

2023

Universitas
Alma Ata



UNIVERSIT
Alma

MODUL PRAKTIKUM ASKEB KOMUNITAS

PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ALMA ATA
2022/2023

LEMBAR PENGESAHAN

Modul Praktikum Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Komunitas
Kode Blok/ Mata Kuliah BD307
disahkan di Yogyakarta pada tanggal Maret 2023

Ketua Prodi DIII Kebidanan



Sundari Mulyaningsih, S.Si.T., M.Kes

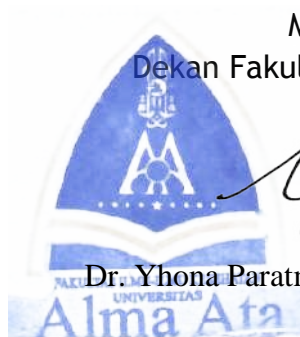
Koordinator/ Lno



Supiyati, S.ST., M. Kes

Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan



Dr. Yhona Paratmanitya, S. Gz., Dietisien., MPH

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr. Wb.

Alhamdulillah Puji syukur kehadiran Allah SWT atas rahmat dan hidayah-Nya sehingga Penyusun dapat menyelesaikan penyusunan Modul Praktikum Asuhan Kebidanan Komunitas yang merupakan salah satu penunjang dalam proses pembelajaran Asuhan Kebidanan Komunitas.

Dalam kesempatan ini kami selaku penyusun mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu yang telah banyak membantu memberi bimbingan, ilmu, dorongan, serta saran-saran kepada penyusun.

Kami selaku penyusun menyadari sepenuhnya bahwa isi maupun penyajian modul ini jauh dari sempurna. Oleh karena itu, kami mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan modul ini.

Wassalamualaikum wr.wb.

Yogyakarta, Maret 2022

Penyusun

DAFTAR ISI

	HALAMAN
HALAMAN JUDUL	1
LEMBAR PENGESAHAN	2
KATA PENGANTAR	3
DAFTAR ISI	4
A. Identitas Mata Kuliah	5
B. Deskripsi Mata Kuliah	5
C. Capaian pembelajaran	5
D. Referensi	12
1. MODUL 1	13
2. MODUL 2	20
3. MODUL 3	25
4. MODUL 4	30
5. MODUL 5	35
6. MODUL 6	46

A. Identitas Mata Kuliah

Nama Mata Kuliah	: Asuhan kebidanan Komunitas
Kode Mata Kuliah	: IB033
Semester	: IV
Bobot SKS	: 5 SKS (T:2; P:3)
LNO	: Sundari Mulyaningsih, S.Si.T., M.Kes
Dosen, Tutor, dan Instruktur	: 1. Susiana Sariyati, SST., M.Kes 2. Eka Nurhayati, SST., M.KM 3. Sundari Mulyaningsih, S.Si.T., M.Kes 4. Supiyati, S.ST., M. Kes

B. Deskripsi Mata Kuliah

Mata Kuliah ini membahas tentang asuhanan pada komunitas Isi pokok mata kuliah ini mencakup 8 pemahaman yaitu (a) Konsep dasar asuhan kebidanan komunitas ; (b) Tugas dan tanggung jawab bidan di komunitas; (c) Aspek Legal; (d) Asuhan kebidanan komunitas; (e) Pengelola program pemerintah; (f) Monev pelayanan kebidanna komunitas; (g) Dokumentasi asuhan kebidanan; (h) Manajemen kebidanan komunitas.

C. Indikator Kinerja Utama :

IKU 7 : Persentase penggunaan metode pembelajaran pemecahan kasus (case method) atau pembelajaran kelompok berbasis proyek (team based project) sebagai bagian bobot evaluasi.

D. Capaian Pembelajaran Lulusan

- S8, Menginternalisasi nilai-nilai luhur, norma, filosofi, dan etika akademik.
- S9, Menjalankan praktik kebidanan sesuai dengan kompetensi, kewenangan dan kode etik profesi
- S12, Mampu menunjukkan perilaku intrapersonal dan interpersonal sesuai ajaran Islam yang Rohmatan lil'alamin (cinta sesama, toleran, dan tidak radikal).
- KU1, Mampu menyelesaikan pekerjaan berlingkup luas dan menganalisis data dengan beragam metode yang sesuai , baik yang belum maupun yang sudah baku
- KU3, Mampu memecahkan masalah pekerjaan dengan sifat dan konteks yang sesuai dengan bidang keahlian terapannya, didasarkan pada pemikiran logis, inovatif, dan bertanggung jawab atas hasil kerjanya secara mandiri

- f. KU 4, Mampu menyusun laporan hasil dan proses kerja secara akurat dan sah, serta mengomunikasikannya secara efektif kepada pihak lain
- g. KU6, Mampu bertanggungjawab atas pencapaian hasil kerja kelompok dan melakukan supervisi dan evaluasi terhadap penyelesaian pekerjaan yang ditugaskan kepada pekerja yang berada bawah tanggungjawabnya
- h. KU7, mampu melakukan proses evaluasi diri terhadap kelompok kerja yang berada dibawah tanggungjawabnya, dan mengelola pengembangan kompetensi kerja secara mandiri
- i. P12, Menguasai konsep dasar kesehatan masyarakat dan promosi kesehatan perempuan, ibu dan anak
- j. KK1, Mampu memberikan asuhan kebidanan pada masa kehamilan, persalinan normal, pasca persalinan normal, bayi dan balita normal, sesuai standar kompetensi bidan vokasi
- k. KK7, Mampu berkomunikasi teknis dan prosedural secara verbal dan non-verbal dengan perempuan, keluarganya, dan masyarakat, serta teman sejawat untuk meningkatkan kesehatan perempuan, ibu, dan anak;
- l. KK8, Mampu melaksanakan promosi dan KIE yang terkait dengan kesehatan ibu, anak dan KB dengan menggunakan media yang sudah dirancang oleh institusi

E. CP Mata Kuliah :

- a. Mengimplemntasikan Konsep dasar asuhan kebidanan komunitas
- b. Memahami tugas dan tanggung jawab bidan di komunitas
- c. Memahami Aspek Legal
- d. Mendemostrasikan asuhan kebidanan komunitas
- e. Mendemostrasikan pengelola program pemerintah
- f. Mendemostrasikan monev pelayanan kebidanna komunitas
- g. Melakukan dokumentasi asuhan kebidanan
- h. Mendemostrasikan Manajemen kebidanan komunitas

MODUL 1
KONSEP DASAR ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS DAN KELUARGA SEBAGAI PUSAT ASUHAN

1. Capaian Pembelajaran :

Memahami dan menjelaskan asuhan kebidanan komunitas.

2. Indikator :

Setelah mempelajari modul ini mahasiswa mampu:

- a. Menjelaskan tentang asuhan kebidanan komunitas
- b. Memahami jenis-jenis asuhan kebidanan komunitas
- c. Memberikan pelayanan kebidanan di komunitas

3. Metode :

Metode	Lama
Role Play	100 menit
Diskusi	70 menit

4. TINJAUAN TEORI

A. Upaya Penurunan AKI dan AKB

a. Pendahuluan

Definisi kematian ibu adalah kematian seorang wanita saat hamil atau sampai 42 hari pasca persalinan, terlepas dari lama dan lokasi kehamilan, dari setiap penyebab yang berhubungan dengan atau diperburuk oleh kehamilan komplikasi kehamilan atau manajemennya, namun bukan oleh karena penyebab kecelakaan atau insidental. Untuk memudahkan identifikasi kematian ibu dalam keadaan di mana sulit menentukan penyebab kematian, digunakan kategori lain: yaitu kematian seorang wanita saat hamil atau dalam 42 hari pasca persalinan, terlepas dari penyebab kematiannya(WHO). Penghitungan angka kematian ibu adalah jumlah kematian selama periode tertentu per 100.000 kelahiran selama periode yang sama (WHO, 2015).

Angka kematian ibu merupakan indikator kesejahteraan perempuan, indikator kesejahteraan suatu bangsa sekaligus menggambarkan hasil

capaian pembangunan suatu negara. Informasi mengenai angka kematian ibu akan sangat bermanfaat untuk pengembangan program-program peningkatan kesehatan ibu, terutama pelayanan kehamilan dan persalinan yang aman, program peningkatan jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan, manajemen sistem rujukan dalam penanganan komplikasi kehamilan, persiapan keluarga hingga suami siaga dalam menyongsong kelahiran, yang pada gilirannya merupakan upaya menurunkan Angka Kematian Ibu dan meningkatkan derajat kesehatan reproduksi.

Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia masih tertinggi di antara Negara ASEAN dan tren penurunannya sangat lambat. Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 memberikan hasil yang mengejutkan, angka kematian ibu (AKI) meningkat 359 per 100 ribu kelahiran hidup. Rata-rata kematian ini jauh melonjak dibanding hasil SDKI 2007 yang mencapai 228 per 100 ribu, bahkan mundur ke belakang - hampir sama dengan tahun 1991 (Bappenas, 2010).

b. Penyebab Kematian Ibu Di Indonesia

Penyebab kematian secara global (Say L et al, 2014) sekitar 28% disebabkan oleh pendarahan hebat, 27 % oleh penyakit yang sudah ada sebelum kehamilan, 11% oleh infeksi, 14% oleh hipertensi dalam kehamilan, 9% oleh persalinan macet, serta aborsi yang tidak aman (8 %).

Penyebab kematian ibu di Indonesia 80% disebabkan oleh penyebab langsung obstetrik seperti perdarahan, sepsis, abortus tidak aman, preeklampsia-eklampsia, dan persalinan macet. Sisanya 20 % terjadi oleh karena penyakit yang diperberat oleh kehamilan. Situasi kematian ibu di Indonesia tahun 2010-2013, penyebab perdarahan juga masih tinggi walaupun cenderung menurun (35,1% menjadi 30,3%) , sementara penyebab kematian ibu baik di dunia maupun di Indonesia masih berputar pada 3 masalah utama (perdarahan, preeklampsia-eklampsia dan infeksi) , sehingga pencegahan dan penanggulangan masalah ini seharusnya

difokuskan melalui intervensi pada ketiga masalah tersebut, melalui peran petugas kesehatan (Kemenkes RI, 2014).

c. Peran Petugas Kesehatan

Secara profesional dokter dan bidan dalam praktek klinik mempunyai peran menurunkan angka kematian ibu. Dokter dan bidan adalah garda terdepan dalam mendeteksi kemungkinan risiko, mendorong program KB, melakukan asuhan antenatal terfokus, pencegahan abortus tidak aman, pertolongan persalinan oleh tenaga terampil, rujukan dini tepat waktu kasus gawat darurat obstetri dan pertolongan segera - adekuat kasus gawat darurat obstetri di rumah sakit rujukan.

Penolong yang terampil pada saat sebelum, selama dan sesudah persalinan telah terbukti mempunyai peran dalam menurunkan kematian ibu. Berdasarkan trias penyebab kematian ibu preeklampsia, perdarahan dan infeksi maka intervensi kunci yang dapat dilakukan oleh peran petugas kesehatan adalah :

1) Preeklampsia-eklampsia:

- a) Pencegahan preeklampsia melalui penguatan asuhan antenatal yang terfokus, antara lain dengan mendeteksi kemungkinan risiko, edukasi pengenalan dini tanda bahaya kehamilan.
- b) Penatalaksanaan preeklampsia dan eklampsia dengan penatalaksanaan awal dan manajemen kegawatdaruratan (dengan penggunaan magnesium sulfat).

2) Perdarahan pasca persalinan:

- a) Identifikasi risiko perdarahan pasca persalinan: anak besar, kehamilan multipel, polihidramnion, riwayat seksio sesar, partus lama, partus presipitatus, anemia.
- b) Pencegahan komplikasi dengan manajemen aktif kala III (uterotonika, masase fundus dan peregangan tali pusat terkendali)

.

c) Manajemen kegawatdaruratan perdarahan persalinan (kompresi bimanual, uterotonika, tamponade balon kateter hingga penatalaksanaan bedah) .

3) Infeksi intrapartum:

- a) Pencegahan partus lama melalui penggunaan partograf.
- b) Penggunaan antibiotik secara rasional.
- c) Manajemen ketuban pecah dini.
- d) Manajemen pasca persalinan.

d. Peran Bidan Dikomunitas Dalam Menurunkan AKI AKB

1) Kesiapan Menghadapi Preeklampsia-eklampsia

Preeklampsia adalah komplikasi kehamilan yang dapat terjadi mulai umur kehamilan > 20 minggu, dengan hipertensi dan proteinuria. Bila terjadi kejang disebut eklampsia.

Pencegahan preeklampsia melalui penguatan asuhan antenatal yang terfokus. Deteksi kemungkinan risiko preeklampsia dapat dilakukan pada fasilitas kesehatan layanan primer, bila ditemukan hal-hal berikut: adanya riwayat preeklampsia-eklampsia pada kehamilan sebelumnya atau pada saudara kandung, kehamilan primigravida, kehamilan ke- 3 atau lebih dan obesitas.

Bila pada pemeriksaan ANC ditemukan penyakit hipertensi, DM, autoimun, penyakit ginjal kronik, maka harus dirujuk ke Spesialis Obgin di fasilitas yang lebih lengkap. Bila pada pemeriksaan didapatkan faktor risiko, maka dilakukan pemantauan tekanan darah dan protein dalam urin setiap 2 minggu. Bila kemudian ditemukan hipertensi atau tanda bahaya untuk preeklampsia, maka segera dirujuk ke fasilitas lebihlengkap (spesialis obgin).

Tanda bahaya preeklampsia antara lain : sakit kepala hebat, nyeri ulu hati, pandangan kabur, hematemesis, hematuria, proteinuria, kejang, mual muntah, sesak, nyeri perut kuadran atas, oligouria, skotoma.

Bila terjadi preeklampsia berat, maka dilakukan pemberian magnesium sulfat dan monitoring ketat ibu dan janinnya. Pertimbangkan untuk melakukan terminasi kehamilan.

