



MODUL I. KONSEP PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS DAN KELUARGA SEBAGAI PUSAT PELAYANAN

1. Tema Modul : Modul Praktikum Konsep Pelayanan Kebidanan Komunitas dan Keluarga Sebagai Pusat Pelayanan
2. Mata Kuliah/Kode : Asuhan Kebidanan Komunitas /Bd.5.306
3. Jumlah SKS : 4 SKS (T:2, P:2)
4. Alokasi waktu : P=320 menit
5. Tujuan Pembelajaran :

Mahasiswa mampu menjelaskan pelayanan kebidanan komunitas dan keluarga sebagai pusat pelayanan : konsep keluarga, masalah kesehatan dalam keluarga, konsep dasar kebidanan komunitas.

1. Gambaran umum modul :

Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum materi konsep pelayanan kebidanan komunitas dan keluarga sebagai pusat pelayanan dengan brainstorming.

1. Karakteristik mahasiswa :

Modul ini ditujukan bagi mahasiswa Prodi D III Kebidanan Magelang Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran teori materi konsep pelayanan kebidanan komunitas dan keluarga sebagai pusat pelayanan

1. Target Kompetensi :

Mahasiswa dapat menjelaskan konsep pelayanan kebidanan komunitas dan keluarga sebagai pusat pelayanan

1. Indikator :

Mahasiswa mampu menjelaskan konsep pelayanan kebidanan komunitas dan keluarga sebagai pusat pelayanan

1. Materi pembelajaran : Terlampir
2. Stratategi pembelajaran : Diskusi, tanya jawab, brainstorming
3. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
4. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :

a. Bagi Peserta didik

1. Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
2. Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi
3. Melakukan brainstorming antara dosen dengan mahasiswa
4. Menarik kesimpulan

b. Peran Pendidik / Dosen

1. Sebagai fasilitator
2. Sebagai mediator
3. Metode evaluasi : tanya jawab, post tes
4. Metode penilaian : Nilai skor post tes, responsi
5. Daftar Pustaka
6. Cronk, M and flint, C (1992). Community midwifery: A Practical Guide, butterwood-Heinemenn Ltd, Linacre house, Jordan hill, Oxford
7. Bernett, VR and Brown, Lk (1993). Milles Text Book for midwives, twelfth edition. Churchill Livingstone
8. Kitzinger, S (1995). Homebirth and other alternatives to hospital. Darling Kindersley Ltd, Londen
9. Klien, S (1998), A Book for Midwives: A manual for Traditional Birth Attendants and Comunity Midwives, The hesperian Foundation, Berkley, California, USA
10. Prawiro hardjo, S (1997), Ilmu Kebidanan. YBPSP, UI Jakarta
11. Saifudin, A.B. et.al (2000) Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan YBPSP. Jakarta
12. Saifudin, A.B. dkk (2002) Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Neonatal, YBPSP Jakarta.
13. Dunkey, J (2000). Health promotion in midwifery Practice; A resource for health Professionals, An imprint of harcourt Publishers Ltd, Bailiere Tindall, londen
14. Walsh, Lv (2001). Midwifery : community Based care During The Chilbearing Year. WB Sanders Company, USA..
15. Asuhan Kebidanan komunitas, EGC, Runjati
16. Pedoman desa siaga, Kemenkes
17. Pemberdayaan Masyarakat, Kepmenkes

 **MATERI**

**A. Konsep Keluarga**

1. Pengertian

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah, perkawinan atau adopsi. Mereka saling berinterakasi satu dengan yang lainnya, mempunyai peran masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya.

1. Fungsi Keluarga
2. Fungsixafektif
Fungsi afektif berhubungan erat dengan fungsi internal keluarga, yang merupakan basis kekuatan keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Komponen yang perlu dipenuhi oleh keluarga dalam melaksanakan fungsi afektif adalah:Saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, saling menerima, saling mendukung antar anggota keluarga, mendapatkan kasih sayang dan dukungan dari anggota yang lain. Maka, kemampuannya untuk memberikan kasih sayang akan meningkat, yang pada akhirnya tercipta hubungan yang hangat dan saling mendukung. Hubungan intim di dalam keluarga merupakan modal dasar dalam memberi hubungan dengan orang lain diluar keluarga/masyarakat.
3. Fungsixsosialisasi
Sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu, yang menghasilkan interaksi social dan belajar berperan dalam lingkungan sosial. Keluarga merupakan tempat individu untuk belajar bersosialisasi, misalnya anak yang baru lahir dia akan menatap ayah, ibu dan orang-orang yang disekitarnya. Kemudian beranjak balita dia mulai belajar bersosialisasi dengan lingkungan sekitar meskipun demikian keluarga tetap berperan penting dalam bersosialisasi.
4. Fungsixreproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia. Maka dengan ikatan suatu perkawinan yang sah, selain untuk memenuhi kebutuhan biologis pada pasangan tujuanuntukxmembentukxkeluargaxadalahxuntukxmeneruskanxketurunan.

1. Fungsixekonomi
Fungsi ekonomi merupakan fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluargta seperti memenuhi kebutuhan akan makanan, pakaian, dan tempat tinggal..
2. Fungsixperawatanxkesehatan
Keluarga juga berperan atau berfungsi untuk melaksanakan praktek asuhan kesehatan, yaitu untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan atau merawat anggota keluarga yang sakit. Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan mempengaruhi status kesehatan keluarga.

**B. Masalah Kesehatan Keluarga**

Tiga masalah kesehatan utama yang pernah dialami oleh keluarga di Indonesia adalah diabetes sebanyak 26 persen, obesitas 23 persen dan gangguan pada jantung atau stroke 21 persen.

**C. Konsep Dasar Kebidanan Komunitas**

1. Pengertian/ Definisi

Bidan adalah seseorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan yang diakui di negaranya, telah lulus dari pendidikan tersebut, serta memenuhi kualifikasi untuk didaftar (register) dan atau memiliki izin yang sah (lisensi) untuk melakukan praktik bidan.Bidan diakui sebagai tenaga professional yang bertanggung-jawab dan akuntabel, yang bekerja sebagai mitra perempuan untuk memberikan dukungan, asuhan dan nasehat selama masa hamil, masa persalinan dan masa nifas, memimpin persalinan atas tanggung jawab sendiri dan memberikan asuhan kepada bayi baru lahir, dan bayi. Asuhan ini mencakup upaya pencegahan, promosi persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, dan akses bantuan medis atau bantuan lain yang sesuai, serta melaksanakan tindakan kegawat-daruratan.Bidan mempunyai tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga kepada keluarga dan masyarakat. Kegiatan ini harus mencakup pendidikan antenatal dan persiapan menjadi orang tua serta dapat meluas pada kesehatan perempuan, kesehatan seksual atau kesehatan reproduksi dan asuhan anak. Bidan dapat praktik diberbagai tatanan pelayanan, termasuk di rumah, masyarakat, Rumah Sakit, klinik atau unit kesehatan lainnya.

2. Riwayat Kebidanan Komunitas Di Indonesia Dan Beberapa Negara Lain

1. Sejarah dan perkembangan pelayanan kebidanan dalam negeri

Perkembangan pelayanan dan pendidikan kebidanan di Indonesia tidak terlepas dari masa penjajahan Belanda, era kemerdekaan, politik/ kebijakan pemerintah dalam pelayanan dan pendidikan tenaga kesehatan, kebutuhan masyarakat serta kemajuan ilmu dan teknologi.

1. Pada tahun 1907 (Zaman Gubernur Jendaral Hendrik William Deandels)

Pada zaman pemerintah Hindia Belanda. AKI dan AKB sangat tinggi, Tenaga penolong persalinan adalah dukun . Para dukun dilatih dalam pertolongan persalinan tapi keadaan ini tidak berlangsung lama karena tidak adanya pelatih kebidanan. Pelayanan kesehatan termasuk pelayanan kebidanan hanya diperuntukan bagi orang Belanda yang ada di Indonesia.

1. Tahun 1849

Dibuka pendidikan dokter Jawa di Batavia (di RS Militer Belanda sekarang RSPAD Gatot Subroto), seiring dengan dibukanya pendidikan dokter tersebut pada tahun 1851 dibuka pendidikan bidan bagi wanita pribumi di Batavia oleh seorang dokter militer Belanda (Dr. W. Bosch) lulusan ini kemudian bekerja di RS dan di masyarakat. Mulai saat itu pelayanan kesehatan ibu dan anak dilakukan oleh dukun dan bidan.

1. Tahun 1952

Perubahan pengetahuan dan keterampilan tentang pelayanan kesehatan ibu dan anak secara menyeluruh di masyarakat dilakukan dengan kursus tambahan yang dikenal dengan istilah kursus tambahan bidan (KTB) pada tahun 1953 di Yogyakarta yang akhirnya dilakukan pula di kota-kota besar lain. Seiring dengan pelatihan tersebut didirikanlah Balai Kesehatan Ibu dan Anak (BKIA) dimana bidan sebagai penanggung jawab pelayanan kepada masyarakat. Pelayanan yang diberikan mencakup palayanan antenatal. Postnatal dan pemeriksaan bayi dan anak termasuk imunisasi dan penyuluhan gizi. Sedangkan diluar BKIA, bidan memberikan portolongan persalinan di rumah keluarga dan pergi melakukan kunjungan rumah sebagai upaya tindak lanjut dari pasca persalinan.

1. Mulai tahun 1990

Pelayanan kebidanan diberikan secra merata dan dekat masyarakat. Kebijakan ini melalui Inpres secara lisan pada sidang Kabinet tahun 1992 tentang perlunya mendidik bidan untuk penempatan bidan di desa. Adapun tugas pokok bidan di desa adalah sebagai pelaksana KIA kususnya dalam palayanan kesehatan ibu hamil, bersalin, nifas serta pelayanan kesehatan BBL, termasuk pembinaan dukun bayi. Dalam melaksanakan tugas pokoknya bidan didesa melaksanakan kunjungan rumah pada ibu dan anak yang memerlukannya, mengadakan pembinaan pada Posyandu di wilayah kerjanya serta mengembangkan pondok bersalin sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat. Hal tersebut di atas adalah pelayanan yang diberikan oleh bidan di desa. Pelayanan yang diberikan berorientasi pada kesehatan masyarakat berbeda dengan halnya bidan yang bekerja di RS dimana pelayanan yang diberikan berorientasi pada individu. Bertitik tolak dari konferensi kependudukan dunia di Kairo pada tahun 1994 yang menekankan pada kespro, memerlukan area garapan pelayanan bidan. Area tersebut melipuiti:Family Planning, PMS termasuk infeksi saluran reproduksi, Safe Motherhood termasuk bayi baru lahir dan perawatan abortus, Kesehatan Reproduksi pada remaja, Kesehatan Reproduksi pada orang tua.

1. Sejarah perkembangan bidan diluar negeri
2. Yunani

Hipocrates yang hidup antara tahun 460-370 sebelum masehi. Beliau mendapat sebutan Bapak Pengobatan karena selama hidupnya menaruh perhatian besar terhadap perawatan dan pengobatan serta kebidanan. Beliau menganjurkan ibu bersalin ditolong dengan perikemanusiaan dan mengurangi penderitaan ibu.Beliau menganjurkan agar ibu bersalin dirawat dengan selayaknya.Sehubungan dengan anjuran itu maka di negeri Yinani dan romawi terlebih dahulu merawat wanita nifas.

1. Roma

Soranus yang hidup pada tahun 98-138 sesudah masehi. Beliau disebut Bapak Kebidanan karena dari beliaulah pertama kali menaruh perhatian terhadap kebidanan setelah masa Hipocrates dan berpendapat bahwa seorang bidan hendaklah seorang ibu yang telah mengalami kelahiran bayi, ibu yang tidak takut akan hantu, setan, serta menjauhkan tahayul. Disamping itu beliau pertama kali menemukan dan menulis tentang Versi Podali, tapi sayang tidak disertai keterangan yang lengkap.Setelah Soranus meninggal usahanya diteruskan oleh muridnya Moscion.Ia menulis buku yang merupakan pengajaran bagi bidan-bidan. Bidan-bidan dahulu seringkali tidak mendapatkan pengajaran, hanya bekerja berdasarkan pengalaman dan keberanian. Buku yang ditulisnya itu diberi judul Katekismus bagi bidan-bidan Roma. Dengan adanya buku itu majulah pengetahuan bidan.Galen (129-201 Masehi) menulis beberapa teks tentang pengobatan termasuk Obstetri dan Gynekologi. Dia juga mengambarkan bagaimana bidan melakukan Dilatasi Servik.

1. Italia

Di Eropa ilmu pengobatan kuno menjadi satu dengan astrologi sedangkan yang mesih berusaha menpertahankan perkembangan pengobatan kebanyakan hanya tabib-tabib bangsa Arab, karena pada waktu itu pengobatan dan perawatan diabaikan tidak heranlah jika kebidanan juga dilalaikan, umumnya orang menganggap bahwa kebidanan adalah satu hal yang biasa.Pada abad ke XV waktu sekolah Italia sudah banyak dan besar, pengobatan mulai maju lagi, terutama menganai antomi dan fisiologi tubuh menusia. Diantara guru-guru besar Itali yang terkenal dan berjasa adalah:Vesalius, Febricus, Eustachius yang menemukan tuba Eustachius (saluran yang menghubungkan hidung, telinga dan tenggorokan), Fallopius menemukan Tuba Fallopii (saluran yang menghubungkan ovarium dan uterus), Arantius menemukan Ductus Arantii (pembuluh darah sementara pada janin)

1. Perancis

Perkembangan yang diperoleh oleh guru besar Italia kemudian mempengaruhi pengobatan, perawatan dan kebidanan di Perancis. Setelah kebidanan dikenal, para wanita bangsawan mempeloporinya. Apabila wanita bangsawan itu akan bersalin, terutama yang tinggal di istana, mereka selalu memanggil Dokter atau Bidan, dicontoh oleh kaum terpelajar dan kemudian berkembang pula diantara wanita-wanita biasa. Tokoh yang terkenal membawa perkembangan kebidanan di Perancis adalah :

1. Amroise Pare (1510-1590)beliau dikenal sebagai seorang ahli bedah, tetepi juga memberikan kontribusi dalam bidang Obstetri dan Gynekologi.
2. Grullemau, beliau adalah murid dari Amroise Pare yang membantu dan meneruskan minat gurunya.
3. Louise Bourgeois/ Boursie (1563-1636)ia dalah seorang bidan yang cakap, juga murid dari Amroise Pare. Turut memperkenalkan versi ektraksi pada persalinan sukar. Ia pertama kali menerbitkan buku tentang kebidanan
4. Francois Mauriceau menemukan suatu cara untuk melahirkan kepala pada letak sungsang agar lebih mudah yaitu dengan memasukkan dua jari ke dalam mulut bayi agar kepala bertambah fleksi.
5. Inggris
	1. William Smellie, ( 1697-1763) beliau mengubah bentuk cunam, serta menulis buku tentang pemasangan cunam dengan karangan yang lengkap, ukuran-ukuran panggul dan perbedaan panggul sempit dan biasa
	2. William Hunter (1718-1783) murid dari Willian Smellie, yang memeruskan usahanya.
6. Amerika Serikat

Zaman dahulu kala di AS persalinan ditolong oleh dukun beranak yang tidak berpendidikan.Biasanya bila wanita sukar melahirkan, ahli obat menganjurkan agar wanita itu diusir serta ditakuti agar ras sakit bertambah dan kelahiran menjadi mudah karena kesakitan dan keseduhannya.Menurut catatan Thimas yang pertama kali praktek di AS adalah Samuel Fuller dan Istrinya. Kemudian menyusul Anne Hutchinson, ia menjadi bidan pada tahun 1634, pergi ke Boston dan melaporkan disana ia telah menolong persalinan dengan baik dan menghilangkan kepercayaan lama. Kemudian nasib malang menimpa Anne Hutchinson ketika ia menolong sahabatnya bernama Marry Dyer, melahirkan anak dengan Anencephalus. Orang- orang mengecam Anne sebagai seorang ahli shir wanita. Akibat kecaman tu ia meninggalkan Boston dan pergi ke Long Island, kemudian ke Pelham, New York. Disana ia terbunuh waktu ada pemberontakan orang-orang Indian. Karena ia dianggap sebagai orang yang berjasa maka ia diperingati dengan nama Hutchinson River Parkway. Setelah orang Amerika mendengar perkembangan di Inggris beberapa orang Amerika terpengaruh dengan kemajuan di Inggris dan pergi kesana untuk memperdalam ilmunya.

* 1. Sasaran bidan dikumunitas
		1. **Sasaran pelayanan kebidanan komunitas**adalah Individu, Keluarga, dan Kelompok Masyarakat(komuniti). Individu yang dilayani adalah bagian dari keluarga atau komunitas. Menurut UU No. 23 tahun 1992 yang dimaksud dengan keluarga adalah suami istri, anak dan anggota keluarga lainnya Kelompok di masyarakat adalah kelompok bayi, balita, remaja, ibu hamil, ibu nifas, ibu meneteki. Pelayanan ini mencakup upaya pencegahan penyakit, pemeliharaan dan peningkatan, penyembuhan serta pemulihan kesehatan.
		2. **Sasaran utama kebidanan komunitas** adalah ibu dan anak balita yang berada didalam keluarga dan masyarakat.Bidan memandang pasiennya sebagai mahluk social yang memiliki budaya tertentu dan dipengaruhi oleh kondisi ekonomi, politik, social budaya dan lingkungan sekitarnya.
	2. Tujuan

Pelayanan kebidanan komunitas diarahkan “**untuk mewujudkan keluarga yang sehat sejahtera sehingga tercipta derajat kesehatan yang optimal”**.Hal ini sesuai dengan visi Indonesia Sehat 2010.Kesehatan keluarga merupakan salah satu kegiatan dari upaya kesehatan dimasyarakat yang ditujukan kepada keluarga.Penyelenggaraan kesehatan keluarga bertujuan untuk mewujudkan keluarga kecil, sehat, bahagia dan sejahtera.Didalam kesehatan keluarga, kesehatan ibu mencakup kesehatan masa pra kehamilan, kehamilan, persalinan, pasca persalinan dan masa diluar kehamilan (masa interval).

* 1. Bekerja di komunitas

Sebagai bidan yang bekerja di komunits maka bidan harus memahami perannya di komunitas, yaitu :

1. Pendidik
Bidan perlu memberikan pendididkan kesehatan kepada keluarga dengan tujuan sebagai berikut : keluarga dapat melakukan program asuhan kesehatan keluarga secara mandiri, bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan keluarga. Dengan diberikan pendidikan kesehatan/penyuluhan diharapkan keluarga mampu mengatasi dan bertanggung jawab terhadap masalah kesehatannya.
2. Koordinator
Koordinator diperlukan pada perawatan berkelanjutan agar pelayanan yang komprehensif dapat tercapai. Koordinasi juga sangat diperlukan untuk mengatur program kegiatan atau terapi dari berbagai disiplin ilmu agar tidak terjadi tumpang tindih.
3. Pelaksana

Bidan yang bekerja dengan klien dan keluarga baik dirumah, klinik maupun di rumah sakit bertanggung jawab dalam memberikan perawatan langsung. Kontak pertama perawatan kepada keluarga melalui anggota keluarga yang sakit. Bidan dapat mendemontrasikan kepada kelurga asuhan yang diberikan dengan harapan keluarga nanti dapat melakukan asuhan langsung kepada anggota keluarga yang sakit

1. Pengawasxkesehatan
Sebagai pengawas kesehatan bidan harus melakukan home visit atau kunjungan rumah yang teratur untuk mengidentifikasi atau melakukan pengkajian tentang kesehatan keluarga.
2. Konsultan

Bidan sebagai narasumber bagi keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan. Agar keluarga mau meminta nasehat pada bidan maka hubungan bidan dan keluarga harus dibina dengan baik, bidan harus bersikap terbuka dan dapat dipercaya. Maka dengan demikian, harus ada Bina Hubungan Saling Percaya (BHSP) antara bidan dan keluarga.

1. Kolaborasi
Sebagai bidan dimonunitas juga harus bekerja sama dengan pelayanan rumah sakit, puskesmas dan anggota tim kesehatan yang lain untuk mencapai tahap kesehatan keluarga yang optimal.
2. Fasilitator
Peran bidan komunitas disini adalah membantu keluarga dalam menghadapi kendala untuk meningkatkan derajat kesehatan yang optimal. Kendala yang sering dialami keluarga adalah keraguan di dalam menggunakan pelayanan kesehatan, masalah ekonomi dan social budaya. Agar dapat melaksanakan peran fasilitator dengan baik maka bidan komunitas harus mengetahui system pelayanan kesehatan, misalnya system rujukan dan dana sehat.
3. Penemuxkasus
Peran bidan komunitas yang juga sangat penting adalah mengidentifikasi kesehatan secara dini (Case Finding) sehingga tidak terjadi ledakan atau Kejadian Luar Biasa (KLB).

Modifikasixlingkungan
Perawat komunitas juga harus daoat mnemodifikasi lingkungan, baik lingkungan rumah, lingkungan masyarakat dan lingkungan sekitarnya agar dapat tercipta lingkungan yang sehat.

* 1. Jaringan kerja kebidanan komunitas

Beberapa jaringan kerja bidan di komunitas yaitu Puskesmas/ Puskesmas Pembantu, Polindes, Posyandu, BPS,  Rumah pasien, Dasa Wisma, PKK. Di puskesmas bidan sebagai anggota tim bidan diharapkan dapat mengenali kegiatan yang akan dilakukan, mengenali dan menguasai fungsi dan tugas masing-masing,    selalu berkomunikasi dengan pimpinan dan anggota lainnya, memberi dan menerima saran serta turut bertanggung jawab atas keseluruhan kegiatan tim dan hasilnya.Di Polindes, Posyandu, BPS dan rumah pasien, bidan merupakan pimpinan tim/ leader di mana bidan diharapkan mampu berperan sebagai pengelola sekaligus pelaksana kegiatan ke bidanan di komunitas. Dalam jaringan kerja bidan di komunitas diperlukan kerjasama lintas program dan lintas sektor. Kerjasama lintas program merupakan bentuk kerjasama yang dilaksanakan di dalam satu instansi terkait, misalnya : imunisasi, pemberian tablet FE, Vitamin A, PMT dan sebagainya. Sedangkan kerjasama lintas sektor merupakan kerjasama yang melibatkan institusi/ departemen lain, misalnya : Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS), Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), dan sebagainya.

****

RANGKUMAN

1. Keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah, perkawinan atau adopsi. Mereka saling berinterakasi satu dengan yang lainnya, mempunyai peran masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya.
2. Fungsi Keluarga :fungsixafektif, fungsixsosialisasi, fungsixreproduksi, fungsixekonomi, fungsi perawatanxkesehatan
3. Masalah Kesehatan Keluarga : Tiga masalah kesehatan utama yang pernah dialami oleh keluarga di Indonesia adalah diabetes sebanyak 26 persen, obesitas 23 persen dan gangguan pada jantung atau stroke 21 persen.
4. Bidan adalah seseorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan yang diakui di negaranya, telah lulus dari pendidikan tersebut, serta memenuhi kualifikasi untuk didaftar (register) dan atau memiliki izin yang sah (lisensi) untuk melakukan praktik bidan.
5. TujuanPelayanan kebidanan komunitas diarahkan “**untuk mewujudkan keluarga yang sehat sejahtera sehingga tercipta derajat kesehatan yang optimal”**.
6. Bekerja di komunitas

Sebagai bidan yang bekerja di komunits maka bidan harus memahami perannya di komunitas, yaitu :pendidik, koordinator, pelaksana, pengawasxkesehatan, konsultan, kolaborasi, fasilitator, penemuxkasus,modifikasixlingkungan.

1. Beberapa jaringan kerja bidan di komunitas yaitu Puskesmas/ Puskesmas Pembantu, Polindes, Posyandu, BPS,  Rumah pasien, Dasa Wisma, PKK.

** TUGAS**

Lakukan Brainstorming !



 **POST TEST**

Kerjakan soal berikut ini tanpa melihat kunci jawaban. Setelah selesai cocokkan dengan kunci jawaban untuk mengetahui nilai yang diperoleh.

1. fungsi internal keluargayang merupakan basis kekuatan keluarga merupakan fungsi .... keluarga
2. afektif c. reproduksi
3. sosialisasi d. ekonomi
4. Tiga masalah kesehatan utama yang pernah dialami oleh keluarga di Indonesia adalah diabetes, obesitas dan gangguan pada jantung atau stroke. Dengan presentase penyakit diabetes sebanyak?
5. 26 % c. 28 %
6. 27 % d. 29 %
7. Para dukun dilatih dalam pertolongan persalinan tapi keadaan ini tidak berlangsung lama karena tidak adanya pelatih kebidanan. Pelayanan kesehatan termasuk pelayanan kebidanan hanya diperuntukan bagi orang Belanda yang ada di Indonesia terjadi pada tahun?
8. 1849 c. 1907
9. 1859 d. 1917
10. Sasaran utama pelayanan kebidanan omunitas adalah...
11. Suami istri c. Ibu nifas
12. Ibu hamil d. Ibu dean ank balita
13. Kerjasama lintas program merupakan bentuk kerjasama yang dilaksanakan di dalam satu instansi terkait, misalnya...
14. Imunisasi c. pemberian tablet FE
15. Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) d. Vitamin A

KUNCI JAWABAN

1. A
2. A
3. C
4. D
5. B

**EVALUASI**

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika.Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68% atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Asuhan Kebidanan Komunitas. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.

**MODUL II. KONSEP PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS DAN KELUARGA SEBAGAI PUSAT PELAYANAN**

1. Tema Modul : Modul Praktikum konsep pelayanan kebidanan komunitas dan keluarga sebagai pusat pelayanan
2. Mata Kuliah/Kode : Asuhan Kebidanan Komunitas /Bd.5.306
3. Jumlah SKS : 4 SKS (T:2, P:2)
4. Alokasi waktu : P=320 menit
5. Tujuan Pembelajaran :

Mahasiswa mampu menjelaskan konsep pelayanan kebidanan komunitas dan keluarga sebagai pusat pelayanan : masalah kebidanan di komunitas, strategi pelayanan kebidanan di komunitas

1. Gambaran umum modul :

Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum materi konsep pelayanan kebidanan komunitas dan keluarga sebagai pusat pelayanan dengan diskusi dan tanya jawab.

1. Karakteristik mahasiswa :

Modul ini ditujukan bagi mahasiswa Prodi D III Kebidanan Magelang Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran teori materi konsep pelayanan kebidanan komunitas dan keluarga sebagai pusat pelayanan

1. Target Kompetensi :

Mahasiswa dapat menjelaskan konsep pelayanan kebidanan komunitas dan keluarga sebagai pusatpelayanan

1. Indikator :

Mahasiswa mampu menjelaskan konsep pelayanan kebidanan komunitas dan keluarga sebagai pusat pelayanan

1. Materi pembelajaran : Terlampir
2. Stratategi pembelajaran : Diskusi, tanya jawab
3. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
4. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :

a. Bagi Peserta didik

1. Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
2. Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi
3. Melakukan diskusi dan tanya jawab
4. Menarik kesimpulan

b. Peran Pendidik / Dosen

1. Sebagai fasilitator
2. Sebagai mediator
3. Metode evaluasi : tanya jawab, post tes
4. Metode penilaian : Nilai skor post tes, responsi
5. Daftar Pustaka
6. Cronk, M and flint, C (1992). Community midwifery: A Practical Guide, butterwood-Heinemenn Ltd, Linacre house, Jordan hill, Oxford
7. Bernett, VR and Brown, Lk (1993). Milles Text Book for midwives, twelfth edition. Churchill Livingstone
8. Kitzinger, S (1995). Homebirth and other alternatives to hospital. Darling Kindersley Ltd, Londen
9. Klien, S (1998), A Book for Midwives: A manual for Traditional Birth Attendants and Comunity Midwives, The hesperian Foundation, Berkley, California, USA
10. Prawiro hardjo, S (1997), Ilmu Kebidanan. YBPSP, UI Jakarta
11. Saifudin, A.B. et.al (2000) Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan YBPSP. Jakarta
12. Saifudin, A.B. dkk (2002) Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Neonatal, YBPSP Jakarta.
13. Dunkey, J (2000). Health promotion in midwifery Practice; A resource for health Professionals, An imprint of harcourt Publishers Ltd, Bailiere Tindall, londen
14. Walsh, Lv (2001). Midwifery : community Based care During The Chilbearing Year. WB Sanders Company, USA..
15. Asuhan Kebidanan komunitas, EGC, Runjati
16. Pedoman desa siaga, Kemenkes
17. Pemberdayaan Masyarakat, Kepmenkes

materi

1. **MASALAH KEBIDANAN DI KOMUNITAS**
	* 1. Kematian Ibu

Kematian ibu adalah kematian seorang wanita yang terjadi saat hamil, bersalin dan masa [nifas](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/07/pengertian-nifas-dan-tujuan-asuhan-masa.html) (dalam 42 hari) setelah [persalinan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-asuhan-kebidanan-ii-persalinan.html).jumlah kematian ibu melahirkan di Indonesia mencapai angka 307 per 100.000 kelahiran.

1. Penyebab kematian ibu
	* + - * Perdarahan (42%)
				* Keracunan [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html)/ Eklampsi (13%)
				* Keguguran/aborttus (11%)
				* Infeksi (10%)
				* Partus lama/ peralinan macet (9%)
				* Penyebab lain (15%)
				* Pendidikan ibu-ibu terutama yang ada di pedesaan masih rendah.
				* Sosial ekonomi dan sosial budaya Indonesia yang mengutamakan bapak dibandingkan ibu.
				* “4 terlalu” dalam melahirkan, yaitu terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering dan terlalu banyak.
				* “3 terlambat”, yaitu terlambat mengambil keputusan, terlambat untuk dikirim ke tempat pelayanan kesehatan dan terlambat mendapatkan pelayanan kesehatan.
2. Pendekatan yang dikembangkan untuk menurunkan angka kematian ibu disebut Making Pregnancy Safer (MPS), yang mengandung 3 pesan kunci, yaitu:
3. Setiap [persalinan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-asuhan-kebidanan-ii-persalinan.html) ditolong oleh tenaga kesehatan yang terlatih.
4. Setiap komplikasi obstetrik dan neonatal mendapat pelayanan yang adekuat (memadai).
5. Setiap wanita usia subur mempunyai akses terhadap pencegahan [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html) yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran.
6. Kegiatan yang dilakukan dalam menurunkan AKI, yaitu;
	1. Peningkatan kualitas dan cakupan pelayanan, meliputi:
		* + - Pertolongan [persalinan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-asuhan-kebidanan-ii-persalinan.html) oleh tenaga kesehatan
				- Penyediaan pelayanan kegawatdaruratan yang berkualitas dan sesuai standar.
	2. Mencegah terjadinya [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html) yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran.
	3. Pemantapan kerjasama lintas program dan sektor.
	4. Peningkatan kapasitas manajemen pengelola program.
	5. Sosialisasi dan advokasi.
		1. Kematian Bayi

Kematian bayi adalah kematian yang terjadi saat setelah bayi lahir sampai bayi belum berusia tepat 1 tahun. Angka kematian bayi (A[KB](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/)) mencapai 35 per 1.000 kelahiran hidup. Penyebab kematian bayi meliputi asfiksi, infeksi, hipotermi, BBLR, trauma [persalinan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-asuhan-kebidanan-ii-persalinan.html). Penyebab lain meliputi pemberian makan secara dini, pengetahuan yang kurang tentang perawatan bayi, tradisi (masyarakat tidak percaya pada tenaga kesehatan), serta sistem rujukan yang kurang efektif.

