinya).
- 2) Memfasilitasi masyarakat untuk mengkaji perubahan keadaan yang terjadi dari sumber daya mereka sendiri tentang sebab akibat dari perubahan tersebut.

d. Manfaat pemetaan

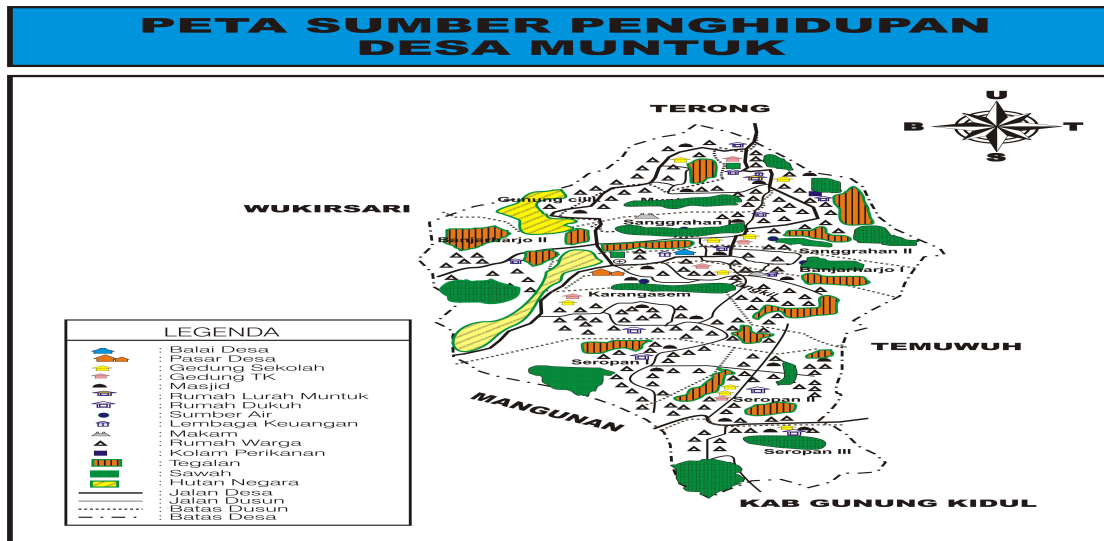
Sedangkan manfaat pemetaan adalah sebagai berikut.

- 1) Masyarakat dapat merenungkan dan memikirkan kembali desanya dan merencanakan arah perubahan.
- 2) Memahami cara berpikir masyarakat yang telah hidup turun temurun di suatu wilayah termasuk berbagai kejadian, masalah, hambatan, dan sumber daya yang ada.
- 3) Dapat menimbulkan partisipasi yang baik dari berbagai lapisan masyarakat.
- 4) Pemetaan untuk pengenalan tata batas yang seringkali menjadi sumber konflik di masyarakat.
- 5) Pemetaan dapat menjadi dasar untuk penggalian informasi dengan teknik-teknik PRA lainnya.
- 6) Menjadi dasar perencanaan program juga untuk keperluan evaluasi.

Contoh peta desa yang terkait isu kesehatan

Anda mengajak masyarakat untuk memetakan siapa saja warga miskin, laki-laki dan perempuan yang memiliki masalah kesehatan dan sumber daya kesehatan yang ada. Buatlah peta desa atau gunakan peta desa yang sudah ada dan lengkapi dengan pemukiman penduduk serta fasilitas kesehatan yang tersedia. Selanjutnya ajaklah masyarakat untuk menandai (gunakan simbol yang berbeda-beda):

- a. Rumah warga yang miskin.
- b. Rumah warga yang memiliki ibu hamil.
- c. Rumah warga yang memiliki bayi dan balita.
- d. Rumah warga yang memiliki bayi dan balita kurang gizi.
- e. Rumah warga yang mempunyai penyakit kronis, baik laki-laki dan perempuan.



(Sumber: Sulistyo, 2011)

Gambar 3.2
Contoh Peta Desa

Dari peta desa di atas maka kita dapat mengidentifikasi beberapa hal, antara lain sebagai berikut.

- Berapa banyak warga miskin yang mempunyai lebih dari satu masalah kesehatan.
- Berapa jauh jarak antara rumah warga miskin dengan pelayanan kesehatan yang ada (apakah jarak menjadi masalah?).
- Adakah hubungan antara penyakit yang diderita dengan sanitasi lingkungan (sampah, drainase, banjir dan sebagainya).
- Berapa jumlah bayi dan balita yang menderita kekurangan gizi.



(Sumber: Agropolita, 2012)

Gambar 3.3.
Contoh Peta Sumber Daya Desa

5. Pengkajian Lembaga Desa (Diagram Venn)

Teknik ini bertujuan untuk melakukan kajian terhadap hubungan antar masyarakat dengan lembaga-lembaga yang terdapat di lingkungannya. Hasil kajian dituangkan dalam diagram Venn (diagram lingkaran) yang akan menunjukkan besarnya manfaat, pengaruh, dan dekatnya hubungan suatu lembaga dengan masyarakat.

a. *Informasi yang dikaji*

Informasi yang dikaji antara lain:

- 1) Lembaga secara umum: semua lembaga dalam masyarakat (lembaga-lembagan lokal/tradisional, lembaga pemerintah, lembaga swasta, maupun lembaga yang berada di luar masyarakat desa seperti puskesmas di kecamatan yang memiliki hubungan dengan mereka.
- 2) Lembaga-lembaga khusus seperti lembaga kesehatan, pertanian, dsb, tergantung kebutuhan.

b. *Tujuan*

- 1) Memfasilitasi diskusi masyarakat mengenai keberadaan, manfaat, dan peranan berbagai lembaga di desa.
- 2) Memfasilitasi diskusi mengenai hubungan antara lembaga di desa.
- 3) Memfasilitasi diskusi mengenai keterlibatan masyarakat dalam kegiatan lembaga tersebut.

c. *Manfaat kajian hubungan antar lembaga*

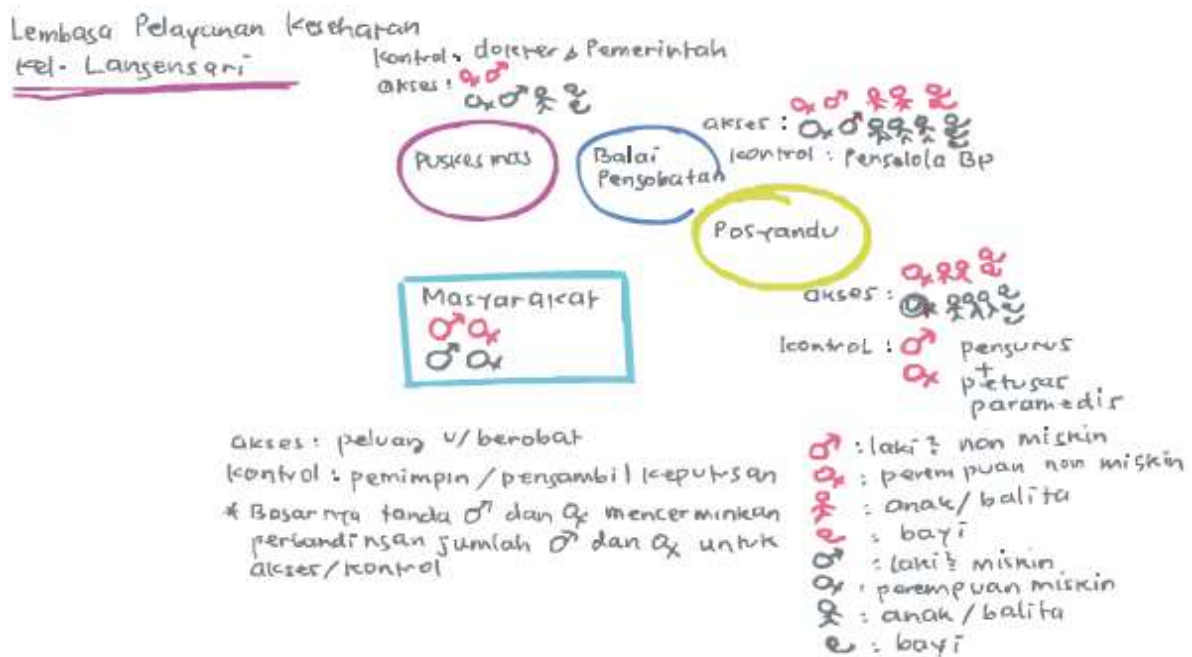
- 1) Memperkenalkan keberadaan lembaga-lembaga di desa yang kadang-kadang tidak dikenal oleh masyarakat, dan membahas peningkatan berbagai lembaga.
- 2) Memahami cara masyarakat membuat aturan prioritasnya terhadap kegiatan lembaga-lembaga tersebut. Bagi lembaga luar yang menyelenggarakan program di desa, hal ini bisa menjadi umpan balik untuk perbaikan pelayanannya di desa.

Contoh Diagram Venn lembaga kesehatan

Tanyakan kepada masyarakat pelayanan kesehatan apa yang tersedia di lingkungan mereka. Gunakan simbol/warna yang berbeda untuk masing-masing pelayanan kesehatan. Untuk menganalisis bagaimana hubungan masyarakat dengan pelayanan kesehatan, maka pertanyaan-pertanyaan berikut yang Anda bisa diajukan:

- a. Apakah warga miskin mempunyai akses terhadap pelayanan kesehatan tersebut?
- b. Apakah perempuan mempunyai akses terhadap pelayanan kesehatan tersebut?
- c. Siapa yang memimpin dan mengambil keputusan dalam pelayanan kesehatan tersebut?

- d. Apakah ada warga yang memimpin kegiatan pada lembaga tersebut?
- e. Apakah ada perempuan yang terlibat dalam pengambilan keputusan dalam lembaga tersebut? Apa manfaat dari lembaga-lembaga tersebut?
- f. Apa masalah-masalah yang dihadapi dalam berhubungan dengan pelayanan kesehatan tersebut?
- g. Bagaimana kualitas pelayanan kesehatan tersebut



(Sumber: Modul YPKP, 2015)

Gambar 3.4.
Contoh Diagram Venn Lembaga Kesehatan

Catatan:

- a. Besar kecilnya lingkaran melambangkan besar kecilnya peranan lembaga tersebut dalam masyarakat.
- b. Jarak antara lingkaran mewakili interaksi atau hubungan antara lembaga-lembaga tersebut dengan masyarakat.

6. Penelusuran Lokasi/Desa (Peta Transek/ Transect Mapping)

Secara harfiah transek berarti gambaran irisan muka bumi. Teknik ini digunakan untuk melakukan pengamatan langsung lingkungan dan sumber daya masyarakat dengan cara berjalan menelusuri wilayah desa mengikuti suatu lintasan tertentu yang disepakati. Hasil pengamatan tersebut kemudian dituangkan dalam suatu bagan atau gambar irisan muka bumi.

- a. Jenis-jenis transect berdasarkan jenis informasi (topik kajian) serupa dengan pembuatan peta desa.
 - 1) Transek sumber daya desa (umum).
 - 2) Transek sumber daya alam.
 - 3) Transek topik-topik lain misalnya sarana kesehatan, kondisi kesehatan, pengelolaan air, irigasi dan sebagainya
- b. Jenis transek berdasarkan lintasan
 - 1) Transek lintasan garis lurus: berjalan mengikuti garis lurus, atau jalan utama di wilayah pertanian atau wilayah yang diamati.
 - 2) Transek bukan garis lurus: berjalan mengabaikan lintasan yang ada. Pengamatan ditentukan oleh letak lokasi atau tempat yang sudah ditentukan sebelumnya.
 - 3) Transek lintasan saluran air (sumber air): mengikuti aliran air secara sistematis untuk mengikuti aliran air atau tepian sungai.



Tinggi Tempat	6 s/d 7 m dpl	8 s/d 10 m dpl	12 s/d 40 m dpl	40 s/d 70 m dpl
Kemiringan	0 – 3 %	3 s/d 10 %	10 s/d 45 %	45 %
Tekstur tanah	Lempung Liat	Lempung Liat	Lempung Liat	Lempung Liat
Bahan Organik	1 s/d 2 %	1 %	6 %	9 %
PH tanah	4 s/d 5	4	6	-
Sumber Air	Irigasi, tadah Hujan, Bor	Sumur Bor, Sumur Gali	Mata air, Air hujan	Mata air, Air Hujan
Vegetasi	Padi, jagung, Kedele, Bawang merah, cabe	Perumahan, Mangga, Pisang, Sirsak, Kambing, Ayam,	Padi Gogo, jambu mete, jati, Bawang Merah, Sapi.	Tanaman kayu-kayuan
Masalah	Produksi Rendah Kesuburan Rendah PH masam, n air kurang Rawan banjir Gangguan ternak	Pemanfaatan belum optimal	Erosi, Produksi rendah, Ternak sistem lepas	Erosi

(Sumber: Maruf, 2015)

Gambar 3.5.
Contoh Peta Transek

7. Ranking/Peringkat Kekayaan dan Kesejahteraan

Teknik ini digunakan untuk mengklasifikasikan kepala keluarga (KK) ke dalam beberapa kategori sesuai dengan kriteria yang dibuat sendiri oleh masyarakat. Tujuan pembuatan ranking ini adalah untuk memahami pengelompokan masyarakat berdasarkan tingkat

kekayaan dan kesejahteraan yang berguna bagi perencanaan kegiatan nantinya. Dengan ranking ini maka kita dapat:

- Mengetahui persepsi, kriteria dan indikator masyarakat tentang kekayaan dan kesejahteraan.
- Mengidentifikasi status ekonomi dan sosial keluarga dalam masyarakat.
- Mengidentifikasi kelompok masyarakat yang rentan.

Contoh ranking/perikat kekayaan dan kesejahteraan

Ajaklah masyarakat untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang akan digunakan untuk melakukan klasifikasi keluarga mampu, sederhana dan tidak mampu (misalnya perumahan, pendapatan, kepemilikan barang dan lain-lain).

RANKING KEKAYAAN DAN KESEJAHTERAAN MASYARAKAT DESA/KELURAHAN				
Indikator	Mampu	Sederhana	Tidak mampu	Analisis
Pendapatan				
Pengeluaran				
Rumah				
Pakaian				
Pendidikan				
Tabungan				
Luas tanah				
Pemenuhan				
Kebutuhan				
Rekreasi				
Sarana				
Transportasi				
Dll.				

(Sumber: Modul PYKP, 2015)

Gambar 3.6
Contoh Ranking Kekayaan/Kesejahteraan

8. Wawancara Semi Terstruktur

Wawancara semi struktural dan terbuka adalah bentuk wawancara kualitatif yang paling tersusun. Mereka menggunakan kuesioner bersifat terbuka yang memuat pertanyaan spesifik yang akan ditanyakan. Wawancara ini serupa dengan wawancara yang dilakukan untuk survei yang terstruktur tetapi berbeda dalam tiga hal, yaitu sebagai berikut.

- Wawancara semi terstruktur menggunakan pertanyaan yang bersifat terbuka sehingga responden terdorong untuk mengekspresikan dirinya sepenuhnya, bukannya menjawab berbagai pertanyaan yang telah ditentukan.
- Urutan pertanyaan tidak ditentukan lebih dahulu dan pewawancara berkuasa atas pertanyaan apa yang akan ditanyakan dan urutan berbagai pertanyaan itu.
- Pewawancara dapat menanyakan beberapa pertanyaan tambahan untuk mempelajari topik lebih jauh

Kekuatan Wawancara semi terstruktur adalah sebagai berikut.

- a. Informasi yang didapat khusus menjawab pertanyaan tertentu yang ingin dikemukakan oleh manajer proyek.
- b. Informasi yang didapat oleh pewawancara yang berbeda cukup dapat diperbandingkan untuk menghasilkan frekuensi sederhana, meskipun titik berat utamanya tetap diletakkan pada pengentian yang mendalam oleh para responden.
- c. Dibandingkan dengan wawancara Kualitatif yang lainnya, keberhasilan wawancara tidak terlalu bergantung pada pengalaman dan kecakapan komunikasi pewawancara.
- d. Dapat dilakukan dalam waktu yang lebih singkat dibandingkan dengan jenis wawancara Kualitatif yang lain.

Keterbatasan umum wawancara kualitatif antara lain sebagai berikut.

- a. Wawancara Kualitatif tidak menghasilkan data Kuantitatif yang dapat diringkas menjadi berbagai pernyataan umum tentang kelompok yang dipelajari. Contohnya, sulit untuk mengatakan bahwa 60% dan para petani merasa puas akan pelayanan penyuluhan yang ada.
- b. Sulit untuk menggunakan wawancara Kualitatif berdasarkan “probability samples”. Ini berarti pemilihan responden sering bersifat tidak obyektif. Satu kesalahan yang sering terjadi adalah pewawancara menggunakan responden yang mempunyai status sosial atau ekonomi tinggi.
- c. Informasi baru yang didapatkan bisa didasarkan pada penilaian pribadi pewawancara. Pewawancara sering mendengar/menyimak lebih banyak informasi jika informasi tersebut sesuai dengan pendapat mereka sendiri.

9. Diskusi Kelompok Terfokus atau Focus Group Discussion (FGD)

FGD adalah bentuk diskusi yang didesain untuk memunculkan informasi mengenai keinginan, kebutuhan, sudut pandang, kepercayaan, dan pengalaman yang dikehendaki peserta tentang suatu topik dengan pengarahan dari seorang fasilitator atau moderator. Karakteristik dalam melaksanakan FGD antara lain sebagai berikut.

- a. Jumlah peserta dalam kelompok cukup 7-10 orang namun dengan diperbanyak hingga 12 orang.
- b. Peserta harus mempunyai ciri-ciri yang sama atau homogen dimana ciri-ciri yang sama ini ditentukan oleh tujuan atau topik diskusi dengan tetap menghormati dan memperhatikan perbedaan ras, etnik, bahasa, kemampuan baca tulis, penghasilan, dan gender.
- c. Peserta mempunyai batasan waktu tertentu dalam berbicara karena fokus perhatian tidak hanya pada satu peseserta melainkan pada seluruh peserta.

- d. Antara fasilitator dan peserta sebaiknya tidak saling mengenal.
- e. FGD tidak berusaha mencari konsensus atau mengambil keputusan mengenai tindakan apa yang akan di ambil.
- f. Dalam FGD digunakan pertanyaan terbuka yang memungkinkan peserta untuk memberikan jawaban yang disertai dengan penjelasan – penjelasan.
- g. Biasanya dilangsungkan selam 60 menit – 120 menit.
- h. Tempat harus netral dimana memungkinkan partisipan dapat mengeluarkan pendapatnya secara bebas.



(Sumber: Suara Komunitas, 2015)

Gambar 3.7
Contoh Diskusi Kelompok

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

- 1) Apakah beda pendekatan partisipatif dengan pendekatan lainnya?
- 2) Sebutkan kelebihan dan kelemahan PRA!
- 3) Lakukan analisis situasi dengan teknik-teknik PRA untuk mengetahui situasi kesehatan perempuan di sekitar tempat tinggal Anda!

Ringkasan

- 1) Participatory Rural Appraisal (PRA) atau pengkajian pedesaan secara partisipatif adalah pendekatan dan metode yang mendorong masyarakat untuk terlibat dalam melakukan analisis situasi tentang kehidupan dan kondisi mereka sendiri yang akan menjadi dasar dalam membuat rencana tindakan.
- 2) Teknik pengumpulan data partisipatif meliputi:
 - a) Penelusuran sejarah desa
 - b) Pembuatan bagan perubahan dan kecenderungan
 - c) Pembuatan kalender musim
 - d) Pembuatan peta desa
 - e) Pengkajian lembaga desa (Diagram Venn)
 - f) Penelusuran lokasi/desa (Peta transek)
 - g) Ranking kekayaan dan kesejahteraan
 - h) Wawancara semi terstruktur
 - i) Diskusi kelompok terfokus (focus group discussion)

Tes 2

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- 1) Sekumpulan teknik dan alat yang mendorong masyarakat pedesaan untuk turut serta meningkatkan kemampuan dalam menganalisa keadaan mereka terhadap kehidupan dan kondisinya, agar mereka dapat membuat rencana dan tindakan sendiri dikenal dengan nama ...
 - A. Partisipatory Rural Assesment
 - B. Partisipans Rural Appraisal
 - C. Partisipans Rural Assesment
 - D. Partisipatory Rural Appraisal
- 2) Penyebaran masalah menurut kelompok umur penduduk, berdasarkan jumlah penyakit yang diderita, penyebab kematian ibu dan bayi. Hal tersebut bagian dari analisis situasi tentang ...
 - A. Kependudukan
 - B. Status kesehatan
 - C. Pelayanan /Upaya kesehatan
 - D. Perilaku kesehatan

- 3) Analisis yang memberikan gambaran tentang pengetahuan, sikap, gaya hidup remaja, norma dan adat merupakan bagian dari analisis ...
- A. Kependudukan
 - B. Status kesehatan
 - C. Pelayanan /Upaya kesehatan
 - D. Perilaku kesehatan
- 4) Teknik pengumpulan data partisipatif yang bertujuan untuk memfasilitasi masyarakat untuk mengkaji perubahan yang terjadi dimasyarakat dan masalahnya disebut ...
- A. Penelusuran sejarah desa
 - B. Transect mapping
 - C. Kalender musim
 - D. Wawancara
- 5) Menganalisis karakteristik geografi dan demografi masyarakat dalam berbagai variabel disebut ...
- A. Penelusuran sejarah desa
 - B. Transect mapping
 - C. Kalender musim
 - D. Wawancara

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) C
- 2) A
- 3) A
- 4) D
- 5) A

Tes 2

- 1) D
- 2) B
- 3) D
- 4) A
- 5) B

Glosarium

- Monografi : Rincian data dan statistik pemerintahan, sumber daya alam, sumber daya manusia, ekonomi, pendidikan, dan kondisi geografis dari suatu wilayah.
- UKBM : Singkatan dari Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat dengan mottonya Masyarakat Mandiri Untuk Hidup Sehat. UKBM merupakan salah satu upaya (program) yang dikembangkan oleh Departemen Kesehatan, yang mempunyai tujuan untuk memotivasi masyarakat agar mau dan mampu untuk hidup sehat secara mandiri.
- Posyandu : Pos Pelayanan Keluarga Berencana - Kesehatan Terpadu (Posyandu) adalah kegiatan kesehatan dasar yang diselenggarakan dari, oleh, dan untuk masyarakat yang dibantu oleh petugas kesehatan.
- Poskesdes : Singkatan dari pos kesehatan desa, dimana lembaga ini berfungsi sebagai wadah bagi kesehatan masyarakat. Poskesdes siap melayani segala keluhan masyarakat mengenai kesehatan desa sebelum penanganan lebih lanjut ke puskesmas lalu ke rumah sakit.
- Polindes : Singkatan dari pondok bersalin desa, adalah salah satu bentuk partisipasi atau peran serta masyarakat dalam menyediakan tempat pertolongan persalinan dan pelayanan kesehatan ibu dan anak, termasuk KB yang mana tempat dan lokasinya berada di desa.

Daftar Pustaka

- Agronomy and Agribusiness Information Centre. (2012). Peta Potensi Desa melirang Kabupaten Gresik Propinsi Jawa Timur, Indonesia. Diakses dari <http://agropolita.blogspot.co.id/2012/05/peta-potensi-desa-melirang-kabupaten.html> Tanggal 25 Maret 2018.
- Bappeda Kab. Cirebon (2013). Perencanaan Pembangunan Desa. Kalender Musim Diakses <https://www.slideshare.net/pemdeslosarilor/materi-perencanaan-pembangunan-desa-bpmpd> tanggal 25 Maret 2018.
- Care Institut Pertanian Bogor (2012). *Paricipatory Rural Aprisal*. Bogor: IPB.
- Chamberr, R. (1996). *Paricipatory Rural Aprisal (PRA): Memahami Desa secara Partisipatif*. Yogyakarta: Kanisius dan Oxfam.
- Djohani, R. (1996). *Metode Paricipatory Rural Aprisal (PRA) Berdimensi Gender, dalam Dimensi Gender Dalam Pengembanagn Program Secara Partisipatif*. Bandung: Studio Driya Media.
- Ma'ruf. (2015) Laporan PKL II STPP Malang. Diakses dari <https://marufbppbelo.blogspot.co.id/2015/01/laporan-pkl-i.html> di unduh tanggal 26 Maret 2018.
- Modul YPKP. (2015). *Perspektif Gender dan HAM dalam Asuhan Kebidanan Komunitas*. Jakarta: YPKP.
- Suara Komunitas. (2015). Diskusi Kelompok Warga Ala Desa Sokong. Diakses dari <http://www.suarakomunitas.net/baca/82578/diskusi--kelompok-warga-ala-desa-sokong/> tanggal 27 Maret 2018.
- Sulistiyio (2011). Batas administarsi dan Wilayah Perencanaan Desa Muntuk Propinsi DIY. Diakses dari <https://muntuklestari.wordpress.com/2011/12/20/keadaan-wilayah/> tanggal 25 Maret 2018.

BAB 4

ASUHAN KEBIDANAN PADA KELUARGA DI KOMUNITAS

Elly Dwi Wahyuni, S.ST., M.Keb.

Pendahuluan

Salam hangat mahasiswa Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL) D III Kebidanan, semoga Anda selalu diberikan kemudahan belajar. Selamat bertemu di Bab 4 yang akan membahas mengenai asuhan kebidanan pada keluarga di komunitas. Pembelajaran di bab ini untuk memberikan gambaran pada Anda mengenai keluarga dalam konteks komunitas, bahwa keluarga merupakan unit terkecil masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga, anggota keluarga lainnya yang berkumpul dan tinggal dalam suatu rumah tangga karena pertalian darah dan ikatan perkawinan atau adopsi, satu dengan lainnya saling tergantung dan berinteraksi (Depkes, 1988). Bila salah satu atau beberapa anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan, maka akan berpengaruh terhadap anggota-anggota keluarga yang lain dan keluarga-keluarga yang ada di sekitarnya. Komunitas merupakan satu kesatuan hidup manusia yang menempati suatu wilayah nyata dan berinteraksi menurut suatu sistem adat istiadat, serta terikat oleh suatu rasa identitas suatu komunitas.

Untuk memudahkan Anda dalam mempelajarinya, Bab 4 ini dikemas dalam dua topik dan disusun dengan urutan sebagai berikut.

1. Topik 1. Konsep Keluarga
2. Topik 2: Format Pengkajian Keluarga

Setelah mempelajari materi di bab ini, secara umum mahasiswa mampu mengidentifikasi konsep keluarga dalam kebidanan komunitas. Sedangkan secara khusus, mahasiswa mampu mengidentifikasi: 1) definisi keluarga, 2) struktur dan peran fungsi keluarga, 3) tipe/bentuk keluarga, dan 3) asuhan kebidanan keluarga di komunitas.

Pentingnya peran bidan dalam mengetahui tentang konsep keluarga sebagai unit terkecil di masyarakat adalah sebagai penunjang kinerja bidan dalam memberikan pelayanan

secara langsung yang harus diberikan secara intermiten khususnya yang terkait dengan praktik kebidanan sesuai dengan tugas dan kewenangan bidan. 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 pada keluarga.

Baiklah, selamat belajar, semoga Anda sukses memahami pengetahuan yang diuraikan dalam bab ini untuk bekal bertugas menjadi bidan yang profesional.

Topik 1

Konsep Keluarga

A. 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.

B. 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.

C. 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.

D. 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.

1. 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.

