Program Studi
Sarjana Terapan Kebidanan

MODUL 1

ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS

2019

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

Jurusan Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

PRODI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN
POLTEKKES KEMENKES PALANGKARAYA

VISI

"Menghasilkan Lulusan Sarja Terpan Kebidanan
yang Unggul, Berkarakter, Berbasis Kearifan Lokal
Menuju daya saing Global Tahun 2024 Dengan
Unggulan Kebidanan Komunitas"

MISI

1. Menyelenggarakan pendidikan Sarjana Terapan Kebidanan Yang berkualitas mengikuti perkembangan IPTEK berbasih kearifan Lokal dengan keunggulan Kebidanan Komunitas.
2. Melaksanakan penelitian yang mengikuti perkembangan IPTEK serta selaras dengan kearifan lokal dengan unggulan kebidanan komunitas.
3. Melaksanakan pengabdian kepada masyarakat yang berorientasi pada kebidanan komunitas melalui pemberdayaan masyarakat dibidang kesehata ibu dan anak serta Kesehatan reproduksi.
4. Meningkatkan Produktifitas kualitas sumber daya manusia serta pengelolaan sarana dan perasana untuk mendukung pelaksanan Tri Dharma Perguruan Tinggi

MODUL 1

BAHAN AJAR CETAK

KEBIDANAN

ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS

DAFTAR ISI

Halaman

BAB I: KONSEP DASAR KEBIDANAN KOMUNITAS 1

Topik 1.
Konsep Kebidanan Komunitas 3
Latihan 9
Ringkasan 9
Tes 1 10

Topik 2.
Unsur-unsur Kebidanan Komunitas 12
Latihan. 29
Ringkasan 30
Tes 2 30

KUNCI JAWABAN TES 32
DAFTAR PUSTAKA 33

BAB II: KONSEP PENGELOLAAN PROGRAM KESEHATAN IBU DAN ANAK (KIA) DI KOMUNITAS 34

Topik 1.
Konsep Program KIA dan Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) 36
Latihan 45
Ringkasan 45
Tes 1 46

Topik 2.
Prinsip Pengelolaan Program KIA 48
Latihan 61
Ringkasan 61
Tes 2 62
Topik 3.

Rujukan 63
Latihan 69
Ringkasan 69
Tes 3 70

KUNCI JAWABAN TES 72
GLOSARIUM 73
DAFTAR PUSTAKA 74

BAB 1
KONSEP DASAR KEBIDANAN KOMUNITAS

Pendahuluan

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Topik 1
Konsep Kebidanan Komunitas

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

A. PENGERTIAN DAN TUJUAN KEBIDANAN KOMUNITAS

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

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

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

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

1. Tujuan umum

   Seorang bidan komunitas mampu meningkatkan kesejahteraan masyarakat, khusunya kesehatan perempuan diwilayah kerjanya, sehingga masyarakat mampu mengenali masalah dan kebutuhan serta mampu memecahkan masalahnya secara mandiri.

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

B. SEJARAH KEBIDANAN KOMUNITAS DI INDONESIA

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

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

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

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

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

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

Prinsip pelayanan asuhan kebidanan komunitas adalah sebagai berikut.

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

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

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

D. RUANG LINGKUP PELAYANAN KEBIDANAN DI KOMUNITAS

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

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

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

Adapun ruang lingkup pelayanan kebidanan di komunitas adalah sebagai berikut.

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

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

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

4. Meminimalkan kesakitan dan kecacatan.
   Dalam memberikan asuhan bidan melakukan pendekatan secara fisiologis, dengan meminimalisir intervensi yang berlebihan sesuai dengan kondisi klien

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

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

E. PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

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

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

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

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

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

Latihan

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

1) Bagi kelas menjadi 5 kelompok

   Masing-masing kelompok mengidentifikasi hambatan dan tantangan serta cara mengatasi permasalahan berikut selama 15 menit.

   a) Kelompok 1: Tantangan dan hambatan sosial budaya
   b) Kelompok 2: Tantangan dan hambatan ekonomi
   c) Kelompok 3: Tantangan dan hambatan hukum
   d) Kelompok 4: Tantangan dan hambatan fasilitas kesehatan termasuk kebijakan
   e) Kelompok 5: Tantangan dan hambatan lingkungan

   Masing-masing kelompok mempresentasikan hasil diskusi, mahasiswa lain memberikan tanggapan.

2) Telusuri sejarah bidan/kebidanan di kota asalmu!

Ringkasan

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

2) Tanggung jawab bidan pada pelayanan kebidanan komunitas meliputi kemampuan memberikan penyuluhan dan pelayanan individu, keluarga, dan masyarakat.

3) Ruang lingkup pelayanan kebidanan di komunitas meliputi peningkatan kesehatan, pencegahan (preventif), deteksi dini komplikasi dan pertolongan kegawatdaruratan, meminimalkan kecacatan, memulihan kesehatan (rehabilitasi), serta kemitraan dengan LSM setempat, organisasi masyarakat, organisasi sosial, kelompok masyarakat yang

melakukan upaya untuk mengembalikan individu ke lingkungan keluarga dan masyarakat.

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

Tes 1

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

1) Apakah tujuan secara umum dari asuhan kebidanan komunitas?
   A. Meningkatkan kemampuan masyarakat agar dapat mencapai kesehatan secara mandiri
   B. Meningkatkan kemampuan masyarakat agar sehat fisik dan mental serta sosial secara optimal
   C. Meningkatkan kemampuan individu agar dapat menjalankan fungsinya secara optimal
   D. Menurunkan masalah kesehatan masyarakat agar dapat menjalankan tugas dan fungsinya secara optimal

2) Seorang Bidan komunitas sedang membuat kerjasama dengan pemerintahan desa untuk mendapatkan bantuan dana bagi biaya persalinan masyarakatnya agar masyarakat mendapat bantuan biaya persalinan. Apakah bentuk peran serta masyarakat untuk kasus diatas?
   A. Tabungan ibu bersalin
   B. Donor darah berjalan
   C. Ambulan desa
   D. Suami siaga