Manajemen kegawatdaruratan pada eklampsia adalah ABCCCD :

- a) *Airway* : Bebaskan jalan napas, miringkan 15-30°
- b) *Breathing*: Pasang oksigen 6-8 liter. Hal ini sangat penting untuk mencegah terjadinya koma irreversible. Dahulukan pasang oksigen lalu meminta pertolongan petugas lain. Bahkan, lebih penting mendahulukan pemberian oksigen dibanding magnesium sulfat, oleh karena otak sedang dalam keadaan hipoksia dan sangat mungkin iskemia, yang akan bertambah berat bila tidak ada suplai oksigen. Dengan pemberian oksigen, biasanya terjadi resolusi dari keadaan kejang, sehingga selanjutnya dapat mengoptimalkan kerja magnesium sulfat.
- c) *Circulation* : Ukur tekanan darah, pasang infus larutan kristaloid.
- d) *Control convulsion & hypertension* : Pemberian magnesium sulfat 40%, sebanyak 4 gram secara bolus intravena perlahan-lahan, dilanjutkan tetesan (drips) 6 gram iv 28 tetes per menit. Bila terjadi kejang berulang, diberikan bolus 2 gram intravena perlahan. Pemberian antihipertensi Nifedipin 10 mg per 8 jam atau Nifedipin drips intravena bila terjadi hipertensi urgensi atau emergensi.
- e) *Continuous Monitoring* : Evaluasi tanda vital, balans cairan, pasang kateter, evaluasi lab penunjang
- f) *Deliver the baby* : Terminasi kehamilan baik secara pervaginam ataupun sectio cesaria.

2) Kesiapan Menghadapi Perdarahan Pasca Persalinan

Perdarahan pasca persalinan, perdarahan post partum (PPH) adalah perdarahan sesudah persalinan dengan jumlah lebih dari 500 mL pada persalinan pervaginam, atau lebih 1000 mL pada persalinan seksio sesar. Pencegahan terjadinya perdarahan pasca persalinan adalah

dengan antenatal yang terfokus dan deteksi dini kemungkinan tanda bahaya, kenali kemungkinan risiko seperti: anak besar, kehamilan multipel, polihidramnion, riwayat seksio sesar, riwayat induksi persalinan, partus lama, partus presipitatus, penggunaan alat bantu persalinan (ekstraksi vakum atau forceps), dan ibu dengan anemia. Bila ditemukan risiko untuk perdarahan, ibu dirujuk agar bersalin di tempat dengan fasilitas yang lengkap dan ada spesialis Obgin. Pemasangan infus cairan kristalloid sebaiknya sudah dilakukan bila ibu sudah masuk fase persalinan.

Salah satu langkah yang efektif untuk mencegah komplikasi perdarahan pada saat melahirkan plasenta adalah manajemen aktif kala III, dengan menyuntikkan oksitosin segera setelah bayi lahir, meregangkan tali pusat terkendali dan masase fundus uteri setelah plasenta lahir. Perdarahan pasca persalinan selalu datang tiba-tiba, dramatis dan tak terduga. Manajemen kegawatdaruratan pada perdarahan pasca persalinan terbagi dalam 4 tahap, yakni penilaian dan penatalaksanaan awal, terapi penyebab, terapi PPH yang menetap, rujukan atau pembedahan.

Bila terjadi perdarahan pasca persalinan, maka tindakan yang paling pertama dilakukan adalah nilai uterus (raba fundus uteri) . Dalam sepersekian detik, penyebab atonia/hipotonia atau bukan, sudah dapat ditegakkan. Bila terjadi atonia/ hipotonia, segera lakukan masase uterus dan kompresi bimanual , sambil minta petugas lain untuk memasang infus dan memberikan uterotonika (prostaglandin dan oksitosin) .

Penyebab perdarahan pasca persalinan sering disingkat dalam 4 T (*tonus, tissue, trauma* dan *thrombin*) . Terapi untuk tonus adalah *masase fundus*, kompresi bimanual, uterotonika dan tamponade kondom kateter. Terapi untuk tissue (retensi atau sisa plasenta) adalah kuretase. Bila didapatkan robekan (

perineum, vagina atau serviks) harus segera dijahit, untuk menghentikan perdarahan. Terapi untuk penyebab gangguan koagulasi adalah dengan penggantian faktor pembekuan, yang biasanya dilakukan pada fasilitas yang lebih lengkap.

Salah satu tindakan yang cukup efektif dengan teknologi sederhana dan tepat guna dalam membantu mengatasi perdarahan pasca persalinan adalah penggunaan tamponade kondom kateter. Tepat guna dan sederhana, karena hanya menggunakan bahan-bahan yang sudah ada seperti kondom, kateter urine, benang untuk mengikat kondom dan kateter, spekulum, tenakulum, tampon tang atau cunam/ fenster, juga tampon kasa.

Pemasangan tamponade ini mempunyai prinsip kondom yang telah mengembang seperti balon karena diisi oleh cairan akan menekan pembuluh darah di cavum uteri dari dalam ke arah luar, mengisi ruangan cavum uteri yang mengalami perlambatan berkontraksi oleh keadaan *over distended*, sambil terus mengupayakan kontraksi uterus dengan uterotonika. Tamponade tidak menyebabkan banyak darah tertinggal dalam cavum uteri, seperti tamponade kasa. Bila kontraksi uterus sudah membaik, tidak akan menghalangi kontraksi karena berbentuk balon dan elastis.

3) Pencegahan Infeksi Intrapartum

Persalinan yang bersih dan aman, di samping manajemen persalinan yang baik dengan penggunaan partograf, penggunaan antibiotik secara rasional, manajemen ketuban pecah dini dan pasca persalinan dapat mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi intrapartum. Infeksi intrapartum bila bertambah berat, dapat jatuh ke dalam sepsis yang membahayakan jiwa ibu dan bayi yang dilahirkan.

4) Menggiatkan Program Keluarga Berencana

Untuk menekan tingginya Angka Kematian Ibu, salah satu pilar dari *Safe Motherhood* adalah Keluarga Berencana . Dengan

menggunakan kontrasepsi, seorang ibu dapat merencanakan keluarga lebih baik, karena tercegah dari jarak kehamilan yang terlalu dekat, tercegah dari kehamilan yang berisiko, tercegah dari kehamilan yang tak diinginkan, tercegah dari aborsi, dan dapat mengasuh anak-anak dan keluarganya dengan baik. Sehingga, upaya Keluarga Berencana merupakan investasi paling *cost-effective* dalam pembangunan. Secara global, upaya KB menjadi sangat krusial dalam pencapaian SDGs (*Sustainable Development Goals*), karena terbukti dapat menurunkan angka kemiskinan dan kelaparan, peningkatan pendidikan secara universal, kesetaraan gender, kesehatan ibu dan anak, pertumbuhan ekonomi, dan keberlangsungan lingkungan.

5) Pemberdayaan Semua Pihak: Inovasi Praktek-praktek Terbaik di Masyarakat

Angka kematian ibu adalah resultante dari begitu banyak faktor. Masalah pendidikan, keterbatasan akses, status ekonomi, sosial budaya masyarakat menjadi faktor yang berpengaruh tidak langsung sehingga masih ada jutaan perempuan Indonesia mempunyai risiko mengalami komplikasi kehamilan dan persalinan akibat ketidaktahuan masyarakat terhadap tanda bahaya kehamilan/persalinan.

B. Kesehatan Reproduksi Remaja

- a. Terdapat indikasi pada remaja - baik di perkotaan maupun perdesaan - yang menunjukkan meningkatnya perilaku seks pra-nikah. Namun, menarik dipertanyakan adalah apakah mereka memahami resiko-resiko seksual yang menyertainya? Berdasarkan studi di 3 kota Jawa Barat (2009), perempuan remaja lebih takut pada resiko sosial (antara lain: takut kehilangan keperawanan/ virginitas, takut hamil di luar nikah karena jadi bahan gunjingan masyarakat) dibanding resiko seksual, khususnya menyangkut kesehatan reproduksi dan kesehatan seksualnya.
- b. Kelompok usia remaja merupakan usia yang paling rentan terinfeksi HIV/AIDs dan Penyakit Menular Seksual (PMS) lainnya. Bahkan, dalam

jangka waktu tertentu, ketika perempuan remaja menjadi ibu hamil, maka kehamilannya dapat mengancam kelangsungan hidup janin/bayinya.

- c. Pada dasarnya, kerentanan perempuan, bukan hanya karena faktor biologisnya, namun juga secara sosial dan kultural kurang berdaya untuk menyuarkan kepentingan/haknya pada pasangan seksualnya demi keamanan, kenyamanan, dan kesehatan dirinya. Kepasifan dan ketergantungan sebagai karakter feminin yang dilekatkan pada perempuan juga melatari kerentanan tersebut. Faktor ekonomi juga mengkondisikan kerentanan perempuan.

d. Aborsi yang Tidak Aman (Unsafe Abortion)

Pengakhiran kehamilan yang tidak aman menurut WHO yaitu pengakhiran kehamilan yang tidak dikehendaki dengan cara yang mempunyai resiko tinggi terhadap keselamatan jiwa perempuan tersebut sebab dilakukan oleh individu yang tidak mempunyai pengetahuan dan ketrampilan yang sangat diperlukan, serta memakai peralatan yang tidak memenuhi persyaratan minimal bagi suatu tindakan medis tersebut.

Tindakan unsafe abortion seperti ini diperkirakan banyak dilakukan keluarga miskin yang tidak ingin menambah anak. Tanpa mereka sadari, unsafe abortion dapat menimbulkan gangguan pada kesehatan reproduksi bahkan mengakibatkan kematian bagi kaum ibu.

WHO memperkirakan di seluruh dunia setiap tahun terjadi 20 juta kejadian aborsi yang tidak aman (*unsafe abortion*) (WHO, 2010). Sekitar 13% dari jumlah total kematian ibu di seluruh dunia diakibatkan oleh komplikasi aborsi yang tidak aman. 95% (19 dari setiap 20 tindak aborsi tidak aman) di antaranya terjadi di negara-negara berkembang.

Tindakan unsafe abortion yang sering dilakukan wanita seperti melakukan kekerasan fisik seperti berlari, naik sepeda atau naik kuda. Jika tindakan pertama tidak berhasil, maka wanita tersebut melakukan tindakan kedua dengan cara mengonsumsi obat-obatan yang dapat menggugurkan kandungan. Misalnya, wanita tersebut sengaja mengonsumsi obat-obatan

yang dilarang untuk wanita hamil. Bisa juga dengan cara mengonsumsi obat tradisional seperti nenas muda.

Akibat dari tindakan yang tidak aman tersebut akan memberikan resiko infeksi, perdarahan, sisa hasil konsepsi yang tertinggal di dalam rahim dan perforasi yang pada akhirnya dapat menyebabkan kematian apabila tidak mendapatkan pertolongan yang segera, sehingga kejadian tersebut harus dicegah dengan memberikan pendidikan dan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Metode aborsi yang tidak aman yang umumnya digunakan di berbagai negara bervariasi, dari metode teknik medis lanjut yang digunakan oleh dokter sampai teknik tradisional berbahaya yang digunakan oleh dukun, teman, atau tetangga yang menolong atau oleh wanita hamil itu sendiri.

Metode lain yang relatif lebih berbahaya adalah memasukkan alat atau benda asing ke dalam rongga rahim. Di India digunakan pucuk wortel yang telah dikeringkan; di Philipin alat tersebut adalah pisang atau daun tumbuh-tumbuhan lokal kalachulchi. Di Ghana, digunakan ranting pohon comelina yang jika dimasukkan ke dalam rahim akan menyerap air dan mengembang membuka leher rahim serta menyebabkan abortus. Jenis lain adalah tanaman *Jatropha* yang mengandung bahan kimia korosif yang dapat menyebabkan abortus.

Di Amerika latin, upaya abortus dilakukan dengan memasukkan ujung kateter yang lentur ke dalam rongga rahim. Ujung yang lain diikatkan di pangkal paha. Wanita tersebut kemudian disuruh berjalan sehingga ujung kateter yang berada di dalam rongga rahim bergoyang-goyang mengganggu isi rahim dan merangsang abortus. Ada pula yang menggunakan cairan kina yang toksik pada bayi dan si ibu. Ada juga para wanita yang melakukan sendiri dengan memasukkan plastik berongga ke dalam rongga rahim, kemudian memasukkan alat atau kawat melalui plastik tersebut untuk mengorek rongga rahim.

Selain permasalahan abortus ada permasalahan TORCH. Berdasarkan hasil penelitian Hati, Febrina, & Devi, Ratih tentang pengaruh pemberian

konseling TORCH terhadap pengetahuan catin hasilnya adalah tingkat pengetahuan responden setelah diberikan konseling yaitu : 26% kategori cukup, 97% kategori baik, dan 3% kategori kurang. Dengan pengetahuan yang baik tentang TORCH maka penyakit TORCH diharapkan dapat dicegah dengan baik.

e. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

Bayi berat badan lahir rendah adalah bayi dengan berat badan lahir kurang dari 2500 gram (Arief, 2009). Dahulu bayi baru lahir yang berat badan lahir kurang atau sama dengan 2500 gram disebut premature. Untuk mendapatkan keseragaman pada kongres *European Perinatal Medicine II* di London (1970), telah disusun definisi sebagai berikut:

1. Preterm infant (premature) atau bayi kurang bulan : bayi dengan masa kehamilan kurang dari 37 minggu (259 hari)
2. Term infant atau bayi cukup bulan : bayi dengan masa kehamilan mulai 37 minggu sampai dengan 42 minggu (259-293 hari)
3. Post term atau bayi lebih bulan : bayi dengan masa kehamilan mulai 42 minggu atau lebih (294 hari atau lebih)

World Health Organization (WHO) pada tahun 1961 menyatakan bahwa semua bayi baru lahir yang berat badannya kurang atau sama dengan 2500 gram disebut *low birth weight infant* (bayi berat badan lahir rendah/BBLR), karena morbiditas dan mortalitas neonatus tidak hanya bergantung pada berat badannya tetapi juga pada tingkat kematangan (maturitas) bayi tersebut. Definisi WHO tersebut dapat disimpulkan secara ringkas bahwa bayi berat badan lahir rendah adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang atau sama dengan 2500 gram.