2. 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.

3. 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.

E. 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.

F. 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.

1. 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.

a. 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.

b. Pemberi pelayanan pada anggota keluarga yang sakit

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

c. 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.

d. Sebagai fasilitator

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

e. Pendidik kesehatan

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

f. 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).

2. 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.

a. 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.

b. 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.

- c. 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.
- d. 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 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.

3. Tujuan asuhan kebidanan pada keluarga

Peningkatan status kesehatan keluarga tentunya akan merupakan tujuan akhir yang diharapkan dapat dicapai dari pelayanan/asuhan kebidanan pada keluarga yang diberikan. Karena dengan meningkatnya status kesehatan seluruh anggota keluarga pasti akan meningkatkan pula produktivitas keluarga tersebut dan dengan meningkatnya produktivitas keluarga, maka kesejahteraan keluarga akan semakin meningkat. Secara lebih rinci tujuan asuhan kebidanan pada keluarga adalah sebagai berikut (Setadi, 2008).

a. Tujuan umum

Secara umum, tujuan asuhan kebidanan pada keluarga adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan keluarga dalam meningkatkan, mencegah dan memelihara kesehatan mereka sehingga status kesehatannya semakin meningkat serta mampu melaksanakan tugas – tugas mereka secara produktif.

b. Tujuan khusus

Secara khusus, asuhan kebidanan pada keluarga ditujukan untuk:

- 1) meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi masalah kesehatan yang dihadapi khususnya yang berkaitan dengan kesehatan ibu, bayi baru lahir dan anak;
- 2) meningkatkan kemampuan keluarga dalam menanggulangi masalah kesehatan dasar dalam keluarga;
- 3) meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat;
- 4) meningkatkan kemampuan keluarga dalam memberikan pelayanan terhadap anggota keluarga yang sakit; dan
- 5) meningkatkan produktivitas keluarga dalam rangka meningkatkan mutu hidup keluarga.

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.

- a. 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.
- b. 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 kesejahteraan.
- c. Asuhan yang diberikan sebagai sarana dalam mencapai peningkatan kesehatan keluarga.
- d. 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.
- e. Diupayakan lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promotif dan preventif dengan tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif.
- f. Dalam memberikan asuhan kebidanan hendaknya selalu memanfaatkan sumber daya keluarga semaksimal mungkin.

- g. Sasaran pelayanan asuhan kebidanan pada keluarga adalah keluarga secara keseluruhan.
- h. Pendekatan yang digunakan dalam pelayanan asuhan kebidanan pada keluarga adalah pendekatan pemecahan masalah (problem solving approach) dengan menggunakan proses asuhan kebidanan pada keluarga.
- i. Kegiatan esensial dalam memberikan asuhan kebidanan keluarga adalah penyuluhan/pendidikan kesehatan dan pelayanan kesehatan dasar.
- j. 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 antara lain sebagai berikut.

- a. Keluarga dengan anggota keluarga dalam masa usia subur, dengan masalah sebagai berikut.
 - 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. Langkah – langkah dalam asuhan Kebidanan pada keluarga

Langkah – langkah yang harus dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan pada keluarga antara lain sebagai berikut.

- a. Membina hubungan yang baik dengan seluruh anggota keluarga, dengan cara:
 - 1) melakukan kontak sosial yang memandang keluarga sebagai sistem di mana mereka 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;

- 2) menyampaikan maksud dan tujuan serta minat untuk membantu keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan mereka;
 - 3) menyatakan kesediaan untuk membantu memenuhi kebutuhan kesehatan yang dirasakan oleh keluarga; serta
 - 4) membina komunikasi dua arah yang harmonis dengan keluarga.
-
- b. Melaksanakan pengkajian untuk menentukan adanya masalah kesehatan keluarga.
 - c. Menganalisa data untuk menentukan masalah kesehatan keluarga, dengan melakukan pengelompokan data.
 - d. Merumuskan masalah dan mengelompokkan masalah dengan mengacu pada tipologi dan sifat masalah kesehatan keluarga dengan kriteria.
 - e. Menentukan sifat dan luasnya masalah dan kesanggupan keluarga untuk melaksanakan tugas- tugas keluarga dalam bidang kesehatan.
 - f. Menentukan skala prioritas masalah kesehatan keluarga dengan mempertimbangkan dampaknya terhadap kesehatan keluarga.
 - g. Menyusun rencana asuhan kebidanan pada keluarga sesuai dengan urutan prioritas masalah yang telah disusun dengan langkah – langkah yang sistematis.
 - h. Melaksanakan/mengimplementasikan asuhan kebidanan pada keluarga sesuai dengan rencana yang telah disusun.
 - i. Melaksanakan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan.
 - j. Meninjau kembali masalah kesehatan keluarga yang belum teratasi dan merumuskan kembali rencana asuhan kebidanan yang baru.

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.

- a. Pelayanan kesehatan dan asuhan kebidanan diarahkan untuk membantu seluruh anggota keluarga dalam meningkatkan cara hidup sehat sehingga dapat meningkatkan produktivitas dan derajat kesehatan keluarga.
- b. 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.
- c. Pelayanan kesehatan dan asuhan kebidanan dipusatkan kepada keluarga sebagai satu kesatuan yang utuh.

- d. Pelayanan kesehatan dan asuhan kebidanan lebih ditekankan pada waktu – waktu rawan dalam kehidupan keluarga, terutama pada keluarga – keluarga dengan risiko tinggi.
- e. 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.

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

- 1) Identifikasi karakteristik keluarga di desa Anda? Mengapa bidan di komunitas harus memahami karakteristik keluarga di wilayah kerjanya?
- 2) Di ketahui di desa Anda rendahnya tingkat pemanfaatan tenaga kesehatan oleh masyarakat karena rendahnya status ekonomi mereka. Sebagai seorang bidan di komunitas, apa yang akan Anda lakukan?
- 3) Ketika seorang bidan baru ditempatkan di suatu komunitas, tantangan apa saja yang paling besar akan dihadapi?

Ringkasan

Unit-unit masyarakat adalah komunitas, keluarga, kelompok yang mempunyai tujuan dan nilai yang sama. 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. 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 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. Beberapa tahapan dalam memberikan asuhan kebidanan pada keluarga di komunitas yaitu pengkajian untuk menentukan adanya masalah kesehatan keluarga, analisis data untuk menentukan masalah kesehatan/kebidanan pada keluarga, penentuan skala prioritas masalah kesehatan/kebidanan pada keluarga, pelaksanaan/implementasikan

asuhan kebidanan pada keluarga sesuai dengan rencana yang telah disusun, evaluasi terhadap asuhan yang dilakukan, dan pendokumentasian seluruh asuhan yang telah dilakukan.

Tes 1

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- 1) Keluarga inti ditambah sanak saudara, misalnya nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi dan sebagainya disebut...
 - A. Keluarga Inti
 - B. Keluarga besar
 - C. Keluarga berantai
 - D. Keluarga berkomposisi
- 2) Mengubah perilaku keluarga dari perilaku yang kurang/tidak sehat menjadi perilaku sehat merupakan peran bidan sebagai...
 - A. Health monitor
 - B. Sebagai fasilitator
 - C. Pendidik Kesehatan
 - D. Sebagai penyuluh dan konsultan
- 3) Berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman pada keluarga yang menjalani peran tersebut adalah...
 - A. Ayah
 - B. Ibu
 - C. Kakek
 - D. Nenek
- 4) Kebutuhan pemeliharaan dan perawatan anak agar kesehatannya selalu terpelihara, sehingga diharapkan menjadikan mereka anak-anak yang sehat baik fisik, mental dan spiritual merupakan fungsi keluarga sebagai...
 - A. Asih
 - B. Asuh
 - C. Asah
 - D. Asri

- 5) Memberikan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa nifas dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama dalam keadaan kegawat daruratan yang memerlukan tindakan...
- A. Tugas mandiri bagi bidan dengan melibatkan klien
 - B. Tugas kolaborasi dengan klien dan keluarga
 - C. Tugas rujukan
 - D. Semua salah

Topik 2

Asuhan Kebidanan pada Keluarga di Komunitas

Pada topik kedua ini, Anda akan mempelajari bagaimana tahapan pelaksanaan asuhan kebidanan pada keluarga di komunitas. Anda sebagai bidan yang profesional diharapkan mampu melaksanakan asuhan kebidanan yang berkualitas kepada keluarga yang bertanggung jawab memberikan dukungan, asuhan dan nasehat selama masa hamil, masa persalinan, bayi baru lahir, masa nifas dan keluarga berencana yang mencakup upaya prevetif, promotif seseuai dengan kewenangannya. Bidan mempunyai tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya kepada perempuan tetapi juga kepada keluarga dan masyarakat.

Untuk memudahkan dalam mempelajari topik ini, maka akan dibagi menjadi beberapa tahapan dalam memberikan asuhan kebidanan pada keluarga di komunitas, sebagai berikut.

1. Pengkajian untuk menentukan adanya masalah kesehatan keluarga.
2. Analisis data untuk menentukan masalah kesehatan/kebidanan pada keluarga.
3. Penentuan skala prioritas masalah kesehatan/kebidanan pada keluarga.
4. Pelaksanaan/implementasi asuhan kebidanan pada keluarga sesuai dengan rencana yang telah disusun.
5. Evaluasi terhadap asuhan yang dilakukan.
6. Pendokumentasian seluruh asuhan yang telah dilakukan.

Penjabaran dari langkah-langkah pemberian asuhan pada keluarga di komunitas adalah sebagai berikut.

A. PENGKAJIAN

Pengkajian kebidanan keluarga ini melalui tiga tahapan yaitu persiapan, pelaksanaan, dan pelaporan. Pengkajian dimulai dengan pengenalan keluarga, pengumpulan data, riwayat keluarga, tahap dan tugas perkembangan keluarga. Metode yang digunakan dalam pengkajian adalah wawancara, pemeriksaan fisik dan observasi.

1. Persiapan

Dalam asuhan kebidanan pada keluarga diawali dengan melakukan pengkajian. Pengkajian data yang baik akan membantu Anda dalam merumuskan diagnosa masalah

kebidanan pada keluarga. Adapun persiapan yang disiapkan adalah instrumen/format pengkajian data keluarga yang telah disusun secara sistematis serta alat tulis yang mendukung serta alat kesehatan yang diperlukan saat melakukan pemeriksaan.

2. Pelaksanaan

Pada saat pelaksanaan perlu dijelaskan maksud dan tujuan melakukan pengkajian data keluarga dengan komunikasi dan wawancara yang kondusif. Wawancara bisa dilaksanakan di dalam lingkungan rumah atau di luar rumah, diawali dengan mengkaji identitas keluarga secara umum seperti data anggota keluarga, mulailah dengan menanyakan nama istri atau suami, nama anak-anak atau anggota keluarga di rumahsephingga sesuatu data yang lebih spesfisik tentang kesehatan anggota keluarga. Pertanyaan diajukan seputar nama, usia, jenis kelamin, hubungan keluarga, pendidikan, pekerjaan, golongan darah, penyakit yang sedang diderita, kondisi saat ini, serta jenis jaminan kesehatan. Catat seluruh informasi tersebut ke dalam data anggota keluarga.

Selanjutnya struktur keluarga yang meliputi tahap perkembangan keluarga, struktur keluarga, pola komunikasi. Tanyakan bagaimana proses komunikasi dalam keluarga, apakah berjalan dengan baik sehingga tidak ada konflik. Untuk mengkaji peran keluarga gali informasi apakah setiap anggota keluarga dapat menjalankan perannya, seperti ayah pencari nafkah, ibu sebagai pendidik anak, dan lain sebagainya. Kaji nilai budaya dan norma keluarga. Kemudian dilanjutkan dengan pengkajian data penunjang keluarga antara lain pengambil keputusan dalam keluarga, pendapat tentang fasilitas kesehatan. Jelaskan berdasarkan opini kepala keluarga untuk posyandu, poskesdes, puskesmas, pendapatan tetap kepala keluarga perbulan, pengetahuan tentang jaminan kesehatan.

Selama proses pengkajian pengkajian keluarga harus dilakukan dengan teliti, tahap demi tahap, tidak perlu tergesa-gesa, gali sebanyak mungkin informasi tentang kesehatan keluarga yang sebenarnya. Jika di dalam keluarga ada ibu hamil, nifas dan bayi balita, gunakan formulir pengkajian sesuai dengan data yang dibutuhkan.

Setelah mengkaji semua data dan melakukan pemeriksaan fisik, berarti Anda telah selesai melakukan pengkajian keluarga. Data yang terkumpul dari tahap pengkajian berupa data subyektif dan data objektif. Data subyektif diperoleh dari hasil wawancara dengan keluarga, selain itu wawancara bisa dilakukan dengan kader kesehatan dan lingkungan sekitar untuk mendukung data yang diperoleh.

3. Pelaporan

Semua data yang terkumpul selama proses pengkajian dikumpulkan bahan-bahan yang diperlukan untuk penyusunan laporan. Laporan disusun sesuai dengan urutan-urutan dalam pengkajian. Gunakan komputer dan laptop untuk menyusun laporan keluarga binaan dan

ketik dengan calibri font 12 dengan spasi 1,5. Cetak laporan dan kumpulkan kepada pembimbing.

B. ANALISIS DATA

Bidan harus mampu menganalisis data yang diperoleh pada pengkajian dan menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan atau masalah kebidanan pada keluarga. Praktik merumuskan diagnosa asuhan kebidanan terdiri dari 2 langkah, yaitu langkah pertama mengidentifikasi dan menganalisis data senjang hasil pengkajian keluarga, dan tahap kedua yaitu menegakkan diagnosa. Merumuskan diagnosa dan/atau masalah harus melibatkan keluarga, oleh karena itulah mengapa keluarga merupakan latar belakang sebagai sasaran pelayanan kebidanan.

Menganalisis data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan pada keluarga yang tepat. Menurut definisi, masalah adalah terdapatnya kesenjangan (gap) antara harapan dengan kenyataan. Oleh sebab itu, cara perumusan masalah yang baik adalah kalau rumusan tersebut jelas menyatakan adanya kesenjangan. Kesenjangan tersebut dikemukakan secara kualitatif dan dapat pula secara kuantitatif.

Hasil analisis tersebut dirumuskan sebagai syarat dapat ditetapkan masalah kesehatan ibu dan anak pada keluarga di komunitas. Perumusan diagnosa dan/atau masalah dilakukan dengan mempertimbangkan kriteria yaitu:

1. diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan,
2. masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi keluarga/klien, serta
3. dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

Data pengkajian yang berkualitas, akan memudahkan Anda dalam menyusun diagnosa kebidanan pada keluarga. Merumuskan diagnosa juga merupakan bagian terpenting karena bila diagnosa yang ditegakkan salah, maka penatalaksanaan yang kita lakukan juga tidak sesuai.

Setyawan (2012) mengemukakan dalam mendiagnosa/menentukan masalah keluarga, harus didasarkan pada:

1. keluarga mengenal masalah kesehatan keluarganya dan membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat,
2. masalah kesehatan yang dijumpai dalam keluarga, harus mempertimbangkan faktor resiko dan potensial terjadi masalah/ penyakit,
3. kemampuan keluarga dalam pemecahan masalah dilihat dari sumber daya keluarga (finansial, pengetahuan, pengetahuan, dukungan keluarga),

4. disusun dengan melibatkan anggota keluarga,
5. diagnosa kebidanan pada keluarga merupakan gambaran kebutuhan atau repon keluarga terhadap masalah kesehatan yang dihadapi,
6. dengan mengacu pada pelayanan kesehatan promotif dan preventif,
7. rumusan diagnosa harus merefleksikan pendekatan promotif dan preventif.

C. PENENTUAN SKALA PRIORITAS

Setelah menentukan masalah atau diagnosa kebidanan pada keluarga, langkah selanjutnya adalah menentukan prioritas masalah kesehatan dan kebidanan pada keluarga. Hal-hal yang perlu Anda perhatikan dalam prioritas masalah adalah sebagai berikut.

1. Tidak mungkin masalah-masalah kesehatan dan kebidanan yang ditemukan dalam keluarga dapat diatasi sekaligus.
2. Perlu mempertimbangkan masalah-masalah yang dapat mengancam kehidupan keluarga, seperti masalah penyakit atau masalah kesehatan ibu dan anak.
3. Perlu mempertimbangkan respon dan perhatian keluarga terhadap asuhan kebidanan yang akan diberikan.
4. Keterlibatan keluarga dalam memecahkan masalah yang mereka hadapi.
5. Sumber daya keluarga yang dapat menunjang pemecahan masalah kesehatan/kebidanan pada keluarga.
6. Pengetahuan dan kebudayaan keluarga.
7. Diutamakan terhadap keluarga yang termasuk kelompok risiko tinggi (Setyawan, 2012).

Menurut Bailon dan Maglaya (1978), untuk dapat menentukan prioritas kesehatan dan kebidanan pada keluarga, perlu disusun skala prioritas sebagai berikut.

Tabel 4.1
Skala Prioritas Masalah

No.	Kriteria	Nilai	Bobot
1.	Sifat Masalah		1
	Skala:		
	a. Tidak/kurang sehat		3
	b. Ancaman Kesehatan		2
	c. Krisis		1

2.	Kemungkinan masalah dapat diubah Skala: a. Dengan mudah b. Hanya sebagian c. Tidak dapat		2 2 1 0
3.	Potensi masalah untuk dicegah Skala: a. Tinggi b. Cukup c. Rendah		1 3 2 1
4.	Menonjolnya masalah Skala: a. Masalah berat, harus ditangani b. Masalah tidak perlu segera ditangani c. Masalah tidak dirasakan		1 2 1 0

Skoring:

1. Tentukan skor untuk setiap kriteria.
2. Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot.
3. Jumlahkan skor untuk semua kriteria.
4. Skor tertinggi adalah 5, dan sama untuk seluruh bobot.

Alat tersebut di atas bertujuan untuk melihat masalah-masalah seobjektif mungkin. Dalam menentukan prioritas dari masalah-masalah kesehatan, terdapat 4 kriteria sebagai berikut.

1. Sifat masalah, dikelompokkan menjadi:
 - a. ancaman kesehatan,
 - b. keadaan sakit atau kurang sehat, dan
 - c. situasi krisis.
2. Kemungkinan masalah dapat diubah, adalah kemungkinan keberhasilan untuk mengurangi masalah atau mencegah masalah bila dilakukan asuhan kebidanan.
3. Potensi masalah untuk dicegah, adalah sifat dan beratnya masalah yang akan timbul dan dapat dikurangi atau dicegah melalui asuhan kebidanan.

4. Masalah yang menonjol, adalah cara keluarga melihat dan menilai masalah dalam hal berat dan mendesaknya masalah untuk diatasi melalui asuhan kebidanan.

Contoh menentukan prioritas masalah keluarga adalah sebagai berikut.

Kurangnya pengetahuan tentang ASI Eksklusif

Kriteria	Nilai	Bobot	Skor	Keterangan
Sifat masalah	2/3x1	1	2/3	Ancaman terhadap kegagalan penerimaan keadaan yang berhubungan dengan ASI eksklusif
Kemungkinan masalah dapat diubah	2/2x2	2	2	Masalah sebenarnya dapat diubah, tetapi secara bertahap, sesuai dengan pemahaman keluarga.
Potensi masalah utk diubah	3/3x1	1	1	Masalah dapat dicegah dengan pendidikan kesehatan
Menonjolnya masalah	1/2x1	1	1/2	Ibu merasakan sebagai masalah dan perlu segera ditangani
Jumlah		5	6	

Berdasarkan prioritas masalah dan hasil pembobotan masalah kesehatan pada keluarga tersebut adalah kurangnya pengetahuan Ibu tentang ASI Eksklusif.

D. PELAKSANAAN ASUHAN/ IMPLEMENTASI

Pelaksanaan pelayanan kebidanan di komunitas merupakan bentuk pelaksanaan yang bersifat operasional pelayanan sesuai dengan perencanaan yang telah ditetapkan berdasarkan diagnosa dan prioritas masalah. Bentuk pelaksanaan kegiatan, bisa berupa kegiatan pelayanan yang bersifat mandiri, kolaborasi maupun rujukan sesuai lingkup wewenang bidan. Dalam memberikan implementasi dan pendokumentasian ini, dimulai melalui tahap persiapan, pelaksanaan dan pelaporan. Implementasi disusun berdasarkan rencana berdasarkan prioritas masalah, kemudian menyiapkan alat atau media dan selalu melakukan pelibatan seluruh keluarga dalam penatalaksanaan dan evaluasi asuhan.

Susanto (2012) mengemukakan perencanaan asuhan merupakan kumpulan tindakan yang ditentukan bersama-sama sehingga masalah kesehatan yang telah diidentifikasi dapat diselesaikan. Adapun asuhan harus mewakili status yang diinginkan yang dapat dicapai atau dipertahankan melalui implementasi.

Tujuan implementasi asuhan terbagi atas jangka panjang dan jangka pendek, yaitu sebagai berikut.

1. Tujuan jangka panjang adalah target dari kegiatan atau hasil akhir yang diharapkan dari rangkaian proses penyelesaian masalah keperawatan/kebidanan (penyelesaian satu diagnosa atau masalah) dan biasanya berorientasi pada perilaku seperti pengetahuan, sikap dan pengetahuan. Misalnya, keluarga mau memberikan dukungan untuk melakukan deteksi dini tumbuh kembang anak balita.
2. Tujuan jangka pendek merupakan hasil yang diharapkan dari setiap akhir kegiatan yang dilakukan pada waktu tertentu disesuaikan dengan penjabaran jangka panjang. Misalnya setelah dilakukan satu kali kunjungan, keluarga mengerti tentang stimulasi. Pada tujuan juga perlu ditentukan rencana evaluasi yang merupakan kriteria (tanda/indikator yang mengukur pencapaian tujuan dan tolak ukur dari kegiatan tertentu) dan standar tingkat penampilan sesuai tolak ukur yang ada.

Sedangkan prinsip-prinsip dalam implementasi asuhan kebidanan pada keluarga di komunitas, yaitu sebagai berikut.

1. Rencana penatalaksanaan disusun berdasarkan prioritas masalah.
2. Penatalaksanaan dilakukan secara bertahap/urgensi masalah.
3. Tentukan tujuan atau goal bersama keluarga yang dapat diukur, realistis ada batasan waktu.
4. Asuhan ditentukan berdasarkan sifat masalah dan sumber yang tersedia.
5. Pelibatan seluruh anggota keluarga dan memberdayakan keluarga untuk mampu memecahkan masalah.
6. Implementasi harus memperhatikan nilai dan norma yang berlaku dalam keluarga tersebut.
7. Implementasi dilakukan berorientasi pada pemecahan masalah yang paling mudah dan paling murah.
8. Asuhan yang diberikan sesuai dengan tugas dan kewenangan bidan.
9. Monitoring evaluasi dilakukan sesuai dengan masalah dan strategi pemecahan masalah.
10. Evaluasi jangka pendek dan jangka panjang.
11. Sinkronisasi hasil evaluasi dengan program – program puskesmas.
12. Berkolaborasi dengan tim kesehatan lain.
13. Melaporkan dan mendiskusikan dengan tim kesehatan lain.

E. EVALUASI

Tujuan evaluasi adalah mengetahui ketepatan dan kesempurnaan antara hasil yang dicapai dengan tujuan yang ditetapkan. Suatu pengkajian dinyatakan berhasil bila evaluasi menunjukkan data yang sesuai dengan tujuan yang akan dicapai. Bila kegiatan berhasil mencapai tujuan maka identifikasi dilakukan dalam mengantisipasi kemungkinan terjadi masalah lain yang timbul akibat keberhasilan tersebut.

Setelah Anda mempelajari tentang asuhan kebidanan pada keluarga di komunitas, Anda diharapkan mampu untuk mengaplikasikan konsep tersebut ke dalam pendokumentasian asuhan kebidanan pada keluarga di komunitas. Contoh lembar pendokumentasian pada keluarga di komunitas dapat Anda temukan pada lampiran Topik 2 di bawah ini.

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

- 1) Sebutkan langkah – langkah dalam memberikan asuhan kebidanan yang efektif!
- 2) Sebutkan persiapan apa saja yang harus dipersiapkan dalam membuat laporan!
- 3) Sebutkan prinsip- prinsip implentasi dalam asuhan kebidanan pada keluarga di komunitas!

Ringkasan

- 1) Kesiapan keluarga dalam menghadapi kesehatan khususnya untuk kesehatan ibu dan anak bagi bidan diperlukan pelayanan yang efektif dan profesional. Untuk mencapai hal tersebut maka ada beberapa tahapan dalam memberikan asuhan kebidanan pada keluarga di komunitas yaitu pengkajian untuk menentukan adanya masalah kesehatan keluarga, analisis data untuk menentukan masalah kesehatan/kebidanan pada keluarga, penentuan skala prioritas masalah kesehatan/kebidanan pada keluarga, pelaksanaan/implementasikan asuhan kebidanan pada keluarga sesuai dengan rencana yang telah disusun, evaluasi terhadap asuhan yang dilakukan, dan pendokumentasian seluruh asuhan yang telah dilakukan.
- 2) Pengkajian kebidanan keluarga ini melalui tiga tahapan yaitu persiapan, pelaksanaan, dan pelaporan.

- 3) Praktik merumuskan diagnosa asuhan kebidanan terdiri dari 2 langkah, yaitu mengidentifikasi dan menganalisis data senjang hasil pengkajian keluarga, dan menegakkan diagnosa.
- 4) Penentuan prioritas kesehatan dan kebidanan pada keluarga, perlu disusun skala prioritas yang terdiri dari sifat masalah, kemungkinan masalah dapat diubah, potensi masalah untuk dicegah, dan menonjolnya masalah.
- 5) Pelaksanaan pelayanan kebidanan di komunitas merupakan bentuk pelaksanaan yang bersifat operasional pelayanan sesuai dengan perencanaan yang telah ditetapkan berdasarkan diagnosa dan prioritas masalah. Bentuk pelaksanaan kegiatan, bisa berupa kegiatan pelayanan yang bersifat mandiri, kolaborasi maupun rujukan sesuai lingkup wewenang bidan.
- 6) Tujuan evaluasi adalah mengetahui ketepatan dan kesempurnaan antara hasil yang dicapai dengan tujuan yang ditetapkan. Suatu pengkajian dinyatakan berhasil bila evaluasi menunjukkan data yang sesuai dengan tujuan yang akan dicapai.

