



Lingkar Edukasi
INDONESIA

Asuhan KEBIDANAN KOMUNITAS



Astaria Br Ginting, S.K.M., S.Tr.Keb., Bd., M.K.M. | Khairani, S.S.T., M.Kes. | Bd. Maidina Putri, S.S.T., M.Kes., M.Keb.
Nur Azizah., S.S.T., M.K.M. | Emilda, S.S.T., M.P.H. | Friska Margareth Parapat, S.S.T., M.Kes. | Erina Windiany, S.S.T., M.K.M.
Bdn. Fitria Endah Purwani, S.K.M., S.S.T., M.Keb. | Eva Ratna Dewi., S.S.T., M.K.M. | Nurika Rahma, S.S.T., M.Keb. | Sumaifa, S.S.T., M.Kes.

Editor: Weni Yuliani, S.Si., M.M., C.Ed.

ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Penulis:

Astaria Br Ginting, S.K.M., S.Tr.Keb., Bd., M.K.M.

Khairani, S.S.T., M.Kes.

Bd. Maidina Putri, S.S.T., M.Kes., M.Keb.

Nur Azizah., S.S.T., M.K.M.

Emilda, S.S.T., M.P.H.

Friska Margareth Parapat, S.S.T., M.Kes.

Erina Windiany, S.S.T., M.K.M.

Bdn. Fitria Endah Purwani, S.K.M., S.S.T., M.Keb.

Eva Ratna Dewi., S.S.T., M.K.M.

Nurika Rahma, S.S.T., M.Keb.

Sumaifa, S.S.T., M.Kes.

Editor: Weni Yuliani, S.Si., M.M., C.Ed.



Lingkar Edukasi
Indonesia

LINGKAR EDUKASI INDONESIA

ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Penulis:

Astaria Br Ginting, S.K.M., S.Tr.Keb., Bd., M.K.M.
Khairani, S.S.T., M.Kes.
Bd. Maidina Putri, S.S.T., M.Kes., M.Keb.
Nur Azizah., S.S.T., M.K.M.
Emilda, S.S.T., M.P.H.
Friska Margareth Parapat, S.S.T., M.Kes.
Erina Windiany, S.S.T., M.K.M.
Bdn. Fitria Endah Purwani, S.K.M., S.S.T., M.Keb.
Eva Ratna Dewi., S.S.T., M.K.M.
Nurika Rahma, S.S.T., M.Keb.
Sumaifa, S.S.T., M.Kes.

Editor: Weni Yuliani, S.Si., M.M., C.Ed.

Penyunting: Madina Chairunnisa, S.Pd.

Desain Sampul dan Tata Letak: Neza Sartika.

Diterbitkan oleh:

Lingkar Edukasi Indonesia
Anggota IKAPI No. 058/SBA/2024
Kolam Janiah, Nagari Kudu Ganting
Kec. V Koto Timur, Kabupaten Padang Pariaman
Email: lingkaredukasiindonesia.id@gmail.com
Website: www.lingkaredukasiindonesia.com

ISBN: 978-634-7252-52-4

Cetakan pertama, Juni 2025

© Hak cipta dilindungi undang-undang.

Dilarang keras memperbanyak, memfotokopi, Sebagian atau seluruh isi buku tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya, sehingga buku *Asuhan Kebidanan Komunitas* ini dapat diselesaikan dengan baik. Buku ini disusun sebagai salah satu upaya untuk mendukung pendidikan dan pengembangan ilmu kebidanan, khususnya dalam konteks pelayanan kesehatan masyarakat.

Asuhan kebidanan komunitas memegang peranan penting dalam meningkatkan kesehatan ibu, bayi, dan keluarga di lingkungan masyarakat. Dengan pendekatan yang holistik dan berorientasi pada kebutuhan masyarakat, bidan dapat memberikan pelayanan yang efektif dan bermakna dalam upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Buku ini dirancang untuk menjadi referensi yang mudah dipahami oleh mahasiswa kebidanan, tenaga kesehatan, dan praktisi yang berkecimpung dalam pelayanan kebidanan komunitas. Materi yang disajikan mencakup teori dasar, praktik, serta berbagai kasus nyata yang sering ditemukan di lapangan, sehingga diharapkan dapat meningkatkan pemahaman dan keterampilan pembaca dalam memberikan asuhan kebidanan yang berkualitas.

Kami menyadari bahwa buku ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu kami sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari para pembaca demi penyempurnaan di masa mendatang. Semoga buku ini

dapat bermanfaat dan memberikan kontribusi positif bagi peningkatan kualitas pelayanan kebidanan di masyarakat.

Kupang, Mei 2025

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
BAB 1 KONSEP PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS DAN KELUARGA SEBAGAI PUSAT PELAYANAN....	1
Oleh Astaria Br Ginting, S.K.M., S.Tr.Keb., Bd., M.K.M. ...	1
A. Defenisi Komunitas	1
B. Keluarga sebagai Pusat Pelayanan Kesehatan.....	5
C. Model-Model Pelayanan Berbasis Keluarga	6
D. Strategi Pelayanan Kebidanan Berbasis Komunitas dan Keluarga	15
E. Tantangan dan Peluang	17
DAFTAR PUSTAKA	21
BAB 2 PERMASALAHAN KESEHATAN REPRODUKSI PEREMPUAN DAN PELAYANAN KEBIDANAN PADA SETTING KOMUNITAS	23
Oleh Khairani, S.S.T., M.Kes.	23
A. Definisi Kesehatan Reproduksi.....	23
B. Tujuan Kesehatan Reproduksi.....	24
C. Hak-Hak Dalam Kesehatan Reproduksi	24
D. Permasalahan Utama Kesehatan Reproduksi di Indonesia	26
E. Permasalahan Kesehatan Reproduksi di Komunitas	28

F.	Pelayanan Kebidanan Pada Setting Komunitas.....	31
G.	Pelayanan Kebidanan Pada Setting Komunitas.....	32
H.	Solusi Permasalahan Kesehatan Reproduksi Pada Perempuan di Komunitas	33
I.	Contoh Studi Kasus Sukses di Komunitas.....	35
DAFTAR PUSTAKA		36
BAB 3 JEJARING KERJA DI KOMUNITAS		37
Oleh Bd. Maidina Putri, S.S.T., M.Kes., M.Keb.		37
A.	Jejaring Kerja di Komunitas	37
B.	Tujuan Jejaring Kerja di Komunitas.....	38
C.	Prinsip-Prinsip Dasar Jejaring Kerja.....	39
D.	Komponen Jejaring Kerja di Komunitas.....	41
E.	Bentuk-Bentuk Jejaring Kerja	43
F.	Manfaat Jejaring Kerja di Komunitas.....	47
G.	Strategi Pengembangan Jejaring Kerja	49
H.	Tantangan dalam Pengembangan Jejaring Komunitas.....	51
DAFTAR PUSTAKA		53
BAB 4 PROGRAM KESEHATAN REPRODUKSI WILAYAH KERJA BIDAN KOMUNITASDENGAN PENDEKATAN PARTSIPATIF & PWS KIA.....		55
Oleh Nur Azizah., S.S.T., M.K.M.		55
A.	Pendahuluan	55
B.	Jaringan Kerja dalam Menjalankan Kebijakan Pemerinta.....	59

C.	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Peran Bidan dalam Pelayanan Kesehatan Reproduksi Perempuan dan Keluarga Berencana	61
D.	Kegiatan Bidan dan Jaringan Kerja Kebidanan Komunitas.....	63
E.	Pengetahuan Dasar yang Harus Dimiliki Bidan	64
F.	Keterampilan Dasar yang Harus Dimiliki Bidan	66
G.	Jaringan Kerja Kebidanan Komunitas	67
DAFTAR PUSTAKA		68
BAB 5 PROGRAM KESEHATAN REPRODUKSI DI WILAYAH KERJA BIDAN KOMUNITAS DENGAN PENDEKATAN PARTISIPATIF & PWS KIA		71
Oleh Emilda, S.St., M.P.H.		71
A.	Pendahuluan	71
B.	Konsep Pendekatan Partisipatif dalam Layanan Kesehatan Reproduksi	74
C.	Peran Strategis Bidan Komunitas dalam Pendekatan Partisipatif	77
D.	Integrasi PWS KIA dalam Pendekatan Partisipatif	81
E.	Langkah Implementasi Pendekatan Partisipatif dan PWS KIA dalam Program Kesehatan Reproduksi.....	85
F.	Tantangan dan Strategi Penanganan.....	89
DAFTAR PUSTAKA		93

**BAB 6 STRATEGI PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS
DENGAN MENGGUNAKAN PENDEKATAN
ANALISIS SOSIAL, ANALISIS SITUASI DAN ALAT
ANALISIS GENDER DITINGKAT KOMUNITAS..... 97**

Oleh Friska Sarmut..... 97

- A. Pendekatan Analisis Situasi97
- B. Pendekatan Analisis Sosial 100
- C. Alat Analisis Gender 104
- D. Integrasi Pendekatan dalam Strategi Pelayanan
Kebidanan Komunitas..... 107

DAFTAR PUSTAKA 110

**BAB 7 PENGEMBANGAN PERAN SERTA MASYARAKAT
DALAM PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS
..... 111**

Oleh Erina Windiany, S.S.T., M.K.M. 111

- A. Pendahuluan 111
- B. Peran Serta Masyarakat..... 112
- C. Bentuk Peran Serta Masyarakat dalam
Pembangunan Kesehatan 113
- D. Faktor-faktor yang Memengaruhi Peran Serta
Masyarakat 115
- E. Faktor-faktor Pendorong dan Penghambat Peran
Serta Masyarakat..... 121
- F. Kebijakan dan Pengembangan Peran Serta
Masyarakat dalam Kesehatan Komunitas 122

G. Pengembangan Wahana atau Forum Peran Serta Masyarakat dalam Pelayanan Kebidanan Komunitas	126
DAFTAR PUSTAKA	134
BAB 8 ASUHAN ANTENATAL, INTRANATAL, POST NATAL, BAYI DAN BALITA DI KOMUNITAS	135
Oleh Fitria Endah purwani	135
A. Asuhan Antenatal.....	135
B. Asuhan Intranatal	142
C. Asuhan Postnatal.....	146
D. Asuhan Bayi dan Balita	148
DAFTAR PUSTAKA	152
BAB 9 SISTEM RUJUKAN KOMUNITAS	155
Oleh Eva Ratna Dewi., S.S.T., M.K.M.	155
A. Pendahuluan	155
B. Tujuan Sistem Rujukan Komunitas.....	157
DAFTAR PUSTAKA	166
BAB 10 ANALISIS PENYEBAB MASALAH DAN PEMETAAN MASALAH KEBIDANAN KOMUNITAS	169
Oleh Nurika Rahma, S.S.T., M.Keb.	169
A. Pendahuluan	169
B. Tujuan Analisis dan Pemetaan Masalah.....	170
C. Langkah-langkah Analisis Masalah	170
D. Penentuan prioritas masalah	171

E. Pemetaan Masalah Kebidanan Komunitas.....	178
F. Kesimpulan.....	180
DAFTAR PUSTAKA	181
BAB 11 PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN	
KOMUNITAS	183
Oleh Sumaifa, S.S.T., M.Kes.	183
A. Pengertian Kebidanan Komunitas.....	183
B. Sasaran Bidan Komunitas	184
C. Pencatatan Dan Pelaporan	185
D. Format Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Komunitas.....	187
E. Format Pengkajian Asuhan Kebidanan Komunitas	189
F. Riwayat Kesehatan Keluarga.....	190
G. Klasifikasi Phbs Rumah Tangga.....	192
H. Penentuan Prioritas Masalah Keluarga Binaan (Bailon & Maglaya, 1978)	192
DAFTAR PUSTAKA	195
BIODATA PENULIS 1	197

BAB 1

KONSEP PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS DAN KELUARGA SEBAGAI PUSAT PELAYANAN

Oleh Astaria Br Ginting, S.K.M., S.Tr.Keb., Bd., M.K.M.

A. Defenisi Komunitas

Pelayanan kebidanan memiliki peran strategis dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu serta bayi, khususnya di tingkat komunitas. Di Indonesia, mayoritas masyarakat tinggal di wilayah pedesaan dengan akses terbatas terhadap fasilitas kesehatan yang memadai. Oleh karena itu, pelayanan kebidanan berbasis komunitas sangat diperlukan untuk mendekatkan akses kesehatan bagi ibu dan anak. Selain itu, keluarga memegang peran penting sebagai unit terkecil dalam masyarakat yang berperan langsung dalam keberhasilan asuhan kebidanan. Konsep pelayanan kebidanan yang berorientasi pada komunitas dan keluarga memberikan pendekatan holistik yang memandang ibu dan bayi dalam konteks lingkungan sosial dan budaya mereka.

Komunitas berasal dari kata *community*, yang berarti sekelompok individu yang tinggal dalam suatu wilayah tertentu dengan keuinikan masing-masing,namun memiliki kesamaan tertentu. Selain, itu komunitas juga berasal dari bahasa latin *communis*, yang memiliki makna

kebersamaan, persekutuan, sikap rendah hati, dan keramahan.

Menurut KBBI, komunitas diartikan sebagai sekelompok individu yang hidup bersama dalam suatu lingkungan, saling berinteraksi di wilayah tertentu, baik dalam bentuk masyarakat maupun panguyuban. Berdasarkan definisi WHO 2023, komunitas adalah sekelompok orang yang mungkin terhubung atau tidak secara spesial, namun memiliki kepentingan, minat, atau karakteristik yang serupa. Komunitas ini dapat berskala lokal, nasional, maupun internasional untuk memenuhi kebutuhan tertentu, baik yang bersifat spesifik maupun luas.

Menurut *International Confederation of Midwives* (ICM), pelayanan kebidanan komunitas adalah pelayanan yang diberikan oleh bidan dalam komunitas untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu, bayi, dan keluarga secara keseluruhan. Di Indonesia, pelayanan ini berpedoman pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan

Kebidanan komunitas memusatkan perhatian pada ibu dan balita, keluarga, serta masyarakat. Setiap individu merupakan makhluk sosial dengan keunikan masing-masing, budaya tertentu, dan dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti politik, sosial budaya, ekonomi serta lingkungan.

Kebidanan komunitas merupakan bentuk asuhan kebidanan yang diberikan kepada masyarakat melalui upaya peningkatan dan pemeliharaan kesehatan dengan memperhatikan, aspek sosial, budaya serta mendekatkan akses terhadap layanan kesehatan. Hal ini bertujuan untuk

mencegah terjadinya keterlambatan dalam penanganan masalah kesehatan. Sementara itu, layanan kebidanan komunitas adalah suatu usaha untuk menyelesaikan berbagai permasalahan kesehatan ibu dan anak, baik dalam lingkup keluarga maupun di lingkungan masyarakat (Nurlaili et al., 2024).

Pelayanan kebidanan komunitas mencakup seluruh upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilakukan oleh bidan di lingkungan komunitas. Pelayanan ini melibatkan berbagai aspek mulai dari kesehatan ibu hamil, persalinan, nifas, bayi baru lahir, hingga kesehatan reproduksi perempuan secara menyeluruh.

Pelayanan kebidanan komunitas merupakan bagian integral dari sistem kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak melalui pendekatan berbasis komunitas. Konsep ini mengacu pada teori promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilakukan secara terpadu dan berkesinambungan.

Menurut Notoatmodjo (2012), pelayanan kesehatan masyarakat, termasuk kebidanan komunitas, bertumpu pada teori *Health Belief Model* (HBM) dan teori *Diffusion of Innovations*. HBM menjelaskan bahwa seseorang akan mengambil tindakan kesehatan jika mereka merasa rentan terhadap suatu kondisi dan meyakini bahwa tindakan tersebut akan mengurangi risiko. Dalam konteks kebidanan komunitas, bidan berperan memberikan edukasi agar ibu dan keluarga memahami risiko yang dihadapi dan pentingnya tindakan preventif.

Teori *Diffusion of Innovations* oleh Rogers menyatakan bahwa inovasi, termasuk praktik kebidanan baru, akan lebih mudah diterima jika sesuai dengan nilai dan kebutuhan masyarakat setempat. Oleh karena itu,

pelayanan kebidanan komunitas perlu disesuaikan dengan kondisi lokal dan melibatkan tokoh masyarakat untuk mempercepat adopsi praktik kesehatan.

Selain itu, teori *Continuity of Care* (CoC) juga menjadi dasar penting. Teori ini menekankan kesinambungan pelayanan dari masa kehamilan hingga pascapersalinan untuk memastikan kesehatan ibu dan bayi optimal

Prinsip pelayanan kebidanan komunitas meliputi: pelayanan yang berkesinambungan, partisipatif, berbasis bukti, berorientasi pada keluarga, dan sensitif terhadap budaya lokal. Bidan dituntut untuk mampu membangun hubungan yang baik dengan masyarakat serta memberdayakan keluarga agar mandiri dalam menjaga kesehatan reproduksi

Standar pelayanan kebidanan diatur oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melalui berbagai regulasi, termasuk Standar Kompetensi Bidan dan Standar Pelayanan Minimal. Pelayanan kebidanan komunitas harus memenuhi standar kualitas yang meliputi keamanan, efektivitas, dan keterjangkauan

Bidan memiliki peran ganda sebagai pemberi layanan kesehatan sekaligus sebagai pendidik dan advokat bagi masyarakat. Tanggung jawab bidan dalam komunitas meliputi penyuluhan kesehatan, deteksi dini masalah kesehatan, rujukan, serta pelaksanaan program nasional seperti imunisasi, KB, dan gizi

B. Keluarga sebagai Pusat Pelayanan Kesehatan

Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang memiliki peran krusial dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan anggotanya. Sebagai pusat pelayanan kesehatan, keluarga menjadi tempat pertama dan utama dalam proses promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Konsep ini menekankan bahwa keluarga memiliki tanggung jawab dan kemampuan untuk mengenali masalah kesehatan, mengambil tindakan awal, dan bekerja sama dengan fasilitas pelayanan kesehatan jika diperlukan.

Keluarga sehat adalah keluarga yang mampu memenuhi kebutuhan dasar anggotanya, baik secara fisik, psikologis, sosial, maupun spiritual, serta mampu berperan aktif dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan. Menurut Kemenkes RI, indikator keluarga sehat meliputi status gizi, imunisasi, perilaku hidup bersih dan sehat, serta akses terhadap pelayanan kesehatan dasar.

Keluarga berperan sebagai pelaku utama dalam pelaksanaan asuhan kebidanan, terutama dalam mendukung ibu selama kehamilan, persalinan, nifas, dan pengasuhan bayi. Dukungan keluarga terbukti mempercepat proses pemulihan ibu dan meningkatkan kesehatan bayi. Bidan perlu melibatkan keluarga dalam setiap intervensi agar tercapai hasil yang optimal.

Peran Keluarga dalam Pelayanan Kesehatan:

1. Promotif: Menciptakan lingkungan sehat dan menerapkan pola hidup bersih dan sehat (PHBS).
2. Preventif: Melakukan upaya pencegahan penyakit seperti imunisasi, pengawasan gizi, dan sanitasi lingkungan.

3. Kuratif: Memberikan pertolongan pertama pada kondisi sakit atau kecelakaan ringan.
4. Rehabilitatif: Mendukung anggota keluarga yang sedang dalam proses pemulihan atau memiliki penyakit kronis

Dengan menjadikan keluarga sebagai pusat pelayanan kesehatan, maka pelayanan kesehatan akan lebih berdaya guna dan berkelanjutan, karena keluarga adalah pihak yang paling dekat dan paling memahami kondisi kesehatannya sendiri

C. Model-Model Pelayanan Berbasis Keluarga

Model pelayanan berbasis keluarga bertumpu pada prinsip bahwa keluarga adalah unit dasar dalam masyarakat yang memiliki peran penting dalam menjaga kesehatan. Menurut teori *Family-Centered Care* (FCC), pelayanan kesehatan harus menghargai peran aktif keluarga dalam pengambilan keputusan dan perawatan pasien. FCC menekankan kolaborasi antara tenaga kesehatan dan keluarga untuk menciptakan asuhan yang responsif terhadap kebutuhan individu dan keluarga secara holistik.

Teori *Developmental Model of Family Care* (Dunbar, 2007) menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan harus mempertimbangkan tahap perkembangan keluarga, di mana kebutuhan dan peran kesehatan keluarga berubah seiring waktu. Teori ini membantu bidan dalam menyusun intervensi yang sesuai dengan kondisi dan siklus kehidupan keluarga

Selain itu, teori *Family Systems Theory* (Wright & Leahey, 2013) memandang keluarga sebagai suatu sistem yang saling berhubungan, sehingga perubahan pada satu anggota keluarga akan memengaruhi seluruh sistem.

Pendekatan ini mendorong bidan untuk memperhatikan dinamika keluarga dalam memberikan pelayanan kebidanan.

Beberapa model pelayanan berbasis keluarga yang diterapkan di Indonesia antara lain:

1. Keluarga Berencana (KB) Berbasis Keluarga

Keluarga Berencana (KB) berbasis keluarga adalah pendekatan pelayanan KB yang menempatkan keluarga sebagai pusat perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program KB. Pendekatan ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup keluarga melalui pengaturan jumlah dan jarak kelahiran secara sadar dan bertanggung jawab. KB berbasis keluarga menekankan pentingnya keterlibatan aktif seluruh anggota keluarga, terutama pasangan suami istri, dalam pengambilan keputusan terkait kontrasepsi dan kesehatan reproduksi.

KB berbasis keluarga dilandaskan pada prinsip *Family-Centered Care* yang menghargai otonomi keluarga dan mendukung partisipasi mereka dalam setiap langkah pelayanan. Program ini tidak hanya memfokuskan pada aspek teknis penggunaan alat kontrasepsi tetapi juga edukasi menyeluruh mengenai kesehatan reproduksi, hak-hak reproduksi, serta peran keluarga dalam mendukung keberhasilan KB

a. Tujuan KB Berbasis Keluarga

- 1) Meningkatkan kesadaran dan pengetahuan keluarga tentang pentingnya perencanaan keluarga.
- 2) Mendorong partisipasi aktif pasangan dalam memilih metode kontrasepsi yang tepat.

- 3) Menurunkan angka kelahiran yang tidak diinginkan dan meningkatkan kesehatan ibu dan anak.
 - 4) Mengintegrasikan pelayanan KB dalam sistem kesehatan keluarga dan komunitas.
- b. Strategi Pelaksanaan
- 1) Edukasi dan Konseling: Memberikan informasi yang komprehensif kepada keluarga tentang berbagai metode KB, manfaat, risiko, dan efektivitasnya.
 - 2) Pendekatan Berbasis Rumah Tangga: Bidan dan tenaga kesehatan melakukan kunjungan rumah untuk memfasilitasi diskusi dan pelayanan KB secara personal.
 - 3) Pemberdayaan Suami: Mengajak suami berperan aktif dalam penggunaan KB dan mendukung istri dalam menjaga kesehatan reproduksi.
 - 4) Kemitraan Lintas Sektor: Bekerja sama dengan tokoh masyarakat, organisasi keagamaan, dan institusi pendidikan untuk memperkuat program KB.

2. Posyandu Keluarga

Posyandu Keluarga adalah pengembangan dari posyandu konvensional yang memperluas cakupan pelayanan kesehatan tidak hanya untuk bayi dan balita, tetapi juga untuk seluruh anggota keluarga. Konsep ini bertujuan untuk menciptakan keluarga sehat melalui pelayanan kesehatan terpadu yang dilakukan secara berkala di tingkat desa atau kelurahan. Posyandu Keluarga menjadi wadah kolaborasi antara tenaga kesehatan, kader, dan masyarakat dalam upaya promotif dan preventif kesehatan keluarga.

Posyandu Keluarga berlandaskan prinsip pelayanan kesehatan berbasis komunitas dan keluarga, di mana keluarga menjadi pusat perhatian dalam setiap intervensi. Program ini menyatukan berbagai layanan seperti kesehatan ibu dan anak, KB, imunisasi, gizi, pencegahan penyakit tidak menular (PTM), hingga pelayanan lansia. Keterpaduan layanan ini memungkinkan keluarga mendapatkan layanan yang komprehensif dalam satu tempat

- a. Tujuan Posyandu Keluarga
 - 1) Meningkatkan akses dan cakupan pelayanan kesehatan dasar bagi seluruh anggota keluarga.
 - 2) Mengoptimalkan peran serta masyarakat dalam menjaga kesehatan keluarga.
 - 3) Memperkuat fungsi preventif dan promotif pelayanan kesehatan di tingkat komunitas
- b. Pelayanan di Posyandu Keluarga
 - 1) Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak: Pemantauan kehamilan, pertumbuhan balita, dan imunisasi.
 - 2) Pelayanan KB: Konseling dan penyediaan alat kontrasepsi.
 - 3) Pelayanan Gizi: Pemantauan status gizi keluarga dan pemberian makanan tambahan.
 - 4) Pencegahan PTM: Skrining tekanan darah, gula darah, dan edukasi gaya hidup sehat.
 - 5) Pelayanan Lansia: Pemeriksaan kesehatan rutin dan bimbingan aktivitas fisik.
- c. Strategi Pelaksanaan
 - 1) Keterlibatan Kader: Kader posyandu dilatih untuk memberikan edukasi dan memfasilitasi pelayanan.
 - 2) Kemitraan Lintas Sektor: Bekerja sama dengan pemerintah desa, organisasi masyarakat, dan sektor swasta.

- 3) Pemanfaatan Teknologi: Pencatatan pelayanan dilakukan secara digital untuk mempermudah monitoring dan evaluasi.

3. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Berbasis Keluarga

Pelayanan kesehatan reproduksi berbasis keluarga adalah pendekatan pelayanan kesehatan yang memprioritaskan peran serta keluarga dalam menjaga, melindungi, dan meningkatkan kesehatan reproduksi setiap anggota keluarga. Pendekatan ini didasarkan pada prinsip bahwa kesehatan reproduksi bukan hanya tanggung jawab individu tetapi juga menjadi tanggung jawab bersama dalam keluarga untuk memastikan kehidupan yang sehat dan sejahtera.

Konsep Pelayanan Kesehatan Reproduksi Berbasis Keluarga ini mencakup berbagai aspek kesehatan reproduksi, mulai dari kesehatan ibu dan bayi, remaja, hingga lansia, termasuk edukasi seksual, perencanaan kehamilan, pencegahan infeksi menular seksual (IMS), serta pelayanan kesuburan dan menopause. Pelayanan ini dilakukan dengan cara yang komprehensif, berkesinambungan, dan memperhatikan nilai-nilai budaya setempat.

a. Tujuan Pelayanan

- 1) Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran keluarga tentang kesehatan reproduksi.
- 2) Menurunkan angka kematian ibu dan bayi melalui pelayanan yang terintegrasi.
- 3) Mencegah dan menangani masalah kesehatan reproduksi secara dini.

- 4) Mendorong peran aktif pasangan dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan reproduksi.
- b. Ruang Lingkup Pelayanan
 - 1) Edukasi Kesehatan Reproduksi: Memberikan informasi mengenai kesehatan reproduksi di seluruh siklus kehidupan.
 - 2) Pelayanan Antenatal dan Postnatal: Pemantauan kehamilan, persalinan, dan masa nifas.
 - 3) Pelayanan KB: Konseling dan penyediaan alat kontrasepsi yang tepat.
 - 4) Pencegahan IMS dan HIV/AIDS: Edukasi, skrining, dan rujukan.
 - 5) Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja: Edukasi kesehatan seksual dan reproduksi yang ramah remaja.
 - 6) Pelayanan Kesuburan dan Menopause: Penanganan masalah infertilitas dan edukasi kesehatan menopause.
- c. Strategi Implementasi
 - 1) Melibatkan keluarga dalam setiap tahap pelayanan, dari perencanaan hingga evaluasi.
 - 2) Memberdayakan kader dan tokoh masyarakat sebagai agen edukasi.
 - 3) Menyesuaikan intervensi dengan kondisi sosial budaya lokal.
 - 4) Memanfaatkan media digital untuk memperluas jangkauan edukasi.

4. Pendekatan Holistik dan Kultural dalam Keluarga

Pelayanan kebidanan berbasis keluarga harus memperhatikan nilai budaya dan kearifan lokal yang ada dalam komunitas. Pendekatan holistik mempertimbangkan

semua aspek yang memengaruhi kesehatan ibu dan anak, termasuk faktor psikososial, ekonomi, dan lingkungan. Pemahaman budaya yang baik membantu bidan memberikan pelayanan yang lebih diterima oleh Masyarakat

Pendekatan holistik dan kultural dalam keluarga adalah metode pelayanan kesehatan yang memandang individu sebagai bagian utuh dari sistem keluarga dan masyarakat, serta memperhatikan aspek fisik, mental, emosional, sosial, dan spiritual. Pendekatan ini juga mengintegrasikan nilai-nilai budaya, kepercayaan, dan praktik lokal yang memengaruhi kesehatan dan kesejahteraan keluarga.

Pendekatan holistik menekankan bahwa kesehatan tidak hanya dilihat dari ketiadaan penyakit, tetapi juga dari keseimbangan seluruh aspek kehidupan. Dalam konteks pelayanan kebidanan komunitas dan keluarga, bidan dan tenaga kesehatan harus memahami kondisi fisik, psikologis, sosial, ekonomi, dan spiritual setiap anggota keluarga. Pendekatan ini bertujuan menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan secara menyeluruh dan berkelanjutan.

Pendekatan kultural melibatkan pemahaman terhadap norma, nilai, adat istiadat, dan kepercayaan yang berlaku di masyarakat. Pelayanan yang sensitif budaya memungkinkan tenaga kesehatan memberikan intervensi yang dapat diterima oleh masyarakat tanpa mengabaikan kepercayaan lokal. Ini memperkuat penerimaan program kesehatan dan meningkatkan efektivitas intervensi.

- a. Prinsip Pendekatan Holistik dan Kultural
 - 1) Memahami keluarga sebagai unit yang saling terkait.
 - 2) Menghargai nilai dan kepercayaan budaya setempat.
 - 3) Melibatkan keluarga secara aktif dalam setiap tahap pelayanan.
 - 4) Menyediakan pelayanan yang responsif terhadap kebutuhan individu dan keluarga secara menyeluruh

- b. Implementasi dalam Pelayanan Kebidanan Komunitas

Pelayanan kebidanan komunitas bertujuan untuk mendekatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak secara komprehensif kepada masyarakat, dengan pendekatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Implementasi pelayanan ini menuntut partisipasi aktif keluarga, komunitas, dan tenaga kesehatan agar kualitas pelayanan dapat meningkat secara berkesinambungan.

- c. Komponen Implementasi

- 1) Asesmen Kesehatan Komunitas
 - a) Mengidentifikasi kebutuhan kesehatan ibu dan anak di wilayah binaan.
 - b) Melakukan pemetaan masalah kesehatan berbasis data lokal.
 - c) Melibatkan masyarakat dalam pengumpulan dan analisis data.
- 2) Perencanaan Pelayanan
 - a) Menyusun program kerja berdasarkan hasil asesmen.
 - b) Menetapkan sasaran prioritas seperti ibu hamil risiko tinggi, bayi dengan status gizi buruk, dan kelompok rentan lainnya.

- c) Merancang intervensi yang relevan dengan kondisi sosial-budaya setempat.
- 3) Pelaksanaan Kegiatan
 - a) Pelayanan Posyandu: Memberikan pelayanan rutin di Posyandu seperti imunisasi, timbang berat badan, konseling gizi, dan pemeriksaan ibu hamil.
 - b) Kunjungan Rumah: Melaksanakan kunjungan rumah untuk memantau kondisi ibu hamil, nifas, bayi baru lahir, dan anak balita.
 - c) Penyuluhan dan Edukasi: Mengadakan kelas ibu hamil, edukasi gizi seimbang, dan konseling kesehatan reproduksi berbasis keluarga.
- 4) Pemberdayaan Masyarakat
 - a) Melatih kader kesehatan sebagai mitra dalam pelayanan.
 - b) Menggandeng tokoh masyarakat dan organisasi lokal untuk meningkatkan kesadaran dan dukungan sosial.
- 5) Kolaborasi dan Rujukan
 - a) Membangun jejaring dengan puskesmas, rumah sakit, dan lembaga terkait untuk mempermudah rujukan kasus yang memerlukan penanganan lanjutan.
 - b) Menjalin koordinasi lintas sektor, termasuk dinas sosial dan pendidikan, untuk menangani determinan sosial kesehatan.
- 6) Monitoring dan Evaluasi
 - a) Melakukan evaluasi berkala terhadap capaian program dan kendala yang dihadapi.
 - b) Menggunakan hasil evaluasi untuk memperbaiki perencanaan dan pelaksanaan pelayanan.

- d. Prinsip Implementasi
 - 1) Pelayanan harus bersifat partisipatif, memberdayakan keluarga dan masyarakat.
 - 2) Pendekatan yang digunakan harus sensitif budaya dan disesuaikan dengan nilai lokal.
 - 3) Fokus pada pelayanan berkesinambungan dari hulu ke hilir (sebelum hamil hingga masa anak balita).
 - 4) Memastikan aksesibilitas, keterjangkauan, dan mutu pelayanan tetap terjaga
- e. Manfaat Pendekatan Ini:
 - 1) Meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.
 - 2) Mempercepat penerimaan program kesehatan.
 - 3) Memperkuat dukungan sosial dalam keluarga.
 - 4) Mencapai hasil kesehatan yang lebih berkelanjutan dan bermakna.

D. Strategi Pelayanan Kebidanan Berbasis Komunitas dan Keluarga

Strategi pelayanan kebidanan berbasis komunitas dan keluarga merupakan pendekatan terintegrasi yang memprioritaskan peran aktif keluarga dan komunitas dalam menjaga kesehatan ibu dan anak. Strategi ini menekankan kolaborasi lintas sektor, pemberdayaan masyarakat, dan peningkatan kapasitas keluarga sebagai pusat pelayanan Kesehatan.

1. Promosi Kesehatan dan Pencegahan Penyakit

Promosi kesehatan merupakan langkah pertama dalam meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan ibu dan anak. Strategi yang dilakukan antara lain melalui penyuluhan kesehatan, kampanye kesehatan,

penggunaan media lokal, dan pelibatan tokoh masyarakat. Pencegahan penyakit dilakukan dengan imunisasi, pemeriksaan kehamilan rutin, serta penguatan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).

2. Deteksi Dini dan Intervensi

Deteksi dini bertujuan menemukan masalah kesehatan sejak awal agar dapat segera diintervensi. Bidan berperan penting dalam melakukan skrining rutin untuk mendeteksi risiko tinggi seperti preeklamsia, anemia, dan komplikasi persalinan. Intervensi dapat berupa rujukan cepat ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi, atau pemberian asuhan kebidanan sesuai standar di komunitas.

3. Asuhan Kebidanan pada Ibu dan Anak di Tingkat Komunitas

Asuhan kebidanan mencakup perawatan selama kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir. Di tingkat komunitas, bidan memberikan pelayanan antenatal, pertolongan persalinan yang aman, pelayanan postnatal, pemantauan tumbuh kembang, serta konseling menyusui. Bidan juga berperan dalam memberikan pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi bagi perempuan.

4. Kolaborasi Lintas Sektor dan Pemberdayaan Masyarakat

Pelayanan kebidanan komunitas tidak dapat berjalan sendiri, melainkan memerlukan kolaborasi dengan sektor lain seperti dinas kesehatan, pendidikan, organisasi kemasyarakatan, dan pemerintah desa. Pendekatan multisektor membantu memperkuat program kesehatan ibu dan anak melalui sinergi berbagai pihak. Pemberdayaan masyarakat dilakukan dengan membentuk kader

kesehatan, pelatihan, dan penguatan kapasitas komunitas agar mampu mandiri dalam menjaga kesehatan.

5. Inovasi dalam Pelayanan Kebidanan Komunitas

Inovasi menjadi kunci untuk menjawab tantangan pelayanan kebidanan di komunitas, seperti penggunaan teknologi digital untuk konsultasi kesehatan, aplikasi pemantauan kehamilan, dan penyuluhan daring. Bidan diharapkan adaptif terhadap perubahan dan memanfaatkan teknologi untuk memperluas jangkauan layanan.

Strategi pelayanan kebidanan berbasis komunitas dan keluarga adalah langkah penting dalam meningkatkan kesehatan ibu dan anak secara komprehensif. Pelaksanaan yang tepat dan berkesinambungan akan memberikan dampak positif jangka panjang bagi masyarakat.

E. Tantangan dan Peluang

Pelayanan kebidanan di komunitas memainkan peran penting dalam meningkatkan kesehatan ibu dan anak secara menyeluruh. Namun, implementasinya tidak lepas dari berbagai tantangan yang kompleks. Di sisi lain, terdapat peluang besar yang dapat dimanfaatkan untuk memperkuat sistem pelayanan kebidanan berbasis komunitas dan keluarga.

1. Tantangan

- a. Keterbatasan Sumber Daya:
 - 1) Keterbatasan jumlah tenaga kesehatan, khususnya bidan di daerah terpencil.
 - 2) Fasilitas kesehatan yang minim dan kurang memadai.
 - 3) Keterbatasan logistik seperti alat kesehatan dan obat-obatan.