* + - 1. Upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah kematian bayi yaitu:
1. Peningkatan kegiatan imunisasi pada bayi
2. Peningkatan [ASI Eksklusif](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/05/pengertian-asi-eksklusif-dan-manfaat.html), status gizi, deteksi dini dan pemantauan tumbuh kembang.
3. Pencegahan dan pengobatan penyakit infeksi
4. Program Manajemen Tumbuh Kembang Balita Sakit dan Manajemen Tumbuh Kembang Balita Muda
5. Pertolongan [persalinan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-asuhan-kebidanan-ii-persalinan.html) dan penatalaksanaan bayi baru lahir dengan tepat
6. Diharapkan keluarga memiliki pengetahuan, pemahaman dan perawatan pasca [persalinan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-asuhan-kebidanan-ii-persalinan.html) sesuai standar kesehatan
7. Keberadaan [bidan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/pengertian-definisi-bidan-dan-falsafah.html) desa
8. Perawatan neonatal dasar.
	* 1. Kehamilan Remaja
9. Dampak kehamilan remaja :
	* + 1. Faktor psikologis belum matang
10. Alat reproduksinya masih belum siap menerima kehamilan sehingga dapat menimbulkan berbagai bentuk komplikasi
11. Remaja berusia muda sedang menuntut ilmu akan mengalami putus sekolah sementara atau seterusnya, dan dapat putus kerjaan yang baru dirintisnya
12. Perasaan tertekan karena mendapat cercaan dari keluarga, teman, atau lingkungan masyarakat
13. Tersisih dari pergaulan karena dianggap belum mampu membawa diri
14. Mungkin kehamilannya disertai kecanduan obat-obatan, merokok atau minuman keras
	* + 1. Faktor Fisik
15. Mungkin kehamilan ini tidak jelas siapa ayah sebenarnya.
16. Kehamilannya dapat disertai penyakit hubungan seksual sehingga memerlukan pemeriksaan ekstra yang lebih lengkap
17. Tumbuh kembang janin dalam rahim belum matang dapat menimbulkan aboruts, persealinan premature dapat terjadi komplikasi penyakit yang telah lama dideritanya
18. Saat persalinan sering memerlukan tindakan medis operatif
19. Outcome, janin mengalami kelainan congenital, berat badan lahir rendah
20. Kematian maternal dan perinatal pada kehamilan remaja lebih tinggi dibandingkan dengan usia reproduksi sehat usia antara 20-35 tahun.
21. Fungsi seksual yaitu untuk prokreasi (mendapatkan keturunan), rekreasi (untuk dinikmati keberadaannya), untuk relasi (hubungan kekeluargaan) dan bersifat institusi (kewajiban suami untuk istrinya)
22. Hubungan seksual remaja merupakan masalah besar dalam disiplin ilmu kedokteran yaitu ilmu andrologi, seksologi, penyakit kelamin dan kulit, kebidanan dan kandungan
23. Mungkin terjadi pelacuran terselubung untuk dapat memenuhi kebutuhan hidup bagi remaja yang disebabkan oleh makin menariknya berbagai bentuk produksi kosmetika, pakaian dan lainnya.
24. Langkah-langkah untuk mengendalikan masalah kehamilan remaja dalah sebagai berikut :
25. Sebelum terjadi kehamilan
26. Menghindari multipartner (umumnya sulit dihindari)
27. Memberikan pendidikan seksual sejak dini
28. Meningkatkan iman dan taqwa kepada Tuhan YME sesuai ajaran agama masing-masing
29. Setelah terjadi kehamilan : mempertahankan kehamilan dengan memberikan penjelasan pada remaja bahwa :
	* 1. Setelah terjadi konsepsi sampai nidasi, persoalannya makin sulit karena secara fisik hasil konsepsi dan nidasi mempunyai beberapa ketetapan sebagai berikut :Hasil konsepsi dan nidasi mempunyai hak untuk hidup dan mendapatkan perlindungan.
		2. Hasil konsepsi dan nidasi merupakan zygote yang mempunyai potensi untuk hidup.
		3. Hasil konsepsi dan nidasi nasibnya ditentukan oleh ibu yang mengandung.
		4. Hasil konsepsi dan nidasi mempunyai landasan moral yang kuat, karena potensinya untuk tumbuh kembang menjadi generasi yang didambakan setiap keluarga.
		5. Aborsi

Di Indonesia diperkirakan sekitar 2-2,5 juta kasus gugur kandung terjadi setiap tahunnya. Sebagian besar masih dilakukan secara sembunyi sehingga menimbulkan berbagai bentuk komplikasi ringan sampai meninggal dunia. Sekalipun UU kesehatan No. 23 tahun 1992 telah ada tetapi masih sulit untuk dapat memenuhi syaratnya. Pelaksanaan gugur kandung yang lebih liberal akan dapat meningkatkan sumber daya manusia karena setiap keluarga dapat merencanakan kehamilan pada saat yang optimal. Akibat beratnya syarat yang harus dipenuhi dari UU Kesehatan No. 23 Tahun 1992, masyarakat yang memerlukan terminasi kehamilan akhirnya mencari jalan pintas dengan minta bantuan dukun dengan risiko tidak bersih dan tidak aman. Pertolongan terminasi kehamilan yang dilakukan secara illegal/sembunyi dengan fasilitas terbatas, dan komplikasinya sangat besar (yaitu perdarahan-infeksi-trauma) dan menimbulkan mortalitas yang tinggi. Terminasi kehamilan yang tidak dikehendaki merupakan fakta yang tidak dapat dihindari sebagai akibat perubahan perilaku seksual khususnya remaja, sehingga memerlukan jalan pemecahan yang rasional dan dapat diterima masyarakat.

Untuk memenuhi kebutuhan remaja dapat dilakukan upaya promotif dan preventif dengan memberikan pendidikan seksual yang sehat, termasuk menghindari kehamilan, menyediakan metode KB khusus untuk remaja, memberikan penjelasan tentang KB darurat dan menyediakan sarana terminasi kehamilan. Menyediakan sarana terminasi kehamilan dianggap menjunjung hak asasi manusia karena menentukan nasib kandungan merupakan hak asasi perempuan. Tempat yang memenuhi syarat terminasi kehamilan sesuai dengan UU Kesehatan No. 23 Tahun 1992 hanya rumah sakit pemerintah sehingga pelaksanaan terminasi kehamilan berjalan bersih dan aman dengan tujuan fungsi dan kesehatan reproduksi remaja dipertahankan

* + 1. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)
			1. Pengertian

Istilah premature telah diganti menjadi Berat Badan Lahir Rendah oleh WHO sejak 1960, hal ini dikarenakan tidak semua bayi dengan berat  kurang dari 2500 gram pada waktu lahir adalah bayi yang premature .Pada Kongres “*European Perinatal Medicine”* ke II di London (1970) maka dibuat keseragaman defenisi yaitu :

* + - * + Bayi kurang bulan       :   Bayi dengan masa kehamilan kurang dari 37 minggu (259) hari
				+ Bayi cukup bulan        :   Bayi depan masa kehamilan mulai 37 minggu sampai 42 minggu (259 hari – 293 hari)
				+ Bayi lebih bulan          :   Bayi dengan masa kehamilan mulai 42 minggu atau lebih (294 hari atau lebih).
			1. Klasifikasi

Dari pengertian tersebut bayi BBLR dapat dibagi menjadi dua golongan yaitu:

1. Prematuritas Murni

Masa gestasinya kurang dari 37 minggu dan berat badannya sesuai dengan berat badan untuk masa gestasi itu atau biasa disebut neonatus kurang bulan sesuai masa kehamilan (NKB-SMK).

1. Dismaturitas

Bayi lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa gestasi itu. Berarti bayi mengalami retardasi pertumbuhan intrauterine dan merupakan bayi yang kecil untuk masa kehamilannya

* + - 1. PenangananBayi Berat Lahir Rendah
1. Mempertahankan suhu tetap hangat
2. Bayi Berat Lahir Rendah mudah mengalami hipotermia, oleh sebab itu suhu tubuhnya harus dipertahankan dengan ketat
3. Mencegah infeksi dengan ketat
4. Dalam penanganan Bayi Berat Lahir Rendah harus memperhatikan prinsip-prinsip pencegahan infeksi karena sangat rentan. Salah satu cara pencegahan infeksi yaitu dengan mencuci tangan sebelum memegang bayi.
5. Pengawasan nutrisi/ASI
6. Refleks menelan dari bayi dengan berat lahir rendah belum sempurna oleh karena itu pemberian nutrisi harus dilakukan dengan cermat
7. Penimbangan berat badan harus dilakukan secara ketat karena peningkatan berat badan merupakan salah satu kondisi gizi/nutrisi bayi dan erat dengan daya tahan tubuh
8. **SRATEGI PELAYANAN KEBIDANAN DI KOMUNITAS**
9. Pendekatan Edukatif Dalam Peran Serta Masyarakat
10. Definisi

Secaraumumrangkaian kegiatan yang dilaksanakan secara sistematis, terencana dan terarah dengan partisipasi aktif individu, kelompok, masyarakat secara keseluruhan untuk memecahkan masalah yang dirasakan masyarakat dengan mempertimbangkan faktor sosial, ekonomi dan budaya setempat.

Secarakhusus merupakan model dari pelaksanaan organisasi dalam memecahkan masalah yang dihadapi masyarakat dengan pendekatan pokok yaitu pemecahan masalah dan proses pemecahan masalah tersebut.

1. Tujuanpendekatanedukatif
2. Memecahkan masalah yang dihadapi oleh masyarakat yang merupakan masalah kebidanan komunitas
3. Kembangkan kemampuan masyarakat, hal ini berbeda dengan memecahkan masalah yang dihadapi atas dasar swadaya sebatas kemampuan
4. Strategi dasar pendekatan edukatif
5. Mengembangkanprovider perlu adanya kesamaan persepsi dan sikap mental positif terhadap pendekatan yang ditempuh serta sepakat untuk mensukseskan.Langkah-langkah pengembangan provider :
	* + - * Pendekatan terhadap pemuka atau pejabat masyarakat

Bertujuan untuk mendapat dukungan, sehingga dapat menentukan kebijakan nasional atau regional. Bentuknya pertemuan perorangan, dalam kelompok kecil, pernyataan beberapa pejabat yang berpengaruh.

* + - * + Pendekatan terhadap pelaksana dari sektor diberbagai tingkat administrasi sampai dengan tingkat desa

Tujuan yang akan dicapai adalah adanya kesepahaman, memberi dukungan dan merumuskan kebijakan serta pola pelaksanaan secara makro. Berbentuk lokakarya, seminar, raker, musyawarah.

* + - * + Pengumpulan data oleh sektor kecamatan/desa

Merupakan pengenalan situasi dan masalah menurut pandangan petugas/provider. Macam data yang dikumpulkan meliputi data umum , data khusus dan data perilaku

1. Pengembangan masyarakat adalah menghimpun tenaga masyarakat untuk mampu dan mau mengatasi masalahnya sendiri secara swadaya sebatas kemampuan. Dengan melibatkan partisipasi aktif masyarakat untuk menentukan masalah, merecanakan alternatif, melaksanakan dan menilai usaha pemecahan masalah yang dilaksanakan. Langkah– langkahnya meliputi pendekatan tingkat desa, survei mawas diri, perencanaan, pelaksanaan dan penilaian serta pemantapan dan pembinaan
2. Pelayanan Yang Berorientasi Pada Kebutuhan Masyarakat

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

Terdiri dari 3 jenis pendekatan :

1. Specifict Content Approach

Yaitu pendekatan perorangan atau kelompok yang merasakan masalah melaluiproposal program kepada instansi yang berwenang. Contoh : pengasapan pada kasus DBD

1. General Content objektive approach

Yaitu pendekatan dengan mengkoordinasikan berbagai upaya dalam bidang kesehatan dalam wadah tertentu.Contoh : posyandu meliputi KIA, imunisasi, gizi, KIE dsb.

1. Proses Objective approach

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

1. Menggunakan Atau Memanfaatkan Fasilitas Dan Potensi Yang Ada Di Masyarakat

Masalah kesehatan pada umumnya disebabkan rendahnya status sosial – ekonomi yang akibatkan ketidaktahuan dan ketidakmampuan memelihara diri sendiri (self care) sehingga apabila berlangsung terus akan berdampak pada status kesehatan keluarga dan masyarakat juga produktivitasnya.

1. Definisi
2. Usaha membantu manusia mengubah sikapnya terhadap masyarakat, membantu menumbuhkan kemampuan orang, berkomunikasi dan menguasai lingkungan fisiknya.
3. Pengembangna manusia yang tujuannya adalah untuk mengembangkan potensi dan kemampuan manusia mengontrol lingkungannya.
4. Langkah – langkah
5. Ciptakan kondisi agar potensi setempat dapat dikembangkan dan dimanfaatkan
6. Tingkatkan mutu potensi yang ada
7. Usahakan kelangsungan kegiatan yang sudah ada
8. Tingkatkan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan.
9. Prinsip - prinsip dalam mengembangkan masyarakat
10. Program ditentukan oleh atau bersama masyarakat
11. Program disesuaikan dengan kemampuan masyarakat
12. Dalam pelaksanaan kegiatan harus ada bimbingan, pengarahan, dan dorongan agar dari satu kegiatan dapat dihasilkan kegiatan lainnya
13. Petugas harus bersedia mendampingi dengan mengambil fungsi sebagai katalisator untuk mempercepat proses.Bentuk - bentuk program masyarakat :
14. Program intensif yaitu pengembangan masyarakat melalui koordinasi dengan dinas terkait/kerjasama lintas sektoral
15. Program adaptif yaitu pengembangan masyarakat hanya ditugaskan pada salah satu instansi/departemen yang bersangkutan saja secara khusus untuk melaksanakan kegiatan tersebut/kerjasama lintas program
16. Program proyek yaitu pengembangan masyarakat dalam bentuk usaha – usaha terbatas di wilayah tertentu dan program disesuaikan dengan kebutuhan wilayah tersebut.

****

RANGKUMAN

1. Masalah kebidanan di komunitas adalah kematian Ibu, kematian bayi, aborsi,kehamilan ppada remaja, Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), bayi lahir premature
2. Srategi pelayanan kebidanan di komunitas dilakukan dengan cara :
3. Pendekatan Edukatif Dalam Peran Serta Masyarakat

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

1. Pelayanan Yang Berorientasi Pada Kebutuhan Masyarakat

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

1. Menggunakan Atau Memanfaatkan Fasilitas Dan Potensi Yang Ada Di Masyarakat

Masalah kesehatan pada umumnya disebabkan rendahnya status sosial – ekonomi yang akibatkan ketidaktahuan dan ketidakmampuan memelihara diri sendiri (self care) sehingga apabila berlangsung terus akan berdampak pada status kesehatan keluarga dan masyarakat juga produktivitasnya.

**TUGAS**

Lakukan diskusi dan tanya jawab !

**POST TEST**

Kerjakan soal berikut ini tanpa melihat kunci jawaban. Setelah selesai cocokkan dengan kunci jawaban untuk mengetahui nilai yang diperoleh.

1. 13 % penyebab kematian ibu disebabkan karena..
2. Perdarahan c. Abortus
3. Infeksi d. Eklamsi / keracunan kehamilan
4. Langkah-langkah untuk mengendalikan masalah kehamilan remaja setelah terjadi kehamilan salaah satunya adalah...
5. Menghindari multipartner c. Memberikan pendidikan seeksual secara dini
6. Mempertahankan kehamilan d. Meningkatkan iman dan taqwa
7. BBLR dapat dibagi menjadi dua golongan yaitu...
	1. Prematuritas murni dan dismaturitas c. BBLR dan dismaturitas
	2. BBLR dan prematuritas d. Salah semua
8. Strategi dasar pendekatan edukatif salah satunya dilakukan dengan pendekatan terhadap...
	* + - 1. Pendekatan terhadap pemuka atau pejabat masyarakat
				2. Pendekatan terhadap perorangan
				3. Pendekatan terhadap kelompok
				4. Pendekatan dengan mengkoordinasikan berbagai upaya dalam bidang kesehatan
9. Yang merupakan prinsip dalam mengembangkan masyarakat adalah...
	* + - 1. Ciptakan kondisi agar potensi setempat dapat dikembangkan dan dimanfaatkan
				2. Tingkatkan mutu potensi yang ada
				3. Usahakan kelangsungan kegiatan yang sudah ada
				4. Program ditentukan oleh atau bersama masyarakat

KUNCI JAWABAN

1. D
2. B
3. A
4. A
5. D

**EVALUASI**

Lakukan evaluasi skor post tesdan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat penguasaan 68 % atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata Asuhan Kebidanan Komunitas. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.





1. **MODUL III. KONSEP PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS DAN KELUARGA SEBAGAI PUSAT PELAYANAN**

1. Tema Modul : Modul Praktikum Konsep Pelayanan Kebidanan Komunitas dan Keluarga Sebagai Pusat Pelayanan
2. Mata Kuliah/Kode : Asuhan Kebidanan Komunitas /Bd.5.306
3. Jumlah SKS : 4 SKS (T:2, P:2)
4. Alokasi waktu : 320 menit
5. Tujuan Pembelajaran :

 Mahasiswa mampu menjelaskan konsep pelayanan kebidanan komunitas dan keluarga sebagai pusat pelayanan : MDGs(*Millennium Development Goals)*

1. Gambaran umum modul :

Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum materi konsep pelayanan kebidanan komunitas dan keluarga sebagai pusat pelayanan dengan diskusi dan tanya jawab.

1. Karakteristik mahasiswa :

Modul ini ditujukan bagi mahasiswa Prodi D III Kebidanan Magelang Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran teori materi konsep pelayanan kebidanan komunitas dan keluarga sebagai pusat pelayanan.

1. Target Kompetensi :

 Mahasiswa dapat menjelaskan konsep pelayanan kebidanan komunitas dan keluarga sebagai pusat pelayanan

1. Indikator :

 Mahasiswa mampu menjelaskan konsep pelayanan kebidanan komunitas dan keluarga sebagai pusat pelayanan

1. Materi pembelajaran : Terlampir
2. Stratategi pembelajaran : Diskusi, tanya jawab
3. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
4. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :

a. Bagi Peserta didik

Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan

Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi

Melakukan diskusi dan tanya jawab.

b. Peran Pendidik / Dosen

1. Sebagai fasilitator
2. Sebagai mediator
3. Metode evaluasi : tanya jawab, post tes
4. Metode penilaian : Nilai skor post tes, responsi ketrampilan praktik presentasi dan diskusi
5. Daftar Pustaka
6. Cronk, M and flint, C (1992). Community midwifery: A Practical Guide, butterwood-Heinemenn Ltd, Linacre house, Jordan hill, Oxford
7. Bernett, VR and Brown, Lk (1993). Milles Text Book for midwives, twelfth edition. Churchill Livingstone
8. Kitzinger, S (1995). Homebirth and other alternatives to hospital. Darling Kindersley Ltd, Londen
9. Klien, S (1998), A Book for Midwives: A manual for Traditional Birth Attendants and Comunity Midwives, The hesperian Foundation, Berkley, California, USA
10. Prawiro hardjo, S (1997), Ilmu Kebidanan. YBPSP, UI Jakarta
11. Saifudin, A.B. et.al (2000) Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan YBPSP. Jakarta
12. Saifudin, A.B. dkk (2002) Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Neonatal, YBPSP Jakarta.
13. Dunkey, J (2000). Health promotion in midwifery Practice; A resource for health Professionals, An imprint of harcourt Publishers Ltd, Bailiere Tindall, londen
14. Walsh, Lv (2001). Midwifery : community Based care During The Chilbearing Year. WB Sanders Company, USA..
15. Asuhan Kebidanan komunitas, EGC, Runjati
16. Pedoman desa siaga, Kemenkes
17. Pemberdayaan Masyarakat, Kepmenkes

 **MATERI**

1. **MDGs (*Millennium Development Goals)***
	1. Sejarah singkat MDGs

Pada Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) Milenium Perserikatan Bangsa-bangsa (PBB) bulan September 2000, sebanyak 189 negara anggota PBB yang sebagian besar diwakili oleh kepala pemerintahan sepakat untuk mengadopsi Deklarasi Milenium (Millenium Declaration). Deklarasi itu berdasarkan pendekatan yang inklusif, dan berpijak pada perhatian bagi pemenuhan hak-hak dasar manusia (basic human need). Dalam konteks inilah negara-negara anggota PBB kemudian mengadopsi Tujuan Pembangunan Milenium atau Millennium Development Goals (MDG). Setiap tujuan (goal) memiliki satu atau beberapa target. Target yang tercakup dalam MDG sangat beragam, mulai dari mengurangi kemiskinan dan kelaparan, menuntaskan tingkat pendidikan dasar, mempromosikan kesamaan gender, mengurangi kematian anak dan ibu, mengatasi HIV/AIDS dan berbagai penyakit lainnya, serta memastikan kelestarian lingkungan hidup dan membentuk kemitraan dalam pelaksanaan pembangunan. Bab selanjutnya akan membahas setiap tujuan itu secara terinci. Beberapa hal penting yang perlu mendapat perhatian berkaitan dengan MDG adalah sebagai berikut: Pertama, MDG bukan tujuan PBB, sekalipun PBB merupakan lembaga yang aktif terlibat dalam promosi global untuk merealisasikannya. MDG adalah tujuan dan tanggung jawab dari semua negara yang berpartisipasi dalam KTT Milenium, baik pada rakyatnya maupun secara bersama antar pemerintahan. Kedua, tujuh dari delapan tujuan telah dikuantitatifkan sebagai target dengan waktu pencapaian yang jelas, hingga memungkinkan pengukuran dan pelaporan kemajuan secara obyektif dengan indikator yang sebagian besar secara internasional dapat diperbandingkan. Ketiga, tujuan-tujuan dalam MDG saling terkait satu dengan yang lain.

* 1. Tujuan MDGs

Deklarasi Millennium PBB yang ditandatangani pada September 2000 menyetujui agar semua Negara:

Pengentasan kemiskinan dan kelaparan yang ekstrim

Target untuk 2015: Mengurangi setengah dari penduduk dunia yang berpenghasilan kurang dari 1 dolar AS sehari dan mengalami kelaparan.

Target untuk 2015: Memastikan bahwa setiap anak , baik laki-laki dan perempuan mendapatkan dan menyelesaikan tahap pendidikan dasar.Mendukung adanya persaman jender dan pemberdayaan perempuan

Target 2005 dan 2015: Mengurangi perbedaan dan diskriminasi gender dalam pendidikan dasar dan menengah terutama untuk tahun 2005 dan untuk semua tingkatan pada tahun 2015.Mengurangi tingkat kematian anak

Target untuk 2015: Mengurangi dua per tiga tingkat kematian anak-anak usia di bawah 5 tahun. Meningkatkan kesehatan ibu

Target untuk 2015: Mengurangi dua per tiga rasio kematian ibu dalam proses melahirkan. Perlawanan terhadap HIV/AIDS, malaria, dan penyakit lainnya

Target untuk 2015: Menghentikan dan memulai pencegahan penyebaran [HIV](http://id.wikipedia.org/wiki/HIV)/[AIDS](http://id.wikipedia.org/wiki/AIDS), [malaria](http://id.wikipedia.org/wiki/Malaria) dan penyakit berat lainnya.Menjamin daya dukung lingkungan hidup

Target :

* + 1. Mengintegrasikan prinsip-prinsip pembangunan yang berkelanjutan dalam kebijakan setiap negara dan program serta mengurangi hilangnya sumber daya lingkungan
		2. Pada tahun 2015 mendatang diharapkan mengurangi setengah dari jumlah orang yang tidak memiliki akses air minum yang sehat
		3. Pada tahun 2020 mendatang diharapkan dapat mencapai pengembangan yang signifikan dalam kehidupan untuk sedikitnya 100 juta orang yang tinggal di daerah kumuh dengan mengembangkan kemitraan global untuk pembangunan
		4. Mengembangkan lebih jauh lagi perdagangan terbuka dan sistem keuangan yang berdasarkan aturan, dapat diterka dan tidak ada diskriminasi. Termasuk komitmen terhadap pemerintahan yang baik, pembangungan dan pengurangan tingkat kemiskinan secara nasional dan internasional.
		5. Membantu kebutuhan-kebutuhan khusus negara-negara kurang berkembang, dan kebutuhan khusus dari negara-negara terpencil dan kepulauan-kepulauan kecil. Ini termasuk pembebasan-tarif dan -kuota untuk ekspor mereka; meningkatkan pembebasan hutang untuk negara miskin yang berhutang besar; pembatalan hutang bilateral resmi; dan menambah bantuan pembangunan resmi untuk negara yang berkomitmen untuk mengurangi kemiskinan.
		6. Secara komprehensif mengusahakan persetujuan mengenai masalah utang negara-negara berkembang.
		7. Menghadapi secara komprehensif dengan negara berkembang dengan masalah hutang melalui pertimbangan nasional dan internasional untuk membuat hutang lebih dapat ditanggung dalam jangka panjang.
		8. Mengembangkan usaha produktif yang layak dijalankan untuk kaum muda
		9. Dalam kerja sama dengan pihak pharmaceutical, menyediakan akses obat penting yang terjangkau dalam negara berkembang
		10. Dalam kerjasama dengan pihak swasta, membangun adanya penyerapan keuntungan dari teknologi-teknologi baru, terutama teknologi informasi dan komunikasi.
	1. Tujuan Pembangunan Millenium di Indonesia

Setiap negara yang berkomitmen dan menandatangani perjanjian diharapkan membuat laporan MDGs. Pemerintah Indonesia melaksanakannya dibawah koordinasi [Bappenas](http://id.wikipedia.org/wiki/Bappenas) dibantu dengan Kelompok Kerja PBB dan telah menyelesaikan laporan MDG pertamanya yang ditulis dalam [bahasa Indonesia](http://id.wikipedia.org/wiki/Bahasa_Indonesia) dan kemudian diterjemahkan ke dalam bahasa Inggris untuk menunjukkan rasa kepemilikan pemerintah Indonesia atas laporan tersebut. Tujuan PembangunanMilenium ini menjabarkan upaya awal pemerintah untuk menginventarisasi situasi pembangunan manusia yang terkait dengan pencapaian tujuan MDGs, mengukur, dan menganalisa kemajuan seiring dengan upaya menjadikan pencapaian-pencapaian ini menjadi kenyataan, sekaligus mengidenifikasi dan meninjau kembali kebijakan-kebijakan dan program-program pemerintah yang dibutuhkan untuk memenuhi tujuan-tujuan ini. Dengan tujuan utama mengurangi jumlah orang dengan pendapatan dibawah upah minimum regional antara tahun 1990 dan 2015, Laporan ini menunjukkan bahwa Indonesia berada dalam jalur untuk mencapai tujuan tersebut. Namun, pencapaiannya lintas provinsi tidak seimbang. Kini MDGs telah menjadi referensi penting pembangunan di Indonesia, mulai dari tahap perencanaan seperti yang tercantum pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) hingga pelaksanaannya. Walaupun mengalamai kendala, namun pemerintah memiliki komitmen untuk mencapai tujuan-tujuan ini dan dibutuhkan kerja keras serta kerjasama dengan seluruh pihak, termasuk masyarakat madani, pihak swasta, dan lembaga donor. Pencapaian MDGs di Indonesia akan dijadikan dasar untuk perjanjian kerjasama dan implementasinya di masa depan. Hal ini termasuk kampanye untuk perjanjian tukar guling hutang untuk negara berkembang sejalan dengan Deklarasi Jakarta mengenai MDGs di daerah Asia dan Pasifik.

* 1. Kontroversi MDGs di Indonesia

Upaya Pemerintah Indonesia merealisasikan Tujuan Pembangunan Milenium pada tahun 2015 akan sulit karena pada saat yang sama pemerintah juga harus menanggung beban pembayaran utang yang sangat besar. Program-program MDGs seperti pendidikan, kemiskinan, kelaparan, kesehatan, lingkungan hidup, kesetaraan gender, dan pemberdayaan perempuan membutuhkan biaya yang cukup besar. Merujuk data Direktorat Jenderal Pengelolaan Utang Departemen Keuangan, per 31 Agustus 2008, beban pembayaran utang Indonesia terbesar akan terjadi pada tahun 2009-2015 dengan jumlah berkisar dari Rp97,7 triliun (2009) hingga Rp81,54 triliun (2015) rentang waktu yang sama untuk pencapaian MDGs. Jumlah pembayaran utang Indonesia, baru menurun drastis (2016) menjadi Rp66,70 triliun. tanpa upaya negosiasi pengurangan jumlah pembayaran utang Luar Negeri, Indonesia akan gagal mencapai tujuan MDGs.

Menurut Direktur Eksekutif International NGO Forum on Indonesian Development ([INFID](http://id.wikipedia.org/wiki/INFID)) Don K Marut Pemerintah Indonesia perlu menggalang solidaritas negara-negara Selatan untuk mendesak negara-negara Utara meningkatkan bantuan pembangunan bukan utang, tanpa syarat dan berkualitas minimal 0,7 persen dan menolak ODA (official development assistance) yang tidak bermanfaat untuk Indonesia. Menanggapi pendapat tentang kemungkinan Indonesia gagal mencapai tujuan MDGs apabila beban mengatasi kemiskinan dan mencapai tujuan pencapaian MDG pada tahun 2015 serta beban pembayaran utang diambil dari APBN pada tahun 2009-2015, Sekretaris Utama Menneg PPN/Kepala Bappenas Syahrial Loetan berpendapat apabila bisa dibuktikan MDGs tidak tercapai di 2015, sebagian utang bisa dikonversi untuk bantu itu. Pada tahun 2010 hingga 2012 pemerintah dapat mengajukan renegosiasi utang. Beberapa negara maju telah berjanji dalam konsesus pembiayaan (monetary consensus) untuk memberikan bantuan. Hasil kesepakatan yang didapat adalah untuk negara maju menyisihkan sekitar 0,7 persen dari GDP mereka untuk membantu negara miskin atau negara yang pencapaiannya masih di bawah. Namun konsensus ini belum dipenuhi banyak negara, hanya sekitar 5-6 negara yang memenuhi sebagian besar ada di Skandinavia atau Belanda yang sudah sampai 0,7 persen.

* 1. Tekad Indonesia Mencapai MDGs

Dengan menandatangani Deklarasi Milenium, Pemerintah Indonesia berkomitmen untuk menempatkan MDG menjadi referensi penting dalam pelaksanaan pembangunan di Indonesia. Hal ini ditunjukkan dengan menggunakan MDG sebagai bahan acuan dalam pembangunan, mulai dari tahap perencanaan seperti yang dinyatakan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) sampai tahap implementasi. MDG bahkan telah menjadi dasar perumusan Strategi Penanggulangan Kemiskinan di tingkat nasional dan daerah.

Menyadari bahwa sumber pendanaan dalam negeri yang ada masih belum mencukupi untuk membiayai program-program pembangunan, pemerintah memandang penting dukungan dunia internasional bagi pelaksanaan pembangunan di Indonesia. Hal ini dipertegas dengan adanya pernyataan dalam laporan MDG Indonesia tahun 2005, bahwa bagi Indonesia, pelaksanaan tujuan ke-8 yaitu “membangun kemitraan global untuk pembangunan” merupakan salah satu prasyarat dalam mencapai tujuan ke-1 hingga ke-7. Kerjasama dan kerja keras berbagai pelaku pembangunan, termasuk lembaga swadaya masyarakat, sektor swasta serta komunitas donor/lembaga internasional memegang peranan penting dalam mencapai MDG.

Laporan Perkembangan MDG Kantor statistik PBB mengeluarkan laporan rutin kemajuan MDG dengan menggunakan indikator-indikator yang telah ditetapkan dalam mencapai target–target pembangunan di negara-negara berkembang. UNDP (The United Nations Development Programme) membantu negara-negara berkembang dalam membuat laporan dan rencana MDG di tingkat negara. Monitoring di tingkat negara ini merupakan elemen penting dalam menilai kemajuan MDG dan dapat membantu negara-negara berkembang menggunakan sumber daya yang ada untuk dapat mencapai target.

Pemerintah Indonesia sendiri mengeluarkan laporan MDG pertama kali pada tahun 2004. Di bawah kepemimpinan Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas), berbagai elemen pemerintah dibantu oleh Badan Pusat Statistik (BPS) dan kelompok kerja PBB untuk MDG menyusun laporan MDG dengan memanfaatkan sumber data yang tersedia, diantaranya dari Survei Sosial-Ekonomi Nasional (Susenas), Sensus Penduduk, data-data dari Departemen Kesehatan, Dinas Pendidikan Nasional serta sumber-sumber data lainnya. Tim tersebut mengkaji kembali sumber-sumber data yang ada yang dipergunakan sebagai indikator dalam mencapai MDG. Dengan dibuatnya laporan perkembangan MDG ini diharapkan ada kesamaan persepsi tentang posisi Indonesia berkaitan dengan sasaran MDG serta menetapkan sasaran yang harus dicapai di masa yang akan datang. Laporan ini diperbaharui setiap tahun, sejak tahun 2004.

****

RANGKUMAN

MDGs dideklarasikan pada bulan september tahun 2000, disepakati oleh 189 negara dan ditandatangi oleh 147 kepala pemerintahan dan kepala negara dalam Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) Milenium Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) di New York, Amerika Serikat. Ada pun [8 Tujuan MDGs](http://pastipanji.wordpress.com/2010/07/11/millennium-development-goals/) antara lain :Pengentasan kemiskinan dan kelaparan yang ekstrim; Pemerataan pendidikan dasar; Mendukung adanya persaman jender dan pemberdayaan perempuan; Mengurangi tingkat kematian anak; Meningkatkan kesehatan ibu; Perlawanan terhadap HIV/AIDS, malaria, dan penyakit lainnya; Menjamin daya dukung lingkungan hidup; Mengembangkan kemitraan global untuk pembangunan.