Klasifikasi BBLR :

- ✓ Berdasarkan BB lahir
 - BBLR : BB < 2500gr
 - BBLSR : BB 1000-1500gr
 - BBLASR : BB <1000 gr
- ✓ Berdasarkan umur kehamilan

1. Prematur

Adalah bayi lahir dengan umur kehamilan kurang dari 37 minggu dan mempunyai berat badan sesuai dengan berat badan untuk masa kehamilan atau disebut Neonatus Kurang Bulan - Sesuai Masa Kehamilan (NKB- SMK).

2. Dismaturitas.

Adalah bayi lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa kehamilan, dismatur dapat terjadi dalam preterm, term, dan post term. Dismatur ini dapat juga Neonatus Kurang Bulan - Kecil untuk Masa Kehamilan (NKB- KMK), Neonatus Cukup Bulan- Kecil Masa Kehamilan (NCB-KMK), Neonatus Lebih Bulan-Kecil Masa Kehamilan (NLB- KMK)

f. Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Non-Kesehatan

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan non-medis seringkali dilakukan oleh seseorang yang disebut sebagai dukun beranak, dukun bersalin atau peraji. Pada dasarnya dukun bersalin diangkat berdasarkan kepercayaan masyarakat setempat atau merupakan pekerjaan yang sudah turun temurun dari nenek moyang atau keluarganya dan biasanya sudah berumur \pm 40 tahun ke atas (Prawirohardjo, 2005).

Pendidikan dukun umumnya adalah Kejar Paket A atau tamat SD, bisa baca tulis dengan kapasitas yang rendah, mereka tidak mendapat ilmu tentang cara pertolongan persalinan secara teori di bangku kuliah, tetapi mereka hanya berdasarkan pengalaman saja. Peralatan yang digunakannya hanya seadanya seperti memotong tali pusat menggunakan bambu, untuk mengikat tali pusat menggunakan tali naken, dan untuk alasnya menggunakan daun pisang

Yang tergolong dalam tenaga non kesehatan adalah dukun bayi yang sejak dahulu kala hingga sekarang keberadaannya masih sangat penting dalam pelayanan kebidanan sebagai dukun bayi. Dukun Bayi adalah seorang anggota masyarakat, pada umumnya seorang wanita yang mendapat kepercayaan serta memiliki keterampilan menolong persalinan secara tradisional dan

memperoleh keterampilan tersebut dengan cara turun temurun, belajar praktis atau cara lain yang menjurus ke arah peningkatan keterampilan tersebut dan melalui petugas kesehatan (Retna, 2009). Tenaga non kesehatan menurut Retna (2009) antara lain :

1. Dukun terlatih adalah dukun yang telah mendapatkan latihan oleh tenaga kesehatan yang dinyatakan lulus.
2. Dukun tidak terlatih adalah dukun bayi yang belum pernah dilatih oleh tenaga kesehatan atau dukun bayi yang sedang dilatih dan belum dinyatakan lulus. Peranan dukun beranak sulit ditiadakan karena masih mendapat kepercayaan masyarakat dan tenaga terlatih yang masih belum mencukupi. Dukun beranak masih dapat dimanfaatkan untuk ikut serta memberikan pertolongan persalinan

Dalam lingkungan dukun bayi atau dukun beranak merupakan tenaga terpercaya dalam hal yang bersangkutan dengan reproduksi. Ia diminta pertimbangannya pada masa kehamilan, mendampingi wanita yang bersalin sampai persalinan selesai dan mengurus ibu serta bayinya dalam masa nifas (Manuaba, 2009). Masih banyak masyarakat yang memilih persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan non- medis daripada tenaga kesehatan disebabkan oleh beberapa faktor antara lain:

1. Tingkat pendidikan yang rendah
2. Status dalam masyarakat terhadap penyuluhan dan petugas kesehatan rendah.
3. Tingkat kepercayaan masyarakat terhadap penyuluhan dan petugas kesehatan masih rendah
4. Kemiskinan

g. Penyakit Menular Seksual (PMS)

Penyakit menular seksual atau PMS, kini dikenal dengan istilah infeksi menular seksual atau IMS, adalah penyakit atau infeksi yang umumnya ditularkan melalui hubungan seks yang tidak aman. Penyebaran bisa melalui darah, sperma, cairan vagina atau pun cairan tubuh lainnya. Selain itu,

penyebaran tanpa hubungan seksual juga bisa terjadi dari seorang ibu kepada bayinya, baik saat mengandung atau melahirkan. Pemakaian jarum suntik secara berulang atau bergantian di antara beberapa orang juga berisiko menularkan infeksi.

Sifilis atau raja singa adalah penyakit seksual yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Treponema pallidum*. Gejala awal sifilis adalah munculnya lesi atau luka pada alat kelamin atau pada mulut. Luka ini mungkin tidak terasa sakit, tapi sangat mudah untuk menularkan infeksi. Luka atau lesi ini akan bertahan antara 1-2.5 bulan. Jika sifilis tidak ditangani, infeksi ini akan berlanjut ke tahap yang berikutnya. Pada tahap berikutnya, ruam akan berlanjut dan gejala yang mirip gejala flu seperti demam, nyeri pada persendian, dan sakit kepala akan muncul. Kerontokan rambut hingga pitak juga bisa dialami penderita. Jika dibiarkan, sifilis bisa menyebabkan kelumpuhan, kebutaan, demensia, impotensi, masalah pendengaran dan bahkan kematian. Untuk memastikan diagnosis sifilis, tes darah biasa bisa dilakukan. Terkadang gejala yang muncul sulit dikenali sebagai penyakit sifilis, maka segera lakukan tes darah jika mencurigai diri berisiko terkena sifilis. Antibiotik seperti suntikan penisilin digunakan untuk mengobati sifilis. Jika sifilis diobati dengan benar, tahapan sifilis yang lebih parah bisa dicegah. Hindari hubungan seksual sebelum memastikan infeksi sifilis benar-benar hilang. Pastikan juga untuk memeriksakan kesehatan pasangan anda saat ini atau orang yang pernah berhubungan seksual dengan Anda jika Anda terdiagnosis sifilis.

h. Perilaku dan Aspek Sosial Budaya yang Berpengaruh pada Pelayanan Kebidanan di Komunitas

Budaya adalah suatu pola hidup menyeluruh. Budaya bersifat kompleks, abstrak, dan luas. Banyak aspek budaya turut menentukan perilaku komunikatif. Unsur-unsur sosio-budaya ini tersebar dan meliputi banyak kegiatan sosial manusia. Citra budaya yang bersifat memaksa tersebut membekali anggota-anggotanya dengan pedoman mengenai perilaku yang layak dan menetapkan dunia makna dan nilai logis yang dapat dipinjam anggota-

anggotanya yang paling bersahaja untuk memperoleh rasa bermartabat dan pertalian dengan hidup mereka. Dengan demikian, budayalah yang menyediakan suatu kerangka yang koheren untuk mengorganisasikan aktivitas seseorang dan memungkinkannya meramalkan perilaku orang lain.

Perilaku kesehatan merupakan salah satu faktor perantara pada derajat kesehatan. Perilaku yang dimaksud adalah meliputi semua perilaku seseorang atau masyarakat yang dapat mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat, angka kesakitan dan angka kematian. Perilaku sakit (*ilness behavior*) adalah cara seseorang bereaksi terhadap gejala penyakit yang biasanya dipengaruhi oleh pengetahuan, fasilitas, kesempatan, kebiasaan, kepercayaan, norma, nilai, dan segala aturan (*social law*) dalam masyarakat atau yang biasa disebut dengan budaya. Beberapa perilaku dan aspek social budaya yang mempengaruhi pelayanan kebidanan di komunitas diantaranya :

1. *Health Believe*

Tradisi-tradisi yang diberlakukan secara turun-temurun dalam pemberian makanan bayi. Contohnya di daerah Nusa Tenggara Barat ada tradisi pemberian nasi papah atau di Jawa dengan tradisi nasi pisang.

2. *Life Style*

Gaya hidup yang berpengaruh terhadap kesehatan. Contohnya gaya hidup kawin cerai di lombok atau gaya hidup perokok (yang juga termasuk bagian dari aspek sosial budaya).

3. *Health Seeking Behavior*

Salah satu bentuk perilaku sosial budaya yang mempercayai apabila seseorang sakit tidak perlu pelayanan kesehatan, akan tetapi cukup dengan membeli obat di warung atau mendatangi dukun.

Beberapa perilaku dan aspek social budaya yang mempengaruhi pelayanan kebidanan di komunitas diantaranya :

Beberapa contoh perilaku sosial budaya masyarakat yang berkaitan dengan kehamilan, antara lain:

- Upacara-upacara yang dilakukan untuk mengupayakan keselamatan bagi janin dalam prosesnya menjadi bayi hingga saat kelahirannya adalah upacara mitoni, procotan dan brokohan.
 - Mengidam, dikotomi panas dingin.
 - Larangan masuk hutan, karena wanita hamil menurut kepercayaan baunya harum sehingga mahluk-mahluk halus dapat mengganggu.
 - Pantangan keluar waktu maghrib dikhawatirkan kalau diganggu mahluk halus atau roh jahat.
 - Pantangan menjalin rambut karena bisa menyebabkan lilitan tali pusat.
 - Tidak boleh duduk di depan pintu, dikhawatirkan akan susah melahirkan.
 - Tidak boleh makan pisang dempet, dikhawatirkan anak yang akan dilahirkan kembar dempet atau siam.
 - Jangan membelah puntung atau kayu api yang ujungnya sudah terbakar, karena anak yang dilahirkan bisa sumbing atau anggota badannya ada yang buntung.
 - Jangan meletakkan sisir di atas kepala, ditakutkan akan susah saat melahirkan.
 - Dilarang menganyam bakul karena dapat berakibat jari-jari tangannya akan berdempet menjadi satu.
 - Jangan membuat kulit ketupat pada masa hamil karena orang tua percaya bahwa daun kelapa untuk kulit ketupat harus dianyam tertutup rapat oleh wanita hamil, sehingga dikhawatirkan bayi yang lahir nanti kesindiran, tertutup jalan lahirnya.
 - Tidak boleh membelah/memotong binatang, agar bayi yang lahir nanti tidak sumbing atau cacat fisik lainnya.
 - Tidak boleh menutup pinggir perahu (galak haruk), memaku perahu, memaku rumah, membelah kayu api yang sudah terbakar ujungnya, memukul kepala ikan.
 - Pantangan nazar karena bisa menyebabkan air liur menetes terus.
- Manggunakan jimat saat bepergian.

5. KASUS

- a. Upaya menurunkan AKI, contohnya karena pre eklamsia
- b. Kasus aborsi
- c. BBLR
- d. PMS
- e. Pertolongan persalinan oleh non tenaga kesehatan
- f. Budaya yang berpengaruh pada pelayanan kebidanan di komunitas

6. TUGAS MAHASISWA

- a. Buatlah skema role play kegiatan tersebut.
- b. Dalam setiap kelompok terdiri dari 4 orang.
- c. Diharapkan dari semua mahasiswa yang berpartisipasi harus aktif dalam kegiatan role play tersebut, sehingga semua mahasiswa mendapat giliran untuk berbicara.
- d. Role play didukung dengan persiapan yang matang dan gunakan media pendukung sesuai kebutuhan.

7. REFERENSI

- a. Departemen Kesehatan RI (2010). Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA), Jakarta
- b. Hamidah S, et al (2009) Kebidanan Komunitas, EGC, Jakarta
- c. Lisnawati, L, (2011), Panduan Praktis Menjadi Bidan Komunitas. TIM, Jakarta
- d. Meilani, M (2009), Kebidanan Komunitas, Fitramaya, Yogyakarta
- e. Mufdilah , (2008), Konsep kebidanan , Mitra Cendikia , Jakarta 10. Prawiro Hardjo, S (1997). Ilmu Kebidanan, YBPSP,UI Jakarta

MODUL 2
TUGAS DAN TANGGUNG JAWAB BIDAN DI KOMUNITAS

1. Capaian Pembelajaran :

Menjelaskan tentang tugas dan tanggung jawab bidan di komunitas

2. Indikator :

Setelah mempelajari modul ini mahasiswa mampu:

- a. Memahami tugas dan tanggung jawab bidan di komunitas
- b. Menjelaskan tugas dan tanggung jawab bidan di komunitas

3. Metode :

Metode	Lama
Role play	100 menit
Diskusi	70 menit

4. TINJAUAN TEORI

A. Tugas Utama Bidan Komunitas

Memberikan pelayanan kebidanan meliputi :

1. Pelaksanaan asuhan/pelayanan kebidanan
2. Pengelola pelayanan KIA-KB
3. Pendidikan individu, keluarga dan masyarakat
4. Peneliti dalam asuhan kebidanan

B. Pelaksana asuhan atau pelayanan kebidanan.

1. Melaksanakan asuhan kebidanan dengan standar profesional.
2. Melaksanakan asuhan kebidanan ibu hamil normal dengan komplikasi, patologis dan resiko tinggi dengan melibatkan klien/keluarga.
3. Melaksanakan asuhan ibu bersalin normal dengan komplikasi, patologis dan resiko tinggi dengan melibatkan klien/keluarga.
4. Melaksanakan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir normal dengan komplikasi, patologis dan resiko tinggi dengan melibatkan klien/keluarga.

5. Melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu nifas dan menyusui normal dengan komplikasi, patologis dan resiko tinggi dengan melibatkan klien/keluarga.
6. Melaksanakan asuhan kebidanan pada bayi dan balita dengan melibatkan klien/keluarga.
7. Melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita atau ibu dengan gangguan sistem reproduksi dengan melibatkan klien/keluarga.
8. Melaksanakan asuhan kebidanan komunitas melibatkan klien/keluarga.
9. Melaksanakan pelayanan keluarga berencana melibatkan klien/keluarga.
10. Melaksanakan pendidikan kesehatan di dalam pelayanan kebidanan.

