



UNIVERSITAS INDONESIA

**PROYEKSI KEBUTUHAN BIDAN
DI FASILITAS KESEHATAN PRIMER
DI PROVINSI JAWA BARAT
TAHUN 2018-2045**

DESERTASI

**EVINDIYAH PRITA DEWI
1506709952**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI DOKTOR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK, JULI 2021**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PROYEKSI KEBUTUHAN BIDAN
DI FASILITAS KESEHATAN PRIMER
DI PROVINSI JAWA BARAT
TAHUN 2018-2045**

DESERTASI

**Diajukan sebagai salahsatu syarat memperoleh gelar
Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat**

EVINDIYAH PRITA DEWI

1506709952

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI DOKTOR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT**

DEPOK, JULI 2021

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Disertasi ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama: Evindiyah Prita Dewi

NPM : 1506709952

Tanda Tangan:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Evindiyah Prita Dewi', with a horizontal line underneath the signature.

Tanggal: 31 Juli 2021

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Evindiyah Prita Dewi

NPM : **1506709952**

Mahasiswa Program: Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat

Tahun akademik : 2020/2021

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan disertasi saya yang berjudul:

PROYEKSI KEBUTUHAN BIDAN DI FASILITAS KESEHATAN PRIMER DI PROVINSI JAWA BARAT TAHUN 2018-2045

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 31 Juli 2021



Evindiyah Prita Dewi

HALAMAN PENGESAHAN

Desertasi ini diajukan oleh:

Nama : Evindiyah Prita Dewi
NPM : 1506709952
Program Studi : Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul Desertasi : Proyeksi Kebutuhan Bidan Di Fasilitas Kesehatan Primer Di Provinsi Jawa Barat Tahun 2018-2045

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Promotor : Prof. dr. Amal C. Sjaaf, SKM, Dr.PH (.....
.....)

Co-promotor: Prof. dr. Anhari Achadi, SKM, Sc.D. (.....
.....)

Co-promotor: Dr. dr. Harimat Hendrawan, M.Kes. (.....
.....)

Ketua Sidang: dr. Kemal N. Siregar, SKM, MA, Ph.D. (.....
.....)

Penguji : Dr. Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS (.....
.....)

Penguji : Prof. dr. Purnawan Junadi, MPH, Ph.D. (.....
.....)

Penguji : Wendy Hartanto, MA, Ph.D. (.....
.....)

Penguji : Dr. Indra Supradewi, SKM, M.Kes. (.....
.....)

Ditetapkan di: Depok

Tanggal : 31 Juli 2021

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh,

Alhamdulillah robbil' aalamiin...

Puji syukur kepada Allah Subhanahu Wata'ala, dengan rahmat dan karunia-Nya, yang telah memberikan kepada saya kesabaran, semangat dan kemampuan dalam menulis disertasi ini yang merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan studi di Program Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia bisa selesai.

Dari awal pendaftaran S3, perkuliahan hingga tahap penulisan disertasi ini, saya banyak mendapatkan bantuan, bimbingan, dukungan, saran dan doa dari banyak pihak, oleh karena itu izinkan saya untuk mengungkapkan rasa terima kasih yang tak terhingga kepada:

1. Bapak Prof. dr. Amal C. Sjaaf, SKM., Dr.PH sebagai Promotor yang bijaksana, yang selalu menyediakan waktunya untuk memberikan bimbingan, serta memberikan energi keberanian kepada saya dalam penulisan disertasi.
2. Bapak Prof. dr. Anhari Achadi, SKM., SC.D sebagai Kopromotor, yang telah memberikan saran luar biasa dan mendorong saya untuk membuat sebuah *software* sederhana perhitungan kebutuhan bidan.
3. Bapak Dr. dr. Harimat Hendrawan, M.Kes, sebagai Kopromotor yang telah meluangkan waktu dan pikirannya dalam memberikan arahan untuk penyempurnaan pengambilan data penelitian dan penulisan disertasi ini.
4. Bapak dr. Kemal N. Siregar, SKM, MA, Ph.D. sebagai ketua penguji yang telah memberikan masukan dan koreksi dalam penulisan disertasi ini.
5. Bapak Prof. dr. Purnawan Junadi, MPH, PH.D sebagai penguji yang telah memberikan banyak arahan yang berharga agar saya bisa melakukan proyeksi kebutuhan bidan dengan lebih tepat.
6. Ibu Dr. dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS sebagai penguji yang memberikan masukan yang berharga serta semangat kepada saya agar berani menunjukkan kelebihan dari disertasi ini.
7. Ibu Dr. Indra Supradewi, SKM, M.Kes sebagai penguji namun juga sebagai pembimbing di lapangan yang selalu memberikan masukan penting selama penelitian.
8. Bapak Wendy Hartanto, MA, Ph.D. sebagai penguji telah memberikan koreksi yang berharga dalam penulisan disertasi ini.
9. Ibu Prof. Dr. dr. Sabarinah Prasetyo, M.Sc.sebagai dekan FKM UI dan Para Pimpinan Fakultas, yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk dapat menjalani proses pendidikan program Doktor Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

10. Kepada semua dosen Program Doktor Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang telah memberikan ilmunya selama studi.
11. Bapak Rektor Universitas Muhammadiyah Prof.DR. HAMKA (UHAMKA) beserta jajarannya, Ibu Dekan FIKes UHAMKA beserta jajarannya, serta Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat UHAMKA atas kesempatan dan dukungan yang diberikan kepada saya selama menempuh pendidikan doktoral.
12. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (Kab. Bogor, Kab. Cianjur, Kab. Cirebon, Kab. Sumedang, Kota Depok dan Kota Tasikmalaya) beserta jajarannya yang telah memberikan ijin penelitian dan informasi yang dibutuhkan untuk penelitian.
13. Yusuf Rivai Romli, Teh Wina dan seluruh rekan-rekan yang terlibat dalam pengambilan data, terima kasih atas seluruh bantuannya.
14. Ibu Ambar, Ibu Nurjanah dan seluruh staf akademik FKM UI, terima kasih atas semua bantuan dan dukungannya selama ini.
15. Teman-teman S3 FKM UI yang selalu memberikan semangat, Mbak Rifdah, Bunda Elly, Pak Ketua (Wandy), Kak Balqis, Mbak Rini, Kak Chand, Bu Anis dan Uni Ina. Teman-teman S3 lainnya, Mbak Evi, Uni Mery, Mbak Dyah, Mbak Zakianis, Teh Milla, Kak Shanti, Bu Fathul, Bu Teti, Mbak Zola, Mbak Nova, Bu Roos, DaHen, Pak Gama, Pak Pri, Pak Robby, dan Pak Tirta, sebagai teman berbagi suka maupun duka selama menempuh perkuliahan. In syaa Allaah masih ada kesempatan untuk kita untuk bisa bertatap muka secara langsung.
16. Sahabat-sahabat sejati, Way, Ipik, dan Menik yang selalu memberikan dukungan agar saya bisa menyelesaikan S3.

Penghargaan yang tidak terhingga kepada suami Ir. Andi Arfal Mahie, yang telah memberikan dukungan dan pengertian penuh selama studi. Terima kasih yang tak terhingga untuk kedua orang tua, H. Bachtiar J. Koeslan dan Hj. Ennie Hadikarjo atas semua doa-doa dan dorongan agar saya bisa menyelesaikan studi. Teriring doa untuk Bapak dan ibu mertua, Alm. H. Andi Baso Mahie dan Alm. Hj. Rohana, semoga Allaah memberikan kelapangan dan cahaya di alam barzah. Aamiinn. Rasa sayang yang tidak akan pernah habis untuk Andi Faisal A. Mahie dan Andi Afifah Khaerunnisa, buah hati bunda yang selalu memberikan semangat dan bantuan dalam penulisan disertasi. Kepada saudara-saudaraku, Mbak Tutu, Mbak Tuti dan Mas Taufik, Roy dan Maya, Boy dan Lydia, saya haturkan terima kasih atas seluruh dukungannya. Untuk Kak Pipit dan Kak Al, terima kasih karena sudah mau direpotkan.

Dalam situasi dan kondisi yang sedang sulit ini, semoga kami tetap menjadi hamba *Allaah* yang selalu bersabar, bersyukur dan bertawakal kepada *Allaah Subhanahu Wata'ala*. Aamiin...

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Evindiyah Prita Dewi
NPM : 1506709952
Program Studi : Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis karya : Disertasi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**‘Proyeksi Kebutuhan Bidan Di Fasilitas Kesehatan Primer
Di Provinsi Jawa Barat Tahun 2018-2045’**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal: 28 Juli 2021

Yang menyatakan



(Evindiyah Prita Dewi)

ABSTRAK

Nama : Evindiyah Prita Dewi

Program studi: Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat

Judul : Proyeksi Kebutuhan Bidan Di Fasilitas Kesehatan Primer Di Provinsi
Jawa Barat Tahun 2018-2045

Proyeksi kebutuhan bidan adalah bagian terpenting dari proses perencanaan bidan. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan proyeksi kebutuhan bidan di fasilitas kesehatan primer di Provinsi Jawa Barat dari tahun 2018-2045. Penelitian ini adalah *Time Study*, yaitu studi mengenai waktu layanan bidan. Pendekatan penelitian adalah kualitatif, dimana pengambilan data dilakukan dengan pengamatan saat bidan memberikan layanan kesehatan dengan mencatat waktu layanannya di FKP di 6 kabupaten/kota, dimana dari masing-masing kabupaten/kota dipilih 2 kecamatan. Total pengamatan sebanyak 1748 pengamatan yang terdiri dari pelayanan Kespro dan KB, kesehatan ibu dan kesehatan balita. Proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan kesehatan kesehatan reproduksi dan KB sebanyak 9078,27 Bidan di tahun 2018, naik menjadi 9697,15 Bidan di tahun 2040, kemudian turun menjadi 9689,85 di tahun 2045. Proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan kesehatan kesehatan reproduksi dan KB di FKP se Prov. Jawa Barat adalah sebanyak 9078,27 Bidan di tahun 2018, naik menjadi 9697,15 Bidan di tahun 2040, kemudian turun menjadi 9689,85 di tahun 2045. Total proyeksi kebutuhan bidan di untuk layanan kesehatan ibu sebanyak 23.253,32 Bidan di tahun 2018, naik menjadi 24.186,63 Bidan di tahun 2030, kemudian turun menjadi 23.533,1 Bidan di tahun 2045. Perhitungan rasio antara bidan dan ibu hamil adalah 1 bidan melayani 40 ibu hamil, rasio ini konstan dari tahun 2018 sampai tahun 2045. Proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan kesehatan balita sebanyak 6817,74 Bidan di tahun 2018, naik menjadi 7140,29 Bidan di tahun 2033, kemudian turun menjadi 7025,5 Bidan di tahun 2045. Proyeksi kebutuhan bidan untuk seluruh pelayanan kesehatan sebanyak 39148,33 Bidan di tahun 2018, naik menjadi 40987,15 Bidan di tahun 2040, kemudian turun menjadi 40248,45 Bidan di tahun 2045. Rasio kebutuhan bidan per 100.000 penduduk adalah 80,76 Bidan per 100.000 penduduk di tahun 2018 dan menjadi 66,73 bidan per 100.000 penduduk di tahun 2045. Proyeksi kebutuhan bidan untuk PONEID se Prov. Jawa Barat adalah sebanyak 2808 Bidan di tahun 2018, angka ini konstan sampai tahun 2045. Proyeksi kebutuhan bidan di kabupaten/kota membentuk polanya sendiri-sendiri. Berdasarkan hasil ini, pemerintah daerah/pemda (=Dinas Kesehatan) harus membuat perencanaan kebutuhan bidan berdasarkan proyeksi populasi sasaran (Wanita Usia Subur/Pasangan Usia Subur, Ibu Hamil, dan Balita) dan permasalahan kesehatan yang dihadapi. Pemda bisa menggunakan angka rasio bidan per penduduk yang didapat dari penelitian ini untuk menghitung kebutuhan bidan di FKP di wilayahnya. Untuk menurunkan AKI, Pemda bisa mencoba *pilot project The Continuity of Care* di kecamatan tertentu, kemudian membandingkan efektivitasnya dengan program yang sudah berjalan. Untuk kebutuhan PKM PONEID akan lebih tepat jika menggunakan proyeksi ibu hamil, bukan jumlah penduduk.

Kata kunci: proyeksi, bidan, layanan, populasi, rasio

ABSTRACT

Name : Evindiyah Prita Dewi
Program : Doctor of Public Health
Title : Projection of Midwife Needs in Primary Health Facilities in West Java Province in 2018-2045

The projection of the need for midwives is the most important part of the midwife planning process. This study aims to obtain a projection of the need for midwives in primary health facilities in West Java Province from 2018-2045. This research is a Time Study, which is a study of the time of midwife's service. The research approach is qualitative, where data collection is carried out by observing when midwives provide health services by recording the time of service at FKP in 6 districts/cities, where 2 sub-districts are selected from each district/city. A total of 1748 observations consisted of Kespro and family planning services, maternal health, and under-five health. The projected need for midwives for reproductive health and family planning services is 9078.27 midwives in 2018, rising to 9697.15 midwives in 2040, then decreasing to 9689.85 in 2045. The projected need for midwives for reproductive health and family planning services in Province level FKP. West Java was 9078.27 midwives in 2018, increased to 9697.15 midwives in 2040, then decreased to 9689.85 in 2045. The total projected need for midwives for maternal health services is 23,253.32 midwives in 2018, increased to 24,186.63 midwives in 2030, then decreased to 23,533.1 midwives in 2045. The calculation of the ratio between midwives and pregnant women is 1 midwife serving 40 pregnant women, this ratio is constant from 2018 to 2045. Projected midwife needs for health services for toddlers as many as 6817.74 midwives in 2018, increased to 7140.29 midwives in 2033, then decreased to 7025.5 midwives in 2045. The projected need for midwives for all health services is 39148.33 midwives in 2018, increasing to 40987.15 midwives in 2040, then decreased to 40248.45 midwives in 2045. The ratio of the need for midwives per 100,000 population was 80.76 midwives per 100,000 population in 2018 and became 66.73 midwives per 100,000 population in 2045. Projected demand for midwives for PONED at the West Java Province with total of 2,808 midwives in 2018, this figure is constant until 2045. The projection of the need for midwives in the district/city forms its own pattern. Based on these results, the local government/local government (=Health Office) should plan for the needs of midwives based on the projected target population (Women of Childbearing Age/Couples of Childbearing Age, Pregnant Women, and Toddlers) and the health problems they face. Local governments can use the ratio of midwives per population obtained from this study to calculate the need for midwives in FKP in their area. To reduce MMR, local governments can try the pilot project The Continuity of Care in certain sub-districts, then compare its effectiveness with programs that are already running. For PKM PONED needs, it would be more appropriate to use the projection of pregnant women, not the population.

Keywords: projection, midwives, services, population, ratio

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	Hal ii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xix
Bab 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah Penelitian	5
1.3 Pertanyaan Penelitian	6
1.4 Tujuan Penelitian	6
1.4.1 Tujuan Umum	6
1.4.2 Tujuan Khusus	7
1.5 Manfaat Penelitian	7
1.5.1 Manfaat Bagi Ilmu Pengetahuan	7
1.5.2 Manfaat Bagi Pemerintah atau Pembuat Kebijakan... ..	7
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	8
Bab 2. TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK)	9
2.1.1 Sumber Daya Manusia Kesehatan: Bidan	10
2.2 Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan	18
2.2.1 Metode Menghitung Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan.	19
2.2.2 Review Jurnal	26
2.3 Kerangka Teori	31
Bab 3. KERANGKA PIKIR DAN DEFINISI OPERASIONAL	32
3.1 Kerangka Pikir	32
3.2 Definisi Operasional	36

Bab 4. METODE PENELITIAN	42
4.1 Jenis Penelitian	42
4.2 Tempat dan Waktu Penelitian	42
4.3 Subyek Penelitian	42
4.4 Teknik Pengumpulan Data	43
4.4.1 Jenis Data Penelitian	43
4.4.2 Teknik dan Instrumen Pengambilan Data	46
4.4.3 Uji Validitas Data	46
4.5 Pengolahan dan Analisis Data	47
4.5.1 Pengolahan Data	47
4.5.2 Analisis Data	50
4.6 Etika Penelitian	51
4.7 Konflik Kepentingan	52
Bab 5. HASIL PENELITIAN	53
5.1 Gambaran Tahapan penelitian	53
5.2 Proyeksi kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi	59
5.3 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Ibu	78
5.3.1 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Antenatal (<i>Antenatal Care/ANC</i>)	78
5.3.2 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan persalinan	91
5.3.3 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Pascapersalinan	101
5.3.4 Rekapitulasi: Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Ibu.....	109
5.4 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Balita	112
5.4.1 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Bayi	112
5.4.2 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Balita Umur 12-59 Bulan	125
5.4.3 Rekapitulasi Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Balita Umur 0-59 Bulan	141
5.5 Rekapitulasi-1: Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Seluruh Pelayanan....	143
5.6 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Obstetrik dan Neonatal	

Emergensi Dasar (PONED)	148
5.7 Rekapitulasi-2: Proyeksi Kebutuhan Bidan di FKP.....	153
Bab 6. PEMBAHASAN	155
6.1 Kekuatan dan Keterbatasan Penelitian	155
6.2 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi	157
6.3 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Ibu	160
6.3.1 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Antenatal.....	160
6.3.2 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Persalinan	164
6.3.3 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Pascapersalinan	166
6.3.4 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Ibu	167
6.4 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Balita	168
6.4.1 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Bayi	168
6.4.2 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Balita (12- 59 Bulan).....	170
6.5 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Seluruh Layanan Kesehatan	172
6.6 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Obsterik dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED)	173
6.7 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Seluruh Layanan Kesehatan (Termasuk PONED).....	176
6.8 Rekomendasi Kebijakan.....	178
Bab 7. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	181
7.1 Kesimpulan	181
7.2 Rekomendasi.....	181
DAFTAR PUSTAKA	184

DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 2.1 Metode Dasar Perencanaan Kebutuhan SDM.....	20
Tabel 2.2 Stock of health workers (in millions), 2013 ^a and 2030 ^b	22
Tabel 5.1 Gambaran Lokasi dan Responden Penelitian Per Kabupaten/Kota.....	54
Tabel 5.2 Gambaran Karakteristik Responden Penelitian	56
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Layanan Kesehatan Yang Diberikan Oleh Bidan Berdasarkan Jenis Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Per Kabupaten/Kota	57
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Setiap Layanan Kesehatan Yang Diberikan Oleh Bidan Per Kabupaten/Kota	60
Tabel 5.5 Gambaran Pemakaian Alat/Metode KB Modern pada Wanita Usia Subur yang Kawin Berdasarkan Hasil SDKI 2017.....	62
Tabel 5.6 Waktu Normal Pelayanan KB dan Kesehatan Reproduksi Catin/WUS..	64
Tabel 5.7 Waktu Normal, Waktu Baku, dan WKE Pelayanan KB & Kesehatan Reproduksi	66
Tabel 5.8 WKE, Kuantitas, dan Total WKE Bidan untuk Pelayanan KB & Kesehatan Reproduksi	67
Tabel 5.9 Target Prevalensi Pemakaian Kontrasepsi Cara Modern (mCPR) sampai tahun 2045.....	68
Tabel 5.10 Gambaran Persentase Peserta KB dan Catin/WUS Melakukan Kunjungan ke Fasyankes dan Mendapatkan Pelayanan Bidan.....	69
Tabel 5.11 Waktu Normal Pelayanan ANC1, ANC2, dan ANC-T	83
Tabel 5.12 Waktu Normal, Waktu Baku dan WKE Pelayanan Antenatal (ANC).....	85
Tabel 5.13 Kuantitas dan Total WKE Bidan untuk Pelayanan Antenatal (ANC) ...	87
Tabel 5.14 Persentase Populasi Ibu Hamil yang Mengakses Pelayanan Antenatal dan Dilayani oleh Bidan	87
Tabel 5.15 Waktu Normal Pelayanan Persalinan	96
Tabel 5.16 Waktu Normal, Waktu Baku dan WKE Pelayanan Persalinan	96
Tabel 5.17 Kuantitas dan WKE Bidan untuk Pelayanan Persalinan	97
Tabel 5.18 Persentase Populasi Ibu yang Mencari Pelayanan Persalinan ke Bidan..	98

Tabel 5.19 Waktu Normal Pelayanan Pascapersalinan.....	105
Tabel 5.20 Waktu Normal, Waktu Baku, WKE Pelayanan pascapersalinan	106
Tabel 5.21 WKE, Kuantitas dan Total WKE Bidan untuk Pelayanan Pascapersalinan	107
Tabel 5.22 Persentase Populasi Ibu Nifas Yang mencari Pelayanan Pascapersalinan ke Bidan	107
Tabel 5.23 Jenis dan Jadwal Pemberian Imunisasi Dasar Pada Bayi.....	108
Tabel 5.24 Waktu Normal Pelayanan Konsultasi dan Pemeriksaan Kesehatan	118
Tabel 5.25 Waktu Normal Pelayanan Imunisasi	119
Tabel 5.26 Waktu Normal, Waktu Baku, dan WKE Pelayanan Konsultasi/ Pemeriksaan Kesehatan dan Pelayanan Imunisasi	121
Tabel 5.27 WKE, Kuantitas dan Total WKE untuk Pelayanan Kesehatan Bayi (Pelayanan Konsultasi/Pemeriksaan Kesehatan dan Pelayanan Imunisasi)	122
Tabel 5.28 Persentase Populasi Bayi yang mencari Pelayanan Kesehatan Ke Bidan	123
Tabel 5.29 Jenis dan Jadwal Imunisasi Lanjutan Pada Anak Bawah Dua Tahun....	129
Tabel 5.30 Waktu Normal Pelayanan Konsultasi dan Pemeriksaan Kesehatan	130
Tabel 5.31 Waktu Normal Pelayanan Imunisasi Balita	132
Tabel 5.32 Waktu Normal, Waktu Baku dan WKE Pelayanan Kesehatan.....	133
Tabel 5.33 WKE, Kuantitas dan Total WKE Bidan untuk pelayanan kesehatan balita	134
Tabel 5.34 Persentase Populasi Balita Umur 12-59 Bulan yang Mencari Pelayanan Kesehatan ke Bidan	135
Tabel 5.35 Distribusi Puskesmas PONEC di Provinsi Jawa Barat Tahun 2019.....	156
Tabel 5.36 Distribusi Puskesmas PONEC dan kebutuhan Bidan tiap Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Barat Tahun 2019.....	157
Tabel 6.1 Perbandingan Jumlah PKM PONEC per Kabupaten/kota menurut RISFASKES 2019, Standar Kementerian Kesehatan dan WHO.....	178
Tabel 6.2 Perbandingan Kondisi Bidan Hasil Proyeksi, Data Profil Kesehatan Jawa Barat, dan Data BPPSDM Kementerian Kesehatan tiap Kabupaten/ kota Prov. Jawa Barat	182

DAFTAR GAMBAR

	Hal
Gambar 2.1 Human resources for health: availability, accessibility, acceptability, quality and effective coverage	9
Gambar 2.2 SDG index composite method: percentare of 12 SDG tracer indicators achieved as a function of arrrerate density of doctors, nurses and midwives per 1000 population	23
Gambar 3.1 Kerangka Pikir Proyeksi Kebutuhan Bidan di FKP di Provinsi Jawa Barat Tahun 2018-2045	36
Gambar 5.1 Proyeksi Populasi Wanita Usia Subur (WUS) tingkat Kabupaten/Kota & Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045	71
Gambar 5.2 Proyeksi Populasi Wanita Usia Subur (WUS) per Kabupaten/Kota se Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045	71
Gambar 5.3 Proyeksi Populasi Pasangan Usia Subur (PUS) tingkat Kabupaten/Kota & Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045.....	72
Gambar 5.4 Proyeksi Peserta KB yang dilayani oleh Bidan di Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045.....	73
Gambar 5.5 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan KB dan Kespro Kab. Bogor, Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045.....	79
Gambar 5.6 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan KB/Kespro per Kabupaten/kota se-Prov. Jawa Barat Tahun 2018 dan Tahun 2045.....	79
Gambar 5.7 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan KB/Kesehatan Reproduksi Se Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045	80
Gambar 5.8 Proyeksi Penduduk, CBR dan Populasi Ibu Hamil Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045	89
Gambar 5.9 Proyeksi Populasi Ibu Hamil per Kabupaten/kota se-Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045	89
Gambar 5.10 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Antenatal (asumsi konstan) Kab. Bogor, Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045.....	92
Gambar 5.11 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Antenatal (Asumsi Konstan) per Kabupaten/kota se-Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045...	93

Gambar 5.12	Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Antenatal Se Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045	93
Gambar 5.13	Proyeksi Populasi Ibu Bersalin per Kabupaten/kota dan Se Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045	99
Gambar 5.14	Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan persalinan Kab. Bogor, Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045	102
Gambar 5.15	Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Persalinan (Asumsi Konstan) per Kabupaten/kota se-Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045...	102
Gambar 5.16	Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Persalinan Se Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045	103
Gambar 5.17	Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Pascapersalinan Kab. Bogor, Prov. Jawa Barat dari Tahun 2018-2045	110
Gambar 5.18	Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan pascapersalinan (Asumsi Konstan) per Kabupaten/kota se Provinsi Jawa Barat Tahun 2018 – 2045	110
Gambar 5.19	Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Pascapersalinan Se Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045	111
Gambar 5.20	Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Ibu Kab. Bogor, Prov. Jawa Barat dari Tahun 2018-2045	112
Gambar 5.21	Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Ibu (Asumsi Konstan) per Kabupaten/kota se-Prov. Jawa Barat dari Tahun 2018-2045	113
Gambar 5.22	Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Ibu (Asumsi Konstan & UHC 2014) Se Prov. Jawa Barat dari Tahun 2018-2045.....	114
Gambar 5.23	Proyeksi Penduduk, CBR dan Populasi Bayi Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045	124
Gambar 5.24	Proyeksi Populasi Bayi per Kabupaten/kota se Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045	124
Gambar 5.25	Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Bayi Kab. Bogor, Prov. Jawa Barat dari Tahun 2018-2045	127

Gambar 5.26	Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Bayi (Asumsi Konstan) per Kabupaten/kota se-Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045...	127
Gambar 5.27	Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Bayi Se Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045	128
Gambar 5.28	Proyeksi Populasi Bayi, IMR dan Populasi Balita Umur 12-23 Bulan Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045	136
Gambar 5.29	Proyeksi Populasi Balita Umur 12-23 Bulan per Kabupaten/kota se Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045	137
Gambar 5.30	Proyeksi Populasi Balita Umur 24-59 Bulan per Kabupaten/kota se Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045	138
Gambar 5.31	Proyeksi Populasi Bayi, Balita Umur 24-59 Bulan se Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045.....	138
Gambar 5.32	Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Balita Umur 12-59 (Asumsi Konstan) Bulan Kab. Bogor, Prov. Jawa Barat dari Tahun 2018-2045.....	143
Gambar 5.33	Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Balita Umur 12-59 Bulan (Asumsi Konstan) per Kabupaten/kota se-Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045.....	144
Gambar 5.34	Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Balita Umur 12-59 Bulan Se Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045.....	144
Gambar 5.35	Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Balita (Asumsi Konstan) Kab. Bogor, Prov. Jawa Barat dari Tahun 2018-2045.....	145
Gambar 5.36	Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Balita (Asumsi Konstan) per Kabupaten/kota se-Prov. Jawa Barat dari Tahun 2018-2045.....	146
Gambar 5.37	Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Balita Umur 0-59 Bulan Se Prov. Jawa Barat dari Tahun 2018-2045.....	146
Gambar 5.38	Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Seluruh Layanan Kesehatan di 4 Kabupaten dan 2 Kota di Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045.....	150
Gambar 5.39	Proyeksi Rasio Kebutuhan Bidan per 100000 Penduduk di 4 Kabupaten dan 2 Kota Di Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045.....	151

Gambar 5.40	Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Seluruh Layanan Kesehatan dan Rasio Kebutuhan Bidan per 100.000 Penduduk se Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045.....	152
Gambar 5.41	Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Seluruh Layanan Kesehatan (+PONED) tiap Kabupaten/kota se-Prov. Jawa Barat Tahun 2018, 2019 dan 2021.	158
Gambar 5.42	Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Seluruh Layanan Kesehatan (+PONED) dan Rasio Bidan per 100.000 penduduk (+PONED & -PONED) Prov. Jawa Barat Tahun 2018, 2019 dan 2021	159
		176

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Keterangan Lulus Kaji Etik.....	190
Lampiran 2	Instrumen Penelitian.....	192

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Visi Indonesia 2045 adalah Indonesia yang **Berdaulat, Maju, Adil, dan Makmur**. Dalam mewujudkan impian tersebut maka disusun 4 (empat) pilar, yaitu: (1) Pembangunan Manusia serta Penguasaan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi, (2) Pembangunan Ekonomi Berkelanjutan, (3) Pemerataan Pembangunan, serta (4) Pemantapan Ketahanan Nasional dan Tata Kelola Pemerintahan. Pembangunan manusia serta penguasaan ilmu pengetahuan dan teknologi diharapkan bisa meningkatkan kualitas manusia Indonesia. Peningkatan kualitas manusia ini diukur dengan pendidikan yang semakin tinggi dan merata; kebudayaan yang kuat, derajat kesehatan, usia harapan hidup, dan kualitas hidup yang semakin baik; produktivitas yang tinggi; serta kemampuan penguasaan ilmu pengetahuan dan teknologi yang luas (Kementerian PPN/Bappenas, 2019b).

Kementerian Kesehatan sebagai otoritas Kesehatan menjabarkan Visi Indonesia 2045 ini ke dalam Rencana Strategis Jangka Menengah (Tahun 2020-2024), dengan Target Tahun 2024 sebagai berikut: (Kementerian Kesehatan, 2020)

1. Menurunkan angka kematian ibu (AKI) menjadi 183 per 100.000 kelahiran hidup (Tahun 2018 = 305 per 100.000 kelahiran hidup)
2. Menurunkan persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK) menjadi 10% (Tahun 2018=17,3%)
3. Meningkatkan persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan (PF) menjadi 95% (Tahun 2020=87%)
4. Meningkatkan jumlah kabupaten/kota yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir menjadi 514 kabupaten/kota (Tahun 2020 =120 Kabupaten/kota)
5. Menurunkan angka kematian bayi (AKB) menjadi 16 per 1000 kelahiran hidup (Tahun 2017=24 per 1000 kelahiran hidup)
6. Menurunkan persentase angka *stunting* pada balita menjadi 14% (Tahun 2020=24,1%)

7. Meningkatkan persentase imunisasi dasar lengkap pada anak usia 12-23 bulan menjadi 80% (Tahun 2018=57,9%)
8. Meningkatkan persentase kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap menjadi 95% (Tahun 2020=79,3%)
9. Meningkatkan Cakupan kepesertaan JKN menjadi 98% (Tahun 2019=89,7%)

Untuk mencapai target tahun 2024 dibutuhkan dukungan sumber daya kesehatan, terutama dukungan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK). Di banyak negara, tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan reproduksi pada wanita usia subur, pelayanan untuk ibu hamil, bersalin dan nifas, serta pelayanan kesehatan untuk bayi dan balita didominasi oleh bidan. Di negara kita, ibu yang bersalin banyak ditolong oleh bidan, yaitu mencapai 68,7% dari total persalinan oleh tenaga kesehatan (Indonesia, 2018). Bidan banyak ditempatkan di fasilitas kesehatan primer, seperti Bidan Desa, Puskesmas, rumah bersalin atau bidan praktek swasta.

Salah satu yang terpenting dalam manajemen SDM Kesehatan adalah perencanaan tenaga kesehatan, yaitu menghitung jumlah tenaga kesehatan yang dibutuhkan untuk jangka pendek, maupun jangka panjang. Ada beberapa metode untuk menghitung kebutuhan tenaga kesehatan. Selain metode rasio tenaga kesehatan per penduduk, WHO juga mengembangkan metode *Simulating future supply of health workers* (Simulasi suplai SDM Kesehatan untuk masa yang akan datang), *Assessing health workforce needs in relation to service requirements in countries* (menghitung kebutuhan tenaga kesehatan untuk kebutuhan pelayanan/program tertentu), serta *Assessing market-based demand for health workers* (menghitung kebutuhan pasar tenaga kerja berbasis permintaan terhadap tenaga kerja).

World Health Organization (WHO, 2016) telah menetapkan standar minimal untuk menghitung kebutuhan tenaga kesehatan yang terdiri dari dokter, perawat dan bidan di suatu negara berdasarkan Indeks SDGs (*The Sustainable Development Goals /SDGs*). Indeks SDGs terdiri dari dua belas (12) indikator, tiga (3) indikator diantaranya untuk kesehatan ibu, bayi dan balita dan anak. Standar minimal untuk mencapai target SDGs adalah rasio tenaga kesehatan per 1000 penduduk, yaitu 4,45 tenaga kesehatan per 1000 penduduk (WHO, 2016a).

Badan Pusat Statistik memproyeksikan jumlah penduduk Indonesia di tahun 2018 sebanyak 264.161.600 jiwa (Kementrian PPN/Bappenas, BPS, & UNFPA,

2018). Dengan menggunakan indeks SDGs, berarti Indonesia membutuhkan tenaga kesehatan (dokter, perawat dan bidan) sebanyak 1.175.519 orang, sementara tenaga kesehatan yang tersedia hanya 765.096 tenaga kesehatan (http://bppsdmk.kemkes.go.id/info_sdmk/). Dari data ini, negara kita masih kekurangan tenaga kesehatan sebanyak 410.423 tenaga kesehatan.

Kementerian Kesehatan menetapkan rasio tenaga kesehatan terhadap jumlah penduduk sebagai indikator untuk mengukur ketersediaan tenaga kesehatan untuk mencapai target pembangunan kesehatan tertentu. Berdasarkan Keputusan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Nomor 54 Tahun 2013 tentang Rencana Pengembangan Tenaga kesehatan Tahun 2011–2025 menetapkan rasio tenaga kesehatan per 100.000 penduduk, diantaranya rasio dokter umum 45 per 100.000 penduduk, rasio perawat 180 per 100.000 penduduk, dan rasio bidan 120 per 100.000 penduduk. Rasio dokter, perawat dan bidan adalah 345 per 100.000 penduduk atau 3,45 per 1000 penduduk. Rasio ini lebih kecil 1,00 poin dibandingkan dengan rasio yang ditetapkan oleh WHO (4,45 tenaga kesehatan per 1000 penduduk). Sehingga, kebutuhan tenaga kesehatan di tahun 2018 menjadi 911.358 tenaga kesehatan., kekurangannya menjadi lebih sedikit, yaitu 146.262 tenaga kesehatan.

Khusus untuk tenaga bidan, berdasarkan rasio bidan 120 per 100.000 penduduk (1,2 per 1000 penduduk) maka kebutuhan bidan di Indonesia pada tahun 2018 menjadi 316.994 bidan. Data yang didapat dari laman Ikatan Bidan Indonesia, tercatat ada 304.732 bidan pada tahun 2018 (<https://www.ibi.or.id/id/articleview/A20150113002/historyibi.html>). Berarti Indonesia masih kekurangan sebanyak 12.262 bidan.

Penggunaan metode rasio tenaga kesehatan terhadap jumlah penduduk untuk menghitung jumlah kebutuhan tenaga kesehatan memiliki kelemahan. Metode ini bersifat umum, dimana diberlakukan sama untuk semua negara atau wilayah. Padahal situasi dan kondisi setiap negara/wilayah berbeda-beda. Masalah kesehatan yang dihadapi pun berbeda-beda. Sehingga dibutuhkan metode lain, yang lebih obyektif dan akurat, untuk menghitung kebutuhan tenaga kesehatan di suatu negara atau untuk suatu program.

Pemerintah India membuat Program National Rural Health Mission pada tahun 2005 (Hagopian et al, 2011). Program ini menyediakan pelayanan imunisasi

lengkap untuk setiap anak dan pelayanan persalinan di fasilitas kesehatan untuk daerah pedesaan. Keberhasilan program ini tentu sangat dipengaruhi oleh ketersediaan tenaga kesehatannya, baik dokter, bidan, perawat maupun tenaga kesehatan lainnya, serta asisten tenaga kesehatan.

Hagopian et al (2011), menghitung kebutuhan tenaga kesehatan untuk Program National Rural Health Mission dengan menggunakan WISN (*Workload Indicator Staff Need*) di Distrik Ranjam, India. Metode ini menghitung kebutuhan tenaga kesehatan berdasarkan beban kerja. Dari hasil penelitiannya didapatkan bahwa rata-rata waktu yang dibutuhkan asisten bidan (= asisten tenaga kesehatan) untuk membantu persalinan normal adalah 1,5 jam. Jika ada 79.460 persalinan dalam setahun di distrik tersebut, maka kebutuhan waktu kerja asisten bidan untuk khusus pelayanan persalinan adalah 119.190 jam atau sama dengan 60 asisten bidan yang harus disediakan dalam satu tahun khusus untuk menolong persalinan normal (catatan: seorang asisten bidan memiliki 2000 jam kerja selama setahun).

Hasil survei mengenai proses perencanaan bidan yang dilakukan oleh *International Confederation of Midwives* (ICM) pada tahun 2014 di 108 negara anggotanya menunjukkan bahwa hanya 35,6% negara yang melibatkan kementerian pendidikan. Negara yang khusus membuat perencanaan bidan di tingkat nasional hanya 28,8% dan yang spesifik menghitung jumlah kebutuhan jumlah bidan di tingkat nasional hanya 8,2%. Sementara negara yang menggunakan dasar kondisi geografi dan tingkat fasilitas pelayanan kesehatan (primer, sekunder dan pelayanan darurat) pada saat proses perencanaan bidan hanya 16,4% dan 13,7%. (ICM, 2015).

Penelitian ini bertujuan memformulasikan proyeksi kebutuhan bidan di fasilitas kesehatan primer dengan menggunakan metode *Assessing health workforce needs in relation to service requirements in countries* (menghitung kebutuhan tenaga kesehatan berdasarkan persyaratan layanan kesehatan) dengan memasukan pertumbuhan penduduk/populasi sasaran dan visi pembangunan kesehatan jangka menengah dan panjang. Persyaratan layanan kesehatan dibuat berdasarkan penilaian tenaga ahli mengenai kebutuhan layanan kesehatan pada kelompok populasi tertentu. Tujuan dari persyaratan ini adalah menstandarkan pemberian layanan kesehatan baik dari sisi kuantitas maupun kualitas. Pada penelitian ini, perhitungan kebutuhan bidan didasarkan pada persyaratan layanan dari setiap layanan kesehatan yang menjadi

tugas atau kewenangan bidan, yaitu pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak (= balita), serta pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

Provinsi Jawa Barat dipilih sebagai tempat penelitian dengan berbagai pertimbangan. Luas wilayahnya 35.377,76 km² dengan proyeksi jumlah penduduk sebanyak 48.475.500 jiwa pada tahun 2018 (Kementrian PPN/Bappenas, BPS, & UNFPA, 2018). Jawa Barat memiliki 18 kabupaten dan 9 kota (Profil Jawa Barat 2016). Dari data Profil Kesehatan Jawa Barat Tahun 2018 (Dinkes Jawa Barat, 2019), diketahui perbedaan Angka Kematian Ibu antara kabupaten/kota yang memiliki AKI tertinggi dengan terendah cukup besar yaitu 189 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Kondisi geografi setiap kabupaten/kota memiliki karakteristik yang berbeda-beda. Beberapa kabupaten di provinsi ini memiliki kecamatan yang berlokasi lumayan jauh dari ibukota kabupaten, seperti Kecamatan Cidaun berada di wilayah selatan dengan jarak sekitar 170 Km dari ibukota kabupaten Cianjur dan membutuh waktu tempuh sekitar 5 jam dari ibukota.

1.2 Rumusan Masalah Penelitian

Pada tahun 2018, Indonesia sudah mengalami kekurangan suplai bidan sebanyak 12.262 bidan. Pada tahun-tahun mendatang, kekurangan suplai bidan kemungkinan akan semakin meningkat. Pemerintah, dalam hal ini Kementerian Kesehatan dan Kementerian Riset dan Teknologi/Perguruan Tinggi harus mengantisipasinya dari sekarang, bagaimana memenuhi kebutuhan bidan di negara kita.

Meskipun demikian, kekurangan suplai bidan yang dialami Indonesia, bisa saja tidak sebesar yang disebutkan di atas. Hal ini dikarenakan metode rasio dalam menghitung jumlah kebutuhan tenaga kesehatan, khususnya bidan tidak memiliki dasar yang obyektif. Seharusnya dalam menghitung jumlah kebutuhan bidan disesuaikan dengan permasalahan kesehatan yang ada di masing-masing wilayah, penilaian kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, kondisi geografis dan target program yang akan dicapai, sehingga didapatkan jumlah kebutuhan bidan yang mendekati kondisi sebenarnya.

Di masa mendatang, pembuatan Perencanaan Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan di fasilitas kesehatan Primer, khususnya bidan, perlu mempertimbangkan sisi pasokan dan kebutuhannya. Dari sisi kebutuhan, menghitung kebutuhan bidan dengan metode *Assessing health workforce needs in relation to service requirements in countries* akan lebih akurat. Dasar yang dipakai untuk menghitung kebutuhan bidan dengan metode ini adalah persyaratan pelayanan untuk kesehatan reproduksi dan KB, pelayanan Kesehatan ibu dan anak, serta PONED (Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar).

1.3 Pertanyaan Penelitian

Ada beberapa pertanyaan yang diajukan dalam penelitian ini, yaitu:

1. Berapa proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan kesehatan reproduksi dan Keluarga Berencana di FKP di Prov. Jawa Barat dari tahun 2018-2045?
2. Berapa proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan kesehatan ibu dan rasio bidan dengan ibu hamil di FKP di Prov. Jawa Barat dari tahun 2018-2045?
3. Berapa proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan kesehatan balita di FKP di Prov. Jawa Barat dari tahun 2018- 2045?
4. Berapa proyeksi kebutuhan bidan untuk seluruh pelayanan kesehatan dan rasio bidan per 100000 penduduk di FKP di Prov. Jawa Barat dari tahun 2018-2045?
5. Berapa proyeksi kebutuhan bidan untuk PONED di Prov. Jawa Barat dari tahun 2018-2045?
6. Berapa proyeksi kebutuhan bidan untuk seluruh pelayanan kesehatan (termasuk PONED) dan rasio bidan per 100000 penduduk di FKP di Prov. Jawa Barat dari tahun 2018-2045?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum:

Mendapatkan proyeksi kebutuhan bidan di fasilitas kesehatan primer (FKP) di Provinsi Jawa Barat dari tahun 2018 sampai tahun 2045.

1.4.2 Tujuan Khusus:

1. Didapatnya proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan kesehatan reproduksi dan Keluarga Berencana di FKP di Prov. Jawa Barat dari tahun 2018-2045.
2. Didapatnya proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan kesehatan ibu dan rasio bidan dengan ibu hamil di FKP di Prov. Jawa Barat dari tahun 2018-2045.
3. Didapatnya proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan kesehatan balita di FKP di Prov. Jawa Barat dari tahun 2018- 2045.
4. Didapatnya proyeksi kebutuhan bidan untuk seluruh pelayanan kesehatan dan rasio bidan per 100000 penduduk di FKP di Prov. Jawa Barat dari tahun 2018-2045.
5. Didapatnya proyeksi kebutuhan bidan untuk PONED di Prov. Jawa Barat dari tahun 2018- 2045.
6. Didapatnya proyeksi kebutuhan bidan untuk seluruh pelayanan kesehatan (termasuk PONED) dan rasio bidan per 100000 penduduk di FKP di Prov. Jawa Barat dari tahun 2018-2045.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat bagi Pengembangan Ilmu Pengetahuan

Hasil penelitian ini diharapkan bisa memperkaya metode dalam menghitung kebutuhan SDM kesehatan, khususnya bidan. Model yang dihasilkan bisa menghitung jumlah kebutuhan bidan pada tahun dasar dan di tahun-tahun mendatang di FKP dengan lebih akurat. Model ini masih memerlukan pengembangan di masa yang akan datang agar lebih sempurna dengan menambahkan kebutuhan bidan di FKTL (Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut).

1.5.2 Manfaat bagi Pemerintah atau Pembuat Kebijakan

Model proyeksi kebutuhan bidan di FKP yang dihasilkan dari penelitian ini diharapkan memudahkan bagi Pemerintah atau Pembuat Kebijakan di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten/kota dalam membuat perhitungan kebutuhan bidan dalam rangka perencanaan bidan untuk FKP di saat ini dan di masa yang akan datang.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

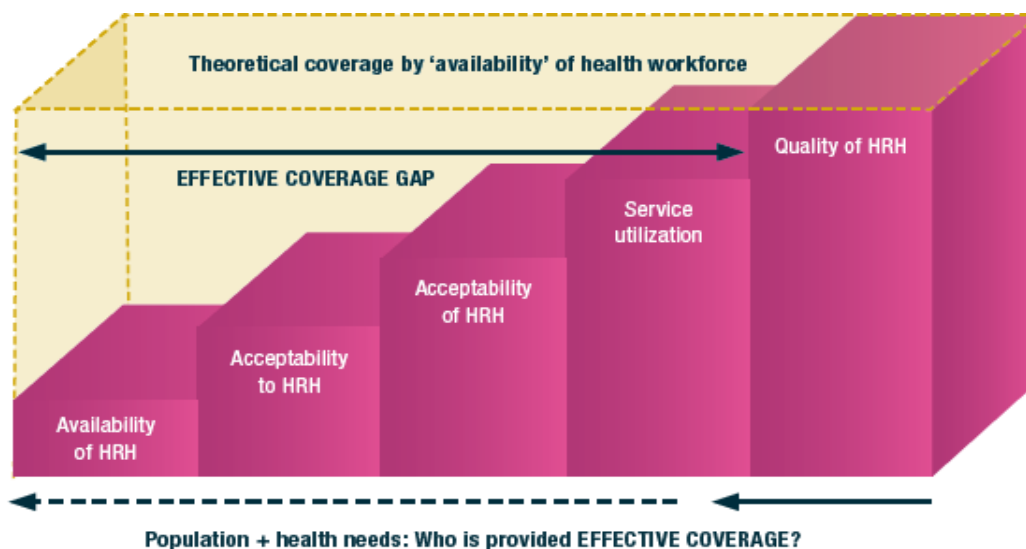
Penelitian ini hanya menghitung kebutuhan bidan di FKP (Fasilitas Kesehatan Primer) berdasarkan kewenangan bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan. Teknik pengambilan data adalah dengan pengamatan kegiatan bidan selama memberikan pelayanan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK)

Sistem pelayanan kesehatan di suatu negara bisa bekerja efektif, yaitu dapat meningkatkan cakupan dan kualitas layanan kepada penduduknya jika didukung oleh Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK). Tingkat efektivitas dari sistem kesehatan bergantung pada ketersediaan (*availability*), aksesibilitas (*accessibility*), akseptabilitas (*acceptability*) dan kualitas (*quality*) dari SDM (Gambar 1). Ketersediaan dari sisi jumlah SDM harus dibarengi oleh distribusi yang merata di seluruh wilayah negara sehingga penduduk dengan mudah mengakses pelayanan kesehatan. Kemampuan SDM dalam beradaptasi terhadap sosial budaya penduduk setempat akan memudahkan penerimaan SDM oleh penduduk. Dan pada akhirnya, penguasaan kompetensi dari masing-masing SDM akan mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan ke penduduk.



Gambar 2.1 Human resources for health: availability, accessibility, acceptability, quality and effective coverage

Source: Campbell et al., 2013 dalam WHO, 2016a

Meskipun dengan tingkat perkembangan ekonomi dan sosial yang berbeda-beda, masalah terkait dengan pendidikan, penyebaran, retensi, dan kinerja SDM di semua negara. Seperti Indonesia, masalah SDM banyak terkait dengan jumlah SDM yang belum sesuai dengan jumlah penduduk dan distribusi yang tidak merata di seluruh wilayah negara. Dengan adanya penambahan agenda *Sustainable*

Development Goals (SDGs) serta penerapan Jaminan Kesehatan Nasional yang mencakup seluruh penduduk, maka hal ini akan menjadi tantangan sendiri bagi pemerintah untuk mengatasinya.

Menurut Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga kesehatan: Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Dalam pasal 11, Tenaga kesehatan atau SDM Kesehatan dikelompokkan ke dalam:

- a. tenaga medis;
- b. tenaga psikologi klinis;
- c. tenaga keperawatan;
- d. tenaga kebidanan;
- e. tenaga kefarmasian;
- f. tenaga kesehatan masyarakat;
- g. tenaga kesehatan lingkungan;
- h. tenaga gizi;
- i. tenaga keterampilan fisik;
- j. tenaga keteknisian medis;
- k. tenaga teknik biomedika;
- l. tenaga kesehatan tradisional; dan
- m. tenaga kesehatan lain.

2.1.1 Sumber Daya Manusia Kesehatan: Bidan

Di Indonesia, umur profesi bidan sudah lebih tua dibandingkan dengan umur kemerdekaan negara kita. Pendidikan kebidanan sudah dimulai tahun 1851 di Batavia (= Jakarta) oleh Dr. Willem Bosch (dokter militer Belanda). Dalam perjalanannya, pendidikan kebidanan mengalami pasang surut, terkait dengan kebijakan pemerintah dalam menurunkan AKI dan AKB. Sampai pada tahun 1996, dimulai tonggak baru dengan dibuka D3 atau akademi Kebidanan. Sejalan dengan kebutuhan, pada tahun 2000 mulai dibuka D4 Kebidanan, dan kemudian S1 dan S2 Kebidanan (Jamesallan, 2017).

Definisi Bidan menurut:

- a. *International Confederation of Midwives or ICM* (ICM adalah federasi dari organisasi-organisasi bidan di seluruh dunia) tahun 2010 (direvisi tahun 2013) (ICM, 2017) adalah: *A midwife is a person who has successfully completed a midwifery education program that is duly recognized in the country where it is located and that is based on the ICM Essential Competencies for Basic Midwifery Practice and the framework of the ICM Global Standards for Midwifery Education; who has acquired the requisite qualifications to be registered and/or legally licensed to practice midwifery and use the title „midwife“; and who demonstrates competency in the practice of midwifery. The midwife is recognized as a responsible and accountable professional who works in partnership with women to give the necessary support, care and advice during pregnancy, labour and the postpartum period, to conduct births on the midwife’s own responsibility and to provide care for the newborn and the infant. This care includes preventative measures, the promotion of normal birth, the detection of complications in mother and child, the accessing of medical care or other appropriate assistance and the carrying out of emergency measures. The midwife has an important task in health counseling and education, not only for the woman, but also within the family and the community. This work should involve antenatal education and preparation for parenthood and may extend to women’s health, sexual or reproductive health and child care. A midwife may practice in any setting including the home, community, hospitals, clinics or health units.* (Bidan adalah seorang yang telah berhasil menyelesaikan program pendidikan kebidanan yang diakui di negara tempat ia berada dan yang didasarkan pada Kompetensi Esensial ICM untuk Praktik Kebidanan Dasar dan kerangka Standar Global ICM untuk Pendidikan Kebidanan; yang telah memperoleh kualifikasi yang diperlukan untuk didaftarkan dan/atau memiliki izin resmi untuk praktik kebidanan dan menggunakan gelar “bidan”; dan siapa yang menunjukkan kompetensi dalam praktik kebidanan. Bidan diakui sebagai tenaga profesional yang bertanggung jawab dan akuntabel yang bekerja dalam kemitraan dengan wanita untuk memberikan dukungan, perawatan dan nasihat yang diperlukan selama kehamilan, persalinan dan masa nifas, untuk melakukan persalinan atas tanggung jawab bidan sendiri dan memberikan asuhan pada bayi baru lahir dan bayi. Perawatan ini mencakup tindakan pencegahan,

promosi kelahiran normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, akses perawatan medis atau bantuan lain yang sesuai dan pelaksanaan tindakan darurat. Bidan memiliki tugas penting dalam penyuluhan dan pendidikan kesehatan, tidak hanya bagi perempuan, tetapi juga bagi keluarga dan masyarakat. Pekerjaan ini termasuk pendidikan antenatal dan persiapan untuk menjadi orang tua dan dapat meluas ke kesehatan perempuan, kesehatan seksual atau reproduksi dan perawatan anak. Seorang bidan dapat berpraktik di lingkungan mana pun termasuk di rumah, komunitas, rumah sakit, klinik, atau unit kesehatan).

- b. Ikatan Bidan Indonesia (IBI, 201[^]): Bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang diakui pemerintah dan organisasi profesi di wilayah Negara Republik Indonesia serta memiliki kompetensi dan kualifikasi untuk di register, sertifikasi dan atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan.

Bidan adalah profesional yang bekerja dalam kemitraan dengan perempuan untuk memberikan bantuan yang diperlukan, pelayanan dan selama kehamilan, kelahiran dan masa post-natal, memimpin persalinan dan memberikan pelayanan kepada bayinya. Pelayanan kebidanan meliputi pencerahan, persalinan normal, deteksi komplikasi yang dialami ibu dan anak, membantu memfasilitasi akses pelayanan medis bila diperlukan.

Bidan memiliki peran yang unik dalam mempromosikan kesehatan perempuan, anak-anak dan keluarga, yaitu: (Kementerian Kesehatan, 2020)

- bermitra dengan perempuan untuk mempromosikan perawatan diri sendiri dan kesehatan ibu, bayi, dan keluarga;
- menghormati martabat manusia dan perempuan sebagai pribadi dengan hak asasi manusia;
- advokasi untuk wanita sehingga suara mereka didengar dan pilihan mereka terhadap pelayanan kesehatan diharrai;
- memahami budaya, termasuk bekerja dengan perempuan dan penyedia layanan kesehatan untuk mengatasi praktik budaya yang merurikan perempuan dan bayi;
- fokus pada promosi kesehatan dan pencerahan penyakit yang memandang kehamilan sebagai peristiwa kehidupan normal; dan

- advokasi untuk proses kehamilan dan kelahiran yang normal untuk mendapatkan hasil terbaik bagi ibu dan bayi

Kompetensi bidan adalah seperangkat tindakan cerdas yang dilandasi oleh pengetahuan, keterampilan dan sikap penuh tanggung jawab yang dimiliki oleh seorang bidan dalam melakukan berbagai praktik spesifik yang saling terkait sebagai syarat untuk dianggap mampu oleh masyarakat dalam melaksanakan tugas sebagai bidan. Di bawah ini adalah area kompetensi Bidan yang ditetapkan oleh ICW yang meliputi: (ICM, 2018)

Competency 1: Midwives have the requisite knowledge and skills from obstetrics, neonatology, the social sciences, public health and ethics that form the basis of High quality, culturally relevant, appropriate care for women, newborns, and childbearing families. (Bidan memiliki pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan mengenai kebidanan, neonatologi, ilmu sosial, kesehatan masyarakat dan etika yang menjadi dasar asuhan dengan kualitas tinggi, relevan secara budaya, tepat untuk wanita, bayi baru lahir, dan pasangan usia subur).

Competency 2: Midwives provide high quality, culturally sensitive health education and services to all in the community in order to promote healthy family life, planned pregnancies and positive parenting (Bidan memberikan pendidikan dan layanan kesehatan yang berkualitas tinggi dan peka terhadap budaya kepada masyarakat dengan mempromosikan kehidupan keluarga yang sehat, kehamilan yang direncanakan dan pengasuhan anak yang baik)

Competency 3: Midwives provide high quality antenatal care to maximize health during pregnancy and that includes early detection and treatment or referral of selected complications (Bidan memberikan asuhan antenatal yang berkualitas tinggi untuk memaksimalkan kesehatan selama kehamilan dan mencakup deteksi dini dan pengobatan atau rujukan untuk komplikasi tertentu)

Competency 4: Midwives provide high quality, culturally sensitive care during labour, conduct a clean and safe birth and handle selected emergency situations to maximize the health of women and their newborns. (Bidan memberikan asuhan yang berkualitas tinggi, peka terhadap budaya selama proses persalinan, melakukan persalinan yang bersih dan aman dan menangani situasi darurat tertentu untuk memaksimalkan kesehatan ibu dan bayinya)

Competency 5: Midwives provide comprehensive, high quality, culturally sensitive postpartum care for women. (Bidan memberikan asuhan pascapersalinan atau nifas untuk ibu nifas yang komprehensif, berkualitas tinggi, dan peka terhadap budaya)

Competency 6: Midwives provide high quality, comprehensive care for the essentially healthy infant from birth to two months of age. (Bidan memberikan asuhan yang berkualitas tinggi dan komprehensif untuk bayi sehat sejak lahir sampai usia dua bulan)

Competency 7: Midwives provide a range of individualised, culturally sensitive abortion-related care services for women requiring or experiencing pregnancy termination or loss that are congruent with applicable laws and regulations and in accord with national protocols. (Bidan menyediakan berbagai layanan perawatan terkait aborsi yang peka terhadap budaya dan individual bagi wanita yang membutuhkan atau mengalami terminasi kehamilan atau keguguran yang sesuai dengan hukum dan peraturan yang berlaku dan sesuai dengan protokol nasional)

Mengutip dari Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 Tentang Standar Profesi Bidan, area kompetensi bidan terdiri dari:

1. Area Etik Legal dan Keselamatan Klien
 - a. Memiliki perilaku profesional.
 - b. Mematuhi aspek etik-legal dalam praktik kebidanan.
 - c. Menghargai hak dan privasi perempuan serta keluarganya.
 - d. Menjaga keselamatan klien dalam praktik kebidanan
2. Area Komunikasi Efektif
 - a. Berkomunikasi dengan perempuan dan anggota keluarganya.
 - b. Berkomunikasi dengan masyarakat.
 - c. Berkomunikasi dengan rekan sejawat.
 - d. Berkomunikasi dengan profesi lain/tim kesehatan lain.
 - e. Berkomunikasi dengan para pemangku kepentingan (*stakeholders*).
3. Area Pengembangan Diri dan Profesionalisme
 - a. Bersikap mawas diri.
 - b. Melakukan pengembangan diri sebagai bidan profesional.

