

**Buku Ajar Mata Kuliah
Asuhan Kebidanan Komunitas**

**Oleh
Siti Cholifah; Yanik Purwanti**



**Diterbitkan oleh
UMSIDA PRESS**

Tahun 2019

Buku Ajar
Asuhan Kebidanan Komunitas

Penulis :
Siti Cholifah; Yanik Purwanti.

ISBN :
978-623-7578-12-3

Editor :
Septi Budi Sartika, M.Pd
M. Tanzil Multazam , S.H., M.Kn.

Copy Editor :
Fika Megawati, S.Pd., M.Pd.

Design Sampul dan Tata Letak :
Mochamad Nashrullah, S.Pd

Penerbit :
UMSIDA Press

Redaksi :
Universitas Muhammadiyah Sidoarjo
Jl. Mojopahit No 666B
Sidoarjo, Jawa Timur

Cetakan pertama, Agustus 2019

© Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dengan suatu
apapun tanpa ijin tertulis dari penerbit.

Kata pengantar

Assalammu'alaikum Wr.Wb

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karuniaNya, sehingga kami bisa menyusun buku ajar Asuhan Kebidanaan Komunitas. Sholawat dan salam kami haturkan kepada junjungan Nabi Muhammad SAW. Buku ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman mahasiswa menjadi bidan di komunitas. Buku ini membahas mengenai konsep kebidanaan di komunitas, peran tugas, tanggung jawab, aspek perlindungan hukum, strategi pelayanan kebidanaan komunitas, asuhan kebidanaan di komunitas mulai dari antenatal, intranatal, postnatal, bayi baru lahir dan neonatus, deteksi dini tumbuh kembang dan kegawatdaruratan maternal neonatal, pemantauan wilayah setempat dan pelaporan kohort serta program-program yang meningkatkan kesehatan Ibu dan anak di komunitas. Penyusunan buku ajar Asuhan Kebidanaan Komunitas tidak lepas dari bantuan dan bimbingan serta motivasi dari semua pihak. Kami berharap dapat membawa manfaat bagi seluruh mahasiswa. Kami mengharapkan saran dan masukan dari para pembaca, sehingga dapat memperbaiki dikemudian hari.

Wassalamualaikum Wr.Wb

Sidoarjo, Juni 2019

Penulis

DAFTAR ISI

	HALAMAN SAMPUL	
.....		i
	KATA PENGANTAR	
.....		ii
	DAFTAR	
ISI		
	iii
BAB I	KONSEP DASAR KEBIDANA KOMUNITAS.....	1
	A.	1
	Pengertian.....	
	
	B. Riwayat Kebidanan Komunitas	1
	
	C. Sasaran	2
	KebidananKomunitas.....	
	D. Tujuan Pelayanan Kebidanan	3
	Komunitas.....	
	E. Ruang Lingkup Pelayanan Kebidanan Komunitas....	4
	F. Unsur-Unsur Kebidanan	4
	Komunitas.....	
BAB II	PERAN, FUNGSI, TUGAS, TANGGUNG JAWAB DAN KOMPETENSI BIDAN KOMUNITAS.....	6
	A. Kompetensi Bidan	6
	Indonesia.....	

B. Peran Pelaksana Asuhan.....	7
C. Peran Pengelola.....	9
D. Peran Pendidik.....	10
E. Peran Investigator dalam Asuhan.....	11
F. Praktik Mandiri Bidan.....	11
G. Program Bidan Delima.....	12

BAB III ASPEK PERLINDUNGAN HUKUM BIDAN DI KOMUNITAS 17

A. Standar Pelayanan Kebidanan.....	17
B. Kode etik Bidan	18
C. Standar Asuhan Kebidanan	21
D. Registrasi praktik Bidan.....	25
E. Kewenangan Bidan Di Komunitas.....	26

BAB IV STRATEGI PELAYANAN KEBIDANAN DI KOMUNITAS... 29

A. Pendekatan Edukatif dalam Peran Serta Masyarakat	29
B. Pelayanan Berorientasi Pada Kebutuhan	

Masyarakat.....	31
.....	
C. Menggunakan /Memanfaatan Potensi Yang ada Di Masyarakat.....	32
.....	

BAB V ASUHAN KEBIDAN DI KOMUNITAS.....
34

A. Asuhan Antenatal.....	34
B. Asuhan Intranatal.....	39
C. Asuhan Postnatal.....	42
D. Asuhan Bayi Baru Lahir Dan Neonatus	44
E. Deteksi Dini Penyimpangan Tumbuh Kembang Bayi Dan Balita.....	46
.....	
F. Pertolongan Pertama Kegawatdaruratan Obstetrik Dan Neonatus.....	47
.....	
G. Sistem Rujukan Di Komunitas.....	50

BAB VI MENGELOLA PROGRAM KIA/KB MELALUI PWS-KIA... 55

A. Pengertian.....	55
.....	
B. Tujuan	55
.....	
.....	
C. Prinsip Pengelolaan Program KIA.....	56
D. Indikator Pemantauan Program KIA.....	68
E. Pembuatan Grafik PWS KIA.....	77
F. Analisis Tindak Lanjut.....	80
G. Pelembagaan PWS KIA.....	84
H. Pelaksanaan PWS KIA.....	85
I. Pemantauan dan Pelaporan.....	88

BAB VII MELAKUKAN MONITORING DAN EVALUASI KEGIATAN PELAYANAN DI KOMUNITAS (KOHORT IBU DAN BALITA) 90

A. Pengertian.....	90
.....	
B. Tujuan.....	90
.....	
C. Jenis register kohort.....	90
D. Cara mengisi Kohort Ibu.....	91
.....	
E. Cara Pengisian Kohort Bayi.....	92
F. Cara Pengisian Kohort Balita.....	93

BAB VIII PROGRAM PEMERINTAH UNTUK MENINGKATKAN KESEHATAN IBU DAN ANAK DI KOMUNITAS..... 94

BAB 1

KONSEP DASAR KEBIDANAN KOMUNITAS

A. PENGERTIAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Kebidanan komunitas merupakan suatu konsep dasar bidan dalam melayani keluarga dan masyarakat. Pelayanan kebidanan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan. Konsep adalah kerangka ide yang mengandung suatu pengertian tertentu. Kebidanan berasal dari kata “Bidan”. Kebidanan (*midwifery*) adalah mencakup pengetahuan yang dimiliki dan kegiatan pelayanan untuk menyelamatkan ibu dan bayi.

Pengertian bidan adalah Seseorang yang telah mengikuti Pendidikan kebidanan yang diakui oleh pemerintah setempat dan telah menyelesaikan pendidikan serta terdaftar atau mendapatkan izin melakukan praktik kebidanan.

Komunitas adalah kelompok orang yang berada disuatu lokasi atau daerah tertentu. Bidan Komunitas (*Community Midwifery*) adalah bidan yang bekerja melayani keluarga dan masyarakat diwilayah tertentu.

Kebidanan komunitas adalah konsep dasar bidan dalam melayani keluarga dan masyarakat. Pelayanan kebidanan komunitas adalah upaya yang dilakukan bidan untuk pemecahan masalah kesehatan ibu dan anak balita didalam keluarga dan masyarakat.

B. RIWAYAT KEBIDANAN KOMUNITAS

Pada zaman pemerintahan hindia belanda tahun 1807 pertolongan persalinan dilakukan oleh dukun, tahun 1951 didirikan sekolah biadan bagi wanita pribumi di Batavia kemudian tahun 1953 kursus Tambahan Bidan (KTB) dimasyarakat Yogyakarta dan berkembang didaerah lain. Seiring dengan

pelatihan dibukalah Balai Kesehatan Ibu dan Anak (BKIA), bidan sebagai penanggung jawab, memberikan pelayanan antenatal care, post natal care, pemeriksaan bayi dan gizi, intranatal dirumah, kunjungan rumah pasca salin. Tahun 1952 diadakan pelatihan secara formal untuk kualitas persalinan. Pada tahun kursus Tambahan Bidan (KTB) ditutup, kemudian BKIA terintegrasi dengan Puskesmas.

Puskesmas memberi pelayanan didalam dan diluar gedung dalam wilayah kerja. Bidan di Puskesmas memberikan pelayanan Kesehatan Ibu dan anak (KIA) termasuk Pelayanan Keluarga Berencana (KB). Diluar gedung pelayanan kesehatan keluarga dan posyandu yang mencakup pemeriksaan kehamilan, KB, imunisasi, gizi dan kesehatan lingkungan. Tahun 1990 merata pada semua masyarakat.

Instruksi presiden secara lisan pada siding cabinet tahun 1992 tentang perlunya mendidik bidan untuk ditempatkan diseluruh desa sebagai pelaksana KIA. Tahun 1994 merupakan tolak dari konferensi kependudukan di Kairo yang menekankan pada kesehatan reproduksi yang memperluas garapan bidan antara lain Safe motherhood. Keluarga Berencana, Penyakit Menular Seksual (PMS). Kesehatan reproduksi remaja dan kesehatan reproduksi orang tua.

C. SASARAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Komunitas merupakan satu kesatuan hidup manusia yang menempati suatu wilayah nyata yang berinteraksi menurut suatu system adat istiadat, serta terikat oleh suatu identitas suatu komunitas. Ciri-ciri komunitas adalah kesatuan wilayah, kesatuan adat istiadat, rasa identitas komunitas, dan loyalitas terhadap komunitas.

Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat. Bila ada salah satu anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan, maka akan berpengaruh terhadap anggota keluarga yang lain dan keluarga-keluarga yang ada disekitarnya.

Sasaran kebidanan komunitas adalah individu, keluarga, dan kelompok masyarakat. Sasaran utama adalah ibu dan anak dalam keluarga. Kesehatan ibu meliputi sepanjang daur kehidupannya mulai pra konsepsi, hamil, persalinan, pasca persalinan, dan masa antara diluar kehamilan dan persalinan. Sedangkan kesehatan anak meliputi perkembangan dan pertumbuhan anak mulai dari masa dalam kandungan, masa bayi, masa balita, masa pra sekolah dan masa sekolah

D. TUJUAN PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Tujuan umum pelayanan kebidanan komunitas adalah meningkatkan kesejahteraan masyarakat, khususnya kesehatan perempuan atau ibu, bayi, balita diwilayah kerjanya. Adapun tujuan khusus dari pelayanan kebidanan komunitas adalah

1. Meningkatkan cakupan pelayanan kebidanan komunitas sesuai dengan tanggung jawab bidan
2. Meningkatkan mutu pelayanan ibu hamil, pertolongan persalinan, perawatan nifas, perinatal, bayi dan balita secara terpadu. Menurunkan jumlah kasus-kasus yang berkaitan dengan risiko kehamilan, persalinan dan perinatal
3. Mendukung program pemerintah untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas ibu, bayi dan anak
4. Membangun jaringan kerja dengan fasilitas rujukan dan tokoh masyarakat setempat atau unsur terkait lainnya.

E. RUANG LINGKUP PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS

1. Pelayanan kebidanan berfokus pada upaya preventif, promotif, pertolongan persalinan, deteksi komplikasi, pada ibu dan anak,

melaksanakan tindakan asuhan sesuai dengan kewenangan atau bantuan lain jika diperlukan dalam melaksanakan tindakan kegawatdaruratan.

2. Melaksanakan konseling dan pendidikan kesehatan ,tidak hanya kepada wanita, tetapi juga kepada keluarga dan masyarakat. Kegiatan ini mencakup pendidikan antenatal, persiapan menjadi orang tua, serta dapat meluas sampai kesehatan wanita, kesehatan reproduksi dan asuhan anak.
3. Bidan dapat praktik diberbagai tatanan pelayanan, termasuk di rumah, masyarakat, rumah sakit, klinik atau unit kesehatan lainnya.

F. UNSUR-UNSUR KEBIDANAN KOMUNITAS

Unsur- unsur kebidanan komunitas meliputi :

a. Bidan

Sampai saat ini belum ada pendidikan khusus untuk menghasilkan tenaga bidan yang bekerja dikomunitas, yang ada hanya menghasilkan bidan yang mampu bekerja didesa, sebagai tenaga kesehatan bidan yang membantu keluarga dan masyarakat.

b. Pelayanan Kebidanan

Hubungan interaksi anata bidan dengan kliennya dilakukan melalui pelayanan kebidanan. Pelayanan kebidanan adalah segala aktifitas yang dilakukan bidan untuk menyelamatkan klien dari gangguan kesehatan.

Tujuan pelayanan dikomunitas untuk meningkatkan kesehatan ibu, anak balita didalam keluarga sehingga terwujud keluarga sehat dan sejahtera dikomunitas.

Pelayanan kebidanan komunitas juga merupakan bagian atau kelanjutan dari pelayanan kesehatan yang diberikan di Rumah Sakit.

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

Kegiatan pelayanan kebidanan komunitas bisa dilakukan di puskesmas, polindes, posyandu, praktik mandiri bidan atau dirumah klien. Kegiatan pelayanan meliputi:

- 1) Penyuluhan atau pendidikan kesehatan
- 2) Pemeliharaan kesehatan ibu dan anak
- 3) Pengobatan sederhana bagi ibu dan balita.
- 4) Perbaikan gizi keluarga
- 5) Imunisasi ibu dan anak.
- 6) Pertolongan persalinan dirumah
- 7) Pelayanan KB

c. Sasaran pelayanan kebidanan komunitas

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

d. Lingkungan

Lingkungan mencakup lingkungan fisik, sosial berkaitan dengan adat dan budaya dimasyarakat serta flora dan fauna bderkaitan dengan penghijauan, pemanfaatan perkarangan dengan tanaman yang bergizi.

e. Ilmu pengetahuan serta teknologi (IPTEK)

Pelayanan kebidanan komunitas menggunakan IPTEK sesuai dengan tuntutan masyarakat. Bidan harus mengembangkan kemampuannya agar tidak ketinggalan terhadap kemajuan IPTEK dibidang kesehatan.

BAB II

PERAN, FUNGSI, TUGAS, TANGGUNG JAWAB DAN KOMPETENSI BIDAN KOMUNITAS

A. KOMPETENSI BIDAN INDONESIA

Kompetensi bidan di Indonesia (IBI 2006), mencakup area pengetahuan umum, ketrampilan dan perilaku yang berhubungan dengan ilmu-ilmu sosial, ilmu-ilmu kesehatan dan kesehatan masyarakat.

1. **Kompetensi ke-1** (area persyaratan pengetahuan dan ketrampilan dalam memberikan asuhan sesuai dengan budaya setempat) : Bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan ketrampilan dari ilmu-ilmu sosial, kesehatan masyarakat dan etik yang membentuk dasar asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya untuk wanita bayi baru lahir dan keluarganya.
2. **Kompetensi ke-2** (Area pra konsepsi, KB dan ginekologi) : Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya dan pelayanan yang menyeluruh di masyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan dan kesiapan menjadi orang tua.
3. **Kompetensi ke-3** (Area asuhan dan konseling selama kehamilan): Bidan memberi asuhan antenatal yang bermutu tinggi, untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi: deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu.
4. **Kompetensi ke-4** (area asuhan selama persalinan) : Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin persalinan yang bersih dan aman, menangani

situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir.

5. **Kompetensi ke- 5** (area asuhan pada ibu nifas dan menyusui) : Bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat.
6. **Kompetensi ke-6** (area asuhan pada bayi baru lahir): Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi baru lahir sehat samapai dengan 1 bulan.
7. **Kompetensi ke-7** (area asuhan pada bayi dan balita): Bidan yang memberikan asuhan yang bermutu tinggi komprehensif pada bayi dan balita(1 bulan – 5 tahun)
8. **Kompetensi ke- 8** (area kebidanan komunitas): Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat.
9. **Kompetensi ke-9** (area asuhan pada wanita dengan gangguan reproduksi): Melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita dengan gangguan sistem reproduksi.

B. PERAN PELAKSANA ASUHAN

Peran Sebagai pelaksana ada 3 meliputi tugas mandiri, kolaborasi/kerjasama dan ketergantungan/rujukan

- a. Melaksanakan asuhan kebidanan dengan standar profesional..
- b. Melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu hamil normal dengan komplikasi, patologis, risiko tinggi dengan melibatkan klien / keluarga.
- c. Melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu bersalin normal dengan komplikasi, patologis, risiko tinggi dengan melibatkan klien / keluarga.

- d. Melaksanakan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir normal dengan komplikasi, patologis, risiko tinggi dengan melibatkan klien /keluarga.
- e. Melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu saat nifas dan menyusui dalam keadaan normal dan komplikasi, dengan melibatkan klien / keluarga.
- f. Melaksanakan asuhan kesehatan bayi (> 1 bulan-1 tahun) dan anak (>1 tahun-5 tahun) dengan melibatkan klien / keluarga.
- g. Melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita atau ibu dengan gangguan reproduksi dengan melibatkan klien /keluarga.
- h. Melaksanakan asuhan kebidanan komunitas dengan melibatkan klien /keluarga.
- i. Melaksanakan pelayanan keluarga berencana dengan melibatkan klien/keluarga.

Sebagai pelaksana dan fungsinya tugas bidan dikomunitas adalah

- a. Mengidentifikasi status kesehatan ibu dan anak.
- b. Melakukan pertolongan persalinan dirumah dan polindes.
- c. Melaksanakan kunjungan rumah pada ibu hamil, nifas dan laktasi, bayi dan balita.
- d. Melakukan penggerakan dan pembinaan peran serta masyarakat untuk mendukung upaya-upaya kesehatan ibu dan anak.
- e. Melakukan pencatatan dan pelaporan terkait asuhan kebidanan pada ibu dan anak.
- f. Melakukan pemantauan KIA dengan menggunakan PWS KIA
- g. Mengelola dan memberikan obat-obatan sesuai dengan kewenangannya.

C. PERAN PENGELOLA

Bidan mengelola pelayanan kesehatan ibu dan anak(KIA), Keluarga berencana (KB) diwilayah kerjanya. Tugas bidan meliputi :

- a. Mengelola dan mengembangkan pelayanan kesehatan masyarakat terutama pelayanan kebidanan individu, keluarga, kelompok khusus, dan masyarakat diwilayah kerjanya dengan melibatkan klien/masyarakat.
 - 1) Bersama tim kesehatan dan pemuka masyarakat mengkaji ke butuhan kesehatan masyarakat terutama yang berhubungan dengan KIA untuk meningkatkan dan mengembangkan program pelayanan kesehatan diwilayah kerjanya.
 - 2) Menyusun rencana kerja sesuai dengan hasil pengkajian dengan melibatkan klien/masyarakat.
 - 3) Mengelola kegiatan pelayanan kesehatan ,asyarakat khususnya KIA dan KB sesuai rencana.
 - 4) Mengorganisasi, mengawasi dan membimbing kader,dukun, petugas kesehatan lain dalam melaksanakan program KIA dan KB.
 - 5) Mengembangkan strategi untuk meningkatkan kesehatan masyarakat, khususnya KIA serta kB termasuk pemanfaatan sumber-sumber yang ada.
 - 6) Menggerakkan, mengembangkan kemampuan masyarakat dan memelihara kesehatan dengan memanfaatkan sumber-sumber yang ada.
 - 7) Mempertahankan, meningkatkan mutu dan keamanan praktik professional melalui pendidikan, pelatihan, dan kegiatan dalam kelompok profesi.
- b. Berpartisipasi dalam tim untuk melaksanakan program kesehatan dan sektor lain di wilayah kerjanya melalui

peningkatan kemampuan dukun bayi, kader kesehatan dan tenaga kesehatan lain yang berada dibawah bimbingan wilayah kerjanya.

- 1) Bekerjasama dengan puskesmas, institusi lain sebagai anggota tim dalam memberikan asuhan kepada klien, dalam bentuk konsultasi, rujukan dan tindak lanjut.
- 2) Membina hubungan dengan dukun, kader kesehatan/PLKB dan masyarakat.
- 3) Melaksanakan pelatihan, membimbing dukun bayi, kader, dan petugas kesehatan lainnya.
- 4) Memberikan asuhan pada klien yang dirujuk dukun bayi.
- 5) Membina kegiatan-kegiatan yang ada di masyarakat.

D. PERAN PENDIDIK

Bidan melaksanakan bimbingan/penyuluhan, pendidikan pada klien, keluarga, masyarakat, dan tenaga kesehatan termasuk siswa bidan/perawat, kader dan dukun bayi tentang penanggulangan masalah kesehatan khususnya yang berhubungan dengan KIA dan KB.

- a. Mengkaji, merencanakan, menyiapkan, melaksanakan dan mengevaluasi kegiatan pendidikan, bimbingan/penyuluhan yang diberikan.
- b. Menggunakan hasil evaluasi untuk meningkatkan program bimbingan dan pendidikan.
- c. Mendokumentasikan hasil k10egiatan.

E. PERAN INVESTIGATOR DALAM ASUHAN

Bidan melaksanakan investigasi secara mandiri atau bekerja secara kolaboratif dalam ntim peneliti tentang asuhan kebidanan komunitas.

- a. Mengidentifikasi kebutuhan investigasi yang akan dilaksanakan.
- b. Menyusun rencana kerja.
- c. Melaksanakan investigasi sesuai rencana.
- d. Mengolah dan menginterpretasi data hasil investigasi.
- e. Menyusun laporan hasil investigasi dan tindak lanjut
- f. Memanfaatkan hasil investigasi untuk meningkatkan dan mengembangkan kerja/pelayanan kesehatan.

F. PRAKTIK MANDIRI BIDAN

Praktik mandiri bidan merupakan penyedia layanan kesehatan, yang memiliki kontribusi cukup besar dalam memberikan pelayanan, khususnya dalam meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak. Supaya masyarakat pengguna jasa layanan bidan memperoleh akses pelayanan yang bermutu dari pelayanan bidan, perlu adanya regulasi pelayanan praktik mandiri bidan secara jelas, persiapan sebelum bidan melaksanakan pelayanan praktik, seperti perizinan, tempat, ruangan, peralatan praktik, dan kelengkapan administrasi semuanya harus sesuai dengan standar.

Komponen minimal praktik minimal bidan meliputi:

- a. Ruang lingkup profesi
 - 1) Diagnostik (klinik laboratorik)
 - 2) Terapi (promotif, preventif)
 - 3) Merujuk.
 - 4) Kemampuan komunikasi interpersonal
- b. Mutu layanan
 - 1) Pemeriksaan seefisien mungkin
 - 2) Internal review
 - 3) Pelayanan sesuai standar pelayanan kebidanan dan etika profesi

- 4) Humanis (tidak diskriminatif)
- c. Kemitraan terhadap sejawat/kolaborasi dokter, perawat, petugas kesehatan lain, psikolog, sosiolog dan pasien, komunitas
- d. Manajemen : waktu, alat , informasi/MR, obat , jasa dan administrasi/regulasi/undang-undang
- e. Pengembangan diri
 - 1) CME (*Continue Midwifery Education*)
 - 2) Informasi Search

G. PROGRAM BIDAN DELIMA

Bidan delima merupakan salah satu program dari organisasi profesi bidan sebagai upaya terobosan untuk meningkatkan profesionalisme bidan dalam rangka memenuhi tuntutan dari masyarakat akan pelayanan kebidanan yang berkualitas.

1. Pengertian Bidan Delima adalah suatu program terobosan strategis yang mencakup :

- a. Pembinaan peningkatan kualitas pelayanan bidan dalam lingkup Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi.
- b. Merk Dagang/Brand.
- c. Mempunyai standar kualitas, unggul, khusus, bernilai tambah, lengkap, dan memiliki hak paten.
- d. Rekrutmen Bidan Delima ditetapkan dengan kriteria, system, dan proses baku yang harus dilaksanakan secara konsisten dan berkesinambungan.
- e. Menganut prinsip pengembangan diri atau self development, dan semangat tumbuh bersama melalui dorongan dari diri sendiri, mempertahankan dan

meningkatkan kualitas, dapat memuaskan klien beserta keluarganya.

- f. Jaringan yang mencakup seluruh Bidan Praktek Swasta dalam pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi.

2. Tujuan Bidan Delima

- a. Meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat.
- b. Meningkatkan profesionalitas Bidan.
- c. Mengembangkan kepemimpinan Bidan di masyarakat
- d. Meningkatkan cakupan pelayanan Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana.
- e. Mempercepat penurunan angka kesakitan dan kematian Ibu, Bayi dan Anak.

3. Logo Bidan Delima

A. Posyandu.....	94
.....	
B. Pos Kesehatan Berbasis Desa (Poskedes).....	106
C. Desa Siaga.....	110
.....	
D. Donor Darah Berjalan.....	125
E. Ambulan Desa.....	127
.....	



Bidan Delima
Kesehatan Berbasis Desa

F. Pembinaan Dukun Bayi dan Kader.....	128
G. Kemitraan Bidan.....	143
....	
H. Tabulin.....	147
.....	
I. Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas).....	163

Makna yang ada pada logo Bidan Delima adalah:

Bidan :Petugas kesehatan yang memberikan pelayanan yang berkualitas, ramah, tamah, nyaman, terjangkau dalam bidang kesehatan reproduksi

Delima :Buah yang terkenal sebagai buah cantik , indah, berisi biji dan cairan manis yang melambangkan kesuburan(reproduksi)

Merah :Warna melambangkan keberanian dalam menghadapi tantangan dan pengambilan keputusan yang cepat, tepat dan tepat dalam membantu masyarakat.

Hitam : Warna yang melambangkan ketegasan dan kesetiaan dalam melayani kaum perempuan (ibu dan anak) tanpa membedakan.

Hati : Melambangkan pelayanan bidan yang manusiawi, penuh kasih sayang (saying ibu dan bayi) dalam semua tindakan/intervensi.

Bidan Delima melambangkan:

Pelayanan berkualitas dalam Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana yang berlandaskan kasih sayang, sopan santun, ramah-tamah, sentuhan yang manusiawi, terjangkau, dengan tindakan kebidanan sesuai standar dan kode etik profesi.

Logo/branding/merk Bidan Delima menandakan bahwa BPS tersebut telah memberikan pelayanan yang berkualitas yang telah diuji/diakreditasi sesuai dengan standar yang telah ditetapkan, memberikan pelayanan yang berorientasi pada kebutuhan dan kepuasan pelanggannya (*Service Excellence*).

4. Visi dan Misi

a. Visi

Meningkatkan kualitas pelayanan untuk memberikan yang terbaik, agar dapat memenuhi keinginan masyarakat

b. Misi

Bidan Delima adalah Bidan Praktek Swasta yang mampu memberikan pelayanan berkualitas terbaik dalam bidang kesehatan reproduksi dan keluarga berencana, bersahabat dan peduli terhadap kepentingan pelanggan, serta memenuhi bahkan melebihi harapan pelanggan.

5. Landasan hukum bidan delima

a. Undang-undang No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan

b. Anggaran Dasar IBI bab II pasal 8 dan Anggaran Rumah Tangga IBI bab III pasal 4

c. Permenkes No. 900/VII/2002 tentang registrasi dan praktik bidan

d. Standar Pelayanan Kebidanan (SPK) IBI 2002.

6. Strategi

Menggalang upaya terpadu dalam meningkatkan kualitas pelayanan dan profesionalisme Bidan Praktek Swasta dengan:

- a. Menyiapkan pengelola program Bidan Delima di setiap jenjang kepengurusan IBI.
- b. Mengembangkan jaringan pelayanan Bidan Delima yang dirancang secara sistematis sesuai dengan standar kualitas pelayanan yang baku.
- c. Mensosialisasikan program Bidan Delima kepada seluruh jajaran IBI dan Bidan praktik mandiri dalam rangka meningkatkan minat dan jumlah Bidan berpredikat Bidan Delima.
- d. Memberikan penghargaan kepada Bidan Delima yang berprestasi.
- e. Meluncurkan program pemasaran Bidan Delima untuk meningkatkan minat masyarakat menggunakan jejaring pelayanan Bidan Delima.

Suatu program dapat terlaksana dengan baik melalui pengelolaan yang cermat dan konsisten dengan berorientasi pada potensi, ketersediaan sumber daya dan kemampuan internal organisasi pelaksanaannya. Untuk melaksanakan program bidan delima, IBI memiliki potensi dan sumber daya yang memadai dan akan mencapai hasil yang optimal apabila memperoleh dukungan baik dari internal IBI maupun stakeholder

BAB III

ASPEK PERLINDUNGAN HUKUM BIDAN DI KOMUNITAS

A. STANDAR PELAYANAN KEBIDANAN

Dengan adanya standar pelayanan, masyarakat akan memiliki kepercayaan yang lebih baik terhadap pelaksana pelayanan kesehatan sehingga standar pelayanan kebidanan dapat digunakan untuk menentukan kompetensi yang diperlukan bidan dalam menjalankan praktik sehari-hari.

Standar ini dapat juga digunakan sebagai dasar untuk menilai pelayanan, menyusun rencana pelatihan dan pengembangan kurikulum pendidikan serta dapat membantu dalam penentuan kebutuhan operasional untuk penerapannya.