3) Seorang Bidan di suatu Posyandu memberikan simulasi dan role play tentang cara hidup sehat kepada pasangan usia subur meliputi pemberian gizi, KB personal hyigiene, imunisasi. Apakah jenis kegiatan yang dilakukan oleh Bidan tersebut?
   A. Pameran Kesehatan
   B. Spesific Protection
   C. Health Promotion
   D. Preventif care

4) Bidan mengkaji kesehatan keluarga di komunitas membutuhkan suatu pengkajian mengenai kegiatan sehari-hari kepala keluarga di luar pekerjaan tetap, hal ini agar dapat memberikan asuhan sesuai dengan kewenangannya dan dapat didokumentasikan dengan baik. Apakah data yang perlu dikaji pada kegiatan tersebut?
   A. Data dasar keluarga
   B. Sosial budaya keluarga
   C. Status kesehatan ekonomi
   D. Riwayat penyakit yang pernah diderita

5) Apakah fokus dari upaya pelayanan kesehatan pada asuhan kebidanan komunitas ?
   A. Rehabilitatif dan promotif
   B. Promotif dan preventif
   C. Preventif dan kurative
   D. Promotif dan kurative

Topik 2
Unsur-unsur Kebidanan Komunitas

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

A. SASARAN KEBIDANAN KOMUNITAS

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

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

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

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

1. Mengorganisir masyarakat.

   Dengan cara melakukan pendekatan kepada tokoh masyarakat, kunjungan atau tatap muka untuk menjelaskan maksud dan tujuan dilakukan kegiatan asuhan komunitas sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

2. Mengajar masyarakat seperti perilaku hidup sehat.

   Sebagai bidan yang berperan sebagi pendidik, seyogyanya menerapkan tindakan preventif dan promotif, salah satunya adalah bagaimana menginformasikan perilaku hidup sehat pada individu maupun kelompok. Sebagai contoh adalah memberikan penyuluhan tentang pentingnya cuci tangan sebelum makan.

3. Membentuk jaringan kerja.

   Beberapa jaringan kerja bidan di komunitas antara lain Puskesmas, Polindes, Posyandu, BPM, dasawisma, kunjungan rumah pasien (Syahlan, 1996). Di masyarakat banyak tenaga kesehatan maupun non kesehatan, seperti PKK, kelompok ibu-ibu pengajian, dukun beranak, kader kesehatan, perawat, PLKB, dokter, pekerja sosial, dll. Untuk itu bekerjasama dalam tim menjadi sangat penting. Dengan demikian bidan sebagai pimpinan tim diharapkan mampu sebagai pengelola dan sekaligus pelaksana kegiatan kebidanan di komunitas, sehimgga diperlukan kerjasama lintas program dan lintas sektor. Tujuannya adalah meningkatkan koordinasi dan komunikasi serta meningkatkan kemampuan bersama dalam menanggulangi masalah kesehatan dan memaksimalkan manfaat semua pihak. Jaringan kerjasama yang dilaksanakan di dalam satu instansi misalnya imunisasi, pemberian tablet FE, vitamin A, Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dan sebagainya. Sedangkan kerjasama lintas sektor (yang melibatkan intitusi luar) misalnya melalui BIAS (Bulan Imunisasi Anak Sekolah), PAUD dan sebagainya.

4. Memberdayakan pihak lain.

   Pemberdayaan pihak lain adalah pemanfaatan fasilitas dan potensi yang ada di masyarakat untuk diberdayakan, seperti potensi sumber daya alam, potensi desa, dan sumber daya manusia atau kader kesehatan. Contohnya adalah bila di suatu desa ditemukan lahan industri maka pabrik atau instansi terkait terlibat untuk memberikan fasilitas kesehatan yang sifatnya umum yaitu didirikan tempat Mandi Cuci Kakus (MCK) bagi warga yang tidak memiliki sumber air bersih dan pembuangan hajat di rumahnya.

5. Membicarakan masalah secara terbuka.

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

B. TUGAS UTAMA BIDAN DI KOMUNITAS

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

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

1. Peran Bidan

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

a. Peran sebagai Pelaksana

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

1) Tugas Mandiri

Tugas mandiri bidan meliputi hal – hal berikut ini.

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

2) Tugas Kolaborasi

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

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

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

3) Tugas ketergantungan

Tugas-tugas ketergantungan (merujuk) bidan, yaitu:

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

b. Peran sebagai Pengelola

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

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

c. Peran sebagai Pendidik

Sebagai pendidik bidan memiliki 2 tugas yaitu:

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

d. Peran Sebagai Peneliti/Investigator

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

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

2. Fungsi Bidan

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

a. Fungsi Pelaksana

Fungsi bidan sebagai pelaksana mencakup hal-hal sebagai berikut.

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

b. Fungsi Pengelola

Fungsi bidan sebagai pengelola mencakup hal-hal sebagai berikut:

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

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

c. Fungsi Pendidik

Fungsi bidan sebagai pendidik mencakup hal-hal sebagai berikut:

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

d. Fungsi Peneliti

Fungsi bidan sebagai peneliti mencakup hal-hal sebagai berikut.

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

3. Tugas Tambahan Bidan di Komunitas

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

Keterampilan tambahan yang harus dimiliki oleh bidan di komunitas adalah:

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

4. Bidan Praktik Swasta (BPS)

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

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

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

a. Kegiatan posyandu

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

b. Membina posyandu

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

c. Membina kader

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

d. Membina posbindu

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

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

C. TUJUAN ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS

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

1. Antenatal di Komunitas

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

a. Tujuan pelayanan antenatal care (ANC)

Tujuan pelayanan antenatal care (ANC) adalah sebagai berikut:

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

b. Cara pelaksanaan antenatal di komunitas

Adapun cara pelaksanaan antenatal di komunitas yang di lakukan bidan adalah:

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

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

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

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

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

1) Kunjungan rumah.
   Bidan melakukan kunjungan rumah bagi ibu hamil yang tidak datang memeriksakan kehamilannya. Pada saat melakukan kunjungan rumah, bidan membawa seperangkat perlengkapan bidan seperti ANC set (Tensi meter, stetoskop, termometer, reflek patella, pita lita, pita mitline, sarung tangan dan sebagainya).