- b. Hambatan Sosial Budaya
 - 1) Kepercayaan tradisional yang bertentangan dengan praktik medis modern.
 - 2) Norma budaya yang membatasi akses perempuan terhadap layanan kesehatan.
 - 3) Rendahnya literasi kesehatan di masyarakat.
- c. Akses Geografis
 - 1) Jarak yang jauh dan sulit dijangkau menuju fasilitas kesehatan.
 - 2) Infrastruktur yang buruk, seperti jalan yang tidak memadai dan transportasi yang terbatas.
- d. Tantangan Ekonomi:
 - 1) Kemampuan finansial keluarga yang terbatas untuk membiayai kebutuhan kesehatan.
 - 2) Prioritas ekonomi keluarga yang kadang menomorduakan kesehatan ibu dan anak.
- e. Sistem dan Manajemen
 - 1) Kurangnya koordinasi lintas sektor.
 - 2) Sistem pencatatan dan pelaporan yang belum optimal.
 - 3) Pelatihan yang belum merata di semua daerah.

2. Peluang

- a. Kebijakan dan Dukungan Pemerintah
 - 1) Adanya program nasional seperti Keluarga Sehat, Germas, dan revitalisasi Posyandu.
 - 2) Dukungan anggaran dari pemerintah pusat dan daerah untuk memperkuat pelayanan kebidanan komunitas.
- b. Pemberdayaan Masyarakat
 - 1) Ketersediaan kader kesehatan yang siap membantu sebagai mitra bidan.

- 2) Antusiasme masyarakat dalam mengikuti program kesehatan jika diberikan edukasi yang tepat.
 - c. Teknologi Digital
 - 1) Pemanfaatan aplikasi kesehatan untuk memantau kondisi ibu dan anak.
 - 2) Telemedicine sebagai solusi untuk menjangkau daerah yang sulit diakses.
 - d. Kemitraan Lintas Sektor
 - 1) Peluang kerja sama dengan lembaga swadaya masyarakat (LSM), sektor swasta, dan akademisi.
 - 2) Penguatan kolaborasi antara dinas kesehatan, pendidikan, sosial, dan lembaga terkait lainnya.
 - e. Inovasi Pelayanan
 - 1) Pengembangan model pelayanan berbasis keluarga yang lebih adaptif.
 - 2) Implementasi kelas ibu hamil digital dan kampanye kesehatan berbasis komunitas.
- 3. Strategi Pemanfaatan Peluang**
- a. Meningkatkan kapasitas dan distribusi tenaga kesehatan.
 - b. Mengintegrasikan teknologi informasi untuk mempercepat layanan.
 - c. Memperkuat edukasi kesehatan berbasis keluarga dan komunitas.
 - d. Mengoptimalkan jejaring kemitraan dan kolaborasi lintas sektor.

Pelayanan kebidanan komunitas menghadapi berbagai tantangan yang harus diantisipasi secara strategis. Di sisi lain, peluang yang tersedia jika dimanfaatkan dengan baik dapat memperkuat sistem pelayanan dan memberikan

dampak signifikan bagi kesehatan ibu dan anak. Kolaborasi yang solid, inovasi yang berkelanjutan, dan pemberdayaan masyarakat adalah kunci keberhasilan dalam menghadapi tantangan dan memanfaatkan peluang tersebut.

Di masa depan, pelayanan kebidanan komunitas diproyeksikan akan lebih terintegrasi dengan teknologi dan kolaborasi lintas sektor. Fokus akan semakin diarahkan pada upaya preventif dan promotif, dengan memperkuat peran keluarga sebagai pusat pelayanan.

DAFTAR PUSTAKA

- BKKBN. (2020). *Pedoman Pelayanan Keluarga Berencana*.
- International Confederation of Midwives (ICM). (2017). *Essential Competencies for Midwifery Practice*.
- International Confederation of Midwives (ICM). (2019). *Midwifery Services Framework*.
- International Confederation of Midwives (ICM). (2020). *Strengthening Midwifery Services in Low-Resource Settings*.
- International Confederation of Midwives (ICM). (2021). *Midwifery: A Vital Health-Care Service*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2017). *Permenkes No. 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Profil Kesehatan Indonesia*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). *Pedoman Pelayanan Kebidanan Komunitas*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2021). *Evaluasi Program Kesehatan Ibu dan Anak*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2021). *Modul Keluarga Sehat*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2022). *Rencana Strategis Kesehatan Ibu dan Anak*.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- World Health Organization (WHO). (2016). *WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience*.
- World Health Organization (WHO). (2018). *Family Health: A Global Perspective*.

World Health Organization (WHO). (2021). *Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health*.

World Health Organization (WHO). (2022). *Community-Based Maternal and Newborn Health Care*.

World Health Organization (WHO). (2023). *Innovations in Maternal and Child Health*.

BAB 2

PERMASALAHAN KESEHATAN REPRODUKSI PEREMPUAN DAN PELAYANAN KEBIDANAN PADA SETTING KOMUNITAS

Oleh Khairani, S.S.T., M.Kes.

A. Definisi Kesehatan Reproduksi

Menurut WHO (2022), kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, serta fungsi dan prosesnya. Ini mencakup kebebasan untuk menikmati kehidupan seksual yang aman dan memuaskan serta kebebasan dalam memutuskan kapan dan seberapa sering ingin memiliki anak.

Kesehatan reproduksi merupakan aspek penting dalam kesehatan masyarakat karena berpengaruh langsung terhadap kualitas hidup individu, keluarga, dan masyarakat secara luas. Pemahaman yang benar tentang kesehatan reproduksi membantu individu mengambil keputusan yang bijak dalam hal seksual, keluarga berencana, serta pencegahan penyakit menular seksual.

Dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2014, kesehatan reproduksi adalah: "Keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsi dan prosesnya, baik pada pria maupun wanita."

B. Tujuan Kesehatan Reproduksi

1. Meningkatkan pemahaman masyarakat tentang pentingnya kesehatan reproduksi.
2. Menjamin akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif.
3. Melindungi hak individu dalam menentukan pilihan reproduksi secara bebas dan bertanggung jawab.
4. Mencegah penyakit menular seksual termasuk HIV/AIDS.
5. Menurunkan angka kematian ibu dan bayi.

C. Hak-Hak Dalam Kesehatan Reproduksi

Hak-hak dalam kesehatan reproduksi merupakan bagian integral dari hak asasi manusia yang menjamin setiap individu dapat membuat keputusan terkait kehidupan seksual dan reproduksinya secara bebas, bertanggung jawab, dan tanpa diskriminasi. Di Indonesia, hak-hak ini diakui dan dilindungi oleh berbagai peraturan perundang-undangan, termasuk Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi.

Berikut adalah beberapa hak utama dalam kesehatan reproduksi:

1. Hak untuk Hidup
Setiap individu, khususnya perempuan, berhak atas kehidupan yang aman dan bebas dari risiko kematian yang berkaitan dengan kehamilan atau persalinan.
2. Hak atas Kemerdekaan dan Keamanan
Setiap individu berhak mengatur kehidupan seksual dan reproduksinya tanpa paksaan, termasuk hak untuk tidak dipaksa hamil, menjalani sterilisasi, atau aborsi.

3. Hak atas Kesetaraan dan Bebas dari Diskriminasi
Setiap individu berhak bebas dari segala bentuk diskriminasi dalam kehidupan seksual dan reproduksinya.
4. Hak atas Kerahasiaan Pribadi
Setiap individu berhak mendapatkan pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi yang menghormati kerahasiaan pribadi.
5. Hak atas Kebebasan Berpikir
Setiap individu bebas dari penafsiran ajaran agama, kepercayaan, filosofi, dan tradisi yang membatasi kemerdekaan berpikir tentang pelayanan kesehatan reproduksi dan seksual.
6. Hak Mendapatkan Informasi dan Pendidikan
Setiap individu berhak atas informasi dan pendidikan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi dan seksual, termasuk jaminan kesehatan dan kesejahteraan pribadi maupun keluarga.
7. Hak untuk Menikah atau Tidak Menikah serta Membentuk dan Merencanakan Keluarga
Setiap individu berhak memutuskan untuk menikah atau tidak, serta menentukan jumlah dan jarak kelahiran anak sesuai keinginannya.
8. Hak atas Pelayanan dan Perlindungan Kesehatan
Setiap individu berhak atas pelayanan kesehatan reproduksi yang aman, efektif, terjangkau, dan berkualitas.
9. Hak untuk Mendapatkan Manfaat dari Kemajuan Ilmu Pengetahuan
Setiap individu berhak memperoleh pelayanan

kesehatan reproduksi dengan teknologi mutakhir yang aman dan dapat diterima.

10. Hak atas Kebebasan Berkumpul dan Berpartisipasi dalam Politik

Setiap individu berhak mendesak pemerintah agar memprioritaskan kebijakan yang berkaitan dengan hak-hak kesehatan seksual dan reproduksi.

11. Hak untuk Bebas dari Penganiayaan dan Perlakuan Buruk

Setiap individu berhak dilindungi dari eksploitasi, penganiayaan seksual, perkosaan, kekerasan, penyiksaan, dan pelecehan seksual.

D. Permasalahan Utama Kesehatan Reproduksi di Indonesia

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2022 mengungkap berbagai permasalahan kesehatan reproduksi di Indonesia yang memerlukan perhatian serius. Beberapa temuan utama dari survei tersebut meliputi:

1. Kurangnya Pengetahuan Remaja tentang Kesehatan Reproduksi

Banyak remaja Indonesia masih memiliki pengetahuan yang rendah terkait fungsi reproduksi, pubertas, dan kontrasepsi. SDKI 2022 menunjukkan bahwa hanya sekitar 47,9% remaja perempuan yang mengetahui masa subur mereka.

2. Pernikahan Usia Dini

Pernikahan dini masih tinggi, khususnya di daerah pedesaan. Menurut BKKBN (2023), sekitar 16% perempuan menikah sebelum usia 18 tahun,

meningkatkan risiko komplikasi kehamilan dan putus sekolah.

3. Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)
Data dari SDKI dan UNFPA (2022) menunjukkan bahwa sekitar 17% remaja mengalami KTD, banyak di antaranya karena kurangnya akses terhadap kontrasepsi atau informasi yang tepat.
4. Kurangnya Akses terhadap Kontrasepsi dan Layanan Kesehatan
Akses terhadap layanan kontrasepsi modern masih terbatas, terutama di daerah terpencil. Ketersediaan tenaga medis dan sarana pelayanan juga tidak merata.
5. Infeksi Menular Seksual (IMS) dan HIV/AIDS
Menurut Kementerian Kesehatan (2023), peningkatan kasus IMS dan HIV/AIDS terjadi di kalangan remaja dan usia produktif. Rendahnya penggunaan kondom dan stigma menjadi faktor utama.
6. Kematian Ibu
Meskipun mengalami penurunan, angka kematian ibu (AKI) masih cukup tinggi di Indonesia, yaitu 189 per 100.000 kelahiran hidup (2022). Penyebab utama adalah perdarahan, infeksi, dan preeklamsia.
7. Stigma dan Diskriminasi terhadap Pelayanan Reproduksi
Stigma sosial menyebabkan banyak individu, terutama remaja dan kelompok rentan, enggan mengakses layanan kesehatan reproduksi. Hal ini diperburuk oleh minimnya layanan ramah remaja.

E. Permasalahan Kesehatan Reproduksi di Komunitas

1. Edukasi dan Kesadaran

- a. Kurangnya Pemahaman tentang Kesehatan Reproduksi
 - 1) Minimnya pengetahuan mengenai menstruasi, ovulasi dan siklus reproduksi.
 - 2) Stigma dan tabu terhadap pembahasan kesehatan reproduksi di lingkungan komunitas.
- b. Keterbatasan Edukasi Seksual bagi Remaja
Rendahnya akses informasi mengenai kesehatan reproduksi dan seksual bagi remaja.

2. Akses ke Layanan Kesehatan

- a. Kurangnya Akses ke Fasilitas Kesehatan
 - 1) Keterbatasan jumlah fasilitas kesehatan di daerah terpencil.
 - 2) Biaya pelayanan kesehatan yang mahal, sehingga sulit dijangkau masyarakat kurang mampu.
- b. Keterbatasan Akses terhadap Kontrasepsi
 - 1) Tidak meratanya distribusi alat kontrasepsi di komunitas.
 - 2) Kurangnya informasi tentang metode kontrasepsi yang aman dan efektif.

3. Angka Kehamilan Tidak Direncanakan dan Remaja

- a. Kehamilan pada Usia Dini
 - 1) Perkawinan anak yang masih tinggi di beberapa komunitas.
 - 2) Kurangnya program pencegahan kehamilan remaja di tingkat komunitas.

- b. Kehamilan Tidak Direncanakan
 - 1) Kurangnya kesadaran tentang perencanaan keluarga.
 - 2) Akses terbatas terhadap layanan kesehatan reproduksi dan kontrasepsi.

4. Penyakit Menular Seksual (PMS)

- a. Kurangnya Pencegahan dan Pengobatan PMS
 - 1) Tingginya stigma terhadap penderita PMS seperti HIV/AIDS.
 - 2) Rendahnya kesadaran tentang penggunaan kondom untuk mencegah penularan PMS.
- b. Kurangnya Deteksi Dini
 - 1) Minimnya program skrining PMS di komunitas.
 - 2) Ketakutan atau malu untuk memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan.

5. Masalah Kesehatan Ibu Hamil dan Melahirkan

- a. Tingginya Angka Kematian Ibu (AKI)
 - 1) Keterlambatan dalam mengenali tanda bahaya selama kehamilan dan persalinan.
 - 2) Kurangnya tenaga kesehatan profesional di komunitas.
- b. Masalah Gizi pada Ibu Hamil
 - 1) Kekurangan zat besi dan anemia pada ibu hamil.
 - 2) Kurangnya pemahaman tentang pentingnya asupan gizi seimbang selama kehamilan.

6. Kekerasan Berbasis Gender dan Kesehatan Mental

- a. Kekerasan Seksual dan Domestik
 - 1) Perempuan sering menjadi korban kekerasan yang berdampak pada kesehatan reproduksi.
 - 2) Kurangnya layanan dukungan psikologis dan medis bagi korban kekerasan.

- b. Gangguan Kesehatan Mental
 - 1) Depresi postpartum yang tidak tertangani.
 - 2) Tekanan sosial dan stigma yang memengaruhi kesejahteraan psikologis perempuan.

7. Pengaruh Sosial dan Budaya

- a. Praktik Tradisional yang Berisiko
 - 1) Praktik seperti sunat perempuan (FGM) yang membahayakan kesehatan reproduksi.
 - 2) Peran budaya yang menghambat akses perempuan terhadap layanan kesehatan.
- b. Peran Gender yang Tidak Setara
 - 1) Ketergantungan perempuan pada izin suami atau keluarga untuk mendapatkan layanan kesehatan.
 - 2) Beban kerja ganda yang mengurangi perhatian perempuan terhadap kesehatannya sendiri.

8. Keterbatasan Infrastruktur dan Kebijakan

- a. Minimnya Infrastruktur Kesehatan
 - 1) Jalan yang sulit diakses dan transportasi yang mahal ke fasilitas kesehatan.
 - 2) Kekurangan tenaga kesehatan yang kompeten di komunitas.
- b. Kebijakan yang Kurang Mendukung
 - 1) Program kesehatan reproduksi yang tidak merata di semua wilayah.
 - 2) Kurangnya dukungan pemerintah dalam edukasi dan layanan kesehatan reproduksi.

F. Pelayanan Kebidanan Pada Setting Komunitas

Pelayanan kebidanan dalam setting komunitas berfokus pada peningkatan aksesibilitas, kualitas, dan keterjangkauan layanan kesehatan untuk perempuan di luar fasilitas kesehatan formal. Beberapa bentuk pelayanan kebidanan yang dapat diberikan di setting komunitas meliputi:

1. **Penyuluhan dan Edukasi**
Menyediakan pendidikan mengenai kesehatan reproduksi, seperti perawatan kehamilan, persalinan, perawatan pasca-persalinan, serta pencegahan penyakit menular seksual.
2. **Layanan Antenatal (ANC)**
Pemeriksaan rutin bagi ibu hamil untuk memantau kesehatan ibu dan janin. Termasuk pemeriksaan tekanan darah, pemeriksaan urine, pemeriksaan detak jantung janin, serta pemberian suplemen seperti tablet besi.
3. **Layanan Persalinan dan Pertolongan Persalinan**
Kebidanan komunitas dapat memberikan layanan persalinan yang aman, seperti pertolongan persalinan oleh bidan terlatih di rumah atau tempat yang telah disiapkan untuk itu, dengan prosedur yang sesuai dengan standar medis.
4. **Layanan Pasca Persalinan**
Memberikan perawatan setelah persalinan termasuk pemantauan tanda-tanda vital ibu dan bayi, serta memberikan dukungan menyusui.
5. **Keluarga Berencana (KB)**
Menyediakan layanan konseling dan penyuluhan

mengenai pilihan kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhan perempuan, serta mendampingi mereka dalam menentukan pilihan yang terbaik.

G. Pelayanan Kebidanan Pada Setting Komunitas

Pelayanan kebidanan di komunitas juga mencakup deteksi dini gangguan kesehatan reproduksi dan penyuluhan untuk mencegah penyakit seperti kanker serviks, endometriosis, dan penyakit menular seksual.

1. Tantangan dalam Pelayanan Kebidanan pada Setting Komunitas

- a. Keterbatasan Akses dan Sumber Daya
Banyak komunitas di daerah terpencil yang kesulitan mengakses layanan kesehatan kebidanan yang berkualitas karena terbatasnya tenaga medis dan infrastruktur.
- b. Isu Sosial dan Budaya
Norma sosial dan budaya yang membatasi kebebasan perempuan dalam membuat keputusan tentang kesehatan mereka, termasuk keputusan mengenai kehamilan dan kesehatan seksual.
- c. Ketidaksetaraan Gender
Ketidaksetaraan dalam distribusi peran, sumber daya, dan keputusan kesehatan seringkali menghambat akses perempuan terhadap pelayanan kebidanan yang memadai.
- d. Stigma dan Diskriminasi
Stigma terkait penyakit menular seksual, kehamilan di luar nikah, dan masalah kesehatan

mental yang bisa menghalangi perempuan untuk mencari bantuan.

2. Solusi untuk Meningkatkan Pelayanan Kebidanan di Komunitas

a. Peningkatan Kualitas Pelatihan untuk Tenaga Kebidanan

Memberikan pelatihan yang lebih baik bagi bidan untuk mengatasi permasalahan kesehatan reproduksi perempuan dan meningkatkan keterampilan mereka dalam memberikan pertolongan persalinan yang aman.

b. Penguatan Jaringan Komunitas

Mengoptimalkan kerja sama antara pemerintah, organisasi non-pemerintah, dan komunitas lokal untuk meningkatkan edukasi kesehatan, layanan kebidanan, dan sumber daya yang tersedia di tingkat komunitas.

c. Penyuluhan dan Pendidikan Kesehatan Reproduksi Meningkatkan pendidikan dan kesadaran mengenai kesehatan reproduksi perempuan di kalangan masyarakat, agar perempuan lebih berdaya dalam mengambil keputusan yang sehat mengenai tubuh mereka.

H. Solusi Permasalahan Kesehatan Reproduksi Pada Perempuan di Komunitas

Kesehatan reproduksi perempuan merupakan aspek penting dalam pembangunan kesehatan masyarakat. Namun, di banyak komunitas, terutama di wilayah terpencil atau dengan keterbatasan akses, perempuan masih menghadapi tantangan besar terkait layanan kesehatan reproduksi dan kebidanan. Kurangnya akses informasi,

minimnya fasilitas kesehatan, dan stigma budaya menjadi hambatan utama.

1. Peningkatan Akses Layanan Kesehatan
 - a. Penguatan Puskesmas keliling, Posyandu, dan layanan kesehatan reproduksi mobile.
 - b. Layanan berbasis komunitas, seperti ambulans desa dan sistem rujukan darurat lokal.
 - c. Pemanfaatan telemedicine untuk konsultasi jarak jauh.
2. Pendidikan dan Penyuluhan Kesehatan Reproduksi
 - a. Pendidikan kesehatan reproduksi sejak dini di sekolah-sekolah
 - b. Pengadaan kelas ibu hamil dan remaja putri secara berkala
 - c. Penyuluhan berbasis kearifan lokal yang melibatkan tokoh adat dan agama
3. Pemberdayaan dan Penguatan Bidan
 - a. Pelatihan berkelanjutan bagi bidan tentang pelayanan ramah perempuan.
 - b. Pemberdayaan bidan sebagai fasilitator edukasi komunitas.
 - c. Penempatan bidan sesuai rasio populasi dan wilayah dengan insentif berbasis wilayah kerja.
4. Penguatan Kelembagaan dan Kolaborasi Lintas Sektor
 - a. Kerja sama antara Dinas Kesehatan, tokoh masyarakat, organisasi perempuan, dan lembaga swadaya.
 - b. Dukungan dari pemerintah daerah dalam penyediaan sarana-prasarana dan anggaran kesehatan reproduksi.

5. Penghapusan Stigma dan Edukasi Gender
 - a. Edukasi berbasis hak kesehatan reproduksi dan gender equality.
 - b. Melibatkan laki-laki sebagai bagian dari solusi dalam program-program edukatif.

I. Contoh Studi Kasus Sukses di Komunitas

Permasalahan kesehatan reproduksi dan pelayanan kebidanan tidak dapat diselesaikan hanya dari sisi medis, tetapi harus melalui pendekatan holistik, berbasis komunitas, dan lintas sektor. Dibutuhkan sinergi antara bidan, tenaga kesehatan, tokoh masyarakat, pemerintah, dan perempuan itu sendiri untuk menciptakan akses layanan yang setara dan bermartabat, sebagai berikut:

1. Program Desa Siaga Aktif di beberapa wilayah Indonesia berhasil menurunkan angka kematian ibu dengan sistem rujukan komunitas
2. Pendidikan seksual berbasis sekolah dan remaja di Yogyakarta dan Bali yang menysasar remaja secara partisipatif terbukti meningkatkan pengetahuan reproduksi secara signifikan

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). (2023). *Laporan Tahunan Program Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional*.
- Bappenas. (2020). *Strategi Pembangunan Kesehatan Reproduksi di Indonesia*. Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
- Barnes, J., & Brown, S. (2016). *Global Reproductive Health and Rights: Policy and Practice*. Cambridge University Press
- BKKBN. (2021). *Panduan Pelayanan Kesehatan Reproduksi di Tingkat Komunitas*. Jakarta: BKKBN
- Kementerian Kesehatan RI. (2023). *Profil Kesehatan Indonesia 2022*. Jakarta: Kemenkes.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Laporan Kesehatan Reproduksi Perempuan dan Pelayanan Kebidanan*. Kemenkes RI.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi.
- Suryani, L. (2017). *Kesehatan Reproduksi Perempuan: Masalah dan Tantangannya*. Jakarta: Penerbit Naskah.
- SDKI 2022. (Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia).
- UNFPA Indonesia. (2022). *State of World Population Report*.
- WHO. (2022). *Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030)*

BAB 3

JEJARING KERJA DI KOMUNITAS

Oleh Bd. Maidina Putri, S.S.T., M.Kes., M.Keb.

A. Jejaring Kerja di Komunitas

Jejaring kerja di komunitas merupakan salah satu strategi penting dalam pembangunan sosial, ekonomi, dan budaya masyarakat. Jejaring ini menghubungkan individu, kelompok, lembaga, dan organisasi untuk mencapai tujuan bersama melalui kolaborasi, komunikasi, dan koordinasi yang efektif. Dalam konteks ini, jejaring kerja menjadi fondasi penting dalam memperkuat kapasitas komunitas dan menciptakan perubahan sosial yang berkelanjutan.

Jejaring kerja di komunitas dapat diartikan sebagai sistem hubungan yang terstruktur dan berkelanjutan antar berbagai elemen dalam masyarakat yang bertujuan untuk meningkatkan efektivitas kerja sama dalam mencapai tujuan bersama. Jejaring ini melibatkan pertukaran informasi, sumber daya, dukungan, dan partisipasi aktif dari semua pihak yang terlibat.

Jejaring kerja atau *networking* dalam konteks komunitas merujuk pada proses membangun hubungan dan kerjasama antara individu, kelompok, organisasi, atau lembaga yang memiliki tujuan dan kepentingan yang sama untuk meningkatkan efektivitas kerja serta mencapai tujuan bersama. Jejaring kerja ini menjadi landasan untuk saling bertukar informasi, sumber daya, dukungan, serta

kolaborasi dalam berbagai kegiatan sosial, ekonomi, pendidikan, hingga pemberdayaan masyarakat.

B. Tujuan Jejaring Kerja di Komunitas

1. Meningkatkan efektivitas dan efisiensi kegiatan komunitas

Jejaring kerja memungkinkan komunitas untuk saling mendukung dalam pelaksanaan program atau kegiatan. Dengan berbagai sumber daya, tenaga dan informasi, komunitas dapat menjalankan program dengan lebih efektif dan efisien.

2. Menyediakan akses terhadap sumber daya dan informasi

Melalui jejaring komunitas dapat memperoleh akses berbagai informasi penting, peluang pendanaan, pelatihan serta bantuan teknis yang mungkin tidak tersedia secara internal

3. Mendukung solidaritas dan kerjasama antar komunitas
Jejaring menciptakan hubungan yang kuat antar komunitas, memperkuat rasa kebersamaan dan solidaritas untuk mencapai tujuan bersama. Ini penting dalam menghadapi permasalahan sosial yang kompleks dan saling berkaitan.

4. Meningkatkan kapasitas dan kompetensi anggota komunitas

Melalui kolaborasi komunitas bisa saling belajar dan berbagi pengalaman. Proses ini mendorong peningkatan keterampilan, wawasan dan kapasitas kelembagaan masing-masing komunitas.

5. Membangun solidaritas dan kerjasama antar komunitas

Jejaring menciptakan hubungan yang kuat antar

komunitas, memperkuat rasa kebersamaan dan solidaritas untuk mencapai tujuan bersama. Ini penting dalam menghadapi permasalahan sosial yang kompleks dan saling berkaitan.

C. Prinsip-Prinsip Dasar Jejaring Kerja

1. Kolaborasi

Kepercayaan adalah fondasi utama dalam membangun jejaring kerja yang kuat. Tanpa kepercayaan, kolaborasi sulit untuk berjalan dengan baik. Kepercayaan dibangun melalui keterbukaan, konsistensi, dan integritas (Kemenkes RI, 2018).

2. Komunikasi Efektif

Jejaring kerja yang sukses membutuhkan komunikasi yang terbuka, jujur, dan dua arah. Komunikasi membantu menghindari kesalahpahaman dan memastikan semua pihak berada dalam pemahaman yang sama

3. Koordinasi

Setiap elemen dalam jejaring kerja harus memiliki peran dan tanggung jawab yang jelas. Koordinasi yang baik akan mempermudah proses rujukan dan penanganan kasus, serta mencegah duplikasi tindakan medis.

4. Keterpaduan Layanan

Pelayanan kebidanan harus terintegrasi dari tingkat pelayanan dasar hingga rujukan. Artinya, pelayanan harus berjalan secara berkesinambungan, mulai dari bidan di komunitas, puskesmas, hingga rumah sakit (Manuaba, 2010).

5. Sistem Rujukan yang efektif dan Efisien

Sistem rujukan yang baik memungkinkan ibu hamil,

bersalin, dan nifas mendapatkan pelayanan tepat waktu di fasilitas yang lebih tinggi sesuai dengan kebutuhannya. Bidan berperan penting dalam mengenali tanda-tanda kegawatdaruratan dan merujuk secara tepat (Depkes RI, 2008).

6. Berbasis Kebutuhan Pasien
Seluruh aktivitas dalam jejaring kerja harus berfokus pada kebutuhan ibu dan bayi. Pelayanan harus disesuaikan dengan kondisi pasien, termasuk aspek budaya, sosial, dan ekonomi.
7. Akuntabilitas dan Evaluasi
Setiap pihak dalam jejaring kerja kebidanan harus bertanggung jawab atas tindakan yang dilakukan dan terbuka terhadap evaluasi guna perbaikan sistem pelayanan secara berkelanjutan.
8. Saling Menguntungkan (*Mutual Benefit*)
Kerja sama dalam jaringan harus didasarkan pada keuntungan bersama. Setiap pihak yang terlibat harus memperoleh manfaat, baik dalam bentuk informasi, sumber daya, atau dukungan.
9. Komitmen
Komitmen dari setiap pihak terhadap tujuan bersama menjadi kunci keberlanjutan jaringan. Komitmen ini bisa ditunjukkan melalui keterlibatan aktif dan kontribusi nyata dalam jaringan.
10. Keterbukaan (*Transparency*)
Setiap pihak dalam jaringan harus terbuka dalam menyampaikan tujuan, harapan, dan peran masing-masing. Transparansi menciptakan lingkungan kerja yang sehat dan meminimalkan konflik.

11. Kesetaraan

Semua pihak dalam jejaring harus diperlakukan secara adil dan setara. Tidak ada dominasi satu pihak atas pihak lainnya yang dapat menghambat kerja sama jangka panjang.

12. Tujuan Bersama (*Shared Goals*)

Jejaring kerja dibangun atas dasar tujuan bersama yang jelas dan disepakati. Tanpa tujuan yang searah, jaringan akan mudah terpecah dan kehilangan arah.

D. Komponen Jejaring Kerja di Komunitas

1. Bidan Komunitas

Bidan merupakan tenaga kesehatan lini depan yang memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak secara langsung kepada masyarakat. Perannya mencakup promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif (H. Varney, 2007).

2. Kader Kesehatan/ Kader Posyandu

Kader adalah penghubung antara masyarakat dan tenaga kesehatan. Mereka memiliki peran penting dalam deteksi dini masalah kesehatan, edukasi, dan pendampingan ibu hamil dan balita.

3. Fasilitas Rujukan

Rumah sakit atau klinik rujukan menjadi bagian penting jejaring untuk menangani kasus-kasus yang tidak dapat ditangani di tingkat komunitas (Manuaba, 2020).

4. Organisasi Profesi

Organisasi seperti Ikatan Bidan Indonesia (IBI) berperan dalam pembinaan profesionalisme dan advokasi terhadap kebijakan pelayanan kebidanan.

5. **Aktor atau Pelaku Jejaring**
Aktor jejaring adalah individu atau organisasi yang terlibat langsung dalam jejaring kerja. Dalam konteks komunitas, aktor bisa berupa:
 - a. Tokoh Masyarakat;
 - b. Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM);
 - c. Kelompok pemuda dan perempuan;
 - d. Pemerintah desa/kelurahan;
 - e. Organisasi keagamaan;
 - f. Dunia usaha lokal.
6. **Struktur Jaringan**
Struktur menunjukkan pola hubungan antar-aktor dalam jejaring. Struktur yang sehat biasanya memiliki:
 - a. Hubungan yang tidak terlalu hirakis;
 - b. Aliran komunikasi yang terbuka;
 - c. Adanya “hub” atau pusat koordinasi.
7. **Tujuan Bersama**
Setiap jejaring kerja dibentuk dengan dasar tujuan yang disepakati bersama. Di komunitas, tujuan bisa meliputi:
 - a. Pengentasan kemiskinan;
 - b. Pendidikan dan pelatihan;
 - c. Pemberdayaan ekonomi lokal;
 - d. Pelestarian lingkungan.
8. **Sumber Daya**
Jejaring mengandalkan pertukaran sumber daya antar anggotanya, baik yang bersifat:
 - a. Sumber daya manusia (relawan, tenaga ahli);
 - b. Informasi dan pengetahuan (pelatihan, edukasi);
 - c. Sarana dan prasarana.
9. **Norma dan Nilai Sosial**
Jejaring kerja di komunitas tidak hanya dibentuk oleh

kepentingan rasional, tetapi juga oleh norma dan nilai sosial yang berlaku, seperti:

- a. Gotong royong;
- b. Tanggungjawab sosial;
- c. Keadilan dan kesetaraan.

10. Komunikasi

Komunikasi yang efektif memungkinkan jejaring tetap terhubung, menyelaraskan tujuan, dan menyelesaikan konflik. Media komunikasi di komunitas dapat berupa:

- a. Pertemuan rutin;
- b. Grup media sosial;
- c. Forum warga atau musyawarah.

11. Kepemimpinan dan Koordinasi

Peran kepemimpinan penting untuk menjaga arah, memotivasi anggota, dan mendorong partisipasi. Pemimpin dalam jejaring komunitas tidak selalu formal, namun harus memiliki integritas dan kemampuan menghubungkan pihak-pihak lain.

E. Bentuk-Bentuk Jejaring Kerja

1. Jejaring Informal

Jejaring yang terbentuk secara alami melalui hubungan personal, kepercayaan, dan komunikasi yang tidak resmi.

Ciri-ciri:

- a. Tidak memiliki struktur organisasi yang tetap;
- b. Dibangun berdasarkan relasi pribadi (misal: teman, kolega);
- c. Fleksibel dan cepat dalam bertukar informasi.

Contoh: Grup WhatsApp komunitas, forum diskusi relawan, pertemanan antarkelompok masyarakat.

2. Jejaring Formal

Jejaring yang dibentuk secara resmi dengan struktur organisasi dan aturan yang jelas.

Ciri-ciri:

- a. Memiliki visi, misi, dan peran yang terstruktur;
- b. Dibentuk melalui perjanjian atau nota kesepahaman (MoU);
- c. Ada tanggung jawab, wewenang, dan koordinasi yang sistematis.

Contoh: Kemitraan antara pemerintah dan LSM, jaringan kerja antar universitas, asosiasi profesi.

3. Jejaring Horizontal

Jejaring antara institusi yang berada pada tingkat atau level pelayanan yang setara. Jejaring yang dibangun antara aktor-aktor yang memiliki status, kekuasaan, atau fungsi yang relatif setara.

Ciri-ciri:

- a. Tidak ada dominasi satu pihak;
- b. Kerja sama didasarkan pada kesetaraan;
- c. Kolaborasi antar organisasi sejenis.

Contoh: Kerja sama antara puskesmas satu dengan puskesmas lain dalam pengelolaan kasus atau pengadaan alat.

4. Jejaring Vertikal

Jejaring yang menghubungkan pelayanan dari tingkat yang lebih rendah ke tingkat yang lebih tinggi atau sebaliknya (hierarki pelayanan kesehatan). Jejaring antara aktor dengan status atau fungsi yang berbeda, biasanya antara pengambil kebijakan dan pelaksana atau antara pusat dan daerah.

Ciri-ciri:

- a. Adanya struktur hirarki;
- b. Hubungan *top-down* atau *bottom-up*;
- c. Fokus pada koordinasi dan pelaporan.

Contoh: Kerja sama antara posyandu → puskesmas → rumah sakit.

5. Jejaring Internal

Jejaring yang terbentuk di dalam satu institusi atau organisasi pelayanan kesehatan, misalnya antara unit rawat jalan, unit gawat darurat, dan unit persalinan di satu rumah sakit atau puskesmas. Dibangun di dalam suatu organisasi atau komunitas untuk meningkatkan kerja sama antar unit atau individu.

Ciri-ciri:

- a. Fokus pada sinergi internal;
- b. Memperkuat komunikasi antar divisi;
- c. Memudahkan koordinasi program.

Contoh: Koordinasi antara bidan dan dokter umum di puskesmas untuk penanganan ibu hamil risiko tinggi.

6. Jejaring Berbasis Komunitas

Bentuk jejaring yang terpusat pada partisipasi aktif masyarakat dan tokoh lokal dalam mendukung pelayanan kesehatan.

Contoh: Keterlibatan kader posyandu, tokoh agama, dan tokoh masyarakat dalam mendorong pemeriksaan kehamilan rutin.

7. Jejaring Lintas Sektor

Melibatkan sektor di luar kesehatan, seperti sektor pendidikan, sosial, pemerintahan, dan organisasi masyarakat.

Contoh: Kolaborasi antara bidan, PKK, dan pemerintah desa dalam kegiatan posyandu dan penyuluhan gizi ibu hamil.

8. Jejaring Lintas Profesi

Melibatkan tenaga kesehatan dari berbagai latar belakang profesi dalam satu sistem kerja sama.

Contoh: Kolaborasi bidan dengan dokter spesialis kandungan, perawat, ahli gizi, dan tenaga penyuluh kesehatan masyarakat.

9. Jejaring Eksternal

Jejaring yang melibatkan kerja sama antar institusi atau fasilitas kesehatan di luar satu organisasi. Jejaring yang melibatkan pihak luar dari organisasi untuk memperluas jangkauan, sumber daya, dan pengaruh.

Ciri-ciri:

- a. Kolaborasi antar organisasi/komunitas;
- b. Terbuka terhadap pihak luar;
- c. Fokus pada pencapaian hasil kolektif.

Contoh: Rujukan dari bidan praktek mandiri ke rumah sakit rujukan atau spesialis kandungan.

F. Manfaat Jejaring Kerja di Komunitas

1. Meningkatkan Akses Pelayanan Kesehatan
Jejaring mempermudah masyarakat, khususnya ibu hamil dan anak-anak, dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang cepat, terjangkau, dan sesuai standar (Kemenkes RI, 2018).
2. Menjamin *Continuity of Care* (Pelayanan Berkesinambungan)
Dengan jejaring, pelayanan bisa terus berlangsung dari masa kehamilan, persalinan, hingga pasca persalinan tanpa terputus.
3. Mendukung Sistem Rujukan yang Efektif
Jejaring memperkuat sistem rujukan dua arah antara masyarakat dan fasilitas kesehatan, sehingga kasus kegawatdaruratan bisa ditangani lebih cepat dan tepat.
4. Meningkatkan Koordinasi Antar Pihak
Jejaring menciptakan komunikasi dan koordinasi yang baik antara bidan, kader kesehatan, tokoh masyarakat, dan fasilitas kesehatan.
5. Meningkatkan Partisipasi Masyarakat
Masyarakat menjadi lebih aktif dalam menjaga kesehatan dirinya dan keluarganya melalui edukasi, konseling, dan keterlibatan dalam kegiatan posyandu, kelas ibu hamil, dll.
6. Peningkatan Mutu Pelayanan
Adanya evaluasi dan supervisi antar komponen jejaring mendorong peningkatan kualitas pelayanan kebidanan secara berkelanjutan.
7. Pencegahan dan Penanganan Risiko Dini
Melalui jejaring, deteksi dini risiko kehamilan atau

kelainan pada bayi dapat dilakukan lebih cepat, sehingga mencegah komplikasi serius.