Adapun standar pelayanan kebidanan meliputi 24 standar sebagai berikut:

a. Standar Pelayanan Umum (2 standar)

Standar 1: Persiapan untuk kehidupan keluarga sehat

Standar 2 : Pencatatan dan pelaporan

b. Standar pelayanan antenatal (6 standar)

Standar 3 : identifikasi Ibu Hamil

Standar 4 : Pemeriksaan dan pemantauan Antenatal

Standar 5 : Palpasi abdominal

Standar 6 : Pengelolaan anemia pada ibu hamil

Standar 7 : Pengelolaan Dini Hipertensi Pada Kehamilan

Standar 8 : Persiapan persalinan

c. Standar Pertolongan Persalinan (4 Standar)

Standar 9 : Asuhan Persalinan kala I

Standar 10: Persalinan kala II yang aman

Standar 11: Penatalaksanaan aktif kala III

Standar 12 : Kala II dengan gawat Janin Melalui episiotomy

d. Standar Pelayanan Nifas (3 Standar)

Standar 13 : Perawatan Bayi Baru lahir

Standar 14 : Penanganan pada dua jam Pertama Persalinan

Standar 15 : Pelayanan Bagi Ibu dan Bayi Masa Nifas

e. Standar Pelayanan kegawatdaruratan Obstetri – neonatal (9 standar)

Standar 16: Penanganan Perdarahan Pada Kehamilan Trimester III

Standar 17 : Penanganan Kegawatan Pada PreEklamsi

Standar18 :Penanganan Kegawatan pada Partus Lama/Macet

Standar19: Persalinan dengan Penggunaan Vacum Ekstraktor

Standar 20 : Penanganan Retensio Plasenta

Standar 21 : Penanganan Perdarahan Postpartum Primer

Standar 22 : Penanganan Perdarahan PostPartum sekunder

Standar 23 : Penanganan Sepsis Puerpuralis

Standar 24 : Penanganan Asfiksia Neonatorum .

B. KODE ETIK BIDAN

Kode etik sebagai suatu ciri profesi yang bersumber dari nilai-nilai internal dan eksternal dari suatu disiplin ilmu merupakan pernyataan komprehensif suatu profesi yang memberikan tuntunan bagi anggota dalam melaksanakan pengabdian kepada profesinya baik yang berhubungan dengan klien, keluarga, masyarakat, teman sejawat, profesi dan dirinya sendiri.

Secara umum tujuan kode etik adalah untuk menjunjung tinggi martabat dan citra profesi, menjaga dan memelihara kesejahteraan para anggota, serta meningkatkan mutu profesi. Kode etik bidan Indonesia pertama kali disusun pada tahun 1986 dan disahkan dalam kongres Nasional Ikatan Bidan Indonesia X

tahun 1988, sedang petunjuk pelaksanaannya disahkan dalam rapat kerja Nasional (Rakernas) IBI tahun 1991, kemudian disempurnakan dan disahkan pada konggres Nasional IBI ke XII tahun 1998.

Secara umum kode etik bidan berisi 7 bab yang dibedakan menjadi tujuh bagian, yaitu:

1. Kewajiban bidan terhadap klien dan masyarakat (6 butir)

- a. Setiap bidan senantiasa menjunjung tinggi, menghayati dan mengamalkan sumpah jabatannya dalam melaksanakan tugas pengabdianya.
- b. Setiap bidan dalam menjalankan tugas profesinya menjunjung tinggi harkat dan martabat kemanusiaan yang utuh dan memelihara citra bidan.
- c. Setiap bidan dalam menjalankan tugasnya senantiasa berpedoman pada peran, tugas dan tanggung jawab sesuai dengan kebutuhan klien, keluarga dan masyarakat.
- d. Setiap bidan dalam menjalankan tugasnya mendahulukan kepentingan klien, menghormati hak klien dan menghormati nilai-nilai yang berlaku dimasyarakat.
- e. Setiap bidan dalam menjalankan tugasnya senantiasa mendahulukan kepentingan klien , keluarga dan masyarakat

2. Kewajiban Bidan terhadap tugasnya (3 butir)

- a. Setiap bidan senantiasa memberikan pelayanan paripurna kepada klien, keluarga dan masyarakat sesuai dengan kemampuan profesi yang dimilikinya berdasarkan kebutuhan klien, keluarga dan masyarakat.

- b. Setiap bidan berkewajiban memberikan pertolongan sesuai dengan kewenangan dalam mengambil keputusan termasuk mengadakan konsultasi, dan atau rujukan.
- c. Setiap bidan harus menjamin kerahasiaan keterangan yang didapat dan atau dipercayakan kepadanya, kecuali bila diminta oleh pengadilan atau diperlukan sehubungan dengan kepentingan klien.

3. Kewajiban bidan terhadap sejawat dan tenaga kesehatan lainnya (2 butir)

- a. Setiap bidan harus menjalin hubungan dengan teman sejawatnya untuk menciptakan suasana kerja yang serasi.
- b. Setiap bidan dalam melaksanakan tugasnya harus saling menghormati baik terhadap sejawatnya maupun tenaga kesehatan lainnya.

4. Kewajiban bidan terhadap profesinya (3 butir)

- a. Setiap bidan wajib menjaga nama baik dan menjunjung tinggi citra profesi dengan menampilkan kepribadian yang bermartabat dan memberikan pelayanan yang bermutu kepada masyarakat.
- b. Setiap bidan wajib senantiasa mengembangkan diri dan meningkatkan kemampuan profesinya sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.
- c. Setiap bidan senantiasa berperan serta dalam kegiatan penelitian dan sejenisnya yang dapat menciptakan mutu dan citra profesinya.

5. Kewajiban bidan terhadap dirinya sendiri (2 butir)

- a. Setiap bidan wajib memelihara kesehatannya agar dapat melaksanakan tugas profesinya dengan baik.
- b. Setiap bidan wajib meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

6. Kewajiban bidan terhadap pemerintah, nusa bangsa dan tanah air (2 butir)

- a. Setiap bidan dalam menjalankan tugasnya, senantiasa melaksanakan ketentuan-ketentuan pemerintah dalam bidang kesehatan, khususnya dalam pelayanan kesehatan reproduksi, keluarga berencana dan kesehatan keluarga.
- b. Setiap bidan melalui profesinya berpartisipasi dan menyumbangkan pemikiran kepada pemerintah untuk meningkatkan mutu dan jangkauan pelayanan kesehatan terutama pelayanan KIA/KB dan kesehatan keluarga.

7. Penutup (1 butir)

Setiap bidan dalam melaksanakan tugasnya sehari-hari senantiasa menghayati dan mengamalkan Kode Etik Bidan Indonesia.

c. STANDAR ASUHAN KEBIDANAN

Standar asuhan kebidanan diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 938/Menkes/SK/VIII/2007. Dalam kepmenkes tersebut menjelaskan bahwa standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan.

Tujuan Standar asuhan adalah:

1. Adanya Standar sebagai Acuan dan landasan dalam melaksanakan tindakan/kegiatan dalam lingkup tanggung jawab bidan.
2. Mendukung terlaksananya Asuhan Kebidanan berkualitas
3. Parameter tingkat kualitas dan keberhasilan asuhan yang diberikan bidan
4. Perlindungan hukum bagi Bidan dan Klien/Pasien

Adapun Standar asuhan kebidanan adalah sebagai berikut:

STANDAR I : Pengkajian

1. Pernyataan Standar
Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.
2. Kriteria Pengkajian :
 - a. Data tepat, akurat dan lengkap
 - b. Terdiri dari Data Subjektif (hasil Anamnesa, biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya)
 - c. Data Objektif (hasil Pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang).

STANDAR II : Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

1. Pernyataan standar
Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat
2. Kriteria Perumusan diagnosa dan atau Masalah
 - a. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur Kebidanan

- b. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien .
- c. Dapat diselesaikan dengan Asuhan Kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

STANDAR III : Perencanaan

1. Pernyataan Standar

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

2. Kriteria Perencanaan

- a. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien: tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif
- b. Melibatkan klien /pasien dan atau keluarga.
- c. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga
- d. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- e. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada.

STANDAR IV : Implementasi

1. Pernyataan standar

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

2. Kriteria:

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (inform consent)

- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
- d. Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan
- e. Menjaga privacy klien/ pasien
- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- h. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- i. Melakukan tindakan sesuai standar
- j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

STANDAR V : Evaluasi

1. Pernyataan standar

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

2. Kriteria Evaluasi

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan /keluarga
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- d. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien

STANDAR VI : Pencatatan Asuhan Kebidanan

1. Pernyataan standar

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

2. Kriteria Pencatatan Asuhan Kebidanan

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan

- pada formulir yang tersedia (Rekam medis/ KMS/ Status pasien/ buku KIA)
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
 - c. S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan
 - d. A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
 - e. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif : penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ *follow up* dan rujukan.

d. REGISTRASI PRAKTIK BIDAN

Registrasi adalah proses pendaftaran, pendokumentasian, dan pengakuan terhadap bidan setelah dinyatakan memenuhi minimal kompetensi iniiti atau standar ketrampilan minimal yang ditetapkan.

Pemerintah telah menetapkan peraturan mengenai registrasi dan praktik bidan dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI no. 28 tahun 2017 (Revisi dari Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010).

Bidan yang baru lulus dapat mengajukan Surat Tanda Registrasi Bidan (STRB), dengan melengkapi dan membawa beberapa syarat, antara lain :

1. Fotokopi ijazah bidan
2. Fotokopi Transkrip nilai akademik
3. Sertifikat uji kompetensi
4. Lafal sumpah
5. Surat keterangan sehat dari dokter
6. Pas foto ukuran 4 x 6 cm sebanyak (dua) lembar.

Untuk memperoleh Surat izin Praktik Bidan (SIPB) Bidan harus mengajukan permohonan kepada Instansi Pemberi Izin dengan melampirkan:

1. Fotokopi STRB yang masih berlaku dan dilegalisasi asli;
2. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki surat izin praktik;
3. Surat pernyataan memiliki tempat praktik;
4. Surat keterangan dari pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat Bidan akan berpraktik;
5. Pas foto terbaru dan berwarna dengan ukuran 4X6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar;
6. Rekomendasi dari kepala dinas kesehatan kabupaten/kota setempat; dan
7. Rekomendasi dari Organisasi Profesi.

E. KEWENANGAN BIDAN DI KOMUNITAS

Bidan dalam menjalankan praktiknya di komunitas berwenang untuk memberikan pelayanan sesuai dengan kompetensi 8 yaitu bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat yang meliputi :

1. Pengetahuan Dasar
 - a. Konsep dasar dan sasaran kebidanan komunitas.
 - b. Masalah kebidanan komunitas.
Pendekatan asuhan kebidanan komunitas pada keluarga, kelompok dan masyarakat.
 - c. Strategi pelayanan kebidanan komunitas.
 - d. Upaya peningkatan dan pemeliharaan KIA dalam keluarga dan masyarakat.
 - e. Faktor – faktor yang mempengaruhi KIA
Sistem pelayanan KIA

2. Pengetahuan Tambahan

- a. Kepemimpinan untuk semua (Kesuma)
- b. Pemasaran sosial
- c. Peran serta masyarakat
- d. Audit maternal perinatal
- e. Perilaku kesehatan masyarakat
- f. Program – program pemerintah yang terkait dengan KIA (Safe Mother Hood dan Gerakan Sayang Ibu)
- g. Paradigma sehat tahun 2010.

3. Keterampilan Dasar

- a. Melakukan pengelolaan pelayanan ibu hamil, nifas laktasi, bayi, balita dan KB di masyarakat
- b. Mengidentifikasi status kesehatan ibu dan anak.
- c. Melakukan pertolongan persalinan dirumah dan polindes.
- d. Melaksanakan penggerakan dan pembinaan peran serta masyarakat untuk mendukung upaya kesehatan ibu dan anak.
- e. Melaksanakan penyuluhan dan konseling kesehatan.
- f. Melakukan pencatatan dan pelaporan

4. Keterampilan Tambahan

- a. Melakukan pemantauan KIA dengan menggunakan PWS KIA
- b. Melaksanakan pelatihan dan pembinaan dukun bayi
- c. Mengelola dan memberikan obat – obatan sesuai dengan kewenangannya.
- d. Menggunakan tehnologi tepat guna.

BAB IV

STRATEGI PELAYANAN KEBIDANAN DI KOMUNITAS

A. PENDEKATAN EDUKATIF DALAM PERAN SERTA MASYARAKAT

1. Dasar pemikiran

- a. Dapat memacu perkembangan potensial masyarakat
- b. Bertitik tolak dari masalah-masalah yang benar-benar dirasakan oleh masyarakat
- c. Masyarakat berpartisipasi aktif oleh karena ingin memenuhi kebutuhannya sendiri
- d. Pelayanan kesehatan dikembangkan berawal dari pola hidup masyarakat.
- e. Sebagian besar masalah kesehatan masyarakat hasil perilaku yang tidak baik terhadap kesehatan.

2. Definisi pendekatan edukatif

- a. Secara umum adalah rangkaian kegiatan yang dilaksanakan secara sistematis, terencana dan terarah dengan partisipasi aktif individu, kelompok-kelompok masyarakat secara keseluruhan untuk memecahkan masalah yang dirasakan oleh masyarakat dengan mempertimbangkan faktor-faktor sosial ekonomi dan budaya setempat.
- b. Secara khusus adalah merupakan model dari pelaksanaan organisasi dalam memecahkan masalah yang dihadapi masyarakat dengan pendekatan pokok yaitu pemecahan masalah dan proses pemecahan masalah tersebut.

3. Tujuan pendekatan edukatif

- a. Memecahkan masalah yang dihadapi masyarakat yang merupakan masalah kebidanan komunitas.
- b. Mengembangkan kemampuan masyarakat untuk bisa memecahkan masalah yang dihadapi diatas swadaya sebatas kemampuannya.

4. Strategi dasar pendekatan edukatif

- a. Mengembangkan provider

Perlu adanya kesamaan persepsi dan sikap mental positif terhadap pendekatan yang ditempuh serta sepatat untuk mensukseskan.

Langkah-langkah pengembangan provider meliputi :

- 1) Pendekatan terhadap pemuka/penentu/pejabat masyarakat. Bertujuan untuk mendapat dukungan, sehingga dapat menentukan kebijakan nasional/regional. Bentuknya pertemuan perorangan, d dalam kelompok kecil, pernyataan beberapa pejabat berpengaruh.

- 2) Pendekatan terhadap para pelaksana dari sektor diberbagai tingkat administrasi samapai dengan tingkat desa.

Tujuan yang akan dicapai adalah kesepahaman, memberi dukungan dan merumuskan kebijakan serta pola pelaksana secara makro. Berbentuk lokakarya, seminar, rapat kerja, musyawarah.

- 3) Pengumpulan data oleh sektor kecamatan/desa
Merupakan pengenalan situasi dan masalah menurut pandangan petugas/provider. Macam data yang dikumpulkan meliputi data umum, data khusus dan data perilaku.

- b. Pengembangan masyarakat

Pengembangan masyarakat adalah menghimpun tenaga masyarakat untuk mampu dan mau mengatasi masalah sendiri secara swadaya sebatas kemampuan. Dengan melibatkan partisipasi aktif masyarakat untuk menentukan masalah, merencanakan alternatif, melaksanakan dan menilai untuk pemecahan masalah yang dilaksanakan. Langkah-langkahnya meliputi pendekatan tingkat desa, survey mawas diri, perencanaan, pelaksanaan dan penilaian serta pemantapan dan pembinaan.

B. PELAYANAN BERORIENTASI PADA KEBUTUHAN MASYARAKAT

Proses dimana masyarakat dapat mengidentifikasi kebutuhan dan menentukan prioritas dari kebutuhan tersebut serta mengembangkan keyakinan masyarakat untuk berusaha memenuhi kebutuhan sesuai skala prioritas berdasarkan sumber-sumber yang ada dimasyarakat sendiri maupun berasal dari luar secara gotong royong. Terdiri dari 3 aspek penting meliputi proses, masyarakat dan memfungsikan masyarakat.

Terdiri dari 3 jenis pendekatan :

1. *Spesifict Content Approach*

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

Contoh: Pengasapan pada kasus DBD

2. *General Content Objective Approach*

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

Contoh: Posyandu meliputi KIA, imunisasi, gizi, KIE dsb

3. *Proces Objective Approach*

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

Contoh; kader

C. MENGGUNAKAN / MEMANFAATKAN POTENSI YANG ADA DI MASYARAKAT

1. Definisi

Usaha membantu manusia mengubah sikapnya terhadap masyarakat, membantu menumbuhkan kemampuan orang berkomunikasi dan menguasai fisiknya.

Pengembangan manusia yang tujuannya adalah untuk mengembangkan potensi dan kemampuan manusia mengontrol lingkungannya.

2. Langkah-langkah

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

3. Prinsip dalam mengembangkan masyarakat

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

4. Bentuk-bentuk program masyarakat

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

BAB V

ASUHAN KEBIDANAN DI KOMUNITAS

A. ASUHAN ANTENATAL

1. Pengertian

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan pada ibu selama masa kehamilannya, dilaksanakan sesuai standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam standar pelayanan kebidanan.

2. Tujuan asuhan antenatal

a. Tujuan utama dari asuhan antenatal adalah

- 1) Untuk memfasilitasi hasil yang sehat dan positif bagi ibu maupun bayinya dengan cara membina hubungan saling percaya dengan ibu
- 2) Mendeteksi komplikasi-komplikasi yang dapat mengancam jiwa
- 3) Mempersiapkan kelahiran
- 4) Memberikan pendidikan

b. Tujuan antenatal yang lain adalah sebagai berikut :

- 1) Memantau kemajuan kehamilan memastikan kesehatan ibu & tumbuh kembang bayi
- 2) Meningkatkan & mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu juga bayi
- 3) Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan/komplikasi selama hamil
- 4) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, dan trauma seminimal mungkin.
- 5) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif

6) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

3. Standar asuhan antenatal

Pelayanan antenatal terdapat 6 standar asuhan meliputi

a. Identifikasi ibu hamil

Bidan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan ibu hamil secara berkala untuk memberikan pendidikan kesehatan, penyuluhan dan memotivasi ibu, suami dan anggota keluarga agar mendorong ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini dan teratur.

b. Pemeriksaan dan pemantauan antenatal

Pada pemeriksaan dan pemantauan antenatal, bidan harus dapat membina hubungan atas dasar kepercayaan dengan ibu, mempersiapkan ibu menghadapi persalinan dan kesiagaan menghadapi komplikasi kehamilan dan persalinan, melakukan skrining dan penatalaksanaan komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan. Pemantauan antenatal pada ibu hamil minimal ibu hamil melakukan kunjungan 4 kali selama kehamilan, satu kali kunjungan pada trimester pertama (sebelum usia kehamilan 14 minggu) satu kali pada trimester kedua (antara minggu ke 14- minggu ke 28), dua kali kunjungan selama trimester ketiga (antara minggu ke-28 sampai 36 dan sesudah minggu 36).

c. Pemeriksaan abdomen

Melakukan pemeriksaan palpasi abdomen, mengukur tinggi fundus uteri dengan teknik Mc.Donald. Hasil

pemeriksaan tinggi fundus uteri bisa untuk menentukan usia kehamilan berdasarkan minggu dan menentukan tafsiran berat janin. Tinggi fundus uteri dalam sentimeter (cm) , yang normal sama dengan umur kehamilan dalam minggu yang ditentukan berdasarkan HPHT.

Pemeriksaan palpasi abdomen dengan teknik Leopold , bertujuan untuk menentukan umur kehamilan dan mengetahui presentasi janin.

1) *Leopold I* bertujuan untuk mengetahui usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri (TFU) dan menentukan bagian-bagian janin yang berada difundus.

2) *Leopold II* bertujuan mengetahui bagian-bagian janin yang berada pada sisi kiri dan kanan uterus.

3) *Leopold III* bertujuan menentukan bagian tubuh janin yang berada pada bagian bawah uterus dan mengetahui bagian terendah janin yang berada pada bagian bawah uterus sudah masuk atau belum ke pintu atas panggul (PAP).

4) *Leopold IV* Untuk memastikan apakah bagian terendah janin sudah benar-benar masuk pintu atas panggul atau belum dan menentukan seberapa banyak bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul.

Selain palpasi abdomen juga melakukan auskultasi untuk mendengarkan denyut jantung janin dengan menggunakan stetoskop monoral atau dopler.

Yang didengarkan irama, intensitasnya dan menghitung frekuensi denyut jantung janin dan menentukan area terdengarnya DJJ yang paling keras (puntum maksimum). Djj menggunakan dopler bisa didengan pada usia kehamilan 10-12 minggu dan

menggunakan monoral 17-20 minggu. Bunyi normal denyut jantung Janin 120-160 denyut/menit.

Pada pemeriksaan abdomen dapat teraba gerakan anak dan kontraksi Braxton hick.

d. Pengelolaan anemia dalam kehamilan

Bidan melakukan tindakan pencegahan anemia , penemuan, penanganan serta rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

e. Pengelolaan dini hipertensi dalam kehamilan

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenal tanda/gejala pre eklamsi lainnya serta mengambil tindakan yang tepat dan melakukan rujukan.

f. Persiapan persalinan

Bidan memberikan pendidikan kesehatan dan memastikan persiapan persalinan yang bersih dan aman pada ibu hamil meliputi penolong persalinan, tempat persalinan, perlengkapan ibu dan bayi, pendamping persalinan , persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk apabila terjadi kegawatdaruratan.

4. Standar alat minimal

- a. Peralatan yang tidak steril meliputi timbangan dewasa, pengukur tinggi badan, sphygmomanometer, stetoskop, funandoskop, termometer aksila, pengukur waktu, senter, refleks hammer, pita pengukur lingkaran lengan atas, alat pemeriksaan hemoglobin, metline, bengkok, handuk kering, alat pemeriksaan urine(albumin, reduksi, pregnancy plano test dan tempat sampah .

- b. Peralatan steril meliputi : bak instrument, spatel lidah, Sarung tangan, spuit atau jarum
- c. Bahan habis pakai meliputi : kassa bersih, kapas, alkohol 70%, dan larutan klorin
- d. Formulir yang disediakan meliputi : buku KIA, kartu status, formulir rujukan, buku register, alat tulis kantor , kartu penapisan dini, kohort ibu / bayi
- e. Obat - obatan meliputi obat-obatan golongan roborantia (Vit B6 dan B kompleks), tablet zat besi, vaksin TT, kapsul yodium dan Obat KB .

5. Manajemen asuhan

Langkah dalam melaksanakan asuhan antenatal dikomunitas adalah

- a. Ciptakan adanya rasa percaya dengan menyapa ibu dan keluarga seramah mungkin dan membuatnya merasa nyaman.
- b. Menanyakan riwayat kehamilan ibu dengan cara menerapkan prinsip mendengarkan aktif.
- c. Melakukan anamnesis secara lengkap, terutama riwayat kesehatan ibu dan kebidanan.
- d. Melakukan pemeriksaan seperlunya
- e. Melakukan pemeriksaan laboratorium sederhana seperti reduksi, albumin, dan kadar hemoglobin
- f. Membantu ibu dan keluarga mempersiapkan kelahiran dan kemungkinan tindakan darurat
- g. Memberi konseling sesuai kebutuhan
- h. Merencanakan dan mempersiapkan kelahiran yang bersih dan aman di rumah
- i. Memberikan nasihat kepada ibu untuk mencari pertolongan apabila ada tanda-tanda :

- 1) Perdarahan pervaginam,
 - 2) Sakit kepala lebih dari biasanya
 - 3) Gangguan penglihatan
 - 4) Pembengkakan pada wajah dan tangan
 - 5) Nyeri abdomen
 - 6) Janin tidak bergerak spt biasanya
- j. Memberikan tablet tanmbah darah 90 butir dimulai saat usia kehamilan 20 minggu
 - k. Memberikan imunisasi TT dengan dosis 0,5 cc secara IM
 - l. Menjadwalkan kunjungan berikutnya
 - m. Mendokumentasikan hasil kunjungan

B. ASUHAN INTRANATAL

1. Pengertian asuhan intranatal

Asuhan intranatal adalah pelayanan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (bidan) sesuai dengan kewenangannya.

2. Tujuan asuhan intranatal

Tujuan dari asuhan intranatal adalah

- a. Memastikan persalinan yang telah direncanakan
- b. Memastikan persiapan persalinan bersih, aman, dan dalam suasana yang menyenangkan
- c. Mempersiapkan transportasi, serta biaya rujukan apabila diperlukan

Agar tujuan dapat tercapai, hal yang perlu didiskusikan dengan ibu dan keluarga adalah sebagai berikut :

- a. Membuat perencanaan persalinan yang perlu ditetapkan, yang mencakup unsur2 berikut :
 - 1) Tempat persalinan
 - 2) Tenaga penolong persalinan
 - 3) Cara menjangkau tempat persalinan
 - 4) Pendamping persalinan

- 5) Biaya yang dibutuhkan untuk persalinan
- 6) Siapa yang mengurus keluarga pada saat ibu bersalin
- 7) Rencana metode kontrasepsi yang akan digunakan
- b. Membuat rencana pengambilan keputusan pada keadaan gawat darurat, apabila pengambil keputusan utama tidak berada di tempat.
- c. Mengatur sistem transportasi apabila terjadi kegawatdaruratan.
- d. Membuat rencana tabungan bersalin (Tabulin)
- e. Mempersiapkan peralatan untuk melahirkan

3. Standar pertolongan persalinan

- a. Asuhan saat persalinan
Bidan menilai secara tepat bahwa persalinan sudah mulai, kemudian memberikan asuhan saying ibu dan melakukan pemantauan yang memadai dengan memperhatikan kondisi serta kebutuhan ibu selama proses persalinan berlangsung.
- b. Persalinan yang aman
Bidan melakukan pertolongan persalinan yang aman dengan sikap sopan dan penghargaan terhadap klien serta memperhatikanradisi / budaya setempat.
- c. Pengeluaran plasenta dengan peneganga tali pusat
Bidan melakukan penegangan tali pusat dengan benar untuk membantu pengeluaran placenta dan selaput ketuban secara lengkap untuk mencegah terjadinya perdarahan.
- d. Penganan kala II dengan gawat janin melalui episiotomy
Bidan mengenali secara tepat tanda-tanda gawat janin pada kala II yang lama, dan segera melakukan episiotomi dengan aman untuk memperlancar persalinan, diikuti dengan penjahitan perineum.

4. Manajemen asuhan Intranatal

a. Persiapan Bidan

- 1) Menilai secara tepat bahwa persalinan dimulai, melakukan pemantauan selama proses persalinan dan memenuhi kebutuhan ibu.
- 2) Menyiapkan ruangan yang hangat dan bersih untuk persalinan dan kelahiran bayi.
- 3) Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan dan pastikan kelengkapan jenis dan jumlah serta dalam keadaan siap pakai.
- 4) Mempersiapkan persiapan antisipasi rujukan bersama ibu dan keluarga apabila terjadi kelainan/komplikasi sehingga mencegah terjadinya keterlambatan dalam rujukan.
- 5) Memberikan asuhan sayanag ibu, seperti memberikan dukungan emosional, membantu pengaturan posisi ibu, memberikan cairan dan nutrisi, melakukan pertolongan persalinan bersih dan aman dengan teknik pencegahan infeksi.

b. Persiapan rumah dan lingkungan

Ruangan atau lingkungan untuk tempat proses persalinan harus memiliki pencahayaan yang cukup dan kondisi bersih. Tempat tidur ditengah-tengah ruangan agar mudah didekati dari kiri maupun kanan.

c. Persiapan Alat

Bidan harus memastikan semua peralatan untuk pertolongan persalinan lengkap, dalam keadaan steril /desinfeksi tingkat tinggi. obat-obatan dan bahan-bahan siap pakai.

d. Persiapan ibu dan keluarga

Ibu dan keluarga diberikan informasi dan konseling dalam menghadapi proses persalinan, melibatkan keluarga dalam memberikan asuhan pada ibu dan melakukan asuhan sayang ibu.

C. ASUHAN POST NATAL

1. Pengertian asuhan postnatal di komunitas

Asuhan kebidanan sesuai dengan standar pada ibu mulai 6 jam sampai dengan 42 hari setelah melahirkan oleh tenaga kesehatan.

