

Program Studi
Pendidikan Profesi Bidan



MODUL PRAKTIK 2

ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS DALAM KONTEK CONTINUITY OF CARE

2019



**KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA**

Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan
Kemenkes Palangka Raya

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

MODUL

**PRAKTIK ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS DALAM
KONTEK CONTINUITY OF CARE**



**PRODI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
JURUSAN KEBIDANAN
POLTEKKES KEMENKES PALANGKA RAYA**

VISI DAN MISI
PRODI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN

VISI

“Menghasilkan Lulusan Profesi Bidan
Yang Unggul, Berkarakter, Berbasis Kearifan Lokal
Menuju Daya Saing Global Tahun 2024
Dengan Unggulan Kebidanan Komunitas”

MISI

1. Menyelenggarakan Pendidikan Profesi Bidan yang berkualitas dengan menerapkan pembelajaran yang berbasis *evidence based dan critical thinking dalam asuhan kebidanan*.
2. Melaksanakan penelitian yang mengikuti perkembangan IPTEK serta selaras dengan kearifan lokal dengan unggulan kebidanan komunitas
3. Menyelenggarakan pengabdian masyarakat berbasis bukti ilmiah yang berorientasi pada kebidanan komunitas melalui kegiatan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak serta kesehatan reproduksi.
4. Meningkatkan produktifitas dan kualitas sumber daya manusia serta pengelolaan sarana dan prasarana untuk mendukung pelaksanaan Tri Dharma Perguruan Tinggi.

MODUL PRAKTIK ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS DALAM KONTEK CONTINUITY OF CARE

Hak cipta dan hak penerbitan yang dilindungi ada pada Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya. Dilarang menggandakan Sebagian atau seluruh isi buku dengan cara tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Pengarah

Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya.
Oktavini, S,SiT,M.Keb

Penanggung Jawab

Kaprodi Pendidikan Profesi Bidan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya.
Heti Ira Ayue, SST., M.Keb

Editor

Yeni Lucin, S.Kep., MPH

Penyusun / Kontributor

Erina Eka Hatini, SST.M.Keb

Cetakan I, Tahun 2019

Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya.

Jl. George Obos No. 30, 32, Menteng, Kec. Jekan Raya, Kota Palangka Raya,
Kalimantan Tengah 73111

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa sehingga Modul Ajar Mata Kuliah Komunitas ini telah dapat diperbuat. Mudah-mudahan modul ini bermanfaat bagi kemajuan pendidikan bidan di Indonesia umumnya, serta dapat digunakan oleh para mahasiswa dan staf pengajar dalam menjalankan dan menyelenggarakan proses belajar-mengajar di Poltekkes Kemenkes Palangka Raya

Modul ini disusun dengan tujuan untuk memudahkan proses pembelajaran, yang diharapkan mahasiswa banyak membaca dan berlatih untuk materi Komunitas untuk dapat memberikan pelayanan yang *service excellent* untuk kesehatan ibu dan anak dalam bidang kebidanan.

Setelah mempelajari dan membaca modul ini, diharapkan tujuan dan kompetensi pembelajaran dapat tercapai dengan baik, Kiranya pembaca mendapatkan hasil yang maksimal dari modul ini.

Selamat belajar. Semoga Tuhan memberikan kemudahan dan memberkati upaya kita semua.

Penulis

DAFTAR ISI

BAB III: PENGUMPULAN DATA DENGAN METODE PARTISIPATIF	1
Topik 1.	
Analisis Situasi Kesehatan	3
Latihan	9
Ringkasan	9
Tes 1	9
Topik 2.	
Analisis Situasi yang Partisipatif (<i>Participatory Rural Appraisal</i>)	10
Latihan	24
Ringkasan	25
Tes 2	25
KUNCI JAWABAN TES	27
GLOSARIUM	28
DAFTAR PUSTAKA	29
BAB IV: ASUHAN KEBIDANAN PADA KELUARGA DI KOMUNITAS	30
Topik 1.	
Konsep Keluarga	32
Latihan	42
Ringkasan	42
Tes 1	43
Topik 2.	
Asuhan Kebidanan pada Keluarga di Komunitas	45

Latihan	52
Ringkasan	52
Tes 2	53
KUNCI JAWABAN TES	70
DAFTAR PUSTAKA	71

Bab 3

PENGUMPULAN DATA DENGAN METODE PARTISIPATIF

Pendahuluan

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

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

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

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

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

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

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

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

Topik 1

Analisis Situasi Kesehatan

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

A. DEFINISI DAN TUJUAN ANALISIS SITUASI KESEHATAN

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

Tujuan dari analisis situasi kesehatan adalah sebagai berikut.