8. Meningkatkan Akses Informasi dan Pengetahuan
Jejaring komunitas memungkinkan aliran informasi yang cepat dan akurat. Anggota jaringan dapat saling berbagi pengalaman, praktik baik (*best practices*), dan solusi atas masalah yang dihadapi.
9. Memperkuat Solidaritas dan Kohesi Sosial
Jejaring menciptakan hubungan emosional yang memperkuat rasa kebersamaan, gotong royong, dan tanggung jawab kolektif dalam menghadapi tantangan komunitas.
10. Memperkuat Kapasitas Komunitas
Melalui jejaring, komunitas dapat mengembangkan kapasitas teknis dan manajerial melalui pelatihan, kerja sama lintas sektor, dan pendampingan dari pihak lain (misalnya NGO atau akademisi).
11. Mendorong Partisipasi dan Inklusivitas
Jejaring membuka ruang partisipasi bagi semua pihak, termasuk kelompok rentan seperti perempuan, pemuda, dan penyandang disabilitas. Hal ini meningkatkan inklusivitas dalam perencanaan dan pelaksanaan program komunitas.
12. Efisiensi Pengelolaan Sumber Daya
Melalui jejaring, sumber daya dapat dimanfaatkan secara lebih efisien melalui pembagian peran dan kerja sama. Ini menghindari duplikasi program dan pemborosan anggaran.
13. Memperkuat Advokasi dan Pengaruh Politik
Komunitas yang terorganisir dalam jejaring memiliki daya tawar lebih kuat untuk memperjuangkan

kebijakan atau mendapatkan perhatian dari pengambil keputusan, baik di tingkat lokal maupun nasional.

14. Mendukung Keberlanjutan Program Pembangunan Jejaring mendorong kolaborasi jangka panjang yang tidak hanya bergantung pada bantuan luar, tetapi tumbuh dari kekuatan internal komunitas.
15. Contoh Nyata Manfaat Jejaring di Komunitas
 - a. Forum Warga Kota: Menghubungkan masyarakat sipil dengan pemerintah daerah untuk menyusun kebijakan partisipatif.
 - b. Jejaring Koperasi Petani: Meningkatkan akses pasar dan teknologi pertanian.
 - c. Komunitas Lingkungan: Berbagi pengetahuan pengelolaan sampah dan konservasi alam.

G. Strategi Pengembangan Jejaring Kerja

1. Pemetaan Stakeholder Pelayanan Kebidanan

Langkah awal adalah mengidentifikasi seluruh pihak yang terkait dalam pelayanan kebidanan (Kemenkes RI, 2021):

- a. Bidan desa dan Puskesmas;
- b. Rumah sakit rujukan;
- c. Dinas Kesehatan;
- d. Lembaga swadaya masyarakat (LSM);
- e. Organisasi profesi (IBI – Ikatan Bidan Indonesia).

2. Membangun Sistem Rujukan yang Terintegrasi

Sistem rujukan maternal dan neonatal harus dibangun berdasarkan kesepakatan antar fasilitas kesehatan dengan prosedur yang jelas, termasuk (WHO, 2016):

- a. SOP rujukan;
- b. Formulir rujukan terstandar;
- c. Komunikasi antar fasilitas;

- d. Transportasi rujukan.

3. Meningkatkan Kapasitas SDM Kesehatan

Peningkatan kapasitas bidan dan tenaga kesehatan lainnya dilakukan melalui:

- a. Pelatihan berjenjang (*Basic Emergency Obstetric and Neonatal Care* / PONEK);
- b. Refreshing knowledge via seminar/workshop;
- c. Supervisi dan mentoring dari Dinas Kesehatan.

4. Membangun Komunikasi dan Koordinasi yang Efektif

- a. Rapat koordinasi lintas sektor secara berkala;
- b. Forum komunikasi jejaring rujukan (FKJR);
- c. Penggunaan teknologi informasi seperti aplikasi *telemedicine* atau *WhatsApp group* jejaring kebidanan.

5. Kolaborasi dengan Masyarakat dan Tokoh Lokal

Pelibatan tokoh masyarakat, kader, dan keluarga sangat penting dalam (Pusdik SDM, 2020):

- a. Deteksi dini risiko kehamilan;
- b. Edukasi kesehatan reproduksi;
- c. Penguatan transportasi lokal untuk rujukan.

6. Monitoring dan Evaluasi Jejaring Kerja

- a. Monitoring dilakukan secara berkala untuk memastikan:
 - 1) Fungsi rujukan berjalan lancar;
 - 2) Evaluasi kasus komplikasi maternal dan neonatal;
 - 3) Perbaikan SOP dan koordinasi.
- b. Indikator keberhasilan:
 - 1) Jumlah rujukan yang sesuai SOP;
 - 2) Penurunan angka kematian ibu (AKI) dan bayi (AKB);

3) Kepuasan pasien terhadap pelayanan.

H. Tantangan dalam Pengembangan Jejaring Komunitas

1. Kurangnya Edukasi dan Kesadaran Masyarakat

Banyak masyarakat yang belum memahami pentingnya pemeriksaan kehamilan rutin, rujukan tepat waktu, serta keterlibatan dalam kegiatan posyandu atau kelas ibu hamil.

Contoh: Ibu hamil tidak rutin periksa karena merasa sehat, padahal mengandung risiko tinggi.

2. Terbatasnya Jumlah dan Kapasitas Kader Kesehatan

Kader sebagai ujung tombak di komunitas seringkali belum cukup dilatih atau jumlahnya terbatas, sehingga tidak mampu menjangkau semua ibu hamil di wilayahnya.

3. Minimnya Dukungan Tokoh Masyarakat dan Lintas Sektor

Kurangnya kolaborasi dengan kepala desa, tokoh agama, atau organisasi lokal membuat kegiatan jejaring tidak berjalan optimal.

4. Sarana dan Prasarana Tidak Memadai

Akses jalan, transportasi, alat komunikasi, dan fasilitas posyandu yang belum memadai menjadi hambatan besar dalam mengembangkan jejaring.

5. Koordinasi Lintas Lembaga yang Lemah

Tidak adanya sistem koordinasi yang jelas antara bidan desa, puskesmas, dinas kesehatan, dan pemerintah desa membuat jejaring tidak terintegrasi.

6. Data dan Sistem Informasi Belum Terintegrasi

Bidan dan kader masih banyak menggunakan pencatatan manual yang belum terhubung dengan sistem data kesehatan nasional atau daerah.

7. Budaya dan Kepercayaan Tradisional

Adanya kepercayaan masyarakat terhadap dukun bayi atau praktik nonmedis yang tidak aman bisa menjadi hambatan dalam pemanfaatan jejaring kebidanan.

Contoh: Penolakan masyarakat terhadap rujukan medis karena percaya pada pengobatan tradisional.

8. Keterbatasan Dana Operasional

Jejaring komunitas memerlukan dukungan anggaran dari dana desa, pemerintah daerah, maupun CSR. Bila tidak tersedia, maka program sulit dilaksanakan secara berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI. (2008). *Standar Pelayanan Kebidanan*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemendes RI. (2021). *Pedoman Rujukan Maternal dan Neonatal*.
- Kementerian Desa, PDT, dan Transmigrasi RI. (2019). *Pedoman Umum Penguatan Jejaring Pemberdayaan Masyarakat Desa*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Pedoman Sistem Jejaring Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Pedoman Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Manuaba, I.B.G. (2010). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.
- Manuaba, I.B.G. (2020). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC
- Nasdian, Ferdinand. (2014). *Pemberdayaan Masyarakat: Teori dan Praktik*. Jakarta: Yayasan Obor Indonesia
- Pusdik SDM Kesehatan. (2020). *Buku Saku Kader Posyandu: Kesehatan Ibu dan Anak*.
- Rifai, A. (2016). *Pemberdayaan Masyarakat dan Pengembangan Komunitas*. Jakarta: Kencana
- Varney, H. (2007). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- WHO. (2016). *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*.

BAB 4

PROGRAM KESEHATAN

REPRODUKSIDI WILAYAH KERJA

BIDAN KOMUNITASDENGAN

PENDEKATAN PARTSIPATIF & PWS

KIA

Oleh Nur Azizah., S.S.T., M.K.M.

A. Pendahuluan

Program kesehatan reproduksi di wilayah kerja bidan komunitas memiliki peran penting dalam meningkatkan kesehatan ibu, bayi, dan keluarga secara keseluruhan. Salah satu fokus utama program ini adalah penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan serta pelayanan keluarga berencana (KB).

Berikut adalah beberapa elemen kunci dalam program kesehatan reproduksi di wilayah kerja bidan komunitas:

Kegiatan Penyuluhan:

1. Edukasi tentang Menstruasi dan Kesehatan Reproduksi: Memberikan pengetahuan tentang siklus menstruasi, pentingnya menjaga kebersihan selama menstruasi, serta cara mengenali tanda-tanda gangguan kesehatan reproduksi.

2. Pencegahan Penyakit Menular Seksual (PMS) dan HIV/AIDS: Memberikan informasi tentang cara pencegahan PMS dan HIV, serta pentingnya pemeriksaan kesehatan secara rutin.
3. Kesehatan Pasca Persalinan: Memberikan edukasi tentang pentingnya pemeriksaan kesehatan setelah melahirkan, termasuk pemantauan kesehatan fisik dan mental ibu serta perawatan bayi.
4. Pendidikan tentang Kesehatan Reproduksi Remaja: Memberikan informasi kepada remaja perempuan tentang perubahan tubuh selama pubertas, serta pentingnya menjaga kesehatan reproduksi sejak dini.

PWS KIA (Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak) adalah sebuah alat atau sistem yang digunakan untuk memantau pelaksanaan program-program kesehatan ibu dan anak di suatu wilayah. Tujuan utamanya adalah untuk memastikan program-program tersebut berjalan dengan efektif dan memberikan dampak positif pada kesehatan ibu dan anak, serta untuk memudahkan tindak lanjut yang cepat dan tepat jika ditemukan masalah atau kebutuhan tambahan

PWS KIA (Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak) memang memiliki kesamaan dengan definisi surveilans, karena keduanya berfokus pada pemantauan, pengawasan, dan tindak lanjut untuk memastikan bahwa program kesehatan berjalan dengan baik dan memenuhi standar yang ditetapkan. Kegiatan pokok PWS KIA bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi ibu dan anak dengan pendekatan yang komprehensif dan berkelanjutan. Berikut adalah penjelasan lebih lanjut mengenai kegiatan pokok PWS KIA:

1. Peningkatan Pelayanan Antenatal Sesuai Standar: Memastikan bahwa seluruh ibu hamil mendapatkan

pelayanan antenatal yang sesuai dengan standar medis, seperti pemeriksaan rutin, edukasi, dan penanganan masalah kesehatan yang mungkin timbul selama kehamilan.

2. Peningkatan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan Kompeten: Menjamin bahwa persalinan dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan bahwa ibu yang melahirkan dirujuk ke fasilitas kesehatan yang sesuai jika diperlukan. Ini untuk mengurangi risiko komplikasi selama proses melahirkan.
3. Peningkatan Pelayanan bagi Ibu Nifas Sesuai Standar: Menyediakan perawatan pasca-persalinan yang sesuai dengan standar medis, yang mencakup pemantauan kesehatan ibu, pencegahan infeksi, dan pemulihan tubuh setelah melahirkan.
4. Peningkatan Pelayanan bagi Neonatus Sesuai Standar: Memberikan pelayanan kesehatan yang tepat bagi bayi baru lahir (neonatus), termasuk imunisasi, pemeriksaan kesehatan rutin, dan perawatan khusus jika diperlukan.
5. Peningkatan Deteksi Dini Faktor Risiko dan Komplikasi Kebidanan: Meningkatkan upaya deteksi dini terhadap faktor risiko dan komplikasi kebidanan selama kehamilan dan persalinan, untuk memastikan penanganan segera dan tepat.
6. Peningkatan Penanganan Komplikasi Kebidanan dan Neonatus Secara Adekuat: Menangani komplikasi kebidanan dan kondisi medis bayi dengan cara yang tepat dan adekuat, serta memantau perkembangan kondisi secara terus-menerus.

7. Peningkatan Pelayanan Kesehatan bagi Bayi Sesuai Standar: Memastikan bahwa semua bayi mendapatkan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar, termasuk pemeriksaan, imunisasi, dan pemberian gizi yang baik.
8. Peningkatan Pelayanan Kesehatan bagi Anak Balita Sesuai Standar: Memberikan perawatan kesehatan yang sesuai bagi anak balita (bayi hingga usia lima tahun), yang mencakup pemantauan pertumbuhan, imunisasi, dan pemenuhan kebutuhan gizi.
9. Peningkatan Pelayanan Keluarga Berencana (KB) Sesuai Standar: Menyediakan layanan keluarga berencana yang sesuai dengan standar, termasuk informasi, konseling, dan akses terhadap kontrasepsi yang aman dan efektif bagi pasangan yang membutuhkan.

Indikator pemantauan PWS KIA (Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak) digunakan untuk mengukur efektivitas dan jangkauan pelayanan kesehatan ibu dan anak di suatu wilayah. Indikator-indikator ini bertujuan untuk memastikan bahwa setiap ibu hamil, ibu melahirkan, ibu nifas, serta bayi dan balita menerima pelayanan yang sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Berikut adalah penjelasan lebih lanjut mengenai indikator-indikator pemantauan PWS KIA:

1. Cakupan Pelayanan Antenatal Pertama Kali (K1);
2. Cakupan Pelayanan Antenatal Minimal 4 Kali (K4);
3. Cakupan Persalinan Ditolong Tenaga Kesehatan (Pn);
4. Cakupan Pelayanan Nifas oleh Tenaga Kesehatan (Kf 3);
5. Cakupan Pelayanan Neonatus Pertama Kali (KN 1).

Tindakan bidan dalam rangka peningkatan kesehatan di tingkat komunitas:

1. Menilai kebutuhan masyarakat, rencanakan dan sediakan komunitas tertentu terhadap suatu program. Misalnya: kelompok untuk orangtua tunggal, kelompok dukungan menyusui yang memberikan bantuan praktis dan moral untuk perempuan menyusui, dll.
2. Mengakses kelompok yang sulit dijangkau atau yang tidak mengakses layanan yang disediakan
3. Mengembangkan sumber daya untuk mendukung perbaikan
4. Menyediakan program kesehatan tingkat masyarakat sesuai evidence based misalnya P4K, desa siaga, dll

B. Jaringan Kerja dalam Menjalankan Kebijakan Pemerintah

Bidan yang bekerja di komunitas memiliki peran yang sangat penting dalam mendukung kebijakan pemerintah, terutama dalam hal pelayanan kesehatan ibu dan anak. Untuk menjalankan kebijakan tersebut dengan efektif, bidan perlu menjalin kemitraan yang kuat dengan berbagai pihak di komunitas. Hal ini bertujuan untuk mempermudah pengambilan keputusan secara kolaboratif, serta untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak di tingkat masyarakat. Dalam hal ini, terdapat beberapa konsep yang mendasari pentingnya kemitraan dan pengembangan komunitas, yakni pemberdayaan dan pengembangan komunitas. Unsur yang penting dalam menjalin jaringan kerja di komunitas adalah sensitivitas terhadap aspek kultural, yang berarti bahwa pelayanan yang diberikan harus sesuai dengan persepsi Masyarakat

Dalam menjalankan tugasnya di komunitas, bidan bekerja dengan berbagai jaringan kerja yang dapat membantu mencapai tujuan pelayanan kesehatan ibu dan anak yang lebih optimal. Jaringan kerja ini terdiri dari berbagai lembaga, organisasi, dan kelompok masyarakat yang saling mendukung dalam meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan. Berikut adalah beberapa jaringan kerja bidan di komunitas:

1. Di Puskesmas, bidan berperan sebagai anggota tim yang sangat penting dalam menjalankan berbagai program kesehatan ibu dan anak. Sebagai bagian dari tim, bidan diharapkan dapat berkontribusi secara maksimal dalam setiap kegiatan yang dilakukan.
2. Di Polindes, Posyandu, BPS, dan rumah pasien, bidan berperan sebagai pimpinan tim (*leader*), yang berarti mereka memiliki tanggung jawab besar dalam mengelola dan melaksanakan kegiatan kebidanan di tingkat komunitas. Sebagai pimpinan tim, bidan diharapkan tidak hanya memberikan pelayanan medis, tetapi juga mampu mengelola kegiatan dengan baik, memimpin tim, dan memastikan program kesehatan berjalan dengan efektif.
3. Dalam menjalankan tugasnya, bidan tidak hanya bekerja secara terpisah, tetapi juga harus melibatkan berbagai pihak melalui kerjasama lintas program dan kerjasama lintas sektor untuk mencapai tujuan kesehatan ibu dan anak yang lebih komprehensif dan berkelanjutan.
4. Dalam menjalankan tugasnya, bidan tidak hanya bekerja secara terpisah, tetapi juga harus melibatkan berbagai pihak melalui kerjasama lintas program dan kerjasama lintas sektor untuk mencapai tujuan

kesehatan ibu dan anak yang lebih komprehensif dan berkelanjutan.

C. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Peran Bidan dalam Pelayanan Kesehatan Reproduksi Perempuan dan Keluarga Berencana

Peran bidan dalam pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sangat penting dalam meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat, terutama ibu dan anak. Namun, dalam melaksanakan tugasnya, bidan sering kali dihadapkan pada berbagai faktor yang dapat mempengaruhi efektivitas dan keberhasilan layanan yang diberikan. Berikut adalah beberapa faktor yang cenderung berpengaruh terhadap peran bidan dalam pelayanan kebidanan di bidang kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana:

1. **Faktor Kompetensi dan Pendidikan Bidan**
Kompetensi dan tingkat pendidikan bidan sangat menentukan kualitas pelayanan yang diberikan. Bidan yang memiliki pendidikan formal yang baik serta mengikuti pelatihan berkelanjutan lebih mampu memberikan pelayanan yang berbasis bukti dan sesuai dengan standar kesehatan yang berlaku. Pendidikan yang memadai juga meningkatkan keterampilan bidan dalam melakukan penyuluhan dan mendampingi perempuan dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan reproduksi dan keluarga berencana.
2. **Dukungan Kebijakan dan Regulasi Pemerintah**
Kebijakan dan regulasi yang diterapkan oleh pemerintah berpengaruh besar terhadap peran bidan dalam layanan kesehatan reproduksi dan keluarga

berencana. Regulasi terkait izin praktik, penyediaan alat kontrasepsi, serta program kesehatan ibu dan anak dapat mempengaruhi akses dan efektivitas pelayanan yang diberikan oleh bidan. Selain itu, dukungan dalam bentuk insentif, penguatan sistem rujukan, dan kebijakan desentralisasi layanan kesehatan juga berperan dalam memperkuat kapasitas bidan di lapangan.

3. Kondisi Sosial dan Budaya Masyarakat

Norma sosial dan budaya yang berkembang di masyarakat turut mempengaruhi penerimaan layanan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana. Di beberapa daerah, masih terdapat kepercayaan dan nilai budaya yang membatasi perempuan dalam mengakses layanan kesehatan, termasuk konsultasi dengan bidan. Oleh karena itu, pendekatan budaya dan komunikasi yang efektif sangat diperlukan agar bidan dapat memberikan edukasi yang tepat kepada masyarakat.

4. Ketersediaan Sarana dan Prasarana

Infrastruktur dan fasilitas kesehatan yang memadai menjadi faktor penting dalam menunjang kinerja bidan. Ketersediaan obat-obatan, alat medis, dan akses terhadap fasilitas kesehatan seperti puskesmas atau rumah sakit sangat berpengaruh terhadap kualitas layanan yang dapat diberikan. Di daerah terpencil, keterbatasan ini sering kali menjadi hambatan utama dalam pelayanan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana.

5. Dukungan Keluarga dan Masyarakat

Keberhasilan pelayanan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana juga sangat dipengaruhi oleh dukungan dari keluarga dan masyarakat. Peran serta suami dalam pengambilan keputusan terkait

penggunaan alat kontrasepsi dan perawatan ibu hamil dapat meningkatkan efektivitas layanan yang diberikan oleh bidan. Selain itu, dukungan komunitas dalam mendukung program-program kesehatan ibu dan anak juga menjadi faktor yang tidak kalah penting.

Dengan memahami berbagai faktor yang mempengaruhi peran bidan dalam pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana, diharapkan adanya upaya yang lebih terarah dalam meningkatkan kualitas layanan kebidanan. Sinergi antara tenaga kesehatan, pemerintah, serta masyarakat sangat diperlukan guna menciptakan pelayanan kesehatan yang lebih inklusif dan efektif.

D. Kegiatan Bidan dan Jaringan Kerja Kebidanan Komunitas

Kebidanan komunitas merupakan salah satu bidang penting dalam pelayanan kesehatan masyarakat, khususnya dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan ibu dan anak. Peran bidan dalam komunitas telah berlangsung sejak lama, dengan fokus utama pada pelayanan di luar rumah sakit, seperti di puskesmas, posyandu, rumah-rumah warga, hingga klinik mandiri. Dalam menjalankan tugasnya, bidan tidak hanya memberikan layanan medis tetapi juga edukasi dan bimbingan bagi ibu dan keluarga dalam rangka meningkatkan kesadaran akan kesehatan reproduksi dan tumbuh kembang anak.

Agar dapat bekerja secara efektif di komunitas, seorang bidan harus memiliki kompetensi yang mencakup berbagai aspek, seperti pemahaman konsep kebidanan komunitas, identifikasi masalah kesehatan ibu dan anak,

serta strategi pelayanan yang sesuai dengan kondisi sosial dan budaya setempat. Oleh karena itu, penting bagi bidan untuk memiliki pengetahuan dan keterampilan dasar yang memadai guna memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif.

E. Pengetahuan Dasar yang Harus Dimiliki Bidan

Bidan yang bertugas di komunitas harus menguasai berbagai aspek yang berkaitan dengan kebidanan komunitas. Berikut adalah beberapa pengetahuan dasar yang harus dimiliki oleh seorang bidan:

1. **Konsep Dasar Kebidanan Komunitas** Kebidanan komunitas merupakan cabang dari ilmu kebidanan yang berfokus pada pelayanan kesehatan ibu dan anak dalam konteks masyarakat. Konsep ini mencakup pelayanan yang berbasis keluarga dan kelompok, dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.
2. **Masalah Kebidanan Komunitas** Berbagai masalah kebidanan komunitas dapat meliputi tingginya angka kematian ibu dan bayi, kurangnya akses terhadap layanan kesehatan, minimnya edukasi tentang kesehatan reproduksi, serta faktor sosial dan ekonomi yang mempengaruhi kesehatan ibu dan anak.
3. **Pendekatan Asuhan Kebidanan pada Keluarga, Kelompok, dan Masyarakat** Bidan harus mampu memberikan asuhan yang berorientasi pada kebutuhan keluarga dan masyarakat. Pendekatan ini mencakup identifikasi kebutuhan kesehatan, pemberian edukasi, serta pencegahan dan penanganan dini terhadap masalah kesehatan ibu dan anak.

4. **Strategi Pelayanan Kebidanan Komunitas** Dalam menjalankan perannya, bidan harus memiliki strategi pelayanan yang efektif, seperti pendekatan berbasis masyarakat, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya, serta pemanfaatan teknologi dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak.
5. **Ruang Lingkup Kebidanan Komunitas** Ruang lingkup kebidanan komunitas meliputi pelayanan kesehatan ibu hamil, persalinan, nifas, bayi dan balita, keluarga berencana, serta kesehatan reproduksi remaja dan lansia.
6. **Upaya Peningkatan dan Pemeliharaan Kesehatan Ibu dan Anak dalam Keluarga dan Masyarakat** Bidan harus aktif dalam upaya promotif dan preventif untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak, seperti melalui penyuluhan kesehatan, imunisasi, serta pemberian nutrisi yang baik.
7. **Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Ibu dan Anak** Kesehatan ibu dan anak dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik biologis, lingkungan, sosial, ekonomi, maupun budaya. Bidan harus memahami faktor-faktor ini agar dapat memberikan intervensi yang tepat.
8. **Sistem Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak** Pemahaman tentang sistem pelayanan kesehatan, termasuk kebijakan pemerintah, program kesehatan ibu dan anak, serta jejaring kerja antara fasilitas kesehatan, sangat penting dalam meningkatkan efektivitas pelayanan kebidanan komunitas.

F. Keterampilan Dasar yang Harus Dimiliki Bidan

Selain memiliki pengetahuan yang luas, seorang bidan juga harus memiliki keterampilan praktis dalam menjalankan tugasnya di komunitas. Berikut beberapa keterampilan dasar yang harus dimiliki oleh seorang bidan:

1. **Melakukan Pengelolaan Pelayanan Ibu Hamil, Nifas, Bayi, Balita, dan Keluarga Berencana di Masyarakat** Bidan harus mampu memberikan pelayanan yang komprehensif kepada ibu hamil dan nifas, serta bayi dan balita, dengan memperhatikan standar pelayanan kebidanan yang berlaku.
2. **Mengidentifikasi Status Kesehatan Ibu dan Anak** Identifikasi status kesehatan dapat dilakukan melalui pemeriksaan rutin, wawancara, observasi, dan pencatatan riwayat kesehatan ibu dan anak.
3. **Melakukan Pertolongan Persalinan di Rumah dan Polindes** Bidan harus memiliki keterampilan dalam menangani persalinan normal di rumah maupun di polindes (pondok bersalin desa), serta merujuk kasus yang memerlukan penanganan lebih lanjut.
4. **Mengelola Polindes** Pengelolaan polindes meliputi administrasi, pelayanan kesehatan, serta pengawasan terhadap ibu hamil dan ibu nifas agar mendapatkan perawatan yang optimal.
5. **Melakukan Kunjungan Rumah pada Ibu Hamil, Nifas, Laktasi, Bayi, dan Balita** Kunjungan rumah bertujuan untuk memantau kondisi kesehatan ibu dan anak, memberikan edukasi, serta mendukung keberlangsungan ASI eksklusif.

6. **Melakukan Pembinaan dan Penggerakan PSM (Pemberdayaan Swadaya Masyarakat)** Bidan harus mampu membina masyarakat agar lebih sadar akan pentingnya kesehatan ibu dan anak, serta mendorong partisipasi aktif dalam berbagai program kesehatan.
7. **Melakukan Penyuluhan dan Konseling Kesehatan** Penyuluhan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan pemahaman masyarakat mengenai kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, serta gizi seimbang.
8. **Melakukan Pencatatan dan Pelaporan** Pencatatan dan pelaporan adalah bagian penting dari tugas bidan untuk mendokumentasikan semua pelayanan yang telah diberikan, serta melaporkan data kesehatan ibu dan anak kepada pihak terkait.

G. Jaringan Kerja Kebidanan Komunitas

Dalam menjalankan tugasnya, bidan tidak bekerja sendiri. Mereka harus membangun jaringan kerja yang luas dengan berbagai pihak, termasuk:

1. Puskesmas dan Dinas Kesehatan sebagai pusat layanan kesehatan primer.
2. Posyandu dan kader kesehatan yang membantu dalam deteksi dini dan edukasi masyarakat.
3. Rumah sakit rujukan untuk kasus yang memerlukan penanganan lebih lanjut.
4. Organisasi sosial dan LSM yang bergerak di bidang kesehatan ibu dan anak.
5. Tokoh masyarakat dan pemuka agama yang dapat membantu dalam sosialisasi program kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). (2022). *Pedoman Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: BKKBN. <https://www.bkkbn.go.id>
- Hidayati, N., & Marlina, L. (2022). *Peran Bidan dalam Pemberdayaan Kesehatan Reproduksi Perempuan*. Bandung: Refika Aditama.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Petunjuk Teknis Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama*. Jakarta: Direktorat Kesehatan Keluarga. <https://www.kemkes.go.id>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Standar Nasional Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Pedoman Surveilans Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA)*. Jakarta: Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat. <https://kesmas.kemkes.go.id>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2022*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kesehatan. <https://pusdatin.kemkes.go.id>
- Rahayu, S. M., & Permatasari, D. (2023). *Determinasi Faktor Sosial Budaya dalam Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja di Indonesia*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 21 (1), 45–52. <https://jurnalkesmas.ui.ac.id>

- WHO. (2022). *Strengthening Midwifery Services to Improve Maternal and Newborn Health*. Geneva: World Health Organization.<https://www.who.int>
- Yanti, Y., & Fitriani, Y. (2022). *Kebidanan Komunitas: Pendekatan Pelayanan KIA dan KB Berbasis Masyarakat*. Yogyakarta: Deepublish.

BAB 5

PROGRAM KESEHATAN REPRODUKSI DI WILAYAH KERJA BIDAN KOMUNITAS DENGAN PENDEKATAN PARTISIPATIF & PWS KIA

Oleh Emilda, S.S.T., M.P.H.

A. Pendahuluan

Kesehatan reproduksi merupakan aspek penting dalam pembangunan kesehatan nasional yang berdampak langsung terhadap kualitas hidup, terutama bagi perempuan dan anak. Dalam konteks sistem pelayanan kesehatan primer di Indonesia, bidan komunitas memiliki peran sentral sebagai ujung tombak layanan kesehatan reproduksi di tingkat desa atau kelurahan (Cholifah & Purwanti, 2021a). Namun, efektivitas program seringkali terbatas jika masyarakat tidak terlibat secara aktif dalam seluruh proses intervensi (Munawarah et al., 2024). Program kesehatan reproduksi di wilayah kerja bidan komunitas merupakan salah satu upaya strategis yang dilakukan untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak di masyarakat (Nurdiyan et al., 2016; Pabidang & Studi Kebidanan Program Magister STIKES Guna Bangsa Yogyakarta, 2024).

Program ini tidak hanya berfokus pada aspek kuratif atau pengobatan, tetapi juga menitikberatkan pada upaya

promotif dan preventif, sehingga mampu mencegah terjadinya masalah kesehatan sejak dini. Salah satu pendekatan yang digunakan dalam pelaksanaan program ini adalah pendekatan partisipatif, yang dipadukan dengan sistem Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA). Pendekatan partisipatif dalam program kesehatan reproduksi berarti seluruh proses perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi program dilakukan dengan melibatkan secara aktif masyarakat setempat. Masyarakat tidak hanya menjadi objek atau penerima manfaat program, melainkan juga berperan sebagai subjek yang turut menentukan arah dan prioritas program sesuai dengan kebutuhan dan kondisi lokal.

Sementara itu, PWS KIA merupakan suatu sistem manajemen yang digunakan untuk memantau secara rutin dan sistematis cakupan pelayanan kesehatan ibu dan anak di suatu wilayah (Arma Rani & Hargono, n.d.; Wijayanti, 2016). Melalui PWS KIA, bidan komunitas dapat mengidentifikasi wilayah-wilayah yang memiliki capaian rendah dalam pelayanan kesehatan, seperti imunisasi, pemeriksaan kehamilan, persalinan oleh tenaga kesehatan, hingga pemantauan tumbuh kembang anak. Dengan data yang diperoleh dari PWS KIA, bidan bersama masyarakat dapat melakukan analisis, menentukan masalah prioritas, dan merancang intervensi yang tepat sasaran (Lubis, n.d.).

Sinergi antara pendekatan partisipatif dan PWS KIA memberikan banyak manfaat bagi peningkatan kualitas layanan kesehatan ibu dan anak. Pertama, program menjadi lebih responsif terhadap kebutuhan nyata masyarakat karena dirancang berdasarkan hasil identifikasi masalah bersama. Kedua, masyarakat merasa memiliki program sehingga tercipta rasa tanggung jawab dan kepedulian untuk menjaga keberlanjutan program. Ketiga, keterlibatan

masyarakat dalam pengumpulan data dan pemantauan membantu meningkatkan akurasi dan validitas data, sehingga intervensi yang dilakukan menjadi lebih efektif.

Dalam implementasinya, bidan komunitas berperan sebagai fasilitator dan motivator yang mendorong masyarakat untuk berpartisipasi aktif (Gustiawati et al., 2019; Krianto, 2009). Bidan melakukan edukasi, pelatihan kader, serta membangun jejaring dengan berbagai pihak, seperti pemerintah desa, puskesmas, dan organisasi masyarakat. Selain itu, bidan juga memanfaatkan data dari PWS KIA untuk melakukan advokasi dan melaporkan perkembangan program kepada pemangku kepentingan di tingkat yang lebih tinggi. Beberapa kegiatan yang biasa dilakukan dalam program ini antara lain penyuluhan kesehatan reproduksi, kelas ibu hamil, posyandu balita, pemeriksaan kesehatan remaja, serta pembentukan kelompok peduli kesehatan ibu dan anak.

Kegiatan-kegiatan ini tidak hanya meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat, tetapi juga memperkuat solidaritas dan gotong royong dalam menjaga kesehatan bersama. Di sinilah pendekatan partisipatif dan strategi Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) memainkan peran penting. PWS KIA merupakan salah satu alat manajemen berbasis data yang digunakan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan ibu dan anak di tingkat lokal secara sistematis dan rutin. Ketika dikombinasikan dengan pendekatan partisipatif, PWS KIA tidak hanya menjadi alat teknis, tetapi juga menjadi media pemberdayaan masyarakat dalam menyusun, melaksanakan, dan mengevaluasi program kesehatan reproduksi yang lebih inklusif dan berkelanjutan.

B. Konsep Pendekatan Partisipatif dalam Layanan Kesehatan Reproduksi

Pendekatan partisipatif dalam program kesehatan merupakan suatu paradigma yang berangkat dari semangat pemberdayaan dan penghormatan terhadap kapasitas masyarakat (Gustiawati et al., 2019). Dalam pendekatan ini, masyarakat tidak lagi diposisikan sebagai penerima pasif dari berbagai intervensi kesehatan, tetapi sebaliknya, mereka menjadi mitra aktif dalam seluruh proses perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, dan evaluasi program. Dalam hal ini berarti masyarakat dilibatkan secara bermakna dalam proses pembangunan kesehatan, mulai dari merumuskan masalah hingga merancang solusi yang kontekstual sesuai dengan nilai, norma, dan kebutuhan setempat. Konsep ini sejalan dengan prinsip-prinsip dasar *primary health care* sebagaimana tertuang dalam Deklarasi Alma-Ata tahun 1978, yang menekankan pentingnya keterlibatan masyarakat secara aktif dalam pembangunan kesehatan di komunitas mereka. Deklarasi tersebut menyatakan bahwa kesehatan adalah hak dasar manusia dan pencapaiannya memerlukan partisipasi aktif dari semua pihak, termasuk masyarakat itu sendiri. Oleh karena itu, dalam pendekatan ini, pembangunan kesehatan bukan lagi sekadar intervensi dari luar, melainkan hasil interaksi dialogis antara petugas kesehatan dan masyarakat sebagai subjek pembangunan (Studi Keperawatan et al., 2020).

Dalam konteks layanan kesehatan reproduksi, pendekatan partisipatif menjadi semakin penting karena isu-isu reproduksi sangat terkait dengan nilai-nilai sosial, budaya, agama, dan gender yang hidup dalam masyarakat (Krianto, 2009). Oleh sebab itu, keberhasilan suatu program kesehatan reproduksi tidak bisa dilepaskan dari

seberapa jauh intervensi tersebut diterima, dipahami, dan dimiliki oleh masyarakat. Keterlibatan mereka sejak awal memastikan bahwa program dirancang berdasarkan kebutuhan nyata dan bukan sekadar asumsi teknokratik dari luar. Salah satu aspek utama dari pendekatan partisipatif dalam kesehatan reproduksi adalah identifikasi kebutuhan lokal secara bersama-sama. Dalam tahap ini, masyarakat diajak untuk mengenali dan mendefinisikan sendiri masalah-masalah yang mereka hadapi terkait kesehatan reproduksi (Kecerdasan Emosional et al., 2024). Misalnya, di beberapa komunitas pedesaan, kebutuhan utama bisa jadi adalah kurangnya akses terhadap layanan kontrasepsi atau rendahnya pengetahuan remaja tentang kesehatan seksual. Sementara di komunitas lain, prioritasnya mungkin pada peningkatan kualitas layanan antenatal care atau penurunan angka kematian ibu. Proses identifikasi yang dilakukan secara partisipatif menjamin bahwa program tidak hanya relevan secara teknis, tetapi juga sesuai dengan konteks sosial dan budaya setempat (Kabupaten Jember, 2019).

Setelah kebutuhan teridentifikasi, proses berikutnya adalah dialog terbuka antara bidan, kader kesehatan, tokoh masyarakat, dan pengguna layanan. Dialog ini berfungsi sebagai wadah komunikasi dua arah yang menjembatani pengetahuan medis dengan pengalaman hidup masyarakat. Di sini, peran bidan komunitas sangat penting sebagai fasilitator yang mampu menerjemahkan bahasa teknis kesehatan ke dalam bentuk pemahaman yang bisa diakses oleh masyarakat umum. Dialog ini juga menjadi sarana untuk mengidentifikasi potensi lokal, termasuk siapa saja yang dapat dilibatkan sebagai agen perubahan, misalnya tokoh agama, guru, atau pemuda desa.

