



PRODI DIII KEBIDANAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA



BUKU AJAR ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS



021-425 8024



www.akhma.ac.id



Jl. Cempaka Putih Tengah 27
Jakarta Pusat 10510

ISBN : 978-602-6708-02-1

Hirfa Turrahmi, SST, MKM

BUKU AJAR ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Hirfa Turrahmi, SST, MKM

Penerbit

Fakultas Kedokteran dan Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Jakarta

ASUHAN KEBIDANAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Penulis : Bd. Hirfa Turrahmi, SPd,. SST,. MKM.

ISBN : 978-602-6708-02-1

Desain Sampul : Bd. Hirfa Turrahmi, SPd,. SST,. MKM.

Penerbit : Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta
Jl. KH Ahmad Dahlan Cirendeudeu Ciputat 15419
www.fkkumj.ac.id

Cetakan I : 2017

Hak Cipta dilindungi Undang-undang

Dilarang mengutip, memperbanyak, dan menerjemah sebagian seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit

Pendahuluan

Indonesia sebagai negara berkembang terus memperhatikan peningkatan kesehatan masyarakat, khusus kesehatan ibu dan anak menjadi perhatian utama, hal ini dikarenakan angka kematian ibu (AKI) dan Angka kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator yang peka dalam menggambarkan kesejahteraan masyarakat di suatu negara. Hasil Survey Demografi Kesehatan Ibu Indonesia (SDKI) pada tahun 1991 AKB adalah 68/1000 Kelahiran Hidup dan dapat diturunkan hingga mencapai 32/1000 Kelahiran Hidup pada tahun 2012, sebaliknya untuk AKI tahun 2007 yakni 228/100.000 Kelahiran Hidup terjadi peningkatan hingga 359/100.000 Kelahiran Hidup pada tahun 2012. Hal ini tentu menunjukkan ketidak tercapaian target MDGs tahun 2015 lalu yaitu AKI 102/100.000 Kelahiran Hidup dan AKB 24/100 Kelahiran Hidup, sehingga terus menjadi agenda dalam Sustainable Development Goals (SDGs) dan renstra kemenkes tahun 2015-2019.

Pemerintah bersama masyarakat bertanggung jawab untuk menjamin bahwa setiap ibu memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, mulai saat hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dan di fasilitas kesehatan, perawatan pasca persalinan pada ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, akses terhadap keluarga berencana serta penyakit yang berhubungan dengan reproduksi.

Riskesdas tahun 2013 memberi fakta bahwa tempat persalinan tertinggi ada di RB/Klinik praktik Nakes (38%) dengan penolong persalinan bidan 68%, hal ini menunjukkan bahwa bidan memiliki peran yang strategis dan sangat unik sebagai pemberi pelayanan kesehatan, bidan adalah seorang agen pembaharu yang sangat dekat dengan masyarakat serta berperan dalam pemberdayaan perempuan dan masyarakat. Peran bidan mencakup fungsi dalam layanan kesehatan primer, sekunder dan tersier serta fungsi yang terpenting adalah promotif untuk menjaga kesehatan masyarakat, tentunya dengan sistem kesehatan yang baik, bidan dapat mendukung perempuan untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, menyediakan pendampingan sepanjang kehamilan dan kelahiran.

Masalah klasik penyebab kematian ibu belum mengalami perubahan yakni, oleh perdarahan, tekanan darah yang tinggi saat hamil (eklampsia), infeksi, persalinan macet dan komplikasi keguguran. Sedangkan penyebab langsung kematian bayi adalah Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dan kekurangan oksigen (asfiksia). Penyebab tidak langsung kematian ibu dan bayi baru lahir adalah karena kondisi masyarakat seperti pendidikan, sosial ekonomi dan budaya. Kondisi geografi serta keadaan sarana pelayanan yang kurang siap ikut memperberat permasalahan ini. Beberapa hal tersebut mengakibatkan kondisi 3 terlambat (terlambat mengambil keputusan, terlambat sampai di tempat pelayanan dan terlambat mendapatkan pertolongan yang adekuat) dan 4 terlalu (terlalu tua, terlalu muda, terlalu banyak, terlalu rapat jarak kelahiran).

Dari uraian diatas, maka peran bidan yang diharapkan tidak hanya memberi pelayanan pada individu, namun lebih luas lagi bidan harus memiliki kompetensi sebagai pemberi pelayanan pada keluarga dan masyarakat dengan kata kunci pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirabbal alamiin, atas petunjuk dan Rahmad Allah SWT, buku ajar ini dapat selesai dan berada di tangan pembaca saat ini.

Buku ajar “Asuhan Kebidanan Komunitas” ini dibuat atas adanya kebutuhan dalam referensi dan proses yang lebih praktis dalam memahami pergeseran peran bidan dari tingkat pelayanan individu kepada pelayanan keluarga dan komunitas yang lebih spesifik pada pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan. Adanya buku ajar ini lebih menekankan pada pemahaman konsep bidan dikomunitas, teknik bekerja di komunitas dalam peningkatan pemberdayaan masyarakat dan jejaring kerja bidan di komunitas. Bidan diharapkan bisa menjadi “change of Agent” dengan kemajuan pelayanan kebidanan yang profesional, bekerja dimasyarakat dengan sangat memperhatikan sosial budaya masyarakat setempat.

Tentunya kemajuan ilmu pengetahuan dan perubahan regulasi setempat juga sangat berpengaruh pada pelayanan kebidanan dikomunitas dimasa mendatang, sehingga buku ajar ini akan terus menyesuaikan dengan perubahan tersebut. Buku ini tentunya dapat terselesaikan atas kontribusi teman sejawat yang telah menekuni proses pembelajaran kebidanan dan topik-topik perubahan regulasi serta pergeseran yang ada di komunitas. Kami sangat berterima kasih pada pihak-pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu-persatu dalam penyusunan buku ajar ini.

Semoga, amal ibadah kita mendapat imbalan dari Allah SWT. Amiin

Jakarta, 2017

Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
TIM PENYUSUN DAN EDITOR	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	v
Konsep Kebidanan Komunitas.....	1
Uraian Konsep Kebidanan Komunitas	
Tugas dan Tanggung Jawab Bidan di Komunitas	
Sasaran Asuhan Kebidanan Komunitas	
Tujuan Asuhan Kebidanan Komunitas	
Perlindungan Hukum Bidan di Komunitas.....	17
Aspek Perlindungan Hukum	
Standar Pelayanan Kebidanan	
Standar Asuhan Kebidanan	
Kode Etik Bidan di Komunitas	
Registrasi Praktik Bidan	
Permasalahan Kebidanan di Komunitas	22
Permasalahan Ibu	
Permasalahan Bayi dan Anak	
Permasalahan Remaja	
Permasalahan Lansia	
Penyakit terkait dengan Organ Reproduksi	

Keluarga: Mitra Bidan di Komunitas	28
Konsep Keluarga	
Asuhan Kebidanan Pada Keluarga	
Jejaring Kerja Bidan di Komunitas	34
Membangun Jejaring dengan Masyarakat	
Program Peningkatan Kesehatan Reproduksi.....	36
Program Kerja : PWS KIA, Desa Siaga, Wahana masyarakat)	
Sistem Pelayanan Berjenjang	
Biaya Kesehatan	
Monitoring dan Evaluasi Program	

DAFTAR PUSTAKA

BAB I

KONSEP KEBIDANAN KOMUNITAS

Di Indonesia perkembangan kebidanan tidak begitu pesat, hal ini dapat dilihat dari sejak dimulainya pelayanan kebidanan pada tahun 1853 sampai saat ini perkembangan pelayanan belum dapat mencapai tingkat yang professional. Pelayanan kebidanan yang diberikan lebih banyak ditujukan pada kesehatan ibu dan anak, baik kesehatan fisik maupun psikologisnya. Ibu dan anak ini berada didalam suatu keluarga yang ada didalam suatu masyarakat. Bidan sebagai pelaksana utama yang memberikan pelayanan kebidanan, diharapkan mampu memberikan pelayanan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat. Bidan juga tinggal didalam suatu masyarakat dikomunitas tertentu oleh karena itu dalam memberikan pelayanan tidak hanya memandang ibu dan anak sebagai individu tetapi juga mempertimbangkan factor lingkungan dimana ibu tinggal. Lingkungan ini dapat berupa social, politik, dan keadaan ekonomi. Disini terlihat jelas bahwa kebidanan komunitas sangat diperlukan, agar bidan dapat mengenal kehidupan social dari ibu dan anak yang dapat mempengaruhi status kesehatannya.

PENGERTIAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Definisi bidan menurut International Confederation Of Midwives (ICM) yang dianut dan diadopsi oleh seluruh organisasi bidan di seluruh dunia, dan diakui oleh WHO dan Federation of International Gynecologist Obstetrition (FIGO). Definisi tersebut secara berkala di review dalam pertemuan Internasional (Kongres ICM). Definisi terakhir disusun melalui kongres ICM ke 27, pada bulan Juli tahun 2005 di Brisbane Australia ditetapkan sebagai berikut: Bidan adalah seseorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan yang diakui di negaranya, telah lulus dari pendidikan tersebut, serta memenuhi kualifikasi untuk didaftar (register) dan atau memiliki izin yang sah (lisensi) untuk melakukan praktik bidan.

Bidan diakui sebagai tenaga professional yang bertanggung-jawab dan akuntabel, yang bekerja sebagai mitra perempuan untuk memberikan dukungan, asuhan dan nasehat selama masa hamil, masa persalinan dan masa nifas, memimpin persalinan atas tanggung jawab sendiri dan memberikan asuhan kepada bayi baru lahir, dan bayi. Asuhan ini mencakup upaya pencegahan, promosi persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan

anak, dan akses bantuan medis atau bantuan lain yang sesuai, serta melaksanakan tindakan kegawat-daruratan.

Bidan mempunyai tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga kepada keluarga dan masyarakat. Kegiatan ini harus mencakup pendidikan antenatal dan persiapan menjadi orang tua serta dapat meluas pada kesehatan perempuan, kesehatan seksual atau kesehatan reproduksi dan asuhan anak. Bidan dapat praktik diberbagai tatanan pelayanan, termasuk di rumah, masyarakat, Rumah Sakit, klinik atau unit kesehatan lainnya.

Untuk Indonesia pengertian bidan sama dengan definsi diatas, menurut Kepmenkes no.900/Menkes/SK/VII/2002 “**Bidan**” adalah seorang wanita yang telah mengikuti program pendidikan bidan dan lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku.

Dengan memperhatikan aspek sosial budaya dan kondisi masyarakat Indonesia, maka Ikatan Bidan Indonesia (IBI) menetapkan bahwa bidan Indonesia adalah: seorang perempuan yang lulus dari pendidikan Bidan yang diakui pemerintah dan organisasi profesi di wilayah Negara Republik Indonesia serta memiliki kompetensi dan kualifikasi untuk diregister, sertifikasi dan atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan.

Bidan diakui sebagai tenaga professional yang bertanggung-jawab dan akuntabel, yang bekerja sebagai mitra perempuan untuk memberikan dukungan, asuhan dan nasehat selama masa hamil, masa persalinan dan masa nifas, memimpin persalinan atas tanggung jawab sendiri dan memberikan asuhan kepada bayi baru lahir, dan bayi. Asuhan ini mencakup upaya pencegahan, promosi persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, dan akses bantuan medis atau bantuan lain yang sesuai, serta melaksanakan tindakan kegawat-daruratan.

Bidan mempunyai tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga kepada keluarga dan masyarakat. Kegiatan ini harus mencakup pendidikan antenatal dan persiapan menjadi orang tua serta dapat meluas pada kesehatan perempuan, kesehatan seksual atau kesehatan reproduksi dan asuhan anak. Bidan dapat praktik diberbagai tatanan pelayanan, termasuk di rumah, masyarakat, Rumah Sakit, klinik atau unit kesehatan lainnya.

Kebidanan/Midwifery

Kebidanan adalah satu bidang ilmu yang mempelajari keilmuan dan seni yang mempersiapkan kehamilan, menolong persalinan, nifas dan menyusui, masa interval dan pengaturan kesuburan, klimakterium dan menopause, bayi baru lahir dan balita, fungsi–fungsi reproduksi manusia serta memberikan bantuan/dukungan pada perempuan, keluarga dan komunitasnya

Pelayanan Kebidanan (*Midwifery Service*)

Pelayanan kebidanan adalah bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan yang telah terdaftar (teregister) yang dapat dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau rujukan.

Praktik Kebidanan

Praktik Kebidanan adalah implementasi dari ilmu kebidanan oleh bidan yang bersifat otonom, kepada perempuan, keluarga dan komunitasnya, didasari etika dan kode etik bidan.

Manajemen Asuhan Kebidanan

Manajemen Asuhan Kebidanan adalah pendekatan dan kerangka pikir yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengumpulan data, analisa data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan

Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah dalam bidang kesehatan ibu masa hamil, masa persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana.

Konsep Dasar Masyarakat

1. Pengertian

Para ahli mendefinisikan komunitas atau masyarakat dari sudut pandangan yang berbeda. WHO (1974) mendefinisikan komunitas sebagai kelompok sosial

yang ditentukan oleh batas-batas wilayah, nilai-nilai keyakinan dan minat yang sama serta adanya saling mengenal dan berinteraksi antara anggota masyarakat yang satu dengan yang lainnya. Sedangkan Spradly (1985) mendefinisikan komunitas sebagai sekumpulan orang yang saling bertukar pengalaman penting di dalam hidupnya.

Saunders (1991) mendefinisikan komunitas sebagai tempat atau kumpulan orang-orang atau sistem sosial. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa komunitas terdiri dari sekelompok individu yang tinggal pada wilayah tertentu, yang memiliki nilai-nilai keyakinan dan minat relatif sama serta adanya interaksi satu sama lain untuk mencapai tujuan.

Selain itu, komunitas juga dipandang sebagai target pelayanan kesehatan yang bertujuan mencapai kesehatan komunitas sebagai suatu peningkatan kesehatan dan kerjasama suatu mekanisme untuk mempermudah pencapaian tujuan yang berarti serta masyarakat/komunitas tersebut dilibatkan secara aktif untuk mencapai tujuan tersebut.

Kebidanan kesehatan komunitas adalah pelayanan kebidanan profesional yang ditujukan pada masyarakat dengan penekanan pada kelompok risiko tinggi, dalam upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan dengan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan, dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pelayanan keperawatan (Spradly, 1985 ; Logan dan Dawkin, 1987).

Kebidanan komunitas memberikan perhatian terhadap pengaruh faktor lingkungan meliputi fisik, biologis, psikologis, sosial dan kultural dan spiritual terhadap kesehatan masyarakat dan memberi prioritas pada strategi pencegahan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan, dalam upaya mencapai tujuan.

