



Universitas
Harkat Negeri

MODUL PEMBELAJARAN:

Kesehatan Masyarakat dan Epidemiologi

SEKOLAH VOKASI

PROGRAM STUDI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN

TAHUN AKADEMIK 2025/2026

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan karunia-Nya, buku ajar "**Kesehatan Masyarakat dan Epidemiologi**" ini dapat diselesaikan dengan baik. Buku ajar ini disusun secara khusus untuk memenuhi kebutuhan proses pembelajaran mahasiswa Program Studi D4 Kebidanan Sekolah Vokasi Universitas Harkat Negeri, sesuai dengan Kurikulum Berbasis Capaian Pembelajaran (Outcome-Based Education / OBE).

Dalam paradigma pelayanan kesehatan modern, seorang bidan tidak hanya dituntut memiliki keterampilan klinis yang handal dalam menangani persalinan atau asuhan kehamilan individual. Bidan juga memegang peranan kunci sebagai penentu kesehatan masyarakat di tingkat komunitas (community midwife). Oleh karena itu, pemahaman yang mendalam mengenai konsep dasar kesehatan masyarakat, determinan sosial-ekonomi-lingkungan, serta metode analisis epidemiologi menjadi modalitas utama bagi bidan dalam merancang intervensi yang promotif, preventif, dan berbasis bukti empiris.

Buku ajar ini terbagi menjadi 15 Bab utama yang disusun secara sistematis mengacu pada tahapan Sub-CPMK dalam Rencana Pembelajaran Semester (RPS). Setiap bab dilengkapi dengan tinjauan teoretis komprehensif, contoh kasus aplikasi klinik/komunitas, rumus kalkulasi epidemiologi, hingga evaluasi mandiri. Penulis berharap buku ini dapat menjadi panduan utama yang solutif dan akademis bagi mahasiswa, dosen pengampu, maupun praktisi kesehatan reproduksi di lapangan.

Penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Pimpinan Fakultas Sekolah Vokasi Universitas Harkat Negeri, rekan-rekan dosen team teaching, serta semua pihak yang telah memberikan masukan bernilai tinggi hingga tersusunnya karya ini. Kritik dan saran yang membangun senantiasa penulis harapkan demi penyempurnaan edisi berikutnya.

Slawi, September 2026

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
BAB 1: KONSEPSI DASAR DAN SEJARAH KESEHATAN MASYARAKAT	1
BAB 2: DETERMINAN SOSIAL, EKONOMI, DAN LINGKUNGAN KESEHATAN	6
BAB 3: KONSEPSI DASAR, TUJUAN, DAN RUANG LINGKUP EPIDEMIOLOGI	11
BAB 4: PENGUKURAN STATUS KESEHATAN DAN UKURAN FREKUENSI PENYAKIT	16
BAB 5: ANALISIS DATA KESEHATAN, TREN, DAN POLA PENYAKIT	21
BAB 6: IDENTIFIKASI FAKTOR RISIKO DAN METODOLOGI PENELITIAN EPIDEMIOLOGI	26
BAB 7: TAHAPAN DAN PERUMUSAN DIAGNOSIS EPIDEMIOLOGI KEBIDANAN	31
BAB 8: REVIU MATERI DAN EVALUASI MID-SEMESTER (UTS)	36
BAB 9: TINGKAT PENCEGHAH PENYAKIT: PRIMER, SEKUNDER, DAN TERSIER	40
BAB 10: STRATEGI PENCEGHAH DAN PENGENDALIAN PENYAKIT MENULAR	45
BAB 11: STRATEGI PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT TIDAK MENULAR (PTM)	50
BAB 12: MODEL DAN TEORI PROMOSI KESEHATAN	55
BAB 13: PROMOSI KESEHATAN IBU DAN ANAK (KIA) BERBASIS BUKTI	60
BAB 14: PROMOSI KESEHATAN KOMUNITAS DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT	65
BAB 15: PRINSIP DASAR EVALUASI PROGRAM KESEHATAN MASYARAKAT	70
DAFTAR PUSTAKA	75

BAB 1: KONSEPSI DASAR DAN SEJARAH KESEHATAN MASYARAKAT

Capaian Pembelajaran Bab 1 (Sub-CPMK-1.1):

Mahasiswa mampu menjelaskan konsep dasar kesehatan masyarakat, perkembangan sejarah, pilar utama, serta relevansi multidisiplin kesehatan masyarakat dalam sistem asuhan kebidanan modern dengan akurat.

1.1 Definisi dan Batasan Kesehatan Masyarakat

Kesehatan masyarakat (public health) secara klasik didefinisikan oleh Winslow (1920) sebagai ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, serta meningkatkan kesehatan fisik dan mental melalui upaya masyarakat yang terorganisir. Pendekatan ini berfokus pada kesehatan populasi secara keseluruhan, berbeda dengan pendekatan medis klinis yang memprioritaskan penyembuhan individu per individu (curative and rehabilitative individual care).

Dalam konteks kebidanan vokasional, pemahaman kesehatan masyarakat mengubah peranan bidan dari sekadar penolong persalinan menjadi agen perubahan sosial. Kesehatan masyarakat mencakup tindakan pencegahan (preventif), peningkatan derajat kesehatan (promotif), serta perlindungan lingkungan hidup yang menunjang kesehatan ibu, janin, bayi baru lahir, dan remaja putri.

1.2 Sejarah dan Evolusi Perkembangan Kesehatan Masyarakat

Perkembangan kesehatan masyarakat terbagi dalam beberapa era sejarah penting:

- **Era Kuno dan Sanitasi Awal:** Peradaban Romawi Kuno dan Mesir telah mengenal pentingnya pembuangan kotoran dan pasokan air bersih bagi prajurit dan warga kota.
- **Era Empiris dan Epidemi Snow (Abad ke-19):** John Snow (1854) membuktikan bahwa wabah kolera di Soho, London bersumber dari pompa air di Broad Street. Temuan ini menjadi fondasi analisis spasial epidemiologi modern tanpa membutuhkan pemahaman mikrobiologis canggih pada masa itu.
- **Era Mikrobiologi (Bakteriologis):** Penemuan kuman oleh Louis Pasteur dan Robert Koch mengalihkan fokus kesehatan masyarakat pada pembasmian mikroorganisme spesifik melalui vaksinasi dan sterilisasi.
- **Era Kesehatan Sosial dan Eco-Social Modern:** Saat ini, kesehatan masyarakat dipandang sebagai interaksi kompleks antara faktor biologis, perilaku, lingkungan fisik, sosial-ekonomi, dan kebijakan publik.

1.3 Pilar-Pilar Utama Kesehatan Masyarakat

Kesehatan masyarakat ditopang oleh beberapa disiplin ilmu inti, di antaranya:

1. **Epidemiologi:** Studi tentang distribusi dan determinan status kesehatan pada populasi.
2. **Biostatistik dan Informatika Kesehatan:** Metode kuantitatif untuk mengukur data kesehatan dan menarik inferensi akademis.
3. **Kesehatan Lingkungan:** Pengendalian faktor risiko fisik, kimia, dan biologi di lingkungan pemukiman dan kerja.
4. **Ilmu Perilaku dan Pendidikan Kesehatan:** Strategi komunikasi dan intervensi sosial untuk mengubah kebiasaan hidup masyarakat.
5. **Administrasi dan Kebijakan Kesehatan (AKK):** Manajemen sistem kesehatan, penganggaran, serta perumusan regulasi proteksi kesehatan.
6. **Gizi Masyarakat:** Analisis kecukupan nutrisi mikro dan makro pada kelompok rentan (ibu hamil, balita).