C. Pengelola pelayanan KIA/KB.

1. Mengembangkan pelayanan kesehatan masyarakat terutama pelayanan kebidanan untuk individu, keluarga, kelompok khusus dan masyarakat diwilayah kerjanya dengan melibatkan keluarga dan masyarakat.
2. Berpartisipasi dalam tim untuk melaksanakan program kesehatan dan program sektor lain diwilayah kerjanya melalui peningkatan kemampuan dukun bayi, kader kesehatan, dan tenaga kesehatan lain yang berada diwilayah kerjanya.
3. Pendidikan klien, keluarga, masyarakat dan tenaga kesehatan.
 - a. Pendidikan klien, keluarga, masyarakat dan tenaga kesehatan. Melaksanakan bimbingan/penyuluhan, pendidikan pada klien, masyarakat dan tenaga kesehatan termasuk siswa bidan/keperawatan, kader, dan dukun bayi yang berhubungan dengan KIA/KB.
 - b. Penelitian dalam asuhan kebidanan.
 1. Melaksanakan penelitian secara mandiri atau bekerjasama secara kolaboratif dalam tim penelitian tentang askeb
 2. Dasar-dasar penelitian perlu diketahui oleh Bidan seperti pencatatan, pengolahan dan analisa data
 3. Secara sederhana Bidan dapat memberikan kesimpulan atau hipotesa atas hasil analisisnya

4. Berdasarkan data ia dapat menyusun rencana dan tindakan sesuai dengan permasalahan yang ditemui, ia juga harus mampu melaksanakan evaluasi atas tindakan yang dilakukannya.

D. Ketrampilan Dasar Bidan Komunitas

1. Melakukan Pengelolaan pelayanan ibu hamil, nifas, laktasi, bayi balita dan KB masyarakat.
2. Mengidentifikasi status kesehatan ibu dan anak
3. Melakukan pertolongan persalinan di rumah dan polindes.
4. Mengelola pondok bersalin desa (polindes)
5. Melaksanakan kunjungan rumah pada ibu hamil, nifas dan laktasi, bayi dan balita
6. Melakukan penggerakan dan pembinaan peran serta masyarakat untuk mendukung upaya-upaya kesehatan ibu dan anak

E. Keterampilan Tambahan

1. Melakukan pemantauan KIA dengan menggunakan PWSKAI
2. Melaksanakan pembinaan dan pelatihan dukun bayi
3. Mengelola dan memberikan obat-obatan sesuai kewenangannya
4. Menggunakan teknologi kebidanan tepat guna

F. Tugas Tambahan Bidan Di Komunitas

1. Upaya perbaikan kesehatan lingkungan.
2. Mengelola dan memberikan obat - obatan sederhana sesuai dengan kewenangannya.
3. Surveillance penyakit yang timbul di masyarakat.
4. Menggunakan tehnologi tepat guna kebidan

G. Tanggung Jawab Bidan Dalam Komunitas

Tanggung jawab bidan dalam komunitas diantaranya yaitu :

1. Kesehatan ibu & anak dalam keluarga dan masyarakat

Bidan bertanggung jawab atas kesehatan ibu & anak dalam keluarga & masyarakat & dalam memberikan pelayanan kesehatan harus sesuai dengan kompetensi & kewenangannya tanpa memandang status social & mengutamakan kepentingan masyarakat di atas kepentingan pribadi.

2. Kesehatan reproduksi remaja

Meliputi :

- a. Penyebab kesehatan remaja
- b. Pernikahan dini
- c. Pergaulan bebas
- d. Akibat kehamilan remaja
- e. Akibat medis
- f. Aborsi
- g. Bumil anemia
- h. Kekurangan gizi intra uterin
- i. BBLR
- j. Akibat pergaulan bebas
- k. Goncangan psikologis
- l. Dikucilkan keluarga & masyarakat

3. Menurunkan morbiditas & mortalitas ibu, bayi & balita. Dengan cara:

- a. Meningkatkan keterampilan
- b. Mencegah 3 terlambat
- c. Deteksi dini
- d. Kerja sama lintas sector

4. Meningkatkan peran serta masyarakat

Selain itu ada tanggungjawab bidan yang perlu diperhatikan, bidan bertanggung jawab dalam pengambilan keputusan dan tindakan :

- a. Mengintegrasikan komponen proses pemecahan masalah.
- b. Melakukan asuhan kebidanan pada individu.
- c. Mendemonstrasikan dan mengabsahkan praktek.
- d. Berkomunikasi dan bekerjasama dengan anggota teknis.
- e. Meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan.

- f. Melaksanakan investigasi tentang masalah kesehatan dan kebutuhan masyarakat.

5. TUGAS MAHASISWA

- a. Buatlah skema role play kegiatan tugas dan tanggung jawab bidan di komunitas.
- b. Dalam setiap kelompok terdiri dari 5 orang.
- c. Diharapkan dari semua mahasiswa yang berpartisipasi harus aktif dalam kegiatan role play tersebut, sehingga semua mahasiswa mendapat giliran untuk berbicara.

6. REFERENSI

- a. Lisnawati, L, (2011), Panduan Praktis Menjadi Bidan Komunitas. TIM, Jakarta
- b. Meilani, M (2009), Kebidanan Komunitas, Fitramaya, Yogyakarta
- c. Mufdilah , (2008), Konsep kebidanan , Mitra Cendikia , Jakarta
- d. Prawiro Hardjo, S (1997). Ilmu Kebidanan, YBPSP,UI Jakarta
- e. Runjati M, (2010), Asuhan Kebidanan komunitas. EGC, Jakarta.
- f. Safrudin, (2009), Kebidanan komunitas. EGC, Jakarta.

MODUL 3
ASUHAN KEBIDANAN DI KOMUNITAS

1. Capaian Pembelajaran :

Menjelaskan tentang asuhan kebidanan di komunitas

2. Indikator :

Setelah mempelajari modul ini mahasiswa mampu:

- a. Memahami asuhan kebidanan di komunitas
- b. Menjelaskan asuhan kebidanan di komunitas

3. Metode :

Metode	Lama
Role play	100 menit
Diskusi	71 menit

4. TINJAUAN TEORI (FORMAT ASUKAN KEBIDANAN KOMUNITAS)

**FORMAT PENGKAJIAN
DATA WILAYAH PEMBINAAN KESEHATAN MASYARAKAT
PRODI D III KEBIDANAN UNIVERSITAS ALMA ATA YOGYAKARTA**

I. DATA UMUM

A. GEOGRAFI DUSUN

1. Peta Wilayah Binaan
2. Batas-batas wilayah:
 - a. Utara :
 - b. Selatan:
 - c. Timur :
 - d. Barat :
3. Luas wilayah :Ha
4. Pembagian administrasi daerah:
 - a. Jumlah desa :
 - b. Jumlah dusun :
 - c. Jumlah RW :
 - d. Jumlah RT :
5. Pembagian geografis :
 - a. Tanah pekarangan : Ha (..... %)
 - b. Tanah persawahan : Ha (..... %)
 - c. Tanah perumahan : Ha (..... %)
 - d. Tanah tegalan : Ha (..... %)
 - e. Tanah lain-lain : Ha (..... %)
6. Keadaan tanah :

7. Iklim :
8. Curah hujan :

B. DEMOGRAFI

1. Jumlah penduduk : Jiwa
 a. Laki-laki : jiwa (..... %)
 b. Perempuan : jiwa (..... %)
2. Jumlah KK : KK
 a. KK laki-laki : KK (..... %)
 b. KK Perempuan : KK (..... %)
3. Sex ratio

$$\left(\frac{L}{P} \right) = \frac{\text{.....}}{\text{.....}}$$
4. Kepadatan penduduk

$$\left(\frac{\text{Jumlah jiwa}}{\text{Jumlah wilayah}} \right) = \frac{\text{.....}}{\text{.....}} \text{ jiwa/ km}^2$$
5. Dependency ratio

$$\left(\frac{\text{Jml. Pddk. Usia 0-14 + 65 ke atas}}{\text{Jml Pddk usia 15-65 thn}} \right) \times 100\% = \text{.....}$$
6. Komposisi penduduk menurut golongan umur dan jenis kelamin

Umur (Thn)	Laki-laki (jiwa)	Laki-laki (%)	Perempuan (jiwa)	Perempuan (%)	Jumlah	Prosentase
0 - 5						
6 - 9						
10 - 14						
15 - 19						
20 - 24						
25 - 29						
30 - 34						
35 - 39						
40 - 44						
45 - 49						
50 - 54						

7. Petani		
8. Pedagang		
9. Buruh		
10. Lain-lain		
J U M L A H		

c. Fasilitas perekonomian penduduk (industri dan perdagangan)

1. Jumlah pasar :
2. Jumlah toko/warung :
3. Jumlah koperasi :
4. Jumlah bank :
5. Jumlah perusahaan makanan:
6. Jumlah industri kerajinan :
7. Lain-lain :

d. Sarana transportasi penduduk :

e. Sarana informasi dan komunikasi

1. Media cetak :
2. Media elektronika :
3. Telepon/wartel :

2. DATA PENDIDIKAN

a. Fasilitas Pendidikan yang ada

1. TK :
2. SD :
3. SLTP :
4. SLTA :
5. PERGURUAN TINGGI :
6. PONDOK :

b. Pendidikan Kepala Keluarga :

Tingkat Pendidikan	Jumlah	Prosentase
1. Tidak sekolah/tidak tamat SD		
2. Tamat SD		
3. Tamat SLTP		
4. Tamat SLTA		
5. Tamat Perguruan Tinggi		
6. Tamat Pasca Sarjana		
Jumlah		

c. Tingkat Pendidikan Penduduk

Tingkat Pendidikan	Jumlah	Prosentase
1. Tidak sekolah/tidak tamat SD		
2. Tamat SD		

3. Tamat SLTP		
4. Tamat SLTA		
5. Tamat Perguruan Tinggi		
6. Tamat Pasca Sarjana		
7. Lain-lain		
Jumlah		

D. DATA SOSIAL BUDAYA

a. Sarana Peribadatan:

1. Jumlah Masjid :
2. Jumlah Mushola :
3. Jumlah Gereja :
4. Jumlah Pura :
5. Jumlah Wihara :

b. Pemeluk agama/ kepercayaan

Agama/ kepercayaan	Jumlah	Prosentase
1. Islam		
2. Katolik		
3. Kristen		
4. Hindu		
5. Budha		
6. Khonghuchu		
7. Aliran kepercayaan		
Jumlah		

c. Suku/bangsa :

d. Bahasa :

e. Nilai, keyakinan, kepercayaan dan adat-istiadat penduduk :
.....

f. Sarana Olah raga :

1. Lapangan sepak bola :
2. Lapangan Tenis Meja :
3. Lapangan Volley :
4. Lapangan Bulu tangkis :
5. Lain-lain (sebutkan) :

g. Sarana Kesenian/hiburan :

1. Gedung kesenian :
2. Gedung bioskop :
3. Gedung serbaguna :
4. Lain-lain (sebutkan) :

h. Jenis kesenian daerah :

i. Tempat pertemuan/rapat warga:

E. ORGANISASI SOSIAL DAN TOKOH MASYARAKAT

- a. Organisasi Sosial/masyarakat :
 - 1. PKK : ada/tidak
 - 2. Pramuka : ada/tidak
 - 3. Karang taruna : ada/tidak
 - 4. PMR : ada/tidak
 - 5. Dasa Wisma : ada/tidak
 - 6. 8) Kel. Belajar : ada/tidak
 - 7. Kelompencapir : ada/tidak
 - 8. Kel. Pedagang : ada/tidak
 - 9. LKMD : ada/tidak
 - 10. Lain-lain(sebutkan) :
- b. Tokoh Masyarakat
 - 1. Kepala Dusun :
 - 2. Ketua RW :
 - 3. Ketua RT :
 - 4. Ketua Dasa Wisma :
 - 5. Ketua Karang taruna :
 - 6. Ketua kel. Pengajian :
 - 7. Ketua Kelompencapir :
 - 8. Ketua Kel. Belajar :
 - 9. Lain-lain (sebutkan) :
- c. Peran serta masyarakat :

2. DATA KESEHATAN MASYARAKAT

A. VITAL STATISTIK

- a. Angka Kelahiran Umum (CBR) :
(Jml bayi lahir slm 1 tahun x 1000)
Jml pddk pertengahan thn
- b. Angka kematian umum (CDR) :
(Jml Pddk mati slm 1 tahun x 1000)
Jml pddk pertengahan tahun
- c. Angka kematian bayi (IMR):
(Jml bayi mati waktu tertentu x 1000)
Jml bayi lahir hidup
- d. Angka kematian balita :
(Jml balita mati waktu tertentu x 1000)
Jml balita dalam waktu sama
- e. Angka kematian ibu bersalin (MMR) :
(Jml ibu mati masa persalinan x 1000)
Jml bayi lahir hidup
- f. Angka Kesakitan Penyakit tertentu :
(Jml penderita penyakit tertentu dalam waktu tertentu x 1000)

Jml penduduk dalam waktu yang sama

g. Penyakit Tertentu yang Diderita Penduduk

Penyakit	Jumlah	Prosentase
1. Hipertensi		
2. Diabetes Melitus		
3. Asma		
4. Jantung		
5. Diare		
6. Reumatik		
7. TBC		
8. Osteoporosis		
9. Asam urat		
10. Lain-lain		

h. Jumlah perkawinan/perceraian : / Orang

i. Migrasi Penduduk :

1) Datang : Orang

2) Pergi : Orang

B. STATUS GIZI MASYARAKAT

a. BALITA

1. Jumlah BBLR : (.....%)

2. Status Gizi Balita :

1) Gizi Baik : (%)

2) Gizi Kurang (BGT) : (%)

3) Gizi Buruk (BGM) : (%)