- c. Menggunakan dan mengembangkan ilmu pengetahuan, teknologi, dan seni yang menunjang praktik kebidanan dalam rangka pencapaian kualitas kesehatan perempuan, keluarga, dan masyarakat.
4. Area Landasan Ilmiah Praktik Kebidanan
- a. Bidan memiliki pengetahuan yang diperlukan untuk memberikan asuhan yang berkualitas dan tanggap budaya sesuai ruang lingkup asuhan:
 - 1) Bayi Baru Lahir (Neonatus).
 - 2) Bayi, Balita dan Anak Prasekolah.
 - 3) Remaja.
 - 4) Masa Sebelum Hamil.
 - 5) Masa Kehamilan.
 - 6) Masa Persalinan.
 - 7) Masa Pasca Keguguran.
 - 8) Masa Nifas.
 - 9) Masa Antara.
 - 10) Masa Klimakterium.
 - 11) Pelayanan Keluarga Berencana.
 - 12) Pelayanan Kesehatan Reproduksi dan Seksualitas Perempuan.
 - b. Bidan memiliki pengetahuan yang diperlukan untuk memberikan penanganan situasi kegawatdaruratan dan sistem rujukan.
 - c. Bidan memiliki pengetahuan yang diperlukan untuk dapat melakukan keterampilan Dasar Praktik Klinis Kebidanan.
5. Area Keterampilan Klinis Dalam Praktik Kebidanan
- a. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada bayi baru lahir (neonatus), kondisi gawat darurat, dan rujukan.
 - b. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada bayi, balita dan anak pra sekolah, kondisi gawat darurat, dan rujukan.
 - c. Kemampuan memberikan pelayanan tanggap budaya dalam upaya promosi kesehatan reproduksi pada remaja perempuan.
 - d. Kemampuan memberikan pelayanan tanggap budaya dalam upaya promosi kesehatan reproduksi pada masa sebelum hamil.

- e. Memiliki ketrampilan untuk memberikan pelayanan ANC komprehensif untuk memaksimalkan, kesehatan Ibu hamil dan janin serta asuhan kegawatdaruratan dan rujukan.
 - f. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada ibu bersalin, kondisi gawat darurat dan rujukan.
 - g. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada pasca keguguran, kondisi gawat darurat dan rujukan.
 - h. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada ibu nifas, kondisi gawat darurat dan rujukan.
 - i. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada masa antara.
 - j. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada masa klimakterium.
 - k. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada pelayanan Keluarga Berencana.
 - l. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada pelayanan kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan.
 - m. Kemampuan melaksanakan keterampilan dasar praktik klinis kebidanan.
6. Area Promosi Kesehatan dan Konseling
- a. Memiliki kemampuan merancang kegiatan promosi kesehatan reproduksi pada perempuan, keluarga, dan masyarakat.
 - b. Memiliki kemampuan mengorganisir dan melaksanakan kegiatan promosi kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan.
 - c. Memiliki kemampuan mengembangkan program KIE dan konseling kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan.
7. Area Manajemen dan Kepemimpinan
- a. Memiliki pengetahuan tentang konsep kepemimpinan dan pengelolaan sumber daya kebidanan.
 - b. Memiliki kemampuan melakukan analisis faktor yang mempengaruhi kebijakan dan strategi pelayanan kebidanan pada perempuan, bayi, dan anak.
 - c. Mampu menjadi *role model* dan agen perubahan di masyarakat khususnya dalam kesehatan reproduksi perempuan dan anak.

- d. Memiliki kemampuan menjalin jejaring lintas program dan lintas sektor.
- e. Mampu menerapkan Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan.

Undang-Undang No. 4 Tahun 2019 Tentang Kebidanan telah mengatur tugas dan wewenang bidan di Indonesia. Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi:

a. Pelayanan kesehatan ibu:

1. memberikan Asuhan Kebidanan pada masa sebelum
2. memberikan Asuhan Kebidanan pada masa kehamilan normal;
3. memberikan Asuhan Kebidanan pada masa persalinan dan menolong persalinan normal;
4. memberikan Asuhan Kebidanan pada masa nifas;
5. melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas, dan rujukan; dan
6. melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi pada masa kehamilan, masa persalinan, pascapersalinan, masa nifas, serta asuhan pascakeguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.

b. Pelayanan kesehatan Anak

1. memberikan Asuhan Kebidanan pada bayi baru lahir, bayi, balita, dan anak prasekolah;
2. memberikan imunisasi sesuai program Pemerintah Pusat;
3. melakukan pemantauan tumbuh kembang pada bayi, balita, dan anak prasekolah serta deteksi dini kasus penyulit, gangguan tumbuh kembang, dan rujukan; dan
4. memberikan pertolongan pertama kegawatdaruratan pada bayi baru lahir dilanjutkan dengan rujukan.

c. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Perempuan dan Keluarga Berencana: Bidan berwenang melakukan komunikasi, informasi, edukasi, konseling, dan memberikan pelayanan kontrasepsi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

d. pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang; dan/atau

e. pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.

Dalam laporan *the State of the World's Midwifery* (UNFPA,2014), dikatakan bahwa bidan bisa memberikan pelayanan kesehatan esensial yang dibutuhkan oleh

perempuan dan bayi baru lahir jika mereka diberikan pendidikan dan pelatihan yang sesuai dengan standar internasional. Bidan adalah Petugas Persalinan yang Terampil (*a skilled birth attendant*). A Skilled Birth Attendant (SBA), as referenced by SDG indicator 3.1.2, are competent maternal and newborn health (MNH) professionals educated, trained and regulated to national and international standards. They are competent (WHO, 2018):

- (i) provide and promote evidence-based, human-rights-based, quality, socioculturally sensitive and dignified care to women and newborns;
- (ii) facilitate physiological processes during labour and delivery to ensure a clean and positive childbirth experience; and
- (iii) identify and manage or refer women and/or newborns with complications.

SBA are providers with specific midwifery competencies; they perform these competencies as professional midwives or, if trained in these competencies as general practitioners with midwifery competencies, or as nurses.

2.2. Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan

Untuk memenuhi kebutuhan SDM Kesehatan baik dari sisi jumlah maupun kompetensi atau kualifikasi tertentu, maka dibutuhkan perencanaan yang baik. Pemerintah pusat (dalam hal ini Kementerian Kesehatan) harus bekerjasama dengan institusi pendidikan dan organisasi profesi, serta organisasi yang lain untuk memenuhi kebutuhan SDM Kesehatan. Di era desentralisasi ini, koordinasi antara pemerintah pusat dengan pemerintah daerah dalam memperkirakan dan memproyeksikan kebutuhan SDM Kesehatan sampai di tingkat kecamatan (atau kelurahan/desa) akan membuat perencanaan SDM Kesehatan menjadi lebih obyektif.

Definisi Perencanaan SDM Kesehatan:

1. Workforce planning is **the assessment of needs** for human resources (Ricketts, 2008).
2. Health Human Resources (HHR) Planning is aimed at having **the right number of people with the right skills** in the right place at the right time to provide the right services to the right people (Birch 2002 dalam Birch, et al, 2017).
3. Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan adalah proses sistematis dalam upaya **menetapkan jumlah, jenis, dan kualifikasi SDM Kesehatan** yang dibutuhkan sesuai

dengan kondisi suatu wilayah dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan (Indonesia, 2015)

De Reyndt, 2000 (dalam Ricketts, 2008), perencanaan tenaga kerja terdiri dari tiga (3) langkah:

1. Planning is the quantity concern

Pada tahap pertama, perencanaan fokus pada berapa jumlah tenaga kerja tertentu yang dibutuhkan.

2. Training is the quality concern

Tahap berikutnya adalah bagaimana memproduksi tenaga kerja yang bisa memenuhi kualitas yang ditentukan melalui pendidikan atau pelatihan.

3. Monitoring is the performance and output concern

Tahap terakhir, bagaimana mengelola tenaga kerja sehingga menghasilkan kinerja yang baik dan memberikan keluaran sesuai yang ditargetkan.

Perencanaan SDM merupakan proses memperkirakan jumlah dan tingkat kompetensi atau kualifikasi (pengetahuan, keterampilan, dan sikap) tertentu. Jika jumlah dan kompetensi SDM sudah terpenuhi, maka target dari sistem pelayanan kesehatan lebih mudah tercapai dan pada akhirnya dapat meningkatkan derajat kesehatan penduduk. Proses ini juga bersifat terus menerus sesuai dengan perubahan yang ada, seperti perubahan kependudukan, teknolori kesehatan, dan pola penyakit.

2.2.1 Metode Menghitung Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan

A. Kementerian Kesehatan sudah membuat pedoman (Peraturan Menteri Kesehatan No. 33 Tahun 2015) mengenai metode menghitung kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK). Berikut adalah metodenya:

1. Metode berdasarkan Institusi, yang digunakan adalah:

- a. Analisis Beban Kerja Kesehatan (ABK Kes);
- b. Standar Ketenagaan Minimal.

2. Metode berdasarkan Wilayah

Metode yang digunakan adalah Metode “Ratio Penduduk” yakni Rasio Tenaga kesehatan terhadap Jumlah Penduduk di suatu wilayah.

Kedua kelompok metode tersebut dirinci ke dalam tabel di bawah ini:

Tabel 2.1. Metode Dasar Perencanaan Kebutuhan SDM

Metode	Tujuan	Lingkup Pengumpulan Data	Data yang diperlukan	Minimal Diperlukan
a. ABK Kes (Analisis Beban Kerja Kesehatan)	Merencanakan kebutuhan SDM baik di tingkat manajerial maupun tingkat pelayanan, sesuai dengan beban kerja sehingga diperoleh informasi kebutuhan jumlah pegawai	Tingkat institusi, dan dapat dilakukan rekapitulasi di tingkat jenjang administrasi pemerintahan selanjutnya. Metode ini juga dapat digunakan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan swasta	- SOTK - Institusi/ Fasilitas Pelayanan Kesehatan - Jenis tugas dan Uraian pekerjaan per jabatan hasil analisis jabatan - Hasil kerja/cakupan per jabatan - Norma waktu - Jam kerja efektif - Waktu kerja - Jumlah SDM per jabatan	
b. Standar Ketenagaan Minimal	Merencanakan kebutuhan SDM untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit dan Puskesmas) yang akan atau baru berdiri atau yang berada di daerah terpencil, sangat terpencil, perbatasan, tertinggal dan tidak diminati	Tingkat institusi, dan dapat dilakukan rekapitulasi di tingkat jenjang administrasi pemerintahan selanjutnya	- Jenis dan jumlah SDM yang tersedia di Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang akan dihitung kebutuhan SDM nya	
c. Berdasarkan "Metode Rasio terhadap Penduduk"	Menghitung SDM untuk memperoleh informasi proyeksi jumlah ketersediaan, kebutuhan, dan kapasitas produksi di suatu wilayah pada waktu tertentu. Menghasilkan peta proyeksi ketersediaan, kebutuhan, dan kapasitas produksi (potensi) SDM antar wilayah pada waktu tertentu.	Tingkat wilayah terutama di tingkat nasional dan tingkat provinsi	- Jumlah nilai tertentu (yang menjadi patokan rasio) di awal tahun proyeksi - Jumlah ketersediaan SDM di awal tahun - % laju pertumbuhan nilai tertentu (yang menjadi patokan rasio) - % pegawai pengangkatan baru dan pindah masuk, - % pegawai yang keluar - (pensiun, pindah keluar, meninggal, tidak mampu bekerja karena sakit/cacat, dan yang mengundurkan diri atau dipecat - Target rasio SDM terhadap nilai tertentu (2014, 2019, 2025)	

Khusus Metode “Ratio Penduduk” yakni Rasio Tenaga kesehatan terhadap Jumlah Penduduk di suatu wilayah, Kementerian Kesehatan menghitung jumlah SDM Kesehatan berdasarkan Keputusan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Nomor 54 Tahun 2013 tentang Rencana Pengembangan Tenaga kesehatan Tahun 2011 – 2025. Untuk tahun 2019, Rasio yang ditetapkan adalah:

- rasio dokter umum 45 per 100.000 penduduk
- rasio perawat 180 per 100.000 penduduk
- rasio bidan 120 per 100.000 penduduk

B. Untuk menghitung kebutuhan SDM Kesehatan, World Health Organization/WHO (2016) menawarkan beberapa metode, dimana metode ini bisa dipakai secara terpisah atau bersama-sama. Berikut adalah metode-metodenya:

1. *Simulating future supply of health workers* (Simulasi suplai SDM Kesehatan untuk masa yang akan datang):

Metode ini adalah melakukan simulasi proyeksi suplai SDM Kesehatan di masa atau tahun yang akan datang berdasarkan data-data suplai SDM Kesehatan tahun-tahun sebelumnya. Asumsi yang dipakai adalah di tiap-tiap negara, terjadi pertumbuhan suplai tenaga kesehatan yang terus menerus dengan tingkat pertumbuhannya tetap. Analisis data menggunakan regresi linear.

Berikut adalah estimasi persamaan linear suplai SDM Kesehatan tahun 2030 untuk tiap negara berbasis data suplai SDM Kesehatan tahun 1990 sampai 2013 yang dibuat oleh WHO:

$$\text{Physicians per 1000 population}_t = \alpha_0 + \alpha_1 * \text{year}_t + \epsilon_t$$

$$\text{Nurses/midwives per 1000 population}_t = \beta_0 + \beta_1 * \text{year}_t + \epsilon_t$$

Dimana:

ϵ_t = kesalahan random (*random error*)

α_0 & β_0 = konstanta

α_1 and β_1 = koefisien atau tingkat pertumbuhan dari suplai SDM Kesehatan.

Year_t = jumlah tenaga kerja pada tahun dasar

Tabel 2.2. Stock of health workers (in millions), 2013^a and 2030^b

WHO Region	Physicians		Nurses/midwives		All other cadres ^c		Total health workers		
	2013	2030	2013	2030	2013	2030	2013	2030	%
	N	N	N	N	N	N	N	N	Change
Africa	0.2	0.5	1.0	1.5	0.6	1.0	1.9	3.1	63%
Americas	2.0	2.4	4.7	8.2	2.6	3.4	9.4	14.0	50%
Eastern Mediterranean	0.8	1.3	1.3	1.8	1.0	2.2	3.1	5.3	72%
Europe	2.9	3.5	6.2	8.5	3.6	4.8	12.7	16.8	32%
South-East Asia	1.1	1.9	2.9	5.2	2.2	3.7	6.2	10.9	75%
Western Pacific	2.7	4.2	4.6	7.0	3.0	6.1	10.3	17.3	68%
Grand total	9.8	13.8	20.7	32.3	13.0	21.2	43.5	67.3	55%

Sumber: Global Strategy On Human Resources For Health: Workforce 2030 (WHO, 2016a)

^a WHO Global Health Observatory

^b Forecast

^c Refers to the seven other broad categories of the health workforce as defined by the WHO Global Health Workforce Statistics Database, i.e. dentistry, pharmacy, laboratory, environment and public health, community and traditional health, health management and support, and all other health workforce categories. A multiplier for “all other cadres” was developed based on the values of countries with available data.

NB: Since absolute values are rounded to the nearest 100 000, totals may not precisely add up.

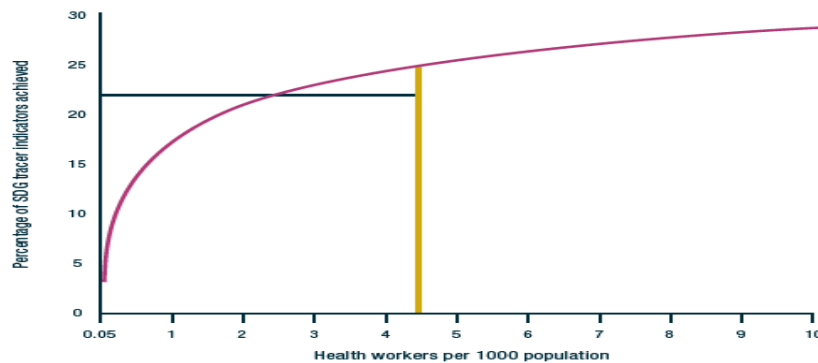
Berdasarkan proyeksi WHO untuk tahun 2030 yang berbasis data 2013 (Tabel 2.2), maka perawat/bidan yang pertambahan suplainya paling banyak yaitu 11,5 juta. Wilayah Asia Tenggara (South East Asia) merupakan wilayah yang pertambahan suplainya paling banyak, sebesar 72% dan terendah Eropa hanya 32%. Namun data-data di atas tidak bisa digunakan tersendiri, masih harus dibandingkan dengan kebutuhan dari tenaga kesehatan.

2. Needs-Based “SDG Index” Of Minimum Density Of Doctors, Nurses And Midwives

Metode ini mirip dengan ‘metode berbasis wilayah’ yang dibuat oleh Kemenkes, yaitu menggunakan rasio SDM, namun bukan per 100.000 penduduk, tapi Rasio SDM (= dokter, perawat dan bidan) minimum per 1000 penduduk berbasis ‘Indeks SDGs’

Pada tahun 2006, untuk memenuhi target 80% persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan (*a skilled birth attendant* = dokter, perawat dan bidan), WHO menetapkan rasio SDM (= dokter, perawat dan bidan) minimum adalah 2,3 per 1000 penduduk. Namun sejak tahun 2015, untuk memenuhi target pencapaian SDGs (*The Sustainable Development Goals*) di bidang kesehatan serta UHC (*Universal Health Coverage*) di tiap negara, maka rasio yang

ditetapkan diubah. Indeks SDGs (The Sustainable Development Goals /SDGs). terdiri dari dua belas (12) indikator, dimana tiga (3) indikator diantaranya untuk kesehatan ibu, bayi dan anak. Untuk kesehatan ibu, programnya adalah *Antenatal Care*, Keluarga Berencana dan Persalinan oleh Tenaga kesehatan. Standar minimal untuk mencapai target SDG adalah 4,45 tenaga kesehatan per 1000 penduduk.



Gambar 2.2. SDG index composite method: percentare of 12 SDG tracer indicators achieved as a function of arrrerate density of doctors, nurses and midwives per 1000 population

Sumber: Global Stratergy On Human Resources For Health: Workforce 2030 (WHO, 2016a)

Rasio 4,45 tenaga kesehatan per 1000 penduduk adalah standar minimal. Dengan rasio ini, pencapaian Indeks SDGs hanya 25% (lihat garis vertical kuning). Untuk meningkatkan pencapaian Indeks SDGs, suatu negara harus menaikan rasio tenaga kesehatan per 1000 penduduknya. Target menurunkan Angka Kematian Ibu di dunia menjadi 50 per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2035, maka Rasio SDM (= dokter, perawat dan bidan) per 1000 penduduk per negara dinaikkan menjadi 5,9 per 1000 penduduk (WHO, 2016b).

3. *Assessing health workforce needs in relation to service requirements in countries.*

Setiap negara memiliki sistem pelayanan kesehatan yang spesifik. Program atau layanan kesehatan yang disediakan untuk penduduknya juga disesuaikan dengan masalah kesehatan yang dihadapi oleh negara tersebut. Metode ke-3 ini, menghitung kebutuhan SDM berdasarkan kebutuhan SDM dari program atau layanan kesehatan yang disediakan untuk penduduk. Sebagai contoh Pemerintah Indonesia (= Pemerintah Kabupaten/Kota) sampai sekarang menjalankan program bidan desa, yaitu menempatkan 1 bidan di setiap desa di

seluruh Indonesia. Tujuan dari program ini adalah memudahkan akses ibu hamil dalam mendapatkan pelayanan antenatal, persalinan, dan nifas. Tujuan jangka panjangnya adalah menurunkan AKI dan AKB.

Pada contoh di atas, pemerintah (= Pemerintah Kabupaten/Kota) menghitung kebutuhan bidan berdasarkan jumlah desa yang ada di wilayahnya. Di samping itu juga perlu perkiraan untuk masa yang akan datang, berapa banyak bidan yang akan bertahan, yang akan pensiun atau pindah/keluar. Pemerintah juga perlu memperkirakan berapa banyak mahasiswa kebidanan yang lulus setiap tahunnya. Supaya penghitungan kebutuhan bidan sesuai dengan kebutuhan dari program, maka perlu diperhitungkan besaran masalah kesehatan yang terkait dengan ibu hamil, misal status kesehatannya, tingkat sosial ekonomi, dan lokasi tempat tinggalnya. Beban kerja dari program tersebut juga perlu dihitung, seperti berapa banyak waktu yang dibutuhkan untuk membantu persalinan normal. Variabel lain yang harus dipertimbangkan adalah perubahan struktur Demografi, seperti jumlah wanita usia subur dan Total Fertility Rate.

4. *Assessing market-based demand for health workers*

Langkah pertama adalah memahami permintaan terhadap tenaga kesehatan. Biasanya ini tercermin dalam penggunaan layanan kesehatan oleh penduduk. Setelah proses tersebut, baru bisa memahami apa yang terjadi di Pasar Tenaga Kerja. Permintaan terhadap tenaga kerja merupakan suatu fungsi dari proyeksi suplai tenaga kerja, kebijakan negara dalam mendanai pendidikan SDM, pendapatan per kapita, besarnya pengeluaran kesehatan per kapita, dan jumlah penduduk di atas 65 tahun.

C. Ricketts (2008) menyebutkan ada lima metode untuk menghitung kebutuhan tenaga kesehatan. Metode tersebut adalah:

1. *Population Based Estimating*

Metode ini menggunakan rasio SDM terhadap penduduk. Seperti di Amerika Serikat, rasio yang digunakan adalah 1 FTE (*full time equivalent*) seorang dokter umum di pelayanan kesehatan primer adalah setara dengan melayani 3500 penduduk. Atau pada kondisi tertentu, satu orang dokter umum untuk 3000

penduduk, dimana angka kematian bayinya dan proporsi penduduk usia 65 tahun ke atasnya tinggi

2. *Benchmarking*

Metode ini mengembangkan rasio SDMK terhadap penduduk, dengan mempertimbangkan pelayanan kesehatan yang ada di suatu wilayah dengan wilayah lain yang memiliki kondisi yang berbeda.

3. *Needs based Assessment*

Metode ini mirip dengan metode WHO yang ke-3. Namun, metode ini arak sulit diterapkan untuk kasus-kasus yang tertentu, seperti operasi *bypass jantung*. Bisa saja setiap rumah sakit atau dokter menerapkan prosedur yang berbeda, sehingga kebutuhan akan tenaga kesehatannya pun berbeda.

4. *Demand based Assessment*

Demand atau permintaan terhadap pelayanan kesehatan sama dengan atau cerminan dari utilisasi/penggunaan dari pelayanan kesehatan. Metode penghitungan kebutuhan tenaga kesehatan berbasis permintaan artinya seberapa banyak kebutuhan akan tenaga kesehatan melayani penduduk yang datang ke pelayanan kesehatan. Namun, yang perlu dipertimbangkan adalah bahwa demand atau permintaan terhadap pelayanan kesehatan tidak selalu sama dengan kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan, terutama di wilayah dimana akses terhadap pelayanan kesehatannya sulit.

5. *Traning Output Estimating*

Metode yang terakhir ini sama dengan metode WHO yang pertama. Yang perlu diperhatikan adalah, apakah tenaga kesehatan hasil atau keluaran dari institusi pendidikan sesuai dengan kebutuhan yang akan datang, seperti perubahan pola penyakit.

2.2.2 Review Jurnal

No	Judul	Tahun	Metode	Variabel/data	Hasil Penelitian
1.	<p>A Mathematical Model For Estimating The Number Of Health Workers Required For Universal Antiretroviral Treatment (ART) Till Bärnirhausen David E. Bloom Salal Humair http://www.nber.orr/papers/w15517</p>	2009	<p>Metode rasio: menghitung rasio (tim tenaga kesehatan yang terdiri dari dokter, perawat, tenaga farmasi, konselor) untuk pemberian ART per 1000 pasien Analisis data menggunakan Model a Discrete-Time Markovian</p>	<p>-Jumlah pasien HIV yang membutuhkan ART -Jumlah waktu kerja setiap tenaga kesehatan untuk memberikan ART ke satu pasien. -Total waktu kerja setiap tahun yang digunakan untuk memberikan ART</p>	<p>Untuk melayani pemberian ART 1000 pasien, maka dibutuhkan: 1-2 dokter 2-7 perawat 1-3 tenaga farmasi bergantung pada kondisi pasien.</p>
2.	<p>Human Resources Planning and the Production of Health: A Needs-Based Analytical Framework Stephen Birch, Reorre Kephart Rail Tomblin-Murphy, Linda O'brien-Pallas, Rob Alder Adrian Mackenzie http://www.utpjournals.paper/doi/pdf/10.3138/9R62-Q0V1-L188-1406</p>	2007	<p>Metode Need: menghitung jumlah kebutuhan perawat tererristrasi di masa yang akan datang berbasis kebutuhan akan pelayanan kesehatan dengan membandingkan-nya dengan jumlah perawat yang ada saat ini.</p>	<p>-Data Demografi: jumlah dan struktur umur penduduk, perubahan struktur umur penduduk, mirrasi, kelahiran dan kematian. -Data epidemiologi: data kesakitan, status kesehatan penduduk. -Standar layanan kesehatan/ medis. -Produktivitas dari tenaga kesehatan</p>	<p>Pada tahun 2003 ada kekurangan perawat sebanyak 2.475. Kekurangan ini akan semakin membesar dalam 15 tahun yang akan datang, menjadi lebih dari 5000 perawat</p>

3.	<p>Applying WHO's 'workforce indicators of staffing need' (WISN) method to calculate the health worker requirements for India's maternal and child health service ruarantees in Orissa State</p> <p>Amy Haropian, Manmath K Mohanty, Abhijit Das and Peter J House</p> <p>http://heapol.oxfordjournals.orrccontentearly20110210heapol.czr007.full.pdf/htmhealthPolicyPlan/2011/Haropian/heapol/czr007.pdf</p>	2011	<p>Metode Need: Menghitung kebutuhan tenaga kesehatan (dokter, perawat dan bidan) untuk program kesehatan ibu dan anak. Dasar penghitungan kebutuhannya adalah dengan menghitung waktu yang dibutuhkan setiap tenaga kesehatan dalam memberikan layanan kesehatan.</p>	<p>-Standar layanan program kesehatan ibu dan anak</p> <ul style="list-style-type: none"> - Waktu yang dibutuhkan dalam memberikan masing-masing layanan kesehatan. - Total waktu kerja masing-masing tenaga kesehatan dalam setahun 	<p>Untuk bisa melayani 1,02 juta sasaran program dengan baik, maka perlu ditambah 43 dokter, 15 perawat dan 80 bidan.</p>
4.	<p>Estimating health workforce needs for antiretroviral therapy in resource-limited settings</p> <p>Lisa R Hirschhorn, Lulu Oruda, Andrew Fullem, Norbert Dreesch and Paul Wilson</p> <p>http://www.human-resources-health.com/content/4/1/1</p>	2006	<p>Metode rasio: menghitung rasio (tim tenaga kesehatan yang terdiri dari dokter, perawat, tenaga farmasi, konselor) untuk pemberian ART per 1000 pasien</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Jumlah pasien HIV yang membutuhkan ART -Target pemberian ART -Jumlah waktu kerja setiap tenaga kesehatan untuk memberikan ART ke satu pasien. -Total waktu kerja setiap tahun yang digunakan untuk memberikan ART 	<p>Untuk melayani pemberian ART 1000 pasien, maka dibutuhkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1-2 dokter 2-7 perawat <1-3 tenaga farmasi Konselor dan pendamping pasien.

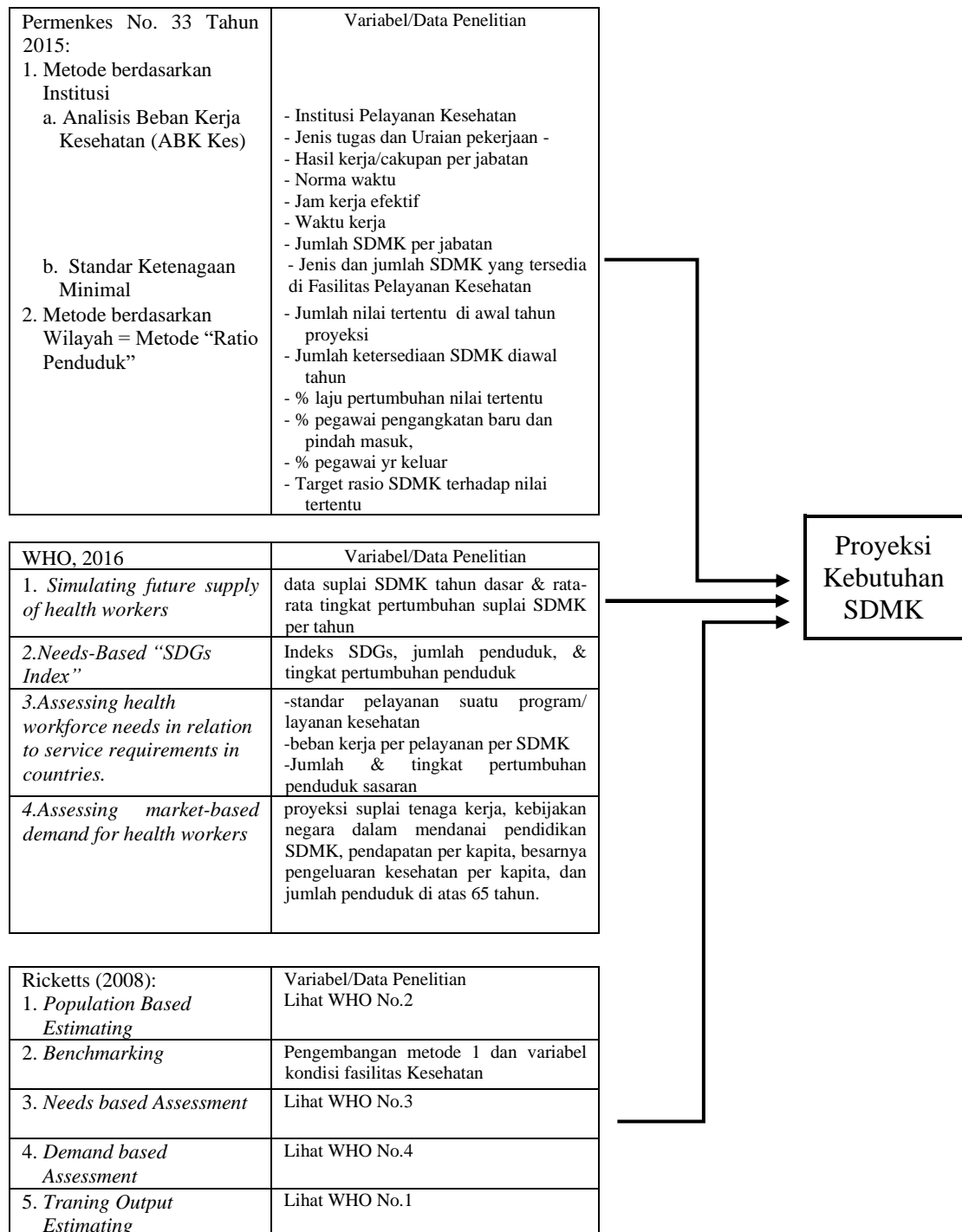
5.	<p>Future Requirements For And Supply Of Ophthalmologists For An Aring Population In Singapore</p> <p>John P. Ansah, Dirk De Korne, Steffen Bayer, Chong Pan, Thiyagarajan Jayabaskar, David B. Matchar, Nicola Lew, Andrew Phua, Victoria Koh, Ecosse Lamoureux and Desmond Quek http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/</p>	2015	<p>Metode Demand/permintaan: Menghitung kebutuhan Ophthalmologists di masa yang akan datang (dimulai tahun 2015 sampai 2040) berbasis pada permintaan terhadap layanan kesehatan</p>	<p>-Proyeksi Prevalensi penyakit mata -Kunjungan pasien selama setahun -Jumlah Ophthalmologists -Beban kerja -Perubahan tingkat sosial ekonomi penduduk</p>	<p>Jika permintaan pelayanan tidak berubah maka pada tahun 2040, Ophthalmologists perlu ditambah sebesar 117%. Namun jika permintaan berubah karena tingkat kesadaran, dll, maka perlu ditambah sebanyak 175%. Seandainya terjadi pengurangan beban kerja, maka perlu ditambah sebesar 192%.</p>
6.	<p>Forecasting The Need For Medical Specialists In Spain: Application Of A System Dynamics Model</p> <p>Patricia Barber, Beatriz Ronzález López-Valcárcel http://www.human-resources-health.com/content/8/1/24</p>	2008	<p>Metode Suplai dan Rasio yang berbasis pada kecenderungan tingkat permintaan pelayanan kesehatan:</p>	<p>-Demografi-pertumbuhan penduduk -Tingkat permintaan pelayanan kesehatan -Keluaran (jumlah spesialis) yang dihasilkan institusi pendidikan -Pasar tenaga kerja</p>	<p>Rasio kebutuhan spesialis per 100.000 penduduk pada tahun 2008 = 319 dan pada tahun 2025 = 305. Walau terjadi penurunan rasio, namun pada tahun 2025 diperkirakan akan terjadi kekurangan 21.00 spesialis (14,3% dari total kebutuhan).</p>
7.	<p>Simulating Future Supply Of And Requirements For Human Resources For Health In High-Income OECD Countries</p> <p>Rail Tomblin Murphy, Stephen Birch, Adrian MacKenzie and Janet Rirby</p>	2016	<p>Metode Suplai dan dan Need: Menghitung suplai dan kebutuhan dokter, perawat dan bidan sampai tahun 2030.</p>	<p>-Data Demografi: jumlah dan struktur umur penduduk. -Status kesehatan penduduk -Karakteristik sistem pelayanan kesehatan -Keluaran sistem pendidikan</p>	<p>Situasi tenaga kesehatan di 32 negara berpendapatan tinggi bervariasi, bergantung pada perkiraan masa yang akan datang (2030). Dari 32 negara tersebut, terbagi 2, yaitu kelompok negara kekurangan dan kelompok negara kelebihan</p>

	https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-016-0168-x				tenaga kesehatan. Kelompok yang kekurangan, mereka menghadapi kekurangan 74.000 bidan, 3,2 juta perawat, dan 1,2 juta dokter. Sementara kelompok yang kelebihan, terjadi surplus 67.000 bidan, 2,9 juta perawat, dan 1,0 juta Dokter.
8.	An Economic-Research-Based Approach To Calculate Community Health-Staffing Requirements In Xicheng District, Beijing Delu Yin, Tao Yin, Huiming Yang, Qianqian Xin, Lihong Wang, Ninyan Li, Xiaoyan Ding and Bowen Chen https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-016-0152-5	2016	Metode demand: Menghitung kebutuhan tenaga kesehatan berbasis pada penggunaan pelayanan kesehatan oleh penduduk.	-jumlah penduduk -standar pelayanan -volume pelayanan - equivalent value (EV) = waktu yang dibutuhkan untuk memberikan setiap pelayanan	Ada 14 Pusat Kesehatan Masyarakat dengan 1752 tenaga kesehatan di Distrik Xicheng untuk melayani 1,278 juta penduduk. Untuk meningkatkan kualitas pelayanan, harus ditambah 64 dokter, 40 perawat dan 753 tenaga kesehatan masyarakat.
9.	Global Health Workforce Labor Market Projections for 2030 Jenny X. Liu, Yevreniy Roryakin, Akiko Maeda, Tim Bruckner and Richard Scheffler	2016	Metode pasar tenaga kerja: memproyeksikan kebutuhan tenaga kesehatan dengan menghitung proyeksi	-Proyeksi pertumbuhan ekonomi, - Proyeksi Demografi - Cakupan pelayanan kesehatan -Data tenaga kesehatan/dokter (1990-2013) di 165	Dari model yang dihasilkan: pada tahun 2030, permintaan akan tenaga kesehatan naik menjadi 80 juta tenaga kesehatan, dua kali lipat dibandingkan dengan jumlah tenaga kerja saat ini. Suplai

	https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-017-0187-2		permintaan kemudian dibandingkan proyeksi pertumbuhan suplai tenaga kesehatan dan rasio "tenaga kesehatan" per 1000 penduduk.	negara yang berasal dari data WHO - Data perawat/bidan didapat dengan menggunakan rasio 2,517 perawat/bidan per dokter -Rasio pengali = 3,517 dokter & perawat/bidan untuk kelompok negara berpendapatan yang spesifik (World Bank)	tenaga kerja diperkirakan sebesar 65 juta tenaga kerja, jadi ada kekurangan sebesar 15 juta tenaga kerja.
10.	Measuring Workload For Tuberculosis Service Provision At Primary Care Level: A Methodology Lucie Blok, Susan van den Hof, Sayoki R Mfinanga, Amos Kahwa, Esther Ngadaya, Liesbeth Oey and Marjolein Dieleman https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-10-11	2012	Metode Need atau beban kerja pelayanan: Menghitung kebutuhan tenaga kesehatan (dokter dan tenaga laboratorium) untuk memberikan pelayanan pengobatan penderita TBC	-Standar pelayanan pengobatan TB -Alur pelayanan di klinik -Jumlah pasien TB dan kondisi umum dari pasien -Jumlah waktu kerja yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan untuk masing-masing tenaga kerja. -Produktivitas tenaga kerja	Rata-rata total waktu kerja tenaga kesehatan untuk mendiagnosa dan mengobati sampai pasien TB sampai sembuh adalah 8 jam kerja. Namun untuk pasien TB yang menjalani pengobatan ulang dibutuhkan 10,8 jam kerja

2.3 Kerangka Teori

Teori yang dipergunakan dalam pengembangan kerangka teori penelitian ini adalah Permenker No.33 Tahun2015, WHO dan Ricketts (2008). Adapun kerangka teori penelitian sebagai berikut:



Gambar 2.3. Kerangka Teori Penelitian

BAB 3

KERANGKA PIKIR DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Pikir

Berdasarkan kerangka teori, maka kerangka pikir ini dikembangkan menggunakan *Metode Assessing Health Workforce Needs In Relation To Service Requirements*. Metode ini menghitung kebutuhan tenaga kesehatan berdasarkan persyaratan atau target pelayanan/program kesehatan tertentu untuk kelompok populasi tertentu. Variabel yang dibutuhkan adalah standar atau target pelayanan suatu program/layanan kesehatan, beban kerja per pelayanan per tenaga kesehatan, serta jumlah dan tingkat pertumbuhan populasi sasaran. Peneliti menggunakan kerangka kerja Murphy, et al. (2009) yang menggunakan pendekatan matematika untuk memudahkan peneliti dalam menjabarkan kerangka pikir penelitian ini:

$$R_t = \sum_{ij} (N_{ij,t} \times Q_{ij,t} \times H_{ij,t} \times P_{ij,t}) \dots\dots\dots \text{Rumus 3.1}$$

Atau

$$R_t = (N_{i1,j1,t} \times Q_{i1,j1,t} \times H_{i1,j1,t} \times P_{i1,j1,t})$$

$$+ (N_{i2,j2,t} \times Q_{i2,j2,t} \times H_{i2,j2,t} \times P_{i2,j2,t})$$

$$+ (N_{i3,j3,t} \times Q_{i3,j3,t} \times H_{i3,j3,t} \times P_{i3,j3,t})$$

Keterangan:

R_t is the number of providers required to meet the service needs of a population at time t .

$N_{ij,t}$ is the number of providers required to perform each service to patients of age group i and gender j at time t (e.g. Registered Nurse FTE/Full-Time Equivalent per acute-episode of care).

$Q_{ij,t}$ is the number (or quantity) of services required by level of need per person of age group i and gender j at time t

$H_{ij,t}$ is the proportion of the population by level of health need (in the simplest case this would be the proportion of the population who are “acute sick”, in other cases it might include the proportion of the population who require preventative care, as

$P_{ij,t}$ appropriate) for age group i and gender j at time t .

is the size of the population in age group I and gender j at time t .

Pada rumus di atas, ada symbol $\sum_{i,j}$. Simbol \sum atau Sigma sering digunakan dalam persamaan matematika. \sum atau Sigma melambangkan metode penjumlahan suatu barisan bilangan. Lambang \sum pada rumus di atas, artinya, dalam menghitung kebutuhan satu jenis tenaga kesehatan, misalnya perawat, merupakan penjumlahan dari kebutuhan perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan untuk berbagai populasi sasaran, yaitu dari berbagai kelompok umur dan jenis kelamin yang dilayani oleh perawat.

Dalam konteks penelitian ini, maka penerapan pendekatan matematika di atas dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

R_t adalah jumlah bidan yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan kesehatan di FKP pada tahun tertentu atau t.

Pelayanan Kesehatan yang sesuai dengan kewenangan bidan adalah:

1. Pelayanan Kesehatan Reproduksi (Kespro) dan Keluarga Berencana (KB) untuk Wanita Usia Subur (WUS).
2. Pelayanan kesehatan untuk Ibu (antenatal, persalinan dan pascapersalinan)
3. Pelayanan kesehatan untuk Balita.
4. Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar

$N_{i,j,t}$ adalah jumlah bidan yang dibutuhkan untuk memberikan satu (1) unit layanan kesehatan pada satu orang pasien. Misal waktu baku yang dibutuhkan bidan dalam memberikan satu kali pelayanan antenatal pada ibu hamil (Waktu baku menit atau persentase Waktu Kerja Efektif Bidan).

$Q_{i,j,t}$ adalah jumlah atau kuantitas layanan kesehatan yang dibutuhkan per orang dari kelompok usia i dan jenis kelamin j pada waktu tertentu. Dalam konteks penelitian ini, jumlah atau kuantitas layanan adalah sama dengan standar kuantitas layanan kesehatan dalam setahun atau satu episode layanan untuk masing-masing populasi sasaran (WUS, ibu hamil, bersalin dan nifas, serta bayi dan balita). Misalnya ibu hamil membutuhkan pelayanan antenatal minimal empat (4) kali kunjungan selama kehamilannya.

$H_{i,j,t}$ adalah proporsi atau persentase populasi menurut tingkat kebutuhan kesehatan pada waktu tertentu. Proporsi/persentase dalam penelitian ini adalah proporsi/persentase populasi sasaran dari total populasi sasaran, yang membutuhkan layanan kesehatan dan memutuskan berkunjung ke bidan untuk mendapatkan

layanan kesehatan. Misalnya proporsi/persentase ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya ke bidan.

$P_{i,j,t}$ adalah proyeksi populasi sasaran (WUS, ibu hamil, bersalin dan nifas, serta bayi dan balita) pada tahun tertentu. Misalnya proyeksi ibu hamil pada tahun 2025.

Di bawah ini adalah persamaan matematika yang sudah disesuaikan dengan kebutuhan penelitian, yaitu Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Antenatal pada tahun tertentu atau $R_t (=R_{Antenatal-t})$, misalnya tahun 2018, maka:

$$\begin{aligned} & \text{Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk pelayanan antenatal}_{2018} (R_{Antenatal-2018}) \\ &= N_{i,j,t} \times Q_{i,j,t} \times H_{i,j,t} \times P_{i,j,t} \\ &= N_{antenatal-2018} \times Q_{antenatal-2018} \times H_{antenatal-2018} \times P_{antenatal-2018} \end{aligned}$$

Dimana:

$N_{antenatal-2018}$ adalah waktu yang dibutuhkan bidan dalam memberikan satu kali pelayanan antenatal pada ibu hamil.

$Q_{antenatal-2018}$ adalah standar pelayanan antenatal untuk ibu hamil minimal empat (4) kali kunjungan selama kehamilannya.

$H_{antenatal-2018}$ adalah proporsi ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya ke bidan.

$P_{antenatal-2018}$ adalah proyeksi populasi ibu hamil pada tahun 2018.

Perhitungan proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan kesehatan yang lain menggunakan persamaan matematika yang sama dengan proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan antenatal.

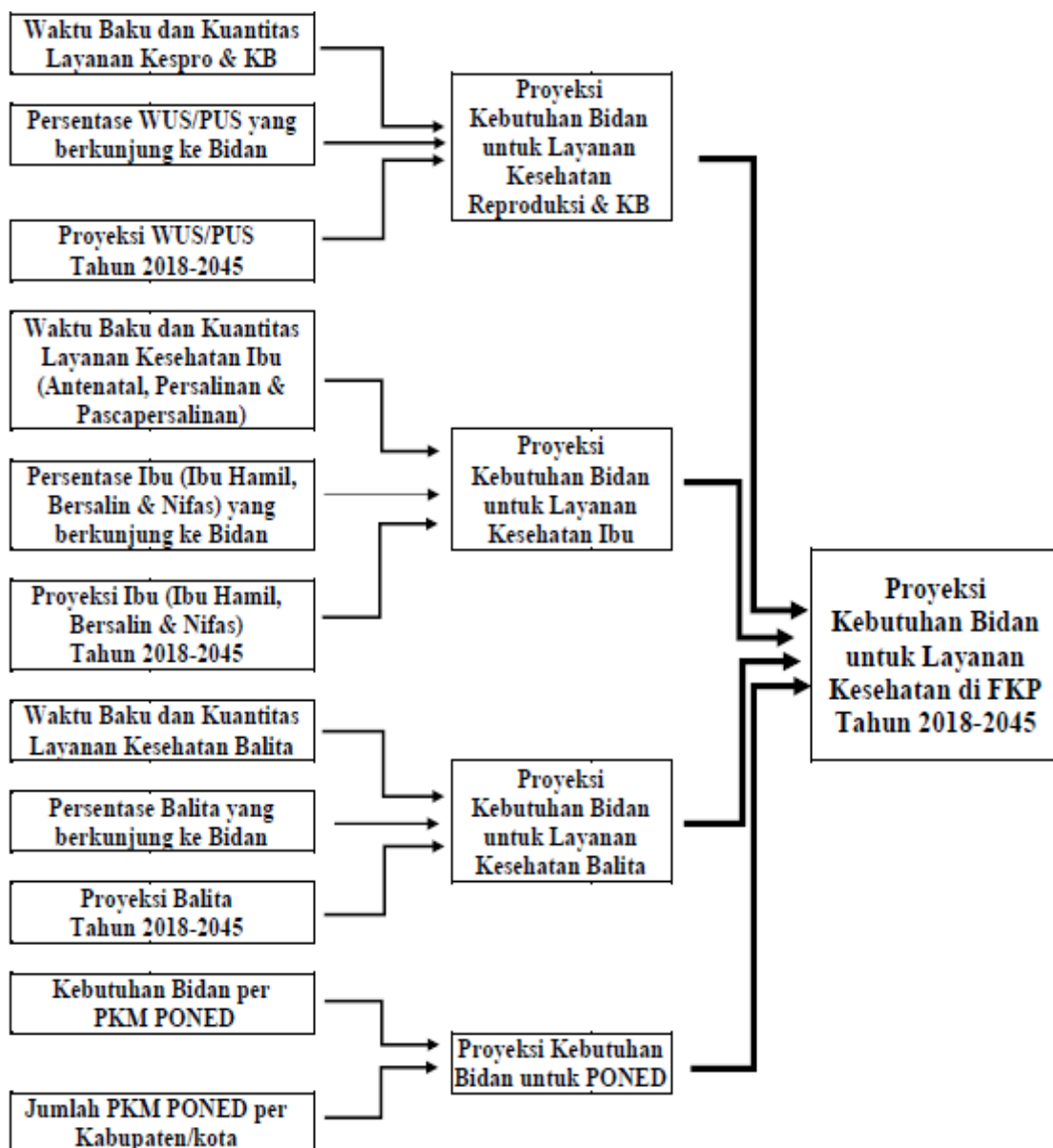
Penerapan symbol $\sum_{i,j}$ pada penelitian ini merupakan penjumlahan dari proyeksi kebutuhan bidan untuk seluruh pelayanan kesehatan pada tahun tertentu:

Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk seluruh layanan kesehatan pada tahun tertentu (R_t)

$$\begin{aligned} &= \sum_{i,j} (N_{i,j,t} \times Q_{i,j,t} \times H_{i,j,t} \times P_{i,j,t}) \\ &= \sum (\text{Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk layanan Kespro dan KB} \\ & \quad + \text{Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan untuk Ibu} \\ & \quad + \text{Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan untuk Balita} \\ & \quad + \text{Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk PONED}) \\ &= \sum [(N_{KB/Kespro-t} \times Q_{KB/Kespro-t} \times H_{KB/Kespro-t} \times P_{KB/Kespro-t}) \\ & \quad + (N_{Kesehatan Ibu-t} \times Q_{Kesehatan Ibu-t} \times H_{Kesehatan Ibu-t} \times P_{Kesehatan Ibu-t}) \\ & \quad + (N_{Kesehatan Balita-t} \times Q_{Kesehatan Balita-t} \times H_{Kesehatan Balita-t} \times P_{Kesehatan Balita-t}) \\ & \quad + (R_{PONED-t})] \end{aligned}$$

Murphy, et al. (2009) dalam menghitung proyeksi kebutuhan **Registered Nurses** dari tahun 2005 sampai dengan tahun 2020 di Canada mengasumsikan variabel $N_{i,j,t}$, $Q_{i,j,t}$

dan $H_{i,j,t}$ konstan dari tahun 2005 sampai tahun 2025. Variabel yang mengalami perubahan hanya variabel $P_{i,j,t}$ atau proyeksi populasi sasaran. Dalam penelitian dilakukan hal yang berbeda. Data variabel $N_{i,j,t}$ dan $Q_{i,j,t}$ yang dihitung pada tahun awal penelitian dianggap konstan sampai tahun 2045. Namun untuk variabel $H_{i,j,t}$ ada digunakan dua asumsi, yaitu konstan dan berubah sesuai dengan target pembangunan kesehatan pemerintah. Dalam menghitung proyeksi populasi sasaran ($P_{i,j,t}$), sebagai dasar perhitungan adalah data hasil SUPAS (Survei Penduduk Antar Sensus) tahun 2015. Berdasarkan persamaan matematika di atas dan asumsi yang digunakan maka dikembangkan kerangka pikir penelitian sebagai berikut:



**Gambar 3.1. Kerangka Pikir
Proyeksi Kebutuhan Bidan di FKP di Provinsi Jawa Barat Tahun 2018-204**

3.2 Definisi Operasional

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Waktu Baku Pelayanan	Adalah waktu total atau waktu normal pelayanan kesehatan oleh Bidan ditambah dengan faktor kelonggaran sebesar 30%. Pelayanan kesehatan yang diamati adalah: 1.Pelayanan Kesehatan Reproduksi (Kespro) dan Keluarga Berencana (KB). 2.Pelayanan kesehatan untuk Ibu (antenatal, persalinan dan pascapersalinan) 3.Pelayanan kesehatan untuk Balita.	Mengamati aktivitas saat bidan memberikan pelayanan kesehatan dan mencatat waktu pelayanannya. Rumus: Waktu Baku = Waktu Normal (1 + 0,3) Waktu Baku kemudian dikonversikan ke dalam Waktu Kerja Efektif (WKE) Bidan dalam setahun. Rumus: % WKE = (Waktu Baku : WKE) x 100% Dimana: WKE = 99.750 menit per tahun	Dalam menit	Rasio
				Persentase WKE (% WKE) atau (N)	Rasio
2	Kuantitas layanan Kesehatan	Adalah standar kuantitas layanan kesehatan dalam setahun atau satu episode layanan yang dibutuhkan oleh masing-masing populasi sasaran sesuai dengan standar pelayanan Kespro dan KB, Kesehatan Ibu dan Balita.	Menggunakan Standar Kementerian Kesehatan Republik Indonesia untuk masing-masing layanan Kesehatan.	Jumlah kunjungan atau frekuensi layanan (Q)	Rasio
3.	Persentase Populasi Sasaran	Adalah proporsi/persentase populasi sasaran, yang membutuhkan layanan kesehatan dan memutuskan berkunjung ke bidan untuk mendapatkan layanan kesehatan.	Menggunakan data sekunder hasil Riskesdas 2018 dan SDKI 2017	Persentase (H)	Rasio

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Hasil Ukur	Skala Ukur
4.	Proyeksi Populasi WUS/PUS, Ibu Hamil, Ibu Bersalin, IbuNifas dan Balita	adalah proyeksi populasi WUS/PUS, Ibu Hamil, Ibu Bersalin, IbuNifas dan Balita per kabupaten/kota se Jawa Barat dari tahun 2018 sampai 2045	Mengolah data kependudukan hasil SUPAS 2015 dari tahun 2018 sampai 2045 Populasi sasaran adalah sebagai berikut: 1. Wanita Usia Subur dan Pasangan Usia Subur 2. Ibu (Ibu Hamil, Ibu Bersalin dan Ibu Nifas) 3. Balita	Proyeksi populasi sasaran pada tahun t. (P_t)	Rasio
5	Standar Bidan per PKM PONED (N_{PONED})	Adalah standar kuantitas bidan yang dibutuhkan untuk memberi pelayanan kesehatan per PKM PONED	Standar Kementerian Kesehatan	Jumlah bidan per PKM PONED (N_{PONED})	Rasio
6	Jumlah PKM PONED per Kabupaten/kota	Adalah jumlah PKM PONED per Kabupaten/Kota	Data Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat	Jumlah PKM PONED (Q_{PONED})	Rasio
7.	Proyeksi Kebutuhan bidan untuk Pelayanan Kesehatan Reproduksi dan KB pada tahun tertentu	Proyeksi jumlah bidan yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan Kesehatan Reproduksi dan KB pada tahun tertentu (tahun ke-t).	Menghitung proyeksi kebutuhan bidan dengan menggunakan rumus: $R_{KB/Kespro-t}$ $= \sum_i (N_{KB/Kespro-2018} \times Q_{KB/Kespro-2018} \times H_{KB/Kespro-2018} \times P_{KB/Kespro-t})$ Dimana: $\sum_{KB/Kespro}$ = Penjumlahan proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan kespro dan KB	Poyeksi Kebutuhan bidan untuk Pelayanan Kespro & KB tahun t. atau $R_{KB/Kespro-t}$	Rasio

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Hasil Ukur	Skala Ukur
			<p>$N_{KB/Kespro-2018}$ = Jumlah bidan yang dibutuhkan untuk memberikan 1 (satu) paket pelayanan KB atau Kesehatan Reproduksi pada tahun 2018.</p> <p>$Q_{KB/Kespro-2018}$ = standar jumlah atau kuantitas (Q) untuk layanan Kespro dan KB pada tahun 2018</p> <p>$H_{KB/Kespro-2018}$ = Persentase populasi WUS/PUS yang mencari pelayanan Kesehatan Reproduksi dan KB ke bidan pada tahun 2018.</p> <p>$P_{KB/Kespro-t}$ = proyeksi populasi WUS dan PUS yang dilayani oleh bidan untuk pelayanan Kesehatan Reproduksi dan KB pada tahun tertentu.</p>		
8.	Proyeksi Kebutuhan bidan untuk Pelayanan Kesehatan Ibu pada tahun tertentu	Proyeksi jumlah bidan yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan kesehatan Ibu (= pelayanan antenatal, persalinan dan pascapersalinan) pada tahun tertentu (tahun ke-t).	<p>Menghitung proyeksi kebutuhan bidan dengan menggunakan rumus:</p> $R_{Kesehatan\ Ibu-t} = \sum_{Kesehatan\ Ibu} (N_{Kesehatan\ Ibu-2018} \times Q_{Kesehatan\ Ibu-2018} \times H_{Kesehatan\ Ibu-2018} \times P_{Kesehatan\ Ibu-t})$ <p>Dimana:</p>	Poyeksi Kebutuhan bidan untuk Pelayanan Kesehatan Ibu atau $R_{Kesehatan\ Ibu-t}$	Rasio

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Hasil Ukur	Skala Ukur
			<p>$\sum_{Kesehatan\ Ibu}$ = Penjumlahan proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan kesehatan Ibu (= pelayanan antenatal, persalinan dan pascapersalinan)</p> <p>$N_{Kesehatan\ Ibu-2018}$ = Jumlah bidan yang dibutuhkan untuk memberikan 1 (satu) paket pelayanan kesehatan Ibu (= pelayanan antenatal, persalinan dan pascapersalinan) pada tahun 2018.</p> <p>$Q_{Kesehatan\ Ibu-2018}$ = Standar jumlah atau kuantitas (Q) untuk layanan kesehatan Ibu (= pelayanan antenatal, persalinan dan pascapersalinan) pada tahun 2018</p> <p>$H_{Kesehatan\ Ibu-2018}$ = Persentase populasi ibu (ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas) yang mencari pelayanan kesehatan Ibu (= pelayanan antenatal, persalinan dan pascapersalinan) ke bidan pada tahun 2018.</p> <p>$P_{Kesehatan\ Ibu-t}$ = proyeksi populasi ibu (ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas) pada tahun tertentu.</p>		
9.	Proyeksi Kebutuhan bidan untuk Pelayanan Kesehatan Balita tahun t.	Proyeksi jumlah bidan yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada Balita pada tahun tertentu (tahun ke-t).	Menghitung proyeksi kebutuhan bidan dengan menggunakan rumus:	Proyeksi Kebutuhan bidan untuk Pelayanan Kesehatan Balita ($R_{Kesehatan\ Balita-t}$)	Rasio

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Hasil Ukur	Skala Ukur
			$R_{Kesehatan\ Balita-t}$ $= \sum_{Kesehatan\ Balita} (N_{Kesehatan\ Balita-2018}$ $\times Q_{Kesehatan\ Balita-2018} \times H_{Kesehatan\ Balita-2018}$ $\times P_{Kesehatan\ Balita-t})$ <p>Dimana:</p> <p>$\sum_{Kesehatan\ Balita}$ = Penjumlahan proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan Kesehatan Balita</p> <p>$N_{Kesehatan\ Balita-2018}$ = Jumlah bidan yang dibutuhkan untuk memberikan 1 (satu) paket pelayanan Kesehatan Balita pada tahun 2018.</p> <p>$Q_{Kesehatan\ Balita-2018}$ = Standar jumlah atau kuantitas (Q) untuk layanan Kesehatan Balita pada tahun 2018</p> <p>$H_{Kesehatan\ Balita-2018}$ = Persentase populasi Balita yang mencari pelayanan kesehatan ke bidan pada tahun 2018.</p> <p>$P_{Kesehatan\ Balita-t}$ = proyeksi populasi Balita pada tahun tertentu.</p>		
10.	Proyeksi Kebutuhan Bidan di Fasilitas Kesehatan Primer (FKP1) tahun t.	a. Proyeksi jumlah bidan yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan kesehatan Kespro dan KB, Ibu dan Balita di FKP pada tahun tertentu (tahun ke-t).	Menghitung proyeksi kebutuhan bidan dengan menggunakan rumus: R_{FKP1-t} $= R_{KB/Kespro-t} + R_{Kesehatan\ Ibu-t}$ $+ R_{Kesehatan\ Balita-t}$	Proyeksi Kebutuhan Bidan di FKP1 tahun t. (R_{FKP1-t})	Rasio

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Hasil Ukur	Skala Ukur
		b. Rasio Bidan per 100000 Penduduk = banyaknya bidan yang dibutuhkan untuk melayani setiap 100000 penduduk	$Rasio\ Bidan_t = \frac{R_{FKPI-t}}{P_t} \times 100000$ $R_{FKPI-t} = \text{Proyeksi kebutuhan bidan pada tahun tertentu}$ $P_t = \text{proyeksi jumlah penduduk pada tahun tertentu}$	Rasio Kebutuhan Bidan per 100000 penduduk	Rasio
11.	Proyeksi Kebutuhan bidan untuk PONED tahun t.	Proyeksi jumlah bidan yang dibutuhkan untuk memberikan Pelayanan Obstetrik & Neonatal Emergensi Dasar (PONED) pada tahun tertentu (tahun ke-t).	Menghitung kebutuhan bidan dengan menggunakan rumus: $R_{PONED-t} = N_{PONED} \times Q_{PONED}$	Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk PONED tahun t ($R_{PONED-t}$)	Rasio
12.	Proyeksi Kebutuhan Bidan di FasKes. Primer (FKP2) tahun t.	Proyeksi jumlah bidan yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan Kesehatan di FKP dan PONED pada tahun tertentu (tahun ke-t).	Menghitung kebutuhan bidan dengan menggunakan rumus: $R_{FKP2-t} = R_{FKPI-t} + R_{PONED-t}$	Proyeksi Kebutuhan Bidan di FKP tahun t. (R_{FKP2-t})	Rasio

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan *Time Study* atau studi waktu. Studi waktu adalah analisis suatu pekerjaan untuk mendapatkan data waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan satu jenis pekerjaan oleh seorang pekerja yang mempunyai kualifikasi tertentu, dan bekerja dalam kecepatan normal (Barnes, 1980). Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan kualitatif, dengan melakukan observasi pada kondisi alamiah untuk mendapatkan data waktu bidan dalam menyelesaikan satu jenis pekerjaan, yaitu data waktu bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang menjadi kewenangannya di fasilitas kesehatan primer.