2. Ciri-ciri Masyarakat

Dari berbagai pengertian diatas, maka dapat disimpulkan bahwa masyarakat itu memiliki ciri-ciri sebagai berikut :

- Interaksi diantara sesama anggota masyarakat
- Menempati wilayah dengan batas-batas tertentu
- Saling tergantung satu sama lain
- Memiliki adat istiadat tertentu/kebudayaan

- Memiliki identitas bersama

3. Tipe masyarakat

Menurut Gilin & Gilin dalam Effendy (1998) lembaga masyarakat dapat diklasifikasi sebagai berikut:

- Ditinjau dari sudut perkembangannya, dibedakan menjadi dua, yaitu *creative institution* dan *Enacted institution*
- Ditinjau dari sudut sistem nilai yang diterima masyarakat, dibedakan menjadi tipe *basic institution* dan *subsidiary institution*
- Dari sudut penerimaan masyarakat, dibedakan menjadi *approved* atau *social sanctioned institution* dan *unsanctioned institution*
- Dari sudut penyebaran, dibedakan menjadi *general institution* dan *restricted institution*
- Dari sudut fungsi, dibedakan menjadi *operative institution* dan *regulative institution*

4. Ciri-ciri masyarakat sehat

Adapun ciri-ciri masyarakat sehat diantaranya adalah sebagai berikut :

- Peningkatan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat
- Mengatasi masalah kesehatan sederhana melalui upaya peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan terutama untuk ibu dan anak
- Peningkatan upaya kesehatan lingkungan terutama penyediaan sanitasi dasar yang dikembangkan dan dimanfaatkan oleh masyarakat untuk meningkatkan mutu lingkungan hidup
- Peningkatan status gizi masyarakat berkaitan dengan peningkatan status sosial ekonomi masyarakat
- Penurunan angka kesakitan dan kematian dari berbagai sebab dan penyakit

5. Indikator ciri masyarakat sehat

Menurut WHO beberapa indikator dari masyarakat sehat adalah :

- Keadaan yang berhubungan dengan status kesehatan masyarakat yang meliputi indikator komprehensif, seperti angka kematian kasar menurun, Rasio angka mortalitas proporsional rendah dan umur harapan hidup meningkat Sedangkan

indikator spesifik adalah angka kematian ibu dan anak menurun, Angka kematian penyakit menular menurun dan angka kelahiran menurun.

b. Indikator pelayanan kesehatan, meliputi :

- Rasio antara tenaga kesehatan dengan jumlah penduduk seimbang
- Distribusi tenaga kesehatan merata
- Informasi lengkap tentang jumlah tempat tidur di rumah sakit, dan fasilitas kesehatan lainnya
- Informasi tentang jumlah sarana pelayanan kesehatan diantaranya rumah sakit, puskesmas, rumah bersalin dan sebagainya.

6. Masalah kesehatan di Indonesia

Adapun masalah kesehatan yang dihadapi bangsa Indonesia, diantaranya adalah :

- Tingginya angka pertumbuhan penduduk (1,98 %)
- Tingginya angka kematian ibu dan anak (AKI 420/100.000 penduduk, AKB 57/1000 kelahiran hidup, dan angka kematian balita 84/1000).
- Tingginya angka kesakitan karena penyakit menular, diantaranya TB paru, demam berdarah dan ISPA
- Meningkatnya angka kesakitan penyakit tidak menular, seperti penyakit jantung, neoplasma, penyakit karena cedera, dan penyakit gangguan mental
- Masalah kesehatan lingkungan, meliputi masalah lingkungan fisik dan biologis yang belum memadai. Baru sebagian kecil penduduk yang menikmati air bersih.

Faktor penyebab kondisi diatas, diantaranya adalah faktor sosial ekonomi, gaya hidup dan perilaku masyarakat, dan sistem pelayanan kesehatan.

B. Asumsi

1. Asumsi Dasar

Kebidanan komunitas didasarkan asumsi berikut :

- a. Sistem pelayanan kesehatan bersifat kompleks
- b. Pelayan kesehatan primer, sekunder dan tersier merupakan komponen system pelayanan kesehatan
- c. Kebidanan merupakan subsystem pelayanan kesehatan, dimana basill pendidikan dan penelitian melandasi praktek

- d. Fokus utama adalah pelayanan kesehatan primer sehingga kebidanan komunitas perlu dikembangkan ditatanan pelayanan kesehatan utama.

Demikian demikian kebidanan komunitas perlu dikembangkan ditatanan pelayanan kesehatan dasar yang melibatkan komunitas secara aktif, sesuai keyakinan kepevatan komunitas.

2. Keyakinan

Beberapa keyakinan yang mendasari praktek kebidanan komunitas, yaitu:

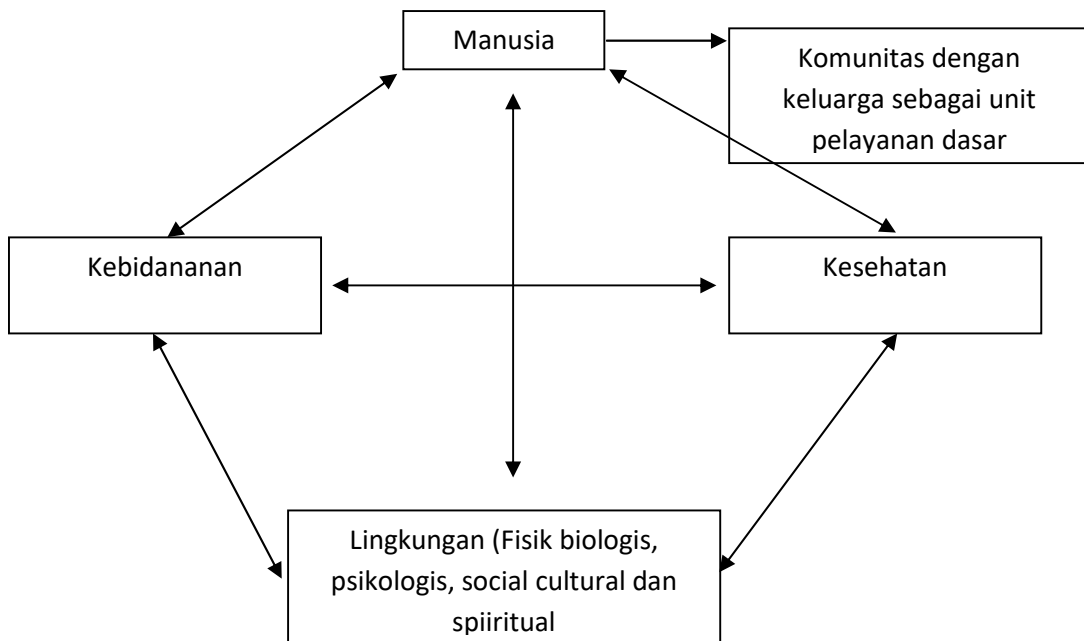
- a. Pelayanan kesehatan sebaiknya tersedia, dapat dijangkau dan dapat diterima semua orang
- b. Penyusunan kebijakan seharusnya melibatkan penerima pelayanan, dalam hal ini komunitas
- c. Bidan sebagai pemberi pelayanan dan klien sebagai penerima pelayanan perlu terjalin kerjasama yang baik
- d. Lingkungan dapat mempengaruhi kesehatan komunitas, baik bersifat mendukung maupun menghambat, untuk itu perlu diantisipasi
- e. Pencegahan penyakit dilakukan dalam upaya meningkatkan kesehatan
- f. Kesehatan merupakan tanggung jawab setiap orang

Dari asumsi dan keyakinan yang mendasar tersebut dikembangkan falsafah kebidanan komunitas, yang akan menjadi landasan praktek keperawatan komunitas.

3. Falsafah kebidanan komunitas

Falsafah adalah keyakinan terhadap nilai-nilai yang menjadi pedoman untuk mencapai suatu tujuan atau sebagai pandangan hidup. Kebidanan komunitas merupakan pelayanan yang memberikan perhatian terhadap pengaruh lingkungan (bio,psiko, sosio, kultural dan spritual) terhadap kesehatan komunitas dan memberikan prioritas pada strategi pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan.

Falsafah yang melandasi kebidanan komunitas mengacu pada falsafah atau paradigma kebidanan secara umum, yaitu manusia yang merupakan titik sentral setiap upaya pembangunan kesehatan yang menjunjung tinggi nilai-nilai kemanusiaan dan bertolak dari pandangan ini disusun falsafah atau paradigma kebidanan komunitas yang terdiri dari empat komponen dasar, sebagai berikut :



1. Manusia

Komunitas sebagai klien berarti sekumpulan individu/klien yang berada pada lokasi atau batas geografis tertentu yang memiliki nilai-nilai, keyakinan dan minat relatif sama serta adanya interaksi satu sama lain untuk mencapai tujuan. Komunitas merupakan sumber dan lingkungan bagi keluarga. Komunitas sebagai klien yang dimaksud termasuk kelompok risiko tinggi, antara lain : daerah terpencil, daerah rawan, daerah kumuh, dll

2. Kesehatan

Sehat adalah suatu kondisi terbebasnya dari gangguan pemenuhan kebutuhan dasar klien/komunitas. Sehat merupakan keseimbangan yang dinamis sebagai dampak dari keberhasilan mengenai stressor.

3. Lingkungan

Semua faktor internal dan eksternal atau pengaruh disekitar klien yang bersifat biologis, psikologis, sosial kultural dan spiritual

4. Kebidanan

Intervensi/tindakan yang bertujuan untuk menekan stressor atau meningkatkan kemampuan klien/komunitas menghadapi stressor, melalui pencegahan primer, sekunder dan tersier. Berdasarkan falsafah tersebut dikembangkan pengertian, tujuan, sasaran dan strategi intervensi kebidanan komunitas.

C. Tujuan Kebidanan Komunitas

Tujuan umum kebidanan komunitas adalah meningkatkan kemampuan masyarakat agar dapat menjalankan fungsinya secara optimal. Adapun tujuan khusus kebidanan komunitas adalah:

1. Meningkatnya kemampuan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat dalam pemahaman tentang pengertian sehat dan sakit
2. Meningkatnya kemampuan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan
3. Terciptanya dukungan bagi individu yang terkait
4. Terkendali dan tertanggulangnya keadaan lingkungan fisik dan sosial untuk menuju keadaan sehat yang optimal
5. Berkembangnya ilmu serta pelaksanaan kebidanan kesehatan masyarakat.

Untuk mencegah dan meningkatkan kesehatan masyarakat dilakukan melalui :

- Pelayanan keperawatan langsung (direct care) terhadap individu, keluarga, dan kelompok dalam konteks komunitas
- Perhadan langsung terhadap kesehatan seluruh masyarakat dan mempertimbangkan bagaimana masalah atau issue kesehatan masyarakat mempengaruhi keluarga, individu dan kelompok

D. Strategi Kebidanan Komunitas

Adapun strategi intervensi kebidanan komunitas yaitu proses kelompok, pendidikan kesehatan dan kerjasama (partnership).

E. Lingkup Bidang Wewenang Dan Tanggung Jawab

Keperawatan komunitas merupakan bentuk pelayanan/asuhan langsung yang berfokus pada kebutuhan dasar komunitas, yang berkaitan dengan kebiasaan atau

pola perilaku masyarakat yang tidak sehat, ketidakmampuan masyarakat untuk beradaptasi dengan lingkungan internal dan eksternal.

Intervensi kebidanan yang dilakukan mencakup ; pendidikan kesehatan/keperawatan (health education), mendemonstrasikan keterampilan dasar yang dapat dilakukan oleh komunitas, melakukan intervensi kebidanan yang memerlukan keahlian bidan, misalnya konseling pasangan yang akan menikah ; melakukan kerjasama lintas program dan lintas sektoral untuk mengatasi masalah komunitas serta melakukan rujukan kebidanan dan non kebidanan bila perlu.

Intervensi kebidanan tersebut difokuskan pada tiga level pencegahan, yaitu sebagai berikut :

1. Prevensi primer

Yang dimaksud dengan prevensi primer adalah pencegahan dalam arti yang sebenarnya, dimana diidentifikasi faktor risiko dimasyarakat. Pencegahan primer mencakup peningkatan kesehatan pada umumnya dan perlindungan khusus terhadap penyakit.

Prevensi primer meliputi : health promotion, health education, specific protection dan enviromental protection.

Contoh : kegiatan dibidang prevensi primer antara lain :

- Immunisasi
- Penyuluhan tentang gizi
- Penyuluhan untuk mencegah keracunan

2. Prevensi sekunder

Pencegahan sekunder menekankan pada diagnosa dini dan intervensi yang tepat untuk menghambat proses patologik, sehingga memperpendek waktu sakit dan tingkat keparahan/keseriusan penyakit. Prevensi sekunder meliputi : early detection and prompt treatment, emergency care, acute and critical care, dan colaborate diagnosis and treatment.

Contoh : kegiatan dibidang prevensi sekunder antara lain:

- Mengkaji keterbelakangan tumbuh kembang seorang anak/balita
- Memotivasi keluarga untuk melakukan pemeriksaan kesehatan berkala termasuk pemeriksaan gigi dan mata secara berkala

3. Prevensi tersier

Pencegahan tersier dilakukan pada kasus-kasus kecacatan atau ketidakmampuan atau tidak dapat diperbaiki (irreversible). Rehabilitasi sebagai tujuan pencegahan primer lebih dari upaya menghambat proses penyakitnya sendiri, yaitu mengembalikan individu kepada tingkat berfungsi yang optimal dari ketidakmampuannya. Prevensi tersier meliputi: rehabilitasi, longterm care, dan care of the dying Contoh : kegiatan dibidang prevensi tersier antara lain :

- Perawat mengajarkan kepada keluarga untuk melakukan perawatan anak dengan kolostomi di rumah
- Membantu keluarga yang mempunyai anak dengan kelumpuhan anggota gerak untuk latihan secara teratur di rumah

Pada praktek kebidanan komunitas prinsip-prinsip kesehatan komunitas, beberapa hal yang harus menjadi pertimbangan adalah :

1. Kemanfaatan

Intervensi yang dilakukan harus memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi komunitas, artinya ada keseimbangan antara manfaat dan kerugian.