Tujuan Pembangunan Milenium ini menjabarkan upaya awal pemerintah untuk menginventarisasi situasi pembangunan manusia yang terkait dengan pencapaian tujuan MDGs, mengukur, dan menganalisa kemajuan seiring dengan upaya menjadikan pencapaian-pencapaian ini menjadi kenyataan, sekaligus mengidenifikasi dan meninjau kembali kebijakan-kebijakan dan program-program pemerintah yang dibutuhkan untuk memenuhi tujuan-tujuan ini. Dengan tujuan utama mengurangi jumlah orang dengan pendapatan dibawah upah minimum regional antara tahun 1990 dan 2015, Laporan ini menunjukkan bahwa Indonesia berada dalam jalur untuk mencapai tujuan tersebut. Namun, pencapaiannya lintas provinsi tidak seimbang, dan Konroversi yang timbul dikarenakan Upaya Pemerintah Indonesia merealisasikan Tujuan Pembangunan Milenium pada tahun 2015 akan sulit karena pada saat yang sama pemerintah juga harus menanggung beban pembayaran utang yang sangat besar, Namun Pemerintah Indonesia berkomitmen untuk menempatkan MDG menjadi referensi penting dalam pelaksanaan pembangunan di Indonesia. Hal ini ditunjukkan dengan menggunakan MDG sebagai bahan acuan dalam pembangunan, mulai dari tahap perencanaan seperti yang dinyatakan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) sampai tahap implementasi

** TUGAS**

Lakukan diskusi dan tanya jawab !



 **POST TEST**

Kerjakan soal berikut ini tanpa melihat kunci jawaban. Setelah selesai cocokkan dengan kunci jawaban untuk mengetahui nilai yang diperoleh.

1. MDGs dideklarasikan pada bulan september tahun...
2. 2000 c. 2002
3. 2001 d. 2003
4. Target untuk 2015: Memastikan bahwa setiap anak , baik laki-laki dan perempuan mendapatkan dan menyelesaikan tahap pendidikan dasar dengan cara...
5. Pengentasan kemiskinan dan kelaparan
6. Mengurangi tingkat kemtian anak
7. Meningkatkan kesehatan ibu
8. Mendukung adanya persaman jender dan pemberdayaan perempuan
9. MDGs disepakati oleh 189 negara dan ditandatangi oleh 147 kepala pemerintahan dan kepala negara dalam Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) Milenium Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) di...
10. Italia c. Amerika Serikat
11. Jerman d. Belanda
12. Ada pun [8 Tujuan MDGs](http://pastipanji.wordpress.com/2010/07/11/millennium-development-goals/) antara lain :Pengentasan kemiskinan dan kelaparan yang ekstrim; Pemerataan pendidikan dasar; Mendukung adanya persaman jender dan pemberdayaan perempuan; Mengurangi tingkat kematian anak; Meningkatkan kesehatan ibu; Perlawanan terhadap HIV/AIDS, malaria, dan penyakit lainnya; Menjamin daya dukung lingkungan hidup dan...
13. memanfaatkan sumber data yang tersedia
14. mengembangkan kemitraan global untuk pembangunan
15. menyediakan akses obat penting yang terjangkau
16. membantu kebutuhan-kebutuhan khusus negara-negara kurang berkembang
17. Pencapaiannya lintas provinsi tidak seimbang, dan Konroversi yang timbul dikarenakan Upaya Pemerintah Indonesia merealisasikan Tujuan Pembangunan Milenium pada tahun 2015 akan sulit karena...
18. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) sampai tahap implementasi
19. pemerintah juga harus menanggung beban pembayaran utang
20. menjadi referensi penting dalam pelaksanaan pembangunan di Indonesia
21. menginventarisasi situasi pembangunan manusia

KUNCI JAWABAN

1. A
2. D
3. C
4. B
5. B

 **EVALUASI**

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68 % atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Asuhan Kebidanan Komunitas. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.

**MODUL IV. TUGAS DAN TANGGUNG JAWAB DI KOMUNITAS**

1. Tema Modul : Modul Praktikum Tugas dan Tanggung Jawab di Komunitas
2. Mata Kuliah/Kode : Asuhan Kebidanan Komunitas /Bd.5.306
3. Jumlah SKS : 4 SKS (T:2, P:2)
4. Alokasi waktu : P=320 menit
5. Tujuan Pembelajaran :

Mahasiswa mampu menjelaskan tugas dan tanggung jawab bidan di komunitas :

1. Tugas utama bidan dikomunitas
2. Tugas tambahan bidan dikomunitas
3. Bidan Praktik swasta dan bidan delima
4. Gambaran umum modul :

Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum materi tugas dan tanggung jawab di komunitas dengan roleplay.

1. Karakteristik mahasiswa (Prasyarat) :

Modul ini ditujukan bagi mahasiswa Prodi D III Kebidanan Magelang Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran teori materi tugas dan tanggung jawab di komunitas.

1. Target Kompetensi :

Mahasiswa dapat menjelaskan tugas dan tanggung jawab bidan di komunitas

1. Indikator :

Mahasiswa mampu menjelaskan tugas dan tanggung jawab bidan di komunitas

1. Materi pembelajaran : Terlampir
2. Stratategi pembelajarn : Diskusi, tanya jawab,roleplay
3. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
4. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :

a. Bagi Peserta didik

* + 1. Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
		2. Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi

Melakukan roleplay :

1. Tugas utama bidan dikomunitas
2. Tugas tambahan bidan dikomunitas
3. Bidan Praktik swasta dan bidan delima

b. Peran Pendidik / Dosen

1. Sebagai fasilitator
2. Sebagai mediator
3. Metode evaluasi : tanya jawab, roole play
4. Metode penilaian : nilai role play, responsi
5. Daftar Pustaka
6. Cronk, M and flint, C (1992). Community midwifery: A Practical Guide, butterwood-Heinemenn Ltd, Linacre house, Jordan hill, Oxford
7. Bernett, VR and Brown, Lk (1993). Milles Text Book for midwives, twelfth edition. Churchill Livingstone
8. Kitzinger, S (1995). Homebirth and other alternatives to hospital. Darling Kindersley Ltd, Londen
9. Klien, S (1998), A Book for Midwives: A manual for Traditional Birth Attendants and Comunity Midwives, The hesperian Foundation, Berkley, California, USA
10. Prawiro hardjo, S (1997), Ilmu Kebidanan. YBPSP, UI Jakarta
11. Saifudin, A.B. et.al (2000) Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan YBPSP. Jakarta
12. Saifudin, A.B. dkk (2002) Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Neonatal, YBPSP Jakarta.
13. Dunkey, J (2000). Health promotion in midwifery Practice; A resource for health Professionals, An imprint of harcourt Publishers Ltd, Bailiere Tindall, londen
14. Walsh, Lv (2001). Midwifery : community Based care During The Chilbearing Year. WB Sanders Company, USA..
15. Asuhan Kebidanan komunitas, EGC, Runjati
16. Pedoman desa siaga, Kemenkes
17. Pemberdayaan Masyarakat, Kepmenkes

materi

1. **TUGAS UTAMA BIDAN DIKOMUNITAS**

Melakukan pengolahan pelayanan ibu hamil, nifas dan loktasi bagi bayi dan balita :

1. Mengidentifikasi status ibu dan anak
2. Melakukan pertolongan persalinan di rumah dan polindes
3. Mengelola polindes
4. Melaksanakan kunjungan rumah pada ibu hamil, nifas, dan loktasi bayi serta balita
5. Melakukan penggerakan dan pembinaan peran serta masyarakat
6. Untuk menolong upaya-upaya kesehatan ubu dan anak
7. Melaksanakan penyuluhan dan konseling kesehatan
8. Melaksanakan pencatatan dan pelapukan
9. **TUGAS TAMBAHAN BIDAN DI KOMUNITAS**
10. Melakukan pemantauan KIA dengan menggunakan plus-KIA
11. Melaksanakan pelatihan dan pembinaan dukun bayi
12. Mengelola dan memberikan obat-obatan sesuai dengan kewenangannya
13. Menggunakan teknologi kebidanan tepat guna
14. **BIDAN PRAKTIK SWASTA DAN BIDAN DELIMA**
15. Bidan Praktik Swasta

Petunjuk pelaksanaan praktek bidan :

Bidan dalam menjalankan prakteknya harus :

1. Memiliki tempat dan ruangan praktek yang memenuhi persyaratan kesehatan
2. Menyediakan tempat tidur untuk persalianan 1 (satu) maksimal 5 (lima) tempat tidur
3. Memiliki peralatan minimal sesuai dengan ketentuan dan melaksanakan prosedurnya tetap (protap) yang berlaku
4. Menyediakan obat-obatan sesuai dengan ketentuan peraturan yang berlalu

Bidan yang menjalankan praktek harus mencantumkan surat izin praktek bidannya atau fotocopy izin praktek bidannya atau fotocopy izin prakteknya diruang praktek atau tempat yang mudah dilihat

Bidan dalam prakteknya menyediakan lebih dari 5 tempat tidur harus memperkerjakan tenaga bidan yang lain memiliki SIPB untuk membantu tugas pelayanannya

Bidan yang menjalankan praktek harus mempunyai peralatan minimal sesuatu dengan ketentuan yang berlalu dan harus tersedia tempat prakteknya

Peralatan yang wajib dimiliki dalam menjalankan praktek bidan sesuai dengan jenis pelayanan yang diberikan

Dalam menjalankan tugas bidan haru senantiasa mempertahankan dan meningkatkan keterampilan prosesnya antara lain dengan :

1. Mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan atau saling tukar informasi dengan sesama bidan
2. Mengikuti kegiatan akademis dan pelatihan sesuai dengan bidang tugasnya baik yang diselenggarakan oleh pemerintah maupun oleh organisasi prosesi
3. Memelihara dan mearawat peralatan yang digunakan untuk praktek agar tetap siap dan berfungsi dengan baik
4. **BIDAN DELIMA**
5. Pngertian

Bidan Delima adalah suatu program terobosan strategis yang mencakup :

1. Pembinaan peningkatan kualitas pelayanan bidan dalam lingkup Keluarga Berencana(KB) dan Kesehatan Reproduksi.
2. Merk Dagang/Brand
3. Mempunyai standar kualitas, unggul, khusus, bernilai tambah, lengkap, dan memilikihak paten.
4. Rekrutmen Bidan Delima ditetapkan dengan kriteria, system, dan proses baku yangharus dilaksanakan secara konsisten dan berkesinambungan.
5. Menganut prinsip pengembangan diri atau self development, dan semangat tumbuhbersama melalui dorongan dari diri sendiri, mempertahankan dan meningkatkan
6. kualitas, dapat memuaskan klien beserta keluarganya.
7. Jaringan yang mencakup seluruh Bidan Praktek Swasta dalam pelayanan Keluarga
Berencana dan Kesehatan Reproduksi.
8. Logo Bidan Delima

Makna yang ada pada Logo Bidan Delima adalah:

Bidan  Petugas Kesehatan yang memberikan pelayanan yang berkualitas, ramahtamah,aman-nyaman, terjangkau dalam bidang kesehatan reproduksi,keluarga berencana dan kesehatan umum dasar selama 24 jam.

1. Delima :Buah yang terkenal sebagai buah yang cantik, indah, berisi biji dan cairanmanis yang melambangkan kesuburan (reproduksi)
2. Merah :  Warna melambangkan keberanian dalam menghadapi tantangan danpengambilan keputusan yang cepat, tepat dalam membantu masyarakat
3. Hitam : Warna yang melambangkan ketegasan dan kesetiaan dalam melayani kaum perempuan (ibu dan anak) tanpa membedakan.
4. Hati  Melambangkan pelayanan Bidan yang manusiawi, penuh kasih sayang(sayang Ibu dan sayang Bayi) dalam semua tindakan/ intervensi pelayanan.
5. Bidan Delima melambangkan: Pelayanan berkualitas dalam Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana yang berlandaskan kasih sayang, sopan santun, ramah-tamah, sentuhan yang manusiawi, terjangkau, dengan tindakan kebidanan sesuai standar dan kode etik profesi. Logo/branding/merk Bidan Delima menandakan bahwa BPS tersebut telah memberikan pelayanan yang berkualitas yang telah diuji/diakreditasi sesuai dengan standar yang telah ditetapkan, memberikan pelayanan yang berorientasi pada kebutuhan dan kepuasan pelanggannya (Service Excellence).
6. Tujuan
	1. Meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat
	2. Meningkatkan profesionalitas Bidan
	3. Mengembangkan kepemimpinan Bidan di masyarakat
	4. Meningkatkan cakupan pelayanan Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana
	5. Mempercepat penurunan angka kesakitan dan kematian Ibu, Bayi dan Anak
7. Visi Dan Misi

Visi

Meningkatkan kualitas pelayanan untuk memberikan yang terbaik, agar dapatmemenuhi keinginan masyarakat

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

1. Kerangka Kerja

Suatu program akan dapat terlaksana dengan baik melalui pengelolaan yang cermat dankonsisten; dengan orientasi utamanya pada potensi, ketersediaan sumber daya dankemampuan internal oranisasi pelaksananya.

Terkait dengan hal tersebut maka program Bidan Delima dikembangkan melalui komponen pelaksanaan sebagai berikut:

* + 1. Membentuk Unit Pelaksana Bidan Delima tingkat PP, PD dan PC
		2. Menggalang dukungan internal IBI dan stakeholders
		3. Menyelenggarakan Pelatihan Fasilitator
		4. Menyiapkan Sistem Logistik
		5. Melaksanakan lokakarya Bidan Delima di masing-masing Cabang
		6. Melaksanakan Proses Validasi
		7. Menyelenggarakan upacara Pengukuhan Bidan Delima
		8. Menentukan sistem penarikan dan alokasi Iuran Tahunan Bidan Delima
		9. Melaksanakan monitoring dan evaluasi program
1. Strategi
2. Menyiapkan pengelola program Bidan Delima di setiap jenjang kepengurusan IBI.
3. Mengembangkan jaringan pelayanan Bidan Delima yang dirancang secara sistematissesuai dengan standar kualitas pelayanan yang baku.
4. Mensosialisasikan program Bidan Delima kepada seluruh jajaran IBI dan Bidan PraktekSwasta di 15 Propinsi dalam rangka meningkatkan minat dan jumlah Bidan berpredikatBidan Delima.
5. Memberikan penghargaan kepada Bidan Delima yang berprestasi.
6. Meluncurkan program pemasaran Bidan Delima untuk meningkatkan minat masyarakatmenggunakan jejaring pelayanan Bidan Delima.
7. Implementasi
8. Komponen Penggerak

Komponen penggerak program adalah fasilitator dan Unit Pelaksana Bidan Delima.Fasilitator merupakan orang terdepan dan pioneer dalam pengembangan programBidan Delima di lingkungannya masing-masing. Fasilitator dipilih dan ditunjuk olehPengurus Cabang untuk melaksanakan rekrutmen, menstarship/pembimbingan danvalidasi terhadap calon Bidan Delima lainnya. Untuk menjadi fasilitator melaluipelatihan terlebih dahulu.

1. Buku Panduan

Program ini telah dilengkapi dengan berbagai buku pedoman, panduan, dan instrumen sebagai berikut :

* 1. Untuk manajemen.
		+ - * Panduan pengorganisasian
				* Petunjuk teknis pelaksana tingkat provinsi
				* Petunjuk teknis pelaksana tingkat kabupaten/kota
	2. Untuk fasilitator
		+ - * Buku Panduan fasilitator
				* Buku acuan fasilitator
				* Instrumen pra kualifikasi
				* Instrumen validasi.
	3. Untuk pelatih fasilitator
		+ - * Pedoman pelatih
				* Buku acuan pelatih
				* Buku acuan peserta pelatihan.
	4. Untuk Bidan Delima
		+ - * Panduan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal
				* Panduan praktis pelayanan kontrasepsi
				* Panduan pencegahan infeksi
				* Kode etik profesi
				* Panduan pendidikan berkelanjutan
				* Standar pelayanan kebidanan
				* Buku panduan kajian mandiri
				* Poster, leaflet.
1. Proses Menjadi Bidan Delima

Ada beberapa tahap yang harus dilalui seorang Bidan/BPS yang ingin menjadi Bidan Delima, yaitu:

* + 1. Untuk menjadi Bidan Delima, seorang Bidan Praktek Swasta harus memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan, yaitu : memiliki SIPB, bersedia membayar iuran, bersedia membantu BPS menjadi Bidan Delima dan besedia mentaati semua ketentuan yang berlaku.
		2. Melakukan pendaftaran di Pengurus Cabang
		3. Mengisi formulir pra kualifikasi
		4. Belajar dari Buku Kajian Mandiri dan mendapat bimbingan fasilitator
		5. Divalidasi oleh fasilitator dan diberi umpan balik

****

RANGKUMAN

Tugas utama bidan adalah melakukan pengolahan pelayanan ibu hamil, nifas dan loktasi bagi bayi dan balita

Tugas tambahan bidan adalah melakukan pematauan KIA dengan menggunakan plus-KIA, melaksanakan pelatihan dan pembinaan dukun bayi, mengelola dan memberikan obat-obatan sesuai dengan kewenangannya, menggunakan teknologi kebidanan tepat guna.

Bidan praktik swasta dala menjalankan praktiknya harus Bidan dalam menjalankan prakteknya harus :

1. Memiliki tempat dan ruangan praktek yang memenuhi persyaratan kesehatan
2. Bidan yang menjalankan praktek harus mencantumkan surat izin praktek bidannya atau fotocopy izin praktek bidannya atau fotocopy izin prakteknya diruang praktek atau tempat yang mudah dilihat
3. Bidan dalam prakteknya menyediakan lebih dari 5 tempat tidur harus memperkerjakan tenaga bidan yang lain memiliki SIPB untuk membantu tugas pelayanannya
4. Bidan yang menjalankan praktek harus mempunyai peralatan minimal sesuatu dengan ketentuan yang berlalu dan harus tersedia tempat prakteknya
5. Peralatan yang wajib dimiliki dalam menjalankan praktek bidan sesuai dengan jenis pelayanan yang diberikan
6. Dalam menjalankan tugas bidan haru senantiasa mempertahankan dan meningkatkan keterampilan

Bidan Delima adalah suatu program terobosan strategis yang mencakup :

* + - 1. Pembinaan peningkatan kualitas pelayanan bidan dalam lingkup Keluarga Berencana(KB) dan Kesehatan Reproduksi
			2. Merk Dagang/Brand
			3. Mempunyai standar kualitas, unggul, khusus, bernilai tambah, lengkap, dan memilikihak paten
			4. Rekrutmen Bidan Delima ditetapkan dengan kriteria, system, dan proses baku yangharus dilaksanakan secara konsisten dan berkesinambungan
			5. Menganut prinsip pengembangan diri atau self development, dan semangat tumbuhbersama melalui dorongan dari diri sendiri, mempertahankan dan meningkatkan kualitas, dapat memuaskan klien beserta keluarganya
			6. Jaringan yang mencakup seluruh Bidan Praktek Swasta dalam pelayanan Keluarga
			Berencana dan Kesehatan Reproduksi

Bidan Delima melambangkan: Pelayanan berkualitas dalam Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana yang berlandaskan kasih sayang, sopan santun, ramah-tamah, sentuhan yang manusiawi, terjangkau, dengan tindakan kebidanan sesuai standar dan kode etik profesi. Logo/branding/merk Bidan Delima menandakan bahwa BPS tersebut telah memberikan pelayanan yang berkualitas yang telah diuji/diakreditasi sesuai dengan standar yang telah ditetapkan, memberikan pelayanan yang berorientasi pada kebutuhan dan kepuasan pelanggannya (Service Excellence).



**TUGAS**

 Lakukan roleplay dibawah ini !

1. Tugas utama bidan dikomunitas
2. Tugas tambahan bidan dikomunitas
3. Bidan Praktik swasta dan bidan delima

**POST TEST**

Kerjakan soal berikut ini tanpa melihat kunci jawaban. Setelah selesai cocokkan dengan kunci jawaban untuk mengetahui nilai yang diperoleh.

1. Tugas utama bidan adalah...
2. pengolahan pelayanan ibu hamil, nifas dan loktasi bagi bayi dan balita
3. melakukan pematauan KIA dengan menggunakan plus-KIA
4. melaksanakan pelatihan dan pembinaan dukun bayi
5. mengelola dan memberikan obat-obatan sesuai dengan kewenangannya
6. Yang tidak termasuk tugas tambahan bidan adalah...
7. pengolahan pelayanan ibu hamil, nifas dan loktasi bagi bayi dan balita
8. melakukan pematauan KIA dengan menggunakan plus-KIA
9. melaksanakan pelatihan dan pembinaan dukun bayi
10. mengelola dan memberikan obat-obatan sesuai dengan kewenangannya
11. Bidan dalam prakteknya menyediakan lebih dari 5 tempat tidur harus memperkerjakan tenaga bidan yang lain memiliki SIPB untuk...
12. mempunyai standar kualitas
13. melaksanakan pelatihan dan pembinaan dukun bayi
14. membantu tugas pelayanan
15. mempertahankan dan meningkatkankualitas
16. Buah delima melambangkan..
17. Keberanian
18. ketegasan dan kesetiaan
19. bidan yang manusiawi
20. kesuburan
21. warna hitam dalam lambang bidan delima meambangkan...
22. Keberanian
23. ketegasan dan kesetiaan
24. bidan yang manusiawi
25. kesuburan

KUNCI JAWABAN

1. A
2. A
3. C
4. D
5. B

**EVALUASI**

Lakukan evaluasi skor post tesdan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat penguasaan 68 % atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata Asuhan Kebidanan Komunitas. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.





MODUL V. asuhan kebidanan komunitas

1. Tema Modul : Modul Praktikum Asuhan Kebidanan Komunitas
2. Mata Kuliah/Kode : Asuhan Kebidanan Komunitas /Bd.5.306
3. Jumlah SKS : 4 SKS (T:2, P:2)
4. Alokasi waktu : P=320 menit
5. Tujuan Pembelajaran :

Mahasiswa mampu memberikan asuhan kebidanan komunitasAsuhan kebidanan dikomunitas; polindes, Tempat praktik (BPS), posyandu :

1. Asuhan antenatal
* (SPM) Standar pelayanan minimal: alat, tempat, standar pelayanan antenatal di komunitas
1. Asuhan Intranatal
* SPM: alat, tempat, standar pelayanan intranatal
* Persiapan ibu dan keluarga menjelang persalinan di pelayanan kesehatan polindes/BPS
1. Gambaran umum modul :

 Modul ini secara khusus akan membahas praktikum materi asuhan kebidanan di komunitas dengan penyusunan makalah, kunjungan ke BPS/ Polindes, dan presentasi.

1. Karakteristik mahasiswa :

Modul ini ditujukan bagi mahasiswa Prodi D III Kebidanan Magelang Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran teori materi asuhan kebidanan di komunitas.

1. Target Kompetensi :

Mahasiswa dapat memberikan asuhan kebidanan dikomunitas

1. Indikator :

Mahasiswa mampu memberikanasuhan kebidanan dikomunitas

1. Materi pembelajaran : Terlampir
2. Stratategi pembelajaran : Penyusunan makalah,kunjungan BPS/ Polindes, presentasi
3. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
4. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :

a. Bagi Peserta didik

Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan

Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi

Melakukan penyusunan makalah, kunjungan ke BPS/Polindes dan presentasi :

1. SPM alat, tempat, standar pelayanan antenatal di komunitas
2. SPM: alat, tempat, standar pelayanan intranatal
3. Persiapan ibu dan keluarga menjelang persalinan

b. Peran Pendidik / Dosen

Sebagai fasilitator

Sebagai mediator

1. Metode evaluasi : tanya jawab, penyusunan makalah,presentasi
2. Metode penilaian : Nilai penyusunan makalah, responsi ketrampilan praktik presentasi
3. Daftar Pustaka
4. Cronk, M and flint, C (1992). Community midwifery: A Practical Guide, butterwood-Heinemenn Ltd, Linacre house, Jordan hill, Oxford
5. Bernett, VR and Brown, Lk (1993). Milles Text Book for midwives, twelfth edition. Churchill Livingstone
6. Kitzinger, S (1995). Homebirth and other alternatives to hospital. Darling Kindersley Ltd, Londen
7. Klien, S (1998), A Book for Midwives: A manual for Traditional Birth Attendants and Comunity Midwives, The hesperian Foundation, Berkley, California, USA
8. Prawiro hardjo, S (1997), Ilmu Kebidanan. YBPSP, UI Jakarta
9. Saifudin, A.B. et.al (2000) Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan YBPSP. Jakarta
10. Saifudin, A.B. dkk (2002) Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Neonatal, YBPSP Jakarta.
11. Dunkey, J (2000). Health promotion in midwifery Practice; A resource for health Professionals, An imprint of harcourt Publishers Ltd, Bailiere Tindall, londen
12. Walsh, Lv (2001). Midwifery : community Based care During The Chilbearing Year. WB Sanders Company, USA..
13. Asuhan Kebidanan komunitas, EGC, Runjati
14. Pedoman desa siaga, Kemenkes
15. Pemberdayaan Masyarakat, Kepmenkes

 **MATERI**

**Asuhan Antenatal**

Asuhan antenatal adalah pemeriksaan [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html) untuk melihat dan memeriksa keadaan ibu dan janin yang dilakukan secara berkala. Tiap hasil pemeriksaan di ikuti dengan upaya koreksi terhadap penyimpangan yang ditemukan selama [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html). Pengawasan sebelum [persalinan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-asuhan-kebidanan-ii-persalinan.html) terutama ditujukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim .

1. Tujuan Asuhan Antenatal
2. Tujuan Umum

Memelihara dan meningkatkan kesehatan ibu dan janin yang sesuai dengan kebutuhan, sehingga [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html) dapat berjalan secara normal dan bayi dapat lahir dengan sehat.

1. Tujuan Khusus
* Memantau kemajuan [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html) untuk memastikan kesehatan serta pertumbuhan dan perkembangan bay
* Mendeteksi adanya komplikasi yang dapat mengancam jiwa ibu dan janin
* Merencanakan asuhan khusus sesuai dengan kebutuhan
* Mempersiapkan [persalinan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-asuhan-kebidanan-ii-persalinan.html) serta kesiagaan dalam menghadapi komplikasi
* Mempersiapkan masa [nifas](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/07/pengertian-nifas-dan-tujuan-asuhan-masa.html) dan pemberian ASI Ekslusif
1. Standar Pelayanan Antenatal Di [Komunitas](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/06/konsep-dasar-kebidanan-komunitas.html)

Standar pelayanan asuhan antenatal di [komunitas](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/06/konsep-dasar-kebidanan-komunitas.html) merupakan bagian dari ruang lingkup pelayanan ke[bidan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/pengertian-definisi-bidan-dan-falsafah.html)an yaitu standar 3 – standar 8. Standar tersebut meliputi:

* Standar 3 : identifikasi ibu hamil

[Bidan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/pengertian-definisi-bidan-dan-falsafah.html) melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk penyuluhan dan memotivasi ibu, suami dan anggota keluarganya agar mendorong ibu untuk memeriksakan [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html)nya secara dini dan secara teratur.

* Standar 4 : pemeriksaan dan pematauan antenatal

[Bidan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/pengertian-definisi-bidan-dan-falsafah.html) memberikan sedikitnya 4 kali pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesis dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal. [Bidan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/pengertian-definisi-bidan-dan-falsafah.html) juga harus mengenal [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html) risti/kelainan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS/infeksi HIV; memberikan pelayanan imunisasi, nasehat dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainnya yang diberikan oleh puskesmas. Mereka harus dapat mencatat data yang tepat pada setiap kunjungan. Bila ditemukan kelainan, mereka harus mampu mengambil tindakan yang diperlukan dan merujuknya untuk tindakan selanjutnya.

* Standar 5 : palpasi abdominal

[Bidan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/pengertian-definisi-bidan-dan-falsafah.html) melakukan pemeriksaan abdomen dengan seksama dan melakukan palpasi untuk meperkirakan usia [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html). Bila umur [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html) bertambah, memeriksa posisi, bagian terendah, msuknya kepala ke dalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.

* Standar 6 : pengelolaan anemia pada [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html)

[Bidan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/pengertian-definisi-bidan-dan-falsafah.html) melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan, dan/atau rujukan semua kasus anemia pada [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html) sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

* Standar 7 : pengelolaan dini hipertensi pada [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html)

[Bidan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/pengertian-definisi-bidan-dan-falsafah.html) menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html)dan mengenali tanda serta gejala preeklamsia lainnya, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya.

* Standar 8 : persiapan [persalinan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-asuhan-kebidanan-ii-persalinan.html)

[Bidan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/pengertian-definisi-bidan-dan-falsafah.html) memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami/keluarganya pada trimester III memastikan bahwa persiapan [persalinan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-asuhan-kebidanan-ii-persalinan.html) bersih dan aman dan suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, di samping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat. [Bidan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/pengertian-definisi-bidan-dan-falsafah.html) mengusahakan untuk melakukan kunjungan ke setiap rumah ibu hamil untuk hal ini.

1. Standar Alat Antenatal

Standar peralatan dalam asuhan antenatal meliputi perlatan steril dan tidak steril, bahan-bahan habis pakai, formulir yang disediakan dan obat-obatan.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Peralatan Tidak Steril** | **Peralatan Steril** | **Bahan Habis Pakai** | **Formulir yang Disediakan** | **Obat-Obatan** |
| **Timbangan dewasa****Pengukur tinggi badan****Sphygmomanometer (tensimeter)****Stetoskop****Funduskup****Termometer aksila****Pengukur waktu****Senter****Refleks hammer****Pita pengukur lingkar lengan atas****Pengukur hb****Metline****Bengkok****Handuk kering****Tabung urine****Lampu spiritus****Reagen untuk pemeriksaan urineTempat sampah** | Bak instrumenSpatel lidahSarung tangan(handscoen)Spuit (jarum) | Kasa bersihKapasAlkohol 70%Larutan klorin | Buku KIAKartu statusFormulir rujukanBuku registerAlat tulis kantorKartu penapisan diniKohort  ibu/bayi | Golongan roborantia (Vitamin B6 dan B kompleks)Tablet zat besiVaksin TTKapsul Yodium Obat [KB](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/) |

1. Manajemen Asuhan Antenatal

Manajemen asuhan antenatal di [komunitas](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/06/konsep-dasar-kebidanan-komunitas.html) merupakan langkah-langkah alamiah sistematis yang dilakukan [bidan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/pengertian-definisi-bidan-dan-falsafah.html), dengan tujun untuk mempersiapkan [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html) dan [persalinan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-asuhan-kebidanan-ii-persalinan.html) yang sehat berdasarkan standar yang berlaku. Dalam manajemen asuahan antenatal di [komunitas](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/06/konsep-dasar-kebidanan-komunitas.html), [bidan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/pengertian-definisi-bidan-dan-falsafah.html) harus melakukan kerja sama dengan ibu, keluarga, dan masyarakat megenai persiapan recana kelahiran, penolong [persalinan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-asuhan-kebidanan-ii-persalinan.html), tempat bersalinan, tabung untuk bersalinan, dan mempersiapkan recana apabila terjadi komplikasi.

* 1. Kunjungan Rumah

Kunjungan rumah yang minimal dilakukan selama antenatal care :

Satu kali kunjungan selama trimester I, sebelum minggu ke -14

Satu kali kunjungan selama trimester II, diantara trimester ke-14 sampai minggu ke -28

Dua kali kunjungan selama trimester III, antara minggu ke-28 sampai minggu ke-36 dan setelah minggu ke-36

Kunjungan ideal selama [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html):

* + - 1. Pertama dilakukan sedini mungkin ketika ibu mengatakan terlambat haid 1 bulan
			2. Satu kali setiap bulan sampai usia [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html) 7 bulan
			3. Dua kali setiap bulan sampai usia [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html) 8 bulan
			4. Satu kali setiap minggu samapai usia [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html) 9 bulan
			5. Pemeriksaan khusus apabila ada keluhan
	1. Langkah-langkah dalam pelaksanaan managemen asuhan antenatal di [komunitas](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/06/konsep-dasar-kebidanan-komunitas.html) adalah sebagai berikut:
1. Ciptakan adanya rasa percaya dengan menyapa ibu dan keluarga seramah mungkin  dan membuatnya merasa nyaman
2. Menanyakan riwayat [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html) ibu dengan cara menerapkan prinsip mendengarkan efektif
3. Melakukan anamnesis secara lengkap, terutama riwayat kesehatan ibu dan ke[bidan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/pengertian-definisi-bidan-dan-falsafah.html)an
4. Melakukan peeriksaan seperlunya
5. Melakukan pemeriksaan laboratorium sederhana (misalnya albumin, Hb)
6. Membantu ibu dan keluarga mempersiapkan kelahiran dan kemungkinan tindakan darurat
7. Memberikan konseling sesuai kebutuhan
8. Merencanakan dan mempersiapkan kelahiran yang bersih dan aman dirumah
9. Memberikan nasihat kepada ibu untuk mencari pertolongan apabila ada tanda-tanda seperti perdarahan pervagina, sakit kepala lebih dari biasanya, gangguan penglihatan, pembengkakan pada wajah dan tangan, nyeri abdomen, janin tidak bergerak seperti biasanya
10. Memberikan tablet Fe 90 butir dimulai saat usia [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html) 20 minggu
11. Memberikan imunisasi TT dengan dosis 0,5 cc
12. Menjadwalkan kunjungan berikutnya
13. Mendokumentasikan hasil kunjungan.