3. Jumlah Balita defisiensi Vit.A : (%)

b. IBU HAMIL

1. Jumlah Bumil : (%)

2. Jumlah Bumil yang anemia : (%)

c. PENDUDUK

1. Jumlah penderita gondok : (%)

2. Jumlah Kurang gizi : (%)

d. CAKUPAN PELAYANAN UP GK

1. K/S :%

$$\frac{\text{Jml balita yang telah didaftar dan diberi KMS} \times 100\%}{\text{Jml seluruh balita}}$$

2. D/S :%

$$\frac{\text{Jml balita yang hadir} \times 100\%}{\text{Jml seluruh balita}}$$

3. N/D :%

$$\frac{\text{Jml balita yang naik timbangannya} \times 100\%}{\text{Jml balita yang hadir}}$$

4. N/S :%

$$\frac{\text{Jml balita yang naik timbangannya} \times 100\%}{\text{Jml seluruh balita}}$$

- Jml seluruh balita
5. S-36 :%
 (semua anak balita yang sudah mencapai 36 bulan/3 tahun x100%)
 Jumlah seluruh anak balita
6. L (anak yang sudah lulus) :%
 (Jumlah anak yg sdh berumur 36 bulan dengan BB minimal 11,5 kg
 x100%)
 Jumlah seluruh anak balita

A. CAKUPAN KIA

- a. K1 :%
- b. K4 :%
- c. Persalinan oleh nakes :%
- d. Deteksi resti bumil oleh masyarakat :%
- e. Deteksi resti bumil oleh nakes :%
- f. Kunjungan neonatal/bufas :%

B. CAKUPAN IMUNISASI

- a. BCG :%
- b. DPT I,II,III :%
- c. HEPATITIS B :%
- d. POLIO :%
- e. DT :%
- f. TT CAPENG :%
- g. TT BUMIL :%

C. AKSEPTOR KB

- a. Jumlah PUS :
- b. Jumlah Akseptor: (..... %)

Jenis Alat Kontrasepsi	Jumlah	Prosentase
a. OP (Oral Pil)		
b. Co (Condom)		
c. Suntik		
d. IUD		
e. MOW		
f. MOP		
g. Susuk		
h. Lain-lain		
J U M L A H		

D. FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

- a. Jumlah RS/tempat tidur : ... / ...
- b. Jumlah Puskesmas/Pustu : ... / ...
- c. Jumlah Pos Kesehatan/Dana Sehat : ... / ...

- d. Jumlah Posyandu/POD : ... / ...
- e. Jumlah Polindes/RB : ... / ...
- f. Jumlah Dokter Praktek Swasta : ...
- g. Jumlah Bidan Praktek Swasta : ...
- h. Jumlah Pengobatan Tradisional : ...
- i. Jumlah Apotek : ...
- j. Pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat :
 - 1. Baik : ...
 - 2. Sedang : ...
 - 3. Kurang : ...

E. PETUGAS KESEHATAN/KADER KESEHATAN

- a. Jumlah Dokter umum/spesialis/dokter gigi : ... / ... / ...
- b. Jumlah perawat/bidan/sanitarian : ... / ... / ...
- c. Jumlah PLKB Desa : ...
- d. Jumlah Dukun terlatih : ...
- e. Jumlah Kader : ...
 - 1. Kader Gizi : ...
 - 2. Kader Kesehatan Desa (KKD) : ...
 - 3. Kader Kesehatan Lingkungan : ...
 - 4. Lain-lain (sebutkan) : ...
- f. Guru UkS : ...
- g. Dokter Kecil : ...
- h. Lain-lain (sebutkan) : ...

F. KEGIATAN UPAYA KESEHATAN (triwulan terakhir)

- a. Posyandu : ...
- b. Pertemuan kader : ...
- c. Pelatihan Kader : ...
- d. Penyuluhan Kesehatan : ...
- e. Penyuluhan KB : ...
- f. Lain-lain (sebutkan): ...

G. KESEHATAN REMAJA

- 1. Jumlah Remaja :
 - a. Laki-Laki :
 - b. Perempuan :
- 2. Riwayat menstruasi
 - a. Rata-rata usia menarche :
 - b. Remaja yang mengalami flour Albous :
 - c. Remaja yang mengalami nyeri :
- 3. Pemeriksaan Remaja
 - a. LILA < 23,5 cm :
 - b. HB < 12 gr/dL :
 - c. IMT :
 - Laki-laki :

- 1. Normal :
- 2. Pre Obesitas :
- 3. Obesitas :
- Perempuan
 - 1. Normal :
 - 2. Pre Obesitas :
 - 3. Obesitas :

4. Pendidikan Kesehatan

- a. Jumlah remaja yang sudah pernah mendapatkan konseling :

Materi	Jumlah Remaja
Kesehatan reproduksi	
Napza	
Bahaya Merokok	
Konseling tablet Fe bagi remaja	
Lain-lain :	
1.	
2.	
3.	

- b. Jumlah remaja yang belum pernah mendapatkan konseling :

5. Sumber informasi kesehatan

- a. Orang Tua
- b. Teman
- c. Bidan
- d. Media Sosial

6. Remaja yang pernah mendapatkan Tablet Fe :

7. Kegiatan Sehari-hari :

Kegiatan	Jml remaja Aktif

H. PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT (PHBS) PENDUDUK

NO	INDIKATOR	JUMLAH KK	%
1.	Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan		
2.	Memberi bayi ASI eksklusif		
3.	Menimbang balita setiap bulan		
4.	Menggunakan air bersih		
5.	Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun		

6.	Menggunakan jamban sehat		
7.	Memberantas jentik di rumah sekali seminggu		
8.	Makan buah dan sayur setiap hari		
9.	Melakukan aktivitas fisik setiap hari		
10.	Tidak merokok di dalam rumah		

FORMAT PENGKAJIAN KELUARGA

RT :..... Nama Pewawancara
 :.....
 Dukuh dan Kelurahan :..... Tanggal
 :.....
 Kecamatan :.....
 Kabupaten :.....

Nama Responden : 1.....
 2.....
 3.....

STRUKTUR DAN SIFAT KELUARGA

1. Struktur 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

Nama	Hub Keluarga	L/P	Gol Darah	Umur Thn	Pendapatan	Agama	Pekerjaan	IMUNISASI				
								BCG	HB 1,2,3	DPT 1,2,3	Poli o	Cam pak

- k. Tipe keluarga :
- l. Genogram (minimal 3 generasi) :

2. Sifat Keluarga

- a. Anggota keluarga yang berpengaruh dalam mengambil keputusan :
 Ayah
 Ibu
 Anggota keluarga lain :

b. Kebiasaan hidup sehari-hari

1). Kebiasaan makan

a). Waktu makan :TeraturTidak Teratur

b). Frekuensi makan : kali/hari

c). Jenis makanan

- Makanan pokok :
- Lauk-pauk :
- Sayuran :
- Bua-buahan :
- Susu :selalu adakadang-kadang
tidak pernah

- Makanan tambahan/ selingan : |AdaTidak
Jika ada, sebutkan :
- d). Cara pengolahan makanan
- Memenuhi syarat makanan :YaTidak
Jika tidak, mengapa :
 - Menu dalam seminggu :Bervariasi
.....Monoton
Alasan :
- e). Makan garam beryodium :
.....Ya |Tidak, alasan :.....
- f). Kebiasaan cuci tangan :
- Sebelum makan :
.....Ya dengan air/sabun/lain-lain
.....Tidak, alasan :.....
 - Sesudah makan :
.....Ya dengan air/sabun/lain-lain
.....,.....Tidak, alasan :.....
- g). Makanan pantangan dalam keluarga ;
- Tidak ada.....
 - Ada, sebutkan :.....
Alasan :.....
- h). Kebiasaan minum keluarga :
- 1). Jenis minuman dan jumlah cc/hari
| air putih.....cc | teh.....cc
| kopi.....cc | lain-lain.....cc
 - 2). Contoh menu keluarga :
.....
 - 3). Sarana hiburan keluarga :
 - Ada, jenis ; TV, radio Tempat pariwisata/lain-lain :.....
 - Tidak ada, alasan :.....
 - 4). Tempat BAK dan BAB keluarga :
 - Tempat BAB :
 - Tempat BAK :
 - 5). Hygiene perorangan/keluarga :
 - a). Kebiasaan mandi :.....kali/hari
 - b). Kebiasaan gosok gigi :
 - ya, frekuensi : kali/hari
 - tidak, alasan :
 - c). Kebiasaan mencuci rambut
 - ya, frekuensi : kali/minggu
 - tidak, alasan :.....
 - d). Penggunaan alas kaki
.....yatidak, alasan :.....
 - 6). Kebiasaan keluarga yang merugikan (merokok, berjudi, minum-minuman keras dll).

c. Alasan :

.....

3. Kesehatan ibu dan anak

a. Riwayat kehamilan yang lalu (bila ibu sedang hamil)

No	Kehamilan	UK	Jum. Pemeriksaan	Keluhan	Cara Mengatasi	Hasil

b. Riwayat Persalinan (bila ada ibu nifas)

No	Persalinan	Tempat Bersalin	Penolong Persalinan	Proses Persalinan	Keterangan

c. Ibu hamil : ada/tidak (*bila tidak ada ibu hamil, form tidak di isi*)

1. Umur Kehamilan :.....minggu
2. Kehamilan ke :.....
3. Jarak Kehamilan :.....tahun
4. Frekuensi periksa :.....kali
5. Alasan jika pemeriksaan sampai Trimester III kurang dari 4 kali:
.....Tidak Tahu |Tidak Perlu

.....Tidak mempunyai kesempatan | Lain-lain:
6. Tempat periksa :Puskesmas/RS/...BKIA/....Dokter
.....Praktek/Posyandu/....Bidan/.....Perawat
7. Alasan memilih tempat periksa :.....
8. Tujuan pemeriksaan kehamilan :Tahu/.....Tidak Tahu
9. Sumber informasi kesehatan :
.....bidan/....dokter/.....perawat/.....tv/.....radio
10. Pola makan ibu hamil :
 - Komposisi :makan nasi,sayur,lauk,buah
 - Porsi :kurang/cukup
 - Frekuensi : kali/ hari
11. Makanan tambahan untuk makanan yang mengandung zat besi :
 - Ya, jenisnya :.....
 - Tidak, alasan:.....
12. Makanan pantangan :
 - Ada, jenisnya :
 - Tidak
13. Status gizi ibu hamil :.....baik/.....cukup/.....kurang
14. Obat-obat yang diminum selama hamil :
 - Ada, jenisnya :.....
 - Tidak :.....

- Belum pernah, karena : takut/agama/dilarang suami/kontra indikasi/tidak tahu kegunaan KB/ingin punya keturunan lagi/.....

5. Data Keluarga Berencana (cek pada kartu KB)

No	Tahun pasang	Metode	Oleh	Tahun lepas	Oleh	Ket

- g. Pemeriksaan Bayi dan Balita (faorm diisi baik, sedang memiliki **bayi atau tidak**)
1. Mempunyai bayi : ya/tidak, berapa orang.....
 2. Mempunyai balita : ya/tidak, berapa orang.....
 3. Pemeriksaan/kunjungan ke : Posyandu/Puskesmas/RS
Alasan :.....
 4. Pemeriksaan dilakukan : scr rutin/kalau sakit/kontrol
 5. Frekuensi pemeriksaan :kali/bln
 6. Mempunyai Buku KIA : | punya (lihat buku KIA-nya)/ tidak punya, alasan :.....
 7. Buku KIA di isi oleh : kader/perawat/bidan/.....
 8. Menimbang bayi : teratur/tidak, alasan :.....
 9. Menimbang balita : teratur/tidak, alasan :.....
 10. Berat badan bayi/balita hasil penimbangan di KMS :
 - Meningkatkan setiap bulan
 - Tetap setiap bulan
 - Menurun setiap bulan
 - lain-lain :.....
 11. Status imunisasi
 - Lengkap:
 - Tidak, alasan : takut/sedang sakit/tidak sempat/tidak tahu manfaat imunisasi/.....
 12. Status gizi bayi (berdasarkan KMS/Buku KIA) : baik/cukup/kurang
 13. Status gizi balita (berdasarkan KMS/Buku KIA) : baik/cukup/kurang
 14. Pemberian tablet vit. A :
 - Sudah :....kali
 - Belum diberikan, alasan :.....
 15. Jenis makanan yang dikonsumsi bayi/balita setiap hari :
 - Makanan pokok saja/makanan pokok + protein hewani/nabati
 - Makanan pokok + protein + sayur + buah

- Lengkap sumber gizi
16. Pengadaan makanan untuk bayi: memasak sendiri/membeli/instant
17. Pemberian makanan tambahan :
- Ada, jenis : bubur, /susu/sayur/kacang hijau/roti
 - Tidak
18. Makanan pantangan bayi/balita :
- Ada, jenisnya :.....
 - Alasan :.....
 - Tidak
19. Pertumbuhan dan perkembangan (Tumbang) bayi dan balita :
- Tingkat pertumbuhan dan perkembangan bayi/balita menurut ibu : Normal/Tidak normal/Mengalami perlambatan
 - Ibu/ keluarga mengetahui cara-cara menstimulasi dan mendeteksi dini tumbang pada bayi/balita : Tidak/Ya, caranya :.....
 - Informasi tentang stimulasi dan deteksi dini tumbang dari : Media cetak/TV/Radio/Penyuluhan/.....
- h. Observasi bayi/balita (diisi sesuai usia bayi/anak balita) :
1. Anak berusia 0-3 bln
Dapat menggerakkan kedua tungkai dan lengan sama mudahnya teknik terlentang/Memberikan reaksi dengan melihat kesumber cahaya/Mengoceh dan memberikan reaksi terhadap suara/Membalas senyuman
 2. Bayi/balita berusia 3-6 bln :
Mengangkat kepala dengan tegak pada posisi terlungkup/Meraih benda yang menarik/mainan yang terjangkau olehnya/Menengok kearah sumber suara/Mencari benda yang dipindahkan
 3. Bayi/balita berusia 6-9 bln :
Ketika didudukkan, biasa mempertahankan posisi duduk dengan kepala tegak/Memindahkan benda dari tangan satu ke tangan yang lain/Tertawa, berteriak bila melihat benda yang menarik/Makan biscuit tanpa dbantu
 4. Bayi/balita umur 9-12 bln :
Berjalan dengan berpegangan/Mengambil Mengambil benda kecil sebesar biji jagung dan meraupnya/Mengatakan dua satu kata yang sama, seperti papa, mama dll/Dapat bermain cilukba
 5. Bayi/balita berusia 12-18 bln :
Berjalan sendiri tanpa jatuh/Mengambil biji kecil sebesar biji jagung dengan ibu jari dan telunjuknya (menjepit)/Mengungkapkan keinginan secara sederhana seperti : mimik, mam meme, ee dll/Minum sendiri dari gelas tanpa tumpah
 6. Bayi/balita berusia 18-24 bln :
Berjalan mundur sedikitnya 5 langkah/Mencore-coret dengan alat tulis/Menunjuk nama dan menunjuk satu anggota tubuh dengan benar/Meniru melakukan pekerjaan rumah tangga.
 7. Bayi/balita berusia 2-3 th :

Berdiri dengan satu kaki tanpa berpegangan selama paling sedikit dua hitungan/Meniru membuat garis lurus/Menyatakan keinginan paling sedikit dua kata/Menyatakan keinginan BAK dan BAB

8. Bayi/balita 3-4 thn :

Berjalan jinjit paling sedikit 5 langkah/Meniru membuat gambar lingkaran/Mengenal dan menyebutkan paling sedikit 5 warna/Mematuhi peraturan sederhana dalam peraturan

9. Bayi/balita 4-5 thn :

Melompat dengan satu kaki/Mengancingkan kancing baju/celana/Bercerita seperti anak rata-rata sebayanya/Menolong dan mengerjakan tangan tanpa bantuan

10. Hasil observasi perkembangan kemampuan bayi/balita :

- Normal (lebih satu sama dengan 3 karakteristik yang ada)
- Tidak normal (kurang dari 3 karakteristik yang ada), alasan :ibu tidak tahu perkembangan bayi dan balita/Ibu tahu tetapi tidak mau melatih motorik psikomotorik/Ibu tidak sempat melatih/.....