2. Tujuan asuhan postnatal

- a. Memulihkan keadaan umum ibu
- b. Mencegah terjadinya komplikasi
- c. Memperlancar produksi Air Susu Ibu (ASI)

3. Jadwal kunjungan ibu nifas

Kunjungan asuhan pada ibu nifas normal meliputi :

a. Kunjungan I

Waktu kunjungan 6-8 jam post partum. Asuhan yang diberikan untuk mencegah perdarahan masa nifas akibat atonia uteri, memantau keadaan umum ibu, melakukan asuhan untuk bonding attachment (hubungan ibu dan bayi) dan pemberian ASI awal.

b. Kunjungan II

Waktu kunjungan 6 hari post partum. Asuhan yang diberikan untuk memastikan involusi berjalan normal, menilai adanya tanda-tanda infeksi masa nifas, memastikan ibu istirahat cukup dan mendapatkan makanan yang bergizi serta memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak menunjukkan tanda-tanda adanya penyulit.

c. Kunjungan III

Waktu kunjungan 2 minggu postpartum. Asuhan yang diberikan sama dengan pada kunjungan 6 hari postpartum.

d. Kunjungan IV

Waktu kunjungan 6 minggu postpartum. Asuhan yang diberikan mengkaji tentang penyulit yang dialami dan memberikan konseling imunisasi, senam nifas dan KB secara dini.

4. Manajemen asuhan postnatal

- a. Sapa ibu dan keluarga tanyakan kepada ibu dan keluarga jika ada masalah.
- b. Cuci tangan sebelum dan sesudah memeriksa ibu serta pakai sarung tangan bersih bila melakukan kontak darah/cairan, pakai sarung tangan DTT jika terkait dg vulva.
- c. Pemeriksaan Tanda-tanda vital, payudara, involusi uterus, lochia, perineum
- d. Pemberian kapsul vitamin A 200.000 IU sebanyak 2 kali, pertama segera setelah lahir dan kedua diberikan setelah 24 jam pemberian kapsul vitamin pertama.
- e. Tanyakan apakah ibu minum fe sesuai ketentuan dan apakah persediaan cukup, bila anemi saat hamil dan terjadi HPP cek HB pada hari ke 3.
- f. Berikan pendidikan kesehatan tentang gizi, vulva hygiene, istirahat tidur, perawatan bayi ,ASI eksklusif, tanda- tanda bahaya ibu dan bayi.
- g. Periksa tali pusat bayi
- h. Bicarakan tentang KB dan kapan mulai hubungan seksual yang aman
- i. Dokumentasikan semua temuan yang ada, jika ada hal yang tidak normal segera rujuk.

D. ASUHAN BAYI BARU LAHIR DAN NEONATUS

1. Pengertian

Asuhan bayi baru lahir dan neonatus adalah asuhan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten pada neonatus sedikitnya 3 kali selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir baik difasilitas kesehatan maupun kunjungan rumah.

2. Tujuan asuhan bayi baru lahir dan neonatus

- a. Menilai kondisi bayi baru lahir.
- b. Membantu di mulainya pernafasan
- c. Mencegah hipotermi dan hipoglikemi
- d. Mencegah infeksi
- e. Meningkatkan akses neonatus terhadap pelayanan kesehatan dasar.

3. Jadwal kunjungan neonatus

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

4. Manajemen asuhan bayi baru lahir dan neonatus

- a. Pemantauan pernafasan, warna kulit dan aktifitas otot
- b. Pertahakan suhu tubuh bayi
- c. Pemeriksaan fisik bayi
- d. Berikan identitas bayi
- e. Perawatan tali pusat
- f. Pemberian, injeksi vitamin K1, salep mata antibiotic dan imunisasi hepatitis B

- g. Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orang tua
- h. Ajarkan pada orang tua cara merawat bayi
- i. Beri ASI sesuai kebutuhan (*On demand*) dan melaksanakan ASI eksklusif
- j. Pertahankan bayi supaya selalu dekat dengan ibu
- k. Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering.
- l. Jaga tali pusata dalam keadaan bersih dan kering
- m. Peganglah, sayangi bayi dan nikmati kehidupan bersama bayi
- n. Awasi masalah dan kesulitan bayi.
- o. Jaga keamanan bayi terhadap trauma, penyakit/infeksi
- p. Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit/menyusu kurang baik.

E. DETEKSI DINI PENYIMPANGAN TUMBUH KEMBANG BAYI DAN BALITA

Pertumbuhan (*growth*) berkaitan dengan masalah perubahan ukuran fisik seseorang, sedangkan perkembangan (*development*) berkaitan dengan pematangan dan penambahan kemampuan (skill) fungsi organ individu. Kedua proses ini terjadi secara sinkron pada setiap individu.

1. Mengapa deteksi dini perlu

- a. Kualitas generasi penerus tergantung kualitas tumbuh kembang, terutama batita (0-3 tahun) merupakan masa perkembangan otak.
- b. Penyimpangan tumbuh kembang harus dideteksi sejak dini, terutama sebelum umur 3 tahun, supaya dapat segera diintervensi.
- c. Bila deteksi terlambat, maka penanganan terlambat, penyimpangan sukar diperbaiki.

- d. Pada tanggal 23 Juli 2005 Presiden RI mencanangkan Gerakan Nasional Pemantauan Tumbuh Kembang Anak.
- e. Wewenang bidann sesuai permenkes No. 28 /2017 Bab II tentang Izin dan penyelenggaraan praktik bidan Bab II pasal 20 ayat 5 tentang pemantauan tumbuh kembang bayi balita dan anak prasekola, stimulasi deteksi dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang.

2. Deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang meliputi :

a. Aspek pertumbuhan

Aspek pertumbuhan bisa dideteksi melalui timbang berat badan (BB), ukur tinggi badan (TB) dan lingkar kepala (LK). Lihat garis penambahan BB, TB dan LK pada grafik

b. Aspek perkembangan

Aspek perkembangan bisa dideteksi dengan menanyakan perkembangan anak menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP), menanyakan daya pendengaran dengan Tes Daya Dengar (TDD) , dan penglihatan dengan Tes Daya Lihat (TDL)

c. Aspek mental emosional

Aspek mental emosional dengan menggunakan Kuesioner Masalah mental Emosional (KMEE), Chek List for Autism in Toddles (CHAT) atau cek lis deteksi diniautis. Serta menggunakan Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktifitas.

F. PERTOLONGAN PERTAMA KEGAWATDARURATAN OBSTETRIK DAN NEONATUS

Kegawatdaruratan adalah kejadian yang tidak dapat diduga atau terjadi secara tiba-tiba, seringkali merupakan kejadian yang

berbahaya. Kegaawatdaruratan obstetri adalah kondisi kesehatan yang mengancam jiwa yang terjadi dalam kehamilan atau selama dan sesudah persalinan. Kasus gawat darurat obstetri adalah kasus obstetri yang apabila tidak segera ditangani akan berakibat kematian ibu dan janinnya. Kasus ini menjadi penyebab utama kematian ibu janin dan bayi baru lahir. Kegaawatdaruratan neonatal adalah situasi yang membutuhkan evaluasi dan manajemen yang tepat, cermat dan cepat untuk mencegah kematian/kecacatan. Ukuran keberhasilan dari pertolongan ini adalah waktu tanggap (respon time) dari penolong.

Tindakan pertolongan harus dilakukan secara sistematis dengan menempatkan prioritas pada fungsi sesuai urutan ABC, yaitu :

A (Air way) : yaitu membersihkan jalan nafas dan menjamin nafas bebas hambatan

B (Breathing) : yaitu menjamin ventilasi lancar.

C (Circulation) : yaitu melakukan pemantauan peredaran darah.

Penatalaksanaan awal terhadap kasus keawatdaruratan kebidanan

Bidan seharusnya tetap tenang, jangan panik, jangan membiarkan ibu sendirian tanpa penjaga/penunggu. Bila tidak ada petugas lain, berteriaklah untuk meminta bantuan. Jika ibu tidak sadar, lakukan pengkajian jalan nafas, pernafasan dan sirkulasi dengan cepat. Jika dicurigai adanya syok, mulai segera tindakan membaringan ibu miring ke kiri dengan bagian kaki ditinggikan, longgarkan pakaian yang ketat seperti BH/Bra. Ajak bicara ibu/klien dan bantu ibu/klien untuk tetap tenang. Lakukan pemeriksaan dengan cepat meliputi tanda tanda vital, warna kulit dan perdarahan yang keluar.

Pengkajian awal kasus kegawatdaruratan kebidanan secara cepat

1. Jalan nafas dan pernafasan

Perhatikan adanya cyanosis, gawat nafas, lakukan pemeriksaan pada kulit: adakah pucat, suara paru: adakah weezhing, sirkulasi tanda tanda syok, kaji kulit (dingin), nadi (cepat >110 kali/menit dan lemah), tekanan darah (rendah, sistolik < 90 mmHg).

2. Perdarahan pervaginam

Bila ada perdarahan pervaginam, tanyakan : Apakah ibu sedang hamil, usia kehamilan, riwayat persalinan sebelumnya dan sekarang, bagaimana proses kelahiran placenta, kaji kondisi vulva (jumlah darah yang keluar, placenta tertahan), uterus (adakah atonia uteri), dan kondisi kandung kemih (apakah penuh).

3. Klien tidak sadar/kejang

Tanyakan pada keluarga, apakah ibu sedang hamil, usia kehamilan, periksa: tekanan darah (tinggi, diastolic > 90 mmHg), temperatur (lebih dari 38 °C)

4. . Demam yang berbahaya

Tanyakan apakah ibu lemah, lethargie, sering nyeri saat berkemih. Periksa temperatur (lebih dari 39 °C), tingkat kesadaran, kaku kuduk, paru paru (pernafasan dangkal), abdomen (tegang), vulva (keluar cairan purulen), payudara bengkak.

5. Nyeri abdomen

Tanyakan Apakah ibu sedang hamil dan usia kehamilan. Periksa tekanan darah (rendah, systolic < 90 mmHg), nadi (cepat, lebih dari 110 kali/ menit) temperatur (lebih dari 38°C), uterus (status kehamilan).

6. Perhatikan tanda-tanda berikut :

Keluaran darah, adanya kontraksi uterus, pucat, lemah, pusing, sakit kepala, pandangan kabur, pecah ketuban, demam dan gawat nafas.

Peran bidan pada kegawatdaruratan kebidanan

Bidan mempunyai peranan penting dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu melalui kemampuannya untuk melakukan pengawasan, pertolongan pada ibu, pengawasan bayi baru lahir (neonatus) dan pada persalinan, ibu post partum serta mampu mengidentifikasi penyimpangan dari kehamilan dan persalinan normal dan melakukan penanganan yang tepat termasuk merujuk ke fasilitas pelayanan yang tepat.

G. SISTEM RUJUKAN DI KOMUNITAS

1. Pengertian rujukan

Rujukan adalah pengalihan tanggung jawab suatu kegiatan dari yang tidak mampu kepada yang lebih mampu. Sistem rujukan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab atas masalah yang timbul, secara horizontal maupun vertikal kepada sarana pelayanan kesehatan yang lebih mampu, baik proaktif, pragmatis dan koordinatif serta pemerataan pelayanan kesehatan yang paripurna terutama untuk ibu hamil, ibu bersalin dan bayi berisiko.

2. Tujuan

Agar pasien mendapatkan pertolongan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu sehingga jiwanya dapat terselamatkan, dengan demikian dapat menurunkan AKI dan AKB

3. Permasalahan sistem rujukan

- a. Keadaan geografis yang bervariasi
- b. Kurangnya tenaga kesehatan baik kuantitatif maupun kualitatif
- c. Kurangnya sarana dan peralatan pendukung rujukan
- d. Tidak terpadunya sistem komunikasi , transportasi, yang mendukung pelayanan rujukan
- e. Pengkotak-kotakan dan duplikasi pembiayaan sistem rujukan
- f. Kurangnya informasi para pengelola, pelayanan maupun masyarakat sendiri

4. Syarat rujukan

- a. Adanya unit mempunyai tanggung jawab baik merujuk maupun menerima
- b. Adanya pencatatan : formulir pengiriman/rujukan, kartu sehat bagi pasien yang tidak mampu, pencatatan yang benar, KMRIBB (Kartu Monitoring Rujukan Ibu Bersalin dan Bayi)
- c. Adanya pengertian timbal balik antara pengirim dan penerima tentang sistem rujukan
- d. Sifat rujukan kearah yang lebih mampu & lengkap

5. Alur rujukan

Alur rujukan di komunitas dari posyandu dapat langsung dirujuk ke:

- a. Puskesmas pembantu
- b. Pondok bersalin/ Bidandesa
- c. Puskesmas/ puskesmas rawat inap
- d. Rumah sakit pemerintah/ swasta

Dari puskesmas pembantu dapat langsung merujuk ke rumah sakit tipe D/C atau rumah sakit swasta

Dari pondok bersalin atau poskedes dapat langsung merujuk

ke rumah sakit tipe D. atau rumah sakit swasta

6. Mekanisme rujukan

a. Menentukan kegawatdaruratan penderita

1) Pada tingkat kader atau dukun bayi terlatih

Ditemukan penderita yang tidak dapat ditangani sendiri oleh keluarga atau kader/ dukun bayi, maka segera dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang terdekat, oleh karena itu mereka belum tentu dapat menerapkan ke tingkat kegawatdaruratan.

2) Pada tingkat bidan desa, puskesmas pembantu dan puskesmas

Tenaga kesehatan yang ada pada fasilitas pelayanan kesehatan tersebut harus dapat menentukan tingkat kegawatdaruratan kasus yang ditemui, sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya, mereka harus menentukan kasus mana yang boleh ditangani sendiri dan kasus mana yang harus dirujuk.

3) Memberikan informasi kepada penderita dan keluarga

Sebaiknya bayi yang akan dirujuk harus sepengetahuan ibu atau keluarga bayi yang bersangkutan dengan cara petugas kesehatan menjelaskan kondisi atau masalah bayi yang akan dirujuk dengan cara yang baik.

4) Mengirimkan informasi pada tempat rujukan yang dituju

a) Memberitahukan bahwa akan ada penderita yang dirujuk

b) Meminta petunjuk apa yang perlu dilakukan dalam rangka persiapan dan selama dalam perjalanan ke tempat rujukan

- c) Meminta petunjuk dan cara penanganan untuk menolong penderita bila penderita tidak mungkin dikirim.

5) **Persiapan rujukan (BAKSOKUDA)**

Persiapan yang harus diperhatikan dalam melakukan rujukan disingkat “BAKSOKUDA” yang diartikan sebagai berikut :

B (Bidan) : Pastikan ibu/ bayi/ klien didampingi oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan memiliki kemampuan untuk melaksanakan kegawatdaruratan

A (Alat) : Bawa perlengkapan dan bahan-bahan yang diperlukan seperti spuit, infus set, tensimeter dan stetoskop

K (keluarga) : Beritahu keluarga tentang kondisi terakhir ibu (klien) dan alasan mengapa ia dirujuk. Suami dan anggota keluarga yang lain harus menerima ibu (klien) ke tempat rujukan.

S (Surat) : Beri sura ke tempat rujukan yang berisi identifikasi ibu (klien), alasan rujukan, uraian hasil rujuka, asuhan atau obat-obat yang telah diterima ibu

O (Obat) : Bawa obat-obat esensial yang diperlukan selama perjalanan merujuk

K (Kendaraan) : Siapkan kendaraan yang cukup baik untuk memungkinkan ibu (klien) dalam kondisi yang nyaman dan dapat mencapai tempat rujukan dalam waktu cepat.

U (Uang) : Ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat dan bahan kesehatan yang diperlukan di tempat rujukan

DA (Darah) : Siapkan darah untuk sewaktu-waktu membutuhkan transfusi darah apabila terjadi perdarahan

Pengiriman Penderita

6) Pengiriman penderita

Untuk mempercepat sampai ke tujuan, perlu diupayakan kendaraan/ sarana transportasi yang tersedia untuk mengangkut penderita

7) Tindak lanjut penderita

Untuk penderita yang telah dikembalikan. Harus kunjungan rumah bila penderita yang memerlukan tindakan lanjut tapi tidak melapor

BAB VI

MENGELOLA PROGRAM KIA/ KB MELALUI PWS-KIA

A. PENGERTIAN

Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) adalah alat manajemen untuk melakukan pemantauan program KIA di suatu wilayah kerja secara terus menerus, agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat. Program KIA yang dimaksud meliputi pelayanan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, ibu dengan komplikasi kebidanan, keluarga berencana, bayi baru lahir, bayi baru lahir dengan komplikasi, bayi, dan balita. Kegiatan PWS KIA terdiri dari pengumpulan, pengolahan, analisis dan interpretasi data serta penyebarluasan informasi ke penyelenggara program dan pihak/instansi terkait untuk tindak lanjut.

Definisi dan kegiatan PWS tersebut sama dengan definisi Surveilens. Menurut WHO, Surveilens adalah suatu kegiatan sistematis berkesinambungan, mulai dari kegiatan mengumpulkan, menganalisis dan menginterpretasikan data yang untuk selanjutnya dijadikan landasan yang esensial dalam membuat rencana, implementasi dan evaluasi suatu kebijakan kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, pelaksanaan surveilens dalam kesehatan ibu dan anak adalah dengan melaksanakan PWS KIA.

B. TUJUAN

8) Tujuan umum :

Terpantaunya cakupan dan mutu pelayanan KIA secara terus-menerus di setiap wilayah kerja.

9) Tujuan Khusus :

- a. Memantau pelayanan KIA secara Individu melalui Kohort
- b. Memantau kemajuan pelayanan KIA dan cakupan indikator KIA secara teratur (bulanan) dan terus menerus.

- c. Menilai kesenjangan pelayanan KIA terhadap standar pelayanan KIA.
- d. Menilai kesenjangan pencapaian cakupan indikator KIA terhadap target yang ditetapkan.
- e. Menentukan sasaran individu dan wilayah prioritas yang akan ditangani secara intensif berdasarkan besarnya kesenjangan.
- f. Merencanakan tindak lanjut dengan menggunakan sumber daya yang tersedia dan yang potensial untuk digunakan.
- g. Meningkatkan peran aparat setempat dalam penggerakan sasaran dan mobilisasi sumber daya.
- h. Meningkatkan peran serta dan kesadaran masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan KIA.

c. PRINSIP PENGELOLAAN PROGRAM KIA

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 sesuai standar bagi seluruh ibu hamil di semua fasilitas kesehatan.
2. Peningkatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan kompeten diarahkan ke fasilitas kesehatan.
3. Peningkatan pelayanan bagi seluruh ibu nifas sesuai standar di semua fasilitas kesehatan.
4. Peningkatan pelayanan bagi seluruh neonatus sesuai standar di semua fasilitas kesehatan.
5. Peningkatan deteksi dini faktor risiko dan komplikasi kebidanan dan neonatus oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat.

6. Peningkatan penanganan komplikasi kebidanan dan neonatus secara adekuat dan pengamatan secara terus-menerus oleh tenaga kesehatan.
7. Peningkatan pelayanan kesehatan bagi seluruh bayi sesuai standar di semua fasilitas kesehatan.
8. Peningkatan pelayanan kesehatan bagi seluruh anak balita sesuai standar di semua fasilitas kesehatan.
9. Peningkatan pelayanan KB sesuai standar.

Pengelolaan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

1. Pelayanan antenatal

Pelayanan antenatal adalah pelayanan pada ibu hamil yang diberikan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan **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).

Dalam penerapannya terdiri atas:

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan.
2. Ukur tekanan darah.
3. Nilai Status Gizi (ukur lingkar lengan atas).
4. Ukur tinggi fundus uteri.
5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ).
6. Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan.
7. Pemberian minimal 90 tablet zat besi selama kehamilan.
8. Test laboratorium (rutin dan khusus).
9. Tatalaksana kasus

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

Pemeriksaan laboratorium rutin mencakup pemeriksaan golongan darah, hemoglobin, protein urine dan gula darah puasa. Pemeriksaan khusus dilakukan di daerah prevalensi tinggi dan atau kelompok berisiko, pemeriksaan yang dilakukan adalah hepatitis B, HIV, Sifilis, malaria, tuberkulosis, kecacangan dan thalasemia.

Dengan demikian maka secara operasional, pelayanan antenatal disebut lengkap apabila dilakukan oleh tenaga kesehatan serta memenuhi standar tersebut. Ditetapkan pula bahwa frekuensi pelayanan antenatal adalah minimal 4 kali selama kehamilan, dengan ketentuan waktu pemberian pelayanan yang dianjurkan sebagai berikut :

- Minimal 1 kali pada triwulan pertama.
- Minimal 1 kali pada triwulan kedua.
- 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.

2. Pertolongan persalinan

persalinan oleh tenaga kesehatan adalah pelayanan persalinan yang aman yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten.

Pada prinsipnya, penolong persalinan harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

- a Pencegahan infeksi
- b Metode pertolongan persalinan yang sesuai standar.
- c Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi.
- d Melaksanakan Inisiasi Menyusu Dini (IMD).

- e Memberikan Injeksi Vit K 1 dan salep mata dan imunisasi hepatitis B0 pada bayi baru lahir.

3. Pelayanan kesehatan ibu nifas

Jadwal kunjungan minimal ibu nifas 3 kali dengan ketentuan sebagai berikut :

- d. Kunjungan pertama pada masa 6 jam sampai dengan 3 hari setelah persalinan.
- e. Kunjungan kedua dalam waktu hari ke- 4 sampai dengan hari ke-28 setelah persalinan .
- f. Kunjungan ketiga dalam waktu hari ke-29 sampai dengan hari ke 42 setelah persalinan.

Pelayanan yang diberikan adalah :

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

4. Deteksi dini dan penanganan risiko/komplikasi kebidanan dan bayi baru lahir

Deteksi dini kehamilan berisiko adalah kegiatan yang dilakukan untuk menemukan ibu hamil yang mempunyai faktor risiko dan komplikasi kebidanan.

Faktor risiko pada ibu hamil adalah :

- a Primigravida kurang dari 20 tahun / lebih dari 35 tahun.
- b Anak lebih dari 4.
- c Jarak persalinan terakhir dan kehamilan sekarang kurang dari 2 tahun.

- d Kurang Energi Kronis (KEK) dengan lingkaran lengan atas kurang dari 23,5 cm, atau gizi buruk dengan IMT </>
- e Anemia dengan kadar Hemoglobin < 11 g/dl.
- f Tinggi badan kurang dari 145 cm, atau dengan kelainan bentuk panggul dan tulang belakang
- g Riwayat hipertensi pada kehamilan sebelumnya atau sebelum kehamilan ini.
- h Sedang/pernah menderita penyakit kronis, antara lain : tuberkulosis, kelainan jantung-ginjal-hati, psikosis, kelainan endokrin (Diabetes Mellitus, Sistemik Lupus Eritematosus, dll), tumor dan keganasan
- i Riwayat kehamilan buruk: keguguran berulang, kehamilan ektopik terganggu, mola hidatidosa, ketuban pecah dini, bayi dengan cacat kongenital
- j Riwayat persalinan dengan komplikasi : persalinan dengan seksio sesarea, ekstraksi vakum/ forseps.
- k Riwayat nifas dengan komplikasi : perdarahan paska persalinan, Infeksi masa nifas, psikosis post partum (post partum blues).
- l Riwayat keluarga menderita penyakit kencing manis, hipertensi dan riwayat cacat kongenital.

Komplikasi pada ibu hamil, bersalin dan nifas antara lain :

- a. Perdarahan pervaginam pada kehamilan: keguguran, plasenta previa, solusio plasenta.
- b. Hipertensi dalam Kehamilan (HDK): Tekanan darah tinggi (sistolik 140 mmHg, diastolik > 90 mmHg), dengan atau tanpa edema pretibia.
- c. Kelainan jumlah janin : kehamilan ganda, janin dampit, monster.
- d. Kelainan besar janin : pertumbuhan janin terhambat,

Janin besar.

- e. Kelainan letak dan posisi janin: lintang/oblique, sungsang pada usia kehamilan lebih dari 32 minggu.
- f. Ketuban pecah dini.
- g. Ancaman persalinan prematur.
- h. Infeksi berat dalam kehamilan : demam berdarah, tifus abdominalis, sepsis.
- i. Distosia: persalinan macet, persalinan tak maju.
- j. Perdarahan pasca persalinan, atonia uteri, retensio placenta, robekan jalan lahir dan kelainan darah.
- k. 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.

5. Penanganan komplikasi kebidanan

Ibu hamil akan mengalami komplikasi kebidanan diperkirakan sekitar 15-20 %. Komplikasi dalam kehamilan dan persalinan tidak selalu dapat diduga sebelumnya, oleh karenanya semua persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan agar komplikasi kebidanan dapat segera dideteksi dan ditangani.

Untuk meningkatkan cakupan dan kualitas penanganan komplikasi kebidanan maka diperlukan adanya fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu memberikan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi secara berjenjang mulai dari polindes/poskesdes, puskesmas mampu PONEC sampai

rumah sakit PONEK 24 jam.

Pelayanan medis yang dapat dilakukan di Puskesmas mampu PONEK meliputi pelayanan obstetri :

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

Sedangkan Pelayanan neonatus meliputi:

- a. Pencegahan dan penanganan asfiksia.
- b. Pencegahan dan penanganan hipotermia.
- c. Penanganan bayi berat lahir rendah (BBLR).
- d. Pencegahan dan penanganan infeksi neonatus, kejang neonatus, ikterus ringan sedang .
- e. Pencegahan dan penanganan gangguan imun
- f. Stabilisasi komplikasi neonatus untuk dirujuk dan transportasi rujukan.

6. Pelayanan kesehatan neonatus

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 menggunakan pendekatan komprehensif, Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) untuk bidan/perawat, yang meliputi:

- a. Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan Masalah pemberian ASI.
- b. Perawatan tali pusat
- c. Pemberian vitamin K bila belum diberikan pada saat lahir
- d. Imunisasi Hepatitis B0 bila belum diberikan pada saat lahir.
- e. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif, pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir di rumah dengan menggunakan Buku KIA.
- f. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan.

Pelayanan kesehatan neonatus (bayi berumur 0-28 hari) dilaksanakan oleh dokter spesialis anak/dokter/bidan/perawat terlatih, baik difasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus :

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

7. Pelayanan kesehatan bayi

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)
- 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.
- 5) Konseling pencegahan hipotermi dan perawatan kesehatan bayi di rumah menggunakan Buku KIA.
- 6) Penanganan dan rujukan kasus.

Pelayanan kesehatan bayi (29 hari sampai 11 bulan) dilaksanakan oleh dokter spesialis anak/dokter/bidan/perawat terlatih baik di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan bayi :

- a. Kunjungan bayi satu kali pada umur 29 hari 2 bulan.
- b. Kunjungan bayi satu kali pada umur 3 - 5 bulan.
- c. Kunjungan bayi satu kali pada umur 6 - 8 bulan.
- d. Kunjungan bayi satu kali pada umur 9 - 11 bulan.

8. Pelayanan neonatus dengan komplikasi

Bayi lahir hidup mengalami komplikasi neonatal diperkirakan sekitar 15%. 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.

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. Komplikasi pada neonatus antara lain: asfiksia, kejang, ikterus, hipotermi, tetanus neonatorum, sepsis, trauma lahir, BBLR.

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 diharapkan RSUD Kabupaten/Kota mampu melaksanakan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi komprehensif (PONEK) siap 24 jam. PONEK, RSUD harus mampu melakukan pelayanan emergensi dasar dan pelayanan operasi seksio sesaria, perawatan

neonatus level II serta transfusi darah.

Dengan adanya puskesmas mampu PONEK dan RS mampu PONEK maka kasus kasus komplikasi kebidanan dan neonatal dapat ditangani secara optimal sehingga dapat mengurangi kematian ibu dan neonatus.

9. 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 .

Pelayanan kesehatan anak balita meliputi pelayanan pada anak balita sakit dan sehat. Pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan sesuai standar yang meliputi :

- a. 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.
- b. 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.

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

10. 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).

Pelayanan KB bertujuan untuk menunda (merencanakan) kehamilan, menjarangkan dan/atau menghentikan kehamilan. Metode kontrasepsi meliputi :

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

Sampai saat ini di Indonesia cakupan peserta KB aktif (*Contraceptive Prevalence Rate/CPR*) mencapai 61,4% (SDKI 2007) dan angka ini merupakan pencapaian yang cukup tinggi diantara negara- negara ASEAN. Namun demikian metode yang dipakai lebih banyak menggunakan metode jangka pendek seperti pil dan suntik. Menurut data SDKI 2007 akseptor KB yang menggunakan suntik sebesar 31,6%, pil 13,2 %, AKDR 4,8%, susuk 2,8%, tubektomi 3,1%, vasektomi 0,2%

dan kondom 1,3%. Hal ini terkait dengan tingginya angka putus pemakaian (DO) pada metode jangka pendek sehingga perlu pemantauan yang terus menerus. Disamping itu pengelola program KB perlu memfokuskan sasaran pada kategori PUS dengan **4 terlalu (terlalu muda, tua, sering dan banyak)**

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.

d. INDIKATOR PEMANTAUAN PROGRAM KIA

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

Sasaran yang digunakan dalam PWS KIA berdasarkan kurun waktu 1 tahun dengan prinsip konsep wilayah (misalnya: Untuk provinsi memakai sasaran provinsi, untuk kabupaten memakai sasaran kabupaten).

1. Akses Pelayanan Antenatal (cakupan K1)

Adalah cakupan ibu hamil yang pertama kali mendapat pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Indikator akses ini digunakan untuk mengetahui jangkauan pelayanan antenatal serta kemampuan program

dalam menggerakkan masyarakat.