2. Autonomi

Komunitas diberi kebebasan untuk melakukan atau memilih alternatif yang terbaik yang disediakan untuk komunitas

3. Keadilan

Melakukan upaya atau tindakan sesuai dengan kemampuan atau kapasitas komunitas

F. Peran Bidan Di Komunitas

1. Pemberi pelayanan kesehatan (Provider)

Memberikan pelayanan kebidanan secara langsung dan tidak langsung kepada klien dengan menggunakan pendekatan asuhan kebidanan terhadap individu, keluarga, kelompok dan masyarakat

2. Pendidik

Memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok keluarga yang berisiko tinggi, kader kesehatan, dll

3. Pengelola

Mengelola (merencanakan, mengorganisasi, menggerakkan, dan mengevaluasi) pelayanan kebidanan, baik secara langsung maupun tidak langsung dan menggunakan peran serta aktif masyarakat dalam kegiatan komunitas

4. Konselor

Memberikan konseling/bimbingan kepada kader, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan komunitas sesuai prioritas

5. Pembela klien (advocat)

Peran bidan sebagai penasehat telah didefinisikan oleh Kohnke (1980) adalah kegiatan memberikan informasi dan sokongan kepada seseorang sehingga mampu membuat keputusan yang terbaik dan memungkinkan bagj dirinya. Sokongan dapat berupa dorongan secara verbal atau keterlibatan berdiskusi dengan petugas kesehatan lain, instansi atau anggota keluarga dalam melindungi dan memfasilitasi keluarga dan masyarakat dalam pelayanan kebidanan komunitas

6. Kolaborator/coordinator

Kolaborasi dengan disiplin ihnu lain, baik lintas program maupun sektoral

7. Perencana

Peranan bidan di komunitas sebagai perencana yaitu dalam bentuk perencanaan pelayanan kebidanan individu dan keluarga serta berpartisipasi dalam perencanaan program-program di masyarakat luas untuk suatu kebutuhan tertentu yang ada kaitannya dengan kesehatan

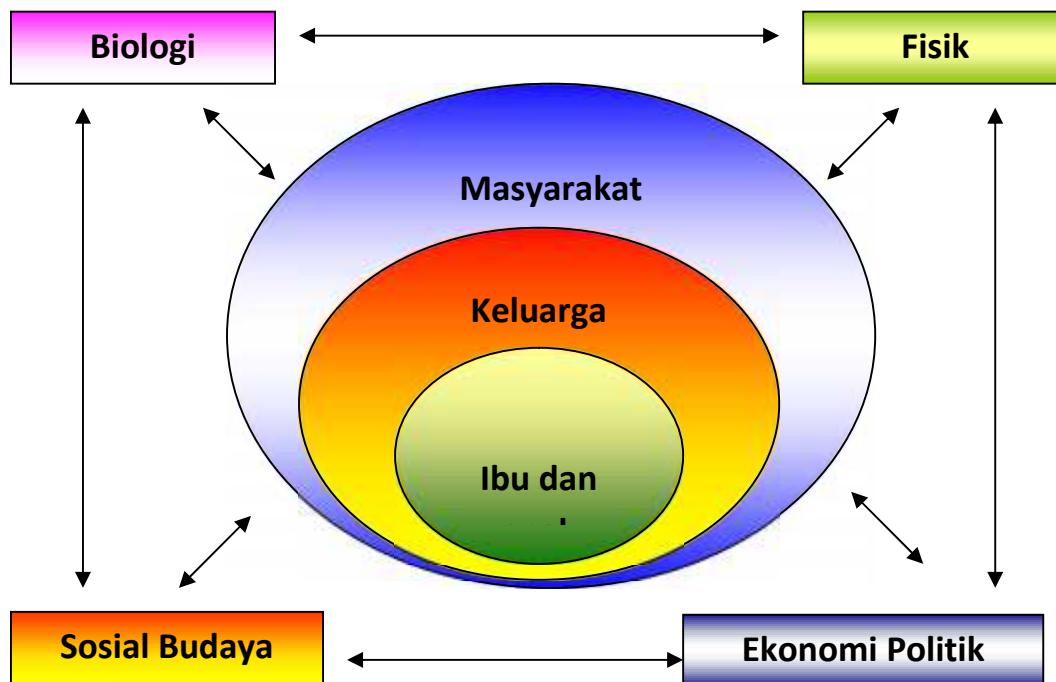
8. Peneliti

Melakukan penelitian untuk mengembangkan kebidanan komunitas

Sasaran pelayanan kebidanan komunitas adalah Individu, Keluarga, dan Kelompok Masyarakat (komuniti). Individu yang dilayani adalah bagian dari keluarga atau komunitas. Menurut UU No. 23 tahun 1992 yang dimaksud dengan keluarga adalah suami istri, anak dan anggota keluarga lainnya Kelompok di masyarakat adalah kelompok bayi, balita, remaja, ibu hamil, ibu nifas, ibu meneteki. Pelayanan ini mencakup upaya pencegahan penyakit, pemeliharaan dan peningkatan, penyembuhan serta pemulihan kesehatan.

Sasaran utama kebidanan komunitas adalah ibu dan anak balita yang berada didalam keluarga dan masyarakat. Bidan memandang pasiennya sebagai mahluk social yang memiliki budaya tertentu dan dipengaruhi oleh kondisi ekonomi, politik, social budaya dan lingkungan sekitarnya.

Unsur-unsur yang tercakup dalam kebidanan komunitas adalah bidan, pelayanan kebidanan, sasaran pelayanan, lingkungan dan pengetahuan serta teknologi



TUJUAN PELAYANAN KEBIDANAN

Pelayanan kebidanan komunitas diarahkan “**untuk mewujudkan keluarga yang sehat sejahtera sehingga tercipta derajat kesehatan yang optimal**”. Hal ini sesuai dengan visi Indonesia Sehat 2010. Kesehatan keluarga merupakan salah satu kegiatan dari upaya kesehatan dimasyarakat yang ditujukan kepada keluarga. Penyelenggaraan kesehatan keluarga bertujuan untuk mewujudkan keluarga kecil, sehat, bahagia dan sejahtera. Didalam kesehatan keluarga, kesehatan ibu mencakup kesehatan masa pra kehamilan, kehamilan, persalinan, pasca persalinan dan masa diluar kehamilan (masa interval).

Kesehatan anak diselenggarakan untuk mewujudkan pertumbuhan dan perkembangan anak. Upaya kesehatan anak dilakukan melalui peningkatan kesehatan anak dalam kandungan, masa bayi, balita, pra sekolah dan sekolah.

Peningkatan kesehatan keluarga dapat mewujudkan lingkungan keluarga yang sehat, selanjutnya meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Wujud dari kesehatan keluarga dan komunitas merupakan cita-cita bangsa Indonesia yang berupa kesehatan untuk semua.

Kesehatan untuk semua menurut WHO adalah semua orang memperoleh derajat kesehatan tertinggi yang memungkinkan dan secara minimum semua orang memperoleh

derajat kesehatan sehingga mereka mampu bekerja produktif dan berpartisipasi secara aktif dalam kehidupan social dimasyarakat dimana mereka tinggal.

Kegiatan bidan dan jaringan kerja kebidanan komunitas

Sebenarnya kegiatan kebidanan komunitas telah lama terlaksana ditengah-tengah masyarakat. Aktifitas kebidanan komunitas terutama adalah melayani ibu dan anak balita diluar rumah sakit. Sebelum bekerja dikomunitas seorang bidan harus mempunyai kompetensi yaitu memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat.

Pengetahuan dasar yang harus dimiliki bidan :

1. Konsep dasar kebidanan komunitas
2. Masalah kebidanan komunitas
3. Pendekatan asuhan kebidanan pada keluarga, kelompok dan masyarakat
4. Strategi pelayanan kebidanan komunitas
5. Ruang lingkup kebidanan komunitas
6. Upaya peningkatan dan pemeliharaan kesehatan ibu dan anak dalam keluarga dan masyarakat
7. Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan ibu dan anak
8. Sistem pelayanan kesehatan ibu dan anak

Keterampilan dasar yang harus dimiliki bidan:

1. Melakukan pengelolaan pelayanan ibu hamil, nifas, bayi balita dan KB dimasyarakat
2. Mengidentifikasi status kesehatan ibu dan anak
3. Melakukan pertolongan persalinan dirumah dan polindes
4. Mengelola polindes
5. Melakukan kunjungan rumah pada ibu hamil, nifas, laktasi, bayi dan balita
6. Melakukan pembinaan dan penggerakan PSM
7. Melakukan penyuluhan dan konseling kesehatan
8. Melakukan pencatatan dan pelaporan

Dilihat dari peran dan fungsi bidan yang sesuai dengan kode etik bidan maka peran bidan didalam komunitas adalah sebagai pelaksana, pengelola, pendidik dan juga peneliti.

Pelayanan kebidanan komunitas mencakup pencegahan penyakit, pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, penyembuhan serta pemulihan kesehatan

Sebagian besar kegiatan bidan komunitas adalah memberikan pelayanan kesehatan selama kehamilan, persalinan, nifas, juga pada bayi dan anak, tetapi bidan juga bekerja dalam keluarga berencana serta masa sebelum dan sesudah kehamilan.

Secara garis besar kegiatan pelayanan kebidanan dimasyarakat dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Pelayanan kesehatan ibu

Bertujuan meningkatkan derajat kesehatan yang optimal bagi ibu yang dilakukan pada :

- a. Pra hamil
- b. Hamil
- c. Persalinan
- d. Nifas
- e. Menyusui



2. Pelayanan medik keluarga berencana

Bertujuan meningkatkan kesehatan ibu dan anak dalam keluarga dalam rangka mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pemberian kontrasepsi. Kegiatannya meliputi :

- a. Komunikasi, informasi dan edukasi (KIE)
- b. Pelayanan kontrasepsi
- c. Pembinaan dan pengayoman medis kontrasepsi peserta KB
- d. Pelayanan rujukan KB
- e. Pencatatan dan pelaporan

3. Pelayanan kesehatan anak

- a. Pemeriksaan kesehatan balita secara berkala
- b. Penyuluhan pada orang tua, menyangkut pada perbaikan gizi, kesehatan lingkungan dan pengawasan tumbuh kembang anak
- c. Imunisasi dan upaya pencegahan penyakit lainnya
- d. Identifikasi tanda kelainan dan penyakit yang mungkin timbul pada bayi dan balita serta cara penanggulangannya



4. Peran serta masyarakat

- a. Pelatihan dukun
- b. Pelatihan kader kesehatan masyarakat
- c. Kursus ibu
- d. Pengembangan kesehatan masyarakat desa (PKMD)
- e. Posyandu
- f. Dana sehat



Pelayanan kebidanan komunitas dapat dilakukan di rumah pasien, polindes, posyandu, puskesmas, dan rumah bidan praktek swasta

BAB II

PERLINDUNGAN HUKUM BIDAN DI KOMUNITAS

Aspek Perlindungan Hukum

PP IBI telah membuat standar praktek dan standar operating procedure untuk pelayanan kebidanan, sedangkan tanggung jawab dan kewenangannya diatur dalam PerMenKes 900 tahun 2002.

Standar Pelayanan Kebidanan

Adalah seluruh tugas yang menjadi tanggung jawab praktik profesi bidan dalam system pelayanan kesehatan yg bertujuan meningkatkan kesehatan keluarga dan masyarakat.

Terdapat 8 standar dalam pelayanan kebidanan.

STANDAR I: FALSAFAH DAN TUJUAN

Pengelola pelayanan kebidanan memiliki visi, misi, filosofi dan tujuan pelayanan serta organisasi pelayanan sebagai dasar untuk melaksanakan tugas pelayanan yg efektif dan efisien.

STANDAR II: ADMINISTRASI DAN PENGELOLAAN

Pengelola pelayanan kebidanan memiliki pedoman pengelolaan pelayanan, standar pelayanan prosedur tetap dan pelaksanaan kegiatan pengelolaan pelayanan yang kondusif sehingga memungkinkan terjadinya praktek pelayanan kebidanan yang akurat.

STANDAR III: STAFF DAN PIMPINAN

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

STANDAR IV: FASILITAS & PERALATAN

Tersedia sarana dan peralatan untuk mendukung pencapaian tujuan pelayanan kebidanan sesuai dengan beban tugasnya dan fungsi institusi pelayanan

STANDAR V: KEBIJAKSANAAN & PROSEDUR

Pengelola pelayanan mempunyai kebijakan dlm penyelenggaraan pelayanan dan pembinaan personil menuju pelayanan yang berkualitas

STANDAR VI: PENGEMBANGAN STAFF & PROGRAM PENDIDIKAN

Pengelola pelayanan kebidanan memiliki program pengembangan staff dan perencanaan pendidikan, sesuai dengan kebutuhan pelayanan

STANDAR VII: STANDAR ASUHAN

Pengelola pelayanan kebidanan memiliki standar asuhan / manajemen kebidanan yang ditetapkan sebagai pedoman dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

STANDAR VIII: EVALUASI DAN PENGENDALIAN MUTU

Pengelola pelayanan kebidanan memiliki program dan pelaksanaan dalam evaluasi dan pengendalian mutu pelayanan kebidanan yang dilaksanakan secara berkesinambungan.

KODE ETIK

Merupakan suatu ciri profesi yg bersumber dari nilai-nilai internal dan eksternal suatu disiplin ilmu dan merupakan pernyataan komprehensif suatu profesi yg memberikan tuntunan bagi anggota dalam melaksanakan pengabdian profesi.

Pertama kali disusun pada tahun 1986 dan disyahkan dalam Kongres Nasional Ikatan Bidan Indonesia X tahun 1988.

Petunjuk pelaksanaannya disyahkan dalam Rapat Kerja Nasional (Rakernas) IBI tahun 1991, sebagai pedoman dalam berperilaku → mengandung kekuatan yg tertuang dalam mukadimah, tujuan, dan kewajiban bidan.

ISI KODE ETIK BIDAN

Ada Tujuh BAB, antara lain yaitu:

- 1) Kewajiban bidan terhadap klien dan masyarakat; enam butir.
- 2) Kewajiban bidan terhadap tugasnya ; tiga butir
- 3) Kewajiban bidan terhadap sejawat dan tenaga kesehatan lainnya ; dua butir
- 4) Kewajiban bidan terhadap profesinya ; tiga butir
- 5) Kewajiban bidan terhadap diri sendiri ; dua butir
- 6) Kewajiban bidan terhadap pemerintah, nusa bangsa dan tanah air ; dua butir
- 7) Penutup ; satu butir

STANDAR ASUHAN KEBIDANAN

Merupakan penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yg mempunyai kebutuhan/masalah dlm bidang kesehatan ibu masa hamil, persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana.

Sesuai dgn standar pelayanan kebidanan → standar VII “ Asuhan Kebidanan “ mempunyai 8 definisi operasional, yaitu :

- 1) Ada standar kebidanan (SMK) sebagai pedoman dlm memberikan pelayanan kebidanan.
- 2) Ada format manajemen kebidanan terdaftar pada catatan medik.
- 3) Ada pengkajian asuhan kebidanan bagi setiap klien.
- 4) Ada diagnosa kebidanan.
- 5) Ada rencana asuhan kebidanan.
- 6) Ada dokumen tertulis tentang tindakan kebidanan.
- 7) Ada evaluasi dalam memberikan asuhan kebidanan.
- 8) Ada dokumentasi untuk kegiatan manajemen kebidanan.

STANDAR ASUHAN → MENENTUKAN APAKAH BIDAN TELAH MELANGGAR KEWAJIBAN DALAM MENJALANKAN TUGASNYA.

REGISTRASI PRAKTEK KEBIDANAN

Diatur dalam : Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 900/MENKES/SK/ VII / 2002 tentang : Registrasi Dan Praktik Bidan, yaitu meliputi :

BAB I : KETENTUAN UMUM

PASAL 1, ayat 2 :

Registrasi Adl. Proses pendaftaran, pendokumentasian dan pengakuan terhadap bidan setelah dinyatakan memenuhi minimal kompetensi inti atau standar penampilan minimal yg ditetapkan, shg secara fisik dan mental mampu melaksanakan praktik profesinya.

PASAL 1, ayat 4 :

Praktik Bidan Adl. Serangkaian kegiatan pelayanan yg diberikan oleh bidan kepada pasien (individu, keluarga dan masyarakat) sesuai dengan kewenangan dan kemampuannya.

BAB II : PELAPORAN & REGISTRASI

PASAL 2, ayat 1 :

Pimpinan penyelenggara pendidikan bidan wajib menyampaikan laporan secara tertulis kepada Kepala Dinas Kesehatan Propinsi, mengenai peserta didik yang baru lulus, selambat-lambatnya 1 (satu) bulan setelah dinyatakan lulus.