1.4 Relevansi Kesehatan Masyarakat dalam Kebidanan Vokasional

Pelayanan kebidanan dalam kerangka kesehatan masyarakat bertujuan untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Bidan komunitas harus menguasai surveilans KIA, pemetaan ibu hamil berisiko tinggi, serta mobilisasi sumber daya desa (seperti Posyandu dan Mobil Siaga Desa). Tanpa pemahaman kesehatan masyarakat, upaya penanganan kegawatdaruratan maternal seringkali terlambat karena kendala geografis, kultural, dan ekonomi di tingkat akar rumput.

1.5 Studi Kasus dan Latihan Soal Bab 1

Studi Kasus Kasus 1.1: Pemetaan Stunting Desa Sukamaju

Di Desa Sukamaju, dilaporkan angka kejadian stunting pada anak balita mencapai 32%. Bidan Desa menemukan bahwa selain faktor asupan gizi yang kurang, mayoritas keluarga tidak memiliki akses ke jamban sehat dan masih menggunakan air sungai untuk kebutuhan domestik. Jelaskan pendekatan kesehatan masyarakat yang harus diambil oleh Bidan Desa dalam menangani kasus tersebut!

Latihan Soal Bab 1:

1. Jelaskan perbedaan mendasar antara pendekatan kedokteran klinis dan kesehatan masyarakat!
2. Sebutkan 6 pilar utama kesehatan masyarakat dan berikan contoh penerapannya dalam asuhan kebidanan!
3. Bagaimanakah relevansi analisis John Snow pada kasus kolera abad 19 terhadap investigasi epidemiologi stunting saat ini?

BAB 2: DETERMINAN SOSIAL, EKONOMI, DAN LINGKUNGAN KESEHATAN

Capaian Pembelajaran Bab 2 (Sub-CPMK-1.2):

Mahasiswa mampu mengidentifikasi dan menganalisis determinan sosial, ekonomi, budaya, dan lingkungan fisik yang mempengaruhi status kesehatan reproduksi ibu dan anak di masyarakat.

2.1 Konsep Determinan Kesehatan (Model Dahlgren & Whitehead)

Status kesehatan individu dan masyarakat tidak berdiri sendiri, melainkan dipengaruhi oleh berbagai lapis determinan. Dahlgren dan Whitehead (1991) menggambarkan determinan kesehatan dalam bentuk konseptual pelangi (rainbow model):

- **Faktor Biologis dan Genetik Individu:** Usia, jenis kelamin, faktor herediter (misalnya anemia sel sabit, riwayat hipertensi).
- **Gaya Hidup Individu:** Kebiasaan merokok, pola makan, konsumsi alkohol, aktivitas fisik, dan status nutrisi ibu hamil.
- **Jaringan Sosial dan Komunitas:** Dukungan suami, norma adat setempat, kepatuhan terhadap saran tokoh masyarakat/agama.
- **Kondisi Kehidupan dan Kerja:** Akses air bersih, fasilitas sanitasi, perumahan layak, tingkat pendidikan, ketersediaan pangan, serta akses ke pelayanan kesehatan.
- **Kondisi Sosial-Ekonomi dan Lingkungan Umum:** Kebijakan pembangunan nasional, status ekonomi negara, kesetaraan gender, dan perubahan iklim global.

2.2 Determinan Sosial dan Budaya Kesehatan Reproduksi

Dalam praktik kebidanan, budaya dan norma sosial memegang peranan sangat dominan. Beberapa hambatan sosio-kultural yang sering ditemukan di Indonesia antara lain:

1. **Pantangan Makan pada Ibu Hamil:** Larangan mengonsumsi ikan laut atau telur karena mitos keliru, yang berakibat pada tingginya prevalensi Anemia Defisiensi Besi dan Kurang Energi Kronis (KEK).
2. **Pengambilan Keputusan Patriarkal:** Keputusan rujukan medis saat emergensi maternal harus menunggu persetujuan suami atau mertua, sehingga memicu "Tiga Terlambat" (Terlambat mengambil keputusan, Terlambat mencapai fasilitas, Terlambat penanganan medis).
3. **Pernikahan Dini (Pernikahan Usia Remaja):** Kehamilan usia remaja meningkatkan risiko panggul sempit (CPD), eklampsia, serta pendarahan pascapersalinan.

2.3 Determinan Ekonomi dan Aksesibilitas Pelayanan

Kemiskinan berbanding lurus dengan tingginya beban penyakit. Ketidakmampuan secara finansial menghalangi keluarga untuk membeli makanan bergizi, membayar moda transportasi ke rumah sakit rujukan, atau menyerap informasi kesehatan secara tepat. Meskipun skema Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah memperluas cakupan perlindungan, kendala non-medis seperti ongkos transportasi dan hilangnya pendapatan harian kepala keluarga tetap menjadi disinsentif utama dalam pencarian pertolongan persalinan medis.

2.4 Determinan Lingkungan Fisik dan Sanitasi

Lingkungan fisik yang buruk seperti air minum tercemar kuman *E. coli* memicu diare kronis dan kecacingan pada balita. Hal ini mengganggu penyerapan gizi dan mengakibatkan gangguan pertumbuhan (stunting). Selain itu, paparan asap rokok lingkungan (passive smoking) dan polusi udara dari pembakaran kayu bakar meningkatkan risiko Kelahiran Prematur dan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR).

2.5 Matriks Analisis Determinan Kesehatan Ibu dan Anak

Kategori Determinan	Faktor Risiko Spesifik	Dampak Kesehatan Reproduksi	Strategi Intervensi Bidan
Social / Budaya	Mitosis pantang makan ikan & daging	Anemia kehamilan & KEK	Edukasi gizi berbasis kearifan lokal
Ekonomi	Pendapatan di bawah UMR, tidak ber-JKN	Terlambat mencari pertolongan medis	Kemitraan JKN & Tabulin (Tabungan Bersalin)
Lingkungan Fisik	Air minum terkontaminasi & belum sanitasi dasar	Infeksi diare berulang pada bayi	Program STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat)
Pelayanan Kesehatan	Jarak faskes jauh, jalan rusak	Persalinan ditolong dukun bayi	Kemitraan Bidan-Dukun & Rumah Singgah Tunggu

2.6 Latihan Soal dan Kasus Bab 2

Soal Evaluasi:

1. Gambarkan dan jelaskan bagaimana Model Rainbow Dahlgren & Whitehead diterapkan untuk menganalisis kasus Angka Kematian Ibu tinggi di daerah terpencil!
2. Sebutkan 3 contoh praktik budaya lokal di wilayah Anda yang berpotensi merugikan kesehatan ibu hamil, serta bagaimana pendekatan komunikasinya!
3. Mengapa determinan lingkungan fisik (sanitasi) sangat erat kaitannya dengan kejadian stunting pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK)?

BAB 3: KONSEPSI DASAR, TUJUAN, DAN RUANG LINGKUP EPIDEMIOLOGI

Capaian Pembelajaran Bab 3 (Sub-CPMK-1.3):

Mahasiswa mampu menjelaskan konsep dasar epidemiologi, sejarah, komponen segitiga epidemiologi, serta ruang lingkup penerapan epidemiologi dalam kesehatan masyarakat dan kebidanan.

3.1 Definisi dan Segitiga Epidemiologi (Epidemiologic Triad)

Epidemiologi berasal dari bahasa Yunani (*Epi* = atas/di antara, *Demos* = masyarakat, *Logos* = ilmu). Epidemiologi adalah ilmu yang mempelajari distribusi (frekuensi dan pola) serta determinan (penyebab dan faktor risiko) dari keadaan atau kejadian yang berhubungan dengan kesehatan pada populasi tertentu, serta penerapannya untuk mengendalikan masalah kesehatan.