Rumus perhitungannya sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah kunjungan Baru (K1) ibu hamil}}{100\%} \times \text{Jumlah sasaran ibu hamil dalam 1 tahun}$$

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

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

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

Contoh : untuk menghitung perkiraan jumlah ibu hamil di desa/kelurahan X di kabupaten Y yang mempunyai penduduk sebanyak 2 .000 jiwa dan angka CBR terakhir kabupaten Y 27,0/1.000 penduduk, maka :

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

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

2. Cakupan ibu hamil (Cakupan K4)

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

Dengan indikator ini dapat diketahui cakupan pelayanan antenatal secara lengkap (memenuhi standar

pelayanan dan menepati waktu yang ditetapkan), yang menggambarkan tingkat perlindungan ibu hamil di suatu wilayah, di samping menggambarkan kemampuan manajemen ataupun kelangsungan program KIA.

Rumus perhitungannya sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah kunjungan ibu hamil K4}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

3. Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan (Pn)

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

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

Rumus perhitungannya sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah persalinan oleh tenaga kesehatan}}{\text{Jumlah seluruh persalinan dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

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

1,05 X angka kelahiran kasar (CBR) X jumlah penduduk Contoh : untuk menghitung perkiraan jumlah ibu bersalin di desa/kelurahan X di kabupaten Y yang mempunyai penduduk sebanyak 2.000 penduduk dan angka CBR terakhir kabupaten Y 27,0/1.000 penduduk maka

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

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

4. Cakupan pelayanan nifas oleh tenaga kesehatan (KF3)

Adalah cakupan pelayanan kepada ibu pada masa 6 jam sampai dengan 42 hari pasca bersalin sesuai standar paling sedikit 3 kali dengan distribusi waktu 6 jam s/d hari ke-3 (KF1), hari ke-4 s/d hari ke-28 (KF2) dan hari ke-29 s/d hari ke-42 (KF3) setelah bersalin di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Dengan indikator ini dapat diketahui cakupan pelayanan nifas secara lengkap (memenuhi standar pelayanan dan menepati waktu yang ditetapkan serta untuk menjaring KB Pasca Persalinan), yang menggambarkan jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan ibu nifas, Keluarga Berencana di samping menggambarkan kemampuan manajemen ataupun kelangsungan program KIA.

Rumus perhitungannya sebagai berikut :

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

5. Cakupan pelayanan Neonatal Pertama (KN 1)

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

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

Rumus perhitungannya sebagai berikut :

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

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

Jumlah sasaran bayi = Crude Birth Rate x jumlah penduduk

Contoh : untuk menghitung jumlah perkiraan bayi di suatu desa Z di Kota Y Propinsi X yang mempunyai penduduk sebanyak 1.500 jiwa dan angka CBR terakhir Kota Y 24,8/1.000 penduduk, maka :
Jumlah bayi = 0,0248 x 1500 = 37,2.

Jadi sasaran bayi di desa Z adalah 37 bayi.

6. Cakupan pelayanan kesehatan neonatus 0-28 hari (KN lengkap)

Adalah cakupan neonatus yang mendapatkan pelayanan sesuai standar paling sedikit tiga kali dengan distribusi 1 kali pada 6-48 jam, 1 kali hari ke 7 dan 1 kali pada hari 8-28 setelah lahir di suatu wilayah kerja pada waktu tertentu

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

Rumus perhitungannya sebagai berikut :

<p><i>Jumlah neonatus yang memperoleh 3 kali pelayanan kunjungan neonatal sesuai standar di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu</i></p> <hr/> <p>100%</p> <p><i>Jumlah seluruh sasaran bayi di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun</i></p>	X
---	----------

7. Deteksi faktor risiko dan komplikasi oleh masyarakat

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

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

Rumus perhitungannya sebagai berikut :

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

8. Cakupan penanganan komplikasi obstetric (PK)

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

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

Rumus perhitungannya sebagai berikut :

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

9. Penanganan komplikasi neonatal

Adalah cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani secara definitif oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Penanganan definitif adalah pemberian tindakan akhir pada setiap kasus komplikasi neonatus yang pelaporannya dihitung 1 kali pada masa neonatal. Kasus komplikasi yang ditangani adalah seluruh kasus yang ditangani tanpa melihat hasilnya hidup atau mati.

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

Rumus perhitungannya sebagai berikut :

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

10. Cakupan pelayanan kesehatan bayi 29 hari -12 bulan (kunjungan bayi)

Adalah cakupan bayi yang mendapatkan pelayanan paripurna minimal 4 kali yaitu 1 kali pada umur 29 hari 2

bulan, 1 kali pada umur 3- 5 bulan, dan satu kali pada umur 6- 8 bulan dan 1 kali pada umur 9-11 bulan sesuai standar di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

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

Rumus perhitungannya sebagai berikut :

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

11. Cakupan pelayanan anak balita (12-59 bulan)

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

Rumus perhitungannya sebagai berikut :

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

12. Cakupan pelayanan kesehatan anak balita sakit yang dilayani dengan MTBS

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

Rumus perhitungannya sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah anak balita sakit yg memperoleh pelayanan sesuai tatalaksana MTBS di Puskesmas disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{100\%} \times$$

Jumlah seluruh anak balita sakit yang berkunjung ke Puskesmas disuatu wilayah kerja dalam 1 tahun

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

13. Cakupan peserta KB aktif (contraceptive prevalen rate)

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

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

Rumus perhitungannya sebagai berikut :

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

Keterangan :

PUS : Pasangan yang istrinya berusia 15-49 tahun atau lebih

dari 49 tahun masih menstruasi.

E. PEMBUATAN GRAFIK PWS KIA

PWS KIA disajikan dalam bentuk grafik dari tiap indikator yang dipakai, yang juga menggambarkan pencapaian tiap desa/kelurahan dalam tiap bulan.

Dengan demikian tiap bulannya dibuat 13 grafik, yaitu :

1. Grafik cakupan kunjungan antenatal ke-1 (K1).
2. Grafik cakupan kunjungan antenatal ke-4 (K4).
3. Grafik cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan (Pn).
4. Grafik cakupan kunjungan nifas (KF).
5. Grafik deteksi faktor risiko/komplikasi oleh masyarakat.
6. Grafik penanganan komplikasi obstetrik (PK).
7. Grafik cakupan kunjungan neonatal pertama (KN1).
8. Grafik cakupan kunjungan neonatal lengkap (KNL).
9. Grafik penanganan komplikasi neonatal (NK).
10. Grafik cakupan kunjungan bayi (KBy).
11. Grafik cakupan pelayanan anak balita (KBal).
12. Grafik cakupan pelayanan anak balita sakit (BS).
13. Grafik cakupan pelayanan KB (CPR).

Semuanya itu dipakai untuk alat pemantauan program KIA, sedangkan grafik cakupan K4, PN, KF/KN, PK, NK, KBy, KBal dan grafik cakupan pelayanan KB (CPR) seperti telah diuraikan dalam Bab III, dapat dimanfaatkan juga untuk alat advokasi dan komunikasi lintas sektor.

Langkah-langkah pokok dalam pembuatan grafik PWS KIA :

1. Penyiapan Data

- a. Data yang diperlukan untuk membuat grafik dari tiap indikator diperoleh dari catatan kartu ibu, buku KIA, register kohort ibu, kartu bayi, kohort bayi serta kohort anak balita per desa/kelurahan, catatan posyandu,

laporan dari perawat/bidan/dokter praktik swasta, rumah sakit bersalin dan sebagainya.

- b. Untuk **grafik antar wilayah**, data yang diperlukan adalah data cakupan per desa/kelurahan dalam kurun waktu yang sama *Misalnya : untuk membuat grafik cakupan K4 bulan Juni di wilayah kerja Puskesmas X, maka diperlukan data cakupan K4 desa/kelurahan A, desa/kelurahan B, desa/kelurahan C, dst pada bulan Juni.*
- c. Untuk **grafik antar waktu**, data yang perlu disiapkan adalah data cakupan per bulan
- d. Untuk **grafik antar variabel** diperlukan data variabel yang mempunyai korelasi misalnya : **K1, K4 dan Pn**

2. **Penggambaran Grafik.**

Langkah langkah yang dilakukan dalam menggambarkan grafik PWS KIA (dengan menggunakan contoh indikator cakupan K1) adalah sebagai berikut :

- a. Menentukan target rata rata per bulan untuk menggambarkan skala pada garis vertikal (sumbu Y).
Misalnya : target cakupan ibu hamil baru (cakupan K1) dalam 1 tahun ditentukan 90 % (garis a), maka sasaran rata rata setiap bulan adalah

$$\frac{90\%}{12 \text{ Bulan}} \times 100$$

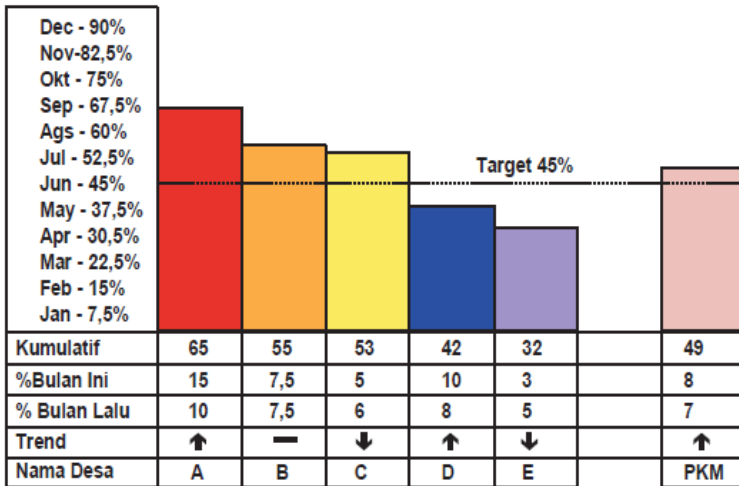
Dengan demikian, maka sasaran pencapaian kumulatif sampai dengan bulan Juni adalah $(6 \times 7,5 \%) = 45,0\%$ (garis b).

- b. Hasil perhitungan pencapaian kumulatif cakupan K1 per desa/kelurahan sampai dengan bulan Juni dimasukkan ke dalam jalur % kumulatif secara

berurutan sesuai peringkat. Pencapaian tertinggi di sebelah kiri dan terendah di sebelah kanan, sedangkan pencapaian untuk puskesmas dimasukkan ke dalam kolom terakhir (lihat contoh grafik).

- c. Nama desa/kelurahan bersangkutan dituliskan pada lajur desa/kelurahan (sumbu X), sesuai dengan cakupan kumulatif masing- masing desa/kelurahan yang dituliskan pada butir b diatas.
- d. Hasil perhitungan pencapaian pada bulan ini (Juni) dan bulan lalu (Mei) untuk tiap desa/kelurahan dimasukkan ke dalam lajur masing- masing.
- e. Gambar anak panah dipergunakan untuk mengisi lajur tren. Bila pencapaian cakupan bulan ini lebih besar dari 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 menunjukkan kebawah, sedangkan untuk cakupan yang tetap / sama gambarkan dengan tanda (-).

Berikut ini adalah contoh grafik PWS KIA hasil perhitungan tersebut di atas



Contoh Grafik PWS

Cara perhitungan untuk keduabelas indikator yang lainnya sama dengan perhitungan seperti contoh diatas.

F. ANALISIS TINDAK LANJUT

Analisis yang dapat dilakukan mulai dari yang sederhana hingga analisis lanjut tergantung tingkat penggunaannya.

7. Analisis sederhana

Analisis ini membandingkan cakupan hasil kegiatan antar wilayah terhadap target dan kecenderungan dari waktu ke waktu. Analisis sederhana ini bermanfaat untuk mengetahui desa/kelurahan mana yang paling memerlukan perhatian dan tindak lanjut yang harus dilakukan.

Selain di Puskesmas, analisis ini dapat juga dilakukan oleh Bidan di Desa dimana Bidan di Desa dapat menilai cakupan indikator PWS KIA di desanya untuk menilai kemajuan desanya. Di Poskesdes seorang Bidan di Desa dapat membuat

grafik cakupan indikator PWS KIA sehingga dia bisa mengikuti perkembangan dan menindaklanjutinya.

Contoh :

Analisis dari grafik cakupan ibu hamil baru (akses) pada pemantauan bulan Juni 2018 dapat digambarkan dalam matriks seperti dibawah ini.

Desa/ Kelurahan	Cakupan Terhadap target		Terhadap cakupan bulan lalu			Status Desa/ Kelurahan
	Diatas	Dibawah	Naik	Turun	Tetap	
A	+		+			Baik
B	+				+	Baik
C	+			+		Kurang
D		+	+			Cukup
E		+		+		Jelek

Contoh Analisis sederhana

Dari matriks diatas dapat disimpulkan adanya 4 macam status cakupan desa/kelurahan, yaitu :

g. Status baik

Adalah desa/kelurahan dengan cakupan diatas target yang ditetapkan untuk bulan Juni 2018, dan mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang meningkat atau tetap jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu.

Desa/kelurahan-des/kelurahan ini adalah desa/kelurahan A dan desa/kelurahan B. Jika keadaan tersebut berlanjut, maka desa/kelurahan-des/kelurahan tersebut akan mencapai atau melebihi target tahunan yang ditentukan.

b. Status kurang

Adalah desa/kelurahan dengan cakupan diatas target bulan Juni 2018, namun mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang menurun jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu. Desa/kelurahan dalam kategori ini adalah

desa/kelurahan C, yang perlu mendapatkan perhatian karena cakupan bulan lalu ini hanya 5% (lebih kecil dari cakupan bulan minimal 7,5%). Jika cakupan terus menurun, maka desa/kelurahan tersebut tidak akan mencapai target tahunan yang ditentukan.

c. Status cukup

Adalah desa/kelurahan dengan cakupan dibawah target bulan Juni 2018, namun mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang meningkat jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu. Desa/kelurahan dalam kategori ini adalah desa/kelurahan D, yang perlu didorong agar cakupan bulanan selanjutnya tidak lebih daripada cakupan bulanan minimal 7,5%. Jika keadaan tersebut dapat terlaksana , maka desa/kelurahan ini kemungkinan besar akan mencapai target tahunan yang ditentukan.

d. Status jelek

Adalah desa/kelurahan dengan cakupan dibawah target bulan Juni 2018, dan mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang menurun dibandingkan dengan bulan lalu. Desa/kelurahan dalam kategori ini adalah desa/kelurahan E, yang perlu diprioritaskan untuk pembinaan agar cakupan bulanan selanjutnya dapat ditingkatkan diatas cakupan bulanan minimal agar dapat mengejar kekurangan target sampai bulan Juni, sehingga dapat pula mencapai target tahunan yang ditentukan.

8. Analisis lanjut

Analisis ini dilakukan dengan cara membandingkan variabel tertentu dengan variabel terkait lainnya untuk mengetahui hubungan sebab akibat antar variabel yang dimaksud.

Contoh :

- a. K1 dibandingkan dengan K4

- b. K1 dibandingkan dengan Pn
- c. Pn dibandingkan dengan KF dan KN
- d. Jumlah Ibu Hamil Anemia dibandingkan dengan K1 dan K4
- e. KN1 dibandingkan dengan Jumlah Hep B Uniject
- f. DII

Contoh : Analisis grafik PWS KIA KI, K4, Pn

Desa/ kelurahan	Cakupan K1	Cakupan K1	Cakupan K1	Keterangan
A	70%	60%	50%	DO K4
B	80%	70%	55%	DO Pn

Apabila Drop Out (DO) K1 - K4 lebih dari 10% berarti wilayah tersebut bermasalah dan perlu penelusuran dan intervensi lebih lanjut.

Drop Out tersebut dapat disebabkan karena ibu yang kontak pertama (K1) dengan tenaga kesehatan, kehamilannya sudah berumur lebih dari 3 bulan. Sehingga diperlukan intervensi peningkatan pendataan ibu hamil yang lebih intensif.

9. Rencana tindak lanjut

Bagi kepentingan program, analisis PWS KIA ditujukan untuk menghasilkan suatu keputusan tindak lanjut teknis dan non-teknis bagi puskesmas. Keputusan tersebut harus dijabarkan dalam bentuk rencana operasional jangka pendek untuk dapat menyelesaikan masalah yang dihadapi sesuai dengan spesifikasi daerah.

Rencana operasional tersebut perlu dibicarakan dengan semua pihak yang terkait :

- a. Bagi desa/kelurahan yang berstatus baik atau cukup, pola penyelenggaraan pelayanan KIA perlu dilanjutkan, dengan beberapa penyesuaian tertentu sesuai kebutuhan antara

lain perbaikan mutu pelayanan.

- b. Bagi desa/kelurahan berstatus kurang dan terutama yang berstatus jelek, perlu prioritas intervensi sesuai dengan permasalahan.
- c. Intervensi yang bersifat teknis (termasuk segi penyediaan logistik) harus dibicarakan dalam pertemuan minilokakarya puskesmas dan/atau rapat dinas kesehatan kabupaten/kota (untuk mendapat bantuan dari kabupaten/kota).
- d. Intervensi yang bersifat non-teknis (untuk motivasi, penggerakan sasaran, dan mobilisasi sumber daya di masyarakat) harus dibicarakan pada rapat koordinasi kecamatan dan/atau rapat dinas kesehatan kabupaten/kota (untuk mendapat bantuan dari kabupaten/kota).

G. PELEMBAGAAN PWS KIA

Langkah-langkah pelebagaan PWS KIA sebagai berikut :

- 1. Penunjukkan petugas pengolahan data di tiap tingkatan, untuk menjaga kelancaran pengumpulan data.**
 - a. Data hasil kegiatan dikumpulkan oleh puskesmas ditabulasikan kemudian dikirimkan ke dinas kesehatan kabupaten/kota.
 - b. Di puskesmas disusun PWS KIA tingkat puskesmas (per desa/kelurahan) dan di dinas kesehatan kabupaten/kota disusun PWS KIA tingkat kabupaten/kota (per puskesmas).
- 2. Pemanfaatan pertemuan lintas program**

Penyajian PWS KIA pada pertemuan teknis bulanan ditingkat puskesmas (mini lokakarya) dan kabupaten/kota (pertemuan bulanan dinas kesehatan kabupaten/kota), untuk menginformasikan hasil yang telah dicapai, identifikasi masalah, merencanakan perbaikan serta

menyusun rencana operasional periode berikutnya. Pada pertemuan tersebut wilayah yang berhasil diminta untuk mempresentasikan upayanya.

3. Pemantauan PWS KIA untuk meyakinkan lintas sektoral

PWS disajikan serta didiskusikan pada pertemuan lintas sektoral ditingkat kecamatan dan kabupaten / kota, untuk mendapatkan dukungan dalam pemecahan masalah dan agar masalah operasional yang dihadapi dapat dipahami bersama, terutama yang berkaitan dengan motivasi dan penggerakan masyarakat sasaran.

4. Pemanfaatan PWS KIA sebagai bahan Musrenbang desa dan kabupaten/kota

Musrenbang adalah suatu proses perencanaan di tingkat desa dan kabupaten/kota. Bidan di desa dapat memberikan masukan berdasarkan hasil PWS KIA kepada tim musrenbang.

H. PELAKSANAAN PSW KIA

1. Pelaksanaan PWS KIA di Tingkat Puskesmas

Langkah langkah atau urutan yang dilaksanakan meliputi :

a. Pertemuan reorientasi

Pertemuan ini merupakan pertemuan dengan tujuan :

- 1) Menyamakan persepsi mengenai PWS KIA
- 2) Sosialisasi kebijaksanaan Kabupaten/Kota dalam pelaksanaan PWS KIA
- 3) Merencanakan Fasilitasi ke Desa
- 4) Menyusun mekanisme pemantauan kegiatan, dll Pihak yang terlibat meliputi :
 - a) Bidan di Desa
 - b) Bidan Koordinator
 - c) Pengelola Program KIA

- d) Kepala Puskesmas
- e) Petugas Gizi
- f) P2PL
- g) Data Operator
- h) Farmasi

b. Pertemuan Sosialisasi

Fokus pertemuan ini adalah untuk lintas sektor tingkat kecamatan dan desa, dengan tujuan untuk sosialisasi tentang PWS KIA, menyepakati peran lintas sektor dalam PWS KIA dan menyusun mekanisme pemantauan kegiatan.

Pihak yang terlibat meliputi :

- 1) Puskesmas
- 2) Camat
- 3) Kepala Desa
- 4) Dewan Kelurahan
- 5) LKMD
- 6) PKK
- 7) Koramil
- 8) Polsek

c. Memfasilitasi Bidan di Desa :

Kegiatan ini bertujuan untuk memberikan bantuan teknis berupa kunjungan ke lapangan atau pertemuan di Desa. Petugas Puskesmas memfasilitasi Bidan di Desa dan lintas sector terkait.

Materi fasilitasi :

- 1) Pedoman PWS KIA
- 2) Pedoman Pelayanan Kebidanan Dasar
- 3) Kebijakan Program KIA
- 4) Perencanaan pelaksanaan dan pemantauan kegiatan

d. Implementasi PWS KIA Puskesmas.

Puskesmas melaksanakan kegiatan PWS KIA melalui pengumpulan, pengolahan, analisis, penelusuran dan pemanfaatan data PWS KIA sesuai dengan yang diterangkan pada pembahasan sebelumnya.

Termasuk dalam implementasi PWS KIA di Puskesmas adalah pemanfaatan PWS KIA dalam Lokakarya Mini, Pertemuan Bulanan Kecamatan dan Musrenbangcam.

e. Tindak lanjut :

Kegiatan ini bertujuan untuk menindaklanjuti hasil hasil pembahasan implementasi PWS KIA di tingkat puskesmas .

2. Pelaksanaan PWS KIA di Tingkat Desa

Langkah langkah urutan pelaksanaan meliputi :

a. Implementasi PWS KIA oleh Bidan di Desa

Bidan Di Desa melaksanakan kegiatan PWS KIA melalui pengumpulan, pengolahan, analisis, penelusuran dan pemanfaatan data PWS KIA sesuai dengan yang diterangkan pada pembahasan sebelumnya. Termasuk dalam implementasi PWS KIA di Tingkat Desa adalah pemanfaatan PWS KIA untuk dibahas dalam Lokakarya Mini Puskesmas, Pertemuan Bulanan Desa dan Musrenbangdes.

b. Tindak lanjut :

Kegiatan ini bertujuan untuk menindaklanjuti hasil hasil pembahasan implementasi PWS KIA di tingkat puskesmas dan desa.

I. PEMANTAUAN DAN PELAPORAN

Pemantauan kegiatan PWS KIA dapat dilakukan melalui laporan kegiatan PWS KIA bulanan dengan melihat kelengkapan data PWS KIA berikut dengan :

3. Hasil Analisis indikator PWS KIA, antara lain : grafik hasil cakupan, hasil penelusuran dll
4. Rencana tindak lanjut berupa jadwal rencana kegiatan Data PWS KIA yang dilaporkan dimasing masing tingkatan adalah :
 1. Di tingkat Desa untuk dilaporkan ke Puskesmas setiap bulan :
 - a. Register KIA
 - b. Rekapitulasi Kohort KB
 - e. Di tingkat puskesmas untuk dilaporkan ke Dinas Kesehatan kabupaten/kota setiap bulan :
 - a. LB 3 KIA
 - b. LB 3 Gizi,
 - c. LB Imunisas
 - d. Rekapitulasi Kohort KB
 - f. Di tingkat kabupaten/propinsi untuk dilaporkan ke Dinas Kesehatan Propinsi/Departemen Kesehatan setiap 3 bula:
 - a. Lampiran 1 berisi laporan pelayanan antenatal care
 - b. Lampiran 2 berisi laporan pelayanan persalinan dan nifas
 - c. Lampiran 3 berisi laporan sarana pelayanan kesehatan dasar
 - d. Lampiran 4 berisi laporan kematian ibu dan neonatal
 - e. Lampiran 5 berisi laporan sarana pelayanan kesehatan rujukan
 - f. Lampiran 6 berisi laporan pelayanan Antenatal yang terintegrasi dengan program lain seperti PMTCT pada Ibu penderita HIV/AIDS dan malaria dalam kehamilan
 - g. Lampiran 7 berisi laporan Keluarga Berencana
 - h. Lampiran 8 berisi laporan diagnosa dan tindakan

pasien terhadap perempuan dan anak yang mengalami kekerasan.

Untuk mempermudah mendapatkan laporan dari tingkat bidan di desa, Puskesmas, kabupaten, maupun propinsi, kini proses pencatatan, pengolahan dan pelaporan dapat dilakukan secara komputerisasi yang prosesnya dimulai dari tingkat bidan di desa. Proses komputerisasi ini merupakan proses pengisian kartu ibu dan kartu bayi secara langsung dari lapangan yang dilakukan oleh bidan di desa dan diserahkan kepada data operator di tingkat puskesmas. Setelah data masuk di tingkat Puskesmas dan di olah secara komputerisasi, Bidan di desa, Bidan koordinator dan kepala Puskesmas dapat dengan mudah dan langsung melihat data secara cepat setiap bulan dan menggunakan data tersebut untuk meningkatkan kualitas program KIA. Laporan yang keluar dari tingkat puskesmas akan diproses sedemikian rupa pula untuk dapat menjadi konsumsi di tingkat kabupaten, propinsi dan pusat. Secara lengkap proses operasional sistim komputerisasi dari PWS KIA ini dapat dilihat pada modul operasional komputerisasi PWS KIA yang ada di dalam Software PWS KIA.

BAB VII
MELAKUKAN MONITORING DAN EVALUASI KEGIATAN
PELAYANAN DI KOMUNITAS (KOHORT IBU DAN BALITA)

A. PENGERTIAN

Register kohort adalah sumber data pelayanan ibu hamil, ibu nifas, neonatal, bayi dan balita..

B. TUJUAN

Untuk mengidentifikasi masalah kesehatan ibu, dan neonatal yang terdeteksi di rumah tangga yang teridentifikasi dari data bidan.

C. JENIS REGISTER KOHORT

1. Kohort ibu

Register kohort ibu merupakan sumber data pelayanan ibu hamil dan bersalin, serta keadaan/resiko yang dipunyai ibu yang di organisir sedemikian rupa yang pengkoleksiannya melibatkan kader dan dukun bayi di wilayahnya setiap bulan yang mana informasi pada saat ini lebih difokuskan pada kesehatan ibu dan bayi baru lahir tanpa adanya duplikasi informasi.

2. Kohort bayi

Merupakan sumber data pelayanan kesehatan bayi, termasuk neonatal.

3. Kohort Balita

Merupakan sumber data pelayanan kesehatan balita, umur 12 bulan sampai umur 5 tahun.

D. CARA PENGISIAN KOHORT IBU

Cara pengisian kohort ibu berdasarkan kolom :

1. Diisi nomer urut
2. Diisi nomer indeks dari famili folder
3. Diisi nama ibu hamil
4. Diisi nama suami ibu hamil
5. Diisi alamat ibu hamil
6. s/d 8, Diisi umur ibu hamil yang dikolom 6 umur <20 tahun, kolom 7 umur 20-35 dan dan kolom 8 umur >35 tahun.
9. s/d 11 Diisi umur kehamilan pada kunjungan pertama. Kolom 9 jika 0-12 minggu, kolom 10 jika 13-24 minggu dan kolom 11 jika umur kehamilan >24 minggu.
12. s/d 14 Diisi jumlah kehamilan yang pernah dialami. Kolom 12 jika naka pertama, kolom 13 jika hamil anak 2 s/d 4 dan kolom 14 jika >5.
15. Diisikan BB & TB ibu hamil
16. Diisikan LILA/ IMT ibu hamil
17. Diisikan HB/ golongan darah ibu hamil
18. Diisikan tensi/Tekanan darah ibu
19. s/d 20 Diisi tanggal ditemukan ibu hamil dengan risiko oleh kolom 19 oleh nakes/ K = Kesehatan dan kolom 20 oleh masyarakat /NK = non kesehatan ,
21. s/d 22 Jarak kehamilan. Kolom 21 jarak ≤ 2 tahun dan kolom 22 jika jarak kehamilan > 2 tahun.
23. s/d 24 Imunisasi TT. Kolom 23 status imunisasi TT dan kolom 24 Pemberian imunisasi TT
25. Pemberian buku KIA. Diisi tanda (+) bagi ibu yang diberi buku KIA
26. s/d 49 (kunjungan ibu) diisi dengan tanggal, tempat pelayanan, kode pelayanan, kasus/komplikasi, tanda pagar setiap semester.

50. s/d 51 Penolong persalinan, pada kolom 50 jika ditolong nakes dan kolom 51 jika ditolong dukun.
52. s/d 54 kelahiran, pada kolom 52 jika lahir mati. Pada kolom 53 jika lahir hidup BB < 2500 gram dan pada kolom 53 jika lahir hidup BB > 2500 gram
55. s/d 57 Ibu nifas pada kolom 6 jam-3 hari dan kolom 56 jika 4-28 hari dan kolom 57 jika 28-42 hari. diisi dengan tanggal kunjungan, kasus/komplikasi..
58. Keterangan Diisi bila ibu hamil pindah (dengan keterangan pindah), keguguran, lahir premature, kematian ibu dll.