4.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat pengambilan data dilakukan di Fasilitas Kesehatan Primer yang ada di tingkat kecamatan, yaitu Puskesmas beserta jaringannya (termasuk Bidan Desa) dan Bidan Praktek Mandiri (BPM). Lokasi kecamatan yang menjadi tempat penelitian berada di enam (6) kabupaten/kota di wilayah Provinsi Jawa Barat, yaitu sebagai berikut:

Kabupaten Bogor: Kec. Bojong Gede dan Kec. Sukamakmur

Kabupaten Cianjur: Kec. Cianjur Kota dan Kec. Cidaun

Kabupaten Cirebon: Kec. Sumber dan Kec. Waled

Kabupaten Sumedang: Kec. Jatinangor dan Kec. Paseh

Kota Depok: Kec. Bojongsari dan Kec. Sukmajaya

Kota Tasikmalaya: Kec. Kawalu dan Kec. Tamansari

Pelaksanaan pengumpulan data dilakukan dua tahap: tahap pertama bulan Agustus-September 2018, kemudian tahap kedua bulan Januari-Februari 2019.

4.3 Subyek Penelitian

Data primer penelitian ini adalah data waktu bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan, sehingga yang menjadi subyek penelitian adalah bidan yang bekerja memberikan pelayanan kesehatan. Dalam menentukan bidan yang akan dijadikan

subyek penelitian, maka peneliti berdiskusi terlebih dahulu dengan Bidan Koordinator. Adapun kriteria inklusi subyek penelitian adalah:

1. Bidan yang memberikan pelayanan kesehatan reproduksi dan KB, Kesehatan ibu dan balita.
2. Bidan yang ditempatkan di Puskesmas Kecamatan/Kelurahan atau desa (=Bidan desa) dan Bidan Praktek Mandiri
3. Bidan memiliki pengalaman kerja minimal 5 tahun.
4. Bersedia menjadi subyek penelitian

Kriteria eksklusi adalah:

1. Bidan Koordinator atau bidan yang tidak praktek memberikan pelayanan kesehatan yang menjadi kewenangan bidan.
2. Tidak bersedia menjadi subyek penelitian

4.4 Teknik Pengumpulan Data

4.4.1 Jenis Data Penelitian

Data yang diambil dalam penelitian ini adalah:

- a. Data Primer yaitu data lama waktu (menit atau jam) bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang menjadi kewenangannya
- b. Data Sekunder terdiri dari:
 1. Data penduduk tingkat kabupaten/kota dan Provinsi Jawa Barat diambil dari web BPS (Badan Pusat Statistik) Provinsi Jawa Barat.

Data penduduk tingkat kabupaten/kota se Provinsi Jawa Barat didapat dari buku **Proyeksi Penduduk Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Barat 2015-2025-Hasil SUPAS 2015** yang diterbitkan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) Prov. Jawa Barat (2019). Mengutip buku ini, proyeksi penduduk kabupaten/kota se Prov. Jawa Barat dilakukan dengan menggunakan Metode Geometrik. Alasan pertama, karena ada kesesuaian pertambahan secara geometrik dengan pertambahan jumlah penduduk. Alasan yang kedua, di tingkat kabupaten/kota, data komponen pertumbuhan (tingkat kelahiran, kematian dan migrasi) belum tersedia sehingga belum dapat digunakan metode proyeksi komponen.

Tahapan yang dilakukan oleh BPS Prov. Jawa Barat dalam menghitung proyeksi penduduk kabupaten/kota: (BPS Prov. Jawa Barat, 2019)

- 1) Menentukan sumber data dari hasil sensus penduduk dan menyiapkan dua data penduduk untuk tahun yang berbeda pada suatu wilayah yang akan diestimasi.
- 2) Menghitung rata-rata laju pertumbuhan penduduk (LPP) per tahun dengan metode geometrik berdasarkan jumlah penduduk dari dua data.
- 3) Melakukan proses prorata, agar penjumlahan penduduk untuk semua kabupaten/ kota menjadi sama dengan penduduk provinsi (penduduk provinsi sebagai kontrol).
- 4) Jumlah penduduk per kabupaten/kota ini selanjutnya akan digunakan sebagai kontrol untuk menghitung jumlah penduduk menurut karakteristik kota/desa, jenis kelamin, dan kelompok umur.
- 5) Estimasi penduduk untuk karakteristik jenis kelamin diolah terlebih dahulu, kemudian dilanjutkan dengan estimasi penduduk perkotaan dan pedesaan.
- 6) Melakukan proses iterasi (= pengulangan) untuk penduduk kabupaten/kota menurut jenis kelamin dan kelompok umur (penduduk provinsi sebagai kontrol).

Pada penelitian ini, data proyeksi penduduk kabupaten-kota untuk tahun 2026 sampai tahun 2045 dihitung berdasarkan tren pertumbuhan penduduk masing-masing kabupaten-kota dari tahun 2015 sampai tahun 2025. Tren pertumbuhan ini dilihat perubahannya setiap tahun sampai tahun 2025, kemudian dijadikan dasar untuk menghitung jumlah penduduk di tahun berikutnya. Sebagai kontrol, maka digunakan data proyeksi penduduk tingkat provinsi tahun 2015-2045 (Kementerian PPN/Bappenas, BPS dan UNFPA, 2018).

Data proyeksi penduduk Prov. Jawa Barat tahun 2015-2045 didapat dari buku **Proyeksi Penduduk Indonesia 2015-2045 Hasil SUPAS 2015** (Kementerian PPN/Bappenas, BPS dan UNFPA, 2018). Proyeksi Penduduk tahun 2015-2045 dihitung dengan program *Rural Urban Projection (RUP)* dengan menggunakan dua asumsi, yaitu Asumsi A dan Asumsi B. Asumsi A berdasarkan asumsi yang terkait dengan kebijakan pemerintah, dan Asumsi B merupakan skenario pembanding sesuai tren. Selanjutnya, asumsi yang

dipakai dalam proyeksi penduduk adalah Asumsi A yang terdiri dari komponen kelahiran, kematian, migrasi dan pertumbuhan penduduk. Berikut adalah rinciannya:

- 1) Kelahiran (Fertilitas) tingkat nasional dan provinsi dibuat berdasarkan asumsi:
 - a. Tingkat nasional:
 - Mulai tahun 2020, Angka Kelahiran Total (Total Fertility Rate/TFR) = 2,1, dan konstan sampai tahun 2045.
 - Rasio jenis kelamin diasumsikan 103 kelahiran bayi laki-laki setiap 100 kelahiran bayi perempuan setiap tahunnya.
 - b. Tingkat provinsi: apabila telah mencapai TFR=2,1, maka TFR akan dibuat konstan sampai tahun 2045.
- 2) Kematian (Mortalitas) berdasarkan asumsi:
 - a. Tingkat nasional: Angka Kematian Bayi (***Infant Mortality Rate/IMR***) mengikuti target ***Sustainable Development Goals (SDGs)*** tahun 2030, yaitu mengalami penurunan sebesar 3% setiap tahun sampai tahun 2030.
 - b. Tingkat provinsi: IMR mengikuti target SDGs, yaitu mengalami penurunan sebesar 3% setiap tahun sampai tahun 2030.
- 3) Migrasi, terdiri dari:
 - a. Migrasi internasional yaitu perpindahan penduduk yang melintasi batas negara. Berdasarkan hasil SUPAS 2015 didapat angka migrasi internasional neto dengan nilai negative yaitu -0,5, artinya migrasi keluar lebih banyak dibandingkan migrasi masuk.
 - b. Migrasi internal (migrasi risen antar provinsi) yaitu perpindahan penduduk yang melintasi batas provinsi, dihitung dengan metode ***Age Specific Net Migration Rate (ASNMR)*** menurut umur dan jenis kelamin.
- 4) Pertumbuhan penduduk dari tahun 2015-2025 adalah 1% per tahun dan tahun 2025-2045 adalah 0,54% per tahun. Rata-rata pertumbuhan penduduk dari tahun 2015-2045 adalah 0,74% per tahun.

Berikut adalah rangkuman nilai-nilai parameter tingkat nasional dan Prov. Jawa Barat:

Parameter	Tingkat	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
TFR	Nasional	2,17	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1
	Prov. Jawa Barat	2,1	2,05	2,07	2,08	2,08	2,08	2,09
CBR	Nasional	17,7	16,4	15,8	15,2	14,7	14,2	13,9
	Prov. Jawa Barat	17,2	16,4	15,9	15,4	14,7	14,1	13,6
IMR	Nasional	20,2	17,6	15,5	14,1	13	12,3	11,7
	Prov. Jawa Barat	18,7	15,8	13,8	12,4	11,4	10,8	10,3
Net Migran Rate	Nasional	-0,5	-0,49	-0,47	-0,45	-0,44	-0,42	-0,41
	Prov. Jawa Barat	0,35	0,32	0,3	0,27	0,24	0,2	0,16

2. Data peserta KB dari Laman BKKBN (<https://dashboard.bkkbn.go.id/provinsi/masuk/operasional-landing>)
3. Data persentase populasi sasaran pelayanan KB/Kespro, Kesehatan Ibu dan Balita yang datang ke bidan untuk mendapatkan pelayanan Kesehatan didapat dalam laporan Riskesdas 2018 dan SDKI 2017.

4.4.2 Teknik dan Instrumen Pengambilan Data

Data primer diambil dengan mengamati aktivitas bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan pada kondisi yang alamiah, dimana sebelumnya bidan diberitahu terlebih dahulu bahwa dia akan diamati pada saat bekerja. Pengamat tidak terlibat dalam pekerjaan yang dilakukan oleh bidan (= partisipasi pasif). Data yang diambil adalah waktu yang dibutuhkan bidan dalam memberikan satu kali pelayanan kepada satu orang pasien. Waktu pelayanan ini dihitung dengan *stop watch* dan dicatat dalam lembar isian.

4.4.3 Uji Validitas Data

Pengujian keabsahan data dalam penelitian ini dilakukan melalui:

1. Uji Kredibilitas atau kepercayaan data dilakukan dengan melakukan:
 - a. Perpanjangan waktu penelitian:

Dalam Sugiyono (2016), untuk meningkatkan data yang kredibel maka bisa dilakukan dengan perpanjangan waktu penelitian. Pengambilan data pertama dilakukan pada bulan Agustus sampai September 2018. Pada hasil pengambilan data yang pertama, didapati data yang diambil tidak rinci dan tidak mencukupi. Kemudian dilakukan pengambilan data kedua di bulan

Januari sampai Februari tahun 2019 agar bisa mengumpulkan data yang lebih rinci dan mencukupi.

c. Triangulasi Data:

Triangulasi data dilakukan dengan melakukan triangulasi sumber dan waktu. Subyek penelitian terdiri dari Bidan Puskesmas, Bidan Desa dan Bidan Praktek Mandiri. Triangulasi waktu dilakukan dengan pengambilan data di hari-hari kerja yang berbeda, yaitu dilakukan mulai hari Senin sampai Sabtu.

2. Uji Transferability adalah uji validitas eksternal, yang bertujuan supaya hasil penelitian bisa diterapkan ke populasi dimana data diambil. Agar penelitian ini dapat dipahami oleh orang yang membaca, maka peneliti berusaha menulis hasil penelitian dengan rinci, jelas dan sistematis mengenai data waktu pelayanan kesehatan dan tahapan menghitung kebutuhan bidan.

4.5 Pengolahan dan Analisis Data

4.5.1 Pengolahan Data

Beberapa asumsi yang dipakai dalam pengolahan data, yaitu

- a. Data persentase populasi sasaran pelayanan Balita dan KB/Kespro yang datang ke bidan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan diambil dari laporan Riskesdas 2018 dan SDKI 2017. Pada asumsi konstan, data persentase ini digunakan untuk menghitung proyeksi kebutuhan bidan di tahun 2018 sampai tahun 2045.

Pada asumsi berubah, maka dimasukkan target pembangunan jangka menengah (tahun 2020-2024), yaitu 98% penduduk sudah menjadi peserta JKN (Kementerian PPN/Bappenas, 2019a). Presentase balita dan WUS/PUS yang ke bidan dinaikkan secara bertahap dari tahun 2020 sampai tahun 2024. Sesuai standar pelayanan yang dibuat oleh BPJS Kesehatan, pelayanan Balita dan KB/Kespro harus dilakukan di FKP. Khusus untuk pelayanan KB, maka dimasukkan Visi 2045 BKKBN, yaitu PUS yang berKB menjadi 80%.

- b. Data persentase populasi sasaran Pelayanan Kesehatan Ibu, yaitu ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas yang datang ke bidan diambil dari laporan Riskesdas 2018. Data persentase ini diasumsikan tetap sampai tahun 2045. Ada pertimbangan khusus dalam pelayanan kesehatan ibu, seperti bidan harus segera merujuk ibu

hamil dan ibu yang mau bersalin yang berisiko tinggi ke dokter spesialis kandungan.

- c. Berdasarkan proyeksi yang dilakukan oleh Kementerian PPN/Bappenas (2019b), pada tahun 2035 hampir 90% penduduk Jawa, termasuk penduduk Prov. Jawa Barat, tinggal di perkotaan, karena pertumbuhan penduduk dan pembangunan mendorong urbanisasi dan tumbuhnya kota kecil dan sedang. Penelitian ini menjadi relevan karena dalam menghitung kebutuhan bidan didasarkan pada pertumbuhan populasi atau penduduk sasaran, bukan lokasi tempat tinggal penduduk. Di dua kota yang diamati tidak ditemukan bidan yang ditempatkan di desa (= Bidan Desa). Bidan Desa hanya ada di wilayah kabupaten. Hasil pengamatan di lapangan didapati juga Bidan Desa dijadwalkan memberikan pelayanan di Puskesmas sebanyak 2-3 hari kerja per minggunya.
- d. Sejak wabah Covid-19, semakin banyak orang yang mengkonsultasikan kondisi kesehatannya melalui *telemedicine*, seperti layanan GrabHealth atau Halo Dokter. Ke depannya, dengan semakin meratanya teknologi informasi ke seluruh wilayah, maka akan semakin banyak orang yang mengakses pelayanan *telemedicine*. Namun untuk pelayanan pelayanan KB/Kespro, kesehatan ibu dan Balita, agak susah menggantikan bidan dengan *telemedicine* karena ada unsur pemeriksaan dan tindakan medis, artinya peran bidan tidak bisa digantikan oleh *telemedicine*.

Berikut adalah Langkah-langkah dalam pengolahan data:

1. Data lama waktu (menit/jam) pelayanan kesehatan diolah dengan tahapan:
 - a. Data waktu masing-masing pelayanan dirinci ke dalam tahapan pelayanan, mulai dari waktu pencatatan data pasien, pemeriksaan dan konsultasi.
 - b. Data waktu setiap tahapan pelayanan dihitung nilai mean, terendah dan tertingginya.
 - c. Data waktu setiap tahapan pelayanan ditotal, kemudian dihitung nilai meannya atau waktu normal.
 - d. Setelah didapat Waktu Normal, maka dihitung Waktu Baku dengan rumus (Barnes, 1980):

<p>Waktu Baku</p> <p>= Waktu Normal x (1 + Faktor Kelonggaran)</p> <p>= Waktu Normal x (1 + 0,3*)</p>	Rumus 4.1
--	-----------

Keterangan: Faktor Kelonggaran = 30% (PMK No. 43 Tahun 2017)

- e. Waktu Baku dari masing-masing pelayanan dibagi dengan **Waktu Kerja Efektif (WKE) bidan selama setahun** sehingga didapat **Proporsi WKE per pelayanan**.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 Tahun 2017 tentang Penyusunan Formasi Jabatan Fungsional Kesehatan ditetapkan Waktu Kerja pegawai yang bekerja di instansi dan fasilitas penyedia pelayanan kesehatan milik pemerintah. (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Waktu kerja adalah waktu kerja efektif (WKE) yang digunakan untuk bekerja. Waktu kerja efektif terdiri atas:

1. Hari kerja efektif adalah jumlah hari dalam kalender dikurangi hari minggu, hari libur nasional dan daerah, cuti tahunan, tugas luar dan ketidakhadiran kerja.
2. Jam kerja efektif adalah jumlah jam kerja formal dikurangi dengan waktu kerja yang hilang karena tidak bekerja (*allowance = faktor kelonggaran*) karena faktor kelelahan dan kebutuhan pribadi *Allowance* diperkirakan rata-rata sekitar 30% dari jumlah jam kerja formal. Jumlah jam kerja formal dalam 1 minggu dihitung 37,5 jam.

Untuk menghitung **hari kerja efektif bidan selama setahun** bisa menggunakan rumus dari WHO (WHO, 2010):

$\text{Hari kerja efektif (HKE)} = A - (B + C + D + E)$	Rumus 4.2
---	-----------

Dimana asumsi yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- A = jumlah hari kerja bidan per minggu adalah 6 hari kerja, setahun
= 6 hari kerja x 52 minggu/tahun = 312 hari kerja
- B = cuti tahunan sebanyak 12 hari (Undang-undang No. 13 Tahun 2003 Tentang Ketenagakerjaan)
- C = jumlah hari untuk pendidikan/pelatihan 6 hari setahun
- D = libur nasional sebanyak 16 hari setahun (SKB 2017)
- E = ketidakhadiran kerja sebanyak 12 hari setahun

Maka jumlah Waktu Kerja Efektif (WKE) Bidan dalam setahun:

$$\begin{aligned} \text{Hari kerja efektif} &= A - (B + C + D + E) \\ &= 312 - (12 + 6 + 16 + 12) \\ &= 266 \text{ hari kerja} \\ &= 44,3 \text{ minggu} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Waktu Kerja Efektif} &= 44,3 \text{ minggu} \times 37,5 \text{ jam} = 1.663 \text{ jam} \\ \text{(WKE)} &= 1.663 \text{ jam} \times 60 \text{ menit} = 99.750 \text{ menit} \end{aligned}$$

Maka,

$\begin{aligned} &\textit{Proporsi WKE Pelayanan X} \\ &= \frac{\textit{Waktu Baku Yankes. x (menit)}}{99.750 \textit{ menit}} \end{aligned}$	Rumus 4.3
---	-----------

- f. Setelah didapat Proporsi WKE per pelayanan (= Pelayanan X), maka dikalikan dengan frekuensi layanan (Q) untuk seorang sasaran pelayanan kesehatan X selama setahun, maka akan didapat:

$\begin{aligned} &\textit{Proporsi WKE Pelayanan X per orang dalam setahun} \\ &= \textit{Proporsi WKE Pelayanan X} \times Q \end{aligned}$	Rumus 4.4
---	-----------

2. Populasi sasaran layanan kesehatan bidan adalah Wanita Usia Subur (WUS) dan Pasangan Usia Subur (PUS), Ibu hamil, bersalin dan nifas, serta balita. Data proyeksi populasi sasaran diolah dari data proyeksi kependudukan kabupaten/kota dan provinsi hasil SUPAS (Survei Penduduk Antar Sensus) Tahun 2015.

4.5.2 Analisis Data

Pada penelitian ini, analisis data yang dibuat terdiri dari:

1. Analisis deskriptif untuk menggambarkan data waktu layanan dan proyeksi sasaran layanan kesehatan.
2. Membuat persamaan matematika, untuk mendapatkan model proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan kesehatan reproduksi/KB, Kesehatan ibu dan balita.

$R_t = N_{i,j,t} \times Q_{i,j,t} \times H_{i,j,t} \times P_{i,j,t}$	Rumus 4.5
--	-----------

Keterangan:

R_t adalah jumlah bidan yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan kesehatan di FKP pada tahun tertentu atau t, misal pelayanan antenatal

$N_{i,j,t}$ adalah jumlah bidan yang dibutuhkan untuk memberikan satu (1) unit layanan kesehatan pada satu orang pasien. Contohnya waktu baku yang dibutuhkan bidan dalam memberikan satu kali pelayanan antenatal pada ibu hamil (Waktu baku menit atau persentase Waktu Kerja Efektif Bidan).

$Q_{i,j,t}$ adalah jumlah atau kuantitas layanan yang dibutuhkan per orang dari kelompok usia i dan jenis kelamin j pada waktu t . Misalnya ibu hamil membutuhkan pelayanan antenatal minimal empat (4) kali kunjungan selama kehamilannya.

$H_{i,j,t}$ adalah proporsi atau persentase populasi menurut tingkat kebutuhan kesehatan pada waktu t . Dalam konteks penelitian ini, sasaran layanan kesehatan, semua populasi sasaran (WUS, ibu hamil, bersalin dan nifas, serta bayi dan balita) membutuhkan layanan kesehatan dalam setahun. Sehingga yang dijadikan proporsi/persentase dalam penelitian ini adalah banyaknya populasi sasaran yang berobat ke bidan dari total populasi sasaran. Misalnya proporsi/ persentase ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya ke bidan.

$P_{i,j,t}$ adalah banyaknya populasi sasaran pada tahun t . Misalnya jumlah ibu hamil pada tahun 2018.

3. Analisis akhir adalah mendapatkan model Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk seluruh pelayanan, yaitu dengan menjumlahkan proyeksi kebutuhan bidan seluruh pelayanan.

$$R_t = \sum_{i,j} (N_{i,j,t} \times Q_{i,j,t} \times H_{i,j,t} \times P_{i,j,t})$$

Rumus 4.6

Atau

Proyeksi Kebutuhan Bidan di FKP =

= Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk pelayanan Kesehatan Reproduksi & KB

+ Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Ibu

+ Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan B balita.

+ Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk PONEB

4.6 Etika Penelitian

Pada penelitian ini, subyek penelitian tidak diberi perlakuan atau intervensi. Saat pengumpulan data, peneliti hanya mengamati dan menghitung waktu pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh subyek penelitian. Subyek penelitian adalah non penderita dan bukan merupakan populasi yang rentan, dalam keadaan sehat baik secara fisik dan mental. Setiap subyek penelitian diminta kesediaan berpartisipasi dalam penelitian dan memiliki hak untuk mengundurkan diri jika tidak bersedia diobservasi, setelah diberikan penjelasan ringkas penelitian yang tercantum dalam lembar *Informed Consent* penelitian.

Penelitian ini mungkin dapat menimbulkan risiko bagi subyek penelitian karena data diambil dari subyek penelitian bisa dihubungkan dengan kinerja subyek penelitian. Untuk meminimalkan risiko tersebut maka data yang dikumpulkan hanya

digunakan untuk kepentingan penelitian semata, bersifat rahasia dan hanya dapat diakses oleh peneliti. Hasil dari pengamatan tidak menampilkan nama subyek penelitian maupun FKP.

Subjek penelitian diberi kompensasi berupa cinderamata. Cinderamata ini berupa paket souvenir penelitian. Cinderamata yang diberikan merupakan bentuk tanda terima kasih peneliti atas partisipasinya dalam kegiatan penelitian.

4.7 Konflik Kepentingan

Penelitian ini tidak memiliki hubungan/kepentingan antara subyek penelitian dengan peneliti (*conflict of interest*). Untuk mencegah terjadinya konflik kepentingan maka dilakukan langkah-langkah pencegahan sebagai berikut:

1. Status peneliti dalam penelitian ini tidak mempunyai hubungan dan kepentingan langsung dengan subyek penelitian.
2. Pendanaan penelitian berasal dari pribadi dan Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA Jakarta (sebesar 30% dari total biaya) yang sifatnya tidak mengikat, sehingga konflik kepentingan terhadap hasil penelitian nantinya antara peneliti dan Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA, subyek penelitian atau pihak lainnya dapat dihindari.

Dengan demikian, hasil dari penelitian ini dapat bersifat objektif tanpa adanya konflik kepentingan.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Provinsi Jawa Barat memiliki 18 kabupaten dan 9 kota. Dari 18 kabupaten dipilih 4 kabupaten, serta dari 9 kota dipilih 2 kota sebagai lokasi penelitian. Penetapan kabupaten dan kota diharapkan mewakili wilayah barat dan timur dari Prov. Jabar. Untuk wilayah timur dipilih Kabupaten Cirebon, Kabupaten Sumedang, dan Kota Tasikmalaya, sedangkan wilayah barat dipilih Kabupaten Bogor, Kabupaten Cianjur, dan Kota Depok.

Tabel 5.1
Gambaran lokasi dan responden penelitian per kabupaten/kota

Kabupaten/Kota dan Kecamatan	Jumlah Penduduk (jiwa)	Jenis FKTP				Responden Penelitian			
		PKM (Q)	Bidan Desa (Q)	BPM (Q)	Jumlah (Q)	Bidan PKM (Q)	Bidan Desa (Q)	Bidan BPM (Q)	Jumlah (Q)
Kab. Bogor		2	2	2	6	7	2	2	11
Kec. Bojong Gede	368.979	1	1	1	3	4	1	1	6
Kec. Sukamakmur	79.631	1	1	1	3	3	1	1	5
Kab. Cianjur		2	2	2	6	9	2	2	13
Kec. Cianjur Kota	169.124	1	1	1	3	7	1	1	9
Kec. Cidaun	57.237	1	1	1	3	2	1	1	4
Kab. Cirebon		2	2	2	6	5	2	2	9
Kec. Sumber	90.891	1	1	1	3	2	1	1	4
Kec. Waled	54.407	1	1	1	3	3	1	1	5
Kab. Sumedang		2	2	2	6	5	2	2	9
Kec. Jatinangor	114.976	1	1	1	3	3	1	1	5
Kec. Paseh	36.900	1	1	1	3	2	1	1	4
Kota Depok		2	2	2	6	6		2	8
Kec. Sukmajaya	248.015	1		1	2	4		1	5
Kec. Bojongsari	117.353	1		1	2	2		1	3
Kota Tasikmalaya		2	2	2	6	6		2	8
Kec. Kawalu	96.942	1		1	2	3		1	4
Kec. Tamansari	75.970	1		1	2	3		1	4
Total		12	6	12	30	38	8	12	58

Di setiap kabupaten dan kota dipilih masing-masing dua kecamatan. Penetapan kecamatan ini didasarkan pada jumlah penduduk per kecamatan, dipilih 1 kecamatan dengan jumlah penduduk di atas rata-rata jumlah penduduk per kecamatan dan 1 kecamatan dengan jumlah penduduk di bawah rata-rata jumlah penduduk per kecamatan. Peneliti juga mencoba mengkombinasikan antara jumlah penduduk dengan lokasi atau jarak kecamatan ke pusat kota. Misalnya Kec. Cidaun, jumlah penduduknya di bawah rata-rata dan lokasinya terjauh dari ibukota Kab. Cianjur, lama waktu tempuh 5 jam dengan kendaraan pribadi. Dan biasanya, kecamatan yang lokasinya jauh dari ibukota,

jumlah penduduknya cenderung lebih sedikit dibandingkan dengan kecamatan yang dekat dengan pusat kota. Informasi untuk kecamatan yang dipilih ada di tabel 5.1

Populasi dan sampel dalam penelitian ini adalah waktu yang dibutuhkan bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan di FKP (Fasilitas Kesehatan Pertama), seperti waktu yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan antenatal dan pelayanan pascapersalinan. Sehingga yang menjadi responden atau subyek penelitian adalah bidan dengan aktivitasnya dalam memberikan pelayanan kesehatan. Tempat pengambilan data penelitian adalah di FKP yang ada di kecamatan, yaitu Puskesmas, Bidan Desa (khusus kabupaten) dan Bidan Praktek Mandiri (BPM) (tabel 5.1).

5.1 Gambaran Tahapan Penelitian

Proses pengumpulan data penelitian dilakukan 2 (dua) tahap, yaitu sebagai berikut: **Tahap pertama:** Pengumpulan data tahap pertama dilakukan pada bulan Juli sampai September 2018. Subyek penelitian terdiri dari dua Bidan Puskesmas, dua Bidan Desa, dan dua Bidan yang bekerja di BPM. Setiap bidan diobservasi selama waktu kerja, dimulai ketika jam masuk kerja sampai jam pulang kerja selama satu minggu atau enam hari kerja. Setiap kegiatan yang dilakukan oleh bidan dicatat lama waktunya. Hasil pengumpulan data tahap pertama ini dianalisis, didapati bahwa:

- 1) Jumlah data waktu layanan kesehatan yang didapat tidak memenuhi jumlah sampel minimal.
- 2) Data waktu layanan kesehatan yang didapat bersifat global, misal waktu pelayanan antenatal selama 30 menit. Data ini tidak menggambarkan langkah-langkah aktivitas bidan dalam memberikan layanan kesehatan, seperti lama waktu untuk mencatat data pasien, pemeriksaan dan konsultasi.
- 3) Data yang didapat di BPM sangat sedikit jumlahnya. Di setiap kabupaten/kota didapati ada satu BPM yang tidak ada kunjungan pasien selama waktu pengumpulan data, dan BPM yang lain jumlah kunjungan pasiennya juga sedikit.
- 4) Bidan Desa bekerja selama 6 hari kerja dalam seminggu. Di semua kabupaten menerapkan peraturan bahwa 1-3 hari kerja dalam seminggu, Bidan Desa harus bertugas di Puskesmas. Berarti sebenarnya kegiatan layanan banyak di Puskesmas.

Untuk memperbaiki kualitas dan kuantitas data penelitian, maka dilakukan pengumpulan data Tahap kedua.

Tahap kedua: Pengumpulan data dilakukan mulai bulan Januari sampai Februari tahun 2019. Dari hasil evaluasi pengumpulan data tahap pertama maka pada pengumpulan data tahap kedua dilakukan:

- 1) Perbaiki instrumen penelitian yang disesuaikan dengan kebutuhan data penelitian.
- 2) Komposisi subyek penelitian diubah dengan memperbanyak bidan di Puskesmas, dan hanya satu Bidan Desa dan satu bidan yang bekerja di BPM (Tabel 5.1). Ada satu Puskesmas yang hanya mengizinkan tetap dua bidan yang diobservasi, maka waktu observasinya ditambah menjadi dua minggu.
- 3) Cara pengambilan data tetap dilakukan dengan mencatat waktu pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh bidan, tetapi tidak lagi berfokus pada pengamatan aktivitas satu bidan selama seminggu, namun berfokus pada aktivitas bidan dalam memberikan pelayanan Kesehatan di ruang pelayanan (ruang KIA/Kesehatan Ibu dan Anak atau MTBS/Manajemen Terpadu Balita Sakit). Misal di ruangan KIA Puskesmas ada dua bidan yang sedang memberikan pelayanan dalam satu hari. Maka enumerator ditempatkan untuk mencatat aktivitas dan waktu pelayanan yang dilakukan oleh kedua bidan tersebut.

Tabel 5.2
Gambaran Karakteristik Responden Penelitian

Karakteristik Responden	N	Persentase (%)
Umur Responden		
26-30 Tahun	6	10,3
31-40 Tahun	13	22,4
41-50 Tahun	32	55,2
51-58 Tahun	7	12,1
	58	100,0
Tingkat Pendidikan		
D3 Kebidanan	35	60,3
D4/S1 Kebidanan	22	37,9
S1 Kesehatan Lain	1	1,7
	58	100,0
Status Kepegawaian		
PNS	40	69,0
CPNS	2	3,4
PTT Pusat/Daerah	4	6,9
Kontrak Daerah	4	6,9
Swasta	8	13,8
	58	100,0
Lama Bekerja		
5-10 tahun	12	20,7
11-20 tahun	16	27,6
21-30 tahun	26	44,8
31-40 tahun	4	6,9
	58	100,0

Data yang ada di tabel 5.2 adalah data mengenai karakteristik responden penelitian yang diambil saat pengumpulan data tahap kedua. Lebih dari setengah (55%) responden berumur antara 41-50 tahun dengan rata-rata umur 42 tahun. Tingkat pendidikan responden yang terbanyak adalah D3 (60,3%) dengan status kepegawaian sebagian besar (69%) adalah PNS. Rata-rata lama bekerja responden adalah 20 tahun, namun yang paling banyak adalah responden yang lama bekerjanya antara 21-30 tahun (44,8%).

Total pengamatan aktivitas bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan sebanyak 1748 pengamatan. Rincian frekuensi pengamatan di PKM, Bidan Desa dan BPM di masing-masing kabupaten dan kota bisa dilihat pada tabel di bawah ini (Tabel 5.3):

Tabel 5.3
Distribusi frekuensi layanan kesehatan yang diberikan oleh Bidan berdasarkan Jenis Fasilitas Kesehatan Pertama (FKP) per kabupaten/kota

Kabupaten/Kota & Kecamatan	FKP			Total (Q)
	PKM (Q)	Bidan Desa (Q)	BPM (Q)	
Kab. Bogor	246	25	22	293
1. Kec. Bojong Gede	157	12	16	185
2. Kec. Sukamakmur	89	13	6	108
Kab. Cianjur	236	39	33	308
1. Kec. Cianjur Kota	177	23	18	218
2. Kec. Cidaun	59	16	15	90
Kab. Cirebon	164	77	25	266
1. Kec. Sumber	115	49	18	182
2. Kec. Waled	49	28	7	84
Kab. Sumedang	220	73	33	326
1. Kec. Jatinangor	151	44	22	217
2. Kec. Paseh	69	29	11	109
Kota Depok	245	0	22	267
1. Kec. Bojongsari	94	0	9	103
2. Kec. Sukmajaya	151	0	13	164
Kota Tasikmalaya	265	0	23	288
1. Kec. Kawalu	164	0	11	175
2. Kec. Tamansari	101	0	12	113
Total	1376	214	158	1748

Dari hasil pengumpulan data, di tingkat kecamatan, persentase data yang didapat di PKM berkisar 58,3%-93,7% dari total pengamatan dengan nilai rata-rata sebesar 77,9%.

Bidan Desa menyumbang sekitar 6,5%-33,3% dari total pengamatan (mean = 19,2%). Total kontribusi fasilitas kesehatan yang dimiliki pemerintah, yaitu PKM dan Bidan Desa, berkisar 83,3%-94,4% dari total pengamatan (mean = 90,7%). Sementara BPM berkontribusi sekitar 5,6%-16,7% dari total pengamatan (mean = 9,3%).

Di tingkat kabupaten/kota, persentase data yang didapat di PKM berkisar 61,7%-92,0% dari total pengamatan (mean = 77,9%). Bidan Desa menyumbang sekitar 8,5%-28,9% dari total pengamatan (mean = 12,1%). Total kontribusi fasilitas kesehatan yang dimiliki pemerintah, berkisar 89,3%-92,5% dari total pengamatan (mean = 91,01%). Sisanya merupakan berkontribusi BPM, sekitar 7,5%-10,7% dari total pengamatan (mean = 9,0%). Secara keseluruhan, dari total pengamatan, Kab. Sumedang menyumbang pengumpulan data paling banyak, yaitu 18,6% dan Kab. Cirebon yang paling sedikit, yaitu 15,2%.

Pada tabel 5.3 memberikan gambaran kuantitas aktivitas bidan untuk masing-masing layanan kesehatan di setiap kecamatan di masing-masing kabupaten dan kota. Pelayanan antenatal (ANC) memiliki persentase yang terbesar, yaitu 29,9% dari total pengamatan. Khusus untuk pelayanan antenatal, ANC2 memiliki persentase yang terbesar, yaitu 70,7%. Hasil ini konstan jika diperhatikan di setiap kabupaten/kota, ANC2 yang terbanyak. Sementara, pelayanan pascapersalinan yang paling rendah persentasenya (4,3%) dibandingkan dengan pelayanan yang lain. Khusus pelayanan persalinan, karena metode menghitung waktu layanannya berbeda dengan pelayanan lainnya, maka tidak ditampilkan frekuensi pengamatannya. (lihat subbab Proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan persalinan)

Untuk pelayanan Kesehatan Reproduksi (Kespro) dan Keluarga Berencana (KB), didominasi oleh pelayanan KB Suntik (71,5%) dan persentase yang terendah adalah pelayanan KB Pil (2,7%). Kecamatan Cianjur Kota, Kabupaten Cianjur memberikan kontribusi yang paling banyak dalam jumlah pengamatan pelayanan penyuluhan Kespro untuk Catin (Calon Pengantin), yaitu 58,1% dari total pengamatan. Pada saat itu memang di Kec. Cianjur Kota sedang ada kegiatan penyuluhan untuk Catin.

Hasil pengumpulan data memperlihatkan pelayanan kesehatan bayi didominasi oleh pelayanan imunisasi (61,8%). Namun untuk pelayanan kesehatan balita terjadi sebaliknya, pelayanan pemeriksaan kesehatan dan konsultasi mendominasi (79,8%). Khusus kota Depok, pelayanan balita/anak sakit (MTBS/Manajemen Terpadu Balita

Tabel 5.4
Distribusi frekuensi setiap layanan kesehatan yang diberikan oleh Bidan per kabupaten/kota

Kabupaten/Kota & Kecamatan	Pelayanan Antenatal (ANC)				Pelayanan Nifas (Q)	Pelayanan Kesehatan Reproduksi (Kespro) dan KB							Pelayanan Kesehatan Bayi			Pelayanan Kesehatan Balita			Total (Q)
	ANC1 (Q)	ANC2 (Q)	ANCT (Q)	Jumlah (Q)		Penyuluhan Kespro WUS/Catin (Q)	KB Implan (Q)	KB Spiral (Q)	KB Pil (Q)	KB Suntik (Q)	Kasus Rujukan (Q)	Jumlah (Q)	Pelayanan Pemeriksaan Kesehatan & Konsultasi (Q)	Pelayanan Imunisasi (Q)	Jumlah (Q)	Pelayanan Pemeriksaan Kesehatan & Konsultasi (Q)	Pelayanan Imunisasi (Q)	Jumlah (Q)	
Kab. Bogor	11	48	8	67	13	3	4	3	4	66	80	44	38	82	48	3	51	293	
1. Kec. Bojong Gede	6	34	6	46	5	3	3	2	3	39	50	26	25	51	30	3	33	185	
2. Kec. Sukamakmur	5	14	2	21	8		1	1	1	27	30	18	13	31	18		18	108	
Kab. Cianjur	17	70	12	99	15	20	9	6	3	38	76	27	54	81	29	8	37	308	
1. Kec. Cianjur Kota	11	46	8	65	9	18	6	6	3	27	60	16	42	58	21	5	26	218	
2. Kec. Cidaun	6	24	4	34	6	2	3			11	16	11	12	23	8	3	11	90	
Kab. Cirebon	17	53	7	77	11	3	7	12	1	39	63	34	42	76	34	5	39	266	
1. Kec. Sumber	9	41	7	57	6	3	7	12	1	30	54	16	24	40	22	3	25	182	
2. Kec. Waled	8	12		20	5					9	9	18	18	36	12	2	14	84	
Kab. Sumedang	16	72	10	98	16	2	2	4	1	64	73	17	49	66	55	18	73	326	
1. Kec. Jatinangor	9	49	7	65	11	2	1	3	1	35	42	13	35	48	36	15	51	217	
2. Kec. Paseh	7	23	3	33	5		1	1		29	31	4	14	18	19	3	22	109	
Kota Depok	16	82	13	111	11	3	13	13	3	50	82	0	41	41	0	22	22	267	
1. Kec. Bojongsari	6	26	6	38	5		6	5	2	24	37		14	14		9	9	103	
2. Kec. Sukmajaya	10	56	7	73	6	3	7	8	1	26	45		27	27		13	13	164	
Kota Tasikmalaya	14	44	12	70	10	0	3	6	0	59	68	39	36	75	63	2	65	288	
1. Kec. Kawalu	6	27	7	40	6			4		32	36	21	23	44	47	2	49	175	
2. Kec. Tamansari	8	17	5	30	4		3	2		27	32	18	13	31	16		16	113	
Total	91	369	62	522	76	31	38	44	12	316	1	442	161	260	421	229	58	287	1748

Sakit) dipegang oleh dokter umum. Namun, pelayanan imunisasi dan pemantauan tumbuh kembang balita tetap dipegang oleh bidan.

Yang menjadi catatan dari penelitian ini adalah data kuantitas layanan yang didapat dari hasil pengumpulan data, tidak bisa diasumsikan mewakili data utilisasi pelayanan kesehatan setiap minggunya. Proses pengumpulan data yang dilakukan hanya 2 minggu dari total 52 minggu (dalam setahun) waktu pelayanan yang disediakan oleh FKP, hanya 3,65% dari total waktu pelayanan.

5.2 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi

Definisi Kesehatan Reproduksi dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan adalah keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi pada perempuan dan laki-laki. Setiap tahapan daur kehidupan manusia, yaitu mulai dari bayi, anak, remaja, dewasa sampai lansia, selalu berkaitan dengan Kesehatan Reproduksi. Sehingga, ruang lingkup pelayanan kesehatan reproduksi terdiri dari Kesehatan Ibu dan Anak, Keluarga Berencana (KB), Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR), Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk HIV dan AIDS, Kesehatan Reproduksi Lanjut Usia (Kespro Lansia); dan Kesehatan reproduksi lainnya, seperti kanker payudara dan kanker leher rahim (Kanker Serviks), pencegahan dan penanganan kekerasan terhadap perempuan dan anak (PP-KtP/A) (Kementerian Kesehatan, 2014).

Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) akan dibahas di subbab pelayanan antenatal, bersalin dan pascapersalinan, serta pelayanan kesehatan untuk balita. Pada subbab ini, pembahasan fokus pada pelayanan bidan untuk Wanita Usia Subur (WUS) dan PUS (Pasangan Usia Subur). WUS adalah wanita yang berumur antara 15-49 tahun dan PUS adalah pasangan suami istri yang istrinya berumur 15-49 tahun (UNFPA, ICM & WHO, 2014). Pelayanan ini terdiri dari pelayanan konsultasi/pemeriksaan Kesehatan Reproduksi untuk WUS, termasuk didalamnya Calon Pengantin (Catin), dan pelayanan KB untuk PUS.

Hasil SDKI (Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia) tahun 2017 (BKKBN, BPS, Kementerian Kesehatan, & USAID, 2018) menunjukkan enam puluh empat persen

(64%) wanita usia subur yang kawin di Indonesia menggunakan suatu alat atau metode KB tertentu. WUS yang memakai alat/metode KB modern sebanyak lima puluh delapan persen (58%) dan yang memakai KB tradisional enam persen (6%). Pada tabel di bawah ini adalah rincian pemakaian alat/metode KB modern pada WUS yang kawin:

Tabel 5.5
Gambaran Pemakaian Alat/Metode KB Modern pada Wanita Usia Subur yang Kawin berdasarkan Hasil SDKI 2017

Alat/Metode KB	Persentase Peserta KB
1. KB Suntik	29%
Terdiri dari:	
a. KB Suntik 1 bulan	4,3%
b. KB Suntik 3 bulan	24,7%
2. KB Pil	12%
3. KB Susuk/Implan	5%
4. KB Spiral/IUD	5%
5. MOW (Metode Operasi Wanita)	4%
6. KB Kondom	3%
Total KB Modern	58%

Metode Kontrasepsi Jangka Pendek terdiri dari KB suntik, pil dan kondom. KB suntik paling banyak dipilih oleh WUS yang kawin (29%) dengan perincian sebagai berikut: KB suntik 3 bulan (24,7%) dan KB suntik 1 bulan (4,3%). Pilihan berikutnya adalah pil (12%) dan kondom (3%). Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) terdiri dari susuk/implan, spiral/IUD dan MOW (Metode Operasi Wanita). Metode KB ini dipilih oleh empat belas persen (14%) WUS, dengan perincian sebagai berikut: WUS yang memilih susuk dan spiral masing-masing lima persen (5%) dan MOW tiga persen (3%). Data SDKI 2017 ini akan dijadikan referensi atau dasar dalam pengolahan data sasaran pelayanan KB.

Dalam Keputusan Menteri Kesehatan No.900/Menkes/SK/VII/2002 Tentang Registrasi Dan Praktik Bidan, pelayanan KB yang menjadi wewenang bidan atau yang bisa diberikan oleh bidan adalah sebagai berikut:

- a. Memberikan obat dan alat kontrasepsi oral, suntikan, dan alat kontrasepsi dalam rahim, alat kontrasepsi bawah kulit dan kondom
- b. Memberikan penyuluhan/konseling pemakaian kontrasepsi
- c. Melakukan pencabutan alat kontrasepsi dalam rahim

- d. Melakukan pencabutan alat kontrasepsi bawah kulit tanpa penyulit
- e. Memberikan konseling untuk pelayanan kebidanan, keluarga berencana dan kesehatan masyarakat

Dari hasil pengamatan, untuk pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Menular Seksual (IMS) jarang didapati berdiri sendiri, tapi biasanya dimasukkan pada pelayanan KIA, KRR, dan KB. Misalnya ada seorang ibu yang datang memeriksakan kehamilannya, jika berdasarkan hasil anamnesa bidan, ibu ini termasuk berisiko, maka ditawarkan untuk melakukan tes HIV atau IVA (Inspeksi Visual dengan Asam Asetat) untuk deteksi kanker leher rahim. Untuk pelayanan Kesehatan Reproduksi Lanjut Usia (Kespro Lansia), selama penelitian tidak didapati ada lansia yang datang memeriksakan dirinya ke bidan.

Pelayanan konsultasi/pemeriksaan kesehatan dan gizi untuk calon pengantin (catin) biasanya diakses oleh catin yang baru pertama kali mau menikah. Di beberapa daerah, konsultasi ini diwajibkan oleh Kantor Urusan Agama (KUA), namun ada juga daerah yang hanya sebatas anjuran. Di Puskesmas, biasanya yang bertanggung jawab untuk memberikan konsultasi/pemeriksaan kesehatan adalah bidan dan konsultasi gizi adalah ahli gizi.

5.2.1 Deskripsi Waktu Normal, Waktu Baku dan WKE Pelayanan Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi

WUS yang datang ke bidan untuk mendapatkan pelayanan KB ada yang merupakan peserta baru, ada pula yang peserta lama. Peserta KB baru adalah yang baru pertama kali mencari pelayanan KB ke bidan. Peserta KB lama adalah yang melakukan kunjungan KB ulang, seperti peserta KB suntik yang rutin datang ke bidan setiap satu atau tiga bulan sekali untuk mendapatkan suntikan ulang.

Peserta KB susuk dan spiral biasanya melakukan kontrol ke bidan setahun sekali, kecuali untuk yang baru pasang, maka maksimal pada bulan berikutnya kontrol ke bidan. Tujuannya adalah untuk memastikan bahwa susuk atau spiral masih dalam posisi yang sama ketika dipasang. Menurut seorang bidan, pelayanan kontrol spiral lebih lama dibandingkan kontrol susuk karena harus melakukan pemeriksaan dalam.

Pada pelayanan KB, saat konsultasi, bidan menambah kegiatan *Informed consent* sebelum memberikan pelayanan KB ke peserta KB. Bidan membutuhkan persetujuan dari peserta KB sebelum dilakukan tindakan ke peserta KB. Untuk pelayanan

konsultasi/pemeriksaan kesehatan untuk Calon Pengantin (Catin) atau WUS, bidan fokus memberikan konsultasi mengenai kesehatan, khususnya kesehatan reproduksi.

Tabel 5.6
Waktu Normal Pelayanan KB dan Kesehatan Reproduksi

Pelayanan	Waktu Pelayanan		
	(menit)		
	Mean	Min.	Maks.
1. Pencatatan Data	4,65	2	9
2. Konsultasi (+ <i>Informed consent</i>)	7,2	2	22
3. Pemeriksaan Fisik	2,34	2	4
4. Keluarga Berencana:			
a. memberikan KB Suntik	3,97	2	8
b. memberikan KB Pil/kondom	1,4	1	2
c. memasang/mencopot Susuk/Implan	19,86	15	27
d. memasang/mencopot Spiral/IUD	13,75	10	17
5. Kesehatan Reproduksi	17,29	15	19
Waktu Normal Pelayanan Suntik ^(1+2+3+4a)	18,16	12	30
Waktu Normal Pelayanan Pil/Kondom ^(1+2+3+4b)	15,59	14	19
Waktu Normal Pelayanan Pasang/Copot Implan ^(1+2+3+4c)	34,05	26	41
Waktu Normal Pelayanan Pasang/Copot Spiral ^(1+2+3+4d)	27,94	23	43
Waktu Normal Pelayanan Kespro Catin/WUS ⁽¹⁺²⁺³⁺⁵⁾	24,28	20	27

Keterangan: *Min. = waktu minimal atau waktu tersingkat layanan

*Maks. = waktu maksimal atau waktu terlama layanan

Pencatatan data pada pelayanan Kesehatan Reproduksi dan pelayanan KB membutuhkan waktu berkisar antara 2-9 menit, dengan waktu rata-rata 4,65 menit. Biasanya waktu yang relatif lebih lama dibutuhkan untuk mencatat data ibu yang baru pertama kali datang ke Puskesmas. Informasi yang digali oleh bidan untuk kebutuhan anamnesa adalah karakteristik WUS, riwayat penggunaan kontrasepsi, riwayat kehamilan sebelumnya dan informasi lainnya, seperti apakah ibu sedang menyusui atau tidak.

Pemeriksaan fisik ada yang dilakukan sebelum atau sesudah pencatatan data ibu. Pemeriksaan yang dilakukan adalah pengukuran tekanan darah dan berat badan. Waktu rata-rata yang dibutuhkan adalah 2,34 menit. Perbedaan waktu terlama dan tersingkat hanya 2 menit. Pada pelayanan Kesehatan Reproduksi dan pelayanan KB, komponen pemeriksaan fisik memang tidak sebanyak pada pelayanan antenatal.

Pada pelayanan KB, konsultasi yang diikuti dengan *Informed consent* dilakukan sebelum tindakan (pemberian pil, suntik, pemasangan implan atau spiral). Waktu rata-rata konsultasi 7,2 menit dengan waktu tersingkat dan terlama adalah 2 menit dan 22 menit. Peserta KB yang melakukan kunjungan ulang, biasanya tidak membutuhkan waktu lama untuk konsultasi. Tingkat pengetahuan dan kemampuan peserta KB untuk memahami penjelasan bidan juga mempengaruhi lama konsultasi. Materi konsultasi yang diberikan bidan mencakup informasi mengenai metode kontrasepsi, serta efektifitas, efek samping, dan kegagalan kontrasepsi. Dengan pemberian konsultasi, diharapkan calon peserta KB bisa menentukan pilihan metode kontrasepsinya sesuai dengan kondisi kesehatannya.

Waktu rata-rata pelayanan pemasangan implan paling lama di antara pelayanan metode KB yang lain, yaitu 19,86 menit. Berikutnya adalah pemasangan spiral 13,75 menit, suntik 3,97 menit dan terakhir pil 1,4 menit. Waktu pelayanan KB pil relatif singkat karena penjelasan mengenai cara konsumsi sudah dijelaskan pada saat konsultasi. Pada saat pengambilan data, tidak didapati pelayanan KB Kondom. Peneliti mengasumsikan waktu pelayanan KB Kondom sama dengan waktu pelayanan KB Pil, yaitu 1,4 menit.

Waktu Normal Pelayanan KB adalah waktu total pelayanan KB, yaitu penjumlahan dari waktu rata-rata pencatatan data peserta KB, pemeriksaan fisik konsultasi dan pelayanan KB. Waktu Normal untuk pelayanan KB Pil/Kondom 15,59 menit dan pelayanan KB Suntik 18,16 menit. Pemasangan spiral membutuhkan waktu 27,94 menit, sementara pemasangan susuk memiliki Waktu Normal paling lama di antara pelayanan KB yang lain, yaitu 34,05 menit.

Khusus pelayanan kesehatan reproduksi (Catin/WUS) fokus pada konsultasi. Waktu rata-rata konsultasinya 17,29 menit. Rentang antara waktu terlama dan tersingkat hanya 4 menit. Saat konsultasi, bidan menjelaskan mengenai sistem reproduksi, pendekatan siklus hidup, keluarga berencana dan proses kehamilan, serta penyakit Infeksi Menular Seksual.

Waktu Normal pelayanan ini merupakan penjumlahan dari waktu rata-rata pencatatan data WUS, pemeriksaan fisik dan konsultasi/pemeriksaan kesehatan, yaitu selama 24,28 menit. Rentang waktu terlama (27 menit) dengan tersingkat (20 menit) adalah 7 menit. Jika dipandang perlu, maka bidan bisa merujuk Catin/WUS ke Poli Umum atau unit lain di Puskesmas.

Waktu Baku pelayanan adalah waktu normal pelayanan ditambah dengan faktor kelonggaran. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 Tahun 2017 Tentang Penyusunan Formasi Jabatan Fungsional Kesehatan, ditetapkan faktor kelonggaran sebesar 30% (0,3). Waktu Baku didapat dengan mengalikan Waktu Normal dengan 130%. Waktu Kerja Efektif (WKE) suatu pelayanan didapat dengan cara membagi waktu baku pelayanan bidan dengan WKE bidan dalam setahun (99.750 menit), kemudian dikali 100%. Pada tabel di bawah ini adalah hasil perhitungan Waktu Baku dan persentase WKE Bidan untuk Pelayanan KB dan Kesehatan Reproduksi:

Tabel 5.7
Waktu Normal, Waktu Baku dan WKE
Pelayanan KB & Kesehatan Reproduksi

Pelayanan	Waktu Normal (menit)	Waktu Baku (Menit)	WKE (%)
KB Suntik	18,16	23,61	0,024
KB Pil atau Kondom	15,59	20,27	0,020
KB Susuk/Implan	34,05	44,27	0,044
KB Spiral	27,94	36,32	0,036
Kesehatan Reproduksi	24,28	31,56	0,032

Dari hasil perhitungan, maka didapat Waktu Baku pelayanan KB Pil, KB Suntik, KB Spiral dan KB Implan adalah 20,27 menit, 23,61 menit, 36,32 menit dan 44,27 menit, serta pelayanan Kesehatan Reproduksi 31,56 menit. Waktu Kerja Efektif (WKE) salah satu pelayanan, yaitu pelayanan Kesehatan Reproduksi adalah 0,032%. Artinya waktu yang dibutuhkan bidan untuk memberikan satu (1) kali pelayanan Kesehatan Reproduksi adalah 0,032% WKE seorang bidan selama setahun.