11. Status kesehatan bayi/balita :

• ISPA

- ✓ Bayi/balita yang menderita batuk pilek dalam 3 bulan terakhir :

┆ Tidak

┆ Ada, episode serangan dalam 1 thn terakhir :

┆ < 3x ┆ 3-6x ┆ > 6x

- ✓ Batuk pilek bayi/balita pernah disertai tanda-tanda sebagai berikut :

┆ Nafas cepat (lebih dari 50x/menit)

┆ Bernafas mengik (*wheezing*)

┆ Diare/muntah

┆ sesak nafas

┆ Bernafas ngorok

┆ Kejang

- ✓ Tindakan yang dilakukan Bapak/Ibu/Keluarga bila bayi/balita batuk pilek:

┆ Memberi obat

┆ Memberi penurun panas

┆ Memberi jeruk nipis dan kecap/madu

┆ Memberi obat dari tenaga kesehatan secara teratur

┆ Memberi banyak minum

┆ jika demam diberi kompres dingin/pakaian tipis

┆ Membersihkan ingus dengan kain bersih

┆ Memantau kondisi anak apakah semakin memburuk

┆ Lain-lain :.....

- ✓ Pola penanggulangan batuk pilek :

┆ Baik (lebih dari 6 tindakan)

┆ Cukup (3-5 tindakan)

┆ Kurang (kurang dari 2 tindakan)

- ✓ Ibu/Bapak pernah mendapatkan penyuluhan tentang pencegahan ISPA :
 - └ Tidak
 - └ Pernah, tentang :
 - └ Memberikan makanan bergizi
 - └ Memberikan imunisasi
 - └ Menjaga kebersihan diri anak dan lingkungan
 - └ Menciptakan sirkulasi udara sehat di dalam rumah
- ✓ Pola pencegahan ISPA yang diketahui Baba/Ibu :
 - └ Baik (lebih dari 4 tindakan)
 - └ Cukup (2-3 tindakan)
 - └ Kurang (kurang dari 2 tindakan)
- ✓ Sumber informasi Ibu/Bapak :
 - └ Kader
 - └ Media elektronik
 - └ Tenaga Kesehatan
 - └ Media cetak

- DIARE

- ✓ Bayi/balita pernah menderita diare dalam 2 bln terakhir :
Pernah/Tidak
- ✓ Faktor resiko diare yang ada pada anak bayi/balita :
 - └ Kurang gizi
 - └ Baru dikenalkan satu formula
 - └ Anak tidak mendapatkan ASI
 - └ Menderita campak pada 4 minggu terakhir
 - └ Sedang mendapatkan terapi immunosupresif
- ✓ Tindakan Ibu/Bapak bila anak menderita diare :
 - Memberikan minum lebih banyak dari biasanya
 - Memberikan makan seperti biasanya
 - Membawa kepetugas kesehatan jika kondisi semakin memburuk atau tanda dehidrasi berat
 - Lain-lain :
- ✓ Ibu/bapak mengetahui tentang cairan yang harus diberikan kepada anak yang sedang menderita diare : Tidak/Ya, jenisnya :
Larutan oralit/Air putih yang matang/Larutan gula garam/Cairan kuah/syur sup/Air tajin/.....
- ✓ Pengetahuan Ibu/Bapak tentang cairan yang harus diberikan kepada anak yang menderita diare :
 - Baik (lebih dari 4 cairan)
 - Cukup (cukup 2-3 cairan)
 - Kurang (kurang dari 2 cairan)
- ✓ Ibu/Bapak pernah mendapatkan informasi tentang cara mencegah diare : Tidak pernah/Pernah, cara mencegah diare mencegah diare dengan :

- i. Remaja

- 1. Riwayat menstruasi

- a. Menarche :
- b. Siklus :

- c. Lama :
 - d. Banyaknya :
 - e. Flour Albous :
 - f. Nyeri :
 - g. Cara mengatasi nyeri :
 - h. Alasan :
2. Pemeriksaan Remaja
- a. TB :
 - b. BB :
 - c. TD :
 - d. LILA :
 - e. IMT :
 - f. HB :
3. Riwayat Penyakit
- a. Riwayat Penyakit dahulu :
 - b. Riwayat penyakit Sekarang:
4. Pendidikan Kesehatan
- a. Pernah/Tidak:
Pernah, jenisnya :Kesehatan reproduksi/ Napza/dll
 - b. Sumber informasi kesehatan
.....Orang Tua/Teman/.....Bidan/Media Sosial(Cetak maupun Elektronik)
5. Pola Nutrisi
- a. Frekuensi :
 - b. Porsi :
6. Alergi makanan
- Ya/Tidak :
- Jenisnya :
7. Diit Remaja
- Ya/Tidak :
- Alasan diit :
8. Pernah mendapatkan Tablet Fe / Suplemen
- Ya/Tidak :
- Sejak kapan :
- Konsumsi/Tidak :
- Alasan tidak dikonsumsi :
9. Kegiatan Sehari-hari
- a. Partisipasi kegiatan di Masyarakat
Jenisnya :
Aktif :
Tidak aktif, alasannya :
 - b. Partisipasi kegiatan di Sekolah
Jenisnya :
Aktif :
Tidak aktif, alasannya :

j. Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) Penduduk

NO	INDIKATOR	Ya	Tidak
1.	Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan		
2.	Memberi bayi ASI eksklusif		
3.	Menimbang balita setiap bulan		
4.	Menggunakan air bersih		
5.	Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun		
6.	Menggunakan jamban sehat		
7.	Memberantas jentik di rumah sekali seminggu		
8.	Makan buah dan sayur setiap hari		
9.	Melakukan aktivitas fisik setiap hari		
10.	Tidak merokok di dalam rumah		

5. TUGAS MAHASISWA

- a. Buatlah skema role play kegiatan asuhan kebidanan dikomunitas.
- b. Dalam setiap kelompok terdiri dari 5 orang.
- c. Diharapkan dari semua mahasiswa yang berpartisipasi harus aktif dalam kegiatan role play tersebut, sehingga semua mahasiswa mendapat giliran untuk berbicara.

6. REFERENSI

- a. Lisnawati, L, (2011), Panduan Praktis Menjadi Bidan Komunitas. TIM, Jakarta
- b. Meilani, M (2009), Kebidanan Komunitas, Fitramaya, Yogyakarta
- c. Mufdilah , (2008), Konsep kebidanan , Mitra Cendikia , Jakarta
- d. Prawiro Hardjo, S (1997). Ilmu Kebidanan, YBPSP,UI Jakarta
- e. Runjati M, (2010), Asuhan Kebidanan komunitas. EGC, Jakarta.
- f. Safrudin, (2009), Kebidanan komunitas. EGC, Jakarta.

MODUL 4
PROGRAM PEMERINTAH YANG BERKAITAN DENGAN KIA/KB DI WILAYAH KERJA

1. Capaian Pembelajaran :

Menjelaskan tentang tugas dan tanggung jawab bidan di komunitas

2. Indikator :

Setelah mempelajari modul ini mahasiswa mampu:

- c. Memahami tugas dan tanggung jawab bidan di komunitas
- d. Menjelaskan tugas dan tanggung jawab bidan di komunitas

3. Metode :

Metode	Lama
Role play	100 menit

4. TINJAUAN TEORI

PEDOMAN PWS KIA

A. Pengertian

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

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

Dengan PWS KIA diharapkan cakupan pelayanan dapat ditingkatkan dengan menjangkau seluruh sasaran di suatu wilayah kerja. Dengan terjangkaunya seluruh sasaran maka diharapkan seluruh kasus dengan faktor risiko atau komplikasi dapat ditemukan sedini mungkin agar dapat memperoleh penanganan yang memadai.

Penyajian PWS KIA juga dapat dipakai sebagai alat advokasi, informasi dan komunikasi kepada sektor terkait, khususnya aparat setempat yang berperan dalam pendataan dan penggerakan sasaran. Dengan demikian PWS KIA dapat digunakan untuk memecahkan masalah teknis dan non teknis. Pelaksanaan PWS KIA akan lebih bermakna bila ditindaklanjuti dengan upaya perbaikan dalam pelaksanaan pelayanan KIA, intensifikasi manajemen program, penggerakan sasaran dan sumber

daya yang diperlukan dalam rangka meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan KIA. Hasil analisis PWS KIA di tingkat puskesmas dan kabupaten/kota dapat digunakan untuk menentukan puskesmas dan desa/kelurahan yang rawan. Demikian pula hasil analisis PWS KIA di tingkat propinsi dapat digunakan untuk menentukan kabupaten/kota yang rawan.

B. Tujuan

Tujuan umum :

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

Tujuan Khusus :

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

C. Prinsip Pengelolaan Program KIA

Pengelolaan program KIA bertujuan memantapkan dan meningkatkan jangkauan serta mutu pelayanan KIA secara efektif dan efisien. Pemantapan pelayanan KIA dewasa ini diutamakan pada kegiatan pokok sebagai berikut :

1. Peningkatan pelayanan antenatal sesuai standar bagi seluruh ibu hamil di semua fasilitas kesehatan.

2. Peningkatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan kompeten diarahkan ke fasilitas kesehatan.
3. Peningkatan pelayanan bagi seluruh ibu nifas sesuai standar di semua fasilitas kesehatan.
4. Peningkatan pelayanan bagi seluruh neonatus sesuai standar di semua fasilitas kesehatan.
5. Peningkatan deteksi dini faktor risiko dan komplikasi kebidanan dan neonatus oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat.
6. Peningkatan penanganan komplikasi kebidanan dan neonatus secara adekuat dan pengamatan secara terus-menerus oleh tenaga kesehatan.
7. Peningkatan pelayanan kesehatan bagi seluruh bayi sesuai standar di semua fasilitas kesehatan.
8. Peningkatan pelayanan kesehatan bagi seluruh anak balita sesuai standar di semua fasilitas kesehatan.
9. Peningkatan pelayanan KB sesuai standar.

D. Macam Pelayanan KIA

1. Pelayanan Antenatal

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya, dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam **Standar Pelayanan Kebidanan (SPK)**. Pelayanan antenatal sesuai standar meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik (umum dan kebidanan), pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus, serta intervensi umum dan khusus (sesuai risiko yang ditemukan dalam pemeriksaan). Dalam penerapannya terdiri atas:

- a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan.
- b. Ukur tekanan darah.
- c. Nilai Status Gizi (ukur lingkar lengan atas).
- d. Ukur tinggi fundus uteri.
- e. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ).

- f. Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi *Tetanus Toksoid (TT)* bila diperlukan.
- g. Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan.
- h. Test laboratorium (rutin dan khusus).
- i. Tatalaksana kasus
- j. Temu wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan.

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

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

- o Minimal 1 kali pada triwulan pertama.
- o Minimal 1 kali pada triwulan kedua.
- o Minimal 2 kali pada triwulan ketiga.

Standar waktu pelayanan antenatal tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan kepada ibu hamil, berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan dan penanganan komplikasi. **Tenaga kesehatan yang berkompeten memberikan pelayanan antenatal** kepada Ibu hamil adalah : dokter spesialis kebidanan, dokter, bidan dan perawat.

2. Pertolongan Persalinan

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah pelayanan persalinan yang aman yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten. Pada kenyataan di lapangan, masih terdapat penolong persalinan yang bukan tenaga kesehatan dan dilakukan di luar fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu

secara bertahap seluruh persalinan akan ditolong oleh tenaga kesehatan kompeten dan diarahkan ke fasilitas pelayanan kesehatan.

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

- a. Pencegahan infeksi
- b. Metode pertolongan persalinan yang sesuai standar.
- c. Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi.
- d. Melaksanakan Inisiasi Menyusu Dini (IMD).
- e. Memberikan Injeksi Vit K 1 dan salep mata pada bayi baru lahir.

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

3. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

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

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

Pelayanan yang diberikan adalah :

- a. Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu.
- b. Pemeriksaan tinggi fundus uteri (*invulusi uterus*).
- c. Pemeriksaan lochia dan pengeluaran per vaginam lainnya.
- d. Pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif 6 bulan.