**ASUHAN INTRANATAL**

Asuhan Intranatal adalah pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah pertolongan persalinanyang aman yang dilakukan oleh tenaga kesehatan kompeten, yaitu dokter sepesialis kebidanan, dokter umum dan bidan.Tenaga kesehatan yang dapat memberikan pertolongan persalinan kepadamasyarakat adalah dokter sepesialis kebidanan, dokter umum, dan bidan.Pada kenyataan dilapangan, masih terdapat penolong persalinan yang bukantenaga kesehatan, dan dilakukan diluar fasilitas pelayanan kesehatan.

Standar pelayanan kebidanan :

1. Asuhan saat persalinan

Bidan menilai secara tepat bahwa persalinan sudah mulai, kemudianmemberikan asuhan dan pemantauan yang memadahi, denganmemperhatikan kebutuhan klien, selama proses persalinan berlangsung.

1. Persalinan yang aman
	* 1. Bidan melakukan pertolongan persalinan yang aman dengan sikap sopan dan penghargaan terhadap klien serta memperhatikan tradisi setempat
		2. Pengeluaran plasenta dengan penegangan tali pusat
		3. Bidan melakukan penegangan tali pusat dengan benar untuk membantupengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap
		4. Penanganan kala II dengan gawat janin melalui episiotomi.
		5. Bidan mengenali secara tepat tanda-tanda gawat janin pada kala II yanglama, dan segera melakukan episiotomi dengan aman untuk memperlancarpersalinan, diikuti dengan penjahitan perineum

Persiapan asuhan intranatal

* 1. Persiapan Bidan

Persiapan bidan meliputi:

1. Menilai secara tepat bahwa persalinan sudah dimulai, kemudianmemberikan asuhan dan pemantauan yang memadai denganmemperhatikan kebutuhan ibu selama proses persalinan.
2. Mempersiapkan ruangan yang hangat dan bersih serta nyaman untuk persalinan dan kelahiran bayi
3. Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukandan pastikan kelengkapan jenis dan jumlah bahan-bahan yang diperlukanserta dalam keadaan siap pakai pada setiap persalinan dan kelahiran bayi
4. Mempersiapkan persiapan rujukan bersama ibu dan keluarganya. Karena jika terjadi keterlambatan untuk merujuk ke fasilitas yang lebih memadai dan membahayakan keselamatan ibu dan bayinya. Apabila itu dirujuk,siapkan dan sertakan dokumentasi asuhan yang telah diberikan
5. Memberikan asuhan sayang ibu, seperti memberi dukunganemosional,membantu pengaturan posisi ibu, memberikan cairan dan nutrisi,memberikan keleluasan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur,serta melakukan pertolongan persalinan yang bersih dan aman denganteknik pencegahan infeksi
	1. Persiapan rumah dan lingkungan
6. Tersedia ruangan yang bersih dan layak
7. Terdapat sumber air bersih, air panas dan air dingin
8. Tersedianya penerangan yang baik, ranjang sebaiknya diletakan      ditengah-tengah ruangan agar mudah didekati dari kiri maupun kanan,dan cahaya sedapat mungkin tertuju pada tempat persaalinan
9. Terdapat fasilitas telepon yang bisa diakses untuk menghubungi ambulan jika diperlukan saat melakukan rujukan atau tersedianya mobil yang bisadigunakan saat diperlukan untuk merujuk.Persiapan untuk mencegah terjadinya kehilangan panas tubuh berlebihan,perlu disiapkan juga lingkungan yang sesuai bagi bayi baru lahir dengan memastikan bahwa ruangan bersih, hangat, pencahayaan yang cukup dan bebas dari tiupan angin.
	1. Persiapan alat / bidan kit untuk pertolongan persalinan :
* Tensimeter dan Stetoskop
* Jam yang mempunyai detik
* Termometer
* Partus set
* Heacting set
* Bahan habis pakai ( injeksi oksitosin,lidokain,kapas,kasa,detol/lisol)
* Set kegawatdaruratan
* Bengkok
* Tempat sampah basah,kering dan tajam
* Alat –alat proteksi diri

Persiapan ibu dan keluarga diantaranya:

* Waskom besar
* Tempat/ember untuk penyediaan air
* Kendil atau kwali untuk ari-ari
* Satu kebaya (daster)
* Dua kain panjang, satu untuk ibu dan satu untuk ditaruh diatas alas plastik atau karet.
* BH menyusui
* Pembalut
* Satu handuk
* Dua waslap dan sabun
* Perlengkapan pakaian bayi
* Kain halus atau lunak untuk mengeringkan dan membungkus bayi

****

RANGKUMAN

1. Asuhan antenatal adalah pemeriksaan [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html) untuk melihat dan memeriksa keadaan ibu dan janin yang dilakukan secara berkala. Tiap hasil pemeriksaan di ikuti dengan upaya koreksi terhadap penyimpangan yang ditemukan selama [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html). Pengawasan sebelum [persalinan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-asuhan-kebidanan-ii-persalinan.html) terutama ditujukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim .
2. Standar pelayanan asuhan antenatal di [komunitas](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/06/konsep-dasar-kebidanan-komunitas.html) merupakan bagian dari ruang lingkup pelayanan ke[bidan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/pengertian-definisi-bidan-dan-falsafah.html)an yaitu standar 3 – standar 8. Standar tersebut meliputi:
* Standar 3 : identifikasi ibu hamil
* Standar 4 : pemeriksaan dan pematauan antenatal
* Standar 5 : palpasi abdominal
* Standar 6 : pengelolaan anemia pada [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html)
* Standar 7 : pengelolaan dini hipertensi pada [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html)
* Standar 8 : persiapan [persalinan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-asuhan-kebidanan-ii-persalinan.html)
1. Standar peralatan dalam asuhan antenatal meliputi perlatan steril dan tidak steril, bahan-bahan habis pakai, formulir yang disediakan dan obat-obatan
2. Asuhan Intranatal adalah pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah pertolongan persalinanyang aman yang dilakukan oleh tenaga kesehatan kompeten, yaitu dokter sepesialis kebidanan, dokter umum dan bidan.Tenaga kesehatan yang dapat memberikan pertolongan persalinan kepadamasyarakat adalah dokter sepesialis kebidanan, dokter umum, dan bidan
3. Persiapan untuk pertolongan persalinan : tensimeter, stetoskop, monoaural, jam yang mempunyai detik, termometer,partus set,heacting set, bahan habis pakai ( injeksi oksitosin,lidokain,kapas,kasa,detol/lisol), set kegawatdaruratan, bengkok, tempat sampah basah,kering dan tajam, alat –alat proteksi diri, waskom besar, tempat/ember untuk penyediaan air, kendil atau kwali untuk ari-ari, tempat untuk cuci tangan (air mengalir)+sabun+handuk kering, satu kebaya (daster), dua kain panjang, satu untuk ibu dan satu untuk ditaruh diatas alas plastik atau karet, bh menyusui, pembalut, satu handuk, sabun, dua waslap, perlengkapan pakaian bayi, selimut bayi, kain halus atau lunak untuk mengeringkan dan membungkus bayi.

** TUGAS**

 Lakukan penyusunan makalah, kunjungan ke BPS/Polindes dan presentasikan !

1. SPM alat, tempat, standar pelayanan antenatal di komunitas
2. SPM: alat, tempat, standar pelayanan intranatal
3. Persiapan ibu dan keluarga menjelang persalinan



 **POST TEST**

Kerjakan soal berikut ini tanpa melihat kunci jawaban. Setelah selesai cocokkan dengan kunci jawaban untuk mengetahui nilai yang diperoleh.

1. Asuhan antenatal adalah pemeriksaan [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html) untuk melihat dan memeriksa keadaan ibu dan janin yang dilakukan secara ..
2. Berkala c. teratur
3. Bertahap d. sering
4. Standar 3 pada pelayanan asuhan antenatal di [komunitas](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/06/konsep-dasar-kebidanan-komunitas.html) mencakup tentang..
5. identifikasi ibu hamil
6. pemeriksaan dan pematauan antenatal
7. palpasi abdominal
8. pengelolaan anemia pada [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html)
9. Standar 5 pada pelayanan asuhan antenatal di [komunitas](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/06/konsep-dasar-kebidanan-komunitas.html) mencakup tentang..
10. identifikasi ibu hamil
11. pemeriksaan dan pematauan antenatal
12. palpasi abdominal
13. pengelolaan anemia pada [kehamilan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/materi-konsep-dasar-kehamilan-lengkap.html)
14. dibawah ini merupakan standar peralatan dalam asuhan antenatal, kecuali ..
15. Alat steril c. Obat-obatan
16. Alat tidak steril d. Alat mandi
17. Tenaga kesehatan yang dapat memberikan pertolongan persalinan kepada masyarakat , kecuali...
18. dokter sepesialis kebidanan c. dokter umum
19. dukun d. bidan

KUNCI JAWABAN

1. A
2. A
3. C
4. D
5. B

 **EVALUASI**

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68 % atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Asuhan Kebidanan Komunitas. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.

**MODUL VI. ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS**

1. Tema Modul : Modul Praktikum Asuhan Kebidanan di Komunitas
2. Mata Kuliah/Kode : Asuhan Kebidanan Komunitas /Bd.5.306
3. Jumlah SKS : 4 SKS (T:2, P:2)
4. Alokasi waktu : P=320 menit
5. Tujuan Pembelajaran :

Mahasiswa mampu menjelaskan Asuhan kebidanan dikomunitas; polindes, Tempat praktik (BPS), posyandu:

1. Asuhan postnatal di komunitas berdasarkan
* SPM; alat dan tempat, standar pelayanan postnatal
* Jadwal kunjungan di rumah dan di yankes (polindes/BPS)
* Postpartum group
1. Asuhan bayi baru lahir dan neonatus di komunitas berdasarkan
* SPM; alat, tempat, standar pelayanan bayi baru lahir dan neonates
* Jadwal kunjungan bayi
1. Gambaran umum modul :

Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum materi asuhan kebidanan di komunitas dengan penyusanan makalah, kunjungan BPS/ Polindes, dan presentasi.

1. Karakteristik mahasiswa (Prasyarat) :

Modul ini ditujukan bagi mahasiswa Prodi D III Kebidanan Magelang Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran teori materi asuhan kebidanan di komunitas.

1. Target Kompetensi :

Mahasiswa dapat menjelaskan memberikan asuhan kebidanan dikomunitas

1. Indikator :

Mahasiswa mampu memberikan asuhan kebidanan dikomunitas

1. Materi pembelajaran : Terlampir
2. Stratategi pembelajarn : Diskusi, tanya jawab, penyusunan makalah,kunjungan BPS/Polindes, presentasi
3. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
4. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :
5. Bagi Peserta didik
	* + 1. Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
			2. Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi

Melakukan penyusunan makalah, kunjungan ke BPS/Polindes dan presentasi :

1. SPM; alat dan tempat, standar pelayanan postnatal
2. SPM; alat, tempat, standar pelayanan bayi baru lahir dan neonatus
3. Peran Pendidik / Dosen
	* + - 1. Sebagai fasilitator
				2. Sebagai mediator
4. Metode evaluasi : tanya jawab, penyusunan makalah,presentasi

Metode penilaian : Nilai penyusunan makalah, ketrampilan prtaktek dalam presentasi

1. Daftar Pustaka
2. Cronk, M and flint, C (1992). Community midwifery: A Practical Guide, butterwood-Heinemenn Ltd, Linacre house, Jordan hill, Oxford
3. Bernett, VR and Brown, Lk (1993). Milles Text Book for midwives, twelfth edition. Churchill Livingstone
4. Kitzinger, S (1995). Homebirth and other alternatives to hospital. Darling Kindersley Ltd, Londen
5. Klien, S (1998), A Book for Midwives: A manual for Traditional Birth Attendants and Comunity Midwives, The hesperian Foundation, Berkley, California, USA
6. Prawiro hardjo, S (1997), Ilmu Kebidanan. YBPSP, UI Jakarta
7. Saifudin, A.B. et.al (2000) Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan YBPSP. Jakarta
8. Saifudin, A.B. dkk (2002) Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Neonatal, YBPSP Jakarta.
9. Dunkey, J (2000). Health promotion in midwifery Practice; A resource for health Professionals, An imprint of harcourt Publishers Ltd, Bailiere Tindall, londen
10. Walsh, Lv (2001). Midwifery : community Based care During The Chilbearing Year. WB Sanders Company, USA..
11. Asuhan Kebidanan komunitas, EGC, Runjati
12. Pedoman desa siaga, Kemenkes
13. Pemberdayaan Masyarakat, Kepmenkes

materi

1. **ASUHAN POSTNATAL**

Asuhan postnatal adalah suatu bentuk manajemen kesehatan yang dilakukan pada ibu nifas dimasyarakat.Pemberian asuhan secara menyeluruh, tidak hanya kepada ibu nifas, akan tetapi pemberian asuhan melibatkan seluruh keluarga dan anggotamasyarakat disekitaranya.

1. Jadwal Kunjungan

Kunjungan dilakukan paling sedikit 4 kali selama ibu dalam masa nifas
Kegiatan yang dilakukan selama kunjungan meliputi pencegahan, pendeteksian, dan penanganan masalah yang terjadi pada masa nifas

* Kunjungan ke I : Dilakukan pada 6-8 jam setelah ibu melahirkan, cegah dan deteksi adanya perdarahan, lakukan konseling untuk mencegah perdarahan, lakukan hubungan antara ibu dan bayi, motivasi Inisiasi Dini serta jaga bayi dari keadaan hipotermi
* Kunjungan ke II : Kunjungan ke dua pada ibu nifas dilakukan enam hari setelah persalinan, bertujuan untuk memastikan involusi berjalan normal, tanda-tanda infeksi dan perdarahan, nutrisi dan istirahat adequate,ASI optimal dan konseling mengenai suhan bayi
* Kunjungan ke III : Dilakukan dua minggu setelah ibu melahirkan, mengevaluasi perjalanan postpartum, kesejahteraan ibu dan bayi, mengevaluasi kemajuan psikologis ibu terhadap peran baru dan pengalaman persalinan, eratkan hubungan saling percaya dan konseling sesuai kebutuhan
* Kunjungan ke IV : Kunjungan akhir pada ibu nifas, dilakukan pada minggu ke enam setelah ibu melahirkan, melakukan evaluasi normalitas puerperium, Identifikasi kebutuhan ibu terutama mengenai kontrasepsi
1. Kelompok Postpartum

Salah satu bentuk kelompok atau organisasi kecil dari ibu nifas. Bertujuan untuk mendeteksi, mencegah, dan mengatasi permasalahan-permasalahan yang timbul masa nifas. Program Ibu NifasKunjungan pada ibu nifas dan neonatus, ASI eksklusif, tablet tambah darah dan vitaminA.

1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan bersamaan dengan kunjungan pada ibu nifas dan neonates. Data yang dibutuhkan antara lain : jumlah ibu nifas; kebiasaan atau tradisi setempat; permasalahan pada masa nifas; sumber daya masyarakat; dan penentu kebijakan

1. Mengatur Strategi

Pendekatan dengan keluarga ibu, tomas, togam, kepala desa dan kader sebagai pengambil keputusan dan penentu kebijakan sangat diperlukan untuk mewujudkan suatu kelompok ibu nifas

1. Perencanaan

Buat usulan atau proposal yang didalamnya memuat tentang latar belakangdan tujuan dari pembentukan kelompok. Perencanaan meliputi kegiatan yang kan dilakukan, tempat dan waktu, anggaran, serta peserta

1. Pelaksanaan
Jadikan contoh (Role Model) orang sebagai penentu kebijakan dan lakukan diskusi untuk membentuk susunan organisasi.Bidan bisa sebagai narasumber,kemudian buat rencana tindak lanjut
2. Evaluasi

Dilakukan pada akhir masa nifas, setelah kunjungan ke-4. Pastikan bahwa tujuan akhir dari pembentukan kelompok benar-benar tercapai, ibu dan bayi sehat, serta nifas berjalan normal

1. **ASUHAN BAYI BARU LAHIR DAN NEONATUS**
2. Standart Pelayanan Bayi Baru Lahir Dan Neonatus

Standar 13 : Menilai kondisi bayi baru lahir dan membantu dimulainya pernafasan serta mencegah hipotermi, hipokglikemia dan infeksi 2. Pernyataan standar: Bidan memeriksa dan menilai bayi baru lahir untuk memastikan pernafasan spontan mencegah hipoksia sekunder, menemukan kelainan, dan melakukan tindakan atau merujuk sesuai dengan kebutuhan. Bidan juga harus mencegah dan menangani hipotermia

1. Alat
2. Sabun, air bersih dan handuk untuk mencuci tangan, handuk lembut yang bersih untuk bayi, kain yang bersih dan kering untuk bayi, thermometer, timbangan bayi
3. Obat tetes mata : salep mata tetrasiklin 1%, klorampenikol 1% atau eritromisin 0,5% 4)
4. Kartu Ibu
5. Kunjungan neonatal kepada neonatus sedikitnya dilakukan 3 kali yaitu:

• Kunjungan neonatal I (KN1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir

• Kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari

• Kunjungan neonatal III(KN3) pada hari ke 8 – 28 hari Kunjungan neonatus bertujuan untuk meningkatkan akses neonatus terhadap pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin komplikasi yang terjadi pada bayi sehingga dapat segera ditangani dan bila tidak dapat ditangani maka dirujuk ke fasilitas yang lebih lengkap untuk mendapatkan perawatan yang optimal

1. Tempat

Pelayanan kesehatan diberikan oleh dokter/bidan/perawat, dapat dilaksanakan dipuskesmas atau melalui kunjungan rumah.Pelayanan yang diberikan mengacu padapedoman ManajemenTerpadu Balita Sakit(MTBS) pada algoritma bayi muda (ManajemenTerpadu Bayi Muda/MTBM). Pemeriksaan menggunakan pendekatan MTBM Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare,berat badan rendah dan Masalah pemberian ASI. PemberianVitamin K1, Imunisasi Hepatitis B-0 bila belum diberikan pada waktu perawatan bayi baru lahir. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif, pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir di rumah termasuk perawatan tali pusat dengan menggunakan Buku KIA. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan.

****

RANGKUMAN

1. Asuhan postnatal adalah suatu bentuk manajemen kesehatan yang dilakukan pada ibu nifas dimasyarakat. Pemberian asuhan secara menyeluruh, tidak hanya kepada ibu nifas, akan tetapi pemberian asuhan melibatkan seluruh keluarga dan anggota masyarakat disekitaranya.
2. Kunjungan dilakukan paling sedikit 4 kali selama ibu dalam masa nifas :
* Kunjungan ke I : Dilakukan pada 6-8 jam setelah ibu melahirkan
* Kunjungan ke II : Kunjungan ke dua pada ibu nifas dilakukan enam hari setelah persalinan
* Kunjungan ke III : Dilakukan dua minggu setelah ibu melahirkan
* Kunjungan ke IV : Kunjungan akhir pada ibu nifas, dilakukan pada minggu ke enam setelah ibu melahirkan
1. Kelompok Postpartum adalah salah satu bentuk kelompok atau organisasi kecil dari ibu nifas. Bertujuan untuk mendeteksi, mencegah, dan mengatasi permasalahan-permasalahan yang timbul masa nifas. Program Ibu Nifas Kunjungan pada ibu nifas dan neonatus, ASI eksklusif, tablet tambah darah dan vitaminA.
2. Standar 13 adalah standart pelayanan bayi baru lahir dan neonatus : Menilai kondisi bayi baru lahir dan membantu dimulainya pernafasan serta mencegah hipotermi, hipokglikemia dan infeksi . Pernyataan standar: Bidan memeriksa dan menilai bayi baru lahir untuk memastikan pernafasan spontan mencegah hipoksia sekunder, menemukan kelainan, dan melakukan tindakan atau merujuk sesuai dengan kebutuhan. Bidan juga harus mencegah dan menangani hipotermia.
3. Kunjungan neonatal kepada neonatus sedikitnya dilakukan 3 kali yaitu:

• Kunjungan neonatal I (KN1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir

• Kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari

• Kunjungan neonatal III(KN3) pada hari ke 8 – 28 hari

**TUGAS**

 Lakukan penyusunan makalah, kunjungan ke BPS/Polindes dan presentasikan!

1. SPM; alat dan tempat, standar pelayanan postnatal
2. SPM; alat, tempat, standar pelayanan bayi baru lahir dan neonatus

**POST TEST**

Kerjakan soal berikut ini tanpa melihat kunci jawaban. Setelah selesai cocokkan dengan kunci jawaban untuk mengetahui nilai yang diperoleh.

1. Asuhan postnatal adalah suatu bentuk manajemen kesehatan yang dilakukan pada ibu nifas dimasyarakat. Pemberian asuhan secara
2. Teratur c. Bertahap
3. Sering d. Menyeluruh
4. Kunjungan ke II ibu dalam masa nifas dilakukan pada..
5. 6-8 jam setelah ibu melahirkan
6. enam hari setelah persalinan
7. dua minggu setelah ibu melahirkan
8. minggu ke enam
9. Kunjungan ke IV ibu dalam masa nifas dilakukan pada..
10. 6-8 jam setelah ibu melahirkan
11. enam hari setelah persalinan
12. dua minggu setelah ibu melahirkan
13. minggu ke enam
14. salah satu program Ibu Nifas Kunjungan pada ibu nifas dan neonates adalah..
15. Vitamin A c. persiapan melahirkan
16. Fe untuk ibu hamil d. Gizi ibu hamil
17. Standar 13 adalah standart pelayanan bayi baru lahir dan neonates yang mencakup dibawah ini, kecuali...
18. Menilai kondisi bayi baru lahir serta
19. membantu dimulainya pernafasan
20. merujuk sesuai dengan kebutuhan
21. mencegah hipotermi, hipokglikemia dan infeksi

KUNCI JAWABAN

1. D
2. B
3. D
4. A
5. C

**EVALUASI**

Lakukan evaluasi skor post tesdan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat penguasaan 68 % atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata Asuhan Kebidanan Komunitas. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.





MODUL ViI. asuhan kebidanan komunitas

1. Tema Modul : Modul Praktikum Asuhan Kebidanan Komunitas
2. Mata Kuliah/Kode : Asuhan Kebidanan Komunitas /Bd.5.306
3. Jumlah SKS : 4 SKS (T:2, P:2)
4. Alokasi waktu : 320 menit
5. Tujuan Pembelajaran :

Mahasiswa mampu menjelaskan asuhan kebidanan dikomunitas; polindes, Tempat praktik (BPS),posyandu:

1. Asuhan kesehatan bayi balita dikomunitas berkaitan dengan program pemerintah
* SPM; alat dan tempat, standar pelayanan bayi balita
* Jadwal kunjungan
* Pemantauan pertumbuhan&perkembangan/deteksi dini
* Program Imunisasi
1. Pelayanan kontrasepsi dan KB di masyarakat
2. Pelayanan Lansia yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi di masyarakat
3. Gambaran umum modul :

Modul ini secara khusus akan membahas praktikum materi asuhan kebidanan di komunitas dengan roleplay.

1. Karakteristik mahasiswa :

Modul ini ditujukan bagi mahasiswa Prodi D III Kebidanan Magelang Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran teori materi asuhan kebidanan di komunitas.

1. Target Kompetensi :

Mahasiswa dapat memberikan asuhan kebidanan dikomunitas

1. Indikator :

Mahasiswa mampu memberikan asuhan kebidanan dikomunitas

1. Materi pembelajaran : Terlampir
2. Stratategi pembelajaran : Diskusi, tanya jawab, roleplay
3. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
4. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :
5. Bagi Peserta didik
6. Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
7. Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi

Melakukan roleplay SPM Program Imunisasi, Pelayanan kontrasepsi dan KB di masyarakat, Pelayanan Lansia yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi di masyarakat

1. Peran Pendidik / Dosen
2. Sebagai fasilitator
3. Sebagai mediator
4. Metode evaluasi : tanya jawab, praktik roleplay
5. Metode penilaian : Nilai praktik roleplay, responsi
6. Daftar Pustaka
7. Cronk, M and flint, C (1992). Community midwifery: A Practical Guide, butterwood-Heinemenn Ltd, Linacre house, Jordan hill, Oxford
8. Bernett, VR and Brown, Lk (1993). Milles Text Book for midwives, twelfth edition. Churchill Livingstone
9. Kitzinger, S (1995). Homebirth and other alternatives to hospital. Darling Kindersley Ltd, Londen
10. Klien, S (1998), A Book for Midwives: A manual for Traditional Birth Attendants and Comunity Midwives, The hesperian Foundation, Berkley, California, USA
11. Prawiro hardjo, S (1997), Ilmu Kebidanan. YBPSP, UI Jakarta
12. Saifudin, A.B. et.al (2000) Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan YBPSP. Jakarta
13. Saifudin, A.B. dkk (2002) Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Neonatal, YBPSP Jakarta.
14. Dunkey, J (2000). Health promotion in midwifery Practice; A resource for health Professionals, An imprint of harcourt Publishers Ltd, Bailiere Tindall, londen
15. Walsh, Lv (2001). Midwifery : community Based care During The Chilbearing Year. WB Sanders Company, USA..
16. Asuhan Kebidanan komunitas, EGC, Runjati
17. Pedoman desa siaga, Kemenkes
18. Pemberdayaan Masyarakat, Kepmenkes

 **MATERI**

1. **ASUHAN KESEHATAN BAYI BALITA DIKOMUNITAS**
2. Peralatan Yang Digonakan Dalam Asuhan Kesehatan Bayi Balita Dikomunitas
3. Pengukur/meteran/penggaris/Stadiometer
4. Penimbang BB
5. Termometer dan spekulum
6. Optalmoskop
7. Arloji berdetik
8. Manset :
* Bayi baru lahir ukurannya : lebar kantong 2,5- 4,0 cm dan panjang Kantongnya 5,0-9,0 cm
* Bayi ukurannya:lebar kantong 4,0-6,0 cm dan panjang kantongnya 5,0-9,0 cm
* Anak-anak lebar kantong 7,5-9,0 Cm dan panjang kantongnya 17,0-19,0 cm
1. Stesoskop
2. Spatel lidah
3. Garpu tala
4. Senter
5. Gambar warna
6. Standart Pelayanan Asuhan Kebidanan Pada Bayi Dan Balita

Standar minimal pelayanan bayi balita : Cakupan kunjungan bayi umur 1 – 12 bulan di sarana pelayanan kesehatan maupun di rumah,posyandu, tempat penitipan anak, panti asuhan, dan sebagainya melalui kunjungan petugas. Pelayanan kesehatan tersebut meliputi deteksiϖ dini kelainan tumbuh kembang bayi (DDTK), stimulasi perkembangan bayi,MTBM,MTBS dan penyuluhan perawatan kesehatan bayi di rumah menggunakan Buku KIA yang diberikan oleh dokter, bidan dan perawat yang memiliki kompetensi klinis

1. Jadwal Kunjungan
2. Kunjungan Bayi :
* Kunjungan bayi satu kali pada umur 29 hari – 2 bulan
* Kunjungan bayi satu kali pada umur 3 – 5 bulan
* Kunjungan bayi satu kali pada umur 6 – 8 bulan
* Kunjungan bayi satu kali pada umur 9 – 11 bulan
1. Kunjungan Balita
* Anak berumur sampai 5 bulan diperiksa setiap bulan
* Kemudian pemeriksaan dilakukan setiap 2 bulan sampai anak berumur 12 bulan
* Setelah itu pemeriksaan dilakukan setiap 6 bulan sampai anak berumur 24 bulan
* Selanjutnya pemeriksaan dilakukan satu kali se-tahun
1. Pemantauan Tumbuh Kembang Bayi dan Balita/Deteksi Dini
2. Pelaksanaan deteksi dini adalah upaya deteksi dini dilaksanakan oleh tenaga professional, kader dan orang tua atau anggota keluarga lainnya yang mampu dan terampil dalam melaksanakan deteksi dini.Kegiatan ini dapat dilakukan di pusat- pusat pelayanan kesehatan, di posyandu, di sekolah-sekolah dan dilingkungan rumah tangga
3. Alat untuk melakukan deteksi dini Alat untuk deteksi dini berupa tes skrining yang telah distandardisasi untuk menjaring anak yang mempunyai kelainan dari mereka yang normal. Macam-macam tes skrining yang digunakan adalah : 1. Berat badan menurut umur 2. Pengukuran lingkaran kepala anak 3. Denver Development stress test (DDST) 4. Kuisioner perilaku Anak Prasekolah (KPAP) 5. Tinggi/panjang badan (TB) terhadap umur
4. No. Kelompok Umur Jadwal Deteksi Dini 1. Bayi Pada bayi umur 0 – 28 hari Pada bayi 1 – 11 bulan, deteksi dini dilakukan saat umur 3 bulan, 6 bulan dan 9 bulan 2. Anak balita Deteksi dini dilakukan setiap 6 bulan, yaitu umur 12 bulan, 18 bulan, 24 bulan, 30 bulan, 36 bulan, 42 bulan, 48 bulan, dan 54 bulan 3. Anak prasekolah Deteksi dini dilakukan setiap 6 bulan, yaitu umur 48 bulan, 54 bulan, 60 bulan, 66 bulan dan 72 bulan Jadwal Kegiatan Deteksi Dini
5. Program Immunisasi
6. Immunisasi adalah upaya yang dilakukan untuk memperoleh kekebalan tubuh manusia terhadap penyakit tertentu. • Proses Immunisasi ialah memasukkan vaksin atau serum ke dalam tubuh manusia, melalui oral atau suntikan. Tubuh dirangsang untuk membentuk antibody yang dapat memproduksi anti toksin. Kehadiran anti toksin dapat menetralisir toksin yang dikeluarkan oleh kuman penyakit yang masuk ke dalam tubuh manusia.
7. Penyakit yang dapat dicegah dengan Immunisasi a) Difteri b) Pertusis c) Tetanus d) Poliomyelitis e) Campak f) Hepatitis B
8. Kebijakan Immunisasi a. Jangkauan pelayanan ditingkatkan b. Semua Puskesmas dan Pustu memberikan pelayanan Immunisasi c. Skrining secara ketat dilaksanakan untuk menghindarkan hilangnya kesempatan Immunisasi. d. Pelaksanaan program dilakukan secara steril digunakan untuk tiap suntikan e. Satu jarum dan satu syaringe steril digunakan untuk tiap suntikan f. Penyuluhan dilakukan untuk menunjang program g. Dampak program terhadap penyakit yang dapat diatasi melalui Immunisasi h. Pemantauan kegiatan Immunisasi secara lintas sektor dan lintas program
9. Jadwal Immunisasi Dasar Bayi
* 0 – 7 hari : Hb Unijec
* 1 Bulan : BCG, Polio 1
* 0 2 Bulan : Pentavalen1, Polio2
* 3 Bulan : Pentavalen2, Polio3
* 4 Bulan : Pentavalen3, Polio4
* 9 Bulan : Campak
1. **PELAYANAN KONTRASEPSI DAN KB DI MASYARAKAT**
2. Kontrasepsi ialah usaha – usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan. Usaha- usaha itu dapat bersifat sementara,dapat pula bersifat permanen.

KBmerupakan salah satu saranabagi setiap keluarga baru untukmerencanakanpembentukan keluarga ideal, keluarga kecilbahagia dan sejahtera lahirdanbatin. KeluargaBerencanaadalah salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalanmemberikan nasihat perkawinan,pengobatan kemandulandan penjarangan kelahiran.