Tes 2

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- 1) Pengkajian data kesehatan keluarga dapat dilakukan dengan cara yang paling tepat adalah ...
 - A. Anamnesa
 - B. Pemantauan keluarga
 - C. Skreening dan deteksi
 - D. Observasi
- 2) Bertanya mengenai identitas berupa nama, jenis kelamin dan umur merupakan bagian dari kegiatan ...
 - A. Pengkajian
 - B. Diagnosis masalah
 - C. Prirotas masalah
 - D. Pelaksanaan
- 3) Seorang bidan melakukan kunjungan rumah pada ibu nifas hari ke 7. Hasil pemeriksaan TTV dalam batas normal. Ibu mengeluh ASI kurang, bayi tidak mau menyusu dan putting susu lecet. Ibu juga mengatakan Berat badan bayi menurun. Apakah rencana asuhan yang pertama bidan berikan pada kasus tersebut?
 - A. Merujuk ibu ke dokter anak
 - B. Menganjurkan ibu untuk ke klinik laktasi

- C. Evaluasi ibu cara menyusui bayinya
 - D. Memberitahu ibu cara mengenal tanda bahaya
- 4) Salah satu contoh kasus tumbuh kembang anak yang terkait sikap dan pengetahuan setelah dilakukan penatalaksanaan sesuai dengan kebutuhan, sehingga keluarga mau memberikan dukungan untuk melakukan deteksi dini tumbuh kembang anak balita, ini merupakan tujuan implementasi...
- A. Jangka pendek
 - B. Jangka menengah
 - C. Jangka sedang
 - D. Jangka Panjang
- 5) Suatu pengkajian dinyatakan berhasil bila evaluasi menunjukkan data yang sesuai dengan tujuan yang akan dicapai, maka ini merupakan tujuan dari...
- A. Diagnosa masalah
 - B. Penatalaksanaan
 - C. Evaluasi
 - D. Perencanaan

Lampiran 1: Format Pengkajian Data Keluarga

A. FORMAT PENGKAJIAN DATA KELUARGA

1. Identitas Keluarga

1. Nama Kepala Keluarga :
Jenis Kelamin :
Umur :
Agama :
Suku Bangsa :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Alamat :

2. Riwayat pernikahan
 - a. Status Pernikahan : sah/tidak *lingkari
 - b. Usia pertama kali menikah
Suami :Tahun
Istri :Tahun
 - c. Jumlah pernikahan
Suami :kali
Istri :kali
3. Anggota keluarga

No	Nama	Usia	L/P	Hub. Keluarga	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan	
							Ada	Tdk ada

4. Status Kesehatan Keluarga (dalam 1 tahun/5 tahun terakhir)

No	Nama	Usia	L/P	Penyakit yang sedang/ pernah di derita, kapan ?	Kondisi Saat ini	Pengobatan yang dilakukan

Kepemilikan Jamban : ada/ tidak ada *(lingkari)

Ketersediaan air bersih : ada/tidak ada *(lingkari)

5. Pengambil keputusan dalam keluarga:

- ✓ Suami
- ✓ Istri
- ✓ suami dan istri
- ✓ orangtua/mertua
- ✓ lain-lain

6. Kematian anggota keluarga (dalam 1 atau 5 tahun terakhir)

No	Nama	Usia	L/P	Penyebab kematian	Bulan/tahun

2. Ibu Hamil

Nama :

Umur :

a. Riwayat kehamilan sekarang

G..... P..... A....., HPHT :

Tafsiran persalinan :

TD :mmHg Nadi : x/menit

Suhu :OC RR :x/menit

Lila : cm TFU :

Edema :

Observasi kemungkinan Anemis :..... konfirmasi HB gr %

Keluhan saat ini :

b. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu :

Hamil ke	Umur kehamilan	Persalinan				Penyulit	Anak			
		Tgl	Tempat	Penolong	Jenis		JK	BB	PIB	Keadaan

3. Pemeriksaan kehamilan (ANC)

✓ Ya, di mana

Oleh siapa

Berapa kalikapan

Imunisasi TT kali

✓ Tidak, alasan

4. Konsumsi obat-obatan/zat lainnya (termasuk tablet Fe dan jamu) selama kehamilan:

✓ Ya, sebutkan

Cara mengkonsumsi :

✓ Tidak

5. Pantangan/anjuran yang dilakukan selama kehamilan :

.....
.....

6. Pernahkah ibu mendapat informasi mengenai kehamilan :

- ✓ Pernah, sumber info.....
- ✓ Tidak pernah

7. Apakah ibu mengetahui tanda-tanda bahaya dalam kehamilan, dan adakah keluhan?

- ✓ Perdarahan pervaginam
- ✓ Pusing berkepanjangan
- ✓ Nyeri perut bagian atau ulu hati
- ✓ Gerakan janin kurang < 10 dalam 24 jam
- ✓ Pandangan kabur
- ✓ Bengkak pada muka dan tangan

**Tahu: >4*
**Kurang <4*
**tidak tahu sama sekali*

8. Kehamilan ini direncanakan atau tidak ? ya / tidak *(lingkari)

9. Persiapan persalinan

a. Rencana pertolongan persalinan

- ✓ Tenaga kesehatan, siapa
- ✓ Non kesehatan, oleh siapa
- Alasan
- ✓ Belum tahu, alasan

b. Persiapan teknis (dana, perlengkapan, transportasi, dan lain-lain)

- ✓ Sudah, sebutkan
- ✓ Belum, alasan

c. Golongan darah :

- ✓ Tahu, apa?, siapa saja yang sama?
.....
- ✓ Tidak tahu

3. Ibu Nifas (sampai dengan 40 hari)

Tanggal :

Nama responden :

Umur :

a. Nifas hari ke :

Jenis persalinan:

Penolong persalinan :

Penyulit persalinan :

b. Keluhan selama nifas, sebutkan :

c. Pemeriksaan fisik :

TD :mmHg Nadi :x/menit

S :°C RR :x/menit

TFU :cm

Kontraksi uterus :

Payudara :

Lochea :

Luka jahitan :

d. Apakah ada tanda bahaya yang ibu alami selama masa nifas ?

- ✓ Sakit kepala yang hebat
- ✓ Payudara bengkak
- ✓ Perdarahan yang banyak
- ✓ Pandangan mata kabur
- ✓ Odema pada muka tangan dan kaki
- ✓ Demam
- ✓ Tidak ada tanda bahaya selama masa nifas

e. Apakah ibu memeriksakan diri selama nifas / dikunjungi oleh nakes :

- ✓ Ya, Berapa kali :Di mana :
Kapan :Oleh siapa :
- ✓ Tidak, alasan :

f. Obat-obatan/zat (termasuk jamu) yang dikonsumsi selama nifas :

- ✓ Ya, sebutkan
- ✓ Tidak

g. Kebiasaan/kepercayaan selama nifas :

h. Rencana penggunaan kontrasepsi

- ✓ Sudah, jenis KB apa..... di mana.....,oleh siapa.....
- ✓ Belum, alasan
- ✓ Tidak ingin menggunakan kontrasepsi

4. Bayi (umur 0-12 bulan)

a. Nama Bayi :

Umur :

Jenis Kelamin : L/P *lingkari

BB/PB saat ini :gram/.....cm

b. Usia kehamilan saat lahir :

- ✓ < 37 minggu (Prematur)
- ✓ 37 - 42 minggu (Mature)
- ✓ 42 minggu (Postmature)
- ✓ Tidak Tahu

c. Berat badan lahir :

- ✓ < 2500 gram
- ✓ 2500 – 4000 gram
- ✓ 4000 gram
- ✓ Lupa

d. Kunjungan ke posyandu

- ✓ Ya, frekuensi : Teratur/Tidak teratur *(lingkari)
- ✓ Tidak pernah, alasan

e. Kepemilikan KMS :

1) Ya :

- ✓ Terisi lengkap
- ✓ Tidak terisi lengkap
- ✓ Tidak terisi

2) Tidak, alasannya :

- ✓ Hilang, tetapi memiliki kartu cadangan
- ✓ Hilang, tidak punya kartu cadangan
- ✓ Merasa tidak perlu
- ✓ Tidak diberi tugas

f. Pemberian vitamin A :

1) Ya, pada usia :

✓ 6 bulan

✓ 6 bulan

2) Tidak, alasannya :

✓ Tidak pernah diberikan

✓ Belum cukup umur

✓ Tidak tahu manfaatnya

g. Keadaan gizi menurut KMS

(cek KMS langsung)

✓ Diatas GM

✓ GM

✓ BGM

✓ Tidak tahu

h. Status imunisasi bayi

No.	Jenis Imunisasi	Sudah/Belum	Tanggal	Tempat	Keterangan KMS/Pengakuan Orang Tua
1.	BCG				
2.	Polio 1				
3.	Polio 2				
4.	Polio 3				
5.	Polio 4				
6.	DPT 1				
7.	DPT 2				
8.	DPT 3				
9.	Campak				
10.	Hepatitis B 1				
11.	Hepatitis B 2				
12.	Hepatitis B 3				

*Kategori : Lengkap / Belum Lengkap / Tidak Lengkap / Tidak Pernah *(lingkari)*

i. Bayi diberikan ASI

✓ Ya, sejak kapan

Rencana pemberian

✓ Tidak, alasannya

j. Bayi diberikan MP-ASI

1) Ya

2) Usia, ☐ < 6 bulan ☐ ≥ 6 bulan

3) Tidak, alasan

5. Balita (umur >12 bulan – 60 bulan)

a. Nama Balita :

Umur :

Jenis Kelamin : L/P *(lingkari)

BB/PB saat ini :gram/.....cm

b. Kunjungan ke posyandu

✓ Ya, frekuensi : Teratur/Tidak teratur *(lingkari)

✓ Tidak pernah, alasan

c. Kepemilikan KMS :

1) Ya :

✓ Terisi lengkap

✓ Tidak terisi lengkap

✓ Tidak terisi

2) Tidak, alasannya :

✓ Hilang, tetapi memiliki kartu cadangan

✓ Hilang, tidak punya kartu cadangan

✓ Merasa tidak perlu

✓ Tidak diberi tugas

d. Pemberian vitamin A :

✓ Ya

✓ Tidak

e. Keadaan gizi menurut KMS

✓ Diatas GM

✓ GM

✓ BGM

✓ Tidak tahu, alasan.....

f. Status imunisasi balita (sejak usia bayi)

No.	Jenis Imunisasi	Sudah/Belum	Tanggal	Tempat	Keterangan KMS/Pengakuan Orang Tua
1.	BCG				
2.	Polio 1				
3.	Polio 2				
4.	Polio 3				
5.	Polio 4				
6.	DPT 1				
7.	DPT 2				
8.	DPT 3				
9.	Campak				
10.	Hepatitis B 1				
11.	Hepatitis B 2				
12.	Hepatitis B 3				

Kategori : Lengkap / Belum Lengkap / Tidak Lengkap / Tidak Pernah *(lingkari)

g. Riwayat pemberian ASI eksklusif :

- ✓ Ya
- ✓ Tidak, alasan. :

h. Saat usia berapa bulan balita anda diberikan MP-ASI

- ✓ <6 bulan
- ✓ ≥6 bulan

i. Jenis makanan selain ASI yang paling sering diberikan

- ✓ Makanan instant buatan pabrik. Sebutkan jenisnya :
- ✓ Makanan buatan rumah. Sebutkan jenisnya :

j. Penanganan balita sakit

- ✓ Diatasi oleh nakes/pergi ke puskesmas
- ✓ Non nakes, siapa/di mana?

6. Remaja Putri (10-19 tahun) yang belum menikah

Nama :

Usia :

Pendidikan terakhir :

- a. Kebiasaan remaja putri yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi
 - ✓ Merugikan, seks bebas/masturbasi/tidak menjaga kebersihan alat genitalia
 - ✓ Tidak merugikan
- b. Apakah sudah haid ?
 - ✓ Belum haid
 - ✓ Sudah haid
 - 1) Sejak usia berapa :
 - ✓ < 12 tahun
 - ✓ 12 – 18 tahun
 - 2) Ada gangguan haid : ya/tidak*, sebutkan.....(*lingkari)
 - 3) Berapa kali anda mengganti pembalut dalam sehari saat menstruasi?
 - ✓ 1 kali
 - ✓ 2-4 kali
 - ✓ >4 kali
 - ✓ Tidak pernah haid sampai dengan usia >19 tahun
- c. Apa yang diketahui tentang organ reproduksi?
 - ✓ Tahu, jelaskan
Sumber informasi
 - ✓ Tidak tahu
- d. Adakah keluhan disekitar reproduksi interna dan eksterna?
 - ✓ Ada, sebutkan
 - ✓ Tidak ada
- e. Dengan siapa anda berkonsultasi jika ada keluhan reproduksi?
 - 1) Keluarga
 - 2) Nakes
 - 3) Orang lain
 - 4) Tidak konsultasi, alasannya
- f. Apa yang anda ketahui tentang pengertian kesehatan reproduksi?
 - ✓ Tahu, Jelaskan.....
Sumber informasi
 - ✓ Tidak tahu

- g. Pernahkah mendengar tentang PMS (Penyakit Menular Seksual) / penyakit kelamin ?
- ✓ Pernah, sumber informasi
 - ✓ Tidak pernah
- h. Bagaimana pendapat tentang hamil di usia remaja?
- ✓ Setuju, alasan
 - ✓ Tidak setuju, alasan
 - ✓ Tidak tahu
- i. Apakah anda tahu tentang NAPZA?
- ✓ Ya, jelaskan
 - ✓ Tidak tahu
- j. Apakah anda melakukan kebiasaan yang merugikan bagi kesehatan?
- ✓ Merokok / Minum alcohol / Narkoba *(lingkari)
 - ✓ Tidak

7. PUS/ Pasangan Usia Subur (yang sudah menikah)

Nama :

Usia :

- a. Apakah anda ber – KB
- Ya, apa jenisnya.....
- Sudah berapa lama menggunakannya :
- ✓ < 1 tahun
 - ✓ 1-3 Tahun
 - ✓ >3 tahun,lamanya...thnTidak, alasan
- b. Apakah ada efek samping/keluhan dalam menggunakan alat kontrasepsi
- ✓ Ada, sebutkan.....
 - ✓ Tidak ada
- c. Apakah sebelumnya pernah menggunakan KB?
- 1) Pernah, jenis KB.....
 - Lama penggunaan.....
 - Keluhan selama pemakaian.....
 - 2) Tidak pernah

- d. Apakah anda mengetahui jenis-jenis kontrasepsi lainnya?
- ✓ Ya, sebutkan :
 - ✓ IUD
 - ✓ Pil
 - ✓ Suntik
 - ✓ Susuk
 - ✓ Kondom/ Cup vagina
 - ✓ MOW/MOP (Steril)
 - ✓ KBA (MAL, Kalender, Suhu Basal Tubuh, Lendir serviks, Simptothermal)
 - ✓ Tidak
- e. Di manakah anda mendapat pelayanan KB
- ✓ YANKES, oleh : Bidan/Dokter/Dokter Kandungan/Mantri/Perawat*
 - ✓ NON-YANKES, di mana : beli di warung/kader/APOTEK tanpa pengarahannya dari NAKES* (*lingkari)
- f. Apakah alasan anda menggunakan alat kontrasepsi KB?
- ✓ Menunda kehamilan
 - ✓ Menjarangkan kehamilan
 - ✓ Menghentikan kehamilan
- g. Apakah anda berkeinginan untuk mengganti metode KB yang digunakan sekarang?
- ✓ Ya, alasan..... Jenisnya.....
 - ✓ Tidak, alasannya.....

8. Lansia (Menopause-Andropause)

Nama :

Jenis kelamin : L/P *(lingkari)

a. Berapa usia anda saat ini ?

- ✓ 45-59 tahun
- ✓ 60-70 tahun
- ✓ 71-90 tahun
- ✓ >90 tahun

b. Pemeriksaan lansia

- ✓ Ya, kemana
- ✓ Tidak, alasan

- c. Apakah anda pernah mengalami gejala sebagai berikut :
- ✓ Pusing atau sakit kepala, sejak kapan
 - ✓ Gangguan haid, sejak kapan
 - ✓ Perasaan panas dan berkeringat di malam hari, sejak kapan
 - ✓ Sulit tidur, sejak kapan
 - ✓ Gairah seksual menurun, sejak kapan
 - ✓ Pengecilan organ-organ seks dan rontoknya rambut disekitar daerah kemaluan dan ketiak (untuk laki-laki), sejak kapan.....
 - ✓ Vagina terasa kering (untuk perempuan), sejak kapan
 - ✓ Nyeri pinggang, sejak kapan.....
 - ✓ Sukar menahan buang air kecil, sejak kapan.....
 - ✓ Mudah lelah, sejak kapan
 - ✓ Emosi tidak stabil, sejak kapan.....
 - ✓ Apakah lansia sudah menopause/andropause: Sudah/Belum*(lingkari)
- d. Apakah anda pernah atau sedang mengidap penyakit tertentu ?
- ✓ Tidak
 - ✓ Iya, Sebutkan :
- e. Bagaimana pemenuhan kebutuhan sehari-hari anda ?
- ✓ Mandiri (wiraswasta, bercocok tanam, beternak, pensiunan)
 - ✓ Tidak bekerja
- f. Perilaku kebiasaan hidup yang berhubungan pada kesehatan Lansia?
- ✓ Merugikan :Merokok/Miras/Minum Jamu/Tidak menjaga personal hygiene*(lingkari)
 - ✓ Tidak merugikan

***Bila ada posyandu lansia**

- a. Apakah anda tahu ada posyandu lansia di wilayah ini ?
- ✓ Ya
 - ✓ Tidak
- b. Apakah anda mengunjungi Posyandu lansia ?
- ✓ Ya, frekuensi : teratur / tdk teratur*(lingkari)
 - ✓ Tidak, alasannya.....

10. Peran serta Masyarakat

Nama Desa :

- a. Apakah masyarakat mengetahui tentang peran serta masyarakat di wilayah tersebut?
 - ✓ Ya, jenisnya :
 - ✓ Pelayanan kesehatan
 - ✓ Keamanan
 - ✓ Kebersihan lingkungan
 - ✓ Pembangunan wilayah
 - ✓ Tidak
- b. Tahu atau tidak tentang pelayanan kesehatan di wilayah tersebut
 - ✓ Ya, sebutkan
 - ✓ Tidak, alasan
- c. Tahu atau tidak tentang Desa Siaga
 - ✓ Ya, sebutkan :
 - ✓ Polindes
 - ✓ Tabulin
 - ✓ Dasolin
 - ✓ Ambulan desa
 - ✓ Bank darah
 - ✓ Dasa wisma
 - ✓ Posyandu
 - ✓ Suami siaga
 - ✓ Lain-lain,.....
 - ✓ Tidak, alasan
- d. Apakah ikut serta dalam program Desa Siaga
 - ✓ Ya, sebutkan : dana/sarana/tenaga (*lingkari)
 - ✓ Tidak, alasan
- e. Golongan mana yang lebih berperan aktif dalam kegiatan Desa Siaga?
 - ✓ Anak-anak
 - ✓ Remaja
 - ✓ Dewasa
 - ✓ Lansia

- f. Apakah pendapat KK tentang perlu tidaknya Desa Siaga ?
- ✓ Perlu, alasan.....
 - ✓ Tidak perlu, alasan.....
- g. Adakah jenis kegiatan Desa Siaga yang belum atau tidak terlaksana ?
- ✓ Ada, sebutkan.....
 - ✓ Tidak ada
 - ✓ Tidak tahu, alasan.....
- h. Adakah kendala dalam pelaksanaan kegiatan Desa Siaga ?
- ✓ Ada, sebutkan: dana/sarana/tenaga (*lingkari)
 - ✓ Tidak ada
 - ✓ Tidak tahu, alasan.....
- i. Apakah perlu dibentuk program Desa Siaga di wilayah ini ?
- ✓ Perlu
 - ✓ Tidak perlu, alasan.....
 - ✓ Tidak tahu, alasan.....

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) B
- 2) C
- 3) A
- 4) A
- 5) B

Tes 2

- 1) A
- 2) A
- 3) C
- 4) D
- 5) C

Daftar Pustaka

- Cronk, M & Flint. (1992). *Community Midwifery: A practical Guide*. London: Butterwood Heinemann Ltd. Linacre House, Jordan Hill, Oxford.
- Departemen Kesehatan RI. (1988). *Perawatan kesehatan Keluarga: Petunjuk Bagi Perawat Kesehatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Effendi. (1998). *Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat, Edisi kedua*. Jakarta: EGC.
- Kementerian Kesehatan RI. (2007). *Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 369/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Bidan*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Modul Mahasiswi. (2015). *Asuhan Kebidanan Komunitas berperspektive gender dan HAM*. Jakarta: Yayasan Pendidikan Kesehatan Perempuan.
- Pengurus Pusat IBI. (2016). *Buku Acuan Midwifery Update*. Jakarta: Ikatan Bidan Indonesia.
- Safrudin & Hamidah. (2009). *Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC.
- Setiadi. (2008). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Setyawan (2012). *Modul Mata Kuliah Komunitas: Praktik dan Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Keluarga*. Surakarta: Poltekkes Surakarta.

BAB 5

PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Elly Dwi Wahyuni, S.ST., M.Keb.

Pendahuluan

Salam hangat mahasiswa Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL) D III Kebidanan, semoga Anda selalu diberikan kemudahan dalam belajar. Saat ini kita memasuki Bab 5 yang merupakan lanjutan dari bab sebelumnya. Di Bab 5 ini kita akan mempelajari pendokumentasian asuhan kebidanan komunitas. Dokumentasi adalah pencatatan dan pelaporan data yang bermakna. Sebagai tenaga kesehatan, seorang bidan sangat bersinggungan dengan data yang bermakna/penting yang berkaitan dengan kondisi klien yang diasuhnya, untuk itu bidan perlu melakukan pendokumentasian. Dewasa ini, bidan sering dihadapkan pada persoalan yang berhubungan dengan aspek legal hukum dalam memberikan asuhan kebidanan. Hal ini sejalan dengan meningkatnya kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang hak-haknya sebagai penerima jasa pelayanan. Oleh karena itu, tidak akan ada artinya pelayanan optimal yang diberikan oleh seorang bidan tanpa didukung pendokumentasian yang tepat. Selain itu, pendokumentasian setiap asuhan yang diberikan akan sangat membantu dalam pengambilan keputusan klinis yang harus dilakukan oleh seorang bidan.

Pada Bab 5 ini Anda diajak untuk mempelajari tentang konsep dasar dokumentasi, yang terdiri dari 2 topik sebagai berikut.

1. Topik 1: Konsep dasar dokumentasi.
2. Topik 2: Metode prinsip pendokumentasian manajemen kebidanan.

Selanjutnya setelah selesai mempelajari Bab 5 ini, Anda diharapkan memiliki kemampuan untuk menjelaskan kembali tentang konsep dasar dokumentasi yang meliputi kemampuan untuk menjelaskan tentang tujuan dan fungsi, prinsip-prinsip, teknik pendokumentasian SOAP, konsep manajemen kebidanan dan manajemen kebidanan Varney.

Topik 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!

A. DEFINISI DOKUMENTASI DALAM KEBIDANAN

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

Dokumentasi kebidanan sangat penting bagi bidan dalam memberikan asuhan kebidanan. Hal ini karena asuhan kebidanan yang diberikan kepada klien membutuhkan pencatatan dan pelaporan yang dapat digunakan sebagai acuan untuk menuntut tanggung jawab dan tanggung gugat dari berbagai permasalahan yang mungkin dialami oleh klien berkaitan dengan pelayanan yang diberikan. Selain sebagai sistem pencatatan dan pelaporan, dokumentasi kebidanan juga dipakai sebagai informasi tentang status kesehatan pasien pada semua kegiatan asuhan kebidanan yang dilakukan oleh bidan. Di samping itu, dokumentasi berperan sebagai pengumpul, penyimpan, dan penyebarluasan informasi guna mempertahankan sejumlah fakta yang penting secara terus menerus pada suatu waktu terhadap sejumlah kejadian (Fischbach dalam Wildan dan Hidayat, 2009). Dengan kata lain, dokumentasi digunakan sebagai suatu keterangan, baik tertulis maupun terekam, mengenai data subyektif yang diambil dengan anamnesa (wawancara), hasil pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang (laborat, USG, dan sebagainya), analisa (diagnosa), perencanaan dan pelaksanaan serta evaluasi, tindakan medis, pengobatan yang diberikan kepada klien baik rawat jalan maupun rawat inap, serta pelayanan gawat darurat.

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

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

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

B. TUJUAN DAN FUNGSI DOKUMENTASI

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

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

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 dirumah 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.

3. Sebagai informasi statistik.

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

4. Sebagai sarana pendidikan.

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

5. Sebagai sumber data penelitian.

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

6. Sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan.

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

7. Sebagai sumber data asuhan kebidanan berkelanjutan.

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

8. Untuk menetapkan prosedur dan standar.

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

9. Untuk mencatat.

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

10. Untuk memberi instruksi.

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

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

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.

Selanjutnya, tujuan dari dilakukannya dokumentasi kebidanan menurut Fauziah, Afroh, & Sudarti (2010) meliputi tiga hal berikut ini.

1. Mengidentifikasi status kesehatan klien dalam rangka mencatat kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan tindakan, mengevaluasi tindakan.
2. Dokumentasi untuk penelitian, keuangan, hukum, dan etika.
3. Terkait penelitian, keuangan, hukum, dan etika, dokumentasi memiliki tujuan sebagai berikut.
 - a. Bukti kualitas asuhan kebidanan.
 - b. Bukti legal dokumentasi sebagai pertanggungjawaban kepada klien.
 - c. Informasi terhadap perlindungan individu.
 - d. Bukti aplikasi standar praktik kebidanan.
 - e. Sumber informasi statistik untuk standar dan riset kebidanan.
 - f. Pengurangan biaya informasi.
 - g. Sumber informasi untuk data yang harus dimasukkan.
 - h. Komunikasi konsep risiko tindakan kebidanan.
 - i. Informasi untuk mahasiswa.
 - j. Dokumentasi untuk tenaga profesional dan tanggungjawab etik.
 - k. Mempertahankan kerahasiaan informasi klien.
 - l. Suatu data keuangan yang sesuai.
 - m. Data perencanaan pelayanan kesehatan dimasa yang akan datang.

C. PRINSIP- PRINSIP DOKUMENTASI

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

1. Lengkap

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

- a. Mencatat semua pelayanan kesehatan yang diberikan.
- b. Catatan kebidanan terdiri dari semua tahap proses kebidanan.
- c. Mencatat tanggapan bidan/perawat.
- d. Mencatat tanggapan pasien.

- e. Mencatat alasan pasien dirawat.
- f. Mencatat kunjungan dokter.

2. Teliti

Maksudnya bahwa ketika mendokumentasikan data harus memenuhi prinsip teliti.

Prinsip teliti meliputi:

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

3. Berdasarkan fakta

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

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

4. Logis

Maksudnya bahwa ketika mendokumentasikan data harus memenuhi prinsip logis.

Prinsip logis meliputi:

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

5. Dapat dibaca

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

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

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

1. Kesederhanaan

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

2. Keakuratan

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

3. Kesabaran

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

4. Ketepatan

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

5. Kelengkapan

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

6. Kejelasan dan keobjektifan

Dokumentasi kebidanan memerlukan kejelasan dan keobjektifan dari data yang ada, bukan merupaka 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 memberi gambaran 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 terjalannya 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 muncul akan sulit dicari kebenarannya karena tidak adanya bukti yang jelas. Untuk menghindarikesalahan 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. Tanyakan 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 dapat menimbulkan dampak yang tidak diketahui dapat menimbulkan dampak yang tidak diketahui sebelumnya seperti adanya cedera atau lainnya.
16. Catat hasil laboratorium yang abnormal.
Hal ini sangat penting karena dapat menentukan tindakan segera.

D. TEKNIK PENDOKUMENTASIAN

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

1. Naratif

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

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

Sedangkan kerugian teknik pendokumentasian naratif adalah sebagai berikut.

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

Pedoman dalam teknik pendokumentasian naratif adalah sebagai berikut.

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

2. Flow Sheet

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

Keuntungan dalam menggunakan flow sheet antara lain sebagai berikut.

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

Sedangkan kerugian dalam menggunakan flow sheet antara lain sebagai berikut.