Model klasik yang digunakan untuk menjelaskan terjadinya penyakit menular adalah **Segitiga Epidemiologi (Epidemiologic Triad)** yang terdiri dari tiga elemen kunci:

1. **Pejamu (Host):** Manusia atau hewan yang menjadi tempat hinggap agen penyakit. Faktor host meliputi genetik, usia, jenis kelamin, status imunologis, perilaku, dan status gizi.
2. **Agen (Agent):** Mikroorganisme (bakteri, virus, parasit, jamur), zat kimia, atau faktor fisik yang kehadirannya/ketiadaannya memicu timbulnya penyakit (contoh: *Treponema pallidum* pada sifilis, virus HIV, toxoplasma).
3. **Lingkungan (Environment):** Seluruh kondisi eksternal (fisik, biologis, sosial-ekonomi) yang mempengaruhi interaksi antara agen dan pejamu (contoh: kelembaban udara, sanitasi buruk, kepadatan hunian).

3.2 Roda Epidemiologi dan Jaring-Jaring Kausalitas (Web of Causation)

Untuk penyakit tidak menular (non-communicable diseases) atau kondisi kompleks seperti Kematian Maternal, model segitiga epidemiologi dinilai kurang memadai. Epidemiologi modern memanfaatkan **Web of Causation (Jaring-Jaring Kausalitas)** yang menggambarkan hubungan saling terkait antar berbagai faktor risiko tanpa ada satu agen tunggal sebagai penyebab mutlak. Sebagai contoh, preeklampsia pada ibu hamil dipengaruhi oleh faktor genetik, disfungsi plasenta, obesitas, asupan garam tinggi, stres psikologis, dan perawatan antenatal yang tidak adekuat.

3.3 Tujuan Utama Epidemiologi dalam Pelayanan Kebidanan

Penerapan epidemiologi di bidang kebidanan memiliki lima tujuan strategis:

- Menjelaskan etiologi dan faktor risiko dari kelainan maternal dan neonatal.
- Menentukan besarnya beban penyakit (disease burden) di suatu wilayah untuk alokasi sumber daya kebidanan.
- Mempelajari riwayat alamiah penyakit (natural history of disease) dari tahap pre-patogenesis hingga resolusi (sembuh, cacat, atau mati).
- Evaluasi efektivitas intervensi klinis dan program kesehatan reproduksi (misalnya efektivitas pemberian Tablet Tambah Darah / TTD).
- Menyediakan landasan ilmiah bagi penyusunan kebijakan kesehatan ibu dan anak di tingkat puskesmas hingga nasional.

3.4 Ruang Lingkup Epidemiologi Kebidanan

Ruang lingkup epidemiologi dalam praktiknya meliputi:

Bidang Epidemiologi	Fokus Kajian Kebidanan	Contoh Implementasi
Epidemiologi Deskriptif	Menjawab pertanyaan *Who, Where, When*	Menghitung angka kejadian abortus berdasarkan usia ibu dan wilayah desa
Epidemiologi Analitik	Menjawab pertanyaan *Why & How*	Menguji hubungan antara kebiasaan merokok suami dengan risiko BBLR
Epidemiologi Kependudukan	Dinamika fertilitas dan mortalitas	Analisis Total Fertility Rate (TFR) dan penggunaan kontrasepsi (CPR)
Epidemiologi Kesehatan Reproduksi	Gangguan reproduksi wanita sepanjang siklus hidup	Surveilans CA Serviks, Kanker Payudara, dan Penyakit Menular Seksual (PMS)

3.5 Latihan Soal Bab 3

1. Jelaskan tiga komponen utama Segitiga Epidemiologi dan berikan contoh konkret interaksinya pada kasus infeksi TORCH pada ibu hamil!
2. Mengapa model *Web of Causation* lebih tepat digunakan untuk menjelaskan masalah Preeklampsia/ Eklampsia dibandingkan model Segitiga Epidemiologi?
3. Sebutkan 4 fungsi utama data epidemiologi bagi seorang Bidan Puskesmas!

BAB 4: PENGUKURAN STATUS KESEHATAN DAN UKURAN FREKUENSI PENYAKIT

Capaian Pembelajaran Bab 4 (Sub-CPMK-1.3):

Mahasiswa mampu menghitung dan menginterpretasikan ukuran frekuensi penyakit meliputi Prevalensi (Point & Period Prevalence), Insidensi (Cumulative Incidence & Incidence Rate), serta indikator morbiditas dan mortalitas kebidanan secara akurat.

4.1 Matematisasi Epidemiologi: Rasio, Proporsi, dan Rate

Dalam memetakan masalah kesehatan, epidemiologi menggunakan tiga bentuk pembagian kuantitatif utama:

1. **Rasio (Ratio):** Pembagian dua nilai di mana pembilang bukan merupakan bagian dari penyebut (A/B).
Contoh: Rasio Bidan per jumlah penduduk.
2. **Proporsi (Proportion):** Pembagian di mana pembilang merupakan bagian dari penyebut ($A / (A+B)$), biasanya dinyatakan dalam persentase (%). Contoh: Persentase ibu hamil yang mengalami anemia di Puskesmas X.
3. **Rate (Laju):** Ukuran frekuensi kejadian dalam populasi tertentu selama kurun waktu spesifik. Memperhitungkan unsur waktu.

4.2 Ukuran Morbiditas: Prevalensi dan Insidensi

Pengukuran kasus penyakit dibedakan menjadi kasus baru dan kasus lama:

4.2.1 Insidensi (Incidence)

Insidensi mengukur jumlah **kasus baru** yang berkembang pada populasi berisiko selama periode waktu tertentu.

$$\text{Cumulative Incidence (CI)} = (\text{Jumlah Kasus Baru dalam Periode Waktu} / \text{Populasi Berisiko pada Awal Periode}) \times K$$

$$\text{Incidence Density / Rate (ID)} = (\text{Jumlah Kasus Baru} / \text{Total Person-Time Observation}) \times K$$

4.2.2 Prevalensi (Prevalence)

Prevalensi mengukur **total kasus (kasus baru + kasus lama)** yang ada pada populasi pada titik waktu tertentu (Point Prevalence) atau rentang waktu tertentu (Period Prevalence).

$$\text{Point Prevalence} = (\text{Jumlah Kasus Ada pada Titik Waktu } T / \text{Total Populasi pada Titik Waktu } T) \times K$$

4.3 Hubungan Antara Prevalensi dan Insidensi

Prevalensi dipengaruhi oleh besarnya angka insidensi dan lamanya durasi penyakit (*D*). Secara matematik dirumuskan:

$$\text{Prevalensi (P)} \approx \text{Insidensi (I)} \times \text{Durasi Rata-Rata Penyakit (D)}$$

Jika pengobatan baru berhasil memperpanjang hidup penderita kronis tanpa menyembuhkan total, prevalensi akan meningkat walaupun insidensi tetap. Sebaliknya, jika penyakit cepat menyembuhkan atau mematikan, durasi pendek akan memperkecil prevalensi.