E. CARA PENGISIAN KOHORT BAYI

Cara pengisian kohort bayi berdasarkan kolom :

1. Diisi nomor urut. Sebaiknya nomor urut bayi disesuaikan dengan nomor urut ibu pada register kohort ibu.
2. Diisi nomor indeks dari family folder
3. Diisi nama bayi
4. Diisi tanggal lahir
5. Diisi Nama orang tua ayah dan ibu
6. Diisi alamat RT/RW
7. Diisi Jenis kelamin L/P
8. Diisi berat bayi lahir/BBL
9. s/d 12 kunjungan neonatal kolom 9 saat lahir s/d 5 jam, kolom 10 kunjungan pertama 6 s/d 48 jam, kolom 11 kunjungan kedua hari ke 3-7 dan kolom 12 kunjungan ketiga hari ke 8 s/d 28.
13. Diisi tanggal pemeriksaan post neonatal, diisi tanggal kunjungan, S jika sehat, diisi klasifikasi/diagnosa penyakit jika sakit.
14. s/d 37 kunjungan bayi
 - Diisi tanggal periksa

- Diisi hasil penimbangan bayi dalam kg dan rambu gizi N= naik, T=turun, R: bawah garis titik-titik(BGT) dan BGM= Bawah garis merah.
 - Diisi O jika tidak ditimbang pada bulan lalu
 - Diisi B jika baru pertama kali di timbang
 - Diisi E 1/2/3/4/5/6 jika bayi diberi asi eksklusif
 - Diisi Ds jika dilakukan DDTK dan hasilnya sesuai
 - Diisi Dm jika dilakukan DDTK dan hasilnya meragukan
 - Diisi Dp jika dilakukan DDTK dan hasilnya ada penyimpangan
38. s/d 44 Diisi tanggal dan bulan pemberian imunisasi, kolom 38 imunisasi HB0, kolom 39 BCG, kolom 40 polio 1 dan pentavalen 1, kolom 41 polio 2 dan pentavalen 2, kolom 42 polio 3 dan pentavalen 3, kolom 43 polio 4 dan campak.
44. s/d 45 Bayi post natal meninggal, kolom 44 tanggal kematian dan kolom 45 diisi penyebab kematian.
46. Diisi keterangan baru atau pindah domisili

F. CARA PENGISIAN KOHORT BALITA

Kolom diisi sebagai berikut :

1. Diisi nomor urut. Sebaliknya nomor urut bayi disesuaikan dengan nomor urut ibu pada register kohort ibu.
2. Diisi nama dan tanggal lahir/riwayat pelayanan kesehatan diisi bila anak balita datang pertama kali kepetugas wilayah dengan umur lebih dari 13 bulan.
3. Diisi alamat RT/RW
4. Di isi umur dalam bulan
5. Diisi sesuai dengan jenis kelamin L/p
6. Diisi anak ke
7. s/d 8 pemberian imunisasi kolom 7 pentavalen IV dan kolom 8 campak 2, diisi tanggal pelayanan dan kondisi anak balita.

9. s/d 68 kunjungan anak balita
- Diisi tanggal periksa
 - Diisi hasil penimbangan balita dalam kg dan rambu gizi N= naik, T=turun, R: bawah garis titik-titik(BGT) dan BGM= Bawah garis merah.
 - Diisi O jika tidak ditimbang pada bulan lalu
 - Diisi B jika baru pertama kali di timbang
 - Diisi Ds jika dilakukan DDTK dan hasilnya sesuai
 - Diisi Dm jika dilakukan DDTK dan hasilnya meragukan
- Diisi Dp jika dilakukan DDTK dan hasilnya ada penyimpangan
- 69. Keterangan

BAB VIII
PROGRAM PEMERINTAH UNTUK MENINGKATKAN KESEHATAN IBU
DAN ANAK DI KOMUNITAS

A. POSYANDU

1. Pengertian:

Posyandu adalah suatu forum komunikasi, alih teknologi, dan pelayanan kesehatan masyarakat, oleh dan untuk masyarakat.

Posyandu merupakan jenis UKM yang paling memasyarakatkan dewasa ini. Sebagai salah satu tempat pelayanan kesehatan masyarakat yang langsung bersentuhan dengan masyarakat level bawah.

2. Tujuan posyandu

a. Tujuan umum posyandu adalah :

- 1) Mempercepat penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB).
- 2) Meningkatkan pelayanan kesehatan ibu.
- 3) Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengembangkan kegiatan kesehatan dan kegiatan – kegiatan lain yang menunjang peningkatan kemampuan hidup sehat.
- 4) Pendekatan dan pemerataan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dalam usaha meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan kepada penduduk berdasarkan letak geografi.
- 5) Meningkatkan dan pembinaan peran serta masyarakat dalam rangka alih teknologi untuk swakelola usaha – usaha kesehatan masyarakat.

b. Tujuan Khusus posyandu adalah :

- 1) Meningkatnya peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan upaya kesehatan dasar, terutama yang berkaitan dengan penurunan AKI dan AKB.
- 2) Meningkatnya peran lintas sektor dalam Penyelenggaraan Posyandu, terutama berkaitan dengan penurunan AKI dan AKB.
- 3) Meningkatnya cakupan dan jangkauan pelayanan kesehatan dasar, terutama yang berkaitan dengan penurunan AKI dan AKB.

3. Sasaran posyandu

Sasaran Posyandu adalah seluruh masyarakat, terutama :

- a. Bayi yang berusia kurang dari satu tahun.
- b. Anak Balita usia 1 (satu) sampai 5 (lima) tahun.
- c. Ibu hamil, ibu melahirkan, ibu nifas dan ibu menyusui.
- d. Pasangan Usia Subur (PUS).
- e. Wanita Usia Subur (WUS).

4. Fungsi dan manfaat posyandu

Fungsi posyandu adalah :

- a. Sebagai wadah pemberdayaan masyarakat dalam alih informasi dan keterampilan dari petugas kepada masyarakat dan antar sesama masyarakat dalam rangka mempercepat penurunan AKI dan AKB.
- b. Sebagai wadah untuk mendekatkan pelayanan kesehatan dasar, terutama berkaitan dengan penurunan AKI dan AKB.

Manfaat posyandu adalah :

- a. Bagi masyarakat
 - 1) Memperoleh kemudahan untuk mendapatkan informasi dan pelayanan kesehatan dasar, terutama berkaitan dengan penurunan AKI dan AKB.

- 2) Memperoleh bantuan secara profesional dalam pemecahan masalah kesehatan terutama terkait kesehatan ibu dan anak.
 - 3) Efisiensi dalam mendapatkan pelayanan terpadu kesehatan dan sektor lain terkait.
- b. Bagi kader, pengurus posyandu dan tokoh masyarakat
- 1) Mendapatkan informasi terdahulu tentang upaya kesehatan yang terkait dengan penurunan AKI dan AKB.
 - 2) Dapat mewujudkan aktualisasi dirinya dalam membantu masyarakat menyelesaikan masalah kesehatan terkait dengan penurunan AKI dan AKB.
- c. Bagi Puskesmas
- 1) Optimalisasi fungsi Puskesmas sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat, pusat pelayanan kesehatan strata pertama
 - 2) Dapat lebih spesifik membantu masyarakat dalam pemecahan masalah kesehatan sesuai kondisi setempat
 - 3) Meningkatkan efisiensi waktu, tenaga dan dana melalui pemberian pelayanan secara terpadu.
- d. Bagi sektor lain
- 1) Dapat lebih spesifik membantu masyarakat dalam pemecahan masalah sektor terkait, utamanya yang terkait dengan upaya penurunan AKI dan AKB sesuai kondisi setempat.
 - 2) Meningkatkan efisiensi melalui pemberian pelayanan secara terpadu sesuai dengan tupoksi masing-masing sektor.

5. Pembentukan Posyandu

Posyandu dibentuk dari pos-pos yang telah ada seperti :

- a. Pos penimbangan balita.

- b. Pos imunisasi.
2. Pos keluarga berencana desa.
3. Pos kesehatan.
4. Pos lainnya yang dibentuk baru.

Posyandu didirikan karena mempunyai beberapa alasan sebagai berikut :

- a. Posyandu dapat memberikan pelayanan kesehatan khususnya dalam upaya pencegahan penyakit dan PPPK sekaligus dengan pelayanan KB.
- b. Posyandu dari masyarakat untuk masyarakat dan oleh masyarakat, sehingga menimbulkan rasa memiliki masyarakat terhadap upaya dalam bidang kesehatan dan keluarga berencana.

7. Kegiatan Posyandu

Kegiatan posyandu terdiri dari kegiatan utama dan kegiatan pengembangan / pilihan. Secara rinci kegiatan Posyandu adalah sebagai berikut:

- a. Kegiatan utama posyandu :

Lima (5) kegiatan utama posyandu (Panca Krida Posyandu)

1) Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

a) Ibu Hamil

Pelayanan yang diselenggarakan untuk ibu hamil mencakup:

- (1) Penimbangan berat badan dan pemberian tablet besi yang dilakukan oleh kader kesehatan. Jika ada petugas Puskesmas ditambah dengan pengukuran tekanan darah dan pemberian imunisasi Tetanus Toksoid. Bila tersedia ruang pemeriksaan, ditambah dengan pemeriksaan tinggi fundus/usia kehamilan. Apabila ditemukan kelainan, segera dirujuk ke Puskesmas.

(2) Untuk lebih meningkatkan kesehatan ibu hamil, perlu diselenggarakan Kelompok Ibu Hamil pada setiap hari buka Posyandu atau pada hari lain sesuai dengan kesepakatan. Kegiatan kelompok Ibu Hamil antara lain sebagai berikut:

- (a) Penyuluhan: tanda bahaya pada ibu hamil, persiapan persalinan, persiapan menyusui, KB dan gizi
- (b) Perawatan payudara dan pemberian ASI
- (c) Peragaan pola makanan ibu hamil
- (d) Peragaan perawatan bayi baru lahir
- (e) Senam ibu hamil

b) Ibu Nifas dan Ibu Menyusui

Pelayanan yang diselenggarakan untuk ibu nifas dan menyusui mencakup :

- (1) Penyuluhan kesehatan, KB, ASI dan gizi, ibu nifas, perawatan kebersihan jalan lahir (vagina)
- (2) Pemberian vitamin A dan tablet besi
- (3) Perawatan payudara
- (4) Senam ibu nifas
- (5) Jika ada tenaga kesehatan Puskesmas dan tersedia ruangan, dilakukan pemeriksaan kesehatan umum, pemeriksaan payudara, pemeriksaan tinggi fundus dan pemeriksaan lochia. Apabila ditemukan kelainan, segera dirujuk ke Puskesmas.

c) Bayi dan Anak Balita

Pelayanan Posyandu untuk balita harus dilaksanakan secara menyenangkan dan memacu kreativitas tumbuh kembang anak. Jika ruang pelayanan memadai, pada waktu menunggu giliran pelayanan, anak balita sebaiknya tidak digendong melainkan dilepas bermain sesama balita dengan pengawasan orang tua di bawah bimbingan kader.

Untuk itu perlu disediakan sarana permainan yang sesuai dengan umur balita.

Adapun jenis pelayanan yang diselenggarakan Posyandu untuk balita mencakup:

- (1) berat badan
- (2) Penentuan status pertumbuhan
- (3) Penyuluhan
- (4) Jika ada tenaga kesehatan Puskesmas dilakukan pemeriksaan kesehatan, imunisasi dan deteksi dini tumbuh kembang. Apabila ditemukan kelainan, segera dirujuk ke Puskesmas.

2) Keluarga Berencana (KB)

Pelayanan KB di Posyandu yang dapat diselenggarakan oleh kader adalah pemberian kondom dan pemberian pil ulangan. Jika ada tenaga kesehatan Puskesmas dilakukan suntikan KB, dan konseling KB. Apabila tersedia ruangan dan peralatan yang menunjang dilakukan pemasangan IUD.

3) Imunisasi

Pelayanan imunisasi di Posyandu hanya dilaksanakan apabila ada petugas Puskesmas. Jenis imunisasi yang diberikan disesuaikan dengan program, baik terhadap bayi dan balita maupun terhadap ibu hamil.

4) Gizi

Pelayanan gizi di Posyandu dilakukan oleh kader. Sasarannya adalah bayi, balita, ibu hamil dan WUS. Jenis Pelayanan yang diberikan meliputi penimbangan berat badan, deteksi dini gangguan pertumbuhan, penyuluhan gizi, pemberian PMT, pemberian vitamin A dan pemberian sirup Fe. Khusus untuk ibu hamil dan ibu nifas ditambah

dengan pemberian tablet besi serta kapsul Yodium untuk yang bertempat tinggal di daerah gondok endemik. Apabila setelah 2 kali penimbangan tidak ada kenaikan berat badan, segera dirujuk ke Puskesmas.

5) Pencegahan dan Penanggulangan Diare

Pencegahan diare di Posyandu dilakukan antara lain dengan penyuluhan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Penanggulangan diare di Posyandu dilakukan antara lain penyuluhan, pemberian larutan gula garam yang dapat dibuat sendiri oleh masyarakat atau pemberian Oralit yang disediakan.

Tujuh (7) Kegiatan posyandu (Sapta Krida Posyandu)

- 7) Kesehatan ibu dan anak (KIA)
- 8) Keluarga Berencana (KB)
- 9) Imunisasi
- 10) Peningkatan gizi
- 11) Penanggulangan diare
- 12) Sanitasi dasar
- 13) Penyediaan obat esensial

Bentuk kegiatan lain yang masih dilokasi Posyandu berupa :

- 1) Mencatat hasil kegiatan Upaya Peningkatan Gizi Keluarga (UPGK) dalam register balita sampai terbentuknya balok SKDN.
- 2) Membahas bersama - sama kegiatan lain atas saran petugas.
- 3) Menetapkan jenis kegiatan yang akan dilaksanakan seperti penyuluhan.

Sedangkan bentuk kegiatan yang dilakukan diluar posyandu berupa :

- 1) Melaksanakan kunjungan rumah.

- 2) Menggerakkan masyarakat untuk menghadiri dan ikut serta dalam kegiatan UPGK.
- 3) Memanfaatkan pekarangan untuk peningkatan gizi keluarga.
- 4) Membantu petugas dalam pendaftaran, penyuluhan, dan peragaan ketrampilan.

8. Kedudukan dan syarat posyandu

a. Kedudukan posyandu sebagai berikut :

- 1) Kedudukan posyandu terhadap pemerintahan desa/
kelurahan
Pemerintahan desa/kelurahan adalah instansi pemerintah yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan di desa/kelurahan adalah sebagai wadah pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan yang secara kelembagaan dibina oleh pemerintahan desa/kelurahan.
- 2) Kedudukan posyandu terhadap pokja posyandu
Pokja Posyandu adalah kelompok kerja yang dibentuk di desa/kelurahan, yang anggotanya terdiri dari aparat pemerintahan desa/kelurahan dan tokoh masyarakat yang bertanggung jawab membina Posyandu. Kedudukan Posyandu terhadap Pokja adalah sebagai satuan organisasi yang mendapat binaan aspek administratif, /keuangan, dan program dari Pokja.
- 3) Kedudukan posyandu terhadap berbagai UKBM
Kedudukan Posyandu terhadap UKBM dan pelbagai lembaga kemasyarakatan /LSM desa/kelurahan yang bergerak di bidang kesehatan adalah sebagai mitra. UKBM adalah bentuk umum wadah pemberdayaan
- 4) Kedudukan posyandu terhadap konsil kesehatan kecamatan
Konsil Kesehatan Kecamatan adalah wadah pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan yang

dibentuk dari, oleh dan untuk masyarakat di kecamatan yang berfungsi menaungi dan mengkoordinir setiap Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM). Kedudukan Posyandu Terhadap Konsil Kesehatan Kecamatan adalah sebagai satuan organisasi yang mendapat arahan dan dukungan sumberdaya dari Konsil Kesehatan Kecamatan.

5) Kedudukan Posyandu Terhadap Puskesmas

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab melaksanakan pembangunan kesehatan di kecamatan. Kedudukan Posyandu terhadap Puskesmas adalah sebagai wadah pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan yang secara teknis medis dibina oleh Puskesmas.

b. Syarat Posyandu adalah :

- 1) Penduduk RW tersebut paling sedikit terdapat 100 orang balita
- 2) Terdiri dari 120 kepala keluarga
- 3) Disesuaikan dengan kemampuan petugas (bidan desa)
- 4) Jarak antara kelompok rumah, jumlah KK dalam satu tempat atau kelompok tidak terlalu jauh.
- 5) Lokasi /letaknya :
 - a) Berada di tempat yang mudah didatangi
 - b) Ditentukan oleh masyarakat itu sendiri
 - c) Dapat merupakan lokal itu sendiri
 - d) Bila tidak memungkinkan dapat dilaksanakan dirumah penduduk, balai desa, pos RT/RW atau pos yang lainnya.

9. Pelaksanaan posyandu dengan sistem lima meja :

a. Meja I (pertama)

- 1) Pendaftaran.
- 2) Pencatatan bayi, balita, ibu hamil, ibu menyusui dan pasangan usia subur.

- b. Meja II (kedua)
 - 1) Penimbangan bayi, balita
 - 2) Ibu hamil
- c. Meja III (ketiga)
Pengisian Kartu Menuju Sehat (KMS).
- d. Meja IV (empat)
 - 1) Diketahui berat badan anak yang naik/tidak naik, ibu hamil dengan resiko tinggi, dan pasangan usia subur yang belum mengikuti KB.
 - 2) Penyuluhan kesehatan.
 - 3) Pelayanan TMT, oralit, vitamin A, tablet zat besi, pil ulangan, kondom.
- e. Meja V (lima)
 - 1) Pemberian immunisasi
 - 2) Pemeriksaan kehamilan
 - 3) Pemeriksaan kesehatan dan pengobatan
 - 4) Pelayanan kontrasepsi IUD, suntikan.

Untuk meja I – IV dilaksanakan oleh kader kesehatan dan untuk meja V dilaksanakan oleh petugas kesehatan dari Puskesmas setempat.

10. Tingkat perkembangan posyandu

Dengan bertambahnya posyandu mendorong terjadinya variasi tingkat perkembangan yang beragam. Sebagian posyandu mencapai tingkat perkembangan yang sangat maju, sebaliknya masih ada posyandu yang berjalan tersendat bahkan tidak berjalan sama sekali.

Stratifikasi posyandu ada 4 dari terendah sampai dengan tertinggi sebagai berikut:

a. Posyandu Pratama (warna merah)

Posyandu tingkat pratama adalah Posyandu yang masih belum mantap, kegiatannya belum bisa rutin tiap bulan,

penimbangan kurang 8 kali pertahun dan kader aktifnya terbatas kurang dari 5 orang. Pencapaian cakupan program kurang dari 50%, tidak ada program tambahan dan belum ada dana sehat.

b. Posyandu Madya (warna kuning)

Posyandu pada tingkat madya sudah dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 8 kali pertahun, dengan rata – rata jumlah kader yang hadir sebanyak 5 orang atau lebih. Cakupan program kurang dari 50%, belum ada program tambahan dan belum ada dana sehat.

c. Posyandu Purnama (warna hijau)

Posyandu pada tingkat purnama adalah posyandu yang kegiatannya lebih dari 8kali pertahun, jumlah kader yang bertugas sebanyak 5 orang atau lebih, cakupan 5 program utamanya lebih dari 50%. Sudah ada program tambahan, dan sudah ada dana sehat kurang dari 50% kepala kreluarga.

d. Posyandu Mandiri (warna biru)

Posyandu ini berarti sudah dapat melaksanakan kegiatan secara teratur, cakupan 5 program utama sudah bagus, ada program tambahan dan dana sehat telah menjangkau lebih dari 50% kepala keluarga.

B. POS KESEHATAN DESA (POSKESDES)

1. Pengertian

Poskesdes adalah upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) yang dibentuk di desa dalam rangka medekatkan/menyediakan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa.

2. Tujuan

Terwujudnya masyarakat sehat yang siaga terhadap permasalahan kesehatan di wilayah desanya

3. Ruang lingkup

- a. Meliputi upaya promotif, preventif & kuratif yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan terutama bidan.
- b. Kegiatan didasarkan *pendekatan edukatif* atau *kemasyarakatan* melalui musyawarah mufakat, berupa :
 - 1) Pengamatan & kewaspadaan dini
 - 2) Penanganan kegawatdaruratan kesehatan
 - 3) Kesiapsiagaan terhadap bencana serta pelayanan kesehatan dasar
 - 4) promosi kesehatan
- c. Sebagai bentuk pertanggung jawaban, kegiatan di Poskesdes didukung dengan "*Pencatatan & Pelaporan* "

4. Fungsi

- a. Sebagai wahana peran aktif masyarakat di bidang kesehatan
- b. Sebagai wahana kewaspadaan dini terhadap risiko & masalah kesehatan
- c. Sebagai wahana pelayanan kesehatan dasar
- d. Sebagai wahana pembentukan jejaring UKBM yang ada di desa

5. Prioritas pengembangan

- a. Desa/kelurahan yang tidak terdapat sarana kesehatan (PKM & RS). Adapun desa yang terdapat Pustu masih memungkinkan untuk dikembangkan Poskesdes
- b. Desa di lokasi terisolir, terpencil, tertinggal, atau perbatasan
- c. Sebagai langkah awal pengembangan dapat diutamakan pada desa yang sudah terdapat *POLINDES*

6. Pengorganisasian

Prinsipnya adalah dikelola oleh masyarakat, yang dalam hal ini kader dengan bimbingan tenaga kesehatan.

a. Tenaga Poskesdes

Tenaga masyarakat (Kader & Sukuan yang mendapat pelatihan khusus) minimal 2 orang dan minimal seorang bidan.

b. Kepengurusan

Dipilih melalui Musyawarah & Mufakat Masyarakat Desa, ditetapkan oleh Kepala Desa, bersifat Fleksibel

c. Kedudukan & Hubungan Kerja

7. Langkah pengembangan poskesdes

a. Persiapan Internal

Sosialisasi, pertemuan dan pelatihan yang bersifat konsolidasi.

b. Persiapan Eksternal

Kegiatan advokasi kepada para penentu kebijakan

c. Survei Mawas Diri atau Telaah Mawas Diri

d. Musyawarah Masyarakat Desa (MMD)

e. Pembentukan Poskesdes

1) Pemilihan Pengurus dan Kader Poskesdes

2) Orientasi/Pelatihan Kader Poskesdes

3) Pemenuhan/penempatan dan Pelatihan Nakes

8. Penyelenggaraan

a. Waktu Penyelenggaraan poskesdes rutin setiap hari

b. Tempat Penyelenggaraan

Dalam pelayanan kesehatan di poskesdes diperlukan ruangan yang dapat berfungsi sebagai ruang pendaftaran, ruang tunggu, ruang pemeriksaan, ruang tindakan, ruang persalinan, ruang rawat inap persalinan, ruang petugas, ruang konsultasi, ruang obat & kamar mandi

c. Peralatan dan logistik

- 1) Peralatan medis (disesuaikan kebutuhan)
 - 2) Peralatan non medis (mebeulair, sarana pencatatan, sarana komunikasi & sarana transportasi)
- d. Tugas dan tanggung jawab pelaksana
- Kehadiran tenaga kesehatan puskesmas yang diwajibkan minimal satu kali dalam sebulan. Peran petugas puskesmas yaitu memberikan bimbingan dan pembinaan kader dan nakes dlm penyelenggaraan poskesdes.
- e. Pembiayaan
- Pembiayaan bersumber dari :
- 1) Masyarakat (iuran pengunjung Poskesdes, iuran masyarakat umum/dana sehat, donatur, dana sosial keagamaan)
 - 2) Swasta/dunia usaha
 - 3) Hasil usaha pengelola dan kader poskesdes secara mandiri
 - 4) Pemerintah (berupa dana stimulan dalam bentuk sarana dan prasarana Poskesdes)
 - 5) Tarif pelayanan di Poskesdes ditetapkan oleh desa dan diperkuat dengan SK kepala desa dengan tidak membebani masyarakat
- f. Pencatatan & Pelaporan
- Pencatatan dilakukan oleh Kader dan tenaga kesehatan segera setelah kegiatan dilaksanakan, dengan menggunakan format:
- 1) Buku catatan sasaran Poskesdes
 - 2) Buku catatan rekapitulasi yankes Poskesdes
 - 3) Buku catatan kegiatan pertemuan Poskesdes
 - 4) Buku catatan kegiatan usaha
 - 5) Buku pengelolaan keuangan

Kader *tidak wajib* melaporkan kepada Puskesmas, tapi kegiatan yang menyangkut pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan *tetap harus* dilaporkan mengacu pada format pelaporan.

9. Pembinaan dan peningkatan poskesdes

- a. Pembinaan Poskesdes secara teknis medis dilakukan oleh Puskesmas, sedangkan non teknis medis oleh Pemerintah Desa dan lintas sektor di tingkat kecamatan.

Peran Puskesmas :

- 1) Melaksanakan monitoring, pembinaan dan evaluasi
- 2) Melaksanakan advokasi kepada pejabat dan kelompok potensial
- 3) Menggalang informasi kesehatan dari hasil pelaporan
- 4) Melakukan fasilitasi pelayanan kesehatan apabila diperlukan

- b. Peningkatan

Peningkatan program pelayanan dan kualitas pelayanan

10. Indikator keberhasilan poskesdes

Harus mempunyai daya ungkit terhadap pembangunan kesehatan masyarakat di wilayahnya, dengan indikator ;

- a. Input

- 1) Jumlah kader
- 2) Jumlah nakes
- 3) Tersedianya sarana (alat & obat)
- 4) Tersedianya tempat pelayanan
- 5) Tersedianya dana operasional Poskesdes
- 6) Tersedianya data/catatan (imunisasi&kematian)

- b. Output

- 1) Cakupan bumil yang dilayani (K4)
- 2) Cakupan persalinan yang dilayani

- 3) Cakupan kunjungan neonatus (KN2)
- 4) Cakupan BBLR yang dirujuk
- 5) Jumlah bayi dan anak balita yang BB tidak naik
- 6) Jumlah balita gakin umur 6-24 bulan yang mendapat MPASI
- 7) Cakupan imunisasi
- 8) Cakupan pelayanan gawat darurat dan kejadian luar biasa (KLB) dalam tempo 24 jam.
- 9) Cakupan keluarga yang punya jamban
- 10) Cakupan keluarga yang dibina Sadar Gizi
- 11) Cakupan keluarga menggunakan garam beryodium
- 12) Tersedianya data kesehatan lingkungan
- 13) Jumlah kasus kesakitan & kematian akibat penyakit menular
- 14) Peningkatan perkembangan UKBM yang dibina

C. DESA SIAGA

1. Pengertian

Desa siaga adalah suatu kondisi masyarakat yang memiliki kesiapan sumber daya potensial dan kemampuan mengatasi masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri.

2. Tujuan

a. Tujuan umum

Memgembangkan kepedulian dan kesiap-siagaan masyarakat desa dalam mencegah, mengatasi masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri.

b. Tujuan khusus

- 1) Optimalisasi peran PKD/sejenis dalam pemberdayaan masyarakat, mendorong pembangunan kesehatan di desa serta rujukan pertama pelayanan kesehatan bermutu di masyarakat.
- 2) Terbentuknya forum kesehatan desa yang berperan aktif menggerakkan pembangunan kesehatan di tingkat desa.
- 3) Berkembangnya kegiatan pemberdayaan masyarakat dalam mencegah dan mengatasi masalah kesehatan.
- 4) Berkembangnya upaya kesehatan baik promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang dilaksanakan oleh masyarakat.
- 5) Berkembangnya pengamatan dan pemantauan oleh masyarakat dalam deteksi dini, kewaspadaan dini dan kesiapsiagaan terhadap masalah kesehatan.
- 6) Berkembangnya kemandirian masyarakat dalam pembiayaan kesehatan.

3. Sasaran

Sasaran untuk mempermudah intervensi pengembangan desa siaga dibedakan dalam 3 jenis yaitu :

- a. Pihak-pihak yang mempunyai pengaruh terhadap perubahan perilaku individu dan keluarga atau dapat menciptakan iklim yang kondusif bagi perubahan perilaku tersebut, seperti tokoh agama, tokoh perempuan dan pemuda, kader serta petugas kesehatan.
- b. Semua individu dan keluarga yang diharapkan mampu melaksanakan hidup sehat serta peduli dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayah desa.
- c. Pihak-pihak yang diharapkan memberikan dukungan kebijakan, peraturan perundang-undangan, dana, tenaga, sarana, dan lain-lain, seperti kepala desa, camat, para

pejabat terkait, swasta dan para donatur serta pemangku kepentingan lainnya.