2) Berusaha memperoleh informasi alasan tidak ANC.
   Bidan mengkaji dengan cara mewawancari klien langsung untuk menggali informasi alasan tidak ANC, apakah karena faktor waktu, jarak ke fasilitas kesehatan, atau ekonomi.

3) Jika ada masalah coba mencari pemecahannya.
Bila didapatkan masalah maka bidan bersama klien mencari solusi untuk jalan keluar permasalah kesehatan baik secara langsung maupun tidak langsung. Misalnya jika ada masalah, klien mengetahui cara menghubungi bidan.

4) Beri motivasi.
Motivasi yang diberikan bidan kepada klien sangat dibutuhkan untuk adaptasi proses kehamilan. Karena dengan bidan memberikan motivasi yang cukup membuat semangat klien dalam menjalani proses kahmilan, persalinan dan nifasnya, serta tetap fokus akan kesehatan ibu dan janin

c. Prosedur pelaksanaan ANC di Rumah
Prosedur pelaksanaan ANC di rumah yaitu:

1) Bidan harus memiliki data keberadaan ibu hamil di wilayah kerjanya.
2) Bidan mengidentifikasi apakah ibu hamil memeriksakan kehamilannya dengan baik atau tidak.
3) Sebelum ke klien bidan menentukan dulu kapan bisa berkunjung, usahakan tidak mengganggu aktivitas ibu hamil dan keluarga.
4) Lakukan pemeriksaan sesuai standar.

d. Pengelolaan Ibu hamil di Komunitas
Ada berbagai cara mengelola ibu hamil di komunitas, yaitu diantaranya:

1) ANC dan persalinan dilakukan di rumah oleh bidan. Hal ini dilakukan apabila klien tidak hadir untuk melakukan pemeriksaaan kehamilannya ke petugas kesehatan, maka dilakukan kunjungan rumah untuk memastikan kondisi ibu dan janin dalam keadaan baik. Sedangkan untuk persalinan di rumah ditolong oleh bidan dapat dilakukan apabila persalinan di rumah mendukung, antara lain kondisi kesehatan ibu dan janin baik (tidak ada indikasi kearah patologis dan tidak ada faktor risiko), ada keinginan kelurga dan klien untuk persalinan dilakukan di rumah dengan menyediakan perlengkapan, dan situasi lingkungan rumah yang mendukung untuk tempat proses persalinan.

2) ANC kombinasi (bidan dan dokter dan persalinan di rumah).
ANC kombinasi dilakukan bila klien didapatkan dengan kondisi kehamilan yang memerlukan penangangan lebih lanjut (dengan konsultasi) namun masih bisa di pantau keadaanya dengan bidan.

Bidan komunitas juga harus memahami tentang pendekatan risiko dikarenakan bahwa:

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

2. Persalinan di Rumah

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

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

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

a. Keluarga
    1) Keluarga bersedia dilakukannya pertolongan di rumah, memberikan ide, dan dukungan.
    2) Membahas kegiatan rumah tangga untuk persiapan persalinan di rumah.

b. Rumah dan tempat pertolongan persalinan
    Situasi dan kondisi yang perlu diketahui meliputi:
    1) Apakah cukup hangat dan aman?
    2) Apakah tersedia ruangan yang akan digunakan untuk menolong persalinan?
    3) Apakah tersedia air mengalir?
    4) Apakah kebersihan cukup terjamin?
    5) Rumah, sebaiknya bidan mengecek rumah sebelum kehamilan 37 minggu.

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

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

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

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

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

a. Keuntungan

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

a. Kerugian

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

3. Masa Nifas (Pasca Persalinan)

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

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

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

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

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

a. Deteksi dini dan menatalaksanakan segera komplikasi
    1) Kesiapan menangani komplikasi.
    2) Mempromosikan kesehatan dan pencegahan penyakit.
    3) Mengajarkan hal keperempuanan. Yang di maksud dengan hal keperempuanan adalah mengajarkan tentang peran sebagai perempuan yang sudah menjadi kodratnya sebagai ibu untuk merawat anaknya dengan baik secara asah asih dan asuh

b. Deteksi awal dan penatalaksanaan komplikasi
    1) Malnutrisi: dengan cara cek kesehatan umum, buta malam, gondok.
    2) Depresi/psikosis: apabila ibu murung.
    3) Infeksi: memeriksa suhu.
    4) Pre-eklamsi: memeriksa tekanan darah, proteinuria.

5) Anemia: cek hemoglobin, conjunktiva/lidah/telapak tangan.
6) Masalah payudara: pemeriksaan payudara, penilaian ASI, berat bayi.
7) Subinvolusi: cek tinggi fundus.
8) Inkontinen/fistula: cek fungsi usus besar dan kandung kemih
9) Tromboflebitis: cek tanda homan dengan cara inspeksi kaki yaitu bila terlihat tanda kemerahan pada bagian betis belakang dan terasa nyeri bila ditekan.
10) Infeksi genitalia: cek perineum, lokia/perdaraha/discharge, rapid plasma reagin (RPR).

c. Kesiapan menghadapi komplikasi
1) Kumpulkan tabungan /rencanakan skemanya.
2) Buat rencana pengambilan keputusan.
3) Mengatur transportasi.
4) Pastikan persiapan pendermaan darah.

d. Asuhan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit
1) Zat besi/folat: 1 tablet per oral sehari sekali untuk setidak-tidaknya 40 hari pascapersalinan.
2) Pemberian obat untuk berbagai jenis cacing pada daerah yang mempunyai prevalensi tinggi setiap 6 bulan sekali.
3) Tidur dengan kelambu. Untuk menghindari gigitan nyamuk. Terutama di daerah endemik malaria
4) Vitamin A: Satu dos 200,000 IU dalam 30 hari sesudah persalinan pada tempat dengan defisiensi vitamin A.
5) Suplemen Yodium 400-600 mg per oral atau IM secepatnya setelah persalinan apabila belum pernah diberikan sebelum trimester ketiga kehamilan (hanya untuk daerah yang kekurangan yodium).
6) Tetanus toxoid. Imunisasi yang diberikan saat masa kehamilan untuk mencegah terjadinya penyakit tetanus yang sering terjadi pada masa nifas, baik untuk keselamatan ibu dan janin agar terhindar dari infeksi.
7) RPR, HIV (uji tes sukarela) jika ada indikasi pada alat genetalia, atau keluhan yang mengarah pada penyakit HIV.