4.4 Indikator Mortalitas Vital Kebidanan

Indikator derajat kesehatan ibu dan anak dihitung menggunakan angka mortalitas berikut:

Indikator Mortalitas	Rumus Perhitungan	Interkoneksi Klinis
Angka Kematian Ibu (AKI / MMR)	$(\text{Jumlah Kematian Ibu Hamil/Bersalin/Nifas} / \text{Jumlah Lahir Hidup}) \times 100.000$	Mengukur kualitas penanganan obstetric emergency dan kesehatan reproduksi
Angka Kematian Bayi (AKB / IMR)	$(\text{Jumlah Kematian Bayi} < 1 \text{ Tahun} / \text{Jumlah Lahir Hidup}) \times 1.000$	Mengukur derajat kesehatan lingkungan dan penanganan neonatus
Angka Kematian Neonatal (AKN / NMR)	$(\text{Jumlah Kematian Bayi} < 28 \text{ Hari} / \text{Jumlah Lahir Hidup}) \times 1.000$	Mengukur mutu penanganan persalinan dan asuhan neonatus dini

4.5 Contoh Soal Hitungan dan Penyelesaian

Contoh Soal 4.1:

Pada wilayah Kecamatan X terdapat 2.000 ibu hamil pada bulan Januari 2026. Hasil skrining awal menunjukkan 200 ibu hamil menderita anemia. Selama pengamatan hingga Desember 2026, ditemukan 100 ibu hamil baru yang menderita anemia. Jumlah kelahiran hidup pada tahun tersebut adalah 1.800 bayi. Hitunglah:

- Point Prevalence anemia pada awal Januari 2026!
- Cumulative Incidence anemia selama tahun 2026!

Jawaban:

- Point Prevalence = $(200 / 2.000) \times 100\% = 10\%$
- Populasi berisiko kasus baru = $2.000 - 200 = 1.800$.
Cumulative Incidence = $(100 / 1.800) \times 100\% = 5,55\%$ per tahun.

4.6 Latihan Mandiri Bab 4

1. Di Kabupaten A dengan jumlah lahir hidup 15.000 pada tahun 2025, tercatat 45 kematian ibu akibat perdarahan dan eklampsia. Berapakah Angka Kematian Ibu (AKI) per 100.000 kelahiran hidup? Interpretasikan hasilnya!
2. Jelaskan perbedaan mendasar antara *Cumulative Incidence* dan *Incidence Density*! Kapan masing-masing rumus tersebut paling tepat digunakan?

BAB 5: ANALISIS DATA KESEHATAN, TREN, DAN POLA PENYAKIT

Capaian Pembelajaran Bab 5 (Sub-CPMK-2.1):

Mahasiswa mampu mengolah data kesehatan, melakukan analisis variabel epidemiologi (orang, tempat, waktu), serta menyajikan tren dan pola penyakit kebidanan secara sistematis.

5.1 Trikotomi Epidemiologi Deskriptif: Person, Place, and Time

Data epidemiologi harus dianalisis secara terstruktur berdasarkan tiga dimensi utama:

5.1.1 Variabel Person (Orang)

Karakteristik individu yang menentukan kerentanan terhadap penyakit:

- **Usia:** Risiko preeklampsia tinggi pada ibu hamil usia ekstrem (< 20 tahun atau > 35 tahun).
- **Paritas:** Primigravida atau grandemultipara memiliki variabel risiko distosia dan perdarahan postpartum yang lebih tinggi.
- **Status Sosial Ekonomi & Pendidikan:** Mempengaruhi literasi kesehatan dan kepatuhan perawatan ANC.

5.1.2 Variabel Place (Tempat)

Variasi geografis memberikan petunjuk etiologi penyakit. Perbedaan angka penyakit antara daerah pedesaan vs perkotaan, daerah pesisir (endemis malaria/gondok) vs pegunungan, serta cakupan antar Puskesmas.

5.1.3 Variabel Time (Waktu)

Perubahan pola penyakit berdasarkan waktu:

- **Fluktuasi Jangka Pendek (Epidemic / Outbreak):** Peningkatan mendadak kasus seperti keracunan makanan di suatu desa.
- **Pola Musiman (Seasonal Variation):** Kejadian DBD atau malaria meningkat pada musim penghujan.
- **Kecenderungan Jangka Panjang (Secular Trend):** Pergeseran pola penyakit dari infeksi ke penyakit degeneratif dalam dekade terakhir.

5.2 Teknik Visualisasi dan Pengolahan Data Kesehatan

Pengolahan data kebidanan di tingkat Puskesmas memanfaatkan Sistem Informasi Puskesmas (SIP) dan Kohort Ibu. Penyajian data dilakukan dalam bentuk:

1. **Tabel Distribusi Frekuensi:** Menampilkan proporsi kasus berdasarkan kelompok umur atau paritas.

2. **Grafik Tren Line (Line Chart):** Menunjukkan tren bulanan kunjungan K4 dan K6 ibu hamil.
3. **Peta Spasial (Spot Map):** Pemetaan lokasi rumah ibu hamil risiko tinggi (Bumil Risti) untuk memudahkan pemantauan oleh bidan dan kader.

5.3 Pola Transisi Epidemiologi dan Demografi

Indonesia saat ini mengalami **Beban Ganda Penyakit (Double Burden of Disease)** sebagai akibat dari Transisi Epidemiologi. Di satu sisi, penyakit infeksi maternal dan balita (anemia, diare, ISPA, TBC) masih tinggi; di sisi lain, penyakit tidak menular (diabetes gestasional, hipertensi kronis, obesitas maternal) terus meningkat pesat.

5.4 Latihan Soal dan Praktikum Bab 5

Tugas Praktikum Analisis Data:

Diberikan data sekunder Kohort Bidan Desa mengenai 150 ibu hamil. Mahasiswa diminta mengelompokkan data berdasarkan paritas (Primipara vs Multipara) dan kejadian Anemia. Buatlah tabel silang (crosstabulation) dan tarik kesimpulan deskriptifnya!

BAB 6: IDENTIFIKASI FAKTOR RISIKO DAN METODOLOGI PENELITIAN EPIDEMIOLOGI

Capaian Pembelajaran Bab 6 (Sub-CPMK-2.2):

Mahasiswa mampu mengidentifikasi jenis-jenis faktor risiko, memahami desain studi epidemiologi analitik (Case-Control, Cohort, Cross-Sectional), serta menghitung ukuran asosiasi (Odd Ratio & Relative Risk).

6.1 Konsep Faktor Risiko dan Penilaian Kausalitas

Faktor risiko adalah karakteristik, tanda, atau paparan pada individu yang meningkatkan probabilitas berkembangnya suatu penyakit atau kondisi kesehatan. Faktor risiko dapat bersifat *unmodifiable* (tidak dapat diubah: usia, genetik) atau *modifiable* (dapat diubah: merokok, IMT, gaya hidup).

Untuk menguji apakah suatu faktor risiko memiliki hubungan kausal (sebab-akibat) dengan penyakit, digunakan **Kriteria Bradford Hill**:

1. Kekuatan Asosiasi (Strength of Association)
2. Konsistensi (Consistency)
3. Spesifisitas (Specificity)
4. Hubungan Temporal (Temporality — paparan mendahului penyakit)
5. Dose-Response Relationship (Tingkat paparan sebanding dengan tingkat risiko)
6. Plausibilitas Biologis (Biological Plausibility)
7. Koherensi (Coherence)
8. Bukti Eksperimental (Experimental Evidence)

6.2 Desain Studi Epidemiologi Analitik

Desain Studi	Arah Penelitian	Ukuran Asosiasi	Keunggulan & Kelemahan
Cross-Sectional	Paparan & Outcom diukur bersamaan	Prevalence Ratio (PR) / Odds Ratio	Cepat, murah, namun tidak dapat membuktikan temporalitas kausal.
Case-Control	Retrospektif (Mulai dari Kasus vs Kontrol)	Odds Ratio (OR)	Sangat efisien untuk penyakit langka (misal: kematian maternal), rentan recall bias.
Cohort	Prospektif (Mulai dari Paparan ke Outcome)	Relative Risk (RR) / Risk Ratio	

Desain Studi	Arah Penelitian	Ukuran Asosiasi	Keunggulan & Kelemahan
			Standard emas studi observasional, dapat mengukur insidensi, mahal & butuh waktu lama.