PASAL 3, ayat 1 :

Bidan yg baru lulus mengajukan permohonan dan mengirimkan kelengkapan registrasi kepada Kepala Dinas Kesehatan Propinsi dimana institusi pendidikan berada guna memperoleh SIB selambat-lambatnya 1 (satu) bulan setelah menerima ijazah bidan.

PASAL 3, ayat 2 :

Kelengkapan registrasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) antara lain, meliputi:

- a. Fotocopy ijazah bidan
- b. Fotocopy Transkrip Nilai Akademik
- c. Surat Keterangan Sehat dari dokter
- d. Pas Foto ukuran 4x6cm sebanyak 2 (dua) lembar.

PASAL 4, ayat 1 :

Kepala Dinas Kesehatan Propinsi atas nama Menteri Kesehatan melakukan registrasi berdasarkan permohonan sebagaimana dalam pasal 3 untuk menerbitkan SIB.

PASAL 7, ayat 1 :

SIB berlaku selama 5 tahun dan dapat diperbaharui serta merupakan dasar untuk menerbitkan SIPB.

BAB IV : PERIZINAN

PASAL 9 :

- 1) Bidan yg menjalankan praktik harus memiliki SIPB.
- 2) Bidan dapat menjalankan praktik pada sarana kesehatan dan/ perorangan.

PASAL 10 :

- 1) SIPB sebagaimana yg dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) diperoleh dgn mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/kota setempat.
- 2) Permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diajukan dgn melampirkan persyaratan, antara lain meliputi :
- 3) Fotocopy SIB yang masih berlaku
- 4) Fotocopy ijazah bidan
- 5) Surat persetujuan atasan, bila dalam pelaksanaan masa bakti / sebagai Pegawai Negeri / pegawai pada sarana kesehatan.
- 6) Surat Keterangan Sehat dari dokter
- 7) Rekomendasi dari organisasi profesi
- 8) Pas foto 4 x 6 cm sebanyak 2 (dua) lembar

KEWENANGAN BIDAN DI KOMUNITAS

Diatur dalam : Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 900/MENKES/SK/ VII / 2002, antara lain dalam :

BAB V : PRAKTIK BIDAN

PASAL 14 :

Bidan dalam menjalankan praktiknya berwenang dalam memberikan pelayanan yang meliputi :

- a. Pelayanan kebidanan
- b. Pelayanan keluarga berencana
- c. Pelayanan kesehatan masyarakat

PASAL 20 :

Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan masyarakat sebagaimana dimaksud dalam pasal 14 huruf c, berwenang untuk :

- a. Pembinaan peran serta masyarakat dibidang kesehatan ibu dan anak.
- b. Memantau tumbuh kembang anak
- c. Melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas.
- d. Melaksanakan deteksi dini, melaksanakan pertolongan pertama, merujuk dan memberikan penyuluhan infeksi menular seksual (IMS), Penyalahgunaan Narkotika Psikotropika dan Zat Adiktif (NAPZA) serta penyakit lainnya.

PASAL 21 :

- 1) Dalam keadaan darurat bidan berwenang melakukan pelayanan kebidanan serta kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 14.
- 2) Pelayanan sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) ditujukan untuk penyelamatan jiwa.
- 3) PASAL 24 :
- 4) Bidan dalam menjalankan praktik harus membantu program pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana.

BAB III

PERMASALAHAN BIDAN PADA KOMUNITAS

A. Permasalahan Ibu

Kematian ibu adalah kematian perempuan selama masa kehamilan, atau dalam 42 minggu hari setelah persalinan dari setiap penyebab yang berhubungan dengan dan atau diperburuk oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan karena kecelakaan (WHO-SEARO, 1998)

Angka kematian Ibu (AKI) menurut Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI, 2003) masih cukup tinggi, yaitu 307 per 100.000 kelahiran hidup. Berarti kematian ibu terjadi 18.300 setiap tahun, 1.500 setiap bulan, 352 setiap minggu, 50 setiap hari dan 2 jam, dengan estimasi ibu bersalin (Bulin)/tahun = 5 juta.

Sebagian besar kematian perempuan disebabkan komplikasi karena hamil dan bersalin, yakni

No.	Penyebab kematian ibu	Jumlah (presentasi)
1	Perdarahan	28%
2	Eklamsi	24%
3	Infeksi	11%
4	aborsi yang tidak aman	5%
5	trauma obstetric	3%
6	lain-lain	11%

perdarahan 28%, eklamsi 24%, infeksi 11%, aborsi yang tidak aman 5% persalinan lama, trauma obstetric 3% dan lain-lain 11%. Penyebab kematian ibu terbesar adalah [perdarahan dan eklamsi], kedua sebab itu sebenarnya dapat dicegah dengan pemeriksaan antenatal care yang memadai atau penerapan teknologi kesehatan yang ada. Namun demikian, banyak faktor yang mempengaruhi baik politis maupun teknis, sehingga teknologi kesehatan kurang dapat diterapkan secara sempurna di tingkat Masyarakat. Pada saat kesehatan didekatkan ke masyarakat belum tentu masyarakat memanfaatkannya karena berbagai alasan yang dikategorikan sebagai penyebab tidak langsung kematian ibu, yakni sosial ekonomi pendidikan, kedudukan dan peranan wanita, sosial budaya dan transportasi. Hal tersebut sangat memicu terjadinya “tiga terlambat empat terlalu” yaitu keterbatasannya kesempatan memperoleh informasi dan pengetahuan baru, hambatan

membuat keputusan,terbatasnya akses memperoleh informasi pendidikan memadai dan kelangkaan pelayanann kesehatan yang peka terhadap kebutuhan perempuan.(Anonim,1998)

B. Permasalahan Bayi dan Anak

Bayi berat lahir rendah(BBLR)

Kriteria BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram. Diperkirakan,kejadian BBLR di Indonesia berkisar antara 14-17% dari seluruh kelahiran. Penetapan angka tersebut berkaitan dengan pertumbuhan janin yang sesuai dengan masa gestasi(umur kehamilan yang normal). Umumnya bayi yang normal berat badannya mencapai 2500 gram pada usia kehamilan sekitar 38 minggu . usia kehamilan normal sendiri berkisar antara 38-42 minggu.

BBLR bias dibagi menjadi Bayi Berat Lahir Sangat Rendah(BBLR),yaitu dengan berat lahir 1000-1500 gram dan Bayi Berat Amat Sangat Rendah (BBLASR),yaitu dengan berat kurang 1000 gram.

Antisipasi kelahiran bayi dengan berat badan lahir rendah pada masa hamil

1. Perhatikan suplai makanan baik kualitas maupun kuantitas atau 1 kali lebih sering daripada sebelum hamil.
2. Periksa kehamilan secara teratur minimal 4 kali. Bila kenaikan berat badannya kurang dari 1 kg perbulan ,ibunperlu segera meminta pertolongan ke puskesmas
3. Ibu hamil minimum tablet zat besi secara teratur setiap hari 1 tablet,minimum 90 tablet
4. Kurangi kerja yang melelahkan ,istirahat yang cukup dan tidur lebih awal
5. Menjaga jarak antara kehamilan paling dekat 2 tahun.

Faktor saling pengaruh antara “profil aktifitas” dan “profil akses dan kontrol”.

Faktor pengaruh	Hambatan	Kesempatan
Norma-noma dan hirarki sosial	Banyak Mitos-mitos di masyarakat yang membuat pelarangan konsumsi makanan yang sebenarnya bergizi bagi untuk ibu dan bagi perkembangan janin namun di tetap di aplikasikan tanpa alasan ilmiah sehingga ibu kekurangan makanan yang banyak mengandung gizi untuk dirinya dan bayinya	Dengan Sosekbud yang ada harusnya masyarakat dapat memilah yang mana mitos yang ditinggalkan oleh nenek moyang yang dapat berguna bagi masyarakat khususnya ibu hamil dan yang mana yang bukan hal yang dapat merugikan ibu hamil, sehingga perkembangan janinnya dapat berkembang secara normal
Struktur kelembagaan	-	Adanya program gratis kunjungan wajib selama ANC dari pemerintah
Faktor Ekonomi	.dengan Ekonomi yang pas-pasan terkadang ibu hamil tidak dapat memenuhi kandungan gizi dan bayinya.	-
Faktor politik	-	-
Parameter Hukum		
Training	-	-
Sikap komunitas terhadap pihak luar spt LSM	-	-

Survey WHO tahun 2002 dan 2004 menyebutkan, kematian bayi baru lahir

No	Penyebab kematian Bayi	Jumlah
1.	Asfiksia	27%
2	BBLR	210%
3	Tetanus	4%
4	Malnutrisi	54%
5	Diare	19%
6	Pneumonia	19%
7	Campak	7%,
8	Malaria	5%.

disebabkan asfiksia 27%, BBLR 24%, tetanus 10%, sisanya infeksi, pendarahan dan masalah asupan. Kematian anak, masih menurut WHO, di sebabkan malnutrisi sebesar 54% yang bermuara pada berbagai penyakit, yaitu diare 19%, pneumonia 19%, campak 7%, malaria 5%.

Departemen umum Departemen Kesehatan RI menurut Menkes adalah menurunkan angka kematian bayi dan 33/1000 menjadi 26/1000 kelahiran hidup. Demikian pula, prevalensi gizi kurang pada balita ditekan dari 25,8 % menjadi 20%, umur harapan hidup dari 66,2 tahun menjadi 70,6 tahun. Untuk mencapai target tersebut telah disiapkan Departemen Kesehatan dalam empat strategi pokok yakni

1. Penggerakkan dan pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan
2. Mendekatkan akses keluarga miskin dan rentan terhadap layanan kesehatan berkualitas
3. Meningkatkan surveilence
4. Meningkatkan pembiayaan dibidang kesehatan.

C. Permasalahan Remaja

Kesiapan seorang perempuan untuk hamil dan melahirkan atau mempunyai anak ditentukan oleh kesiapan tiga hal

1. Kesiapan fisik secara umum seorang perempuan yang disebut siap secara fisik, jika ia telah menyelesaikan pertumbuhan tubuhnya, yaitu sekitar 20 tahun, ketika tubuhnya yaitu sekitar 20 tahun, ketika tubuhnya berhenti tumbuh, sehingga usia 20 tahun bias dijadikan pedoman kesiapan fisik.

2. Kesiapan mental/emosi psikis, adalah saat dimana seorang perempuan dan pasangannya merasa relah ingin mempunyai anak merasa telah siap menjadi orang tua termaksud mengasuh dan mendidik anak.
3. Kesiapan ekonomi social ,secara ideal jika seorang bayi dilahirkn maka ia akan membutuhkan tidak hanya kasih sayang orang tuannya ,tetapi juga sarana yang membuat bayinya bias tumbuh dan berkembang.

Beberapa ,salah yang dapat timbul pada kehamilan remaja(usia dibawah 20 tahun.

1. .Pada umumnya ibu muda(remaja) kurang memperhatikan kehamilannya,termaksud control kehamilan . ini berdampak pada meningkatnya resiko kehamilan
2. Ibu muda(remaja)pada waktu hamil sering mengalami ketidak aturan tekanan darah yang dapat berdampak pada keracunan kehamilan serta kejangan yang berakibat pada kematian
3. Penelitian juga memperlihatkan bahwa kehamilan usia muda seringkali berkaitan dengan munculnya kanker mulut rahim.

Unsafe Abortion

Menrut Fast about abortion: info kit on womwns health,institute for social study and action,Maret 1991,dalam istilah kesehatan aborsi didefinisikan sebagai penghentian kehamilan setelah tertanamnya ovum yang telah dibuahi dalam rahim,sebel usia janin berusia mencapai 20 minggu.

Di Indonesia belum ada batasan resmi mengenai aborsi. Dalam kamus Bahasa Indonesia (Prof.JS.Badudu dan Prof.Sutan Muhammad Zain 1996) abortus didefinisikan sebagai terjadinya keguguran janin; melakukan abortus sebagai melakukan pengguguran (dengan sengaja karena tidak menginginkan bakal bayi yang ia kandung.

Yang dimaksud dengan aborsi tidak aman adalah (unsafe abortion adalah penghentian kehamilan yan dilakukan oleh orang yang tidak terlatih/kompeten dan menggunakan saran yang tidak memadai ,sehingga menimbulkan banyak komplikasi bahkan kematian. Banyaknya kematian akibat aborsi yang tidak aman tentu sangat memprihatinkan.

D. Penyakit Menular Seksual

Penyakit Menular Seksual adalh penyakit infeksi yang kebanyakan ditulari melalui hubungan seksual melalui (oral,anal,lewat vagina). PMS juga diartikan sebagai penyakit kelamin . harus diperhatikan bahwa PMS menyerang sekitar alat kelamin,tapi gejalahnya dapat muncul dan menyerang mata,mulut,saluran pencernaan ,hati,otak dan organ tubuh

lainnya contohnya: HIV/AIDS dan Hepatitis B dapat ditularkan melalui hubungan seksual ,tetapi keuanya tidak terlalu menyerang alat kelamin.

Pada umumnya PMS membahayakan organ-organ reproduksi,pada wanita, PMS menghancurkan dinding vagina atau leher rahim,biasanya tanpa tanda-tanda infeksi.

Ada beberpa akibat negative yang dapat ditimbulkan PMS yaitu

1. Kemandulan
2. Kegugura
3. Kanker rahim
4. Merusak penglihatan,otak dan hati
5. Menular kepada bayi,melalui air susu ibu
6. Rentan terhadap penyakit AIDS dan hepatitis B

Ada beberpa jenis PMS ,tetapi yang paling umum dan yang paling penting untuk diperhaitikan adalah

1. Gonorea;menyebabkan kemandulan
2. Klamidia;menyebabkan kemandulan
3. Herpes kelamin;menyebabkan gejala yang biasa muncul dan hilang seumur hidup
4. Sifilis;menyebabbbkan kerusakan erat pada klamin jika tidak diobati
5. Hepatitis B menyebbkan kerusakan pada hati.
6. HIV/AIDS menghancurkan system kekebalan tubuh bahkan meninggal

Solusi sementara untuk menanggulangi permasalahan tersebut adalah penyuluhan kesehatan terutama tentang PMS,oleh Bidan Komunitas dapat dilakukan test darah dan pemeriksaan kesehatan terutama pada wanita dan remaja ,dengan tujuan masyarakat sadar akan akibat yang diderita jika sudah menderit PMS

BAB IV

KELUARGA: MITRA BIDAN DI KOMUNITAS

Konsep Keluarga

Dep-kes RI .1988. Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yg terdiri dari kk dan beberapa orang yg berkumpul dan tinggal disuatu tempat dibawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

S.G.Baillon.1989. Keluarga adalah =>dua orang atau lebih dari individu yg bergabung karena hubungan darah,hubperkawinan,pengangkatan,dan mereka hidup dalam satu rumah tangga beriteraksi satu sama lainnya dalam perannya masing-masing serta mempertahankan suatu kebudayaan.

Subdit.perkesmas dep-kes RI.