Lebih jauh lagi, pendekatan partisipatif juga menekankan pentingnya pelibatan kelompok rentan, terutama remaja dan perempuan, dalam forum-forum diskusi dan pengambilan keputusan. Dalam banyak kasus, kelompok-kelompok ini justru paling terdampak oleh kebijakan dan program kesehatan reproduksi, namun sering kali tidak memiliki ruang atau suara yang memadai dalam proses perencanaan. Dengan memberikan ruang partisipatif yang setara, pendekatan ini tidak hanya meningkatkan efektivitas program, tetapi juga memperkuat keadilan sosial dan kesetaraan gender. Remaja, misalnya, dapat menjadi narasumber utama dalam merancang program edukasi kesehatan seksual yang sesuai dengan realitas mereka, sementara perempuan dapat berperan aktif dalam menyusun sistem rujukan untuk ibu hamil berisiko tinggi.

Berbagai kegiatan berbasis komunitas juga merupakan manifestasi nyata dari pendekatan partisipatif dalam layanan kesehatan reproduksi. Contoh konkretnya termasuk pembentukan Posyandu Remaja, yang tidak hanya menjadi tempat pelayanan kesehatan, tetapi juga ruang aman bagi remaja untuk berdiskusi dan belajar mengenai tubuh, seksualitas, dan relasi yang sehat. Kelompok diskusi ibu hamil juga menjadi ruang partisipatif yang sangat berharga, di mana perempuan bisa berbagi pengalaman, mengakses informasi yang benar, serta saling mendukung secara emosional dan praktis. Selain itu, penyebaran informasi melalui media lokal, seperti radio komunitas, teater rakyat, atau media sosial desa, mencerminkan adaptasi pesan kesehatan dengan budaya setempat sehingga lebih mudah diterima dan dipahami oleh masyarakat luas.

Secara keseluruhan, pendekatan partisipatif dalam layanan kesehatan reproduksi bukan hanya strategi teknis untuk meningkatkan efektivitas program, melainkan juga bagian dari proses transformasi sosial. Ketika masyarakat dilibatkan secara aktif dan setara, mereka tidak hanya menjadi penerima layanan, tetapi juga penggerak utama perubahan. sejalan dengan semangat desentralisasi pelayanan kesehatan di Indonesia, yang mendorong pelibatan aktif masyarakat sebagai bagian integral dari sistem kesehatan nasional (Fitriyanti et al., 2023). Oleh karena itu, pendekatan partisipatif harus dilihat sebagai investasi jangka panjang yang tidak hanya membentuk program yang lebih tepat sasaran, tetapi juga membangun kapasitas kolektif masyarakat dalam menjaga dan meningkatkan kesehatannya sendiri.

C. peran Strategis Bidan Komunitas dalam Pendekatan Partisipatif

Bidan komunitas memiliki posisi yang sangat strategis dalam sistem pelayanan kesehatan primer di Indonesia, khususnya dalam penerapan pendekatan partisipatif dalam program kesehatan reproduksi. Perannya tidak terbatas pada penyediaan layanan medis seperti pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, dan pelayanan kontrasepsi, tetapi juga mencakup fungsi sosial yang krusial: menjadi fasilitator pemberdayaan masyarakat. Berikut merupakan beberapa peran strategis bidan komunitas.

1. Membangun Kepercayaan dengan Masyarakat

Langkah pertama dan paling mendasar dalam pendekatan partisipatif adalah membangun hubungan saling percaya antara bidan dan masyarakat. Tanpa adanya kepercayaan,

partisipasi masyarakat dalam program kesehatan sulit terbentuk secara tulus dan berkelanjutan. Kepercayaan ini tidak serta merta muncul dari status profesional bidan sebagai tenaga kesehatan, tetapi dibangun melalui kehadiran yang konsisten, sikap empatik, dan komunikasi yang terbuka. Bidan komunitas perlu menunjukkan kesediaannya untuk mendengarkan masyarakat, menghargai budaya lokal, dan tidak menghakimi praktik-praktik tradisional, meskipun kadang bertentangan dengan standar medis. Dalam konteks ini, ibu hamil, pasangan usia subur (PUS), dan remaja menjadi kelompok sasaran utama yang perlu didekati secara personal dan kultural. Dengan memahami latar belakang sosial (Novi et al., n.d.), bidan dapat menyusun strategi komunikasi kesehatan yang lebih efektif dan humanis. Contoh konkritnya dalam masyarakat adat di beberapa wilayah Indonesia, keputusan-keputusan tentang kehamilan dan persalinan sering kali tidak hanya berada di tangan perempuan, tetapi juga melibatkan tokoh adat dan keluarga besa (Parwati et al., 2023)r. Dalam kontek yang lebih luas dapat dikatakan bahwa bidan yang mampu membangun kepercayaan tidak hanya dengan individu, tetapi juga dengan lingkungan sosial.

2. Mengaktifkan Forum Masyarakat dalam Menyusun Program

Pendekatan partisipatif menuntut adanya ruang dialog dan musyawarah sebagai medium partisipasi masyarakat. Di sinilah peran bidan komunitas sebagai penggerak forum masyarakat menjadi sangat penting. Bidan tidak bekerja sendiri, tetapi berkolaborasi dengan kader kesehatan, tokoh agama, tokoh adat, guru, dan kelompok ibu atau remaja. Forum-forum ini menjadi tempat untuk mendiskusikan masalah kesehatan yang muncul, menyusun rencana aksi lokal, serta mengevaluasi hasil dan dampak

program secara berkala (Kuliah Asuhan Kebidanan Komunitas, n.d.). Melalui forum seperti posyandu, kelompok diskusi ibu hamil, atau musyawarah desa, bidan dapat memfasilitasi identifikasi kebutuhan kesehatan reproduksi yang nyata, bukan berdasarkan asumsi. Forum ini juga menjadi media untuk menyampaikan hasil pemantauan kesehatan yang didapat dari sistem PWS KIA, sekaligus menumbuhkan rasa memiliki terhadap program (Kuliah Asuhan Kebidanan Komunitas, n.d.). Misalnya, ketika data menunjukkan bahwa tingkat kunjungan ibu hamil ke fasilitas kesehatan masih rendah, forum dapat digunakan untuk menggali hambatan yang dihadapi masyarakat, apakah karena jarak, biaya, atau kepercayaan terhadap dukun beranak. Solusi kemudian dirancang secara bersama, mungkin berupa sistem antar-jemput desa, edukasi berbasis kepercayaan lokal, atau pelatihan kolaboratif antara bidan dan dukun.

3. Mengelola Data PWS KIA untuk Perencanaan Berbasis Bukti

Dalam sistem pelayanan kesehatan, penggunaan data menjadi sangat penting agar intervensi tidak didasarkan pada intuisi semata, tetapi pada bukti konkret. Di tingkat komunitas, alat utama untuk manajemen berbasis data adalah *Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak* (PWS KIA). Bidan komunitas bertanggung jawab dalam mengumpulkan, menganalisis, dan memanfaatkan data PWS KIA untuk merancang program-program yang tepat sasaran. Namun, lebih dari sekadar mencatat angka, bidan perlu menjadikan data sebagai milik bersama masyarakat (Tabelak et al., 2024). Ini berarti data tidak hanya dikompilasi untuk laporan ke puskesmas, tetapi juga disampaikan kembali ke masyarakat dalam bentuk yang mudah dipahami: grafik sederhana, peta warna, atau

bahkan diskusi informal di forum warga. Ketika masyarakat mulai memahami apa arti angka-angka tersebut, misalnya jumlah ibu hamil dengan risiko tinggi atau rendahnya cakupan imunisasi, maka akan timbul kesadaran kolektif dan komitmen untuk memperbaiki situasi. Pengelolaan data berbasis komunitas ini memperkuat posisi bidan sebagai analis lokal yang tidak hanya bereaksi terhadap masalah, tetapi juga mampu mengantisipasi dan merancang solusi berbasis konteks.

4. Menjadi Jembatan antara Kebijakan Nasional dan Kebutuhan Lokal

Bidan komunitas juga memainkan peran krusial sebagai mediator antara kebijakan kesehatan nasional dan kondisi lapangan. Banyak kebijakan dari tingkat pusat yang bersifat universal dan teknis, seperti Standar Pelayanan Minimal (SPM) atau target cakupan KB, ANC, dan imunisasi. Namun, kebijakan ini tidak selalu bisa diterapkan begitu saja di lapangan tanpa adaptasi loka (Krianto, 2009; Purba, 2019).

Di sinilah bidan bertindak sebagai penerjemah kebijakan, yang menyesuaikan strategi pelaksanaan dengan ketersediaan sumber daya lokal, budaya masyarakat, dan dinamika sosial setempat. Misalnya, kampanye KB nasional mungkin menekankan penggunaan alat kontrasepsi modern, namun dalam masyarakat dengan nilai agama yang konservatif, bidan perlu menyampaikan informasi secara hati-hati dan menghargai pilihan keluarga. Alih-alih memaksakan target, bidan bisa fokus pada edukasi jangka panjang dan penyediaan layanan yang ramah (Gustiawati et al., 2019).

Selain itu, bidan juga dapat mengadvokasi ke pemerintah desa agar kebijakan dan anggaran desa mendukung program kesehatan reproduksi, seperti

pengadaan transportasi untuk ibu bersalin, pembangunan rumah tunggu kelahiran, atau pelatihan kader kesehatan.

D. Integrasi PWS KIA dalam Pendekatan Partisipatif

Integrasi Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) dalam pendekatan partisipatif berarti melibatkan masyarakat secara aktif dalam seluruh proses pemantauan dan pengelolaan kesehatan ibu dan anak di wilayahnya. Melalui pendekatan partisipatif, masyarakat tidak hanya menjadi objek, tetapi juga subjek yang berperan dalam pengambilan keputusan, perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi program PWS KIA. Konsep ini sejalan dengan prinsip pengelolaan berbasis komunitas yang menekankan partisipasi aktif warga dalam mengidentifikasi masalah, merumuskan solusi, serta memanfaatkan dan mengelola sumber daya lokal secara berkelanjutan (Ariyanti & Arofi, 2021)n.

Secara prinsip Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) merupakan suatu sistem manajemen berbasis data yang dikembangkan untuk mengidentifikasi dan memantau masalah-masalah kesehatan ibu dan anak di tingkat lokal. PWS KIA memiliki peran strategis dalam mendukung pengambilan keputusan yang tepat guna, terutama dalam pelayanan kesehatan dasar yang menyasar kelompok rentan seperti ibu hamil, ibu menyusui, bayi, balita, serta pasangan usia subur. Sistem ini bertumpu pada prinsip keterbukaan informasi, keberlanjutan pemantauan, serta penggunaan data yang bersifat lokal dan relevan. Ketika PWS KIA diintegrasikan dalam kerangka pendekatan partisipatif, maka tidak hanya menjadi alat administratif atau teknis semata, melainkan berkembang menjadi sarana pemberdayaan masyarakat.

PWS KIA partisipatif memungkinkan komunitas untuk memahami secara langsung dinamika kesehatan yang mereka hadapi, membangun kesadaran kritis terhadap masalah tersebut, dan secara kolektif merumuskan solusi yang kontekstual dan berkelanjutan. Dengan kata lain, PWS KIA bukan lagi hanya milik tenaga kesehatan, melainkan menjadi milik bersama masyarakat. Berikut adalah beberapa Upaya yang dapat dilakukan untuk Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA).

1. Meningkatkan Literasi Kesehatan Berbasis Data

Integrasi PWS KIA dalam pendekatan partisipatif diawali dengan penyadartahuan masyarakat mengenai pentingnya data. Data yang dikumpulkan melalui PWS KIA – seperti jumlah ibu hamil yang belum memeriksakan kehamilannya, balita dengan status gizi kurang, atau cakupan imunisasi – diolah dalam bentuk visual sederhana seperti grafik, peta, atau warna dalam matriks. Ketika hasil ini disampaikan kepada masyarakat dalam forum terbuka seperti posyandu, musyawarah desa, atau kelompok ibu, maka data tidak lagi menjadi angka-angka yang abstrak, melainkan menjadi gambaran nyata tentang kondisi kesehatan lingkungan. Melalui diskusi partisipatif atas data tersebut, masyarakat dapat menafsirkan masalah kesehatan secara lebih tepat dan kontekstual. Misalnya, jika diketahui bahwa di satu dusun terdapat 10 ibu hamil namun hanya 4 yang memeriksakan kehamilannya ke fasilitas kesehatan, maka forum warga dapat bersama-sama menggali penyebabnya: apakah karena akses transportasi, ketidakpercayaan terhadap tenaga medis, biaya, atau alasan kultural. literasi kesehatan masyarakat meningkat bukan hanya secara pengetahuan, tetapi juga secara empati dan kepedulian sosial.

2. Mendorong Kepemilikan dan Keterlibatan Komunitas

Salah satu kelebihan utama dari pendekatan partisipatif adalah munculnya *sense of ownership* atau rasa memiliki terhadap proses dan hasil program. Dalam konteks PWS KIA, ini berarti bahwa masyarakat tidak hanya dilibatkan sebagai objek pencatatan data, tetapi juga sebagai pelaksana dan pengawas proses pengumpulan data. Kader kesehatan, tokoh masyarakat, hingga ibu rumah tangga dapat diberdayakan untuk ikut mencatat, memverifikasi, bahkan mengolah informasi dasar, seperti identitas ibu hamil, status imunisasi anak, atau kepemilikan JKN. Keterlibatan ini menciptakan kesadaran bahwa data bukan sekadar milik pemerintah atau puskesmas, tetapi juga milik bersama yang dapat digunakan untuk mendorong perubahan sosial. Sebagai contoh, ketika para ibu tahu bahwa data dapat membantu kumpulkan menunjukkan peningkatan angka stunting di desa mereka, maka akan muncul dorongan dari dalam untuk mencari solusi secara bersama – mulai dari penguatan posyandu, penyuluhan gizi, hingga pembentukan dapur sehat berbasis komunitas.

3. Perencanaan Aksi Lokal yang Tepat Sasaran

Salah satu dimensi penting dari integrasi PWS KIA ke dalam pendekatan partisipatif adalah kemampuannya untuk digunakan sebagai dasar dalam perencanaan aksi lokal. Musyawarah desa, rembuk stunting, atau forum perencanaan pembangunan desa (*musrenbangdes*) akan menjadi lebih efektif bila didasarkan pada data konkret dari PWS KIA. Di sinilah peran strategis bidan komunitas sebagai fasilitator muncul, yaitu menginterpretasikan data kepada masyarakat, membimbing proses analisis partisipatif, dan membantu merumuskan intervensi yang realistis dan kontekstual.

Misalnya, dalam satu musyawarah desa, data PWS KIA menunjukkan bahwa satu dusun memiliki angka kehamilan remaja yang tinggi. Forum tersebut kemudian dapat memutuskan bahwa perlu dibentuk Posyandu Remaja, diselenggarakan edukasi kesehatan reproduksi di sekolah-sekolah, atau dilakukan pendekatan kepada orang tua dan tokoh agama setempat agar membahas isu pernikahan dini. Dengan demikian, intervensi tidak hanya muncul dari atas ke bawah, tetapi juga dari bawah ke atas, berdasarkan pemahaman lokal yang didukung oleh data akurat.

4. Membangun Akuntabilitas Sosial

Integrasi PWS KIA yang bersifat partisipatif juga memperkuat prinsip *social accountability* atau akuntabilitas sosial. Ketika data terbuka dan dapat diakses oleh masyarakat, maka akan muncul mekanisme pengawasan sosial yang mendorong peningkatan kualitas layanan kesehatan. Masyarakat dapat mengetahui apakah pelayanan ANC sudah diberikan kepada semua ibu hamil, apakah semua bayi mendapat imunisasi dasar lengkap, atau apakah tenaga kesehatan benar-benar hadir dan aktif di wilayah kerja mereka. Upaya ini sekaligus membangun kepercayaan timbal balik antara masyarakat dan tenaga kesehatan. Bidan komunitas tidak lagi dilihat sebagai petugas yang hanya datang untuk memberikan layanan, tetapi sebagai mitra yang bekerja bersama masyarakat dalam upaya kolektif membangun kesehatan komunitas.

5. Kolaborasi Multisektor dan Penguatan Peran Desa

Melalui data PWS KIA yang terbuka dan dimiliki bersama, desa dapat menggunakannya untuk menyusun Rencana Pembangunan Jangka Menengah Desa (RPJMDes), Rencana Kerja Pemerintah Desa (RKPDDes) dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa (APBDes). Pemerintah desa

bisa mengalokasikan dana untuk mendukung prioritas kesehatan ibu dan anak, seperti pengadaan kendaraan operasional, pelatihan kader, pembangunan rumah tunggu kelahiran, atau subsidi makanan tambahan untuk balita gizi kurang. Kolaborasi ini menandakan bahwa kesehatan tidak hanya menjadi urusan sektor kesehatan semata, tetapi menjadi tanggung jawab bersama lintas sektor – pendidikan, infrastruktur, ekonomi, dan pemerintahan lokal – yang bekerja bersama berdasarkan data dan kebutuhan nyata.

E. Langkah Implementasi Pendekatan Partisipatif dan PWS KIA dalam Program Kesehatan Reproduksi

Implementasi pendekatan partisipatif yang terintegrasi dengan sistem Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) dalam program kesehatan reproduksi memerlukan tahapan sistematis yang melibatkan masyarakat sejak awal. Langkah pertama adalah sosialisasi kepada masyarakat dan stakeholder lokal. Dalam tahap ini, bidan komunitas bersama dengan tenaga kesehatan lainnya mengundang tokoh-tokoh strategis di desa, seperti kepala desa, ketua RT/RW, kepala dusun, tokoh adat, tokoh agama, guru, serta perwakilan organisasi perempuan atau pemuda, untuk menyampaikan tujuan dan manfaat pendekatan partisipatif. Sosialisasi ini bertujuan membangun kesadaran kolektif bahwa masalah kesehatan reproduksi, termasuk kesehatan ibu dan anak, bukan semata tanggung jawab petugas kesehatan, melainkan bagian dari tanggung jawab sosial masyarakat itu sendiri. Selain itu, dukungan para tokoh ini sangat penting sebagai pintu masuk yang memudahkan pelibatan masyarakat lebih luas pada tahapan berikutnya.

Setelah dukungan awal diperoleh, langkah berikutnya adalah pelatihan kader dan tokoh masyarakat. Tahap ini merupakan upaya membekali para kader kesehatan, relawan desa, dan tokoh masyarakat yang bersedia menjadi penggerak lokal dengan keterampilan dasar terkait pengumpulan data PWS KIA, teknik komunikasi yang efektif, serta metode fasilitasi diskusi kelompok. Materi pelatihan dirancang sederhana dan praktis, dengan pendekatan belajar orang dewasa yang memungkinkan peserta menyerap ilmu sambil berdiskusi dan berbagi pengalaman. Pelatihan ini juga mencakup penanaman nilai-nilai penting seperti kesetaraan gender, pentingnya mendengar suara kelompok rentan, serta penghargaan terhadap norma dan budaya lokal (Devitasari et al., n.d.). Dengan demikian, kader tidak hanya terampil dalam teknis pendataan, tetapi juga memiliki sensitivitas sosial yang tinggi dalam bekerja di komunitasnya.

Tahap ketiga adalah pelaksanaan pendataan PWS KIA secara partisipatif. Proses ini dilakukan bersama masyarakat dengan panduan dan supervisi bidan. Kegiatan ini melibatkan warga secara langsung untuk mendata ibu hamil, ibu menyusui, bayi, balita, serta pasangan usia subur di wilayah mereka. Pendataan dilakukan secara sistematis dan menyeluruh, baik melalui kunjungan rumah ke rumah, kegiatan posyandu, maupun pemantauan langsung oleh kader. Dengan melibatkan masyarakat secara langsung dalam proses ini, tidak hanya data yang diperoleh menjadi lebih akurat dan komprehensif, tetapi juga muncul rasa kepemilikan terhadap data tersebut. Warga mulai memahami pentingnya data sebagai dasar untuk memahami kondisi nyata yang dihadapi lingkungan mereka sendiri (Tabelak et al., 2024).

Selanjutnya, data yang telah dikumpulkan dianalisis bersama dalam forum-forum warga seperti musyawarah dusun, forum kader, atau rapat desa. Tahap ini disebut sebagai analisis data bersama, di mana informasi yang dikumpulkan disederhanakan dalam bentuk visual – grafik, matriks warna, atau peta – agar lebih mudah dipahami oleh masyarakat awam. Forum ini memberikan ruang bagi warga untuk menafsirkan hasil pendataan, mengidentifikasi masalah kesehatan yang paling mendesak, serta membahas faktor-faktor penyebab yang melatarbelakangi masalah tersebut. Misalnya, jika ditemukan bahwa cakupan pemeriksaan kehamilan masih rendah, forum dapat menggali penyebabnya seperti jarak ke fasilitas kesehatan, waktu layanan yang tidak sesuai, atau masih adanya stigma terhadap layanan kesehatan modern. Diskusi partisipatif ini menjadi kunci dalam membangun kesepakatan mengenai isu prioritas yang harus segera ditangani.

Berdasarkan hasil analisis, masyarakat dan bidan kemudian menyusun rencana aksi lokal berbasis data. Rencana ini biasanya disusun melalui musyawarah desa atau pertemuan kelompok kerja kesehatan, dengan mengidentifikasi kegiatan yang dapat dilaksanakan secara nyata oleh masyarakat dan didukung oleh bidan atau tenaga kesehatan. Kegiatan yang dirancang bisa sangat beragam, mulai dari penyuluhan tentang kontrasepsi, pembentukan posyandu remaja untuk mencegah kehamilan usia dini, hingga pengadaan dapur gizi balita atau rumah tunggu kelahiran. Dalam penyusunan rencana ini, prinsip penting yang dijaga adalah relevansi kegiatan dengan kebutuhan lokal dan kemampuan sumber daya yang tersedia. Peran bidan komunitas sangat penting dalam memastikan rencana ini realistis dan dapat dijalankan

tanpa harus sepenuhnya bergantung pada intervensi dari luar (K. (Komaria) Susanti & Ruspita, 2022a).

Langkah terakhir dalam proses implementasi adalah monitoring dan evaluasi secara partisipatif. Proses ini dilakukan secara berkala, baik oleh kader, tokoh masyarakat, maupun tim kesehatan, untuk menilai sejauh mana kegiatan yang direncanakan telah terlaksana dan berdampak terhadap kondisi kesehatan warga. Evaluasi tidak hanya berfokus pada capaian kuantitatif seperti jumlah ibu hamil yang mengakses ANC, tetapi juga mencakup dimensi kualitatif seperti perubahan sikap masyarakat terhadap kesehatan reproduksi, peningkatan keterlibatan laki-laki dalam urusan kesehatan keluarga, atau keberlanjutan kegiatan oleh komunitas itu sendiri. Kegiatan monitoring ini disertai sesi umpan balik (feedback) dari masyarakat kepada petugas kesehatan, sehingga tercipta proses belajar dua arah yang terus-menerus memperbaiki kualitas layanan dan partisipasi warga (Martiani et al., 2024).

Melalui seluruh tahapan ini, pendekatan partisipatif dan PWS KIA bukan hanya menjadi alat teknis, tetapi juga menjadi strategi pemberdayaan sosial yang menguatkan relasi antara masyarakat dan tenaga kesehatan. Ketika warga dilibatkan dalam pengumpulan, analisis, dan pemanfaatan data, mereka tidak lagi menjadi objek dari program kesehatan, melainkan menjadi pelaku utama yang memahami kondisi, merumuskan solusi, dan menjaga keberlanjutan intervensi. Implementasi langkah-langkah ini secara konsisten dan inklusif menjadikan program kesehatan reproduksi lebih tepat sasaran, berkelanjutan, dan sesuai dengan konteks budaya serta nilai-nilai lokal yang dianut oleh masyarakat.

F. Tantangan dan Strategi Penanganan

Meskipun pendekatan partisipatif dalam program kesehatan reproduksi, terutama yang terintegrasi dengan Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA), telah menunjukkan banyak keberhasilan, proses implementasinya tidak lepas dari berbagai tantangan di tingkat lapangan. Tantangan-tantangan ini mencerminkan kompleksitas dinamika sosial, budaya, dan struktural yang membentuk konteks kehidupan masyarakat di wilayah kerja bidan komunitas. Oleh karena itu, kajian mendalam terhadap tantangan tersebut serta strategi penanganannya menjadi penting sebagai dasar untuk penyempurnaan program dan kebijakan yang lebih responsif (Apriani, 2015).

Salah satu tantangan utama yang sering dijumpai di berbagai wilayah adalah kurangnya pemahaman masyarakat terhadap pentingnya data kesehatan. Dalam banyak kasus, warga masih melihat kegiatan pendataan sebagai rutinitas administratif semata, tanpa menyadari nilai strategis dari data sebagai dasar pengambilan keputusan dan perencanaan layanan kesehatan yang lebih tepat sasaran. Akibatnya, partisipasi dalam proses pencatatan data seringkali rendah, dan kualitas data yang dihasilkan pun tidak akurat atau tidak lengkap. Misalnya, ada keluarga yang enggan menyampaikan informasi tentang status kehamilan atau penggunaan kontrasepsi karena alasan privasi atau rasa tidak nyaman. Hal ini tentu menjadi penghambat dalam upaya membangun sistem informasi kesehatan lokal yang kuat dan akuntabel (K. Susanti & Rika Ruspita, n.d.).

Tantangan kedua yang juga cukup signifikan adalah ketimpangan gender dalam forum-forum pengambilan

keputusan di tingkat komunitas. Dalam struktur sosial yang masih patriarkal, peran perempuan dalam pengambilan keputusan seringkali dikesampingkan, meskipun merekalah kelompok utama yang terdampak oleh isu-isu kesehatan reproduksi. Musyawarah desa, forum kesehatan, dan pertemuan perencanaan masih didominasi oleh laki-laki, baik sebagai pembicara maupun pengambil keputusan. Kondisi ini berdampak pada kurangnya representasi kebutuhan dan pengalaman perempuan dalam perencanaan intervensi kesehatan (Cholifah & Purwanti, 2021b). Dalam beberapa studi lapangan, perempuan mengaku enggan berbicara di forum karena merasa tidak percaya diri atau takut pendapatnya tidak dianggap penting.

Selanjutnya, keterbatasan sumber daya dan dukungan kebijakan menjadi tantangan struktural yang cukup menentukan keberlangsungan program. Banyak bidan komunitas dan kader kesehatan yang bekerja dengan fasilitas terbatas, baik dari sisi logistik, insentif, maupun dukungan administratif. Di beberapa desa, program PWS KIA dijalankan tanpa dukungan dana operasional yang memadai, sehingga kegiatan seperti pelatihan, pengadaan formulir, dan pertemuan evaluasi terhambat. Di sisi lain, peraturan desa belum sepenuhnya memasukkan isu kesehatan reproduksi sebagai prioritas dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Desa (RPJMDes) atau Rencana Kerja Pemerintah Desa (RKPDDes). Ketidakterhubungan antara program kesehatan dan kebijakan desa menyebabkan intervensi yang dilakukan kurang optimal dan berpotensi tidak berkelanjutan (K. (Komaria) Susanti & Ruspita, 2022b).

Menghadapi kompleksitas tantangan ini, diperlukan serangkaian strategi penanganan yang kontekstual,

berjenjang, dan kolaboratif. Strategi pertama adalah penggunaan pendekatan edukasi dialogis untuk meningkatkan literasi kesehatan masyarakat, khususnya dalam memahami pentingnya data kesehatan. Edukasi dialogis adalah metode pembelajaran yang mengedepankan dialog dua arah, di mana fasilitator dan masyarakat belajar bersama melalui pertukaran pengalaman dan refleksi kritis. Dalam konteks PWS KIA, pendekatan ini dapat digunakan untuk menjelaskan bagaimana data yang dikumpulkan dapat menjadi dasar untuk mengusulkan layanan baru, mengidentifikasi kelompok risiko tinggi, atau merancang program edukasi yang lebih efektif. Edukasi dilakukan melalui posyandu, pertemuan warga, dan kunjungan rumah, dengan materi yang sederhana dan disampaikan dalam bahasa lokal agar mudah dipahami.

(Dewiani et al., 2023) Kesetaraan gender tidak hanya menjadi topik pelatihan, tetapi menjadi prinsip kerja yang diterapkan dalam praktik sehari-hari. Pelatihan kader harus mencakup penguatan keterampilan komunikasi, pemberdayaan perempuan untuk berbicara di ruang publik, dan fasilitasi kelompok perempuan untuk menyuarakan aspirasinya. Selain itu, forum musyawarah desa harus didesain lebih inklusif, misalnya dengan menyediakan waktu khusus bagi kelompok perempuan untuk menyampaikan pendapat, atau mengadopsi metode diskusi kelompok kecil agar semua suara dapat terdengar. Dengan demikian, proses perencanaan dan evaluasi menjadi lebih representatif dan sensitif terhadap kebutuhan kelompok rentan.

Strategi ketiga adalah advokasi kepada pemerintah desa agar mengalokasikan dana operasional dan dukungan kebijakan bagi pelaksanaan program kesehatan reproduksi berbasis partisipatif. Advokasi ini dapat dilakukan oleh

bidan komunitas bersama kader dan tokoh masyarakat melalui penyampaian data yang relevan, cerita keberhasilan dari lapangan, serta proyeksi dampak positif jika program didukung secara berkelanjutan. Misalnya, melalui forum musyawarah perencanaan pembangunan desa (*Musrenbangdes*), tim kesehatan bisa mengusulkan pengadaan alat timbang bayi, penyediaan insentif kader, atau pelatihan lanjutan tentang kesehatan reproduksi remaja. Keberhasilan advokasi biasanya bergantung pada kualitas hubungan antara bidan dengan pemerintah desa, kemampuan menyampaikan data dengan cara yang persuasif, serta adanya kolaborasi lintas sektor seperti dengan dinas kesehatan atau organisasi masyarakat sipil.

Keberhasilan implementasi strategi-strategi tersebut tentu memerlukan dukungan berkelanjutan dari berbagai pihak, termasuk sektor pendidikan, lembaga keagamaan, dan media lokal. Dalam jangka panjang, upaya mengatasi tantangan ini akan membentuk masyarakat yang lebih sadar data, inklusif gender, dan memiliki kapasitas kelembagaan yang kuat untuk menjalankan program kesehatan secara mandiri. Dengan demikian, integrasi pendekatan partisipatif dan PWS KIA bukan hanya menjadi strategi teknis, tetapi juga menjadi gerakan sosial yang memperkuat kemandirian dan keadilan dalam sistem pelayanan kesehatan reproduksi di tingkat akar rumput.

DAFTAR PUSTAKA

- Apriani, A. (2015). *Hubungan Masa Menopause dengan Tingkat Kecemasan dalam Berhubungan Seksual di Dusun Jomegatan Wilayah Kerja Puskesmas Kasihan II Bantul Yogyakarta 2015*. <http://lib.unisayogya.ac.id>
- Ariyanti, F., & Arofi, S. P. (2021). Studi Mutu (ServQual) dan Kepuasan Pasien Berdasarkan Akreditasi Puskesmas. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 10 (03), 180–190. <https://doi.org/10.33221/JIKM.V10I03.509>
- Arma Rani, I., & Hargono, A. (n.d.). *Description The Activities of Recording and Reporting Maternal Health Monitoring in PWS-KIA Based on Surveillance Attributes*.
- Cholifah, O. S., & Purwanti, Y. (2021a). Asuhan Kebidanan Komunitas. *Umsida Press*, 0, 1–177. <https://doi.org/10.21070/2019/978-623-7578-12-3>
- Cholifah, O. S., & Purwanti, Y. (2021b). Asuhan Kebidanan Komunitas. *Umsida Press*, 0, 1–177. <https://doi.org/10.21070/2019/978-623-7578-12-3>
- Devitasari, I., Aldina Ayunda Insani, Mt., Rizki Muji Lestari, Mk., Lina Astuty, Mk., Irma Hamdayani Pasaribu, M., Arantika Meidya Pratiwi, Mk., Bdn Siti Khotimah, Mk., Diah Eka Nugraheni, Mk., Ririn Wahyu Hidayati, Mk., Meyska Widyandini, M., Christina Pernatun Kismoyo, Mt., Nita Kusuma, M., Mutia Felina, Mk., Lilis Suryani, Mk., & Yeltra Armi, M. (n.d.). *ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS PENERBIT CV.EUREKA MEDIA AKSARA*.
- Dewiani, K., Purnama, Y., Yusanti, L., D3, P., & Fakultas, K. (2023). Peningkatan Keterampilan Bidan dalam Pelayanan Komunitas dengan Terapi Prenatal Massage With Love di Wilayah Pesisir Kota Bengkulu. *Dharma Raflesia : Jurnal Ilmiah Pengembangan Dan*

- Penerapan IPTEKS*, 21 (1), 143–152.
<https://doi.org/10.33369/DR.V21I1.24744>
- Fitriyanti, F. (Fitriyanti), Elektrina, O. (Oktaliza), Sugarni, M. (Mika), Asikin, Z. F. (Zulaika), Nurdin, S. I. (Surya), Rimandini, K. D. (Kurnia), Dahlan, F. M. (Febry), Irawati, E. (Eny), Jingsung, J. (Julian), Sari, N. (Nurmala), Farming, F. (Farming), S, T. S. (Toto), H, D. N. (Desri), & Armi, Y. (Yeltra). (2023). *Konsep Kebidanan Komunitas Untuk Mahasiswa Kebidanan*. 1–46.
<https://repository.penerbiteureka.com/pt/publications/560181/>
- Gustiawati, R., Fahrudin, F., Kurniawan, F., & Indah, E. P. (2019). PENGEMBANGAN PENDEKATAN EVALUASI THE MOST SIGNIFICANT CHANGE TECHNIQUE DALAM PEMBELAJARAN PENDIDIKAN JASMANI OLAHRAGA DAN KESEHATAN. *Multilateral: Jurnal Pendidikan Jasmani Dan Olahraga*, 18 (2).
<https://doi.org/10.20527/MULTILATERAL.V18I2.7624>
- Kabupaten Jember, D. I. (2019). *Analisis Pembiayaan pada Program Kesehatan Ibu dan Anak Melalui Metode Health Account di Kabupaten Jember*.
<https://repository.unej.ac.id/xmlui/handle/123456789/98431>
- Kecerdasan Emosional, M., Simpati, D., Siska, K., Ade, S., Ashifa, N., Nafiani, E., Gumilang, L., Estiningtyas, Q., & Adnani, S. (2024). Bidan di Komunitas: Membangun Kecerdasan Emosional, Empati, dan Simpati. *Bidan Di Komunitas: Membangun Kecerdasan Emosional, Empati, Dan Simpati*.
<https://doi.org/10.36590/PENERBIT.SALNESIA.8>

- Krianto, T. (2009). Perilaku Hidup Bersih Sehat dengan Pendekatan Partisipatif. *Kesmas*, 3 (6), 254–258. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v3i6.203>
- Kuliah Asuhan Kebidanan Komunitas, M. I. (n.d.). *Program Studi Diploma IV Kebidanan Komunitas Jurusan Kebidanan Poltekkes Surakarta 2012 Praktek & Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Keluarga*.
- Lubis, F. (n.d.). *Dokter Keluarga Sebagai Tulang Punggung dalam Sistem Pelayanan Kesehatan**.
- Martiani, A. T., Yuwono, T.-, & -, S.-. (2024). IMPLEMENTASI DESA RAMAH PEREMPUAN DAN PEDULI ANAK (DRPPA) DI DESA SEMPOR LOR DAN DESA PANDANSARI PURBALINGGA. *Journal of Politic and Government Studies*, 14 (1), 392–409. <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jpgs/article/view/48810>
- Munawarah, Z., Keb, S. S. T., & Kes, M. (2024). Memelihara Keluarga Sehat: Asuhan Kebidanan Komunitas sebagai Pondasi Kesejahteraan. *Penerbit PT Kodogu Trainer Indonesia*, 1–87. <https://publisher.kodogutrainer.com/index.php/isbn/article/view/29>
- Novi, T., Wardani, K., St, S., & Kes, M. (n.d.). *TUGAS DAN TANGGUNG JAWAB BIDAN DI KOMUNITAS*.
- Nurdiyan, A., Yulizawati, Y. Y., Bustami, L. E., Iryani, D., & fitrayeni, fitrayeni. (2016). Analisis Sistem Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil di Puskesmas Malalak dan Biaro Kabupaten Agam. *Journal of Midwifery*, 1 (1), 45–54. <https://doi.org/10.25077/JOM.1.1.45-54.2016>
- Pabidang, S., & Studi Kebidanan Program Magister STIKES Guna Bangsa Yogyakarta, P. (2024). Peran Kebidanan Komunitas Dalam Penurunan Angka Kematian Ibu Dan Angka Kematian Bayi Menuju Indonesia Emas

2045. *Jurnal Ilmu Kebidanan (Journal of Midwifery Science)*, 12 (1), 47-70.
<https://doi.org/10.36307/YDN5V783>
- Parwati, D., St, S., & Keb, M. (2023). ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS. *PENERBIT FATIMA PRESS*, 0 (0), 187.
<https://lppmfatimaparepare.org/index.php/FATIMA/article/view/127>
- Purba, S. H. (2019). *Analisis Implementasi Kebijakan Penurunan Stunting Di Desa Secanggang Kabupaten Langkat*.
- Studi Keperawatan, J., Jarot, S., & Agus, P. (2020). Perilaku Kesehatan Reproduksi Pasangan Usia Subur (PUS) Pada Komunitas Samin Di Kabupaten Blora. *Jurnal Studi Keperawatan*, 1 (1), 17-26.
<https://doi.org/10.31983/J-SIKEP.V1I1.5647>
- Susanti, K. (Komaria), & Ruspita, R. (Rika). (2022a). *Asuhan Kebidanan Komunitas*.
<https://repository.penerbiteureka.com/id/publications/355764/>
- Susanti, K. (Komaria), & Ruspita, R. (Rika). (2022b). *Asuhan Kebidanan Komunitas*.
<https://repository.penerbiteureka.com/id/publications/355764/>
- Susanti, K., & Rika Ruspita, Mk. (n.d.). *ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS PENERBIT CV.EUREKA MEDIA AKSARA*.
- Tabelak, T. V. I., Seran, A. A., Kosad, M. F. N., & Yulianti, H. (2024). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Komunitas Jilid 1. Tangguh Denara Jaya Publisher*.
<https://repository.tdjpublisher.com/index.php/katalogtdj/article/view/154>
- Wijayanti, B. (Bettis). (2016). Child Health Monitoring Description in MCTS at Ranuyoso PHC Lumajang. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 4 (2), 151-163.
<https://doi.org/10.20473/JBE.V4I2.2016>

BAB 6

STRATEGI PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS DENGAN MENGGUNAKAN PENDEKATAN ANALISIS SOSIAL, ANALISIS SITUASI DAN ALAT ANALISIS GENDER DITINGKAT KOMUNITAS

Oleh Friska Margareth Parapat, S.S.T., M.Kes.