6.3 Penghitungan Ukuran Asosiasi (Tabel 2x2)

Studi epidemiologi analitik menguraikan data dalam Tabel Kontingensi 2x2:

Paparan (Exposure)	Kasus (Penyakit +)	Kontrol (Penyakit -)	Total
Terpapar (Risk +)	a	b	a + b
Tidak Terpapar (Risk -)	c	d	c + d
Total	a + c	b + d	N

$$\text{Odds Ratio (OR) [Studi Case-Control]} = (a \times d) / (b \times c)$$

$$\text{Relative Risk (RR) [Studi Cohort]} = [a / (a + b)] / [c / (c + d)]$$

6.4 Interpretasi Nilai OR dan RR

- **OR / RR = 1:** Paparan tidak mempengaruhi risiko kejadian penyakit (Netral).
- **OR / RR > 1:** Paparan merupakan faktor risiko (meningkatkan kejadian penyakit). Contoh: OR = 2,5 artinya kelompok terpapar berisiko 2,5 kali lebih besar mengalami penyakit dibanding kelompok tidak terpapar.
- **OR / RR < 1:** Paparan merupakan faktor protektif (menurunkan kejadian penyakit).

6.5 Latihan Soal Bab 6

Soal Latihan 6.1:

Sebuah studi Case-Control dilakukan untuk menguji hubungan antara riwayat Anemia ibu saat hamil dengan kejadian BBLR. Diambil 50 bayi BBLR (Kasus) dan 50 bayi berat lahir normal (Kontrol). Pada kelompok Kasus, 35 ibu memiliki riwayat anemia. Pada kelompok Kontrol, 15 ibu memiliki riwayat anemia.

- Buatlah tabel 2x2!
- Hitung nilai Odds Ratio (OR)!
- Berikan interpretasi klinisnya!

BAB 7: TAHAPAN DAN PERUMUSAN DIAGNOSIS EPIDEMIOLOGI KEBIDANAN

Capaian Pembelajaran Bab 7 (Sub-CPMK-2.3):

Mahasiswa mampu menerapkan tahapan perumusan diagnosis epidemiologi kesehatan masyarakat di tingkat komunitas kebidanan berdasarkan integrasi data kuantitatif dan kualitatif.

7.1 Definisi Diagnosis Epidemiologi Komunitas

Jika diagnosis klinis kebidanan bertujuan mengidentifikasi penyakit/kondisi pada seorang individu pasien (misalnya: Ny. A, G1P0A0, uk 38 minggu dengan Preeklampsia Berat), maka **Diagnosis Epidemiologi (Community Diagnosis)** bertujuan mengidentifikasi masalah kesehatan, faktor risiko dominan, dan kelompok rentan pada tingkat populasi/komunitas.

7.2 Langkah-Langkah Perumusan Diagnosis Epidemiologi

1. **Pengumpulan Data (Community Assessment):** Mengumpulkan data primer (survei MCH, wawancara tokoh masyarakat) dan data sekunder (PWS-KIA, laporan bulanan Puskesmas).
2. **Identifikasi dan Analisis Masalah:** Menghitung frekuensi penyakit, prevalensi, insidensi, serta cakupan program (K1, K4, K6, Fe3, persalinan Faskes).
3. **Penetapan Prioritas Masalah:** Menggunakan metode kualitatif/kuantitatif seperti Metode USG (Urgency, Seriousness, Growth) atau Metode Hanlon.
4. **Formulasi Pernyataan Diagnosis Epidemiologi:** Menyusun deskripsi problem, populasi terdampak, dan determinan utama.

7.3 Komponen Pernyataan Diagnosis Epidemiologi Kebidanan

Diagnosis epidemiologi komunitas yang baik memuat formula:

[Masalah Kesehatan/Tingginya Morbiditas] + [pada Kelompok Populasi Spesifik] + [di Wilayah X] + [berhubungan dengan Determinan / Faktor Risiko Utama].

Contoh Pernyataan Diagnosis:

"Tingginya angka kejadian Anemia Berat (Prevalensi 42%) pada ibu hamil trimester III di Desa Karanganyar berhubungan dengan rendahnya kepatuhan konsumsi TTD, tingginya angka infeksi kecacingan, serta budaya pantang konsumsi protein hewani."

7.4 Aplikasi Metode Prioritas USG (Urgency, Seriousness, Growth)

Masalah Kesehatan Komunitas	Urgency (1-5)	Seriousness (1-5)	Growth (1-5)	Total Skor (U x S x G)	Peringkat
Tinggi Morbiditas Anemia Ibu Hamil	4	5	4	80	I
Cakupan K4 Rendah	4	4	4	64	II
Rendahnya Inisiasi Menyusu Dini (IMD)	3	3	3	27	III

7.5 Latihan Soal Bab 7

1. Bandingkan perbedaan mendasar antara Diagnosis Klinis Kebidanan dan Diagnosis Epidemiologi Komunitas!
2. Susunlah 1 pernyataan diagnosis epidemiologi komunitas berdasarkan data Puskesmas tempat Anda praktik yang menunjukkan masalah tingginya Angka Kematian Bayi!

BAB 8: REVIU MATERI DAN EVALUASI MID-SEMESTER (UTS)

Evaluasi Tengah Semester (CPMK-1 & CPMK-2):

Bab ini berisi ringkasan sintesis materi Bab 1 sampai Bab 7 serta kisi-kisi dan contoh soal Ujian Tengah Semester (UTS) berstandar rubrik analitik R-09.

8.1 Sintesis Konseptual Tengah Semester

Hingga minggu ke-7, mahasiswa telah menguasai fondasi utama kesehatan masyarakat dan epidemiologi kebidanan. Integrasi materi mencakup:

- Pemahaman bahwa kesehatan reproduksi dipengaruhi oleh lingkungan ekosistem sosial yang luas (Determinan Kesehatan).
- Penguasaan instrumen epidemiologi untuk mengukur morbiditas (Prevalensi dan Insidensi) dan mortalitas maternal-neonatal.
- Penggunaan studi analitik (Case-Control, Cohort) untuk menguji faktor risiko klinis dan komunitas.
- Penetapan diagnosis epidemiologi sebagai dasar perancangan intervensi kesehatan ibu dan anak.

8.2 Bank Soal Evaluasi UTS (Pilihan Ganda dan Essay)

Bagian I: Essay Analitis

Soal 1: Dalam sebuah investigasi di Kecamatan Y, didapatkan data bahwa Angka Kematian Ibu (AKI) mencapai 350 per 100.000 kelahiran hidup. Penyebab utama kematian adalah perdarahan postpartum (40%) dan eklampsia (35%). Analisis epidemiologi menunjukkan bahwa 60% persalinan masih dilakukan di rumah dengan bantuan dukun bayi, dan waktu tempuh rujukan ke RS Kabupaten mencapai 3 jam.

- a) Analisis kasus di atas menggunakan konsep *Three Delays Model* (Tiga Terlambat)!
- b) Rumuskan diagnosis epidemiologi komunitas untuk Kecamatan Y!
- c) Usulkan 3 strategi preventif primer dan sekunder yang berbasis wewenang bidan!

Soal 2: Suatu penelitian cohort selama 2 tahun mengamati 500 ibu hamil dengan Kurang Energi Kronis (KEK) dan 500 ibu hamil dengan status gizi normal. Pada akhir pengamatan, ditemukan 50 bayi BBLR pada kelompok KEK dan 10 bayi BBLR pada kelompok status gizi normal.

- a) Hitunglah Risk Ratio (Relative Risk / RR) dari penelitian cohort tersebut!
- b) Interpretasikan arti matematis dan klinis dari nilai RR yang diperoleh!