5.2.2 Deskripsi Kuantitas dan Total WKE Bidan untuk Pelayanan KB dan Kesehatan Reproduksi

Menurut Standar WHO (UNFPA, ICM & WHO, 2014), setiap WUS semestinya datang ke pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi minimal satu (1) kali dalam setahun. Untuk peserta KB disesuaikan dengan metode KB yang dipilih. Pada tahap ini, pelayanan KB suntik dibagi 2, yaitu KB Suntik 1 bulan dan KB suntik 3 bulan. Berikut adalah jadwal kunjungan untuk setiap peserta KB: KB

pil atau kondom setiap bulan, KB suntik setiap satu (1) atau tiga (3) bulan, dan peserta KB yang pasang spiral atau implan dihitung sekali.

Tabel 5.8
WKE, Kuantitas dan Total WKE Bidan untuk
Pelayanan KB & Kesehatan Reproduksi

Pelayanan	WKE (%)	Q (Kuantitas)	Total WKE (WKE x Q)
KB Suntik 1 bulan	0,024	12	0,288%
KB Suntik 3 bulan	0,024	4	0,096%
KB Pil	0,020	12	0,240%
KB Kondom	0,020	12	0,240%
KB Susuk	0,044	1	0,044%
KB Spiral	0,036	1	0,036 %
Kesehatan Reproduksi	0,032	1	0,032%

Keterangan: *Q = kuantitas/jumlah pelayanan yang dibutuhkan dalam setahun

Pada tabel di atas dapat dilihat, bahwa kebutuhan bidan yang paling besar dalam pelayanan KB adalah pelayanan untuk satu (1) orang peserta KB suntik satu (1) bulanan selama setahun, yaitu 0,288 WKE bidan setahun. Ini setara dengan 4,8 jam kerja bidan dalam setahun (setahun = 1662,5 jam kerja). Berikutnya adalah waktu pelayanan untuk peserta KB pil 0,240 WKE atau 4 jam kerja, peserta KB suntik tiga (3) bulanan 0,096 WKE atau 1,6 jam kerja, peserta KB implan 0,044 WKE atau 0,73 jam kerja, peserta KB spiral 0,036 WKE atau 0,6 jam kerja, pelayanan Kesehatan Reproduksi 0,032 WKE atau 0,53 jam kerja.

5.2.3 Deskripsi Persentase Populasi PUS yang Mendapatkan Pelayanan KB dan Catin/WUS Yang Mendapatkan Pelayanan Kesehatan Reproduksi oleh Bidan

Pada penelitian ini, Prevalensi Pemakaian Kontrasepsi Cara Modern (*modern contraceptive prevalence rate = mCPR*) menggunakan dua asumsi, yaitu konstan dan berubah sesuai target pemerintah (= Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional/BKKBN). Asumsi konstan artinya yang digunakan hanya proyeksi populasi sasaran dari tahun 2018 sampai tahun 2045, sementara *mCPR* tetap diasumsikan konstan, yaitu 58% (atau 54% yang bisa dilayani oleh bidan).

Untuk Asumsi yang berubah bisa dilihat pada tabel 5.9. Pada asumsi yang berubah, selain digunakan proyeksi populasi sasaran dari tahun 2018 sampai tahun 2045, juga mengasumsikan terjadi kenaikan yang bertahap *mCPR* mulai tahun 2020 sampai tahun 2024 di angka 63,41% (atau 59% yang bisa dilayani oleh bidan). Lalu diikuti kenaikan *mCPR* bertahap dari tahun 2024 sampai tahun 2045 di angka 80% (atau 74,5% yang bisa dilayani oleh bidan). Penelitian ini juga mengasumsikan bahwa bidan hanya dapat melayani 93,1% dari total peserta KB, dan ini diasumsikan konstan sampai tahun 2045.

Tabel 5.9
Target Prevalensi Pemakaian Kontrasepsi Cara Modern
(mCPR) sampai tahun 2045

Prevalensi Pemakaian Kontrasepsi Cara Modern (mCPR)	Tahun 2017¹	Tahun 2024²	Tahun 2045³
Prevalensi Pemakaian Kontrasepsi Cara Modern (mCPR) pada PUS (%)	58	63,41	80
Prevalensi Pemakaian Kontrasepsi Cara Modern (mCPR) pada PUS & yang bisa dilayani oleh Bidan (%)	54	59	74,5
Prosentase Pemakaian Kontrasepsi Cara Modern (mCPR) yang bisa dilayani oleh Bidan (%)	93,1%	93,1%	93,1%

Keterangan:

1= Laporan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017

2= BKKBN (2020). Rencana Strategis BKKBN 2020-2024. Jakarta: BKKBN

3= Rencana Strategis BKKBN sampai tahun 2045 (*tidak dipublikasikan*)

Dalam pelayanan KB, tidak semua peserta KB datang ke pelayanan kesehatan. Untuk peserta KB Kondom, peserta bisa mendapatkan alat tersebut di apotik atau supermarket. Atau peserta KB Pil, bisa membeli pil KBnya di apotik. Namun untuk peserta KB suntik, spiral atau implan harus datang ke pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan KB tersebut karena membutuhkan tenaga kesehatan yang terlatih untuk mendapatkan pelayanan tersebut.

Hasil pengolahan data dari data **Sistem Informasi Kependudukan & Keluarga (SIDUGA)** milik **Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN)** maka didapatkan data persentase peserta KB yang berkunjung ke fasilitas pelayanan Kesehatan (fasyankes) dan peserta KB yang mendapatkan pelayanan dari bidan. Untuk pelayanan Kesehatan Reproduksi untuk WUS atau Calon Pengantin (Catin), dari beberapa peraturan daerah, terutama untuk Catin, diarahkan ke Puskesmas, dimana di Puskesmas yang memberikan pelayanan ini adalah bidan.

Tabel 5.10
Gambaran Persentase Peserta KB dan Catin/WUS melakukan
Kunjungan ke Fasyankes dan mendapatkan pelayanan Bidan

Pelayanan	Peserta KB dan WUS Berkunjung ke Fasyankes ¹ (%)	Peserta KB & WUS yang mendapatkan pelayanan Bidan ² tahun 2018-2045 (%)	Peserta KB & WUS yang mendapatkan pelayanan Bidan tahun 2024-2045 ⁴ (%)
1. KB Suntik	100	91,66	98
2. KB Pil	69	85,84	98
3. KB Kondom	19	88,89	98
4. KB Susuk/implan	19	93,61	98
5. KB Spiral/IUD	18	82,52	98
6. Konsultasi/pemeriksaan kesehatan Catin/WUS ³	100	100	100

Keterangan:

1= [(Jumlah peserta KB Metode KB tertentu yang berkunjung ke pelayanan kesehatan) : Jumlah Peserta KB Metode tertentu] x 100% (Hasil pengolahan data dari data SIDUGA BKKBN, bulan Januari-April 2020)

2= [(Jumlah peserta KB Metode KB tertentu yang berkunjung ke bidan) : Jumlah Peserta KB Metode tertentu yang berkunjung ke fasyankes] x 100% (Hasil pengolahan data dari data SIDUGA BKKBN, bulan Januari April 2020)

3= Standar WHO (UNFPA, ICM & WHO, 2014)

4= Kementerian PPN/Bappenas, 2019

Pada tabel di atas, kolom ke dua adalah persentase Peserta KB dan WUS yang berkunjung ke fasyankes. Peserta KB suntik, semuanya akan selalu melakukan kunjungan ke fasyankes per bulan atau per tiga bulan, bergantung pada jenis KB suntik yang dipilihnya. Persentase yang terkecil adalah peserta KB spiral, yaitu 18%. Untuk kepentingan analisis, maka persentase WUS atau PUS peserta KB yang berkunjung ke fasyankes ini diasumsikan konstan oleh peneliti.

Pada kolom ke tiga adalah data persentase PUS Peserta KB dan WUS yang berkunjung ke fasyankes dan kemudian dilayani oleh bidan dari tahun 2018-2045. Pelayanan KB Suntik memiliki persentase tertinggi, yaitu sebesar 91,66%. Yang paling kecil adalah pelayanan KB Spiral, yaitu 82,52%. Data pada kolom ke tiga ini digunakan untuk menghitung kebutuhan bidan dengan asumsi konstan sampai tahun 2045.

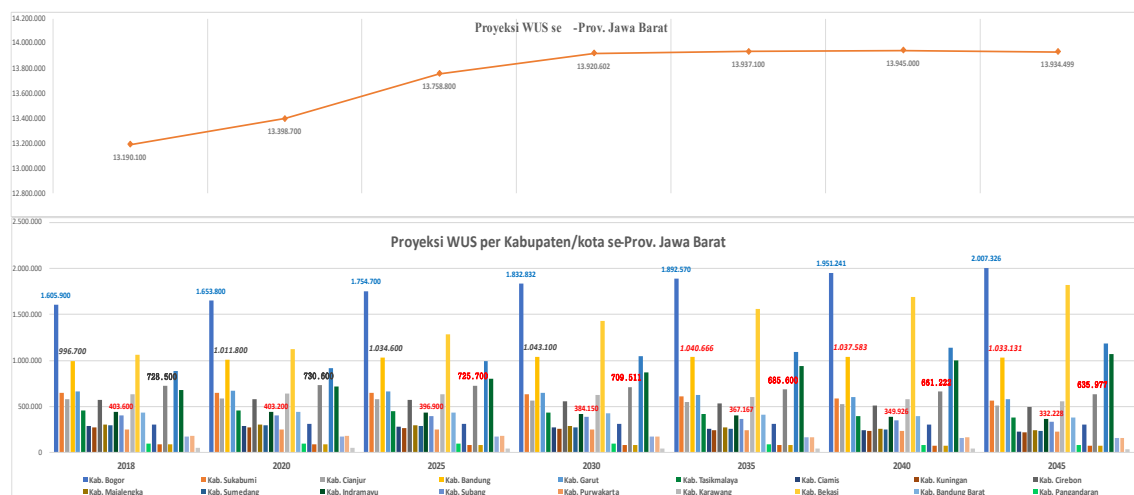
Sampai tahun 2024, pemerintah menargetkan penduduk yang menjadi peserta JKN sebesar 98% (Kementerian PPN/ Bappenas, 2019), dan kenaikan ini dihitung secara bertahap dari tahun 2020 sampai tahun 2024. Sesuai dengan standar layanan JKN, maka pelayanan KB dan Kespro harus di FKP. Untuk menghitung kebutuhan bidan berdasarkan

asumsi yang berubah (target JKN tahun 2024) maka diasumsikan persentase peserta KB yang berkunjung ke bidan meningkat secara bertahap mulai tahun 2020 sampai di tahun 2024 menjadi 98%. Presentase di tahun 2024 ini diasumsikan konstan sampai tahun 2045 (kolom ke empat).

5.2.4 Deskripsi Proyeksi Populasi WUS dan PUS per Kabupaten/kota dan Provinsi Jawa Barat dari Tahun 2018-2045

Dalam buku *Proyeksi Penduduk Indonesia 2015-2045: Hasil SUPAS 2015* (Kementerian PPN/Bappenas, BPS, & UNFPA, 2018), tidak tersedia data WUS. Yang ada adalah data penduduk perempuan yang dikelompokkan dalam 16 kelompok umur. Kelompok umur tersebut yaitu kelompok umur 0-4 tahun, 5-9 tahun, 10-14 tahun, 15-19 tahun, 20-24 tahun, 25-29 tahun, 30-34 tahun, 35-39 tahun, 40-44 tahun, 45-49 tahun, 50-54 tahun, 55-59 tahun, 60-64 tahun, 65-69 tahun, 70-74 tahun, dan terakhir 75 tahun ke atas (75+).

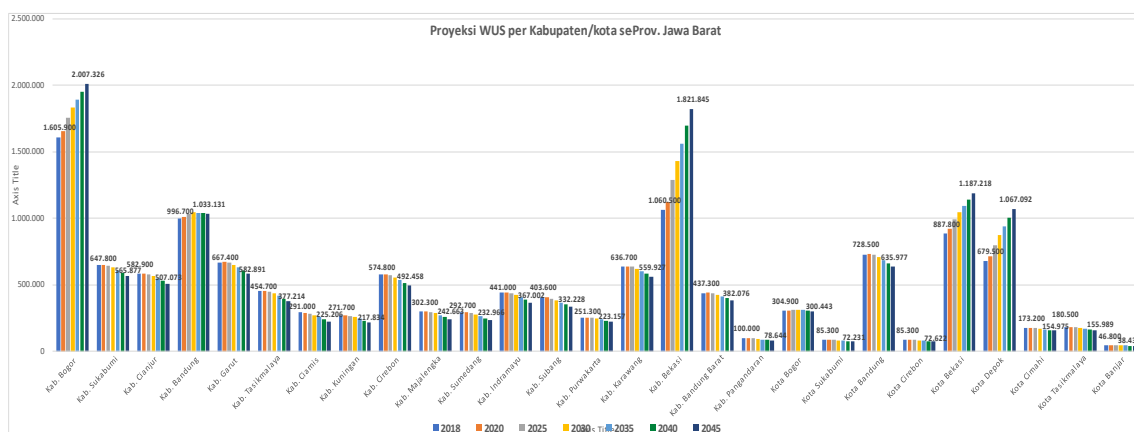
Untuk mendapatkan data populasi WUS, maka peneliti menjumlahkan penduduk perempuan dari kelompok umur 15-19 tahun sampai 45-49 tahun. Sama dengan data populasi WUS, data populasi PUS juga didapat dari hasil pengolahan data SUPAS 2015. Gambar 5.1 adalah data WUS dari tahun 2018 sampai tahun 2045.



Gambar 5.1
Proyeksi Populasi Wanita Usia Subur (WUS) tingkat Kabupaten/kota & Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045

Sumber: hasil pengolahan data dari data *Proyeksi Penduduk Indonesia 2015-2045: Hasil SUPAS 2015*. (Kementerian PPN/Bappenas, BPS, & UNFPA, 2018)

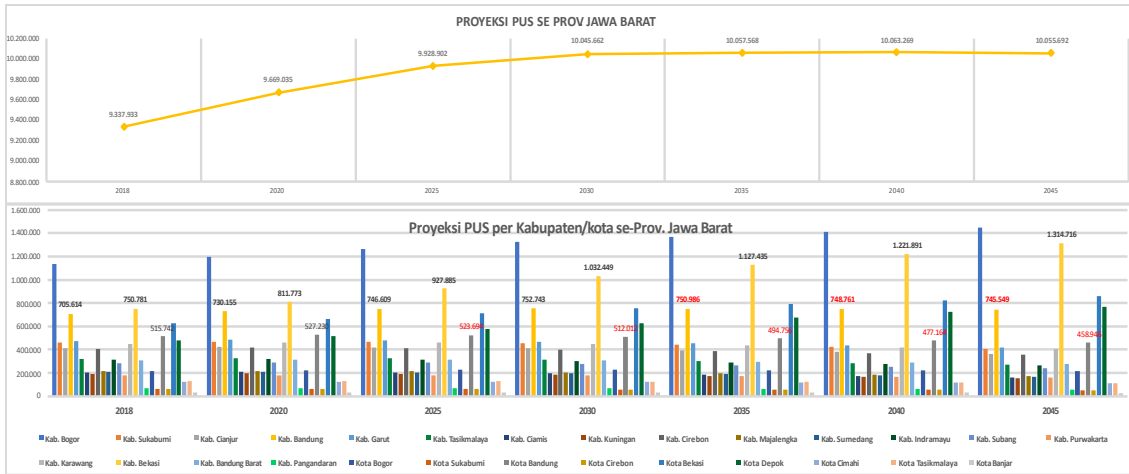
Dari data SUPAS 2015, ada perbedaan pola pertumbuhan populasi WUS tingkat provinsi dengan kabupaten/kota, dimana populasi WUS tingkat provinsi adalah penjumlahan populasi WUS seluruh kabupaten/kota. Di tingkat provinsi, populasi WUS terus bertambah sampai tahun 2040, namun laju pertumbuhannya setiap tahun semakin berkurang. Pada tahun 2041, laju pertumbuhan populasi WUS mulai negatif, yaitu jumlah populasinya berkurang atau lebih sedikit dibandingkan dengan tahun 2040. Jika dihitung persentase populasi WUS terhadap penduduk, di tahun 2018 sebesar 27,21% dan di tahun 2045 menjadi 23,10%. Persentase populasi WUS terhadap penduduk ini turun sebesar 4,11% selama 27 tahun.



Gambar 5.2
Proyeksi Populasi Wanita Usia Subur (WUS) per Kabupaten/kota se-Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045

Sumber: hasil pengolahan data dari data *Proyeksi Penduduk Indonesia 2015-2045: Hasil SUPAS 2015*. (Kementrian PPN/Bappenas, BPS, & UNFPA, 2018)

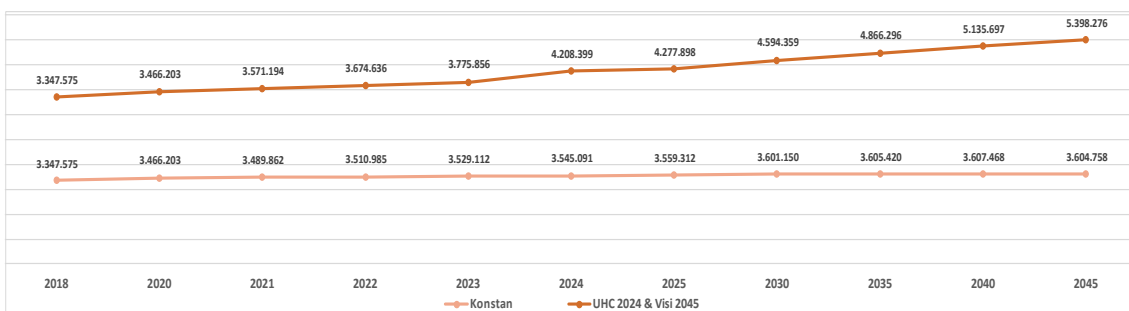
Gambar 5.2 memberikan gambaran yang lebih rinci pertumbuhan populasi WUS per kabupaten/kota mulai tahun 2018 sampai dengan tahun 2045. Pola pertumbuhan populasi WUS tingkat kabupaten/kota memiliki empat pola pertumbuhan. Pertama, ada 5 (18,5%) kabupaten/kota yang pertumbuhan populasi WUSnya terus bertambah sampai tahun 2045 seperti Kab. Bogor dan Kota Bekasi. Kedua, ada 9 (33,3%) kabupaten yang pertumbuhan populasi WUSnya sudah negatif dari tahun 2018, seperti Kab. Tasikmalaya. Ketiga, ada 12 (44,4%) kabupaten/kota yang pertumbuhan populasi WUSnya negatif mulai tahun 2022 atau 2023, seperti Kab. Sukabumi dan Kota Bandung. Terakhir, ada 1 (3,7%) kabupaten yang pertumbuhan populasi WUSnya negatif mulai tahun 2030, yaitu Kab. Bandung.



Gambar 5.3
Proyeksi Populasi Pasangan Usia Subur (PUS) tingkat Kabupaten/kota & Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045

Sumber: hasil pengolahan data dari data *Proyeksi Penduduk Indonesia 2015-2045: Hasil SUPAS 2015*. (Kementrian PPN/Bappenas, BPS, & UNFPA, 2018)

Gambar 5.3 memberikan gambaran hasil proyeksi populasi PUS dari tahun 2018 sampai dengan tahun 2045. PUS adalah bagian dari WUS, sehingga pola pertumbuhan populasi PUS tingkat provinsi memiliki pola yang sama persis dengan pola pertumbuhan populasi WUS, yaitu mulai mengalami penurunan jumlah PUS di tahun 2041. Pola pertumbuhan populasi PUS tingkat kabupaten/kota juga memiliki pola pertumbuhan yang hampir sama dengan WUS, hanya lebih sederhana, hanya memiliki tiga pola pertumbuhan. Pertama, ada 5 (18,5%) kabupaten/kota yang pertumbuhan populasi PUSnya terus bertambah sampai tahun 2045, seperti Kab. Bogor dan Kota Bekasi. Kedua, ada 21 (77,8%) kabupaten/ kota yang pertumbuhan populasi PUSnya negatif mulai tahun 2021 sampai tahun 2023, seperti Kab. Sukabumi dan Kota Bandung. Ketiga, hanya ada 1 (3,7%) kabupaten yang pertumbuhan populasi PUSnya negatif mulai tahun 2030, yaitu Kab. Bandung.



Gambar 5.4
Proyeksi Peserta KB yang dilayani oleh Bidan di Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045

Gambar 5.4 memperlihatkan proyeksi peserta KB yang dilayani oleh bidan. Grafik yang atas adalah proyeksi peserta KB yang diasumsikan berubah, pertama karena kenaikan peserta JKN dari tahun 2020-2024, dan kedua karena peningkatan Prevalensi Pemakaian Kontrasepsi Cara Modern secara bertahap antara tahun 2020-2024 serta tahun 2024-2045. Total pertambahan peserta sebanyak 2.050.701 peserta KB (61,26%). Grafik yang bawah adalah proyeksi peserta KB yang diasumsikan konstan dari tahun 2018 sampai tahun 2045 dengan pertambahan peserta sebanyak 257.183 peserta KB (7,68%). Tahun 2021, perbedaan antara jumlah peserta KB yang dihitung dengan asumsi UHC 2024 dan Visi 2045 dan asumsi konstan sebesar 81.333 peserta KB. Di tahun 2045, perbedaannya semakin banyak, yaitu 1.793.518 peserta KB.

5.2.5 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Keluarga Berencana/KB (R_{KB-t}) dan Kesehatan Reproduksi ($R_{Kespro-t}$) pada Tahun Tertentu

R_{KB-t} adalah proyeksi kebutuhan Bidan untuk seluruh pelayanan KB pada tahun tertentu. $R_{Kespro-t}$ adalah proyeksi kebutuhan Bidan untuk pelayanan Kesehatan Reproduksi pada tahun tertentu. Untuk menghitung R_{KB-t} maka harus dihitung dulu jumlah kebutuhan Bidan untuk masing-masing jenis pelayanan KB (KB Suntik 1 Bulan atau 3 Bulan, KB Pil, KB Kondom, KB Susuk atau KB Spiral), kemudian dijumlahkan kebutuhan bidan seluruh pelayanan KB. Berikut adalah persamaan matematika proyeksi kebutuhan bidan untuk masing-masing pelayanan:

$$R_{KB \text{ Suntik 1 bulan-}t} = N_{KB \text{ Suntik 2018}} \times Q_{KB \text{ Suntik 2018}} \times H_{KB \text{ Suntik-}t} \times P_{KB \text{ Suntik 1 bulan-}t}$$

$$R_{KB \text{ Suntik 3 bulan-}t} = N_{KB \text{ Suntik 2018}} \times Q_{KB \text{ Suntik 2018}} \times H_{KB \text{ Suntik-}t} \times P_{KB \text{ Suntik 3 bulan-}t}$$

$$R_{KB \text{ Pil-}t} = N_{KB \text{ Pil 2018}} \times Q_{KB \text{ Pil 2018}} \times H_{KB \text{ Pil-}t} \times P_{KB \text{ Pil-}t}$$

$$R_{KB \text{ Kondom-}t} = N_{KB \text{ Kondom 2018}} \times Q_{KB \text{ Kondom 2018}} \times H_{KB \text{ Kondom-}t} \times P_{KB \text{ Kondom-}t}$$

$$R_{KB \text{ Susuk-}t} = N_{KB \text{ Susuk 2018}} \times Q_{KB \text{ Susuk 2018}} \times H_{KB \text{ Susuk-}t} \times P_{KB \text{ Susuk-}t}$$

$$R_{KB \text{ Spiral-}t} = N_{KB \text{ Spiral 2018}} \times Q_{KB \text{ Spiral 2018}} \times H_{KB \text{ Spiral-}t} \times P_{KB \text{ Spiral-}t}$$

$$R_{Kespro-t} = N_{Kespro 2018} \times Q_{Kespro 2018} \times H_{Kespro-t} \times P_{Kespro-t}$$

Keterangan:

$R_{KB \text{ Suntik 1 bulan-}t}$ = Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan KB Suntik 1 bulan tahun t

$R_{KB \text{ Suntik 3 bulan-}t}$ = Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan KB Suntik 3 bulan tahun t

$R_{KB \text{ Pil-}t}$ = Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan KB Pil pada tahun t

$R_{KB \text{ Kondom-}t}$ = Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan KB Kondom pada tahun t

$R_{KB \text{ Susuk-}t}$ = Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan KB Susuk pada tahun t.

- $R_{KB\ Spiral-t}$ = Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan KB Spiral pada tahun t.
- $R_{Kespro-t}$ = Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Reproduksi pada tahun t.
- $N_{(KB\ atau\ Kespro)-2018}$ = Jumlah bidan yang dibutuhkan untuk memberikan 1 (satu) paket pelayanan KB (KB Suntik 1 Bulan atau 3 Bulan, KB Pil, KB Kondom, KB Susuk atau KB Spiral) atau pelayanan Kesehatan Reproduksi pada tahun 2018.
- $Q_{(KB\ atau\ Kespro)-2018}$ = Jumlah atau kuantitas (Q) layanan yang dibutuhkan per peserta KB (KB Suntik 1 Bulan atau 3 Bulan, KB Pil, KB Kondom, KB Susuk atau KB Spiral) atau Kesehatan Reproduksi pada tahun 2018
- $H_{(KB\ atau\ Kespro)-2018}$ = Persentase populasi WUS/PUS yang mencari pelayanan KB (KB Suntik 1 Bulan atau 3 Bulan, KB Pil, KB Kondom, KB Susuk atau KB Spiral) atau Kesehatan Reproduksi ke bidan pada tahun t.
- $P_{(KB\ atau\ Kespro)-t}$ = Proyeksi Jumlah WUS/PUS yang dilayani oleh bidan untuk masing-masing pelayanan KB (KB Suntik 1 Bulan atau 3 Bulan, KB Pil, KB Kondom, KB Susuk atau KB Spiral) atau Kesehatan Reproduksi pada tahun t.

Rumus untuk menghitung kebutuhan bidan seluruh pelayanan adalah sebagai berikut:

$$\begin{aligned}
 & R_{KB/Kespro-t} \\
 & = \sum_i (N_{i,2018} \times Q_{i,2018} \times H_{i,t} \times P_{i,t}) \\
 & = R_{Kespro-t} + R_{KB-t} \\
 & = R_{Kespro-t} + (R_{KB\ Suntik\ 1\ bulan-t} + R_{KB\ Suntik\ 3\ bulan-t} + R_{KB\ Pil-t} \\
 & \quad + R_{KB\ Kondom-t} + R_{KB\ Susuk-t} + R_{KB\ Spiral-t})
 \end{aligned}$$

Rumus 5.1

Keterangan:

- $R_{KB/Kespro-t}$ = Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk seluruh Pelayanan KB dan Kesehatan Reproduksi pada tahun t.
- $R_{KB\ Suntik\ 1\ bulan-t}$ = Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan KB Suntik 1 bulan pada tahun t.
- $R_{KB\ Suntik\ 3\ bulan-t}$ = Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan KB Suntik 3 bulan pada tahun t.
- $R_{KB\ Pil-t}$ = Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan KB Pil pada tahun t.
- $R_{KB\ Kondom-t}$ = Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan KB Kondom pada tahun t.
- $R_{KB\ Susuk-t}$ = Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan KB Susuk pada tahun t.
- $R_{KB\ Spiral-t}$ = Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan KB Spiral pada tahun t.
- $R_{Kespro-t}$ = Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Reproduksi pada tahun t.
- $N_{(KB\ atau\ Kespro)-t}$ = Jumlah bidan yang dibutuhkan untuk memberikan 1 (satu) paket masing-masing pelayanan KB atau Kesehatan Reproduksi pada tahun 2018.
- $Q_{(KB\ atau\ Kespro)-t}$ = Jumlah atau kuantitas (Q) layanan yang dibutuhkan per peserta KB atau WUS pada tahun 2018
- $H_{(KB\ atau\ Kespro)-t}$ = Persentase populasi WUS/PUS yang mencari pelayanan KB atau Kesehatan Reproduksi ke bidan pada tahun t.
- $P_{(KB\ atau\ Kespro)-t}$ = Proyeksi Populasi WUS/PUS untuk masing-masing pelayanan KB (KB Suntik 1 Bulan atau 3 Bulan, KB Pil, KB Kondom, KB Susuk atau KB Spiral) atau Kesehatan Reproduksi pada tahun t.
- \sum_i = Penjumlahan kebutuhan bidan dari seluruh pelayanan (KB dan Kesehatan Reproduksi) pada tahun t.
- $N_{i,2018}$ = Jumlah bidan yang dibutuhkan untuk memberikan 1 (satu) paket pelayanan KB atau Kesehatan Reproduksi pada tahun 2018.
- $Q_{i,2018}$ = Jumlah atau kuantitas (Q) per layanan yang dibutuhkan per peserta KB atau WUS pada tahun 2018
- $H_{i,t}$ = Persentase populasi WUS yang mencari pelayanan KB dan Kesehatan Reproduksi ke bidan pada tahun t.
- $P_{i,t}$ = Proyeksi Populasi WUS/PUS untuk masing-masing pelayanan KB dan Kesehatan Reproduksi pada tahun t.

Di bawah ini adalah langkah-langkah menghitung kebutuhan bidan, dimana sebagai contoh perhitungan diambil Kabupaten Bogor pada tahun 2025 dengan asumsi konstan. Langkah-langkahnya sebagai berikut:

1. Menghitung $N_{KB-2018}$ & $N_{Kespro-2018}$

N_{KB-t} adalah jumlah bidan yang dibutuhkan untuk memberikan 1 (satu) paket pelayanan KB tertentu (KB Suntik 1 Bulan atau 3 Bulan, KB Pil, KB Kondom, KB Susuk atau KB Spiral) pada tahun 2018.

$N_{Kespro-t}$ adalah jumlah bidan yang dibutuhkan untuk memberikan 1 (satu) paket pelayanan Kesehatan Reproduksi pada tahun 2018.

Tahun 2018 dipakai sebagai tahun dasar karena pengambilan datanya dilakukan di tahun 2018 dan 2019, dimana data satuannya adalah persentase Waktu Kerja Efektif (WKE) atau WKE-% Bidan.

2. Menetapkan $Q_{KB-2018}$ & $Q_{Kespro-2018}$

$Q_{KB-2018}$ adalah jumlah atau kuantitas (Q) layanan KB yang dibutuhkan untuk masing-masing peserta KB (KB Suntik 1 Bulan atau 3 Bulan, KB Pil, KB Kondom, KB Susuk atau KB Spiral) dalam setahun berdasarkan standar Kementerian Kesehatan pada tahun 2018. $Q_{Kespro-2018}$ adalah jumlah atau kuantitas (Q) layanan Kesehatan Reproduksi yang dibutuhkan oleh seorang WUS dalam setahun berdasarkan standar WHO pada tahun 2018. Tahun 2018 dipakai sebagai tahun dasar perhitungan.

Di bawah ini adalah data $N_{KB\&Kespro-2018}$ (WKE-%)-Kolom (b) dan $Q_{KB\&Kespro-2018}$ (Q)-Kolom (c) masing-masing pelayanan, serta hasil perkalian antara $N_{KB\&Kespro-2018}$ (WKE) dan $Q_{KB\&Kespro-2018}$ (Q)-Kolom (d):

Pelayanan	$N_{KB\&Kespro-2018}$ (WKE-%)	$Q_{KB\&Kespro-2018}$ (Q)	Total WKE (WKE x Q)
(a)	(b)	(c)	(d)= (b) x (c)
KB Suntik 1 bulan	0,024	12	0,288%
KB Suntik 3 bulan	0,024	4	0,096%
KB Pil	0,020	12	0,240%
KB Kondom	0,020	12	0,240%
KB Susuk	0,044	1	0,044
KB Spiral	0,036	1	0,036%
Kesehatan Reproduksi	0,032	1	0,032%

3. Menetapkan H_{KB-t} dan $H_{Kespro-t}$

H_{KB-t} adalah persentase populasi PUS peserta KB (KB Suntik 1 Bulan atau 3 Bulan, KB Pil, KB Kondom, KB Susuk atau KB Spiral) yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes), dan kemudian mendapatkan pelayanan KB dari bidan selama 1 tahun (Kolom d) pada tahun tertentu. $H_{Kespro-t}$ adalah persentase populasi WUS yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes), dan kemudian mendapatkan pelayanan Kesehatan Reproduksi dari bidan selama 1 tahun (Kolom d) pada tahun tertentu. Pada contoh perhitungan ini, H_{KB-t} dan $H_{Kespro-t}$ diasumsikan konstan

Di bawah ini adalah data $H_{KB-2018}$ dan $H_{Kespro-2018}$:

Pelayanan	Populasi PUS yang ber-KB & WUS yang datang ke Fasyankes (%)	Populasi PUS yang ber-KB & WUS yang datang ke Fasyankes yang mendapat pelayanan Bidan (%)	$H_{PUS-2018}$ dan $H_{WUS-2018}$ (%)
(a)	(b)	(c)	(d) = (b) x (c)
KB Suntik 1 bulan	100	91,66	91,66
KB Suntik 3 bulan	100	91,66	91,66
KB Pil	69	85,84	59,23
KB Kondom	19	88,89	16,89
KB Susuk	19	93,61	17,79
KB Spiral	18	82,52	14,85
Kesehatan Reproduksi	100	100	100

Peserta KB Pil yang datang ke fasyankes hanya 69% dari total peserta KB Pil. Dari 69% yang datang ke fasyankes ini, yang mendapatkan pelayanan dari bidan hanya 85,84%. Sehingga, persentase peserta KB Pil yang dilayani oleh bidan hanya 59,23% dari total peserta KB Pil.

4. Menghitung P_{KB-t} dan $P_{Kespro-t}$

P_{KB-t} adalah proyeksi populasi PUS yang menjadi peserta KB (KB Suntik 1 Bulan atau 3 Bulan, KB Pil, KB Kondom, KB Susuk atau KB Spiral) pada tahun tertentu.

$P_{Kespro-t}$ adalah proyeksi populasi WUS pada tahun tertentu.

Pada contoh perhitungan ini, maka yang menjadi contoh adalah WUS dan PUS Kab. Bogor tahun 2025:

Pelayanan (a)	Proyeksi PUS & WUS Tahun 2025 (b)	PUS yang ber-KB & WUS (%) (c)	$P_{PUS-2025}$ dan $P_{WUS-2025}$ (d) = (b) x (c)
KB Suntik 1 bulan	1.266.262	4,3	54.449
KB Suntik 3 bulan	1.266.262	24,7	312.767
KB Pil	1.266.262	12,0	151.951
KB Kondom	1.266.262	3,0	37.988
KB Susuk	1.266.262	5,0	63.313
KB Spiral	1.266.262	5,0	63.313
Kesehatan Reproduksi	1.754.700	100	1.754.700

Dari hasil perhitungan, maka jumlah peserta KB Suntik 3 bulan ($P_{PUS-2025-KB\ Suntik\ 3\ bulan}$) yang terbanyak, yaitu 312.767 peserta. Jumlah peserta KB Kondom yang paling sedikit, yaitu 37.988 peserta. Khusus untuk WUS, secara normatif diasumsikan mengakses pelayanan Konsultasi/ Kesehatan Reproduksi ini setiap tahun

5. Menghitung R_{KB-t} dan $R_{Kespro-t}$

R_{KB-t} adalah proyeksi kebutuhan bidan untuk memberikan pelayanan KB pada tahun tertentu. R_{KB-t} adalah proyeksi kebutuhan bidan untuk memberikan seluruh pelayanan KB (KB Suntik 1 Bulan atau 3 Bulan, KB Pil, KB Kondom, KB Susuk dan KB Spiral) pada tahun tertentu. $R_{KB\ Suntik\ 1\ bulan-t}$ adalah proyeksi kebutuhan bidan untuk memberikan pelayanan KB Suntik 1 Bulan pada tahun tertentu. $R_{Kespro-t}$ adalah proyeksi kebutuhan bidan untuk memberikan pelayanan Kesehatan Reproduksi pada tahun tertentu. Tahun 2025 adalah tahun contoh perhitungan, maka yang diambil adalah $R_{KB-2025}$ dan $R_{Kespro-2025}$ untuk Kabupaten Bogor. Sebagai gambaran perhitungan, diambil contoh persamaan matematika salah satu pelayanan KB, yaitu $R_{KB\ Suntik\ 1\ bulan-2025}$

$$\begin{aligned}
 R_{KB\ Suntik\ 1\ bulan-t} &= N_{KB\ Suntik\ 1\ bulan-2018} \times Q_{KB\ Suntik\ 1\ bulan-2018} \times H_{KB\ Suntik\ 1\ bulan-2018} \times P_{KB\ Suntik\ 1\ bulan-t} \\
 &= (N \times Q)_{KB\ Suntik\ 1\ bulan-2018} \times H_{KB\ Suntik\ 1\ bulan-2018} \times P_{KB\ Suntik\ 1\ bulan-t}
 \end{aligned}$$

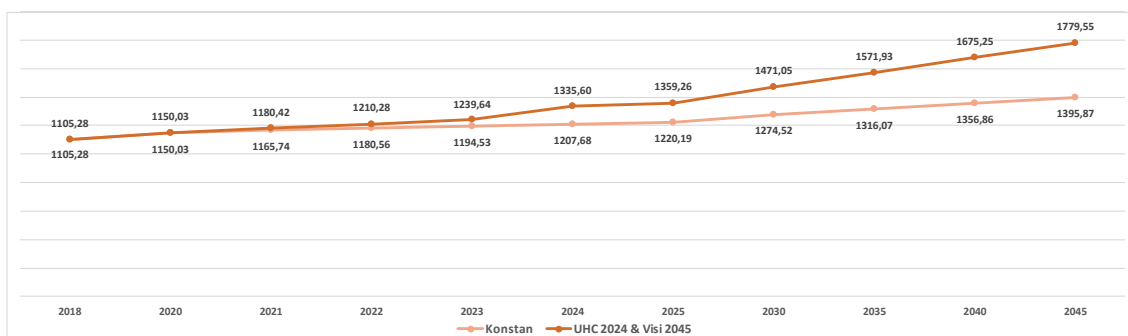
Untuk proyeksi kebutuhan bidan tahun 2025, maka:

$$R_{KB \text{ Suntik 1 bulan-2025}} = (N \times Q)_{KB \text{ Suntik 1 bulan-2018}} \times H_{KB \text{ Suntik 1 bulan-2018}} \times P_{KB \text{ Suntik 1 bulan-2025}}$$

	=	(0,288%)	x	91,66%	x	54.449	=	143,74 Bidan
$R_{KB \text{ Suntik 3 bulan-2025}}$	=	(0,096%)	x	91,66%	x	312.767	=	275,21 Bidan
$R_{KB \text{ Pil-2025}}$	=	(0,240%)	x	85,84%	x	151.951	=	216,0 Bidan
$R_{KB \text{ Kondom-2025}}$	=	(0,240%)	x	88,89%	x	37.988	=	15,4 Bidan
$R_{KB \text{ Susuk-2025}}$	=	(0,044%)	x	93,61%	x	63.313	=	4,95 Bidan
$R_{KB \text{ Spiral-2025}}$	=	(0,036%)	x	82,52%	x	63.313	=	3,39 Bidan
$R_{Kespro-2025}$	=	(0,032%)	x	100%	x	1.754.700	=	561,5 Bidan

Total Kebutuhan Bidan untuk melayani KB & Kespro pada tahun 2025 = **1.220,2** Bidan

Pada tahun 2025, proyeksi kebutuhan bidan untuk seluruh Pelayanan KB dan Kesehatan Reproduksi di Kab. Bogor adalah sebanyak 1.220,2 bidan. Pelayanan Kesehatan Reproduksi membutuhkan bidan paling banyak, yaitu 561,5 bidan atau 46,02% dari total kebutuhan. Pelayanan KB spiral membutuhkan bidan yang paling sedikit, 3,39 bidan atau 0,28% dari total kebutuhan.

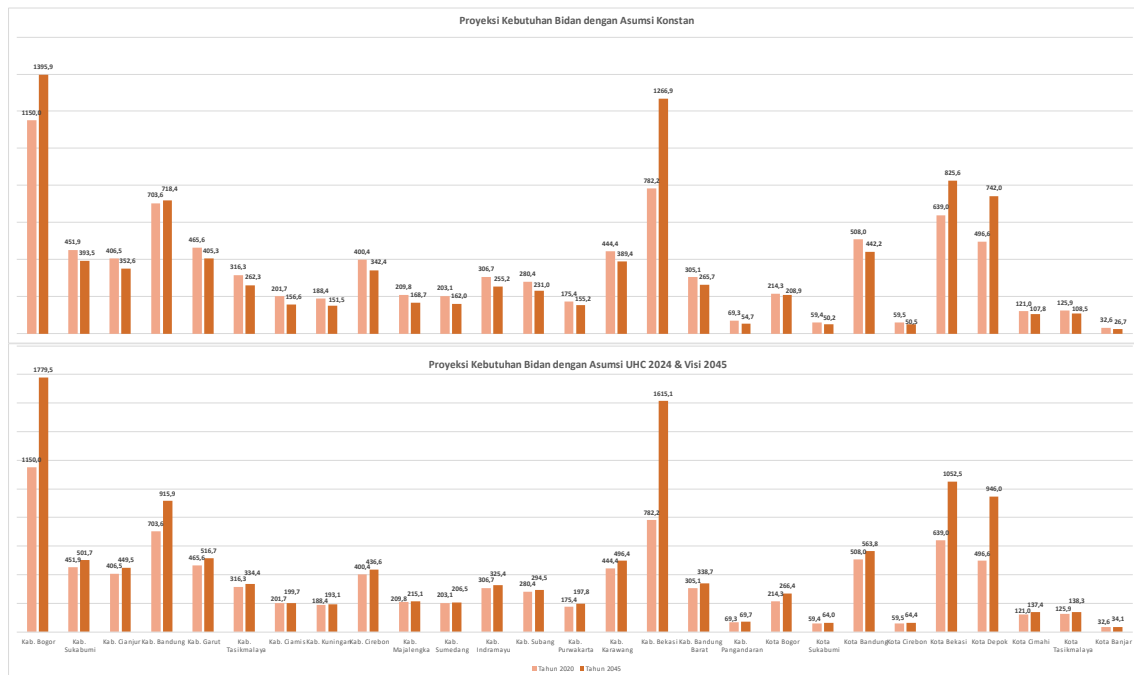


Gambar 5.5

Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan KB dan Kespro
Kab. Bogor, Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045

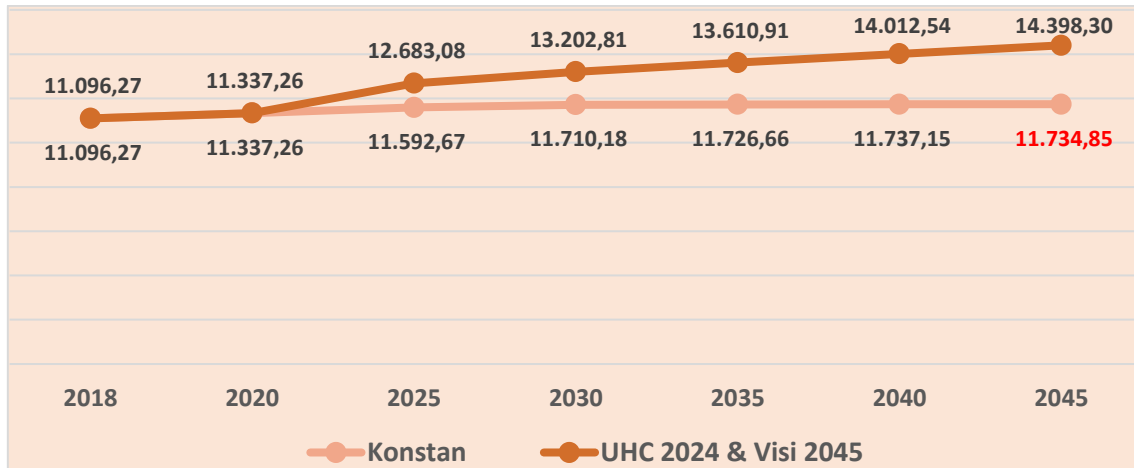
Gambar 5.5 memperlihatkan proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan KB dan Kespro. Grafik yang atas adalah proyeksi kebutuhan bidan yang diasumsikan berubah karena target UHC tahun 2024 dan peningkatan Prevalensi Pemakaian Kontrasepsi Cara Modern secara bertahap antara tahun 2020-2024 serta tahun 2024-2045. Total pertambahan kebutuhan bidan dari tahun 2018-2045 adalah sebanyak 674 Bidan (61%). 291 Bidan (61,26%). Grafik yang bawah adalah proyeksi kebutuhan yang diasumsikan konstan dari tahun 2018 sampai tahun 2045, dengan pertambahan sebanyak 291 Bidan (26,29%). Tahun 2021, perbedaan antara proyeksi kebutuhan bidan yang dihitung dengan asumsi UHC 2024 dan Visi 2045

dan asumsi kontan sebesar 41,67 Bidan. Di tahun 2045, perbedaannya semakin banyak, yaitu 383,68 bidan.



Gambar 5.6
Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan KB/Kespro
per Kabupaten/kota se-Prov. Jawa Barat Tahun 2018 dan Tahun 2045

Gambar 5.6 menggambarkan proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan KB/Kespro per Kabupaten/kota tahun 2018 dan tahun 2045. Grafik yang atas menggunakan asumsi konstan. Pola yang terbentuk mengikuti pola proyeksi populasi PUS masing-masing kabupaten/kota, karena memang dasar asumsinya yang dipakai hanya menggunakan proyeksi populasi sasaran pelayanan KB/Kespro, yaitu populasi PUS. Bisa dilihat dari grafik yang atas, ada kabupaten/kota yang mengalami kenaikan kebutuhan bidan, tetapi ada juga kabupaten/kota yang mengalami penurunan kebutuhan bidan. Grafik yang bawah menggunakan asumsi UHC 2024 dan Visi 2045, yaitu selain proyeksi populasi PUS, juga memasukkan asumsi target UHC tahun 2024 dan peningkatan Prevalensi Pemakaian Kontrasepsi Cara Modern secara bertahap dari tahun 2020 sampai tahun 2024 serta dari tahun 2024 sampai tahun 2045. Hasil proyeksi kebutuhan bidan dengan menggunakan asumsi UHC 2024 dan Visi 2045 menunjukkan hampir seluruh kabupaten/kota mengalami kenaikan kebutuhan bidan, kecuali Kab. Ciamis.



Gambar 5.7
Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan KB/Kesehatan Reproduksi
Se Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045

Hasil proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan KB/Kesehatan Reproduksi se Prov. Jawa Barat Tahun dari tahun 2018 sampai dengan tahun 2045 bisa dilihat pada gambar di atas. Hasil proyeksi ini merupakan total kebutuhan bidan seluruh kabupaten/kota. Grafik yang bawah menggunakan asumsi konstan. Pola yang terbentuk mengikuti pola proyeksi populasi PUS tingkat provinsi, dimana kebutuhan bidan terus bertambah sampai tahun 2040, dan mulai mengalami penurunan di tahun 2041. Grafik yang atas menggunakan asumsi UHC 2024 dan Visi 2045, yaitu selain proyeksi populasi PUS, juga memasukkan asumsi target UHC tahun 2024 dan peningkatan Prevalensi Pemakaian Kontrasepsi Cara Modern secara bertahap dari tahun 2020 sampai tahun 2024 serta dari tahun 2024 sampai tahun 2045. Hasil proyeksi kebutuhan bidan dengan menggunakan asumsi ini menunjukkan kecenderungan terus meningkat, dengan peningkatan sebesar 22,9% dari tahun 2018 ke tahun 2045.

5.3 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Ibu

Pelayanan Kesehatan Ibu terdiri dari pelayanan kesehatan untuk ibu hamil (=pelayanan antenatal), pelayanan ibu bersalin (= pelayanan persalinan) dan ibu nifas (=pelayanan pascapersalinan). Masing-masing populasi sasaran memiliki standar pelayanan sendiri-sendiri. Jadi dalam penyajiannya dibagi menjadi 3 bagian, yaitu proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan antenatal, pelayanan persalinan, dan pelayanan pascapersalinan.

5.3.1 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan antenatal (*Antenatal Care/ANC*)

Kehamilan adalah masa dimulai saat konsepsi sampai lahirnya janin, dengan lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu / 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir seorang wanita. Masa kehamilan dibagi dalam 3 triwulan atau trimester. Trimester pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, trimester ke-2 dari bulan ke- 4 sampai 6 bulan, dan trimester ke-3 dari bulan ke-7 sampai ke-9 (Departemen Kesehatan RI, 2007).

Seorang ibu hamil membutuhkan pelayanan antenatal atau (*Antenatal Care/ANC*) selama kehamilannya. Perawatan antenatal adalah bentuk pelayanan antenatal yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada seorang wanita selama kehamilan untuk memastikan kehamilan dan persalinan yang aman, dan mencegah komplikasi pada ibu dan bayi. ANC harus diberikan oleh tenaga kesehatan terlatih yang memiliki kompetensi khusus seperti dokter atau bidan.

Pemerintah (dalam hal ini Pemerintah Daerah Tingkat II) harus menjamin setiap ibu hamil mendapatkan ANC sesuai standar. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Kementerian Kesehatan, 2019), maka standar kuantitas ANC adalah 4 kali Kunjungan selama periode kehamilan dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Satu kali pada trimester pertama (K1).
- b. Satu kali pada trimester kedua (K2).
- c. Dua kali pada trimester ketiga (K3 dan K4).

Untuk menjaga kualitas ANC, maka Kementerian Kesehatan (2019) menetapkan standar kualitas ANC yang meliputi 10T, yaitu:

- a. Pengukuran berat badan.
- b. Pengukuran tekanan darah.
- c. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA).
- d. Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri).
- e. Penentuan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ).
- f. Pemberian imunisasi sesuai dengan status imunisasi.
- g. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet dan bila diperlukan diberikan makanan tambahan.

- h. Tes Laboratorium.
- i. Tatalaksana/penanganan kasus.
- j. Temu wicara (konseling).

5.3.1.1 Deskripsi Waktu Normal, Waktu Baku dan WKE Pelayanan Antenatal (*Antenatal Care/ANC*)

Secara umum, pelayanan Antenatal atau ANC memiliki alur sebagai berikut:

Alur 1: Ibu hamil dipanggil masuk ke Poli KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) atau ruang pemeriksaan, kemudian bidan menulis data identitas Ibu hamil dan melakukan anamnesa untuk mengetahui kondisi Ibu hamil. Setelah itu, bidan melakukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan obstetrik Ibu hamil. Sebelum memberikan konseling, biasanya bidan akan memberikan suplemen berupa tablet tambah darah dan/atau PMT ibu hamil. Terakhir, bidan akan memberikan konseling kepada Ibu hamil.

Alur 2: Ibu hamil dipanggil masuk ke Poli KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) atau ruang pemeriksaan, untuk dilakukan pemeriksaan fisik. Kemudian, bidan menulis data identitas Ibu hamil dan melakukan anamnesa untuk mengetahui kondisi Ibu hamil. Setelah itu, bidan melakukan pemeriksaan obstetrik pada Ibu hamil. Sebelum memberikan konseling, biasanya bidan akan memberikan suplemen berupa tablet tambah darah dan/atau PMT ibu hamil. Terakhir, bidan akan memberikan konseling kepada Ibu hamil.

Pada saat pengamatan, peneliti membagi pelayanan antenatal atau ANC menjadi:

1. ANC1 adalah kunjungan pertama kali ibu hamil untuk mendapatkan pelayanan antenatal dari bidan.
2. ANC2 adalah kunjungan ulang (ke-2, 3, ..., dst) ibu hamil untuk mendapatkan pelayanan antenatal dari bidan.
3. ANC-T adalah kunjungan terakhir ibu hamil sebelum bersalin untuk mendapatkan pelayanan antenatal dari bidan. Biasanya kunjungan ini dilakukan di minggu yang sama dengan perkiraan waktu persalinan.

Pada tabel di bawah ini adalah data waktu yang didapat dari hasil pengamatan ANC1, ANC2, dan ANC-T:

Tabel 5.11
Waktu Normal Pelayanan ANC1, ANC2, dan ANC-T

Pelayanan	Waktu ANC1 (menit)			Waktu ANC2 (menit)			Waktu ANC-T (menit)		
	Mean	Min.*	Maks.*	Mean	Min.*	Maks.*	Mean	Min.*	Maks.*
Pencatatan data Ibu hamil	9,68	6,00	18,00	4,09	2,00	9,00	3,00	2,00	9,00
Pemeriksaan fisik	2,82	2,00	6,00	1,98	1,00	5,00	2,70	2,00	5,00
Pemeriksaan Obstetrik	6,04	3,00	6,00	7,13	4,00	12,00	7,90	6,00	12,00
Pemberian Suplemen dan obat-obatan.	1,57	1,00	4,00	1,54	1,00	8,00	1,50	1,00	2,00
Konsultasi	9,26	5,00	24,00	7,29	3,00	15,00	12,00	8,00	19,00
Rujukan				9,60	5,00	15,00	12,50	10,00	15,00
Waktu Normal ANC	30,34	25,00	50,00	23,12	17,00	36,00	26,90	23,00	35,00

Keterangan: *Min. = waktu minimal atau waktu tersingkat layanan; *Maks. = waktu maksimal atau waktu terlama layanan

Pada saat ANC1 atau kunjungan pertama kali ibu hamil, maka informasi yang harus digali oleh bidan lumayan banyak. Informasi itu terdiri dari karakteristik ibu hamil, riwayat kehamilan sekarang, riwayat penggunaan kontrasepsi, riwayat obstetri lalu, riwayat medis lainnya dan riwayat sosial ekonomi. Waktu rata-rata untuk mencatat data ibu hamil adalah 9,39 menit. Selisih waktu maksimum (terlama) dan waktu minimum (tersingkat) adalah 14 menit. Waktu terlama 18 menit, karena ibu hamil harus mengingat kembali kondisi sebelum kehamilan yang sekarang. Waktu minimum (= tersingkat) adalah 4 menit. Hal ini terjadi jika ibu hamil pernah berkunjung sebelumnya, misalnya sebagai pasien Keluarga Berencana (KB), maka informasi mengenai karakteristik dan riwayat penggunaan kontrasepsi sudah ada. Untuk ANC 2 dan ANC-T, waktu rata-rata yang dibutuhkan untuk pencatatan data sudah lebih singkat, yaitu 4,10 menit dan 2,97 menit, serta perbedaan waktu terlama dan tersingkatnya lebih pendek, yaitu 7 menit.

Pemeriksaan fisik saat kunjungan pertama yang diperiksa adalah tekanan darah, berat dan tinggi badan, Lingkar Lengan Atas (LILA), serta kondisi fisik yang umum, seperti apakah muka ibu hamil terlihat pucat atau tidak. Pada kunjungan berikutnya, maka yang diukur adalah tekanan darah dan berat badan, ditambah dengan pemeriksaan lain yang terkait dengan masalah yang telah teridentifikasi pada kunjungan sebelumnya, seperti apakah ada pembengkakan atau tidak pada kaki ibu hamil. Variasi waktu rata-rata pemeriksaan fisik antara ANC1, ANC2, dan ANC-T tidak terlalu besar, yaitu 0,79 menit (1,96 – 2,75 menit). Perbedaan waktu terlama dan tersingkat yang cukup besar ada di ANC1, yaitu 6 menit. Salah satu penyebabnya adalah perbedaan kondisi fisik dari setiap ibu hamil yang diperiksa oleh bidan.

Pemeriksaan obstetrik terdiri dari pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri), penentuan presentasi janin dan penghitungan Denyut Jantung Janin (DJJ). Waktu rata-rata pemeriksaan ini cenderung mengalami kenaikan seiring dengan bertambahnya usia kehamilan, yaitu ANC1 selama 6,21 menit, ANC2 selama 7,20 menit, dan ANC-T selama 7,82 menit. Pada ANC terakhir, pemeriksaan obstetrik harus lebih teliti karena persiapan menjelang persalinan.

Pemberian suplemen ke ibu hamil berupa tablet tambah darah dan PMT (Pemberian Makanan Tambahan) ibu hamil. Obat-obatan diberikan ke ibu hamil sesuai dengan keluhan. Saat pemberian suplemen atau obat-obatan, bidan juga menjelaskan cara mengkonsumsi dan efek sampingnya. Pada ANC1 dan ANC 2, seluruh ibu hamil (100%) mendapatkan suplemen atau obat-obatan, namun pada ANC-T yang mendapatkan suplemen atau obat-obatan hanya 2 (dua) ibu hamil (1,2%). Waktu rata-rata pelayanan ini berkisar 1,50-1,63 menit di ANC 1 dan ANC2.

Waktu rata-rata konsultasi untuk ANC1, ANC2, dan ANC-T masing-masing 8,94 menit, 7,40 menit, dan 12,38 menit. Saat konsultasi, bidan menjelaskan kepada ibu hamil antara lain mengenai perkiraan persalinan, perubahan fisik yang terjadi selama kehamilan, makanan apa yang harus dikonsumsi, dan rencana tempat bersalin. Khusus saat ANC-T, bidan harus menjelaskan persiapan persalinan kepada ibu hamil, sehingga waktu rata-rata konsultasinya paling lama. Rentang yang besar antara waktu konsultasi terlama dan tersingkat disebabkan interaksi antara bidan dan ibu hamil. Kemampuan ibu hamil dalam memahami penjelasan bidan sangat bervariasi, ada yang dengan cepat memahami, namun ada juga yang lama atau sulit memahami penjelasan bidan. Sebaliknya, kemampuan bidan dalam menjelaskan juga mempengaruhi mudah atau tidaknya ibu hamil memahami penjelasan bidan.