A. Pendekatan Analisis Situasi

Analisis situasi merupakan langkah awal dan sangat penting dalam merancang pelayanan kebidanan komunitas karena proses ini memberikan gambaran komprehensif mengenai kondisi kesehatan dan sosial yang melingkupi masyarakat sasaran. Analisis situasi memungkinkan bidan atau tenaga kesehatan untuk mengumpulkan data yang bersifat kuantitatif dan kualitatif secara sistematis dan menyeluruh terkait status kesehatan ibu, bayi, keluarga, serta faktor-faktor sosial ekonomi dan budaya yang mempengaruhi kesehatan.

1. Tujuan Analisis Situasi

Tujuan utama dari analisis situasi adalah untuk mengidentifikasi masalah utama yang dihadapi oleh komunitas dalam hal kesehatan reproduksi dan maternal serta faktor-faktor penyebabnya. Selain itu, analisis ini bertujuan untuk mengungkap potensi dan sumber daya

yang ada di masyarakat yang dapat dimobilisasi untuk mendukung program kebidanan. Hasil analisis situasi menjadi dasar perencanaan intervensi yang tepat, relevan, dan efektif.

2. Data yang Dikumpulkan dalam Analisis Situasi

Data yang dikumpulkan dalam analisis situasi meliputi beberapa aspek penting, antara lain:

- a. Data kesehatan ibu dan anak: seperti angka kematian ibu (*maternal mortality rate*), angka kematian bayi (*infant mortality rate*), prevalensi anemia pada ibu hamil, kasus infeksi menular seksual, dan data persalinan yang ditolong tenaga kesehatan profesional.
- b. Data perilaku kesehatan masyarakat: kebiasaan dan budaya masyarakat dalam menjaga kesehatan, pola penggunaan fasilitas kesehatan seperti puskesmas, posyandu, dan klinik.
- c. Data sosial ekonomi: tingkat pendidikan, pendapatan, status pekerjaan, dan kondisi tempat tinggal yang mempengaruhi akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan.
- d. Data lingkungan: kondisi sanitasi, akses air bersih, serta faktor lingkungan lain yang dapat berdampak pada kesehatan ibu dan anak.

3. Metode Pengumpulan Data

Dalam praktiknya, pengumpulan data dilakukan dengan berbagai metode, seperti wawancara, observasi, survei, dan diskusi kelompok terfokus (*focus group discussion*). Pendekatan partisipatif sangat dianjurkan untuk melibatkan masyarakat, tokoh adat, tokoh agama, kader kesehatan, serta petugas kesehatan setempat agar proses

pengumpulan data menjadi lebih valid dan diterima oleh masyarakat.

4. Pendekatan Partisipatif dalam Analisis Situasi

Menurut Devitasari (2022), pendekatan partisipatif dalam analisis situasi sangat krusial karena memungkinkan masyarakat untuk turut serta mengidentifikasi masalah dan merumuskan kebutuhan mereka sendiri. Dengan demikian, intervensi yang dihasilkan akan lebih sesuai dengan kondisi nyata di lapangan dan meningkatkan rasa memiliki masyarakat terhadap program kesehatan yang dijalankan. Keterlibatan aktif komunitas juga membuka peluang kolaborasi dengan berbagai pemangku kepentingan, seperti kader kesehatan, tokoh masyarakat, organisasi lokal, dan pemerintah daerah.

5. Manfaat Analisis Situasi dalam Pelayanan Kebidanan

Analisis situasi memberikan manfaat strategis bagi bidan dan tim kesehatan dalam:

- a. Merumuskan prioritas masalah kesehatan yang akan diatasi secara sistematis.
- b. Menentukan jenis intervensi yang tepat dan efektif berdasarkan kebutuhan komunitas.
- c. Mengidentifikasi dan mengoptimalkan sumber daya lokal yang tersedia untuk menunjang program.
- d. Meningkatkan akuntabilitas dan transparansi pelayanan kebidanan dengan melibatkan komunitas secara langsung.
- e. Membangun hubungan kemitraan yang kokoh antara bidan, tenaga kesehatan, dan masyarakat.

6. Contoh Penerapan Analisis Situasi

Misalnya, dalam sebuah desa dengan angka kematian ibu yang tinggi, hasil analisis situasi menemukan bahwa sebagian besar ibu hamil tidak mendapatkan kunjungan antenatal secara rutin karena jarak jauh ke fasilitas kesehatan dan kurangnya dukungan keluarga. Selain itu, ditemukan adanya mitos dan stigma yang menghambat ibu untuk menggunakan layanan kesehatan. Dengan informasi ini, bidan dapat merancang program penyuluhan kesehatan berbasis komunitas, melibatkan tokoh masyarakat, dan mengembangkan pos pelayanan kesehatan desa agar akses lebih mudah.

B. Pendekatan Analisis Sosial

Pendekatan analisis sosial dalam pelayanan kebidanan komunitas menitikberatkan pada pemahaman mendalam terhadap dinamika sosial yang terjadi di dalam masyarakat. Pendekatan ini tidak hanya melihat aspek kesehatan secara medis, tetapi juga memperhatikan bagaimana struktur sosial, norma budaya, hubungan kekuasaan, serta sistem nilai mempengaruhi akses, penerimaan, dan keberhasilan pelayanan kebidanan.

1. Fokus Analisis Sosial

Analisis sosial berfokus pada beberapa aspek penting, antara lain:

- a. **Struktur Kekuasaan dan Hierarki Sosial**
Memahami bagaimana hubungan kuasa antara kelompok dalam masyarakat baik berdasarkan status sosial, ekonomi, agama, maupun gender berdampak pada akses terhadap sumber daya kesehatan. Contohnya, kelompok masyarakat tertentu mungkin

memiliki akses lebih mudah ke fasilitas kesehatan dibanding kelompok lainnya.

b. Norma Budaya dan Tradisi

Nilai dan praktik budaya yang berkembang di masyarakat sangat memengaruhi perilaku kesehatan, termasuk dalam konteks kebidanan. Misalnya, tradisi tertentu mungkin menghambat perempuan untuk memanfaatkan layanan kesehatan luar rumah atau lebih memilih dukun bayi tradisional daripada bidan profesional.

c. Hubungan Gender

Gender memainkan peran krusial dalam menentukan siapa yang membuat keputusan dalam keluarga terkait kesehatan, siapa yang berhak mengakses layanan, serta bagaimana beban kerja domestik dan reproduktif dibagi. Hambatan gender seperti dominasi laki-laki dalam pengambilan keputusan dapat mengurangi partisipasi perempuan dalam program kebidanan.

d. Faktor Sosial Lainnya

Seperti kelas sosial, etnisitas, dan kelompok marginal yang mungkin mengalami diskriminasi atau stigma dalam mendapatkan layanan kesehatan.

2. Mengidentifikasi Hambatan Sosial

Pendekatan analisis sosial membantu mengidentifikasi hambatan-hambatan sosial yang mungkin tidak terlihat dalam data statistik formal, misalnya:

a. Stigma dan Diskriminasi

Perempuan hamil atau keluarga tertentu bisa jadi mengalami stigma yang menghalangi mereka untuk mencari pelayanan kesehatan, misalnya karena status

ekonomi rendah atau adat yang membatasi interaksi dengan tenaga kesehatan.

b. Ketimpangan Akses

Masyarakat dengan latar belakang sosial ekonomi rendah atau kelompok minoritas mungkin menghadapi kesulitan dalam mengakses layanan kesehatan karena biaya, jarak, atau diskriminasi sosial.

c. Resistensi terhadap Intervensi Kesehatan

Ketidaktahuan, ketidakpercayaan, atau ketidaksesuaian intervensi dengan nilai budaya masyarakat dapat menimbulkan resistensi terhadap program kebidanan.

3. Pentingnya Konteks Sosial dan Budaya

Menurut Oktalia (2021), memahami konteks sosial dan budaya masyarakat adalah kunci keberhasilan pelayanan kebidanan komunitas. Intervensi yang hanya berlandaskan data statistik tanpa memperhitungkan faktor sosial sering kali gagal atau kurang berdampak karena tidak sesuai dengan realitas kehidupan masyarakat. Dengan analisis sosial yang tepat, bidan dapat merancang pendekatan yang menghormati budaya setempat, melibatkan tokoh masyarakat, dan membangun kepercayaan yang meningkatkan partisipasi aktif masyarakat dalam program kesehatan.

4. Metode dalam Analisis Sosial

Beberapa metode yang digunakan untuk menggali aspek sosial dalam komunitas meliputi:

a. Diskusi Kelompok Terfokus (*Focus Group Discussion/FGD*)

Menggali pandangan dan pengalaman anggota komunitas terkait isu kesehatan dan sosial.

- b. Wawancara Mendalam
Untuk memahami pengalaman personal, nilai, dan sikap individu terhadap pelayanan kebidanan.
- c. Observasi Partisipatif
Melibatkan bidan atau tenaga kesehatan secara langsung dalam kehidupan komunitas untuk memahami dinamika sosial secara kontekstual.

5. Manfaat Pendekatan Analisis Sosial

Dengan pendekatan analisis sosial, pelayanan kebidanan komunitas dapat:

- a. Mengidentifikasi dan mengatasi hambatan sosial yang membatasi akses dan pemanfaatan layanan.
- b. Merancang intervensi yang sesuai dengan nilai dan norma masyarakat sehingga dapat diterima dan dijalankan dengan baik.
- c. Meningkatkan pemberdayaan komunitas dan memperkuat peran tokoh masyarakat dalam mendukung program kesehatan.
- d. Meningkatkan efektivitas program melalui partisipasi dan dukungan sosial yang kuat.

6. Contoh Penerapan

Sebagai contoh, di sebuah komunitas adat, analisis sosial mengungkap bahwa keputusan terkait kesehatan ibu hamil biasanya diambil oleh kepala keluarga laki-laki. Oleh karena itu, bidan melakukan pendekatan tidak hanya pada ibu hamil, tetapi juga mengajak suami dan tokoh adat untuk berperan aktif dalam edukasi kesehatan, sehingga tercipta dukungan keluarga yang kuat bagi ibu selama kehamilan dan persalinan.

C. Alat Analisis Gender

Pemahaman yang mendalam mengenai perbedaan peran, kebutuhan, dan hak antara laki-laki dan perempuan sangat krusial dalam merancang dan melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas. Ketimpangan gender sering kali tersembunyi dalam struktur sosial dan budaya, namun memiliki dampak besar terhadap akses dan kualitas pelayanan kesehatan, terutama kesehatan ibu dan anak. Oleh karena itu, penggunaan alat analisis gender menjadi sangat penting untuk mengungkap dan mengatasi ketimpangan tersebut, sehingga pelayanan kebidanan dapat lebih inklusif dan responsif gender.

1. Kerangka Analisis *Harvard*

Kerangka Analisis *Harvard* digunakan untuk mengidentifikasi dan menganalisis pembagian kerja berdasarkan gender serta akses laki-laki dan perempuan terhadap sumber daya seperti pendidikan, layanan kesehatan, dan kesempatan ekonomi. Selain itu, kerangka ini memetakan bagaimana pembagian tersebut mempengaruhi kesejahteraan keluarga secara keseluruhan. Misalnya, dalam kebidanan, kerangka ini membantu memahami siapa yang memiliki akses untuk mengambil keputusan terkait kesehatan ibu dan anak di dalam keluarga dan masyarakat (Istighosah, 2019).

2. Analisis Moser

Analisis Moser membagi kerja yang dilakukan oleh perempuan dan laki-laki ke dalam tiga kategori utama:

- a. Kerja Produktif: Pekerjaan yang menghasilkan pendapatan atau barang yang bernilai ekonomi.

- b. Kerja Reproduksi: Tugas domestik dan pengasuhan anak yang biasanya tidak dibayar tetapi esensial untuk keberlangsungan keluarga.
- c. Kerja Kemasyarakatan: Aktivitas yang berhubungan dengan keterlibatan dalam organisasi sosial dan politik.

Analisis ini membantu melihat bagaimana beban kerja ini mempengaruhi pemberdayaan perempuan dan keseimbangan kehidupan kerja dan keluarga, sehingga pelayanan kebidanan dapat menyesuaikan intervensinya untuk mendukung perempuan secara optimal.

3. Matriks Analisis Gender

Matriks ini berfungsi untuk menilai dampak suatu program atau intervensi kesehatan terhadap laki-laki dan perempuan secara terpisah. Dengan menggunakan matriks ini, bidan dan tenaga kesehatan dapat memastikan bahwa pelayanan dan program yang dijalankan tidak hanya efektif secara umum, tetapi juga adil dan sesuai dengan kebutuhan spesifik masing-masing gender. Contohnya, matriks ini bisa menilai apakah program kesehatan reproduksi telah berhasil mengatasi hambatan akses bagi perempuan di komunitas tertentu.

4. Kerangka Pemberdayaan Perempuan (*Gender Awareness Framework - GAP*)

Kerangka GAP mengukur tingkat pemberdayaan perempuan dalam lima dimensi utama:

- a. Kesejahteraan: Kondisi hidup perempuan dan keluarganya.
- b. Akses: Kesempatan perempuan untuk mendapatkan sumber daya dan layanan.
- c. Keyakinan: Tingkat kepercayaan diri dan kesadaran perempuan terhadap hak dan potensinya.

- d. Partisipasi: Keterlibatan perempuan dalam pengambilan keputusan di rumah dan komunitas.
- e. Kontrol: Kemampuan perempuan untuk mengendalikan sumber daya dan hasil keputusan.

Melalui kerangka ini, intervensi kebidanan dapat dirancang untuk meningkatkan kapasitas perempuan dalam lima aspek tersebut secara berkelanjutan.

5. Pentingnya Penggunaan Alat Analisis Gender dalam Kebidanan Komunitas

Menurut Nining Istighosah (2019), penerapan alat-alat analisis gender ini sangat penting dalam merancang strategi pelayanan kebidanan yang inklusif dan responsif gender. Dengan menggunakan alat-alat tersebut, bidan dapat:

- a. Mengidentifikasi ketimpangan gender yang tidak terlihat secara langsung namun mempengaruhi kesehatan ibu dan anak.
- b. Membuka ruang bagi pemberdayaan perempuan agar lebih mandiri dalam mengambil keputusan terkait kesehatannya.
- c. Merancang program yang mengakomodasi kebutuhan spesifik laki-laki dan perempuan sehingga lebih efektif.
- d. Meningkatkan kualitas hidup keluarga melalui peningkatan kesejahteraan dan pemberdayaan perempuan.

D. Integrasi Pendekatan dalam Strategi Pelayanan Kebidanan Komunitas

Pelayanan kebidanan komunitas yang efektif tidak hanya bergantung pada satu pendekatan saja, melainkan perlu mengintegrasikan secara simultan pendekatan analisis situasi, analisis sosial, dan alat analisis gender. Integrasi ini memastikan bahwa intervensi yang dirancang benar-benar holistik, responsif terhadap kebutuhan nyata, dan berkeadilan gender.

1. Tahap Pengkajian

Pada tahap pengkajian, bidan atau tenaga kesehatan melakukan pengumpulan data kuantitatif dan kualitatif yang mendalam. Analisis situasi memberikan gambaran tentang kondisi kesehatan ibu, bayi, dan keluarga, serta kondisi lingkungan sosial ekonomi. Selanjutnya, analisis sosial menelaah dinamika kekuasaan, norma budaya, dan hubungan gender dalam komunitas yang dapat memengaruhi penerimaan dan akses pelayanan kesehatan (Devitasari, 2022; Oktalia, 2021). Melibatkan masyarakat secara partisipatif pada tahap ini juga sangat penting untuk memastikan data yang diperoleh valid dan representatif (Devitasari, 2022).

2. Perencanaan

Hasil dari pengkajian kemudian digunakan untuk merancang program pelayanan kebidanan yang sesuai dengan kebutuhan komunitas. Di sinilah alat analisis gender menjadi sangat krusial, karena program harus dirancang untuk mengatasi ketimpangan gender yang ditemukan, seperti ketidaksetaraan dalam pengambilan keputusan keluarga atau akses terhadap layanan kesehatan (Istighosah, 2019). Perencanaan yang responsif gender

memastikan bahwa perempuan, terutama ibu hamil dan menyusui, mendapatkan layanan yang tidak hanya berkualitas tetapi juga sesuai dengan konteks sosial dan budaya mereka.

3. Pelaksanaan

Pelaksanaan program dilakukan dengan melibatkan masyarakat secara aktif, termasuk tokoh adat, kader kesehatan, serta kelompok perempuan dan laki-laki dalam komunitas. Pendekatan partisipatif ini meningkatkan rasa kepemilikan masyarakat terhadap program dan mengurangi resistensi sosial. Selain itu, pelaksanaan harus memperhatikan dinamika sosial dan kesetaraan gender agar semua kelompok dapat mengakses dan memanfaatkan layanan kebidanan secara adil (Oktalia, 2021). Contohnya, dalam sebuah desa di Jawa Tengah, keterlibatan tokoh perempuan dan laki-laki dalam sosialisasi kesehatan reproduksi terbukti meningkatkan kehadiran ibu hamil pada kunjungan antenatal care (Ramadhani et al., 2023).

4. Evaluasi

Evaluasi menjadi tahap penting untuk menilai keberhasilan program secara menyeluruh. Indikator yang digunakan tidak hanya terbatas pada angka kesehatan seperti penurunan angka kematian ibu dan bayi atau peningkatan kunjungan antenatal care, tetapi juga termasuk perubahan sosial seperti peningkatan pemberdayaan perempuan dan pengurangan ketimpangan gender dalam keluarga dan masyarakat (Ramadhani et al., 2023). Evaluasi ini harus dilakukan secara berkelanjutan dan melibatkan partisipasi masyarakat agar hasilnya akurat dan dapat digunakan untuk perbaikan program selanjutnya.

5. Manfaat Integrasi Pendekatan

Penelitian oleh Ramadhani et al. (2023) menegaskan bahwa pelayanan kebidanan komunitas yang mengintegrasikan pendekatan partisipatif dan analisis gender secara simultan mampu menghasilkan dampak positif nyata, seperti peningkatan angka kunjungan ANC, penurunan angka kematian ibu, dan peningkatan kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan reproduksi. Ini menunjukkan bahwa integrasi pendekatan tidak hanya memperkaya pemahaman tentang masalah kesehatan, tetapi juga meningkatkan efektivitas dan keberlanjutan intervensi kebidanan di tingkat komunitas.

DAFTAR PUSTAKA

- Devitasari, I. (2022). *Asuhan Kebidanan Komunitas*. reposister.almaata.ac.id.
- Istighosah, N. (2019). *Analisis Gender dalam Layanan Kebidanan Komunitas*. fliphtml5.com.
- Oktalia, J. (2021). *Analisis Situasi dan Analisis Sosial*. id.scribd.com.
- Ramadhani, F., et al. (2023). Kesetaraan Gender dalam Pengambilan Keputusan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan. *Jurnal Manajemen dan Kebijakan Kesehatan Indonesia*.

BAB 7

PENGEMBANGAN PERAN SERTA MASYARAKAT DALAM PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Oleh Erina Windiany, S.S.T., M.K.M.

A. Pendahuluan

Pelayanan kebidanan komunitas merupakan pelayanan kesehatan yang berbasis pada keterlibatan masyarakat untuk meningkatkan kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak. Pelayanan kebidanan komunitas bertujuan untuk meningkatkan kualitas layanan dan akses pelayanan kebidanan dengan prinsip berbasis pada kebutuhan masyarakat, berorientasi pada pemberdayaan masyarakat yang dilakukan dengan berkelanjutan (Siti & Yanik, 2019).

Keberhasilan pelayanan kebidanan komunitas tidak hanya bergantung pada tenaga kesehatan, namun dibutuhkan peran serta masyarakat dalam pelaksanaannya. Keterlibatan partisipasi masyarakat dalam pelayanan kebidanan komunitas mengarah pada pemberian layanan yang lebih hemat biaya dan meningkatkan pemanfaatan layanan. Ketika masyarakat ikut berpartisipasi pada layanan kesehatan, layanan ini akan lebih dapat diterima secara budaya dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat, yang menghasilkan peningkatan kemandirian dan kesadaran sosial di masyarakat, dan pada akhirnya mengarah pada hasil kesehatan yang lebih baik.

B. Peran Serta Masyarakat

Peran serta atau partisipasi masyarakat adalah keikutsertaan masyarakat dalam suatu kegiatan yang berasal dari, oleh dan untuk masyarakat mulai dari perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan kesinambungannya, serta menempatkan masyarakat sebagai subyek pelaksana kegiatan (Ungusari, 2015).

Peran serta masyarakat adalah keterlibatan aktif individu, keluarga, kelompok, dan organisasi masyarakat dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi program kesehatan, termasuk pelayanan kebidanan di komunitas. Partisipasi ini mencerminkan rasa tanggung jawab bersama untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak di komunitas.

Peran serta masyarakat dalam suatu program akan menjamin perkembangan yang langsung, karena dasarnya adalah kebutuhan dan kesadaran dari masyarakat sendiri. Melalui peran serta, setiap anggota masyarakat dirangsang untuk belajar berorganisasi, dan mengambil peran yang sesuai dengan kemampuan masing-masing.

Tipologi peran serta masyarakat dalam kesehatan mengklasifikasikan tingkat dan bentuk keterlibatan masyarakat dalam program kesehatan. Beberapa tipologi yang umum digunakan antara lain:

1. *Non-Participatory* (Tidak Berpartisipasi): Masyarakat hanya sebagai penerima program tanpa keterlibatan dalam proses pengambilan keputusan.
2. *Tokenism* (Partisipasi Simbolik): Masyarakat dilibatkan secara terbatas, hanya sebagai formalitas tanpa kekuatan nyata dalam pengambilan keputusan.

3. *Consultative* (Konsultatif): Masyarakat dimintai pendapat atau masukan, tetapi keputusan tetap diambil oleh pihak luar.
4. *Functional Participation* (Partisipasi Fungsional): Masyarakat dilibatkan dalam pelaksanaan program karena dianggap membantu efektivitas, namun tidak dalam perencanaan atau evaluasi.
5. *Interactive Participation* (Partisipasi Interaktif): Masyarakat terlibat aktif dalam seluruh proses, mulai dari identifikasi masalah hingga evaluasi dan pengambilan keputusan.
6. *Self-Mobilization* (Mobilisasi Mandiri): Masyarakat memprakarsai dan menjalankan kegiatan secara mandiri, dengan atau tanpa bantuan dari luar.

C. Bentuk Peran Serta Masyarakat dalam Pembangunan Kesehatan

Peran serta masyarakat dalam kesehatan di komunitas mencakup bentuk partisipasi masyarakat sebagai berikut:

1. Partisipasi perorangan dan keluarga
Partisipasi ini dilaksanakan oleh setiap individu, anggota keluarga dalam menolong dirinya sendiri dan keluarga untuk hidup sehat.
2. Partisipasi masyarakat umum
Kegiatan partisipasi dalam meningkatkan kesehatan di komunitas dengan melakukan kerjasama yang aktif, menjalin hubungan yang baik antara masyarakat umum dengan pemerintah dalam pelaksanaan kegiatan yang berhubungan dengan peningkatan kesehatan. Partisipasi masyarakat umum yang ada di masyarakat seperti partisipasi kelompok kader, PKK, kelompok agama, kelompok karang taruna dan lain sebagainya.

3. Partisipasi masyarakat penyelenggara upaya kesehatan. Kegiatannya meliputi penyelenggaraan pelayanan kesehatan di masyarakat seperti balai pengobatan swasta, rumah bersalin swasta, dokter praktik swasta, penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan, pelatihan kader, pengimpunan dana masyarakat untuk pelayanan kesehatan.
4. Partisipasi masyarakat profesi kesehatan, yaitu kelompok profesi kesehatan meliputi dokter, dokter gigi, bidan, perawat, apoteker dan lain sebagainya. Kegiatannya berupa pelayanan kesehatan, bersama-sama pemerintah menjalankan program untuk peningkatan kesehatan di komunitas (Sumaryanto, 1996).

Pendekatan Peran Serta Masyarakat

1. *Enforcement Participation* (peran serta dengan paksaan)
Masyarakat melakukan peran serta pada suatu kegiatan atau program dengan cara dipaksa. Pemaksaan ini dilakukan melalui berlakunya peraturan atau undang-undang. Pendekatan ini lebih mudah dan cepat untuk melaksanakan program, namun masyarakat merasa takut karena peran serta dilakukan dengan paksaan, sehingga dapat menyebabkan masyarakat tidak mempunyai rasa memiliki terhadap program yang dijalankan (Karyati, Dewi & Mujiwati, 2011).
2. Persuasi dan edukasi
Pendekatan ini dalam bentuk suatu partisipasi berdasarkan kesadaran masyarakat. Pendekatan ini akan membutuhkan waktu yang lama untuk tumbuh di

masyarakat. Tetapi jika pendekatan ini berhasil dan tujuan program tercapai, maka masyarakat akan mempunyai rasa memiliki dan memelihara terhadap program yang dijalankan.

3. *Participation due to rewards* (peran serta karena imbalan)

Peran serta yang dilakukan karena adanya imbalan yang diberikan, baik dalam bentuk materi, penghargaan, kedudukan (Mubarak, 2012).

4. Peran serta karena tuntutan akan hak asasi dan tanggung jawab

Pendekatan ini biasanya terjadi di negara-negara maju yang paham demokrasi (Mubarak, 2012).

D. Faktor-faktor yang Memengaruhi Peran Serta Masyarakat

1. Perilaku Individu

Perilaku individu yang memengaruhi peran serta masyarakat terdiri dari tingkat pengetahuan, sikap mental, tingkat kebutuhan individu, tingkat keterikatan dalam kelompok dan tingkat kemampuan sumber daya.

a. Tingkat pengetahuan

Perilaku individu dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan. Semakin tinggi pengetahuan kesehatan individu, makin tinggi kesadaran untuk berperan serta dalam mensukseskan program kesehatan.

Individu dengan tingkat pendidikan tinggi cenderung memiliki pemahaman yang lebih baik tentang pentingnya kesehatan, sehingga lebih mudah terdorong untuk terlibat aktif dalam perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi program kesehatan. Mereka memiliki perilaku proaktif,

misalnya dengan menjadi kader kesehatan, mengikuti pelatihan, atau menginisiasi kegiatan kesehatan di komunitasnya

Berdasarkan hasil dari penelitian-penelitian yang telah dilakukan, menunjukkan bahwa terdapat pengaruh antara tingkat pengetahuan terhadap perilaku individu perihal kesehatan. Oleh karena itu, perlunya informasi yang jelas, akurat, dan mudah dipahami tentang program kesehatan, sehingga dapat meningkatkan tingkat pengetahuan individu dan mendorong partisipasi aktif dalam setiap kegiatan program kesehatan.

b. Sikap Mental

Sikap mental adalah cara seseorang memandang, merasakan, dan merespons suatu keadaan berdasarkan pola pikir, perasaan, dan keyakinan yang dimilikinya. Sikap mental mencerminkan kesiapan psikologis individu dalam menghadapi situasi tertentu, termasuk dalam konteks berpartisipasi dalam program kesehatan masyarakat. Sikap mental bisa bersifat positif, seperti antusiasme, rasa percaya diri, dan optimisme, atau negatif, seperti apatis, pesimis, dan ketidakpercayaan.

Dalam konteks pelayanan kebidanan komunitas, sikap mental akan sangat menentukan apakah seseorang mau dan mampu terlibat aktif dalam program kesehatan. Sikap mental yang positif memperkuat motivasi untuk belajar, berubah, dan berkontribusi, sementara sikap mental yang negatif cenderung menjadi hambatan dalam upaya meningkatkan kesehatan komunitas.

c. Tingkat kebutuhan individu

Tingkat kebutuhan individu merupakan salah satu faktor penting yang memengaruhi sejauh mana seseorang

bersedia terlibat dalam kegiatan program kesehatan. Menurut teori hierarki kebutuhan Maslow, kebutuhan manusia bertingkat mulai dari kebutuhan dasar (seperti kebutuhan fisiologis dan rasa aman) hingga kebutuhan aktualisasi diri.

Individu yang masih berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar, seperti makanan, tempat tinggal, dan rasa aman, cenderung memiliki prioritas yang lebih rendah terhadap keterlibatan dalam program kesehatan komunitas. Sebaliknya, individu yang kebutuhan dasarnya sudah terpenuhi biasanya lebih terbuka dan bersemangat untuk berpartisipasi dalam kegiatan sosial, termasuk mendukung program kesehatan. Oleh karena itu, agar masyarakat dapat berperan serta secara optimal, program kesehatan perlu memperhatikan kondisi kebutuhan individu di komunitas tersebut. Program yang mampu mengaitkan kegiatan kesehatan dengan pemenuhan kebutuhan riil masyarakat misalnya, layanan kesehatan gratis, penyediaan makanan tambahan bagi ibu hamil, atau bantuan sanitasi akan lebih efektif dalam meningkatkan partisipasi.

Dengan memahami tingkat kebutuhan individu, intervensi kesehatan dapat dirancang lebih relevan, menarik, dan mampu mendorong keterlibatan masyarakat secara lebih aktif dan berkelanjutan.

d. Tingkat keterikatan kelompok

Tingkat keterikatan kelompok (*group cohesion*) mengacu pada seberapa kuat hubungan emosional, solidaritas, dan rasa kebersamaan antar anggota dalam suatu komunitas atau kelompok. Semakin tinggi keterikatan kelompok, semakin besar pula kemungkinan anggota kelompok

tersebut untuk berpartisipasi aktif dalam program-program kesehatan komunitas.

Kelompok yang memiliki keterikatan erat cenderung lebih mudah diajak bekerja sama, saling memotivasi, dan membangun rasa tanggung jawab bersama terhadap keberhasilan suatu program. Dalam konteks pelayanan kebidanan komunitas, misalnya, komunitas dengan keterikatan sosial yang kuat lebih cepat dalam mengorganisasi kegiatan kesehatan di komunitas. Sebaliknya, dalam komunitas yang keterikatannya lemah di mana rasa saling percaya rendah, interaksi minim, atau adanya konflik antar kelompok partisipasi masyarakat dalam program kesehatan cenderung lebih rendah. Masyarakat mungkin merasa tidak terlibat secara emosional atau tidak menganggap program tersebut sebagai bagian dari kepentingan bersama.

Membangun dan memperkuat keterikatan kelompok menjadi langkah strategis dalam meningkatkan peran serta masyarakat. Melalui kegiatan bersama, dialog terbuka, penguatan tokoh masyarakat, dan program berbasis komunitas yang mempererat hubungan antar warga, diharapkan partisipasi dalam program kesehatan dapat meningkat secara berkelanjutan.

e. Tingkat kemampuan sumber daya

Kemampuan sumber daya yang dimiliki individu dan kelompok dalam masyarakat, seperti tingkat pendidikan, keterampilan, ekonomi, waktu, dan sarana, sangat memengaruhi perilaku mereka dalam keterlibatan pada program kesehatan. Sumber daya ini membentuk sejauh mana seseorang mampu, mau, dan merasa siap untuk berpartisipasi.

Peningkatan kemampuan sumber daya menjadi faktor kunci dalam membentuk perilaku individu agar mau dan mampu berpartisipasi secara aktif dalam peran serta masyarakat pada kesehatan. Intervensi yang memperkuat pendidikan, keterampilan, dan akses sumber daya dapat meningkatkan tingkat partisipasi dan memperkuat keberlanjutan program kesehatan berbasis komunitas.

2. Perilaku Masyarakat

Peran serta masyarakat yang dipengaruhi oleh perilaku masyarakat terutama disebabkan karena keadaan politik, ekonomi, sosial budaya, pendidikan dan agama. Setiap faktor ini memiliki dampak yang signifikan terhadap perilaku masyarakat, yang pada gilirannya memengaruhi tingkat partisipasi masyarakat dalam kegiatan kesehatan di komunitas.

- a. **Faktor Politik:** Keadaan politik suatu negara atau daerah dapat mempengaruhi sistem kesehatan yang ada, serta kebijakan yang diterapkan dalam masyarakat. Kebijakan pemerintah yang mendukung atau menghambat inisiatif kesehatan berbasis masyarakat akan memengaruhi perilaku masyarakat dalam ikut serta dalam program kesehatan. Jika kebijakan pemerintah memperhatikan kebutuhan masyarakat dan mengalokasikan sumber daya yang cukup untuk program kesehatan, maka masyarakat akan lebih terdorong untuk berpartisipasi aktif.
- b. **Faktor Ekonomi:** Kondisi ekonomi masyarakat sangat mempengaruhi partisipasi mereka dalam program kesehatan. Masyarakat dengan kondisi ekonomi yang baik cenderung memiliki akses lebih besar terhadap layanan kesehatan dan sumber daya yang mendukung partisipasi aktif dalam kegiatan kesehatan. Sebaliknya,

masyarakat dengan keterbatasan ekonomi mungkin merasa kesulitan untuk mengalokasikan waktu, tenaga, dan dana untuk ikut serta dalam program kesehatan. Dalam hal ini, dukungan ekonomi atau pemberian insentif bisa menjadi salah satu cara untuk meningkatkan partisipasi masyarakat.

- c. **Faktor Sosial Budaya:** Nilai-nilai dan norma sosial budaya yang berlaku di suatu komunitas mempengaruhi sikap dan perilaku individu dalam berpartisipasi dalam kegiatan kesehatan. Masyarakat yang hidup dalam komunitas dengan budaya gotong royong atau saling membantu biasanya lebih terbuka dan lebih mudah berpartisipasi dalam program-program berbasis komunitas. Namun, jika terdapat norma budaya yang menahan atau membatasi partisipasi, seperti pandangan konservatif mengenai kesehatan reproduksi, ini dapat menghambat keterlibatan masyarakat.
- d. **Faktor Pendidikan:** Tingkat pendidikan masyarakat memainkan peran penting dalam membentuk perilaku mereka terhadap kesehatan. Masyarakat yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung lebih sadar akan pentingnya peran serta dalam menjaga kesehatan diri dan komunitas. Mereka lebih memahami manfaat dari program kesehatan yang diselenggarakan dan lebih terbuka untuk mengikuti edukasi kesehatan. Sebaliknya, masyarakat dengan tingkat pendidikan yang rendah mungkin kurang memahami pentingnya partisipasi mereka dalam program kesehatan, sehingga cenderung kurang aktif.
- e. **Faktor Agama:** Agama memiliki pengaruh besar terhadap perilaku masyarakat, termasuk dalam hal kesehatan. Nilai-nilai agama dapat mendorong

masyarakat untuk menjaga kesehatan sebagai bagian dari tanggung jawab terhadap tubuh dan kehidupan. Di beberapa komunitas, agama juga bisa menjadi pendorong untuk mengikuti program kesehatan tertentu, seperti vaksinasi atau pengobatan tradisional. Namun, di sisi lain, beberapa ajaran agama bisa membatasi atau mempengaruhi cara masyarakat berpartisipasi dalam beberapa kegiatan kesehatan, terutama jika bertentangan dengan keyakinan agama yang dianut.

Secara keseluruhan, faktor politik, ekonomi, sosial budaya, pendidikan, dan agama saling berinteraksi dan berperan penting dalam membentuk perilaku masyarakat terhadap partisipasi mereka dalam program kesehatan. Oleh karena itu, program kesehatan yang sukses harus mampu mengidentifikasi dan mengatasi berbagai faktor ini agar dapat mendorong masyarakat untuk berperan aktif dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan mereka.