BAB 9: TINGKAT PENCEGAHAN PENYAKIT: PRIMER, SEKUNDER, DAN TERSIER

Capaian Pembelajaran Bab 9 (Sub-CPMK-3.1):

Mahasiswa mampu merancang intervensi pencegahan penyakit berdasarkan kerangka Kerja Leavell and Clark (Prevention Levels) dalam asuhan kebidanan.

9.1 Kerangka Teori Pencegahan Leavell and Clark

Leavell dan Clark membagi tingkat pencegahan penyakit menjadi lima tahapan yang terintegrasi dalam tiga level utama pencegahan:

9.1.1 Pencegahan Primer (Primary Prevention)

Dilakukan pada fase pre-patogenesis (sebelum penyakit timbul). Bertujuan mengurangi insidensi penyakit dengan mengontrol penyebab dan faktor risiko.

- **Promosi Kesehatan (Health Promotion):** Pendidikan gizi ibu hamil, penyuluhan kesehatan reproduksi remaja, perbaikan sanitasi lingkungan.
- **Perlindungan Spesifik (Specific Protection):** Imunisasi Tetanus Toxoid (TT/Td) pada ibu hamil, pemberian Suplementasi Asam Folat dan Tablet Fe, penggunaan kelambu berinsektisida di daerah endemis malaria.

9.1.2 Pencegahan Sekunder (Secondary Prevention)

Dilakukan pada fase patogenesis awal (subklinis atau klinis awal). Bertujuan menghentikan proses penyakit dan mencegah komplikasi melalui diagnosis dini dan pengobatan cepat.

- **Diagnosis Dini dan Pengobatan Segera (Early Diagnosis and Prompt Treatment):** Skrining preeklampsia (pemeriksaan tekanan darah & proteinuria rutin), skrining HIV/Hepatitis B/Sifilis (Triple Elimination), skrining Kanker Serviks (metode IVA / Pap Smear).

9.1.3 Pencegahan Tersier (Tertiary Prevention)

Dilakukan pada fase klinis lanjut atau konvalesens. Bertujuan mengurangi ketidakmampuan (disability) dan melakukan rehabilitasi agar pasien dapat berfungsi optimal kembali.

- **Pembatasan Kecacatan (Disability Limitation):** Penanganan adekuat pendarahan postpartum untuk mencegah syok hipovolemik kronis atau Sheehan Syndrome.
- **Rehabilitasi (Rehabilitation):** Fisioterapi pasca stroke pada ibu hamil dengan eklampsia, pendampingan psikologis pasca kehilangan janin (stillbirth).

9.2 Matriks Penerapan Level Pencegahan dalam Asuhan Kebidanan

Tingkat Pencegahan	Fase Penyakit	Bentuk Intervensi Kebidanan	Target Output
Pencegahan Primer	Pre-patogenesis	Edukasi gizi & suplemen Fe, imunisasi Td, konseling KB	Menurunkan insidensi anemia & kehamilan tak diinginkan
Pencegahan Sekunder	Patogenesis Awal	Skrining IVA test, cek Hb rutin ANC, deteksi dini Preeklampsia	Mencegah komplikasi berat & penanganan dini
Pencegahan Tersier	Patogenesis Lanjut	Asuhan nifas lanjut, fisioterapi pelvic floor, pasca rehabilitasi	Memulihkan fungsi organ & mencegah disabilitas permanen

9.3 Latihan Soal Bab 9

1. Jelaskan perbedaan mendasar antara intervensi *Health Promotion* dan *Specific Protection* dalam pencegahan primer kebidanan!
2. Mengapa program Skrining Triple Elimination (HIV, Sifilis, Hepatitis B) pada ibu hamil dikategorikan sebagai pencegahan sekunder? Jelaskan!

BAB 10: STRATEGI PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT MENULAR

Capaian Pembelajaran Bab 10 (Sub-CPMK-3.1):

Mahasiswa mampu menganalisis rantai penularan penyakit menular (Rantai Infeksi) dan merancang strategi pengendalian penyakit menular yang berdampak pada kesehatan ibu dan anak.

10.1 Rantai Penularan Penyakit Menular (Chain of Infection)

Pengendalian penyakit menular membutuhkan pemutusan salah satu rantai penularan dari enam elemen dasar:

1. **Agen Infeksius:** Bakteri, virus, fungi, helminth.
2. **Reservoir:** Manusia, hewan, atau lingkungan tempat agen hidup dan berkembang biak.
3. **Portal Keluar (Portal of Exit):** Saluran pernapasan, genitourinari, cerna, kulit non-intak.
4. **Modus Transmisi:** Kontak langsung, droplet, airborne, vector-borne (nyamuk *Anopheles/Aedes*), atau transmisi vertikal (ibu ke janin).
5. **Portal Masuk (Portal of Entry):** Jalur masuk ke host baru.
6. **Pejamu Rentan (Susceptible Host):** Ibu hamil dengan imunitas menurun.

10.2 Penyakit Menular Utama pada Masa Kehamilan dan Persalinan

Bidan memiliki peran sentral dalam pengawasan penyakit menular transmisi vertikal:

10.2.1 Transmisi Vertikal HIV, Sifilis, dan Hepatitis B (Triple Elimination)

Pemeriksaan laboratorium wajib pada kunjungan ANC Pertama (K1) untuk mendeteksi:

- **HIV:** Pemberian Anti-Retroviral (ARV) profilaksis sepanjang hidup untuk mencegah transmisi transplasental dan ASI.
- **Sifilis:** Pengobatan dengan Injeksi Benzathine Penicillin untuk mencegah Sifilis Kongenital pada janin.
- **Hepatitis B:** Pemberian Vaksini Hepatitis B dan Imunoglobulin (HBIG) pada bayi < 24 jam lahir dari ibu HBsAg positif.

10.2.2 Toxoplasmosis, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes (TORCH)

Inveksi TORCH pada trimester I kehamilan memicu risiko abortus, kelainan kongenital (hidrosefalus, katarak kongenital, ketulian), hingga kematian janin (IUFD).

10.3 Strategi Pengendalian Wabah dan Surveilans Epidemiologi

Langkah-langkah penanganan Kejadian Luar Biasa (KLB) di tingkat komunitas mencakup: Isolasi kasus, pelacakan kontak (contact tracing), pengobatan massal profilaksis, serta perbaikan sanitasi dan hygiene.

10.4 Latihan Soal Bab 10

1. Gambarkan rantai penularan malaria pada ibu hamil dan jelaskan di titik mana intervensi kelambu berinsektisida (LLINs) bekerja!
2. Jelaskan prosedur protokoler pencegahan penularan Hepatitis B dari ibu HBsAg positif kepada bayi yang baru dilahirkannya!

BAB 11: STRATEGI PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT TIDAK MENULAR (PTM)

Capaian Pembelajaran Bab 11 (Sub-CPMK-3.1):

Mahasiswa mampu menganalisis epidemiologi Penyakit Tidak Menular (PTM) terkait kebidanan dan merancang strategi pengendalian berbasis komunitas (Posbindu PTM).

11.1 Epidemiologi Penyakit Tidak Menular dalam Kesehatan Reproduksi

Penyakit Tidak Menular (PTM) telah menjadi penyebab kematian terbanyak secara global. Dalam dunia kebidanan, PTM mendasari berbagai komplikasi obstetrik fatal. Karakteristik PTM meliputi etiologi multifaktorial, perjalanan penyakit kronis dan laten, serta membutuhkan penanganan jangka panjang.