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

B. VARIABEL DALAM ANALISIS SITUASI KESEHATAN

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

1. Status kesehatan

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

2. Kependudukan

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

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

3. Pelayanan/upaya kesehatan

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

4. Perilaku kesehatan

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

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

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

5. Lingkungan

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

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

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

a. Air

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

b. Tempat Buang Air Besar

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

c. Lantai Rumah

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

d. Sampah

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

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

C. ANALISIS SOSIAL (ANSOS)

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

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

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

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

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

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

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

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

Latihan

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

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

Ringkasan

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

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

Tes 1

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

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

- 2) Serangkaian kegiatan membedah suatu masalah dari berbagai sudut pandang memetakan situasi yang berhubungan dengan masalah dan menggali hubungan historis dan kultural dan selanjutnya mengidentifikasi dasar-dasar penyelesaian masalah merupakan pengertian dari ...
 - A. Analisis sosial
 - B. Analisis situasi
 - C. Analisis sektor
 - D. Analisis petugas

- 3) Penyebaran masalah menurut kelompok umur penduduk, berdasarkan jumlah penyakit yang diderita, penyebab kematian ibu dan bayi. Hal tersebut bagian dari analisis situasi tentang ...
 - A. Kependudukan
 - B. Status kesehatan
 - C. Perilaku kesehatan
 - D. Pelayanan /Upaya kesehatan

- 4) Kepemilikan sarana untuk pembuangan hajat Air Besar merupakan data yang diperoleh dari ...
 - A. Perilaku kesehatan
 - B. Status Kesehatan
 - C. Gaya hidup
 - D. Lingkungan

- 5) Pertolongan persalinan juga dipengaruhi oleh keterbatasan yang dimiliki keluarga yang akan melahirkan. Ketika bidan desa tersedia, mereka justru memilih ke Dukun, ini pilihan dijatuhkan ke dukun karena “mungkin” keyakinan kepercayaan atau juga dana yang murah. Dari pernyataan tersebut maka hal ini bagian dari ...
 - A. Perilaku kesehatan
 - B. Status Kesehatan
 - C. Gaya hidup
 - D. Lingkungan

Topik 2

Analisis Situasi yang Partisipatif (Participatory Rural Appraisal)

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

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

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

Beberapa pengertian partisipasi antara lain sebagai berikut.

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

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

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

Prinsip dalam PRA antara lain sebagai berikut.

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

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

8. Orientasi praktis (implementasi)

9. Keberlanjutan dan selang waktu

10. Belajar dari kesalahan

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

11. Terbuka

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

B. TEKNIK-TEKNIK PENGUMPULAN DATA YANG PARTISIPATIF

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

1. Penelusuran Sejarah Desa

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

a. Jenis informasi yang dikaji

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

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

b. Tujuan kajian sejarah desa

Adapun tujuan melakukan kajian sejarah desa, agar kita dapat:

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

c. Manfaat kajian sejarah desa

Manfaat kajian sejarah desa antara lain sebagai berikut.

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

2. Pembuatan Bagan Perubahan dan Kecenderungan

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

a. Jenis informasi yang dikaji

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

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

b. Tujuan kajian kecenderungan dan perubahan

Adapun tujuan kajian kecenderungan dan perubahan antara lain sebagai berikut.

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

c. Manfaat kajian kecenderungan dan perubahan

Sedangkan manfaat kajian kecenderungan dan perubahan antara lain sebagai berikut.

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

Contoh Bagan Perubahan dan Kecenderungan

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

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

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

Tabel 3.1

Bagan Kecenderungan Perubahan Desa X

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

3. Pembuatan Kalender Musim

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

a. Jenis informasi kajian

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

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

b. Tujuan kajian kalender musim

Adapun tujuan pembuatan kalender musim antara lain sebagai berikut.

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

c. Manfaat kajian kalender musim

Sedangkan manfaat kajian kalender musim antara lain sebagai berikut.

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

Contoh kalender musim yang terkait dengan kesehatan

Untuk analisis situasi kesehatan beberapa pertanyaan yang bisa diajukan adalah:

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

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

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

CONTOH KALENDER MUSIM

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

20

Gambar 3.1.
Contoh Kalender Musim (Sumber: Pemdeslosarilor, 2013)

4. Pembuatan Peta Desa

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

a. Jenis informasi kajian

Jenis informasi yang dikaji antara lain sebagai berikut.

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

b. Berikut sumber informasi

Sumber informasi yang dibutuhkan antara lain sebagai berikut.

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

c. *Tujuan kajian*

Adapun tujuan kajian adalah sebagai berikut.