E. Faktor-faktor Pendorong dan Penghambat Peran Serta Masyarakat

1. Faktor pendorong

Peran serta masyarakat dalam kesehatan di komunitas dapat berkembang dengan baik apabila didukung oleh sejumlah faktor pendorong. Faktor-faktor ini antara lain adalah kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan, tingkat pendidikan yang baik, serta ketersediaan informasi yang memadai. Selain itu, adanya hubungan yang harmonis antara tenaga kesehatan dan masyarakat turut memperkuat kepercayaan dan motivasi untuk terlibat aktif. Dukungan dari tokoh masyarakat, organisasi sosial, serta adanya program pemerintah yang

inklusif dan berbasis akan kebutuhan komunitas juga mempercepat keterlibatan masyarakat. Sarana dan prasarana kesehatan yang mudah diakses serta penghargaan terhadap peran masyarakat dalam program kesehatan dapat mendorong munculnya partisipasi yang aktif dan berkelanjutan.

2. Faktor penghambat

Terdapat sejumlah faktor yang dapat menghambat peran serta masyarakat dalam upaya kesehatan komunitas. Kurangnya pengetahuan dan pemahaman tentang isu kesehatan menjadi penghambat utama, diperburuk dengan rendahnya tingkat pendidikan dan kesadaran masyarakat. Keterbatasan ekonomi membuat masyarakat lebih fokus pada kebutuhan dasar sehari-hari dibandingkan partisipasi program kesehatan. Adanya ketidakpercayaan terhadap tenaga kesehatan atau lembaga penyelenggara program, konflik sosial, serta ketidaksesuaian program dengan nilai budaya lokal juga menjadi hambatan terhadap peran serta masyarakat. Selain itu, faktor politik, kurangnya dukungan kebijakan, minimnya fasilitas kesehatan, dan pengalaman negatif dalam program sebelumnya dapat menyebabkan masyarakat memiliki sikap apatis dan enggan untuk berpartisipasi.

F. Kebijakan dan Pengembangan Peran Serta Masyarakat dalam Kesehatan Komunitas

1. Kebijakan peran serta masyarakat

Peran serta masyarakat dalam kesehatan komunitas perlu diperkuat melalui kebijakan yang mendorong keterlibatan aktif masyarakat dalam setiap tahap pelayanan kesehatan, mulai dari perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi program. Kebijakan ini bertujuan untuk memberdayakan

masyarakat agar mampu menjadi mitra sejajar dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan.

a. Prinsip Kebijakan

- 1) Pemberdayaan Masyarakat: Menempatkan masyarakat sebagai pelaku utama, bukan hanya sebagai objek program kesehatan.
- 2) Keterbukaan dan Transparansi: Setiap tahap program harus melibatkan masyarakat secara terbuka agar tumbuh rasa memiliki.
- 3) Inklusivitas: Mengakomodasi seluruh kelompok masyarakat tanpa diskriminasi sosial, ekonomi, budaya, atau gender.
- 4) Berbasis Kebutuhan Nyata: Program dirancang berdasarkan kebutuhan dan aspirasi masyarakat setempat.
- 5) Berkelanjutan: Membentuk sistem keterlibatan masyarakat yang konsisten dan jangka panjang, bukan sekadar proyek jangka pendek.

b. Strategi Kebijakan

- 1) Penguatan Kapasitas: Memberikan pelatihan kepada kader kesehatan, tokoh masyarakat, dan kelompok komunitas untuk meningkatkan keterampilan mereka dalam pelayanan kesehatan.
- 2) Fasilitasi Partisipasi: Membentuk forum komunikasi masyarakat seperti forum warga sehat, kelompok ibu hamil, dan remaja sehat.
- 3) Kemitraan Multi Sektor: Mendorong kerja sama antara masyarakat, fasilitas kesehatan, lembaga swadaya masyarakat, dan pemerintah daerah.
- 4) Insentif dan Apresiasi: Memberikan penghargaan atau dukungan kepada individu atau kelompok masyarakat yang aktif berpartisipasi.

- 5) Penyusunan Regulasi Lokal: Membuat peraturan desa atau kelurahan yang mengatur dan mendorong partisipasi masyarakat dalam kegiatan kesehatan.

2. Pengembangan Peran Serta Masyarakat

Pengembangan peran serta masyarakat merupakan proses strategis untuk meningkatkan kapasitas, motivasi, dan kesempatan masyarakat dalam ikut berpartisipasi aktif dalam upaya pembangunan kesehatan. Masyarakat tidak lagi diposisikan hanya sebagai penerima manfaat, tetapi sebagai subjek utama yang merancang, melaksanakan, dan mengevaluasi program kesehatan.

Pengembangan ini perlu dilakukan secara sistematis melalui pendekatan pemberdayaan, peningkatan pengetahuan, penyadaran, serta penciptaan ruang partisipasi yang luas dan berkelanjutan.

3. Prinsip Pengembangan Peran Serta Masyarakat:

- a. Partisipatif: Mendorong keterlibatan aktif seluruh lapisan masyarakat.
- b. Berbasis Potensi Lokal: Mengoptimalkan kekuatan dan sumber daya masyarakat setempat.
- c. Berkelanjutan: Membina peran serta agar terus hidup dan berkembang, bukan hanya temporer.
- d. Responsif: Menyesuaikan pendekatan dengan kondisi sosial budaya masyarakat.

4. Langkah-langkah pengembangan peran serta masyarakat

- a. Identifikasi Masalah dan Potensi Masyarakat
 - 1) Melakukan pengkajian tentang masalah kesehatan, kebutuhan, serta potensi sumber daya yang dimiliki masyarakat.
 - 2) Menggali informasi melalui wawancara, diskusi kelompok, atau survei sederhana.
- b. Peningkatan Kesadaran Masyarakat
 - 1) Memberikan penyuluhan tentang pentingnya peran aktif masyarakat dalam pembangunan kesehatan.
 - 2) Menyampaikan data atau fakta lokal untuk membangkitkan rasa kepemilikan terhadap masalah kesehatan.
- c. Membangun Kemitraan dan Jaringan
 - 1) Menjalin kolaborasi dengan tokoh masyarakat, organisasi lokal, lembaga swadaya masyarakat (LSM), dan pihak terkait lainnya.
 - 2) Membentuk tim kecil atau forum kerja sama sebagai motor penggerak di komunitas.
- d. Peningkatan Kapasitas Masyarakat
 - 1) Menyelenggarakan pelatihan, workshop, atau kursus keterampilan kesehatan masyarakat.
 - 2) Memberdayakan kader kesehatan sebagai agen perubahan di komunitas.
- e. Perencanaan Kegiatan Secara Partisipatif
 - 1) Mengajak masyarakat menyusun rencana aksi berdasarkan kebutuhan nyata dan sumber daya yang tersedia.

- 2) Menentukan prioritas kegiatan yang feasible dan berdampak cepat.
- f. Pelaksanaan Kegiatan Berbasis Masyarakat
 - 1) Melaksanakan program/kegiatan dengan melibatkan masyarakat secara langsung.
 - 2) Membagi tugas dan tanggung jawab dengan adil berdasarkan kesanggupan masing-masing anggota komunitas.
- g. Monitoring dan Evaluasi Partisipatif
 - 1) Melibatkan masyarakat dalam memantau pelaksanaan program.
 - 2) Mengadakan evaluasi berkala untuk menilai keberhasilan, hambatan, dan mencari solusi bersama.
- h. Penguatan Keberlanjutan
 - 1) Memberikan penghargaan kepada kelompok masyarakat yang aktif.
 - 2) Mengintegrasikan kegiatan kesehatan ke dalam struktur sosial yang sudah ada (seperti PKK, karang taruna, posyandu).
 - 3) Mendorong kebijakan lokal yang mendukung partisipasi masyarakat dalam kesehatan.

G. Pengembangan Wahana atau Forum Peran Serta Masyarakat dalam Pelayanan Kebidanan Komunitas

Dalam rangka mengembangkan peran serta masyarakat dalam pelayanan kebidanan komunitas, wahana atau forum yang ada di masyarakat yang dipandang mampu untuk meningkatkan kesehatan komunitas diantaranya:

1. Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu)

Posyandu merupakan wahana yang sudah dikenal luas dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak. Posyandu adalah salah satu bentuk kegiatan nyata yang melibatkan peran serta masyarakat dalam pelayanan kesehatan yang dikelola dan diselenggarakan “dari, oleh, untuk dan bersama” masyarakat. Kegiatan posyandu dilaksanakan oleh kader yang telah dilatih oleh puskesmas. Posyandu adalah wadah partisipasi masyarakat sebagai mitra Pemerintah Desa, ikut serta dalam perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan pembangunan serta meningkatkan pelayanan masyarakat desa. Posyandu berfungsi sebagai forum untuk melibatkan masyarakat dalam pengambilan keputusan terkait masalah kesehatan yang dihadapi komunitas (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Posyandu berawal pada tahun 1975 melalui ketetapan dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia mengenai Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) yang merupakan bagian dari kesejahteraan umum seperti yang tercantum dalam pembukaan UUD 1945.

Tujuan dari penyelenggaraan posyandu antara lain menurunkan Angka Kematian Ibu (ibu hamil, melahirkan dan nifas), Angka Kematian Bayi (AKB), membudayakan pola hidup bersih dan sehat (PHBS) di masyarakat, meningkatkan peran serta dan kemampuan masyarakat untuk mengembangkan kegiatan kesehatan dan Keluarga Berencana serta kegiatan lainnya yang menunjang untuk tercapainya masyarakat sehat sejahtera.

Sumber pendanaan pelaksanaan Posyandu dapat berasal dari:

- a. Anggaran Pendapatan Belanja (APBN);
- b. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD);

- c. Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa (APBDes);
- d. Sumber dana lainnya yang sah dan tidak mengikat.

a. Perencanaan Pelayanan Kesehatan Posyandu

- 1) Sasaran Pelayanan Kesehatan
Sasaran pelayanan kesehatan posyandu ditujukan pada ibu hamil, nifas dan menyusui, bayi dan anak pra sekolah (0-6 tahun), usia sekolah dan remaja (>6-18 tahun), usia dewasa (>18 tahun-59 tahun), lansia (>60 tahun).
- 2) Paket Pelayanan Kesehatan
Paket pelayanan kesehatan dilakukan oleh kader dan tenaga kesehatan yang terdiri dari penyuluhan deteksi dini, imunisasi, suplementasi bagi sasaran kelompok ibu hamil, nifas dan menyusui, usia sekolah dan remaja, usia dewasa dan lansia.
- 3) Sarana dan Prasarana
Lokasi pelaksanaan posyandu berada di tingkat dusun/RT/RW/Nagari/Banjar atau setingkat yang disepakati bersama untuk melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.

Sarana dan prasarana dalam melaksanakan kegiatan posyandu diperlukan tempat/bangunan yang permanen dan memadai. Adapun sarana prasarana terdiri dari:
 - a) Tempat tunggu antrian;
 - b) Tempat pendaftaran;
 - c) Tempat penimbangan, pengukuran;
 - d) Tempat pencatatan hasil penimbangan, pengukuran;
 - e) Tempat penyuluhan kesehatan.

b. Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan

Posyandu dilaksanakan minimal sebulan sekali, hari dan tanggal disesuaikan dengan kesepakatan. Pelayanan dilaksanakan minimal dengan 5 langkah yang dapat dimodifikasi berdasarkan kondisi dan ketersediaan sumber daya, serta tidak bersifat mengikat.

Langkah 1: Pendaftaran

Pendaftaran merupakan tahap awal dalam pelayanan kesehatan di Posyandu. Pada langkah ini, masyarakat yang datang untuk mendapatkan layanan diminta untuk mendaftarkan diri terlebih dahulu. Pendaftaran ini dilakukan untuk mencatat identitas individu yang akan dilayani, seperti nama, usia, jenis kelamin, dan riwayat kesehatan singkat. Proses pendaftaran ini penting untuk memudahkan pelayanan lebih lanjut serta memastikan bahwa semua peserta terdaftar dalam sistem pelayanan Posyandu.

Langkah 2: Penimbangan/pengukuran/deteksi dini risiko

Setelah pendaftaran, langkah selanjutnya adalah penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan. Selain itu, dilakukan juga deteksi dini terhadap risiko kesehatan, seperti memeriksa status gizi anak, mengukur tekanan darah, serta mendeteksi tanda-tanda penyakit atau gangguan kesehatan lainnya. Kegiatan ini bertujuan untuk memantau perkembangan dan kesehatan individu, serta mendeteksi potensi masalah kesehatan yang mungkin timbul, sehingga penanganan dapat dilakukan lebih dini.

Langkah 3: Pencatatan

Setelah penimbangan dan pengukuran, data yang diperoleh akan dicatat dalam buku atau sistem pencatatan yang telah

disediakan oleh posyandu. Pencatatan ini penting sebagai dokumentasi untuk memantau perkembangan kesehatan individu dari waktu ke waktu. Pencatatan yang akurat dan sistematis akan memudahkan tenaga kesehatan untuk mengidentifikasi tren kesehatan, memberikan rujukan yang tepat jika diperlukan, serta melaporkan perkembangan kesehatan secara berkala kepada pihak terkait.

Langkah 4: Pelayanan kesehatan

Pada langkah ini, Posyandu memberikan layanan kesehatan dasar kepada masyarakat. Pelayanan ini mencakup berbagai aspek kesehatan, seperti imunisasi untuk balita, pemeriksaan kesehatan ibu hamil, penyuluhan tentang pola hidup sehat, dan layanan KB (Keluarga Berencana). Dalam pelayanan kesehatan ini, tenaga kesehatan seperti bidan, dokter, atau kader kesehatan akan memberikan pemeriksaan dan tindakan yang diperlukan untuk memastikan kondisi kesehatan masyarakat terjaga dengan baik.

Langkah 5: Penyuluhan kesehatan

Langkah terakhir dalam pelayanan di posyandu adalah penyuluhan kesehatan. Pada tahap ini, masyarakat diberi informasi yang bermanfaat mengenai berbagai topik kesehatan, seperti pola makan yang sehat, pentingnya imunisasi, cara menjaga kebersihan, serta cara-cara untuk mengatasi masalah kesehatan tertentu. Penyuluhan ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat dan mendorong perubahan perilaku menuju gaya hidup yang lebih sehat. Penyuluhan juga menjadi kesempatan untuk melibatkan masyarakat secara aktif dalam menjaga kesehatan diri mereka dan keluarga.

Peran serta masyarakat dalam pelayanan kebidanan komunitas, khususnya dalam kegiatan posyandu,

merupakan salah satu elemen kunci yang mendukung tercapainya tujuan kesehatan masyarakat yang lebih baik. Melalui partisipasi aktif masyarakat dalam kegiatan posyandu dapat mendukung program kesehatan komunitas. Dengan demikian, posyandu merupakan wadah pemberdayaan masyarakat yang mampu meningkatkan kesadaran, pengetahuan, dan perilaku sehat, yang pada akhirnya berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup dan kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

2. Poskesdes (Pos Kesehatan Desa)

Pos Kesehatan Desa atau biasa disebut dengan Poskesdes adalah upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM) yang dibentuk di desa dalam rangka menyediakan pelayanan kesehatan dasar masyarakat desa. Pelayanan Poskesdes meliputi upaya promotif, preventif dan kuratif yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan (terutama bidan) dengan melibatkan kader atau tenaga sukarela. Pengertian desa dapat berarti desa atau kelurahan atau nagari atau sebutan lainnya bagi satuan administrasi pemerintahan setingkat desa.

a. Tujuan poskesdes

- 1) Terwujudnya masyarakat sehat yang dan siap menghadapi berbagai masalah kesehatan di desa mereka.
- 2) Terselenggaranya promosi kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan.
- 3) Terselenggaranya pengamatan, pencatatan dan pelaporan dalam upaya umeningkatkan kewaspadaan dan kesiapsiagaan masyarakat

terhadap risiko dan bahaya yang dapat menyebabkan gangguan kesehatan.

- 4) Tersedianya upaya pemberdayaan masyarakat dalam rangka meningkatkan kemampuan masyarakat untuk deteksi dan menolong dirinya di bidang kesehatan.
- 5) Terselenggaranya pelayanan kesehatan dasar yang dilaksanakan oleh masyarakat dan tenaga kesehatan.
- 6) Terkoordinasinya penyelenggaraan UKBM lainnya

b. Kegiatan utama poskesdes

- 1) Pengamatan dan kewaspadaan dini (surveilans penyakit, surveilans gizi, surveilans perilaku berisiko dan surveillans lingkungan dan masalah kesehatan lainnya).
- 2) Promosi kesehatan, penyehatan lingkungan yang dilakukan dengan pendekatan edukatif yang dilakukan melalui musyawarah mufakat yang disesuaikan kondisi dan potensi masyarakat setempat.

c. Prioritas pengembangan poskesdes

Prioritas pengembangan poskesdes adalah pada:

- 1) Desa/kelurahan yang tidak terdapat sarana kesehatan (puskesmas dan rumah sakit).
- 2) Desa di lokasi terisolir, terpencil, tertinggal, perbatasan atau kepulauan.

d. Sumberdaya poskesdes

Penyelenggaraan poskesdes oleh tenaga kesehatan minimal 1 orang Bidan dibantu oleh minimal 2 kader. Terdapat sarana fisik bangunan, perlengkapan, alat kesehatan, sarana komunikasi.

Peran serta masyarakat dalam pelayanan kebidanan komunitas melalui kegiatan poskesdes sangat penting untuk mencapai tujuan kesehatan yang optimal. Dengan keterlibatan aktif masyarakat, mulai dari perencanaan hingga pelaksanaan program, poskesdes dapat memberikan layanan kesehatan yang lebih terjangkau dan tepat sasaran. Selain itu, poskesdes juga menjadi wadah untuk memperkuat hubungan antara tenaga kesehatan dan masyarakat, yang dapat meningkatkan kesadaran dan partisipasi masyarakat dalam menjaga kesehatan di komunitas, khususnya pada kesehatan ibu dan anak. Melalui peran serta masyarakat yang penuh, pelayanan kesehatan di tingkat desa dapat lebih efektif, berkelanjutan, dan meningkatkan kualitas hidup seluruh anggota komunitas.

DAFTAR PUSTAKA

- Karyati, Dewi, P. and Mujiwati, S. (2011) Asuhan Kebidanan V (Kebidanan Komunitas). 1st edn. Jakarta, Indonesia: CV. Trans Info Media.
- Kementerian Kesehatan RI (2023) 'Panduan Pengelolaan Posyandu Bidang Kesehatan', *Angewandte Chemie International Edition*, 6 (11), 951–952., 2.
- Meilani, N. et al. (2009) *Kebidanan Komunitas*. 1st edn. Edited by I. Machfoedz. Yogyakarta, Indonesia: Fitramaya.
- Mubarak, W. I. (2012) *Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsep dan Aplikasi dalam Kebidanan*. 1st edn. Edited by A. Suslia. Jakarta, Indonesia: Penerbit Salemba Medika.
- Siti, C. and Yanik, P. (2019) *Buku Ajar Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Komunitas*, Umsida Press.
- Sumaryanto (1996) 'Pengembangan dan Pembinaan Partisipasi Masyarakat dalam Pembangunan Kesehatan', *Cakrawala Pendidikan*, pp. 117–125. Available at: <https://journal.uny.ac.id/index.php/cp/article/download/9257/pdf>.
- Ungusari, E. (2015) 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 84 Tahun 2015', 151, pp. 10–17.

BAB 8

ASUHAN ANTENATAL, INTRANATAL, POST NATAL, BAYI DAN BALITA DI KOMUNITAS

Oleh Bdn. Fitria Endah Purwani, S.K.M., S.S.T., M.Keb.

A. Asuhan Antenatal

1. Pendahuluan

ANC merupakan asuhan berupa pemeriksaan kehamilan untuk mempersiapkan serta mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil dalam menghadapi persalinan, nifas, persiapan pemberian ASI, dan kembalinya sistem reproduksi seperti keadaan sebelum hamil. Asuhan Antenatal Care adalah pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan terhadap ibu hamil untuk memelihara dan menjaga kehamilannya tetap sehat hingga persalinan tiba. Tujuan asuhan antenatal untuk menjaga ibu hamil dapat bersalin dan memperoleh bayi yang sehat, deteksi dan intervensi dini kelainan pada kehamilan dan janin (Maternity et al., 2017).

Pelayanan Antenatal *Care* terpadu adalah keterpaduan pelayanan antenatal dengan program lain yang diperlukan pencegahan serta penanganan segera selama masa kehamilan. Tujuan pelayanan ini untuk memberikan asuhan yang komprehensif, mendeteksi dan menangani gangguan pada ibu hamil, intervensi dini terhadap kelainan atau gangguan penyakit lain, serta

menyediakan rujukan sesuai dengan sistem yang ada (maternity et al., 2017). Asuhan antenatal yang diadakan di masyarakat disebut asuhan kebidanan komunitas.

Pelaksanaan asuhan antenatal di lingkungan masyarakat merupakan serangkaian tindakan yang bersifat alami dan sistematis oleh bidan, yang bertujuan untuk mempersiapkan kehamilan serta persalinan yang sehat sesuai dengan standar yang ditetapkan, melalui kolaborasi dengan ibu, keluarga, dan masyarakat. (Yulifah & Yuswanto, 2009).

2. Tujuan

Tujuan umum dari pelayanan antenatal adalah untuk meningkatkan upaya pemeliharaan kesehatan ibu dan janin sesuai dengan kebutuhannya, sehingga kehamilan dapat berlangsung dengan optimal, proses persalinan dapat berjalan secara normal, dan bayi lahir dalam keadaan sehat serta bebas dari kelainan bawaan.

Tujuan khusus dari antenatal:

- a. Melakukan pemantauan terhadap perkembangan kehamilan guna menjamin kondisi kesehatan ibu serta pertumbuhan dan perkembangan janin berlangsung secara normal.
- b. Mengidentifikasi secara dini kemungkinan terjadinya komplikasi yang dapat membahayakan keselamatan ibu maupun janin.
- c. Menyusun rencana asuhan yang bersifat individual sesuai dengan kebutuhan masing-masing ibu hamil.
- d. Menyiapkan proses persalinan dan meningkatkan kesiapsiagaan dalam menghadapi potensi komplikasi yang dapat terjadi pada ibu maupun bayi saat persalinan.

- e. Merencanakan masa nifas dengan memperhatikan pemberian ASI secara optimal.

3. Standar Asuhan

Pelayanan antenatal *care* (ANC) merupakan rangkaian pemeriksaan kehamilan yang bertujuan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil. Tujuan utamanya adalah untuk mempersiapkan ibu dalam menghadapi proses persalinan, masa nifas, pemberian air susu ibu (ASI), serta pemulihan kesehatan reproduksi secara normal.

Menurut Sandra dan rekan (2016), asuhan antenatal di masyarakat secara umum juga mencakup:

- a. Upaya dalam mempersiapkan pasangan remaja yang baru menikah agar dapat menjalankan peran sebagai orang tua secara efektif.
- b. Meningkatkan kesadaran bahwa keluarga merupakan bagian integral dari struktur masyarakat.
- c. Mengidentifikasi faktor sosial dan budaya yang berpengaruh terhadap proses pertumbuhan dan perkembangan kesehatan ibu.
- d. Meningkatkan pemahaman serta merancang program keluarga berencana secara terencana dan terarah.
- e. Menanamkan wawasan mengenai hubungan seksual yang sehat sebagai upaya dalam menjaga keharmonisan dalam keluarga.
- f. Menyediakan layanan konseling mengenai kehamilan. Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2018), pemeriksaan antenatal di fasilitas pelayanan dasar sebaiknya mencakup tiga aspek utama, yaitu:
 - 1) Aspek Medik: mencakup diagnosis kehamilan, deteksi dini kelainan, serta pemberian terapi yang sesuai berdasarkan hasil diagnosis.

- 2) Aspek edukasi dan motivasi: memberikan penyuluhan kepada ibu hamil terkait pemeliharaan kesehatan ibu dan janin, serta pengenalan terhadap tanda bahaya kehamilan dan faktor risiko yang dimiliki.
- 3) Rujukan, ibu hamil dengan resiko tinggi harus dirujuk ke tempat pelayanan yang memiliki fasilitas lebih lengkap.

Standar pelayanan antenatal di tingkat komunitas pada dasarnya tidak memiliki perbedaan dengan pelayanan yang diberikan di fasilitas klinik. Berdasarkan pedoman dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2018), terdapat enam komponen standar yang harus dipenuhi dalam penyelenggaraan pelayanan antenatal, yaitu sebagai berikut:

1. Identifikasi Ibu Hamil

Tenaga bidan melakukan kunjungan ke rumah serta menjalin interaksi secara berkala dengan masyarakat guna memberikan edukasi dan memotivasi ibu hamil, suami, serta anggota keluarga lainnya. Tujuannya adalah mendorong ibu untuk melakukan pemeriksaan kehamilan sejak dini dan secara teratur.

Hasil yang diharapkan:

- a. Ibu mampu mengenali tanda-tanda serta gejala awal kehamilan.
- b. Ibu, suami, dan anggota masyarakat memahami pentingnya pemeriksaan kehamilan secara dini dan berkala, serta mengetahui lokasi pelayanan kesehatan yang tersedia.
- c. Meningkatnya jumlah ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilan sebelum usia kehamilan mencapai 16 minggu.

2. Pemeriksaan dan Pemantauan Antenatal

- a. Bidan melaksanakan pemeriksaan antenatal sekurang-kurangnya empat kali selama masa kehamilan. Pemeriksaan ini meliputi anamnesis dan pemantauan secara cermat terhadap kondisi ibu dan janin untuk menilai apakah proses kehamilan berlangsung dengan normal.
- b. Bidan harus dapat mengidentifikasi kehamilan dengan risiko tinggi maupun gangguan lain seperti anemia, malnutrisi, hipertensi, PMS, atau infeksi HIV.
- c. Bidan bertugas memberikan layanan imunisasi, komunikasi, informasi, edukasi (KIE), serta penyuluhan kesehatan, termasuk pelayanan lain yang terkait dengan fasilitas kesehatan primer.
- d. Bidan wajib mendokumentasikan data kunjungan secara akurat. Apabila ditemukan kelainan, bidan harus dapat menentukan langkah penanganan yang sesuai, termasuk melakukan rujukan bila diperlukan

Hasil yang diharapkan yaitu:

- a. Ibu hamil memperoleh layanan antenatal sekurang-kurangnya empat kali selama kehamilan
- b. Terjadi peningkatan pemanfaatan layanan kebidanan oleh masyarakat.
- c. Terlaksananya deteksi dini serta penanganan terhadap komplikasi kehamilan.
- d. Ibu hamil, suami, keluarga, serta masyarakat memiliki pemahaman yang baik mengenai tanda-tanda bahaya dalam kehamilan dan mengetahui langkah-langkah yang harus diambil. Misalnya, mengatur transportasi untuk keperluan darurat apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

3. Palpasi Abdomen

Pemeriksaan abdomen dilakukan secara cermat melalui palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan. Seiring bertambahnya usia kehamilan, bidan juga memeriksa posisi janin, memastikan bagian terendah janin telah memasuki rongga panggul, mendeteksi kemungkinan adanya kelainan, serta melakukan rujukan secara tepat waktu bila diperlukan (Komaria Susanti, 2022).

Hasil yang diharapkan antara lain:

- a. Usia kehamilan dapat diperkirakan secara lebih akurat.
- b. Kehamilan ganda maupun kelainan lainnya dapat didiagnosis lebih awal dan segera dirujuk.
- c. Diagnosis kehamilan dapat ditegakkan secara dini dan rujukan dilakukan sesuai kebutuhan

4. Pengelolaan Anemia Pada Kehamilan

Bidan bertugas melaksanakan tindakan pencegahan, deteksi, penanganan, dan/atau merujuk seluruh kasus anemia selama kehamilan berdasarkan ketentuan yang berlaku.

Hasil yang diharapkan:

- a. Ibu hamil dengan anemia berat dapat segera dirujuk.
- b. Terjadi penurunan jumlah ibu yang melahirkan dalam kondisi anemia.
- c. Menurunnya jumlah bayi yang lahir dengan anemia atau Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).

5. Pengelolaan Dini Hipertensi Pada Kehamilan

Bidan diharapkan mampu mendeteksi secara dini setiap peningkatan tekanan darah selama masa kehamilan dan mengenali tanda-tanda preeklampsia. Selain itu, bidan juga

harus mengambil langkah yang tepat dan melakukan rujukan sesuai kebutuhan.

Hasil yang diharapkan:

- a. Ibu hamil yang menunjukkan gejala preeklampsia dapat memperoleh perawatan yang memadai dan tepat waktu.
- b. Menurunnya angka kesakitan dan kematian yang disebabkan oleh preeklampsia.

6. Persiapan Persalinan

- a. Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil dan keluarganya selama trimester ketiga.
- b. Bidan memastikan persiapan persalinan dilakukan secara menyeluruh dan aman, menciptakan suasana yang nyaman, memilih tempat persalinan yang sesuai, serta menyiapkan penolong persalinan, sarana transportasi, pendonor darah, biaya persalinan, dan kebutuhan lainnya untuk menghadapi kemungkinan kondisi gawat darurat.
- c. Bidan berupaya melakukan kunjungan ke setiap rumah ibu hamil.

Hasil yang diharapkan:

- a. Ibu hamil, suami, dan keluarga terdorong untuk merencanakan persalinan yang bersih dan aman.
- b. Proses persalinan dilakukan di fasilitas kesehatan yang layak dan aman, dengan bantuan dari tenaga bidan yang kompeten.
- c. Tersedianya sarana transportasi dan pembiayaan untuk merujuk ibu bersalin bila diperlukan.
- d. Rujukan dilakukan secara tepat waktu jika dibutuhkan.

B. Asuhan Intranatal

1. Pendahuluan

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan merupakan tindakan yang aman dan dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi, seperti dokter spesialis kebidanan, dokter umum, dan bidan. Namun, pada praktiknya, masih dijumpai penolong persalinan yang bukan berasal dari tenaga kesehatan serta pelaksanaannya dilakukan di luar fasilitas pelayanan kesehatan (Komaria Susanti, 2022).

Secara bertahap, seluruh proses persalinan diharapkan dapat ditangani oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Melalui pemberian asuhan intranatal yang tepat dan sesuai standar, diharapkan dapat menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Pendekatan ini menuntut kemampuan analisis terhadap aspek sosial, nilai-nilai, dan budaya lokal

Falsafah asuhan persalinan dalam komunitas menekankan bahwa setiap individu berhak untuk mendapatkan pelayanan yang memuaskan. Oleh karena itu, kualitas pelayanan persalinan dapat ditingkatkan melalui pendidikan, intervensi kesehatan, serta dukungan asuhan yang berorientasi pada kebutuhan individu dan keluarganya, baik dari sisi emosional, fisik, sosial, maupun klinis. Pelayanan harus diberikan secara berkelanjutan dengan mengedepankan aspek keselamatan dan manajemen klinis yang sesuai dengan standar (Cholifah & Purwanti, 2019).

2. Tujuan

Tujuan dari pelaksanaan asuhan intranatal adalah sebagai berikut:

- a. Menjamin bahwa proses persalinan berlangsung sesuai dengan rencana yang telah disusun sebelumnya.
- b. Menjamin kesiapan pelaksanaan persalinan yang bersih, aman, dan berlangsung dalam suasana yang nyaman dan mendukung.
- c. Menyediakan sarana transportasi serta alokasi dana rujukan yang memadai jika sewaktu-waktu diperlukan

3. Standar Asuhan Pelayanan Kebidanan

- a. Standar pelayanan kebidanan
 - 1) Asuhan saat persalinan
Bidan melakukan penilaian secara akurat mengenai dimulainya proses persalinan, kemudian memberikan asuhan serta pemantauan yang memadai dengan tetap memperhatikan kebutuhan individu klien selama berlangsungnya proses persalinan. (Dainty Maternity, 2017).
 - 2) Persalinan yang aman
 - a) Bidan memberikan pertolongan persalinan dengan menjunjung tinggi prinsip keamanan, kesopanan, serta menghargai klien dan mempertimbangkan tradisi setempat.
 - b) Proses pengeluaran plasenta dilakukan dengan penegangan tali pusat yang terkontrol.

- c) Bidan melakukan penegangan tali pusat secara tepat untuk membantu pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara menyeluruh.
 - d) Penanganan kala II dengan indikasi gawat janin dilakukan melalui tindakan episiotomi.
 - e) Bidan mampu mengenali secara dini tanda-tanda gawat janin pada kala II yang berlangsung lama dan segera melakukan tindakan episiotomi secara aman untuk memperlancar proses persalinan, yang dilanjutkan dengan penjahitan perineum.
- b. Persiapan
- 1) Persiapan bidan
Persiapan bidan meliputi Dalam memberikan asuhan intranatal di tingkat komunitas, bidan dituntut untuk mempersiapkan diri secara optimal, terutama dalam hal kompetensi. Hal ini penting agar bidan mampu memberikan pelayanan persalinan yang bersih dan aman, serta memiliki kemampuan untuk mengidentifikasi waktu yang tepat dalam melakukan rujukan pada kondisi kegawatdaruratan:
 - a) Melakukan penilaian secara akurat terkait dimulainya proses persalinan, serta memberikan asuhan dan pemantauan yang memadai dengan tetap memperhatikan kebutuhan ibu selama proses berlangsung

- b) Menyediakan ruang persalinan yang hangat, bersih, dan nyaman guna menunjang proses persalinan serta kelahiran bayi.
 - c) Menyiapkan alat, bahan, dan obat-obatan yang diperlukan, serta memastikan ketersediaannya dalam jumlah dan jenis yang cukup, dalam kondisi siap pakai untuk setiap proses persalinan dan kelahiran.
 - d) Mengatur kesiapan rujukan bersama ibu dan keluarganya, agar jika terjadi keterlambatan dalam merujuk ke fasilitas yang lebih memadai tidak membahayakan keselamatan ibu dan bayi. Jika diperlukan rujukan, dokumentasi asuhan yang telah diberikan harus disiapkan dan disertakan.
 - e) Memberikan asuhan sayang ibu, seperti dukungan emosional, membantu pengaturan posisi ibu, pemberian cairan dan nutrisi, membantu relaksasi, penggunaan kamar mandi secara teratur, serta memberikan pertolongan persalinan yang bersih dan aman dengan menerapkan teknik pencegahan infeksi.
- 2) Persiapan rumah dan lingkungan
- Persiapan rumah dan lingkungan perlu disesuaikan dengan situasi dan kondisi yang ada. Beberapa hal yang perlu diketahui dan dipersiapkan oleh keluarga antara lain:
- a) Rumah harus dalam kondisi aman dan cukup hangat.
 - b) Tersedianya ruangan khusus untuk proses persalinan.

- c) Ketersediaan air mengalir.
 - d) Terjaganya kebersihan lingkungan.
 - e) Adanya fasilitas media komunikasi yang dapat digunakan.
- 3) Persiapan ibu dan keluarga
- Persiapan yang dilakukan oleh ibu dan keluarga mencakup penyediaan berbagai perlengkapan, seperti: waskom besar, wadah atau ember untuk penyediaan air bersih, alat untuk mencuci tangan (air mengalir), sabun, handuk bersih, satu set kebaya atau daster, serta kain panjang yang dapat digunakan saat persalinan maupun setelah melahirkan. Selain itu, perlu juga disediakan alas plastik, pembalut, handuk untuk bayi, waslap, perlengkapan pakaian bayi, selimut, dan kain halus atau lembut untuk mengeringkan serta membungkus bayi (Cholifah & Purwanti, 2019).

C. Asuhan Postnatal

1. Pendahuluan

Asuhan pascapersalinan merupakan bentuk manajemen pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu dalam masa nifas di lingkungan masyarakat. Pemberian layanan ini dilakukan secara menyeluruh untuk memastikan pemulihan dan kesejahteraan ibu setelah melahirkan (Cholifah & Purwanti, 2019).

2. Tujuan

Tujuan dari pelayanan asuhan postnatal antara lain:

- a. Memelihara kesehatan ibu serta bayinya.

- b. Melaksanakan skrining secara menyeluruh untuk deteksi dini dan melakukan rujukan bila ditemukan komplikasi pada ibu maupun bayi.
- c. Menyediakan edukasi kesehatan kepada ibu pasca persalinan.
- d. Memberikan layanan terkait program keluarga berencana

3. Standar Asuhan Postnatal

- a. Kebijakan pemerintah dalam pelayanan postnatal menetapkan bahwa kunjungan postpartum dilakukan minimal sebanyak empat kali, yaitu:
 - 1) Pada 6–8 jam setelah persalinan;
 - 2) Pada hari ke-6 setelah persalinan;
 - 3) Dua minggu setelah persalinan;
 - 4) Enam minggu setelah persalinan.
- b. Pelayanan postpartum oleh bidan mencakup:
 - 1) Pemantauan selama empat jam pertama pascapersalinan, terutama tanda vital dan potensi perdarahan.
 - 2) Perawatan menyeluruh bagi ibu pascapersalinan.
 - 3) Bimbingan terkait inisiasi menyusui dini.
 - 4) Edukasi mengenai pemantauan kontraksi uterus kepada ibu dan keluarganya.
 - 5) Pemberian dukungan psikologis.
 - 6) Penyuluhan kesehatan terkait kebutuhan gizi ibu, program KB, tanda bahaya masa nifas, hubungan seksual, serta perawatan bayi.
 - 7) Bimbingan dalam merawat payudara dan area perineum.

D. Asuhan Bayi dan Balita

1. Pendahuluan

Bayi baru lahir (BBL)/neonatus adalah bayi dengan usia 0 hingga 28 hari. Pelayanan kesehatan pada neonatus merupakan bentuk pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan profesional sesuai dengan standar yang berlaku. Pelayanan ini wajib dilakukan paling sedikit tiga kali selama periode sejak bayi lahir hingga berusia 28 hari, baik di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan ke rumah.