4. Kriteria dan indikator desa siaga

Sebuah desa siaga dikembangkan menjadi desa siaga apabila memiliki sekurang-kurangnya sebuah Poliklinik Kesehatan Desa (PKD) atau tenaga professional kesehatan yang siap melaksanakan

- a. Pemberdayaan masyarakat
- b. Mendorong pembangunan kesehatan desa
- c. Rujukan pertama pelayanan kesehatan bermutu bagi masyarakat.

Indikator pengembangn desa siaga meliputi

- a. Indikator proses
 - 1) PKD/tenaga kesehatan profisional aktif, membina dan siap menerima rujukan pertama.
 - 2) Forum kesehatan desa aktif.
 - 3) Gerakan bersama oleh masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan, kegawatdaruratan dan pengendalian faktor risiko.
 - 4) UKBM berkualitas
 - 5) Pengamatan dan pemantauan oleh masyarakat untuk masalah kesehatan dan faktor risiko untuk ditindak lanjuti.
 - 6) Pengembangan pembiayaan kesehatan oleh masyarakat.
- b. Indikator *output*
 - 1) Strata UKBM meningkat.
 - 2) Cakupan pelayanan kesehatan meningkat
 - 3) Penurunan factor risiko penyakit dan bencana
 - 4) Pembiayaan kesehatan untuk berbagai upaya kesehatan terpenuhi.

- c. Indikator *outcome*
 - 1) Peningkatan strata PHBS dan lingkungan sehat
 - 2) Penurunan kasus atau masalah kesehatan
 - 3) Peningkatan status gizi masyarakat.

5. Komponen desa siaga

Beberapa komponen desa siaga yang merupakan bagian dari sistem kesehatan antara lain:

- a. Poliklinik Kesehatan Desa (PKD)
- b. Forum kesehatan desa
- c. Kegiatan gotong royong masyarakat dibidang kesehatan
- d. Kegiatan upaya kesehatan dilaksanakan oleh masyarakat.
- e. Kegiatan pengamatan kesehatan oleh masyarakat dalam deteksi dini atau kewaspadaan dini, serta kesiapsiagaan terhadap masalah kesehatan
- f. Kegiatan pembiayaan kesehatan oleh masyarakat untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan.

Poliklinik Kesehatan desa (PKD)

PKD merupakan salah satu wadah yang dikelola oleh tenaga profesional kesehatan desa, yang diharapkan dapat memfasilitasi terwujudnya desa siaga dengan pengembangan sistem kesehatan desa serta menjadi rujukan pertama dari berbagai upaya kesehatan oleh masyarakat.

Secara teknis PKD dibina oleh puskesmas dan lintas sector terkait, dan secara administrasi dibina oleh kepala desa.

Tujuan PKD:

- 1) Mendorong pembangunan berwawasan kesehatan di desa
- 2) Mendorong pemberdayaan masyarakat
- 3) Memberikan pelayanan kesehatan sesuai wewenang.

Pengelolaan PKD

- 1) Tenaga profesional (bidan/perawat)

- 2) Tenaga sanitarian
- 3) Tenaga administrasi

Indikator keberhasilan PKD

- 1) Cakupan pelayanan kesehatan sesuai wewenang
- 2) Pemanfaatan persalinan oleh tenaga kesehatan minimal 50% di PKD/unit pelayanan.
- 3) Peningkatan strata posyandu dan UKBM lainnya
- 4) Ada upaya deteksi dini penyakit dan kewaspadaan masalah kesehatan lainnya.
- 5) Ada forum yang membahas masalah pembangunan kesehatan diwilayahnya.

Peran PKD dalam pengembangan desa siaga sebagai berikut:

- 1) Mendorong pembentukan dan peran aktif forum kesehatan desa melalui kemitraan dengan berbagai potensi desa.
- 2) Bersama dengan forum kesehatan desa mendorong kegiatan gotong royong dalam mencegah dan mengatasi masalah kesehatan didesa secara mandiri.
- 3) Memfasilitasi upaya deteksi dini dan pengendalian faktor risiko masalah kesehatan
- 4) Memfasilitasi peningkatan upaya kesehatan yang dilakukan masyarakat (UKBM dan system rujukan)
- 5) Bersama forum mendorong kemandirian masyarakat dalam pembiayaan kesehatan
- 6) Memberikan pelayanan kesehatan sesuai wewenang dan menjadi rujukan pertama bagimasyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan.

Forum Kesehatan Didesa atau Kelurahan

Forum kesehatan didesa/kelurahan merupakan wadah partisipasi masyarakat dalam mengembangkan pembangunan

kesehatan ditingkat desa untuk merencanakan, menetapkan, koordinasi dan penggerak kegiatan serta monitoring evaluasi pembangunan kesehatan di desa.

Forum kesehatan desa terdiri dari:

- 1) Kepala desa dengan perangkat termasuk RT dan RW
- 2) Badan perwakilan Desa (BPD) dengan fungsi elemennya.
- 3) TP PKK sebagai koordinasi masyarakat.
- 4) Lembaga sosial/swadaya masyarakat sebagai organisasi peduli kesehatan.
- 5) Kader, tokoh masyarakat dan tokoh agama
- 6) Perwakilan kelompok tertentu sesuai potensi desa (unsur pemuda, dunia usaha, tenaga kesehatan dll)
- 7) Forum kesehatan desa didukung SK kepala desa untuk legalitas dalam melaksanakan tugas dan fungsinya.

Tugas Forum kesehatan desa

- 1) Menyusun kebijakan
- 2) Mengumpulkan informasi dan menggali potensi dengan survey mawas diri
- 3) Memadukan potensi dan kegiatan desa
- 4) Merencanakan (identifikasi masalah, penyebab, identifikasi potensi, menyusun pemecahan masalah, dan kesepakatan bersama dan menetapkan dalam musyawarah masyarakat desa (MMD)
- 5) Koordinasi, Penggerak, pembinaan dan pengembangan kegiatan.
- 6) Monitoring evaluasi kegiatan desa.
- 7) Penghubung berbagai kepentingan.

Indikator Keberhasilan forum kesehatan desa/kelurahan:

- 1) Ada forum yang melaksanakan tugas

- 2) Ada rencana pembangunan kesehatan hasil SMD dan MMD (minimal tahunan)
- 3) Ada kebijakan bidang kesehatan
- 4) Ada kegiatan rapat rutin
- 5) Rencana kegiatan terlaksana
- 6) Ada dukungan secara berkelanjutan.

Kegiatan Kegotongroyongan Masyarakat

Kegiatan komponen gotong royong masyarakat dengan cara yang berkembang dari, oleh dan untuk kepentingan masyarakat secara mandiri sesuai potensi setempat.

Tujuan kegiatan gotong royong :

Meningkatkan kesehatan masyarakat, mencegah dan mengendalikan faktor risiko masalah kesehatan, bencana, kegawatdaruratan kesehatan serta kesiapsiagaan mengatasi masalah kesehatan yang terjadi atau mungkin terjadi.

Indikator keberhasilan gotong royong:

- 1) Ada kegiatan dari, oleh dan untuk masyarakat.
- 2) Ada kesinambungan.
- 3) Ada peningkatan kegiatan gotong royong.

Bentuk-bentuk kegiatan gotong royong masyarakat desa siaga:

- 1) Gerakan kebersamaan membangun lingkungan.
 - a) Pembangunan sarana air bersih.
 - b) Jumat bersih, PSN, atau gerakan 3 M
 - c) Pembuangan saluran air limbah (SPAL)
 - d) Jambanisasi, perbaikan rumah sehat, dll
- 2) Gerakan mendukung kelompok rentan (ibu hamil risiko tinggi, balita risiko tinggi dll)

- 3) Ambulan desa (dukungan kesiapan sarana transportasi dari warga desa untuk kasus dari desa ke unit rujukan kesehatan).
- 4) Penggalangan donor darah (kesiapan donor darah oleh masyarakat desa untuk kasus kedaruratan yang membutuhkan darah).
- 5) Pemanfaatan masyarakat terhadap upaya kesehatan yang ada (persalinan oleh tenaga kesehatan di PKD, datang ke posyandu, dll).
- 6) Gerakan pengendalian faktor risiko (PFR) penyakit atau masalah kesehatan.
- 7) Gerakan pengendalian bencana dan faktor risikonya.
- 8) Paguyuban penderita TB paru.
- 9) Penggalakan tanaman obat keluarga dan lain-lain.

Upaya Kesehatan

Komponen upaya kesehatan dalam desa siaga, merupakan suatu upaya untuk mewujudkan tingkat kesehatan yang optimal sebagai kebutuhan dasar manusia, yang menitikberatkan pada upaya promotif, preventif yang didukung oleh upaya kuratif dan rehabilitatif yang berkesinambungan.

Sasaran upaya kesehatan adalah ibu, bayi, balita, remaja, WUS dan masyarakat.

Pelaksana upaya kesehatan adalah kader atau tokoh masyarakat yang ditunjuk.

Upaya kesehatan yang dilaksanakan meliputi :

- 1) Upaya-upaya promotif
 - a) Penyuluhan kesehatan oleh masyarakat untuk masyarakat.
 - b) Pola asu dan pola makan yang baik

- c) Kebersihan perorangan dan lingkungan
- 2) Upaya preventif
 - a) Pemantauan kesehatan secara berkala (balita, ibu hamil, remaja, pekerja, usila)
 - b) Imunisasi
 - c) Deteksi dini faktor risiko dan pencegahannya.
- 3) Upaya kuratif dan rehabilitative
 - a) Deteksi dini kasus (maternal, balita, penyakit)
 - b) PPPK dan rujukan kasus
 - c) Dukungan penyembuhan , pengobatan, perawatan dan pemantauan.

Bentuk-bentuk kegiatan upaya kesehatan desa siaga yang diharapkan dapat terorganisasi dalam sistem kesehatan desa, antara lain;

- 1) Penyuluhan kesehatan sesuai kebutuhan masyarakat desa dengan memanfaatkan berbagai jejaring potensi didesa.
- 2) Posyandu untuk penimbangan dan pemantauan kesehatan balita.
- 3) Pemantauan kesehatan secara berkala untuk balita, ibu hamil, remaja, usila dan lain-lain.
- 4) Upaya kesehatan masjid (UKM) atau tempat ibada.
- 5) Abatisasi, pemeriksaan kualitas air, dan kaporisasi sumur secara berkala atau situasi tertentu
- 6) Deteksi dini kasus, masalah kesehatan dan faktor risiko (maternal, bayi, nbalita, penyakit termasuk masalah gizi).
- 7) Pertolongan pertama pada kecelakaan (PPPK) atau kegawatdaruratan
- 8) Pengembangan system rujukan oleh masyarakat.
- 9) Pemberian obat, imunisasi polio, Fe, vitamin A dan oralit.
- 10) Pemberian makanan tambahan (PMT) penyuluhan dan pemulihan oleh masyarakat.

- 11) Dukungan penyembuhan, perawatan seperti pemantau minum obat, dan lain-lain.

Indikator Keberhasilan upaya kesehatan oleh masyarakat:

- 1) Adanya kegiatan UKBM
- 2) Kader aktif dan mampu melaksanakan upaya kesehatan dengan baik.
- 3) Kegiatan UKBM berjalan rutin/berkesinambungan
- 4) Peningkatan rujukan masyarakat pada pelayanan kesehatan yang ada (hasil deteksi dini persalinan oleh tenaga kesehatan di PKD)
- 5) Peningkatan cakupan UKBM.

Pengamatan dan pemantauan (survelans)

Survelans adalah kegiatan pengamatan dan pemantauan secara sistematis dan terus menerus terhadap penyakit atau masalah kesehatan, serta kondisi yang mempengaruhi risiko (faktor risiko) terjadinya penyakit atau masalah kesehatan tertentu.

Tujuan dari surveilans oleh masyarakat :

Agar tercipta system kewaspadaan dan kesiapsiagaan dini masyarakat terhadap kemungkinan terjadinya penyakit, masalah kesehatan, bencana, kegawatdaruratan kesehatan yang mengancam atau merugikan masyarakat.

Pelaksana surveilans :

Seluruh komponen masyarakat desa seperti tokoh masyarakat, tokoh agama, kader kesehatan, PKK, RT/RW, aparat desa atau kelurahan dan komponen lainnya.

Sasaran kegiatan surveilans adalah seluruh kejadian yang berkaitan dengan :

- 1) Masalah kesehatan ibu, bayi, dan balita.
- 2) Masalah gizi masyarakat.

- 3) Masalah penyakit.
- 4) Faktor risiko termasuk masalah lingkungan (air bersih, air limbah, jamban, sampah, perumahan dll), berkembangnya perilaku hidup dikalangan warga yang merugikan kesehatan baik perorangan, keluarga maupun masyarakat.
- 5) Masalah bencana dan kegawatdaruratan kesehatan termasuk faktor risikonya.

Langkah-langkah melaksanakan surveilans:

- 1) Memahami secara dini tanda-tanda penyakit, masalah gizi, masalah kesehatan lainnya dan masalah bencana serta kegawatdaruratan kesehatan dengan faktor risikonya.
- 2) Mengumpulkan data, fakta informasi yang terkait dengan masalah kesehatan bencana serta kegawatdaruratan kesehatan dengan faktor risikonya.
- 3) Melakukan pencatatan dan analisis sebagai upaya kewaspadaan dini dan menyusun tindak lanjut untuk mencegah dan mengatasi masalah yang ada.

Bentuk catatan yang telah ada dan dapat dikembangkan di desa siaga adalah:

- 1) Buku KIA di keluarga
- 2) Sistem informasi posyandu (SIP) meliputi pencatatan ibu hamil, bayi dan balita.
- 3) Catatan kasus atau kejadian atau kegawatdaruratan kesehatan.
- 4) Rujukan kasus oleh kader (dapat digunakan DS1, DS2, DS3)
- 5) Catatan pendataan PHBS di RT/PKK.
- 6) Catatan kondisi rumah dan lingkungan RT/PKK.
- 7) Catatan keluarga miskin di RT/desa.
- 8) Catatan angka bebas jentik nyamuk (ABJ) oleh kader.

- 9) Catatan kegiatan kesehatan yang dilaksanakan , dan lain-lain.

Indikator keberhasilan surveilans oleh masyarakat :

- 1) Ada Catatan dan pelaporan
- 2) Ada penanggung jawab surveilans
- 3) Ada pemanfaatan catatan dan informasi.

Pembiayaan kesehatan

Pembiayaan kesehatan adalah upaya pembiayaan yang berasal dari, oleh dan untuk masyarakat yang diselenggarakan berdasarkan azas gotong royong dalam peningkatan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dan berbagai kegiatan untuk mengatasi masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan serta faktor risikonya.

Bentuk-bentuk pembiayaan kesehatan:

- 1) Tabulin/dasolin untuk pelayanan ibu bersalin
- 2) Arisan jamban, jendela, ventilasi untuk penyehatan perumahan dan lingkungan.
- 3) Iuran kelompok pemakai air (pokmair)
- 4) Dana posyandu untuk PMT dan kegiatan pelaksanaan posyandu
- 5) Dana sehat, JPKM.
- 6) Dana sosial keagamaan (BAZIZ) untuk masyarakat kurang mampu.
- 7) Jimpitan melalui RT atau RW, dana social, dasawisma dan PKK
- 8) Dana peduli kesehatan berasal dari sumbangan iuran, dana pengembangan lingkungan kompensasi industri.
- 9) Peluang seperti P2KP(Program Pengentasan Kemiskinan perkotaan) dan alokasi dana penyumbangan kesehatan desa(AKPD)lam pembiayaan kesehatan meningkat

Indikator keberhasilan pembiayaan kesehatan;

- 1) Dana terhimpun, masyarakat berpartisipasi
- 2) Pengalokasian tepatsasaran sesuai kebutuhan kesehatan(promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif)
- 3) Pengelolaan dan pemanfaatan tertib, mudah dan lancar.
- 4) Kegiatan berkesinambungan.

6. Langkah pengembangan desa siaga

Langkah-langkah dalam pengembangan desa menjadi desa siaga dengan tahapan sebagai berikut:

a. Persiapan

- 1) Advokasi tentang desa siaga dan pemilihan desa binaan, kepada tokoh formal dan nonformalditingkat kabupaten dan kecamatan, lembaga terkait dan dapat mendukung untuk memberikan kesepakatan dan persetujuan, dukungan kebijakan, kesiapan SDM dan menciptakan iklim yang kondusif untuk pengembangan desa siaga.
- 2) Kesiapan sumber daya.
- 3) Penyusunan modul, pedoman dan pelatihan.
- 4) Kesiapan PKD, Puskesmas dan rumah sakit sebagai rujukan kegawatdaruratan dan bencana.
- 5) Pembentukan dan pementapan tim desa sebagai forum kesehatan desa.
- 6) Analisa situasi desa yang akan dibina.

b. Pelaksanaan

- 1) Perekrutan kader dan penyusunan jejaring kader sebagai fasilitator desa.
- 2) Pelatihan kader untuk SDM dan MMD
- 3) Survei mawas diri (SMD), yaitu mengumpulkan fakta, data , informasi baik kualitatif maupun kuantitatif yang terkait masalah kesehatan, bencana dan

keawatdaruritan dengan faktor risiko, serta potensi yang ada didesa.

Pelaksanaan SMD adalah tokoh didesa dan kader kesehatan yang difasiltasi oleh petugas kesehatan bersama tim kecamatan dan kabupaten. HasilSMD adalah teridentifikasinya masalah kesehatan, bencana dan kedaruratan serta teridentifikasinya potensi yang dimiliki desa.

- 4) Musyawarah masyarakat desa (MMD) menghasilkan teridentifikasinya masalah, prioritas masalah , sebab masalah , upaya pemecahan masalah dengan memanfaatkan potensi yang ada dan akhirnya penyusunan rencana kegiatan operasional untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan, bencana, kegawatdaruratan kesehatan didesa.

MMD ini sebagai bagian penting dari rencana pembangunan kesehatan desa. Inisiatif MMD diharapkan dari para tokoh yang mendukung pengembangan desa siaga termasuk dunia usaha.

- 5) Pergerakan pelaksanaan kegiatan pembangunan sesuai rencana meliputi peningkatan jejaring kegiatan, pengorganisasian, pengelolaan dan mutu kegiatan yang dapat mendorong gotong royongan masyarakat.

c. Pemantauan dan evaluasi

- 1) Memantau dan mengevaluasi kegiatan yang dilaksanakan dan hasil kegiatan sesuai.
- 2) Memantau dan mengevaluasi indicator dari masing-masing komponen.
- 3) Memantau dan mengevaluasi indicator pengembangan desa siaga.
- 4) Penilaian strata desa siaga.

7. Penentuan strata dan pengembangan desa siaga

- a. Desa siaga strata 1 apabila ada PKD yang berperan aktif dalam mendorong terwujudnya desa siaga (sesuai indikator keberhasilan PKD)
- b. Desa siaga strata 2 apabila ada pkd da nada forum kesehatan desa yang berperan aktif dalam pembangunan kesehatan desa dan menggerakkan berbagai kegiatan menuju desa siaga (sesuai indikator keberhasilan forum kesehatan desa)
- c. Desa siaga strata 3 apabila ada PKD, forum kesehatan desa aktif, kegiatan yang meliputi komponen desa siaga yaitu gotongroyong, upaya kesehatan surveilans dan pembiayaan untuk masalah kesehatan utama yang ada didesa. Kesiapan masyarakat mengatasi bencana dan kegawatdaruratan kesehatan serta sistem kesehatan desa berfungsi dengan baik dilihat dari nilai indikator *output* dan *outcome* desa siaga.

D. DONOR DARAH BERJALAN

Perdarahan merupakan penyebab terbesar kematian ibu di Indonesia. Untuk upaya mempercepat penurunan AKI melalui upaya program pemberdayaan perempuan, keluarga dan masyarakat Depkes dalam hal ini direktorat bina kesehatan ibu membuat salah satu strategi yaitu donor darah berjalan.

Donor darah berjalan adalah para donor aktif yang kapan saja bisa dipanggil. Termasuk kerja mobil ambulance dilapangan yang mendatangi instansi pemerintahan dan swasta terkait sediaan darah lewat program yang mereka buat.

Untuk menguatkan program donor darah berjalan menteri kesehatan mencanangkan penempelan stiker Perencanaan persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) secara nasional, dengan pencanangan ini semua rumah yang didalamnya terdapat ibu hamil akan ditemplei stiker yang berisi nama, tanggal tafsiran persalinan, penolong persalinan, tempat persalinan, pendamping persalinan, transportasi dan calon pendonor darah, dengan demikian setiap kehamilan sampai persalinan dan nifas dapat terpantau oleh masyarakat sekitar dan tenaga kesehatan sehingga persalinan bisa berjalan aman dan selamat.

Donor darah dapat dilakukan melalui beberapa tahapan yaitu :

- a. Fasilitasi warga untuk menyepakati pentingnya mengetahui golongan darah
- b. Jika belum mengetahui golongan darahnya, maka perlu diperiksa bagi seluruh warga yang memenuhi syarat menjadi pendonor.
- c. Hubungi puskesmas untuk menyelenggarakan pemeriksaan darah, jika perlu hubungi unit transfuse darah PMI terkait.
- d. Buatlah daftar golongan darah ibu hamil dan perkiraan waktu lahir. Kumpulkan nama warga yang mempunyai golongan darah yang sama dengan ibu hamil.
- e. Usahakan tiap ibu hamil memiliki daftar calon donor darah yang sesuai.
- f. Buatlah kesepakatan dengan para calon donor darah untuk selalu siap 24 jam jika sewaktu-waktu ibu hamil memerlukan transfusi.
- g. Buat kesepakatan dengan unit transfusi, agar para warga yang telah bersedia menjadi pendonor darah diprioritaskan untuk diambil darahnya, terutama bagi ibu bersalin yang membutuhkan.

- h. Kader berperan memotivasi serta mencari sukarelawan apabila ada seorang warga nya yang membutuhkan darah.

E. AMBULAN DESA

1. Pengertian

Ambulan desa adalah suatu alat transportasi yang dapat digunakan warga untuk mengantarkan warga yang membutuhkan pertolongan/perawatan ditempat pelayanan kesehatan.

2. Tujuan

a. Tujuan umum

Mempercepat penurunan AKI akibat kehamilan, persalinan dan nifas

b. Tujuan khusus

Mempercepat pelayanan kegawatdaruratan masalah kesehatan, bencana, serta kesiap-siagaan masyarakat mengatasi masalah kesehatan yang terjadi atau mungkin terjadi.

3. Sasaran

Semua pihak yang mempunyai pengaruh terhadap perubahan perilaku individu dan keluarga yang dapat menciptakan iklim yang kondusif terhadap perubahan perilaku tersebut. Semua individu dan keluarga yang tanggap dan peduli terhadap masalah kesehatan dalam hal ini kesiapsiagaan memenuhinsarana transportasi sebagai ambulan desa.

4. Kriteria

- c. Kendaraan yang bermesin sesuai standar (mobil sehat)
- d. Mobil pribadi, perusahaan, pemerintah dan pengusaha

e. ONLINE (siap pakai)

5. Indikator proses pembentukan ambulan desa

- a. Ada forum kesehatan desa yang aktif
- b. UKBM berkualitas
- c. Pengantar dan pemantauan masalah kesehatan
- d. Penurunan kasus masalah kesehatan, bencana atau kegawatdaruratan kesehatan
- e. Gerakan bersama atau gotong royong oleh masyarakat dalam upaya mencegah dan mengatasi masalah kesehatan, bencana serta kegawatdaruratan kesehatan dengan pengendalian faktor risiko.

F. PEMBINAAN DUKUN BAYI DAN KADER

PEMBINAAN DUKUN

1. Definisi

Dukun bayi adalah seorang wanita atau pria yang menolong persalinan. Kemampuan ini diperoleh secara turun temurun dari ibu kepada anak atau dari keluarga dekat lainnya. Cara mendapatkan kemampuan ini adalah melalui magang dari pengalaman sendiri atau saat membantu melahirkan. Definisi lain dukun bayi adalah orang yang dianggap terampil dan dipercaya oleh masyarakat untuk menolong persalinan dan perawatan ibu dan anak sesuai kebutuhan masyarakat

2. Dukun mempunyai ciri-ciri sebagai berikut :

- a. Pada umumnya adalah seorang anggota masyarakat yang cukup dikenal di desa.
- b. Pendidikan tidak melebihi pendidikan orang biasa, umumnya buta huruf

- c. Pekerjaan sebagai dukun umumnya bukan untuk tujuan mencari uang tetapi karena panggilan atau melalui mimpi-mimpi, dengan tujuan untuk menolong sesama
- d. Disamping menjadi dukun, mereka mempunyai pekerjaan lainnya yang tetap. Misalnya petani, atau buruh kecil sehingga dapat dikatakan bahwa pekerjaan dukun hanyalah pekerjaan sampingan
- e. Ongkos yang harus dibayar tidak ditentukan, tetapi menurut kemampuan dari masing-masing orang yang ditolong sehingga besar kecil uang yang diterima tidak sama setiap waktunya
- f. Umumnya dihormati dalam masyarakat atau umumnya merupakan tokoh yang berpengaruh, misalnya kedudukan dukun bayi dalam masyarakat .

3. Pembagian Dukun Bayi :

- a. Dukun Bayi Terlatih, adalah dukun bayi yang telah mendapatkan pelatihan oleh tenaga kesehatan yang dinyatakan lulus.
- b. Dukun Bayi Tidak Terlatih, adalah dukun bayi yang belum pernah terlatih oleh tenaga kesehatan atau dukun bayi yang sedang dilatih dan belum dinyatakan lulus.

4. Pembinaan dukun

Pembinaan adalah suatu pelatihan yang di berikan kepada dukun bayi oleh tenaga kesehatan yang menitikberatkan pada peningkatan pengetahuan dukun yang bersangkutan, terutama dalam hal higiene sanitasi, yaitu mengenai kebersihan alat – alat persalinan dan perawatan bayi baru lahir, serta pengetahuan tentang perawatan kehamilan , deteksi dini terhadap risiko tinggi pada ibu dan bayi, KB, gizi serta pencatatan kelahiran dan kematian.

Pembinaan dukun merupakan salah satu upaya menjalin kemitraan antara tenaga kesehatan (bidan) dan dukun dengan tujuan menurunkan angka kematian ibu dan bayi.

Kesalahan yang sering dilakukan oleh dukun sehingga dapat mengakibatkan kematian ibu dan bayi, antara lain :

- a. Terjadinya robekan rahim karena tindakan mendorong bayi didalam rahim dari luar sewaktu melakukan pertolongan pada ibu bersalin
- b. Terjadinya perdarahan pasca bersalin yang disebabkan oleh tindakan mengurut-ngurut rahim pada waktu kala III
- c. Terjadinya partus tidak maju, karena tidak mengenal tanda kelainan partus dan tidak mau merujuk ke puskesmas atau RS. Untuk mencegah kesalahan tindakan dukun tersebut di perlukan suatu bimbingan bagi dukun.

Tujuan Pembinaan

Tujuan supervisi / bimbingan dukun bayi :

- a. Menjaga, mempertahankan, meningkatkan ketrampilan dukun bayi
- b. Menjaga, mempertahankan dan meningkatkan cakupan hasil kegiatan dukun dalam merawat bumil, bulin dan bufas
- c. Sebagai kesempatan pemasukan bahan habis pakai
- d. Sebagai bahan asupan dalam penyusunan laporan kegiatan petugas puskesmas.

Untuk meningkatkan status dukun, maka di lakukan upaya pelatihan dan pembinaan dukun dengan tujuan :

- a. Agar mereka memiliki pengetahuan dan ide baru yang dapat di sampaikan dan diterima oleh anggota masyarakat.
- b. Memperbesar peran dukun bayi dalam program KB dan pendidikan kesehatan di berbagai aspek kesehatan reproduksi dan kesehatan anak.

- c. Untuk memperbaiki kegiatan – kegiatan yang sebenarnya sudah dilakukan oleh dukun, seperti memberikan, saran tentang kehamilan, melakukan persalinan bersih dan aman, serta mengatasi masalah yang mungkin muncul pada saat persalinan, sehingga angka kematian ibu dan bayi dapat dikurangi atau di cegah sedini mungkin. (Rita Yulifah, Tri Johan Agus Y. 2009 :133)

Kelebihan dan Kekurangan persalinan yang ditolong oleh dukun antara lain:

a. Kelebihan

- 1) Dukun merawat ibu dan bayinya sampai tali pusatnya putus
- 2) Kontak ibu dan bayi lebih awal dan lama
- 3) Persalinan dilakukan di rumah
- 4) Biaya murah dan tidak ditentukan.

b. Kekurangan

- 1) Dukun belum mengerti teknik septik dan anti-septik dalam menolong persalinan.
- 2) Dukun tidak mengenal keadaan patologis dan kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir.
- 3) Pengetahuan dukun rendah sehingga sukar ditatar dan di ikutsertakan dalam program pemerintah.