1. Manfaat Usaha Keluarga Berencana Di Pandang Dari Segi Kesehatan
2. Untuk ibu : dengan tujuan mengatur jumlah dan jarak kelahiran. ibu mendapat manfaat berupa : Ø Perbaikan kesehatan badan karena tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek. Ø peningkatan kesehatan mental dan sosial yang dimungkinkan oleh adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak-anak, untuk beristirahat dan menikmati waktu luang serta melakukan kegiatan- kegiatan lainnya.
3. Untukanak-anaklain :Memberikan kesempatankepada mereka agar perkembangan fisiknyalebih baik karenasetiap anakmemperoleh makananyang cukupdari sumber yang tersedia dalam keluarga. Ø Perkembanganmental dan sosialnyalebih sempurna karenapemeliharaan yang lebih baikdanlebih banyakwaktu yangdapat diberikan oleh ibu untuksetiap anak. Ø perencanaan kesempatanpendidikan yanglebih baik karenasumber-sumberpendapatan keluargatidak habis untukmempertahankanhidup semata-mata.
4. Untukayah :Untukmemberikankesempatanagar dapat memperbaiki kesehatanmental dan socialkarenakecemasan berkurangserta lebih banyakwaktuyangtertuanguntuk keluarganya.
5. Peserta KB akanmendapatpelayanan dengancara sebagai berikut :
6. Pasanganusia subur yang istrinya mempunyaikeadaan “4 terlalu”,yaitu terlalu muda, terlalu banyak anak, terlalu sering hamil,dan terlalu tua akan mendapat prioritas pelayanan KB.
7. Peserta KB diberikan pengertian mengenaimetode kontrasepsi dengan keuntungandankelemahanmasing-masing sehinggaia dapat menentukanpilihannya.
8. Harus mendapatinformasi mengenaimetode kontrasepsi dengankeuntungandan kelemahannyasehinggaia dapat menentukanpilihannya.
9. Harus dilakukanpemeriksaan fisik sebelumpelayanan KB diberikan kepada klien agar dapat ditentukanmetode yang paling cocok denganhasil pemeriksaannya.
10. Harus mendapatkaninformasi tentangkontradiksi pemakaian berbagai metode kontrasepsi.
11. Tahapan kegiatan konseling dalam pelayanan KB dapat dirinci dalam tahapan sebagai berikut : KIE Motivasi – Bimbingan – Rujukan - KIP/K - Pelayanan Kontrasepsi - Tindak Lanjut ( Pengayoman). Adapun uraian dari masing- masing kegiatan motivasi bimbingan konseling dalam gerakan KB Nasional adalah : Pesan yang disampaikan dalam Kegiatan KIE tersebut pada umumnya meliputi 3 hal yaitu tentang :
12. Pengertian dan manfaat KB bagi kesehatan dan kesejahteraan keluarga
13. Proses terjadinya kehamilan pada wanita (yang penting dalam kaitannya menerangkan cara kerja alat / metode kontrasepsi)
14. Jenis alat / metode kontrasepsi yang ada , cara pemakaian cara kerjanya serta lama pemakaiannya.
15. Setiap pasangan suami istri (klien) yang dirujuk oleh petugas lapangan KB ke klinik, sebelum memperoleh pelayanan kontrasepsi harus mendapatkan pelayanan KIP/K terlebih dahulu. Beberapa tahap yang perlu dilakukan dalam KIP/K adalah :
16. Menjajaki apa alasan klien memilih alat / metode kontrasepsi tersebut
17. Menjajaki apakah klien sudah mengetahui / memahami alat / metode kontrasepsi yang dipilihnya tersebut
18. Menjajaki apakah klien mengetahui jenis alat / metode kontrasepsi lain
19. Bila belum mengetahui, perlu diberikan informasi mengenai hal hal diatas
20. Berikan klien kesempatan untuk mempertimbangkan pilihannya kembali, kontrasepsi apa yang akan dipakai
21. Jika diperlukan bantulah klien dalam proses pengambilan keputusan
22. Berilah klien informasi bahwa apapun pilihannya sebelum diberikan pelayanan klien akan diperiksa terlebih dahulu kesehatannya sehingga belum tentu alat / metode kontrasepsi yang dipilihnya tersebut secara medis cocok buat dirinya. Hasil pembicaraan dengan klien diatas dicatat pada kartu konseling. Sesudah klien mengambil keputusan tentang alat / metode kontrasepsi yang akan dipakainya.
23. Pemeriksaan kesehatan yang dilakukan meliputi anamnesis dan pemeriksaan fisik. Apabila dari hasil pemeriksaan kesehatan tidak didapati kontraindikasi, maka pelayanan kontrasepsi dapat dilakukan. Untuk pelayanan metode kontrasepsi jangka panjang yaitu IUD, implant, dan kontap sebelum pelayanan dimulai kepada klien diminta untuk menandatangai informed consent form.
24. Selesai mendapatkan pelayanan kontrasepsi, petugas melakukan pemantauan kepada keadaan peserta KB dan diserahkan kembali kepada petugas lapangan KB. Hal ini karena pola pendekatan para PLKB adalah dengan kunjungan ke rumah-rumah para peserta KB khususnya peserta KB baru. Oleh karena itu tugas kunjungan ini sekaligus dapat dimanfaatkan untuk memantau keadaan para peserta KB baru apakah dalam keadaan sehat ataukah mengalami efek samping ataupun komplikasi.
25. **PELAYANAN LANSIA YANG BERKAITAN DENGAN KESEHATAN REPRODUKSI DI MASYARAKAT**
26. Upaya Pelayanan Kesehatan terhadap Lansia

Upaya pelayanan kesehatan terhadap lansia meliputi azas, pendekatan, dan jenis pelayanan kesehatan yang diterima.

1. Pendekatan

Menurut World Health Organization (1982), pendekatan yang digunakan adalag sebagai berikut :

1. Menikmati hasil pembangunan (sharing the benefits of social development)
2. Masing-masing lansia mempunyai keunikan (individuality of aging persons)
3. Lansia diusahakan mandiri dalam berbagai hal (nondependence)
4. Lansia turut memilih kebijakan (choice)
5. Memberikan perawatan di rumah (home care)
6. Pelayanan harus dicapai dengan mudah (accessibility)
7. Mendorong ikatan akrab antar kelompok/ antar generasi (engaging the aging)
8. Transportasi dan utilitas bangunan yang sesuai dengan lansia (mobility)
9. Para lansia dapat terus berguna dalam menghasilkan karya (productivity)
10. Lansia beserta keluarga aktif memelihara kesehatan lansia (self help care and family care)
11. Jenis
12. Promotif

Upaya promotif juga merupakan proses advokasi kesehatan untuk meningkatkan dukungan klien, tenaga profesional dan masyarakat terhadap praktek kesehatan yang positif menjadi norma-norma sosial.Upaya perlindungan kesehatan bagi lansia sebagai berikut :

* 1. Mengurangi cedera
	2. Meningkatkan keamanan di tempat kerja
	3. Meningkatkan perlindungan  dari kualitas udara yang buruk
	4. Menibgkatkan keamanan, penanganan makanan dan obat-obatan
	5. Meningkatkan perhatian terhadap kebutuhan gigi dan mulut
1. Preventif

Mencakup pencegahan primer, sekunder dan tersier. Contoh pencegahan primer : program imunisasi, konseling, dukungan nutrisi, exercise, keamanan di dalam dan sekitar rumah, menejemen stres, menggunakan medikasi yang tepat.

Melakukakn pencegahan sekuder meliputi pemeriksaan terhadap penderita tanpa gejala. Jenis pelayanan pencegahan sekunder: kontrol hipertensi, deteksi dan pengobatan kanker, skrining : pemeriksaan rektal, mamogram, papsmear, gigi, mulut.

Melakukan pencegahan tersier dilakukan sesudah gejala penyakit dan cacat. Jenis pelayanan mencegah berkembangnya gejala dengan memfasilisasi rehabilitasi, medukung usaha untuk mempertahankan kemampuan anggota badan yang masih bnerfungsi

1. Rehabilitatif

Prinsip :

1. Pertahankan lingkungan aman
2. Pertahankan kenyamanan, istirahat, aktifitas dan mobilitas
3. Pertahankan kecukupan gizi
4. Pertahankan fungsi pernafasan
5. Pertahankan aliran darah
6. Pertahankan kulit
7. Pertahankan fungsi pencernaan
8. Pertahankan fungsi saluran perkemihaan
9. Meningkatkan fungsi psikososial
10. Pertahankan komunikasi
11. Mendorong pelaksanaan tugas
12. Hukum dan Perundang-undangan yang Terkait dengan Lansia
13. UU No. 4 tahun 1965 tentang Pemberian Bantuan bagi Orang Jomp.
14. UU No.14 tahun 1969 tentang Ketentuan Pokok Mengenai Tenaga Kerja
15. UU No.6 tahun 1974 tentang Ketentuan Pokok Kesejahteraan Sosial
16. UU No.3 tahun 1982 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja
17. UU No.2 tahun 1989 tentang Sistem Pendidikan Nasional
18. UU No. 2 tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian
19. UU No.4 tahun 1992 tentang Perumahan dan Pemukiman
20. UU No.10 tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera
21. UU No.11 tahun 1992 tentang Dana Pensiun
22. UU No.23 tahun 1992 tentang Kesehatan
23. PP No.21 tahun 1994 tentang Penyelenggaraan Pembangunan Keluarga Sejahtera
24. PP No.27 tahun 1994 tentang Pengelolaan Perkembangan Kependudukan
25. UU No. 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia (tambahan lembaran negara Nomor 3796) sebagai pengganti UU No.4 tahun 1965 tentang Pemberian Bantuan bagi Orang Jompo.
26. UU No. 13 tahun 1998 ini berisikan antara lain :
* Hak, kewajiban, tugas, serta tanggung jawab pemerintah, masyarakat, dan kelembagaan
* Upaya pemberdayaan
* Upaya peningkatan kesejahteraan sosial lansia potensial dan tidak potensial
* Pelayanan terhadap lansia
* Perlindungan sosial
* Bantuan sosial
* Koordinasi
* Ketentuan pidana dan sanksi administrasi
* Ketentuan peralihan
1. Peran Bidan
	* 1. Bidan harus memberikan rasa hormat kepada klien tanpa memperhatikan suku, ras, gol, pangkat, jabatan, status social, maslah kesehatan.
		2. Menjaga rahasia klien
		3. Melindungi klien dari campur tangan pihak yang tidak kompeten, tidak etis, praktek illegal.
		4. Bidan berhak mnerima jasa dari hasil konsultasi danpekerjaannya
		5. Bidan menjaga kompetesi keperawatan
		6. Bidan memberikan pendapat dan menggunakannya. Kompetei individu serta kualifikasi daalm memberikan konsultasi
		7. Berpartisipasi aktif dalam kelanjutanyaperkembangannya body of knowledge
		8. Berpartipitasi aktif dalam meningkatan standar professional
		9. Berpatisipasi dalam usaha mencegah masyarakat, dari informasi yang salah dan misinterpretasi dan menjaga integritas perawat
		10. Bidan melakukan kolaborasi dengan profesi kesehatannya yang lain atau ahli dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat termasuk pada lansia.
2. Program Pemerintah dalam Meningkatkan Kesehatan Masyarakat Khususnya Lansia

Contoh upaya pemerintah di negara maju dalam meningkatkan kesehatan masyarakatnya, diantaranya adanya medicare dan medicaid. Medicare adalah program asuransi social federal yang dirancang untu menyediakan perawatan kesehatan bagi lansia yang memberikan jaminan keamanan social. Medicare dibagi 2 : bagian A asuransi rumah sakit dan B asuransi medis. Semua pasien berhak atas bagian A, yang memberikan santunan terbatas untuk perawatan rumah sakit dan perawatan di rumah pasca rumah sakit dan kunjungan asuhan kesehatan yang tidak terbatas di rumah. Bagian B merupakan program sukarela dengan penambhan sedikit premi perbulan, bagian B menyantuni secara terbatas layanan rawat jalan medis dan kunjungan dokter. Layanan mayor yang tidak di santuni oleh ke dua bagian tersebut termasuk asuhan keperwatan tidak terampil, asuhan keperawatan rumah yang berkelanjutan obat-obat yang diresepkan, kaca mata dan perawatan gigi. Medical membayar sekitar biyaya kesehatan lansia (U.S Senate Committee on Aging, 1991)

Medicaid adalah program kesehatan yang dibiayai oleh dana Negara dan bantuan pemerintah bersangkutan. Program ini beredaq antara satu Negara dengan lainya dan hanya diperuntukan bagi orang tidak mampu. Medicaid merupakan sumber utama dana masyarakat yang memberikan asuhan keperawatan di rumah bagi lansia yang tidak mampu. Program ini menjamin semua layanan medis dasar dan layanan medis lain seperti obta-obatan, kaca mata dan perawatan gigi.

Adapun program kesehatan masyarakat yang ada di Indonesia  yang diperuntukkan khusunya bagi lansia adalah JPKM yang merupakan salah satu program pokok perawatan kesehatan masyarakat yang ada di puskesmas sasarannya adalah yang didalamnya ada keluarga  lansia. Perkembangan jumlah keluarga yang terus menerus meningkat dan banyaknya keluarga yang berisiko tentunya menurut perawat memberikan pelayanan pada keluarga secara professional. Tuntutan ini tentunya membangun “ Indonesia Sehat 2010 “ yang salah satu strateginya adalah Jaminan Pemeliharan Kesehatan Masyarakat (JPKM). Dengan strategi ini diharapkan lansia mendapatkan yang baik dan perhatian yang selayaknya

****

 RANGKUMAN

1. Standar minimal pelayanan bayi balita : Cakupan kunjungan bayi umur 1 – 12 bulan di sarana pelayanan kesehatan maupun di rumah,posyandu, tempat penitipan anak, panti asuhan, dan sebagainya melalui kunjungan petugas. Pelayanan kesehatan tersebut meliputi deteksidini kelainan tumbuh kembang bayi (DDTK), stimulasi perkembangan bayi,MTBM,MTBS dan penyuluhan perawatan kesehatan bayi di rumah menggunakan Buku KIA yang diberikan oleh dokter, bidan dan perawat yang memiliki kompetensi klinis
2. Alat untuk melakukan deteksi dini Alat untuk deteksi dini berupa tes skrining yang telah distandarisasi untuk menjaring anak yang mempunyai kelainan dari mereka yang normal. Macam-macam tes skrining yang digunakan adalah : Berat badan menurut umur , Pengukuran lingkaran kepala anak, Denver Development stress test (DDST) 4. Kuisioner perilaku Anak Prasekolah (KPAP) , Tinggi/panjang badan (TB) terhadap umur
3. No. Kelompok Umur Jadwal Deteksi Dini : Bayi Pada bayi umur 0 – 28 hari Pada bayi 1 – 11 bulan, deteksi dini dilakukan saat umur 3 bulan, 6 bulan dan 9 bulan. Anak balita Deteksi dini dilakukan setiap 6 bulan, yaitu umur 12 bulan, 18 bulan, 24 bulan, 30 bulan, 36 bulan, 42 bulan, 48 bulan, dan 54 bulan. Anak prasekolah Deteksi dini dilakukan setiap 6 bulan, yaitu umur 48 bulan, 54 bulan, 60 bulan, 66 bulan dan 72 bulan Jadwal Kegiatan Deteksi Dini
4. Penyakit yang dapat dicegah dengan Immunisasi : Difteri, Pertusis, Tetanus, Poliomyelitis, Campak, Hepatitis B
5. Kebijakan Immunisasi : jangkauan pelayanan ditingkatkan, semua puskesmas dan pustu memberikan pelayanan immunisasi, skrining secara ketat dilaksanakan untuk menghindarkan hilangnya kesempatan immunisasi, pelaksanaan program dilakukan secara steril digunakan untuk tiap suntikan, satu jarum dan satu syaringe steril digunakan untuk tiap suntikan, penyuluhan dilakukan untuk menunjang program, dampak program terhadap penyakit yang dapat diatasi melalui immunisasi, pemantauan kegiatan immunisasi secara lintas sektor dan lintas program
6. KB merupakan salah satu sarana bagi setiap keluarga baru untuk merencanakan pembentukan keluarga ideal, keluarga kecilbahagia dan sejahtera lahirdanbatin. KeluargaBerencanaadalah salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalan memberikan nasihat perkawinan, pengobatan kemandulan dan penjarangan kelahiran.
7. Tahapan kegiatan konseling dalam pelayanan KB dapat dirinci dalam tahapan sebagai berikut : KIE Motivasi – Bimbingan – Rujukan - KIP/K - Pelayanan Kontrasepsi - Tindak Lanjut ( Pengayoman).
8. Setiap pasangan suami istri (klien) yang dirujuk oleh petugas lapangan KB ke klinik, sebelum memperoleh pelayanan kontrasepsi harus mendapatkan pelayanan KIP/K terlebih dahulu. Pemeriksaan kesehatan yang dilakukan meliputi anamnesis dan pemeriksaan fisik. Apabila dari hasil pemeriksaan kesehatan tidak didapati kontraindikasi, maka pelayanan kontrasepsi dapat dilakukan. Untuk pelayanan metode kontrasepsi jangka panjang yaitu IUD, implant, dan kontap sebelum pelayanan dimulai kepada klien diminta untuk menandatangai informed consent form.
9. Selesai mendapatkan pelayanan kontrasepsi, petugas melakukan pemantauan kepada keadaan peserta KB dan diserahkan kembali kepada petugas lapangan KB. Hal ini karena pola pendekatan para PLKB adalah dengan kunjungan ke rumah-rumah para peserta KB khususnya peserta KB baru. Oleh karena itu tugas kunjungan ini sekaligus dapat dimanfaatkan untuk memantau keadaan para peserta KB baru apakah dalam keadaan sehat ataukah mengalami efek samping ataupun komplikasi.

Jenis pelayanan kesehatan lansia : Promotif merupakan proses advokasi kesehatan untuk meningkatkan dukungan klien, tenaga profesional dan masyarakat terhadap praktek kesehatan yang positif menjadi norma-norma sosial. Preventif mencakup pencegahan primer, sekunder dan tersier. Contoh pencegahan primer : program imunisasi, konseling, dukungan nutrisi, exercise, keamanan di dalam dan sekitar rumah, menejemen stres, menggunakan medikasi yang tepat. sekuder meliputi pemeriksaan terhadap penderita tanpa gejala. Jenis pelayanan pencegahan sekunder: kontrol hipertensi, deteksi dan pengobatan kanker, skrining : pemeriksaan rektal, mamogram, papsmear, gigi, mulut. Pencegahan tersier : dilakukan sesudah gejala penyakit dan cacat. Jenis pelayanan mencegah berkembangnya gejala dengan memfasilisasi rehabilitasi, medukung usaha untuk mempertahankan kemampuan anggota badan yang masih bnerfungsi

1. Rehabilitatif menggunakan prinsip : pertahankan lingkungan aman, pertahankan kenyamanan, istirahat, aktifitas dan mobilitas, pertahankan kecukupan gizi, pertahankan fungsi pernafasan, pertahankan aliran darahpertahankan kulit, pertahankan fungsi pencernaan, pertahankan fungsi saluran perkemihaan, meningkatkan fungsi psikososial, pertahankan komunikasi, mendorong pelaksanaan tugas.

** TUGAS**

Lakukan roleplay SPM program imunisasi, pelayanan kontrasepsi dan KB di masyarakat, pelayanan lansia yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi di masyarakat !



 **POST TEST**

Kerjakan soal berikut ini tanpa melihat kunci jawaban. Setelah selesai cocokkan dengan kunci jawaban untuk mengetahui nilai yang diperoleh.

1. Dibawah ini merupakan standar minimal pelayanan bayi balita, kecuali...
2. Imunisasi c. tempat penitipan anak
3. Posyandu d. panti asuhan
4. Salah satu penyakit yang dapat dicegah dengan Immunisasi dasar adalah..
5. Gondok c. DM
6. DBD d. Tetanus
7. Tahapan kegiatan konseling dalam pelayanan KB dapat dirinci dalam tahapan sebagai berikut : KIE Motivasi – Bimbingan – Rujukan - KIP/K - Pelayanan Kontrasepsi -...
8. Pemantauan c. Tindak Lanjut ( Pengayoman)
9. Pencegahan d. Pemeriksaan kesehatan
10. Yang termasuk pelayanan kesehatan lansia primer adalah..
11. kontrol hipertensi c. pengobatan kanker
12. program imunisasi d. mencegah berkembangnya gejala
13. Yang termasuk pelayanan kesehatan lansia tersier adalah..
14. kontrol hipertensi c. pengobatan kanker
15. program imunisasi d. mencegah berkemban

KUNCI JAWABAN

1. A
2. D
3. C
4. B
5. D

 **EVALUASI**

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68 % atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Asuhan Kebidanan Komunitas. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.

**MODUL VIII. PRINSIP PENGELOLAAN PROGRAM KIA-KB DI WILAYAH KERJA**

1. Tema Modul : Modul Praktikum Prinsip Pengelolaan Program KIA-KB di Wilayah Kerja
2. Mata Kuliah/Kode : Asuhan Kebidanan Komunitas /Bd.5.306
3. Jumlah SKS : 4 SKS (T:2, P:2)
4. Alokasi waktu : P=320 menit
5. Tujuan Pembelajaran :

Mahasiswa mampu menjelaskan prinsip pengelolaan program KIA-KB di wilayah kerja :

* + - 1. Peningkatan pelayanan antenatal menjangkau seluruh sasaran.
			2. Peningkatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan diarahkan ke fasilitas kesehatan.
			3. Peningkatan pelayanan kesehatan bayi baru lahir, bayi dan anak balita menjangkau seluruh sasaran.
			4. Peningkatan deteksi dini risiko / komplikasi kebidanan dan bayi baru lahir oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat.
1. Gambaran umum modul :

Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum materi prinsip pengelolaan program KIA-KB di wilayah kerja dengan observasi dan presentasi program di puskesmas.

1. Karakteristik mahasiswa (Prasyarat) :

Modul ini ditujukan bagi mahasiswa semester V Prodi D III Kebidanan Magelang Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran teori materi prinsip pengelolaan program KIA-KB di wilayah kerja.

1. Target Kompetensi :

Mahasiswa dapat menjelaskan menjelaskan Prinsip Pengelolaan program KIA-KB di wilayah kerja

1. Indikator :

Mahasiswa mampu menjelaskan menjelaskan Prinsip Pengelolaan program KIA-KB di wilayah kerja

1. Materi pembelajaran : Terlampir
2. Stratategi pembelajarn : Diskusi, tanya jawab, observasi,presentasi
3. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
4. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :

a. Bagi Peserta didik

1. Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
2. Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi

Melakukan observasi dan presentasi program di puskesmas tentang :

1. Peningkatan pelayanan antenatal menjangkau seluruh sasaran.
2. Peningkatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan diarahkan ke fasilitas kesehatan.
3. Peningkatan pelayanan kesehatan bayi baru lahir, bayi dan anak balita menjangkau seluruh sasaran.
4. Peningkatan deteksi dini risiko / komplikasi kebidanan dan bayi baru lahir oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat.
	1. Peran Pendidik / Dosen
5. Sebagai fasilitator
6. Sebagai mediator
7. Metode evaluasi : tanya jawab, praktik dalam observasi dan presentasi
8. Metode penilaian : Nilai praktik dalam observasi dan presentasi
9. Daftar Pustaka
10. Cronk, M and flint, C (1992). Community midwifery: A Practical Guide, butterwood-Heinemenn Ltd, Linacre house, Jordan hill, Oxford
11. Bernett, VR and Brown, Lk (1993). Milles Text Book for midwives, twelfth edition. Churchill Livingstone
12. Kitzinger, S (1995). Homebirth and other alternatives to hospital. Darling Kindersley Ltd, Londen
13. Klien, S (1998), A Book for Midwives: A manual for Traditional Birth Attendants and Comunity Midwives, The hesperian Foundation, Berkley, California, USA
14. Prawiro hardjo, S (1997), Ilmu Kebidanan. YBPSP, UI Jakarta
15. Saifudin, A.B. et.al (2000) Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan YBPSP. Jakarta
16. Saifudin, A.B. dkk (2002) Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Neonatal, YBPSP Jakarta.
17. Dunkey, J (2000). Health promotion in midwifery Practice; A resource for health Professionals, An imprint of harcourt Publishers Ltd, Bailiere Tindall, londen
18. Walsh, Lv (2001). Midwifery : community Based care During The Chilbearing Year. WB Sanders Company, USA..
19. Asuhan Kebidanan komunitas, EGC, Runjati
20. Pedoman desa siaga, Kemenkes
21. Pemberdayaan Masyarakat, Kepmenkes

materi

1. **PELAYANAN ANTENATAL**
	* + - 1. Pelayanan antenatal sesuai standar meliputi :
* Anamnesis
* Pemeriksaan fisik (umum dan kebidanan)
* Pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus
* Intervensi umum dan khusus (sesuai risiko yang di temukan dalam pemeriksaan)
	+ - * 1. Dalam penerapannya terdiri atas :
1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
2. Ukur tekanan darah
3. Nilai status gizi
4. Ukur tinggi fundus uteri
5. Tentukan presentasi janin dan DJJ
6. Berikan imunisasi TT bila di perlukan
7. Pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan
8. Test laboratorium
9. Tata laksana kasus
10. Temu wicara (konseling)
	* + - 1. Frekuensi pelayanan antenatal adalah minimal 4 kali selama kehamilan, dengan    distribusi pemberian pelayanan yang di anjurkan sebagai berikut :
11. Minimal 1 kali pada triwulan pertama
12. Minimal 1 kali pada triwulan kedua
13. Minimal 2 kali pada triwulan ketiga

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

1. **PERTOLONGAN PERSALINAN**

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah pelayanan persalinan yang aman yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten pada kenyataan dilapangan masih terdapat penolong persalinan yang bukan tenaga kesehatan dan dilakukan diluar 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 hars memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

1. Pencegahan infeksi
2. Metode pertolongan persalinan yang sesuai standar
3. Merujuk kasus yang memerlukan tingkat pelayanan yang lebih tinggi
4. Melaksanakan Inisiasi Menyusui Dini (IMD)
5. Memberikan pada bayi baru lahir : vit K, salep mata dan imunisasi Hepatitis B0
6. **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 11 bulan setelah lahir.Pelaksanaan pelayanan kesehatan bayi :

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

Kunjungan bayi bertujuan untuk meningkatkan akses bayi terhadap pelayanan kesehatan dasar, mengetajui 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.

Pelayanan kesehatan tersebut meliputi :

1. Pemberian imunisasi dasar lengkap (BCG, Polio 1, 2, 3, 4, DPT 1, 2, 3, Campak) sebelum bayi berusia 1 tahun.
2. Pemberian vitamin A 100.000 IU (6-11 bulan)
3. Konseling ASI Eksklusif, pemberian makanan pendamping ASI, tanda-tanda sakit dan perawatan kesehatan bayi dirumah menggunakan KIA.
4. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan.
5. **PELAYANAN KESEHATAN ANAK BALITA**

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

1. Pelayanan pemantauan pertumbuhan minimal 8 kali setahun yang tercatat dalam buku KIA/ KMS. Pemantauan pertumbuhan adalah pengukuran berat badan anak balita setiap tercatat pada buku KIA/KMS. Bila berat badan tidak naik dalam 2 bulan berturut-turut atau berat badan anak balita di bawah garis merah harus dirujuk ke sarana pelayanan kesehatan.
2. Pemberian vitamin A dosis tinggi (200.000 IU) 2 kali setahun.
3. Kepemilikan dan pemanfaatan buku KIA oleh setiap anak balita.

Pelayanan anak balita sesuai standar dengan menggunakan pendekatan MTBS.

1. **DETEKSI DINI FAKTOR RISIKO, KOMPLIKASI KEBIDANAN DAN NEONATUS**

Deteksi dini kehamilan dengan faktor risiko adalah kegiatan yang dilakukan untuk menemukan ibu hamil yang mempunyai 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 risiko dan komplikasi, serta penanganan yang adekuat sedini mungkin merupakan kunci keberhasilan penurunan angka kematian ibu dan bayi yang di lahirkannnya.Faktor risiko pada ibu hamil adalah :

1. Primigravida kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun
2. Anak lebih dari 4
3. Jarak persalinan terakhir dan kehamilan sekarang kurang dari 2 tahun.
4. Kurang Energi Kronis (KEK) dengan lingkar lengan kurang dari 23,5 cm atau gizi buruk
5. Anemia
6. Tinggi badan kurang dari 145 cm, atau dengan kelainan bentuk panggul dan tulang belakang
7. Riwayat hipertensi pada kehamilan sebelumnya
8. Sedang/ pernah menderita penyakit kronis, antara lain : TBC, kelainan jantung- ginjal – hati, kelainan endokrin (Diabetes Mellitus)
9. Riwayat kehamilan buruk : keguguran berulang, KET, Molahidatidosa,KPD, bayi dengan cacat kongenital
10. Riwayat persalinan beresiko : persalinan dengan seksio sesarea, ekstraksi vakum/forseps
11. Riwayat nifas dengan komplikasi : perdarahan pasca persalinan, infeksi masa nifas
12. Riwayat kelurga menderita kencing manis, hipertensi, dan riwayat cacat kongenital.
13. Kelainan jumlah janin : kehamilan ganda, janin dampit, monster
14. Kelainan besar janin : pertumbuhan janin terhambat, janin besar
15. Kelainan letak dan posisi janin : lintang/oblique, sungsang pada usia kehamilan lebih dari 32 minggu

****

RANGKUMAN

* 1. Pelayanan antenatal sesuai standar meliputi :anamnesis, pemeriksaan fisik (umum dan kebidanan), pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus, intervensi umum dan khusus (sesuai risiko yang di temukan dalam pemeriksaan). Dalam penerapannya terdiri atas :timbang berat badan dan ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, nilai status gizi, ukur tinggi fundus uteri, tentukan presentasi janin dan djj, berikan imunisasi tt bila di perlukan, pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan, test laboratorium, tata laksana kasus, temu wicara (konseling)
	2. Standar waktu pelayanan antenatal di anjurkan untuk menjamin perlindungan kepada ibu hamil, berupa deteksi dini risiko, pencegahan dan penanganan komplikasi.
	3. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah pelayanan persalinan yang aman yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten pada kenyataan dilapangan masih terdapat penolong persalinan yang bukan tenaga kesehatan dan dilakukan diluar fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu secara bertahap seluruh persalinan akan ditolong oleh tenaga kesehatan kompeten dan diarahkan ke fasilitas pelayanan kesehatan
	4. Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan sesuai standar pada ibu mulai 6 jam sampai 40 hari pasca persalinan oleh tenaga kesehatan.Pelayanan yang di berikan adalah :pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu, pemeriksaan tinggi fundus uteri (involusi uterus), pemeriksaan lochea dan pengeluaran per vaginam lainnya, pemeriksaan payudara dan anjuran asi esklusif 6 bulan, pemberian kapsul vitamin a 200.000 iu sebanyak dua kali (2 x24 jam). pelayanan kb pasca persalinan.
	5. Pelayanan kesehatan neonatus adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus sedikitnya tiga kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir, baik di fasilitas kesehatan maupun kunjungan rumah.
	6. Kunjungan neonatal bertujuan untuk meningkatkan akses neonatus terhadap pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin bila terdapat pelayanan atau masalah kesehatan kepada neonatus.Risiko terbesar kematian neonatus terjadi pada 24 jam pertama kehidupan, minggu pertama dan bulan pertama pada kehidupannya. Sehingga jika bayi lahir difasilitas kesehatan sangat dianjurkan untuk tetap tinggal difasilitas kesehatan selama 24 jam pertama.
	7. Pelayanan kesehatan bayi adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada bayi sedikitnya 4 kali, selama periode 29 hari sampai 11 bulan setelah lahir.
	8. Kunjungan bayi bertujuan untuk meningkatkan akses bayi terhadap pelayanan kesehatan dasar, mengetaui 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.Pelayanan kesehatan anak balita meliputi kelainan pada anak balita sakit dan sehat.
	9. Pelayanan pemantauan pertumbuhan minimal 8 kali setahun yang tercatat dalam buku KIA/ KMS. Pemantauan pertumbuhan adalah pengukuran berat badan anak balita setiap 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.
	10. Deteksi dini kehamilan dengan faktor risiko adalah kegiatan yang dilakukan untuk menemukan ibu hamil yang mempunyai 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 risiko dan komplikasi, serta penanganan yang adekuat sedini mungkin merupakan kunci keberhasilan penurunan angka kematian ibu dan bayi yang di lahirkannnya.

**TUGAS**

Lakukan observasi dan presentasi program di puskesmas dibawah ini !

1. Peningkatan pelayanan antenatal menjangkau seluruh sasaran.
2. Peningkatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan diarahkan ke fasilitas kesehatan.
3. Peningkatan pelayanan kesehatan bayi baru lahir, bayi dan anak balita menjangkau seluruh sasaran.
4. Peningkatan deteksi dini risiko / komplikasi kebidanan dan bayi baru lahir oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat.

**POST TEST**

Kerjakan soal berikut ini tanpa melihat kunci jawaban. Setelah selesai cocokkan dengan kunci jawaban untuk mengetahui nilai yang diperoleh.