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

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

- 1) Jelaskan pengertian dokumentasi kebidanan!
- 2) Jelaskan apakah fungsi pentingnya dokumentasi kebidanan!
- 3) Jelaskan tujuan dokumentasi kebidanan!

Ringkasan

- 1) Dokumentasi kebidanan adalah proses pencatatan dan penyimpanan data yang bermakna dalam pelaksanaan kegiatan asuhan kebidanan dan pelayanan kebidanan. Fungsi pentingnya melakukan dokumentasi kebidanan adalah untuk mempertanggungjawabkan tindakan yang telah dilakukan bidan dan sebagai bukti dari setiap tindakan bidan bila terjadi gugatan terhadapnya. Tujuan dilakukannya dokumentasi kebidanan adalah untuk mengidentifikasi status kesehatan klien dan keluarga dalam rangka mencatat kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan tindakan, mengevaluasi tindakan serta sebagai dokumentasi untuk penelitian, keuangan, hukum dan etika.
- 2) Kegunaan dokumentasi yang dikomunikasikan secara akurat dan lengkap yaitu:
 - a) Membantu koordinasi asuhan kebidanan yang diberikan oleh tim kesehatan.
 - b) Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat.
 - c) Sebagai informasi statistik.
 - d) Sebagai sarana pendidikan.
 - e) Sebagai sumber data penelitian.
 - f) Sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan.
 - g) Sebagai sumber data asuhan kebidanan berkelanjutan.
 - h) Untuk menetapkan prosedur dan standar.
 - i) Untuk memberi instruksi.

- 3) Prinsip-prinsip dokumentasi yaitu:
- a) Lengkap
 - b) Teliti
 - c) Logis
 - d) Berdasarkan data
 - e) Mudah dibaca

Tes 1

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- 1) Pengertian dari dokumentasi kebidanan adalah....
- A. Proses pencacatan data yang bermakna dalam pelaksanaan kegiatan askeb dan pelayanan kebidanan
 - B. Proses penyimpanan data yang bermakna dalam pelaksanaan kegiatan askeb dan pelayanan kebidanan
 - C. Proses pencacatan dan penyimpanan data yang tidak bermakna dalam pelaksanaan kegiatan askeb dan pelayanan kebidanan
 - D. Proses pencacatan dan penyimpanan data yang bermakna dalam pelaksanaan kegiatan askeb dan pelayanan kebidanan
- 2) Fungsi pentingnya dokumentasi kebidanan adalah....
- A. Untuk mempertanggungjawabkan tindakan yang belum dilakukan bidan
 - B. Untuk mempertanggungjawabkan tindakan yang akan dilakukan bidan
 - C. Untuk mempertanggungjawabkan tindakan yang telah dilakukan bidan
 - D. Untuk mempertanggungjawabkan tindakan yang belum dilakukan tenaga kesehatan
- 3) Tujuan dari dokumentasi kebidanan adalah....
- A. Tidak mengkomunikasikan konsep resiko tindakan kebidanan
 - B. Bukan bukti aplikasi standar praktik kebidanan
 - C. Tidak memberi pengaruh pengurangan biaya informasi
 - D. Tidak membocorkan kerahasiaan informasi klien
- 4) Tujuan dari dokumentasi kebidanan adalah....
- A. Untuk data keuangan yang tidak sesuai
 - B. Dokumentasi untuk tenaga non professional

- C. Untuk tanggungjawab etik
 - D. Informasi terhadap perlindungan umum
- 5) Mengidentifikasi status kesehatan klien merupakan....dokumentasi kebidanan.
- A. Tujuan
 - B. Fungsi
 - C. Manfaat
 - D. Pengertian

Topik 2

Metode Pendokumentasian Manajemen Kebidanan

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang berbahagia, selamat bertemu dalam Topik 2 tentang metode dokumentasi. Di Topik 2 ini kita akan mempelajari tentang bagaimana metode dokumentasi. Saya yakin, sebagian besar dari Anda semua pasti pernah melakukan dokumentasi kebidanan dan dalam melakukan dokumentasi tersebut pasti menggunakan berbagai metode. Namun dalam topik ini kita akan membahas 1 metode yang sudah terbiasa digunakan dalam pendokumentasian yaitu SOAP. Mungkin sebagian besar dari Anda sudah familiar dengan metode dokumentasi ini karena metode ini lebih umum dan lebih sering digunakan dalam pendokumentasian layanan kebidanan.

Di dalam metode SOAP, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah analisis, P adalah planning. Metode ini merupakan dokumentasi yang sederhana akan tetapi mengandung semua unsur data dan langkah yang dibutuhkan dalam asuhan kebidanan, jelas, dan logis. Prinsip dari metode SOAP adalah sama dengan metode dokumentasi yang lain seperti yang telah dijelaskan di atas. Sekarang kita akan membahas satu persatu langkah metode SOAP.

A. METODE DOKUMENTASI SOAP

1. Data Subjektif

Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Diperoleh dari ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang menderita tuna wicara, di bagian data di bagian data dibelakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderita tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

2. Data Objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3. Analisis

Langkah selanjutnya adalah analisis. Langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Analisis menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan intepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan.

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Tujuan penatalaksanaan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya.

B. KONSEP MANAJEMEN KEBIDANAN

Marilah kita mengingat kembali definisi bidan secara internasional adalah *“A midwife is a person who having been regularly admitted to an educational programme, fully recognised in the country in which this located, has successfully completed the prescribed course of studies in midwifery and has acquired the requisite qualifications to be registered and/or legally licensed to practice midwifery”*. Manajemen kebidanan merupakan metode/bentuk pendekatan yang digunakan bidan untuk memberikan alur pikir dalam pemecahan masalah atau pengambilan keputusan klinis. Asuhan yang dilakukan harus dicatat dengan benar, sederhana, jelas dan logis sehingga perlu suatu metode pendokumentasian.

Metode pendokumentasian yang digunakan dalam asuhan kebidanan adalah SOAP. SOAP adalah catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis, dan tertulis. Pembuatan catatan SOAP merupakan perkembangan informasi yang sistematis yang mengorganisir penemuan dan konklusi bidan menjadi suatu rencana asuhan. Metode ini merupakan intisari dari “proses penatalaksanaan kebidanan” untuk tujuan mengadakan pendokumentasian asuhan. SOAP merupakan urutan kegiatan yang dapat membantu bidan dalam mengorganisir pikiran dan memberikan asuhan yang menyeluruh.

Seorang bidan harus memahami beberapa pengertian berkaitan dengan praktik pelayanan kebidanan, antara lain sebagai berikut.

1. Pelayanan kebidanan adalah seluruh tugas yang menjadi tanggung jawab praktik profesi bidan dalam sistem pelayanan kesehatan yang bertujuan meningkatkan kesehatan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan kesehatan keluarga dan masyarakat. Pelayanan kebidanan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan dan bertujuan untuk mewujudkan kesehatan keluarga dalam rangka tercapainya keluarga kecil bahagia sejahtera.
2. Praktik kebidanan, adalah penerapan ilmu kebidanan dalam memberikan pelayanan/asuhan kebidanan kepada klien dengan pendekatan manajemen kebidanan
3. Manajemen kebidanan, adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosa kebidanan, perencanaan dan evaluasi
4. Asuhan kebidanan, adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah di bidang kesehatan ibu pada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana (Permenkes 1416, 2007).

C. PRINSIP PROSES MANAJEMEN KEBIDANAN MENURUT ACNM

Prinsip proses manajemen kebidanan menurut American College of Nurse Midwife (ACNM) (1999), yang terdiri dari sebagai berikut.

1. Secara sistematis mengumpulkan data dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien (ibu atau bayi baru lahir), termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik. Bidan mengumpulkan data dasar awal lengkap, bahkan jika ibu dan bayi baru mengalami komplikasi yang mengharuskan mereka mendapat konsultasi dokter sebagai bagian dari penatalaksanaan kolaborasi.
2. Mengidentifikasi masalah atau diagnosis atau kebutuhan kesehatan yang akurat berdasarkan intepretasi data dasar yang benar. Kata masalah dan diagnosis sama-sama digunakan karena beberapa masalah tidak dapat didefinisikan sebagai sebuah diagnosis, tetapi tetap perlu dipertimbangkan dalam mengembangkan rencana asuhan kebidanan yang menyeluruh. Masalah sering kali berkaitan dengan dengan bagaimana ibu menghadapi kenyataan tentang tentang diagnosinya dan ini sering kali bisa diidentifikasi berdasarkan pengalaman bidan dalam mengenali masalah seseorang. Sebagai contoh, seorang wanita didiagnosis hamil, dan masalah yang berhubungan

adalah ia tidak menginginkan kehamilannya. Contoh lain mengalami ketakutan menjelang persalinan. Kebutuhan klien dapat dikenali dari diagnosis dan masalah atau salah satu diantaranya. Kebutuhan adalah sesuatu yang dibutuhkan oleh klien, akan tetapi klien tidak mengetahuinya. Bidan yang lebih tahu yang diperlukan oleh klien.

3. Mengantisipasi masalah atau diagnosis atau kebutuhan yang akan terjadi lainnya, yang dapat menjadi tujuan yang diharapkan, karena telah ada masalah atau diagnosis yang teridentifikasi. Langkah ini merupakan langkah sangat penting dalam memberikan asuhan kebidanan yang aman. Mengevaluasi kebutuhan akan intervensi dan/atau konsultasi bidan atau dokter yang dibutuhkan dengan segera, serta manajemen kolaborasi dengan anggota tim tenaga kesehatan lain, sesuai dengan kondisi yang diperlihatkan oleh ibu dan bayi yang baru lahir.
4. Mengevaluasi kebutuhan akan intervensi dan/atau konsultasi bidan atau dokter yang dibutuhkan dengan segera, serta manajemen kolaborasi dengan anggota tim tenaga kesehatan lain, sesuai dengan kondisi yang diperlihatkan oleh ibu dan bayi baru lahir. Langkah ini mencerminkan sifat kesinambungan proses penatalaksanaan, yang tidak hanya dilakukan selama asuhan awal/kunjungan pranatal periodik, tetapi juga saat bidan melakukan asuhan berkelanjutan bagi wanita tersebut, misalnya saat wanita menjalani persalinan. Data baru yang diperoleh terus dikaji dan kemudian dievaluasi. beberapa data mengindikasikan sebuah situasi kedaruratan, yang mengharuskan bidan mengambil tindakan secara cepat untuk mempertahankan nyawa ibu dan bayinya bisa dengan kolaborasi.
5. Mengembangkan sebuah rencana perawatan kesehatan yang menyeluruh, didukung oleh penjelasan rasional yang valid, yang mendasari keputusan yang dibuat dan didasarkan pada langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini mengembangkan sebuah rencana asuhan yang menyeluruh. Ditentukan dengan mangacu pada hasil langkah sebelumnya. Sebuah rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya melibatkan kondisi ibu dan bayi baru lahir yang terlihat dan masalah lain yang berhubungan, tetapi juga menggambarkan petunjuk antisipasi bagi ibu atau atau orang tua tentang apa yang akan terjadi selanjutnya. Petunjuk antisipasi ini juga mencakup pendidikan dan konseling kesehatan dan semua rujukan yang dibutuhkan untuk mengatasi masalah sosial, ekonomi, agama, keluarga, budaya atau psikologis.
6. Mengemban tanggung jawab terhadap pelaksanaan rencana perawatan yang efisiensi dan aman. Langkah ke enam adalah melaksanakan rencana asuhan secara menyeluruh. Langkah ini dapat dilakukan secara keseluruhan oleh bidan atau

dilakukan sebagaimana oleh ibu atau orang tua, bidan, atau anggota tim kesehatan lain. Apabila tidak bisa melakukan sendiri, bidan harus memastikan bahwa implementasi benar-benar dilakukan.

7. Mengevaluasi keefektifan perawatan kesehatan yang diberikan, mengolah kembali dengan tepat setiap aspek perawatan yang belum efektif memulai proses penatalaksanaan di atas. Langkah terakhir adalah evaluasi, merupakan tindakan untuk memeriksa apakah rencana asuhan yang dilakukan benar-benar telah mencapai tujuan, yaitu memenuhi kebutuhan ibu.

D. LANGKAH- LANGKAH PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN DI KOMUNITAS

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

1. Identifikasi Masalah

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

- a. Hal – hal yang perlu diidentifikasi di masyarakat antara lain sebagai berikut.
 - 1) Identitas Keluarga
 - 2) Faktor lingkungan
 - 3) Komunikasi, transportasi dan informasi
 - 4) Pelayanan kesehatan dan sosial
 - 5) Data Kesehatan ibu (kesehatan ibu hamil, kesehatan ibu nifas, ibu menyusui, keluarga berencana
 - 6) Data Neonatus, bayi dan balita
 - 7) Data anak usia sekolah (5 – 12 tahun)
 - 8) Data remaja
 - 9) Data senium atau menopause (<45 - >65 tahun)

10) Data lansia (59 – 65 tahun)

11) Data sosial budaya (sarana peribadatan, pemeluk agama atau kepercayaan)

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

- 1) Identitas keluarga (nama, usia, jenis kelamin, hubungan keluarga, pendidikan, golongan darah)
- 2) Penghasilan Kepala keluarga tetap per bulan
- 3) Kepemilikan jaminan kesehatan
- 4) Jarak rumah dengan pelayanan kesehatan
- 5) Alat transportasi keluarga
- 6) Kepemilikan sarana dan prasarana (adanya jamban sehat, ketersediaan air bersih, pembuangan sampah limbah rumah tangga)
- 7) Pengetahuan

2. Analisis Data

Seluruh data yang dikumpulkan, yang relevan, digunakan sebagai bahan untuk analisa.

Dari data yang terkumpul diperoleh informasi tentang:

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

3. Perumusan Masalah

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

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

4. Prioritas Masalah

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

- a. Sifat masalah, dikelompokkan menjadi ancaman kesehatan, keadaan sakit atau kurang sehat, situasi krisis.
- b. Kemungkinan masalah dapat diubah maksudnya kemungkinan keberhasilan untuk mengurangi masalah atau menvegah masalah bila dilakukan intervensi kesehatan.
- c. Potensi masalah untuk dicegah maksudnya sifat dan beratnya masalah yang akan timbul dan dapat dikurangi atau dicegah melalui tindakan kesehatan.
- d. Masalah yang menonjol maksudnya cara keluarga melihat dan menilai maslah dalam hal berat dan mendesaknya masalah tersebut untuk diatasi melalui intervensi kesehatan.

Untuk dapat menentukan prioritas masalah kesehatan keluarga perlu disusun skala prioritas sebagai berikut.

Tabel 5.1
Tabel Skala Prioritas

No.	Kriteria	Nilai	Bobot
1.	Sifat Masalah : Skala : a. Tidak/kurang sehat b. Ancaman Kesehatan c. Krisis		1 3 2 1
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah : Skala : a. Dengan mudah b. Hanya sebagian c. Tidak dapat		2 2 1 0
3.	Potensi masalah untuk dicegah : Skala : a. Tinggi b. Cukup c. Rendah		1 3 2 1

No.	Kriteria	Nilai	Bobot
4.	Menonjolnya masalah :		1
	Skala :		
	a. Masalah berat, harus ditangani		2
	b. Masalah tidak perlu segera ditangani		1
	c. Masalah tidak dirasakan		0

Skoringnya adalah sebagai berikut.

- Tentukan skor untuk setiap kriteria.
- Skor dibagi dengan angka tertinggi dan kalikan dengan bobot.
- Jumlahkan skor untuk semua kriteria.
- Skor tertinggi adalah 5, dan sama untuk seluruh bobot.

5. Perencanaan

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

6. Pelaksanaan

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

7. Evaluasi

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

E. PROSES MANAJEMEN KEBIDANAN MENURUT HELEN VARNEY

Manajemen kebidanan adalah sebuah metode dengan pengorganisasian, pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan. Proses manajemen ini bukan hanya terdiri dari pemikiran dan tindakan saja, melainkan juga perilaku pada setiap langkah agar pelayanan yang komprehensif dan aman dapat tercapai. Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori

ilmiah, penemuan-penemuan, ketrampilan dalam rangkaian tahapan logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien.

Manajemen kebidanan merupakan penerapan dari unsur, sistem dan fungsi manajemen secara umum. Manajemen kebidanan menyangkut pemberian pelayanan yang utuh dan menyeluruh dari bidan kepada kliennya, untuk memberikan pelayanan yang berkualitas melalui tahapan dan langkah-langkah yang disusun secara sistematis untuk mendapatkan data, memberikan pelayanan yang benar sesuai keputusan klinik yang dilakukan dengan tepat.

Proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat-bidan pada awal tahun 1970-an. Proses ini memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisasian pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini juga **menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan**. Proses manajemen ini terdiri dari pemikiran, tindakan, perilaku pada setiap langkah agar pelayanan yang komprehensif dan aman dapat tercapai. Proses manajemen harus mengikuti urutan yang logis dan memberikan pengertian yang menyatukan pengetahuan, hasil temuan dan penilaian yang terpisah pisah menjadi satu kesatuan yang berfokus pada manajemen klien.

Pentingnya pengetahuan bidan tentang unsur-unsur manajemen yaitu:

1. Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan peningkatan kesehatan Ibu dan anak dibutuhkan profesionalisme kebidanan sehingga merujuk pada sebuah konsep dimana bidan harus mampu membuat sebuah perencanaan, pengorganisasian dan pelaksanaan kebidanan yang berkualitas.
2. Dibutuhkan bidan yang mampu mengorganisir pelaksanaan manajemen kebidanan baik secara individu maupun kelompok.
3. Dengan penerapan manajemen yang baik, diharapkan tercapainya tujuan dari penyelenggaraan kesehatan.

Menurut Varney (1997), manajemen kebidanan terdiri dari 7 langkah, yang meliputi pengumpulan data dasar, interpretasi data dasar, identifikasi diagnosa atau masalah potensial, identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera, perencanaan asuhan yang menyeluruh, melaksanakan perencanaan, dan evaluasi.

a. Langkah I: Pengumpulan data dasar

Langkah ini dilakukan dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, serta mengumpulkan semua informasi yang akurat dari sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

- b. Langkah II: Interpretasi data dasar
Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah klien atau kebutuhan berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Kata “masalah dan diagnosa” keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan dalam rencana asuhan kebidanan terhadap klien. Masalah bisa menyertai diagnosa. Kebutuhan adalah suatu bentuk asuhan yang harus diberikan kepada klien, baik klien tahu ataupun tidak tahu.
- c. Langkah III: mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial
Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Membutuhkan antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan. Penting untuk melakukan asuhan yang aman.
- d. Langkah IV: Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera
Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.
- e. Langkah V: Merencanakan asuhan yang menyeluruh
Merencanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yg menyeluruh meliputi apa yang sudah diidentifikasi dari klien dan dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya.
- f. Langkah VI: Melaksanakan perencanaan
Melaksanakan rencana asuhan pada langkah ke lima secara efisien dan aman. Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya.
- g. Langkah VII: Evaluasi
Dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasikan didalam masalah dan diagnosa.

F. KONSEP MANAJEMEN KEBIDANAN DENGAN PENDEKATAN SOAP

Manajemen kebidanan merupakan metode/bentuk pendekatan yang digunakan bidan untuk memberikan alur pikir dalam pemecahan masalah atau pengambilan keputusan klinis.

Asuhan yang dilakukan harus dicatat dengan benar, sederhana, jelas dan logis sehingga perlu suatu metode pendokumentasian. Pendokumentasian ini sangat penting karena:

1. Menciptakan catatan permanen tentang asuhan yang diberikan pada pasien.
2. Memungkinkan berbagi informasi di antara para pemberi asuhan.
3. Memfasilitasi pemberian asuhan yang berkesinambungan.
4. Memungkinkan pengevaluasian dari asuhan yang diberikan.
5. Memberikan data untuk catatan nasional, riset dan statistik mortalitas dan morbiditas.
6. Meningkatkan pemberian asuhan yang lebih aman dan bermutu kepada pasien.

Metode pendokumentasian yang digunakan dalam asuhan kebidanan adalah SOAP. SOAP adalah catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis, dan tertulis. Pembuatan catatan SOAP merupakan perkembangan informasi yang sistematis yang mengorganisir penemuan dan konklusi bidan menjadi suatu rencana asuhan. Metode ini merupakan intisari dari “proses penatalaksanaan kebidanan” untuk tujuan mengadakan pendokumentasian asuhan. SOAP merupakan urutan kegiatan yang dapat membantu bidan dalam mengorganisir pikiran dan memberikan asuhan yang menyeluruh.

Untuk menggambarkan keterkaitan antara manajemen kebidanan sebagai pola pikir dan pendokumentasian sebagai catatan dari asuhan dengan pendekatan manajemen kebidanan 7 langkah Varney dengan pendokumentasian SOAP, dijelaskan dalam bagan sebagai berikut.

Tabel 5.2
Keterkaitan Manajemen Kebidanan

7 langkah Varney	5 langkah (kompetensi bidan)	Catatan SOAP
Data	Data	Subjektif Objektif
Masalah/Diagnosa	Assessment/ Diagnosis	Assessment
Antisipasi masalah potensial/diagnosa lain		
Menetapkan kebutuhan segera untuk konsultasi/kolaborasi		
Perencanaan	Perencanaan	Plan:

7 langkah Varney	5 langkah (kompetensi bidan)	Catatan SOAP
		Konsul Test diagnostik/lab Rujukan Pendidikan/konseling Follow up
Implementasi	Implementasi	
Evaluasi	Evaluasi	

G. STANDAR ASUHAN KEBIDANAN

Standar Asuhan Kebidanan didasarkan pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan. Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktik berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Standar asuhan kebidanan terdiri dari pengkajian, perumusan diagnosa dan/atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan.

1. STANDAR I: Pengkajian.

a. Pernyataan Standar.

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan, dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

b. Kriteria Pengkajian.

- 1) Data tepat, akurat dan lengkap.
- 2) Terdiri dari data subyektif (hasil anamnesa: biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan, dan latar belakang sosial budaya).
- 3) Data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis, dan pemeriksaan penunjang).

2. STANDAR II: Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan.

a. Pernyataan Standar.

Bidan menganalisis data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegaskan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

b. Kriteria Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan.

- 1) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan.
- 2) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.

- 3) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

3. STANDAR III: Perencanaan.

a. Pernyataan Standar.

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

b. Kriteria Perencanaan.

- 1) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif.
- 2) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga.
- 3) Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga.
- 4) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- 5) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

4. STANDAR IV: Implementasi.

a. Pernyataan Standar.

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

b. Kriteria Implementasi.

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (informed consent).
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based.
- 4) Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan.
- 5) Menjaga privacy klien/pasien.
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- 7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- 8) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- 9) Melakukan tindakan sesuai standar.
- 10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

5. STANDAR V: Evaluasi.

a. Pernyataan Standar.

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

b. Kriteria Evaluasi.

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- 2) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan atau keluarga.
- 3) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- 4) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

6. STANDAR VI: Pencatatan Asuhan Kebidanan.

a. Pernyataan Standar.

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

b. Kriteria Pencatatan Asuhan Kebidanan.

- 1) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam Medis/KMS/Status Pasien/Buku KIA).
- 2) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
- 3) S adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa.
- 4) adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.
- 5) A adalah hasil analisis, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
- 6) P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

Setelah Anda mempelajari tentang pendokumentasian manajemen kebidanan, Anda diharapkan mampu untuk mengaplikasikan konsep tersebut. Adapun contoh pengkajian data keluarga disajikan Lampiran 1 Topik 2 Bab 5 ini. Pada Lampiran 2 disediakan format penilaian yang digunakan untuk menilai mahasiswa yang sudah melakukan wawancara kepada salah satu keluarga. Penilaian diberikan oleh pembimbing yang mendampingi saat wawancara dengan memberikan tanda cek list (√).

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

- 1) Jelaskan makna manajemen kebidanan!
- 2) Jelaskan langkah manajemen menurut Varney!
- 3) Jelaskan langkah dokumentasi dengan SOAP!

Ringkasan

Prinsip proses manajemen kebidanan terdiri dari pengumpulan data dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, mengidentifikasi masalah atau diagnosis atau kebutuhan asuhan yang akurat berdasarkan interpretasi data dasar yang benar, mengantisipasi masalah atau diagnosis atau kebutuhan yang akan terjadi lainnya, yang dapat menjadi tujuan yang diharapkan, mengevaluasi kebutuhan akan intervensi dan/atau konsultasi bidan atau dokter yang dibutuhkan dengan segera, serta manajemen kolaborasi dengan anggota tim tenaga kesehatan lain, sesuai dengan kondisi yang diperlihatkan oleh ibu dan bayi baru lahir. Langkah selanjutnya adalah mengembangkan sebuah rencana perawatan kesehatan yang menyeluruh, dan langkah terakhir adalah mengemban tanggung jawab terhadap pelaksanaan rencana perawatan yang efisiensi dan aman.

Proses manajemen ini terdiri dari pemikiran, tindakan, perilaku pada setiap langkah agar pelayanan yang komprehensif dan aman dapat tercapai. Manajemen Varney terdiri dari tujuh langkah yaitu 1) Langkah I: Pengumpulan data dasar; 2) Langkah II: Interpretasi data dasar; 3) Langkah III: mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial; 4) Langkah IV: Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera; 5) Langkah V: Merencanakan asuhan yang menyeluruh; 6) Langkah VI: Melaksanakan perencanaan; dan 7) Langkah VII: Evaluasi.

Standar asuhan kebidanan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 merupakan acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktik berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan/atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan. Di dalam metode SOAP, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah analysis, P adalah penatalaksanaan. Metode SOAP merupakan dokumentasi yang sederhana akan tetapi mengandung semua unsur data dan langkah yang dibutuhkan dalam asuhan kebidanan, jelas, logis.

Tes 2

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- 1) Langkah kedua dari manajemen Varney adalah ...
 - A. Pengumpulan data dasar
 - B. Interpretasi data dasar
 - C. Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera
 - D. mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

- 2) Langkah terakhir dari manajemen Varney adalah ...
 - A. Pengumpulan data dasar
 - B. Merencanakan asuhan yang menyeluruh
 - C. Melaksanakan perencanaan
 - D. Langkah Evaluasi

- 3) Langkah terakhir dari Standar Asuhan Kebidanan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 adalah ...
 - A. Subyektif
 - B. Obyketif
 - C. Analisis
 - D. Penatalaksanaan

- 4) Analisa dalam manajemen SOAP, merupakan langkah yang ke ...
 - A. Pertama
 - B. Kedua
 - C. Ketiga
 - D. Keempat

- 5) Data hasil pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang merupakan langkah SOAP yang mana?
 - A. Subyektif
 - B. Obyketif
 - C. Analisis
 - D. Penatalaksanaan

LAMPIRAN 1: FORMAT PENGKAJIAN DATA KELUARGA

FORMAT PENGKAJIAN DATA KELUARGA
(JUDUL: NAMA KEPALA KELUARGA , Inisial nama)
WAKTU PENGKAJIAN (Tanggal, Bulan, Tahun)
Tn. X DI DESA KAB.....TANGGAL201..