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

d. *Manfaat pemetaan*

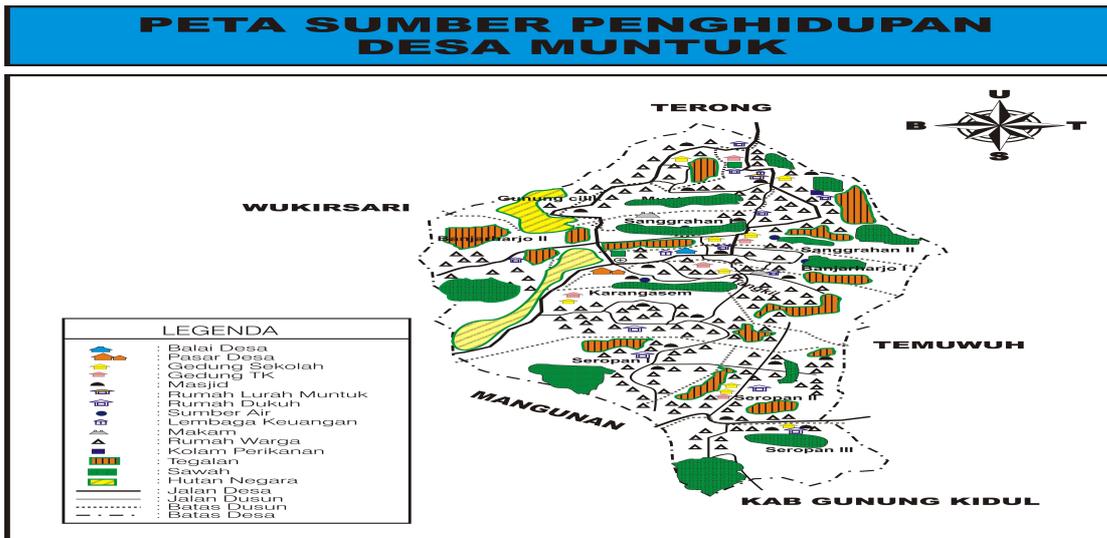
Sedangkan manfaat pemetaan adalah sebagai berikut.

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

Contoh peta desa yang terkait isu kesehatan

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

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



(Sumber: Sulisty, 2011)

Gambar 3.2
Contoh Peta Desa

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

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



(Sumber: Agropolita, 2012)

Gambar 3.3.
Contoh Peta Sumber Daya Desa

5. Pengkajian Lembaga Desa (Diagram Venn)

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

a. Informasi yang dikaji

Informasi yang dikaji antara lain:

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

b. Tujuan

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

c. Manfaat kajian hubungan antar lembaga

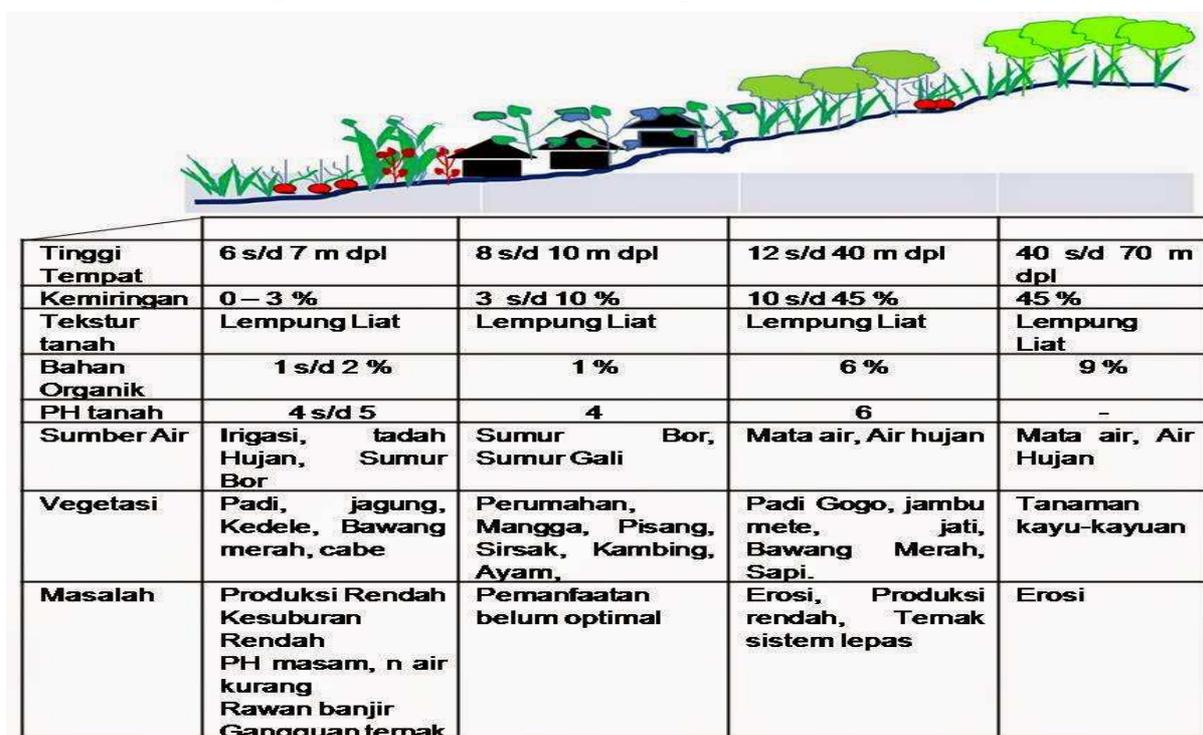
- 1) Memperkenalkan keberadaan lembaga-lembaga di desa yang kadang-kadang tidak dikenal oleh masyarakat, dan membahas peningkatan berbagai lembaga.
- 2) Memahami cara masyarakat membuat aturan prioritasnya terhadap kegiatan lembaga-lembaga tersebut. Bagi lembaga luar yang menyelenggarakan program di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