Kasus rujukan didapati di ANC2 dan ANC-T. Pada ANC2, ibu hamil yang membutuhkan pelayanan rujukan sebanyak 10 orang atau 2,4% dari total pengamatan. Ibu hamil ini dirujuk ke fasilitas Kesehatan tingkat lanjut (FKTL) untuk mendapatkan pemeriksaan lebih lanjut dari dokter spesialis kandungan. Sementara, saat ANC terakhir, ketika ibu hamil mendapat rujukan ke FKTL, berarti ibu hamil membutuhkan pelayanan persalinan di FKTL. Jumlah ibu hamil yang mendapat rujukan untuk bersalin di FKTL sebanyak 8 orang atau 4,8% dari total pengamatan. Waktu rata-rata pelayanan rujukan pada ANC 2 selama 9,60 menit dan ANC-T 2 selama 13,00 menit.

Waktu Normal pelayanan antenatal adalah Waktu Total. Waktu Total adalah hasil penjumlahan dari waktu rata-rata pencatatan data ibu hamil, pemeriksaan fisik dan obstetrik, pemberian suplemen dan obat-obatan, konsultasi dan rujukan. Waktu normal ANC 1, ANC 2, dan ANC-T masing-masing adalah 28,92 menit, 23,41 menit, dan 27,38 menit. Selisih waktu yang terlama dan tersingkat dari keseluruhan ANC adalah 24-27 menit,

Waktu Baku Pelayanan Antenatal (ANC1, ANC2, dan ANC-T) didapat dengan menjumlahkan waktu normal dengan faktor kelonggaran. Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 Tahun 2017 Tentang Penyusunan Formasi Jabatan Fungsional Kesehatan, faktor kelonggaran yang digunakan sebesar 30% (0,3). Penghitungan persentase Waktu Kerja Efektif (WKE) Bidan didapat dengan cara membagi waktu baku dengan WKE bidan dalam setahun (99.750 menit), kemudian dikali 100%. Pada tabel di bawah ini adalah hasil perhitungan Waktu Baku dan persentase WKE Bidan untuk masing-masing pelayanan:

Tabel 5.12
Waktu Normal, Waktu Baku dan WKE Pelayanan Antenatal (ANC)

Pelayanan	Waktu Normal (menit)	Waktu Baku (Menit)	WKE (%)
ANC1	30,34	39,44	0,040
ANC2	23,11	30,06	0,030
ANC-T	26,90	34,97	0,035

Pada tabel di atas, didapat Waktu Baku dan WKE dari ketiga kelompok ANC. ANC1 adalah 39,44 menit atau 0,040% WKE. Artinya waktu yang dibutuhkan bidan untuk memberikan satu (1) kali ANC1 adalah 0,040% WKE seorang bidan selama setahun. Atau, jika seorang bidan hanya dibebankan pekerjaan memberikan ANC1 selama satu tahun kerja, maka bidan tersebut bisa melayani 2529 ibu hamil.

5.3.1.2 Deskripsi Kuantitas dan Total WKE Bidan untuk Pelayanan Antenatal

Dalam penelitian ini, penghitungan proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan antenatal menggunakan dua standar, yaitu standar Kementerian Kesehatan dan standar WHO. Pada saat penelitian didapati di semua tempat penelitian, jika ibu hamil ditanya apakah mereka datang setiap bulan ke bidan untuk memeriksakan kehamilan, mereka menjawab selalu datang untuk memeriksakan kehamilannya ke bidan setiap bulan. Ketika

hal ini dikonfirmasi ke bidan, mereka menjawab iya, hampir semua ibu hamil datang setiap bulan untuk memeriksakan kehamilannya. Sehingga jika proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan antenatal hanya dihitung berdasarkan standar Kementerian Kesehatan saja, maka hasilnya akan jauh lebih kecil dibandingkan kebutuhan bidan di lapangan.

Selama masa kehamilannya, sesuai dengan Standar Kementerian Kesehatan, seorang ibu hamil membutuhkan pelayanan antenatal minimal empat (4) kali. Sementara The World Health Organization (WHO, 2016) menetapkan standar kuantitas pelayanan antenatal sebanyak delapan (8) kali kunjungan selama masa kehamilan. Berikut adalah jadwal kunjungan pelayanan antenatal untuk ibu hamil:

Kunjungan ke-1: pada 12 minggu awal kehamilan,

Kunjungan ke-2: pada minggu ke 20 kehamilan

Kunjungan ke-3: pada minggu ke 26 kehamilan

Kunjungan ke-4: pada minggu ke 30 kehamilan

Kunjungan ke-5: pada minggu ke 34 kehamilan

Kunjungan ke-6: pada minggu ke 36 kehamilan

Kunjungan ke-7: pada minggu ke 38 kehamilan

Kunjungan ke-8: pada minggu ke 40 kehamilan

Pada tabel di bawah ini adalah rincian kuantitas dan WKE pelayanan yang dibutuhkan ibu hamil berdasarkan standar Kemenkes dan standar The World Health Organization (WHO, 2016):

Tabel 5.13
Kuantitas dan Total WKE Bidan untuk Pelayanan Antenatal

Pelayanan	Standar Kementerian Kesehatan			Standar WHO ¹		
	WKE (%)	Q (Kuantitas)*	Total WKE (WKE x Q)	WKE (%)	Q (Kuantitas)*	Total WKE (WKE x Q)
ANC1	0,040	1	0,040 %	0,038	1	0,040%
ANC2	0,030	2	0,060%	0,031	6	0,181%
ANC-T	0,035	1	0,035%	0,036	1	0,035%
Total		4	0,135%		8	0,255%

Keterangan:

¹ The World Health Organization (WHO, 2016)

* *Q = kuantitas/jumlah pelayanan yang dibutuhkan selama kehamilan

Untuk memberikan pelayanan antenatal untuk satu (1) ibu hamil sesuai dengan Standar Kemenkes dibutuhkan 0,136% WKE bidan setahun. Ini setara dengan 2,24

jam kerja bidan (setahun = 1662,5 jam kerja). Jika memakai standar WHO, maka untuk melayani satu (1) ibu hamil membutuhkan 0,255% WKE bidan setahun, atau sama dengan 4,25 jam kerja bidan.

5.3.1.3 Deskripsi Persentase Populasi Ibu hamil yang Mencari Pelayanan Antenatal ke Bidan

Tabel 5.14
Persentase Populasi Ibu hamil yang Mengakses Pelayanan Antenatal dan dilayani oleh Bidan

Jenis Pelayanan	Tahun 2018 - 2024 (%)
Pelayanan Antenatal	86,1% -87,1%

Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018 (Riskesdas 2018) memperlihatkan bahwa persentase populasi ibu hamil yang mengakses pelayanan antenatal dan dilayani oleh bidan adalah sebesar 86,1%, sisanya dilayani oleh dokter umum (0,9%), perawat (0,1%), dan dokter spesialis kebidanan (12,9%). Dalam penelitian ini, ada dua asumsi, yaitu konstan dan berubah karena target UHC 2024. Asumsi konstan adalah dari tahun 2018 sampai tahun 2045, ibu hamil yang dilayani oleh bidan tetap 86,1%.

BPJS Kesehatan menetapkan ibu hamil yang sehat harus memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan di Fasilitas Kesehatan Pertama (FKP) atau primer. Tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan antenatal di FKP, terutama Puskesmas dan jejaringnya didominasi oleh bidan. Pada asumsi berubah, maka ibu hamil yang dilayani oleh bidan naik secara bertahap sampai tahun 2024 menjadi 87,1% karena ada pengalihan pelayanan dari dokter umum dan perawat ke bidan, sisanya tetap membutuhkan penanganan dokter spesialis kebidanan. Pengalihan dari dokter umum ke bidan karena dokter umum bertanggung jawab untuk menangani 144 kasus di fasilitas kesehatan primer. Asumsi ini juga tetap mengasumsikan persentase 87,1% ini diasumsikan konstan dari tahun 2024 sampai dengan tahun 2045.

5.3.1.4 Deskripsi Proyeksi Populasi Ibu hamil per Kabupaten/kota dan Provinsi Jawa Barat dari Tahun 2018-2045

Badan Pusat Statistik tidak menyediakan data proyeksi populasi ibu hamil. Untuk mendapatkan data ini, peneliti harus menghitung sendiri dari data yang tersedia. Data yang tersedia di database *Proyeksi Penduduk Indonesia 2015-2045 Hasil SUPAS 2015*

adalah data proyeksi **CBR (Crude Birth Rate)** dan penduduk dari tahun 2015-2045 (Kementrian PPN/Bappenas, BPS, & UNFPA, 2018). CBR adalah banyaknya kelahiran pada tahun tertentu per 1000 penduduk (Hatmadji, Sri H. dalam Dasar-Dasar Demografi, 2007) Data CBR yang tersedia adalah data CBR tingkat Provinsi Jawa Barat, data tingkat kabupaten/kota tidak tersedia, sehingga data CBR tingkat provinsi diasumsikan sama dengan CBR tingkat kabupaten/kota.

Peneliti menggunakan rumus UNFPA (UNFPA, UNHCR, dan WHO, 1999) untuk menghitung proyeksi populasi Ibu Hamil, nilai koefisien yang digunakan **1,15**:

$$P_{Antenatal-t} = 1,15 \times \text{Proyeksi Populasi Bayi}_t$$

[Rumus 5.2](#)

$$\begin{aligned} \text{Proyeksi Populasi Bayi}_t \\ = CBR_t \times \text{Proyeksi Penduduk}_t \end{aligned}$$

[Rumus 5.3](#)

Keterangan:

$P_{Antenatal-t}$ = proyeksi populasi Ibu Hamil pada tahun tertentu

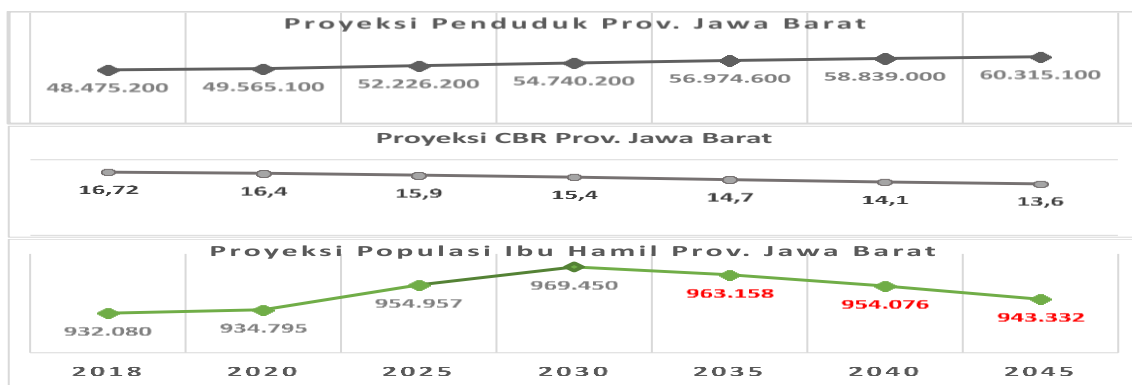
Proyeksi Populasi Bayi_t = proyeksi populasi Bayi pada tahun tertentu

CBR_t = *Crude Birth Rate (CBR)* atau Angka Kelahiran Kasar pada tahun tertentu

Proyeksi Penduduk_t = proyeksi penduduk pada tahun tertentu

Untuk mendapatkan data proyeksi populasi Ibu Hamil pada tahun tertentu ($P_{Antenatal-t}$) dibutuhkan dua langkah, yaitu:

- Langkah pertama adalah menghitung Proyeksi Populasi Bayi pada tahun tertentu (**Proyeksi Populasi Bayi_t**), yaitu mengalikan *CBR* tahun tertentu (CBR_t) dengan Proyeksi Penduduk pada tahun yang sama (**Proyeksi Penduduk_t**).
- Langkah kedua adalah mengalikan **Proyeksi Populasi Bayi_t** dengan nilai koefisien 1,15 untuk mendapatkan data Proyeksi Populasi Ibu Hamil pada tahun yang sama ($P_{Antenatal-t}$).

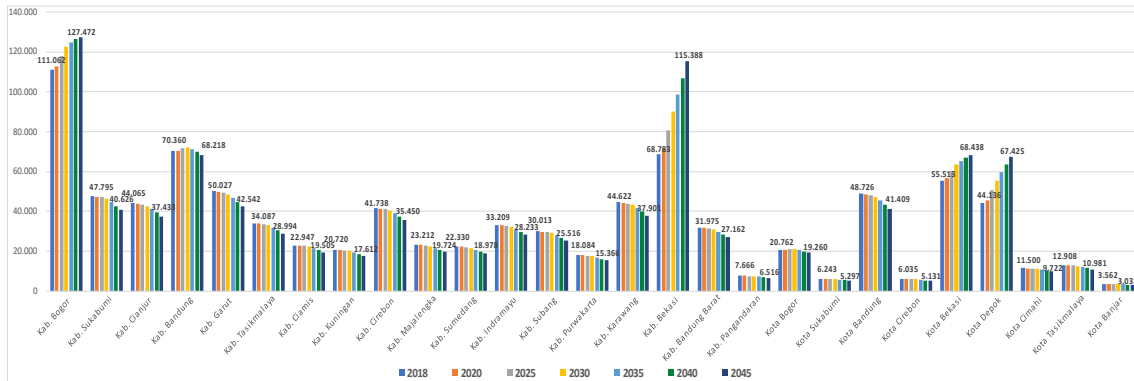


Gambar 5.7

Proyeksi Penduduk, CBR dan Populasi Ibu Hamil Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045

Sumber: hasil pengolahan data dari data *Proyeksi Penduduk Indonesia 2015-2045: Hasil SUPAS 2015*. (Kementrian PPN/Bappenas, BPS, & UNFPA, 2018)

Gambar 5.7 memperlihatkan hasil proyeksi Penduduk, CBR dan populasi Ibu Hamil Prov. Jawa Barat mulai tahun 2018 sampai dengan tahun 2045. Ketiga hasil proyeksi ini memiliki pola pertumbuhan yang berbeda. Penduduk Jawa Barat memiliki tren untuk terus bertambah sampai dengan tahun 2045, sementara CBR cenderung terus turun. Populasi ibu hamil dari tahun 2018 terus bertambah sampai dengan tahun 2030, namun mulai mengalami penurunan di tahun 2031.



Gambar 5.8
 Proyeksi Populasi Ibu Hamil per Kabupaten/kota se-Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045
 Sumber: hasil pengolahan data dari data *Proyeksi Penduduk Indonesia 2015-2045: Hasil SUPAS 2015*.
 (Kementrian PPN/Bappenas, BPS, & UNFPA, 2018)

Untuk menjelaskan lebih rinci hasil proyeksi ibu hamil per kabupaten/kota, maka bisa dilihat pada Gambar 5.8 Pola pertumbuhan populasi ibu hamil agak berbeda dengan pola pertumbuhan WUS/PUS. Pola pertama, ada 4 (15%) kabupaten/kota yang jumlah ibu hamilnya cenderung bertambah sampai tahun 2045, seperti Kab. Bogor dan Kota Bekasi. Kedua, ada 21 (78%) kabupaten/kota yang pertumbuhan populasi ibu hamilnya sudah negatif dari tahun 2019, seperti Kab. Sukabumi dan Kota Cimahi. Terakhir, ada 2 (8%) kabupaten/kota yang pertumbuhannya negatif mulai tahun 2029 atau 2031, seperti Kota Bogor dan Kab. Bandung.

5.3.1.5 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Antenatal pada Tahun Tertentu ($R_{Antenatal-t}$)

$R_{Antenatal-t}$ adalah proyeksi kebutuhan Bidan untuk pelayanan antenatal pada tahun tertentu. Berikut adalah persamaan matematika proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan antenatal:

$$R_{Antenatal-t} = N_{Antenatal-2018} \times Q_{Antenatal-2018} \times H_{Antenatal-2018} \times P_{Antenatal-t}$$

Keterangan:

- $R_{Antenatal-t}$ = Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk pelayanan antenatal tahun 2018.
 Jumlah bidan yang dibutuhkan untuk memberikan 1 (satu) paket pelayanan antenatal
 $N_{Antenatal-2018}$ = tahun 2018.
 Standar jumlah atau kuantitas layanan yang dibutuhkan per Ibu Hamil selama 1 tahun
 $Q_{Antenatal-2018}$ = di tahun 2018.
 Persentase populasi Ibu Hamil yang mencari pelayanan antenatal ke bidan tahun 2018
 $H_{Antenatal-2018}$ = Proyeksi populasi Ibu Hamil pada tahun tertentu
 $P_{Antenatal-t}$ =

Pada subbab 5.2 (Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi), ‘Kabupaten Bogor tahun 2025’ dijadikan sebagai contoh perhitungan. Untuk memudahkan contoh perhitungan, maka di subbab ini, ‘Kabupaten Bogor tahun 2025’ kembali dijadikan sebagai contoh perhitungan dengan menggunakan asumsi konstan. Langkah-langkahnya adalah sebagai berikut:

1. Menghitung $N_{Antenatal-2018}$

$N_{Antenatal-2018}$ adalah jumlah bidan yang dibutuhkan untuk memberikan 1 kali pelayanan antenatal (ANC 1, ANC 2 dan ANCT) pada seorang Ibu Hamil selama masa kehamilannya. Tahun 2018 dipakai sebagai tahun dasar karena pengambilan datanya dilakukan di tahun 2018 dan 2019, dimana satuannya adalah persentase Waktu Kerja Efektif (WKE) atau WKE-% Bidan. Data ini diasumsikan konstan untuk tahun-tahun berikutnya.

2. Menetapkan $Q_{Antenatal-2018}$

Adalah jumlah atau kuantitas (Q) layanan yang dibutuhkan per Ibu Hamil selama masa kehamilannya. Tahun 2018 dipakai sebagai tahun awal perhitungan.

Di bawah ini adalah data $N_{Antenatal-2018}$ (WKE-%) dan $Q_{Antenatal-2018}$ (Q) masing-masing pelayanan berdasarkan standar Kemenkes dan WHO, serta hasil perkalian antara $N_{Antenatal-2018}$ (WKE) dan $Q_{Antenatal-2018}$ (Q):

Pelayanan	Standar Kementerian Kesehatan			Standar WHO		
	$N_{Antenatal-2018}$ (WKE-%) (b)	$Q_{Antenatal-2018}$ (Q) (c)	Total WKE (WKExQ) (d)=(b)x(c)	$N_{Antenatal-2018}$ (WKE-%) (b)	$Q_{Antenatal-2018}$ (Q) (c)	Total WKE (WKExQ) (d)=(b)x(c)
ANC1	0,038	1	0,038%	0,038	1	0,038%
ANC2	0,031	2	0,062%	0,031	6	0,18%
ANC-T	0,036	1	0,036%	0,036	1	0,036%
Total		4	0,136%		8	0,260%

3. Menetapkan $H_{Antenatal-2018}$

$H_{Antenatal-2018}$ adalah persentase populasi Ibu Hamil yang mencari pelayanan antenatal ke bidan selama masa kehamilannya. Di atas telah disebutkan jika persentasenya adalah 86,1% dan diasumsikan konstan sampai tahun 2045.

4. Menghitung $P_{Antenatal-t}$

$P_{Antenatal-t}$ adalah proyeksi populasi Ibu Hamil yang membutuhkan layanan antenatal pada tahun tertentu. $P_{Antenatal-2025}$ adalah proyeksi populasi Ibu Hamil pada tahun 2025, dimana Kabupaten Bogor dijadikan sebagai contoh. Dari hasil perhitungan didapat sebanyak 120.301 Ibu Hamil.

5. Menghitung $R_{Antenatal-t}$

$R_{Antenatal-t}$ adalah proyeksi kebutuhan bidan untuk memberikan pelayanan antenatal pada tahun tertentu.

$R_{Antenatal-2025}$ adalah proyeksi kebutuhan bidan untuk memberikan pelayanan antenatal pada tahun 2025, dimana tahun 2025 adalah tahun contoh perhitungan, dan kabupaten/kota yang diambil adalah Kab. Bogor. Berikut adalah perhitungan kebutuhan bidan untuk pelayanan antenatal Kab. Bogor tahun 2025:

$$\begin{aligned} R_{Antenatal-2025} &= N_{Antenatal-2018} \times Q_{Antenatal-2018} \times H_{Antenatal-2018} \times P_{Antenatal-2025} \\ &= (N \times Q)_{Antenatal-2018} \times H_{Antenatal-2018} \times P_{Antenatal-2025} \end{aligned}$$

Untuk perbandingan, proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan antenatal dihitung dengan menggunakan dua standar, yaitu Standar Kementerian Kesehatan dan Standar WHO. Berikut adalah perhitungannya:

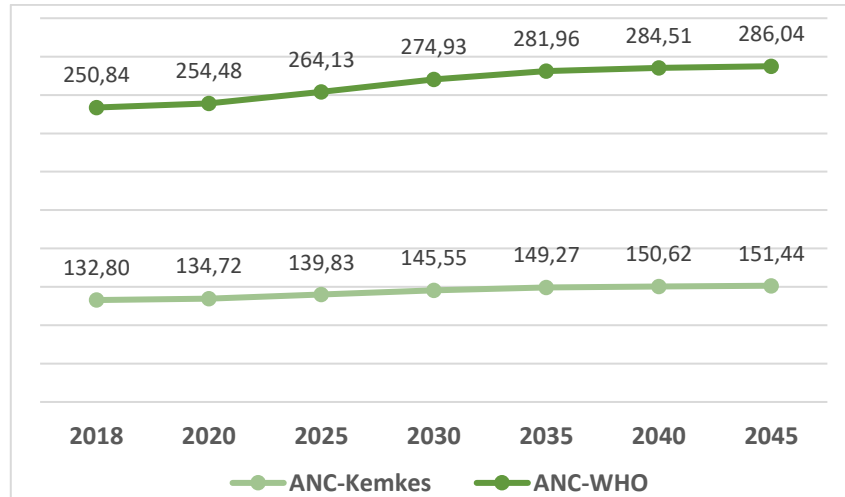
Standar Kementerian Kesehatan:

$$\begin{aligned} R_{Antenatal-2025} &= (N \times Q)_{Antenatal-2018} \times H_{Antenatal-2018} \times P_{Antenatal-2025} \\ &= 0,136\% \quad \times \quad 86,1\% \quad \times \quad 120.301 \\ &= 139,83 \text{ Bidan} \end{aligned}$$

Berdasarkan Standar WHO:

$$\begin{aligned} R_{Antenatal-2025} &= (N \times Q)_{Antenatal-2018} \times H_{Antenatal-2018} \times P_{Antenatal-2025} \\ &= 0,260\% \quad \times \quad 86,1\% \quad \times \quad 120.301 \\ &= 264,13 \text{ Bidan} \end{aligned}$$

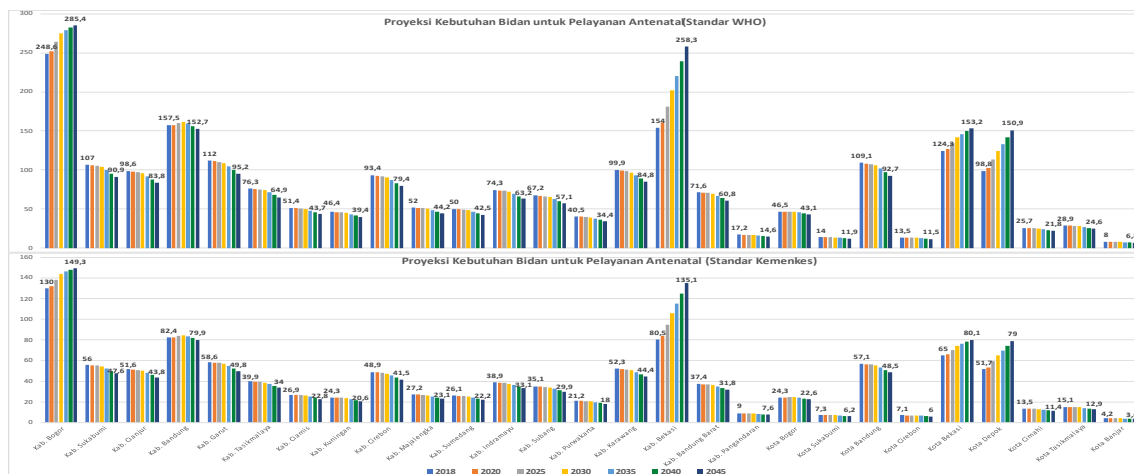
Dari hasil perhitungan, proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan antenatal Kab. Bogor di tahun 2025, berdasarkan Standar Kementerian Kesehatan sebanyak 139,83 Bidan dan Standar WHO sebanyak 264,13 Bidan. Kebutuhan bidan berdasarkan standar WHO hampir dua kali lipat (1,89x) dibandingkan dengan standar Kemenkes.



Gambar 5.9

Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Antenatal (asumsi konstan) Kab. Bogor, Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045

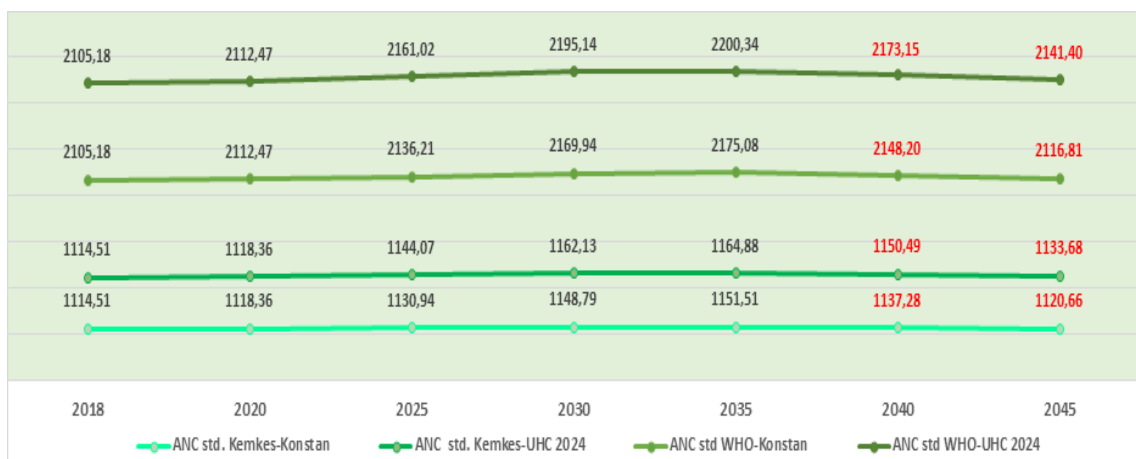
Gambar di atas memberikan gambaran proyeksi kebutuhan bidan untuk Pelayanan Antenatal Kab. Bogor dari tahun 2018-2045 dengan asumsi konstan. Proyeksi kebutuhan bidan berdasarkan Standar Kemenkes bertambah sebanyak 18,64 Bidan selama 27 tahun, sementara dengan Standar WHO, kebutuhan bidan bertambah sebanyak 35,20 Bidan. Namun secara persentase, pertambahannya sama, yaitu 14,03% selama 27 tahun.



Gambar 5.10

Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Antenatal (Asumsi Konstan)
per Kabupaten/kota se-Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045

Pada Gambar di atas digambarkan dengan lebih rinci Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Antenatal per Kabupaten/kota proyeksi populasi ibu hamil per kabupaten/kota. Pola Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Antenatal ini sama dengan Pola Proyeksi Pertumbuhan Ibu Hamil. Ada 3 pola, yaitu kabupaten/ kota yang kebutuhan bidannya cenderung bertambah sampai tahun 2045, kebutuhan bidannya cenderung sedang berkurang di tahun 2019, serta kebutuhan bidannya baru mulai berkurang di tahun 2029 atau 2031.



Gambar 5.11
Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Antenatal
Se Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045

Gambar di atas memperlihatkan perbandingan proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan antenatal berdasarkan Standar Kemenkes (kurva bawah) dan Standar WHO (kurva atas) se Prov. Jawa Barat Tahun dari tahun 2018 sampai dengan tahun 2045 dengan masing-masing menggunakan dua asumsi, yaitu konstan dan UHC 2024. Pola grafik di atas menunjukkan kebutuhan bidan terus bertambah sampai tahun 2035, dan mulai menurun di tahun 2036. Kebutuhan bidan berdasarkan Standar WHO hampir dua kali lipat (1,9 kali) dibandingkan Standar Kemenkes di kedua asumsi.

5.3.2 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Persalinan

Pelayanan persalinan adalah Pelayanan Kesehatan Masa Melahirkan, yang selanjutnya disebut Persalinan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang ditujukan pada ibu sejak dimulainya persalinan hingga 6 (enam) jam sesudah melahirkan

(Kementerritan Kesehatan, 2014). Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual, Persalinan harus dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Pelayanan persalinan yang diberikan pada ibu bersalin dilakukan sesuai dengan standar Asuhan Persalinan Normal (APN), yang terdiri dari lima (5) aspek dasar, yaitu:

- a. membuat keputusan klinik;
- b. asuhan sayang ibu dan sayang bayi;
- c. pencegahan infeksi;
- d. pencatatan (rekam medis) asuhan persalinan; dan
- e. rujukan pada kasus komplikasi ibu dan bayi baru lahir.

Bidan berwenang untuk memberikan pelayanan persalinan atau Asuhan Persalinan Normal (APN) dengan syarat persalinan dan kelahirannya normal. Persalinan dan kelahiran dikatakan normal jika: (Kementerian Kesehatan, WHO, POGI dan IBI, 2013)

- a. Usia kehamilan cukup bulan (37-42 minggu)
- b. Persalinan terjadi spontan
- c. Presentasi belakang kepala
- d. Berlangsung tidak lebih dari 18 jam
- e. Tidak ada komplikasi pada ibu maupun janin

5.3.2.1 Deskripsi Waktu Normal, Waktu Baku dan WKE Pelayanan Persalinan

Dalam Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Kementerian Kesehatan, 2019), Standar persalinan normal adalah Acuan Persalinan Normal (APN) sesuai standar. Persalinan harus dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga penolong persalinan minimal 2 orang. Biasanya jika persalinan ditolong oleh bidan, maka tenaga penolong yang lain juga bidan. Pada saat penelitian, standar teknis ini sudah dijalankan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota se Jawa Barat mulai tahun 2019.

Dari pengamatan di lapangan, peneliti memahami bahwa data waktu pelayanan persalinan yang dikumpulkan pada saat pengambilan data tidak bisa dianalisis lebih lanjut. Pelayanan persalinan berbeda dengan pelayanan kesehatan yang lain. Misal pelayanan antenatal, waktu pelayanan dihitung berdasarkan lama kontak antara bidan

dengan ibu hamil yang berkunjung. Pada pelayanan persalinan, waktu pelayanan tidak dihitung berdasarkan lama kontak antara bidan dengan ibu bersalin. Namun, waktu pelayanan persalinan dihitung berdasarkan waktu pendampingan bidan yang di mulai dari ibu bersalin datang ke fasilitas kesehatan, sampai ibu dan bayinya pulang. Minimal waktu pelayanan ini dihitung selama proses persalinan hingga 6 (enam) jam sesudah melahirkan. Selama itu pula, bidan harus selalu memantau kondisi ibu dan bayi.

Pada persalinan normal, seorang ibu bersalin mengalami beberapa fase, yaitu: (Kementerian Kesehatan, WHO, POGI dan IBI, 2013):

Kala I : dibagi menjadi dua (2):

- Fase laten: pembukaan serviks 1cm hingga 3cm,
- Fase aktif: pembukaan serviks 4cm hingga lengkap (10 cm)

Kala II : pembukaan lengkap sampai bayi lahir

Kala III: segera setelah bayi lahir sampai plasenta lahir lengkap

Kala IV: segera setelah lahirnya plasenta hingga 2 jam post-partum.

Pada saat proses persalinan, pada Kala II, ada perbedaan waktu antara *primigravida* dan *multigravida* (wanita hamil yang telah hamil lebih dari satu kali- <https://www.kbbi.web.id/multigravida>). Primigravida membutuhkan waktu 2 jam dan multigravida membutuhkan waktu 1 jam (Kementerian Kesehatan, WHO, POGI dan IBI, 2013). Nilai yang dipakai dalam perhitungan ini adalah nilai median, yaitu 1,5 jam. Pada tabel di bawah ini adalah rincian waktu pendampingan bidan selama proses persalinan (Kementerian Kesehatan, WHO, POGI dan IBI, 2013) hingga 6 (enam) jam sesudah melahirkan (Kementerian Kesehatan, 2014):

Tabel 5.15
Waktu Normal Pelayanan Persalinan

Fase	Waktu Pendampingan oleh satu (1) Bidan (jam)	Waktu Pendampingan oleh dua (2) bidan (jam)
1. Proses Persalinan, terdiri dari:	18	36
Kala I:		
- Fase laten	8	16
- Fase aktif	6	12
Kala II	1,5	3
Kala III	0,5	1
Kala IV	2	4
2. Pengawasan pascapersalinan	6	12

Waktu Normal	24	48
---------------------	-----------	-----------

Waktu proses persalinan mengambil porsi 75% (18 jam) dari waktu normal pelayanan persalinan, sisanya waktu pengawasan pascapersalinan. Waktu Normal adalah penjumlahan waktu pelayanan pada fase proses persalinan dan fase pengawasan pascapersalinan. Waktu Normal pelayanan persalinan adalah 24 jam. Jika setiap persalinan didampingi oleh dua bidan, maka total waktu pendampingan oleh dua (2) bidan adalah 48 jam kerja.

Tabel 5.16
Waktu Normal, Waktu Baku & WKE Pelayanan Persalinan

Pelayanan	Waktu Normal (jam)	Waktu Baku (jam)	WKE (%)
Persalinan	48	48	2,9

Waktu Normal pelayanan persalinan diasumsikan sama dengan Waktu Baku pelayanan persalinan, karena pada saat membantu persalinan, yaitu saat Kala 1 yang memakan waktu paling lama, yaitu 14 jam, disela-sela waktu tersebut bidan masih bisa istirahat. Penghitungan persentase Waktu Kerja Efektif (WKE) Bidan didapat dengan cara membagi waktu baku dengan WKE bidan dalam setahun (99.750 menit atau 1662,5 jam), kemudian dikali seratus persen (100%). Pada tabel di atas, Waktu Baku Pelayanan Persalinan adalah 48 jam atau 2,9% WKE. Artinya waktu yang dibutuhkan bidan untuk memberikan satu (1) kali pelayanan persalinan adalah 2,9% WKE seorang bidan selama setahun.

5.3.2.2 Deskripsi Kuantitas dan Total WKE Bidan untuk Pelayanan Persalinan

Seorang ibu biasanya membutuhkan pelayanan persalinan hanya satu (1) kali dalam setahun. Kalaupun ada yang melahirkan dua kali dalam setahun, persentasenya sangat kecil. Karena, ini sama saja pada saat bayinya baru berumur 2,5 bulan, maka ibu sudah hamil lagi.

Tabel 5.17
Kuantitas dan WKE Bidan untuk Pelayanan Persalinan

Pelayanan Kesehatan	Standar Kementerian Kesehatan		
	WKE (%)	Q* (Kuantitas)	Total WKE (WKE x Q)
Pascapersalinan	2,9	1	2,9%

Keterangan: *Q = kuantitas/jumlah pelayanan yang dibutuhkan dalam setahun

Dalam penelitian ini, peneliti menetapkan seorang ibu hanya membutuhkan pelayanan persalinan sekali setahun. Sehingga, Q atau jumlah pelayanan persalinan per ibu adalah satu (1) pelayanan. Total WKE bidan dalam memberikan satu (1) paket pelayanan persalinan pada satu (1) ibu sama dengan WKEnya, yaitu 2,9% WKE.

5.3.2.3 Deskripsi Persentase Populasi Ibu Bersalin yang Mencari Pelayanan Persalinan ke Bidan

Berdasarkan data Riskesdas 2018, di Jawa Barat, persentase persalinan normal sebesar 83,4%, sisanya adalah persalinan melalui operasi (15,5%) dan lainnya (1,1%). Penolong persalinan didominasi oleh bidan (63,8%), kemudian dokter kandungan (26%), dukun (8,9%) dan sisanya (dokter umum, perawat, keluarga dan tidak ada penolong) 1,3%. Tempat persalinan di fasilitas kesehatan sebesar 81,5% (Praktek Tenaga kesehatan = 40,8%, RS = 27%, Puskesmas/Puskesmas Pembantu/Puskesmas Keliling = 8,2%, dan klinik = 4,6%), dan sisanya di non fasilitas Kesehatan (17,4%) yaitu di rumah (17,3%) dan lainnya (0,1%).

BPJS Kesehatan menetapkan bahwa persalinan dan kelahiran normal harus di Fasilitas Kesehatan Pertama (FKP) yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. FKP ini terdiri dari PUSKESMAS/PUSKESMAS PONED beserta jejaringnya (Puskesmas Pembantu, Poskesdes, Polindes, dan Bidan Praktek Mandiri), klinik atau dokter praktek perorangan dengan jejaring. Untuk peserta JKN yang mau mengakses pelayanan persalinan harus mengikuti aturan tersebut. Pemerintah menargetkan 98% penduduk sudah menjadi peserta JKN di tahun 2024.

Tabel 5.18
Persentase Populasi Ibu yang Mencari
Pelayanan Persalinan ke Bidan

Jenis Pelayanan	Tahun 2018 - 2024 (%)
Pelayanan Persalinan	83,4% -84,5%

Ada dua asumsi yang digunakan dalam menghitung proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan persalinan, yaitu konstan dan berubah karena target UHC 2024. Asumsi konstan adalah dari tahun 2018 sampai tahun 2045, ibu bersalin yang dilayani oleh bidan tetap 83,41%. Persalinan normal yang persentasenya sebesar 83,4% dan lainnya (1,1%) akan masuk ke dalam persalinan normal, maka persalinan yang dilakukan di FKP naik

menjadi sebesar 84,5% di tahun 2024, Hal ini yang dijadikan sebagai dasar asumsi berubah. Kenaikan ini dihitung secara bertahap dari tahun 2020 sampai tahun 2024. Biasanya persalinan di FKP ditolong oleh bidan, sehingga presentase persalinan oleh bidan menjadi 84,5%. Persentase ini diasumsikan tetap dari tahun 2024 tahun tahun 2045. Persalinan yang dilakukan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (= Rumah Sakit) dan ditolong oleh dokter kandungan, presentasenya akan berkurang, menjadi sekitar 15,5%.

5.3.2.4 Deskripsi Proyeksi Populasi Ibu Bersalin per Kabupaten/kota dan Provinsi Jawa Barat dari Tahun 2018-2045

Sama dengan menghitung proyeksi populasi ibu hamil, untuk menghitung proyeksi populasi ibu bersalin atau ibu nifas juga menggunakan rumus dari UNFPA (UNFPA, UNHCR, dan WHO, 1999). Nilai koefisien untuk ibu bersalin dan ibu nifas sama, yaitu 1,05, rumusnya pun hampir sama. Untuk mendapatkan data proyeksi populasi Ibu bersalin pada tahun tertentu ($P_{Persalinan-t}$), rumusnya sebagai berikut:

$$P_{Persalinan-t} = 1,05 \times \text{Proyeksi Populasi Bayi}_t$$

[Rumus 5.4](#)

$$\text{Proyeksi Populasi Bayi}_t$$

[Rumus 5.5](#)

$$= CBR_t \times \text{Proyeksi Penduduk}_t$$

Keterangan:

$P_{Persalinan-t}$ = proyeksi populasi Ibu Bersalin pada tahun tertentu

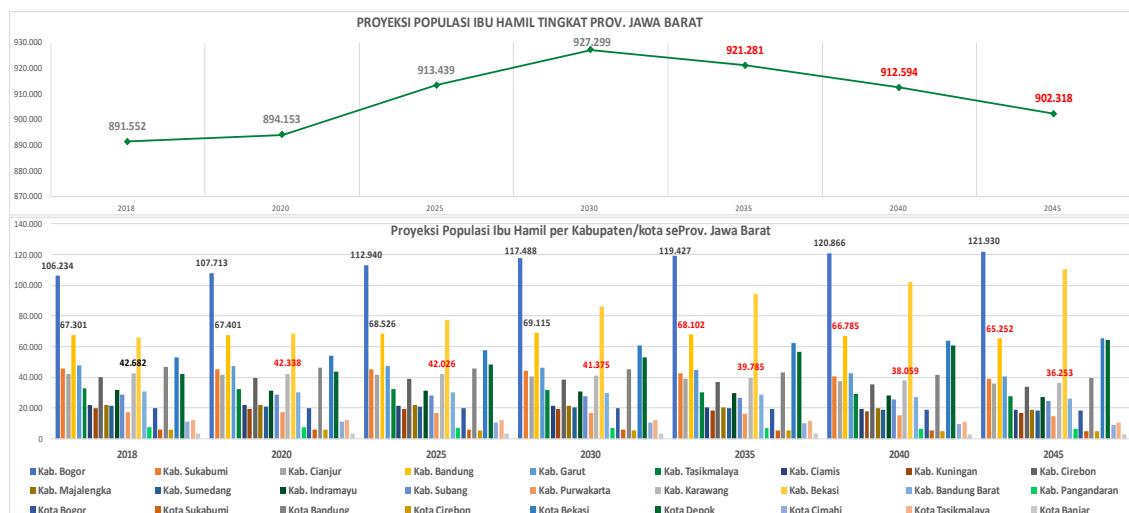
Proyeksi Populasi Bayi_t = proyeksi populasi Bayi pada tahun tertentu

CBR_t = *Crude Birth Rate (CBR)* atau Angka Kelahiran Kasar pada tahun tertentu

Proyeksi Penduduk_t = proyeksi penduduk pada tahun tertentu

Ada dua langkah mendapatkan data proyeksi populasi Ibu Bersalin pada tahun tertentu ($P_{Persalinan-t}$), yaitu sebagai berikut:

- Langkah pertama adalah menghitung Proyeksi Populasi Bayi pada tahun tertentu (**Proyeksi Populasi Bayi_t**), yaitu mengalikan CBR tahun tertentu (CBR_t) dengan Proyeksi Penduduk pada tahun yang sama (**Proyeksi Penduduk_t**).
- Langkah kedua adalah mengalikan **Proyeksi Populasi Bayi_t** dengan nilai koefisien 1,05 untuk mendapatkan data Proyeksi Populasi Ibu Bersalin pada tahun yang sama ($P_{Persalinan-t}$).



Gambar 5.12
Proyeksi Populasi Ibu Bersalin per Kabupaten/kota dan
Se Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045

Sumber: hasil pengolahan data dari data *Proyeksi Penduduk Indonesia 2015-2045: Hasil SUPAS 2015*.
(Kementrian PPN/Bappenas, BPS, & UNFPA, 2018)

Grafik bagian atas pada Gambar 5.12 memperlihatkan hasil proyeksi populasi Ibu Bersalin Prov. Jawa Barat mulai tahun 2018 sampai dengan tahun 2045. Pola yang terjadi sama dengan pola proyeksi populasi ibu hamil. Polanya adalah dari tahun 2018 sampai dengan tahun 2030 terus bertambah populasinya, namun di tahun 2031 mulai berkurang populasinya.

Pada Gambar 5.12 di grafik bagian bawah, menggambarkan hasil proyeksi ibu hamil per kabupaten/kota. Pola proyeksi populasi ibu bersalin ini juga sama dengan pola proyeksi populasi ibu hamil. Ada 3 pola, pertama, ada 4 (15%) kabupaten/kota yang jumlah ibu hamilnya cenderung bertambah sampai tahun 2045, seperti Kab. Bogor dan Kota Bekasi. Pola kedua, ada 21 (78%) kabupaten/kota yang pertumbuhan populasi ibu hamilnya sudah negatif dari tahun 2019, seperti Kab. Sukabumi dan Kota Cimahi. Pola ketiga, ada 2 (8%) kabupaten/kota yang pertumbuhannya negatif mulai tahun 2029 atau 2031, seperti Kota Bogor dan Kab. Bandung.

5.3.2.5 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Persalinan pada Tahun Tertentu ($R_{Persalinan-t}$)

$R_{Persalinan-t}$ adalah proyeksi kebutuhan Bidan untuk pelayanan Persalinan pada tahun tertentu. Di bawah ini adalah persamaan matematika proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan Persalinan:

$$R_{Persalinan-t} = N_{Persalinan-2018} \times Q_{Persalinan-2018} \times H_{Persalinan-2018} \times P_{Persalinan-t}$$

Rumus 5.6

Keterangan:

 $R_{Persalinan-t}$ = Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk pelayanan persalinan tahun tertentu. $N_{Persalinan-2018}$ = Jumlah bidan yang dibutuhkan untuk memberikan 1 (satu) paket pelayanan persalinan tahun 2018. $Q_{Persalinan-2018}$ = Standar jumlah atau kuantitas layanan yang dibutuhkan per Ibu Bersalin selama 1 tahun di tahun 2018. $H_{Persalinan-2018}$ = Persentase populasi Ibu Bersalin yang mencari pelayanan persalinan ke bidan tahun 2018. $P_{Persalinan-t}$ = Proyeksi populasi Ibu Bersalin pada tahun tertentu

Pada subbab sebelumnya, sebagai contoh perhitungan diambil ‘Kabupaten Bogor pada tahun 2025’. Di bawah ini adalah perhitungan ‘Kabupaten Bogor pada tahun 2025’ untuk pelayanan persalinan dengan asumsi konstan. Langkah-langkahnya adalah sebagai berikut:

1. Menghitung $N_{Persalinan-2018}$

$N_{Persalinan-2018}$ adalah jumlah bidan yang dibutuhkan untuk memberikan 1 paket pelayanan persalinan pada seorang Ibu Bersalin. Tahun 2018 dipakai sebagai tahun dasar karena pengambilan datanya dilakukan di tahun 2018 dan 2019, dimana satuannya adalah persentase Waktu Kerja Efektif (WKE) atau WKE-% Bidan. Data ini diasumsikan konstan untuk tahun-tahun berikutnya.

2. Menetapkan $Q_{Persalinan-2018}$

Adalah jumlah atau kuantitas (Q) layanan persalinan yang dibutuhkan per ibu dalam satu tahun. Tahun 2018 dipakai sebagai tahun awal perhitungan.

Di bawah ini adalah data $N_{Persalinan-2018}$ (WKE-%) dan $Q_{Persalinan-2018}$ (Q), serta hasil perkalian antara $N_{Persalinan-2018}$ (WKE) dan $Q_{Persalinan-2018}$ (Q):

Jenis Pelayanan	$N_{Persalinan-2018}$ (WKE-%)	$Q_{Persalinan-2018}$ (Q)	Total WKE (WKE x Q)
Persalinan	2,9	1	2,9%

3. Menetapkan $H_{Persalinan-2018}$

$H_{Persalinan-2018}$ adalah persentase populasi Ibu Bersalin yang mencari pelayanan persalinan ke bidan. Di atas telah disebutkan jika persentasenya adalah 83,4% dan diasumsikan konstan sampai tahun 2045.

4. Menghitung $P_{Persalinan-t}$

$P_{Persalinan-t}$ adalah proyeksi populasi Ibu Bersalin yang membutuhkan layanan persalinan pada tahun tertentu.

$P_{Persalinan-2025}$ adalah proyeksi populasi Ibu Bersalin pada tahun 2025, dimana Kabupaten Bogor dijadikan sebagai contoh. Dari hasil perhitungan didapat sebanyak 109.840 Ibu Bersalin.

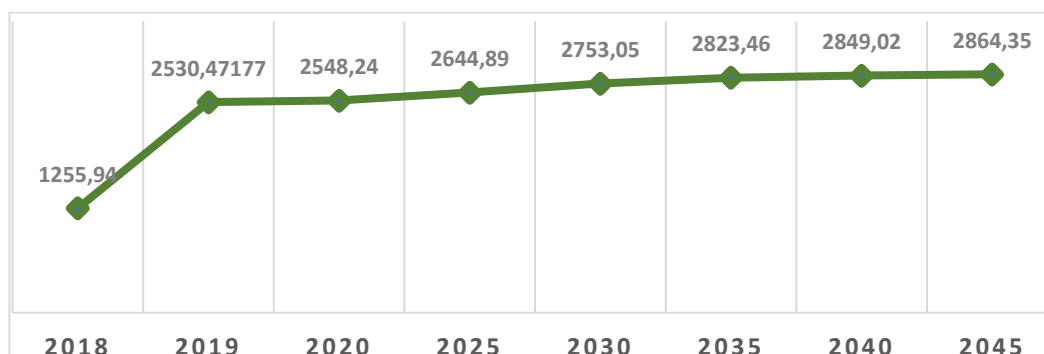
5. Menghitung $R_{Persalinan-t}$

$R_{Persalinan-t}$ adalah proyeksi kebutuhan bidan untuk memberikan pelayanan persalinan pada tahun tertentu.

$R_{Persalinan-2025}$ adalah proyeksi kebutuhan bidan untuk memberikan pelayanan persalinan pada tahun 2025. Berikut adalah perhitungan kebutuhan bidan untuk pelayanan persalinan Kab. Bogor tahun 2025:

$$\begin{aligned}
 R_{Persalinan-2025} &= N_{Persalinan-2018} \times Q_{Persalinan-2018} \times H_{Persalinan-2018} \times P_{Persalinan-2025} \\
 &= (N \times Q)_{Persalinan-2018} \times H_{Persalinan-2018} \times P_{Persalinan-2025} \\
 &= 2,90\% \quad \times \quad 83,4\% \quad \times \quad 109.840 \\
 &= 2644,9 \text{ Bidan}
 \end{aligned}$$

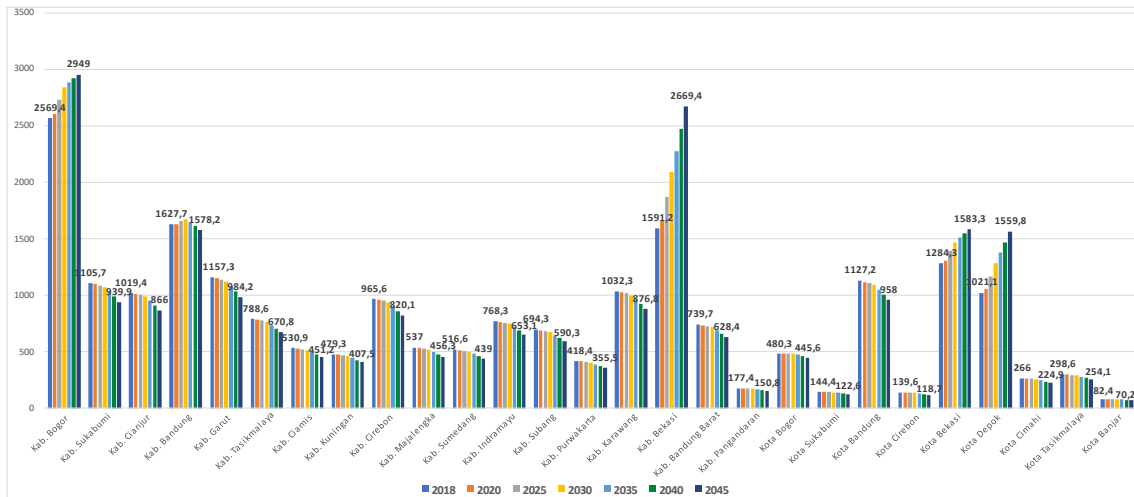
Dari hasil perhitungan, proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan persalinan Kab. Bogor di tahun 2025, sebanyak **2644,9** Bidan.



Gambar 5.13
Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan persalinan
Kab. Bogor, Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045

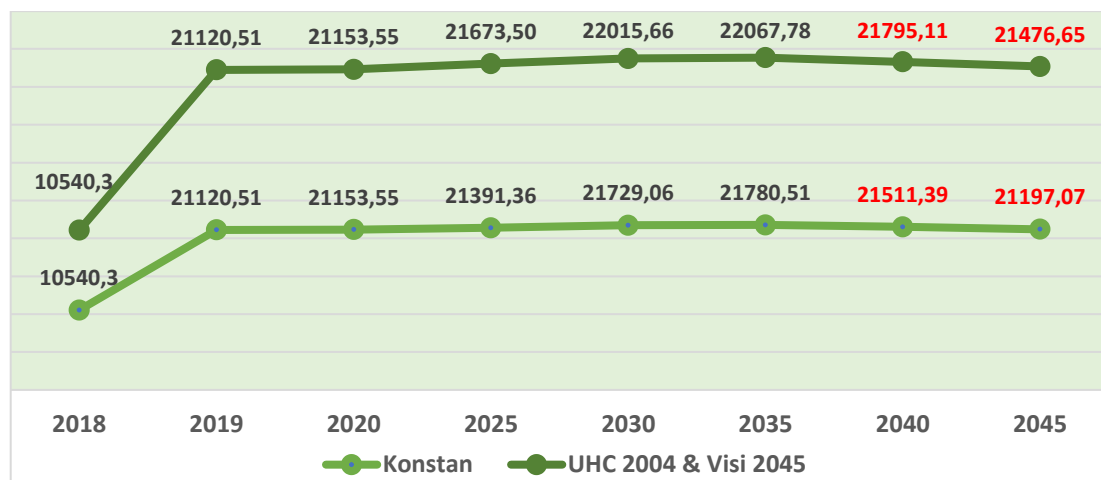
Gambar 5.13 memberikan gambaran proyeksi kebutuhan bidan untuk Pelayanan persalinan Kab. Bogor dari tahun 2018-2045. Pada tahun 2019, terjadi lonjakan yang signifikan (100%) karena mulai berlakunya kebijakan dua penolong (empat tangan)

persalinan. Mulai tahun 2019 sampai tahun 2045, Kebutuhan bidan bertambah sebanyak 333,9 Bidan atau 13,2% selama 26 tahun.



Gambar 5.14
 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Persalinan (Asumsi Konstan)
 per Kabupaten/kota se-Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045

Gambaran lebih rinci mengenai proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan persalinan per kabupaten/kota ada pada Gambar 5.14. Pola yang terbentuk sama dengan pola proyeksi Ibu Bersalin. Ada 3 pola, yaitu pertama, kabupaten/kota yang kebutuhan bidannya cenderung bertambah sampai tahun 2045, seperti Kab. Bogor. Kedua, kabupaten/kota yang kebutuhan bidannya sudah turun di tahun 2019 dan cenderung terus turun sampai tahun 2045, seperti Kab. Sukabumi dan Kota Cirebon. Terakhir, kabupaten/kota yang kebutuhan bidannya baru berkurang di tahun 2029 atau 2031, seperti Kab. Bandung.



Gambar 5.15
 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Persalinan
 Se Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045

Grafik di atas memperlihatkan proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan persalinan meningkat di Prov. Jawa Barat dari tahun 2018 ke tahun 2019 meningkat dua kali lipat. Dari tahun 2019 sampai dengan tahun 2035 cenderung meningkat pada kedua asumsi. Di tahun 2036, proyeksi kebutuhan bidan cenderung mulai turun sampai tahun 2045. Pola grafik proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan persalinan sama dengan pola grafik proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan antenatal.

5.3.3 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Pascapersalinan

Seorang ibu, setelah menjalani persalinan akan memasuki masa pascapersalinan. Pascapersalinan dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu atau 40 hari (WHO, Kementerian Kesehatan, POGI & IBI, 2013). Kondisi ibu pada pascapersalinan adalah kondisi yang kritis. Kematian ibu pada pascapersalinan berkontribusi sekitar 55% dari total kematian ibu. Sehingga, pelayanan pascapersalinan menjadi hal yang sangat penting untuk mencegah kematian ibu.

The World Health Organization (WHO, 2014) merekomendasikan pelayanan kesehatan pascapersalinan (= pelayanan pascapersalinan) minimal 3 (tiga) kali, yaitu pada 48–72 jam, hari ke-7 sampai ke-14, dan enam (6) minggu pascapersalinan. Kementerian Kesehatan (2014) menetapkan standar pelayanan pascapersalinan sama dengan WHO, yaitu minimal 3 kali pemeriksaan. Dengan waktunya sebagai berikut:

- a. Satu (1) kali pemeriksaan pada periode 6 (enam) jam sampai dengan 3 (tiga) hari pascapersalinan;
- b. Satu (1) kali pemeriksaan pada periode 4 (empat) hari sampai dengan 28 (dua puluh delapan) hari pascapersalinan; dan
- c. Satu (1) kali pemeriksaan pada periode 29 (dua puluh sembilan) hari sampai dengan 42 (empat puluh dua) hari pascapersalinan.

Komponen pemeriksaan pada saat ibu mendapatkan pelayanan pascapersalinan meliputi (Kementerian Kesehatan, 2014):

- a. pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu;
- b. pemeriksaan tinggi fundus uteri;
- c. pemeriksaan lochia dan perdarahan;
- d. pemeriksaan jalan lahir;

- e. pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif;
- f. pemberian kapsul vitamin A;
- g. pelayanan kontrasepsi pascapersalinan;
- h. konseling; dan
- i. penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada nifas.

5.3.3.1 Deskripsi Waktu Normal, Waktu Baku dan WKE Pelayanan Pascapersalinan

Secara umum, pelayanan pascapersalinan memiliki alur sebagai berikut:

Alur 1: Ibu dipanggil masuk ke Poli KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) atau ruang pemeriksaan, kemudian bidan menulis data identitas Ibu dan melakukan anamnesa untuk mengetahui kondisi Ibu. Setelah itu, bidan melakukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan obstetrik. Terakhir, bidan akan memberikan konseling kepada Ibu.