PENGKAJIAN KELUARGA

A. STRUKTUR DAN SIFAT KELUARGA

1. Struktur keluarga

Nama	: X
Umur	: 25
Agama	: Islam
Suku / Bangsa	: Sunda/ Indonesia
Pendidikan Terakhir	: Tamat SMP
Penghasilan per Bulan	: Rp. 1.000.000
Pekerjaan	: Ojek
Pertemuan Ke	: Pertama
Alamat	: Desa Ciaruten Udik . Bogor

Usia pertama kali menikah : 24 tahun , KK sehat, keluarga belum memiliki BPJS
Jarak rumah dengan pelayanan kesehatan: kurang lebih 1 km
Alat transportasi keluarga: motor roda dua

No	Nama/ Usia/ Jenis Kelamin	Hub. Keluarga	Pendi- dikan	Pekerjaan	Gol. Darah	Penyakit yang sedang/pernah di derita, kapan ?	Kondisi Saat ini	Pengobatan yang dilakukan	Jenis Jaminan Kesehatan
	Jumlah 20 th/ P	istri	SMP	IRT	-	Saat ini sedang hamil anak pertama, mual muntah selama awal kehamilan	Sehat	-	-

2. Status Imunisasi anggota Keluarga

No	Nama	Status Imunisasi (Hanya untuk Keluarga yang Memiliki Balita)											
		BCG	TT				DPT			Hepatitis			Campak
			1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	
1	Jumlah		☐	☐									

3. Tahap Perkembangan Keluarga

a. Riwayat Keluarga Inti

Tipe keluarga: merupakan keluarga inti.

b. Riwayat keluarga sebelumnya

Hubungan dengan keluarga suami dan istri harmonis.

c. Pola Komunikasi Keluarga:

Keluarga biasanya berkomunikasi saat makan bersama, saat kumpul bersama atau khusus langsung dipanggil bila memang sangat dibutuhkan dengan saling terbuka satu sama lain, Bpk. H selalu menanyakan pendapat keluarga untuk mengambil keputusan.

d. Struktur kekuatan keluarga:

Keluarga Bpk. H tidak ada yang berlatar belakang pendidikan namun mengetahui dan berupaya ke puskesmas jika ada yang sakit yang sakit dan mengambil tindakan yang tepat untuk berupaya meningkatkan status kesehatan anggota keluarga.

e. Struktur peran (formal dan informal): Bpk. H berperan sebagai kepala keluarga yang harus membantu memenuhi kebutuhan istri. Namun belakangan ini ojeknya cukup sepi selama ada ojek online. Ibu membantu ekonomi keluarga dengan menjual gorengan di depan rumah dan minuman es blender untuk anak-anak.

f. Nilai dan norma keluarga:

Nilai dan norma budaya keluarga tidak ada penerapan peraturan khusus dalam keluarga Bpk. H, (kecuali wajib salat 5 waktu terhadap anggota keluarga) hanya saja aturan yang sudah biasa dijalankan seperti saling menghormati dan saling terbuka satu sama lain jika sedang ada masalah.

g. Fungsi Keluarga :

1) Fungsi Pendidikan/Afektif

2) Bpk. H ingin memberikan pendidikan yang tinggi untuk anaknya supaya dapat hidup mandiri di masyarakat kelak.

3) Fungsi Sosialisasi

4) Bpk. H menghormati dan mengasihi kepada sesama anggota keluarga dan berperilaku baik di rumah dan di masyarakat.

5) Fungsi Ekonomi

6) Pemenuhan kebutuhan pokok keluarga saat ini hanya bertumpu pada suami, penghasilan istri berjualan tidak begitu bisa diharapkan, terlebih sekarang istri sedang hamil

7) Fungsi Pemenuhan (Perawatan/Pemeliharaan Kesehatan)

a) Mengenal Masalah Kesehatan

Saat ini bapak dan ibu mengetahui jika kehamilan ini memang direncanakan, sehingga jika ada masalah yang terjadi pada kehamilan akan membuat bapak dan ibu khawatir.

b) Mengambil Keputusan Mengenai Tindakan Kesehatan

Berdasarkan cerita keluarga membuktikan bahwa keluarga kurang mengenal tanda bahaya kehamilan, karena awal kehamilan ibu mengalami mual muntah dianggap hal biasa dalam kehamilan, namun istri tidak bisa bangun dari tempat tidur dan memanggil bidan kerumah, bidan memberitahukan jika mual muntah ibu J sudah berlebihan hingga harus dirawat di puskesmas kecamatan.

- c) Kemampuan Merawat Anggota Keluarga yang Sakit
 Keluarga bapak H tidak mampu merawat ibu sendirian, sehingga selama sakit bapak meminta orangtua untuk membantu merawat karena harus bekerja.
 - d) Kemampuan Keluarga Memelihara/Memodifikasi Lingkungan Rumah Yang Sehat
 Walaupun mengontrak, Karakteristik rumah Bpk. H tergolong rumah yang sehat karena semua fasilitas rumah dalam keadaan yang baik di antaranya ventilasi yang baik dengan jumlah udara yang masuk cukup, keadaan rumah yang bersih, dan saluran pembuangan yang tertutup.
 - e) Kemampuan Menggunakan Fasilitas Pelayanan Kesehatan
 Bapak H. membawa ibu ke posyandu untuk pemeriksaan dan ke puskesmas untuk memeriksa kehamilannya.
- h. Fungsi Religius
 Bpk. H dan ibu salat 5 waktu, selama hamil ibu tidak kuat ikut pengajian di mushola, hanya mengaji di rumah.
 - i. Fungsi Rekreasi
 Keluarga Bpk. H jarang berekreasi di luar rumah atau ke tempat rekreasi lainnya terlebih sekarang istri sedang hamil.
 - j. Fungsi Reproduksi
 Keluarga Bpk. H sangat mengharapkan dan merencanakan kehamilan ini, apapun jenis kelamin keluarga menerima. Merencanakan memiliki anak 2, dengan jarak setelah anak 5 tahun
 - k. Pengambil Keputusan dalam Keluarga: adalah suami, namun akan didiskusikan dengan istri
 - l. Kepemilikan Jamban Sehat: keluarga memiliki jamban sehat, tersedia air bersih, suami perokok aktif
 - m. Pendapat tentang Fasilitas Kesehatan Jelaskan Berdasarkan Opini Kepala Keluarga): posyandu dan puskesmas baik dalam memberikan pelayanan kesehatan.
 - n. Penghasilan KK tetap per Bulan (**status sosial ekonomi keluarga**): kurang dari UMR
 - o. Pengetahuan KK tentang Program-Program Kesehatan
 - 1) Desa Siaga: keluarga belum mengetahui desa siaga, menurut keluarga penting
 - 2) Tumpeng Gizi Seimbang: tidak tahu, hanya tahu 4 sehat 5 sempurna
 - 3) PHBS: tahu, hanya sulit menerapkan khususnya merokok
 - 4) Penggunaan garam beriodium? Ya

- 5) Kepemilikan Kendaraan: punya motor, jika ada kegawatdaruratan pinjam dari tetangga

Pengetahuan tentang kesehatan umum, KIA, sumber informasi dan Implementasinya

No	Komponen Pengetahuan	Tahu	Tidak	Implementasi
1	Cuci tangan	√		Sebelum makan & Sebelum dan setelah kegiatan aktifitas
2	Persalinan dengan nakes	√		Nakes
3	Merokok dalam rumah	√		Tidak di dalam rumah, di luar
4	Penggunaan air bersih	√		sumur
5	ASI eksklusif	√		ya
6	Menimbang bayi dan balita	√		Belum, tapi jika sudah lahir akan menimbang di posyandu
7	Makan buah dan sayur setiap hari		√	Tidak, karena mahal seminggu sekali, hanya sayur
8	Memberantas jentik nyamuk	√		Ya, dengan menguras bak mandi
9	Ventilasi rumah	√		Cukup
10	Melakukan aktivitas fisik setiap hari		√	Hanya pekerjaan rumah
11	Lantai rumah	√		Semen dilapis karpet plastik
12	Pengelolaan limbah rumah tangga	√		Dibuang
13	System pengelolaan air minum			dimasak
14	Jarak kandang ternak dengan rumah			Tidak punya
15	Penggunaan jamban sehat			Ada

B. POLA KEBIASAAN SEHARI-HARI

Kebiasaan makan

Pola makan Keluarga : makanan pokok berupa nasi, sayur, ikan dan ayam

Frekuensi makan : 3 x Sehari

C. FAKTOR LINGKUNGAN

Rumah

Keluarga menempati rumah kontrakan dengan bentuk rumah permanen dengan ukuran 6x6 , kontruksi dari bata.

Denah Rumah

Dapur	Ruang tamu
Kamar mandi	Ruang kamar

D. KEADAAN KESEHATAN KELUARGA

1. Ibu sejak kecil, SD disuntik imunisasi
2. keluarga berencana: ibu belum pernah KB, karena langsung hamil setelah 4 bulan menikah
3. Riwayat Persalinan: kehamilan pertama, sudah masuk usia 7 bulan

E. PEMERIKSAAN FISIK

Sehubungan dengan keadaan kesehatan keluarga di dalam pemeriksaan fisik sebagai berikut:

1. Keadaan membaik,
2. Tanda-tanda vital dalam batas normal.

Pengkajian Psiko Sosial:

1. Status Emosi

Tingkat emosional keluarga cukup baik, bila ada masalah maunya diselesaikan dengan baik.

2. Konsep Dini

Bapak cenderung menjadi kepala keluarga, mencari nafkah demi menghidupi keluarga.

3. Pola Interaksi

Pola interaksi keluarga cukup baik berbahasa Indonesia

4. Pola pertahanan keluarga

Bapak saling memahami bila masalah dibiarkan atau diselesaikan dengan baik. demikian pula dengan masalah/permasalahan dengan saudara atau tetangga.

F. PENGKAJIAN PENGETAHUAN TERHADAP KESEHATAN

Keluarga sudah mengetahui arti pentingnya pemeriksaan kehamilan, namun belum mengetahui tanda bahaya kehamilan, persiapan persalinan

G. PENGKAJIAN KEHAMILAN MENGGUNAKAN FORMAT KEHAMILAN DAN DIDOKUMENTASIKAN SOAP KEHAMILAN

LAMPIRAN 2. FORMAT PENILAIAN KETERAMPILAN ASUHAN KEBIDANAN PADA KELUARGA

FORMAT PENILAIAN KETERAMPILAN ASUHAN KEBIDANAN PADA KELUARGA

Aspek Kompetensi/Bobot	Kriteria Keterampilan	Penilaian		Keterampilan
		Ya	Tidak	
Penilaian Keterampilan (50%) Nilai Batas Lulus	<u>Tahap Persiapan</u> 1. Menyerahkan dan mendiskusikan laporan pendahuluan ke pembimbing 2. Menyiapkan alat-alat diperlukan			
Pengkajian	<u>Tahap Pelaksanaan</u> 1. Salam dan perkenalan kepada keluarga 2. Menjelaskan tujuan prosedur yang akan dilakukan 3. Kontrak waktu dengan keluarga 4. Berbicara dengan kontak mata 5. Mendengar aktif 6. Selama pengkajian, selalu melibatkan respon keluarga (verbal & nonverbal) 7. Menggunakan bahasa dan kata-kata yang dimengerti oleh keluarga 8. Melakukan pengkajian (melalui anamnesa, pemeriksaan fisik dan catatan rekam medis/buku KIA) dengan tepat 9. Menggunakan alat bantu dengan tepat			
Diagnosis	1. Melakukan analisis data dan mendiagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan 2. Perumusan diagnosis secara tepat sesuai kondisi keluarga 3. Penentuan scoring untuk prioritas masalah			

Rencana	1. Identifikasi sumber yang dimiliki keluarga 2. Rencana tindakan disesuaikan sumber daya keluarga 3. Media dan alat bantu yang digunakan sesuai dan tepat untuk keluarga 4. SAP disiapkan sesuai topik bahasan			
Implementasi	1. Mendemonstrasikan asuhan sesuai kasus keluarga 2. Melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin 3. Mengenalkan dan membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada			
Evaluasi	1. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien atau pasien 2. Mengawasi keluarga melakukan perawatan (redemonstrasi) 3. Evaluasi asuhan secara SOAP 4. Rencana Tindak Lanjut (RTL) keluarga selanjutnya 5. Dokumentasi semua asuhan yang sudah dilakukan 6. Mencantumkan tanggal, nama setiap tindakan yang dilakukan			
	Sub Total			
	Nilai Rata-rata			

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) C
- 2) C
- 3) D
- 4) C
- 5) A

Tes 2

- 1) B
- 2) D
- 3) D
- 4) C
- 5) B

Glosarium

AKI	: Angka Kematian Ibu
Flow Sheet	: Lembar alur dan checklist digunakan untuk mengumpulkan hasil pengkajiandata dan mendokumentasikan
Informed Consent	: Persetujuan tindakan keodkteran/ kesehatan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekatnya

Daftar Pustaka

- Fauziah, Afroh, & Sudarti. (2010). *Buku ajar dokumentasi kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Kemenkes RI. (2007). *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: Kemenkes RI.
- _____. (2017). *Bahan Ajar Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kemenkes RI.
- Muslihatun, Mudlilah, & Setiyawati. (2009). *Dokumentasi kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Sweet, B. & Tiran, D. (1997). *Maye's midwifery: a textbook for midwife*. London: Baillire Tindal.
- Varney. (1997). *Varney's midwifery, 3rd Edition*. Sudbury England: Jones and Barlet Publishers.
- Widan & Hidayat. (2011). *Dokumentasi kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.

BAB 6

PROMOSI KESEHATAN DALAM ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Elly Dwi Wahyuni, S.ST., M.Keb.

Pendahuluan

Mahasiswa RPL D.III Kebidanan yang berbahagia, selamat bertemu di Bab 6 yang merupakan bab terakhir dari pembelajaran mata kuliah kebidanan komunitas. Di Bab 6 ini Anda akan mempelajari tentang promosi kesehatan dalam asuhan kebidanan komunitas. Materi-materi yang akan dibahas pada bab ini merupakan dasar bidan dalam melakukan kegiatan promosi kesehatan di kebidanan. Bidan terlahir menjadi seorang promotor kesehatan, bahwa promosi kesehatan tidak hanya perpanjangan peran kebidanan namun telah menjadi kompetensi inti sebagai profesi yang sangat kompeten dalam memberikan pelayanan maternitas. Bidan juga berperan penting dalam mengangkat isu kesehatan di mata masyarakat yang menuntut perubahan faktor di luar individu masyarakat, seperti faktor sosial dan lingkungan.

Bab ini akan menggali konsep promosi kesehatan dalam asuhan kebidanan komunitas, juga mencakup tentang jenis dan metode promosi serta media dan perencanaan dalam promosi kesehatan. Pembelajaran pada Bab 6 ini disajikan dalam dua (2) topik sebagai berikut.

1. Topik 1 tentang dasar-dasar promosi kesehatan
2. Topik 2 tentang perencanaan dalam program promosi kesehatan.

Setelah mempelajari keseluruhan materi di bab ini, Anda akan mampu menjelaskan tentang promosi kesehatan dalam asuhan kebidanan komunitas. Secara khusus, Anda mampu menjelaskan tentang:

1. Definisi promosi kesehatan.
2. Tujuan promosi kesehatan.
3. Ruang lingkup promosi kesehatan.
4. Strategi dalam pendekatan promosi kesehatan.
5. Prinsip- prinsip promosi kesehatan.

6. Jenis-jenis promosi kesehatan.
7. Metode promosi kesehatan.
8. Media dalam promosi kesehatan.
9. Perencanaan promosi kesehatan.

Untuk memudahkan Anda mempelajari materi Bab 6 ini, sebaiknya Anda mempelajari secara seksama masing-masing topik dari materi pembelajaran yang diuraikan. Baca secara sistematis dari awal hingga akhir bagian per bagian secara bertahap, ulangi bagian kalimat tertentu yang memerlukan pengertian mendalam. Kami mengharapkan Anda dapat mengikuti keseluruhan kegiatan belajar dengan baik. Saya yakin Anda mampu menyelesaikan bab ini dengan baik. Selamat Belajar!

Topik 1

Dasar–Dasar Promosi Kesehatan

Mahasiswa yang berbahagia, selamat berjumpa di Topik 1 tentang dasar- dasar promosi kesehatan. Bidan adalah sosok ideal untuk memperluas dukungan kepada kesehatan ibu dan anak, serta membantu mengakses informasi kesehatan dan menerapkannya secara efektif dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan. Untuk memahami hal tersebut, maka Anda wajib mempelajari tentang dasar – dasar promosi kesehatan yang merupakan dasar pengetahuan bidan untuk melaksanakan promosi kesehatan baik untuk individu maupun kelompok. Mari kita mulai pelajari bab ini dengan seksama, semoga bisa memahaminya dengan baik.

A. PENGERTIAN PROMOSI KESEHATAN

Konsep promosi kesehatan muncul ke permukaan karena semakin nyata dalam masyarakat kita bahwa kesehatan dapat dan harus ditingkatkan pada setiap orang, dan sehat adalah aset yang paling berharga sekaligus menjadi aset masyarakat. Pada tahun 1984, WHO mendefinisikan promosi kesehatan sebagai berikut, *“Promosi kesehatan adalah proses mampu meningkatkan pengendalian individu terhadap meningkatnya kesehatannya...Promosi Kesehatan adalah konsep-konsep positif yang menekankan pada sumber sosial dan personal serta kapasitas fisik. Oleh sebab itu, promosi kesehatan tidak hanya mencakup tanggung jawab di sektor kesehatan, namun lebih ke arah gaya hidup sehat samapi kondisi sejahtera”*. Pengertian lain disampaikan oleh Green dan Kreuter (2005), bahwa *“Promosi kesehatan adalah kombinasi upaya-upaya pendidikan, kebijakan (politik), peraturan, dan organisasi untuk mendukung kegiatan-kegiatan dan kondisi-kondisi hidup yang menguntungkan kesehatan individu, kelompok, atau komunitas”*. Definisi promosi kesehatan yang dikemukakan Green ini dapat dilihat sebagai operasionalisasi dari definisi WHO (hasil Ottawa Charter) yang lebih bersifat konseptual. Di dalam rumusan pengertian di atas terlihat dengan jelas aktivitas-aktivitas yang harus dilakukan dalam kerangka “promosi kesehatan”.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia juga merumuskan pengertian promosi kesehatan sebagai berikut: “Upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengendalikan faktor-faktor kesehatan melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh

kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.” Hal tersebut tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan No. 1114/Menkes/SK/VIII/2005. Definisi dari kementerian kesehatan tersebut lebih menggambarkan bahwa promosi kesehatan adalah gabungan antara pendidikan kesehatan yang didukung oleh kebijakan publik berwawasan kesehatan, karena disadari bahwa gabungan kedua upaya ini akan memberdayakan masyarakat sehingga mampu mengontrol determinan-determinan kesehatan. Promosi kesehatan sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat di Indonesia harus mengambil bagian dalam mewujudkan visi pembangunan kesehatan di Indonesia. Dalam Undang-Undang Kesehatan RI No 36 tahun 2009, disebutkan bahwa visi pembangunan kesehatan adalah “Meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi”. Promosi kesehatan sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat di Indonesia harus mengambil bagian dalam mewujudkan visi pembangunan kesehatan di Indonesia tersebut. Sehingga promosi kesehatan dapat dirumuskan: “Masyarakat mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya” (Notoatmodjo, 2010).

Jelas bahwa promosi kesehatan menuntut tanggung jawab bersama antara masyarakat dan pemerintah untuk meningkatkan kesehatan individu dan komunitas. Promosi kesehatan juga harus mengakui peran individu, komunitas dan masyarakat dalam memelihara kesadaran, dukungan sosial, dan perkembangan otonomi serta pemberdayaan semua anggota sehingga semua orang dapat meraih kesehatan yang baik.

Hal krusial yang perlu mendapat perhatian adalah peningkatan kesehatan kepada seluruh komponen masyarakat termasuk masyarakat marginal, termasuk ibu remaja muda, ibu dan keluarga yang hidup dalam kemiskinan, serta kelompok etnik minoritas dan tunawisma. Harapannya adalah setidaknya mereka mampu menjangkau informasi dan pelayanan dan secara aktif dapat memilih pola hidup yang lebih sehat.

Promosi kesehatan dapat berhasil bila mampu bertahan dalam waktu yang lama, oleh sebab itu promosi kesehatan harus memahami dan berespon terhadap kebutuhan klien. Hal yang sama berlaku pula untuk aktivitas promosi kesehatan yang dilakukan oleh bidan yang bekerja langsung berhadapan dengan klien; penggalan opini setiap ibu disertai sikap hormat sangat penting bila ibu merasa aktivitas promosi kesehatan dan bahkan asuhan kebidanan sangat berarti bagi dirinya (Milburn, 1996).

B. TUJUAN PROMOSI KESEHATAN

Berdasarkan beberapa pandangan pengertian di atas, maka tujuan dari penerapan promosi kesehatan pada dasarnya merupakan visi promosi kesehatan itu sendiri, yaitu menciptakan/membuat masyarakat dengan harapan sebagai berikut.

1. Mau (willingness) memelihara dan meningkatkan kesehatannya.
 2. Mampu (ability) memelihara dan meningkatkan kesehatannya.
 3. Memelihara kesehatan, berarti mau dan mampu mencegah penyakit.
 4. Melindungi diri dari gangguan-gangguan kesehatan.
 5. Meningkatkan kesehatan, berarti mau dan mampu meningkatkan kesehatannya.
- Kesehatan perlu ditingkatkan karena derajat kesehatan baik individu, kelompok, atau masyarakat itu bersifat dinamis tidak statis.

Tujuan biasanya merupakan hal yang paling penting dalam proses dan produk. “Proses” promosi kesehatan mencakup individu mendapatkan informasi dan wawasannya, serta bagaimana kemampuan pengambilan keputusan mengalami kemajuan sejak menggunakan atau mendapatkan informasi yang dianggap tepat. Tujuan promosi dapat dilihat dari beberapa hal sebagai berikut.

1. Tujuan Promosi Kesehatan Menurut WHO
 - a. Tujuan Umum yaitu mengubah perilaku individu/masyarakat di bidang kesehatan.
 - b. Tujuan Khusus:
 - 1) Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai bagi masyarakat.
 - 2) Menolong individu agar mampu secara mandiri/berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.
 - 3) Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.
2. Tujuan Operasional

Tujuan operasional promosi kesehatan meliputi:

 - a. Agar orang memiliki pengertian yang lebih baik tentang eksistensi dan perubahan-perubahan sistem dalam pelayanan kesehatan serta cara memanfaatkannya secara efisien dan efektif.
 - b. Agar klien/masyarakat memiliki tanggung jawab yang lebih besar pada kesehatan (dirinya), keselamatan lingkungan dan masyarakatnya.
 - c. Agar orang melakukan langkah - langkah positif dalam mencegah terjadinya sakit, mencegah berkembangnya sakit menjadi lebih parah dan mencegah keadaan ketergantungan melalui rehabilitasi cacat karena penyakit.

- d. Agar orang mempelajari apa yang dapat dia lakukan sendiri dan bagaimana caranya, tanpa selalu meminta pertolongan kepada sistem pelayanan kesehatan yang normal.
3. Tujuan menurut Green
- Tujuan promosi kesehatan terdiri dari 3 tingkatan menurut Green yaitu:
- a. Tujuan Program
Merupakan pernyataan tentang apa yang akan dicapai dalam periode waktu tertentu yang berhubungan dengan status kesehatan.
 - b. Tujuan Pendidikan
Merupakan deskripsi perilaku yang akan dicapai dapat mengatasi masalah kesehatan yang ada.
 - c. Tujuan Perilaku
Merupakan pendidikan atau pembelajaran yang harus tercapai (perilaku yang diinginkan). Oleh sebab itu, tujuan perilaku berhubungan dengan pengetahuan dan sikap.
4. Tujuan Intervensi Perilaku dalam Promosi Kesehatan
- a. Mengurangi perilaku negatif bagi kesehatan.
Misalnya mengurangi kebiasaan merokok.
 - b. Mencegah meningkatnya perilaku negatif bagi kesehatan
Misalnya mencegah meningkatnya perilaku 'seks bebas'.
 - c. Meningkatkan perilaku positif bagi kesehatan
Misalnya mendorong kebiasaan olah raga.
 - d. Mencegah menurunnya perilaku positif bagi kesehatan
Misalnya mencegah menurunnya perilaku makan kaya serat.

C. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN DAN RUANG LINGKUP PROMOSI KESEHATAN

1. Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan

Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan harus menjadi sorotan bila kita berbicara seputar kesehatan. Hal yang jarang bila kondisi individu dikatakan benar-benar sehat . Kondisi kesehatan yang baik atau buruk dipengaruhi oleh gabungan beberapa faktor seperti biologis, sosial, dan atau lingkungan. Usia, jenis kelamin, dan keturunan merupakan faktor - faktor yang menentukan individu terpredisposisi terhadap sakit atau penyakit, dan kebanyakan dari ketiga faktor tersebut tidak dapat dirubah. Adanya kemajuan teknologi

genetika, individu dapat disadarkan akan bahaya sakit dan penyakit yang dapat menimpa dirinya dalam kondisi tertentu dan dibantu dalam upaya pencegahan atau pembatasan dampaknya. Sebagai contoh, untuk kondisi penyakit yang tidak dapat ditangani seperti sel sabit, ibu hamil dan pasangannya sekarang dapat menjalani tes skrining dan dapat jalur asuhan bila keduanya berdasarkan hasil pemeriksaan merupakan pembawa sifat (trait).

Faktor sosial dan lingkungan memberi pengaruh besar terhadap kesehatan. contoh individu dengan pendapatan yang tinggi, lingkungan kerja yang baik, tempat tinggal yang terjamin, ditunjang oleh jaringan sosial dan pendukung yang sangat besar memiliki derajat kesehatan yang lebih baik, akses ke pelayanan yang adekuat, dan menerima pelayanan dengan standar tinggi saat sakit dibandingkan dengan individu dengan keadaan sebaliknya (Graham, 2000; Davey, et al., 2001). Faktor perilaku dan budaya juga mempengaruhi kesehatan seperti gaya hidup dan kemampuan individu untuk mengkaji kondisi kesehatannya, serta keputusan individu untuk kebiasaan yang lebih sehat. Hal ini menunjukkan bahwa secara pribadi kita mengemban tanggung jawab pada kesehatan diri sendiri.

2. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Ruang lingkup sasaran promosi kesehatan meliputi empat determinan kesehatan dan kesejahteraan, seperti terlihat dalam model klasik dari Bloom (Forcefield Paradigm of Health and Wellbeing) berikut ini.

- a. Lingkungan.
- b. Perilaku.
- c. Pelayanan kesehatan.
- d. Faktor genetik (atau diperluas menjadi faktor kependudukan).

Pada paradigma ini diungkapkan bahwa antara keempat faktor tersebut terjadi saling mempengaruhi. Perilaku mempengaruhi lingkungan dan lingkungan mempengaruhi perilaku. Faktor pelayanan kesehatan, akan berperan dalam meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat bila pelayanan yang disediakan digunakan oleh masyarakat. Faktor genetik yang tidak menguntungkan akan berkurang risikonya bila seseorang berada dalam lingkungan yang sehat dan berperilaku sehat. Dengan demikian, perilaku memainkan peran yang penting bagi kesehatan. Oleh karena itu, ruang lingkup utama sasaran promosi kesehatan adalah perilaku dan akar-akarnya serta lingkungan, khususnya lingkungan yang berpengaruh terhadap perilaku.