11.2 PTM Utama pada Kehamilan dan Kesehatan Wanita

11.2.1 Hipertensi dalam Kehamilan dan Preeklampsia

Hipertensi Gestasional dan Preeklampsia-Eklampsia merupakan salah satu triad utama penyebab kematian ibu. Deteksi dini faktor risiko (riwayat hipertensi, IMT > 30, kehamilan ganda) dilakukan melalui pemeriksaan tekanan darah berkala dan skrining MAP (Mean Arterial Pressure).

11.2.2 Diabetes Melitus Gestasional (DMG)

DMG adalah gangguan toleransi glukosa yang pertama kali ditemukan saat hamil. Dampaknya meliputi makrosomia (bayi besar), trauma persalinan, hipoglikemia neonatal, serta meningkatkan risiko DM Tipe 2 di kemudian hari bagi ibu dan anak.

11.2.3 Kanker Serviks dan Kanker Payudara

Kanker serviks merupakan kanker terbanyak kedua pada wanita di Indonesia. Pencegahan melalui vaksinasi HPV (Primer) dan skrining IVA / Pap Smear (Sekunder).

11.3 Posbindu PTM dan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS)

Pengendalian PTM di tingkat komunitas mengandalkan Pos Pelayanan Terpadu PTM (Posbindu PTM) dengan skenario 5 Meja: pendaftaran, wawancara faktor risiko, pengukuran IMT dan lingkar perut, pemeriksaan darah (gula darah, kolesterol), serta edukasi gaya hidup sehat (CERDIK: Cek kesehatan berkala, Enyahkan asap rokok, Rajin aktivitas fisik, Diet seimbang, Istirahat cukup, Kelola stres).

11.4 Latihan Soal Bab 11

1. Jelaskan dampak jangka pendek dan jangka panjang Diabetes Melitus Gestasional (DMG) bagi janin yang dikandung!
2. Bagaimanakah penerapan konsep GERMAS dan strategi CERDIK dalam menurunkan risiko PTM pada wanita usia subur (WUS)?

BAB 12: MODEL DAN TEORI PROMOSI KESEHATAN

Capaian Pembelajaran Bab 12 (Sub-CPMK-3.2):

Mahasiswa mampu menganalisis dan mengaplikasikan berbagai model teoritis perilaku kesehatan dalam merancang program promosi kesehatan kebidanan.

12.1 Konsep Promosi Kesehatan (Piagam Ottawa / Ottawa Charter)

Promosi kesehatan bukan sekadar penyuluhan satu arah, melainkan proses memampukan masyarakat untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan mereka. Berdasarkan Ottawa Charter (1986), 5 pilar strategi promosi kesehatan adalah:

1. Kebijakan Berwawasan Kesehatan (Build Healthy Public Policy)
2. Lingkungan yang Mendukung (Create Supporting Environments)
3. Reorientasi Pelayanan Kesehatan (Reorient Health Services)
4. Gerakan Masyarakat / Pemberdayaan (Strengthen Community Actions)
5. Keterampilan Individu (Develop Personal Skills)

12.2 Teori-Teori Perilaku Kesehatan Utama

12.2.1 Health Belief Model (HBM)

Perilaku individu ditentukan oleh persepsi pribadi terhadap penyakit. Komponen HBM:

- Perceived Susceptibility (Persepsi Kerentanan)
- Perceived Severity (Persepsi Keseriusan/Keparahan)
- Perceived Benefits (Persepsi Manfaat Tindakan)
- Perceived Barriers (Persepsi Hambatan)
- Cues to Action (Isyarat Bertindak, contoh: imbauan bidan/iklan)
- Self-Efficacy (Keyakinan Diri)

12.2.2 Theory of Planned Behavior (TPB) / Fishbein & Ajzen

Niat melakukan perilaku (Behavioral Intention) dipengaruhi oleh tiga faktor: Sikap terhadap perilaku (Attitude), Norma Subjektif (Subjective Norms dari keluarga/tokoh), dan Persepsi Kontrol Perilaku (Perceived Behavioral Control).

12.2.3 Model PRECEDE-PROCEED (Green & Kreuter)

Model perencanaan promosi kesehatan yang mengidentifikasi faktor-faktor penentu perilaku:

- **Faktor Predisposisi (Predisposing Factors):** Pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai-nilai.
- **Faktor Pemungkin (Enabling Factors):** Ketersediaan fasilitas kesehatan, keterjangkauan biaya, aksesibilitas.
- **Faktor Penguat (Reinforcing Factors):** Sikap dan dukungan petugas kesehatan, suami, keluarga, dan tokoh masyarakat.

12.3 Latihan Soal Bab 12

1. Analisis kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) menggunakan kerangka Teori PRECEDE-PROCEED (Sebutkan faktor predisposisi, pemungkin, dan penguatnya)!
2. Bagaimana mengaplikasikan komponen *Perceived Susceptibility* dan *Perceived Severity* dalam memberikan edukasi bahaya Preeklampsia?

BAB 13: PROMOSI KESEHATAN IBU DAN ANAK (KIA) BERBASIS BUKTI

Capaian Pembelajaran Bab 13 (Sub-CPMK-3.2):

Mahasiswa mampu merancang program promosi kesehatan ibu dan anak yang interaktif, memanfaatkan media berbasis bukti (Evidence-Based Practice), dan berorientasi pada penurunan AKI & AKB.

13.1 Intervensi Esensial Promosi KIA sepanjang Siklus Hidup

Promosi kesehatan KIA dirancang secara kontinum (Continuum of Care) dari masa pra-konsepsi, kehamilan, persalinan, nifas, bayi, hingga balita:

- **Masa Pra-Konsepsi:** Skrining anemia remaja putri, suplemen TTD mingguan, konseling gizi calon pengantin (Catin).
- **Masa Kehamilan:** Edukasi Buku KIA, Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), senam hamil, dan kecukupan asupan nutrisi.
- **Masa Persalinan & Nifas:** Promosi persalinan di fasilitas kesehatan, Inisiasi Menyusu Dini (IMD), dan ASI Eksklusif 6 bulan.
- **Masa Bayi & Balita:** Pemantauan tumbuh kembang di Posyandu (SDIDTK), Imunisasi Dasar Lengkap (IDL), serta Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) kaya protein hewani.

13.2 Media dan Metode Komunikasi Promosi Kesehatan

Pemilihan metode promosi kesehatan disesuaikan dengan sasaran:

Sasaran	Metode Efektif	Media Terpilih
Individu (Ibu Hamil Risti)	Konseling Interaktif (KIP/K)	Buku KIA, Lembar Balik (Flipchart)
Kelompok (Kelas Ibu Hamil)	Diskusi Kelompok Terarah (FGD), Simulasi	Video animasi, Phantom anatomi, Aplikasi Mobile MCH
Massa (Masyarakat Desa)	Kampanye publik, Pertunjukan seni lokal	Poster, Leaflet, Radio komunitas, Spanduk

13.3 Evaluasi Efektivitas Media Promosi KIA

Penggunaan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA) terbukti secara internasional sebagai alat promosi terintegrasi yang meningkatkan pengetahuan ibu dan kepatuhan perawatan antenatal. Promosi berbasis bukti menekankan pemanfaatan media digital (WhatsApp Group Ibu Hamil, Tele-midwifery) untuk memperluas jangkauan edukasi.

13.4 Latihan Soal Bab 13

1. Rancanglah rencana kegiatan *Kelas Ibu Hamil* sebanyak 1 sesi (120 menit) untuk topik "Pencegahan Anemia dan Komplikasi Kehamilan"! Tuliskan tujuan, metode, media, dan alat evaluasinya!
2. Mengapa pendekatan *Continuum of Care* sangat krusial dalam promosi kesehatan ibu dan anak? Jelaskan!