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

a. Tanda-tanda bahaya yang sering terjadi pada saat masa nifas
   1) Perdarahan hebat atau tiba-tiba meningkat melalui vagina.
   2) Demam.
   3) Keluaran vagina yang berbau.
   4) Rasa panas dan sakit pada payudara.
   5) Sakit perut.
   6) Sangat lelah.
   7) Edema pada tangan dan muka.
   8) Teramat pusing kepala.

b. Mengajarkan hal ke-perempuanan dan konseling tanda bahaya pada bayi baru lahir
   1) Radang tali pusat atau bernanah
   2) Kurang mengisap
   3) Mata bengkak, lengket, atau bernanah
   4) Tubuh tetap sejuk walaupun telah dihangatkan
   5) Tubuh panas walaupun semua pakaian telah dilepaskan
   6) Sukar bernafas
   7) Lembek
   8) Kejang

c. Mengajarkan hal ke-perempuanan dan konseling gizi
   1) Konsumsi makan ditingkatkan hingga 10% (fisik kurang aktif) atau 20% (moderat atau sangat aktif) untuk menggantikan energi yang diberikan pada ASI.
   2) Konsumsi makan makanan dari bahan pokok (biji – bijian).
   3) Konsumsi non saturated lemak.
   4) Tidak perlu diet.
   5) Anjurkan banyak memakan makanan mengandung zat besi, seperti hati, sayuran berdaun hijau gelap dll.

d. Mengajarkan hal ke-perempuanan dan konseling factor-faktor yang mempengaruhi keinginan seksual wanita sesudah persalinan
   1) Kecapaian dan gangguan tidur.
   2) Laserasi genitalia/episiotomy.
   3) Hipo-estrogenisasi vagina.

4) Libido.
5) Masalah kekuasaan dalam perkawinan.
6) Memulai lagi kegiatan seksual.

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

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

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

k. Penyuluhan kesehatan mengenai higiene perseorangan, pemberian ASI, hubungan seksual, penyuluhan disesuaikan dengan keadaan ibu (sosial ekonomi dan budaya).

l. Saran rujuk ke pelayanan terdekat untuk memonitoring tindakan selanjutnya.
   1) Persiapan rujukan meliputi:
   2) Penjelasan dan motivasi perlunya dirujuk guna penanganan tindakan medis yang lebih lanjut dan segera.
   3) Manajemen selanjutnya, setelah pasien pulang dari RS/pengobatan medis dilakukan asuhan tindak lanjut di rumah guna pengamatan lebih lanjut terhadap kesehatan klien.
   4) Penyuluhan personal higiene dijaga dan gizi ditingkatkan serta istirahat/tidur yang cukup.

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

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

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

Latihan

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

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

Ringkasan

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

Tes 2

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

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

2) Hal-hal yang harus dilakukan dalam persiapan persalinan di rumah adalah.....
   A. Tempat tidur yang empuk
   B. Ruangan ber AC
   C. Penerangan yang cukup
   D. Telephone seluler

3) Sebab kemungkinan terjadinya kematian ibu dalam persalinan dilihat dari letaknya di rumah sakit adalah ...
   A. Pengetahuan keluarga
   B. Ketersediaan biaya

C. Kesibukan keluarga
D. Ketersediaan bahan dan alat

4) Yang merupakan pelayanan kombinasi antara rumah pasien dan unit kesehatan disebut juga dengan...
A. Rumah sakit bersalin
B. DOMICILIARY In and Out
C. Bidan praktik swasta
D. Rumah bersalin

5) Yang merupakan kerugian dari persalinan DOMINO adalah.....
A. Kontak dengan kegiatan rumah sakit sedikit
B. Gangguan kehidupan keluarga sedikit atau minimal
C. Risiko tertunda ke rumah sakit karena jarak yang jauh
D. Bidan tetap dapat mempertahankan keterampilan menolong persalinan

Kunci Jawaban Tes

Test 1

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

Test 2

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

Daftar Pustaka

Adrina dkk. (1998). *Hak reproduksi perempuan yang terpasung*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.

Azwar, A. (2001). *Rencana strategis nasional making pregnancy safer di Indonesia 2001-2010*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

Center for Health Research, University of Indonesia. (2001). *Economic Analysis of the Bidan di Desa (BDD) Program: Anticipation of the Policy Changing in the Future*. Depok: Center for Health Research, University of Indonesia

Mary, C. & Flint, C. (1989). *Community midwifery a practical guide*. Oxford: Butterworth-Heinemann ltd.

Effendy, N. (1997). *Dasar-dasar keperawatan kesehatan masyarakat*. Edisi 2. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Parker, E. & Rustam, A. (2003). *The bidan di desa program: a literature and policy review*. Jakarta: MNH and JHPIEGO Corporation.

Kemenkes RI. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 28 tahun 2017 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan*. Jakarta: Kemenkes RI.

Syahlan, J.H. (1996). *Kebidanan komunitas*. Jakarta: Yayasan Bina Sumber Daya Kesehatan.

Bab 2

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

Pendahuluan

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Topik 1
Konsep Program KIA dan Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA)

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

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

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

A. PROGRAM KESEHATAN IBU DAN ANAK (KIA)

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

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

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

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

B. BATASAN PEMANTAUAN PWS-KIA

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

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

g. Pemeriksaan Laboratorium (rutin dan khsusus). Pemeriksaan meliputi haemoglobin darah, protein dalam urin, kadar gula, darah malaria, tes sifilis, HIV, dan BTA.
h. Tatalaksanan/penanganan kasus
i. Perawatan payudara, senam payudara, dan pijat tekan payudara.
j. Temu wicara (konseling) termasuk perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) serta KB pasca salin.