Menurut bagan teori Green, faktor perilaku kesehatan dikategorikan dalam 3 kelompok faktor, yaitu faktor-faktor predisposisi (predisposing, yang merupakan prasyarat terjadinya perilaku secara sukarela, seperti pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan,

nilai-nilai, tradisi, dsb.), pemungkin (enabling, yang memungkinkan faktor predisposisi yang sudah kondusif menjelma menjadi perilaku), dan faktor penguat (reinforcing, yang akan memperkuat perilaku atau mengurangi hambatan psikologis dalam berperilaku yang diinginkan).

D. STRATEGI DALAM PENDEKATAN PROMOSI KESEHATAN

Individu anggota masyarakat yang memiliki potensi besar untuk mengubah sistem nilai dan norma, adalah mereka yang disebut sebagai pemuka masyarakat atau tokoh masyarakat formal maupun informal. Menyadari fakta tersebut, promosi kesehatan diharapkan dapat melaksanakan strategi yang bersifat komprehensif, khususnya untuk menciptakan perilaku baru tentang kesehatan yang ada di masyarakat. Strategi merupakan upaya mewujudkan visi dan misi promosi kesehatan atau pendidikan kesehatan dengan upaya strategis agar tercapai secara efektif dan efisien. Untuk memperlancar pencapaian tujuan promosi kesehatan berikut ini beberapa pendekatan strategi dalam promosi kesehatan .

1. Strategi Global

Penerapan strategi global promosi kesehatan dari WHO (1984) dikenal dengan strategi ABG (Advokasi Kesehatan, Bina suasana, Gerakan masyarakat).

- a. Adokasi: Upaya atau proses yang strategis dan terencana untuk mendapatkan komitmen dan dukungan dari pihak yang terkait (steakholders). Advokasi diarahkan untuk mendapat dukungan berupa kebijakan (misalnya dalam bentuk peraturan perundang – undangan. Steakholders yang dimaksud dapat berupa tokoh masyarakat formal yang umumnya berperan sebagai penentu kebijakan pemerintahan dan penyandang dana pemerintah, juga dapat berupa tokoh- tokoh masyarakat informal, seperti tokoh agama, tokoh adat yang umumnya penentu keijakan di bidangnya. Sasaran utama advokasi adalah para penentu kebijakan (policy maker) dan para pembuat keputusan (decision maker) pada masing – masing tingkat administrasi pemerintah, dengan maksud agar mereka menyadari pentingnya bahwa kesehatan adalah aset sosial, politik, ekonomi dan sebagainya.
- b. Bina Suana/dukungan sosial yaitu upaya menciptakan opini/lingkungan sosial yang mendorong individu dalam masyarakat untuk mau melakukan perilaku yang diperkenalkan. Ada tiga pendekatan dalam bina suasana:
 - 1) Bina suasana individu ditujukan kepada tokoh masyarakat, bersedia untuk mempraktikkan perilaku yang sedang diperkenalkan. Contoh tentang bahaya merokok, maka tokoh masyarakat tersebut berperilaku tidak merokok.

- 2) Bina suasana kelompok. Ditujukan kepada kelompok masyarakat, seperti pengurus RT, RW, majelis pengajian, perkumpulan seni, organisasi profesi, organisasi siswa/ mahasiswa, dan organisasi pemuda. Pendekatan ini dapat dilakukan bersama-sama dengan pemuka atau tokoh masyarakat yang peduli dengan kesehatan masyarakat, sehingga diharapkan kelompok tersebut mendjai peduli dan bersedia mendukung perilaku yang sedang diinformasikan serta selanjutnya diharapkan mau melaksanakan dalam kehidupan sehari – hari.
 - 3) Bina suasana masyarakat umum. Ini dilakukan oleh masyarakat umum dengan membina dan memanfaatkan media komunikasi, seperti radio, televisi, koran, majalah, dan situs internet sehingga tercipta pendapat yang bermacam-macam. Dengan pendekatan ini diharapkan media massa tersebut dapat menjadi peduli dan mendukung perilaku yang sedang diperkenalkan. Media tersebut bersedia menjadi mitra dalam rangka menyebarkan informasi tentang (opini publik) yang positif tentang perilaku tersebut sehingga akhirnya sasaran mau melaksanakan yang sedang diperkenalkan.
- c. Gerakan Masyarakat: Pemberdayaan (empowerment) masyarakat, yaitu proses pemberian informasi secara terus menerus dan bersinambung mengikuti perkembangan sasaran. Proses membantu sasaran tersebut berubah dari tidak tahu menjadi tahu atau sadar (aspek knowledge), dari tahu menjadi mau (aspek attitude), dan dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku yang diperintahkan (aspek practice). Sasaran utama dari pemberdayaan adalah individu, keluarga serta kelompok masyarakat.

2. Strategi Ottawa Charter

Merupakan pendekatan promosi kesehatan yang terdiri dari 5 strategi sebagai berikut.

- a. Kebijakan berwawasan kesehatan (health public policy), merupakan kegiatan yang ditujukan kepada para pembuat keputusan atau penentu kebijakan sehingga dikeluarkan atau dikembangkan kebijakan berwawasan kesehatan. Dengan strategi ini, diharapkan setiap kebijakan di bidang kesehatan harus mempertimbangkan dampak kesehatan bagi masyarakat. Misalnya, dalam pendirian industri harus diawali dengan amdal (analisis dampak lingkungan), untuk mengetahui sejauh mana lingkungan akan tercemar oleh limbah pabrik maupun dampak keseharan lainnya terhadap kesehatan masyarakat.

- b. Lingkungan yang mendukung pelayanan (supportive enviroment). Kegiatan untuk mengembangkan jaringan kemitraan dan suasana yang mendukung. Kegiatan ditujukan kepada pimpinan organisasi masyarakat, dan pengelola tempat umum. Dengan strategi ini, diharapkan lingkungan, baik lingkungan fisik maupun non fisik dapat meningkatkan kesejahteraan dan kesehatan masyarakat.
- c. Reorientasi pelayanan kesehatan (reorient health service). Penyeleggaran pelayananan kesehatna merupakan tanggung jawab bersama antara pihak pemberi pelayanan (provider) dan pihak penerima pelayanan (konsumen).
- d. Keterampilan Individu (personal Skill). Strategi promosi kesehatan yang ditekankan adalah meningkatkan keterampilan individu setiap anggota masayarkat, dengan harapan tiap individu dapat meningkatkan dan mampu memelihara kesehatannya, mengenal penyakit dan penyebab serta mampu mencegah penyakit.
- e. Gerakan masyarakat (communtiy action). Strategi promosi kesehatan yang dilakukan adalah dengan menggerakkan masyarakat melalui kegiatan maysarakat dalam mengupayakan peningkatan kesehatan mereka sendiri.

3. Strategi Pendekatan Medis

Pendekatan ini melibatkan pendekatan intervensi kedokteran untuk mencegah atau meringankan kesakitan, salah satunya dengan metode persuasif (misalnya memberi tahu orang tua agar membawa anaknya ke posyandu untuk melaksanakan imunisasi, pemanfaatan alat kontrasepsi pada pasangan usia subur).

4. Strategi Perubahan Perilaku

Pendekatan perubahan perilaku bertujuan mengubah sikap dan perilaku individual masyarakat sehingga mereka dapat mengadopsi gaya hidup sehat. Misalnya mendorong orang untuk berolahraga teratur, memelihara kesehatan gigi, mendorong PUS untuk ber KB, dan sebagainya.

5. Strategi Edukasi

Pendekatan ini menyajikan informasi mengenai kesehatan, membantu individu menggali nilai dan sikap, dan membuat keputusan mereka sendiri. Program pendidikan sekolah, misalnya dampak dari pergaulan bebas pada siswa SPM dan SMA, akan membuat siswa mendapat pengetahuan dan akan lebih hati – hati dalam pergaulan. Nilai – nilai

pendidikan kesehatan dapat dikatakan pula sebagai bentuk rekayasa perilaku untuk hidup sehat.

6. Strategi Pendekatan Berpusat pada Klien

Pendekatan ini bertujuan menjalin kerjasama dengan klien agar dapat membantu mengidentifikasi yang ingin diketahui dan dilakukan oleh klien, serta membuat keputusan dan pilihan mereka sendiri sesuai kepentingan dan nilai mereka. Pemberdayaan diri sendiri klien menjadi tujuan utama pendekatan ini. Klien dihargai sebagai individu yang mempunyai pengetahuan, keterampilan, kemampuan berkontribusi, dan memiliki hak absolut untuk mengontrol tujuan kesehatan mereka sendiri.

7. Strategi Perubahan Sosial

Tujuan pendekatan ini adalah melakukan perubahan pada lingkungan fisik, sosial dan ekonomi dalam upaya lebih mendukung untuk menjadi sehat. Pendekatan ini pada prinsipnya mengubah masyarakat bukan perilaku setiap individu. Individu yang menerapkan pendekatan ini memberikan nilai penting bagi hak demokrasi mereka dalam mengubah masyarakat, memiliki komitmen pada penempatan kesehatan dalam agenda politik di berbagai tingkatan, dan menekan pentingnya pembentukan lingkungan yang sehat dari pembentukan kehidupan sehari – hari individu yang tinggal di tempat itu.

E. PRINSIP – PRINSIP PROMOSI KESEHATAN

Sebagai seorang bidan profesional yang akan menjalani tugas-tugas kesehatan termasuk di dalamnya adalah promosi kesehatan, maka Anda akan berhasil mengatasi keadaan jika menguasai sub bidang keilmuan yang terkait, diantaranya adalah sebagai berikut.

1. Komunikasi

Dalam kita berinteraksi dengan rekan sejawat, masyarakat ataupun klien diperlukan kemampuan komunikasi yang baik. Untuk membina hubungan yang baik didasari kompetensi komunikasi yang memadai untuk menyampaikan informasi dan edukasi yang efektif, oleh karena itu komunikasi sangat penting untuk dipelajari.

2. Dinamika kelompok.

Pada kegiatan kelompok ini penting untuk melakukan aktifitas di dalam kelompok yang antar anggotanya bisa saling mempengaruhi dalam situasi sosial, melakukan

pemecahan masalah yang efektif dan efisien. Hal ini agar kelompok mampu bergerak, berkembang untuk mencapai tujuan.

3. Pengembangan dan Pengorganisasian Masyarakat (PPM).

Contohnya adalah program imunisasi menawarkan perlindungan terhadap penyakit campak, maka orang tua akan mengukur dan membandingkan biaya dan keuntungan produk serta menentukan pilihan setuju atau tidak setuju memilih perilaku “membeli imunisasi “. Sukses diukur melalui jumlah cakupan orang yang telah diimunisasi.

4. Pengembangan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD).

PKMD mencakup serangkaian kegiatan swadaya masyarakat berazaskan gotong royong yang didukung oleh pemerintah melalui koordinasi lintas sektoral. Tujuannya adalah untuk memenuhi kebutuhan kesehatan atau yang terkait dengan kesehatan, agar masyarakat dapat hidup sehat guna mencapai kualitas hidup dan kesejahteraan yang lebih baik.

5. Pemasaran Sosial (Social Marketing).

Pemasaran sosial adalah suatu bentuk disiplin untuk mengembangkan kegiatan komunikasi kesehatan. Tujuannya adalah mendapat kata yang tepat dipakai untuk meyakinkan para ibu agar berbuat seperti yang dianjurkan, tokoh yang akan dipakai untuk menyampaikan pesan, saluran komunikasi (langsung dan tidak langsung), dan bagaimana memanfaatkan saluran komunikasi tersebut sebaik-baiknya.

6. Pendidikan dan Pelatihan.

Perkembangan sumber daya manusia diantaranya meliputi kegiatan pendidikan, pelatihan, penyuluhan dan pertemuan untuk meningkatkan wawasan, kemauan dan keterampilan dalam promosi kesehatan.

7. Pengembangan Media (Teknologi Pendkes).

Pengembangan sosial melalui media dan sarana elektronik sangat diperlukan untuk mendukung kegiatan promosi kesehatan, terlebih sifatnya teknologi yang selalu tumbuh dan berkembang sehingga bisa mencapai informasi yang lebih luas.

8. Perencanaan dan evaluasi.

Perencanaan kesehatan adalah sebuah proses untuk merumuskan masalah-masalah kesehatan yang berkembang di masyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, menetapkan tujuan program yang paling pokok dan menyusun langkah-

langkah praktis untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Perencanaan akan menjadi efektif jika perumusan masalah sudah dilakukan berdasarkan fakta-fakta dan bukan berdasarkan emosi atau angan-angan saja. Sedangkan tujuan dari evaluasi program kesehatan adalah untuk memperbaiki program-program kesehatan dan pelayanannya untuk mengantarkan dan mengarahkan alokasi tenaga dan dana untuk program dan pelayanan yang sedang berjalan dan yang akan datang. Evaluasi harus digunakan secara konstruktif dan bukan untuk membenarkan tindakan yang telah lalu atau sekedar mencari kekurangan-kekurangan saja. Terdapat berbagai kesulitan dalam melaksanakan evaluasi kesehatan, antara lain bahwa kebutuhan akan pelayanan kesehatan melebihi dari yang diterapkan.

9. Antropologi Kesehatan.

Antropologi kesehatan merupakan disiplin ilmu yang memberi perhatian pada aspek-aspek biologis dan sosio-budaya dari tingkah laku manusia, terutama tentang cara-cara interaksi antara keduanya sepanjang sejarah kehidupan manusia, yang mempengaruhi kesehatan dan penyakit pada manusia. Antropologi kesehatan membantu mempelajari sosio-kultural dari semua masyarakat yang berhubungan dengan sakit dan sehat sebagai pusat dari budaya.

10. Sosiologi Kesehatan.

Sebagai suatu bidang yang spesifik sosiologi kesehatan diartikan pula sebagai bidang ilmu yang menempatkan permasalahan penyakit dan kesehatan dalam konteks sosio kultural dan perilaku. Termasuk dalam kajian bidang ini antara lain; deskripsi dan penjelasan atau teori-teori yang berhubungan dengan distribusi penyakit dalam berbagai kelompok masyarakat; perilaku atau tindakan yang diambil oleh individu dalam upaya menjaga atau meningkatkan serta menanggulangi keluhan sakit, penyakit dan cacat tubuh; perilaku dan kepercayaan/keyakinan berkaitan dengan kesehatan, penyakit, cacat tubuh, dan organisasi.

11. Psikologi Kesehatan.

Dapat didefinisikan penggerak kontribusi disiplin psikologis pendidikan, ilmiah dan professional yang spesifik untuk mempromosikan dan memelihara kesehatan, prevensi dan penanganan sakit, dan identifikasi hubungan etiologis dan diagnostik mengenai kesehatan dan sehat.

Selain itu, ada beberapa prinsip promosi kesehatan yang harus diperhatikan oleh kita sebagai bidan profesional. Interaksi bidan/petugas kesehatan dan klien merupakan hubungan khusus yang ditandai dengan adanya saling berbagi pengalaman, serta memberi

sokongan dan negosiasi saat memberikan pelayanan kesehatan. Pembelajaran yang efektif terjadi ketika klien dan bidan/petugas kesehatan sama-sama berpartisipasi dalam proses belajar mengajar yang terjadi. Agar hubungan pembelajaran memiliki kualitas positif, baik secara individual, kelompok maupun masyarakat, hendaknya diperhatikan hal-hal sebagai berikut.

1. Berfokus pada klien

Klien mempunyai nilai, keyakinan, kemampuan kognitif dan gaya belajar yang unik, yang dapat berpengaruh terhadap pembelajaran. Klien dianjurkan untuk mengekspresikan perasaan dan pengalamannya kepada perawat, sehingga perawat lebih mengerti tentang keunikan klien dan dalam memberikan pelayanan dapat memenuhi kebutuhan klien secara individual.

2. Bersifat menyeluruh dan utuh (holistik)

Dalam memberikan promosi kesehatan harus dipertimbangkan klien secara keseluruhan, tidak hanya berfokus pada muatan spesifik.

3. Negosiasi

Petugas kesehatan dan klien bersama-sama menentukan apa yang telah diketahui dan apa yang penting untuk diketahui. Jika sudah ditentukan, buat perencanaan yang dikembangkan berdasarkan masukan tersebut. Jangan memutuskan sebelah pihak.

4. Interaktif

Kegiatan dalam promosi kesehatan adalah suatu proses dinamis dan interaktif yang melibatkan partisipasi perawat/ petugas kesehatan dan klien. Keduanya saling belajar. Untuk itu, maka perlu diperhatikan dan dipelajari pula prinsip-prinsip dalam Proses Belajar Mengajar (PBM), yang mencakup: faktor-faktor pendukung (misalnya: motivasi, kesiapan, pelibatan aktif/Active Involvement, umpan balik/feedback, memulai dari hal yang sederhana sampai kompleks, adanya pengulangan materi/repetition, waktu/timing dan lingkungan/environment) penghambat belajar (seperti emosi, kejadian/keadaan fisik dan psikologis yang sedang terganggu atau budaya).

Hal lain yang perlu diperhatikan dari promosi kesehatan adalah adanya perubahan perilaku yang terjadi, yang terdiri dari tiga karakteristik sebagai berikut.

1. Perubahan intensional, yaitu perubahan yang terjadi berkat pengalaman/praktik yang dilakukan dengan sengaja dan disadari, bukan karena faktor kebetulan.

2. Perubahan positif dan aktif. Positif jika perubahannya baik, bermanfaat dan sesuai harapan atau merupakan sesuatu yang baru dan lebih baik dari sebelumnya. Aktif perubahan tersebut tidak terjadi dengan sendirinya, tetapi karena usaha individu itu sendiri.
3. Perubahan efektif dan fungsional. Efektif apabila perubahan tersebut berhasil guna dan membawa pengaruh, makna dan manfaat tertentu bagi individu. Fungsional apabila perubahan tersebut relatif menetap dan setiap saat siap apabila dibutuhkan, perubahan tersebut dapat diproduksi dan dimanfaatkan.

F. JENIS-JENIS METODE DALAM PROMOSI KESEHATAN

Pemikiran dasar promosi kesehatan pada hakikatnya ialah suatu kegiatan atau usaha menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok, atau individu. Suatu proses promosi kesehatan yang menuju tercapainya tujuan pendidikan kesehatan yakni perubahan perilaku dipengaruhi oleh banyak faktor, salah satunya yaitu metode. Metode harus berbeda antara sasaran massa, kelompok atau sasaran individual.

1. Metode Individual (Perorangan)

Dalam pendidikan kesehatan, metode yang bersifat individual ini digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seseorang yang telah mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Misalnya, seorang ibu yang baru saja menjadi akseptor atau seorang ibu hamil yang sedang tertarik terhadap imunisasi Tetanus Toxoid (TT) karena baru saja memperoleh/mendengarkan penyuluhan kesehatan. Pendekatan yang digunakan agar ibu tersebut menjadi akseptor lestari atau ibu hamil segera minta imunisasi, ia harus didekati secara perorangan. Perorangan disini tidak berarti harus hanya kepada ibu-ibu yang bersangkutan, tetapi mungkin juga kepada suami atau keluarga ibu tersebut. Dasar digunakannya pendekatan individual ini karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Agar petugas kesehatan mengetahui dengan tepat bagaimana cara membantunya maka perlu menggunakan bentuk pendekatan (metode) berikut ini.

a. Bimbingan dan penyuluhan (guidance and counseling)

Dengan cara ini kontak antara klien dan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat digali dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien akan dengan sukarela, berdasarkan kesadaran, dan penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut (mengubah perilaku).

b. Interview (wawancara)

Cara ini sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk mengetahui apakah klien memiliki kesadaran dan pengertian yang kuat tentang informasi yang diberikan (perubahan perilaku yang diharapkan), juga untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, ia tertarik atau belum menerima perubahan yang disampaikan. Jika belum berubah, maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

2. Metode Kelompok

Dalam memilih metode kelompok, harus mengingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran. Untuk kelompok yang besar, metodenya akan lain dengan kelompok kecil. Efektivitas suatu metode akan tergantung pada besarnya sasaran pendidikan.

a. Kelompok Besar

Yang dimaksud kelompok besar disini adalah apabila peserta penyuluhan itu lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar ini, antara lain ceramah dan seminar.

1) Ceramah

Metode ini baik untuk sasaran pendidikan tinggi maupun rendah. Merupakan metode dengan menyampaikan informasi dan pengetahuan secara lisan. Metode ini mudah dilaksanakan tetapi penerima informasi menjadi pasif dan kegiatan menjadi membosankan jika terlalu lama. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menggunakan metode ceramah yaitu:

a) Persiapan

Ceramah yang berhasil apabila penceramah itu sendiri menguasai materi apa yang akan diceramahkan. Untuk itu penceramah harus mempersiapkan diri. Mempelajari materi dengan sistematika yang baik. Lebih baik lagi kalau disusun dalam diagram atau skema. Mempersiapkan alat-alat bantu pengajaran, misalnya makalah singkat, slide, transparan, sound system, dan sebagainya.

b) Pelaksanaan

Kunci dari keberhasilan pelaksanaan ceramah adalah apabila penceramah dapat menguasai sasaran ceramah. Untuk dapat menguasai sasaran (dalam arti psikologis), penceramah dapat melakukan hal-hal sebagai berikut.

- (1) Sikap dan penampilan yang meyakinkan, tidak boleh bersikap ragu-ragu dan gelisah ataupun gugup.
- (2) Suara hendaknya cukup keras dan jelas intonasinya.
- (3) Pandangan harus tertuju ke seluruh peserta ceramah.

- (4) Berdiri di depan (di pertengahan), seyogianya tidak duduk.
- (5) Menggunakan alat-alat bantu lihat-dengar (AVA) semaksimal mungkin.

2) Seminar

Metode ini hanya cocok untuk pendidikan formal menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari seorang ahli atau beberapa orang ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan dianggap hangat di masyarakat.

b. Kelompok Kecil

Disebut sebagai kelompok kecil apabila peserta kegiatan itu kurang dari 15 orang. Metode-metode yang cocok untuk kelompok kecil antara lain:

1) Diskusi Kelompok

Metode yang dilaksanakan dalam bentuk diskusi antara pemberi dan penerima informasi, biasanya untuk mengatasi masalah. Metode ini mendorong penerima informasi berpikir kritis, mengekspresikan pendapatnya secara bebas, menyumbangkan pikirannya untuk memecahkan masalah bersama, mengambil satu alternatif jawaban atau beberapa alternatif jawaban untuk memecahkan masalah berdasarkan pertimbangan yang seksama.

Dalam diskusi kelompok agar semua anggota kelompok dapat bebas berpartisipasi dalam diskusi, maka formasi duduk para peserta diatur sedemikian rupa sehingga mereka dapat berhadap-hadapan atau saling memandang satu sama lain, misalnya dalam bentuk lingkaran atau segi empat. Pimpinan diskusi juga duduk di antara peserta sehingga tidak menimbulkan kesan yang lebih tinggi. Dengan kata lain mereka harus merasa dalam taraf yang sama sehingga tiap anggota kelompok mempunyai kebebasan/keterbukaan untuk mengeluarkan pendapat. Untuk memulai diskusi, pemimpin diskusi harus memberikan pancingan-pancingan yang dapat berupa pertanyaan-pertanyaan atau kasus sehubungan dengan topik yang dibahas. Agar terjadi diskusi yang hidup maka pemimpin kelompok harus mengarahkan dan mengatur sedemikian rupa sehingga semua orang dapat kesempatan berbicara, sehingga tidak menimbulkan dominasi dari salah seorang peserta. Kelemahan metode diskusi sebagai berikut.

- a) Tidak dapat dipakai dalam kelompok yang besar.
- b) Peserta diskusi mendapat informasi yang terbatas.
- c) Dapat dikuasai oleh orang-orang yang suka berbicara.
- d) Biasanya orang menghendaki pendekatan yang lebih formal (Djamarah, 2000).

2) Curah Pendapat (Brain Storming)

Metode ini merupakan modifikasi metode diskusi kelompok, yang diawali dengan pemberian kasus atau pemicu untuk menstimulasi tanggapan dari peserta. Prinsipnya sama dengan metode diskusi kelompok. Bedanya, pada permulaan pemimpin kelompok memancing dengan satu masalah dan kemudian tiap peserta memberikan jawaban atau tanggapan (curah pendapat). Tanggapan atau jawaban-jawaban tersebut ditampung dan ditulis dalam flipchart atau papan tulis. Sebelum semua peserta mencurahkan pendapatnya, tidak boleh dikomentari oleh siapa pun. Baru setelah semua anggota dikeluarkan pendapatnya, tiap anggota dapat mengomentari, dan akhirnya terjadi diskusi.

3) Bola Salju (Snow Balling)

Metode dimana kesepakatan akan didapat dari pemecahan menjadi kelompok yang lebih kecil, kemudian bergabung dengan kelompok yang lebih besar. Kelompok dibagi dalam pasangan-pasangan (1 pasang terdiri dari 2 orang) dan kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah. Setelah lebih kurang 5 menit maka tiap 2pasang bergabung menjadi satu. Mereka tetap mendiskusikan masalah tersebut, dan mencari kesimpulannya. Kemudian tiap 2 pasang yang sudah beranggotakan 4 orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya, demikian seterusnya sehingga akhirnya akan terjadi diskusi seluruh anggota kelompok.

4) Kelompok-kelompok Kecil (Buzz Group)

Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok-kelompok kecil (buzz group) yang kemudian diberi suatu permasalahan yang sama atau tidak sama dengan kelompok lain. Masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut. Selanjutnya hasil dari tiap kelompok didiskusikan kembali dan dicari kesimpulannya.

5) Role Play (Memainkan Peranan)

Dalam metode ini beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peran tertentu untuk memainkan peranan, misalnya sebagai dokter Puskesmas, sebagai perawat atau bidan, dan sebagainya, sedangkan anggota yang lain sebagai pasien atau anggota masyarakat. Mereka memperagakan, misalnya bagaimana interaksi atau berkomunikasi sehari-hari dalam melaksanakan tugas.

6) Permainan Simulasi (Simulation Game)

Metode ini merupakan gabungan antara role play dengan diskusi kelompok. Pesan-pesan kesehatan disajikan dalam beberapa bentuk permainan seperti permainan monopoli. Cara memainkannya persis seperti bermain monopoli, dengan menggunakan dadu, gaco (petunjuk arah), selain bebran atau papan main. Beberapa orang menjadi pemain, dan sebagian lagi berperan sebagai narasumber.

3. Metode Massa

Metode pendidikan kesehatan secara massa dipakai untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat yang sifatnya massa atau publik. Dengan demikian cara yang paling tepat adalah pendekatan massa. Oleh karena sasaran promosi ini bersifat umum, dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, dan sebagainya, maka pesan-pesan kesehatan yang akan disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh massa tersebut. Pendekatan ini biasanya digunakan untuk menggugah awareness (kesadaran) masyarakat terhadap suatu inovasi, dan belum begitu diharapkan untuk sampai pada perubahan perilaku. Namun demikian, bila kemudian dapat berpengaruh terhadap perubahan perilaku juga merupakan hal yang wajar. Pada umumnya bentuk pendekatan (metode) massa ini tidak langsung. Biasanya dengan menggunakan atau melalui media massa.