Alur 2: Ibu dipanggil masuk ke Poli KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) atau ruang pemeriksaan, untuk dilakukan pemeriksaan fisik. Kemudian, bidan menulis data identitas Ibu dan melakukan anamnesa untuk mengetahui kondisi Ibu. Setelah itu, bidan melakukan pemeriksaan obstetrik pada Ibu. Terakhir, bidan akan memberikan konseling kepada Ibu.

Pada tabel di bawah ini adalah data waktu pelayanan pascapersalinan yang didapat dari hasil pengamatan:

Tabel 5.18
Waktu Normal Pelayanan pascapersalinan

Pelayanan	Waktu (menit)		
	Mean	Min.*	Maks.*
Pencatatan data	2,70	2,00	4,00
Pemeriksaan fisik	2,57	2,00	5,00
Pemeriksaan Obstetrik	7,63	3,00	10,00
Konsultasi	7,57	5,00	14,00
Waktu Normal	20,57	17,00	33,00

Keterangan: *Min. = waktu minimal atau waktu tersingkat layanan
*Maks. = waktu maksimal atau waktu terlama layanan

Ibu yang mendapatkan pelayanan pascapersalinan merupakan pasien yang melakukan kunjungan ulang, yang sebelumnya menjalani proses persalinan. Waktu rata-rata untuk mencatat data ibu 2,70 menit dengan selisih waktu maksimum (terlama) dan waktu minimum (tersingkat) hanya 2 menit. Pada saat pencatatan data, bidan fokus melakukan anamnesa untuk mengetahui keluhan atau perkembangan ibu.

Pemeriksaan fisik pada ibu nifas terdiri dari pengukuran tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu. Waktu rata-rata pemeriksaan fisik 2,57 menit dengan rentang waktu terlama dan tersingkat hanya 3 menit. Bidan harus teliti mengukur tekanan darah ibu, agar bisa mendeteksi dengan tepat jika ditemukan ibu yang memiliki tekanan darah tinggi.

Pemeriksaan obstetrik terdiri dari pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri), lokhia dan perdarahan, serta jalan lahir. Waktu rata-rata pemeriksaan ini 7,63 menit. Waktu terlama pemeriksaan 10,00 menit dan waktu tersingkat 3,00 menit, memiliki selisih waktu 7,00 menit. Selisih ini lumayan besar karena bergantung pada kondisi ibu dan ketelitian bidan.

Saat konsultasi, bidan mengedukasi ibu mengenai menjaga kebersihan diri, ASI Eksklusif, gizi saat menyusui, dan istirahat yang cukup. Bidan juga menjelaskan mengenai KB dan metode kontrasepsi. Waktu rata-rata konsultasi 7,57 menit dengan rentang waktu 9 menit antara waktu konsultasi terlama dan tersingkat. Lamanya waktu konsultasi ini dipengaruhi oleh interaksi antara bidan dan ibu.

Kasus rujukan pada pelayanan pascapersalinan didapati satu (1 kasus). Ibu dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL) untuk mendapatkan pemeriksaan lebih lanjut dari dokter spesialis kandungan. Waktu yang dibutuhkan untuk pelayanan rujukan 15,00 menit.

Waktu Normal pelayanan pascapersalinan adalah waktu total pelayanan. Waktu total merupakan penjumlahan dari waktu rata-rata pencatatan data ibu, pemeriksaan fisik dan obstetrik, konsultasi dan rujukan. Waktu normal pelayanan 20,57 menit dengan selisih waktu yang terlama dan tersingkat 17 menit. Selisih yang lumayan besar ini ditentukan oleh kasus rujukan.

Waktu Baku pelayanan pascapersalinan adalah waktu normal ditambah dengan faktor kelonggaran. Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 Tahun 2017 Tentang Penyusunan Formasi Jabatan Fungsional Kesehatan, faktor kelonggaran yang digunakan sebesar 30% (0,3). Penghitungan persentase Waktu Kerja Efektif (WKE) Bidan didapat dengan cara membagi waktu baku dengan WKE bidan dalam setahun (99.750 menit), kemudian dikali 100%. Pada tabel di bawah ini adalah hasil perhitungan Waktu Baku dan persentase WKE Bidan untuk masing-masing pelayanan:

Tabel 5.19
Waktu Normal, Waktu Baku dan WKE Pelayanan Pascapersalinan

Pelayanan	Waktu Normal (menit)	Waktu Baku (Menit)	WKE (%)
Pascapersalinan	20,57	26,74	0,0268

Pada tabel di atas, didapat Waktu Baku Pelayanan Pascapersalinan adalah 26,74 menit. Waktu baku 26,74 menit sama dengan 0,0268% WKE. Artinya waktu yang dibutuhkan bidan untuk memberikan satu (1) kali pelayanan pascapersalinan adalah 0,0268% WKE seorang bidan selama setahun.

5.3.3.2 Deskripsi Kuantitas dan Total WKE Bidan untuk Pelayanan Pascapersalinan

Setelah proses persalinan, seorang ibu membutuhkan pelayanan pascapersalinan untuk memastikan ibu tetap sehat dan tidak mengalami kondisi kedaruratan. Standar Kemenkes menetapkan ibu mendapatkan pelayanan pascapersalinan minimal tiga (3) kali. Pelayanan pascapersalinan tidak dihitung pada saat ibu masih dalam perawatan pascapersalinan di fasilitas kesehatan.

Tabel 5.20
WKE, Kuantitas dan Total WKE Bidan untuk Pelayanan Pascapersalinan

Pelayanan Kesehatan	Standar Kementerian Kesehatan		
	WKE (%)	Q (Kuantitas)	Total WKE (WKE x Q)
Pascapersalinan	0,0268	3	0,0804%

Keterangan: *Q = kuantitas/jumlah pelayanan yang dibutuhkan ibu dalam setahun

Standar kuantitas pelayanan pascapersalinan berdasarkan ketentuan Kementerian Kesehatan (2014), seorang ibu harus mendapatkan tiga (3) kali pelayanan pascapersalinan. Untuk memberikan 1 paket pelayanan pascapersalinan untuk satu (1) ibu maka dibutuhkan 0,0804 WKE bidan setahun. Ini setara dengan 1,337 jam kerja bidan (setahun = 1662,5 jam kerja).

5.3.3.3 Deskripsi Persentase Populasi Ibu Nifas yang Mencari Pelayanan pascapersalinan ke Bidan

Dalam menentukan persentase populasi ibu nifas yang mencari pelayanan pascapersalinan ke bidan, peneliti menggunakan asumsi, ibu yang bersalin dengan bidan, maka yang bertanggung jawab memberikan pelayanan pasca persalinan adalah bidan tersebut. Keterangan lebih lanjut mengikuti apa yang sudah ditulis pada subbab 5.3.2.3

Tabel 5.21
Persentase Populasi Ibu Nifas yang Mencari
Pelayanan pascapersalinan ke Bidan

Jenis Pelayanan	Tahun 2018 - 2024 (%)
Pelayanan Pascapersalinan	83,4% -84,5%

5.3.3.4 Deskripsi Proyeksi Populasi Ibu Nifas per Kabupaten/kota dan Provinsi Jawa Barat dari Tahun 2018-2045

Proyeksi populasi ibu nifas diasumsikan sama dengan proyeksi populasi ibu bersalin pada waktu atau tahun tertentu, jika tidak diketahui tingkat kematian yang terjadi akibat proses persalinan. (UNFPA, UNHCR, dan WHO, 1999). Untuk menghitung proyeksi populasi ibu nifas tetap menggunakan rumus dari UNFPA, dengan nilai koefisien yang sama dengan ibu bersalin (1,05). Rumusnya sebagai berikut:

Proyeksi Populasi Bayi_t

Rumus [5.7](#)

= CBR_{-t} x Proyeksi Penduduk_t

P_{Pascapersalinan-t} = 1,05 x Proyeksi Populasi Bayi_t

Rumus [5.8](#)

Keterangan:

Proyeksi Populasi Bayi_t = proyeksi populasi Bayi pada tahun tertentu

CBR_{-t} = *Crude Birth Rate (CBR)* atau Angka Kelahiran Kasar pada tahun tertentu

Proyeksi Penduduk_t = proyeksi penduduk pada tahun tertentu

P_{Pascapersalinan-t} = proyeksi populasi Ibu Nifas pada tahun tertentu

Pada bagian ini tidak akan dibahas lagi langkah-langkah perhitungan proyeksi populasi ibu nifas, karena rumus dan langkahnya sama ketika menghitung proyeksi populasi ibu bersalin. Hasil perhitungan proyeksi populasi ibu nifas juga sama dengan proyeksi populasi ibu bersalin. Pola yang terbentuk pada grafik proyeksi populasi ibu nifas sama persis dengan grafik proyeksi populasi ibu bersalin.

5.3.3.5 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Pascapersalinan pada Tahun Tertentu (*R_{Pascapersalinan-t}*)

R_{Pascapersalinan-t} adalah proyeksi kebutuhan Bidan untuk pelayanan pasca persalinan pada tahun tertentu. Di bawah ini adalah persamaan matematika proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan Pascapersalinan:

$$R_{Pascapersalinan-t} = N_{Pascapersalinan-2018} \times Q_{Pascapersalinan-2018} \times H_{Pascapersalinan-2018} \times P_{Pascapersalinan-t}$$

Rumus 5.9

Keterangan:

- $R_{Pascapersalinan-t}$ = Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk pelayanan pascapersalinan tahun tertentu.
 $N_{Pascapersalinan-2018}$ = Jumlah bidan yang dibutuhkan untuk memberikan 1 (satu) paket pelayanan pascapersalinan tahun 2018.
 $Q_{Pascapersalinan-2018}$ = Standar jumlah atau kuantitas layanan yang dibutuhkan per Ibu Nifas selama 1 tahun di tahun 2018.
 $H_{Pascapersalinan-2018}$ = Persentase populasi Ibu Nifas yang mencari pelayanan pascapersalinan ke bidan tahun 2018.
 $P_{Pascapersalinan-t}$ = Proyeksi populasi Ibu Nifas pada tahun tertentu

Melanjuti contoh perhitungan subbab sebelumnya, maka pada subbab ini pun contoh yang diambil adalah 'Kabupaten Bogor pada tahun 2025'. Di bawah ini adalah perhitungan 'Kabupaten Bogor pada tahun 2025' untuk pelayanan Pascapersalinan dengan asumsi konstan. Langkah-langkahnya adalah sebagai berikut:

1. Menghitung $N_{Pascapersalinan-2018}$

$N_{Pascapersalinan-2018}$ adalah jumlah bidan yang dibutuhkan untuk memberikan 1 paket pelayanan Pascapersalinan pada seorang Ibu Nifas. Tahun 2018 dipakai sebagai tahun dasar karena pengambilan datanya dilakukan di tahun 2018 dan 2019, dimana satuannya adalah persentase Waktu Kerja Efektif (WKE) atau WKE-% Bidan. Data ini diasumsikan konstan untuk tahun-tahun berikutnya.

2. Menetapkan $Q_{Pascapersalinan-2018}$

Adalah jumlah atau kuantitas (Q) layanan Pascapersalinan yang dibutuhkan per ibu dalam satu tahun. Tahun 2018 dipakai sebagai tahun awal perhitungan.

Di bawah ini adalah data $N_{Pascapersalinan-2018}$ (WKE-%) dan $Q_{Pascapersalinan-2018}$ (Q), serta hasil perkalian antara $N_{Pascapersalinan-2018}$ (WKE) dan $Q_{Pascapersalinan-2018}$ (Q):

Jenis Pelayanan	$N_{Pascapersalinan-2018}$ (WKE-%)	$Q_{Pascapersalinan-2018}$ (Q)	Total WKE (WKE x Q)
Pascapersalinan	0,0268	3	0,0804%

3. Menetapkan $H_{Pascapersalinan-2018}$

$H_{Pascapersalinan-2018}$ adalah persentase populasi Ibu Nifas yang mencari pelayanan pascapersalinan ke bidan. Di atas telah disebutkan jika persentasenya adalah 83,4% dan diasumsikan konstan sampai tahun 2045.

4. Menghitung $P_{Pascapersalinan-t}$

$P_{Pascapersalinan-t}$ adalah proyeksi populasi Ibu Nifas yang membutuhkan layanan pascapersalinan pada tahun tertentu.

$P_{Pascapersalinan-2025}$ adalah proyeksi populasi Ibu Nifas pada tahun 2025, dimana Kabupaten Bogor dijadikan sebagai contoh. Dari hasil perhitungan didapat sebanyak 109.840 Ibu Nifas.

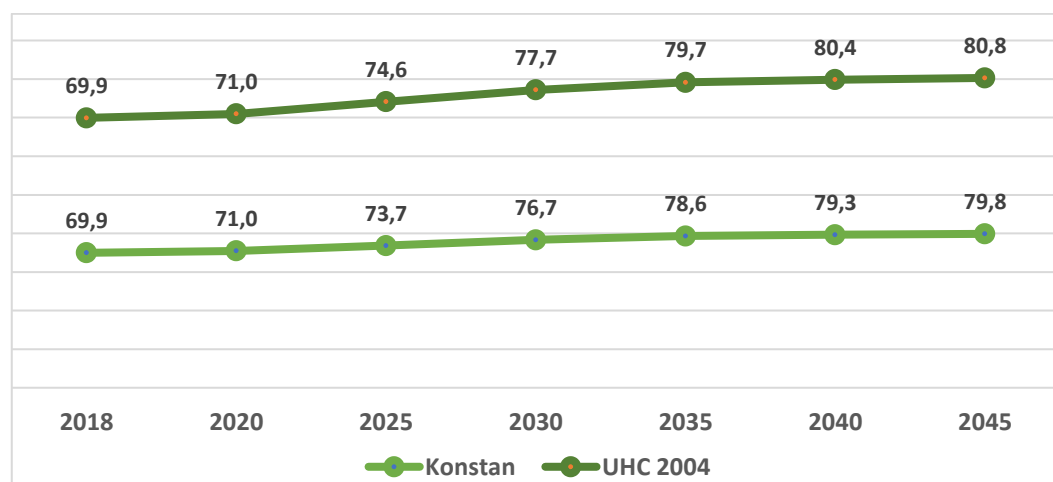
5. Menghitung $R_{Pascapersalinan-t}$

$R_{Pascapersalinan-t}$ adalah proyeksi kebutuhan bidan untuk memberikan pelayanan pascapersalinan pada tahun tertentu.

$R_{Pascapersalinan-2025}$ adalah proyeksi kebutuhan bidan untuk memberikan pelayanan pascapersalinan pada tahun 2025. Berikut adalah perhitungan kebutuhan bidan untuk pelayanan pascapersalinan Kab. Bogor tahun 2025:

$$\begin{aligned}
 R_{Pascapersalinan-2025} &= N_{Pascapersalinan-2018} \times Q_{Pascapersalinan-2018} \times H_{Pascapersalinan-2018} \times P_{Pascapersalinan-2025} \\
 &= (N \times Q)_{Pascapersalinan-2018} \times H_{Pascapersalinan-2018} \times P_{Pascapersalinan-2025} \\
 &= 0,0804\% \times 83,4\% \times 109.840 \\
 &= 73,7 \text{ Bidan}
 \end{aligned}$$

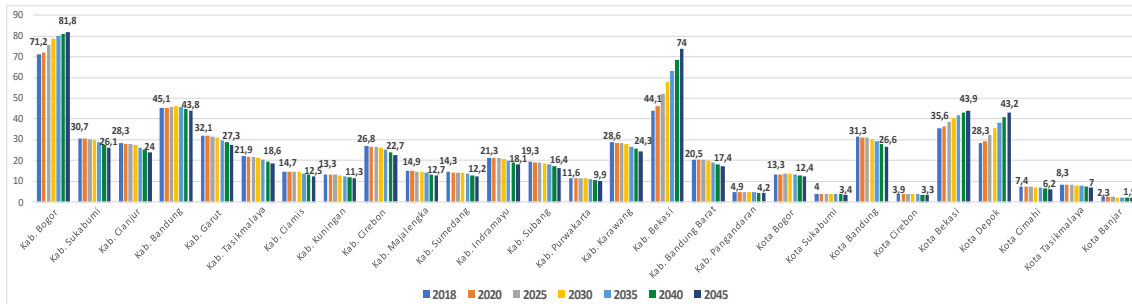
Dari hasil perhitungan, proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan pascapersalinan Kab. Bogor di tahun 2025 sebanyak 73,7 Bidan.



Gambar 5.16
Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Pascapersalinan
Kab. Bogor, Prov. Jawa Barat dari Tahun 2018-2045

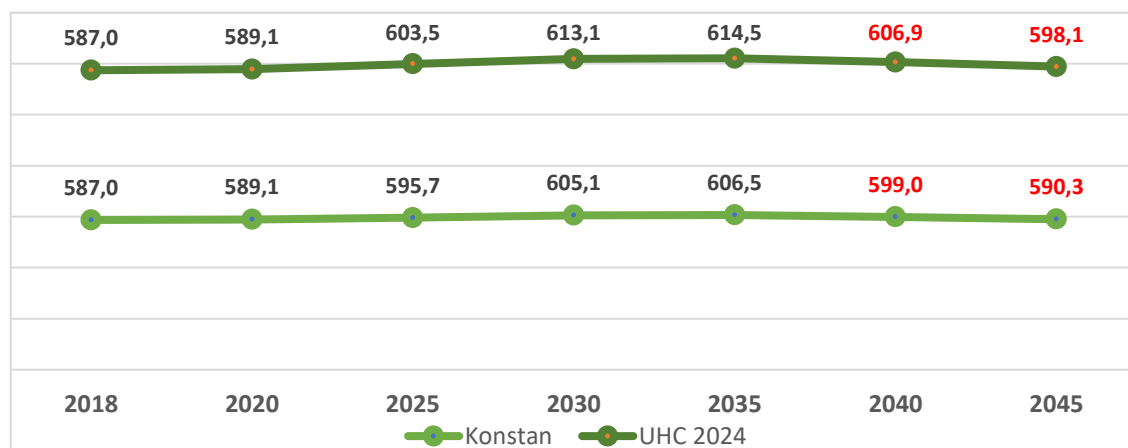
Gambar di atas memberikan gambaran proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan pascapersalinan Kab. Bogor dari tahun 2018-2045. Pada asumsi konstan,

kebutuhan bertambah sebanyak 9,8 bidan (14%), dan pada asumsi UHC 2024, bertambah sebanyak 10,9 Bidan atau 15,5% selama 27 tahun. Perbedaannya tidak terlalu signifikan karena selisih ibu yang bersalin/nifas yang dilayani oleh bidan di dua asumsi hanya 1,1%.



Gambar 5.17
 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Pascapersalinan (Asumsi Konstan) per Kabupaten/kota se Provinsi Jawa Barat Tahun 2018-2045

Gambaran lebih rinci mengenai proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan Pascapersalinan per kabupaten/kota ada pada Gambar 5.17. Pola grafik per kabupaten/kota tersebut terdiri dari kabupaten/kota yang kebutuhan bidannya cenderung bertambah sampai tahun 2045, kabupaten/kota yang kebutuhan bidannya sudah turun di tahun 2019 dan cenderung terus turun sampai tahun 2045, serta kabupaten/kota yang kebutuhan bidannya baru berkurang di tahun 2029 atau 2031. Pola yang terbentuk sama dengan pola populasi sasaran pelayanan Pascapersalinan per kabupaten/kota.



Gambar 5.18
 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Pascapersalinan Se Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045

Gambaran proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan Pascapersalinan se Prov. Jawa Barat dari tahun 2018 sampai dengan tahun 2045 bisa dilihat pada Gambar di

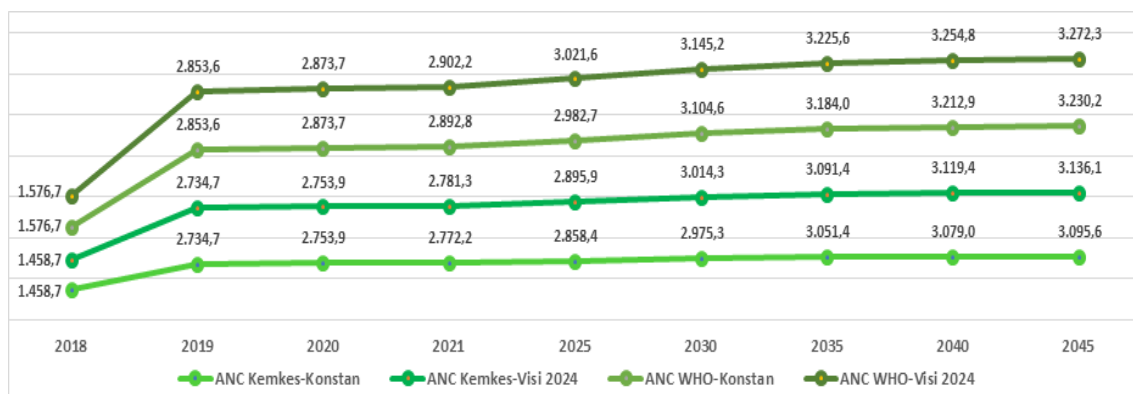
atas. Dari hasil proyeksi didapat kebutuhan bidan terus bertambah sampai tahun 2035, dan mulai menurun di tahun 2036 pada ke dua asumsi. Untuk membuat kesimpulan di tingkat provinsi menjadi kurang tepat, karena angka provinsi merupakan akumulasi dari seluruh kabupaten/kota.

5.3.4 Rekapitulasi: Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Ibu

($R_{Kesehatan\ Ibu-t}$)

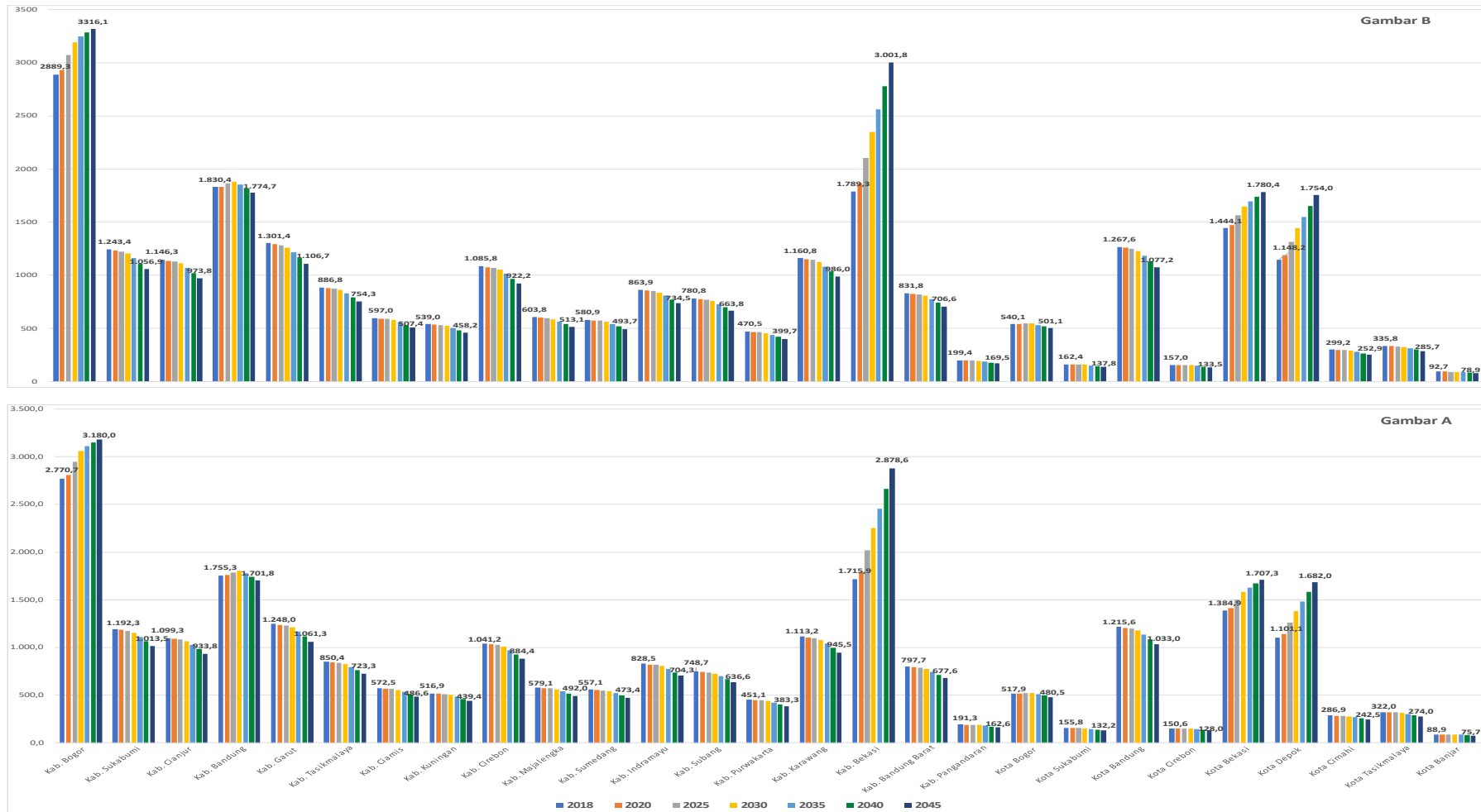
Pada bagian ini, peneliti akan merekapitulasi proyeksi kebutuhan bidan untuk seluruh Pelayanan Kesehatan Ibu ($R_{Kesehatan\ Ibu-t}$). Proyeksi ini merupakan hasil penjumlahan dari proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan antenatal ($R_{Antenatal-t}$), pelayanan persalinan ($R_{Persalinan-t}$) dan pelayanan pascapersalinan ($R_{Pascapersalinan-t}$). Rekapitulasi dilakukan dua kali, karena pelayanan antenatal dihitung dengan menggunakan dua standar, yaitu Standar Kemenkes (*Gambar A*) dan standar WHO (*Gambar B*). Penghitungan rekapitulasi dilakukan untuk tingkat kabupaten/kota (contoh Kab. Bogor) dan se Prov. Jawa Barat. Berikut rumusnya:

$$R_{Kesehatan\ Ibu-t} = R_{Antenatal-t} + R_{Persalinan-t} + R_{Pascapersalinan-t}$$



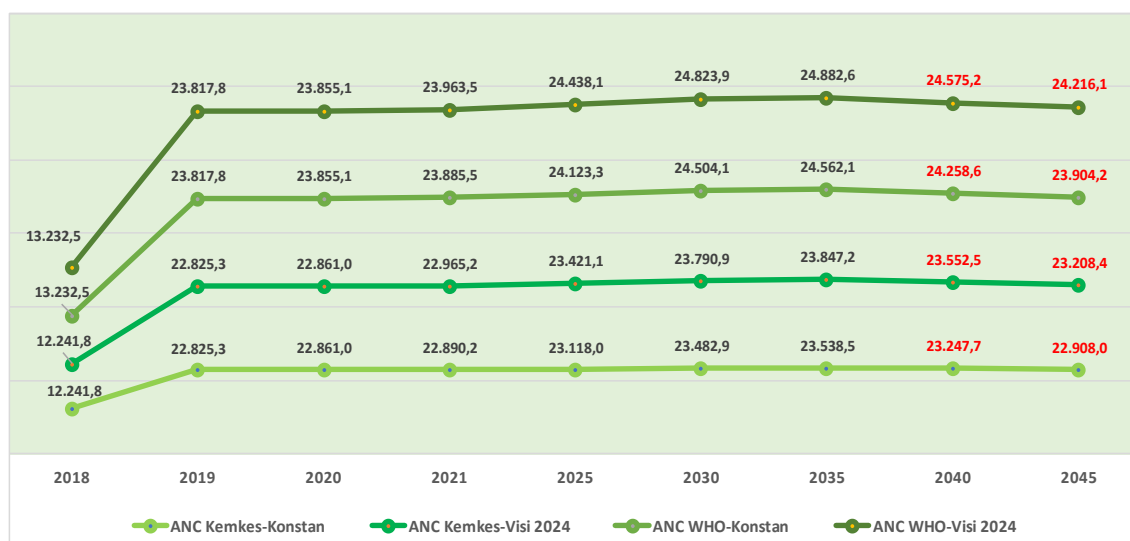
Gambar 5.19
Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Ibu
Kab. Bogor, Prov. Jawa Barat dari Tahun 2018-2045

Gambar 5.19 memperlihatkan hasil rekapitulasi Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Ibu Kab. Bogor dari tahun 2018-2045. Mulai tahun 2019 terjadi lonjakan kebutuhan bidan yang cukup signifikan karena kebijakan dua penolong persalinan. Polanya grafiknya memperlihatkan kebutuhan bidan cenderung terus sampai tahun 2045, namun laju kenaikannya mulai turun mulai tahun 2031.



Gambar 5.20
 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Ibu (Asumsi Konstan)
 per Kabupaten/kota se-Prov. Jawa Barat dari Tahun 2018-2045

Rekapitulasi Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Ibu dengan asumsi konstan per kabupaten/kota se Prov. Jawa Barat dari Tahun 2018-2045 bisa dilihat pada gambar di atas. Pola proyeksi kebutuhan bidan untuk Pelayanan Kesehatan Ibu yang terjadi di masing-masing kabupaten/kota sama dengan pola proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan antenatal, persalinan, dan nifas. Jika Kab. Bogor merupakan contoh kabupaten/kota yang kebutuhan bidannya cenderung terus bertambah sampai tahun 2045, maka Kota Cirebon adalah salah satu kabupaten/kota yang kebutuhan bidannya sudah turun di tahun 2019 dan cenderung terus turun sampai tahun 2045. Kab. Bandung adalah salah satu kabupaten/ kota yang kebutuhan bidannya baru berkurang di tahun 2029 atau 2031.



Gambar 5.21

Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Ibu
(Asumsi Konstan & UHC 2014) Se Prov. Jawa Barat dari Tahun 2018-2045

Gambar 5.21 memperlihatkan hasil rekapitulasi Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Ibu Se Prov. Jawa Barat dari tahun 2018-2045 dengan menggunakan dua asumsi (konstan dan UHC 2024) dan dua standar ANC (Standar Kemkes dan WHO). Keempat kurva memiliki pola yang sama, pertama, di tahun 2019 terjadi lonjakan kebutuhan bidan karena kebijakan dua penolong persalinan. Kedua, dari tahun 2018 sampai tahun 2035, proyeksi kebutuhan bidan cenderung bertambah, pertambahan paling cepat pada periode tahun 2025 sampai tahun 2030. Terakhir, pada periode tahun 2036 sampai tahun 2045, proyeksi kebutuhannya cenderung terus turun dan lajunya penurunannya semakin cepat.

Peneliti mencoba menghitung rasio antara bidan dan ibu hamil, yaitu berapa banyak seorang bidan dapat memberikan pelayanan kepada ibu (mulai seorang ibu hamil, bersalin sampai nifas) dalam setahun dengan optimal. Dalam hal ini ketentuan yang digunakan adalah seorang bidan hanya difokuskan memberikan pelayanan kesehatan ibu dalam setahun. Dari hasil perhitungan didapat seorang bidan bisa melayani sampai 36-37 ibu dalam setahun dimana pelayanan antenatal menggunakan Standar Kemenkes, baik asumsi konstan maupun UHC 2024. Jika ANC menggunakan Standar WHO, maka didapat seorang bidan hanya bisa melayani 34-35 ibu dalam setahun di dua asumsi.

5.4 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Balita

Sama dengan subbab Pelayanan Kesehatan Ibu, maka dalam subbab ini penyajian dikelompokkan menjadi 2, yaitu kelompok Bayi (Balita umur 0-11 bulan) dan Balita umur 12-59 bulan. Pengelompokkan ini dilakukan karena masing-masing kelompok memiliki jumlah populasi dan standar pelayanan yang berbeda. Dengan pengelompokkan ini diharapkan juga memudahkan dalam menghitung proyeksi kebutuhan bidan.

5.4.1 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Bayi

Ada beberapa definisi terkait dengan bayi, pertama, *A newborn infant or neonate, is a child under 28 days of age* (WHO, 2017). Bayi baru lahir atau Neonatus adalah bayi yang baru lahir sampai berumur di bawah 28 hari. Kedua, Bayi Muda adalah bayi dengan rentang umur mulai dari baru lahir hingga sebelum genap berumur 2 (dua) bulan. Ketiga, Bayi adalah bayi dengan rentang umur mulai dari baru lahir hingga sebelum genap berumur 12 (dua belas) bulan. Terakhir, Balita adalah bayi berumur 2 (dua) bulan hingga sebelum genap berumur 5 (lima) tahun (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Dalam subbab ini, pelayanan bayi yang diamati adalah untuk pelayanan ***bayi baru lahir hingga belum genap berumur 12 (dua belas) bulan***.

Pelayanan kesehatan untuk bayi yang bisa diberikan oleh bidan terdiri dari:

1. Konsultasi dan Pemeriksaan kesehatan.

Pelayanan Kesehatan ini diberikan pada bayi sakit maupun sehat. Pada bayi baru lahir atau Neonatus, walaupun dalam kondisi sehat, tetap harus dilakukan pemeriksaan kesehatan atau yang dinamakan sebagai Kunjungan Neonatus (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Kunjungan Neonatus terdiri dari:

- a. Kunjungan Neonatus 1 (KN1) pada saat berumur 6-48 jam.
- b. Kunjungan Neonatus 2 (KN2) pada saat berumur 3-7 hari
- c. Kunjungan Neonatus 3 (KN3) pada saat berumur 8-28 hari

Seorang bayi baru lahir dikatakan memiliki kunjungan neonatal lengkap jika pada saat berumur 28 hari telah mendapatkan minimal masing-masing 1 kali pelayanan neonatal pada saat berumur 6-48 jam (KN1), pada saat berumur 3-7 hari (KN2), dan pada saat berumur 8-28 hari (KN3) (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan dipulangkan minimal 24 jam atau 1 hari setelah lahir apabila selama pengawasan tidak dijumpai kelainan. Sebelum bayi pulang, petugas kesehatan memberitahu kepada ibunya untuk datang ke fasilitas kesehatan untuk memeriksa kondisi dan perkembangan bayinya dalam tempo maksimal 24 jam (1 hari) ke depan atau melakukan Kunjungan Neonatus 1 (KN1). Namun jika bayi dipulangkan setelah 48 jam (2 hari) atau 72 jam (3 hari) kemudian, maka KN1 ini sudah dilakukan ketika bayi masih dirawat atau sebelum bayi pulang.

Selama satu (1) tahun ke depan, dari data statistik, bayi mengalami 7-8 kali episode sakit yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan bayi, Kementerian Kesehatan (2019) menetapkan standar pelayanan kesehatan bayi sehat sebagai berikut:

- (1) Penimbangan minimal 8 kali setahun.
- (2) Pengukuran panjang badan minimal 2 kali /tahun.
- (3) Pemantauan perkembangan minimal 2 kali/tahun.
- (4) Pemberian kapsul vitamin A pada usia 6-11 bulan 1 kali setahun.
- (5) Pemberian imunisasi dasar lengkap.

Dalam pelaksanaannya, kegiatan (1) sampai (5) bisa digabung. Jadi dalam sekali kunjungan, bayi bisa mendapatkan pelayanan penimbangan berat badan, pengukuran panjang badan 1 kali, pemberian kapsul vitamin A dan imunisasi dasar.

2. Pelayanan Imunisasi

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi, Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan/ meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit sehingga bila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan. Tabel 5.22 memberikan gambaran jenis dan jadwal imunisasi dasar untuk bayi.

Tabel 5.22
Jenis dan Jadwal Pemberian Imunisasi Dasar pada Bayi

Umur	Jenis	Interval Minimal untuk jenis imunisasi yang sama
0-24 Jam	Hepatitis B	
1 bulan	BCG, Polio 1	
2 bulan	DPT-HB-Hib 1, Polio 2	1 bulan
3 bulan	DPT-HB-Hib 2, Polio 3	
4 bulan	DPT-HB-Hib 3, Polio 4, IPV	
9 bulan	Campak	

Keterangan:

- a. Vaksin DPT-HB-Hib adalah vaksin kombinasi DPT-HB-Hib.
 - Vaksin DPT untuk mencegah penyakit Difteri, Pertusis (batuk rejan), dan Tetanus.
 - Vaksin HB untuk mencegah penyakit Hepatitis B.
 - Vaksin *Haemophilus influenzae* tipe B (HiB) adalah vaksin untuk mencegah penyakit akibat infeksi *Haemophilus influenzae* tipe B pada balita. yang paling umum adalah meningitis dan pneumonia.
- b. IPV (*Inaktive Polio Vaccine*) adalah vaksin Polio inaktif (IPV).

Pada penelitian ini, pengamatan yang dilakukan pada saat bidan memberikan pelayanan kesehatan kepada bayi dikelompokkan menjadi dua, yaitu pengamatan kegiatan konsultasi dan pemeriksaan fisik, dan pengamatan kegiatan layanan imunisasi. Asumsi yang digunakan adalah pertama, adanya perbedaan komponen atau tahapan pelayanan. Ke dua, adanya perbedaan waktu di tiap tahap pelayanan.

5.4.1.1 Deskripsi Waktu Normal, Waktu Baku dan WKE Pelayanan Kesehatan Bayi

a. Deskripsi Waktu Normal Pelayanan Konsultasi dan Pemeriksaan Kesehatan

Secara umum, alur pelayanan konsultasi dan pemeriksaan kesehatan bayi adalah sebagai berikut:

Alur 1: Bayi dipanggil masuk ke Poli KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) atau ruang pemeriksaan, kemudian bidan menulis data identitas bayi dan melakukan anamnesa untuk mengetahui kondisi bayi. Setelah itu, bidan melakukan pemeriksaan pada bayi secara umum seperti menimbang berat badan dan mengukur panjang badan, dan khusus sesuai keluhan yang diceritakan oleh ibu bayi. Terakhir, bidan akan memberikan konsultasi kepada ibu bayi. Jika memang dibutuhkan, bidan akan merujuk ke dokter.

Alur 2: Bayi dipanggil masuk ke Poli KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) atau ruang pemeriksaan, untuk ditimbang berat badan dan diukur panjang badannya. Kemudian, bidan menulis data identitas bayi dan melakukan anamnesa untuk mengetahui kondisi

bayi. Setelah itu, bidan melakukan pemeriksaan pada bayi sesuai keluhan yang diceritakan oleh ibu bayi. Terakhir, bidan akan memberikan konsultasi kepada ibu bayi. Jika memang dibutuhkan, bidan akan merujuk ke dokter.

Tabel di bawah memperlihatkan hasil pengamatan waktu pelayanan konsultasi dan pemeriksaan kesehatan bayi. Waktu rata-rata yang dibutuhkan oleh bidan untuk mencatat mengenai data identitas atau karakteristik bayi, hasil anamnesa serta pengobatan di rekam medis adalah 2,58 menit. Ada perbedaan antara waktu maksimum (= terlama) dan waktu minimum (= tersingkat) sebesar 8 menit. Biasanya, pencatatan data bayi yang baru pertama kali berkunjung membutuhkan waktu yang lebih lama dibandingkan bayi yang sudah melakukan kunjungan ulang, terutama disebabkan bidan harus mengisi dari awal mengenai data identitas bayi.

Tabel 5.23
Waktu Normal Pelayanan Konsultasi dan Pemeriksaan Kesehatan

Pelayanan	Waktu Pelayanan (menit)		
	Mean	Minimum	Maksimum
Pencatatan Data Bayi	2,58	2,00	10,00
Pemeriksaan fisik	3,82	2,00	7,00
Konsultasi (Komunikasi, Informasi dan Edukasi/KIE)	6,38	2,00	21,00
Waktu Normal	12,78	10,00	25,00

Pemeriksaan fisik pada bayi seperti pemeriksaan keadaan umum, suhu tubuh, pernafasan, status gizi, dan kondisi dehidrasi pada bayi. Waktu rata-rata pemeriksaan fisik 3,82 menit. Perbedaan antara waktu maksimum dan waktu minimum hanya 5 menit. Lamanya waktu pemeriksaan pada bayi sangat bergantung pada kondisi fisik bayi dan keluhan yang disampaikan ibunya.

Waktu yang diperlukan bidan untuk memberikan konsultasi bergantung pada interaksi antara bidan dengan ibu bayi. Waktu rata-rata konsultasi 6,38 menit. Perbedaan antara waktu maksimum dan waktu minimum cukup lama yaitu 19 menit. Perbedaan ini dipengaruhi oleh kemampuan bidan dalam memberikan konsultasi dan kemampuan ibu dalam memahami penjelasan bidan. Umumnya informasi yang disampaikan ke ibu adalah cara pengasuhan bayi, cara memberikan obat ke bayi dan kondisi tertentu yang menyebabkan bayi harus dibawa kembali ke fasilitas pelayanan kesehatan.

Waktu Normal pelayanan konsultasi dan pemeriksaan fisik pada bayi adalah 12,78 menit. Waktu normal adalah penjumlahan dari waktu rata-rata pencatatan data

bayi, pemeriksaan fisik dan konsultasi. Waktu maksimum (10,00 menit) dan waktu minimum (25,00 menit) memiliki perbedaan yang cukup lebar, yaitu 15 menit. Hal ini disebabkan akumulasi dari variasi waktu terjadi di setiap tahapan pelayanan (pencatatan data bayi, pemeriksaan fisik dan konsultasi).

b. Deskripsi Waktu Normal Pelayanan Imunisasi

Secara umum, alur pelayanan imunisasi bayi adalah sebagai berikut:

Alur 1: Bayi dipanggil masuk ke Poli KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) atau ruang pemeriksaan, kemudian bidan menulis data identitas bayi dan melakukan anamnesa untuk mengetahui kondisi bayi. Setelah itu, bidan melakukan pemeriksaan pada bayi secara umum seperti menimbang berat badan, mengukur panjang badan, kemudian memberikan imunisasi ke bayi. Terakhir, bidan akan memberikan konsultasi kepada ibu bayi.

Alur 2: Bayi dipanggil masuk ke Poli KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) atau ruang pemeriksaan, untuk ditimbang berat badan dan diukur panjang badannya. Kemudian, bidan menulis data identitas bayi dan melakukan anamnesa untuk mengetahui kondisi bayi, setelah itu baru bayi diimunisasi. Terakhir, bidan akan memberikan konsultasi kepada ibu bayi.

Tabel 5.24
Waktu Normal Pelayanan Imunisasi

Pelayanan	Waktu Pelayanan (menit)		
	Mean	Minimum	Maksimum
Pencatatan Data Bayi	2,08	2,00	5,00
Pemeriksaan fisik	2,14	2,00	5,00
Konsultasi (Komunikasi, Informasi dan Edukasi/KIE)	2,53	2,00	10,00
Imunisasi tunggal	6,72	4,00	9,00
Imunisasi gabungan	9,88	5,00	15,00
Waktu Normal Pelayanan Imunisasi tunggal	13,47	10,00	15,00
Waktu Normal Pelayanan Imunisasi gabungan	16,63	13,00	32,00

Dalam penelitian ini, pengamatan kegiatan bidan dalam memberikan layanan imunisasi dikelompokkan menjadi 2, yaitu imunisasi tunggal dan imunisasi gabungan. Imunisasi tunggal terdiri dari imunisasi Campak (umur 9 bulan) dan imunsasi Hepatitis B, hanya imunisasi Hepatitis B tidak diamati karena diberikan maksimal pada 24 jam pertama setelah bayi lahir atau pada saat bayi masih dalam perawatan di fasilitas kesehatan setelah lahir. Imunisasi Gabungan terdiri dari imunisasi umur 2 bulan (DPT-

HB-Hib1 dan Polio 2), umur 3 bulan (DPT-HB-Hib2 dan Polio 3) dan umur 4 bulan (DPT-HB-Hib3, Polio 4 dan IPV). Tabel 5.24 memberikan gambaran waktu pelayanan imunisasi.

Sebelum bayi diimunisasi, bidan tetap melakukan anamnesa, untuk memastikan bayi bisa diimunisasi. Biasanya yang ditanyakan ke ibu bayi adalah “apakah bayinya sedang demam?” Waktu rata-rata yang dibutuhkan oleh bidan untuk mencatat data bayi di rekam medis adalah 2,08 menit. Perbedaan antara waktu maksimum (= terlama) dan waktu minimum (= tersingkat) lebih pendek dibandingkan waktu pelayanan konsultasi dan pemeriksaan fisik (8,00 menit), yaitu 3 menit.

Bidan tetap melakukan pemeriksaan fisik sebelum bayi diimunisasi, seperti menimbang berat badan dan pemeriksaan keadaan umum. Waktu rata-rata pemeriksaan fisik 2,14 menit. Perbedaan antara waktu maksimum (5,00 menit) dan waktu minimum (2,00 menit) hanya 5 menit. Waktu pemeriksaan fisik pada pelayanan imunisasi lebih singkat dibandingkan pada pelayanan konsultasi, karena secara umum bayi yang mau diimunisasi dalam kondisi sehat.

Saat konsultasi, bidan akan memberikan informasi kepada ibu bayi mengenai kemungkinan bayi demam atau nyeri di bagian tubuh yang disuntik setelah bayi diimunisasi. Bidan juga memberitahu bagaimana cara mengatasi kondisi tersebut. Waktu konsultasi rata-rata 2,53 menit, relatif singkat karena biasanya ibu bayi sudah memahami apa yang akan terjadi pada bayinya setelah diimunisasi. Rentang perbedaan antara waktu maksimum (10,00 menit) dan waktu minimum (2,00 menit) adalah 8 menit. Rentang ini lebih singkat dibandingkan dengan pelayanan konsultasi dan pemeriksaan fisik (19 menit).

Bidan butuh waktu rata-rata 6,72 menit dan 9,88 menit untuk pemberian imunisasi tunggal dan gabungan ke bayi. Ada kalanya ibu bayi tidak tega melihat anaknya disuntik, sehingga bidan meminta rekan bidan yang lain untuk memangku bayi tersebut, agar bayinya tetap bisa disuntik. Pada kondisi ini, maka waktu pelayanannya dikali dua dengan waktu pengamatan.

Waktu Normal atau Waktu Total pelayanan imunisasi adalah penjumlahan dari waktu rata-rata pencatatan data bayi, pemeriksaan fisik, pemberian imunisasi, dan konsultasi. Dari hasil penelitian, Waktu Normal rata-rata pelayanan imunisasi gabungan (16,63 menit) lebih lama dibandingkan imunisasi tunggal tunggal (13,47

menit). Begitu juga rentang waktu yang terlama dan tersingkat, imunisasi gabungan (19,00 menit) dan imunisasi tunggal (5,00 menit).

Setelah didapat Waktu Normal Pelayanan Konsultasi dan Pemeriksaan Kesehatan dan Waktu Normal Pelayanan Imunisasi, baru kemudian dihitung Waktu Baku masing-masing pelayanan. Waktu baku adalah Waktu Normal ditambah dengan faktor kelonggaran. Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 Tahun 2017 Tentang Penyusunan Formasi Jabatan Fungsional Kesehatan, maka faktor kelonggaran yang digunakan sebesar 30% (0,3). Tabel di bawah ini adalah hasil perhitungan Waktu Baku dan persentase Waktu Kerja Efektif (WKE) Bidan untuk masing-masing pelayanan.

Tabel 5.25
Waktu Normal, Waktu Baku dan WKE
Pelayanan Konsultasi/Pemeriksaan Kesehatan dan Pelayanan Imunisasi

Jenis Pelayanan	Waktu Normal (menit)	Waktu Baku (Menit)	WKE (%)
Pelayanan Konsultasi dan Pemeriksaan Kesehatan	12,78	16,61	0,017
Pelayanan Imunisasi Gabungan	16,63	21,62	0,022
Pelayanan Imunisasi Tunggal	13,74	17,86	0,018

Waktu Baku Pelayanan Konsultasi dan Pemeriksaan Kesehatan adalah 16,61 menit. Jika dalam setahun, bidan memiliki Waktu Kerja Efektif (WKE) sebanyak **99.750 menit**, maka ini setara dengan 0,017% WKE seorang Bidan. Artinya waktu yang dibutuhkan bidan untuk memberikan satu (1) kali Pelayanan Konsultasi dan Pemeriksaan Kesehatan pada satu (1) bayi sama dengan 0,017% WKE seorang bidan selama setahun.

5.4.1.2 Deskripsi Kuantitas dan Total WKE Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Bayi

Kita ambil contoh Bayi A lahir pada tanggal 1 Januari 2019, maka sampai satu (1) tahun ke depan, Bayi A membutuhkan pelayanan konsultasi dan pemeriksaan kesehatan dan pelayanan imunisasi. Pelayanan konsultasi dan pemeriksaan kesehatan, terdiri dari Kunjungan Neonatus, pelayanan kesehatan bayi sehat (pemantauan pertumbuhan dan perkembangan), dan pengobatan jika bayi sakit. Kunjungan Neonatus Untuk pelayanan imunisasi terdiri dari imunisasi tunggal dan gabungan. Pada tabel 5.26 menggambarkan

perincian kuantitas pelayanan yang dibutuhkan bayi dalam 1 tahun pertama kehidupannya.

Tabel 5.26
WKE, Kuantitas dan Total WKE Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Bayi (Pelayanan Konsultasi/Pemeriksaan Kesehatan dan Pelayanan Imunisasi)

Jenis Pelayanan	WKE (%)	Q (Jumlah Kunjungan)	Total WKE (WKE \times Q)
Pelayanan Konsultasi dan Pemeriksaan Kesehatan:			
- Kunjungan Neonatus (KN1-KN3)	0,017	3	0,051
- Pelayanan bayi sehat	0,017	8	0,136
- Pelayanan bayi sakit	0,017	3,59*	0,061
Pelayanan Imunisasi Gabungan:			
- BCG, Polio 1	0,022	1	0,022
- DPT-HB-Hib 1, Polio 2	0,022	1	0,022
- DPT-HB-Hib 2, Polio 3	0,022	1	0,022
- DPT-HB-Hib 3, Polio 4, IPV	0,022	1	0,022
Pelayanan Imunisasi Tunggal (Campak)	0,018	1	0,018
Total		23	0,354

*Uddin, Sayeedha G., O'Connor, Kathleen S., Ashman, Jill J. (2016). **Physician Office Visits by Children for Well and Problem- focused Care: United States, 2012**. NCHS Data Brief No. 248, May 2016.

Dari hasil perhitungan, jika kita asumsikan bayi selalu berkunjung ke bidan, maka akan ada 23 kunjungan per bayi selama setahun. Seluruh kunjungan ini akan membutuhkan 0,354% Waktu Kerja Efektif (WKE) seorang Bidan. Artinya untuk memberikan pelayanan Kesehatan untuk satu (1) bayi selama 1 tahun dibutuhkan 0,354% WKE seorang bidan selama setahun. Jika dikonversikan sama dengan 353,15 menit atau 5,89 jam kerja, hampir mendekati 1 hari kerja bidan (37,5jam kerja/minggu = 6,25 jam kerja/hari untuk 6 hari kerja/minggu).

5.4.1.3 Deskripsi Persentase Populasi Bayi yang Mencari Pelayanan Kesehatan ke Bidan

Tabel 5.27
Persentase Populasi Bayi yang Mencari Pelayanan Kesehatan ke Bidan

Jenis Pelayanan	Tahun 2018-2024 (%)
Pelayanan Konsultasi dan Pemeriksaan Kesehatan	70,0% - 98%
Pelayanan Imunisasi Gabungan	70,0% - 98%
Pelayanan Imunisasi Tunggal (Campak)	70,0% - 98%

Data Riskesdas 2018 menunjukkan persentase bayi (= pengasuh bayi yang membawa bayinya ke faskes) yang mencari pelayanan kesehatan ke bidan adalah 70%

(bidan yang praktik di Puskesmas dan jaringannya maupun yang praktik mandiri). Untuk asumsi konstan, maka presentase ini tetap sampai tahun 2045. Sedangkan pada asumsi yang berubah, maka akan mengikuti target UHC, bayi yang dilayani oleh bidan naik secara bertahap mulai tahun 2020 sampai tahun 2024 menjadi 98%. Kemudian, mulai tahun 2024 sampai 2045, bayi yang mencari pelayanan ke bidan tetap 98%.

5.4.1.4 Deskripsi Proyeksi Populasi Bayi per Kabupaten/kota dan Provinsi Jawa Barat dari Tahun 2018-2045

Data proyeksi bayi (Penduduk berumur 0 tahun atau berumur 0-11 bulan) tidak tersedia di BPS, maupun di hasil SUPAS (Survei Penduduk antar Sensus) tahun 2015. Data yang tersedia adalah data proyeksi penduduk berumur 0-4 tahun. Untuk mendapatkan data proyeksi bayi di tahun 2018 sampai tahun 2045, maka dilakukan penghitungan sendiri dengan menggunakan rumus proyeksi populasi bayi dari UNFPA (UNFPA, UNHCR, dan WHO, 1999). Rumusnya sebagai berikut:

Proyeksi Populasi Bayi_t

$= CBR_t \times \text{Proyeksi Penduduk}_t$

[Rumus 5.10](#)

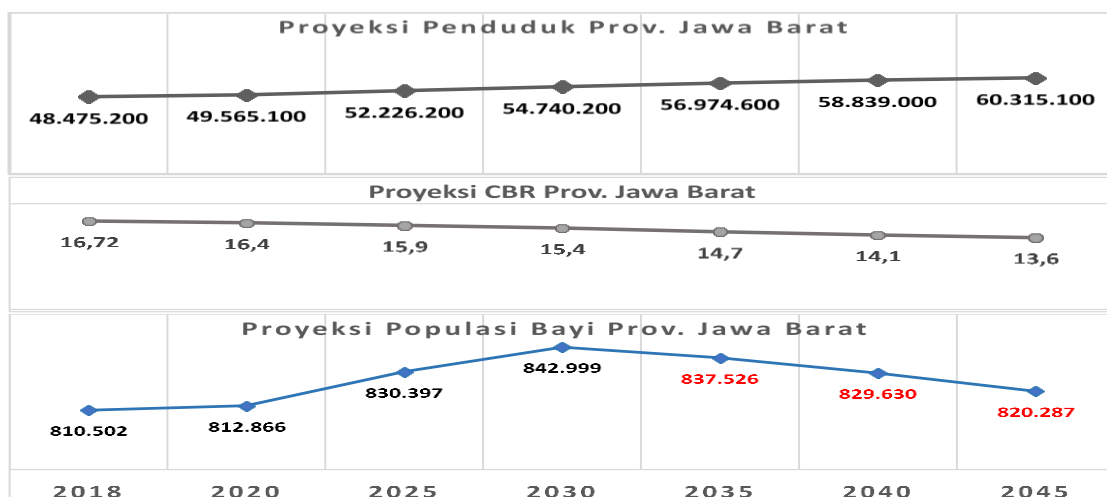
Keterangan:

Proyeksi Populasi Bayi_t = proyeksi populasi Bayi pada tahun tertentu

CBR_t = Crude Birth Rate (CBR) atau Angka Kelahiran Kasar pada tahun tertentu

Proyeksi Penduduk_t = proyeksi penduduk pada tahun tertentu

Proyeksi populasi bayi (umur 0-11 bulan) pada tahun tertentu didapat dengan mengalikan proyeksi penduduk dengan CBR. Grafik di bawah ini menyajikan proyeksi penduduk, populasi bayi dan CBR Prov. Jawa Barat dari tahun 2018 sampai tahun 2045:



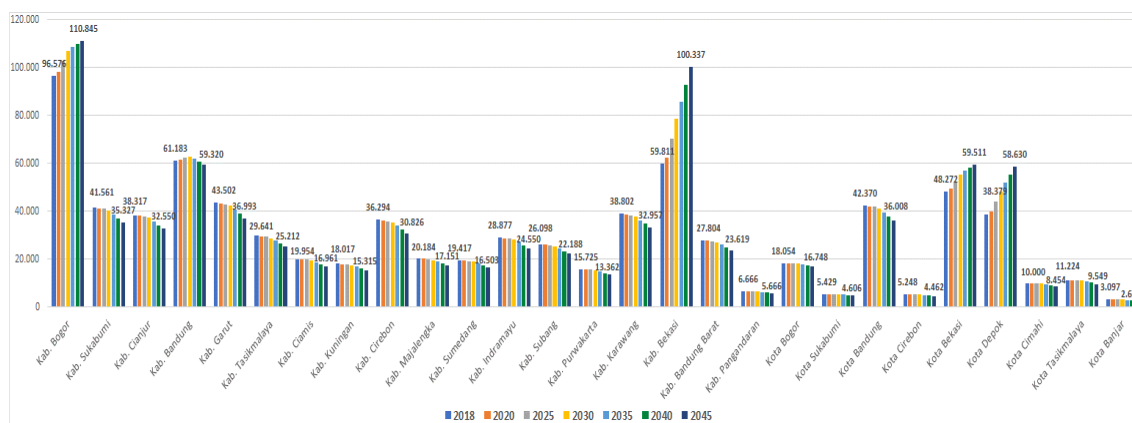
Gambar 5.22

Proyeksi Penduduk, CBR dan Populasi Bayi Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045

Sumber: hasil pengolahan data dari data *Proyeksi Penduduk Indonesia 2015-2045: Hasil SUPAS 2015*.

Dari tahun 2018 sampai tahun 2045, berdasarkan hasil proyeksi, jumlah penduduk Prov. Jawa Barat bertambah. Penduduk bertambah sebanyak 11.839.900 jiwa atau 24,42% selama 27 tahun. Persentase pertambahan rata-rata per tahunnya kurang dari 1% (= 0,905%).