- e. Pemberian kapsul Vitamin A 200.000 IU sebanyak dua kali , pertama segera setelah melahirkan, kedua diberikan setelah 24 jam pemberian kapsul Vitamin A pertama.
- f. Pelayanan KB pasca salin

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

4. Pelayanan Kesehatan Neonatus

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

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

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

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

- a. Pemeriksaan dan Perawatan Bayi Baru Lahir
 - 1) Perawatan Tali pusat

- 2) Melaksanakan ASI Eksklusif
 - 3) Memastikan bayi telah diberi Injeksi Vitamin K1
 - 4) Memastikan bayi telah diberi Salep Mata Antibiotik
 - 5) Pemberian Imunisasi Hepatitis B-0
- b. Pemeriksaan menggunakan pendekatan MTBM
- 1) Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan Masalah pemberian ASI.
 - 2) Pemberian Imunisasi Hepatitis B0 bila belum diberikan pada waktu perawatan bayi baru lahir
 - 3) Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif, pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir di rumah dengan menggunakan Buku KIA.
 - 4) Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan

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

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

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

Faktor risiko pada ibu hamil adalah :

- a. *Primigravida* kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun.
- b. Anak lebih dari 4.
- c. Jarak persalinan terakhir dan kehamilan sekarang kurang dari 2 tahun.
- d. Kurang Energi Kronis (KEK) dengan lingkar lengan atas kurang dari 23,5 cm, atau penambahan berat badan < 9 kg selama masa kehamilan.
- e. Anemia dengan Hb < 11 g/dl.

- f. Tinggi badan kurang dari 145 cm, atau dengan kelainan bentuk panggul dan tulang belakang
- g. Riwayat hipertensi pada kehamilan sebelumnya atau sebelum kehamilan ini.
- h. Sedang/pernah menderita penyakit kronis, antara lain : tuberkulosis, kelainan jantung-ginjal-hati, psikosis, kelainan endokrin (*Diabetes Mellitus, Sistemik Lupus Eritematosus, dll*), tumor dan keganasan
- i. Riwayat kehamilan buruk: keguguran berulang, kehamilan ektopik terganggu, mola hidatidosa, ketuban pecah dini, bayi dengan cacat kongenital
- j. Riwayat persalinan dengan komplikasi : persalinan dengan seksio sesarea, *ekstraksivakum/ forseps*.
- k. Riwayat nifas dengan komplikasi : perdarahan paska persalinan, Infeksi masa nifas, *psikosis post partum (post partum blues)*.
- l. Riwayat keluarga menderita penyakit kencing manis, hipertensi dan riwayat cacat kongenital.
- m. Kelainan jumlah janin : kehamilan ganda, janin dampit, monster.
- n. Kelainan besar janin : pertumbuhan janin terhambat, Janin besar.
- o. Kelainan letak dan posisi janin: lintang/oblique, sungsang pada usia kehamilan lebih dari 32 minggu.

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

Komplikasi pada ibu hamil, bersalin dan nifas antara lain :

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

- c. Hipertensi dalam Kehamilan (HDK): Tekanan darah tinggi (sistolik > 140 mmHg, diastolik > 90 mmHg), dengan atau tanpa edema pre-tibial.
- d. Ancaman persalinan prematur.
- e. Infeksi berat dalam kehamilan : demam berdarah, tifus abdominalis, Sepsis.
- f. Distosia: Persalinan macet, persalinan tak maju.
- g. Infeksi masa nifas.

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

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

- a. Tidak Mau Minum/menyusu atau memuntahkan semua
- b. Riwayat Kejang
- c. Bergerak hanya jika dirangsang/Letargis
- d. Frekwensi Napas < = 30 X/menit dan >= 60x/menit
- e. Suhu tubuh <= 35,5 C dan >= 37,5 C
- f. Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat
- g. Merintih

- h. Ada pustul Kulit
- i. Nanah banyak di mata
- j. Pusar kemerahan meluas ke dinding perut.
- k. Mata cekung dan cubitan kulit perut kembali sangat lambat
- l. Timbul kuning dan atau tinja berwarna pucat
- m. Berat badan menurut umur rendah dan atau ada masalah pemberian ASI

- n. BBLR : Bayi Berat Lahir Rendah < 2500 gram
- o. Kelainan Kongenital seperti ada celah di bibir dan langit-langit.

Komplikasi pada neonatus antara lain :

- a. Prematuritas dan BBLR (bayi berat lahir rendah < 2500 gr)
- b. Asfiksia
- c. Infeksi Bakteri
- d. Kejang
- e. Ikterus
- f. Diare
- g. Hipotermia
- h. Tetanus neonatorum
- i. Masalah pemberian ASI
- j. Trauma lahir, sindroma gangguan pernapasan, kelainan *kongenital*, dll.

6. Penanganan Komplikasi Kebidanan

Penanganan komplikasi kebidanan adalah pelayanan kepada ibu dengan komplikasi kebidanan untuk mendapat penanganan definitif sesuai standar oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan. Diperkirakan sekitar 15-20 % ibu hamil akan mengalami komplikasi kebidanan. Komplikasi dalam kehamilan dan persalinan tidak selalu dapat diduga sebelumnya, oleh karenanya semua persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan agar komplikasi kebidanan dapat segera dideteksi dan ditangani.

Untuk meningkatkan cakupan dan kualitas penanganan komplikasi kebidanan maka diperlukan adanya fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu memberikan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi secara berjenjang mulai dari bidan, puskesmas mampu PONEK sampai rumah sakit PONEK 24 jam.

Pelayanan medis yang dapat dilakukan di Puskesmas mampu PONEK meliputi :

- a. Pelayanan obstetri :
 - 1) Penanganan perdarahan pada kehamilan, persalinan dan nifas.

- 2) Pencegahan dan penanganan Hipertensi dalam Kehamilan (pre-eklamsi dan eklamsi)
- 3) Pencegahan dan penanganan infeksi.
- 4) Penanganan partus lama/macet.
- 5) Penanganan abortus.
- 6) Stabilisasi komplikasi obstetrik untuk dirujuk dan transportasi rujukan.

b. Pelayanan *neonatus* :

- 1) Pencegahan dan penanganan *asfiksia*.
- 2) Pencegahan dan penanganan hipotermia.
- 3) Penanganan bayi berat lahir rendah (BBLR).
- 4) Pencegahan dan penanganan infeksi neonatus, kejang neonatus, ikterus ringan-sedang .
- 5) Pencegahan dan penanganan gangguan minum.
- 6) Stabilisasi komplikasi neonatus untuk dirujuk dan transportasi rujukan.

7. Pelayanan neonatus dengan komplikasi

Pelayanan Neonatus dengan komplikasi adalah penanganan neonatus dengan penyakit dan kelainan yang dapat menyebabkan kesakitan, kecacatan dan kematian oleh dokter/bidan/perawat terlatih di polindes, puskesmas, puskesmas PONED, rumah bersalin dan rumah sakit pemerintah/swasta.

Diperkirakan sekitar 15% dari bayi lahir hidup akan mengalami komplikasi neonatal. Hari Pertama kelahiran bayi sangat penting, oleh karena banyak perubahan yang terjadi pada bayi dalam menyesuaikan diri dari kehidupan di dalam rahim kepada kehidupan di luar rahim. Bayi baru lahir yang mengalami gejala sakit dapat cepat memburuk, sehingga bila tidak ditangani dengan adekuat dapat terjadi kematian. Kematian bayi sebagian besar terjadi pada hari pertama, minggu pertama kemudian bulan pertama kehidupannya.

Kebijakan Departemen Kesehatan dalam peningkatan akses dan kualitas penanganan komplikasi neonatus tersebut antara lain penyediaan puskesmas mampu PONED dengan target setiap kabupaten/kota harus mempunyai minimal 4 (empat) puskesmas mampu PONED.

Puskesmas PONED adalah puskesmas rawat inap yang memiliki kemampuan serta fasilitas PONED siap 24 jam untuk memberikan pelayanan terhadap ibu hamil, bersalin dan nifas serta kegawatdaruratan bayi baru lahir dengan komplikasi baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat, bidan di desa, Puskesmas dan melakukan rujukan ke RS/RS PONEK pada kasus yang tidak mampu ditangani.

Untuk mendukung puskesmas mampu PONED ini, diharapkan RSU Kabupaten/Kota mampu melaksanakan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi komprehensif (PONEK) yang siap selama 24 jam. Dalam PONEK, RSU harus mampu melakukan pelayanan emergensi dasar dan pelayanan operasi *seksio sesaria*, perawatan *neonatus level II* serta transfusi darah.

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

8. Pelayanan Kesehatan Bayi

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

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

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

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

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

9. Pelayanan kesehatan anak balita

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

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

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

Akut (ISPA), diare, campak, malaria, kurang gizi dan yang sering merupakan kombinasi dari keadaan tersebut.

Sebagai upaya untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian balita, Departemen Kesehatan RI bekerja sama dengan WHO telah mengembangkan paket pelatihan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) yang mulai dikembangkan di Indonesia sejak tahun 1996 dan implementasinya dimulai 1997 dan saat ini telah mencakup 33 provinsi.

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

- a. Pelayanan pemantauan pertumbuhan minimal 8 kali setahun yang tercatat dalam Buku KIA/KMS. Pemantauan pertumbuhan adalah pengukuran berat badan anak balita setiap bulan yang tercatat pada Buku KIA/KMS. Bila berat badan tidak naik dalam 2 bulan berturut-turut atau berat badan anak balita di bawah garis merah harus dirujuk ke sarana pelayanan kesehatan.
- b. *Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK)* minimal 2 kali dalam setahun. Pelayanan SDIDTK meliputi pemantauan perkembangan motorik kasar, motorik halus, bahasa, sosialisasi dan kemandirian minimal 2 kali pertahun (setiap 6 bulan). Pelayanan SDIDTK diberikan di dalam gedung (sarana pelayanan kesehatan) maupun di luar gedung.
- c. Pemberian Vitamin A dosis tinggi (200.000 IU), 2 kali dalam setahun.
- d. Kepemilikan dan pemanfaatan buku KIA oleh setiap anak balita
- e. Pelayanan anak balita sakit sesuai standar dengan menggunakan pendekatan MTBS.

10. Pelayanan KB Berkualitas

Pelayanan KB berkualitas adalah pelayanan KB sesuai standar dengan menghormati hak individu dalam merencanakan kehamilan sehingga diharapkan dapat berkontribusi dalam menurunkan angka kematian Ibu dan menurunkan tingkat fertilitas (kesuburan) bagi pasangan yang telah cukup memiliki anak (2 anak lebih baik) serta meningkatkan fertilitas bagi pasangan yang ingin mempunyai anak.

Pelayanan KB bertujuan untuk menunda (merencanakan) kehamilan. Bagi Pasangan Usia Subur yang ingin menjarangkan dan/atau menghentikan kehamilan, dapat menggunakan metode kontrasepsi yang meliputi :

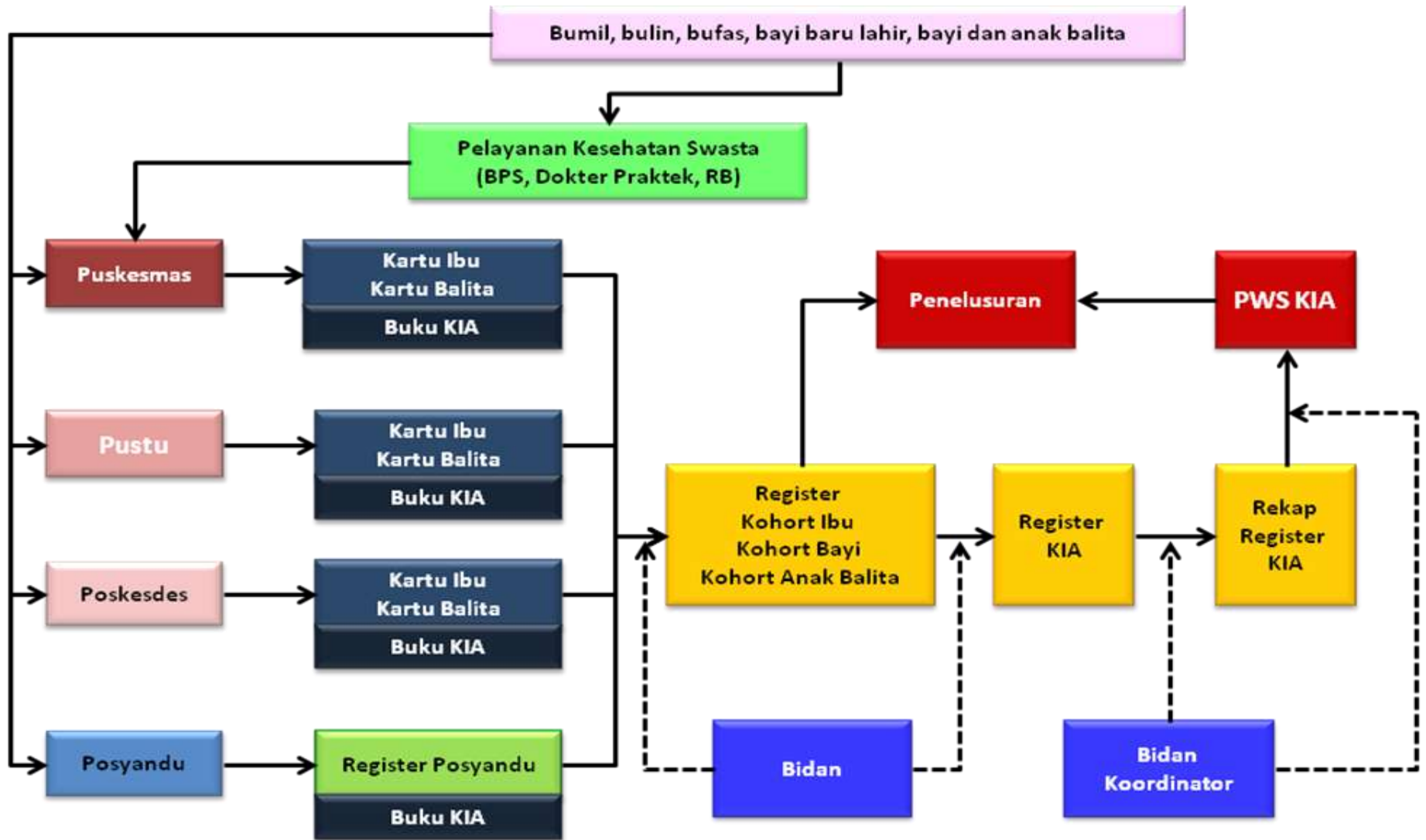
- a. KB alamiah (sistem kalender, metode amenore laktasi, coitus interruptus).
- b. Metode KB hormonal (pil, suntik, susuk).
- c. Metode KB non-hormonal (kondom, AKDR/IUD, vasektomi dan tubektomi).