Beberapa contoh metode pendidikan kesehatan secara massa ini antara lain:

- a. Ceramah umum (public speaking)
Pada acara-acara tertentu, misalnya pada Hari Kesehatan Nasional, Menteri Kesehatan atau pejabat kesehatan lainnya berpidato dihadapan massa rakyat untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan. Safari KB juga merupakan salah satu bentuk pendekatan massa.
- b. Pidato-pidato/diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik, baik TV maupun radio, pada hakikatnya merupakan bentuk promosi kesehatan massa. Simulasi, dialog antara pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan adalah juga merupakan pendekatan pendidikan.
- c. Kesehatan massa. Tulisan-tulisan di majalah atau koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab atau konsultasi tentang kesehatan adalah merupakan bentuk pendekatan promosi kesehatan massa.
- d. Bill Board, yang dipasang di pinggir jalan, spanduk, poster, dan sebagainya juga merupakan bentuk promosi kesehatan massa. Contoh: billboard Ayo ke Posyandu.

Metode-metode yang disebutkan di atas hanyalah beberapa dari banyak metode lainnya. Metode-metode tersebut dapat digabung atau dimodifikasi oleh tim promosi kesehatan disesuaikan dengan penerima pesan dan sarananya. Selain itu, metode yang digunakan juga disesuaikan dengan tujuan dari promosi kesehatan yang dilaksanakan.

G. PERENCANAAN DALAM PROGRAM PROMOSI KESEHATAN

Salah satu bentuk program promosi kesehatan yang sering dilakukan oleh bidan adalah memberikan pendidikan/penyuluhan kesehatan terhadap klien. Namun sesuai dengan tahap proses asuhan kebidanan, maka sebelum tindakan tersebut dilakukan bidan harus terlebih dulu mengkaji masalah dan membuat perencanaannya yang terkait dengan tugas pendidikan/penyuluhan kesehatan yang akan dilakukan tersebut.

Hal – hal yang harus dipersiapkan adalah sebagai berikut.

1. Perencanaan

Pengertian perencanaan dalam program pendidikan kesehatan yaitu memperkirakan atau memproyeksikan apa yang akan dilakukan dalam melaksanakan pendidikan. Hakekat mengatur dan menetapkan unsur pelaksanaan pengajaran/pendidikan meliputi topik pelajaran, tujuan, bahan/isi, metode, dan alat serta evaluasi/penilaian. Salah satu bentuk perencanaan pengajaran yang paling sederhana adalah pembuatan Satuan Pelajaran (SATPEL) atau Satuan Acara Pengajaran/Penyuluhan (SAP). SAP adalah program belajar mengajar dalam satuan terkecil. Unsur yang terdapat di dalam perencanaan pengajaran/satpel secara garis besar harus memenuhi unsur berikut.

- a. Tujuan instruksional
- b. Bahan materi pengajaran
- c. Topik
- d. Metoda dan alat bantu mengajar
- e. Evaluasi/penilaian

2. Tahapan Membuat Perencanaan/Merancang SAP

Membuat perencanaan dalam program promosi kesehatan terdiri dari tahapan sebagai berikut.

a. Tentukan dan Identifikasi Sasaran/Klien

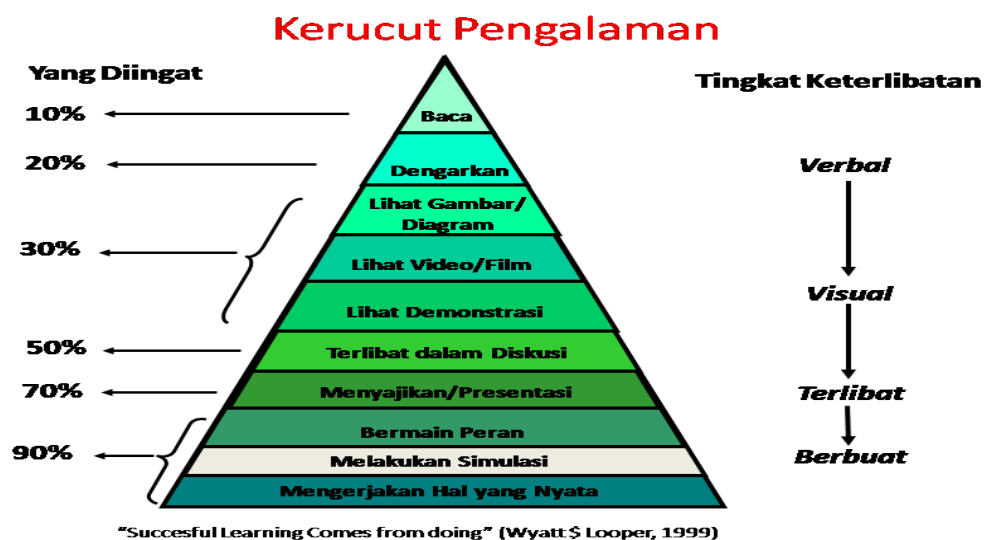
Pertama-tama Anda harus tahu terlebih dahulu siapa yang menjadi sasaran promosi kesehatan, pelajari sifat/karakteristiknya untuk memudahkan menyusun/merancang perencanaan. Jika diasumsikan bahwa sasaran sudah ada/ditetapkan/ditemukan, maka yang selanjutnya harus Anda lakukan adalah:

- 1) Menentukan segmentasi sasaran, yaitu memilih sasaran yang tepat dan dianggap sangat menentukan keberhasilan promosi kesehatan.
 - 2) Segmentasi sasaran memungkinkan pengelola program menghitung kelompok sasaran untuk menentukan ketersediaan, jumlah dan jangkauan produk di pasaran. Selain itu, pengelola program dapat menghitung jenis media dan menempatkan media yang mudah diakses sasaran.
 - 3) Kumpulkan data sasaran, yang menyangkut data perilaku, epidemiologi, demografi geografi dan data psikografi atau gaya hidup.
- b. Menyusun Jadwal Rencana Pelaksanaan
- Merupakan penjabaran dari rencana waktu dan tempat akan pelaksanaan promosi kesehatan yang biasanya disajikan dalam bentuk ganchart/tabel di akhir SAP, atau dituliskan diawal pembuatan SAP setelah judul.
- c. Menentukan prioritas pengajaran/topik/pokok bahasan
- Bidan bersama klien sebaiknya melakukan secara bersama-sama. Perhatikan motivasi klien untuk berkonsentrasi pada kebutuhan belajar yang telah diidentifikasi. Beberapa yang dapat dipergunakan sebagai kerangka pikir dalam menetapkan prioritas yaitu Hierarki kebutuhan menurut teori Maslow. Bila klien sebuah kelompok atau komunitas pertimbangkan faktor predisposisi, pemungkin, dan penguat. Khusus untuk keluarga, dapat dipergunakan skala prioritas yang dikembangkan oleh Bailon & Maglaya (1988). Kriteria prioritas pengajaran di komunitas, yaitu kesadaran komunitas terhadap masalah, motivasi memecahkan masalah, kemampuan perawat mempengaruhi pemecahan masalah, konsekuensi serta beratnya jika masalah tidak terpecahkan.

H. MEDIA DALAM PROMOSI KESEHATAN

Pada bagian ini Anda akan membahas tentang pengertian media promosi kesehatan sampai dengan prinsip-prinsip yang harus diperhatikan saat memilih media promosi kesehatan. Media memiliki multi makna, baik dilihat secara terbatas maupun secara luas. Munculnya berbagai macam definisi disebabkan adanya perbedaan dalam sudut pandang, maksud, dan tujuannya. AECT (Association for Education and Communication Technology) dalam Harsoyo (2002) memaknai media sebagai segala bentuk yang dimanfaatkan dalam proses penyaluran informasi. NEA (National Education Association) memaknai media sebagai segala benda yang dapat dimanipulasi, dilihat, didengar, dibaca, atau dibicarakan beserta instrumen yang digunakan untuk kegiatan tersebut.

Sekitar pertengahan abad 20 usaha pemanfaatan alat visual mulai dilengkapi dengan peralatan audio, maka lahirlah peralatan audio visual pembelajaran. Usaha-usaha untuk membuat pelajaran abstrak menjadi lebih konkrit terus dilakukan. Dalam usaha itu, Edgar Dale membuat klasifikasi 11 tingkatan pengalaman belajar dari yang paling konkrit sampai yang paling abstrak. Klasifikasi tersebut kemudian dikenal dengan nama “Kerucut Pengalaman” (The Cone of Experience) dari Edgar Dale. Ketika itu, para pendidik sangat terpicat dengan kerucut pengalaman itu, sehingga pendapat Dale tersebut banyak dianut dalam pemilihan jenis media yang paling sesuai untuk memberikan pengalaman belajar tertentu. Menurut Edgar Dale, dalam dunia pendidikan, penggunaan media/bahan/sarana belajar seringkali menggunakan prinsip Kerucut Pengalaman yang membutuhkan media belajar seperti buku teks, bahan belajar yang dibuat oleh pengajar dan “audio-visual”



Gambar 6.1

Kerucut Pengalaman (Sumber: Edgar, 1999)

Sumber lain menyatakan bahwa EFEKTIVITAS MEDIA terhadap pemahaman sasaran, yaitu secara verbal 1 kali, visual 3,5 kali, serta verbal dan visual 6 kali. Selain itu, perbedaan media juga menimbulkan perbedaan kemampuan DAYA INGAT SESEORANG.

Tabel 6.1

Daya Ingat Media

Media	Daya Ingat	
	Sesudah 3 jam	Sesudah 3 hari
Verbal	70%	10%
Visual	72%	20%
Verbal + visual	85%	65%

Promosi kesehatan, seperti penyuluhan kesehatan tidak dapat lepas dari media karena melalui media, pesan yang disampaikan dapat lebih menarik dan dipahami, sehingga sasaran dapat mempelajari pesan tersebut sampai memahaminya sehingga mampu memutuskan untuk mengadopsinya ke perilaku yang positif.

Media promosi kesehatan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator sehingga sasaran dapat meningkatkan pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakunya ke arah positif terhadap kesehatan. Penyuluhan adalah proses penyebaran informasi tentang ilmu pengetahuan, teknologi maupun seni. Sehingga media penyuluhan memiliki beberapa pengertian sebagai berikut.

1. Media penyuluhan adalah semua sarana dan alat yang digunakan dalam proses penyampaian pesan.
2. Media penyuluhan adalah wahana untuk menyalurkan pesan dari pengirim ke penerima yang dapat merangsang pikiran, perasaan dan perhatian/minat.
3. Media penyuluhan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator sehingga sasaran dapat meningkatkan pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakunya ke arah positif terhadap kesehatan.

I. PERAN MEDIA DAN JENIS MEDIA PROMOSI KESEHATAN

Bagaimana peranan media dalam promosi kesehatan? Berdasarkan definisi di atas kita paham bahwa media sangat penting peranannya dalam pelaksanaan penyuluhan kesehatan. Peran media antara lain:

1. Media dapat mempermudah penyampaian informasi.
2. Media dapat menghindari kesalahan persepsi.
3. Media dapat memperjelas informasi.
4. Media dapat mempermudah pengertian
5. Media dapat mengurangi komunikasi verbalistik.
6. Media dapat menampilkan objek yang tidak dapat ditangkap dengan mata.
7. Media dapat memperlancar komunikasi.

Berdasarkan peran-fungsinya sebagai penyaluran pesan/informasi kesehatan, media promosi kesehatan dibagi menjadi 3 yakni media cetak, media elektronik, dan media luar ruang.

1. Media Cetak

Media ini mengutamakan pesan-pesan visual, biasanya terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar atau foto dalam tata warna. Yang termasuk dalam media ini adalah booklet, leaflet, flyer (selebaran), flip chart (lembar balik), rubrik atau tulisan pada surat kabar atau majalah, poster, serta foto yang mengungkapkan informasi kesehatan. Ada beberapa kelebihan media cetak antara lain tahan lama, mencakup banyak orang, biaya rendah, dapat dibawa kemana-mana, tidak perlu listrik, mempermudah pemahaman dan dapat meningkatkan gairah belajar. Media cetak memiliki kelemahan yaitu tidak dapat menstimulir efek gerak dan efek suara dan mudah terlipat.

2. Media Elektronik

Media ini merupakan media yang bergerak dan dinamis, dapat dilihat dan didengar dan penyampaianya melalui alat bantu elektronika. Yang termasuk dalam media ini adalah televisi, radio, video film, cassette, CD, VCD, internet (computer dan modem), dan SMS (telepon seluler). Seperti halnya media cetak, media elektronik ini memiliki kelebihan antara lain lebih mudah dipahami, lebih menarik, sudah dikenal masyarakat, bertatap muka, mengikut sertakan seluruh panca indera, penyajiannya dapat dikendalikan dan diulang-ulang serta jangkauannya lebih besar. Kelemahan dari media ini adalah biayanya lebih tinggi, sedikit rumit, perlu listrik dan alat canggih untuk produksinya, perlu persiapan matang, peralatan selalu berkembang dan berubah, perlu keterampilan penyimpanan dan keterampilan untuk mengoperasikannya.

3. Media Luar Ruang

Media menyampaikan pesannya di luar ruang, bisa melalui media cetak maupun elektronik misalnya papan reklame, spanduk, pameran, banner dan televisi layar lebar, umbul-umbul, yang berisi pesan, slogan atau logo. Kelebihan dari media ini adalah lebih mudah dipahami, lebih menarik, sebagai informasi umum dan hiburan, bertatap muka, mengikut sertakan seluruh panca indera, penyajian dapat dikendalikan dan jangkauannya relatif besar. Kelemahan dari media ini adalah biaya lebih tinggi, sedikit rumit, perlu alat canggih untuk produksinya, persiapan matang, peralatan selalu berkembang dan berubah, memerlukan keterampilan penyimpanan dan keterampilan untuk mengoperasikannya.

4. Media Lain

Beberapa media lain diantaranya adalah:

- a. Iklan di bus.
- b. Mengadakan event, merupakan suatu bentuk kegiatan yang diadakan di pusat perbelanjaan atau hiburan yang menarik perhatian pengunjung.

- 1) Road Show, suatu kegiatan yang diadakan di beberapa tempat/kota.
- 2) Sampling, contoh produk yang diberikan kepada sasaran secara gratis.
- 3) Pameran, suatu kegiatan untuk menunjukkan informasi program dan pesan-pesan promosi.

Pesan yang disampaikan pada penggunaan media akan efektif, jika memperhatikan hal-hal berikut.

1. Command attention, kembangkan satu ide atau pesan yang menarik perhatian dan mudah diingat.
2. Clarify the message, buat pesan mudah, sederhana, dan jelas.
3. Create trust, pesan harus dapat dipercaya.
4. Communicate a benefit, komunikasikan keuntungan melakukan tindakan.
5. Consistency, pesan harus konsisten yang artinya sampaikan satu pesan utama di media apa saja secara berulang kali baik TV, radio, poster, dan stiker.
6. Cater to the heart and head, pesan harus bisa menyentuh akal dan rasa. Menyentuh nilai-nilai emosi dan kebutuhan nyata.
7. Call to action, pesan harus mendorong sasaran untuk bertindak.

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

- 1) Sebutkan pengertian dari promosi kesehatan!
- 2) Jelaskan tujuan dari promosi kesehatan dilakukan pada masyarakat!
- 3) Sebagai seorang calon bidan profesional yang akan melaksanakan tugas promosi kesehatan, sebutkan (minimal 5) sub bidang keilmuan yang harus dikuasai!
- 4) Apa sajakah yang termasuk dalam prinsip promosi kesehatan dalam kebidanan yang harus diperhatikan agar membuat hubungan pembelajaran yang terjadi antara bidan dan klien/sasarannya memiliki kualitas positif?

Ringkasan

Promosi kesehatan merupakan proses perubahan perilaku/proses belajar secara terencana pada diri individu, kelompok atau masyarakat dalam meningkatkan kemampuan (pengetahuan-sikap dan ketrampilan) untuk mencapai derajat hidup sehat yang optimal.

Tujuan Promosi Kesehatan secara umum adalah merubah perilaku di bidang kesehatan dan secara khusus membuat klien/masyarakat menyadari nilai kesehatan, mandiri mencapai hidup sehat dan memanfaatkan pelayanan kesehatan secara tepat guna. Secara operasional ditujukan untuk membuat masyarakat dapat mengerti, bertanggung jawab, melakukan langkah-langkah positif untuk kesehatannya sendiri, sesuai tujuan intervensi perilaku dalam promosi kesehatan.

Beberapa jenis metode yang dapat dilakukan promosi kesehatan yaitu dibagi tiga kategori yaitu 1) metode perorangan (bimbingan/penyuluhan dan wawancara), 2) metode kelompok (bimbingan (kelompok besar, kelompok kecil, brains stroming/curah pendapat, bola salju, kelompok-kelompok kecil, role play, dan simulasi game) dan 3) metode massa (ceramah, pidato, kesehatan massal, dan bill board).

Tes 1

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- 1) Pengertian promosi kesehatan menurut WHO adalah...
 - A. seseorang atau kelompok harus mampu mengidentifikasi dan mewujudkan aspirasi, mampu memenuhi kebutuhan, mampu mengubah atau beradaptasi dengan lingkungan
 - B. pemberian pelayanan dan pendidikan kesehatan yang berfokus pada faktor resiko terjadinya penyakit (host, agent, environment)
 - C. proses pemberdayaan rakyat (individu dan masyarakat) yang memungkinkan mereka mampu mengendalikan determinan-determinan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan
 - D. merupakan investasi utama yang memberikan dampak pada determinan kesehatan dan manfaat pada masyarakat
- 2) Secara umum, tujuan Promosi kesehatan adalah...
 - A. merubah pola hidup seseorang
 - B. meningkatkan derajat kesehatan masyarakat
 - C. memotivasi masyarakat untuk datang ke pelayanan kesehatan
 - D. mengubah perilaku individu/masyarakat di bidang kesehatan
- 3) Yang merupakan lingkup Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar promosi kesehatan adalah...
 - A. health Promotion
 - B. spesifik protection

- C. health Prevention
 - D. early Diagnosis and Prompt Treatment
- 4) Petugas kesehatan dan klien bersama-sama menentukan apa yang telah diketahui dan apa yang penting untuk diketahui. Jika sudah ditentukan, buat perencanaan yang dikembangkan berdasarkan masukan tersebut. Jangan memutuskan sebelah pihak. Pernyataan tersebut merupakan prinsip promosi kesehatan...
- A. Berfokus pada Klien
 - B. Holistik
 - C. Negosiasi
 - D. Interkatif
- 5) Di bawah ini adalah contoh metode promosi kesehatan yang bersifat interaksi hanya satu arah antara penyampai dan penerima, kecuali...
- A. Konseling
 - B. Artikel
 - C. Billboard
 - D. Pidato

Topik 2

Perencanaan dalam Program Promosi Kesehatan

Selamat berjumpa di pembelajaran topik kedua di bab terakhir ini dengan judul perencanaan dalam program promosi kesehatan. Setelah selesai mempelajari materi pembelajaran yang diuraikan pada topik ini, Anda diharapkan dapat:

1. Menjelaskan pengertian perencanaan dalam pendidikan kesehatan.
2. Menguraikan tahapan membuat SAP (Satuan Acara Penyuluhan/Pendidikan Kesehatan) sebagai perencanaan program promosi kesehatan.
3. Membuat sebuah SAP untuk salah satu sasaran klien dalam asuhan kebidanan baik individu, kelompok, maupun komunitas dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan.

Saya yakin Anda akan berhasil menyelesaikan tahapan topik ini, selama ada kesungguhan dan kemauan untuk mempelajarinya.

Salah satu bentuk program promosi kesehatan yang sering dilakukan oleh bidan adalah memberikan pendidikan/penyuluhan kesehatan terhadap klien. Namun sesuai dengan tahap proses kebidanan, maka sebelum tindakan tersebut dilakukan bidan harus terlebih dahulu mengkaji masalah dan membuat perencanaannya yang terkait dengan tugas pendidikan/penyuluhan kesehatan yang akan dilakukan tersebut.

A. PENGERTIAN PERENCANAAN DALAM PROGRAM PROMOSI KESEHATAN

Agar kegiatan penyuluhan kesehatan masyarakat mencapai hasil yang optimal di perlukan perencanaan yang terarah dan terencana. Yang dimaksud dengan perencanaan dalam program promosi kesehatan adalah memperkirakan atau memproyeksikan apa yang akan dilakukan dalam melaksanakan pendidikan atau promosi kesehatan. Hakikatnya adalah mengatur dan menetapkan unsur pelaksanaan pengajaran/pendidikan yang meliputi: topik pelajaran, tujuan, bahan/isi, metode, dan alat serta evaluasi/penilaian.

Salah satu bentuk perencanaan pengajaran yang paling sederhana adalah pembuatan Satuan Pelajaran (SATPEL) atau Satuan Acara Penyuluhan (SAP). SAP adalah program belajar mengajar dalam satuan terkecil. SAP harus dibuat sebelum penyuluhan dilaksanakan dan harus ada agar tujuannya dapat diketahui dengan jelas pula. Unsur yang terdapat di dalam perencanaan pengajaran/satpel secara garis besar harus memenuhi unsur berikut ini.

1. Tujuan instruksional

Tujuan yang berbentuk tingkah laku atau kemampuan yang diharapkan dapat dimiliki oleh target audience setelah proses penyuluhan berlangsung. Tujuan instruksional terdiri dari dua jenis yaitu tujuan umum dan tujuan khusus.

- a. Tujuan Umum: Menggambarkan bentuk kemampuan umum yang diharapkan tetapi belum terukur
- b. Tujuan Khusus: Menggambarakan kemampuang yang spesifik dan terukur. Tujuan khusus merupakan jabaran dari tujuan umum

2. Bahan materi pengajaran

Bahan materi secara umum. Contoh pentingnya kalsium untuk ibu hamil.

3. Topik

Isi topik adalah penjabaran lebih spesifik dari bahan materi yang umum. Contoh: Fungsi kalsium, Akibat kekurangan kalsium, Bahan makanan sumber kalsium.

4. Metode dan alat bantu mengajar

Metode yang digunakan adalah sesuai dengan kondisi audiensinya. Contoh: Menggunakan metode eramah atau diskusi. Alat bantu yang digunakan biasanya TOA (pengeras suara, Papan Tulis dan spidol, dan sebagainya).

5. Evaluasi/penilaian

Dilakukan pada akhir kegiatan penyuluhan: seperti posttest, dengan cara lisan maupun tulisan. Tujuan evaluasi ini adalah untuk mengetahui sejauh mana pemahaman audiensi tentang materi penyuluhan yang disampaikan misalnya terjadi peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku. Selain itu evaluasi juga dapat menilai hasil kegiatan apakah sudah sesuai dengan langkah – langkah yang dijadwalkan.

Kemampuan bidan dalam menentukan prioritas masalah promosi kesehatan, akan menjadi bahan pemikiran membuat topik/pokok bahasan yang akan diberikan pada sasaran sesuai kebutuhan belajarnya. Maka untuk membiasakan bidan bekerja secara profesional dan sesuai kompetensinya melakukan asuhan kebidanan berdasarkan proses asuhan kebidanan, cantumkanlah diagnosa masalah yang menjadi masalah/dasar alasan/pemikiran Anda mengapa klien/sasaran tersebut diberikan pengajaran promosi kesehatan tersebut. Kaitkanlah dengan hasil pengkajian yang Anda dapat (sesuai karakteristik/kebutuhan belajar sasaran agar rasional dan dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Dengan demikian Anda akan dapat membuat diagnosa masalah terkait promosi kesehatan yang akan dilakukan.

B. UNSUR PERENCANAAN PENGAJARAN

Pelaksanaan promosi kesehatan dapat berjalan dengan baik dan efektif apabila memenuhi unsur dan langkah berikut ini.

1. Menetapkan Tujuan Pembelajaran

Menentukan tujuan promosi adalah suatu pernyataan tentang suatu keadaan di masa datang yang akan dicapai melalui pelaksanaan promosi. Misalnya 90% rumah tangga mengkonsumsi garam beryodium pada tahun 2010. Tujuan harus SMART, yaitu spesifik (langsung ditujukan untuk perubahan yang diharapkan pada sasaran), measurable (dapat diukur), achievable/accurate (dapat dicapai/akurat), realistik (d disesuaikan dengan keadaan) dan timebound (memiliki batasan waktu).

Tujuan berfungsi untuk menentukan arah kegiatan pengajaran. Adapun pembagian tujuan pembelajaran adalah sebagai berikut.

a. Tujuan utama promosi kesehatan

Pada dasarnya tujuan utama promosi kesehatan adalah untuk mencapai 3 hal berikut ini.

- 1) Peningkatan pengetahuan atau sikap masyarakat.
- 2) Peningkatan perilaku masyarakat.
- 3) Peningkatan status kesehatan masyarakat.

b. Penentuan tujuan promosi kesehatan/ penyuluhan

Tujuan jangka panjang promosi kesehatan adalah meningkatkan status kesehatan dengan terciptanya kondisi masyarakat yang berperilaku hidup sehat atau mampu melaksanakan cara hidup sehat sebagai tujuan jangka menengah. Sedangkan tujuan jangka pendek adalah terjadinya peningkatan pengetahuan, sikap, norma atau nilai – nilai kesehatan dan sebagainya. Sehingga dalam menentukan tujuan penyuluhan diperhitungkan apa yang ingin dicapai oleh kegiatan penyuluhan tersebut, apakah jangka panjang, menengah atau pendek.

c. Tujuan Instruksional

Dalam membuat tujuan instruksional, perhatikan ranah taksonomi menurut Bloom di bawah ini.