BAB 14: PROMOSI KESEHATAN KOMUNITAS DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Capaian Pembelajaran Bab 14 (Sub-CPMK-3.2):

Mahasiswa mampu mengorganisir dan merancang strategi pemberdayaan masyarakat (Community Empowerment) dalam bidang kesehatan reproduksi dan kebidanan komunitas.

14.1 Konsep Pemberdayaan Masyarakat (Community Empowerment)

Pemberdayaan masyarakat adalah proses memfasilitasi warga agar mampu mengidentifikasi masalah mereka sendiri, merencanakan pemecahannya, serta mengelola sumber daya lokal secara mandiri dan berkelanjutan. Berbeda dengan pendekatan instruktif (top-down), pemberdayaan bersifat *participatory (bottom-up)*.

14.2 Bentuk-Bentuk Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM)

Dalam pelayanan kebidanan komunitas, UKBM merupakan instrumen utama pemberdayaan:

1. **Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu):** Wadah integrasi pelayanan KIA, KB, Imunisasi, Gizi, dan Penanggulangan Diare. Saat ini ditransformasikan menjadi Posyandu Siklus Hidup (ILP - Integrasi Pelayanan Primer).
2. **Polindes (Pondok Bersalin Desa) / Poskesdes:** Wujud peran serta masyarakat dalam menyediakan tempat persalinan bersih dan aman.
3. **Desa Siaga:** Desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan untuk mencegah serta mengatasi masalah kesehatan, bencana, dan kegawatdaruratan maternal secara mandiri.

14.3 Inovasi Lokal Kebidanan Komunitas: Suami SIAGA dan Tabulin

- **Suami SIAGA (Siap, Antar, Jaga):** Pelatihan partisipatif bagi para suami untuk mengenali tanda bahaya kehamilan/persalinan dan menyiapkan skenario donor darah serta transportasi rujukan.
- **Tabulin (Tabungan Bersalin) & Dasolin (Dana Sehat Desa):** Mekanisme gotong royong pembiayaan swadaya masyarakat untuk membantu biaya operasional persalinan warga miskin.

14.4 Tahapan Implementasi Advokasi dan Bina Suasana

Promosi kesehatan komunitas membutuhkan tiga strategi utama AFA (Advokasi, Social Support/Bina Suasana, Gerakan Masyarakat):

Strategi	Target Sasaran	Tujuan Intervensi	Bentuk Kegiatan Bidan
Advokasi	Penentu Kebijakan (Kepala Desa, Camat)	Dukungan regulasi & Anggaran Desa (ADD)	Audiensi, Presentasi Data AKI Desa
Bina Suasana	Tokoh Agama, Tokoh Adat, Kader	Menciptakan opini publik yang kondusif	Pelatihan kader, Sarasehan tokoh adat
Gerakan Masyarakat	Seluruh Warga Desa / Kelompok Ibu	Perilaku hidup sehat mandiri	Gotong royong sanitasi, Ambulan Desa

14.5 Latihan Soal Bab 14

1. Jelaskan indikator keberhasilan sebuah desa dikategorikan sebagai *Desa Siaga Aktif*!
2. Susunlah skenario advokasi kepada Kepala Desa untuk mengalokasikan Anggaran Dana Desa (ADD) bagi pengadaan Posyandu Kit dan Makanan Tambahan (PMT) Balita Stunting!

BAB 15: PRINSIP DASAR EVALUASI PROGRAM KESEHATAN MASYARAKAT

Capaian Pembelajaran Bab 15 (Sub-CPMK-3.1 & 3.2):

Mahasiswa mampu menjelaskan prinsip dasar, indikator, dan metode evaluasi program kesehatan ibu dan anak di tingkat komunitas.

15.1 Definisi dan Kerangka Evaluasi Program

Evaluasi program kesehatan adalah proses sistematis untuk menilai efektivitas, efisiensi, relevansi, dan dampak dari suatu intervensi kesehatan dibandingkan dengan tujuan yang telah ditetapkan. Evaluasi dilakukan berbasis kerangka *Logical Framework (LogFrame)*:

- **Input:** Sumber daya yang diinvestasikan (dana, sarana bidan, Buku KIA, obat Fe).
- **Process:** Pelaksanaan kegiatan (frekuensi penyuluhan, sweeping ANC, pelatihan kader).
- **Output:** Hasil langsung kegiatan (jumlah ibu hamil yang menghadiri Kelas Ibu, jumlah TTD yang didistribusikan).
- **Outcome:** Perubahan perilaku / cakupan jangka menengah (peningkatan cakupan K4/K6, peningkatan persalinan Faskes).
- **Impact:** Dampak jangka panjang (penurunan Angka Kematian Ibu dan prevalensi Stunting).

15.2 Jenis-Jenis Evaluasi Program

1. **Evaluasi Formatif (Formative Evaluation):** Dilakukan saat program sedang berjalan (misal: Pemantauan Wilayah Setempat / PWS-KIA bulanan) untuk mengoreksi kendala operasional.
2. **Evaluasi Sumatif (Summative Evaluation):** Dilakukan pada akhir periode program untuk menilai ketercapaian target akhir dan menentukan efektivitas kelanjutan program.

15.3 Indikator Kinerja Utama Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

Indikator KIA	Definisi Operasional	Target Nasional Minimum
Cakupan K1 Kontak Dini	Ibu hamil pertama kali kontak medis pada Trimester I (< 12 minggu)	≥ 95%
Cakupan K6 (ANC Standards)	Ibu hamil mendapatkan pelayanan standar minimal 6 kali selama kehamilan	≥ 90%

Indikator KIA	Definisi Operasional	Target Nasional Minimum
Persalinan Faskes (PF)	Persalinan yang ditolong tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan	$\geq 90\%$
Cakupan Fe3	Ibu hamil yang mengonsumsi minimal 90 tablet Fe	$\geq 85\%$
Pelayanan Neonatal (KN Lengkap)	Bayi baru lahir mendapat pemeriksaan 3 kali sesuai standar (KN1, KN2, KN3)	$\geq 90\%$

15.4 Latihan Soal Bab 15 dan Evaluasi Akhir (UAS)

Soal Kasus Evaluasi Akhir:

Di Puskesmas Z, pencapaian cakupan K6 tahun 2025 tercatat 65% (target 90%), sedangkan Persalinan Faskes mencapai 88%. Analisis data PWS-KIA menunjukkan penurunan kunjungan terjadi pada Trimester III.

- Kategori evaluasi apakah yang harus dilakukan oleh Bidan Penanggung Jawab KIA?
- Identifikasi komponen *Input, Process, Output* yang memicu masalah drop-out K6 tersebut!
- Berikan rekomendasi perbaikan berbasis data epidemiologi!

DAFTAR PUSTAKA

Seluruh pustaka disusun menggunakan format baku American Psychological Association (APA) 6th Edition:

- Budiarto, E., & Anggraeni, D. (2003). *Pengantar epidemiologi* (Ed. 2). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Rencana strategis Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Gordis, L. (2014). *Epidemiology* (5th ed.). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Pedoman pelayanan antenatal, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir di era adaptasi kebiasaan baru*. Jakarta: Ditjen Kesehatan Masyarakat.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Buku KIA: Kesehatan ibu dan anak*. Jakarta: Kemenkes RI dan JICA.
- Leavell, H. R., & Clark, E. G. (1965). *Preventive medicine for the doctor in his community* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Murti, B. (2013). *Prinsip dan metode penelitian epidemiologi* (Ed. 3). Surakarta: Bintang Fajar Utama.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi kesehatan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2014). *Ilmu kesehatan masyarakat: Prinsip-prinsip dasar*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Rothman, K. J., Greenland, S., & Lash, T. L. (2008). *Modern epidemiology* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). *Trends in maternal mortality 2000 to 2020: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division*. Geneva: World Health Organization.