Contoh Diagram Venn lembaga kesehatan

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

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

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



(Sumber: Maruf, 2015)

Gambar 3.5.
Contoh Peta Transek

7. Ranking/Peringkat Kekayaan dan Kesejahteraan

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

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

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

Contoh ranking/perikat kekayaan dan kesejahteraan

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

**RANKING KEKAYAAN DAN KESEJAHTERAAN
MASYARAKAT DESA/KELURAHAN**

Indikator	Mampu	Sederhana	Tidak mampu	Analisis
Pendapatan				
Pengeluaran				
Rumah				
Pakaian				
Pendidikan				
Tabungan				
Luas tanah				
Pemenuhan				
Kebutuhan				
Rekreasi				
Sarana				
Transportasi				
Dll.				

(Sumber: Modul PYKP, 2015)

Gambar 3.6
Contoh Ranking Kekayaan/Kesejahteraan

8. Wawancara Semi Terstruktur

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

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

Kekuatan Wawancara semi terstruktur adalah sebagai berikut.

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

Keterbatasan umum wawancara kualitatif antara lain sebagai berikut.

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

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

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

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

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



(Sumber: Suara Komunitas, 2015)

Gambar 3.7
Contoh Diskusi Kelompok

Latihan

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

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

Ringkasan

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

Tes 2

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

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

- 3) Analisis yang memberikan gambaran tentang pengetahuan, sikap, gaya hidup remaja, norma dan adat merupakan bagian dari analisis ...
 - A. Kependudukan
 - B. Status kesehatan
 - C. Pelayanan /Upaya kesehatan
 - D. Perilaku kesehatan

- 4) Teknik pengumpulan data partisipatif yang bertujuan untuk memfasilitasi masyarakat untuk mengkaji perubahan yang terjadi dimasyarakat dan masalahnya disebut ...
 - A. Penelusuran sejarah desa
 - B. Transect mapping
 - C. Kalender musim
 - D. Wawancara

- 5) Menganalisis karakteristik geografi dan demografi masyarakat dalam berbagai variabel disebut ...
 - A. Penelusuran sejarah desa
 - B. Transect mapping
 - C. Kalender musim
 - D. Wawancara

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

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

Tes 2

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

Glosarium

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

Daftar Pustaka

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

BAB 4

ASUHAN KEBIDANAN PADA KELUARGA DI KOMUNITAS

Pendahuluan

Salam hangat mahasiswa Sarjana Terapan Kebidanan, semoga Anda selalu diberikan kemudahan belajar. Selamat bertemu di Bab 4 yang akan membahas mengenai asuhan kebidanan pada keluarga di komunitas.

Pembelajaran di bab ini untuk memberikan gambaran pada Anda mengenai keluarga dalam konteks komunitas, bahwa keluarga merupakan unit terkecil masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga, anggota keluarga lainnya yang berkumpul dan tinggal dalam suatu rumah tangga karena pertalian darah dan ikatan perkawinan atau adopsi, satu dengan lainnya saling tergantung dan berinteraksi (Depkes, 1988). Bila salah satu atau beberapa anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan, maka akan berpengaruh terhadap anggota-anggota keluarga yang lain dan keluarga-keluarga yang ada di sekitarnya. Komunitas merupakan satu kesatuan hidup manusia yang menempati suatu wilayah nyata dan berinteraksi menurut suatu sistem adat istiadat, serta terikat oleh suatu rasa identitas suatu komunitas.