Berbeda dengan proyeksi jumlah penduduk, proyeksi *CBR* terus mengalami penurunan sebanyak -3,12 poin atau 18,66%. *CBR* turun rata-rata sebesar 0,69% per tahun. Sementara itu, proyeksi populasi bayi memiliki pola pergerakannya sendiri. Populasi bayi bertambah dari tahun 2018 sampai tahun 2030 sebanyak 32.497 bayi (4,01%). Populasi bayi naik rata-rata sebesar 0,334% per tahun. Namun, mulai tahun 2031 sampai tahun 2045, populasi bayi mengalami penurunan sebanyak -22.712 bayi (-2,69%) atau -0,18% per tahun.



Gambar 5.23

Proyeksi Populasi Bayi per Kabupaten/kota se Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045

Sumber: hasil pengolahan data dari data *Proyeksi Penduduk Indonesia 2015-2045: Hasil SUPAS 2015*.

(Kementerian PPN/Bappenas, BPS, & UNFPA, 2018)

Gambar 5.23 memberikan detail gambaran proyeksi populasi bayi, sekaligus proyeksi penduduk per kabupaten/ kota se Provinsi Jawa Barat dari tahun 2018 sampai tahun 2045. Terlihat bahwa distribusi penduduk Jawa Barat tidak merata. Kabupaten Bogor adalah wilayah yang paling banyak populasi balitanya, yaitu 13,58% dari total populasi ballita Jawa Barat, sementara Kota Banjar memiliki populasi yang paling sedikit (0,32%).

5.4.1.5 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Bayi pada Tahun Tertentu ($R_{Kesehatan\ Bayi-t}$)

$R_{Kesehatan\ Bayi-t}$ adalah proyeksi kebutuhan Bidan untuk pelayanan kesehatan bayi pada tahun tertentu. Di bawah ini adalah rumusnya:

$$R_{Kesehatan\ Bayi-t} = N_{Kesehatan\ Bayi-2018} \times Q_{Kesehatan\ Bayi-2018} \times H_{Kesehatan\ Bayi-2018} \times P_{Kesehatan\ Bayi-t}$$

Rumus [5.11](#)

Keterangan:

$R_{Kesehatan\ Bayi-t}$ = Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk pelayanan Kesehatan Bayi tahun tertentu.

$N_{Kesehatan\ Bayi-2018}$ = Jumlah bidan yang dibutuhkan untuk memberikan 1 (satu) paket pelayanan Kesehatan untuk seorang bayi tahun 2018.

$Q_{Kesehatan\ Bayi-2018}$ = Standar jumlah atau kuantitas layanan yang dibutuhkan per Bayi selama 1 tahun di tahun 2018.

$H_{Kesehatan\ Bayi-2018}$ = Persentase populasi Bayi yang mencari pelayanan kesehatan ke bidan tahun 2018.

$P_{Kesehatan\ Bayi-t}$ = Proyeksi populasi Bayi pada tahun tertentu

Perhitungan proyeksi kebutuhan bidan untuk Kabupaten Bogor pada tahun 2025 dengan asumsi konstan kembali dijadikan contoh. Langkah-langkahnya adalah sebagai berikut:

1. Menghitung $N_{Kesehatan\ Bayi-2018}$

$N_{Kesehatan\ Bayi-2018}$ adalah jumlah bidan yang dibutuhkan untuk memberikan 1 paket pelayanan kesehatan untuk seorang Bayi. Tahun 2018 dipakai sebagai tahun dasar karena pengambilan datanya dilakukan di tahun 2018 dan 2019, dimana satuannya adalah persentase Waktu Kerja Efektif (WKE) atau WKE-% Bidan. Data ini diasumsikan konstan untuk tahun-tahun berikutnya.

2. Menetapkan $Q_{Kesehatan\ Bayi-2018}$

Adalah jumlah atau kuantitas (Q) layanan kesehatan yang dibutuhkan seorang bayi dalam satu tahun. Tahun 2018 dipakai sebagai tahun awal perhitungan.

Di bawah ini adalah data $N_{Kesehatan\ Bayi-2018}$ (WKE-%) dan $Q_{Kesehatan\ Bayi-2018}$ (Q), serta hasil perkalian antara $N_{Kesehatan\ Bayi-2018}$ (WKE) dan $Q_{Kesehatan\ Bayi-2018}$ (Q):

Jenis Pelayanan	$N_{Kesehatan\ Bayi-2018}$ (WKE-%)	$Q_{Kesehatan\ Bayi-2018}$ (Q)	Total WKE (WKE x Q)
Pelayanan Konsultasi dan Pemeriksaan Kesehatan:			
- Kunjungan Neonatus (KN1-KN3)	0,017	3	0,051
- Pelayanan bayi sehat	0,017	8	0,136
- Pelayanan bayi sakit	0,017	3,59*	0,061
Pelayanan Imunisasi Gabungan:			
- BCG, Polio 1	0,022	1	0,022
- DPT-HB-Hib 1, Polio 2	0,022	1	0,022
- DPT-HB-Hib 2, Polio 3	0,022	1	0,022
- DPT-HB-Hib 3, Polio 4, IPV	0,022	1	0,022
Pelayanan Imunisasi Tunggal (Campak)	0,018	1	0,018
Total		23	0,354

3. Menetapkan $H_{Kesehatan\ Bayi-2018}$

$H_{Kesehatan\ Bayi-2018}$ adalah persentase populasi Bayi yang mencari pelayanan kesehatan ke bidan. Di atas telah disebutkan jika persentasenya adalah 70,0% dan diasumsikan konstan sampai tahun 2045.

4. Menghitung $P_{Kesehatan\ Bayi-t}$

$P_{Kesehatan\ Bayi-t}$ adalah proyeksi populasi Bayi yang membutuhkan layanan Kesehatan Bayi pada tahun tertentu.

$P_{Kesehatan\ Bayi-2025}$ adalah proyeksi populasi Bayi pada tahun 2025, dimana Kabupaten Bogor dijadikan sebagai contoh. Dari hasil perhitungan didapat sebanyak 102.673 Bayi.

5. Menghitung $R_{Kesehatan\ Bayi-t}$

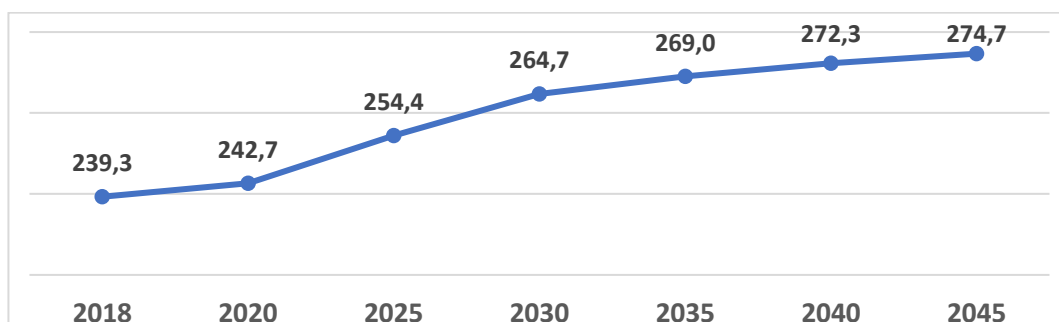
$R_{Kesehatan\ Bayi-t}$ adalah proyeksi kebutuhan bidan untuk memberikan pelayanan kesehatan Bayi pada tahun tertentu.

$R_{Kesehatan\ Bayi-2025}$ adalah proyeksi kebutuhan bidan untuk memberikan pelayanan Kesehatan Bayi pada tahun 2025. Berikut adalah perhitungan kebutuhan bidan untuk pelayanan Kesehatan Bayi Kab. Bogor tahun 2025:

$R_{Kesehatan\ Bayi-2025}$

$$\begin{aligned}
 &= N_{Kesehatan\ Bayi-2018} \times Q_{Kesehatan\ Bayi-2018} \times H_{Kesehatan\ Bayi-2018} \times P_{Kesehatan\ Bayi-2025} \\
 &= (N \times Q)_{Kesehatan\ Bayi-2018} \times H_{Kesehatan\ Bayi-2018} \times P_{Kesehatan\ Bayi-2025} \\
 &= 0,354\% \times 70,0\% \times 102.673 \\
 &= 254,4 \text{ Bidan}
 \end{aligned}$$

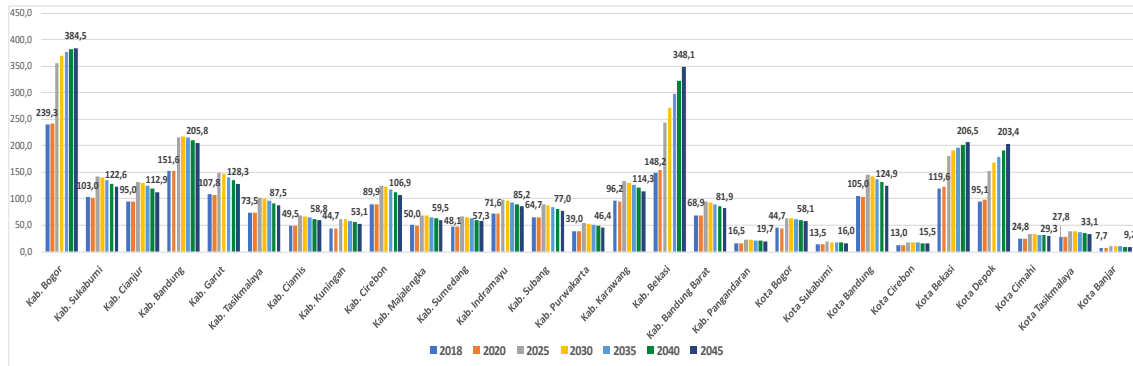
Dari hasil perhitungan, proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan kesehatan Bayi Kab. Bogor di tahun 2025 sebanyak 254,4 Bidan.



Gambar 5.24

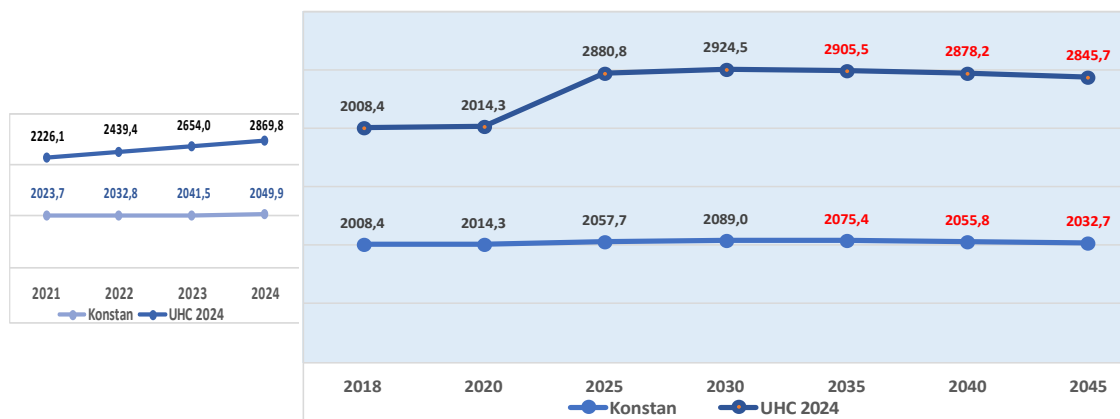
Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Bayi Kab. Bogor, Prov. Jawa Barat dari Tahun 2018-2045

Hasil proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan Kesehatan Bayi Kab. Bogor dari tahun 2018-2045 dapat dilihat pada Gambar 5.24. Kebutuhan bidan bertambah sebanyak 35,4 Bidan atau 14,8% selama 27 tahun. Namun, laju pertumbuhan kebutuhan paling banyak terjadi pada periode tahun 2020-2025, dan kemudian terus menurun sampai tahun 2045.



Gambar 5.25
Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Bayi (Asumsi Konstan) per Kabupaten/kota se-Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045

Gambaran lebih rinci mengenai proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan Kesehatan Bayi dengan asumsi konstan per kabupaten/kota ada pada Gambar 5.25 . Pola yang terbentuk sama dengan pola proyeksi Bayi. Ada 3 pola, yaitu pertama, kabupaten/kota yang kebutuhan bidannya cenderung bertambah sampai tahun 2045, seperti Kab. Bogor. Kedua, kabupaten/kota yang kebutuhan bidannya sudah turun di tahun 2019 dan cenderung terus turun sampai tahun 2045, seperti Kab. Sukabumi dan Kota Cirebon. Terakhir, kabupaten/kota yang kebutuhan bidannya baru berkurang di tahun 2029 atau 2031, seperti Kab. Bandung.



Gambar 5.26
Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Bayi Se Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045

Grafik 5.26 memperlihatkan proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan kesehatan bayi se Prov. Jawa Barat dengan menggunakan dua asumsi, yaitu konstan dan UHC 2024. Grafik yang kanan menggambarkan proyeksi tahun 2018 sampai tahun 2045. Pola grafik di atas juga mengikuti pola proyeksi populasi Bayi, dimana proyeksi kebutuhan bidan terus bertambah dari tahun 2018 sampai tahun 2030, Namun, mulai tahun 2031 sampai tahun 2045, proyeksi kebutuhan bidan cenderung terus turun. Grafik yang kiri berfungsi menjelaskan proyeksi kebutuhan bidan antara tahun 2020 sampai tahun 2024.

5.4.2 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Balita Umur 12-59 Bulan

Balita adalah bayi berumur 2 (dua) bulan hingga sebelum genap berumur 5 (lima) tahun (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Dalam subbab ini, umur balita dibatasi, yaitu mulai *berumur 12 bulan sampai 59 bulan*. Bayi baru lahir hingga berumur 11 (sebelas) bulan sudah dibahas dalam subbab sebelumnya.

Pelayanan kesehatan untuk balita yang diberikan oleh bidan terdiri dari:

1. Konsultasi dan Pemeriksaan kesehatan.

Pelayanan Kesehatan ini diberikan pada balita sakit maupun sehat. Untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan balita, Kementerian Kesehatan (2019) menetapkan standar pelayanan kesehatan balita sehat sebagai berikut:

- (1) Penimbangan minimal 8 kali setahun.
- (2) Pengukuran Panjang/tinggi badan minimal 2 kali /tahun.
- (3) Pemantauan perkembangan minimal 2 kali/tahun.
- (4) Pemberian kapsul vitamin A sebanyak dua (2) kali setahun.
- (5) Pemberian imunisasi lanjutan.

Dalam pelaksanaannya, kegiatan (1) sampai (5) bisa digabung. Jadi sekali kunjungan, balita bisa mendapatkan penimbangan berat badan 1 kali, pengukuran panjang badan 1 kali, pemberian kapsul vitamin A dan imunisasi dasar.

2. Pelayanan Imunisasi

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi, imunisasi lanjutan yang wajib diberikan pada balita Umur 12-23 Bulan adalah sebagai berikut:

Tabel 5.28
Jenis dan Jadwal Imunisasi Lanjutan pada Anak Bawah Dua Tahun

Umur	Jenis	Interval Minimal untuk jenis imunisasi yang sama
18 bulan	DPT-HB-Hib	12 bulan dari DPT-HB-Hib 3
	Campak	6 bulan dari Campak dosis pertama

Keterangan:

Vaksin DPT-HB-Hib adalah vaksin kombinasi DPT-HB-Hib:

- Vaksin DPT untuk mencegah penyakit Difteri, Pertusis (batuk rejan), dan Tetanus.
- Vaksin HB untuk mencegah penyakit Hepatitis B.
- Vaksin *Haemophilus influenzae* tipe B (HiB) adalah vaksin untuk mencegah penyakit akibat infeksi *Haemophilus influenzae* tipe B pada balita. yang paling umum adalah meningitis dan pneumonia.

Pengamatan yang dilakukan pada saat bidan memberikan pelayanan kesehatan kepada balita dikelompokkan menjadi dua, yaitu pengamatan pelayanan konsultasi dan pemeriksaan fisik dan pengamatan pelayanan imunisasi. Asumsi yang digunakan, pertama karena adanya perbedaan komponen atau isi pelayanan. Ke dua, adanya perbedaan waktu di tiap tahap pelayanan.

5.4.2.1 Deskripsi Waktu Normal, Waktu Baku dan WKE Pelayanan Kesehatan Balita Umur 12-59 Bulan

a. Deskripsi Waktu Normal Pelayanan Konsultasi dan Pemeriksaan Kesehatan

Secara umum, alur pelayanan konsultasi dan pemeriksaan kesehatan balita sama dengan bayi karena tidak dibedakan tempat pelayanannya, yaitu sebagai berikut:

Alur 1: Balita dipanggil masuk ke Poli KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) atau ruang pemeriksaan, kemudian bidan menulis data identitas balita dan melakukan anamnesa untuk mengetahui kondisi balita. Setelah itu, bidan melakukan pemeriksaan pada balita secara umum seperti menimbang berat badan dan mengukur panjang badan, dan khusus sesuai keluhan yang diceritakan oleh ibu balita. Terakhir, bidan akan memberikan konsultasi kepada ibu balita. Jika memang dibutuhkan, bidan akan merujuk ke dokter.

Alur 2: Balita dipanggil masuk ke Poli KIA atau ruang pemeriksaan, untuk ditimbang berat badan dan diukur panjang badannya. Kemudian, bidan menulis data identitas balita dan melakukan anamnesa untuk mengetahui kondisi balita. Setelah itu, bidan melakukan pemeriksaan pada balita sesuai keluhan yang diceritakan oleh ibu balita. Terakhir, bidan akan memberikan konsultasi kepada ibu balita. Jika memang dibutuhkan tindakan lebih lanjut, maka bidan akan merujuk ke dokter.

Tabel 5.29
Waktu Normal Pelayanan Konsultasi dan Pemeriksaan Kesehatan

Pelayanan	Waktu Pelayanan (menit)		
	Mean	Minimum	Maksimum
Pencatatan Data Balita	2,51	2,00	8,00
Pemeriksaan fisik	5,01	2,00	10,00
Konsultasi (Komunikasi, Informasi dan Edukasi/KIE)	6,04	3,00	22,00
Waktu Normal	13,56	10,00	32,00

Waktu rata-rata untuk mencatat data identitas atau karakteristik balita, hasil anamnesa serta pengobatan di rekam medis adalah 2,51 menit, hampir sama pencatatan data identitas atau karakteristik bayi (2,58 menit). Perbedaan antara waktu maksimum (= terlama) dan waktu minimum (= tersingkat) selama 6 menit. Untuk mencatat data balita yang baru pertama kali berkunjung, bidan membutuhkan waktu yang lebih lama dibandingkan balita yang sudah melakukan kunjungan ulang, karena harus mengisi dari awal mengenai data identitas balita.

Pemeriksaan fisik pada balita sama seperti yang dilakukan pada bayi. Lamanya waktu pemeriksaan pada balita sangat bergantung pada kondisi fisik balita dan keluhan yang disampaikan ibunya. Waktu rata-rata pemeriksaan fisik 5,00 menit dan perbedaan antara waktu maksimum dan waktu minimum selama 8 menit. Pemeriksaan fisik pada balita lebih lama dibandingkan pada bayi karena kadang-kadang balita harus dibujuk dulu untuk mau diperiksa, namun mereka sudah bisa menjawab jika ditanya mengenai keluhan sakitnya.

Waktu rata-rata konsultasi 6,38 menit, dan perbedaan antara waktu maksimum dan waktu minimum cukup lama yaitu 19 menit. Waktu ini hampir sama pada pelayanan kesehatan bayi. Umumnya informasi yang disampaikan ke ibu adalah cara pengasuhan balita, cara memberikan obat ke balita dan kondisi tertentu yang menyebabkan balita harus dibawa kembali ke fasilitas pelayanan kesehatan.

Waktu normal pelayanan konsultasi dan pemeriksaan fisik pada balita adalah penjumlahan dari waktu rata-rata pencatatan data balita, pemeriksaan fisik dan konsultasi. Waktu Normal pelayanan ini adalah 13,56 menit. Waktu maksimum (10,00 menit) dan waktu minimum (32,00 menit) memiliki perbedaan yang cukup lebar, yaitu 22 menit. Hal ini disebabkan akumulasi dari variasi waktu terjadi di setiap tahapan pelayanan (pencatatan data balita, pemeriksaan fisik dan konsultasi).

Ada lima (5) balita atau 1,3% dari total balita yang berkunjung yang membutuhkan pelayanan rujukan. Balita ini biasanya dirujuk ke dokter umum yang ada di Puskesmas, karena bidan tidak bisa menangani penyakit dari balita tersebut. Waktu rata-rata layanan rujukan adalah 13,40 menit dengan rentang waktu antara 91,8 menit. Waktu layanan ini cukup lama karena biasanya bidan harus menerangkan alasan dirujuk, alur rujukan dan mengantarkan ibu balita ke tempat rujukan.

b. Deskripsi Waktu Normal Pelayanan Imunisasi

Pelayanan imunisasi lanjutan hanya ditujukan untuk balita sampai berumur 18 bulan atau paling lama berumur 23 bulan. Alur pelayanan imunisasi balita sama dengan bayi, yaitu sebagai berikut:

Alur 1: Balita dipanggil masuk ke Poli KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) atau ruang pemeriksaan, kemudian bidan menulis data identitas balita dan melakukan anamnesa untuk mengetahui kondisi balita. Setelah itu, bidan melakukan pemeriksaan pada balita secara umum seperti menimbang berat badan, mengukur panjang badan, kemudian memberikan imunisasi ke balita. Terakhir, bidan akan memberikan konsultasi kepada ibu balita.

Alur 2: Balita dipanggil masuk ke Poli KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) atau ruang pemeriksaan, untuk ditimbang berat badan dan diukur panjang badannya. Kemudian, bidan menulis data identitas balita dan melakukan anamnesa untuk mengetahui kondisi balita, setelah itu baru balita diimunisasi. Terakhir, bidan akan memberikan konsultasi kepada ibu balita.

Prosedur yang sama dilakukan pada saat balita diimunisasi, yaitu bidan tetap melakukan anamnesa, untuk memastikan balita bisa diimunisasi.

Tabel 5.30
Waktu Normal Pelayanan Imunisasi Balita

Pelayanan	Waktu Pelayanan (menit)		
	Mean	Minimum	Maksimum
Pencatatan data balita	2,04	2,00	3,00
Pemeriksaan fisik	3,10	2,00	5,00
Konsultasi (Komunikasi, Informasi dan Edukasi/KIE)	2,67	2,00	5,00
Pelayanan Imunisasi lanjutan	6,90	5,00	10,00
Waktu Normal	14,71	11,00	18,00

Dari hasil pengamatan (lihat tabel 5.30), waktu yang dibutuhkan oleh bidan untuk mencatat data balita di rekam medis berkisar antara 2-3 menit, dengan waktu

rata-rata 2,04 menit. Pada balita yang melakukan imunisasi lanjutan, yaitu balita yang sudah pernah berkunjung ke fasilitas pelayanan kesehatan, tidak dibutuhkan waktu yang lama untuk mencatat data balita.

Waktu rata-rata pemeriksaan fisik pada pelayanan imunisasi lanjutan pada balita (3,10 menit) lebih singkat dibandingkan pada pelayanan konsultasi dan pemeriksaan fisik (5,01), karena secara umum balita yang mau dimunisasi dalam kondisi sehat. Perbedaan antara waktu maksimum dan waktu minimum hanya 3 menit. Perbedaan waktu ini lebih singkat dibandingkan dengan perbedaan waktu pada pelayanan konsultasi dan pemeriksaan fisik.

Pada sesi konsultasi, bidan akan memberikan informasi kepada ibu balita mengenai kemungkinan balita demam atau nyeri di bagian tubuh yang disuntik setelah balita diimunisasi. Waktu konsultasi rata-rata 2,67 menit dengan perbedaan antara waktu maksimum dan waktu minimum hanya 3 menit. Rentang ini lebih singkat dibandingkan dengan pelayanan konsultasi dan pemeriksaan fisik (19 menit), karena ibu balita sudah punya pengalaman balitanya diimunisasi.

Untuk memberikan pelayanan imunisasi lanjutan, bidan membutuhkan waktu rata-rata 6,90 menit. Pemberian imunisasi pada balita cenderung lebih lama, pertama, mereka sudah mulai besar, sudah mulai susah untuk diatur posisinya, mereka cenderung memberontak dan terkadang dibutuhkan bidan lain untuk membantu memegang balita tersebut. Kedua, masih ada ibu balita yang tidak tega melihat anaknya disuntik, sehingga bidan meminta rekan bidan yang lain untuk memegang balita tersebut, agar balitanya tetap bisa disuntik. Jika pada saat pengamatan, didapati kondisi tersebut di atas, maka waktu pelayanannya dikali dua dengan waktu pengamatan.

Waktu Normal pelayanan imunisasi lanjutan pada balita adalah 14,71 menit. Waktu Normal merupakan penjumlahan dari waktu rata-rata pencatatan data balita, pemeriksaan fisik, pemberian imunisasi, dan konsultasi. Perbedaan waktu yang terlama (18,00 menit) dan tersingkat (11,00 menit) adalah 7 menit.

Langkah berikutnya adalah menetapkan Waktu Baku Pelayanan Konsultasi/ Pemeriksaan Kesehatan dan Waktu Baku Pelayanan Imunisasi Lanjutan. Waktu baku didapat dengan menjumlahkan waktu normal dengan faktor kelonggaran. Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 Tahun 2017 Tentang Penyusunan

Formasi Jabatan Fungsional Kesehatan, maka faktor kelonggaran yang digunakan sebesar 30% (0,3). Tabel di bawah ini adalah hasil perhitungannya:

Tabel 5.31
Waktu Normal, Waktu Baku dan WKE Pelayanan Kesehatan

Jenis Pelayanan Kesehatan	Waktu Normal (menit)	Waktu Baku (Menit)	WKE (%)
Pelayanan Konsultasi dan Pemeriksaan Kesehatan	13,56	17,63	0,018
Pelayanan Imunisasi Lanjutan	14,71	19,12	0,019

Pada tabel 5.31 di atas, didapat Waktu Baku Pelayanan Konsultasi dan Pemeriksaan Kesehatan adalah 17,63 menit. Jika dalam setahun, bidan memiliki Waktu Kerja Efektif (WKE) sebanyak **99.750 menit**, maka ini setara dengan 0,018% WKE seorang Bidan. Artinya waktu yang dibutuhkan bidan untuk memberikan satu (1) kali Pelayanan Konsultasi dan Pemeriksaan Kesehatan pada satu (1) balita sama dengan 0,018% WKE seorang bidan selama setahun.

5.4.2.2 Deskripsi Kuantitas dan Total WKE Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Balita Umur 12-59 Bulan

Tabel 5.32
WKE, Kuantitas dan Total WKE Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Balita

Jenis Pelayanan Kesehatan	WKE (%)	Q (Jumlah Kunjungan)	Total WKE (WKE x Q)
a. Pelayanan Konsultasi dan Pemeriksaan Kesehatan:			
- Balita sehat	0,018	8	0,144
- Balita sakit	0,018	3,59*	0,065
b. Pelayanan Imunisasi Lanjutan: (khusus balita umur 12 bulan - 23 bulan)			
- DPT-HB-Hib	0,019	1	0,019
- Imunisasi Campak	0,019	1	0,019
Layanan Balita berumur 12-23 bulan ^{a+b}		13,59	0,247
Layanan Balita berumur 24-59 bulan ^a		11,39	0,209

*Uddin, Sayeedha G., O'Connor, Kathleen S., Ashman, Jill J. (2016). **Physician Office Visits by Children for Well and Problem- focused Care: United States, 2012**. NCHS Data Brief No. 248, May 2016.

Kuantitas layanan dikelompokkan dua, yaitu kelompok balita umur 12-23 bulan dan kelompok balita umur 24-59 bulan. Kelompok balita berumur 12-23 bulan selain membutuhkan pelayanan konsultasi/pemeriksaan kesehatan untuk memantau kesehatannya dan untuk mengobati jika sakit, mereka juga masih membutuhkan pelayanan imunisasi lanjutan. Setelah lewat umur 23 bulan (= kelompok balita umur 24-59 bulan), hanya membutuhkan pelayanan konsultasi/pemeriksaan kesehatan saja.

Tabel 5.32 diatas memberikan rincian kuantitas pelayanan yang dibutuhkan masing-masing kelompok balita. Untuk balita berumur 12-23 bulan, total jumlah layanannya adalah 13,59 kunjungan per balita selama setahun. Ini didapat dengan menambahkan kunjungan pelayanan konsultasi/pemeriksaan kesehatan dan pelayanan Imunisasi Lanjutan. Total waktu kerja efektifnya adalah 0,247% WKE atau 4,11 jam kerja bidan. Sedangkan balita berumur 12-59 bulan, hanya dihitung kunjungan pelayanan konsultasi/pemeriksaan kesehatan saja, yaitu 11,59 kunjungan selama setahun. Seluruh kunjungan ini membutuhkan 0,209% Waktu Kerja Efektif (WKE) atau 3,47 jam kerja bidan (setahun = 1662,5 jam kerja).

5.4.2.3 Deskripsi Persentase Populasi Balita Umur 12-59 Bulan yang Mencari Pelayanan Kesehatan ke Bidan

Tabel 5.33
Persentase Populasi Balita Umur 12-59 Bulan
yang Mencari Pelayanan Kesehatan ke Bidan

Jenis Pelayanan	Tahun 2018-2024 (%)
Pelayanan Konsultasi dan Pemeriksaan Kesehatan	70,0% - 98%
Pelayanan Imunisasi Gabungan	70,0% - 98%
Pelayanan Imunisasi Tunggal (Campak)	70,0% - 98%

Deskripsi mengenai Tabel 5.33 mohon dibaca pada subbab 5.4.1.3 mengenai Deskripsi Persentase Populasi Bayi yang Mencari Pelayanan Kesehatan ke Bidan, karena asumsi dan penjelasannya yang dipakai untuk balita umur 12-59 bulan sama dengan bayi.

5.4.2.4 Deskripsi Proyeksi Populasi Balita Umur 12-59 Bulan per Kabupaten/kota dan Provinsi Jawa Barat dari Tahun 2018-2045

Data SUPAS 2015 tidak menyediakan data proyeksi populasi balita atau penduduk berumur 12-59 bulan. Data yang tersedia adalah data proyeksi populasi penduduk berumur < 5 tahun atau 0-59 bulan. Peneliti mencoba menghitung data proyeksi populasi balita berumur 12-59 bulan tahun dari data SUPAS 2015. Untuk kepentingan perhitungan proyeksi kebutuhan bidan, maka populasi ini dikelompokkan dua, yaitu kelompok populasi balita berumur 12-23 bulan sebagai sasaran program imunisasi lanjutan dan kelompok populasi balita umur 24-59 bulan. Setiap kelompok mempunyai rumus perhitungan masing-masing.

a. Proyeksi Populasi Balita Umur 12-23 Bulan

Proyeksi populasi balita umur 12-23 bulan kabupaten/kota dan tahun tertentu, misal tahun 2025, didapat dengan mengurangi data proyeksi populasi bayi (umur 0-11 bulan) pada tahun 2024 dengan data proyeksi kematian bayi pada tahun 2024 kabupaten/kota tersebut. Berikut adalah rumus perhitungan proyeksi populasi balita umur 12-23 bulan pada tahun tertentu dari UNFPA (UNFPA, UNHCR, dan WHO, 1999):

Proyeksi Populasi Balita Umur 12-23 Bulan_t = Proyeksi Populasi Bayi_{t-1} - Proyeksi Kematian Bayi_{t-1}	Rumus 5.12
Proyeksi Populasi Bayi_{t-1} = CBR_{t-1} x Proyeksi Penduduk_{t-1}	Rumus 5.13
Proyeksi Kematian Bayi_{t-1} = Proyeksi Populasi Bayi_{t-1} x IMR_{t-1}	Rumus 5.14

Keterangan:

Proyeksi Populasi Balita Umur 12-23 Bulan_t = proyeksi populasi balita umur 12-23 bulan pada tahun tertentu

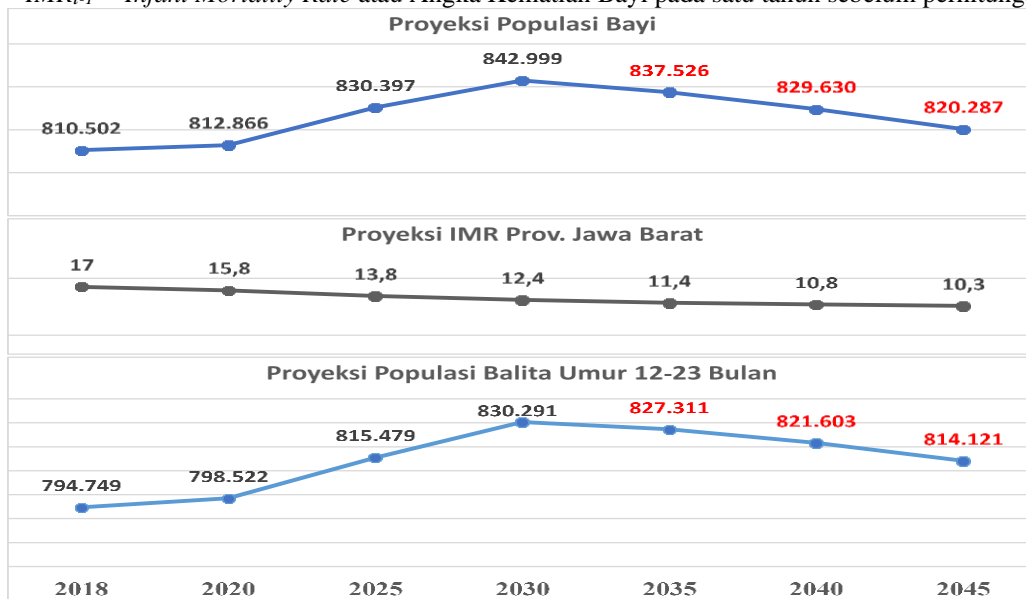
Proyeksi Populasi Bayi_{t-1} = proyeksi populasi bayi pada satu tahun sebelum perhitungan

CBR_{t-1} = *Crude Birth Rate* atau Angka Kelahiran Kasar pada satu tahun sebelum perhitungan

Proyeksi Penduduk_{t-1} = proyeksi penduduk pada satu tahun sebelum perhitungan

Proyeksi Kematian Bayi_{t-1} = proyeksi kematian bayi pada satu tahun sebelum perhitungan

IMR_{t-1} = *Infant Mortality Rate* atau Angka Kematian Bayi pada satu tahun sebelum perhitungan

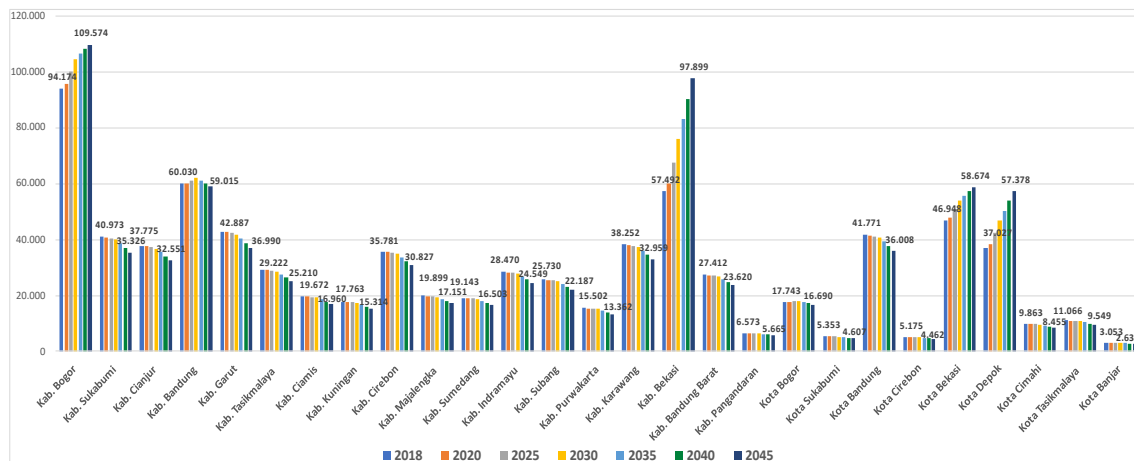


Gambar 5.27

Proyeksi Populasi Bayi, IMR dan Populasi Balita Umur 12-23 Bulan
Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045

Sumber: hasil pengolahan data dari data *Proyeksi Penduduk Indonesia 2015-2045: Hasil SUPAS 2015*.
(Kementrian PPN/Bappenas, BPS, & UNFPA, 2018)

Gambar 5.27 menggambarkan proyeksi populasi bayi, IMR dan populasi balita umur 12-59 bulan Prov. Jawa Barat dari tahun 2018 sampai 2045. IMR terus mengalami penurunan sebanyak -6,7 poin atau 39,4%, turun rata-rata sebesar 1,46% per tahun. Proyeksi populasi balita memiliki pola yang hampir sama dengan pola proyeksi populasi bayi. Bedanya, populasi bayi bertambah dari tahun 2018 sampai tahun 2031, populasi balita bertambah sampai tahun 2032. Setelah itu, kedua populasi mengalami penurunan sampai tahun 2045.



Gambar 5.28

Proyeksi Populasi Balita Umur 12-23 Bulan per Kabupaten/kota se Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045

Sumber: hasil pengolahan data dari data *Proyeksi Penduduk Indonesia 2015-2045: Hasil SUPAS 2015*. (Kementerian PPN/Bappenas, BPS, & UNFPA, 2018)

Gambaran proyeksi populasi balita umur 12-23 bulan per kabupaten/kota se Provinsi Jawa Barat dari tahun 2018 sampai tahun 2045 dapat dilihat pada Gambar 5.28. Pola yang terbentuk mirip dengan pola proyeksi populasi bayi. Pertama, kabupaten/kota yang terus bertambah populasinya, seperti Kab. Bogor. Kedua, kabupaten/kota yang sudah berkurang populasinya di tahun 2019, seperti Kab. Cianjur. Terakhir, kabupaten/kota yang baru mulai berkurang populasinya di tahun 2031 atau 2032, seperti Kab. Bandung.

b. Proyeksi Populasi Balita Umur 24-59 Bulan

Data proyeksi populasi balita umur 24-59 bulan pada kabupaten/kota dan tahun tertentu, didapat dengan mengurangi data proyeksi populasi balita umur 0-59 bulan dengan data proyeksi populasi bayi (umur 0-11 bulan) ditambah dengan data proyeksi populasi balita umur 12-23 bulan pada tahun yang sama. Berikut adalah rumus perhitungan proyeksi populasi balita umur 24-59 bulan:

Proyeksi Populasi Balita Umur 24-59 Bulan_t

= *Proyeksi Populasi Penduduk Umur < 5 tahun_t*

- [*Proyeksi Populasi Bayi_t* +

***Proyeksi Populasi Balita Umur 12-23 Bulan_t*]**

Rumus [5.15](#)

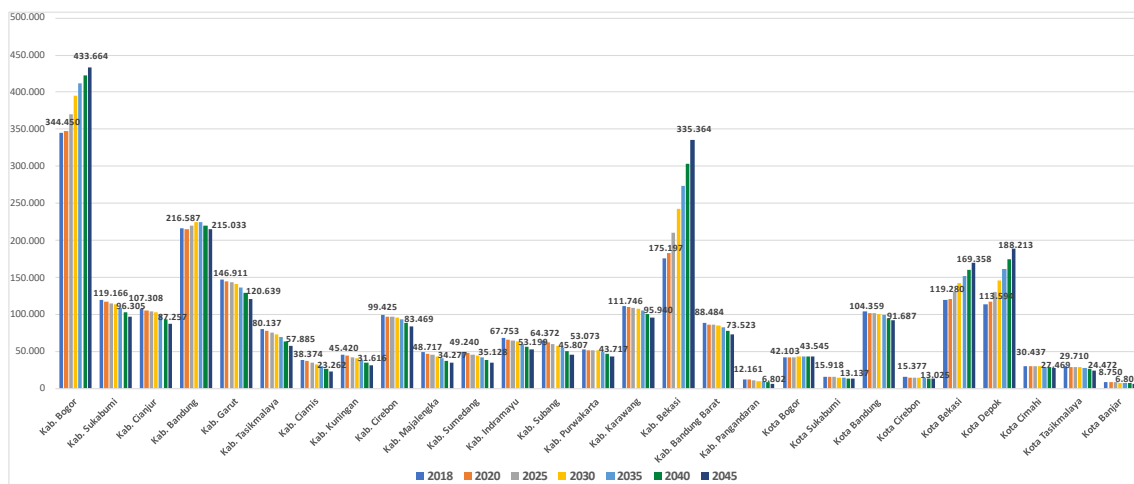
Keterangan:

Proyeksi Populasi Balita Umur 12-59 Bulan_t = proyeksi populasi balita umur 12-59 bulan pada tahun tertentu

Proyeksi Populasi Penduduk Umur < 5 tahun_t = proyeksi populasi penduduk umur < 5 tahun (0-4 tahun) atau balita umur 0-59 Bulan pada tahun tertentu

Proyeksi Populasi Bayi_t = proyeksi populasi bayi atau balita umur 0-11 bulan pada tahun tertentu

Proyeksi Populasi Balita Umur 12-23 Bulan_t = proyeksi populasi balita umur 12-23 bulan pada tahun tertentu



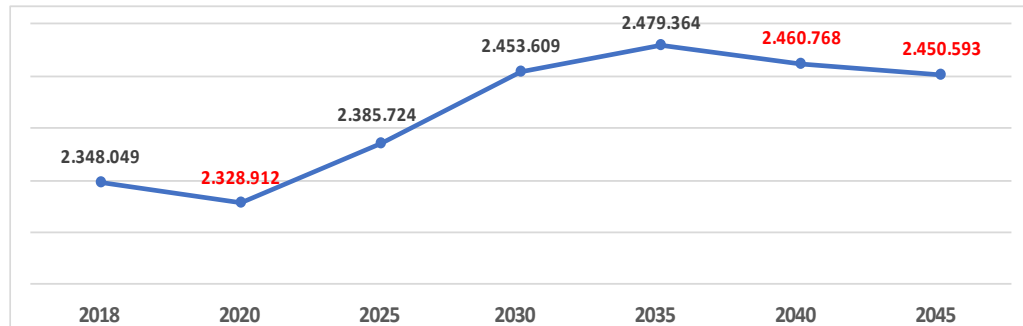
Gambar 5.29

Proyeksi Populasi Balita Umur 24-59 Bulan per Kabupaten/kota se Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045

Sumber: hasil pengolahan data dari data *Proyeksi Penduduk Indonesia 2015-2045: Hasil SUPAS 2015*. (Kementrian PPN/Bappenas, BPS, & UNFPA, 2018)

Gambar 5.29 memberikan gambaran hasil proyeksi populasi balita umur 24-59 bulan per kabupaten/kota se Provinsi Jawa Barat dari tahun 2018 sampai tahun 2045. Hasil proyeksi membentuk 3 pola. Pola tersebut adalah kabupaten/ kota yang terus bertambah populasinya, kabupaten/kota yang sudah berkurang populasinya di tahun 2019, dan kabupaten/kota yang baru mulai berkurang populasinya di tahun 2033 atau tahun 2035.

Data proyeksi populasi balita umur 24-59 bulan se Prov. Jawa Barat dari tahun 2018 sampai tahun 2045 didapat dari menjumlahkan data proyeksi populasi balita umur 24-59 bulan seluruh kabupaten/kota. Hasil proyeksi dapat dilihat pada Gambar 5.30 di bawah ini:



Gambar 5.30

Proyeksi Populasi Bayi, Balita Umur 24-59 Bulan se Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045

Sumber: hasil pengolahan data dari data *Proyeksi Penduduk Indonesia 2015-2045: Hasil SUPAS 2015*.
(Kementrian PPN/Bappenas, BPS, & UNFPA, 2018)

Gambar 5.30 memberikan gambaran proyeksi populasi balita umur 24-59 bulan tingkat Provinsi Jawa Barat dari tahun 2018 sampai tahun 2045. Populasi ini mengalami penurunan dari tahun 2018 sampai tahun 2020, namun mulai tahun 2020 mengalami kenaikan kembali sampai tahun 2035. Mulai tahun 2036, jumlah populasi ini cenderung turun sampai tahun 2045.

5.4.2.5 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Balita Umur 12-59 Bulan pada Tahun Tertentu ($R_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 12-59\ Bulan-t}$)

$R_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 12-59\ Bulan-t}$ adalah proyeksi kebutuhan Bidan untuk pelayanan kesehatan balita umur 12-59 bulan pada tahun tertentu. Di bawah ini adalah rumusnya:

$R_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 12-59\ Bulan-t}$ $= R_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 12-23\ Bulan-t}$ $+ R_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 24-59\ Bulan-t}$	Rumus 5.16
$R_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 12-23\ Bulan-t}$ $= (N \times Q \times H)_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 12-23\ Bulan-2018}$ $\times P_{Balita\ Umur\ 12-23\ Bulan-t}$	Rumus 5.17
$R_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 24-59\ Bulan-t}$ $= (N \times Q \times H)_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 24-59\ Bulan-2018}$ $\times P_{Balita\ Umur\ 24-59\ Bulan-t}$	Rumus 5.18

Keterangan:

$R_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 12-59\ Bulan-t}$	= Proyeksi kebutuhan Bidan untuk pelayanan kesehatan balita umur 12-59 bulan pada tahun tertentu.
$R_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 12-23\ Bulan-t}$	= Proyeksi kebutuhan Bidan untuk pelayanan konsultasi/pemeriksaan Kesehatan dan imunisasi lanjutan balita umur 12-23 bulan pada tahun tertentu.
$N_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 12-23\ Bulan-2018}$	= Jumlah bidan yang dibutuhkan untuk memberikan 1 (satu) paket pelayanan (konsultasi/pemeriksaan kesehatan atau imunisasi lanjutan) untuk seorang balita umur 12-23 bulan di tahun 2018.

$Q_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 12-23\ Bulan-2018}$	= Standar jumlah atau kuantitas layanan (konsultasi/pemeriksaan kesehatan atau imunisasi lanjutan) yang dibutuhkan per balita umur 12-23 bulan selama 1 tahun di tahun 2018.
$H_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 12-23\ Bulan-2018}$	= Persentase populasi balita umur 12-23 bulan yang mencari pelayanan ke bidan di tahun 2018.
$P_{Balita\ Umur\ 12-23\ Bulan-t}$	= Proyeksi populasi balita umur 12-23 bulan pada tahun tertentu
$R_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 24-59\ Bulan-t}$	= Proyeksi kebutuhan Bidan untuk pelayanan konsultasi/pemeriksaan kesehatan balita umur 24-59 bulan pada tahun tertentu.
$N_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 24-59\ Bulan-2018}$	= Jumlah bidan yang dibutuhkan untuk memberikan 1 (satu) paket pelayanan konsultasi/pemeriksaan kesehatan untuk seorang balita umur 24-59 bulan di tahun 2018.
$Q_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 24-59\ Bulan-2018}$	= Standar jumlah atau kuantitas layanan yang dibutuhkan per balita umur 24-59 bulan selama 1 tahun di tahun 2018.
$H_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 24-59\ Bulan-2018}$	= Persentase populasi balita umur 24-59 bulan yang mencari pelayanan ke bidan di tahun 2018.
$P_{Balita\ Umur\ 24-59\ Bulan-t}$	= Proyeksi populasi balita umur 24-59 bulan pada tahun tertentu

Melanjuti perhitungan sebelumnya, maka kebutuhan bidan untuk Kabupaten Bogor pada tahun 2025 dengan asumsi konstan kembali dijadikan contoh perhitungan. Proyeksi kebutuhan bidan untuk masing-masing populasi dihitung terlebih dahulu, baru kemudian dijumlahkan. Langkah-langkahnya adalah sebagai berikut:

A. Menghitung proyeksi kebutuhan Bidan untuk pelayanan kesehatan balita umur 12-23 bulan pada tahun tertentu ($R_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 12-23\ Bulan-t}$), dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Menghitung $N_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 12-23\ Bulan-2018}$

$N_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 12-23\ Bulan-2018}$ adalah jumlah bidan yang dibutuhkan untuk memberikan 1 (satu) paket pelayanan (konsultasi/pemeriksaan kesehatan atau imunisasi lanjutan) untuk seorang balita umur 12-23 bulan di tahun 2018. Data hasil pengamatan yang didapat di tahun 2018 dipakai sebagai standar perhitungan untuk tahun-tahun selanjutnya. Paket standar layanan kesehatan ini dikonversikan ke dalam Waktu Kerja Efektif (WKE).

2. Menghitung $Q_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 12-23\ Bulan-2018}$

$Q_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 12-23\ Bulan-2018}$ adalah jumlah atau kuantitas layanan (konsultasi/pemeriksaan kesehatan atau imunisasi lanjutan) yang dibutuhkan per balita dalam 1 tahun di tahun 2018.

Di bawah ini adalah data $N_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 12-23\ Bulan-2018}$ (WKE), $Q_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 12-23\ Bulan-2018}$ (Q), dan hasil perkalian antara $N_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 12-23\ Bulan-2018}$ (WKE) dan $Q_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 12-23\ Bulan-2018}$ (Q):

Jenis Pelayanan	$N_{Balita\ 12-23\ Bulan}$ (WKE-%)	$Q_{Balita\ 12-23\ Bulan}$ (Q)	WKE x Q (%)
a. Konsultasi dan Pemeriksaan Kesehatan:			
- Balita sehat	0,018	8	0,144
- Balita sakit	0,018	3,59*	0,065
b. Imunisasi Lanjutan:			
- DPT-HB-Hib	0,019	1	0,019
- Imunisasi Campak	0,019	1	0,019
Total		13,59	0,247

Didapat: $(N \times Q)_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 12-23\ Bulan-2018} = 0,247\%$ WKE Bidan

3. Menetapkan $H_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 12-23\ Bulan-2018}$

$H_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 12-23\ Bulan-2018}$ adalah persentase populasi balita yang mencari pelayanan kesehatan ke bidan dalam 1 tahun pada tahun 2018. Di atas telah disebutkan jika persentasenya adalah 70% dan diasumsikan konstan sampai tahun 2045.

4. Menghitung $P_{Balita\ Umur\ 12-23\ Bulan-t}$

$P_{Balita\ Umur\ 12-23\ Bulan-t}$ adalah proyeksi populasi balita umur 12-23 bulan pada tahun tertentu. Sebagai contoh perhitungan adalah proyeksi populasi balita umur 12-23 bulan Kab. Bogor pada tahun 2025 ($P_{Balita\ Umur\ 12-23\ Bulan-2025}$), yaitu sebanyak 100.318 balita

5. Menghitung $R_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 12-23\ Bulan-t}$

$R_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 12-23\ Bulan-t}$ adalah jumlah kebutuhan bidan untuk memberikan pelayanan kesehatan balita pada tahun tertentu. Berikut adalah contoh perhitungan kebutuhan bidan untuk pelayanan kesehatan balita umur 12-23 bulan Kab. Bogor pada tahun 2025 ($R_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 12-23\ Bulan-2025}$):

$$R_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 12-23\ Bulan-2025}$$

$$= (N \times Q \times H)_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 12-23\ Bulan-2018} \times P_{Balita\ Umur\ 12-23\ Bulan-2025}$$

$$= (0,247\% \times 70\%) \times 100.318$$

$$= 173,45\ \text{Bidan}$$

Dari hasil perhitungan, didapat jumlah kebutuhan bidan sebanyak 173,45 Bidan.

B. Menghitung proyeksi kebutuhan Bidan untuk pelayanan kesehatan balita umur 24-59 bulan pada tahun tertentu ($R_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 24-59\ Bulan-t}$) dengan langkah-langkah

sebagai berikut:

1. Menghitung $N_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 24-59\ Bulan-2018}$

$N_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 24-59\ Bulan-2018}$ adalah jumlah bidan yang dibutuhkan untuk memberikan 1 (satu) paket pelayanan konsultasi/pemeriksaan Kesehatan untuk seorang balita umur 24-59 bulan di tahun 2018. Data hasil pengamatan yang didapat di tahun 2018 dipakai sebagai standar perhitungan untuk tahun-tahun selanjutnya. Paket standar layanan kesehatan ini dikonversikan ke dalam Waktu Kerja Efektif (WKE).

2. Menghitung $Q_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 24-59\ Bulan-2018}$

$Q_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 24-59\ Bulan-2018}$ adalah jumlah atau kuantitas layanan konsultasi/pemeriksaan kesehatan yang dibutuhkan per balita dalam 1 tahun di tahun 2018.

Di bawah ini adalah data $N_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 24-59\ Bulan-2018}$ (WKE), $Q_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 24-59\ Bulan-2018}$ (Q), dan hasil perkalian antara $N_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 24-59\ Bulan-2018}$ (WKE) dan $Q_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 24-59\ Bulan-2018}$ (Q):

Jenis Pelayanan	$N_{Balita\ 24-59\ Bulan}$ (WKE-%)	$Q_{Balita\ 24-59\ Bulan}$ (Q)	WKE x Q (%)
Konsultasi dan Pemeriksaan Kesehatan:			
- Balita sehat	0,018	8	0,144
- Balita sakit	0,018	3,59*	0,065
Total		11,59	0,209

Didapat: $(N \times Q)_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 24-59\ Bulan-2018} = 0,209\%$ WKE Bidan

3. Menetapkan $H_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 24-59\ Bulan-2018}$

$H_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 24-59\ Bulan-2018}$ adalah persentase populasi balita yang mencari pelayanan kesehatan ke bidan dalam 1 tahun pada tahun 2018. Di atas telah disebutkan jika persentasenya adalah 70% dan diasumsikan konstan sampai tahun 2045.

4. Menghitung $P_{Balita\ Umur\ 24-59\ Bulan-t}$

$P_{Balita\ Umur\ 24-59\ Bulan-t}$ adalah proyeksi populasi balita umur 24-59 bulan pada tahun tertentu. Sebagai contoh perhitungan adalah proyeksi populasi balita umur 24-59 bulan Kab. Bogor pada tahun 2025 ($P_{Balita\ Umur\ 24-59\ Bulan-2025}$), yaitu sebanyak 370.409 balita.

5. Menghitung $R_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 24-59\ Bulan-t}$

$R_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 24-59\ Bulan-t}$ adalah jumlah kebutuhan bidan untuk memberikan pelayanan kesehatan balita pada tahun tertentu. Berikut adalah contoh perhitungan kebutuhan bidan untuk pelayanan kesehatan balita umur 24-59 bulan Kab. Bogor pada tahun 2025 ($R_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 24-59\ Bulan-2025}$):

$$R_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 24-59\ Bulan-2025}$$

$$= (N \times Q \times H)_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 24-59\ Bulan-2018} \times P_{Balita\ Umur\ 24-59\ Bulan-2025}$$

$$= (0,209\% \times 70\%) \times 370.409$$

$$= 541,91 \text{ Bidan}$$

Dari hasil perhitungan, didapat jumlah kebutuhan bidan sebanyak 541,91 Bidan. Maka proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan kesehatan Balita Umur 12-59 Bulan Kab. Bogor pada tahun 2025:

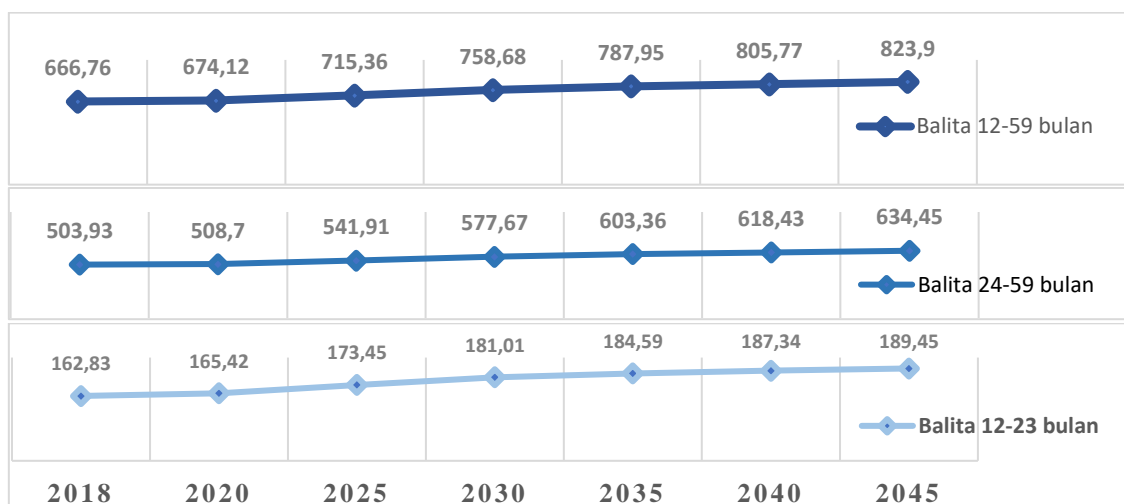
$$R_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 12-59\ Bulan-2025}$$

$$= R_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 12-23\ Bulan\ -2025} + R_{Kesehatan\ Balita\ Umur\ 24-59\ Bulan-2025}$$

$$= 173,45 + 541,91$$

$$= 715,36 \text{ Bidan}$$

Total proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan kesehatan Balita Umur 12-59 Bulan Kab. Bogor di tahun 2025 sebanyak 715,36 Bidan.