2. Tujuan

Menjamin proses pertumbuhan dan perkembangan bayi berlangsung secara optimal.

3. Standar Asuhan Pelayanan

- a. Pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi neonatus meliputi:
 - 1) Kunjungan neonatus pertama (KN 1) dilakukan dalam rentang waktu 6 hingga 48 jam setelah kelahiran. Tindakan yang dilakukan mencakup:
 - a) Menjaga kehangatan tubuh bayi;
 - b) Memberikan Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif;
 - c) Merawat tali pusat.
 - 2) Kunjungan neonatus kedua (KN 2) dilaksanakan pada hari ke-3 hingga hari ke-7 setelah kelahiran, dengan kegiatan:
 - a) Menjaga kehangatan tubuh bayi;
 - b) Pemberian ASI eksklusif;
 - c) Pencegahan infeksi;
 - d) Perawatan tali pusat.

- 3) Kunjungan neonatal ketiga (KN 3) dilakukan antara hari ke-8 hingga hari ke-28 setelah kelahiran. Dalam kunjungan ini dilakukan pemeriksaan adanya tanda bahaya atau gejala penyakit. Kegiatan utama:
 - a) Menjaga kehangatan tubuh bayi;
 - b) Memberikan Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif;
 - c) Melakukan perawatan pada tali pusat secara tepat.
- b. Prinsip asuhan bayi dan balita dalam pelayanan kebidanan komunitas:
 - 1) Bidan wajib memiliki data bayi dan balita yang berada di wilayah kerjanya.
 - 2) Menjamin seluruh bayi memperoleh Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif.
 - 3) Bidan perlu mencatat data bayi yang telah maupun belum menerima imunisasi.
 - 4) Bekerja sama dengan masyarakat untuk memotivasi keluarga dalam memberikan imunisasi kepada bayinya.
 - 5) Mengajak keluarga yang memiliki bayi dan balita agar memanfaatkan fasilitas posyandu dan sarana kesehatan lain di lingkungannya.
 - 6) Memberikan pelayanan asuhan yang penting dan sesuai standar kepada bayi dan balita.
 - 7) Melibatkan keluarga dalam kegiatan stimulasi serta pemantauan tumbuh kembang anak.
 - 8) Melaksanakan penyuluhan kepada masyarakat mengenai pola asuh anak tanpa diskriminasi gender serta menanamkan nilai-nilai anti kekerasan, baik fisik maupun psikis.

- 9) Menyampaikan informasi kepada keluarga mengenai deteksi dini penyakit yang umum menyerang bayi dan balita, pentingnya gizi seimbang, serta pola perawatan yang tepat.
 - 10) Membantu keluarga dalam pemenuhan hak-hak anak, seperti pembuatan akta kelahiran dan dokumen penting lainnya.
- c. Pengelolaan dengan pendekatan manajemen terpadu untuk bayi baru lahir (BBL):
- 1) Pemeriksaan dan perawatan BBL
 - a) Meliputi perawatan tali pusat, pemberian ASI secara eksklusif, dan memastikan bayi telah menerima injeksi vitamin K.
 - b) Memastikan bahwa salep mata antibiotik telah diaplikasikan pada bayi.
 - c) Memberikan imunisasi hepatitis B-0 apabila belum dilakukan segera setelah kelahiran
 - 2) Pemeriksaan menggunakan pendekatan MTBM
 - a) Dilakukan untuk mengidentifikasi tanda-tanda bahaya seperti infeksi bakteri, ikterus, diare, serta permasalahan dalam pemberian ASI.
 - b) Pemberian imunisasi hepatitis B-0 diberikan kepada bayi yang belum menerima pada saat kelahiran.
 - c) Mencakup edukasi mengenai pentingnya ASI eksklusif, pencegahan hipotermia, serta panduan dalam melakukan perawatan BBL di rumah dengan memanfaatkan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).

- d) Tindakan rujukan dilakukan apabila ditemukan kondisi yang memerlukan penanganan lanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Cholifah, S., & Purwanti, Y. (2019). *Buku Ajar Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Komunitas*. Sidoarjo: UMSIDA Press. Retrieved April 25, 2025
- Dainty Maternity, R. D. (2017). *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta: Penerbit Andi. Retrieved April 28, 2025, from <https://books.google.co.id/books?id=xVJLDwAAQBAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Felia Julianti Fitri, S. (2020). Asuhan Kebidanan Continuity Of Care Di Klinik Medika Utama Sidoarjo. *Jurnal Kebidanan*, 9 (2), 34-43.
- Hillari Klintonia Triana, N. W. (2021). Asuhan Kebidanan Komprehensif. *Jurnal Kebidanan*, 1-10.
- Himatul Latif Makna Solekhah, I. A. (2024). Studi Kasus: Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Ny. S Di Puskesmas Watu Malang Wonosobo. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 14 (2), 181-188.
- Ivana Devitasari, A. A. (2024). *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Purbalingga: EUREKA MEDIA AKSARA.
- Komaria Susanti, R. R. (2022). *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Purbalingga: EUREKA MEDIA AKSARA. Retrieved April 27, 2025
- Lusiana El Sinta Bustami, A. A. (2017). *Buku Ajar Kebidanan Komunitas*. Padang: Erka CV. Rumahkayu Pustaka Utama. Retrieved April 27, 2025
- Podungge, Y. (2020). Asuhan Kebidanan Komprehensif. *Jambura Health and Sport Journal*, Vol. 2,, 68-77.
- Rina Marlina Hutasuhut, S. (2023). *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Padang: PT Inovasi Pratama Internasional.

Siti Mas'udatun, T. M. (2023). Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (Continuity of Care) pada Ny. "A" G1P0A0 di Puskesmas Kedung I Jepara. *PubHealth Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 2 (2), 67-72.

BAB 9

SISTEM RUJUKAN KOMUNITAS

Oleh Eva Ratna Dewi., S.S.T., M.K.M.

A. Pendahuluan

Dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat, layanan yang disediakan oleh berbagai sektor seperti kesehatan, sosial, pendidikan, dan hukum perlu diakses secara terpadu dan tepat sasaran. Namun, pada kenyataannya masih banyak individu maupun keluarga yang belum memperoleh layanan yang sesuai karena keterbatasan informasi, akses, atau kurangnya koordinasi antar lembaga. Oleh karena itu, diperlukan suatu sistem yang mampu menjembatani masyarakat dengan berbagai jenis layanan sesuai kebutuhan mereka, yaitu melalui sistem rujukan (Hadi et al., 2022).

Sistem rujukan memiliki peran krusial dalam memastikan bahwa masyarakat mendapatkan pelayanan yang menyeluruh, berkelanjutan, dan responsif. Sistem ini mengatur proses pengalihan atau pengarahan individu dari satu layanan ke layanan lain yang lebih relevan, dengan tetap menjaga koordinasi, pelaksanaan tindak lanjut, dan evaluasi. Dalam konteks masyarakat, sistem rujukan tidak hanya melibatkan tenaga profesional, tetapi juga partisipasi aktif dari kader, relawan, serta tokoh masyarakat (cholifa siti, 2019).

Dalam upaya meningkatkan kualitas hidup dan kesejahteraan masyarakat, peran komunitas sebagai garda

terdepan dalam pelayanan dasar sangatlah penting. Masyarakat sering kali menjadi pihak pertama yang mengetahui adanya permasalahan sosial, kesehatan, pendidikan, atau perlindungan yang dialami oleh anggotanya. Namun, tidak semua kebutuhan tersebut dapat langsung ditangani di tingkat komunitas, sehingga diperlukan suatu mekanisme yang dapat menghubungkan masyarakat dengan layanan yang lebih tepat dan memadai (cholifa siti, 2019).

Defenisi Sistem rujukan komunitas

Sistem rujukan komunitas merupakan pendekatan strategis yang bertujuan untuk menjembatani kesenjangan layanan dengan memfasilitasi proses pengalihan kasus dari masyarakat kepada institusi atau lembaga terkait. Melalui sistem ini, masyarakat dapat merujuk individu atau keluarga yang memerlukan bantuan ke layanan yang relevan, baik itu layanan kesehatan, sosial, hukum, psikologis, maupun pendidikan (Kompetensi & Bidan, 2020).

Sayangnya, dalam pelaksanaannya, masih banyak komunitas yang belum memiliki sistem rujukan yang terstruktur, sehingga individu dengan kebutuhan mendesak sering kali tidak mendapatkan penanganan yang cepat dan sesuai. Permasalahan seperti kurangnya koordinasi antar pihak, keterbatasan informasi, dan tidak adanya prosedur standar menjadi tantangan utama dalam penerapan sistem ini (Ayuandira, Sakka and Jumakil, 2018).

Oleh karena itu, penguatan sistem rujukan berbasis komunitas menjadi hal yang sangat krusial. Melibatkan kader, relawan, tokoh masyarakat, serta kerja sama lintas sektor merupakan kunci agar layanan dapat diakses secara adil, tepat sasaran, dan berkelanjutan. Sistem rujukan

komunitas yang berjalan baik akan membantu memastikan tidak ada anggota masyarakat yang terabaikan dalam memperoleh hak atas pelayanan yang layak (Ratnasari, 2018).

B. Tujuan Sistem Rujukan Komunitas

1. Memastikan setiap individu memperoleh layanan yang tepat pada waktu yang tepat.
2. Menghindari tumpang tindih dalam pemberian layanan dan meningkatkan efisiensi.
3. Memperkuat koordinasi antar lembaga atau organisasi di lingkungan komunitas.
4. Memperluas akses masyarakat terhadap berbagai jenis layanan secara menyeluruh (Rahmawati *et al.*, 2021).

1. Komponen Sistem Rujukan Komunitas

- a. Identifikasi Kasus: Menemukan individu atau kelompok yang memiliki kebutuhan khusus.
- b. Penilaian Awal: Menganalisis kebutuhan klien guna menentukan rujukan yang diperlukan.
- c. Proses Rujukan: Mengarahkan klien ke layanan yang lebih sesuai dengan kebutuhannya.
- d. Tindak Lanjut: Memastikan bahwa klien telah menerima layanan dan layanan tersebut efektif.
- e. Pencatatan dan Pelaporan: Merekam seluruh proses rujukan sebagai bahan evaluasi dan pengembangan sistem (Dr. Rini Kundaryanti, STr. Keb, Bdn, SKM, 2019).

2. Pelaku dalam Sistem Rujukan

- a. Kader atau Relawan Komunitas;
- b. Petugas di Puskesmas atau Klinik;
- c. Pekerja Sosial Kesejahteraan Masyarakat;

- d. Organisasi Non-Pemerintah (ORNOP/LSM);
- e. Instansi Pemerintah seperti dinas sosial, dinas kesehatan, dan layanan publik lainnya (Susiloningtyas, 2020).

3. Prinsip-prinsip Sistem Rujukan yang Efektif

- a. Koordinasi antar sektor untuk menjamin kelancaran layanan lintas bidang;
- b. Komunikasi yang terbuka dan jelas antar semua pihak yang terlibat;
- c. Partisipasi aktif dari masyarakat dalam proses rujukan;
- d. Pendekatan berbasis hak asasi manusia dalam memberikan layanan;
- e. Menjaga kerahasiaan dan keamanan data klien untuk melindungi privasi (Zuhri et al., 2022);

4. Permasalahan Dalam Sistem Rujukan Komunitas

Meskipun sistem rujukan komunitas memiliki peran penting dalam memastikan masyarakat dapat mengakses layanan yang sesuai dengan kebutuhannya, pelaksanaannya di lapangan masih menghadapi sejumlah tantangan. Beberapa permasalahan yang umum ditemui antara lain (cholifa siti, 2019):

- a. Minimnya Koordinasi Antar Lembaga
Banyak kasus rujukan tidak tertangani dengan baik akibat lemahnya komunikasi dan kerja sama antara lembaga di tingkat komunitas dan institusi layanan lanjutan, seperti puskesmas, dinas sosial, atau lembaga hukum. Akibatnya, penanganan kasus menjadi lambat atau data klien bisa saja hilang.

- b. Kurangnya Pemahaman Masyarakat terhadap Alur Rujukan
Sebagian besar masyarakat belum mengetahui prosedur atau jalur rujukan yang benar. Hal ini menyebabkan mereka kebingungan saat ingin melaporkan masalah atau mencari bantuan.
- c. Keterbatasan Kapasitas Kader dan Relawan
Para kader atau relawan yang menjadi ujung tombak dalam sistem rujukan sering kali belum mendapatkan pelatihan yang memadai dalam hal identifikasi kasus, komunikasi yang efektif, maupun tata kelola rujukan.
- d. Ketidadaan Pedoman atau SOP yang Jelas
Banyak komunitas belum memiliki standar operasional prosedur (SOP) tertulis terkait pelaksanaan rujukan, sehingga pelaksanaannya menjadi tidak seragam dan bergantung pada Pengalaman masing-masing individu.
- e. Minimnya Sistem Pencatatan dan Pelaporan yang Efektif
Tidak adanya sistem dokumentasi dan pelaporan yang baik menyebabkan proses rujukan sulit untuk dipantau dan dievaluasi secara menyeluruh. Hal ini juga menyulitkan dalam menelusuri jejak layanan yang telah diberikan serta mempertanggungjawabkannya.
- f. Kendala Geografis dan Infrastruktur
Di wilayah terpencil, jarak yang jauh, akses jalan yang buruk, serta keterbatasan sarana transportasi menjadi hambatan utama yang menghalangi proses rujukan berjalan secara efisien.
- g. Stigma Sosial dan Rasa Takut dari Masyarakat
Dalam kasus-kasus yang sensitif, seperti kekerasan dalam rumah tangga atau gangguan kesehatan mental, masyarakat sering merasa enggan untuk dirujuk karena

khawatir akan stigma sosial atau takut dilaporkan kepada pihak berwenang.

5. Syarat-syarat Sistem Rujukan

Agar sistem rujukan dapat berjalan dengan efektif dan mencapai tujuan pemberian layanan yang diinginkan, terdapat beberapa syarat yang perlu dipenuhi, antara lain:

- a. **Identifikasi Kasus yang Tepat**
Sebelum melakukan rujukan, penting untuk memastikan bahwa individu atau keluarga yang akan dirujuk benar-benar memerlukan layanan lebih lanjut. Proses ini melibatkan identifikasi yang tepat terhadap masalah atau kebutuhan yang dihadapi, baik dalam hal kesehatan, sosial, psikologis, maupun lainnya.
- b. **Prosedur dan Jalur Rujukan yang Jelas**
Prosedur rujukan yang jelas harus tersedia untuk semua pihak yang terlibat. Ini mencakup pemahaman yang seragam mengenai jalur rujukan, langkah-langkah yang harus diikuti, serta pihak-pihak yang bertanggung jawab dalam setiap tahap proses rujukan.
- c. **Ketersediaan Layanan Lanjutan**
Layanan yang menjadi tujuan rujukan harus tersedia dan mampu menangani kasus dengan kompetensi yang sesuai. Ketersediaan sumber daya seperti tenaga profesional, fasilitas, serta dukungan dari lembaga terkait sangat penting untuk mendukung keberhasilan sistem rujukan.
- d. **Koordinasi Antar Lembaga**
Koordinasi yang baik antara lembaga atau institusi yang terlibat dalam proses rujukan sangat diperlukan. Tanpa komunikasi yang efektif, proses rujukan dapat

terganggu dan menyebabkan kegagalan dalam memberikan layanan yang dibutuhkan.

- e. Tindak Lanjut yang Konsisten
Setelah rujukan dilakukan, perlu ada tindak lanjut yang jelas untuk memastikan bahwa individu atau keluarga yang dirujuk benar-benar menerima layanan yang dibutuhkan dengan baik. Proses ini bisa mencakup pemantauan, evaluasi, serta pemberian bantuan tambahan jika diperlukan.
- f. Penghormatan terhadap Privasi dan Kerahasiaan
Selama proses rujukan, penting untuk menjaga privasi dan kerahasiaan informasi individu yang dirujuk. Semua pihak yang terlibat dalam proses ini harus memahami pentingnya menjaga kerahasiaan data pribadi.
- g. Partisipasi Aktif Masyarakat
Masyarakat, termasuk kader atau relawan komunitas, harus terlibat secara aktif dalam proses rujukan. Keberhasilan sistem rujukan sering kali bergantung pada pemahaman dan dukungan dari komunitas itu sendiri, yang membantu memastikan bahwa layanan diterima dengan baik.

6. Alur Rujukan

Alur rujukan di komunitas dari Posyandu Terpadu dapat langsung diarahkan ke (Kompetensi & Bidan, 2020):

- a. Sub Puskesmas;
- b. Rumah Bersalin/Bidan Desa;
- c. Puskesmas/Puskesmas Pembantu;
- d. Rumah Sakit Pemerintah / Swasta.

Dari Puskesmas Pembantu, rujukan bisa langsung diberikan ke rumah pasien atau ke rumah sakit tipe D/C

atau rumah sakit swasta. Sementara itu, dari rumah bersalin atau Posyandu desa, rujukan dapat langsung diarahkan ke rumah sakit tipe D atau rumah sakit swasta.

7. Mekanisme Rujukan

Menentukan Keadaan Darurat Pasien (Fatimah & Nuryaningsih, 2018).

- a. Di tingkat kader terlatih atau bidan desa
Kader atau bidan desa yang menemukan pasien yang tidak dapat ditangani oleh keluarga atau kader/tradisional, sebaiknya segera merujuk pasien tersebut ke fasilitas kesehatan terdekat. Namun, mereka mungkin tidak selalu dapat menangani kasus dengan tingkat kedaruratan yang tinggi.
- b. Di tingkat bidan desa, puskesmas pembantu, dan puskesmas
Petugas kesehatan di fasilitas layanan kesehatan harus mampu menentukan tingkat kedaruratan kasus yang dihadapi, sesuai dengan kewenangan dan tanggung jawab mereka. Mereka perlu menentukan kasus mana yang dapat ditangani secara mandiri dan mana yang harus dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi.
- c. Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga
Sebaiknya, rujukan dilakukan dengan sepengetahuan ibu atau keluarga bayi yang bersangkutan. Petugas kesehatan harus menjelaskan kondisi pasien secara jelas kepada keluarga, agar mereka memahami alasan dan pentingnya rujukan tersebut. atau masalah, bayi akan dirujuk dengan cara yang baik.
- d. Mengirimkan informasi ke lokasi rujukan yang dituju.
 - 1) Memberitahukan bahwa pasien akan dirujuk.

- 2) Meminta petunjuk tentang apa yang harus dilakukan dalam persiapan dan selama perjalanan menuju titik rujukan.
- 3) Meminta petunjuk tentang cara menangani pasien jika pasien tidak dapat dikirim.

8. Persiapan Rujukan (BAKSOKUDA)

BAKSOKUDA adalah sebuah akronim yang digunakan untuk menggambarkan langkah-langkah dalam mempersiapkan rujukan di layanan kesehatan, khususnya di tingkat komunitas. Setiap huruf dalam BAKSOKUDA menggambarkan tindakan penting yang harus dilakukan untuk memastikan proses rujukan berjalan lancar dan efektif. Berikut adalah penjelasan dari setiap langkah (cholifa siti, 2019):

- a. **B: Memberikan Penjelasan kepada Pasien dan Keluarga**
Sebelum merujuk pasien, tenaga kesehatan (seperti bidan atau kader) harus memberikan penjelasan yang jelas kepada pasien dan keluarganya tentang kondisi kesehatan pasien, alasan rujukan, serta manfaat dari layanan yang akan diterima di fasilitas kesehatan lain.
- b. **A: Administrasi Lengkap**
Pastikan bahwa semua dokumen administrasi terkait pasien sudah lengkap. Ini mencakup data identitas pasien, riwayat medis, hasil pemeriksaan, dan surat rujukan yang berisi informasi yang diperlukan oleh fasilitas kesehatan yang akan menerima pasien.
- c. **K: Komunikasi dengan Fasilitas Rujukan**
Hubungi fasilitas rujukan untuk memberi tahu mereka tentang kedatangan pasien. Komunikasi ini dapat dilakukan melalui telepon, surat, atau sistem elektronik, dengan menyampaikan informasi lengkap mengenai kondisi pasien dan langkah-langkah yang sudah diambil pada tingkat pelayanan pertama.

- d. **S: Menyiapkan Transportasi**
Siapkan transportasi yang diperlukan untuk mengangkut pasien ke fasilitas rujukan. Pastikan kendaraan yang digunakan memenuhi kebutuhan pasien, baik itu ambulans atau kendaraan lain yang sesuai.
- e. **O: Mengamati Kondisi Pasien**
Sebelum rujukan, amati atau pantau kondisi pasien untuk memastikan bahwa kondisi pasien stabil untuk perjalanan ke fasilitas rujukan. Jika terjadi perubahan atau masalah selama perjalanan, tindakan medis segera harus dilakukan.
- f. **K: Pengawasan Selama Perjalanan**
Perawat atau pengasuh pasien harus memantau kondisi pasien selama perjalanan menuju fasilitas rujukan untuk memastikan pasien tetap dalam keadaan stabil. Jika diperlukan, tindakan medis harus dipersiapkan untuk menangani keadaan darurat yang mungkin terjadi selama perjalanan.
- g. **U: Meninjau Kondisi Pasien**
Setibanya di fasilitas rujukan, lakukan tinjauan menyeluruh terhadap kondisi pasien. Pastikan informasi medis yang telah diberikan sebelumnya diterima dengan baik oleh petugas kesehatan di fasilitas rujukan.
- h. **D: Dokumentasi**
Dokumentasikan seluruh proses rujukan, mulai dari identifikasi masalah, langkah-langkah yang diambil, hingga tindakan yang dilakukan selama proses rujukan. Dokumentasi ini sangat penting untuk memastikan kesinambungan perawatan pasien dan evaluasi proses rujukan di masa depan.

i. **A: Akuntabilitas**

Pastikan ada akuntabilitas terhadap proses rujukan yang telah dilakukan. Artinya, tenaga kesehatan yang melakukan rujukan harus siap untuk mengevaluasi apakah rujukan tersebut berhasil dan memastikan pasien menerima layanan yang sesuai di fasilitas rujukan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ayuandira, F.P., Sakka, A. and Jumakil (2018) 'Implementasi Sistem Rujukan di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Kendari Tahun 2018', *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 3 (2), pp. 1–9.
- cholifa siti, purwanti yanik (2019) *Buku Ajar Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Komunitas*.
- Dr. Rini Kundaryanti, STr. Keb, Bdn, SKM, M.K. (2019) 'Buku Ajar Asuhan Kebidanan Komunitas', *Sustainability (Switzerland)*, 11 (1), pp. 1–14. Available at: http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1091/RED2017-Eng-8ene.pdf?sequence=12&isAllowed=y%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.regsciurbeco.2008.06.005%0Ahttps://www.researchgate.net/publication/305320484_SISTEM_PEMBETUNGAN_TERPUSAT_STRATEGI_MELES_TARI.
- Fatimah and Nuryaningsih (2018) *Buku Ajar Buku Ajar*.
- Hadi, I. *et al.* (2022) 'Pelaksanaan Sistem Rujukan Eksternal Pasien Di Puskesmas Kota Mataram', *Jurnal Ilmiah STIKES Yarsi Mataram*, 10 (2), pp. 45–53. Available at: <https://doi.org/10.57267/jisym.v10i2.69>.
- Kompetensi, U. and Bidan, U. (2020) 'Modul Kebidanan Komunitas'.
- Rahmawati, N.V. *et al.* (2021) 'Analisis Pelaksanaan Rujukan Pasien Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (Jkn) Di Puskesmas', *Johc*, 2 (2), pp. 1–14.
- Ratnasari, D. (2018) 'Analisis Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang Bagi Peserta JKN di Puskesmas X Kota Surabaya', *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 5

- (2), p. 145. Available at:
<https://doi.org/10.20473/jaki.v5i2.2017.145-154>.
- Susiloningtyas, L. (2020) 'Sistem Rujukan Dalam Sistem Pelayanan Kesehatan Maternal Perinatal Di Indonesia Refferal System in Maternal Perinatal Health', *jurnal Sistem Rujukan Dalam Sistem Pelayanan*, pp. 6–16.
- Zuhri, M.A. *et al.* (2022) 'Pelaksanaan Sistem Rujukan Berbasis Pemerintah Di Pelayanan Kesehatan: Tinajauan Literatur', *Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal of Nursing)*, 8 (1), pp. 51–60. Available at:
<https://doi.org/10.33023/jikep.v8i1.817>.

BAB 10

ANALISIS PENYEBAB MASALAH DAN PEMETAAN MASALAH KEBIDANAN KOMUNITAS

Oleh Nurika Rahma, S.S.T., M.Keb.

A. Pendahuluan

Masalah kebidanan di tingkat komunitas sering kali bersifat kompleks dan saling terkait, melibatkan faktor sosial, budaya, ekonomi dan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, diperlukan analisis yang sistematis untuk memahami akar permasalahan dan konteks yang melatarbelakanginya. Analisis penyebab masalah dan pemetaan masalah kebidanan komunitas menjadi langkah awal yang krusial dalam perencanaan program intervensi yang efektif dan berbasis kebutuhan nyata masyarakat (Kementrian Kesehatan, 2016).

Melalui pendekatan partisipatif dan penggunaan alat seperti *problem tree*, *social mapping*, dan diskusi kelompok terfokus, bidan dapat menggali informasi mendalam serta mengenali potensi lokal. Proses ini membantu dalam pengambilan keputusan yang tepat dan meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan di komunitas ('world health organization', 2015). Penentuan prioritas masalah dapat menggunakan metode Delphi, metode Delbeg, atau metode Hanlon kuantitatif dan kualitatif. (Runjati, 2010). Dengan memahami penyebab utama masalah, bidan tidak hanya bertindak sebagai pemberi layanan, tetapi juga sebagai

agen perubahan yang berkontribusi dalam peningkatan kesehatan ibu dan anak secara berkelanjutan.

B. Tujuan Analisis dan Pemetaan Masalah

1. Mengidentifikasi masalah kesehatan ibu dan anak yang dominan di komunitas.
2. Menemukan akar penyebab masalah secara sistematis.
3. Mengetahui hubungan antar faktor penyebab masalah.
4. Menyusun dasar perencanaan intervensi yang tepat sasaran.
5. Melibatkan masyarakat dalam proses pemecahan masalah.

C. Langkah-langkah Analisis Masalah

1. Identifikasi masalah Utama

Didasarkan pada data primer (hasil wawancara, FGD, survei lapangan) maupun sekunder (laporan Puskesmas, Dinkes, profil desa).

Contoh masalah:

- a. Rendahnya kunjungan ANC (*Antenatal Care*);
- b. Banyak ibu melahirkan di rumah;
- c. Kurangnya pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan.

2. Analisis Akar Masalah

Menggunakan alat bantu seperti:

- a. Diagram Pohon Masalah (*Problem Tree*)
Menggambarkan hubungan antara gejala, penyebab langsung, dan akar penyebab.

- b. Diagram Sebab-Akibat (*Fishbone/Ishikawa*)
Mengklasifikasikan penyebab ke dalam beberapa aspek: manusia, metode, material, lingkungan, dll.

3. Penentuan Prioritas Masalah

Gunakan metode skoring berdasarkan:

- a. Tingkat urgensi;
- b. Dampak kesehatan;
- c. Ketersediaan sumber daya untuk intervensi;
- d. Dukungan Masyarakat.

D. Penentuan prioritas masalah

Dapat menggunakan beberapa metode, yaitu metode Delphi, metode Delbeg, dan metode Hanlon kuantitatif dan kualitatif (Syakurah and Moudy, 2022)

1. Metode Delphi

- a. Pengertian Metode Delphi
Metode Delphi adalah teknik pengambilan keputusan berbasis konsensus dari kelompok ahli melalui proses bertahap (iteratif), yang bertujuan untuk mengidentifikasi, menyaring, dan menyepakati masalah atau solusi yang paling penting. Metode ini banyak digunakan dalam perencanaan kebijakan, riset kesehatan masyarakat, dan penentuan prioritas intervensi.
- b. Tujuan Penggunaan
Dalam konteks kebidanan komunitas, metode Delphi digunakan untuk:
 - 1) Menentukan prioritas masalah kebidanan berdasarkan pendapat ahli secara objektif.

- 2) Menghindari dominasi individu dalam diskusi kelompok.
 - 3) Mencapai konsensus tanpa pertemuan langsung (anonimitas responden).
- c. Langkah-Langkah Metode Delphi
- 1) Identifikasi Masalah Awal
Tim peneliti atau fasilitator mengumpulkan data awal dari komunitas, misalnya melalui survei, wawancara, atau observasi. Masalah yang muncul dikompilasi sebagai bahan awal Delphi.
 - 2) Pemilihan Panel Ahli
Panel terdiri dari 5–20 orang dengan kompetensi terkait, misalnya: bidan senior, dosen kebidanan, tenaga kesehatan Puskesmas, kader, dan tokoh masyarakat.
 - 3) Putaran Pertama (Kuesioner Terbuka)
Peserta diminta mengidentifikasi atau memilih masalah utama berdasarkan pengalaman dan data yang disediakan. Jawaban bersifat terbuka.
 - 4) Analisis dan Pengelompokan
Jawaban dari putaran pertama dianalisis untuk menemukan pola, dan dikelompokkan menjadi beberapa isu utama.
 - 5) Putaran Kedua (Kuesioner Tertutup)
Peserta diminta menilai atau memberi skor pada daftar masalah berdasarkan kriteria seperti:
 - a) Tingkat keparahan;
 - b) Dampak terhadap masyarakat;
 - c) Kemungkinan diatasi;
 - d) Ketersediaan sumber daya.

(Skor misalnya: 1–5, dari sangat tidak penting hingga sangat penting)

6) Umpan Balik dan Konsolidasi

Hasil putaran kedua dirangkum dalam bentuk statistik deskriptif (rata-rata, median, simpangan baku) dan dikirim kembali ke peserta.

7) Putaran Ketiga (Jika Diperlukan)

Peserta diminta meninjau kembali skor mereka dengan mempertimbangkan hasil panel secara keseluruhan. Jika terjadi perubahan pendapat, maka dicatat.

8) Konsensus Dicapai

Proses berakhir jika mayoritas peserta menyetujui daftar prioritas atau jika tidak ada perubahan signifikan pada putaran terakhir.

d. Kelebihan Metode Delphi

- 1) Objektif dan tidak bias karena anonim;
- 2) Menghimpun berbagai sudut pandang ahli;
- 3) Fleksibel (dapat dilakukan secara daring);
- 4) Cocok untuk topik dengan banyak ketidakpastian atau data terbatas.

e. Keterbatasan

- 1) Proses bisa memakan waktu;
- 2) Memerlukan analisis dan penyusunan kuesioner yang cermat;
- 3) Ketergantungan pada komitmen responden (potensi *drop-out* antarputaran).

f. Contoh Aplikasi

Dalam penentuan prioritas masalah di suatu desa:

Masalah pada stratifikasi	Anggota							Jumlah skor		prioritas
	1	2	3	4	5	6	7			
Cakupan imunisasi	1	3	5	2	4	3	2	20	III	
Cakupan KB	1	3	5	4	3	1	2	19	IV	
Cakupan ANC	5	3	4	3	2	3	1	21	II	
Gizi Balita	2	4	3	4	1	2	2	18	V	
Cakupan pertolongan persalinan	4	3	5	3	2	4	3	24	I	
KRR (kesehatan Reproduksi remaja)	2	2	3	3	2	2	3	17	VI	

- 1) Masalah yang ada: cakupan imunisasi, cakupan KB, cakupan ANC, gizi balita, cakupan pertolongan persalinan, KRR.
- 2) Setelah proses Delphi, masalah prioritas yang utama adalah cakupan pertolongan persalinan.

2. Metode Delbeg

- a. Metode *Delbeg* merupakan metode yang dilakukan secara voting tanpa ada diskusi diantara anggotanya.

- b. Metode ini tidak memerlukan kesetaraan tingkat pendidikan sehingga tidak memungkinkan terjadi diskusi.
- c. Metode ini memprioritaskan masalah yang perlu diselesaikan dengan memberikan nilai 0 sampai 10, dengan kriteria yang diperlukan seperti, besarnya masalah, urgensi masalah dari waktu ke waktu, jumlah biaya yang diperlukan untuk mengatasi masalah, dan tersedianya tenaga, sarana, waktu dan metode, serta teknologi pendukung.⁸
- d. Metode Delbeg merupakan suatu interaksi kelompok tatap muka yang terstruktur, yang memberdayakan peserta dengan memberikan kesempatan untuk menyampaikan pendapat dan kesempatan agar pendapatnya dipertimbangkan oleh anggota lain. Metode Delbeg juga dikenal dengan nama metode NGT (*Nominal Group Technique*).

Metode ini terdiri dari empat tahap utama:

- 1) Generasi diam;
- 2) Round Robin;
- 3) Klarifikasi;
- 4) Pemungutan suara (kedudukan atau peringkat).

Pada metode NGT, jumlah anggota kelompok dapat berkisar antara 2-14 orang. Namun, jumlah yang direkomendasikan adalah maksimal tujuh peserta.

Tahapan metode Delbeg

- 1) Tahap pertama adalah generasi diam.
 - a) Tahap ini diawali dengan memberikan 1-2 pertanyaan kepada peserta.
 - b) Peserta diberikan waktu hingga 20 menit untuk merefleksikan secara diam-diam atau merekam ide mengenai jawaban dari pertanyaan yang diberikan.
- 2) Tahap kedua yaitu round robin.
 - a) Fasilitator meminta satu peserta untuk menyampaikan satu ide kepada kelompok.
 - b) Peserta dapat memikirkan ide-ide baru pada tahap ini, tetapi peserta harus menunggu giliran sebelum dapat menyampaikan-nya pada kelompok.
 - c) Tahap ini tidak memiliki batasan waktu, dan berakhir saat tidak ada lagi ide baru yang muncul. Pada tahap ini direkomendasikan untuk tidak ada proses diskusi, sehingga ide-ide yang ada hanya dicatat, misalnya di papan tulis atau dalam bentuk flipchart.
- 3) Tahap ketiga yaitu klarifikasi ide
Pada tahap ini, ide-ide serupa dikelompokkan. Ide-ide yang ada didiskusikan untuk memastikan seluruh peserta paham mengenai ide-ide tersebut, sehingga dapat memutuskan pemilihan ide berdasarkan informasi yang didapat.

- 4) Tahap keempat adalah pemungutan suara.
 - a) Peserta diminta memilih ide-ide yang dianggapnya sebagai prioritas masalah.
 - b) Ide terpilih dituliskan pada lembar peringkat.
 - c) Jumlah item yang dipilih oleh peserta tergantung pada topik, tetapi yang paling umum ialah peringkat lima ide.
 - d) Setiap item yang dipilih diberikan skor, dengan angka yang lebih besar mencerminkan kepentingan yang lebih besar.
 - e) Akhirnya, skor untuk setiap ide dijumlahkan dan disajikan kepada kelompok untuk didiskusikan.

3. Metode Hanlon

Metode Hanlon merupakan suatu metode penentuan prioritas masalah secara objektif dan mempertimbangkan kriteria yang didapat, berdasarkan data dasar dan nilai-nilai numerik. Metode ini menggunakan 4 kelompok kriteria, yaitu:

- 1) A = Besarnya masalah (*magnitude*), skornya 0- 10 (kecil-besar).
- 2) B = Kegawatan atau keseriusan masalah (*emergency*), skornya 0-20 (tidak serius - sangat serius). Keseriusan masalah dapat ditentukan oleh empat faktor yaitu urgensi, keparahan, kerugian ekonomis, dan serta keterlibatan orang lain.
- 3) C = Kemudahan penanggulangan masalah (*causability*), skornya 0-10 (sulit-mudah).
- 4) D = Faktor yang menentukan dapat tidaknya program dilaksanakan (PEARL *factor*), skornya 0 = tidak dan 1 = ya.

PEARL *factor* terdiri atas:

- 1) P = Kesesuaian (*Propierity*), yaitu kesesuaian masalah dengan prioritas berbagai kebijaksanaan atau program atau kegiatan instansi atau organisasi terkait.
- 2) E = Murah secara ekonomi (*Economic Feasibility*), yaitu kelayakan dari segi pembiayaan.
- 3) A = Dapat diterima (*Acceptability*), yaitu situasi penerimaan masyarakat dan instansi terkait/instansilainnya.
- 4) R = Ketersediaan sumber daya manusia (*Resource availability*), ketersediaan sumberdaya untuk memecahkan masalah (tenaga, sarana, peralatan, dan waktu).
- 5) L = Legalitas (*Legality*), dukungan aspek hukum atau perundang-undangan atau juknis atau protap.
- 6) Setiap uji dalam masalah dengan faktor PEARL hanya menggunakan 2 jawaban “Ya” = 1 dan “tidak” = 0.
- 7) Setelah keempat kriteria tersebut diisi, maka untuk menghitung nilai dari *Basic Priority Rating* (BPR) dan *Overall Priority Rating* (OPR) dapat menggunakan dengan rumus sebagai berikut: BPR (*Basic Priority Rating*) adalah $(A + B) C/3$ dan OPR (*Overall Priority Rating*) = $\{ (A + B) C/3 \} \times D$.
- 8) Prioritas pertama merupakan masalah dengan nilai skor *Overall Priority Rating* (OPR) yang tertinggi.

E. Pemetaan Masalah Kebidanan Komunitas

1. Tujuan Pemetaan Masalah

- a. Menentukan Lokasi atau kelompok masyarakat yang paling terdampak.
- b. Menggali hubungan geografis, sosial, dan budaya dengan masalah kebidanan.