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

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

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

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

secara langsung yang harus diberikan secara intermiten khususnya yang terkait dengan praktik kebidanan sesuai dengan tugas dan kewenangan bidan. Pelayanan yang diberikan di rumah (dalam konteks keluarga) hendaknya lebih melibatkan anggota keluarga tersebut dalam upaya memberikan kesadaran bahwa semua anggota keluarga mempunyai tanggung jawab yang sama terhadap kesehatan. Dengan demikian, pendidikan kesehatan menjadi intervensi utama dalam pelayanan kesehatan/asuhan kebidanan pada keluarga.

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

Topik 1

Konsep Keluarga

A. DEFINISI KELUARGA

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

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

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

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

B. STRUKTUR KELUARGA

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

1. *Patrilineal* adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, di mana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.
2. *Matrilineal* adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, di mana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.
3. *Matrilokal* adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.
4. *Patrilokal* adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.
5. Keluarga kawinan adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami dan istri.

C. TIPE/BENTUK KELUARGA

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

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

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

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

D. PERANAN DAN FUNGSI KELUARGA

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

1. Peranan ayah

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

2. Peranan ibu

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

3. Peranan anak

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

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

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

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

E. KEPERAWATAN KESEHATAN KELUARGA

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

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

Dalam memberikan asuhan perawatan terhadap keluarga, lebih ditekankan kepada keluarga-keluarga dengan keadaan sosial perekonomian yang rendah. Keadaan sosial ekonomi yang rendah pada umumnya berkaitan erat dengan berbagai masalah kesehatan yang mereka hadapi disebabkan karena ketidakmampuan dan ketidaktahuan dalam mengatasi berbagai masalah yang mereka hadapi.

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

F. ASUHAN KEBIDANAN PADA KELUARGA

Asuhan kebidanan keluarga adalah serangkaian kegiatan yang merupakan implementasi dari ilmu kebidanan yang diberikan melalui praktik kebidanan dengan sasaran keluarga dan ditujukan untuk mengatasi masalah kesehatan yang dialami keluarga dengan pendekatan asuhan kebidanan.

1. Peran bidan dalam pelayanan kebidanan

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

a. Health monitor

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

b. Pemberi pelayanan pada anggota keluarga yang sakit

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

c. Koordinator pelayanan kesehatan keluarga

Bidan dapat berperan sebagai koordinator pelayanan kesehatan keluarga khususnya masalah kesehatan yang terkait dengan praktik kebidanan. Dalam hal ini, bidan berperan mengkoordinasikan pelayanan kesehatan keluarga khususnya terkait dengan praktik kebidanan, baik secara berkelompok maupun individual.

d. Sebagai fasilitator

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

e. Pendidik kesehatan

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

f. Sebagai penyuluh dan konsultan

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

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

2. Tanggung jawab bidan dalam asuhan kebidanan pada keluarga

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

a. Memberikan asuhan /pelayanan secara langsung

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

b. Pendokumentasian proses asuhan kebidanan

Pendokumentasian terhadap proses pelayanan/asuhan kebidanan selama dalam keluarga sangat penting terutama untuk melihat kemajuan status kesehatan keluarga khususnya dan kemajuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan yang sedang dialami pada umumnya. Dokumentasi yang jelas dan komprehensif dari pengkajian hingga evaluasi, di samping mampu memberikan gambaran tentang perkembangan

status kesehatan keluarga juga dapat membantu keluarga sebagai klien untuk menentukan kerangka waktu dalam menyelesaikan masalah secara realistis.

- c. Koordinasi dengan tim pelayanan kesehatan lain dan manajemen kasus
Bidan mempunyai tanggung jawab untuk mengkoordinasikan atau berkolaborasi dengan profesi kesehatan lain dalam memberikan pelayanan kepada keluarga, sehingga masalah kesehatan yang dihadapi keluarga tersebut dapat diatasi secara komprehensif. Sedangkan tanggung jawab bidan dalam manajemen kasus adalah kemampuan untuk mengkaji masalah, menemukan masalah, menentukan prioritas masalah, mengidentifikasi cara mengatasi masalah dengan penyusunan rencana dan mengimplementasikan rencana tersebut secara sistematis.
- d. Menentukan frekuensi dan lamanya asuhan/pelayanan kebidanan
Frekuensi asuhan/pelayanan kebidanan yang dimaksud adalah intensitas kunjungan yang dilakukan selama periode waktu tertentu dalam proses asuhan kebidanan yang diberikan. Sedangkan lamanya asuhan/pelayanan kebidanan adalah lamanya waktu asuhan pelayanan kebidanan yang dilakukan di rumah atau di dalam keluarga. Selama proses ini, keluarga senantiasa dilibatkan dalam dari perencanaan sampai menentukan prioritas rencana rencana tindakan yang akan diimplementasikan. Bidan juga harus memperkirakan alokasi waktu dan frekuensi yang kemungkinan berbeda ketika harus berkolaborasi ketika harus berkolaborasi dengan tenaga kesehatan/profesi lain.