2. Deteksi dini kehamilan berisiko. Kegiatan ini bertujuan umtuk mengidentifikasi ibu hamil yang berisiko yang dapat diketahui oleh kader, dukun bayi dan tenaga kesehatan. Dimana kader dan dukun bayi sebelumnya sudah diberikan informasi dan pengetahuan apa saja yang terlihat dari luar ibu hamil yang berisiko.
3. Kunjungan ibu hamil. Pada kegiatan ini tenaga kesehatan profesional melakukan kontak kepada ibu hamil untuk mendapatkan pelayanan antenatal yang standar.
4. Kunjungan baru ibu hamil (K1), kunjungan ini khusus diperuntukan untuk ibu hamil yang pertama kali pada masa kehamilan.
5. Kunjungan ulang yaitu kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang kedua dan selanjutnya untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar selama masa kehamilan berlangsung.
6. K4 yaitu kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang ke empat atau lebih untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar dengan ketentuan:
   a. Minimal 1 kali kontak pada trimeseter I
   b. Minimal 1 kali kontak pada trimeseter II
   c. Minimal 2 kali kontak pada trimeseter III
7. Kunjungan neonatus (KN) adalah kontak neonatus dengan tenaga kesehatan minimal dua kali :
   a. Kunjungan pertama kali pada hari pertama dengan hari ketujuh (sejak 6 jam setelah lahir)
   b. Kunjungan kedua kali pada hari kedelapan sampai hari kedua puluh delapan
   c. Pertolongan persalinan dengan tenaga kesehatan bukan merupakan kunjungan neonatal.

8. Cakupan akses adalah presentase ibu hamil disuatu wilayah, dalam kurun waktu tertentu, yang pernah mendapat pelayanan antenatal sesuai standar, paling sedikit satu kali selama kehamilan. Cara menghitungnya adalah sebagai berikut :
   Jumlah kunjungan ibu hamil di bagi dengan jumlah sasaran ibu hamil yang ada disuatu wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun dikalikan 100%.

9. Cakupan ibu hamil (cakupan K4) Pelayanan antenatal yang sesuai dengan standar dan paling sedikit empat kali pemeriksaan kehamilan. Cara menghitungnya adalah sebagai berikut:

   Jumlah ibu hamil yang telah menerima K4 dibagi jumlah sasaran ibu hamil dalam kurun waktu satu tahun dikali 100%.

10. Sasaran ibu hamil adalah jumlah semua ibu hamil di wilayah dalam kurun waktu satu tahun. Angka ini dapat diperoleh dengan berbagai cara:
    a. Angka sebenarnya diperoleh dari cacah jiwa (perhitungan banyaknya penduduk disuatu daerah).
    b. Angka perkiraan: Diperoleh dengan rumus:
       1) Angka Kelahiran Kasar/Crude Birth Rate (CBR) x 1,1 x jumlah penduduk setempat, dengan pengambian data CBR dari provinsi atau kabupaten setempat.
       2) 3% x jumlah penduduk setempat.

11. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah persentase ibu bersalin disuatu wilayah dalam kurun waktu tertentu yang ditolong oleh tenaga kesehatan.
12. Cakupan penjaringan ibu hamil berisiko oleh masyarakat adalah presentasi ibu hamil berisiko yang ditemukan oleh kader dan dukun bayi, kemudian dirujuk ke puskesmas atau tenaga kesehatan dalam kurun waktu tertentu.
13. Cakupan ibu hamil berisiko oleh tenaga kesehatan adaah persentase ibu hamil berisiko yang ditemukan baik oleh tenaga kesehatan maupun kader/ dukun bayi yang telah dipastikan oleh tenaga kesehatan yang kemudian di tindaklanjuti (dipantau secara intensif dan ditangani sesuai kewenangan dan atau dirujuk ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi) dalam kurun waktu tertentu.
14. Ibu hamil berisiko adalah ibu hamil yang memiliki faktor riiko dan risiko tinggi, kecuali ibu hamil normal.
15. Cakupan kunjungan neonaus (KN) adalah persentase neonatus yang memperoleh pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan. Dengan penghitungan Jumlah kunjungan neonatus ke pelayanan kesehatan dengan tenaga kesehatan minimal 2 kali dibagi dengan jumlah seluruh sasarn bayi yang ada di suatu wilayah dalam kurun waktu satu tahun, dikalikan 100%%.

C. INDIKATOR PEMANTAUN PWS KIA

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

1. Akses pelayan antenatal (Cakupan K1)

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

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

2. Cakupan ibu hamil (Cakupan K4)

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

$$\frac{\textbf{Jumlah Kunjungan ibu hamil}}{\textbf{Jumlah sasaran ibu hamil dalam satu tahun}} \textbf{ X 100\%}$$

3. Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan

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

$$\frac{\textbf{Jumlah persalinan oleh tenaga kesehatan}}{\textbf{Jumlah seluruh sasaran persainan dalam satu tahun}} \textbf{ X 100\%}$$

4. Penjaringan (deteksi) ibu hamil berisiko oleh masyarakat

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

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

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

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

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

6. Cakupan pelayanan neonatus (KN) oleh tenaga kesehatan

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

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

D. GRAFIK PWS –KIA

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

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

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

1. Penggambaran Grafik

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

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

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

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

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

2. Analisis dan Tindak lanjut Grafik PWS-KIA

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

Kumulatif (%)	83,72	80,85	64,44	59,68	54,55	43,14	63,37
Target s/d bln ini (%)	49,50	49,50	49,50	49,50	49,50	49,50	49,50
Bulan ini (%)	20,93	10,64	13,33	9,68	9,09	7,84	11,55
Bulan lalu (%)	11,63	17,02	8,89	11,29	10,91	7,84	11,22
Trend	▲	▼	▲	▼	▼	◆	▲
DESA	A	D	C	B	E	F	PUSKESMAS

(Sumber: Puskesmas Sungai Ayak, 2014)