Keluarga adalah salah satu kelompok atau perkumpulan manusia yg hidup bersama sebagai satu kesatuan /unit masyarakat terkecil dan biasanya selalu ada hub darah,ikatan perkawinan,yg dipimpin oleh seorang kepala keluarga dan makan dalam satu periuk.

1. Pengertian Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa anggota keluarga lainnya yang berkumpul dan tinggal dalam suatu rumah tangga karena pertalian darah dan ikatan perkawinan atau adopsi, dimana antara satu dengan yang lainnya saling tergantung dan berinteraksi. Bila salah satu anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan atau keperawatan, maka akan berpengaruh terhadap anggota-anggota yang lain dan keluarga-keluarga yang ada di sekitarnya (Effendi, 1998).

2. Bentuk Tipe Keluarga (Effendi, 1998)

- a. Keluarga inti (*Nuclear Family*), adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak-anak.
- b. Keluarga besar (*ETtended Family*), adalah keluarga inti ditambah sanak saudara, misalnya nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi, dan sebagainya.
- c. Keluarga berantai (*Serial Family*), adalah keluarga yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan satu keluarga inti.
- d. Keluarga duda/janda (*Composite*), adalah keluarga yang terjadi karena perceraian atau kematian.

- e. Keluarga berkomposisi, adalah yang perkawinannya berpoligami dan hidup secara bersama-sama.
- f. Keluarga kabitas (*Cabitation*), adalah dua orang yang menjadi satau tanpa pernikahan tetapi membentuk satu keluarga.

3. Pemegang Kekuasaan dalam Keluarga Pemegang kekuasaan keluarga menurut (Effendi, 1998):

- a. Patrikal, yang dominan memegang kekuasaan dalam keluarga adalah pihak ayah.
- b. Matrikal, yang dominan memegang kekuasaan dalam keluarga adalah pihak ibu.
- c. Equalitarian, yang dominan memegang kekuasaan dalam keluarga adalah pihak ayah dan ibu.

4. Peranan Keluarga

Peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Menurut (Effendi, 1998) peranan dalam keluarga adalah:

a. Peranan ayah

Sebagai suami dari istri dan ayah dari anak-anak, pecari nafkah, pendidik, pelindung, kepala keluarga, anggota dari kelompok sosialnya, anggota masyarakat dari lingkungannya.

b. Peranan ibu

Sebagai istri dan ibu dari anak-anak, mengurus rumah tangga, mengasuh dan pendidik, pelindung dari salah satu kelompok dari peranan sosialnya, serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, pencari nafkah tambahan dalam keluarga.

c. Peranan anak

Melaksanakan peranan psikososial sesuai tingkat perkembangan baik fisik, mental maupun spiritual.

5. Fungsi Keluarga

a. Fungsi biologis

Untuk meneruskan keturunan, memelihara dan membesarkan anak, memenuhi kebutuhan gizi keluarga, memelihara dan merawat anggota keluarga.

b. Fungsi psikologis

- 1) Memberikan kasih sayang dan rasa aman.
 - 2) Memberikan kasih sayang diantara anggota keluarga.
- c. Fungsi sosial
- 1) Membina sosialisasi pada anak.
 - 2) Membentuk norma tingkah laku sesuai tingkat perkembangan anak.
- d. Fungsi ekonomi
- 1) Pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
 - 2) Mencari sumber penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
 - 3) Menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga dimasa yang akan datang.
- e. Fungsi Pendidikan
- 1) Menyekolahkan anak untuk membekali pendidikan, ketrampilan dan membentuk perilaku sesuai bakat dan minat yang dimilikinya.
 - 2) Mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa yang akan datang, memenuhi peranannya sebagai orang dewasa.
 - 3) Mendidik anak sesuai tingkat perkembangannya.

6. Gambaran Keluarga Sehat

Gambaran keluarga sehat dapat dikemukakan sebagai berikut:

- a. Anggota keluarga dalam kondisi sehat fisik, mental maupun sosial.
- b. Cepat meminta bantuan tenaga kesehatan atau unit pelayanan kesehatan bila timbul masalah kesehatan pada salah satu anggota keluarga.
- c. Di rumah tersedia kotak berisi obat-obatan sederhana untuk P3K.
- d. Tinggal di rumah dan lingkungan yang sehat.
- e. Selalu memperhatikan kesehatan keluarga dan masyarakat.

Seorang bidan yang bekerja di komunitas harus mengetahui data wilayah kerjanya, data tersebut mencakup komposisi keluarga, keadaan sosial, ekonomi, adat kebiasaan, kehidupan beragama, status kesehatan serta masalah ibu dan anak balita. Keberhasilan bidan yang bekerja dibidang komunitas tergantung pada peningkatan kesehatan ibu dan anak balita di wilayah kerjanya.

Sasaran umum kebidanan komunitas adalah ibu dan anak dalam keluarga. Menurut undang-undang no.12 tentang kesehatan, yang dimaksud dengan keluarga adalah suami, istri, anak dan anggota keluarga lainnya.

Di dalam kesehatan keluarga, kesehatan istri mencakup kesehatan masa pra kehamilan, persalinan, pasca persalinan dan masa di luar masa kehamilan (masa interfal) serta persalinan. Upaya kesehatan ibu dan anak dilakukan melalui peningkatan kesehatan anak dalam kandungan, masa bayi, masa balita dan masa pra sekolah.

B. Konsep Manajemen Asuhan Keluarga

Dalam memecahkan masalah pasiennya, bidan menggunakan manajemen yaitu suatu metode yang digunakan oleh bidan dalam menentukan dan mencari langkah-langkah pemecahan masalah serta melakukan tindakan untuk menyelamatkan pasiennya dari gangguan kesehatan.

Langkah-langkah kebidanan komunitas:

1. Identitas masalah

Dalam identifikasi masalah bidan melakukan pengumpulan data berdasarkan sumber data, pengumpulan dilakukan secara langsung di masyarakat (data subyektif) dan secara tidak langsung (data obyektif).

Data subyektif didapat dari informasi yang langsung diterima dari masyarakat melalui wawancara. Data obyektif adalah data yang diperoleh dari hasil obserfasi pemeriksaan dan penelaahan catatan keluarga, masyarakat dan lingkungannya.

Kegiatan yang dilakukan oleh bidan dalam pengumpulan data ini adalah pengumplan data tentang keadaan kesehatan desa dan pencatatan data keluarga sebagai sasaran pemeriksaan.

2. Data Desa

Data desa meliputi:

- a. Wilayah desa (Luas, keadaan geografi, jarak desa dan fasilitas kesehatan pemeriksaan).
- b. Penduduk (jumlah, komposisi penduduk, jumlah keluarga, mata pencaharian, pertumbuhan penduduk, dinamika penduduk).
- c. Status kesehatan (angka kematian, jenis dan angka kesaktan ibu, anak dan balita).
- d. Keadaan lingkungan (jumlah sarana air minum, jumlah jamban keluarga, pembuangan sampah dan kotoran, pembuangan tinja dan kondisi tinja).
- e. Sosial ekonomi (pendidikan, pendapatan perkapita, organisasi dari lembaga swadaya masyarakat yang ada, media komunikasi yang dimiliki masyarakat).
- f. Data keluarga
- g. Pemeriksaan fisik anggota keluarga yaitu ibu, bayi dan balita.

h. Pemeriksaan lingkungan keluarga (rumah, pekarangan, pembuangan sampah dan kotoran).

3. Analisa dan Perumusan Masalah

Setelah data dikumpulkan dan dicatat sebagai syarat dengan ditetapkan masalah kesehatan lingkungan di komunitas.

a. Analisis

Tujuan analisis adalah menggunakan data yang terkumpul dan mencari kaitan satu dengan lainnya sehingga ditemukan berbagai masalah, melalui proses analisis ditemukan jawaban tentang hubungan antara penyakit atau kasus kesehatan dengan lingkungan keadaan sosial budaya (perilaku). Pelayanan kesehatan serta faktor keturunan yang berpengaruh terhadap kesehatan.

b. Perumusan Masalah

Perumusan masalah dapat dikumpulkan berdasarkan hasil analisis. Dalam rumusan masalah mencakup masalah utama dan penyebabnya serta masalah potensial.

4. Rencana dan Tindakan

Bila sudah diketahui masalah utama kesehatan lingkungan serta penyebabnya, maka disusun rencana dan tindakan yang dilakukan. Tindakan dilakukan berdasarkan rencana yang disusun:

a. Rencana

Rencana untuk pemecahan masalah kesehatan lingkungan di komunitas dapat dibagi menjadi tujuan, rencana pelaksanaan, dan evaluasi. Untuk pencapaian tujuan tersebut perlu ditetapkan sasaran, maka disusun rencana pelaksanaan.

Di dalam pelaksanaan mencakup:

- 1) Pemeliharaan kesehatan lingkungan.
- 2) Penyuluhan tentang kesehatan lingkungan yang diberikan pada keluarga.

Untuk mengetahui hasil suatu upaya, maka perlu ditentukan kriteria keberhasilan, kriteria ini ditetapkan di dalam rencana evaluasi tercapai:

- 1) Tingkat kesehatan lingkungan.
- 2) Frekuensi penyuluhan.
- 3) Partisipasi keluarga dalam bentuk tindakan.

b. Tindakan

Di dalam pelaksanaan kegiatan, bidan harus memonitor perkembangan dan perubahan yang terjadi terhadap lingkungan kemungkinan penetapan tujuan juga tidak tepat, bila hal

ini terjadi, maka perlu dilakukan modifikasi dan juga menyebabkan perubahan dalam melaksanakan tindakan dan evaluasi.

5. 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 tujuan tidak tercapai, maka perlu dikaji kembali penyebabnya. Bila kegiatan berhasil mencapai tujuan maka identifikasi dilakukan dalam mengantisipasi kemungkinan terjadi masalah lain yang timbul akibat keberhasilan tersebut.

BAB V

JEJARING KERJA BIDAN DI KOMUNITAS

Beberapa jaringan kerja bidan di komunitas yaitu Puskesmas/ Puskesmas Pembantu, Polindes, Posyandu, BPS, Rumah pasien, Dasa Wisma, PKK. (Syahlan, 1996 : 235)

Di puskesmas bidan sebagai anggota tim bidan diharapkan dapat mengenali kegiatan yang akan dilakukan, mengenali dan menguasai fungsi dan tugas masing – masing, selalu berkomunikasi dengan pimpinan dan anggota lainnya, memberi dan menerima saran serta turut bertanggung jawab atas keseluruhan kegiatan tim dan hasilnya.

Di Polindes, Posyandu, BPS dan rumah pasien, bidan merupakan pimpinan tim/ leader di mana bidan diharapkan mampu berperan sebagai pengelola sekaligus pelaksana kegiatan kebidanan di komunitas. (Meilani, dkk, 2009 : 11)

Dalam jaringan kerja bidan di komunitas diperlukan kerjasama lintas program dan lintas sektor. Kerjasama lintas program merupakan bentuk kerjasama yang dilaksanakan di dalam satu instansi terkait, misalnya : imunisasi, pemberian tablet FE, Vitamin A, PMT dan sebagainya. Sedangkan kerjasama lintas sektor merupakan kerjasama yang melibatkan institusi/ departemen lain, misalnya : Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS), Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), dan sebagainya.

Tujuan dari kerjasama lintas program dan lintas sektoral dalam kebidanan komunitas antara lain.

1. Meningkatkan koordinasi untuk memenuhi kewajiban peran masing-masing dalam pembangunan kesehatan. Intinya adalah kerja sama lintas program dan sektoral untuk memecahkan suatu masalah kesehatan. Oleh karena itu fungsi koordinasi yang dilakukan oleh sektor kesehatan merupakan suatu keharusan.
2. Meningkatkan komunikasi antara sektoral pemerintahan dan swasta tentang masalah kesehatan. Agar saling memahami di antara anggota dan mitra, maka diperlukan komunikasi yang efektif melalui pertemuan-pertemuan berkala berdasarkan kesepakatan bersama.
3. Meningkatkan kemampuan bersama dalam menanggulangi masalah kesehatan dan memaksimalkan keuntungan semua pihak. Tujuan utama dari kemitraan di bidang kesehatan adalah menggalang kekuatan untuk memecahkan dan menanggulangi masalah kesehatan masyarakat setempat. Oleh sebab itu, memaksimalkan manfaat atau keuntungan adalah merupakan harapan bersama dari sebuah kemitraan.

4. Meningkatkan apa yang menjadi komitmen bersama. Komitmen adalah suatu kesediaan dan pengorbanan (waktu, pikiran, tenaga, dan sebagainya) masing-masing anggota kemitraan terhadap program atau upaya pemecahan masalah kesehatan yang telah disepakati bersama.

Dalam komitmen pasti ada pengorbanan dari masing-masing anggota.

5. Tercapainya upaya kesehatan yang efisien dan efektif atau berdaya guna dan berhasil guna.

Pendekatan yang digunakan dalam kerjasama lintas program dan lintas sektoral antara lain.

- a. Input

Input sebuah kemitraan adalah semua sumber daya yang dimiliki oleh masing-masing unsur yang terjalin dalam kemitraan, terutama sumber daya manusia, dan sumber daya yang lain seperti dana, sistem informasi, teknologi, dan sebagainya. Selain itu, jumlah atau banyaknya mitra yang terlibat juga merupakan input.

- b. Proses

Proses dalam kemitraan pada hakikatnya adalah kegiatan-kegiatan untuk membangun kemitraan tersebut.

- c. Output

Output adalah terbentuknya kerja atau networking, forum, dan sebagainya yang terdiri dari berbagai unsur dan tersusunnya program dan pelaksanaannya berupa kegiatan bersama dalam rangka memecahkan masalah kesehatan. Selain itu, juga tersusun uraian tugas dan fungsi untuk masing-masing anggota.

- d. Outcome

Outcome adalah dampak dari pada kerjasama terhadap peningkatan kesehatan masyarakat. Oleh sebab itu, outcome dapat dilihat dari indikator-indikator derajat kesehatan masyarakat, yang sebenarnya merupakan akumulasi dari dampak upaya-upaya lain di samping kemitraan. Dengan demikian, outcome adalah meningkatnya angka atau indikator kesehatan ,misalnya meningkatnya status gizi anak balita, meningkatnya penduduk yang terakses air bersih, dan lain sebagainya.

BAB VI

PROGRAM PENINGKATAN KESEHATAN REPRODUKSI

PWS KIA

- Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) telah dilaksanakan di Indonesia sejak tahun 1985, diawali dg pelaksanaan PWS imunisasi dan dikembangkan ke dalam PWS KIA dan PWS gizi
- Dengan adanya PWS-KIA diharapkan AKI dan AKB turun.
- Upaya untuk menajamkan strategi penurunan AKI melalui “Making Pregnancy Safer” (MPS) pada tahun 2000. Sedangkan untuk menekan AKB dan AKABA pemerintah telah mencanangkan “child survival” (CS) sejak tahun 1985
- MPS dan CS sesuai dengan Grand Strategi DEPKES tahun 2004
- Tiga Pesan Kunci MPS :
 - (1) Setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih
 - (2) Setiap komplikasi obstetri dan neonatal mendapat pelayanan yg adekuat
 - (3) Setiap wanita usia subur mempunyai akses terhadap upaya pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran
- Empat Strategi MPS :
 - (1) Peningkatan kualitas dan akses pelayanan kesehatan ibu, bayi dan balita di tingkat dasar dan rujukan
 - (2) Membangun kemitraan yang efektif
 - (3) Mendorong pemberdayaan perempuan, keluarga dan masyarakat
 - (4) Meningkatkan sistem surveilan, pembiayaan monitoring dan informasi KIA

PWS KIA adalah alat manajemen utk melakukan pemantauan program KIA di suatu wilayah kerja secara terus menerus, agar dapat dilakukan tindak lanjut yg cepat dan tepat, Program KIA meliputi pelayanan ibu hamil, ibu bersalin, ibu ifas, ibu dengan komplikasi kebidanan, KB, bayi baru lahir, bayi baru lahir dengan komplikasi, bayi dan balita.