Upaya Pembinaan Dukun

Masyarakat masih menganggap dukun sebagai tokoh masyarakat yang patut di hormati, memiliki peranan penting bagi ibu – ibu di desa. Oleh karena itu, di butuhkan upaya agar bidan dapat melakukan pembinaan dukun.

a. Beberapa upaya yang dapat di lakukan bidan di antaranya adalah :

- 1) Melakukan pendekatan dengan para tokoh masyarakat setempat.

- 2) Melakukan pendekatan dengan para dukun.
 - 3) Memberikan pengetahuan kepada para dukun tentang pentingnya persalinan yang bersih dan aman.
 - 4) Memberi pengetahuan kepada para dukun tentang komplikasi – komplikasi kehamilan dan bahaya proses persalinan.
 - 5) Membina kemitraan dengan dukun dengan memegang asas saling menguntungkan.
 - 6) Mengajukan dan mengajak dukun merujuk kasus – kasus risiko tinggi kehamilan kepada tenaga kesehatan.
- b. Tempat pelaksanaan pembinaan dukun bayi
- 1) Posyandu pada hari buka oleh petugas / pembina posyandu
 - 2) Perkumpulan dukun bayi dilaksanakan di puskesmas.
- c. Waktu pelaksanaan pembinaan dukun bayi
- 1) Saat kunjungan supervisi petugas puskesmas di posyandu di desa tempat tinggal dukun.
 - 2) Pertemuan rutin yang telah disepakat
 - 3) Waktu-waktu lain saat petugas bertemu dengan dukun bayi
 - 4) Saat mendampingi dukun bayi waktu menolong persalinan

d. Klasifikasi Materi Pembinaan Dukun

1) Promosi Bidan Siaga

Salah satu cara untuk melakukan promosi bidan siaga, yaitu dengan melakukan pendekatan dengan dukun bayi yang ada di desa untuk bekerja sama dalam pertolongan persalinan. Bidan dapat memberikan imbalan jasa yang sesuai apabila dukun menyerahkan ibu hamil untuk bersalin ke tempat bu bidan. Dukun bayi dapat di libatkan dalam perawatan bayi baru lahir.

- 2) Pengenalan Tanda Bahaya Kehamilan, Persalinan, Nifas dan Rujukan
- 3) Pengenalan Dini Tetanus Neonatorum, BBLR, dan rujukan.

e. Langkah – Langkah Pembinaan Dukun

Pembinaan dukun di lakukan dengan memperhatikan kondisi, adat, dan peraturan dari masing – masing daerah atau dukun berasal, karena tidaklah mudah mengajak seorang dukun untuk mengikuti pembinaan. Beberapa langkah yang dapat di lakukan bidan dalam pembinaan dukun adalah sebagai berikut :

- 1) Meminta bantuan pamong desa untuk memotivasi dukun bayi agar bersedia mengikuti pelatihan – pelatihan dukun yang di selenggarakan.
- 2) Mengajak dukun bayi yang sudah di latih untuk ikut serta memberikan penyuluhan dan membantu melakukan deteksi dini ibu risiko tinggi di posyandu maupun pada kegiatan – kegiatan yang ada di masyarakat.

f. Hambatan dan Solusi Dalam Pembinaan Dukun

Hambatan – hambatan yang sering di jumpai dalam melakukan pembinaan dukun di masyarakat di antaranya adalah sebagai berikut :

1) Sikap Dukun yang Kurang Kooperatif

Faktor yang menyebabkan sikap dukun tidak kooperatif adalah adanya perasaan malu apabila di latih oleh bidan, dukun merasa tersaingi oleh bidan, dan dukun terlalu idealis dengan cara pertolongan persalinan yang di lakukan.

Solusi :

Informasikan dan tekankan kepada dukun bahwa pembinaan di lakukan bukan untuk melakukan perubahan metode atau kebiasaan yang di lakukan oleh dukun dalam melakukan pertolongan persalinan atau untuk bersaing. Akan tetapi, pembinaan yang di lakukan bertujuan untuk memberikan suatu pemahaman baru dalam pelayanan kebidanan. Bidan harus mengajak dukun untuk bekerja sama dengan cara memberikan imbalan sebagai ucapan terima kasih. Libatkan dukun dalam perawatan bayi baru lahir, misalnya memandikan bayi.

2) **Kultur yang Kuat**

Sosial budaya mengenai dukun yang merupakan hambatan dalam upaya pembinaan dukun adalah sebagai berikut :

- a) Dukun bayi biasanya adalah orang yang di kenal masyarakat setempat.
- b) Kepercayaan masyarakat terhadap dukun di peroleh secara turun temurun.
- c) Dukun bayi masih memiliki peranan penting bagi perempuan di pedesaan.
- d) Biaya pertolongan persalinan dukun jauh lebih murah daripada tenaga kesehatan.
- e) Pelayanan dukun di lakukan sampai ibu selesai masa nifas.
- f) Masyarakat masih terbiasa dengan cara – cara tradisional.

Solusi :

Lakukan berbagai metode pendekatan dengan tokoh – tokoh masyarakat, misalnya pamong desa, para petua – petua desa, tokoh agama yang sangat berpengaruh pada pola pikir masyarakat dengan

memberikan penjelasan pentingnya pembinaan dukun, sehingga tokoh – tokoh masyarakat dapat melakukan advokasi kepada masyarakat, dan dapat memperbaiki kebudayaan yang melekat pada diri masyarakat yang dapat merugikan kesehatan terutama kesehatan ibu dan bayi.

3) Sosial Ekonomi

Masyarakat dengan sosial ekonomi rendah dengan pendidikan yang rendah cenderung mencari pertolongan persalinan pada dukun. Masyarakat yang demikian beranggapan bahwa dukun adalah seorang pahlawan, karena melahirkan di dukun lebih murah, dukun bersedia di bayar dengan barang, dan pembayarannya dapat di angsur.

Solusi :

Sosialisasikan atau apabila di butuhkan musyawarahkan dengan masyarakat tentang biaya persalinan di tenaga kesehatan (bidan). Bidan harus dapat bekerja sama dengan masyarakat mengenai persalinan, berdayakan masyarakat dalam upaya meningkatkan kesehatan ibu dan bayi dengan pertolongan persalinan di tenaga kesehatan. Bidan dapat bekerja sama dengan masyarakat untuk melakukan pemetaan ibu hamil, membentuk tabungan ibu bersalin (Tabulin), donor darah berjalan, dan ambulans desa.

4) Tingkat pendidikan

Kebanyakan di masyarakat, dukun adalah orang tua yang harus di hormati dan mempunyai latar belakang

pendidikan rendah. Oleh karena dukun memiliki latar belakang pendidikan rendah, sehingga tidak jarang dukun sulit untuk menerima pemahaman dan pengetahuan baru.

Solusi :

Bidan harus memiliki ketrampilan komunikasi interpersonal dan memahami tradisi setempat untuk melakukan pendekatan dan pembinaan ke dukun – dukun. Lakukan pendekatan sesuai dengan tingkat pendidikan dukun, sehingga mereka dapat memahami dan menerima pengetahuan serta pemahaman baru khususnya mengenai kahamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir.

PEMBINAAN KADER

1. Definisi

Kader merupakan tenaga masyarakat yang dianggap paling dekat dengan masyarakat. Departemen kesehatan membuat kebijakan mengenai pelatihan untuk kader yang dimaksudkan untuk meningkatkan pengetahuan, menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi. Para kader kesehatan masyarakat itu seyogyanya memiliki latar belakang pendidikan yang cukup sehingga memungkinkan mereka untuk membaca, menulis dan menghitung secara sederhana.

Kader kesehatan masyarakat bertanggung jawab terhadap masyarakat setempat serta pimpinan-pimpinan yang ditunjuk oleh pusat-pusat pelayanan kesehatan. Diharapkan mereka dapat melaksanakan petunjuk yang diberikan oleh para pembimbing dalam jalinan kerja dari sebuah tim kesehatan.

Para kader kesehatan masyarakat itu mungkin saja bekerja secara full-time atau part-time dalam bidang pelayanan kesehatan dan mereka tidak dibayar dengan uang atau bentuk lainnya oleh masyarakat setempat atau oleh puskesmas.

2. Peran Fungsi Kader

Peran dan fungsi kader sebagai pelaku penggerakan masyarakat, yaitu :

- a. Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).
- b. Pengamatan terhadap masalah kesehatan di desa.
- c. Upaya penyehatan lingkungan.
- d. Peningkatan kesehatan ibu, bayi dan anak balita.
- e. Pemasyarakatan keluarga sadar gizi (Kadarzi).

Kader ditunjuk oleh masyarakat dan biasanya kader melaksanakan tugas-tugas kader kesehatan masyarakat yang secara umum hampir sama tugasnya di beberapa Negara, yaitu :

- a. Pertolongan pertama pada kecelakaan dan penanganan penyakit yang ringan.
- b. Melakukan pengobatan sederhana.
- c. Pemberian motivasi dan saran-saran pada ibu-ibu sebelum dan sesudah melahirkan.
- d. Pemberian motivasi dan saran-saran tentang perawatan anak.
- e. Memberikan motivasi dan peragaan tentang gizi (program UPGK).
- f. Program penimbangan balita dan pemberian makanan tambahan.
- g. Pemberian motivasi tentang imunisasi dan bantuan pengobatan.

- h. Melakukan penyuntikan imunisasi (Kolumbia, Papua New Guinea dan Sudan).
- i. Pemberian motivasi KB.
- j. Membagikan alat-alat KB.
- k. Pemberian motivasi tentang sanitasi lingkungan, kesehatan perorangan dan kebiasaan sehat secara umum.
- l. Pemberian motivasi tentang penyakit menular, pencegahan dan perujukan.
- m. Pemberian motivasi tentang perlunya follow up pada penyakit menular dan perlunya memastikan diagnosis.
- n. Membantu kegiatan di klinik.
- o. Merujuk penderita ke puskesmas atau ke rumah sakit.
- p. Membina kegiatan UKS secara teratur.
- q. Mengumpulkan data yang dibutuhkan oleh puskesmas membantu pencatatan dan pelaporan.

3. Pembentukan Kader

Mekanisme pembentukan kader membutuhkan kerjasama tim. Hal ini disebabkan karena kader yang akan dibentuk terlebih dahulu harus diberikan pelatihan kader. Pelatihan kader ini diberikan kepada para calon kader di desa yang telah ditetapkan. Sebelumnya telah dilaksanakan kegiatan persiapan tingkat desa berupa pertemuan desa, pengamatan dan adanya keputusan bersama untuk terlaksananya acara tersebut. Calon kader berdasarkan kemampuan dan kemauan berjumlah 4-5 orang untuk tiap posyandu. Persiapan dari pelatihan kader ini ialah :

- a. Calon kader yang akan dilatih.
- b. Waktu pelatihan sesuai kesepakatan bersama.

- c. Tempat pelatihan yang bersih, terang, segar dan cukup luas.
- d. Adanya perlengkapan yang memadai.
- e. Pendanaan yang cukup.
- f. Adanya tempat praktik (lahan praktik bagi kader).

Tim pelatihan kader melibatkan dari beberapa sektor. Camat bertanggung jawab terhadap pelatihan ini, namun secara teknis oleh kepala puskesmas. Pelaksanaan harian pelatihan ini adalah staf puskesmas yang mampu melaksanakan. Adapun pelatihnya adalah tenaga kesehatan, petugas KB (PLKB), pertanian, agama, PKK dan sector lain.

Waktu pelatihan ini membutuhkan 32 jam atau disesuaikan. Metode yang digunakan adalah ceramah, diskusi, simulasi/demonstrasi, permainan peran, penugasan dan praktik lapangan. Jenis materi-materi yang disampaikan adalah :

- a. Pengantar tentang posyandu.
- b. Persiapan posyandu.
- c. Kesehatan ibu dan anak.
- d. Keluarga berencana
- e. Imunisasi.
- f. Gizi.
- g. Penanggulangan diare.
- h. Pencatatan dan pelaporan.

4. Syarat Untuk Menjadi Kader

Syarat untuk menjadi seorang kader harus mempunyai latar belakang pendidikan yang cukup, yaitu :

- a. Bisa membaca
- b. Bisa menulis
- c. Bisa menghitung secara sederhana

d. Mau menjadi seorang kader

5. Strategi Untuk Menarik Minat Menjadi Kader

Untuk menarik minat Toma dan Toga menjadi kader, yang perlu kita lakukan, yaitu :

- a. Mengumpulkan Toma dan Toga dalam suatu pertemuan. Tujuannya agar kita lebih mudah dalam memberikan pengarahan tentang kader tersebut.
- b. Menjelaskan bahwa menjadi kader itu merupakan suatu tindakan yang sangat mulia, karena perannya sangat penting dimasyarakat.
- c. Menjelaskan bahwa kader merupakan suatu tugas tanpa pamrih, dimana seorang kader menjalankan tugasnya untuk kepentingan seluruh masyarakat yang ada di lingkungannya.

6. Strategi Menjaga Eksistensi Kader

Setelah kader posyandu terbentuk, maka perlu adanya strategi agar mereka dapat selalu eksis membantu masyarakat di bidang kesehatan. Beberapa upaya yang dapat dilaksanakan adalah :

- a. Refreshing kader posyandu pada saat posyandu telah selesai dilaksanakan oleh bidan maupun petugas lintas sector yang mengikuti kegiatan posyandu.
- b. Adanya paguyuban kader posyandu tiap desa dan dilaksanakan pertemuan rutin tiap bulan secara bergilir di setiap posyandu.
- c. Revitalisasi kader posyandu baik tingkat desa maupun kecamatan. Dimana semua kader diundang dan diberikan penyegaran materi serta hiburan dan bisa juga diberikan rewards.

- d. Pemberian rewards rutin misalnya berupa kartu berobat gratis ke puskesmas untuk kader dan keluarganya dan juga dalam bentuk materi yang lain yang diberikan setiap tahun.

Salah satu tugas bidan dalam upaya menggerakkan peran serta masyarakat adalah melaksanakan pembinaan kader. Adapun hal-hal yang perlu disampaikan dalam pembinaan kader adalah :

- a. Pemberitahuan ibu hamil untuk bersalin ditenga kesehatan (promosi bidan siaga).
- b. Pengenalan tanda bahaya kehamilan, persalinan dan nifas serta rujukannya.
- c. Penyuluhan gizi dan keluarga berencana.
- d. Pencatatan kelahiran dan kematian bayi atau ibu.
- e. Promosi tabulin, donor darah berjalan, ambulan desa, suami SIAGA, satgas Gerakan Sayang Ibu.

Pembinaan kader yang dilakukan bidan di dalamnya berisi tentang peran kader adalah dalam daur kehidupan wanita dari mulai kehamilan sampai dengan masa perawatan bayi. Adapun hal-hal yang perlu disampaikan dalam persiapan persalinan adalah sebagai berikut :

- a. Sejak awal, ibu hamil dan suami menentukan persalinan ini ditolong oleh bidan atau dokter.
- b. Suami atau keluarga perlu menabung untuk biaya persalinan.
- c. Ibu dan suami menanyakan ke bidan/dokter kapan perkiraan tanggal persalinan.
- d. Jika ibu bersalin di rumah, suami atau keluarga perlu menyiapkan terang, tempat tidur dengan alas kain

yang bersih, air bersih dan kering dan pakaian ganti ibu.

Pembinaan kader yang dilakukan bidan yang berisi tentang peran kader dalam deteksi dini tanda bahaya dalam kehamilan meliputi hal-hal berikut ini :

- a. Perdarahan (hamil muda atau tua).
- b. Bengkak di kaki, tangan, wajah atau sakit kepala yang hebat serta disertai kejang.
- c. Demam tinggi.
- d. Keluar air ketuban sebelum waktunya.
- e. Bayi dalam kandungn gerakannya berkurang atau tidak bergerak.
- f. Ibu muntah terus dan tidak mau makan.

Pembinaan kader yang dilakukan bidan tentang peran kader dalam deteksi dini tanda bahaya dalam persalinan meliputi hal-hal seperti di bawah ini :

- a. Bayi tidak lahir dalam 12 jam sejak terasa mulas.
- b. Perdarahan lewat jalan lahir.
- c. Tali pusat atau tangan bayi keluar dari jalan lahir.
- d. Ibu tidak kuat mengejan atau mengalami kejang.
- e. Air ketuban keruh dan berbau.
- f. Setelah bayi lahir ari-ari tidak keluar.
- g. Ibu gelisah atau mengalami kesakitan yang hebat.

Pembinaan kader yang dilakukan bidan yang berisi tentang peran kader dalam deteksi dini tanda bahaya dalam masa nifas adalah :

- a. Perdarahan lewat jalan lahir.
- b. Keluar cairan berbau dari jalan lahir.

- c. Demam lebih dari 2 hari.
- d. Bengkak di kaki, tangan, wajah atau sakit kepala yang hebat serta disertai kejang.
- e. Payudara bengkak kemerahan disertai rasa sakit.
- f. Mengalami gangguan jiwa.

G. Kemitraan Bidan

1. Definisi

Kemitraan adalah suatu bentuk kerjasama yang formal antara individu-individu, kelompok-kelompok atau organisasi-organisasi untuk mencapai suatu tujuan tertentu.

Kemitraan bidan dengan dukun adalah suatu bentuk kerjasama bidan dengan dukun yang saling menguntungkan dengan prinsip keterbukaan, kesetaraan, dan kepercayaan dalam upaya untuk menyelamatkan ibidan bayi, dengan menempatkan bidan sebagai penolong persalinan dan mengalihfungsikan dukun dari penolong persalinan menjadi mitra dalam merawat ibu dan bayi pada masa nifas, dengan berdasarkan kesepakatan yang telah dibuat antara bidan dengan dukun, serta melibatkan seluruh unsur/elemen masyarakat yang ada.

2. Kebijakan

- a. Meningkatkan persalinan dan perawatan bayi baru lahir oleh tenaga kesehatan melalui kemitraan bidan dengan dukun
- b. Setiap ibu bersalin dan bayi baru lahir memperoleh pelayanan dan pertolongan oleh tenaga kesehatan yang kompeten dalam pertolongan persalinan.
- c. Seluruh dukun yang ada dilibatkan dalam suatu bentuk kerjasama yang menguntungkan antara bidan dengan dukun dalam bentuk kemitraan.

3. Mekanisme Kerja

Di dalam kemitraan, bidan dengan dukun bayi mempunyai peran dan tanggung jawab masing-masing. Oleh sebab itu perlu diberi pengertian bahwa peran dukun bayi tidak kalah penting dibandingkan perannya dahulu. Proses perubahan peran dukun menuju peran barunya yang berbeda, memerlukan suatu adaptasi dan hubungan interpersonal yang baik antara bidan dukun.

Di dalam konsep kemitraan bidan dengan dukun, dukun bayi perlu diberikan wawasan dalam bidang kesehatan ibu dan bayi baru lahir, terutama tentang tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta persiapan yang harus dilakukan oleh keluarga dalam menyongsong kelahiran bayi.

4. Hubungan Kerja

Dalam tata hubungan kerja masing-masing level mempunyai tugas sebagai berikut:

a. Tugas Provinsi :

- 1) Melakukan Asesmen (analisa situasi, monitoring, evaluasi) Kemitraan Bidan – Dukun.
- 2) Mengembangkan Kebijakan (Strategi, Perencanaan).
- 3) Menjamin kualitas Pelaksanaan (Legal/Aspek Hukum, Kelembagaan, Partisipasi Masyarakat).
- 4) Fasilitasi kegiatan program kemitraan Bidan – Dukun.
- 5) Penanggungjawab/Pengelola Program KIA berkoordinasi dengan Lintas Program/Lintas Sektor Propinsi dan Kabupaten/Kota dalam pelaksanaan kegiatan.
- 6) Penanggungjawab/Pengelola Program KIA bertanggung jawab dan melaporkan kegiatan kepada Kepala Dinas.

b. Tugas Kabupaten/Kota :

- 1) Melakukan Asesmen (analisa situasi, monitoring, evaluasi) Kemitraan Bidan – Dukun
- 2) Mengembangkan Kebijakan (Strategi, Perencanaan)
- 3) Menjamin kualitas Pelaksanaan (Legal/Aspek Hukum, Kelembagaan, Partisipasi Masyarakat)
- 4) Fasilitasi kegiatan program kemitraan Bidan – Dukun.
- 5) Penanggungjawab/Pengelola Program KIA berkoordinasi dengan Lintas Program/Lintas Sektor Kabupaten/Kota dan Puskesmas dalam pelaksanaan kegiatan.
- 6) Penanggungjawab/Pengelola Program KIA bertanggung jawab dan melaporkan kegiatan kepada Kepala Dinas.

c. Tugas Puskesmas :

- 1) Melakukan Asesmen (analisa situasi, monitoring, evaluasi) Kemitraan Bidan – Dukun
- 2) Berkoordinasi dengan Lintas Program/Lintas Sektor Kecamatan dan Desa/Kelurahan dalam pelaksanaan kegiatan.
- 3) Membangun jejaring dengan LSM, PKK, Tokoh agama, Tokoh Masyarakat dan Swasta di Kecamatan dan Desa/Kelurahan.
- 4) Membina dukun yang berada di wilayah setempat
- 5) Melaksanakan kegiatan program kemitraan Bidan – Dukun.
- 6) Memfasilitasi Bidan di Desa dalam pelaksanaan kemitraan.
- 7) Memantau dan evaluasi kegiatan program kemitraan bidan dengan dukun.
- 8) Bertanggung jawab dan melaporkan kepada kepala dinas.

d. Tugas bidan di Desa/bidan pembina wilayah :

- 1) Mendata dan memetakan dukun bayi dan ibu hamil.
- 2) Berkoordinasi dengan Lintas Sektor di Desa/Kelurahan dalam pelaksanaan kegiatan.
- 3) Membangun jejaring dengan LSM, PKK, Tokoh agama, Tokoh Masyarakat dan Swasta di Desa/Kelurahan.
- 4) Membina dukun yang berada di wilayah setempat.
- 5) Melaksanakan kegiatan program kemitraan bidan dengan dukun.
- 6) Melakukan evaluasi kegiatan program kemitraan bidan dengan dukun.
- 7) Bertanggung jawab dan melaporkan kepada kepala Puskesmas.

5. Ruang Lingkup Kemitraan Bidan – Dukun

Ruang lingkup kegiatan mencakup masukan, proses dan luaran program.

a. Input

Meliputi penyiapan tenaga, penyiapan biaya operasional, penyiapan sarana kegiatan bidan dan saran dukun, serta metode/mekanisme pelaksanaan kegiatan.

b. Proses

Proses yang dimaksudkan adalah lingkup kegiatan kerja bidan dan kegiatan dukun. Kegiatan bidan mencakup aspek teknis kesehatan dan kegiatan dukun mencakup aspek non teknis kesehatan. Tugas dukun ditekankan pada alih peran dukun dalam menolong persalinan menjadi merujuk ibu hamil dan merawat ibu nifas dan bayi baru lahir berdasarkan kesepakatan antara bidan dengan dukun.

- 1) Yang dimaksudkan aspek teknis kesehatan adalah aspek proses pengelola dan pelayanan program KIA
 - a) Pengelolaan (manajemen) program KIA adalah semua kegiatan mulai dari perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan penilaian (evaluasi) program kesehatan ibu dan anak masuk KB.
 - b) Pelayanan kesehatan ibu dan anak, mencakup kegiatan yang dilakukan bidan dalam melaksanakan asuhan kebidanan sesuai wewenang, etika, tanggung jawab bidan.
- 2) Yang dimaksud aspek non kesehatan adalah :
 - a) Menggerakkan dan memberdayakan ibu, keluarga dan masyarakat
 - b) Memberdayakan tradisi setempat yang positif berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak .
 - c) Menghilangkan kebiasaan buruk yang dilakukan pada ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir

c. Output

Kemitraan bidan dengan dukun adalah pencapaian target upaya kesehatan ibu dan anak antara lain :

- 1) Meningkatnya dukungan berbagai pihak (LP/LS) terkait.
- 2) Meningkatnya jumlah bidan dengan dukun yang bermitra
- 3) Meningkatkan rujukan oleh dukun
- 4) Meningkatnya cakupan pertolongan persalinan
- 5) Meningkatnya deteksi risti / komplikasi oleh masyarakat.

6. Peran bidan dengan dukun dalam pelaksanaan Kemitraan

a. Periode Kehamilan

BIDAN	DUKUN
-------	-------

<p>1) Melakukan pemeriksaan ibu hamil dalam hal :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Keadaan umum b) Menentukan taksiran partus c) Menentukan Keadaan janin dalam Kandungan d) Pemeriksaan laboratorium yang diperlukan <p>2) Melakukan tindakan pada ibu hamil dalam hal :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Pemberian Imunisasi TT b) Pemberian tablet Fe c) Pemberian pengobatan/tindakan apabila ada komplikasi <p>3) Melakukan Penyuluhan dan konseling pada ibu hamil dan keluarga mengenai :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Tanda-tanda Persalinan b) Tanda bahaya kehamilan c) Kebersihan pribadi & lingkungan d) Gizi e) Perencanaan Persalinan (Bersalin di Bidan, menyiapkan transportasi, menggalang dalam menyiapkan biaya, 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Memotivasi ibu hamil untuk periksa ke Bidan 2) Mengantar ibu hamil yang tidak mau periksa ke Bidan 3) Membantu Bidan pada saat pemeriksaan ibu hamil 4) Melakukan penyuluhan pada ibu hamil dan keluarga tentang <ol style="list-style-type: none"> a) Tanda-tanda Persalinan b) Tanda bahaya kehamilan c) Kebersihan pribadi, lingkungan Kesehatan dan gizi c) Perencanaan Persalinan (Bersalin di Bidan, menyiapkan transportasi, menggalang dalam menyiapkan biaya, menyiapkan calon donor darah) 5) Memotivasi ibu hamil dan keluarga tentang :
--	---

<p>menyiapkan calon donor darah)</p> <p>f) KB setelah melahirkan menggunakan Alat Bantu Pengambilan Keputusan (ABPK)</p> <p>4. Melakukan kunjungan Rumah untuk :</p> <p>a) Penyuluhan/Konseling pada keluarga tentang persencanaan persalinan</p> <p>b) Melihat Kondisi Rumah persiapan persalinan</p> <p>c) Motivasi persalinan di Bidan pada waktu menjelang taksiran persalinan</p> <p>5) Melakukan rujukan apabila diperlukan</p> <p>6) Melakukan pencatatan seperti : Kartu ibu , balita dan Buku KIA</p> <p>7) Melakukan Laporan cakupan ANC</p>	<p>a) KB setelah melahirkan</p> <p>b) Persalinan di Bidan pada waktu menjelang taksiran partus</p> <p>6) Melakukan ritual keagamaan/tradisional yang sehat sesuai tradisi setempat bila keluarga meminta</p> <p>7) Melakukan motivasi pada waktu rujukan diperlukan</p> <p>8) Melaporkan ke Bidan apabila ada ibu hamil baru</p>
--	--

b. Periode Persalinan

BIDAN	DUKUN
<p>1) Mempersiapkan sarana prasara persalinan aman dan alat resusitasi bayi</p>	<p>1) Mengantar calon ibu bersalin ke Bidan</p> <p>2) Mengingatkan keluarga, alat</p>

<p>baru lahir, termasuk pencegahan infeksi</p> <p>2) Memantau kemajuan persalinan sesuai dengan partogram</p> <p>3) Melakukan asuhan persalinan.</p> <p>4) Melaksanakan inisiasi menyusui dini dan pemberian ASI segera kurang dari 1 jam.</p> <p>5) Injeksi Vit K1 dan salep mata antibiotik pada bayi baru lahir</p> <p>6) Melakukan perawatan bayi baru lahir</p> <p>7) Melakukan tindakan PPGDON apabila mengalami komplikasi</p> <p>8) Melakukan rujukan bila diperlukan</p> <p>9) Melakukan pencatatan persalinan pada :</p> <p>a) Kartu ibu/partograf</p> <p>b) Kohort Ibu dan Bayi</p> <p>c) Register persalinan</p> <p>10) Melakukan pelaporan cakupan persalinan</p>	<p>transport untuk pergi ke Bidan/memanggil Bidan</p> <p>3) Mempersiapkan sarana prasaran persalinan aman seperti :</p> <p>a) Air bersih</p> <p>b) Kain bersih</p> <p>4) Mendampingi ibu pada saat persalinan</p> <p>5) Membantu Bidan pada saat proses persalinan</p> <p>6) Melakukan ritual keagamaan/tradisional yang sehat sesuai tradisi setempat</p> <p>7) Membantu Bidan dalam perawatan bayi baru lahir</p> <p>8) Membantu ibu dalam inisiasi menyusui dini kurang dari 1 jam</p> <p>9) Memotivasi rujukan bila diperlukan</p> <p>10) Membantu Bidan membersihkan ibu, tempat dan alat setelah persalinan.</p>
--	--

c. Periode Nifas

BIDAN	DUKUN
<p>1) Melakukan Kunjungan Neonatal dan sekaligus pelayanan nifas (KN1, KN2 dan KN3)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perawatan ibu nifas b) Perawatan Neonatal c) Pemberian Imunisasi HB 1 d) Pemberian Vit. A ibu Nifas 2 kali e) Perawatan payudara <p>2) Melakukan Penyuluhan dan konseling pada ibu dan keluarga mengenai :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Tanda-tanda bahaya dan penyakit b) ibu nifas c) Tanda-tanda bayi sakit d) Kebersihan pribadi & lingkungan e) Kesehatan & Gizi f) ASI Eksklusif g) Perawatan tali pusat h) KB setelah melahirkan <p>3) Melakukan rujukan apabila diperlukan</p> <p>4) Melakukan pencatatan pada :</p>	<p>1) Melakukan kunjungan rumah dan memberikan penyuluhan tentang :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Tanda-tanda bahaya dan penyakit ibu nifas b) Tanda-tanda bayi sakit c) Kebersihan pribadi dan lingkungan d) Kesehatan &Gizi <ol style="list-style-type: none"> a. ASI Eksklusif b. Perawatan tali pusat c. Perawatan payudara <p>2) Memotivasi ibu dan keluarga untuk ber-KB setelah melahirkan</p> <p>3) Melakukan ritual keagamaan /tradisional yang sehat sesuai tradisi setempat</p> <p>4)Memotivasi rujukan bila diperlukan</p> <p>5) Melaporkan ke Bidan apabila ada calon akseptor KB baru</p>

<ul style="list-style-type: none"> a) Kohort Bayi b) Buku KIA c) Melakukan Laporan : cakupan KN 	
--	--

Dalam proses alih peran dan pembagian tugas antara Bidan dengan dukun perlu disepakati mekanisme kemitraan yang dijalin antara mereka. Meskipun mekanisme sangat beragam tergantung keadaan, tetapi ada beberapa hal penting yang harus disepakati (dituangkan secara tertulis dalam nota kesepakatan antara bidan – dukun) yaitu :

- 1) Mekanisme rujukan informasi ibu hamil.
- 2) Mekanisme rujukan kasus persalinan.
- 3) Mekanisme pembagian biaya persalinan .
- 4) Jadwal pertemuan rutin bidan dengan dukun.