* 1. Pelayanan antenatal sesuai standar meliputi :anamnesis, pemeriksaan fisik (umum dan kebidanan), pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus dan...
		1. timbang berat badan c. ukur tekanan darah
		2. ukur tinggi badan d. intervensi umum dan khusus
	2. Standar waktu pelayanan antenatal di anjurkan untuk menjamin perlindungan kepada ibu hamil, berupa...
		1. pelayanan antenatal menjangkau seluruh sasaran c. pelayanan kesehatan bayi baru lahir
		2. deteksi dini risiko d. pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan
	3. Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan sesuai standar pada ibu mulai 6 jam sampai 40 hari pasca persalinan oleh tenaga kesehatan.Pelayanan yang di berikan salah satunya adalah...
		1. pemeriksaan payudara c. Pemeriksaan laboratorium
		2. timbang berat badan dan ukur tinggi badan d. menilai status gizi
	4. Kunjungan neonatal bertujuan untuk...
		1. mengetahui sedini mungkin masalah pada neonates
		2. deteksi dini kehamilan dengan faktor risiko
		3. pemantauan pertumbuhan
		4. menjamin perlindungan
	5. Deteksi dini kehamilan dengan faktor risiko adalah kegiatan yang dilakukan untuk menemukan ibu hamil yang mempunyai...
		1. Hak mengatasi masalah kesehatan
		2. Jaminan perlindungan
		3. Jaminan kesehatan
		4. risiko dan komplikasi kebidanan

KUNCI JAWABAN

1. D
2. B
3. A
4. A
5. D

**EVALUASI**

Lakukan evaluasi skor post tesdan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat penguasaan 68 % atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata Asuhan Kebidanan Komunitas. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.



MODUL iX. prinsip pengelolaan kia-kb di wilayah kerja

Tema Modul : Modul Praktikum Prinsip Pengelolaan KIA-KB di Wilayah Kerja

Mata Kuliah/Kode : Asuhan Kebidanan Komunitas /Bd.5.306

Jumlah SKS : 4 SKS (T:2, P:2)

Alokasi waktu : 320 menit

Tujuan Pembelajaran:

Mahasiswa mampu menjelaskan prinsip pengelolaan program KIA-KB di wilayah kerja

1. Peningkatan penanganan komplikasi kebidanan dan bayi baru lahir oleh tenaga kesehatan
2. Peningkatan pelayanan ibu nifas, bayi baru lahir, bayi dan anak balita menjangkau seluruh sasaran
3. Peningkatan pelayanan KB
4. Peningkatan deteksi dini tanda bahaya dan penanganannya
5. Peningkatan penanganan bayi baru lahir dengan komplikasi

Gambaran umum modul :

Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum materi prinsip pengelolaan KIA-KB di wilayah kerja dengan observasi dan presentasi.

Karakteristik mahasiswa :

Modul ini ditujukan bagi mahasiswa Prodi D III Kebidanan Magelang Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran teori materi prinsip pengelolaan KIA-KB di wilayah kerja.

Target Kompetensi :

Mahasiswa dapat memahami prinsip pengelolaan program KIA-KB di wilayah kerja

Indikator :

Mahasiswa dapat memahami prinsip pengelolaan program KIA-KB di wilayah kerja

Materi pembelajaran : Terlampir

Stratategi pembelajaran : Diskusi, tanya jawab,observasi, presentasi

Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer

Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :

Bagi Peserta didik

1. Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
2. Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi

Lakukan observasi dan presentasi program puskesmas tentang

1. Peningkatan penanganan komplikasi kebidanan dan bayi baru lahir oleh tenaga kesehatan
2. Peningkatan pelayanan ibu nifas, bayi baru lahir, bayi dan anak balita menjangkau seluruh sasaran
3. Peningkatan pelayanan KB
4. Peningkatan deteksi dini tanda bahaya dan penanganannya
5. Peningkatan penanganan bayi baru lahir dengan komplikasi

Peran Pendidik / Dosen

* + 1. Sebagai fasilitator
		2. Sebagai mediator

Metode evaluasi : tanya jawab, ketrampilan praktik presentasi

Metode penilaian : Nilai presentasi, responsi ketrampilan praktik presentasi

Daftar Pustaka

1. Cronk, M and flint, C (1992). Community midwifery: A Practical Guide, butterwood-Heinemenn Ltd, Linacre house, Jordan hill, Oxford
2. Bernett, VR and Brown, Lk (1993). Milles Text Book for midwives, twelfth edition. Churchill Livingstone
3. Kitzinger, S (1995). Homebirth and other alternatives to hospital. Darling Kindersley Ltd, Londen
4. Klien, S (1998), A Book for Midwives: A manual for Traditional Birth Attendants and Comunity Midwives, The hesperian Foundation, Berkley, California, USA
5. Prawiro hardjo, S (1997), Ilmu Kebidanan. YBPSP, UI Jakarta
6. Saifudin, A.B. et.al (2000) Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan YBPSP. Jakarta
7. Saifudin, A.B. dkk (2002) Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Neonatal, YBPSP Jakarta.
8. Dunkey, J (2000). Health promotion in midwifery Practice; A resource for health Professionals, An imprint of harcourt Publishers Ltd, Bailiere Tindall, londen
9. Walsh, Lv (2001). Midwifery : community Based care During The Chilbearing Year. WB Sanders Company, USA..
10. Asuhan Kebidanan komunitas, EGC, Runjati
11. Pedoman desa siaga, Kemenkes
12. Pemberdayaan Masyarakat, Kepmenkes

 **MATERI**

1. **PENINGKATAN PENANGANAN KOMPLIKASI KEBIDANAN DAN BAYI BARU LAHIR OLEH TENAGA KESEHATAN**

Pelayanan kesehatan neonatus dasar menggunakan pendekatan komprehensif, yang meliputi :

Pemeriksaan dan perawatan bayi baru lahir :

1. Perawatan tali pusat
2. Pemberian vit K bila belum di berikan pada saat lahir
3. Imunisasi HB0 bila belum di berikan pada saat lahir
4. Melaksanakan Asi Eksklusif

Pemeriksaan menggunakan pendekatan MTBM.

Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, dan berat badan rendah.

1. **PENINGKATAN PELAYANAN IBU NIFAS, BAYI BARU LAHIR, BAYI DAN ANAK BALITA MENJANGKAU SELURUH SASARAN**

Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan sesuai standar pada ibu mulai 6 jam sampai 40 hari pasca persalinan oleh tenaga kesehatan.

Untuk deteksi dini komplikasi pada ibu nifas di perlukan pemantauan pemeriksaan terhadap ibu nifas dengan melakukan kunjungan nifas minimal sebanyak 3 kali dengan distribusi waktu :

1. Kunjungan nifas 1 : 6 jam setelah persalinan sampai dengan 7 hari
2. Kunjungan nifas 2 : 2 minggu setelah persalinan
3. Kunjungan nifas 3 : 6 minggu setelah persalinan

Pelayanan yang di berikan adalah :

1. Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu
2. Pemeriksaan tinggi fundus uteri (involusi uterus)
3. Pemeriksaan lochea dan pengeluaran per vaginam lainnya
4. Pemeriksaan payudara dan anjuran ASI esklusif 6 bulan
5. Pemberian kapsul vitamin A 200.000 IU sebanyak dua kali (2 x24 jam)
6. **PENINGKATAN PELAYANAN KB**

Pelayanan KB berkualitas adalah pelayanan KB yang sesuai dengan standar dengan menghormati hak individu dalam merencanakan kehamilan sehingga di harapkan mampu meningkatkan derajat kesehatan dengan menurunkan angka kematian ibu dan menurunkan tingkat fertilitas (kesuburan) bagi pasangan yang telah cukup memiliki anak (2 anak lebih baik).

Pengelolaan program KB perlu memfokuskan sasaran pada kategori PUS dengan 4 terlalu (terlalu muda, tua, sering dan banyak).

Untuk meempertahankan dan meningkatkan cakupan peserta perlu di upayakan pengelolaan program yang berhubungan dengan peningkatan aspek kualitas, teknis dan aspek manajerial pelayanan KB.

Dari aspek kualitas perlu diterapkan pelayanan yang sesuai standar dan variasi pilihan metode KB. Sedangkan dari segi teknis perlu di lakukan pelatihan klinis dan non klinis secara berkesinambungan. Serta dari aspek manajerial pengelola program KB perlu melakukan revitalisasi, dalam segi analisis situasi program KB dan sistem pencatatan dan pelaporan pelayanan KB.

****

RANGKUMAN

1. Pelayanan kesehatan neonatus dasar menggunakan pendekatan komprehensif, yang meliputi :perawatan tali pusat, pemberian vit k bila belum di berikan pada saat lahir, imunisasi hb0 bila belum di berikan pada saat lahir, melaksanakan asi eksklusif, pemeriksaan menggunakan pendekatan mtbm, pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, dan berat badan rendah.
2. Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan sesuai standar pada ibu mulai 6 jam sampai 40 hari pasca persalinan oleh tenaga kesehatan.Pelayanan yang di berikan adalah :Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu, pemeriksaan tinggi fundus uteri (involusi uterus), pemeriksaan lochea dan pengeluaran per vaginam lainnya, pemeriksaan payudara dan anjuran asi esklusif 6 bulan, pemberian kapsul vitamin a 200.000 iu sebanyak dua kali (2 x24 jam)
3. Pelayanan KB berkualitas adalah pelayanan KB yang sesuai dengan standar dengan menghormati hak individu dalam merencanakan kehamilan sehingga di harapkan mampu meningkatkan derajat kesehatan dengan menurunkan angka kematian ibu dan menurunkan tingkat fertilitas (kesuburan) bagi pasangan yang telah cukup memiliki anak (2 anak lebih baik).
4. Pengelolaan program KB perlu memfokuskan sasaran pada kategori PUS dengan 4 terlalu (terlalu muda, tua, sering dan banyak).
5. Untuk meempertahankan dan meningkatkan cakupan peserta perlu di upayakan pengelolaan program yang berhubungan dengan peningkatan aspek kualitas, teknis dan aspek manajerial pelayanan KB.
6. Dari aspek kualitas perlu diterapkan pelayanan yang sesuai standar dan variasi pilihan metode KB. Sedangkan dari segi teknis perlu di lakukan pelatihan klinis dan non klinis secara berkesinambungan. Serta dari aspek manajerial pengelola program KB perlu melakukan revitalisasi, dalam segi analisis situasi program KB dan sistem pencatatan dan pelaporan pelayanan KB.

** TUGAS**

Lakukan observasi dan presentasi program puskesmas dibawah ini !

1. Peningkatan penanganan komplikasi kebidanan dan bayi baru lahir oleh tenaga kesehatan
2. Peningkatan pelayanan ibu nifas, bayi baru lahir, bayi dan anak balita menjangkau seluruh sasaran
3. Peningkatan pelayanan KB
4. Peningkatan deteksi dini tanda bahaya dan penanganannya
5. Peningkatan penanganan bayi baru lahir dengan komplikasi



 **POST TEST**

Kerjakan soal berikut ini tanpa melihat kunci jawaban. Setelah selesai cocokkan dengan kunci jawaban untuk mengetahui nilai yang diperoleh.

* 1. Pelayanan kesehatan neonatus dasar menggunakan pendekatan komprehensif, yang meliputi dibawah ini, kecuali...
		1. pemeriksaan tinggi fundus uteri
		2. perawatan tali pusat
		3. pemberian vit k bila belum di berikan pada saat lahir
		4. melaksanakan asi eksklusif
	2. Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan sesuai standar pada ibu mulai 6 jam sampai 40 hari pasca persalinan oleh tenaga kesehatan.Pelayanan yang di berikan salah satunya adalah...
		1. pemeriksaan tinggi fundus uteri
		2. perawatan tali pusat
		3. pemberian vit k bila belum di berikan pada saat lahir
		4. melaksanakan asi eksklusif
	3. Pelayanan KB berkualitas adalah pelayanan KB yang sesuai dengan standar dengan menghormati hak individu dalam merencanakan kehamilan sehingga di harapkan mampu meningkatkan derajat kesehatan dengan...
		1. melaksanakan asi eksklusif
		2. memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar
		3. menurunkan angka kematian ibu
		4. meningkatan pelayanan KB
	4. Pengelolaan program KB perlu memfokuskan sasaran pada kategori PUS dengan 4 terlalu yang tidak termasuk 4T adalah...
		1. Muda c. Banyak anak
		2. Tua d. Dekat
	5. Untuk meempertahankan dan meningkatkan cakupan peserta perlu di upayakan pengelolaan program yang berhubungan dengan peningkatan aspek kualitas, teknis dan aspek
		1. Sayang ibu c. Sayang bayi
		2. Manajerial pelayanan KB d. Sayang ibu dan bayi

KUNCI JAWABAN

1. A
2. A
3. C
4. D
5. B

**EVALUASI**

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68 % atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Asuhan Kebidanan Komunitas. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.

**MODULX. MONITORING DAN EVALUASI KEGIATAN PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS DENGAN PWS-KIA**

1. Tema Modul : Modul Praktikum Monitoring Dan Evaluasi Kegiatan Pelayanan Kebidanan Komunitas dengan PWS-KIA
2. Mata Kuliah/Kode : Asuhan Kebidanan Komunitas /Bd.5.306
3. Jumlah SKS : 4 SKS (T:2, P:2)
4. Alokasi waktu : 320 menit
5. Tujuan Pembelajaran :

Mahasiswa mampumelakukan monitoring dan evaluasi kegiatan pelayanan kebidanan komunitas dengan PWS- KIA :

1. Pendataan data dari dalam dan luar gedung
2. Data sasaran
3. Data dasar
4. Data lainya
5. Sumber data; Kartu ibu, Kohort ibu, Kohort bayi, Laporan KB, Laporan bulanan
6. Pengisian PWS KIA
7. Gambaran umum modul :

Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum materimonitoring dan evaluasi kegiatan pelayanan kebidanan komunitas dengan PWS- KIA dengan kunjungan ke bidan desa dan didokumentasikan.

1. Karakteristik mahasiswa (Prasyarat) :

Modul ini ditujukan bagi mahasiswa Prodi D III Kebidanan Magelang Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran teori materimonitoring dan evaluasi kegiatan pelayanan kebidanan komunitas dengan PWS- KIA.

1. Target Kompetensi :

Mahasiswa dapat melakukan monitoring dan evaluasi kegiatan pelayanan kebidanan komunitas dengan PWS- KIA

1. Indikator :

Mahasiswa mampu melakukan monitoring dan evaluasi kegiatan pelayanan kebidanan komunitas dengan PWS- KIA

1. Materi pembelajaran : Terlampir
2. Stratategi pembelajarn : Diskusi, tanya jawab, kunjungan ke bidan desa,pendokumentasiaan
3. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
4. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :
	1. Bagi Peserta didik
		1. Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
		2. Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi

Melakukan kunjungan ke bidan desa untuk mendapatkan data yang sesungguhnya dan di dokimentasikan dalam kartu ibu, kohort ibu, kohort bayi, laporan KB dan laporan bulanan.

* 1. Peran Pendidik / Dosen
		1. Sebagai fasilitator
		2. Sebagai mediator
1. Metode evaluasi : tanya jawab, ketrampilan praktek dalam kunjungan ke bidan desa,pendokumentasiaan
2. Metode penilaian : Nilai ketrampilan praktek dalam kunjungan ke bidan desa dan dokumentasi
3. Daftar Pustaka
4. Cronk, M and flint, C (1992). Community midwifery: A Practical Guide, butterwood-Heinemenn Ltd, Linacre house, Jordan hill, Oxford
5. Bernett, VR and Brown, Lk (1993). Milles Text Book for midwives, twelfth edition. Churchill Livingstone
6. Kitzinger, S (1995). Homebirth and other alternatives to hospital. Darling Kindersley Ltd, Londen
7. Klien, S (1998), A Book for Midwives: A manual for Traditional Birth Attendants and Comunity Midwives, The hesperian Foundation, Berkley, California, USA
8. Prawiro hardjo, S (1997), Ilmu Kebidanan. YBPSP, UI Jakarta
9. Saifudin, A.B. et.al (2000) Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan YBPSP. Jakarta
10. Saifudin, A.B. dkk (2002) Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Neonatal, YBPSP Jakarta.
11. Dunkey, J (2000). Health promotion in midwifery Practice; A resource for health Professionals, An imprint of harcourt Publishers Ltd, Bailiere Tindall, londen
12. Walsh, Lv (2001). Midwifery : community Based care During The Chilbearing Year. WB Sanders Company, USA..
13. Asuhan Kebidanan komunitas, EGC, Runjati
14. Pedoman desa siaga, Kemenkes
15. Pemberdayaan Masyarakat, Kepmenkes

materi

**MELAKUKAN MONITORING DAN EVALUASI KEGIATAN PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS DENGAN PWS- KIA**

1. **PENDATAAN DATA DARI DALAM DAN LUAR GEDUNG**
	* 1. Data sasaran

Data sasaran diperoleh sejak saat Bidan memulai pekerjaan di desa/kelurahan. Seorang Bidan di desa/kelurahan dibantu para kader dan dukun bersalin/bayi, membuat peta wilayah kerjanya yang mencakup denah jalan, rumah serta setiap waktu memperbaiki peta tersebut dengan data baru tentang adanya ibu yang hamil, neonatus dan anak balita. 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.

* + - 1. Jumlah seluruh ibu hamil
			2. Jumlah seluruh ibu bersalin
			3. Jumlah ibu nifas
			4. Jumlah seluruh bayi
			5. Jumlah seluruh anak balita
			6. Jumlah seluruh PUS
		1. Data dasar

Bidan di desa/kelurahan mencatat semua detail pelayanan KIA di dalam kartu ibu, kohort Ibu, formulir MTBM, formulir MTBS, kartu bayi, kohort bayi, kohort anak balita, kohort KB, dan buku KIA. Pencatatan harus dilakukan segera setelah bidan melakukan pelayanan. Pencatatan tersebut diperlukan untuk memantau secara intensif dan terus menerus kondisi dan permasalahan yang ditemukan pada para ibu, bayi dan anak di desa/kelurahan tersebut, antara lain nama dan alamat ibu yang tidak dating memeriksakan dirinya pada jadwal yang seharusnya, imunisasi yang belum diterima para ibu, penimbangan anak dan lain lain. Selain hal tersebut bidan di desa juga mengumpulkan data pelayanan yang berasal dari lintas program dan fasilitas pelayanan lain yang ada di wilayah kerjanya.

* + - 1. Jumlah K1
			2. Jumlah K4
			3. Jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan
			4. Jumlah ibu nifas yang dilayani 3 kali (KF 3) oleh tenaga kesehatan
			5. Jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan kesehatan pada umur   6 – 48 jam
			6. Jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan kesehatan lengkap pada umur 0-28 hari (KN 1, KN 2, KN 3)
			7. Jumlah ibu hamil, ber sali n dan nifas dengan factor ri siko/ komplikasi yang dideteksi ol eh masyarakat
			8. Jumlah kasus komplikasi obstetri yang ditangani
			9. Jumlah neonatus dengan komplikasi yang ditangani
			10. Jumlah bayi yang mendapatkan pelayanan kesehatan pada umur 29 hari – 11 bulan sedikitnya 4 kali
			11. Jumlah anak balita (12 – 59 bulan) yang mendapatkan pelayanan kesehatan sedikitnya 8 kali
			12. Jumlah anak balita sakit yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar
			13. Jumlah peserta KB aktif
		1. Sumber Data
			- 1. Kohort Ibu

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

Cara Pengisian Kohort Ibu

|  |  |
| --- | --- |
| KOLOM | PENGISIAN |
| 1 |  Diisi nomor urut, |
| 2 | Diisi nomor indeks dari famili folder |
| 3 | Diisi nama ibu hamil, |
| 4 | Diisi nama suami ibu hamil, |
| 5 | Diisi alamat ibu hamil, |
| 6 | Diisi umur ibu hamil, |
| 7 | Diisi umur kehamilan pada kunjungan pertama dalam minggu/tanggal HPL, |
| 8 | Faktor resiko : diisi v ( rumput) untuk umur ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun |
| 9 |  Paritas diisi Gravida |
| 10 | Diisi bila jarak kahamilan < 2 tahun |
| 11 | Diisi bila BB ibu < 45 kg, lila < 23,5 cm, |
| 12 | Diisi bila TB ibu < 145 cm, |
| 13 sd 17 | Resiko tinggi : diiisi dengan tanggal ditemukan ibu hamil dengan resiko tinggi, HB diperiksa dan ditulis hasil pemeriksaannya, |
| 18 | Pendeteksian faktor resiko : diisi tanggal ditemukan ibu hamil dengan resiko tinggi oleh tenaga kesehatan |
| 19 | Diisi diisi tanggal ditemukan ibu hamil dengan resiko tinggi oleh Non NAKES, |
| 20 sd 22 | diisi tanggal immunisasi sesuai dengan statusnya |
| 23 sd 34 | diisi umur kehamilan dalam bulan kode pengisian sebagai berikut : K I :Kontak pertama kali dengan tenaga kesehatan dimana saja pada kehamilan I s/d 5 bulan dengan rambu-rambu O dan secara langsung juga akses dengan rambu-rambu ◙. K4 : Kunjungan ibu hamil yang keempat kalinya. Untuk memperoleh K4 dapat memakai rumus 1-1–2 atau 0-2-2 dengan rambu-rambu Δ Perhatian : K4 tidak boleh rada usia kehamilan 7 bulan Pada ibu hamil pertama kali kunjungan pada usia kehamilan 5 bulan pada bulan berikutnya yaitu 6 bulan harus berkunjung atau dikunjungi agar tidak kehilangan K4. Pada ibu hamil yang awalnya periksa diluar kota, dan pada akhir kehamilannya periksa di wilayah kita karena untuk melahirkan dan penduduk setempat bisa mendapatkan K1, K4 dan sekaligus Akses apabila ibu tersebut dapat menunjukan pemeriksaan dengan jelas Akses :Kontak pertama kali dengan tenaga kesehatan tidak memandang usia kehamilan dengan rambu-rambuΟ |
| 35 | Penolong Persalinan, diisi tanggal penolong persalinan tenaga kesehatan |
| 36 | Diisi tanggal bila yang menolong bukan nakes, ,  |
| 37 | Hasil akhir Kehamilan : Abortus diisi tanggal kejadian abortus |
| 38 | Diisi lahir mati |
| 39 | Diisi BB bila BBL < 2500 gram |
| 40 | Diisi BB bila BBL > 2500 gram |
| 41 | Keadaan ibu bersalin,di beri tanda v bila sehat, |
| 42 | Dijelaskan sakitnya, |
| 43 | Diisi sebab kematiaannya |
| 44 | Diisi v (rumput), |
| 45 | Diisi apabila pindah, atau yang perlu diterangkan |

* + - * 1. Kohort bayi

Merupakan sumber data pelayanan kesehatanbayi, termasuk neonatal.

Cara mengisi kohort bayi

|  |  |
| --- | --- |
| KOLOM | PENGISIAN |
| 1 | Diisi nomor urut. Sebaiknya nomor urut bayi disesuaikan dengan nornor urut ibu pada register kohort ibu.. |
| 2 | Disi nomor indeks dari Family Folder |
| 3 sd 7 | 3sd 7 jelas. |
| 8 | Diisi angka berat bayi lahir dalam gram |
| 9 sd 10 | diisi tanggal pemeriksaan neonatal oleh tenaga kesehatan. |
| 11 | Diisi tanggal pemeriksaan post neonatal oleh petugas kesehatan. |
| 12 sd 23 | Diisi hasil penimbangan bayi dalam kg dan rambu gizi yaitu : N = naik, T = turun, R = Bawah garis titik¬ – titik (BGT), BGM = Bawah garis merah. |
| 24 sd 35 | Diisi tanggal bayi tersebut mendapat immunisasi. |
| 36 | Diisi tanggal bayi ditemukan meninggal |
| 37 | Diisi penyebab kematian bayi tersebut. |
| 38 | Diisi bila bayi pindah atau ada kolom yang perlu keterangan |

****

RANGKUMAN

* 1. Data sasaran diperoleh sejak saat Bidan memulai pekerjaan di desa/kelurahan. Seorang Bidan di desa/kelurahan dibantu para kader dan dukun bersalin/bayi, membuat peta wilayah kerjanya yang mencakup denah jalan, rumah serta setiap waktu memperbaiki peta tersebut dengan data baru tentang adanya ibu yang hamil, neonatus dan anak balita. 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. Bidan di desa/kelurahan mencatat semua detail pelayanan KIA di dalam kartu ibu, kohort Ibu, formulir MTBM, formulir MTBS, kartu bayi, kohort bayi, kohort anak balita, kohort KB, dan buku KIA. Pencatatan harus dilakukan segera setelah bidan melakukan pelayanan. Pencatatan tersebut diperlukan untuk memantau secara intensif dan terus menerus kondisi dan permasalahan yang ditemukan pada para ibu, bayi dan anak di desa/kelurahan tersebut, antara lain nama dan alamat ibu yang tidak dating memeriksakan dirinya pada jadwal yang seharusnya, imunisasi yang belum diterima para ibu, penimbangan anak dan lain lain. Selain hal tersebut bidan di desa juga mengumpulkan data pelayanan yang berasal dari lintas program dan fasilitas pelayanan lain yang ada di wilayah kerjanya.
	3. Kohort ibu merupakan sumber data pelayanan ibu hamil dan bersalin, serta keadaan/resiko yang dipunyai ibu yang di organisir sedemikian rupa yang pengkoleksiaannya melibatkan kader dan dukun bayi diwilayahnya setiap bulan yang mana informasi pada saat ini lebih difokuskan pada kesehatar ibu dan bayi baru lahir tanpa adanya duplikasi informasi
	4. Kohort bayi merupakan sumber data pelayanan kesehatanbayitermasuk neonatal

**TUGAS**

Lakukan kunjungan ke bidan desa untuk mendapatkan data yang sesungguhnya dan di dokumentasikan dalam kartu ibu, kohort ibu, kohort bayi, laporan KB dan laporan bulanan !

**POST TEST**

Kerjakan soal berikut ini tanpa melihat kunci jawaban. Setelah selesai cocokkan dengan kunci jawaban untuk mengetahui nilai yang diperoleh.

* 1. Data sasaran diperoleh sejak saat...

Bidan lulus c. Bidan bekerja

Bidan membuat ijin praktik d. Bidan memulai pekerjaan di desa/kelurahan

* 1. Yang termasuk data sasaran di bawah ini adalah..

Jumlah seluruh bayi c. Jumlah K1

Jumlah K 4 d. Jumlah persalinan yang ditolong oleh nakes

* 1. Dibawah ini yang tidak termasuk darta dasar adalah..

Jumlah seluruh bayi c. Jumlah K1

Jumlah K 4 d. Jumlah persalinan yang ditolong oleh nakes

* 1. Pencatatan harus dilakukan segera setelah bidan melakukan pelayanan. Pencatatan tersebut diperlukan untuk

memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar

memantau secara intensif masalah yang ditemukan pada para ibu, bayi dan anak

menurunkan angka kematian ibu

meningkatan pelayanan

* 1. Kohort ibu merupakan sumber data pelayanan yang diperoleh dari..

Ibu akseptor KB c. ibu hamil dan bersalin

Ibu nifas d. Ibu menyusui

KUNCI JAWABAN

1. D
2. A
3. A
4. B
5. C

**EVALUASI**

Lakukan evaluasi skor post tesdan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat penguasaan 68 % atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata Asuhan Kebidanan Komunitas. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.



MODUL XI. MONITORING DAN EVALUASI KEGIATAN PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS DENGAN PWS-KIA

* + 1. Tema Modul : Modul Praktikum Monitoring Dan Evaluasi Kegiatan Pelayanan Kebidanan Komunitas dengan PWS-KIA
		2. Mata Kuliah/Kode : Asuhan Kebidanan Komunitas /Bd.5.306
		3. Jumlah SKS : 4 SKS (T:2, P:2)
		4. Alokasi waktu : P=320 menit
	1. Tujuan Pembelajaran :

Mahasiswa mampu melakukan monitoring dan evaluasi kegiatan pelayanan kebidanan komunitas dengan PWS- KIA :

1. Perencanaan kegiatan
2. Pelaksanaan kegiatan
3. Pemantauan hasil kegiatan/monitoring dan evaluasi
	1. Gambaran umum modul :

Modul ini secara khusus akan membahas praktikum monitoring dan evaluasi kegiatan pelayanan kebidanan komunitas dengan PWS- KIA dengan mengisi PWS dengan data berasal dari bidan desa pada penugasan yang sebelumnya .

* 1. Karakteristik mahasiswa :

Modul ini ditujukan bagi mahasiswa Prodi D III Kebidanan Magelang Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran teori materi monitoring dan evaluasi kegiatan pelayanan kebidanan komunitas dengan PWS-KIA

* 1. Target Kompetensi :

Mahasiswa dapat melakukan monitoring dan evaluasi kegiatan pelayanan kebidanan komunitas dengan PWS- KIA

* 1. Indikator :

Mahasiswa mampu melakukan monitoring dan evaluasi kegiatan pelayanan kebidanan komunitas dengan PWS- KIA

* 1. Materi pembelajaran : Terlampir
	2. Stratategi pembelajaran : Diskusi, tanya jawab, mengisi PWS dengan data berasal dari bidan desa pada penugasan yang sebelumnya kohort bayi, laporan KB dan laporan bulanan
	3. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
	4. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :
		1. Bagi Peserta didik
			1. Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
			2. Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi

Mengisi PWS dengan data berasal dari bidan desa pada penugasan yang sebelumnya

* + 1. Peran Pendidik / Dosen
			1. Sebagai fasilitator
			2. Sebagai mediator
	1. Metode evaluasi : post test, praktik mengisi PWS dengan data berasal dari bidan desa pada penugasan yang sebelumnya
	2. Metode penilaian : skor post test, responsi
	3. Daftar Pustaka
1. Cronk, M and flint, C (1992). Community midwifery: A Practical Guide, butterwood-Heinemenn Ltd, Linacre house, Jordan hill, Oxford
2. Bernett, VR and Brown, Lk (1993). Milles Text Book for midwives, twelfth edition. Churchill Livingstone
3. Kitzinger, S (1995). Homebirth and other alternatives to hospital. Darling Kindersley Ltd, Londen
4. Klien, S (1998), A Book for Midwives: A manual for Traditional Birth Attendants and Comunity Midwives, The hesperian Foundation, Berkley, California, USA
5. Prawiro hardjo, S (1997), Ilmu Kebidanan. YBPSP, UI Jakarta
6. Saifudin, A.B. et.al (2000) Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan YBPSP. Jakarta
7. Saifudin, A.B. dkk (2002) Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Neonatal, YBPSP Jakarta.
8. Dunkey, J (2000). Health promotion in midwifery Practice; A resource for health Professionals, An imprint of harcourt Publishers Ltd, Bailiere Tindall, londen
9. Walsh, Lv (2001). Midwifery : community Based care During The Chilbearing Year. WB Sanders Company, USA..
10. Asuhan Kebidanan komunitas, EGC, Runjati
11. Pedoman desa siaga, Kemenkes
12. Pemberdayaan Masyarakat, Kepmenkes

 **MATERI**

**MELAKUKAN MONITORING DAN EVALUASI KEGIATAN PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS DENGAN PWS- KIA**

1. **PERENCANAAN KEGIATAN**

 Rencana merupakan suatu pola pikir yang sistematis untuk mewujudkan suatu tujuan dengan mengorganisasikan dan mendayagunakan sumber yang tersedia. Jadi yang disebut dengan perencanaan yaitu suatu proses penyusunan rencana yang menggambarkan keinginan untuk mencapai tujuan tertentu melalui suatu kegiatan dengan mengorganisasikan dan mendayagunakan sumber yang tersedia.

Ada beberapa dari bentuk perencanaan yaitu:

Perencanaan berdasarkan kurun waktu pelaksanaan

* Jangka panjang: alokasi waktu 25 tahun.
* Jangka menegah: alokasi waktu 5 tahun.
* Jangka pendek: disusun untuk kegiatan tahunan.

 Perencanaan berdasarkan wilayah

* Rencana pembangunan nasional (pusat)
* Rencana pembangunan daerah. Seperti: propinsi, kabupaten, kecamatan dan desa.

  Perencanaan berdasarkan program

* Rencana pembangunan kesehatan keluarga
* Rencana penyuluhan kesehatan
* Rencana pembangunan puskesmas

Adanya proses penyusunan rencana yaitu:

1. Menentukan tujuan

Menentukan tujuan berdasarkan masalah yang telah diidentifikasi. Bila masalah yang ditemkan tersebut banyak, maka bentuk-bentuk dari prioritasnya masalahnya berdasarkan:

* Berdasrakan besarnya masalah
* Berdasarkan luasnya masalah
* Berdasarkan dampak masalah
* Berdasarkan besarnya akibat masalah
* Berdasarkan tingkat kemudahan dalam mengatasinya

Untuk mendukung pencapaian tujuan perlu identifikasi tentang kondisi lingkungan yang mempengaruhi kesehatan dan untuk menentukan tujuan suatu rencana dan strategi pelaksanaannya perlu dipertimbangkan :

* Kekuatan ang dimiliki (Srength)
* Peluang (Opportunity)
* Kelemahan (Wrshness)
* Ancaman (Threat)
1. **PELAKSANAAN KEGIATAN**

 Pelaksanaan kegiatan dilakukan berdasarkan rencana yang telah ditetapkan. Rencana pelaksanaan menjabarkan program atau kegiatan lebih rinci dan mencakup waktu, tempat pelaksanaan kegiatan. Disamping itu pengawasan, pengendalian, supervisi, bimbingan dan konsultasi dilaksanaan didalam pelaksanaan program. Dalam kegiatan pelaksanaan juga dikembangkan sistem pencatatan dan pelaporan kegiatan. Yang berguna sebagai bahan evaluasi dan penyusunan rencana selanjutnya.