Kegiatan PWS terdiri dari pengumpulan, pengolahan, analisis, dan interpretasi data serta penyebarluasan informasi ke penyelenggara program dan pihak/instansi terkait utk tindak lanjut.

Definisi kegiatan PWS-KIA sama dengan “surveilans”, yaitu kegiatan sistematis berkesinambungan, mulai dari kegiatan mengumpulkan, menganalisis, dan

menginterpretasikan data yang utk selanjutnya dijadikan landasan yang esensial dalam membuat rencana, implementasi dan evaluasi suatu kebijakan kesehatan masyarakat.

Tujuan Umum : terpantaunya cakupan dan mutu pelayanan KIA secara terus menerus di setiap wilayah kerja

Tujuan Khusus :

- (1) Memantau pelayanan KIA secara individu melalui kohort
- (2) Memantau kemajuan pelayanan KIA dan cakupan indikator KIA secara teratur (bulanan) dan terus menerus
- (3) Menilai kesenjangan pelayanan KIA terhadap standar pelayanan KIA
- (4) Menilai kesenjangan pencapaian cakupan indikator KIA terhadap target yg ditetapkan
- (5) Menentukan sasaran individu dan wilayah prioritas yg akan ditangani secara intensif berdasarkan besarnya kesenjangan
- (6) Merencanakan tindak lanjut dengan menggunakan sumber daya yang tersedia dan yang potensial utk digunakan
- (7) Meningkatkan peran aparat setempat dalam penggerakan sasaran dan mobilisasi sumber daya
- (8) Meningkatkan peran serta dan kesadaran masyarakat utk memanfaatkan pelayanan KIA

Prinsip pengelolaan program KIA diutamakan pada kegiatan pokok sebagai berikut :

- (1) Peningkatan pelayanan antenatal sesuai standar bagi seluruh ibu hamil di semua fasilitas kesehatan
- (2) Peningkatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan kompeten diarahkan ke fasilitas kesehatan
- (3) Peningkatan pelayanan bagi seluruh ibu nifas sesuai standar di semua fasilitas kesehatan
- (4) Peningkatan pelayanan bagi seluruh neonatus sesuai standar di semua fasilitas kesehatan
- (5) Peningkatan deteksi dini faktor resiko 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

(7) Peningkatan pelayanan kesehatan bagi seluruh bayi sesuai standar di semua fasilitas kesehatan

(8) Peningkatan pelayanan kesehatan bagi seluruh balita sesuai standar di semua fasilitas kesehatan

(9) Peningkatan pelayanan KB sesuai standar

Pelayanan Antenatal

Adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya, dilaksanakan sesuai dg standar pelayanan antenatal yg 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 resiko yg ditemukan dlm pemeriksaan).

■ Dalam penerapan terdiri atas “10 T” :

(1) Timbang BB dan ukur TB

(2) Ukur Tekanan Darah

(3) Nilai status gizi (ukur LILA)

(4) Ukur TFU

(5) Tentukan presentasi janin dan DJJ

(6) Skrining status imunisasi TT dan berikan imunisasi TT bila diperlukan

(7) Pemberian tablet besi minimal 90 tablet selama kehamilan

(8) Tes laboratorium (rutin dan khusus)

(9) Tatalaksana kasus

(10) Temu wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan

Pemeriksaan laboratorium rutin mencakup :

Pemeriksaan golongan darah, hemoglobin, protein urin dan gula darah puasa.

Pemeriksaan laboratorium khusus dilakukan didaerah prevalensi tinggi dan atau kelompok ber resiko, jenis pemeriksaan :

Hepatitis B, HIV, sifilis, malaria, TBC, kecacingan dan thalassemia

Secara operasional pelayanan antenatal disebut lengkap apabila dilakukan oleh tenaga kesehatan serta memenuhi standar tersebut.

Frekuensi pelayanan antenatal yang dianjurkan sbg berikut :

- (a) Minimal 1 kali pada triwulan pertama
- (b) Minimal 1 kali pada triwulan kedua
- (c) Minimal 2 kali pada triwulan ketiga

Tenaga kesehatan yang berkompeten memberikan pelayanan antenatal kepada ibu hamil : dokter spesialis kebidanan, dokter, bidan dan perawat.

Pertolongan Persalinan

Pertolongan persalinan oleh Nakes adl pelayanan persalinan yg aman yg dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten. Tenaga kesehatan yg berkompeten adalah : dokter spesialis kebidanan, dokter dan bidan

Pada prinsipnya penolong persalinan harus memperhatikan hal-hal sbb :

- (1) Pencegahan infeksi
- (2) Metode pertolongan persalinan yg sesuai standar
- (3) Merujuk kasus yg tidak dapat ditangani ke tingkat pelayanan yg lebih tinggi
- (4) Melaksanakan inisiasi menyusui dini (IMD)
- (5) Memberikan injeksi vit K1 dan salep mata pada bayi baru lahir

Pelayanan Nifas

Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan sesuai standar pada ibu mulai 6 jam sampai 42 hari pasca persalinan oleh tenaga kesehatan.

Kunjungan nifas minimal sebanyak 3 kali dengan ketentuan waktu :

- (1) Kunjungan nifas pertama (KF 1) pada masa 6 jam s/d 3 hari setelah persalinan
- (2) Kunjungan nifas kedua (KF 2) dalam waktu 2 minggu setelah persalinan (8 s/d 14 hari)
- (3) Kunjungan nifas ketiga (KF 3) dalam waktu 6 minggu setelah persalinan (36 s/d 42 hari)

Pelayanan yg diberikan adl :

Pemeriksaan Tekanan darah, nadi respirasi, suhu, TFU (involusi uterus), lochia dan pengeluaran per vaginam lainnya, payudara dan anjuran ASI eksklusif 6 bulan, kapsul vit A 200.000 IU sebanyak 2 kali (pertama segera setelah melahirkan, dan kedua diberikan setelah 24 jam pemberian kapsul vit A pertama), pelayanan KB pasca salin

Tenaga kesehatan yg dapat memberikan pelayanan kesehatan ibu masa nifas adl : dokter spesialis kebidanan, dokter, bidan dan perawat.

Pelayanan Neonatus

Pelayanan kesehatan neonatus adl pelayanan kesehatan sesuai standar yg diberikan oleh tenkes yg kompeten kepada neonatus sedikitnya 3 kali selama periode 0 s/d 28 hari setelah lahir, baik di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus :

- (1) Kunjungan neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan pd kurun waktu 6-48 jam setelah lahir
- (2) Kunjungan neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pd kurun waktu hari ke-3 sampai dengan ke-7 setelah lahir
- (3) Kunjungan neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 s/d ke 28 hari setelah lahir

Kunjungan neonatal bertujuan untuk meningkatkan akses neonatus terhadap pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin bila terdapat kelainan/masalah kesehatan pada neonatus.

Resiko terbesar kematian neonatus tjd pada 24 jam pertama kehidupan, minggu pertama dan bulan pertama kehidupannya. Sehingga jika bayi dilahirkan di fasilitas kesehatan sangat dianjurkan utk 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 Balita Muda (MTBM) utk memastikan bayi dalam keadaan sehat, meliputi :

- (1) Pemeriksaan dan perawatan bayi baru lahir : perawatan tali pusat, melaksanakan ASI eksklusif, memastikan bayi telah diberi injeksi vit K1, memastikan bayi telah diberi salep mata antibiotik, pemberian imunisasi hepatitis B-0
- (2) Pemeriksaan menggunakan pendekatan MTBM : pemeriksaan tanda bahaya, pemberian imunisasi Hep B-0 bila belum diberikan, konseling pd ibu dan keluarga, penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan

Tenaga kesehatan yg dapat memberikan pelayanan kesehatan neonatus : dokter spesialis anak, dokter, bidan dan perawat

Pelayanan Kehamilan dengan Risiko

Deteksi dini kehamilan dg faktor resiko adalah kegiatan yg dilakukan utk menemukan ibu hamil yg mempunyai faktor resiko dan komplikasi kebidanan.

Faktor resiko pada ibu hamil adalah :

- (1) Primigravida < 20 tahun dan > 35 tahun
- (2) Anak lebih dari 4
- (3) Jarak persalinan terakhir dan kehamilan sekarang kurang dari 2 tahun
- (4) Kurang energi kronis (KEK) dg LILA < 23,5 cm atau penambahan BB < 9 kg selama masa kehamilan
- (5) Anemia dengan HB < 11 g/dl
- (6) TB < 145 cm atau dg kelainan bentuk panggul dan tulang belakang
- (7) Riwayat hipertensi pd kehamilan sebelumnya atau sebelum kehamilan ini
- (8) sedang./pernah menderita penyakit kronis antara lain TBC, kelainan jantung-ginjal-hati, psikosis kelainan endokrin (DM, sistema Lupus eritamosus, dll) tumor dan keganasan
- (9) Riwayat kehamilan buruk : keguguran berulang, kehamilan ektopik terganggu, mola hidatidosa, KPD, bayi dg cacat kongenital
- (10) Riwayat persalinan dg komplikasi : persalinan dg seksio sesarea, ekstraksi vakuum / forsep
- (11) Riwayat nifas dg komplikasi : perdarahan pasca persalinan, infeksi masa nifas, psikosis post partum (post partum blues)
- (12) Riwayat keluarga menderita penyakit DM, hipertensi, dan riwayat cacat kongenital
- (13) Kelainan jumlah janin : gemelli, janin dampit, monster
- (14) Kelainan besar janin: PJT, janin besar
- (15) Kelainan letak dan posisi janin : lintang/oblique, sungsang pada usia kehamilan > 32 minggu

(Catt: Penambahan berat badan pada ibu hamil 9-12 kg selama kehamilan)

Komplikasi pada ibu hamil, bersalin, dan nifas :

- (1). Ketuban pecah dini
- (2). Perdarahan pervaginam :
- (3). Ante partum : keguguran, plasenta previa, solusio plasenta

- (4). Intra partum : robekan jalan lahir
- (5). Post partum : atonia uteri, retensio plasenta, plasenta inkarserata, kelainan pembekuan darah, subinvolusi uteri
- (6) Hipertensi dalam kehamilan : TD sistolik > 140 mmHg dan diastolik > 90 mmHg, dengan atau tanpa edema pre-tibial
- (7). Ancaman persalinan prematur
- (8) Infeksi berat dalam kehamilan : DHF, tifus abdominis, sepsis
- (9). Distosia : persalinan macet, persalinan tak maju
- (10) Infeksi masa nifas

Faktor resiko pada neonatus

- (1). Tidak mau minum/menyusu atau memuntahkan semua
- (2). Riwayat kejang
- (3). Bergerak hanya jika dirangsang/letargis
- (4). Frekuensi nafas 30 x/menit atau 60 x/menit
- (5). Suhu tubuh 35,5 c atau 37,5 c
- (6). Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat
- (7). Merintih
- (8). Ada pustul kulit
- (9). Nanah yang banyak di mata
- (10) Pusing kemerahan meluas ke dinding perut
- (11) Mata cekung dan cubitan kulit perut kembali sangat lambat
- (12) Berat badan menurut umur rendah dan atau ada masalah pada pemberian ASI
- (13) BBLR : bayi berat lahir rendah < 2500 gram
- (14) Kelainan kongenital seperti ada celah di bibir dan langit-langit

Komplikasi pada neonatus antara lain

- Prematuritas dan BBLR
- Asfiksia
- Infeksi bakteri
- Kejang
- Ikterus
- Diare

- Hipotermia
- Tetanus neonatorum
- Masalah pemberian ASI
- Trauma lahir, sindroma gangguan pernafasan, kelainan kongenital,dll

Penanganan Komplikasi Kebidanan

- Penanganan komplikasi kebidanan adl pelayanan kepada ibu dg komplikasi kebidanan untuk mendapat penanganan definitif sesuai standar oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan.
- 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 PONEK sampai RS PONEK 24 jam.
- Pelayanan medis yg dapat dilakukan di puskesmas mampu PONEK meliputi
 - (1) Penanganan perdarahan pd kehamilan, persalinan dan nifas
 - (2) Pencegahan dan penanganan hipertensi dlm kehamilan (pre-eklamsi dan eklamsi)
 - (3) Pencegahan dan penanganan infeksi
 - (4) Penanganan partus lama/macet
 - (5) Penanganan abortus
 - (6) Stabilisasi komplikasi obstetrik utk dirujuk dan transportasi rujukan
- Pelayanan neonatus :
 - (1) Pencegahan dan penanganan asfiksia
 - (2) Pencegahan dan penanganan hipotermia
 - (3) Penanganan BBLR
 - (4) Pencegahan dan penanganan infeksi neonatus, kejang neonatus, ikterus ringan-sedang
 - (5) Pencegahan dan penanganan gangguan minum
 - (6) Stabilisasi komplikasi neonatus untuk dirujuk dan transportasi rujukan

Pelayanan Neonatus dan Komplikasi

Pelayanan Kesehatan Bayi :

- Pelayanan kesehatan bayi adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yg diberikan oleh tenaga kesehatan kepada bayi sedikitnya 4 kali, selama periode 29 hari sampai dengan 11 bulan setelah lahir
- Pelaksanaan pelayanan kesehatan bayi :
 - (1) Kunjungan bayi 1 kali pada umur 29 – 2 bulan
 - (2) Kunjungan bayi 1 kali pada umur 3 – 5 bulan
 - (3) Kunjungan bayi 1 kali pada umur 6 – 8 bulan
 - (4) Kunjungan bayi 1 kali pada umu 9 – 11 bulan
- Pelayanan kesehatan bayi 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

Tenkes yg dpt memberikan pelayanan kesehatan bayi adalah dokter spesialis anak, dokter, bidan dan perawat

Pelayanan Kesehatan Anak Balita

- 5 tahun pertama kehidupan “ Golden Period “
- Bentuk pelaksanaan tumbuh kembang anak di lapangan dilakukan dg mengacu pada pedoman stimulasi, deteksi dan intervensi tumbuh kembang anak (SDIDTK) yg dilaksanakan oleh tenkes di puskesmas dan jajarannya seperti dokter, bidan, perawat, ahli gizi, penyuluh kesehatan masyarakat dan tenaga kesehatan lainnya yg peduli dg anak
- Parameter derajat kesehatan suatu negara adl kematian bayi dan balita.
- Ditingkat pelayanan dasar dicegah dg teknologi sederhana dg menerapkan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).
- Pelayanan kesehatan anak balita meliputi pelayanan pada anak balita sehat dan sakit