7. Kegiatan

Kegiatan dalam rangka memfasilitasi terciptanya kemitraan bidan dengan dukun meliputi aspek perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi.

a. Perencanaan

Langkah-langkah dalam perencanaan adalah :

- 1) Identifikasi potensi dan masalah yang terjadi meliputi :
 - a) Jumlah ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir
 - b) Cakupan hasil kegiatan program KIA
 - c) Jumlah bidan dengan dukun dalam satu wilayah
 - d) Kompetensi tenaga yang ada di desa
 - e) Kelengkapan sarana, alat dan bahan habis pakai
 - f) Sarana transportasi rujukan
 - g) Sistem pembiayaan (tabulin, dasolin)

- h) Dukungan kebijakan, kelembagaan dan partisipasi masyarakat
 - i) Sosial budaya
- 2) Analisis masalah dapat dilakukan dengan mengacu kepada hasil identifikasi potensi dan masalah yang menitikberatkan pada :
- a) Adanya persalinan oleh dukun
 - b) Cakupan persalinan nakes yang rendah
 - c) Jumlah dukun lebih banyak daripada bidan
 - d) Desa yang tidak mempunyai bidan/bidan tidak tinggal di tempat
 - e) Melakukan analisa hasil kegiatan terhadap target.
- 3) Alternatif Pemecahan masalah.
Alternatif pemecahan masalah dilakukan berdasarkan temuan masalah. Beberapa alternatif pemecahan yang ada, pada akhirnya akan dibahas untuk memperoleh upaya yang paling tepat untuk mengatasi masalah tersebut dengan melibatkan sumber daya yang ada baik lintas program/lintas sektor maupun tokoh-tokoh informal.
- 4) Penyusunan rencana kerja (Plan of Action).
Penyusunan rencana kerja berdasarkan masalah yang ditemukan dari aspek kemitraan. Plan of Action(POA) dipilih dari kegiatan yang secara operasional memungkinkan untuk dilaksanakan. POA terdiri dari uraian kegiatan meliputi : kegiatan, tujuan, sasaran, waktu, biaya dan penanggung jawab.

b. Pelaksanaan

Untuk memfasilitasi terciptanya kemitraan bidan dengan dukun, perlu dilakukan kegiatan secara sistematis dan terkoordinasi agar efektif dan efisien. Adapun kegiatan pokok yang harus dilakukan adalah :

1) Tingkat Propinsi :

a) Penyusunan Juknis

Berpedoman pada juknis Nasional disesuaikan dengan kemampuan daerah masing-masing.

b) Sosialisasi

(1) Tujuan :

Adanya kesamaan pemahaman dan kesiapan pengelola dan penanggung jawab program KIA-KB, Promkes, pelayanan kesahatan di Kabupaten/Kota dan LP/LS di Propinsi dalam penyelenggaraan kegiatan kemitraan bidan dengan Dukun.

(2) Peserta

(a) Provinsi: Penanggung jawab/Pengelola Program KIA-KB, Promkes, Yankes dan bagian kepegawaian, IBI, TP-PKK, BAPEPROP, Bagian Sosial.

(b) Kabupaten : Penanggung jawab/Pengelola Program KIA-KB, kasie yang menangani KIA-KB, Promkes, Yankes.

(3) Output kegiatan :

(a) Diperolehnya dukungan dan kesepakatan penyelenggaraan kegiatan kemitraan Bidan dan Dukun

2) Tersusunnya RTL kabupaten/kota

3) Tingkat Kabupaten

Sosialisasi di tingkat kabupaten :

(1) Tujuan :

Untuk menyamakan persepsi dan mendapatkan dukungan dalam pelaksanaan kemitraan bidan-dukun oleh lintas program, lintas sektor yang terkait.

(2) Sasaran

Lintas program dan lintas sektor serta para pengambil kebijakan antara lain :

- (a) DPRD
- (b) Bappedab/kota, Bagian Kesra Pemerintah Kab/kota
- (c) BKKB, Depag, Bapemmas, Dinkes (Promkes, Yankes, Kesga), RSUD
- (d) Camat dan Tim PKK Kecamatan
- (e) Kepala Puskesmas
- (f) Organisasi Profesi (IBI)
- (g) Toma, Toga dan LSM

(3) Output kegiatan :

Adanya kesepakatan serta dukungan dari lintas program & lintas sektor untuk pelaksanaan kemitraan bidan dengan dukun

(4) Pembekalan teknis pelaksanaan program kemitraan Bidan dengan Dukun

Tujuan dari pembekalan teknis Memberikan pemahaman konsep penyelenggaraan kegiatan kemitraan bidan dengan dukun kepada seluruh kepala Puskesmas dan bidan koordinator yang bertanggung jawab dalam pengelolaan kegiatan kemitraan bidan dengan dukun. Sasaran : Kepala Puskesmas dan bidan Koordinator

Output kegiatan : Kepala puskesmas dan bidan koordinator memahami serta dapat melaksanakan

kegiatan kemitraan Bidan – Dukun sesuai Petunjuk Teknis Kemitraan Bidan – Dukun.

4) Tingkat Kecamatan/Puskesmas

Sosialisasi tingkat kecamatan kegiatan Kemitraan Bidan – Dukun

a) Tujuan :

Untuk mendapat kesepakatan serta dukungan pada pelaksanaan kemitraan Bidan – Dukun dari lintas program, lintassektor, TOGA dan TOMA.

b) Sasaran

Lintas program/lintas sektor tingkat kecamatan :

- (1) Petugas PKM, PLKB, KUA, Bag. Sosial/Kesra Kecamatan,
- (2) Diknas, Toma, Toga, LSM, TP-PKK Kecamatan
- (3) Kepala desa
- (4) Ketua TP PKK desa
- (5) Bidan di desa

c) Output Kegiatan

- (1) Diperolehnya dukungan dari LP/LS kecamatan dan desa.
- (2) Adanya rancangan kesepakatan bidan dengan dukun untuk pelaksanaan program kemitraan bidan dengan dukun.

5) Tingkat Desa

Sosialisasi tingkat desa

a) Tujuan

Untuk mendapat kesepakatan serta dukungan pada pelaksanaan kemitraan Bidan dengan Dukun dari aparat

desa, tokoh agama, tokoh masyarakat, PKK dan masyarakat.

b) Sasaran :

- (1) Kepala Desa/Lurah
- (2) PKK desa, kader kesehatan
- (3) Tokoh masyarakat/Tokoh agama dan LSM yang ada
- (4) Dukun
- (5) Kepala Dusun/RW

c) Output Kegiatan

- (1) Diperolehnya dukungan untuk pelaksanaan kemitraan bidan dengan dukun
- (2) Tersusunnya kesepakatan antara bidan dengan dukun untuk pelaksanaan kemitraan

Pembekalan dukun

a) Tujuan :

Meningkatkan pengetahuan dukun dalam melaksanakan deteksi dini bumil; pengenalan tanda bahaya pada bumil, bulin, bufas, bayi ; cara-cara melaksanakan rujukan dan penyuluhannya serta keterampilan dalam membantu merawat ibu dan bayi pada masa nifas.

b) Sasarannya adalah Dukun

c) Out put :

- (1) Dukun bayi mampu mendeteksi dini bumil dan mengenali tanda bahaya bumil, bulin, bufas serta
- (2) Dukun terampil melakukan perawatan pada bayi baru lahir dan ibu nifas.

Magang dukun di rumah Bidan/Polindes/Puskesmas

a) Tujuan :

- (1) Mendekatkan hubungan interpersonal antara bidan dengan dukun
 - (2) Meningkatkan keterampilan dukun dalam perawatan bayi baru lahir dan ibu nifas, pendeteksian risiko tinggi pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir, serta cara-cara melaksanakan rujukan tepat waktu dan penyuluhan yang baik.
- b) Sasarannya adalah dukun yang telah mengikuti pembekalan
- c) Output kegiatan
- (1) Terciptanya hubungan interpersonal antara bidan dengan dukun yang lebih akrab sehingga dukun akan sepakat merujuk kasus persalinan kepada bidan setempat dimana dukun tersebut magang.
 - (2) Meningkatnya keterampilan dukun dalam perawatan bayi baru lahir dan ibu nifas, pendeteksian risiko tinggi pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir, serta cara-cara melaksanakan rujukan tepat waktu dan penyuluhan yang baik.

Dana bergulir dukun

a) Tujuan

Agar dukun mempunyai ikatan untuk merujuk kasus persalinan ke bidan

b) Sasarannya adalah dukun yang telah mengikuti magang dukun.

c) Sistem Pengelolaan dana bergulir :

- (1) Dukun bayi yang telah selesai magang akan diberikan sejumlah uang (dana bergulir) dengan jumlah yang telah ditentukan oleh

pengelola program kemitraan Bidan dengan Dukun Puskesmas setempat dan dicatat dalam pembukuan dana bergulir.

- (2) Dukun bayi berkewajiban mengembalikan dana yang telah diterima tersebut, dalam bentuk rujukan kasus persalinan (inpartu) kepada bidan penanggung jawab/bidan tempat magang
- (3) Bidan akan memberikan sebagian uang hasil dari biaya persalinan yang dibayarkan oleh pasien sesuai kesepakatan yang telah dibuat kepada dukun tersebut sebagai penghargaan atas rujukan dan sebagian lagi akan disimpan untuk dana bergulir (disimpan ke pengelola dana bergulir di Puskesmas)
- (4) Dana bergulir yang telah masuk ke pengelola program kemitraan Bidan dengan Dukun puskesmas selanjutnya akan digulirkan kembali ke dukun yang sama atau dukun yang lain setelah dilakukan evaluasi
- (5) Pemberian dana bergulir dan pembagian hasil antarbidan dengan dukun, dari hasil pertolongan persalinan ditinjau ulang secara berkala (tiap 6 bulan sekali) dan diatur dalam kesepakatan yang dibuat pada saat evaluasi hasil kegiatan kemitraan Bidan – Dukun di tingkat kecamatan. Secara berkala Kepala Puskesmas setempat, berkewajiban melaksanakan audit keuangan dana bergulir ini di wilayahnya.

d) Output kegiatan :

- (1) Terlaksananya rujukan semua persalinan dukun ke bidan
- (2) Terjalinnnya kerja sama yang harmonis antara bidan dengan dukun sesuai kesepakatan bersama serta diketahuinyapengelolaan dana bergulir di masing –masing wilayah.

c. Pemantauan dan Evaluasi

Untuk mengetahui keberhasilan kegiatan diperlukan adanya langkah pemantuan dan evaluasi yang dilakukan secara terusmenerus (berkesinambungan). Kegiatan memantau dan menilai untuk melihat apakah semua kegiatan telah dilaksanakan sesuai rencana yang ditetapkan. Hasil pemantauan merupakan bahan masukan untuk perencanaan dan langkah perbaikan berikutnya.

1) Pemantauan :

- a) Propinsi ke Kabupaten : 1 kali per tahun
- b) Kabupaten ke Puskesmas – Desa : Laporan dari Desa/Puskesmas 3 bulan sekali

2) Evaluasi dilakukan 1 kali dalam setahun setelah proses kemitraan bidan dengan dukun berlangsung :

- a) Di tingkat propinsi dan Kabupaten/Kota
- b) Di tingkat desa

Pemantauan dan evaluasi dilakukan dengan membandingkan pencapaian hasil kegiatan dengan perencanaan secara berkesinambungan. Dalam menilai kualitas kegiatan kemitraan bidan dengan dukun diperlukan indikator:

1) Persentase dukun yang bermitra

- 2) Cakupan Linakes di suatu wilayah
- 3) Presentase rujukan bumil oleh dukun

Proses pemantauan dan evaluasi tersebut dilaporkan secara berjenjang kepada pengelola program KIA Puskesmas kemudian ke Kabupaten/Kota secara triwulan

H. TABULIN

Tabulin adalah tabungan sosial yang dilakukan oleh calon pengantin, ibu hamil dan ibu yang akan hamil maupun oleh masyarakat untuk biaya pemeriksaan kehamilan dan persalinan serta memelihara kesehatan selama nifas.

Penyetoran tabulin dilakukan dilakukan sekali selama masa kehamilan dan persalinan kedalam rekening tabulin.

Tabungan ibu bersalin dapat disediakan sendiri oleh ibu hamil atau oleh masyarakat.

Mekanisme pengorganisasian dana dapat disesuaikan dengan kondisi masing-masing daerah.

Tujuan

- a. Meningkatkan pemahaman dan pengetahuan pengelolaan masyarakat tentang tabulin.
- b. Meningkatkan kemampuan para pengelola dan masyarakat dalam mengenali masalah potensi yang ada dan menemukan alternative pemecahan masalah yang berkaitan dengan pembiayaan ibu hamil, bersalin dan nifas.
- c. Meningkatkan kepedulian , kesadaran pengelola dan masyarakat dalam menggerakkan ibu hamil untuk ANC , persalinan oleh tenaga kesehatan dan perhimpunan dana masyarakat untuk ibu dan bersalin.

Langkah-langkah yang perlu diperhatikan dalam tabulin :

- a. Pengalokasian / pemanfaatan pembiayaan kesehatan.
- b. Identifikasi sumber dana yang sudah ada dan yang akan dikembangkan.
- c. Cara pengelolaan dan pembelajaran perlu kejelasan dalam hal mekanisme pengumpulan dana, kesempatan pengelolaan dan sistem kontrak.
- d. Kesiapan keluarga dan masyarakat untuk berpartisipasi dalam pembiayaan kesehatan yang telah dan akan dikembangkan.

Indikator keberhasilan dalam tabulin :

- a. Para ibu hamil mengetahui manfaat tabulin dan mau mengikut sertakan dirinya dalam mengikuti Tabulin
- b. Dana terhimpun, masyarakat yang berpartisipasi dalam pembiayaan kesehatan masyarakat.
- c. Pengalokasian tepat sasaran sesuai berbagai kebutuhan kesehatan (promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif).
- d. Pengelolaan dan pemanfaatan tertib, mudah, lancar.
- e. Kegiatan yang berkesinambungan.

I. GERAKAN MASYARAKAT HIDUP SEHAT (GERMAS)

1. Latar belakang

Saat ini, Indonesia tengah mengalami perubahan pola penyakit yang sering disebut transisi epidemiologi yang ditandai dengan meningkatnya kematian dan kesakitan akibat penyakit tidak menular (PTM) seperti stroke, jantung, diabetes dan lain-lain.

Dampak meningkatnya kejadian PTM adalah meningkatnya pembiayaan pelayanan kesehatan yang harus ditanggung oleh masyarakat dan pemerintah; menurunnya produktivitas masyarakat; menurunnya daya saing negara

yang pada akhirnya mempengaruhi kondisi sosial ekonomi masyarakat itu sendiri.

Derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh 4 faktor yakni: Perilaku, Lingkungan, Pelayanan kesehatan dan Keturunan. Faktor Perilaku dan Faktor Lingkungan memegang peran lebih dari 75% dari kondisi derajat kesehatan masyarakat. Perbaikan lingkungan dan perubahan perilaku kearah yang lebih sehat perlu dilakukan secara sistematis dan terencana oleh semua komponen bangsa; untuk itu, GERAKAN MASYARAKAT HIDUP SEHAT (GERMAS) menjadi sebuah pilihan dalam mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang lebih baik.

Gerakan ini perlu digaungkan kembali sebagai salah satu perwujudan dari revolusi mental yang dicanangkan oleh Bapak Presiden, oleh karenanya perlu disusun panduan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat yang dapat dijadikan acuan bagi semua pimpinan daerah, pimpinan institusi pemerintah dan masyarakat, perguruan tinggi dan dunia usaha untuk mengawali dan melaksanakan kegiatan Gernas di lingkup tanggung jawabnya masing-masing.

2. Makna logo gernas



- a. Bentuk logo menggambarkan masyarakat indonesia yang memiliki hidup sehat melalui aktivitas fisik serta deteksi dini penyakit
- b. Logo menggunakan konsep pita yang bersambung dengan 4 warna yang berbeda, menggambarkan kerjasama serta

komitmen kementerian/lembaga, dunia usaha, organisasi Masyarakat dan akademisi dalam menciptakan masyarakat sehat.

Warna-warna yang dipergunakan pada logo mencerminkan warna-warna dari beberapa makanan sehat seperti buah-buahan dan sayuran yang dapat dikonsumsi sebagai salah satu cara untuk wujudkan hidup sehat.

3. Tujuan

1) Tujuan umum

Meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat untuk berperilaku sehat dalam upaya meningkatkan kualitas hidup

2) Tujuan khusus

- a) Meningkatkan partisipasi dan peran serta masyarakat untuk hidup sehat
- b) Meningkatkan produktivitas masyarakat
- c) Mengurangi beban biaya kesehatan

4. Pelaku germas

dilaksanakan oleh semua komponen bangsa

- a. Pemerintah baik pusat maupun daerah
- b. Dunia pendidikan
- c. Swasta dan dunia usaha
- d. Organisasi kemasyarakatan
- e. Individu, keluarga dan masyarakat

5. Kerangka konsep germas



6. Pelaksanaan

Kegiatan utama germas adalah :

- a. Peningkatan Aktivitas Fisik
- b. Peningkatan Perilaku Hidup Bersih dan sehat
- c. Penyediaan pangan sehat dan percepatan perbaikan gizi
- d. Peningkatan pencegahan dan deteksi dini penyakit
- e. Peningkatan kualitas lingkungan; dan
- f. Peningkatan edukasi hidup sehat

Aktifitas Fisik

Aktivitas fisik yang teratur dan menjadi satu kebiasaan akan meningkatkan ketahanan fisik, kesehatan dan kebugaran, dan jika dilakukan dengan mengikuti aturan tertentu dan ditujukan untuk prestasi menjadi kegiatan olahraga.

- 1) Tujuan kegiatan
Meningkatkan ketahanan fisik, kesehatan dan kebugaran masyarakat.
- 2) Sasaran

Seluruh masyarakat terutama anak sekolah, ibu hamil, pekerja dan lansia.

3) Bentuk aktifitas fisik

a) Aktifitas fisik pada anak sekolah

Tujuan untuk mewujudkan peserta didik yang sehat, bugar, berprestasi melalui pendidikan dan pembudayaan aktivitas fisik, latihan fisik serta olahraga yang baik, benar, terukur dan teratur di sekolah.

Bentuk kegiatan ;

(1) Gerak barisan

Gerakan yang dapat dilakukan sebelum peserta didik memasuki kelas, disertai lagu yang gembira.

(2) Gerak kapiten

Gerakan yang dapat dilaksanakan pada saat pergantian pelajaran disertai lagu yang gembira, untuk menghilangkan rasa jenuh atau ngantuk

(3) Bermain waktu istirahat

(4) Senam anak bangsa

Latihan awal pada saat peserta didik berolah raga, yang dipandu oleh guru olah raga

b) Aktifitas fisik pada orang dewasa dan usia produktif ditempat kerja

Aktivitas fisik merupakan bagian dari kehidupan setiap orang dewasa maupun pekerja. Untuk meningkatkan kesehatan dan kebugaran perlu dilakukan latihan fisik dan olahraga teratur, yang dapat dilakukan secara perorangan atau berkelompok.

Hal-hal yang diperhatikan dalam melakukan aktifitas fisik:

- (1) Latihan fisik dilakukan 150menit/minggu dengan interval 3-5 kali/minggu.
- (2) Diawali latihan pemanasan, inti dan pendinginan.
- (3) Sarana dan prasarana yang aman dan nyaman.
- (4) Keseimbangan asupan nutrisi.

c) Peregangan ditempat kerja

Bekerja pada posisi yang sama dalam waktu lama akan mengakibatkan otot menjadi cepat lelah dan aliran oksigen ke otak berkurang sehingga menurunkan produktivitas kerja.

Konsep peregangan ditempat kerja.

- (1) Peregangan dilakukan secara berkala setelah \pm 1-2 jam bekerja pada posisi sama
- (2) Gerakan dilakukan secara statis dan dinamis dengan menggerakkan otot dan sendi kepala, leher, bahu, lengan, pinggang, kaki untuk menghilangkan kekakuan tubuh
- (3) Gerakan statis dilakukan dengan menahan sendi dan otot pada posisi teregang selama 8-10 detik
- (4) Gerakan dinamis dilakukan dengan meregangkan dan melemaskan sendi dan otot secara perlahan
- (5) Napas seperti biasa dan pada gerakan tertentu napas diatur untuk memaksimalkan aliran oksigen ke otak
- (6) Gerakan dilakukan perlahan-lahan, tidak dipaksakan dan tidak dihentikan

Konsumsi buah dan sayur

Germas mengajak masyarakat untuk mengkonsumsi sayur dan buah terutama sayur dan buah local.

Konsumsi sayuran dan buah-buahan yang cukup merupakan salah satu indikator gizi seimbang.

Tujuan kegiatan

Meningkatkan kesadaran berperilaku hidup sehat melalui konsumsi buah dan sayur bagi seluruh lapisan masyarakat.

Sasaran

Seluruh masyarakat Indonesia

Bentuk Kegiatan adalah :

- (1) Kampanye makan buah dan sayur
- (2) Makan buah bersama (misal : di Sekolah atau institusi lainnya).
- (3) Membudayakan makan buah pada undangan rapat
- (4) Lomba menyusun menu sayuran
- (5) Bazar buah dan sayuran
- (6) Pemanfaatan pekarangan (untuk sayuran dan buah)

Pemeriksaan kesehatan secara rutin

Pemeriksaan/ skrining kesehatan secara rutin merupakan upaya promotif preventif yang diamanatkan untuk dilaksanakan oleh bupati/walikota sesuai Permendagri no 18/ tahun 2016.

Tujuan kegiatan:

- (1) Meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan mendeteksi faktor risiko penyakit tidak menular.
- (2) Mendorong dan menggerakkan masyarakat untuk memodifikasi perilaku berisiko menjadi perilaku hidup sehat mulai dari individu, keluarga dan masyarakat.

- (3) Mendeteksi masyarakat yang mempunyai risiko hipertensi dan diabetes mellitus serta mendorong rujukan ke Faskes I
- (4) Mengurangi terjadinya komplikasi, kecacatan dan kematian prematur akibat penyakit tidak menular.
- (5) Mendorong dan menggerakkan masyarakat deteksi kanker leher rahim dan kanker payudara dengan deteksi dini tes IVA/SADARI.

Sasaran kegiatan :

- (1) Setiap individu/ penduduk usia > 15 tahun
- (2) Seluruh Desa/kelurahan di setiap kabupaten/ kota

Pelaksanaan kegiatan

(1) Kriteria

- (a) Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota wajib memberikan Skrining Kesehatan Sesuai Standar pada warga negara usia 15 – 59 tahun di wilayah kerjanya
- (b) Pelayanan pemeriksaan/ skrining kesehatan usia >15 tahun diberikan, sesuai kewenangannya, oleh : Dokter; Bidan; Perawat; Nutrisionis/Tenaga Gizi. Petugas Pelaksana Posbindu PTM terlatih sesuai kewenangannya.
- (c) Pelayanan pemeriksaan/skrining kesehatan dilakukan di Puskesmas dan jaringannya (Posbindu PTM) serta fasilitas pelayanan kesehatan lainnya yang bekerja sama dengan Pemerintah Daerah.
- (d) Pemeriksaan/ skrining kesehatan usia 15 tahun keatas dilakukan minimal satu tahun sekali.

(2) Pemeriksaan/ skrining kesehatan sesuai standar usia 15-59 tahun meliputi:

- (a) Deteksi faktor risiko riwayat penyakit PTM keluarga dan faktor risiko perilaku (merokok dan terpapar asap rokok, diet tidak sehat, tidak beraktifitas fisik 30 menit perhari, mengkonsumsi alkohol)
- (b) Deteksi kemungkinan Obesitas dilakukan dengan memeriksa Tinggi Badan dan Berat Badan serta lingkar perut.
- (c) Deteksi Hipertensi dengan memeriksa tekanan darah sebagai pencegahan primer.
- (d) Deteksi kemungkinan Diabetes itus menggunakan tes cepat gula darah.
- (e) Deteksi Gangguan Mental ,emosional dan perilaku
- (f) Pemeriksaan ketajaman pengliha
- (g) Pemeriksaan ketajaman pendengaran
- (h) Deteksi dini kanker dilakukan melalui pemeriksaan payudara klinis dan pemeriksaan IVA khusus untuk wanita usia 30-59 tahun.
- (i) Individu yang ditemukan mempunyai faktor risiko perilaku atau menderita kelainan wajib ditangani atau dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu menanganinya.

(3) Lingkup pemeriksaan /skrining kesehatan usia>60 tahun keatas sebagai berikut:

- (a) Deteksi obesitas dengan pengukuran IMT dan lingkar perut
- (b) Deteksi Hipertensi dengan mengukur Tekanan Darah.
- (c) Deteksi Diabetes Mellitus dengan pemeriksaan kadar gula darah.
- (d) Deteksi kadar kolesterol dalam darah

- (e) Deteksi kadar asam urat dalam darah
- (f) Deteksi Gangguan Mental Emosional dan Perilaku, termasuk Kepikunan menggunakan *Mini Cog* atau *Mini Mental Status Examination* (MMSE)/*Test Mental Mini* atau *Abreviated Mental Test* (AMT) dan *Geriatric Depression Scale* (GDS).
- (g) Individu yang ditemukan mempunyai faktor risiko perilaku atau menderita kelainan wajib ditangani atau dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu menanganinya

(4) Langkah kegiatan

- (a) Pelaksanaan skrining faktor risiko PTM dan Gangguan mental emosional dan perilaku
- (b) Memberikan intervensi FR PTM dan Gangguan mental emosional dan perilaku
- (c) Pelatihan teknis petugas skrining kesehatan bagi tenaga kesehatan dan petugas pelaksana (kader) Posbindu PTM
- (d) Penyediaan sarana dan prasarana skrining (Kit Posbindu PTM)
- (e) Pelatihan surveilans faktor risiko PTM berbasis web
- (f) Pelayanan rujukan kasus ke FKTP
- (g) Pencatatan dan pelaporan faktor risiko PTM
- (h) Monitoring dan evaluasi

Pembudayaan Perilaku Pemeriksaan/skrining kesehatan secara rutin merupakan penerapan upaya promotif preventif yang efektif dan menjadi Pilar utama dalam Peningkatan derajat kesehatan, meningkatkan kualitas SDM bangsa, pencapaian target SDGs (pembangunan berkelanjutan). Investasi dalam upaya promotif preventif dalam pencegahan

penyakit tidak menular akan menghindarkan Indonesia dari beban pembiayaan kesehatan dan beban ekonomi dikarenakan peningkatan PTM.