1) Tujuan Kognitif (Pengetahuan)

Ranah ini meliputi kemampuan menyatakan kembali konsep atau prinsip yang telah dipelajari, yang berkenaan dengan kemampuan berpikir, kompetensi

memperoleh pengetahuan, pengenalan, pemahaman, konseptualisasi, penentuan dan penalaran.

a) Pengetahuan/ingatan

Pada jenjang ini menekankan pada kemampuan dalam mengingat kembali materi yang telah dipelajari, seperti pengetahuan tentang istilah, fakta khusus, konvensi, kecenderungan dan urutan, klasifikasi dan kategori, kriteria serta metodologi. Tingkatan atau jenjang ini merupakan tingkatan terendah namun menjadi prasyarat bagi tingkatan selanjutnya. Di jenjang ini, peserta menjawab pertanyaan berdasarkan dengan hafalan saja. Kata kerja operasional yang dapat dipakai dalam jenjang ini adalah: mengutip, menyebutkan, menjelaskan, menggambarkan, membilang, mengidentifikasi, mendaftar, menunjukkan, memberi label, memberi indeks, memasang, menamai, menandai, membaca, menyadari, menghafal, meniru, mencatat, mengulang, mereproduksi, meninjau, memilih, menyatakan, mempelajari, mentabulasi, memberi kode, menelusuri, dan menulis.

b) Pemahaman

Pada jenjang ini pemahaman diartikan sebagai kemampuan dalam memahami materi tertentu yang dipelajari. Kemampuan-kemampuan tersebut yaitu: 1). Translasi (kemampuan mengubah simbol dari satu bentuk ke bentuk lain) 2). Interpretasi (kemampuan menjelaskan materi) 3). Ekstrapolasi (kemampuan memperluas arti). Di jenjang ini, peserta menjawab pertanyaan dengan kata-katanya sendiri dan dengan memberikan contoh baik prinsip maupun konsep. Kata kerja operasional yang dapat dipakai dalam jenjang ini adalah: memperkirakan, menjelaskan, mengkategorikan, mencirikan, merinci, mengasosiasikan, membandingkan, menghitung, mengkontraskan, mengubah, mempertahankan, menguraikan, menjalin, membedakan, mendiskusikan, menggali, mencontohkan, menerangkan, mengemukakan, mempolakan, memperluas, menyimpulkan, meramalkan, merangkum, dan menjabarkan.

c) Penerapan/aplikasi

Tujuan dari aspek ini adalah untuk menerapkan materi yang telah dipelajari dengan menggunakan aturan serta prinsip dari materi tersebut dalam kondisi yang baru atau dalam kondisi nyata. Pada jenjang ini, aplikasi diartikan sebagai kemampuan menerapkan informasi pada situasi nyata, dimana peserta mampu menerapkan pemahamannya dengan cara menggunakannya secara nyata. Di jenjang ini, peserta dituntut untuk dapat menerapkan konsep dan prinsip yang

ia miliki pada situasi baru yang belum pernah diberikan sebelumnya. Kata kerja operasional yang dapat dipakai dalam jenjang ini adalah: menugaskan, mengurutkan, menentukan, menerapkan, menyesuaikan, mengkalkulasi, memodifikasi, mengklasifikasi, menghitung, membangun, membiasakan, mencegah, menggunakan, menilai, melatih, menggali, mengemukakan, mengadaptasi, menyelidiki, mengoperasikan, mempersoalkan, mengkonsepkan, melaksanakan, meramalkan, memproduksi, memproses, mengaitkan, menyusun, mensimulasikan, memecahkan, melakukan, dan mentabulasi.

d) Analisa

Pada jenjang ini, dapat dikatakan bahwa analisis adalah kemampuan menguraikan suatu materi menjadi komponen-komponen yang lebih jelas. Kemampuan ini dapat berupa: 1). Analisis elemen/unsur (analisis bagian-bagian materi); 2). Analisis hubungan (identifikasi hubungan); 3). Analisis pengorganisasian prinsip-prinsip organisasi (identifikasi organisasi). Di jenjang ini, peserta diminta untuk menguraikan informasi ke dalam beberapa bagian menemukan asumsi, dan membedakan pendapat dan fakta serta menemukan hubungan sebab akibat. Kata kerja operasional yang dapat dipakai dalam jenjang ini adalah: menganalisis, mengaudit, memecahkan, menegaskan, mendeteksi, mendiagnosis, menyeleksi, memerinci, menominasikan, mendiagramkan, mengkorelasikan, merasionalkan, menguji, mencerahkan, menjelajah, membagikan, menyimpulkan, menemukan, menelaah, memaksimalkan, memerintahkan, mengedit, mengaitkan, memilih, mengukur, melatih, dan mentransfer.

e) Sintesis

Pada jenjang ini, sintesis dimaknai sebagai kemampuan memproduksi dan mengkombinasikan elemen-elemen untuk membentuk sebuah struktur yang unik. Kemampuan ini dapat berupa memproduksi komunikasi yang unik, rencana atau kegiatan yang utuh, dan seperangkat hubungan abstrak. Di jenjang ini, peserta dituntut menghasilkan hipotesis atau teorinya sendiri dengan memadukan berbagai ilmu dan pengetahuan. Kata kerja operasional yang dapat dipakai dalam jenjang ini adalah: mengabstraksi, mengatur, menganimasi, mengumpulkan, mengkategorikan, mengkode, mengkombinasikan, menyusun, mengarang, membangun, menanggulangi, menghubungkan, menciptakan, mengkreasikan, mengoreksi, merancang,

merencanakan, mendikte, meningkatkan, memperjelas, memfasilitasi, membentuk, merumuskan, menggeneralisasi, menggabungkan, memadukan, membatasi, mereparasi, menampilkan, menyiapkan, memproduksi, merangkum, dan merekonstruksi.

f) Evaluasi

Pada jenjang ini, evaluasi diartikan sebagai kemampuan menilai manfaat suatu hal untuk tujuan tertentu berdasarkan kriteria yang jelas. Kegiatan ini berkenaan dengan nilai suatu ide, kreasi, cara atau metode. Pada jenjang ini seseorang dipandu untuk mendapatkan pengetahuan baru, pemahaman yang lebih baik, penerapan baru serta cara baru yang unik dalam analisis dan sintesis. Menurut Bloom paling tidak ada 2 jenis evaluasi yaitu: 1). Evaluasi berdasarkan bukti internal, dan 2). Evaluasi berdasarkan bukti eksternal. Di jenjang ini, peserta didik mengevaluasi informasi termasuk di dalamnya melakukan pembuatan keputusan dan kebijakan. Kata kerja operasional yang dapat dipakai dalam jenjang ini adalah: membandingkan, menyimpulkan, menilai, mengarahkan, mengkritik, menimbang, memutuskan, memisahkan, memprediksi, memperjelas, menugaskan, menafsirkan, mempertahankan, memerinci, mengukur, merangkum, membuktikan, memvalidasi, mengetes, mendukung, memilih, dan memproyeksikan.

2) Tujuan Afektif (Sikap)

Ranah afektif adalah ranah yang berhubungan dengan sikap, nilai, perasaan, emosi serta derajat penerimaan atau penolakan suatu obyek dalam kegiatan belajar mengajar.

a) Penerimaan

Kategori ini merupakan tingkat afektif yang terendah yang meliputi penerimaan masalah, situasi, gejala, nilai dan keyakinan secara pasif. Penerimaan adalah semacam kepekaan dalam menerima rangsangan atau stimulasi dari luar yang datang pada diri peserta didik. Hal ini dapat dicontohkan dengan sikap peserta didik ketika mendengarkan penjelasan pendidik dengan seksama dimana mereka bersedia menerima nilai-nilai yang diajarkan kepada mereka dan mereka memiliki kemauan untuk menggabungkan diri atau mengidentifikasi diri dengan nilai itu. Kata kerja operasional yang dapat dipakai dalam kategori ini adalah: memilih, mempertanyakan, mengikuti, memberi, menganut, mematuhi, dan meminati.

b) Pemberian respon

Kategori ini berkenaan dengan jawaban dan kesenangan menanggapi atau merealisasikan sesuatu yang sesuai dengan nilai-nilai yang dianut masyarakat. Atau dapat pula dikatakan bahwa menanggapi adalah suatu sikap yang menunjukkan adanya partisipasi aktif untuk mengikutsertakan dirinya dalam fenomena tertentu dan membuat reaksi terhadapnya dengan salah satu cara. Hal ini dapat dicontohkan dengan menyerahkan laporan tugas tepat pada waktunya. Kata kerja operasional yang dapat dipakai dalam kategori ini adalah: menjawab, membantu, mengajukan, mengompromi, menyenangkan, menyambut, mendukung, menyetujui, menampilkan, melaporkan, memilih, mengatakan, memilah, dan menolak.

c) Penilaian

Kategori ini berkenaan dengan memberikan nilai, penghargaan dan kepercayaan terhadap suatu gejala atau stimulus tertentu. Peserta didik tidak hanya mau menerima nilai yang diajarkan akan tetapi berkemampuan pula untuk menilai fenomena itu baik atau buruk. Hal ini dapat dicontohkan dengan bersikap jujur dalam kegiatan belajar mengajar serta bertanggungjawab terhadap segala hal selama proses pembelajaran. Kata kerja operasional yang dapat dipakai dalam kategori ini adalah: mengasumsikan, meyakini, melengkapi, meyakinkan, memperjelas, memprakarsai, mengundang, menggabungkan, mengusulkan, menekankan, dan menyumbang.

d) Pengorganisasian

Kategori ini meliputi konseptualisasi nilai-nilai menjadi sistem nilai, serta pemantapan dan prioritas nilai yang telah dimiliki. Hal ini dapat dicontohkan dengan kemampuan menimbang akibat positif dan negatif dari suatu kemajuan sains terhadap kehidupan manusia. Kata kerja operasional yang dapat dipakai dalam kategori ini adalah: menganut, mengubah, menata, mengklasifikasikan, menggabungkan, mempertahankan, membangun, membentuk pendapat, memadukan, mengelola, menegosiasikan, dan merembuk.

e) Karakterisasi

Kategori ini berkenaan dengan keterpaduan semua sistem nilai yang telah dimiliki seseorang yang mempengaruhi pola kepribadian dan tingkah lakunya. Proses internalisasi nilai menempati urutan tertinggi dalam hierarki nilai. Hal ini dicontohkan dengan bersedianya mengubah pendapat jika ada bukti yang tidak

mendukung pendapatnya. Kata kerja operasional yang dapat dipakai dalam kategori ini adalah: mengubah perilaku, berakhlak mulia, mempengaruhi, mendengarkan, mengkualifikasi, melayani, menunjukkan, membuktikan dan memecahkan.

3) Tujuan Psikomotor (Keterampilan)

Ranah ini meliputi kompetensi melakukan pekerjaan dengan melibatkan anggota badan serta kompetensi yang berkaitan dengan gerak fisik (motorik) yang terdiri dari gerakan refleks, keterampilan gerakan dasar, kemampuan perseptual, ketepatan, keterampilan kompleks, serta ekspresif dan interperatif. Kategori yang termasuk dalam ranah ini adalah:

a) Meniru

Kategori meniru ini merupakan kemampuan untuk melakukan sesuatu dengan contoh yang diamatinya walaupun belum dimengerti makna ataupun hakikatnya dari keterampilan itu. Kata kerja operasional yang dapat dipakai dalam kategori ini adalah: mengaktifkan, menyesuaikan, menggabungkan, melamar, mengatur, mengumpulkan, menimbang, memperkecil, membangun, mengubah, membersihkan, memposisikan, dan mengonstruksi.

b) Memanipulasi

Kategori ini merupakan kemampuan dalam melakukan suatu tindakan serta memilih apa yang diperlukan dari apa yang diajarkan. Kata kerja operasional yang dapat dipakai dalam kategori ini adalah: mengoreksi, mendemonstrasikan, merancang, memilah, melatih, memperbaiki, mengidentifikasi, mengisi, menempatkan, membuat, memanipulasi, mereparasi, dan mencampur.

c) Pengalamiahan

Kategori ini merupakan suatu penampilan tindakan dimana hal yang diajarkan dan dijadikan sebagai contoh telah menjadi suatu kebiasaan dan gerakan-gerakan yang ditampilkan lebih meyakinkan. Kata kerja operasional yang dapat dipakai dalam kategori ini adalah: mengalihkan, menggantikan, memutar, mengirim, memindahkan, mendorong, menarik, memproduksi, mencampur, mengoperasikan, mengemas, dan membungkus.

d) Artikulasi

Kategori ini merupakan suatu tahap dimana seseorang dapat melakukan suatu keterampilan yang lebih kompleks terutama yang berhubungan dengan gerakan interpretatif. Kata kerja operasional yang dapat dipakai dalam kategori ini adalah: mengalihkan, mempertajam, membentuk, memadankan, menggunakan, memulai, menyetir, menjeniskan, menempel, mensketsa, melonggarkan, dan menimbang.

Materi tentang ranah taksonomi Bloom tersebut bisa Anda perdalam dari literatur ilmu pendidikan/proses belajar mengajar.

Pada rancangan SAP, ada dua (2) jenis tujuan instruksional yang harus Anda buat dalam rancangan SAP yaitu tujuan instruksional umum dan tujuan instruksional khusus.

a. *Tujuan Instruksional Umum (TIU)/tujuan pembelajaran umum*

Tujuan instruksional umum adalah tujuan pengajaran yang tingkat pencapaiannya memerlukan beberapa kali proses. TIU akan dapat dicapai bila tujuan instruksional khusus (TIK) sudah dikuasai. Penggunaan kata kerja perilaku yang diharapkan, ditulis menggunakan kata kerja abstrak. Contoh kata kerja abstrak: mengetahui, memahami, menghargai, menguasai, dll.

b. *Tujuan Instruksional Khusus (TIK)*

Tujuan instruksional khusus adalah tujuan pengajaran yang dibuat untuk keperluan satu (1) kali proses belajar mengajar, yang diharapkan langsung bisa dicapai sasaran dalam satu (1) kali pertemuan. Hal yang perlu diperhatikan dalam penentuan TIK adalah:

1) Luas dan dalamnya bahan

Bahan materi untuk keluasan dan kedalaman bahan materi yang akan dipilih disesuaikan dengan tujuan yang akan dicapai. Misalnya, jika ingin meningkatkan pengetahuan tentang KB maka materi yang disampaikan adalah pengetahuan praktis yang perlu diketahui, sasaran dan manfaat ikut ber-KB.

2) Waktu yang tersedia

Kebutuhan waktu penyuluhan ditentukan dengan seberapa banyak materi yang akan disampaikan dan metode penyuluhan sesuai tujuan penyuluhan yang akan dicapainya. Misalnya, tujuan yang akan dicapai adalah meningkatkan pengetahuan metodenya ceramah maka dibutuhkan waktu yang cukup panjang, karena akan dilanjutkan dengan diskusi.

3) Sarana belajar dan alat bantu

Alat bantu atau alat peraga bertujuan menunjang agar pesan yang akan disampaikan mudah dan cepat diterima oleh sasaran. Misalnya metode caramah dapat menggunakan alat bantu leaflet, booklet dan sebagainya. Untuk demonstrasi alat bantu yang digunakan bahan peralatan, misalnya penyuluhan perawatan payudara yang benar, alat bantunya phantom payudara.

4) Tingkat kesulitan bahan dan tingkat pemahaman klien

Bahan materi yang disampaikan dalam penyuluhan disesuaikan dengan latar belakang pendidikan dari sasaran atau klien. Penggunaan bahasa yang dapat dipahami dan lebih disederhanakan dengan makna yang sama agar mudah dipahami. Misalnya hindari penggunaan kata yang tidak umum, bahasa medis.

Penggunaan kata kerja perilaku yang diharapkan, ditulis menggunakan kata kerja konkret. Contoh kata kerja konkret: menyebutkan, menjelaskan, memilih, menguraikan, membedakan, menentukan, menghitung, membandingkan, menyusun. Syarat TIK meliputi hal di bawah ini.

1) Berpusat pada perubahan tingkah laku klien

Tujuan dari penyuluhan adalah terjadinya perubahan tingkah laku pada klien, sehingga diharapkan setelah kegiatan peserta dapat memahami dan menjalankan materi yang disampaikan. Misalnya, tentang topik kontrasepsi diharapkan peserta menambah wawasan dan mau melaksanakannya.

2) Tingkah laku yang diharapkan memiliki ciri-ciri operasional, spesifik, dan dapat diukur.

Misalnya, peserta mampu menjelaskan kembali jenis-jenis dari alat kontrasepsi dan penggunaannya.

3) Berisi makna pokok bahasan.

Misalnya pada materi kontrasepsi dijabarkan lebih rinci, seperti macam – macam kontrasepsi, penggunaannya, kontraindikasi, manfaat dan efek sampingnya.

Terkait komponen rumusan TIK, dapat dilakukan dengan menggunakan dua format yaitu format Merger dan ABCD format.

1) Format Merger

Merger merekomendasikan syarat– syarat untuk menentukan tujuan perilaku yang ingin dicapai dalam kegiatan pembelajaran.

- a) Mengidentifikasi tingkah laku terakhir yang ingin dicapai oleh peserta.
- b) Menentukan dalam kondisi bagaimana tingkah laku tersebut dapat dicapai.
- c) Membuat kriteria spesifik bagaimana tingkah laku tersebut dapat diterima.

Marger mendeskripsikan audiense hanya sebagai peserta atau audience, dengan menggunakan sebuah format "kamu akan bisa untuk". Para desain pembelajaran yang menggunakan format Marger ini biasanya menggunakan "SWABAT" yang berarti "the student will be able to".

2) Format ABCD

Pada prinsipnya format ini sama dengan yang dikemukakan oleh Marger, namun pada bagian ini menambahkan dengan mengidentifikasi audiense, atau subjek pembelajar. Unsur- unsur tersebut dikenal dengan ABCD yang berasal dari empat kata sebagai berikut (Suparman, 2012).

a) A = Audience

Audience merupakan peserta yang akan belajar. Peserta harus dijelaskan secara spesifik. Misalnya peserta ibu hamil.

b) B = Behaviour

Merupakan perilaku atau kemampuan yang diharapkan, dikuasai peserta setelah mengikuti pembelajaran/penyuluhan. Komponen ini terdiri atas kata kerja yang menunjukkan kemampuan yang harus ditampilkan peserta dan materi yang dipelajari peserta. Kemampuan tersebut dinyatakan dalam bentuk kata kerja operasional seperti menjelaskan, memberi contoh, menyusun, membuat, merakit, menunjukkan, mengenal dan sebagainya. Contohnya: menjelaskan tanda – tanda bahaya pada ibu hamil.

c) C = Condition

Yaitu batasan yang dikenakan kepada peserta atau alat yang digunakan peserta saat ia di tes. Komponen C dalam setiap TIK merupakan unsur penting dalam menyusun instrumen tes. Komponen C dalam TIK merupakan dasar penyusunan masalah. Butir soal tes harus relevan dengan TIK. Contoh: dengan diskusi, melalui demonstrasi.

d) D = Degree

Degree merupakan tingkat keberhasilan peserta dalam mencapai perilaku tersebut. Tingkat keberhasilan ditunjukkan dengan batas minimal dari penampilan suatu

perilaku yang dianggap dapat diterima. Misalkan, minimal 90% benar, paling sedikit 4 benar, dan sebagainya.

Dalam merumuskan TIK, komponen ABCD dalam penerapannya terkadang tidak disusun secara berurutan namun dapat dibalik-balikkan.

Contoh:

Peserta dapat menjelaskan minimal empat ciri-ciri tanda – tanda bahaya ibu hamil

- A: Peserta
- B: Menjelaskan
- C: Melalui gambar
- D: Minimal empat

2. Menentukan Substansi/Isi Materi Promosi Kesehatan

Isi promosi kesehatan harus dibuat sesederhana mungkin sehingga mudah dipahami oleh sasaran. Bila perlu buat menggunakan gambar dan bahasa setempat sehingga sasaran mau melaksanakan isi pesan tersebut.

3. Memilih Metode Belajar

Pemilihan metode/strategi belajar harus disesuaikan dengan tujuan perubahan yang diharapkan, dengan ketentuan berikut ini.

- a. Untuk perubahan tingkat pengetahuan, metode yang dapat dipilih adalah penyuluhan langsung, pemasangan poster, spanduk, penyebaran leaflet, dll.
- b. Untuk merubah sikap, metode yang dipilih adalah dengan cara memberikan contoh konkrit yang dapat menggugah emosi, perasaan dan sikap sasaran. Misalnya dengan memperlihatkan foto, slide, atau melalui pemutaran film/video.
- c. Untuk perubahan kemampuan/keterampilan, sasaran harus diberi kesempatan untuk mencoba keterampilan tersebut.
- d. Pertimbangkan sumber dana dan sumber daya. Dalam kegiatan metode belajar didukung oleh alat bantu peraga sesuai dengan tujuan kegiatan. Jika dana dan sumber daya minim maka perlu mensiasati metode yang efektif dari segi dana. Seperti pada ceramah maka cukup dengan menggunakan leaflet yang produksi pembuatannya lebih ekonomis dibandingkan dengan booklet.

4. Memilih Alat Bantu Mengajar/Media Promosi Kesehatan

Pada topik 1 Bab 6, Anda dapat membaca kembali terkait dengan jenis – jenis media dalam promosi kesehatan. Berdasarkan teori pendidikan diketahui bahwa belajar yang paling mudah adalah dengan menggunakan media. Memilih media promosi, yaitu saluran yang

akan digunakan untuk menyampaikan pesan pada sasaran, yang didasarkan pada selera sasaran bukan selera pengelola program. Media yang dipilih harus bergantung pada jenis sasaran, tingkat pendidikan, aspek yang ingin dicapai, metode yang digunakan dan sumber daya yang ada. Selain itu media yang dipilih pun harus memberi dampak yang luas, oleh karena itu perlu ditentukan tujuan media yang akan menjadi dasar perencanaan media meliputi jangkauan, frekuensi bobot, kontinuitas dan biaya. Pesan-pesan dalam media yang akan digunakan perlu dikembangkan yang disesuaikan dengan tujuan promosi.

5. Merancang Rencana Kegiatan Pelaksanaan

Buatlah uraian rencana yang menggambarkan aktivitas Anda dan sasaran saat program pendidikan/promosi kesehatan yang akan dilakukan. Dimulai dari 1) pembukaan, 2) pelaksanaan kegiatan inti penyuluhan, dan 3) penutupan.

a. Pembukaan

Isi bagian ini meliputi salam pembuka dengan memperkenalkan diri, menjelaskan maksud dan tujuan kegiatan, menjelaskan pokok bahasan yang akan dibahas dan pentingnya materi yang akan disampaikan.

b. Pelaksanaan kegiatan inti penyuluhan

Pada pelaksanaan, hal yang perlu diperhatikan adalah:

- 1) sampaikan materi dengan suara dan intonasi yang jelas dan sikap yang rileks,
- 2) bahasa mudah dimengerti,
- 3) memandang keseluruhan peserta (kontak mata),
- 4) gunakan alat peraga untuk memudahkan materi yang disampaikan,
- 5) berikan waktu kesempatan kepada peserta untuk bertanya terhadap hal – hal yang kurang jelas dan menjawab pertanyaan – pertanyaan dengan jelas dan menyakinkan.

c. Penutup

Dilakukan kesimpulan dan salam penutup.

6. Menyusun Rencana Evaluasi atau Penilaian

Rencana penilaian harus disebutkan juga dalam perencanaan kegiatan penyuluhan. Harus dijabarkan tentang kapan evaluasi akan dilaksanakan, dimana akan dilaksanakan, kelompok sasaran yang mana akan dievaluasi dan siapa yang akan melaksanakan evaluasi tersebut. Cara mengevaluasi atau menilai dapat dibedakan menjadi dua:

- a. Evaluasi kegiatan penyuluhan, yakni menilai langkah – langkah yang telah dijadwalkan dalam perencanaan. Apakah sesuai atau terjadi perubahan dalam pelaksanaannya. Misalnya tentang jadwal, waktu, tempat, alat peraga, dan sebagainya
- b. Evaluasi kegiatan, yakni sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai dengan penyuluhan yang dilaksanakan. Misalnya terjadi peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku. Evaluasi dapat dilakukan dengan bentuk soal tes formatif dan sumatif.

Latihan

Untuk dapat memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah Latihan berikut!

- 1) Jelaskan pengertian perencanaan dalam promosi kesehatan! 2
- 2) Sebutkan poin-poin tahapan membuat perencanaan promosi kesehatan (merancang SAP)!
- 3) Apakah fungsi dari pembuatan tujuan dalam rancangan SAP?
- 4) Di suatu daerah masih banyak ditemukan ibu yang memiliki bayi usia 0 – 6 bulan yang sudah diberikan Makanan pendamping ASI, sedangkan usia bayi tersebut seharusnya hanya diberikan ASI saja. Berdasarkan kasus tersebut, buatlah SAP untuk penyuluhan tentang ASI eksklusif!

Ringkasan

- 1) Pengertian perencanaan dalam program promosi kesehatan/penyuluhan adalah memperkirakan atau memproyeksikan apa yang akan dilakukan dalam melaksanakan pendidikan atau promosi kesehatan.
- 2) Tahapan merancang SAP dalam perencanaan adalah menentukan segmentasi sasaran, yaitu memilih sasaran yang tepat dan dianggap sangat menentukan keberhasilan promosi kesehatan.
- 3) Ranah taksonomi menurut Bloom dalam tujuan Instruksional yaitu kognitif, afektif dan psikomotor.
- 4) Syarat TIK
 - a) Berpusat pada perubahan tingkah laku klien
 - b) Tingkah laku yang diharapkan memiliki ciri-ciri operasional, spesifik, dan dapat diukur.
Berisi makna pokok bahasan
 - c)

- 5) Komponen rumusan TIK
- a) Merger
 - b) ABCD (Audience, Behavior, Condition, Degree)

Tes 2

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- 1) Siapa saja yang perlu terlibat dalam penyusunan perencanaan program promosi kesehatan...
 - A. Profesional kesehatan, termasuk promotor kesehatan dan masyarakat
 - B. Pasien
 - C. Keluarga pasien
 - D. D.Peserta
- 2) Langkah pertama dalam merancang SAP yaitu...
 - A. Menentukan materi ajar promosi kesehatan
 - B. Menentukan jadwal pelaksanaan promosi kesehatan
 - C. Menyediakan sarana / fasilitas penunjang promosi kesehatan
 - D. Mengetahui siapa yang menjadi sasaran promosi kesehatan
- 3) Darimana kita bisa menentukan prioritas pelaksanaan SAP?
 - A. Dari motivasi klien
 - B. Dari materi yang akan disampaikan
 - C. Dari instruksi / saran ahli kesehatan
 - D. Dari waktu yang tersedia untuk melakukan promosi kesehatan
- 4) Skala prioritas yang dikembangkan oleh Bailon & Maglaya lebih tepat digunakan untuk pelaksanaan SAP dalam kelompok...
 - A. Individu
 - B. Keluarga
 - C. Besar
 - D. Propinsi

- 5) Contoh tujuan instruksional umum (TIU) dalam rencana ajar promosi kesehatan yang bertajuk Pemberantasan Demam Berdarah adalah...
- A. Peserta dapat memahami bahaya penyakit demam berdarah
 - B. Peserta dapat membedakan ciri-ciri nyamuk penyebab demam berdarah dan yang bukan
 - C. Peserta dapat menyebutkan jenis nyamuk penyebab demam berdarah
 - D. Peserta dapat membedakan ciri-ciri penyakit demam berdarah dengan penyakit demam lainnya

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) A
- 2) D
- 3) C
- 4) C
- 5) D

Tes 2

- 1) A
- 2) E
- 3) A
- 4) B
- 5) A

Glosarium

SAP	: Satuan acara penyuluhan/penkes/promkes, berisi rancangan program terkait pemberian promkes pada sasaran.
TIU	: Tujuan Instruksional Umum.
TIK	: Tujuan Instruksional Khusus.
Kognitif	: Berorientasi pada kemampuan berfikir yang mencakup kemampuan intelektual yang sederhana (mengingat) sampai pada kemampuan memecahkan masalah.
Afektif	: Ranah yang berkaitan dengan sikap dan nilai. Ranah ini mencakup watak perilaku seperti perasaan, minat, sikap, emosi dan nilai.
Psikomotor	: Ranah yang berkaitan dengan ketrampilan (skill) atau kemampuan bertindak setelah seseorang menerima pengalaman belajar tertentu.
Review	: Peninjauan kembali; menjelaskan kembali.
Billboard	: Papan iklan.

Daftar Pustaka

Blum, H.L. (1974). *Planning Health Development and Application of Social Change Teory*. New York: Human Sciences Press.

Bahan Ajar (2017). *Promosi Kesehatan*. Jakarta: Kemenkes RI.

Green, L. & Kreuter, M.W. (2005). *Health Promotion Planning, An Educational and Environmental Approach, Second Edition*. Mayfield Publishing Company.

Jan Bowden & Vicky Manning.(2012). *Promosi Kesehatan dalam Kebidanan Prinsip dan Praktik*. Jakarta : EGC

Notoatmodjo, S.(2010). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.

Maryam.(2015). *Promosi Kesehatan dalam Pelayanan Kebidanan*. Jakarta: EGC

World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glosarry*. Geneva: HPR- HEP WHO.



Pusdik SDM Kesehatan

Badan Pengembangan dan Pemberdayaan
Sumber Daya Manusia Kesehatan

Jl. Hang Jebat III Blok F3, Kebayoran Baru Jakarta Selatan - 12120
Telp. (021) 725 5429, **Fax.** (021) 739 8950