- Pelayanan kesehatan yg diberikan oleh tenkes sesuai standar yg meliputi :
 - (1) Pelayanan pemantauan pertumbuhan minimal 8 kali setahun yg tercatat dlm buku KIA/KMS
 - (2) Stimulasi deteksi dan intervensi dini tumbuh kembang (SDIDTK) minimal 2 kali di setahun
 - (3) Pemberian vit.A dosis tinggi (200.000 IU) 2 kali setahun
 - (4) Kepemilikan dan pemanfaatan buku KIA oleh setiap anak balita
 - (5) Pelayanan anak balita sakit sesuai standar dengan menggunakan pendekatan MTBS

Pelayanan KB yang berkualitas

- Pelayanan KB yg berkualitas adalah pelayanan KB sesuai standar dg menghormati hak individu dalam merencanakan kehamilan sehingga diharapkan dapat berkontribusi dalam menurunkan AKI dan menurunkan tingkat fertilitas bagi pasangan yg telah cukup memiliki anak (2 anak atau lebih) serta meningkatkan fertilitas bagi pasangan yg ingin mempunyai anak
- Metode KB yang dapat digunakan adalah :
 - (1) KB alamiah (sistem kalender, MAL, coitus interruptus)
 - (2) Metode KB hormonal
 - (3) Metode KB non hormonal
- Tenaga kesehatan yg dapat memberikan pelayanan KB :

Dokter spesialis kebidanan, dokter, bidan dan perawat

Indikator Pemantauan

- Sasaran yang digunakan dalam PWS KIA berdasarkan kurun wantu 1 tahun dg prinsip konsep wilayah (sasaran provinsi utk provinsi, dan sasaran kabupaten/kota utk kabupaten/kota)
- (1) Akses pelayanan antenatal (cakupan K1)
 - Adalah cakupan ibu hamil yg pertama kali mendapat pelayanan ante natal oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu
 - Indikator akses ini digunakan utk mengetahui jangkauan pelayanan antenatal serta kemampuan program dalam menggerakkan masyarakat
 - Rumus yg dipakai utk perhitungannya :

Jml ibu hamil yg pertama kali mendapat pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan disuatu wilayah kerja dlm kurun wkt tertentu $\times 100$

Jumlah sasaran ibu hamil disuatu wilayah kerja dalam 1 tahun

- Jumlah sasaran ibu hamil dalam 1 tahun dapat diperoleh melalui proyeksi, dihitung menggunakan perkiraan jumlah ibu hamil dengan menggunakan rumus :
 $1,10 \times \text{angka kelahiran kasar (CBR)} \times \text{jumlah penduduk}$
- Angka kelahiran kasar (CBR) yg digunakan adl angka terakhir CBR kabupaten / kota. Bila angka CBR kabupaten/kota tdk ada maka dapat digunakan angka terakhir CBR propinsi.
- CBR propinsi dapat diperoleh juga dari buku data penduduk sasaran program pembangunan kesehatan 2007 – 2010

Cakupan Pelayanan Ibu Hamil (Cakupan K4)

- Adalah cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar, paling sedikit 4 kali dengan distribusi waktu pd trimester 1 = 1 kali, trimester 2 = 1 kali, dan trimester 3 = 2 kali di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu
- Indikator ini dapat diketahui cakupan pelayanan antenatal secara lengkap (memenuhi standar pelayanan dan menepati waktu yg ditetapkan), yang menggambarkan tingkat perlindungan ibu hamil di suatu wilayah, disamping menggambarkan kemampuan manajemen ataupun keberlangsungan program KIA
- Rumus yang digunakan adl :

Jml ibu hamil yg mendapatkan pelayanan antenatal minimal 4 kali sesuai standar oleh tenkes disuati wil.kerja pd kurun wkt tertentu $\times 100$

Jumlah sasaran ibu hamil disuatu wilayah dalam 1 tahun

Cakupan Persalinan oleh Tanaga Kesehatan (Pn)

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

- Dengan indikator ini dapat diperkirakan proporsi persalinan yang ditangani oleh tenaga kesehatan dan ini menggambarkan kemampuan manajemen program KIA dalam pertolongan persalinan sesuai standar
- Rumus yang digunakan sbb :

Jml persalinan yg ditolong oleh tenaga kesehatan kompeten disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu _____ x 100

Jumlah sasaran ibu bersalin disuatu wilayah kerja dalam 1 tahun

- Jumlah sasaran ibu bersalin dalam 1 tahun dihitung dengan menggunakan rumus :
1,05 x angka kelahiran kasar (CBR) x jumlah penduduk

Cakupan Pelayanan Nifas oleh Tenaga Kesehatan (KF3)

- Adalah cakupan pelayanan kepada ibu pada masa 6 jam sampai dengan 42 hari pasca bersalin sesuai dengan standar paling sedikit 3 kali dengan distribusi waktu 6 jam – 3 hari, 8 – 14 hari, dan 36 – 42 hari setelah bersalin di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
- Dengan indikator ini dapat diketahui cakupan pelayanan nifas secara lengkap (memenuhi standar pelayanan dan menepati waktu yg ditetapkan), yang menggambarkan jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan ibu nifas, di samping menggambarkan kemampuan manajemen ataupun kelangsungan program KIA.
- Rumus yg digunakan adl sbb :

Jumlah ibu nifas yg telah memperoleh 3 kali pelayanan nifas sesuai standar oleh tenkes di suatu wilayah kerja pd kurun waktu tertentu _____ x 100

Jumlah sasaran ibu nifas di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun

Jumlah sasaran ibu nifas sama dengan jumlah sasaran ibu bersalin

Cakupan Pelayanan Neonatus pertama (KN 1)

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

- Rumus yang digunakan adl sebagai berikut :

Jumlah neonatus yg mendapatkan pelayanan sesuai dg standar pd 6 – 48 jam setelah lahir di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu x 100

Jumlah seluruh sasaran bayi di seluruh wilayah kerja dlm 1 tahun

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

Jumlah sasaran bayi = Crude Birth Rate x jumlah penduduk

Cakupan Pelayanan Kesehatan Neonatus 0 – 28 hari (KN Lengkap)

- Adalah cakupan neonatus yg mendapatkan pelayanan sesuai dengan standar paling sedikit tiga kali dengan distribusi waktu 1 kali pada 6 – 48 jam, 1 kali pada hari ke – 3 sampai dengan ke – 7, dan 1 kali pada hari ke – 8 sampai dengan hari ke – 28 setelah lahir di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu
- Dengan indikator ini dapat diketahui efektivitas dan kualitas pelayanan kesehatan neonatal
- Rumus yang digunakan adl sebagai berikut :

Jumlah neonatus yg telah memperoleh 3 kali pelayanan kunjungan neonatal sesuai standar di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu x 100

Jumlah seluruh sasaran bayi di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun

Deteksi Faktor Resiko dan Komplikasi oleh Masyarakat

- Adalah cakupan ibu hamil dengan faktor resiko atau komplikasi yg ditemukan oleh kader atau dukun bayi atau masyarakat serta dirujuk ke tenkes di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Masyarakat disini bisa keluarga, ataupun ibu hamil, ibu bersalin atau ibu nifas itu sendiri
- Indikator ini menggambarkan peran serta dan keterlibatan masyarakat dalam mendukung upaya peningkatan kesehatan ibu hamil, bersalin dan nifas
- Rumus yg digunakan :

Jumlah ibu hamil yg beresiko yg ditemukan oleh kader atau dukun bayi atau masyarakat serta dirujuk ke tenkes di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu

x 100

20% x jumlah sasaran ibu hamil di suatu wilayah dalam 1 tahun

Cakupan Penanganan Komplikasi Obstetri (PK)

- Adalah cakupan ibu dengan komplikasi kebidanan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu yang ditangani secara definitif sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan.
- Penanganan definitif adalah penanganan / pemberian tindakan terakhir utk menyelesaikan permasalahan setiap kasus komplikasi kebidanan.
- Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara profesional kepada ibu hamil, bersalin dan nifas dengan komplikasi
- Rumus yg digunakan :

Jumlah komplikasi kebidananyang mendapatkan penanganan definitif di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu _____ x 100

20% x jumlah sasaran ibu hamil di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun

Cakupan Penanganan Komplikasi Neonatus

- Adalah cakupan neonatus dengan komplikasi yg ditangani secara definitif oleh tenaga kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
- Penanganan definitif adalah pemberian tindakan akhir pada setiap kasus komplikasi neonatus yg pelaporannya dihitung 1 kali pada masa neonatal.
- Kasus komplikasi yg ditangani adl seluruh kasus yg ditangani tanpa melihat hasilnya hidup atau mati
- Indikator ini menunjukkan kemampuan sarana pelayanan kesehatan dalam menangani kasus-kasus kegawat daruratan neonatal, yang kemudian ditindak lanjuti sesuai dengan kewenangannya, atau dapat dirujuk ke tingkat pelayanan yg lebih tinggi
- Rumus yg digunakan adl sbb :

Jumlah neonatus dg komplikasi yg mendapat penanganan definitif di suatu wilayah kerja pd kurun waktu tertentu _____ x 100

15% x jumlah sasaran bari di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun

Cakupan Pelayanan Kesehatan bayi 29 hari – 12 bulan (Kunjungan bayi)

- Adalah cakupan bayi yang mendapatkan pelayanan paripurna minimal 4 kali yaitu pada umur 29 hari – 2 bulan, 1 kali pada umur 3 – 5 bulan, dan 1 kali pada umur 6 – 8 bulan, serta 1 kali pada umur 9 – 11 bulan sesuai dengan standar di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
- Dengan indikator ini dapat diketahui efektifitas, continuum of care dan kualitas pelayanan kesehatan bayi.
- Rumus yg digunakan adl sebagai berikut :

Jumlah bayi telah memperoleh 4 kali pelayanan kesehatan sesuai di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu _____ x 100

Jumlah seluruh sasaran bayi di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun

Cakupan Pelayanan Anak Balita (12 – 59 bulan)

- Adalah cakupan anak balita (12-59 bulan) yang memperoleh pelayanan sesuai standar, meliputi pemantauan pertumbuhan minimal 8x setahun, pemantauan perkembangan minimal 2xsetahun, pemberian vitamin A 2xsetahun
- Rumus yang digunakan adalah :

Jumlah anak balita yang memperoleh pelayanan sesuai standar disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu _____ x 100

Jumlah seluruh anak balita disuatu wilayah kerja dalam 1 tahun

Cakupan Pelayanan Kesehatan Anak Balita Sakit yang Dilayani dengan MTBS

- Adalah cakupan anak balita (umur 12-59 bulan) yg berobat ke puskesmas dan mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar (MTBS) di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
- Rumus yang digunakan adalah :

Jumlah anak balita sakit yg memperoleh pelayanan sesuai dengan tatalaksana MTBS di puskesmas di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu _____ x 100

Jumlah seluruh anak balita sakit yg berkunjung ke puskesmas disuatu wilayah kerja dalam 1 tahun

- Jumlah anak balita sakit diperoleh dari kunjungan balita sakit yg datang ke puskesmas (register rawat jalan di puskesmas).

- Jumlah anak balita sakit yg mendapat pelayanan standar diperoleh dari format pencatatan dan pelaporan MTBS

Cakupan Peserta KB aktif (Contraception Prevalence Rate)

- Adalah cakupan dari peserta KB yang baru dan lama yg masih aktif menggunakan alat dan obat kontrasepsi (alokon) dibandingkan dengan jumlah PUS di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu
- Indikator ini menunjukkan jumlah peserta KB baru dan lama yg masih aktif memakai alokon terus menerus hingga saat ini utk menunda, menjarangkan kehamilan atau yg mengakhiri kesuburannya.
- Rumus yg digunakan :

Jumlah peserta KB aktif di suatu wilayah kerja pada
kurun waktu tertentu x 100

Jumlah seluruh PUS di suatu wilayah kerja dlm 1 tahun

Pengumpulan, Pencatatan dan Pengolahan data KIA

(A) Pengumpulan Data

Pengumpulan dan pengelolaan data merupakan kegiatan pokok dari PWS KIA. Data yg dicatat per desa/kelurahan dan kemudian dikumpulkan di tingkat puskesmas akan dilaporkan sesuai dg jenjang administrasi. Data yg diperlukan dalam PWS KIA adl “data sasaran” dan “data pelayanan”.

Proses pengumpulan data sasaran :

- (1) Jenis data sasaran : jml seluruh ibu hamil, jml seluruh ibu bersalin, jml ibu nifas, jml seluruh bayi, jml seluruh anak balita, jml seluruh PUS

Jenis data pelayanan : jml K1, jml K4, jml persalinan yg ditolong oleh tenkes, jml ibu nifas yg dilayani 3 kali (KF 3) oleh tenkes, jml neonatus yg mendapat pelayanan kesehatan pd umur 6 – 48 jam, jml neonatus yg mendapat pelayanan kesehatan lengkap (KN lengkap), jml ibu hamil, bersalin dan nifas dengan faktor resiko/komplikasi yg dideteksi oleh masyarakat, jml kasus komplikasi obstetri yg ditangani, jml bayi 29 hari-12 bulan yg mendapatkan pelayanan kesehatan sedikitnya 4 kali, jml anak balita (12-59 bulan) yg mendapatkan pelayanan kesehatan sedikitnya 8 kali, jml anak balita sakit yg mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar, jml peserta KB aktif

Sumber Data :

Data sasaran berasal dari perkiraan jumlah sasaran (proyeksi) yg dihitung berdasarkan rumus. Berdasarkan data tersebut bidan bersama dengan dukun dan kader melakukan pendataan dan pencatatan sasaran wilayah kerjanya.

Data pelayanan berasal dari :

- (a) Register kohort ibu
- (b) Register kohort bayi
- (c) Register kohort anak balita
- (d) Register kohort KB
- (e) (B) Pencatatan Data
- (f) (1) Data Sasaran
- (g) Data sasaran diperoleh sejak saat bidan memulai pekerjaan di desa/kelurahan. Bidan dibantu kader atau dukun membuat peta wilayah kerja mencakup denah jalan, rumah serta setiap waktu memperbaiki peta tersebut dengan data yg baru tentang adanya ibu hamil, neonatus dan anak balita.
- (h) Data sasaran diperoleh bidan di desa/kelurahan dari para kader dan dukun bayi yg melakukan pendataan ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, bayi dan anak balita dimana sasaran tersebut diberikan buku KIA dan bagi ibu hamil dipasang stiker P4K di depan rumahnya.
- (i) Selain itu data sasaran juga dapat diperoleh dengan mengumpulkan data sasaran yg berasal dari lintas program dan fasilitas pelayanan lain yg ada di wilayah kerjanya.

(2) Data Pelayanan

Bidan di desa/kelurahan mendapat data pelayanan dengan cara mencatat semua detail pelayanan KIA di dalam kartu ibu, kohort ibu, kartu bayi, kohort bayi, kohort anak balita, kohort KB, dan buku KIA.