Sampai saat ini di Indonesia cakupan peserta KB aktif (*Contraceptive Prevalence Rate/CPR*) mencapai 61,4% (SDKI 2007) dan angka ini merupakan pencapaian yang cukup tinggi diantara negara-negara ASEAN. Namun demikian metode yang dipakai lebih banyak menggunakan metode jangka pendek seperti pil dan suntik. Menurut data SDKI 2007 akseptor KB yang menggunakan suntik sebesar 31,6%, pil 13,2 %, AKDR 4,8%, susuk 2,8%, tubektomi 3,1%, vasektomi 0,2% dan kondom 1,3%. Hal ini terkait dengan tingginya angka putus pemakaian (DO) pada metode jangka pendek sehingga perlu pemantauan yang terus menerus. Disamping itu pengelola program KB perlu memfokuskan sasaran pada kategori PUS dengan **“4 terlalu” (terlalu muda, tua, sering dan banyak)**.

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

Tenaga kesehatan yang dapat memberikan pelayanan KB kepada masyarakat adalah : dokter spesialis kebidanan, dokter, bidan dan perawat.

DIAGRAM ALUR PENCATATAN PELAYANAN KIA OLEH BIDAN



ANALISIS, PENELUSURAN DATA KOHORT DAN RENCANA TINDAK LANJUT

A. Analisis

Analisis adalah suatu pemeriksaan dan evaluasi dari suatu informasi yang sesuai dan relevant dalam menyeleksi suatu tindakan yang terbaik dari berbagai macam alternatif variasi. Analisis yang dapat dilakukan mulai dari yang sederhana hingga analisis lanjut sesuai dengan tingkatan penggunaannya. Data yang di analisis adalah data register kohort ibu, bayi dan anak balita serta cakupan.

1. Analisis Sederhana

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

Selain di Puskesmas, analisis ini dapat juga dilakukan oleh Bidan di Desa dimana Bidan di Desa dapat menilai cakupan indikator PWS KIA di desanya untuk menilai kemajuan desanya. Di Poskesdes seorang Bidan di Desa dapat membuat grafik cakupan indikator PWS KIA sehingga dia bisa mengikuti perkembangan dan menindaklanjutinya. *Contoh analisis sederhana*

Desa/ Kelurahan	Cakupan Terhadap Target		Terhadap Cakupan Bulan Lalu			Status Desa/ Kelurahan
	Diatas	Dibawah	Naik	Turun	Tetap	
A	+		+			Baik
B	+				+	Baik
C	+			+		Kurang
D		+	+			Cukup
E		+		+		Jelek

Analisis dari grafik cakupan ibu hamil baru (akses) pada pemantauan bulan Juni 2008 dapat digambarkan dalam matriks seperti dibawah ini.
Contoh Analisis Sederhana:

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

a. Status baik

Adalah desa/kelurahan dengan cakupan diatas target yang ditetapkan untuk bulan Juni 2008, dan mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang meningkat atau tetap jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu.

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

b. Status kurang

Adalah desa/kelurahan dengan cakupan diatas target bulan Juni 2008, namun mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang menurun jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu. Desa/kelurahan dalam kategori ini adalah desa/kelurahan C, yang perlu mendapatkan perhatian karena cakupan bulan lalu ini hanya 5% (lebih kecil dari cakupan bulan minimal 7,5%). Jika cakupan terus menurun, maka desa/kelurahan tersebut tidak akan mencapai target tahunan yang ditentukan.

c. Status cukup

Adalah desa/kelurahan dengan cakupan dibawah target bulan Juni 2008, namun mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang meningkat jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu. Desa/kelurahan dalam kategori ini adalah desa/kelurahan D, yang perlu didorong agar cakupan bulanan selanjutnya tidak lebih daripada cakupan bulanan minimal 7,5%. Jika keadaan tersebut dapat terlaksana, maka desa/kelurahan ini kemungkinan besar akan mencapai target tahunan yang ditentukan.

d. Status jelek

Adalah desa/kelurahan dengan cakupan dibawah target bulan Juni dan mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang menurun dibandingkan dengan bulan lalu. Desa/kelurahan dalam kategori ini adalah desa/kelurahan E, yang perlu diprioritaskan untuk pembinaan

agar cakupan bulanan selanjutnya dapat ditingkatkan diatas cakupan bulanan minimal agar dapat mengejar kekurangan target sampai bulan Juni, sehingga dapat pula mencapai target tahunan yang ditentukan

2. Analisis Lanjut (Tabulasi Silang/*Cross Tabulation*)

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

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

Contoh :

Desa/ kelurahan	Cakupan K1	Cakupan K4	Cakupan Pn	Keterangan
A	70 %	60 %	50 %	DO K4
B	85 %	70 %	55 %	DO Pn

Analisis grafik PWS KIA K1, K4, Pn

Apabila Drop Out (DO) K1 - K4 lebih dari 10% berarti wilayah tersebut bermasalah dan perlu penelusuran dan intervensi lebih lanjut. Drop Out tersebut dapat disebabkan karena ibu yang kontak pertama (K1) dengan tenaga kesehatan, kehamilannya sudah berumur lebih dari 3 bulan. Sehingga diperlukan intervensi peningkatan pendataan ibu hamil yang lebih intensif.

5. TUGAS MAHASISWA

- a. Buatlah skema role play kegiatan PWS KIA.
- b. Dalam setiap kelompok terdiri dari 5 orang.
- c. Diharapkan dari semua mahasiswa yang berpartisipasi harus aktif dalam kegiatan role play tersebut, sehingga semua mahasiswa mendapat giliran untuk berbicara.

6. REFERENSI

- a. Lisnawati, L, (2011), Panduan Praktis Menjadi Bidan Komunitas. TIM, Jakarta
- b. Meilani, M (2009), Kebidanan Komunitas, Fitramaya, Yogyakarta

- c. Mufdilah , (2008), Konsep kebidanan , Mitra Cendikia , Jakarta
- d. Prawiro Hardjo, S (1997). Ilmu Kebidanan, YBPSP,UI Jakarta
- e. Runjati M, (2010), Asuhan Kebidanan komunitas. EGC, Jakarta.
- f. Safrudin, (2009), Kebidanan komunitas. EGC, Jakarta.

MODUL 5
MONITORING DAN EVALUASI PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS

1. Capaian Pembelajaran :

Menjelaskan tentang monitoring dan evaluasi pelayanan kebidanankomunitas

2. Indikator :

Setelah mempelajari modul ini mahasiswa mampu:

- a. Memahami memahami jenis-jenis monitoring dan evaluasi pelayanan kebidanan komunitas
- b. Menjelaskan monitoring dan evaluasi pelayanan kebidanan komunitas

3. Metode :

Metode	Lama
Perkuliahan tatap muka	70 menit
Diskusi	100 nit

4. TINJAUAN TEORI

KEGIATAN MONITORING DAN EVALUASI PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS PROGRAM KESEHATAN IBU DAN ANAK (KIA)

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

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

1. Memantau cakupan pelayanan KIA dengan mutu yang memadai dipilih sebagai indikator, secara teratur (bulanan) dan berkesinambungan(terus menerus) untuk tiap wilayah/ desa.
2. Menilai kesenjangan antara target yang ditetapkan dan pencapaian sebenarnya untuk desa
3. Menentukan urutan desa prioritas yang akan di tangani secara intensif berdasarkan besarnya kesenjangan antara target dan pencapaian
4. Merencanakan tindak lanjut dengan menggunakan sumber daya yang tersedia dan dapat di gali
5. Membangkitkan peran pamong setempat dalam pergerakan sasaran dan mobilisasi sumber daya

5. KASUS

Seorang bidan yang bertugas disuatu desa, telah melakukan kegiatan rutin posyandu. Dalam kegiatan posyandu tersebut bidan selalu melakukan pemantauan. Monitoring dan evaluasi terhadap tumbuh kembang balita dengan mencatat pertumbuhan dan perkembangan balita dalam tabel pemantauan.

6. TUGAS MAHASISWA

1. Buatlah skema role play kegiatan tersebut.
2. Dalam setiap kelompok terdiri dari 8 orang.
3. Diharapkan dari semua mahasiswa yang berpartisipasi harus aktif dalam kegiatan role play tersebut, sehingga semua mahasiswa mendapat giliran untuk berbicara.

7. REFERENSI

- a. Lisnawati, L, (2011), Panduan Praktis Menjadi Bidan Komunitas. TIM, Jakarta
- b. Meilani, M (2009), Kebidanan Komunitas, Fitramaya, Yogyakarta
- c. Mufdilah , (2008), Konsep kebidanan , Mitra Cendikia , Jakarta
- d. Prawiro Hardjo, S (1997). Ilmu Kebidanan, YBPSP,UI Jakarta
- e. Runjati M, (2010), Asuhan Kebidanan komunitas. EGC, Jakarta.
- f. Safrudin, (2009), Kebidanan komunitas. EGC, Jakarta.

MODUL 6
PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS

1. Capaian Pembelajaran :

Menjelaskan tentang pendokumentasian asuhan kebidanan komunitas

2. Indikator :

Setelah mempelajari modul ini mahasiswa mampu:

- a. Menjelaskan tentang pendokumentasian asuhan kebidanan komunitas
- b. Membuat pendokumentasian asuhan kebidanan komunitas dalam bentuk SOAP

3. Metode :

Metode	Lama
Perkuliahan tatap muka	70 menit
Diskusi	100 menit

4. TINJAUAN TEORI

A. MACAM-MACAM PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Pengumpulan, Pencatatan Dan Pengolahan Data KIA

A. Pengumpulan Data

1. Jenis data Data yang diperlukan untuk mendukung pelaksanaan PWS

KIA adalah Data sasaran :

- Jumlah seluruh ibu hamil
- Jumlah seluruh ibu bersalin
- Jumlah ibu nifas
- Jumlah seluruh bayi
- Jumlah seluruh anak balita
- Jumlah seluruh PUS Data pelayanan :
- Jumlah K1
- Jumlah K4
- Jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan
- Jumlah ibu nifas yang dilayani 3 kali (KF 3) oleh tenaga kesehatan

- Jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan kesehatan pada umur 6 48 jam
- Jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan kesehatan lengkap (KN lengkap)
- Jumlah ibu hamil, bersalin dan nifas dengan faktor risiko/komplikasi yang dideteksi oleh masyarakat
- Jumlah kasus komplikasi obstetri yang ditangani
- Jumlah neonatus dengan komplikasi yang ditangani
- Jumlah bayi 29 hari 12 bulan yang mendapatkan pelayanan kesehatan sedikitnya 4 kali
- Jumlah anak balita (12 59 bulan) yang mendapatkan pelayanan kesehatan sedikitnya 8 kali
- Jumlah anak balita sakit yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar
- Jumlah peserta KB aktif

2. Sumber data Data pelayanan pada umumnya berasal dari :

- Register kohort ibu
- Register kohort bayi
- Register kohort anak balita
- Register kohort KB

B. Pencatatan Data

1. Data Sasaran Data sasaran diperoleh bidan di desa/kelurahan dari para kader dan dukun bayi yang melakukan pendataan ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, bayi dan anak balita dimana sasaran tersebut diberikan buku KIA dan bagi ibu hamil dipasang stiker P4K di depan rumahnya. Selain itu data sasaran juga dapat diperoleh dengan mengumpulkan data sasaran yang berasal dari lintas program dan fasilitas pelayanan lain yang ada di wilayah kerjanya.
2. Data Pelayanan Bidan di desa/kelurahan mencatat semua detail pelayanan KIA di dalam kartu ibu, kohort Ibu, kartu bayi, kohort bayi, kohort anak balita, kohort KB, dan buku KIA.

- B. Pengolahan Data Setiap bulan Bidan di desa mengolah data yang tercantum dalam buku kohort dan dijadikan sebagai bahan laporan bulanan KIA..

Langkah pengolahan data adalah : Pembersihan data, Validasi dan Pengelompokan.

1.Pembersihan data : melihat kelengkapan dan kebenaran pengisian formulir yang tersedia.

2.Validasi : melihat kebenaran dan ketepatan data

5. KASUS

Serang bidan sedang melakukan pencatatan hasil monitoring dan evaluasi pelaksanaan praktik kebidan pada lebar PWS-KIA.

6. TUGAS MAHASISWA

1. Buatlah skema pencatatan PWS-KIA.
2. Dalam setiap kelompok terdiri dari 2 orang.
3. Diharapkan dari semua mahasiswa yang berpartisipasi harus aktif dalam kegiatan role play tersebut, sehingga semua mahasiswa mendapat giliran untuk berbicara.

7. REFERENSI

- a. Lisnawati, L, (2011), Panduan Praktis Menjadi Bidan Komunitas. TIM, Jakarta
- b. Meilani, M (2009), Kebidanan Komunitas, Fitramaya, Yogyakarta
- c. Mufdilah , (2008), Konsep kebidanan , Mitra Cendikia , Jakarta
- d. Prawiro Hardjo, S (1997). Ilmu Kebidanan, YBPSP,UI Jakarta
- e. Runjati M, (2010), Asuhan Kebidanan komunitas. EGC, Jakarta.
- f. Safrudin, (2009), Kebidanan komunitas. EGC, Jakarta.