1. **PEMANTAUAN HASIL KEGIATAN/MONITORING DAN EVALUASI**

 Pentingnya penyusunan rencana evaluasi ini adalah untuk memudahkan pelaksanaan evaluasi bila kegiatan telah selesai. Langkah-langkah dari evaluasi adalah sebagai berikut:

* Menetukan tujuan evaluasi
* Kriteria keberhasilan pelaksanaan
* Pelaksanaan evaluasi
* Metode serta tekhnik yang digunakan.

Perencanaan dilakukan berdasarkan pada kurun waktu pelaksanaan, wilayah, dan program.

Kriteria keberhasilan pelaksanaan memenuhi persyaratan :

* Dapat dijadikan tolak ukur keberhasilan.
* Dapat diukur.
* Berkaitan dengan program/ kegiatan yang dievaluasi.
* Dapat dipahami maksudnya.

****

RANGKUMAN

* + - 1. Rencana merupakan suatu pola pikir yang sistematis untuk mewujudkan suatu tujuan dengan mengorganisasikan dan mendayagunakan sumber yang tersedia. Jadi yang disebut dengan perencanaan yaitu suatu proses penyusunan rencana yang menggambarkan keinginan untuk mencapai tujuan tertentu melalui suatu kegiatan dengan mengorganisasikan dan mendayagunakan sumber yang tersedia.
			2. Pelaksanaan kegiatan dilakukan berdasarkan rencana yang telah ditetapkan. Rencana pelaksanaan menjabarkan program atau kegiatan lebih rinci dan mencakup waktu, tempat pelaksanaan kegiatan. Disamping itu pengawasan, pengendalian, supervisi, bimbingan dan konsultasi dilaksanaan didalam pelaksanaan program. Dalam kegiatan pelaksanaan juga dikembangkan sistem pencatatan dan pelaporan kegiatan. Yang berguna sebagai bahan evaluasi dan penyusunan rencana selanjutnya.
			3. Pentingnya penyusunan rencana evaluasi ini adalah untuk memudahkan pelaksanaan evaluasi bila kegiatan telah selesai. Langkah-langkah dari evaluasi adalah sebagai berikut:
* Menetukan tujuan evaluasi
* Kriteria keberhasilan pelaksanaan
* Pelaksanaan evaluasi
* Metode serta tekhnik yang digunakan.
	+ - 1. Perencanaan dilakukan berdasarkan pada kurun waktu pelaksanaan, wilayah, dan program.

Kriteria keberhasilan pelaksanaan memenuhi persyaratan :

* Dapat dijadikan tolak ukur keberhasilan.
* Dapat diukur.
* Berkaitan dengan program/ kegiatan yang dievaluasi.
* Dapat dipahami maksudnya.

** TUGAS**

Lakukan pengisian PWS dengan data berasal dari bidan desa pada penugasan yang sebelumnya !



 **POST TEST**

Kerjakan soal berikut ini tanpa melihat kunci jawaban. Setelah selesai cocokkan dengan kunci jawaban untuk mengetahui nilai yang diperoleh.

* 1. Rencana merupakan suatu pola pikir yang sistematis untuk mewujudkan suatu tujuan dengan mengorganisasikan dan mendayagunakan...
		+ - 1. sumber yang tersedia c. bidan desa
				2. nakes yang tersedia d. dana yang tersedia
	2. Dibawah ini beberapa macam dari bentuk perencanaan, kecuali...
		1. Perencanaan berdasarkan kurun waktu pelaksanaan
		2. Perencanaan berdasarkan wilayah
		3. Perencanaan berdasarkan program
		4. Perencanaan dan strategi pelaksanaannya
	3. Yang termasuk perencanaan berdasarkan wilayah adalah...
		1. Perencanaan berdasarkan program
		2. Rencana pembangunan daerah.
		3. Rencana pembangunan kesehatan keluarga
		4. Rencana penyuluhan kesehatan
	4. Pelaksanaan kegiatan dilakukan berdasarkan rencana yang telah ditetapkan. Rencana pelaksanaan menjabarkan program atau kegiatan lebih rinci dan mencakup...
		1. Pengawasan c. Pengendalian
		2. Waktu, tempat pelaksanaan kegiatan d. Supervisi
	5. Langkah ke 2 dari evaluasi adalah...
		1. Menetukan tujuan evaluasi
		2. Kriteria keberhasilan pelaksanaan
		3. Pelaksanaan evaluasi
		4. Metode serta tekhnik yang digunakan

KUNCI JAWABAN

1. A
2. D
3. C
4. B
5. B

**EVALUASI**

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68 % atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Asuhan Kebidanan Komunitas. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.

**MODUL XII. PELAKSANAAN PROGRAM-PROGRAM PEMERINTAH BERKAITAN DENGAN KEBIDANAN KOMUNITAS**.

1. Tema Modul : Modul Praktikum Pelaksanaan Program-Program Pemerintah Berkaitan Dengan Kebidanan Komunitas.
2. Mata Kuliah/Kode : Asuhan Kebidanan Komunitas /Bd.5.306
3. Jumlah SKS : 4 SKS (T:2, P:2)
4. Alokasi waktu : P=320 menit
5. Tujuan Pembelajaran :

Mahasiswaa mampu memahai pelaksanan program – program pemerintah berkaitan dengan kebidanan komunitas :

1. Desa siaga
2. Posyandu
3. Kelas ibu hamil
4. Kelas postpartum
5. P4K
6. JKN
	1. Gambaran umum modul :

Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum materi pelaksanaan program-program pemerintah berkaitan dengan kebidanan komunitas dengan melakukan kunjungan wilayah bidan desa untuk mengetahuipelaksanaan program-program pemerintah berkaitan dengan kebidanan komunitas

* 1. Karakteristik mahasiswa (Prasyarat) :

Modul ini ditujukan bagi mahasiswa Prodi D III Kebidanan Magelang Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran teori materi pelaksanaan program-program pemerintah berkaitan dengan kebidanan komunitas.

* 1. Target Kompetensi :

Mahasiswaa mampu memahai pelaksanan program – program pemerintah berkaitan dengan kebidanan komunitas

* 1. Indikator :

Mahasiswaa mampu memahai pelaksanan program – program pemerintah berkaitan dengan kebidanan komunitas

* 1. Materi pembelajaran : Terlampir
	2. Stratategi pembelajar : Diskusi, tanya jawab, kunjungan bidan desa
	3. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
	4. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :
		1. Bagi Peserta didik
			1. Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
			2. Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi

Melakukan kunjungan wilayah bidan desa untuk mengetahui pelaksanaan program2 pemerintah berkaitan dengan kebidanan komunitas

* + 1. Peran Pendidik / Dosen
			1. Sebagai fasilitator
			2. Sebagai mediator
	1. Metode evaluasi : post test, praktik kunjungan bidan desa
	2. Metode penilaian : Nilai skor kuis,responsi
	3. Daftar Pustaka
1. Cronk, M and flint, C (1992). Community midwifery: A Practical Guide, butterwood-Heinemenn Ltd, Linacre house, Jordan hill, Oxford
2. Bernett, VR and Brown, Lk (1993). Milles Text Book for midwives, twelfth edition. Churchill Livingstone
3. Kitzinger, S (1995). Homebirth and other alternatives to hospital. Darling Kindersley Ltd, Londen
4. Klien, S (1998), A Book for Midwives: A manual for Traditional Birth Attendants and Comunity Midwives, The hesperian Foundation, Berkley, California, USA
5. Prawiro hardjo, S (1997), Ilmu Kebidanan. YBPSP, UI Jakarta
6. Saifudin, A.B. et.al (2000) Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan YBPSP. Jakarta
7. Saifudin, A.B. dkk (2002) Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Neonatal, YBPSP Jakarta.
8. Dunkey, J (2000). Health promotion in midwifery Practice; A resource for health Professionals, An imprint of harcourt Publishers Ltd, Bailiere Tindall, londen
9. Walsh, Lv (2001). Midwifery : community Based care During The Chilbearing Year. WB Sanders Company, USA..
10. Asuhan Kebidanan komunitas, EGC, Runjati
11. Pedoman desa siaga, Kemenkes
12. Pemberdayaan Masyarakat, Kepmenkes

materi

* + 1. **DESA SIAGA**

Desa Siaga adalah salah satu program Kementerian Kesehatan yang salah satu fokus kegiatannya adalah mengurangi angka kematian Ibu, dengan meningkatkan peran serta masyarakat setempat. Desa siaga adalah upaya bersama masyarakat untuk mengatasi persoalan kesehatan khususnya kesehatan ibu dan anak.Si (siap), yaitu pendataan dan mengamati seluruh ibu hamil, siap mendampingi ibu, siap menjadi donor darah, siap memberi bantuan kendaraan untuk rujukan, siap membantu pendanaan, dan bidan wilayah kelurahan selalu siap memberi pelayanan.A (antar), yaitu warga desa, bidan wilayah, dan komponen lainnya dengan cepat dan sigap mendampingi dan mengatur ibu yang akan melahirkan jika memerlukan tindakan gawat-darurat.Ga (jaga), yaitu menjaga ibu pada saat dan setelah ibu melahirkan serta menjaga kesehatan bayi yang baru dilahirkan.Jadi dapat disimpulkan bahwa desa siaga adalah suatu keadaan dimana suatu desa memiliki kemampuan dan kemauan untuk mengenal, menghadapi dan mengatasi masalah kesehatan secara mandiri baik bencana maupun kegawatdaruratan.

* + - 1. Tujuan
				* Optimalisasi peran PKD.
				* Terbentuknya FKD yang berperan aktif menggerakan pembangunan
				* kesehatan.
				* Berkembangnya kegiatan PMD ,pokja gotong royong,
				* Upaya kesehatan ,Survailance dan Pembiayaan kesehatan.
				* Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat desa tentang pentingnya kesehatan dan melaksanakan PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat).
				* Meningkatnya kemampuan dan kemauan masyarakat desa untuk menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan.
				* Meningkatnya kesehatan di lingkungan desa.
				* Meningkatnya kesiagaan dan kesiapsediaan masyarakat desa terhadap risiko dan bahaya yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan (bencana, wabah penyakit, dsb).
				* Menurunkan angka kematian ibu dan anak.
				* Meningkatkan pertolongan persalinan oleh nakes.
				* Meningkatkan kepesertaan KB.
			2. Sasaran Desa Siaga
			3. Sasaran desa siaga dibedakan menjadi tiga jenis untuk mempermudah strategi intervensi,yaitu:
		1. Semua individu dan keluarga di desa, yang diharapkan mampu melaksanakan hidup sehat, serta peduli dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayah desanya.
		2. Pihak-pihak yang mempunyai pengaruh terhadap perubahan perilaku individu dan keluarga atau dapat menciptakan iklim yang kondusif bagi perubahan perilaku tersebut, seperti tokoh masyarakat, termasuk tokoh agama, tokoh perempuan, dan pemuda,kader,serta petugas kesehatan
		3. Pihak-pihak yang diharapkan memberi dukungan kebijakan, peraturan perundang-undangan, dana, tenaga, sarana, dll. Seperti kepala desa, camat, para pejabat terkait, swasta, para donatur, dan pemangku kepentingan lain.
			1. Langkah-langkah Pengembangan Desa Siaga

Adapun proses pembentukan desa siaga yaitu:

* + - * + Persiapan di tingkat kabupaten
* Keorganisasian tim lintas lembaga di tingkat kabupaten: dinas kesehatan, BKKBCS, BPMD, BAPPEDA, dan LSM
* Pelatihan-pelatihan
	+ - * + Sosialisasi tingkat kecamatan
				+ Tingkat desa
* Analisa masalah dengan metode PPA (Partisipatory Problem Analisys)
* Pengorganisasian masyarakat dalam jejaring (pencatatan, dana, transport, KB)
* Pertemuan rutin/bulanan desa siaga
Pengembangan desa siaga dilaksanakan dengan membantu / memfasilitasi masyarakat untuk menjalani proses pembelajaran melalui siklus atau spiral pemecahan masalah yang terorganisasi, yaitu dengan menempuh tahap-tahap:
	+ - 1. Mengidentifikasi masalah, penyebab masalah, dan sumber daya yang dapat dimanfaatkan untuk mengatasi masalah.
			2. Mendiagnosis masalah dan merumuskan alternatif-alternatif pemecahan masalah.
			3. Menetapkan alternatif pemecahan masalah yang layak, merencanakan, dan melaksanakannya.
			4. Memantau, mengevaluasi, dan membina kelestarian upaya-upaya yang telah dilakukan.

Secara garis besar, langkah pokok yang perlu ditempuh untuk mengembangkan desa siaga meliputi :

* + - * 1. Pengembangan tim petugas

Langkah ini merupakan awal kegiatan, sebelum kegiatan-kegiatan lainnya dilaksanakan. Tujuan Iangkah ini adalah mempersiapkan para petugas kesehatan yang berada di wilayah Puskesmas, baik petugas teknis maupun petugas administrasi. Persiapan pada petugas ini bisa berbentuk sosialisasi, pertemuan atau pelatihan yang bersifat konsolidasi, yang disesuaikan dengan kondisi setempat.Keluaran atau output dan Iangkah ini adalah para petugas yang memahami tugas dan fungsinya, serta siap bekerjasama dalam satu tim untuk melakukan pendekatan kepada pemangku kepentingan dan masyarakat.

* + - * 1. Pengembangan tim masyarakat

Tujuan langkah ini adalah untuk mempersiapkan para petugas, tokoh masyarakat, serta masyarakat, agar mereka tahu dan mau bekerjasama dalam satu tim untuk mengembangkan Desa Siaga. Dalam langkah ini termasuk kegiatan advokasi kepada para penentu kebijakan, agar mereka mau memberikan dukungan, baik berupa kebijakan atau anjuran, serta restu, maupun dana atau sumber daya lain, sehingga pengembangan Desa Siaga dapat berjalan dengan lancar. Sedangkan pendekatan kepada tokoh-tokoh masyarakat bertujuan agar mereka memahami dan mendukung, khususnya dalam membentuk opini publik guna menciptakan iklim yang kondusif bagi pengembangan Desa Siaga. Jadi dukungan yang diharapkan dapat berupa dukungan moral, dukungan finansial atau dukungan material, sesuai kesepakatan dan persetujuan masyarakat dalam rangka pengembangan Desa Siaga.
Jika di daerah tersebut telah terbentuk wadah-wadah kegiatan masyarakat di bidang kesehatan seperti Konsil Kesehatan Kecamatan atau Badan Penyantun Puskesmas, Lembaga Pemberdayaan Desa, PKK, serta orga¬nisasi kernasyarakatan Iainnya, hendaknya lembaga-lembaga ini diikut¬sertakan dalam setiap pertemuan dan kesepakatan.

* + - * 1. Survei mawas diri (SMD)

Survei Mawas Diri (SMD) atau Telaah Mawas Diri (TMD) atau Community Self Survey (CSS) bertujuan agar pemuka-pemuka masyarakat mampu melakukan telaah mawas diri untuk desanya. Survei ini harus dilakukan oleh pemuka-pemuka masyarakat setempat dengan birnbingan tenaga kesehatan. Dengan demikian, diharapkan mereka menjadi sadar akan permasalahan yang dihadapi di desanya, serta bangkit niat dan tekad untuk mencari solusinya, termasuk membangun Poskesdes sebagai upaya mendekatkan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat desa. Untuk itu, sebelumnya perlu dilakukan pemilihan dan pembekalan keterampilan bagi mereka.
Keluaran atau output dan SMD ini berupa identifikasi masalah-masalah kesehatan serta daftar potensi di desa yang dapat didayagunakan dalam mengatasi masalah-masalah kesehatan tersebut, termasuk dalam rangka rnembangun Poskesdes.

* + - * 1. Musyawarah mufakat desa (MMD)Tujuan penyelenggaraan musyawarah masyarakat desa (MMD) ini adalah mencari alternatif penyelesaian masalah kesehatan dan upaya membangun Poskesdes, dikaitkan dengan potensi yang dimiliki desa.Di samping itu, juga untuk menyusun rencana jangka panjang pengembangan Desa Siaga.lnisiatif penyelenggaraan musyawarah sebaiknya berasal dari para tokoh masyarakat yang telah sepakat mendukung pegembangan Desa Siaga. Peserta musyawarah adalah tokoh-tokoh masyarakat, termasuk tokoh-tokoh perempuan dan generasi muda setempat. Bahkan sedapat rnungkin dilibatkan pula kalangan dunia usaha yang mau mendukung pengembangan Desa Siaga dan kelestariannya (untuk itu diperlukan advokasi).Data serta temuan lain yang diperoleh pada saat SMD disajikan, utamanya adalah daftar masalah kesehatan, data potensi, serta harapan masyarakat. Hasil pendataan tersebut dimusyawarahkan untuk penentuan prioritas, dukungan dan kontribusi apa yang dapat disumbangkan oleh masing-masing individu/ institusi yang diwakilinya, serta langkah-Iangkah solusi untuk pembangunan Poskesdes dan pengembangan masing-masing Desa Siaga
			1. Pendekatan Pengembangan Desa Siaga

Agar percepatan pengembangan desa siaga cepat tercapai maka ada beberapa strategi yang dilakukan oleh Tim Pengembangan Desa Siaga, di antaranya adalah sebagai berikut :

* + - * + Pemberdayaan
				Pada prinsipnya konsep Desa Siaga adalah pemberdayaan, dimana peran serta dari masyarakat adalah yang utama. Langkah awal yang dilakukan dalam pemberdayaan tersebut dengan membantu kelompok masyarakat memegenali masalah-masalah yang mengganggu kesehatan sehingga masalah tersebut menjadi masalah bersama. Kemudian masalah tersebut dimusyawarakan untuk dipecahkan bersama. Pembinaan Desa Siaga dilakukan dengan menggerakkan segenap komponen yang ada dalam masyarakat agar secara mandiri dan berkesinambungan, mencegah dan mengatasi masalah kesehatannya dan mengenali potensi yang dimiliki guna mengatasinya. Mengajak masyarakat agar terlibat secara mandiri dalam Desa Siaga juga dilakukan dengan melakukan penyuluhan-penyuluhan semisal pada saat ada pelaksanaan Posyandu. Petugas kesehatan dari Puskesmas sangat memberi andil yang sangat besar dalam pengembangan Desa Siaga dengan startegi pemberdayaan tersebut.
				+ Bina Suasana (Empowerment)

Bina suasana adalah upaya menciptakan suasana atau lingkungan sosial yang mendorong individu, keluarga dan masyarakat agar berperan dalam pengembangan Desa Siaga.Bina suasana dilakukan dengan pemberian informasi tentang Desa Siaga melalui leaflet. Misal yang telah dilakukan dengan adalah pembagian selebaran informasi tentang Demam Berdarah Dengue dengan pendekatan konsep Desa Siaga. Hal lain yang juga dilakukan adalah memotivasi kader-kader kesehatan di desa agar mampu mempunyai pengaruh untuk menciptakan opini positif tentang Desa Siaga kepada masyarakat. Pemasangan papan Desa Siaga juga adalah salah satu strategi bina suasana, hal ini dilakukan agar desa siaga menjadi familir di tengah-tengah masyarakat.

* + - * + Advokasi

Advokasi terus dilakukan oleh Tim Teknis Pengembangan Desa siaga dan tim promosi kesehatan oleh tenaga kesehatan puskesmas. Pendekatan juga dilakukan kepada stakeholder yang terkait guna memberikan dukungan, kebijakan, dana, tenaga, sarana dan prasarana.

* + - * + Kemitraan

Bentuk kemitraan untuk pengembangan Desa Siaga Siaga masih dalam tahap penjajakan. Tim Teknis Desa Siaga telah melakukan pendekatan terhadap pihak ketiga ( Pihak Swasta ) agar dapat mengambil peran dalam pengembangan Desa Siaga. Tentunya ada manfaat bagi Pihak swasta yang ditawarkan jika Desa Siaga berjalan dengan baik.

* + - 1. Peran Bidan dalam Pelaksanaan Desa Siaga
				* Sebagai pemberi pelayanan dimana bidan akan memberikan pelayanan keperawatan langsung dan tidak langsung kepada klien dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.
				* Sebagai pendidik, bidan memberikan pendidikan kesehatan kepada klien dengan resiko tinggi  atau dan kader ksehatan.
				* Sebagai pengelola bidan akan merencanakan,mengorganisasimenggerakan dan mengevaluasi pelayanan baik langsung maupun tak langsung dan menggunakan peran serta aktif masyarakat dalam kegiatan dikomunitas.
				* Sebagai konselor, bidan akan memberikan konseling atau bimbingan kepada kader, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan komunitas dan kesehatan ibu dan anak.
				* Sebagai pembela klien (advokator) bidan harus melindungi dan memfasilitasi keluarga dan masyarakat dalm pelayanan keperawatan komunitas.
				* Sebagai peneliti bidan melakukan penelitian untuk mengembangkan kebidanan komunitas dalam rangka mengefektifkan desa siaga.
1. **POSYANDU**

Merupakan bentuk peran serta masyarakat di bidang kesehatan, berwujud keterpaduan 5 progam prioritas (KB,KIA,Gizi,Imunisasi,& Penanggulangan diare), mempunyai daya ungkit tinggi terhadap penurunan AKB, AKI,dimana sasarannya adalah bayi,balita,bumil,bufas,buteki dan PUS.

Kegiatan Posyandu meliputi :

1. SDIDTK, Imunisasi, Gizi seimbang, Vit A, PMT
2. ANC, KB (bila ada tempat private)
3. Pengobatan ringan sesuai kewenangan.

Di posyandu ada lima meja pelayanan :

1. Meja pendaftaran
2. Meja penimbangan
3. Meja pencatatan pada KMS
4. Meja penyuluhan perorangan berdasarkan KMS
5. Meja pelayanan kesehatan dan keluarga berencana

Keberhasilan Posyandu tergambar melalui cakupan SKDN

S    :Semua balita yang ada di wilayah kerja posyandu

K    :Semua balita yang memiliki KMS

D    :Balita yang ditimbang

N    :Balita yang naik timbangannya

1. **KELAS IBU HAMIL**

Kelas ibu hamil adalah kelompok belajar ibu-ibu hamil dengan umur kehamilan antara 20 minggu s/d 32 minggu dengan jumlah peserta maksimal 10 orang. Di kelas ini ibu-ibu hamil akan belajar bersama,diskusi dan tukar pengalaman tentang Kesehatan Ibu dan Anak secara menyeluruh dan sistimatis serta dapat dilaksanakan secara terjadwal dan berkesinambungan. Kelas ibu hamil ini difasilitasi oleh bidan desa dengan menggunakan paket kelas ibu hamil yaitu Buku KIA,Pedoman Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil, Pegangan Fasilitator kelas ibu hamil, dan Buku Senam Ibu Hamil.

* + - 1. Tujuan Kelas Ibu Hamil

Meningkatkan pengetahuan, merubah sikap dan perilaku ibu agar memahami tentang kehamilan, perubahan tubuh, dan keluhan selama kehamilan,perawatan kehamilan,persalinan,perawatan nifas, KB pasca persalinan, perawatan bayi baru lahir, mitos/kepercayaan/adat istiadat setempat,penyakit menular dan akte kelahiran.

* + - 1. Manfaat Kelas Ibu Hamil

Bagi ibu hamil dan keluarganya : merupakan sarana untuk mendapatkan teman, bertanya,mampu mempraktekkan, serta membantu ibu dalam menghadapi persalinan dengan aman dan nyaman.

Bagi petugas kesehatan : lebih mengetahui tentang kesehatan ibu hamil dan keluarganya.

* + - 1. Konsep Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil
				1. Memakai buku KIA sebagai alat (acuan)utama pembelajaran.
				2. Metode belajar memakai pendekatan cara belajar orang dewasa, partisipatif interaksi, peragaan/praktek, curah pendapat,penugasan dan simulasi.
				3. Materi : buku KIA,P4k melalui stiker,dan alat-alat,dll
				4. Kurikulum :disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi ibu hamil,setiap pertemuan dilakukan senam ibu hamil.
				5. Dari,oleh,dan untuk masyarakat : seluruh masyarakat termasuk tokoh-tokoh agama dan masyarakat berperan dalam pelaksanaan.
				6. Peserta : Ibu hamil dengan umur kehamilan 20-32 minggu. Suami atau keluarga diikutsertakan. Jumlah peserta maksimum 10 orang setiap kelas.
				7. Fasilitator/Pengajar : Bidan atau petugas kesehatan yang mampu menjadi fasilitator.
				8. Waktu : disesuaikan dengan kesiapan ibu/bapak/keluarga,bisa pagi/sore hari.
				9. Frekuensi pertemuan : 3 kali pertemuan atau sesuai hasil kesepakatan.
				10. Tempat fleksibel : bisa di Desa (rumah warga),Posyandu,dll
1. **KELAS POST PARTUM**

Kelompok Postpartum adalah salah satu bentuk kelompok atau organisasi kecil dari ibu nifas. Bertujuan untuk mendeteksi, mencegah, dan mengatasi permasalahan-permasalahan yang timbul masa nifas. Program Ibu NifasKunjungan pada ibu nifas dan neonatus, ASI eksklusif, tablet tambah darah dan vitaminA.

* + 1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan bersamaan dengan kunjungan pada ibu nifas dan neonates. Data yang dibutuhkan antara lain : jumlah ibu nifas; kebiasaan atau tradisi setempat; permasalahan pada masa nifas; sumber daya masyarakat; dan penentu kebijakan

* + 1. Mengatur Strategi

Pendekatan dengan keluarga ibu, tomas, togam, kepala desa dan kader sebagai pengambil keputusan dan penentu kebijakan sangat diperlukan untuk mewujudkan suatu kelompok ibu nifas

* + 1. Perencanaan

Buat usulan atau proposal yang didalamnya memuat tentang latar belakangdan tujuan dari pembentukan kelompok. Perencanaan meliputi kegiatan yang kan dilakukan, tempat dan waktu, anggaran, serta peserta

* + 1. Pelaksanaan

Jadikan contoh (Role Model) orang sebagai penentu kebijakan dan lakukan diskusi untuk membentuk susunan organisasi.Bidan bisa sebagai narasumber,kemudian buat rencana tindak lanjut

* + 1. Evaluasi

Dilakukan pada akhir masa nifas, setelah kunjungan ke-4. Pastikan bahwa tujuan akhir dari pembentukan kelompok benar-benar tercapai, ibu dan bayi sehat, serta nifas berjalan normal

1. **PROGAM PERENCANAAN PERSALINAN DAN PENCEGAHAN KOMPLIKASI (P4K)**

Progam Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dengan stiker merupakan terobosan percepatan penurunan Angka Kematian Ibu. Progam ini merupakan salah satu bagian dari kegiatan Desa Siaga,melalui P4K dengan stiker yang ditempel dirumah ibu hamil,maka ibu hamil akan tercatat,terdata,dan terpantau secara tepat. Stiker P4K berisi data tentang :nama ibu hamil,taksiran persalinan,penolong persalinan,tempat persalinan,pendamping persalinan,transport yang digunakan dan donor darah.

Dengan data dalam stiker, suami, keluarga,kader,dukun bersama bidan desa dapat memantau secara insentif keadaan dan perkembangan kesehatan ibu hamil untuk mendapatkan pelayanan yang sesuai standart pada saat antenatal,persalinan dan nifas. Sehingga proses persalinan sampai dengan nifas termasuk rujukan dapat berjalan dengan aman dan sehat,tidak terjadi kesakitan dan kematian ibu serta bayi yang dilahirkan selamat dan sehat.

1. **JKN**

JKN merupakan program pelayanan kesehatan terbaru yang merupakan kepanjangan dari Jaminan Kesehatan Nasional yang sistemnya menggunakan systemasuransi. Artinya, seluruh warga Indonesia nantinya wajib menyisihkan sebagian kecil uangnya untuk jaminan kesehatan di masa depan.

* 1. Peserta JKN

Sesuai Undang-undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), dengan adanya JKN, maka seluruh masyarakat Indonesia akan dijamin kesehatannya. Dan juga kepesertaanya bersifat wajib tidak terkecuali juga masyarakat tidak mampu karena metode pembiayaan kesehatan individu yang ditanggung pemerintah.

Program JKN dan BPJS Kesehatan 2014 ini adalah merupakan sebuah proyek dalam bidang kesehatan yang dilakukan oleh Pemerintah Indonesia melalui [Kementrian Kesehatan](http://tamannya-hati.blogspot.com/2012/07/pendaftaran-online-cpns-depkes.html). Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (mandatory).Dimana dalam hal ini adalah juga berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah.

* 1. Tujuan JKN ( Jaminan Kesehatan Nasional )

Tujuan Program JKNadalah agar semua  penduduk terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat  memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak, dalam rangka :

1. Memberikan  kemudahan  dan  akses  pelayanan  kesehatan  kepada peserta di seluruh jaringan fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
2. Mendorong  peningkatan  pelayanan  kesehatan kepada peserta secara menyeluruh, terstandar, dengan sistem pengelolaan yang terkendali mutu dan biaya.
3. Terselenggaranya   pengelolaan   keuangan   yang   transparan   dan akuntabel.
	1. Manfaat JKN ( Jaminan Kesehatan Nasional )

Ada 2 (dua) manfaat Jaminan Kesehatan, yakni berupa pelayanan kesehatan dan Manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans. Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari Fasilitas Kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.Pelayanan yang diberikan bersifat paripurna (preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif) tidak dipengaruhi oleh besarnya biaya premi bagi peserta. Promotif dan preventif yang diberikan dalam konteks upaya kesehatan perorangan (personal care). Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan:

* + - 1. Penyuluhan kesehatan perorangan yang meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.
			2. Imunisasi dasar, meliputi Baccile Calmett Guerin (BCG), Difteri Pertusis Tetanus dan HepatitisB (DPTHB), Polio, dan Campak.
			3. Keluarga berencana, meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, dan tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana. Vaksin untuk imunisasi dasar dan alat kontrasepsi dasar disediakan oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah.
			4. Skrining kesehatan, diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu
	1. Cara Mendapatkan Kartu JKN

Pertama hal yang harus disiapkan dari rumah adalah membawa Kartu Keluarga/ KTP/ Paspor, pas poto berwarna ukuran 3x4 sebanyak 1 (satu) lembar. Untuk anggota keluarga menunjukkan Kartu Keluarga/ Surat Nikah/ Akte Kelahiran. Untuk berjaga-jaga bawa juga fotocopy buku tabungan, karena ada beberapa kantor BPJS yang meminta hal tersebut.

Setelah menuju kantor BPJS Kesehatan terdekat, calon peserta diwajibkan mengisi Daftar Isian Peserta (Disediakan dikantor BPJS), dan memilih dokter terdekat dari tempat tinggal kamu. Tentu saja dokternya juga yang sudah bekerjasama dengan BPJS ya. Setelah semua selesai diisi lampirkan dokumen persyaratan (no.1).

Kemudian ambil nomor antrian. Setelah tiba giliran, serahkan semua berkas ke petugas BPJS Kesehatan. Tunggu beberapa saat sampai petugas selesai menginputkan data kita.

Setelah itu petugas BPJS akan memberikan nomor Virtual Account, yaitu nomor rekening yang disediakan oleh BPJS Kesehatan untuk sebagai rekening tujuan dalam pembayaran tagihan setiap bulannya. (Nomor ini disimpan baik-baik jangan sampai hilang)

Kemudian peserta diminta untuk membayar iuran awal sesuai dengan kelas yang dipilih. Pembayaran bisa dilakukan melalui setor tunai ke Bank ataupun melalui ATM. Jika setor tunai ke Bank bukti slip setoran yang digunakan sebagai tanda bukti untuk mencetak kartu peserta BPJS. Tetapi jika pembayaran melalui ATM, maka resi-nya yang dijadikan bukti pembayaran.

Setelah selesai melakukan pembayaran peserta diminta untuk kembali lagi ke kantor BPJS dan menyerahkan bukti pembayaran kepada petugas BPJS untuk dicetakkan kartu pesertanya.

Kartu peserta BPJS kamu sudah jadii. Biasanya kartu BPJS tersebut aktif 7 hari setelah pembuatan.

* 1. AksesPelayanan Menggunakan Kartu JKN

Jenis Pelayanan

Ada 2 (dua) jenis pelayanan yang akan diperoleh oleh Peserta JKN, yaitu berupa pelayanan kesehatan (manfaat medis) serta akomodasi dan ambulans (manfaat non medis).Ambulanshanya diberikan untuk pasien rujukan dari Fasilitas Kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

Prosedur Pelayanan

Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan pertama-tama harus memperoleh pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama. Bila Peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, maka hal itu harus dilakukan melalui rujukan oleh Fasilitas Kesehatan tingkat pertama, kecuali dalam keadaan kegawat darurat medis.