Gambar 2.1
Grafik Akses Ibu Hamil Puskesmas Sungai Ayak

Tabel 2.1
Analisis Grafik PWS-KIA Puskesmas Sungai Ayak)

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

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

a. Status baik adalah desa dengan cakupan di atas target yang ditetapkan untuk bulan Juni 2014 dan mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang meningkat atau tetap jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu. Desa – desa ini adalah Desa A dan Desa C, jika keadaan ini berlanjut, desa – desa tersebut akan mencapai atau melebihi target tahunan yang ditentukan.

b. Status kurang adalah desa dengan cakupan di atas target yang ditetapkan bulan Juni 2014 dan mempuynai kecenderungan cakupan bulanan yang menurun jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu. Desa dalam kategori ini adalah desa D, Desa E dan Desa F, yang perlu mendapat perhatian karena cakupan bulan ini lebih sedikit dibanding cakupan bulan sebelumnya. Jika cakupan terus menurun, desa tersebut tidak akan mencapai target tahunan yang ditentukan.

c. Status buruk adalah desa dengan cakupan di bawah target yang ditetapkan untuk bulan Juni 2014 dan mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang menurun jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu. Desa dalam kategori ini adalah desa C, yang perlu diprioritaskan untuk pembinaan agar cakupan bulanan selanjutnya lebih dapat ditingkatkan di atas cakupan bulanan minimal agar dapat mengejar kekurangan target sampai bulan Juni 2014 sehingga dapat pula mencapai target tahunan yang ditentukan.

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

E. SISTEM PENCATATAN DAN PELAPORAN

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

1. Data sasaran
    a. Jumlah seluruh ibu hamil
    b. Jumlah seluruh ibu bersalin
    c. Jumlah seluruh bayi berusia kurang dari 1 bulan (neonatus)
    d. Jumlah seluruh bayi

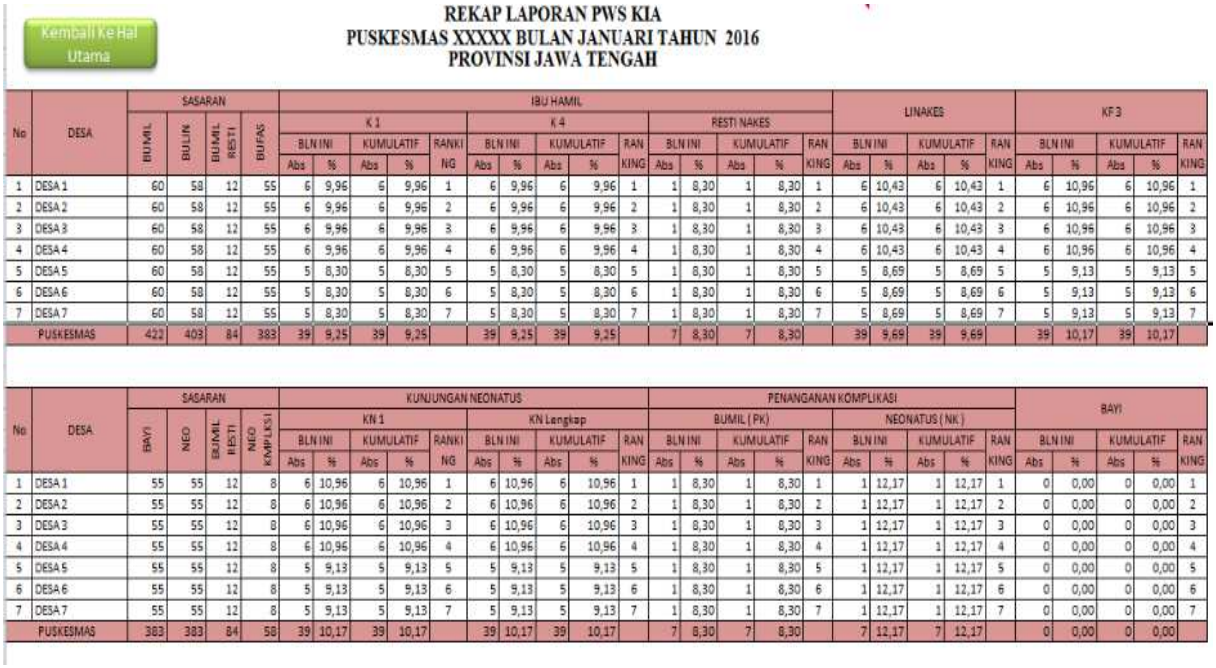
2. Data Pelayanan
    a. Jumlah K1
    b. Jumlah K4
    c. Jumlah ibu hamil berisiko yang dirujuk oleh masyarakat
    d. Jumlah ibu hail berisiko yang dilayani oleh tenaga kesehatan
    e. Jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga profesional
    f. Jumlah bayi berusia kurang dari 1 bulan yang dilayani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

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

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

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

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



Kembali Ke Hal Utama

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

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

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

(Sumber: UPT Puskesmas Baturetno I, 2016)

Gambar 2.2
Rekap Laporan PWS KIA

Latihan

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

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

Ringkasan

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

(puskesmas/ kecamatan) secara terus menerus, agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat terhadap wilayah yang cakupan pelayanan KIA nya masih rendah.

3) Pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS –KIA) adalah salah satu alat manajemen program KIA untuk memantau cakupan pelyanan KIA disuatu wilayah kerja puskesmas atau kecamatan secara terus menerus agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat, tepat dan efektif bagi daerah yang memiliki cakupan pelayanan KIA yang masih kurang.

4) Prinsip – prinsip pengelolaan program KIA diawali dari peningkatanan pelayanan antenatal, persalinan oleh tenaga kesehatan, peningkatan deteksi dini risiko pada ibu hamil, serta pelayanan neonatal.