Bidan desa juga mengumpulkan data pelayanan yg berasal dari lintas program dan fasilitas pelayanan lain yg ada di wilayah kerjanya

(C) Pengolahan Data

Setiap bulan Bidan di desa mengolah data yg tercantum dalam buku kohort dan dijadikan sebagai bahan laporan bulanan KIA. Bidan koordinator di puskesmas menerima laporan bulanan tersebut dari semua bidan di desa dan mengolahnya menjadi laporan dan informasi kemajuan pelayanan KIA bulanan yg disebut PWS KIA. Informasi per desa / kelurahan dan per kecamatan tersebut disajikan dalam bentuk grafik PWS KIA yg harus dibuat oleh bidan koordinator

- Langkah-langkah pengolahan data : pembersihan data, validasi dan pengelompokkan

- (1) Pembersihan data : melihat kelengkapan dan kebenaran pengisian formulir yg tersedia
- (2) Validasi : melihat kebenaran dan ketepatan data
- (3) Pengelompokkan : mengelompokkan ibu hamil anemi berdasarkan desa/kelurahan utk persiapan intervensi, ibu hamil dengan KEK utk persiapan intervensi

Hasil pengolahan data dapat disajikan dalam bentuk : Narasi, Tabulasi, Grafik dan Peta

- (1) Narasi dipergunakan utk menyusun laporan atau profil suatu wilayah kerja
- (2) Tabulasi dipergunakan utk menjelaskan narasi dalam bentuk lampiran
- (3) Grafik dipergunakan utk presentasi dalam membandingkan keadaan antar waktu, antar tempat dan antar pelayanan
- (4) Peta digunakan utk menggambarkan kejadian berdasarkan gambaran geografis

- Pembuatan Grafik PWS KIA

PWS disajikan dlm bentuk grafik dari tiap indikator yg dipakai, yg juga menggambarkan pencapaian tiap desa/kelurahan dalam tiap bulan

Tiap bulan dibuat 13 grafik sesuai indikator :

- (1) Grafik cakupan kunjungan antenatal ke-1 (K1)
- (2) Grafik cakupan kunjungan antenatal ke-4 (K4)
- (3) Grafik cakupan persalinan oleh tenkes (Pn)
- (4) Grafik cakupan kunjungan nifas (KF)
- (5) Grafik deteksi faktor resiko.komplikasi oleh masyarakat
- (6) Grafik penanganan komplikasi obstetrik (PK)
- (7) Grafik cakupan kunjungan neonatal pertama (KN1)
- (8) Grafik cakupan kunjungan neonatal lengkap (KNL)
- (9) Grafik penanganan komplikasi neonatal (NK)
- (10) Grafik cakupan kunjungan bayi (Kby)

- (11) Grafik cakupan pelayanan anakn balita (Kbal)
- (12) Grafik cakupan pelayanan anak balita sakit (BS)
- (13) Grafik cakupan pelayanan KB (CPR)

Contoh hasil asuhan keluarga

ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS DALAM KONTEKS KELUARGA PADA Tn....
RTRWDUSUNDESAKECAMATANKABUPATEN

DATA SUBYEKTIF

1. Struktur Keluarga
 - a. Nama Kepala Keluarga : Tn.Rogiat
 - b. Umur :46 tahun
 - c. Jenis Kelamin : Laki-laki
 - d. Agama : Islam
 - e. Pendidikan : SD
 - f. Pekerjaan :Buruh
 - g. Pendapatan : ±500.000
 - h. Alamat :Jambu 01/RW09
 - i. Suku / Bangsa : Jawa/Indonesia
 - j. Daftar Anggota Keluarga :

N O	Nama	Hub. klg	umur	<u>L</u> P	Gol. Darah	agama	pendidikan	pekerjaan
1	Rogiat	kk	46 th	L	-	islam	SD	Buruh
2	Boni	Istri	30th	P	-	islam	SD	Tani
3	Nanang	anak	15th	L	-	islam	SMP	-
4	Irvan	anak	18 bln	L	-	islam	-	-

- k. Genogram (3 generasi)

Denah Rumah

2. Sifat Keluarga

Anggota keluarga yang berpengaruh dalam mengambil keputusan dalam keluarga adalah suami.
3. Kebiasaan hidup sehari-hari
 - a. Kebiasaan makan

- 1) Waktu makan : Teratur
- 2) Cara mengolah makanan :
 - a) Memenuhi syarat kesehatan : tidak
 - b) Menu dalam seminggu bervariasi: iya
- 3) Makan garam beryodium: iya
- 4) Makanan pantangan dalam keluarga: tidak ada
- b. Hygiene perorangan/keluarga
 - 1) Kebiasaan mandi 3 kali sehari.
 - 2) Kebiasaan menggosok gigi 2 kali sehari.
 - 3) Kebiasaan keramas 5 hari sekali.
4. Penghasilan dalam satu bulan
 - a. Ayah = Rp500.000
 - b. Ibu = Rp200.000
 - c. Anggota keluarga lain = Rp. Rp.700..000

5. Kegiatan sosial kemasyarakatan

- a. Kedudukan keluarga dalam masyarakat:

	Ya, sebutkan :
X	Tidak

- b. Partisipasi keluarga dalam kegiatan kemasyarakatan:

	Ya, sebutkan :
X	Tidak

6. Kebiasaan dalam keluarga berkaitan dengan budaya:

X	Tujuh bulanan
X	Puputan
	Pantangan-pantangan bagi ibu hamil dan nifas
	Lain-lain :

7. Riwayat Kesehatan Anggota Keluarga (tiga bulan terakhir)

No	Nama Anggota Keluarga	Jenis Penyakit	Upaya Penanggulangan	Ket
----	-----------------------	----------------	----------------------	-----

8. Kebiasaan memeriksakan diri
 - a. Waktu : Bila sakit
 - b. Tempat : Puskesmas
9. Alasan : Mudah di jangkau
10. Riwayat Obstetri dan Ginekologi (Paritas, Penggunaan Kontrasepsi, Kesehatan Reproduksi)
 - a. Paritas
Ny.Boni :2
 - b. Penggunaan kontrasepsi :suntik

11. Stress dan koping

Persepsi dan Tanggapan Keluarga terhadap Masalah :

Tanggapan keluarga terhadap masalah yang dihadapi selalu dirundingkan dengan anggota keluarga secara baik-baik terutama anggota keluarga yang tidak sehat dibawa ke Puskesmas

PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan Umum
 - a. Ny Boni : Baik
 - b. Nanang :Baik
 - c. Irvan :Baik
2. Pemeriksaan TTV
 - a. Ny. Boni : TD : 130/80 mmHg Suhu :
Nadi : 84 X/menit RR : 24 X/menit
 - b. An.Nanang : TD :mmHg Suhu :
Nadi : 80 X/menit RR : 22 X/menit
 - c. An. Aldo : TD : mmHg Suhu :
Nadi : 98 X/menit RR : 56 X/menit
3. Kepala
 - a. Ny.Boni : bersih, rambut tidak mudah rontok
 - b. An.Nanang : bersih,

- c. An.Irvan : bersih
- 4. Wajah
 - a. Ny.Boni : tidak pucat
 - b. Nanang : tidak pucat
 - c. An.Irvan. : tidak pucat
- 5. Mata
 - a. Ny.Boni. : simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih
 - b. Nanang : simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih
 - c. An.Irvan : simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih
- 6. Hidung
 - a. Ny.Boni : bersih
 - b. Nanang : bersih
 - c. An.Irvan : bersih
- 7. Telinga
 - a. Ny.Boni : simetris, bersih
 - b. Nanang : simetris, bersih
 - c. An.Irvan : simetris, bersih
- 8. Mulut dan Gigi
 - a. Ny.Boni : bibir tidak pucat, ada caries gigi, tidak ada stomatitis
 - b. Nanang : bibir tidak pucat, tidak ada caries gigi, tidak ada stomatitis
 - c. An.Irvan : bibir tidak pucat, tidak ada caries gigi, tidak ada stomatitis
- 9. Leher
 - a. Ny.Boni : tidak ada pembesaran kelenjar thyroid
 - b. Nanang : tidak ada pembesaran kelenjar thyroid
 - c. An.Irvan : tidak ada pembesaran kelenjar thyroid
- 10. Ketiak
 - a. Ny.Boni : tidak ada pembesaran kelenjar limfe
 - b. Nanang : tidak ada pembesaran kelenjar limfe
 - c. An.Irvan : tidak ada pembesaran kelenjar limfe
- 11 Dada
 - a. Ny.Boni : simetris, tidak ada tarikan dinding dada
 - b. Nanang : simetris, tidak ada tarikan dinding dada

c. An.Irvan : simetris, tidak ada tarikan dinding dada

12 Perut

a. Ny.Boni : tidak ada pembesaran organ dalam

b. Nanang : tidak ada pembesaran organ dalam,

c. An.Irvan : tidak ada pembesaran organ dalam

13 Punggung

a. Ny.Boni : normal

b. Nanang : normal

c. An.Irvan : normal

14 Genetalia

a. Ny.Boni :

b. Nanang :

c. An.Irvan :

15 Ekstremitas

a. Ny.Boni : tidak ada oedema, tidak ada varises

b. Nanang : tidak ada oedema, tidak ada varises

c. An.Irvan : tidak ada oedema,gerakan aktif

ANALISA DATA

1. Penjajakan Kesehatan Tahap I

a. Ancaman kesehatan

- 1) Kurangnya pengetahuan tentang nutrisi pada balita.
- 2) Kurangnya pengetahuan keluarga mengenai ASI eksklusif
- 3) Kurangnya pengetahuan keluarga tentang bahaya merokok.

b. Kurang/Tidak sehat

Kurang sehat

c. Situasi krisis

- 1) Apabila ibu tidak mengetahui tentang kebutuhan nutrisi balita maka akan terjadi kurang gizi bahkan bisa juga terjadi gizi buruk pada balita.
- 2) Racun dalam rokok dapat terisap oleh bayi, dan akan berakibat fatal bagi kesehatan bayi dan anggota keluarga lain.

- 3) Apabila ibu tidak mengetahui tentang ASI eksklusif maka bayi mereka tidak di beri ASI eksklusif sehingga bayi akan mudah sakit dan daya tahan tubuh bayi akan rentan juga kecerdasan otak bayi tidak maksimal

PERUMUSAN MASALAH

Penjajakan Kesehatan Tahap II

No	Data	Masalah Kesehatan
1.	BB An.Irwan sejak bulan desember menurun	Kekurangtahuan ibu tentang nutrisi balitanya
2.	Kurangnya pengetahuan keluarga tentang PHBS	Kekurangtahuan keluarga Tn. R mengenai PHBS
3.	Kurangnya pengetahuan keluarga mengenai bahaya merokok.	Kekurangtahuan keluarga Tn. R mengenai bahaya merokok, yaitu kebiasaan merokok dapat mengganggu kesehatan keluarga.

PENENTUAN PRIORITAS MASALAH

Sesuai data yang diperoleh saat pengkajian terdapat beberapa masalah-masalah kesehatan yaitu:

- a. Kurangnya pengetahuan tentang nutrisi pada balita
- b. Kurangnya pengetahuan tentang ASI eksklusif
- c. urangnya pengetahuan tentang bahaya merokok

Masalah kegiatan	Sifat Masalah	Kemungkinan Masalah dapat dirubah	Cara atasi masalah	Dukungan Sumber Daya	Keterkaitan dg program pendidikan	Jumlah Skor
Nutrisi Balita	4	3	3	4	3	17
ASI eksklusif	3	3	4	2	3	15
Kebiasaan merokok	3	1	1	1	2	8

Dari jumlah skor diatas maka urutan prioritas masalah adalah :

1.Nutrisi balita

2.ASI eksklusif

3.Kebiasaan merokok

ASUHAN KEBIDANAN PADA KELUARGA Tn.R

No	Masalah Kebidanan	Tujuan	Rencana Kebidanan	Implementasi	Evaluasi
1.	Kurangnya pengetahuan keluarga mengenai nutrisi balita	Setelah dilakukan konseling nutrisi balita diharapkan ibu mengerti akan kebutuhan nutrisi balitanya sehingga kasus kurang gizi pada anaknya dapat di perbaiki dan tidak terjadi gizi buruk	Tgl:1 agustus 2012,jam Menjelaskan ibu tentang kebutuhan nutrisi balita	Tgl : 8 Februari 2012 jam 15.00 Menjelaskan pada ibu tentang tanda bahaya ibu nifas. Menjelaskan pada ibu tentang kebutuhan nutrisi ibu nifas.	Tgl : 8 Februari 2012 jam 15.30 WIB Ibu mengerti tentang tanda bahaya ibu nifas. Ibu mengerti tentang kebutuhan nutrisi ibu nifas.
2.	Kurangnya pengetahuan keluarga tentang tanda	Setelah dilakukan penyuluhan tentang tanda	Memberitahu ibu tentang tanda bahaya bayi baru lahir.	Menjelaskan pada keluarga tentang tanda bahaya bayi baru lahir	Keluarga mengerti tentang tanda bahaya bayi baru lahir

	bahaya bayi baru lahir.	bahaya bayi baru lahir, diharapkan keluarga dapat mengenali kondisi bayinya dan mendeteksi secara dini jika terjadi ketidaknormalan.			
3.	Kurangnya pengetahuan keluarga mengenai bahaya merokok.	Setelah dilakukan penyuluhan tentang bahaya merokok diharapkan keluarga sadar akan bahaya merokok.	Memberitahu keluarga mengenai zat yang terkandung di dalam rokok.	Menjelaskan mengenai bahaya merokok bagi tubuh perokok maupun orang di sekitarnya.	Keluarga mengerti dan mampu menjelaskan kembali tentang bahaya merokok

B. Pembahasan

Keluarga Tn.R tinggal dirumah sendiri dengan kondisi rumah permanen dengan lantai keramik tetapi belum sampai dapur., Keluarga Tn.R merupakan kumpulan keluarga inti. Dalam keluarga Tn.R memiliki beberapa masalah yaitu mengenai kurangnya pengetahuan ibu tentang nutrisi balita, kurangnya pengetahuan ibu tentang ASI eksklusif serta bahaya merokok. Setelah dilakukan identifikasi masalah, lalu muncul masalah utama dalam keluarga TnR yaitu masalah kurangnya pengetahuan ibu tentang kebutuhan nutrisi balita, kemudian dilakukan beberapa tindakan untuk mengatasi salah satu dari masalah tersebut, yaitu dengan melakukan sosialisasi. Dan setelah dilakukan sosialisasi, maka

sekarang keluarga Tn.R terutama pada Ny. B sudah mengetahui mengenai apa itu nutrisi balita,apa saja makanan yang bergizi sehingga diharapkan nantinya dapat mengerti kebutuhan nutrisi pada balita

DAFTAR PUSTAKA

Syahlan, J.H. (1996). *Kebidanan Komunitas*. Yayasan Bina Sumber Daya Kesehatan.

Depkes RI, 1999. *Bidan di Masyarakat*, Jakarta (BA-3)

http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/06/jringan-kerja-kebidanan-komunitas_12.html, diakses tanggal 15 Maret 2013

Sarita Sultina,2012. *Kesehatan Masyarakat*. Kendari : Poltekkes Kemenkes Kendari.

Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat, Keputusan Menteri Kesehatan No. 1202/MENKES/SK/VIII/2003, Departemen Kesehatan RI Jakarta, 2003.