- c. Menentukan titik prioritas intervensi.

2. Metode Pemetaan

- a. Pemetaan Sosial (*Social Mapping*): Menggambarkan struktur sosial, tokoh masyarakat, sumber daya lokal, dan pola akses layanan.
- b. Pemetaan Partisipatif: Melibatkan masyarakat secara langsung dalam menggambar dan menganalisis kondisi lingkungan.
- c. Peta Masalah: Visualisasi wilayah dengan intensitas masalah kesehatan ibu dan anak.

3. Studi Kasus Singkat

Contoh Kasus: Di Desa X, cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan hanya 45%

Analisis:

- a. Penyebab langsung: jarak fasilitas kesehatan jauh, biaya transportasi mahal.
- b. Penyebab tidak langsung: minimnya edukasi, kepercayaan pada dukun

Pemetaan:

Dusun terpencil memiliki kasus tertinggi, tidak ada transportasi umum, bidan jarang kunjung desa

Rencana Tindak Lanjut:

- a. Edukasi kesehatan berbasis posyandu.
- b. Kerja sama dengan tokoh masyarakat dan penyedia jasa transportasi *local*.

F. Kesimpulan

Analisis penyebab dan pemetaan masalah merupakan langkah krusial dalam kebidanan komunitas. Melalui pendekatan partisipatif, berbasis data, dan kontekstual, bidan dapat merancang intervensi yang sesuai kebutuhan, efektif, dan berkelanjutan. Pemahaman yang baik terhadap akar masalah akan meningkatkan kualitas layanan serta memperkuat kepercayaan masyarakat terhadap tenaga kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Kementrian Kesehatan (2016) *Profil Kesehatan*.
- Runjati. Asuhan Kebidanan Komunitas. (2010). EGC
- Syakurah, R.A. and Moudy, J. (2022) 'Diagnosis Komunitas Dengan Pendekatan Proceed-Precede Pada Mahasiswa Kepaniteraan Klinik', *Jambi Medical Journal: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*, 10 (1), pp. 1–19. Available at: <https://online-journal.unja.ac.id/kedokteran/article/view/12534>.
- World Health Organization. (2015). *Health promotion interventions for maternal and newborn health*. Geneva: WHO

BAB 11

PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Oleh Sumaifa, S.S.T., M.Kes.

A. Pengertian Kebidanan Komunitas

Kebidanan komunitas adalah konsep yang mendasar pada bidan dalam melayani keluarga dan masyarakat. Pelayanan kebidanan bagian integral dari pelayanan kesehatan dan Konsep adalah kerangka ide yang mengandung suatu pengertian tertentu. Kebidanan berasal dari kata “Bidan”. Kebidanan (*midwifery*) yaitu mencakup pengetahuan yang dimiliki dan kegiatan pelayanan untuk menyelamatkan ibu dan bayi (Siti & Yanik, 2019).

Komunitas berasal dari bahasa latin yaitu “*communitas*” yang berarti “kesamaan”, juga *Communis* yang 8 berarti sama, *public*. Komunitas berarti sekelompok individu yang tinggal pada wilayah tertentu, memiliki nilai keyakinan dan minat yang *relative* sama, serta berinteraksi atau satu sama lain untuk mencapai tujuan (oktavini, 2019).

Untuk mencapai tujuan keselamatan pasien dan mencapai pelayanan kesehatan yang maksimal, komunikasi yang efektif sangat penting, karena komunikasi adalah akar dari semua faktor lainnya Untuk memastikan kepuasan dan keselamatan pasien tersebut, maka komunikasi yang efektif harus ditekankan dalam semua program kesehatan dan

diterapkan pada seluruh lini petugas yang bekerja di instansi Kesehatan (Yunie, ST & Ringganis, 2022).

B. Sasaran Bidan Komunitas

Komunitas adalah sasaran komunitas. Komunitas memiliki Kumpulan orang yang membentuk keluarga atau kelompok orang. Komunitas utama yaitu target bidan adalah ibu dan anak -anak dari keluarga. Menurut Undang -Undang No. 23 tahun 1992, tahun yang dimaksudkan oleh keluarga adalah suami, istri dan anggota keluarga lainnya. pelayanan *Community* diinstruksikan agar berhasil menciptakan keluarga yang sehat dan pelayanan *Community* adalah bagian dari upaya kesehatan keluarga di masyarakat yang diarahkan kepada keluarga dan sasaran keluarga dilakukan pembinaan (keluarga binaan) berdasarkan kriteria yang ditetapkan, yaitu keluarga yang memiliki ibu hamil/ibu nifas/bayi/balita/pasangan usia subur (Dolofu & Nasrawati, 2023).

Menurut (A & R, 2018), maka sasaran kebidanan komunitas adalah sebagai berikut:

- a. Ibu: masa pra nikah/calon ibu, ibu hamil. ibu bersalin, ibu nifas/menyusui, ibu dalam masa interval, menopause;
- b. Anak: meningkatkan kesehatan bayi dalam kandungan, bayi, balita, pra sekolah;
- c. Keluarga: *nuclear family* (suami, anak) dan *ekstended family* (keluarga besar, kakek, nenek);
- d. Kelompok penduduk: kelompok penduduk daerah kumuh, daerah terisolasi, daerah yang tidak terjangkau;
- e. Masyarakat: masyarakat desa, kelurahan, dalam batas wilayah kerja.

Ruang lingkup Asuhan kebidanan Komunitas adalah.

- a. Promotif;
- b. Preventif dan;
- c. Kuratif.

C. Pencatatan Dan Pelaporan

Dalam Pencatatan dan pelaporan asuhan kebidanan komunitas dilakukan secara awal adalah dengan metode pengkajian data Kesehatan kepada Masyarakat dengan melalui beberapa tahapan diantaranya adalah sebagai berikut:

- a. *Skrinning* merupakan Langkah upaya mendeteksi penderita dengan penyakit tertentu dalam masyarakat dengan melaksanakan pemisahan berdasarkan gejala yang ada atau pemeriksaan laboratorium untuk memisahkan yang sehat dan yang kemungkinan sakit, selanjutnya diproses melalui diagnosis dan pengobatan
- b. Deteksi Dini adalah memantau tumbuh kembang anak dalam kegiatan pemeriksaan untuk menemukan secara dini adanya penyimpangan tumbuh kembang pada balita dan anak prasekolah (Parwati, St & Keb, 2023).

Pencatatan dan pelaporan merupakan indikator keberhasilan suatu kegiatan. Tanpa adanya pencatatan dan pelaporan, kegiatan program apapun tidak akan terlihat wujudnya. Pencatatan dan pelaporan yang dilakukan oleh bidan di komunitas, mengacu kepada sistem pencatatan dan pelaporan terpadu di Puskesmas yang disahkan dengan keputusan Menteri Kesehatan No. 63/Menkes/II/1981 dan keputusan Direktur jendral pembinaan Kesehatan Masyarakat No. 590/BM/DJ/Info/V/1996. Dalam melaksanakan pelayanan kebidanan, bidan harus melaksanakan pencatatan hasil pelayanan, baik berupa

rekam medis kebidanan untuk setiap pasien maupun rekapitulasi hasil pelayanan sebagai dasar untuk pembuatan laporan. Dalam memberikan pelayanan harus sesuai dengan peraturan yang berlaku. Pencatatan adalah kegiatan atau proses pendokumentasian suatu aktivitas dalam bentuk tulisan. pencatatan dilakukan diatas kertas, disket, pita nama dan pita film. Bentuk catatan dapat berupa tulisan, grafik, gambar dan suara. Sistem Pencatatan tradisional adalah sistem pencatatan yang memiliki catatan masing-masing dari setiap profesi atau petugas kesehatan, dimana dalam sistem ini masing-masing disiplin ilmu (Dokter, Bidan, Perawat, Epidemiolog, Ahli Gizi dsb) mempunyai catatan sendiri-sendiri secara terpisah. Keuntungan sistem ini adalah pencatatan dapat dilakukan secara lebih sederhana (Fatimah & Nuryaningsih, 2018).

Menurut (oktavini, 2019) Pencatatan yaitu semua kegiatan pokok baik didalam maupun diluar gedung puskesmas, puskesmas pembantu, dan bidan didesa harus dicatat. Dimana dalam pencatatan ini memudahkan dan menggunakan formulir standar yang telah ditetapkan dalam SP2TP. Jenis formulir standar yang digunakan dalam pencatatan ialah Rekam Kesehatan Keluarga (RKK), Kartu rawat jalan, Kartu indeks penyakit, Kartu Ibu, Kartu anak, KMS balita, anak sekolah, KMS ibu hamil, KMS usia lanjut (USILA). kriteria dalam pencatatan data kesehatan mencakup hal – hal di bawah ini:

- a. Pencatatan Harus Sistematis, Jelas, Ringkas dan mengacu pada responpasien terhadap kejadian penyakit atau intervensi yang diberikan.
- b. Ditulis dengan Baik dan menghindari kesalahan.
- c. Tepat Waktu, ditulis segera setelah tindakan/kegiatan dilakukan.

- d. Ditulis secara Terperinci mencakup What, Why, When, Where, Who and How.
- e. Menghindari kata-kata yang sulit diukur.
- f. Mencantumkan nama jelas dan tanda tangan setelah melakukan pencatatan.

Sedangkan Pelaporan adalah proses kegiatan membuat dan mengirimkan laporan mengenai pengelolaan kegiatan. Laporan bervariasi berdasarkan kebutuhan Laporan Shift Laporan Harian Laporan Mingguan bentuk laporan meliputi dengan latar Belakang, tujuan dan ruang lingkup laporan serta isi laporan yang terdapat di dalam isi laporan yaitu perencanaan kegiatan, pelaksanaan kegiatan, hasil kegiatan, hambatan, saran serta tindak lanjut.

D. Format Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Komunitas

Menurut (Palifiana, 2016) Dokumentasi merupakan suatu catatan otentik atau dokumen asli yang dapat dijadikan bukti dalam persoalan hukum. Dokumentasi kebidanan sangat penting bagi bidan dalam memberikan asuhan kebidanan, hal ini karena asuhan kebidanan yang diberikan kepada klien membutuhkan pencatatan dan pelaporan yang dapat digunakan sebagai acuan untuk menuntut tanggung jawab dan tanggung gugat dari berbagai permasalahan yang mungkin dialami oleh klien berkaitan dengan pelayanan yang diberikan.

Menurut (Fatmayanti A, Muthmainnah, Mutia Fatma, dkk 2024) Dokumentasi kebidanan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan, dan bidan berkewajiban untuk menyimpan catatan pelayanan dan memberikan pelayanan medis berdasarkan komunikasi tertulis yang akurat dan lengkap untuk kepentingan klien, bidan dan tim medis

serta tanggung jawab bidan Tujuan dari dokumentasi kebidanan adalah untuk mengetahui status kesehatan klien guna menilai kebutuhan klien, untuk mengembangkan rencana, melaksanakan tindakan, mengevaluasi tindakan, dan mendokumentasikan untuk tujuan penelitian, keuangan, hukum, dan etika.

ada beberapa model dokumentasi diantaranya sebagai berikut:

1. *Problem Oriented record (POR)*;
2. *Source Oriented Record (SOR)*;
3. *Charting By Exception (CBE)*;
4. kardek;
5. Komputerisasi.

Menurut (Devitasari et al., 2024) tujuan dokumentasi kebidanan adalah Dokumentasi kebidanan berfungsi sebagai alat komunikasi, dimana alat komunikasi itu terdapat beberapa bagian yaitu, turun untuk menjalankan arahan, anggota dapat dilaporkan dengan pergi ke atas dan secara lateral dapat memberikan panduan. Sedangkan dokumentasi secara komprehensif memiliki penerapan potensial diantaranya adalah:

1. Untuk memberi instruksi;
2. Mencatat;
3. Sebagai sumber data asuhan kebidanan;
4. Sumber penelitian dan saranan Pendidikan.

Prinsip dokumentasi dalam asuhan kebidanan itu harus lengkap, teliti, berdasarkan fakta, secara logis dan dapat di baca.

E. Format Pengkajian Asuhan Kebidanan Komunitas

(Lukitariati Sadwiyanti, Djoko Sudarso, 2020) dan (Wistuti et al., 2025).

1. Pengkajian Keluarga

Hari/ Tanggal :

Jam :

Tempat :

Metode :

2. Struktur Dan Sifat Keluarga

a. Nama Kepala Keluarga :

b. Umur :

c. Jenis Kelamin :

d. Agama :

e. Pendidikan :

f. Pekerjaan :

g. Pendapatan :

h. Alamat :

i. Suku / Bangsa :

j. Daftar Anggota Keluarga :

3. Genogram

4. Hubungan antar anggota keluarga dan masyarakat:

a. Hubungan antar anggota

keluarga.....

b. Hubungan antar anggota keluarga dan

Masyarakat.....

5. Kebiasaan Hidup sehari-hari

a. Kebiasaan makan

1) Waktu makan: 1. Teratur 2. Tidak teratur

2) Frekuensi makan..... kali/hari

3) Makan garam beryodium: 1. Ya 2. Tidak, alasan

- b. Cara pengolahan makanan
 - 1) Memenuhi syarat kesehatan: ya / tidak
 - 2) Cara penyajian makanan:
- c. Cara penyimpanan/mengamankan makanan dari pencemaran:
 - 1) Kebiasaan cuci tangan dengan sabun;
 - 2) Kebiasaan istirahat dan tidur keluarga;
 - 3) Sarana hiburan keluarga;
 - 4) Hygiene perorangan/keluarga.

F. Riwayat Kesehatan Keluarga

1. Riwayat kesehatan anggota keluarga

No	Nama Anggota Keluarga	Jenis Penyakit	Upaya Penanggulangan	Ket

2. Kebiasaan memeriksakan diri

- a. Waktu: rutin/bila sakit/
- b. Tempat: Puskesmas/Rumah Sakit/Dokter praktek /Bidan praktek / perawat/dukun.....
- c. Alasan:.....

3. Kesehatan ibu dan anak

- a. Riwayat Kehamilan yang lalu
- b. Riwayat Persalinan

4. Ibu hamil: ada / tidak, (jika ada, kaji dengan format pengkajian ibu hamil);

5. Ibu Nifas / Menyusui: ada / tidak (jika ada, kaji dengan format pengkajian ibu nifas ibu menyusui);
6. PUS/WUS/Akseptor KB: a. ada (IUD, Implant, MOW, MOP, Suntik, Pil, Kondom) b. tidak (jika ada, kaji dengan format pengkajian PUS/WUS/KB);
7. Bayi dan Balita: ada / tidak, (jika ada, kaji dengan format pengkajian bayi/balita).

Imunisasi (Jika Ada Balita)							
Bcg	Polio	Hepatitis B	Dpt	Hib	Campak	Pcv	Booster

8. Jaminan kesehatan yang dimiliki a. Keikutsertaan keluarga dalam dana sehat atau PJKM · Ikut, bentuk: BPJS/KIS/Lainnya..... · Tidak ikut, karena.....
9. Usaha Pemeliharaan Kesehatan Mandiri
 - a. Penyediaan kotak obat, isinya.....
 - b. Usaha apotik hidup
 - c. Lain-lain.....

10. Keadaan kesehatan Keluarga saat kunjungan

No	Nama	Umur	L/P	Keadaan Kesehatan Saat Ini	Perawatan

G. Klasifikasi Phbs Rumah Tangga

No	Indikator	Hasil	
		Ya	Tidak
1.	Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan (dokter, bidan)		
2.	Memberikan ASI eksklusif pada bayi		
3.	Menimbang bayi dan balita setiap bulan		
4.	Menggunakan air bersih		
5.	Mencuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir		
6.	Menggunakan jamban sehat		
7.	Memberantas jentik di rumah		
8.	Makan sayur dan buah setiap hari		
9.	Melakukan aktivitas fisik setiap hari		
10	Tidak merokok dalam rumah		

Format pengkajian untuk ibu hamil, ibu nifas, bayi baru lahir, dapat di gunakan dengan format 7 langkah varney.

H. Penentuan Prioritas Masalah Keluarga Binaan (Bailon & Maglaya, 1978)

(Lukitariati Sadwiyanti, Djoko Sudarso, 2020) dan (Wistuti *et al.*, 2025)

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1.	Sifat masalah:		1
	Skala: Tidak/kurang sehat/aktual	3	
	Ancaman kesejahteraan/resiko	2	
	Keadaan sejahtera/potensial	1	
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah		2

	Skala: Mudah	2	
	Sebagian	1	
	Tidak dapat	0	
3.	Potensial masalah untuk dicegah		1
	Skala: Tinggi	3	
	Cukup	2	
	Rendah	1	
4	Menonjol masalah		1
	Skala: Masalah berat, harus segera ditangani	2	
	Ada masalah tetapi tidak perlu ditangani	1	
	Masalah tidak dirasakan	0	

skoring

- Tentukan *score* setiap kriteria
- Skore dibagi dengan angka tertinggi dan kalikanlah dengan bobot:
- Jumlahkan *score* untuk semuanya

Efektif

Kriterianya

- Sifat masalah
 - Tidak/kurang sehat merupakan kegagalan dalam mempertahankan kesehatan
 - Ancaman kesehatan merupakan terjadi suatu penyakit, kecelakaan dan kegagalan untuk mencapai potensi kesehatan.
 - Krisis atau keadaan sejahtera merupakan keadaan transisi ke tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi, misalnya: perkawinan, kehamilan, persalinan, masa nifas, menjadi orang tua, penambahan anggota keluarga.

2. Kemungkinan masalah dapat diubah
 - a. Pengetahuan keluarga, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah;
 - b. Sumber daya keluarga (fisik, keuangan dan tenaga);
 - c. Sumber daya tenaga kesehatan (pengetahuan, keterampilan, dan waktu);
3. Potensi masalah dapat dicegah
 - a. Kepelikan dari masalah yang berhubungan dengan penyakit atau masalah;
 - b. Lama masalah, yang berhubungan dengan jangka waktu masalah itu ada.
 - c. Tindakan yang sedang dijalankan adalah tindakan-tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah.
 - d. Adanya kelompok "high risk" atau kelompok yang sangat peka penambahan potensi untuk mencegah masalah.
4. Menonjolnya masalah terdapat 3 bagian yaitu masalah berat yang harus ditangani, ada masalah tetapi tidak perlu tindakan segera dan masalah tidak dirasakan atau tidak di tindakan.

DAFTAR PUSTAKA

- A, S. and R, R. (2018) 'Modul Ajar1 KEBIDANAN KOMUNITAS', *Prodi D-3 kebidanan magetan polekkes kemenkes surabaya*, pp. 1–146.
- Atik, Purwandari, T.M. (2016) 'Buku Asuhan Kebidanan Komunitas', *Book*, pp. 37–39.
- Devitasari I, Insani A.A, D. (2024) *Asuhan Kebidanan Komunitas*. 1st edn, *Eureka Media Aksara*. 1st edn. Jawa Tengah: Eureka Media Aksara.
- Dolofu, M. and Nasrawati, N. (2023) 'Kunjungan Lapangan Asuhan Kebidanan Komunitas: Sebuah Pembelajaran dan Pengabdian kepada Masyarakat', *Jurnal Inovasi, Pemberdayaan dan Pengabdian Masyarakat*, 3 (2). Available at: <https://doi.org/10.36990/jippm.v3i2.1370>.
- Fatimah and Nuryaningsih (2018) *Buku Ajar Buku Ajar*.
- Fatmayanti A, Muthmainnah, Mutia Fatma, dkk. (2024) *Pemeriksaan Fisik Ibu dan Bayi*. Yayasan Kita Menulis.
- Ika, I.L. and Rahmayani, R. (2024) 'Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Pemberian Asuhan Kebidanan Kehamilan Holistik Di Layanan Bidan Komunitas', *Jurnal Medikes (Media Informasi Kesehatan)*, 11 (1), pp. 1–18. Available at: <https://doi.org/10.36743/medikes.v11i1.703>.
- Ilmiah Kesehatan Sandi Husada, J. and Wardani, H. (2019) 'Pengaruh Model Pembelajaran Kooperatif Tipe Jigsaw Terhadap Hasil Belajar Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Komunitas Effect of Jigsaw Cooperative Learning Model on Learning Outcomes Subject of DIII Community Midwifery Study Program Midwifery Artikel info Arti', *Jiksh*, 10 (2), pp. 90–94.

- Available
at: <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.120>.
- Lukitariati Sadwiyanti, Djoko Sudarso, T.B. (2020) 'Petunjuk teknis petunjuk teknis', 3 (28), pp. 1-6.
Available
at: <https://doi.org/10.36990/jippm.v3i2.1370.g1313>.
- Nugrahani, G.P. (no date) 'NASKAH PUBLIKASI_Pratiwi Nugrahani'.
- Oktavini (2019) 'Modul praktik; kehamilan'. Available
at: [http://repo.poltekkes
palangkaraya.ac.id/1550/1/3.MODUL PRAKTIK
FISILOGI KEHAMILAN.pdf](http://repo.poltekkes palangkaraya.ac.id/1550/1/3.MODUL PRAKTIK FISILOGI KEHAMILAN.pdf).
- Palifiana, D.A. (2016) 'Hubungan pendidikan bidan dengan penerapan pendokumentasian asuhan kebidanan pada bidan praktik mandiri di Kabupaten Bantul', *"Temu Ilmiah Hasil Penelitian dan Pengabdian Masyarakat"*, 2 (4), pp. 1-4.
- Parwati, D., St, S. and Keb, M. (2023) *ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS Penerbit FATIMA PRESS 2023*.
- Siti, C. and Yanik, P. (2019) *Buku Ajar Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Komunitas, Umsida Press*.
- Wistuti, H. *et al.* (2025) 'Asuhan Kebidanan Komunitas Pada Keluarga Tn " Z " di Dusun Bangkang Desa Prabu Wilayah Kerja Puskesmas Kuta', (1).
- Yunie, C., ST, S. and Ringganis, G. (2022) 'Komunikasi Konseling Dalam Pelayanan Kebidanan Di Indonesia (Literature Review)', *Komunikasi Konseling Dalam Pelayanan Kebidanan Di Indonesia (Literature Review)*, 2 (13), pp. 22-28. Available
at: [http://www.ejurnal.stikesrespati-
tsm.ac.id/index.php/bidkes/article/view/433](http://www.ejurnal.stikesrespati-tsm.ac.id/index.php/bidkes/article/view/433).

BIODATA PENULIS



Astaria Br Ginting, S.K.M., S.Tr.Keb., Bd., M.K.M.

Dosen Prodi Kebidanan Program Sarjana
STIKes Mitra Husada Medan

Penulis lahir di Payung tanggal 29 Januari 1977, beragama Kristen. Orang tua penulis Bernama Alm. Salam Ginting dan Ingan Br Brahmana. Anak ke 4 dari 5 Bersaudara dan ibu dari seorang Putri yang bernama Felicia AE Meliala yang beralamat di Jl. Rotan XII No. 69 Prumnas Simalingkar. Pada tahun 1984-1990 penulis memasuki pendidikan SDN Payung, tahun 1990-1993 penulis melanjutkan pendidikan di SMPN Batukarang, tahun 1993-1996 penulis melanjutkan pendidikan di SMEA Immanuel di Kabanjahe, tahun 1998- 2001 penulis melanjutkan pendidikan di D3 Promosi Kesehatan di Universitas Indonesia, tahun 2009-2011 penulis melanjutkan S1 di STIKes Sumatera Utara, pada tahun 2011-2014 penulis menempuh pendidikan D3 Kebidanan di Akbid Palapa Husada Medan, pada tahun 2018 penulis menyelesaikan S2 Dari Universitas Sumatera Utara. Penulis bekerja sebagai Staf Pengajar di Akbid Palapa Husada Medan dan pada tahun 2017-

sekarang mulai bergabung di STIKes Mitra Husada Medan di Prodi Kebidanan Program Sarjana. Riwayat Publikasi mengikuti Seminar Nasional di PKM CSR 2021 dan mendapatkan Penghargaan Pemakalah Terbaik. HKI Cipta 18 Januari 2021 dengan Judul Ciptaan “Biskuit Labu Kuning (*Cucurbita Moshata*) untuk Mencegah Stunting Pada Masa Gold Period”. Jurnal Nasional Dinamika Kesehatan: Jurnal Kebidanan dan Keperawatan ISSN : 2086-3454 dengan judul “ Penerapan Self Efficacy dan Pemanfaatan Biskuit Labu Kuning sebagai Makanan Tambahan terhadap Pencegahan Stunting pada Gold Period di Siosar Tahun 2020”. Buku Hasil Penelitian Tahun 2020 dengan Judul “Biskuit Labu Kuning (*Cucurbita Moshata*). Buku Asuhan Kebidanan Berkesinambungan Tahun 2024. Buku Fisiologi Kebidanan Tahun 2024 .

BIODATA PENULIS



Khairani, S.S.T., M.Kes.

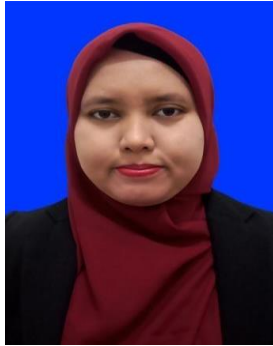
Dosen Program Studi S1 Kebidanan
Universitas Imelda Medan

KHAIRANI lahir di Medan tanggal 31 Mei 1991, Menempuh pendidikan formalnya di SD Negeri 050704 Cinta Raja, Secaggang (2004) dan Sekolah Menengah Atas (SMA) Negeri 1 Stabat (2010). Menyelesaikan DIII Kebidanan di Kampus Akademi Kebidanan Mitra Husada Medan dan Melanjutkan perkuliahan ke Jenjang Diploma IV Bidan Pendidik Universitas Respati Yogyakarta diselesaikan pada tahun 2014.

Meraih gelar Magister dari Universitas Repati Indonesia Jakarta program studi Ilmu Kesehatan Masyarakat pada tahun 2017. Pengalaman Pekerjaan Penulis di Kantor BP3TKI Jakarta (Depnaker) Sebagai Team Kesehatan dalam pengecakan Status Kesehatan TKI yang akan berangkat Ke luar Negeri dan pulang dari Luar Negeri setelah menamatkan Perkuliahan S-2 berkerja di Perguruan Tinggi Swasta Di Jawa Barat tepatnya di Cinere Depok pada Akademi Kebidanan Tiara Bunda. Pada Tahun

2020 mengajar di UIN Sumatera Utara pada Fakultas Kesehatan Masyarakat hingga saat ini dan di tahun yang sama bertugas sebagai Dosen tetap Di Universitas Imelda Medan sampai sekarang 2025.

BIODATA PENULIS



Bd. Maidina Putri, S.S.T., M.Kes., M.Keb.

Dosen Program Studi Profesi Bidan STIKES AS Syifa Kisaran
STIKES AS Syifa Kisaran Sumatera Utara

Maidina Putri lahir di Medan tanggal 16 Juni 1989 Menempuh pendidikan formalnya di SD Negeri 050704 Cinta Raja, melanjutkan sekolah menengah pertama (SMP) Secaggang (2002) dan Sekolah Menengah Atas (SMA) Persiapan Stabat (2008). Melanjutkan keperguruan tinggi di Kampus Akademi Kebidanan Mitra Husada Medan Kejuruan DIII Bidan dan Melanjutkan perkuliahan ke Jenjang Diploma IV Bidan Pendidik Universitas Respati Yogyakarta diselesaikan pada tahun 2012. Meraih gelar Magister dari Universitas Repati Indonesia Jakarta program studi Ilmu Kesehatan Masyarakat padatahun 2017. Ditahun 2021 ini penulis sedang menjalankan pendidikan Magisternya yang kedua yaitu Magister Kebidanan di STIKes Guna Bangsa Yogyakarta. Pengalaman Pekerjaan Penulis di STIKes Kapuas Raya Sintang Kalimantan Barat sebagai dosen tahun 2012-2014, selanjutnya perjalanan karir penulis bekerja di Akademi Kebidanan As Syifa Kisaran sebagai dosen tetap pada tahun 2017. Pada tahun yang sama juga menjabat sebagai SPMI di Akademi

Kebidanan As Syifa Kisaran. Setelah mengalami perubahan bentuk dari Akademi Kebidanan Menjadi STIKes As Syifa Kisaran penulis diangkat menjadi Wakil Ketua 1 Bidang Akademik pada tahun (2018- 2021). Ditahun 2021 hingga saat ini melanjutkan sebagai dosen dan Wakil Ketua 2 Bidang Keuangan Sarana Prasarana dan Sumber Daya Manusia ditempat yang sama.

BIODATA PENULIS



Nur Azizah., S.S.T., M.K.M.

Dosen Program Studi Kebidanan Program Diploma Tiga
STIKes Mitra Husada Medan

Nur Azizah., SST., MKM lahir di Medan pada 04 September 1989. Memperoleh gelar Sarjana Pendidik Bidan (S.ST) dan Magister Kesehatan Masyarakat (M.KM). Saat ini, saya mengajar sebagai dosen di Program Studi Kebidanan Program Diploma Tiga STIKes Mitra Husada Medan. Memiliki keahlian dalam bidang teknologi informasi, khususnya dalam bidang Kebidanan. Selain mengajar, saya juga aktif dalam penelitian dan publikasi ilmiah di berbagai jurnal.

Beberapa karya ilmiah yang telah saya publikasikan antara lain:

1. Faktor Resiko Penyebab Hipertensi Pada Wanita Dewasa Muda Dengan Permasalahan Kehamilan (2020).

2. Buku Ajar Senam Lansia Dengan Brain Gym Untuk Peningkatan Kognitif Pada Lansia. (2020).
3. *The Effect of Acupressur Therapy on Hyperemesis Gravidarum in Trimester I Pregnant Woman Aceh* (2023).
4. *The Relationship of Pregnant Women To The Utilization Of Tripel Elimination In Puskesmas Kuala Bangka Kab. Batu Bara* (2023).
5. Pemberdayaan Ibu Hamil Dalam Peningkatan Kadar Hb Melalui Buah Naga Di Desa Bangun Rejo Kecamatan Deli Serdang (2023).

Dengan kontribusi saya dalam Tri dharma Perguruan Tinggi, saya terus mengembangkan inovasi dalam bidang kebidanan yangberinovasi guna memberikan manfaat bagi masyarakat luas.

Saya dapat dihubungi melalui:

email: azizahlubis.448@gmail.com

BIODATA PENULIS



Emilda, S.S.T., M.P.H.

Poltekkes kemenkes aceh

Emilda AS adalah seorang dosen dan peneliti di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Aceh yang memiliki spesialisasi dalam bidang kebidanan, dengan fokus utama pada peningkatan kesehatan ibu dan anak melalui pendekatan berbasis bukti dan intervensi komplementer. Sebagai akademisi, ia aktif melakukan penelitian, publikasi ilmiah, serta pengabdian kepada masyarakat, khususnya dalam upaya peningkatan kualitas layanan kebidanan dan pemberdayaan kesehatan perempuan. Emilda telah menghasilkan berbagai karya ilmiah yang dipublikasikan di jurnal nasional dan internasional terakreditasi, antara lain mengenai efektivitas pijat oksitosin dan teknik marmet dalam meningkatkan hormon prolaktin untuk kelancaran ASI, pengaruh terapi musik terhadap penurunan kecemasan ibu pre-operasi sectio caesarea, serta pemanfaatan tanaman herbal seperti jeruk bali, lemon, dan biji adas dalam mengatasi gangguan kesehatan selama kehamilan dan menopause.

Email: emilda@poltekkesaceh.ac.id

BIODATA PENULIS



Friska Margareth Parapat, S.S.T., M.Kes.

Dosen Program Studi Profesi Bidan
Fakultas Farmasi dan Ilmu Kesehatan
Universitas Sari Mutiara Indonesia

Penulis lahir di Medan tanggal 05 Oktober 1990. Penulis adalah dosen tetap di Program Studi Profesi Bidan, Universitas Sari Mutiara Indonesia. Menyelesaikan pendidikan D4 Kebidanan di Universitas Sumatera Utara pada tahun 2018 kemudian melanjutkan S2 Magister Kesehatan Reproduksi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara dan menyelesaikannya pada tahun 2016. Pengalaman mengajar sejak tahun 2017-2018 di STIKes Murni Teguh Medan, 2018- sekarang di Universitas Sari Mutiara Indonesia.

Penulis dapat dihubungi melalui:
e-mail: chamidwifeparapat@gmail.com

BIODATA PENULIS



Erina Windiany, S.S.T., M.K.M.

Dosen Program Studi Profesi Bidan

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Budi Kemuliaan, Jakarta

Penulis lahir di Jakarta, 26 Juli 1981. Penulis adalah Dosen tetap pada Program Studi Profesi Bidan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Budi Kemuliaan, Jakarta. Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di Akademi Kebidanan Budi Kemuliaan pada tahun 2002, menyelesaikan pendidikan D4 Program Pendidik Bidan di Politeknik Kesehatan Jakarta III dan melanjutkan S2 pada Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Muhammadiyah Profesor DR.Hamka, Jakarta tahun 2014. Selain sebagai Dosen, penulis juga sebagai pelatih, dan aktif dalam organisasi profesi Ikatan Bidan Indonesia.

BIODATA PENULIS



Bdn. Fitria Endah Purwani, S.K.M., S.S.T., M.Keb.

Dosen STIK Budi Kemuliaan Program Study S1 Kebidanan

Bdn. Fitria Endah Purwani, SKM, SST, MKeb, Lahir di Cilacap, 28 Agustus 1980. Memperoleh gelar Magister kebidanan (M.Keb) dari Universitas Padjadjaran. Saat ini aktif sebagai dosen di STIK Budi Kemuliaan Program Studi S1 Kebidanan. Memiliki keahlian dalam bidang asuhan kebidanan khususnya pada asuhan kehamilan dan kegawatdaruratan. Selain mengajar saya juga aktif menjadi pelatih pada pelatihan penanganan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal serta aktif melakukan kegiatan penelitian dan pengabdian kepada Masyarakat yang dipublikasikan ke berbagai jurnal ilmiah.

Beberapa karya ilmiah yang telah saya publikasikan antara lain:

1. *Pencegahan stunting pada balita melalui kegiatan posyandu di RW 05 dan RW 15 Kelurahan Kebon Melati (2023).*

2. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pola Makan Dan Status Menstruasi Terhadap Status Gizi Pada Remaja Di Smk Said Naum Jakarta Pusat Tahun 2024*
3. *Asuhan Kebidanan Continuity of Care (CoC) Ny. M G2P1A0 hamil 40 minggu di Tempat Praktek Mandiri Bidan (2024)*

Dengan kontribusi saya dalam dunia akademik dan penelitian, saya terus mengembangkan inovasi dalam bidang teknologi informasi dan sistem cerdas guna memberikan manfaat bagi masyarakat luas.

Saya dapat dihubungi melalui:

email: fitriaendahwardana80@gmail.com

BIODATA PENULIS



Eva Ratna Dewi., S.S.T., M.K.M.

Dosen Program Studi Pendidikan
Profesi Bidan Program Profesi

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Husada Medan

Penulis Lahir Di Desa Sei Parit (Kabupaten Serdang Bedagai) Tanggal 07 Januari 1987, Beragama Islam. Anak Dari Bapak H. Sadikan Dan Ibu Hj. Jamilah Purba. Anak Ke-2 Dari 4 Bersaudara Dan Istri Muhammad Asmui Parinduri, Sp. Penulis Adalah Dosen Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Mitra Husada Medan Sejak Tahun 2011 Sampai Dengan Sekarang. Penulis Tinggal Di Alamat Jl. Karya Suka Damai No.7 Medan. Penulis Menempuh Pendidikan Tingginya Di Politenik Kesehatan Depkes RI Medan (2005-2008), Program Studi Bidan Pendidik Di Politeknik Kesehatan KEMENKES RI Medan (2010-2011), Program Pasca Sarjana Di Fakultas Kesehatan Masyarakat Di Universitas Sumatera Utara Dalam Bidang Kesehatan Reproduksi (2014-2017).

BIODATA PENULIS



Nurika Rahma, S.S.T., M.Keb.

Dosen Program Studi Profesi Bidan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Budi Kemuliaan, Jakarta

Penulis lahir di Jakarta, 12 Januari 1985. Penulis adalah Dosen tetap pada Program Studi Profesi Bidan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Budi Kemuliaan, Jakarta. Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di Akademi Kebidanan Keris Husada pada tahun 2006, menyelesaikan pendidikan D4 Program Pendidik Bidan di Politeknik Kesehatan Jakarta III tahun 2010 dan melanjutkan S2 pada Jurusan Magister Kebidanan di Universitas Padjadran, Bandung pada tahun 2016. Selain sebagai Dosen, penulis juga sebagai pelatih dan aktif dalam berorganisasi.

BIODATA PENULIS



Sumaifa, S.S.T., M.Kes.

Dosen Program Studi D.III Kebidanan
Universitas Syekh Yusuf Al Makassar Gowa

Penulis Lahir di Malakaji 27 April 1991 Kabupaten Gowa, Sulawesi Selatan. Anak Kedua dari dua bersaudara Lulus Pendidikan Program D3 Kebidanan Syekh Yusuf Gowa, D4 Bidan Pendidik Universitas Mega Buana Palopo dan S2 Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Kesehatan Reproduksi tahun 2016 di Universitas Muslim Indonesia Makassar (UMI). Saat ini penulis tercatat sebagai dosen tetap di Universitas Syekh Yusuf Al Makassar Gowa, Prodi DIII Kebidanan.

E-mail: sumaifa.ifa@gmail.com