3. Tujuan asuhan kebidanan pada keluarga

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

a. Tujuan umum

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

b. Tujuan khusus

Secara khusus, asuhan kebidanan pada keluarga ditujukan untuk:

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

4. Prinsip prinsip asuhan kebidanan pada keluarga

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

- a. Keluarga sebagai unit atau satu kesatuan dalam pelayanan kesehatan
Dalam konteks ini, keluarga dipandang sebagai klien atau sebagai fokus utama pengkajian dalam pelayanan/asuhan kebidanan. Keluarga dipandang sebagai sistem yang saling berinteraksi dengan memperhatikan dinamika dan hubungan internal keluarga, struktur dan fungsi keluarga dan saling ketergantungan keluarga dengan pelayanan kesehatan serta dengan lingkungannya.
- b. Dalam memberikan asuhan/pelayanan kebidanan keluarga, status sehat adalah menjadi tujuan utamanya melalui peningkatan status kesehatan keluarga khususnya dengan program kesehatan ibu, bayi baru lahir, dan anak agar keluarga dapat meningkatkan produktivitas dan kesejahteraannya.
- c. Asuhan yang diberikan sebagai sarana dalam mencapai peningkatan kesehatan keluarga.
- d. Dalam memberikan asuhan kebidanan pada keluarga, bidan harus mampu melibatkan peran aktif dari semua anggota keluarga mulai dari mengidentifikasi masalah, merumuskan masalah dan kebutuhan keluarga dalam rangka mengatasi masalah kesehatan yang sedang dihadapinya.
- e. Diupayakan lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promotif dan preventif dengan tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif.
- f. Dalam memberikan asuhan kebidanan hendaknya selalu memanfaatkan sumber daya keluarga semaksimal mungkin.

- g. Sasaran pelayanan asuhan kebidanan pada keluarga adalah keluarga secara keseluruhan.
- h. Pendekatan yang digunakan dalam pelayanan asuhan kebidanan pada keluarga adalah pendekatan pemecahan masalah (problem solving approach) dengan menggunakan proses asuhan kebidanan pada keluarga.
- i. Kegiatan essensial dalam memberikan asuhan kebidanan keluarga adalah penyuluhan/pendidikan kesehatan dan pelayanan kesehatan dasar.
- j. Pemberian pelayanan/asuhan diutamakan kepada keluarga yang mempunyai risiko tinggi terhadap masalah kesehatan terutama masalah kesehatan ibu, bayi baru lahir dan anak.

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

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

5. Langkah – langkah dalam asuhan Kebidanan pada keluarga

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

- a. Membina hubungan yang baik dengan seluruh anggota keluarga, dengan cara:
 - 1) melakukan kontak sosial yang memandang keluarga sebagai sistem di mana mereka hidup di masyarakat yang mempunyai struktur organisasi kemasyarakatan

tersendiri, sehingga sebelum melakukan dengan kontak dengan keluarga, sebaiknya menyampaikan dan menjelaskan maksud dan tujuan terlebih dahulu kepada struktur kemasyarakatan yang ada;

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

6. Implikasi dari pelayanan kesehatan yang dipusatkan kepada keluarga

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

- a. Pelayanan kesehatan dan asuhan kebidanan diarahkan untuk membantu seluruh anggota keluarga dalam meningkatkan cara hidup sehat sehingga dapat meningkatkan produktivitas dan derajat kesehatan keluarga.
- b. Cakupan pelayanan kesehatan dan asuhan kebidanan menjadi lebih luas karena banyak anggota keluarga yang bisa dicakup dan sumber – sumber keluarga yang ada dapat diarahkan untuk meningkatkan kesehatan keluarga.
- c. Pelayanan kesehatan dan asuhan kebidanan dipusatkan kepada keluarga sebagai satu kesatuan yang utuh.

- d. Pelayanan kesehatan dan asuhan kebidanan lebih ditekankan pada waktu – waktu rawan dalam kehidupan keluarga, terutama pada keluarga – keluarga dengan risiko tinggi.
- e. Diperlukan pelayanan kesehatan dari tenaga kesehatan yang mempunyai kemampuan yang kompeten dalam memberikan asuhan kebidanan secara kontinyu dan sistematis agar dapat mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan terutama pada keluarga – keluarga yang rawan terhadap masalah kesehatan.