Tes 1

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

1) K4 yaitu kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang ke empat atau lebih untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar dengan ketentuan salah satu yang paling tepat adalah:
   A. Minimal 2 kali kontak pada trimeseter I
   B. Minimal 1 kali kontak pada trimeseter II
   C. Minimal 2 kali kontak pada trimeseter III
   D. Minimal 3 kali kontak pada trimeseter III

2) Yang dimaksud Kunjungan neonatus (KN) adalah kontak neonatus dengan tenaga kesehatan minimal dua kali yaitu:
   A. Kunjungan pertama kali pada hari pertama dengan hari ketujuh (sejak 6 jam setelah lahir) dan Kunjungan kedua kali pada hari kedelapan sampai hari kedua puluh delapan
   B. Kunjungan pertama kali pada hari pertama dengan hari kedelapan (sejak 2 jam setelah lahir) dan Kunjungan kedua kali pada hari kedelapan sampai hari kedua puluh delapan
   C. Kunjungan pertama kali pada hari pertama dengan hari kesepuluh (sejak 6 jam setelah lahir) dan Kunjungan kedua kali pada hari kedelapan sampai hari kedua puluh delapan
   D. Kunjungan pertama kali pada hari pertama dengan hari ke empt belas (sejak 6 jam setelah lahir) dan Kunjungan kedua kali pada hari kedelapan sampai hari kedua puluh delapan

3) Kerjakan soal kasus berikut dengan benar!

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

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

Penduduk di Kabupaten X ada 2000 jiwa.

Tugas Anda:

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

Topik 2
Prinsip Pengelolaan Program KIA

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

1. Peningkatan pelayanan antenatal (ANC) sesuai standar bagi seluruh ibu hamil di semua fasilitas kesehatan.
2. Peningkatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan kompeten diarahkan ke fasilitas kesehatan.
3. Peningkatan pelayanan bagi seluruh ibu nifas sesuai standar disemua fasilitas kesehatan.
4. Peningkatan pelayanan bagi seluruh ibu nifas sesuai standar disemua fasilitas kesehatan ataupun melalui kunjungan rumah.
5. Peningkatan deteksi dini faktor risiko dan komplikasi kebidanan dan neoanatus oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat.
6. Peningkatan penanganan komplikasi kebidanan dan neonatus secara adekuat dan pengamatan secara terus menerus oleh tenaga kesehatan difasilitas kesehatan.
7. Peningkatan pelayanan kesehatan bagi seluruh bayi sesuai standar di semua fasilitas kesehatan.
8. Peningkatan pelayanan kesehatan bagi seluruh anak balita sesaui standar di semua fasilitas kesehatan.
9. Peningkatan pelayanan KB sesuai standar.

A. PELAYANAN ANTENATAL

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

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

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

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

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

B. PERTOLONGAN PERSALINAN

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

1. Pencegahan infeksi

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

2. Metode pertolongan persalinan yang sesuai standar

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

3. Manajemen Aktif Kala III

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

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

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

5. Melaksanakan Insisiasi Menyusu Dini (IMD)

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

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

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

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

C. PELAYANAN KESEHATAN IBU NIFAS

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

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

Pelayanan yang diberikan adalah:

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

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

D. PELAYANAN KESEHATAN NEONATUS

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

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

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

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

1. Pemeriksaan Bayi Baru Lahir
   a. Anamnesis

      Data yang diperlukan pada anemnesis antara lain sebagai berikut :

      1) Nama bayi dan nama ibu
      2) Jenis Kelamin
      3) Usia bayi
      4) Keluhan yang dirasakan

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

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

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

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

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

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

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

a. Faktor risiko pada ibu hamil

Berikut faktor risiko pada ibu hamil meliputi:

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

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

b. Komplikasi pada ibu hamil, bersalin, dan nifas

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

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

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

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

c. Faktor risiko pada neonatus

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

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

d. Komplikasi pada neonatus

Komplikasi pada neonatus antara lain:

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

e. Penanganan komplikasi kebidanan

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

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

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

f. Pelayanan neonatus dengan komplikasi

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

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

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

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

E. PELAYANAN KESEHATAN BAYI

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

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

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

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

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

F. PELAYANAN KESEHATAN ANAK BALITA

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

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

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

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

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

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

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

G. PELAYANAN KB BERKUALITAS

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

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

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

Latihan

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

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

Ringkasan

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

Tes 2

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

1) Berdasarkan program pemerintah kunjungan antenatal pada ibu hamil harus melaksanakan 4 minimal kunjungan, yaitu:
   A. 2 kali pada trimeseter pertama, 1 kali pada trimester ke dua dan 1 kali pada trimester ketiga
   B. 1 kali pada trimeseter pertama, 2 kali pada trimester ke dua dan 1 kali pada trimester ketiga
   C. 1 kali pada trimeseter pertama, 1 kali pada trimester ke dua dan 2 kali pada trimester ketiga
   D. 1 kali pada trimeseter pertama dan 3 kali pada trimester ketiga

2) Pemberian vitamn A 200.00 IU pada ibu nifas sebanyak berapa kali pemberian dalam periode masa nifas:
   A. 2 kali
   B. 3 kali
   C. 4 kali
   D. 5 kali

3) Yang dimaksud kunjungan KN 2 pada neonatal yatu kujungan pada hari :
   A. 3-7 hari setelah lahir
   B. 7 - 8 hari setelah lahir
   C. 8-14 hari setelah lahir
   D. 14-28 hari setelah lahir

4) Kurang Energi Kronis (KEK) dengan lingkar lengan atas dengan hasil pengukuran :
   A. Kurang dari 23,5 cm
   B. Kurang dari 24 cm
   C. Kurang dari 24,5 cm
   D. Kurang dari 25cm

5) Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) dilaksanakan minimal berapa kali dala setahun :
   A. 4 kali dalam setahun
   B. 3 kali dalam setahun
   C. 2 kali dalam setahun
   D. 1 kali dalam setahun

Topik 3
Rujukan

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

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

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

A. PENGERTIAN, TUJUAN, DAN KEUNTUNGAN SISTEM RUJUKAN

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

Tujuan dari sistem rujukan meliputi:

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

Keuntungan sistem rujukan adalah sebagai berikut.

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

B. JENIS RUJUKAN

Rujukan dibedakan menjadi rujukan medik dan rujukan kesehatan.