Kompensasi Pelayanan

Bila di suatu daerah belum tersedia Fasilitas Kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah Peserta, BPJS Kesehatan wajib memberikan kompensasi, yang dapat berupa: penggantian uang tunai, pengiriman tenaga kesehatan atau penyediaan Fasilitas Kesehatan tertentu. Penggantian uang tunai hanya digunakan untuk biaya pelayanan kesehatan dan transportasi.

Penyelenggara Pelayanan Kesehatan

Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan baik fasilitas kesehatan milik Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan swasta yang memenuhi persyaratan melalui proses kredensialing danrekredensialing.



RANGKUMAN

Desa siaga adalah suatu keadaan dimana suatu desa memiliki kemampuan dan kemauan untuk mengenal, menghadapi dan mengatasi masalah kesehatan secara mandiri baik bencana maupun kegawatdaruratan.

Posyandu merupakan bentuk peran serta masyarakat di bidang kesehatan, berwujud keterpaduan 5 progam prioritas (KB,KIA,Gizi,Imunisasi,& Penanggulangan diare), mempunyai daya ungkit tinggi terhadap penurunan AKB, AKI,dimana sasarannya adalah bayi,balita,bumil,bufas,buteki dan PUS.

Kelas ibu hamil adalah kelompok belajar ibu-ibu hamil dengan umur kehamilan antara 20 minggu s/d 32 minggu dengan jumlah peserta maksimal 10 orang. Di kelas ini ibu-ibu hamil akan belajar bersama,diskusi dan tukar pengalaman tentang Kesehatan Ibu dan Anak secara menyeluruh dan sistimatis serta dapat dilaksanakan secara terjadwal dan berkesinambungan. Kelas ibu hamil ini difasilitasi oleh bidan desa dengan menggunakan paket kelas ibu hamil yaitu Buku KIA,

Kelompok Postpartum adalah salah satu bentuk kelompok atau organisasi kecil dari ibu nifas. Bertujuan untuk mendeteksi, mencegah, dan mengatasi permasalahan-permasalahan yang timbul masa nifas. Program Ibu NifasKunjungan pada ibu nifas dan neonatus, ASI eksklusif, tablet tambah darah dan vitaminA.

JKN merupakan program pelayanan kesehatan terbaru yang merupakan kepanjangan dari Jaminan Kesehatan Nasional yang sistemnya menggunakan systemasuransi. Artinya, seluruh warga Indonesia nantinya wajib menyisihkan sebagian kecil uangnya untuk jaminan kesehatan di masa depan.

**TUGAS**

Lakukan kunjungan wilayah bidan desa untuk mengetahui pelaksanaan program-program pemerintah berkaitan dengan kebidanan komunitas !

**POST TEST**

Kerjakan soal berikut ini tanpa melihat kunci jawaban. Setelah selesai cocokkan dengan kunci jawaban untuk mengetahui nilai yang diperoleh.

* + - * 1. Desa Siaga adalah salah satu program Kementerian Kesehatan yang salah satu fokus kegiatannya adalah mengurangi angka kematian Ibu, dengan...

tukar pengalaman tentang Kesehatan Ibu dan Anak

menggunakan Jaminan Kesehatan Nasional

melaksanaan program-program pemerintah

meningkatkan peran serta masyarakat setempat

* + - * 1. Desa siaga adalah suatu keadaan dimana suatu desa memiliki kemampuan dan kemauan untuk mengenal, menghadapi dan mengatasi masalah kesehatan secara ...

Bersama- sama dengan desa lain

Mandiri baik bencana maupun kegawatdaruratan

Bergantung pada fasilitas pemerintah

Individual

* + - * 1. Kelas ibu hamil adalah kelompok belajar ibu-ibu hamil dengan umur kehamilan antara...

20 minggu s/d 32 minggu

24 minggu s/d 28 minggu

28 minggu s/d 32 minggu

20 minggu s/d 28 minggu

* + - * 1. Kelompok Postpartum adalah salah satu bentuk kelompok atau organisasi kecil dari ibu nifas. Bertujuan untuk ...

mendeteksi, mencegah, dan mengatasi permasalahan pada masa nifas

mendeteksi, mencegah, dan mengatasi permasalahan padabayi

mendeteksi, mencegah, dan mengatasi permasalahan pada neonatus

mendeteksi, mencegah, dan mengatasi permasalahan pada masa kehamilan

* + - * 1. JKN merupakan program pelayanan kesehatan terbaru yang merupakan kepanjangan dari Jaminan Kesehatan Nasional yang sistemnya menggunakansystem...

Tabugan c. Asuransi

Pinjaman d. a dan b benar

KUNCI JAWABAN

1. D
2. B
3. A
4. A
5. C

**EVALUASI**

Lakukan evaluasi skor post tesdan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat penguasaan 68 % atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata Asuhan Kebidanan Komunitas. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.



MODUL XIiI. Pemberdayaan Masyarakat

1. Tema Modul : Modul Praktikum Pemberdayaan Masyarakat
2. Mata Kuliah/Kode : Asuhan Kebidanan Komunitas /Bd.5.306
3. Jumlah SKS : 4 SKS (T:2, P:2)
4. Alokasi waktu : 320 menit
5. Tujuan Pembelajaran :

Mahasiswa mampu menjelaskan pemberdayanan masyarakat

1. Pengertian
2. Tujuan
3. Tahapan
4. Bentuk pemberdayaan Masyarakat
5. Pembinaan peran serta masyarakat
6. Gambaran umum modul :

Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum materi pemberdayaan masyarakat dengan brainstroming.

1. Karakteristik mahasiswa :

Modul ini ditujukan bagi mahasiswa Prodi D III Kebidanan Magelang Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran teori materi pemberdayaan masyarakat.

1. Target Kompetensi :

Mahasiswa mampu menjelaskan pemberdayanan masyarakat

Indikator :

1. Mahasiswa mampu menjelaskan pemberdayanan masyarakat
2. Materi pembelajaran : Terlampir
3. Stratategi pembelajaran : brainstroming
4. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
5. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :
6. Bagi Peserta didik
	* + 1. Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
			2. Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi
				1. Melakukan brainstorming
7. Peran Pendidik / Dosen
8. Sebagai fasilitator
9. Sebagai mediator
10. Metode evaluasi : tanya jawab, post tes
11. Metode penilaian : Nilai skor post tes
12. Daftar Pustaka
13. Cronk, M and flint, C (1992). Community midwifery: A Practical Guide, butterwood-Heinemenn Ltd, Linacre house, Jordan hill, Oxford
14. Bernett, VR and Brown, Lk (1993). Milles Text Book for midwives, twelfth edition. Churchill Livingstone
15. Kitzinger, S (1995). Homebirth and other alternatives to hospital. Darling Kindersley Ltd, Londen
16. Klien, S (1998), A Book for Midwives: A manual for Traditional Birth Attendants and Comunity Midwives, The hesperian Foundation, Berkley, California, USA
17. Prawiro hardjo, S (1997), Ilmu Kebidanan. YBPSP, UI Jakarta
18. Saifudin, A.B. et.al (2000) Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan YBPSP. Jakarta
19. Saifudin, A.B. dkk (2002) Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Neonatal, YBPSP Jakarta.
20. Dunkey, J (2000). Health promotion in midwifery Practice; A resource for health Professionals, An imprint of harcourt Publishers Ltd, Bailiere Tindall, londen
21. Walsh, Lv (2001). Midwifery : community Based care During The Chilbearing Year. WB Sanders Company, USA..
22. Asuhan Kebidanan komunitas, EGC, Runjati
23. Pedoman desa siaga, Kemenkes
24. Pemberdayaan Masyarakat, Kepmenkes

 **MATERI**

**PEMBERDAYANAN MASYARAKAT**

1. **PENGERTIAN**

 Pemberdayaan masyarakat adalah segala upaya fasilitas yang bersifat persuasif dan melalui pemerintah yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, perilaku, dan kemampuan masyarakat dalam menemukan, merencanakan serta memecahkan masalah menggunakan sumber daya atau potensi yang mereka miliki termasuk partisipasi dan dukungan tokoh – tokoh masyarakat serta LSM yang masih ada dan hidup di masyarakat.

1. **TUJUAN**

Tujuan pemberdayaan masyarakat yang dilakukan oleh [bidan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/pengertian-definisi-bidan-dan-falsafah.html) adalah terwujudnya upaya yang dilakukan oleh masyarakat secara lerorgerasi untuk meningkatkan kesehatan ibu, anak, keluarga berencana menuju keluarga sehat dan sejahtera. Untuk mencapai tujuan tersebut berbagai upaya dilakukan oleh [bidan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/pengertian-definisi-bidan-dan-falsafah.html), seperti :

* + - * 1. Peningkatan peran pemimpin di masyarakat untuk mendorong dan mengarahkan masyarakat dalam setiap upaya kesehatan ibu, anak  dan keluarga berencana.
				2. Peningkatan dan kesadaran serta kemauan masyarakat dalam pemeliharaan, perbaikan dan peningkatan keluarga terutama kesehatan ibu, anak dan keluarga berencana.
				3. Dorongan masyarakat untuk mengenali potensi tersedia yang dapat dimanfaatkan untuk mendukung kesehatan masyarakat .
1. **TAHAPAN**

Secara garis besar langkah pemberdayaan masyarakat adalah :

1. Melaksanakan penggalangan, pemimpin dan organisasi di masyarakat melalui dialog untuk mendapatkan dukungan.
2. Meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengenal dan memecahkan masalah kesehatan keluarga dengan menggali dan menggerakkan sumber daya yang dimilikinya.
3. Melaksanakan kegiatan kesehatan keluarga untuk masyarakat melalui kader yang telah terlatih

****

RANGKUMAN

* + - * 1. Pemberdayaan masyarakat adalah segala upaya fasilitas yang bersifat persuasif dan melalui pemerintah yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, perilaku, dan kemampuan masyarakat dalam menemukan, merencanakan serta memecahkan masalah menggunakan sumber daya atau potensi yang mereka miliki termasuk partisipasi dan dukungan tokoh – tokoh masyarakat serta LSM yang masih ada dan hidup di masyarakat.
				2. Tujuanpemberdayaan masyarakat yang dilakukan oleh [bidan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/pengertian-definisi-bidan-dan-falsafah.html) adalah terwujudnya upaya yang dilakukan oleh masyarakat secara lerorgerasi untuk meningkatkan kesehatan ibu, anak, keluarga berencana menuju keluarga sehat dan sejahtera.
				3. Langkahpemberdayaan masyarakat adalah :Melaksanakan penggalangan, pemimpin dan organisasi di masyarakat melalui dialog untuk mendapatkan dukungan.Meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengenal dan memecahkan masalah kesehatan keluarga dengan menggali dan menggerakkan sumber daya yang dimilikinya. Melaksanakan kegiatan kesehatan keluarga untuk masyarakat melalui kader yang telah terlatih

** TUGAS**

Lakukan brainstorming !



 **POST TEST**

Kerjakan soal berikut ini tanpa melihat kunci jawaban. Setelah selesai cocokkan dengan kunci jawaban untuk mengetahui nilai yang diperoleh.

1. Pemberdayaan masyarakat adalah segala upaya fasilitas yang bersifat persuasif dan melalui pemerintah yang bertujuan untuk...

Meningkatkan pengetahuan, sikap, perilaku, dan kemampuan masyarakat

Melaksanakan penggalangan

Memimpin dan organisasi di masyarakat

Melaksanakan kegiatan kesehatan

1. Tujuanpemberdayaan masyarakat yang dilakukan oleh [bidan](http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/04/pengertian-definisi-bidan-dan-falsafah.html) adalah terwujudnya upaya yang dilakukan oleh masyarakat secara lerorgerasi untuk meningkatkan...

Penghasilan masyarakat

Pengetahuan masyarakat

Kesehatan lansia

Kesehatan ibu, anak, keluarga berencana

1. Meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengenal dan memecahkan masalah kesehatan keluarga dengan cara...
	* + 1. Mencari permasalahan yang ada di masyarakat
			2. Mempengaruhi masyarakat
			3. Menggali dan menggerakkan sumber daya yang dimilikinya
			4. Memimpin dan organisasi di masyarakat
2. Melaksanakan penggalangan, pemimpin dan organisasi di masyarakat melalui dialog untuk...
	1. Meningkatkan pengetahuan, sikap, perilaku, dan kemampuan masyarakat
	2. Mendapat dukungan
	3. Melaksanakan penggalangan
	4. Memimpin dan organisasi di masyarakat
3. Dorongan masyarakat untuk mengenali potensi tersedia yang dapat dimanfaatkan untuk...
	1. Mendapat dukungan
	2. Mendukung kesehatan masyarakat
	3. Menggali dan menggerakkan sumber daya yang dimilikinya
	4. Melaksanakan kegiatan kesehatan

KUNCI JAWABAN

1. A
2. D
3. C
4. B
5. B

 **EVALUASI**

Lakukan evaluasi skor post test dan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat kemampuan 68 % atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata kuliah Asuhan Kebidanan Komunitas. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.

**MODUL XIV. PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN DI KOMUNITAS**

1. Tema Modul : Modul Praktikum Pendokumentasian Asuhan Kebidanan di Komunitas
2. Mata Kuliah/Kode : Asuhan Kebidanan Komunitas /Bd.5.306
3. Jumlah SKS : 4 SKS (T:2, P:2)
4. Alokasi waktu : P=320 menit
5. Tujuan Pembelajaran :

Mahasiswa mampu melakukan :

1. Pendokumentasian asuhan kebidanan di komunitas
2. Penyusunan asuhan kebidanan komunitas

Pendokumentasian asuhan kebidanan di komunitas

1. Pengkajian
2. Perencanaan
3. Analisa
4. Implementasi
5. Evaluasi
6. Gambaran umum modul :

Modul ini secara khusus akan membahas tentang praktikum materi pendokumentasian asuhan kebidanan di komunitas dengan diskusi dan tanya jawab, memberikan asuhan kebidanan terhadap keluarga binaan dan mempresentasikan hasilnya.

1. Karakteristik mahasiswa (Prasyarat) :

Modul ini ditujukan bagi mahasiswa Prodi D III Kebidanan Magelang Poltekkes Kemenkes Semarang yang telah mengikuti pembelajaran teori materi pendokumentasian asuhan kebidanan di komunitas.

1. Target Kompetensi :

Mahasiswa mampu melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan di komunitas dan penyusunan asuhan kebidanan komunitas

1. Indikator :

Mahasiswa mampu melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan di komunitas dan penyusunan asuhan kebidanan komunitas

1. Materi pembelajaran : Terlampir
2. Stratategi pembelajarn : Diskusi, tanya jawab, memberikan asuhan kebidanan terhadap keluarga binaan dan mempresentasikan hasilnya
3. Sarana penunjang pembelajaran : LCD, Komputer
4. Prosedur (Petunjuk Penggunaan Modul) :
	* 1. Bagi Peserta didik
			1. Mahasiswa membaca dan memahami tujuan pembelajaran, tugas praktika yang akan dilakukan, membaca referensi yang direkomendasikan
			2. Mahasiswa berlatih skill dan praktik sesuai dengan materi
5. Melakukan Diskusi tanya jawab
6. Memberikan asuhan kebidanan terhadap keluarga binaan dan mempresentasikan hasilnya
	* 1. Peran Pendidik / Dosen
			1. Sebagai fasilitator
			2. Sebagai mediator
7. Metode evaluasi : post test, presentasi
8. Metode penilaian : Nilai skor post test, presentasi.
9. Daftar Pustaka
10. Cronk, M and flint, C (1992). Community midwifery: A Practical Guide, butterwood-Heinemenn Ltd, Linacre house, Jordan hill, Oxford
11. Bernett, VR and Brown, Lk (1993). Milles Text Book for midwives, twelfth edition. Churchill Livingstone
12. Kitzinger, S (1995). Homebirth and other alternatives to hospital. Darling Kindersley Ltd, Londen
13. Klien, S (1998), A Book for Midwives: A manual for Traditional Birth Attendants and Comunity Midwives, The hesperian Foundation, Berkley, California, USA
14. Prawiro hardjo, S (1997), Ilmu Kebidanan. YBPSP, UI Jakarta
15. Saifudin, A.B. et.al (2000) Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan YBPSP. Jakarta
16. Saifudin, A.B. dkk (2002) Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Neonatal, YBPSP Jakarta.
17. Dunkey, J (2000). Health promotion in midwifery Practice; A resource for health Professionals, An imprint of harcourt Publishers Ltd, Bailiere Tindall, londen
18. Walsh, Lv (2001). Midwifery : community Based care During The Chilbearing Year. WB Sanders Company, USA..
19. Asuhan Kebidanan komunitas, EGC, Runjati
20. Pedoman desa siaga, Kemenkes
21. Pemberdayaan Masyarakat, Kepmenkes

materi

* + - 1. **PENGKAJIAN**
1. Pengkajian merupakan proses pengumpulan data dan upaya untuk dapat mengenal masyarakat dengan beberapa komponen antara lain:
	1. Data demografi
	2. Geografi
	3. Fasilitas fisik
	4. Sistem pemerintahan
	5. Ekonomi
	6. Sistem social
2. Tujuan dari pengkajian komunitas ini adalah untuk mengidentifikasi faktor-faktor (baik positif atau negatif) yang mempengaruhi kesehatan warga masyarakat agar dapat mengembangkan strategi promosi kesehatan
3. Teori**-**Teori Pengkajian Komunitas
	* + - 1. *Sanders Interactional Framework (*Teori Tiga Dimensi)
				2. Komunitas Sebagai Sistem Sosial (*Dimensi Sistem*)

Sistem Kesehatan : jenis pelayanan kesehatan, jumlah pelayanan kesehatan,jenis penyakit 10 besar, jumlah kader kesehatan, jenis pembiayaan kesehatan, kondisi kesehatan penduduk, pelayanan KB, riwayat KLB, kondisi lingkungan: saluran air, sampah, Komunitas sebagai sistem sosial

Sistem Pendidikan : jenis pendidikan formal dan program pemberantasan buta huruf

 Sistem Keluarga : tipe keluarga dan pola hidup sehat keluarga

Sistem Kesejahteraan : program pengentasan kemiskinan dan kegiatan gotong-royong

Sistem Ekonomi : pekerjaan, sumber daya alam, industri rakyat

Sistem Politik : cara pemilihan pemimpin masyarakat, cara penetapan, struktur pemerintahan

Sistem Rekreasi : kebiasaan rekreasi penduduk, sarana rekreasi

Sistem Komunikasi : hirarki komunikasi penduduk, alat komunikasi

Sistem Keagamaan : kegiatan keagamaan, organisasi keagamaan

 Sistem Legal : peraturan, sanksi

* + - * 1. Komunitas Sebagai Tempat (*Dimensi Tempat*)

Batasan Komunitas : Batas wilayah, karakteristik wilayah, peta wilayah

Sistem Keagamaan : Tempat, jarak, cara capai

Gambaran geografis : Kesuburan, peta geografis, kemiringan/tinggi tanah

Iklim : Curah hujan, perkiraan musim, kelembapan udara

Flora dan fauna : Jenis tanaman dan hewan

Lingkungan buatan : Lapangan, sarana olahraga, sarana rekreasi, lingkungan pemukiman

* + - * 1. Komunitas Sebagai Kumpulan/Kelompok (*Dimensi Populasi*)

 Ukuran : Jumlah penduduk, jumlah KK, jumlah penduduk yang memiliki KMS

Kepadatan : perbandingan jumlah penduduk dengan luas wilayah, perbandingan jumlah penduduk dengan luas pemukiman

Komposisi penduduk : Berdasarkan kelompok: umur, sex, perkawinan

Pertumbuhan penduduk : Angka kelahiran, angka kematian

Budaya sosial penduduk : latar belakang budaya/etnis, sejarah budaya penduduk

Kelas sosial penduduk : TK kesejahteraan, kemampuan baca tulis, tingkat pendidikan, pekerjaan

Mobilitas Penduduk, jenis kependudukan, pemanfaatan waktu

* + - * 1. *Clien’s Interaction Framework*
		1. Masyarakat sebagai sistem sosial
* pola komunikasi
* pengambilan keputusan
* hubungan dengan sistem lain
* batas wilayah
	+ 1. Penduduk dan lingkungan
* karakter penduduk (demografi)
* faktor lingkungan; biologi & sosial
* lingkungan psikis; agama, nilai, kepercayaan
	+ - * 1. *Community Assesment Wheel(*Roda Pengkajian Komunitas)
1. Community Core (inti komunitas)
* Sejarah/riwayat terjadinya/perkembangan komunitas
* Demografi Penduduk
* Karakteristik umur & jenis kelamin
* Distribusi ras/etnis
* Type keluarga
* Status perkawinan
* Vital Statistic: angka kelahiran, angka kematian, penyebab kematian
* Sistem nilai/value, beliefs, and religion
1. Subsistem komunitas
* Physical Environment dengan Winshield Survey
* Survey
* Datang kelingkungan masyarakat
* Dengarkan keluhan masyarakat, tokoh, pemerintah setempat
* Observasi keadaan iklim, sumber daya alam, batas wilayah
* Kegiatan masyarakat
* Kejadian Luar Biasa
* Sistem sosial

Pengkajian lingkungan fisik dalam komunitas dapat dilakukan dengan metode: “windshield survey” yaitu survey dengan berjalan mengelilingi wilayah komunitas dengan melihat beberapa komponen, antara lain:

Elemen Winshield Survey

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | Elemen | Deskripsi |
| 1 | Perumahan | Bangunan, luas, bahan, arsitek, bersatu/pisah |
| 2 | Lingkungan/daerah | Halaman samping, belakangLuas, sempit atau tidak, ada/tidak ada rumput, bersih/kotor, pribadi/umum |
| 3 | Lingkungan terbuka | Sungai, got, jalan |
| 4 | Batas kebiasaan | Tempat berkumpul, siapa, dimana, kapan |
| 5 | Transportasi | Cara dating, pergi, situasi jalan dan jenis, alat transportasi |
| 6 | Pusat pelayanan | Klinik, rekreasi, sekolah, praktek pelayanan perawatan, tempat ibadah |
| 7 | Toko/warung | Jenis, siapa pemilik |
| 8 | Pusat belanja | Bagaimana mencapainya, jenis |
| 9 | Orang di jalan | Siapa yang dijumpai, anak, pengangguran, hewan |
| 10 | Suku | Lokasi, cara komunikasi |
| 11 | Tempat ibadah | Masjid, gereja |
| 12 | Kesehatan | Akut/krinis, jarak pelayanan |
| 13 | Politik | Kampanye |
| 14 | Media | Televise, radio, Koran, majalah, papan pengumuman dan lain-lain |

Data yang dikumpulkan:

* pelayanan (waktu, ongkos, rencana kerja)
* sumber daya (tenaga, tempat, dana, perencanaan)
* karakteristik pemakai (penyebaran geografi, gaya hidup, transport)
* statistik; jumlah kunjungan
* cakupan dan keterjangkauan oleh pemakai dan pemberian pelayanan
* Ekonomi
* Karakteristik pendapatan keluarga
* Persentase pendapatan kelas bawah
* Persentase keluarga mendapat bantuan sosial
* Persentase keluarga dengan kepala keluarga wanita
* Karakteristik pekerjaan
* Status ketergantungan :
* Jumlah usia produktif/bekerja
* Persen pengangguran
* Persen bekerja
* Persen pengangguaran terselubung
* Jumlah kelompok khusus
* Kategori yang bekerja
* manajer
* teknikal
* pelayan
* petani
* buruh
* Keamanan dan transportasi
* protection service (PMK, polisi, sanitasi)
* kualitas udara, air
* transport milik sendiri/umumàjenis

Sumber informasi:

Dinas Tata kota, Dinas Kebakaran, Kantor Polisi, Dinas PU

* Politik dan government
* Pemerintahan: RT, RW, Lurah, Camat, dst.
* Kelompok Pelayanan masyarakat:
* PKK
* Karang Taruna
* Panti Wredha
* LKMD
* Posyandu, dll
* Politik:

Peran serta partai politik dalam pelayanan kesehatan, kebijakan pemerintahan dalam pelayanan kesehatan yaiyu sebagai alat komunikasi

* Komunikasi formal: koran, TV, telepon, dll.
* Komunikasi informal: papan pengumuman, selebaran, poster, dll.

Komponen Komunikasi

|  |  |
| --- | --- |
| Komponen | Sumber |
| Formal:* Koran (jumlah sirkulasi, frekuensi, lingkup)
* Radio dan televise (jumlah stasiun komersial dan pendidikan, pendengar)
* Poster (kantor, jumlah telepon umum dan pribadi)
 | Kantor KoranKantor peneranganKantor Pos dan Telekomunikasi |
| Informal:* Sumber : papan pengumuman, poster, brosur dan
 |  |

* + - 1. **PERENCANAAN**

Tahap kedua dari proses keperawatan merupakan tindakan menetapkan apa yang harus dilakukan untuk membantu sasaran dalam upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Langkah pertama dalam tahap perencanaan adalah menetapkan tujuan dan sasaran kegiatan untuk mengatasi masalah yang telah ditetapkan sesuai dengan diagnosis keperawatan. Dalam menentukan tahap berikutnya yaitu rencana pelaksanaan kegiatan maka ada dua faktor yang mempengaruhi dan dipertimbangkan dalam menyusun rencana tersebut yaitu sifat masalah dan sumber/potensi masyarakat seperti dana, sarana, tenaga yang tersedia.

1. Tahap persiapan

Dengan dilakukan pemilihan daerah yang menjadi prioritas menentukan cara untuk berhubungan dengan masyarakat, mempelajari dan bekerjasama dengan masyarakat.

1. Tahap pengorganisasian

Dengan persiapan pembentukan kelompok kerja kesehatan untuk menumbuhkan kepedulian terhadap kesehatan dalam masyarakat. Kelompok kerja kesehatan (Pokjakes) adalah suatu wadah kegiatan yang dibentuk oleh masyarakat secara bergotong royong untuk menolong diri mereka sendiri dalam mengenal dan memecahkan masalah atau kebutuhan kesehatan dan kesejahteraan, meningkatkan kemampuan masyarakat berperanserta dalam pembangunan kesehatan di wilayahnya.

1. Tahap pendidikan dan latihan
2. Kegiatan pertemuan teratur dengan kelompok masyarakat
3. Melakukan pengkajian
4. Membuat program berdasarkan masalah atau diagnose keperawatan
5. Melatih kader
6. Keperawatan langsung terhadap individu, keluarga dan masyarakat
7. Tahap formasi kepemimpinan
8. Tahap koordinasi intersektoral
9. Tahap akhir

Dengan melakukan supervisi atau kunjungan bertahap untuk mengevaluasi serta memberikan umpan balik untuk perbaikan kegiatan kelompok kerja kesehatan lebih lanjut.

* + - 1. **ANALISA**

Setelah data dikumpulkan dan dicatat maka dilakukan analisis. Hasil analisis tersebut dirumuskan sebagai syarat dapat ditetapkan masalah kesehatan ibu dan anak di komunitas.Dari data yang dikumpulkan, dilakukan analisis yang dapat ditemukan jawaban tentang :

* 1. Hubungan antara penyakit atau status kesehatan dengan lingkungan keadaan sosial budaya atau perilaku, pelayanan kesehatan yang ada serta faktor-faktor keturunan yang berpengaruh terhadap kesehatan.
	2. Masalah-masalah kesehatan, termasuk penyakit ibu, anak dan balita
	3. Masalah-masalah utama ibu dan anak serta penyebabnya
	4. Faktor-faktor pendukung dan penghambat

Rumusan masalah dapat ditentukan berdasarkan hasil analisa yang mencakup masalah utama dan penyebabnya serta masalah potensial.

* + - 1. **IMPLEMENTASI**

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses dokumentasi yang dimulai setelah menyusun rencana. Implementasi adalah serangkaian kegiatan yang di lakukan oleh bidan untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriter ia hasil yang diharapkan. Proses implementasi adalah sebagai berikut :

* + 1. Pengkajian ulang terhadap klien
		2. Meninjau dan merevisi rencana asuhan keperawatan yang ada
		3. Mengorganisasikan sumber daya dan menyampaikan layanan meliputi:
* Peralatan
* Personel
* Lingkungan
* Klien
* Antisipasi dan pencegahan komplikasi
	+ - 1. **EVALUASI**

Evaluasi adalah membandingkan suatu hasil / perbuatan dengan standar untuk tujuan pengambilan keputusan yang tepat sejauh mana tujuan tercapai.

Kegunaan evaluasiUntuk menentukan :

Perkembangan kesehatan klien.

Untuk menilai efektifitas, efisiensi dan produktifitas asuhan keperawatan yang diberikan.

Untuk menilai pelaksanaan asuhan keperawatan.

Sebagai umpan balik untuk memperbaiki atau menyusun siklus baru dalam proses keperawatan

Menunjang tanggung gugat dan tanggung jawab dalam pelaksanaan keperawatan.

Proses evaluasi :

1. Menentukan kriteria, standar dan pertanyaan evaluasi
2. Mengumpulkan data baru tentang klien
3. Menafsirkan data baru
4. Membandingkan data baru dengan standar yang berlaku
5. Merangkum hasil dan membuat kesimpulan
6. Melaksanakan tindakan yang sesuai berdasarkan kesimpulan.

****

RANGKUMAN

1. Pengkajian merupakan proses pengumpulan data dan upaya untuk dapat mengenal masyarakat dengan beberapa komponen antara lain:data demografi, geografi, fasilitas fisik, sistem pemerintahan, ekonomi, sistem social
2. Perencanaan merupakan tahap kedua dari proses keperawatan merupakan tindakan menetapkan apa yang harus dilakukan untuk membantu sasaran dalam upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Langkah pertama dalam tahap perencanaan adalah menetapkan tujuan dan sasaran kegiatan untuk mengatasi masalah yang telah ditetapkan sesuai dengan diagnosis keperawatan. Dalam menentukan tahap berikutnya yaitu rencana pelaksanaan kegiatan maka ada dua faktor yang mempengaruhi dan dipertimbangkan dalam menyusun rencana tersebut yaitu sifat masalah dan sumber/potensi masyarakat seperti dana, sarana, tenaga yang tersedia.
3. Setelah data dikumpulkan dan dicatat maka dilakukan analisis. Hasil analisis tersebut dirumuskan sebagai syarat dapat ditetapkan masalah kesehatan ibu dan anak di komunitas.
4. Implementasi merupakan tahap keempat dari proses dokumentasi yang dimulai setelah menyusun rencana. Implementasi adalah serangkaian kegiatan yang di lakukan oleh bidan untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.
5. Evaluasi adalah membandingkan suatu hasil / perbuatan dengan standar untuk tujuan pengambilan keputusan yang tepat sejauh mana tujuan tercapai.

**TUGAS**

 1.Lakukan diskusi dan tanya jawab !

 2.Lakukan asuhan kebidanan terhadap keluarga binaan dan presentasikan hasilnya !



 **POST TEST**

Kerjakan soal berikut ini tanpa melihat kunci jawaban. Setelah selesai cocokkan dengan kunci jawaban untuk mengetahui nilai yang diperoleh.

1. Yang tidak termasuk komponen dalam pengkajian dibawah ini adalah...
	* 1. data demografi c. Data individual
		2. geografi d. fasilitas fisik
2. Langkah pertama dalam tahap perencanaan adalah...
3. membandingkan suatu hasil c. mengambilan keputusan yang tepat
4. menetapkan tujuan dan sasaran kegiatan d. menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan
5. Setelah data dikumpulkan dan dicatat maka dilakukan analisis. Hasil analisis tersebut dirumuskan sebagai...
6. membandingkan suatu hasil c. mengambilan keputusan yang tepat
7. menetapkan tujuan dan sasaran kegiatan d. syarat dapat ditetapkan masalah kesehatan
8. Mengorganisasikan sumber daya dan menyampaikan layanan meliputi dibawah ini, kecuali...
9. Bidan/Nakes c. Lingkungan
10. Personel d. klien
11. Evaluasi adalah membandingkan suatu hasil / perbuatan dengan standar untuk tujuan
12. menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan
13. pengambilan keputusan yang tepat
14. menetapkan tujuan dan sasaran kegiatan
15. membandingkan suatu hasil

KUNCI JAWABAN

1. C
2. B
3. D
4. A
5. B

**EVALUASI**

Lakukan evaluasi skor post tesdan praktika. Bila anda telah mencapai tingkat penguasaan 68 % atau lebih, anda dapat meneruskan pada kompetensi selanjutnya untuk mata Asuhan Kebidanan Komunitas. Tetapi bila tingkat penguasaan anda masih kurang 68 %, anda harus mengulangi materi kegiatan belajar ini, terutama pada bagian-bagian yang belum anda kuasai.