Latihan

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

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

Ringkasan

Unit-unit masyarakat adalah komunitas, keluarga, kelompok yang mempunyai tujuan dan nilai yang sama. Keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Dalam kebidanan/keperawatan kesehatan masyarakat keluarga sebagai unit utama yang menjadi sasaran pelayanan, karena keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat. Apabila salah satu diantara anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain, demikian pula terhadap kelompok dan masyarakat di sekitarnya. Masalah kesehatan keluarga saling berkaitan terhadap anggota keluarga, kelompok maupun masyarakat secara keseluruhan yang akhirnya memberikan gambaran terhadap masalah kesehatan masyarakat secara menyeluruh. Beberapa tahapan dalam memberikan asuhan kebidanan pada keluarga di komunitas yaitu pengkajian untuk menentukan adanya masalah kesehatan keluarga, analisis data untuk menentukan masalah kesehatan/kebidanan pada keluarga, penentuan skala prioritas masalah kesehatan/kebidanan pada keluarga, pelaksanaan/implementasikan

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

Tes 1

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

- 1) Keluarga inti ditambah sanak saudara, misalnya nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi dan sebagainya disebut...
 - A. Keluarga Inti
 - B. Keluarga besar
 - C. Keluarga berantai
 - D. Keluarga berkomposisi

- 2) Mengubah perilaku keluarga dari perilaku yang kurang/tidak sehat menjadi perilaku sehat merupakan peran bidan sebagai...
 - A. Health monitor
 - B. Sebagai fasilitator
 - C. Pendidik Kesehatan
 - D. Sebagai penyuluh dan konsultan

- 3) Berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman pada keluarga yang menjalani peran tersebut adalah...
 - A. Ayah
 - B. Ibu
 - C. Kakek
 - D. Nenek

- 4) Kebutuhan pemeliharaan dan perawatan anak agar kesehatannya selalu terpelihara, sehingga diharapkan menjadikan mereka anak-anak yang sehat baik fisik, mental dan spiritual merupakan fungsi keluarga sebagai...
 - A. Asih
 - B. Asuh
 - C. Asah
 - D. Asri

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

Topik 2

Asuhan Kebidanan pada Keluarga di Komunitas

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

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

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

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

A. PENGKAJIAN

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

1. Persiapan

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

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

2. Pelaksanaan

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

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

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

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

3. Pelaporan

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

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

B. ANALISIS DATA

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

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

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

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

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

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

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

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

C. PENENTUAN SKALA PRIORITAS

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

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

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

Tabel 4.1
Skala Prioritas Masalah

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

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

Skoring:

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

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

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

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

Contoh menentukan prioritas masalah keluarga adalah sebagai berikut.

Kurangnya pengetahuan tentang ASI Eksklusif

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

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

D. PELAKSANAAN ASUHAN/ IMPLEMENTASI

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

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

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

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

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

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

E. EVALUASI

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

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

Latihan

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

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

Ringkasan

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

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

Tes 2

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

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

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

Lampiran 1: Format Pengkajian Data Keluarga

A. FORMAT PENGKAJIAN DATA KELUARGA

1. Identitas Keluarga

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

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

- 3. Anggota keluarga

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

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

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

Kepemilikan Jamban : ada/ tidak ada *(lingkari)

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

5. Pengambil keputusan dalam keluarga:

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

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

No	Nama	Usia	L/P	Penyebab kematian	Bulan/tahun

2. Ibu Hamil

Nama :

Umur :

a. Riwayat kehamilan sekarang

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

Tafsiran persalinan :

TD :mmHg Nadi : x/menit

Suhu :OC RR :x/menit

Lila : cm TFU :

Edema :

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

Keluhan saat ini :

b. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu :

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

3. Pemeriksaan kehamilan (ANC)

✓ Ya, di mana

Oleh siapa

Berapa kalikapan

Imunisasi TT kali

✓ Tidak, alasan

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

✓ Ya, sebutkan

Cara mengkonsumsi :

✓ Tidak

5. Pantangan/anjuran yang dilakukan selama kehamilan :

.....
.....