1. Rujukan Medik

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

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

2. Rujukan kesehatan

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

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

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

Sedangkan tatalaksana rujukan meliputi:

1. Internal antar petugas di satu RS.
   Sebagai contoh adalah rujukan yang dilakukan di dalam RS seperti kasus ibu hamil yang mengalami Diabetes mellitus maka dokter spesialis kandungan harus merujuk kliennya ke dokter spesialis penyakit dalam untuk menangani penyakitnya tersebut.

2. Antara Puskesmas Pembantu dan Puskesmas.
   Dilakukan rujukan bila ditemukan klien dengan ibu hamil yang dicurigai anemia namun puskesmas pembantu tidak memiliki alat untuk pemeriksaan Haemoglobin (Hb) karena keterbatasan alat. Maka klien tersebut akan dirujuk ke puskesmas untuk melakukan permeriksaan darah untuk menentukan hasil penilaian kadar Hb nya.

3. Antara Masyarakat dan Puskesmas.
   Dilakukan rujukan bila didapatkan warga yang dibantu proses persalinannya dengan dukun bayi namun mengalami kesulitan maka warga akan merujuk ke puskesmas untuk penanganan lebih lanjut.

4. Antara satu Puskesmas dan Puskesmas lainnya.
   Rujukan ini dilakukan bila diantara puskesmas yang tidak memiliki kelengkapan sarana alat dan SDM untuk menangani suatu kasus kegawatdaruratan diperlukan rujukan ke puskesmas yang lebih lengkap sarana prasarananya dan SDM yang lebih kompeten.

5. Antara Puskesmas dan RS, laboratorium/fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
   Pasien yang awalnya ditangani puskesmas namun penyakitnya cukup berat. Petugas puskesmas dan alat yang tersedia sangat terbatas maka perlu dikonsultasikan ke RS/ Laboratorium/ fasilatas kesehatan lainnya.

6. Internal antara bagian/unit di dalam satu RS.
   Jika klien membutuhkan lebih pemeriksaan kesehatan karena menderita lebih dari 1 penyakit. Contoh kasus klien yang mengalami operasi tetapi mengidap penyakit saraf maka diperlukan unit pelayanan bedah dan penyakit saraf.

7. Antar RS, laboratorium/fasilitas pelayanan lain dan RS.
   Jika klien yang mengalami suatu penyakit yang kompleks maka biasanya diperlukan beberapa instansi kesehatan untuk mendukung diagnosa dan mengefektifkan pengobatan pada pasien tersebut.

C. JENJANG RUJUKAN PELAYANAN KESEHATAN

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

Tabel 2.2
Jenjang Rujukan Pelayanan Kesehatan

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

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

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

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

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

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

D. ALUR DAN SKEMA RUJUKAN

Alur pelayanan rujukan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal adalah sebagai berikut.

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

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

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

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

Persyaratan dalam pelayanan rujukan meliputi hal di bawah ini.

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

Latihan

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

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

Ringkasan

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

c) Fasilitas Pelayanan kesehatan Profesional Tingkat I
d) Fasilitas Pelayanan kesehatan Profesional Tingkat II
e) Fasilitas Pelayanan kesehatan Profesional Tingkat III

3) Untuk mengingat hal – hal penting dalma melakukan rujukan dapat digunakan istilah "BAKSOKUDA" (Bidan, Alat, Kendaraan, Surat, Obat, Keluarga, Uang dan Donor Darah).

Tes 3

Pilihlah salah satu jawaban yang paling benar!

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

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

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

4) Di suatu Polindes seorang bidan desa sedang melakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin yang sudah inpartu. Bidan melakukan observasi kemajuan persalinan kepada ibu tersebut sesuai waktu yang telah ditetapkan. Apakah bentuk pelayanan kebidanan yang sedang dilakukan bidan sesuai kasus di atas?
   A. Mandiri
   B. Rujukan
   C. Limpahan
   D. Kolaborasi

5) Unsur dari Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling, Praktik Dokter Swasta, Bidan, poliklinik swasta, dll merupakan bagian dari fasilitas kesehatan jenjang hirarki adalah...
   A. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Profesional Tingkat I
   B. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Profesional Tingkat II
   C. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Profesional Tingkat III
   D. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Profesional Tingkat IV

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

1) C
2) A
3) Data Penduduk dikabupaten X ada 2000 jiwa.
   a) Sasaran ibu hamil di kabupaten X
      CBR: 27,0/1000 penduduk
      Jumlah ibu hamil: 1,10x0,027x2000 : 59,4
      Jadi, jumlah sasaran ibu hamil di kabupaten X adalah 59 orang
   b) Cakupan K1
      (1) Jumlah ibu hamil yang pertama kali mendapatkan pelayanan antenatal oleh tenaga di kabupaten X pada kurun waktu tertentu ada 37 orang ibu hamil
      (2) Jumlah sasaran ibu hamil di kabupaten X dalam 1 tahun ada 59 orang
      Cakupan K1 = 37 : 59 x 100 = 62,71
      Jadi,jumlah ibu hamil yang pertama kali mendapatkan pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan di kabupaten X dalam waktu 1 tahun adalah 62 orang.
   c) Cakupan K4
      Jumlah sasaran ibu hamil di kabupaten X dalam 1 tahun adalah 59 orang
      Cakupan K4 = 39 : 59 x 100 = 66,10
      Jadi,jumlah ibu hamil yang mendapat antenatal minimal 4x oleh tenaga kesehatan ada 66 orang dari 39 ibu hamil dalam 1 tahun

Tes 2

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

Tes 3

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

Glossarium

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

Daftar Pustaka

Depkes RI (1993). *Pedoman pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak*. Jakarta: Dirjen Binkesmas.

Depkes RI (1996). *Pedoman pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak*. Jakarta: Bakti Husada.

Kemenkes RI (2014). *Permenkes No.97 Tahun 2014 tentang pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan dan masa sesudah melahirkan, penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi, serta pelayanan kesehatan seksual*. Jakarta: Kemenkes RI.

Prawirohardjo, S. (2001). *Pelayanan kesehatan maternal dan neonatal*. Jakarta: JNPKR-POGI.