6. Pernahkah ibu mendapat informasi mengenai kehamilan :

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

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

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

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

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

9. Persiapan persalinan

a. Rencana pertolongan persalinan

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

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

- ✓ Sudah, sebutkan
- ✓ Belum, alasan

c. Golongan darah :

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

3. Ibu Nifas (sampai dengan 40 hari)

Tanggal :

Nama responden :

Umur :

a. Nifas hari ke :

Jenis persalinan:

Penolong persalinan :

Penyulit persalinan :

b. Keluhan selama nifas, sebutkan :

c. Pemeriksaan fisik :

TD :mmHg Nadi :x/menit

S :°C RR :x/menit

TFU :cm

Kontraksi uterus :

Payudara :

Lochea :

Luka jahitan :

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

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

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

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

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

- ✓ Ya, sebutkan
- ✓ Tidak

g. Kebiasaan/kepercayaan selama nifas :

h. Rencana penggunaan kontrasepsi

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

4. Bayi (umur 0-12 bulan)

a. Nama Bayi :

Umur :

Jenis Kelamin : L/P *lingkari

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

b. Usia kehamilan saat lahir :

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

c. Berat badan lahir :

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

d. Kunjungan ke posyandu

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

e. Kepemilikan KMS :

1) Ya :

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

2) Tidak, alasannya :

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

f. Pemberian vitamin A :

1) Ya, pada usia :

- ✓ 6 bulan
- ✓ 6 bulan

2) Tidak, alasannya :

- ✓ Tidak pernah diberikan
- ✓ Belum cukup umur
- ✓ Tidak tahu manfaatnya

g. Keadaan gizi menurut KMS

(cek KMS langsung)

- ✓ Diatas GM
- ✓ GM
- ✓ BGM
- ✓ Tidak tahu

h. Status imunisasi bayi

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

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

i. Bayi diberikan ASI

- ✓ Ya, sejak kapan
- Rencana pemberian

✓ Tidak, alasannya

j. Bayi diberikan MP-ASI

1) Ya

2) Usia, < 6 bulan ≥ 6 bulan

3) Tidak, alasan

5. Balita (umur >12 bulan – 60 bulan)

a. Nama Balita :

Umur :

Jenis Kelamin : L/P *(lingkari)

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

b. Kunjungan ke posyandu

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

✓ Tidak pernah, alasan

c. Kepemilikan KMS :

1) Ya :

✓ Terisi lengkap

✓ Tidak terisi lengkap

✓ Tidak terisi

2) Tidak, alasannya :

✓ Hilang, tetapi memiliki kartu cadangan

✓ Hilang, tidak punya kartu cadangan

✓ Merasa tidak perlu

✓ Tidak diberi pertugas

d. Pemberian vitamin A :

✓ Ya

✓ Tidak

e. Keadaan gizi menurut KMS

✓ Diatas GM

✓ GM

✓ BGM

✓ Tidak tahu, alasan.....

f. Status imunisasi balita (sejak usia bayi)

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

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

g. Riwayat pemberian ASI eksklusif :

- ✓ Ya
- ✓ Tidak, alasan. :

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

- ✓ <6 bulan
- ✓ ≥6 bulan

i. Jenis makanan selain ASI yang paling sering diberikan

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

j. Penanganan balita sakit

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

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

Nama :

Usia :

Pendidikan terakhir :

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

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

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

Nama :

Usia :

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

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

8. Lansia (Menopause-Andropause)

Nama :

Jenis kelamin : L/P *(lingkari)

a. Berapa usia anda saat ini ?

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

b. Pemeriksaan lansia

- ✓ Ya, kemana
- ✓ Tidak, alasan

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

***Bila ada posyandu lansia**

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

10. Peran serta Masyarakat

Nama Desa :

a. Apakah masyarakat mengetahui tentang peran serta masyarakat di wilayah tersebut?

- ✓ Ya, jenisnya :
- ✓ Pelayanan kesehatan
- ✓ Keamanan
- ✓ Kebersihan lingkungan
- ✓ Pembangunan wilayah
- ✓ Tidak

b. Tahu atau tidak tentang pelayanan kesehatan di wilayah tersebut

- ✓ Ya, sebutkan
- ✓ Tidak, alasan

c. Tahu atau tidak tentang Desa Siaga

- ✓ Ya, sebutkan :
- ✓ Polindes
- ✓ Tabulin
- ✓ Dasolin
- ✓ Ambulan desa
- ✓ Bank darah
- ✓ Dasa wisma
- ✓ Posyandu
- ✓ Suami siaga
- ✓ Lain-lain,.....
- ✓ Tidak, alasan

d. Apakah ikut serta dalam program Desa Siaga

- ✓ Ya, sebutkan : dana/sarana/tenaga (*lingkari)
- ✓ Tidak, alasan

e. Golongan mana yang lebih berperan aktif dalam kegiatan Desa Siaga?

- ✓ Anak-anak
- ✓ Remaja
- ✓ Dewasa
- ✓ Lansia

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

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

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

Tes 2

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

Daftar Pustaka

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