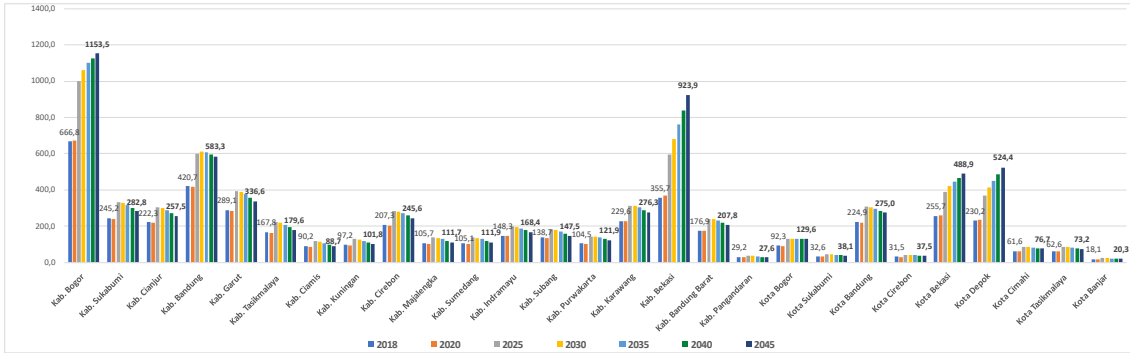


Gambar 5.31

Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Balita Umur 12-59 Bulan (Asumsi Konstan) Kab. Bogor, Prov. Jawa Barat dari Tahun 2018-2045

Hasil proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan kesehatan balita umur 12-59 bulan Kab. Bogor dari tahun 2018-2045 dapat dilihat pada Gambar 5.31, pada

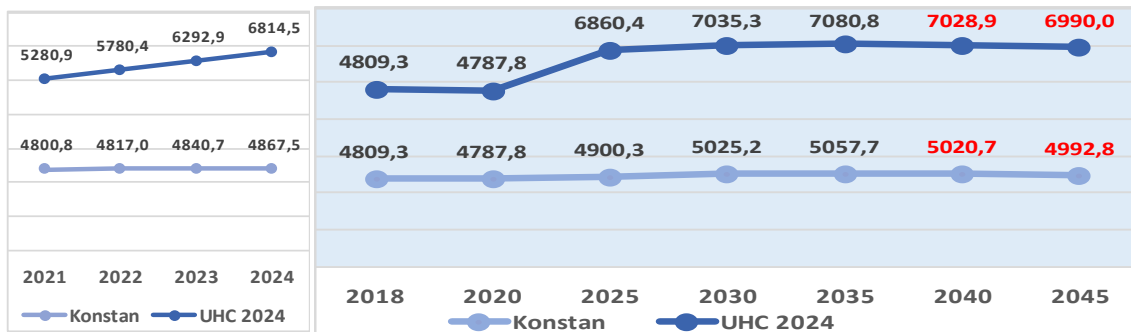
kurva yang paling atas. Ini adalah hasil penjumlahan antara proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan kesehatan balita umur 12-59 bulan dengan proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan Kesehatan balita umur 12-23 bulan. Dari tahun 2018 sampai tahun 2045, kebutuhan bidan bertambah sebanyak 157 bidan (23,57%) atau rata-rata 4-5 bidan (0,873%) per tahun.



Gambar 5.32

Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Balita Umur 12-59 Bulan (Asumsi Konstan) per Kabupaten/kota se-Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045

Gambaran lebih rinci mengenai proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan Kesehatan Balita Umur 12-59 Bulan per kabupaten/kota ada pada Gambar 5.32. Pola yang terbentuk sama dengan pola proyeksi Balita Umur 12-59 Bulan. Ada 3 pola, yaitu pertama, kabupaten/kota yang kebutuhan bidannya cenderung bertambah sampai tahun 2045, seperti Kab. Bogor. Kedua, kabupaten/kota yang kebutuhan bidannya sudah turun di tahun 2019 dan cenderung terus turun sampai tahun 2045, seperti Kab. Sukabumi dan Kota Cirebon. Terakhir, kabupaten/kota yang kebutuhan bidannya baru berkurang di tahun 2029 atau 2031, seperti Kab. Bandung.



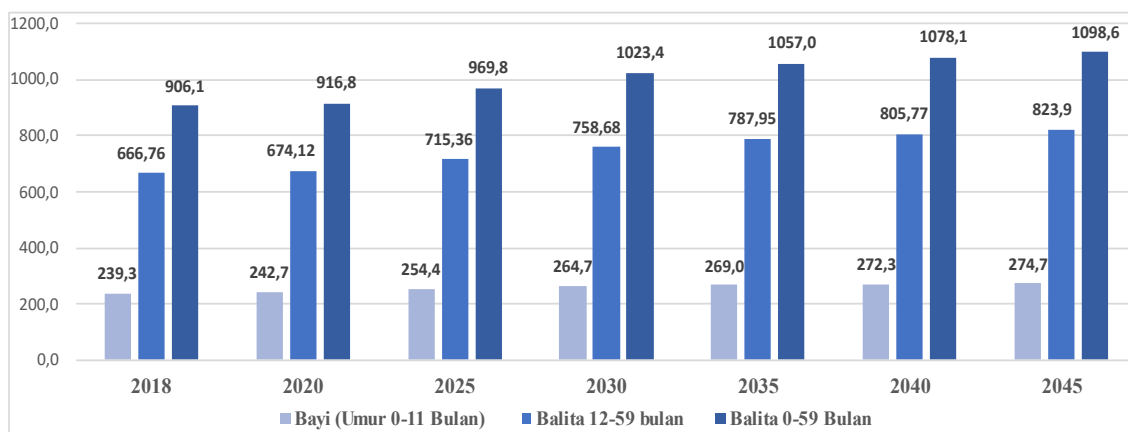
Gambar 5.33

Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Balita Umur 12-59 Bulan Se Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045

Grafik 5.33 menggambarkan proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan kesehatan balita umur 12-59 bulan se Prov. Jawa Barat dengan menggunakan dua asumsi, yaitu konstan dan UHC 2024. Grafik yang kanan menggambarkan proyeksi tahun 2018 sampai tahun 2045. Pola grafik menggambarkan proyeksi kebutuhan bidan terus bertambah dari tahun 2018 sampai tahun 2035. Namun, mulai tahun 2035 sampai tahun 2045, proyeksi kebutuhan bidan cenderung terus turun. Grafik yang kiri berfungsi menjelaskan proyeksi kebutuhan bidan antara tahun 2020 sampai tahun 2024.

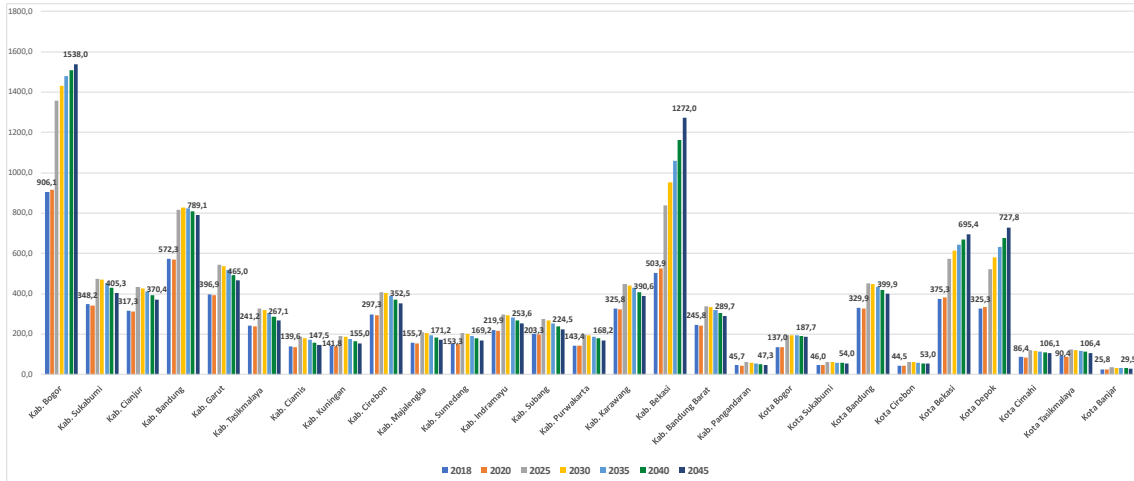
5.4.3 Rekapitulasi Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Balita Umur 0-59 Bulan

Rekapitulasi proyeksi kebutuhan bidan untuk seluruh Pelayanan Kesehatan Balita adalah hasil penjumlahan dari proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan kesehatan bayi (umur 0-11 bulan) dan balita umur 12-59 bulan. Agar konsisten, maka Kab. Bogor dijadikan sebagai contoh. Di bawah ini adalah hasil perhitungannya:



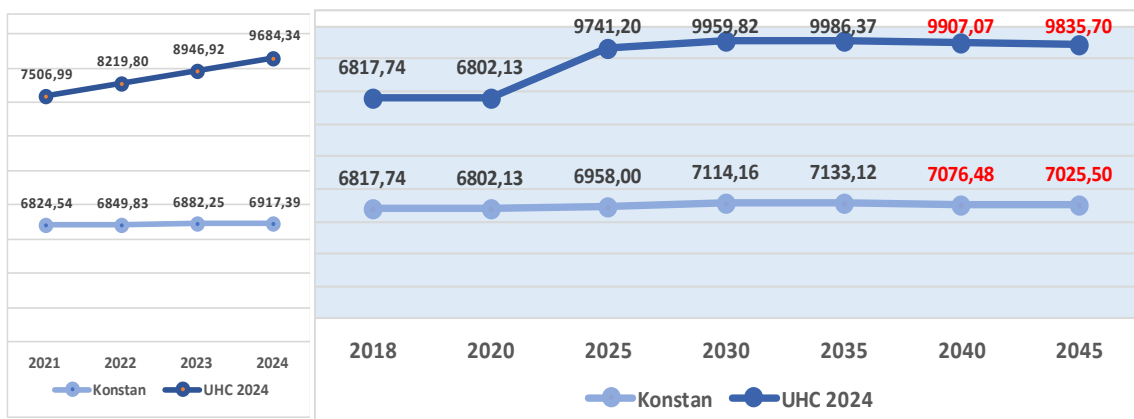
Gambar 5.34
Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Balita
(Asumsi Konstan) Kab. Bogor, Prov. Jawa Barat dari Tahun 2018-2045

Gambar 5.34 memperlihatkan hasil rekapitulasi Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Balita Kab. Bogor dari tahun 2018-2045 dengan asumsi konstan. Polanya grafiknya memperlihatkan kebutuhan bidan cenderung terus bertambah sampai tahun 2045. Selama 27 tahun, kebutuhan bidan bertambah sebanyak 192,5 Bidan atau 21,24%. Atau, rata-rata per tahunnya kebutuhan bidan bertambah sebanyak 7,13 Bidan atau 0,79%.



Gambar 5.35
 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Balita (Asumsi Konstan)
 per Kabupaten/kota se-Prov. Jawa Barat dari Tahun 2018-2045

Rekapitulasi Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Balita per Kabupaten/kota se Prov. Jawa Barat dari Tahun 2018-2045 dengan asumsi konstan dapat dilihat pada Gambar 5.35. Pola proyeksi kebutuhan bidan di tingkat kabupaten/kota mengikuti pola proyeksi sasaran. Ada tiga pola, pertama, kabupaten/kota yang kebutuhan bidannya cenderung terus bertambah sampai tahun 2045, seperti Kab. Bogor dan Kota Bekasi. Kedua, kabupaten/kota yang kebutuhan bidannya sudah turun di tahun 2019 dan cenderung terus turun sampai tahun 2045, seperti Kab. Cianjur. Terakhir, kabupaten/kota yang kebutuhan bidannya baru berkurang di tahun 2032, seperti Kab, Bandung.



Gambar 5.3.6
 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Balita Umur 0-59 Bulan
 Se Prov. Jawa Barat dari Tahun 2018-2045

Untuk se Prov. Jawa Barat, hasil rekapitulasi Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Balita dari tahun 2018-2045 dengan menggunakan asumsi konstan

Grafik 5.36 menggambarkan proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan kesehatan balita umur 12-59 bulan se Prov. Jawa Barat dengan menggunakan dua asumsi, yaitu konstan dan UHC 2024. Grafik sebelah kanan menggambarkan proyeksi tahun 2018 sampai tahun 2045. Pola grafik menggambarkan proyeksi kebutuhan bidan terus bertambah dari tahun 2018 sampai tahun 2035. Namun, mulai tahun 2035 sampai tahun 2045, proyeksi kebutuhan bidan cenderung terus turun. Grafik yang kiri berfungsi menjelaskan proyeksi kebutuhan bidan antara tahun 2020 sampai tahun 2024.

5.5 Rekapitulasi-1: Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Seluruh Layanan Kesehatan di FKP (Tanpa PONED) dan Rasio Bidan per 100.000 Penduduk

Pada subbab ini, proyeksi kebutuhan bidan direkap pada tingkat kabupaten/kota dan provinsi. Proyeksi kebutuhan bidan untuk seluruh pelayanan kesehatan adalah penjumlahan proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana, Ibu, serta Balita. Proyeksi kebutuhan bidan untuk PONED sementara tidak dimasukkan dulu. Pelayanan Kesehatan Ibu terdiri dari pelayanan antenatal (standar Kemenkes), persalinan (kebijakan penolong persalinan oleh dua tenaga kesehatan = 2 bidan) dan pascapersalinan. Pelayanan Kesehatan Balita dibagi dalam pelayanan kesehatan Bayi (umur 0-11 bulan) dan Balita (umur 12-59 Bulan). Asumsi yang digunakan adalah konstan dan asumsi berubah (UHC 2024 & Visi 2045). Pada asumsi UHC 2024 & Visi 2045, asumsi ini mulai berlaku di tahun 2020 mengikuti rencana pembangunan jangka menengah tahun 2020-2024. Berikut adalah persamaannya:

$$R_{FKPI-t} = R_{KB/Kespro-t} + R_{Kesehatan\ Ibu-t} + R_{Kesehatan\ Balita-t}$$

Keterangan:

R_{FKPI-t} = Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk seluruh layanan kesehatan di FKP pada tahun tertentu

Gambar 5.37 memperlihatkan hasil rekapitulasi proyeksi kebutuhan bidan untuk seluruh layanan kesehatan pada 4 kabupaten (Bogor, Sukabumi, Cianjur, dan Bandung) dan 2 kota (Bekasi dan Banjar) dengan asumsi konstan dan asumsi berubah (UHC 2024 & Visi 2045). Pada dua asumsi, di tahun 2019 mengalami kenaikan karena adanya kebijakan penolong persalinan oleh dua tenaga kesehatan (= 2 bidan) di seluruh kabupaten/kota. Namun mulai tahun 2020, pola proyeksi pada masing-masing kabupaten/

kota menunjukkan pola yang berbeda. Pola pertama, Kab. Bogor dan Kota Bekasi, proyeksi kebutuhan bidannya cenderung terus bertambah sampai tahun 2045 berdasarkan dua asumsi. Pola kedua, awalnya proyeksi kebutuhan bidannya naik, namun kemudian cenderung menurun. Pada asumsi konstan, kebutuhan bidannya naik di tahun 2019, kemudian mulai turun di tahun 2020 (Kab. Sukabumi, Kab. Cianjur dan Kota Banjar) atau di tahun 2031 (Kab. Bandung). Namun dengan asumsi UHC 2024 & Visi 2045, waktu penurunannya lebih lama, yaitu di tahun 2025 (Kab. Sukabumi, Kab. Cianjur dan Kota Banjar) atau di tahun 2034 (Kab. Bandung)

Setelah mendapatkan data proyeksi kebutuhan bidan untuk seluruh pelayanan, maka dihitung rasio (kebutuhan) bidan per 100.000 penduduk. Berikut rumusnya:

$\text{Rasio Bidan}_t = \frac{R_{FKPI-t}}{P_t} \times 100000$	Rumus 5.19
$R_{FKPI-t} = \text{Rasio Bidan}_t \times \frac{P_t}{100000}$	Rumus 5.20

Keterangan:

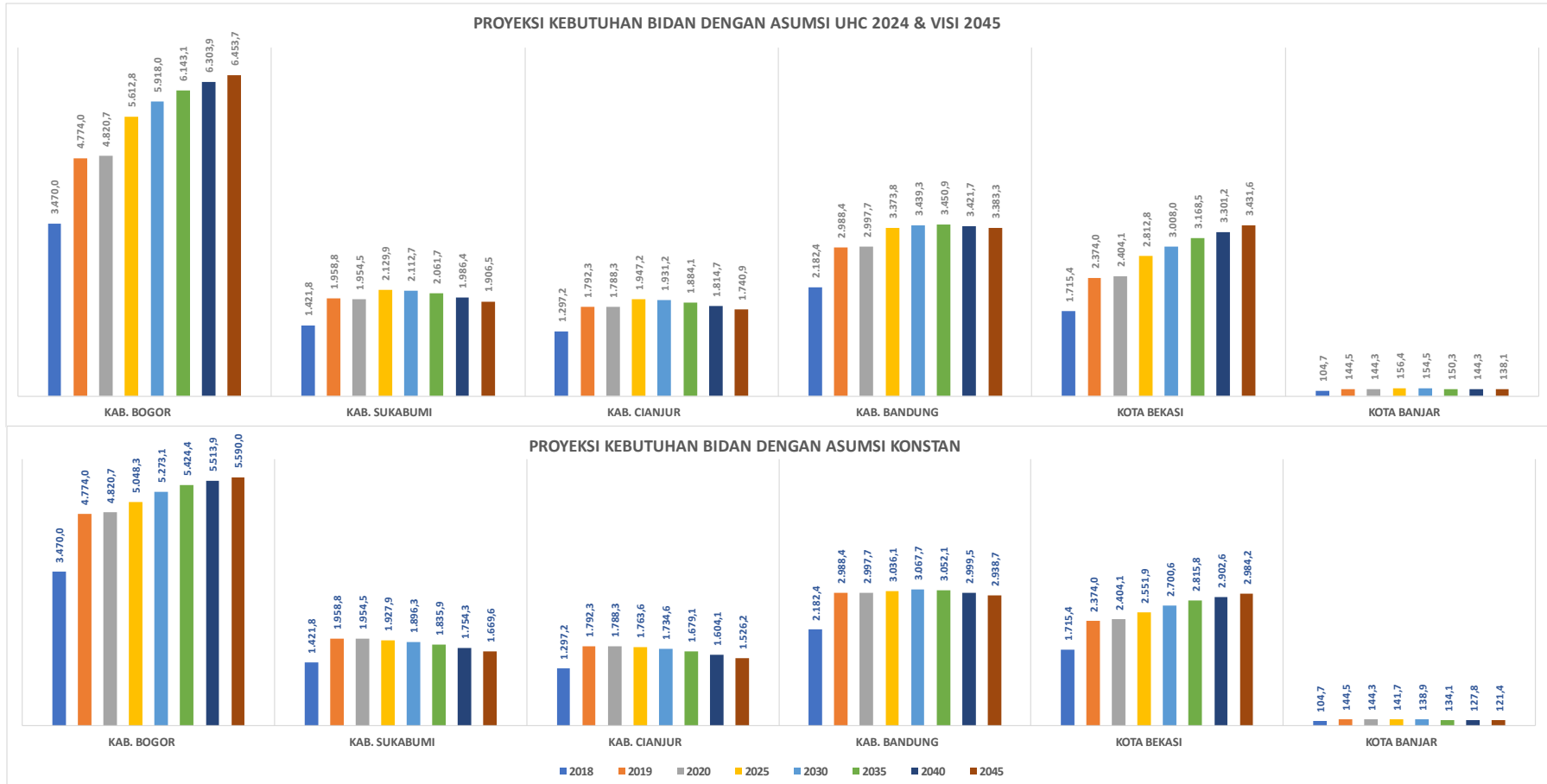
R_{FKPI-t} = proyeksi **rasio** (kebutuhan) bidan per 100.000 penduduk pada tahun Tertentu

P_t = proyeksi jumlah penduduk pada tahun tertentu

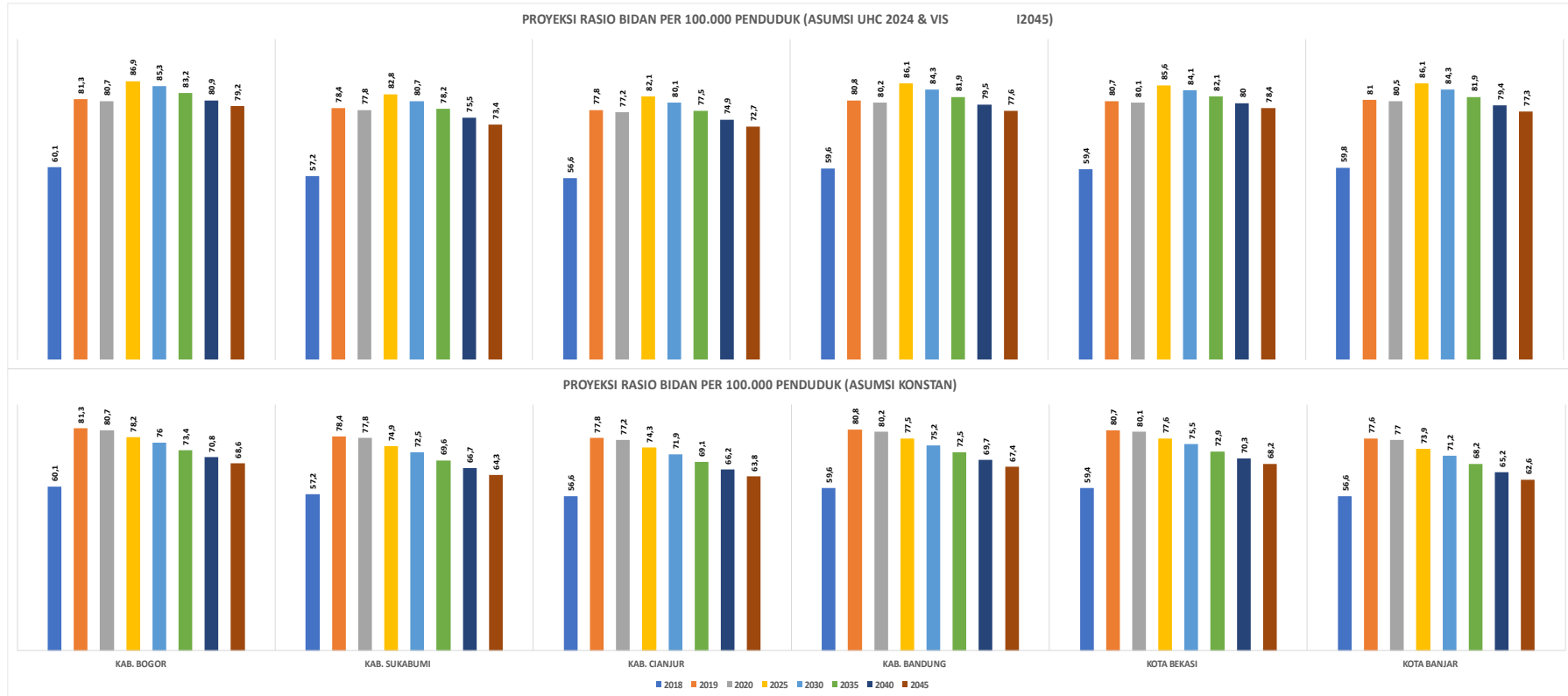
$R_{Bidan-t}$ = proyeksi kebutuhan bidan di FKP pada tahun tertentu

Berbeda dengan pola proyeksi kebutuhan bidan, proyeksi rasio kebutuhan bidan per 100.000 penduduk hanya menghasilkan satu pola baik berdasarkan asumsi konstan maupun asumsi UHC 2024 & Visi 2045 (Gambar 5.38). Pada tahun 2019 mengalami kenaikan tajam karena adanya kebijakan penolong persalinan oleh dua tenaga kesehatan (= 2 bidan), rasionya bertambah sebesar 21 bidan per 100.000 penduduk. Namun di tahun 2020, berdasarkan asumsi konstan, rasionya mulai mengalami penurunan. Untuk asumsi UHC 2024 & Visi 2045, rasionya mulai turun di tahun 2025.

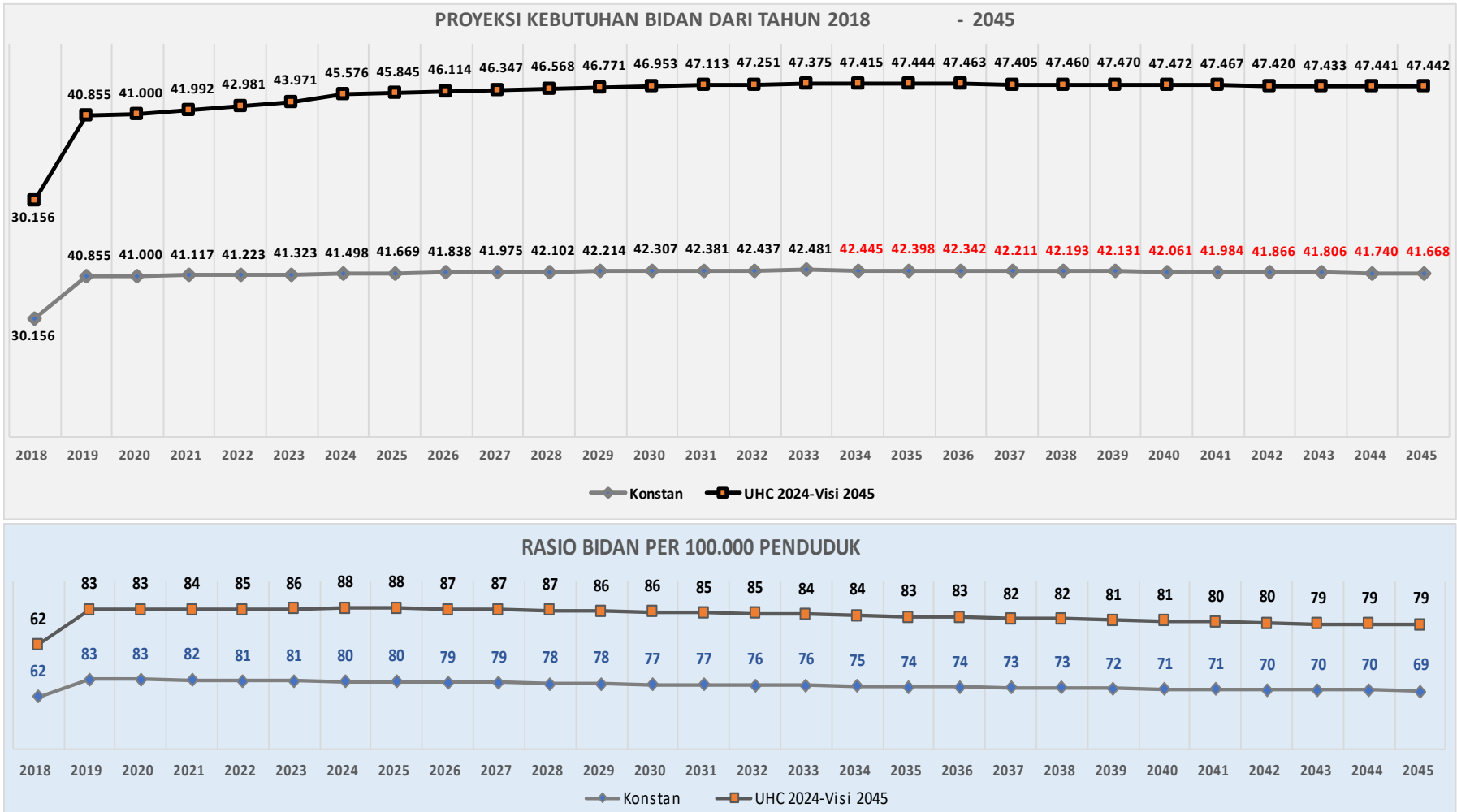
Hasil rekapitulasi proyeksi kebutuhan bidan pada se Prov. Jawa Barat dapat dilihat pada Gambar 5.39. Di dua asumsi, proyeksi kebutuhan bidan untuk seluruh pelayanan di tahun 2019 mengalami kenaikan tajam, yaitu 10.698 Bidan karena kebijakan penolong persalinan oleh dua tenaga kesehatan (= 2 bidan), namun setelah itu kenaikannya tidak terlalu besar. Mulai tahun 2021, mulai memperlihatkan perbedaan hasil proyeksi kebutuhan bidan, asumsi konstan lebih sedikit dibandingkan asumsi UHC 2024 & Visi 2045. Asumsi konstan, kebutuhan bidannya naik hanya sampai tahun 2034, sementara asumsi UHC 2024 & Visi 2045 kebutuhan bidannya naik sampai tahun 2041.



Gambar 5.37
 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Seluruh Layanan Kesehatan di 4 Kabupaten dan 2 Kota
 Di Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045



Gambar 5.38
 Proyeksi Rasio Kebutuhan Bidan per 100000 Penduduk di 4 Kabupaten dan 2 Kota
 Di Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045



Gambar 5.39
 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Seluruh Layanan Kesehatan dan Rasio Kebutuhan Bidan per 100.000 Penduduk se Prov. Jawa Barat Tahun 2018-2045

Gambar 5.39 (bawah) memperlihatkan hasil perhitungan rasio bidan per 100.000 penduduk se Prov. Jawa Barat. Berdasarkan asumsi konstan, rasionya memiliki kecenderungan yang terus turun dari tahun 2020. Namun berdasarkan asumsi UHC 2024 & Visi 2045, rasionya naik sampai tahun 2025, baru setelah itu mengalami penurunan.

5.6 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED)

Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Dasar (PONED) adalah pelayanan Obstetrik dan neonatal emergensi/komplikasi tingkat dasar. Di negara kita, penyedia Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Dasar adalah Puskesmas Mampu PONED atau Puskesmas PONED. Puskesmas PONED adalah Puskesmas rawat inap yang mampu menyelenggarakan Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi/komplikasi tingkat Dasar dalam 24 jam sehari dan 7 hari seminggu (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Puskesmas PONED merupakan bagian dari sistem rujukan. Sistem Rujukan adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab timbal balik terhadap kasus penyakit atau masalah kesehatan baik secara vertikal dalam arti dari unit yang berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu atau secara horisontal dalam arti unit-unit yang setingkat kemampuannya. Kasus yang dirujuk ke Puskesmas mampu PONED bisa berasal dari: (Kementerian Kesehatan RI, 2013)

- a. Rujukan masyarakat:
 - 1) Datang sendiri sebagai pasien perorangan atau keluarga
 - 2) Diantar/dirujuk oleh kader Posyandu, Dukun Bayi, dan lainnya
 - 3) Dirujuk dari institusi masyarakat, seperti Poskesdes, Polindes, dll.
- b. Rujukan dari pelayanan kesehatan perorangan Primer dari wilayah kerja Puskesmas mampu PONED, antara lain dari:
 - 1) Unit rawat jalan Puskesmas, Puskesmas pembantu/keliling.
 - 2) Praktek dokter atau bidan mandiri
 - 3) Fasilitas pelayanan kesehatan perorangan Primer lainnya
- c. Rujukan dari Puskesmas sekitar

Batasan kewenangan Puskesmas dalam melaksanakan Pelayanan PONED adalah persalinan pervaginam dan kasus neonatal dengan tindakan emergensi dasar

(Kementerian Kesehatan RI, 2013). Berikut adalah daftar kasus persalinan pervaginam dengan tindakan emergensi dasar yang bisa dilakukan oleh Puskesmas PONED:

1. Perdarahan pada kehamilan muda
2. Perdarahan post partum
3. Hipertensi dalam kehamilan
4. Persalinan macet
5. Ketuban pecah sebelum waktunya dan sepsis
6. Infeksi Bersalin

Untuk batasan kewenangan menangani kasus neonatal dengan tindakan emergensi dasar adalah sebagai berikut:

1. Asfiksia pada neonatal
2. Gangguan nafas pada bayi baru lahir
3. Bayi Berat Lahir Rendah BBLR
4. Hipotermi pada bayi baru lahir
5. Hipoglikemi dari ibu dengan diabetes militus
6. Ikterus
7. Kejang pada Neonatus
8. Infeksi Neonatus

Data Potensi Desa Tahun 2018 (BPS, 2018) menunjukkan Provinsi Jawa Barat memiliki 1800 Puskesmas Pembantu, 2.329 Poskesdes dan 1.364 Polindes. Namun, dalam situasi dan kondisi dimana di suatu desa/kelurahan atau kecamatan, Puskesmas atau Puskesmas Pembantu, Poskesdes atau Polindesnya tidak memenuhi standar yang ditetapkan untuk memberikan pelayanan persalinan, maka pelayanan persalinan normal harus dilakukan di Puskesmas PONED (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Di beberapa tempat, seperti di kecamatan Sukamakmur (kabupaten Bogor) dan kecamatan Cidaun (kabupaten Cianjur) hal ini sudah dilakukan.

Pada saat penelitian di kecamatan Cidaun, Kabupaten Cianjur ditemukan juga kasus non persalinan yang dirawat di Puskesmas PONED. Ada ibu hamil yang sedang mengalami *hyperemesis* dan membutuhkan cairan infus. Ibu itu dirawat di Puskesmas PONED. Untuk diketahui, kecamatan Cidaun ini berjarak 170 Km dari ibukota kabupaten Cianjur dengan waktu tempuh sekitar 5 jam dengan kendaraan pribadi.

Penulis menambahkan variabel Puskesmas Poned ketika sudah di lapangan. Di lapangan, penulis mendapati bahwa peran bidan dalam memberikan pelayanan di bagian Poned cukup besar. Bidan yang menjadi tenaga inti di PKM Poned, operasional PKM Poned bergantung pada bidan, walaupun yang menjadi penanggungjawabnya adalah dokter umum.

5.6.1 Standar Sumber Daya Manusia (SDM) Puskesmas Poned

Dalam buku **Pedoman Penyelenggaraan PUSKESMAS Mampu Poned** (Kementerian Kesehatan RI, 2013) ditetapkan standar SDM dari sisi kualitas dan kuantitas. Dari sisi kualitas, SDM yang ditunjuk untuk memberikan pelayanan Poned adalah dokter, perawat dan bidan. Mereka harus sudah mengikuti pelatihan Manajemen Puskesmas Poned, Pelatihan Penanganan Gawat Darurat Obstetrik Neonatal (PPGDON), Manajemen Asfiksia, dan Manajemen Penangan Bayi dengan BBLR (Berat Badan Lahir Rendah).

SDM Puskesmas Poned terdiri dari Tim Inti dan Tim Pendukung (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Dimana masing-masing tim terdiri dari:

Tim Inti terdiri dari:

Dokter umum (minimal 1 orang),

Perawat D3 (minimal 1 orang),

Bidan D3 (minimal 1 orang).

Tim Pendukung terdiri dari:

Dokter umum (minimal 1-2 orang),

Perawat D3 (minimal 5 orang),

Bidan D3 (minimal 5 orang),

Analisis laboratorium (1 orang) dan

Petugas administrasi (minimal 1 orang)

Jika dijumlahkan kebutuhan bidan per Puskesmas Poned maka terdiri dari 1 bidan di tim inti dan 5 bidan di tim pendukung. Total menjadi enam (6) bidan yang dibutuhkan untuk satu Puskesmas Poned.

5.6.2 Distribusi Puskesmas Poned di Provinsi Jawa Barat

Berdasarkan hasil Riset Fasilitas Kesehatan (Risfaskes) tahun 2019, jumlah Puskesmas Poned yang ada di Provinsi Jawa Barat sebanyak 468 Puskesmas. Pada tabel di bawah ini adalah gambaran distribusi Puskesmas Poned per kabupaten dan kota:

Tabel 5.34
Distribusi Puskesmas Poned di Provinsi Jawa Barat Tahun 2019

Kabupaten	Jumlah PKM Poned (<i>Q_{Poned}</i>)	Kota	Jumlah PKM Poned (<i>Q_{Poned}</i>)
Kab. Bogor	29	Kota Bogor	6
Kab. Sukabumi	31	Kota Sukabumi	5
Kab. Cianjur	26	Kota Bandung	7
Kab. Bandung	15	Kota Cirebon	5
Kab. Garut	31	Kota Bekasi	10
Kab. Tasikmalaya	27	Kota Depok	8
Kab. Ciamis	19	Kota Cimahi	3
Kab. Kuningan	24	Kota Tasikmalaya	9
Kab. Cirebon	35	Kota Banjar	3
Kab. Majalengka	29		
Kab. Sumedang	20		
Kab. Indramayu	22		
Kab. Subang	24		
Kab. Purwakarta	14		
Kab. Karawang	29		
Kab. Bekasi	18		
Kab. Bandung Barat	10		
Kab. Pangandaran	9		
Total	418	Total	50

Pada Tabel 5.34 terlihat Kabupaten Cirebon adalah kabupaten yang memiliki Puskesmas Poned terbanyak, yaitu 35 PKM Poned. Kabupaten Pangandaran memiliki PKM Poned paling sedikit (9 PKM Poned). Keputusan untuk mendirikan PKM Poned sepenuhnya wewenang pemerintah kabupaten atau kota.

5.6.3 Deskripsi Kebutuhan Bidan untuk Puskesmas Poned

Sesuai Standar Kementerian Kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2013), maka kebutuhan bidan untuk Puskesmas Poned per kabupaten/kota adalah sebagai berikut:

Tabel 5.35
Distribusi Puskesmas PONED dan Kebutuhan Bidan tiap
Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat Tahun 2019

Kabupaten/Kota	Puskesmas PONED (<i>Q</i> PONED)	Bidan yang Dibutuhkan (<i>N</i> PONED)
Kab. Bogor	29	174
Kab. Sukabumi	31	186
Kab. Cianjur	26	156
Kab. Bandung	15	90
Kab. Garut	31	186
Kab. Tasikmalaya	27	162
Kab. Ciamis	19	114
Kab. Kuningan	24	144
Kab. Cirebon	35	210
Kab. Majalengka	29	174
Kab. Sumedang	20	120
Kab. Indramayu	22	132
Kab. Subang	24	144
Kab. Purwakarta	14	84
Kab. Karawang	29	174
Kab. Bekasi	18	108
Kab. Bandung Barat	10	60
Kab. Pangandaran	9	54
Kota Bogor	6	36
Kota Sukabumi	5	30
Kota Bandung	7	42
Kota Cirebon	5	30
Kota Bekasi	10	60
Kota Depok	8	48
Kota Cimahi	3	18
Kota Tasikmalaya	9	54
Kota Banjar	3	18
Total	468	2808

Data angka pertumbuhan penduduk tidak didapati di tingkat kecamatan. Dengan kondisi ini, maka kebutuhan bidan untuk PONED diasumsikan konstan sampai di tahun 2045. Kebutuhan bidan untuk PONED dari tahun 2018 sampai tahun 2045 adalah 2808 Bidan.

5.7 Rekapitulasi-2: Proyeksi Kebutuhan Bidan di FKP

Pada rekapitulasi yang pertama, hanya menjumlah proyeksi kebutuhan bidan untuk seluruh pelayanan kesehatan saja. Di rekapitulasi yang kedua ini, hasil rekapitulasi yang pertama dijumlahkan dengan kebutuhan bidan untuk PONED. Berikut adalah rumusnya:

$$R_{FKP2-t} = R_{FKP1-t} + R_{PONED}$$

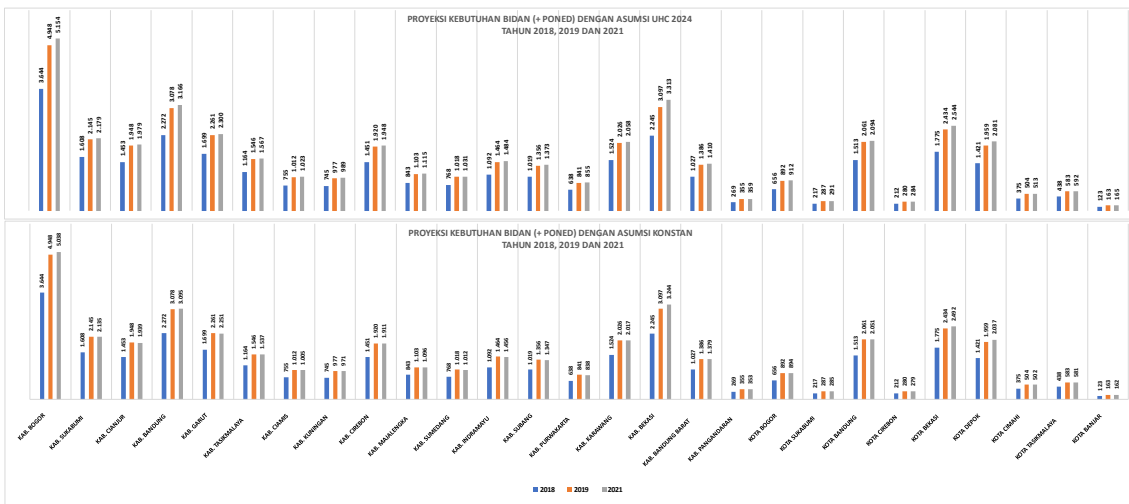
Rumus 5.21

Keterangan:

R_{FKP2-t} = Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk seluruh layanan kesehatan dan PONED di FKP pada tahun tertentu

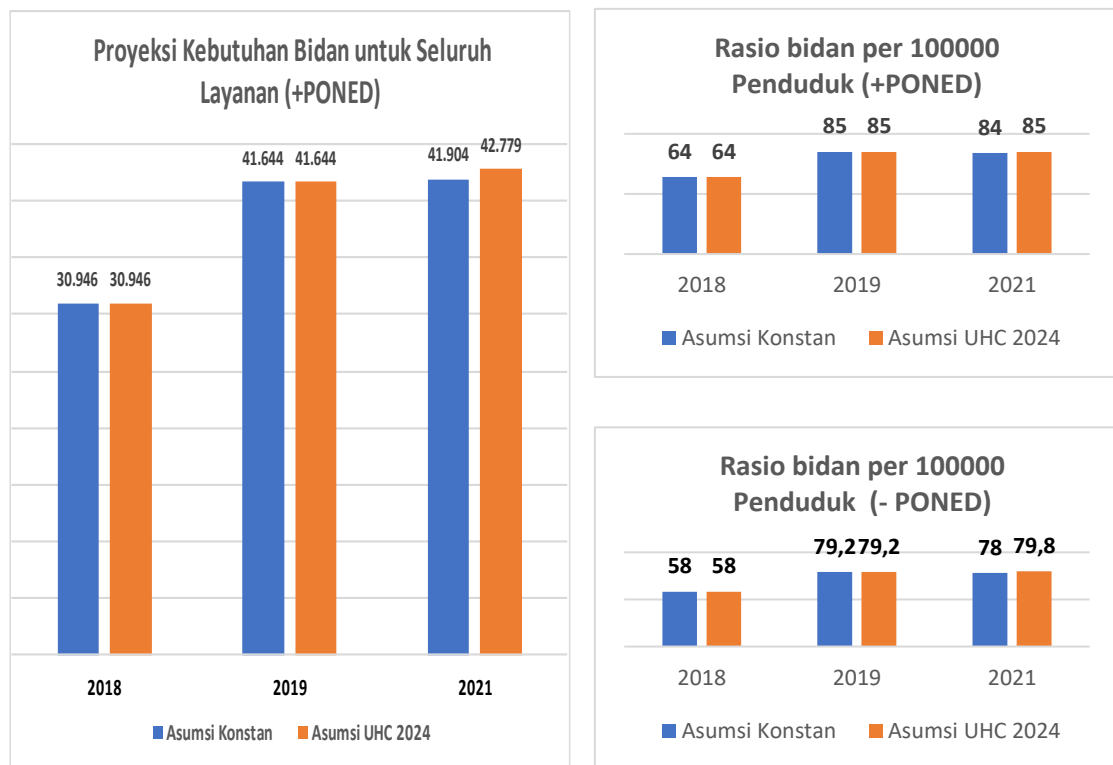
R_{FKP1-t} = Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk seluruh layanan Kesehatan di FKP pada tahun tertentu

R_{PONED} = Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk PONED di FKP pada tahun tertentu



Gambar 5.40
 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Seluruh Layanan Kesehatan (+ PONED) tiap Kabupaten/kota se-Prov. Jawa Barat Tahun 2018, 2019 dan 2021

Gambar 5.40 memperlihatkan hasil rekapitulasi proyeksi kebutuhan bidan untuk seluruh layanan kesehatan dan PONED tiap kabupaten/kota tahun 2018, 2019, dan 2021 berdasarkan asumsi konstan maupun asumsi berubah (UHC 2024). Proyeksi ini dibatasi sampai tahun 2021, karena ada kesulitan untuk memproyeksikan kebutuhan Puskesmas PONED untuk tahun-tahun berikutnya. Data Puskesmas PONED yang dipakai adalah data tahun 2019, dan diasumsikan jumlahnya tetap sampai tahun 2021. Pola yang terjadi pada masing-masing kabupaten/kota sama dengan hasil rekapitulasi yang pertama (subbab 5.5).



Gambar 5.41

Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Seluruh Layanan Kesehatan (+PONED) dan Rasio Bidan per 100.000 penduduk (+PONED & -PONED) Prov. Jawa Barat Tahun 2018, 2019 dan 2021

Hasil rekapitulasi proyeksi kebutuhan bidan untuk seluruh layanan kesehatan (+PONED) pada se Prov. Jawa Barat dapat dilihat pada gambar 5.41 (sebelah kiri) tahun 2018, 2019, dan 2021 berdasarkan asumsi konstan maupun asumsi berubah (UHC 2024). Pola yang terbentuk sama dengan pola rekapitulasi yang pertama (subbab 5.5), karena kebutuhan bidan untuk PONED diasumsikan konstan. Gambar sebelah kanan memperlihatkan rasio bidan per 100.000 penduduk tahun 2018, 2019, dan 2021 berdasarkan asumsi konstan maupun asumsi berubah (UHC 2024). Gambar atas dengan menambahkan kebutuhan bidan untuk seluruh layanan termasuk PONED, gambar bawah tidak termasuk PONED, perbedaan kebutuhannya antara 5-6 bidan per 100.000 penduduk.

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1 Kekuatan dan Keterbatasan Penelitian

Sejauh ini, peneliti belum menemukan jurnal yang membahas mengenai proyeksi kebutuhan bidan dengan metode *Assessing Health Workforce Needs In Relation To Service Requirements*, yaitu menghitung kebutuhan tenaga kesehatan berdasarkan persyaratan layanan kesehatan. Persyaratan layanan kesehatan dibuat berdasarkan penilaian tenaga ahli mengenai kebutuhan layanan kesehatan pada kelompok populasi tertentu. Tujuan dari persyaratan ini adalah menstandarkan pemberian layanan kesehatan baik dari sisi kuantitas maupun kualitas.

Pada penelitian ini, perhitungan kebutuhan bidan didasarkan pada persyaratan layanan dari setiap layanan kesehatan yang menjadi tugas atau kewenangan bidan, yaitu pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak (= balita), serta pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana. Persyaratan layanan dalam penelitian ini terdiri dari dua variabel, waktu normal/baku dan standar kuantitas setiap pelayanan. Variabel waktu normal/baku layanan merupakan data primer, sementara standar kuantitas layanan diambil dari standar yang dibuat oleh Kemenkes dan WHO.

Pengambilan data waktu layanan diambil dengan *Time Study* atau Studi mengenai Waktu. Di bidang pelayanan kesehatan, *Time Study* sudah mulai dilakukan semenjak tahun 1950an. Jika di bidang manufaktur, *Time Study* bertujuan untuk memperkecil variasi waktu produksi suatu barang, maka di bidang jasa atau layanan kesehatan, sebaliknya. Hasil *Time Study* akan memperlihatkan variasi yang besar dalam waktu produksi atau proses layanan kesehatan. Di sinilah letak keunikan dari jasa atau layanan kesehatan, dimana penyedia layanan kesehatan tidak bisa menstandarkan salah satu masukan atau inputnya, yaitu pasien. Misalnya kemampuan pasien untuk menyerap informasi yang diberikan oleh bidan, berbeda untuk masing-masing pasien, sehingga waktu layanan konsultasi pun akan berbeda untuk masing-masing pasien.

Data waktu layanan dalam penelitian ini diambil dengan pengamatan. Ada kemungkinan di awal pengamatan, kehadiran seorang pengamat mungkin mempengaruhi hasil secara positif. Namun hal ini coba diminimalkan dengan dilakukannya lamanya waktu pengamatan, yaitu enam hari kerja dalam seminggu. Selama proses pengambilan data, ada beberapa layanan yang tidak teramati karena kebetulan tidak muncul saat

pengambilan data, seperti layanan bidan ketika merujuk ibu yang mau bersalin di rumah sakit. Hal ini dikompensasi dengan ditetapkannya faktor kelonggaran sebesar 30%.

Dalam menghitung proyeksi kebutuhan bidan, penelitian ini menggabungkan antara pertumbuhan penduduk atau populasi sasaran dengan target pemerintah di bidang pembangunan kesehatan jangka menengah dan jangka Panjang. Pemerintah menargetkan penduduk yang terlindungi dalam program JKN sebanyak 98% di tahun 2024. Artinya dalam hal ini, penduduk yang menjadi peserta JKN harus mengikuti peraturan yang dibuat oleh BPJS Kesehatan ketika mau mendapatkan pelayanan kesehatan, yaitu harus berobat terlebih dahulu di fasilitas kesehatan primer (FKP) yang menjadi 'gate keeper'. Pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak (= balita), serta pelayanan kespro dan KB harus diakses di FKP, dimana biasanya yang memberikan layanan ini adalah bidan. Dampaknya adalah persentase penduduk/populasi sasaran yang dilayani oleh bidan akan bertambah besar.

Ada satu layanan kesehatan, yang ketika menghitung waktu normalnya tidak didasari oleh lama waktu layanan, yaitu layanan pertolongan persalinan. Dari hasil pengamatan di lapangan, didapati bahwa bidan harus selalu ada mendampingi ibu hamil yang mau bersalin, mulai dari ibu hamil datang, kemudian bersalin, lalu pulang. Tujuannya adalah untuk bisa memantau kondisi ibu hamil secara terus menerus dan memberikan pertolongan dengan cepat jika ada kondisi darurat atau merujuk ibu ke PKM PONED atau rumah sakit. Seringkali bidan juga harus memberikan dukungan psikologis ke ibu dan keluarganya. Sehingga, jika menghitung waktu normal layanan pertolongan persalinan hanya berdasarkan pada saat kontak bidan dengan ibu bersalin saja, maka waktu layanan yang didapat tidak sesuai dengan kondisi di lapangan. Peneliti sudah mencoba menghitung waktu kontak ini, yang didapat hanya sekitar 2-3 jam saja. Akhirnya diputuskan menggunakan standar waktu layanan persalinan Kemenkes.

Khusus untuk Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Puskesmas Mampu PONED (PKM PONED), awalnya tidak dimasukkan dalam penelitian ini. Namun, ketika di lapangan, didapati bahwa bidanlah yang bertanggung-jawab dan banyak berperan dalam memberikan layanan ini. Bidan juga yang *membbackup* jika ada perawat yang tidak bisa masuk. Akhirnya peneliti memasukan bidan PONED ke dalam perhitungan.

Teknik menghitung kebutuhan bidan di PKM PONED menggunakan standar yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. Setiap PKM PONED, minimal menyediakan enam bidan. Dengan jumlah minimal enam bidan dan ditambah dengan dokter umum dan perawat, maka PKM PONED mampu memberikan layanan 24 jam sehari dan 7 hari seminggu.

PKM PONED didirikan berdasarkan dua pertimbangan yaitu jumlah penduduk dan kondisi wilayah, seperti letak geografi suatu kecamatan. Informasi mengenai kondisi geografi untuk masing-masing kecamatan susah didapat, dan evaluasi mengenai hal ini harus dilakukan oleh tim ahli dengan pemerintah daerah. Akhirnya peneliti memutuskan PKM PONED tetap dimasukkan, namun proyeksi kebutuhan PKM PONED diasumsikan konstan dari tahun 2018 sampai tahun 2045.

Pada penelitian ini digambarkan langkah-langkah dalam menghitung proyeksi kebutuhan bidan sebagai tenaga kesehatan. Hasil yang didapat semoga bisa direplikasi untuk penelitian tenaga kesehatan lain. Peneliti sendiri mendapat pengalaman memahami hal yang mendasari munculnya angka rasio kebutuhan bidan (= tenaga kesehatan) per 100.000 penduduk atau berapa angka optimalnya seorang bidan bisa melayani ibu (mulai hamil, bersalin sampai nifas) dalam setahunnya seperti yang digunakan oleh Belanda atau Australia, dan bagaimana dinamika kependudukan atau kebijakan bisa mempengaruhi proyeksi kebutuhan tenaga kesehatan.

6.2 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi

Bidan memiliki kewenangan memberikan pelayanan KB. Dalam Keputusan Menteri Kesehatan No. 900/Menkes/SK/VII/2002 tentang Registrasi dan Praktik Bidan, pelayanan KB yang menjadi wewenang bidan atau yang bisa diberikan oleh bidan adalah sebagai berikut:

- a. Memberikan obat dan alat kontrasepsi oral, suntikan, dan alat kontrasepsi dalam rahim, alat kontrasepsi bawah kulit dan kondom
- b. Memberikan penyuluhan/ konseling pemakaian kontrasepsi
- c. Melakukan pencabutan alat kontrasepsi dalam rahim
- d. Melakukan pencabutan alat kontrasepsi bawah kulit tanpa penyulit

- e. Memberikan konseling untuk pelayanan kebidanan, keluarga berencana dan kesehatan masyarakat.

Pada saat penelitian, maka maka pelayanan di atas sudah dilakukan oleh bidan.

Penelitian Siapka, et al (2017) menghasilkan median waktu layanan konseling/tes HIV adalah 30 menit (Q1=15 menit; Q3=53 menit) dan median waktu pelayanan KB adalah 8 menit (Q1=4 menit; Q3=16 menit). Dari hasil penelitian didapat rata-rata waktu normal layanan konsultasi/pemeriksaan kesehatan reproduksi (= konseling Calon Pengantin) adalah 24,28 (20;27 menit). Sementara rata-rata waktu normal layanan KB Pil adalah 15,59 menit (14;19 menit), KB Suntik adalah 18,16 menit (14;19 menit), KB Spiral adalah 27,94 menit (23;43 menit) dan KB Implan adalah 34,05 menit (26;41 menit). Sampai saat ini, belum didapati jurnal yang membahas dengan rinci waktu normal layanan KB.

Standar kuantitas pelayanan Kespro digunakan standar WHO karena Kementerian Kesehatan belum menetapkan standar kuantitas layanan konsultasi/pemeriksaan kesehatan reproduksi untuk WUS. WHO (UNFPA, ICM & WHO, 2014), menetapkan setiap WUS datang ke pelayanan kesehatan untuk melakukan konsultasi/pemeriksaan kesehatan reproduksi minimal satu (1) kali dalam setahun. Tujuannya agar dapat mendeteksi penyakit (kanker serviks, HIV dan IMS) lebih awal, sehingga pengobatannya lebih mudah dan biayanya lebih murah. Kanker serviks masuk dalam lima besar kanker yang terjadi pada wanita di Indonesia, dengan biaya pengobatan yang sangat mahal karena biasanya pasien datang sudah dalam kondisi yang parah. Kementerian Kesehatan bisa memasukan kebijakan ini dalam program JKN, dengan mewajibkan peserta JKN untuk melakukan pemeriksaan IVA (*Inspeksi Visual Asam asetat*) atau *pap smear* setahun sekali.

Hasil perhitungan dari data ***Proyeksi Penduduk Indonesia 2015-2045: Hasil SUPAS 2015*** (Kementrian PPN/Bappenas, BPS, & UNFPA, 2018), maka didapat jumlah WUS Provinsi Jawa Barat pada tahun 2018 sebanyak 13.190.600 WUS dan tahun 2040 sebanyak 13.945.000 WUS, naik sebanyak 754.900 WUS. Bertambahnya WUS akan berdampak terhadap permintaan layanan kespro dan KB oleh bidan sesuai dengan kebijakan JKN.

Kementerian Kesehatan menghitung jumlah PUS dengan mengalikan jumlah penduduk dengan 0,17 (Kementerian Kesehatan, 2014a). Hasil ini akan berbeda dengan

data PUS dari BKKBN (<http://dashboard.bkkbn.go.id>). Berikut adalah perbandingan hasil perhitungan PUS Prov. Jawa Barat dengan metode Kementerian Kesehatan dan data BKKBN:

Populasi	2018	2020	2025	2030	2035	2040	2041	2045
PUS (0,17 x Penduduk)	8.240.784	8.426.067	8.878.454	9.305.834	9.685.682	10.002.630	10.058.016	10.253.567
PUS Jawa Barat (Siduga)	9.337.933	9.669.035	9.928.902	10.045.662	10.057.568	10.063.269	10.062.260	10.055.692
Selisih	-1.097.149	-1.242.968	-1.050.448	-739.828	-371.886	-60.639	4.244	197.875

Proyeksi PUS dengan menggunakan metode Kemenkes memiliki kecenderungan terus naik, seperti kecenderungan proyeksi penduduk. Namun jika mengikuti kecenderungan data BKKBN, maka di tahun 2041, proyeksi PUS mulai mengalami penurunan. Selisih PUS di tahun 2018 sampai tahun 2035 juga lumayan banyak, sehingga akan mempengaruhi jumlah sasaran layanan KB/Kespro, yang pada akhirnya akan mempengaruhi beban kerja bidan.

Dari hasil pengolahan data PUS BKKBN dari tahun 2015-2020, maka didapati jumlah PUS adalah 72% (rata-rata) jumlah WUS. Peneliti sendiri menggunakan prosentase ini dalam menghitung proyeksi PUS, karena PUS adalah bagian dari WUS. PUS adalah WUS yang menikah. Pertumbuhan populasi PUS maka sama pertumbuhan populasi WUS.

Standar kuantitas layanan peserta KB untuk berkunjung ke fasilitas kesehatan disesuaikan dengan metode KB yang dipilihkan. Peserta KB suntik sekali sebulan atau 12 kali setahun untuk KB Suntik 1 bulan dan 4 kali setahun untuk KB suntik 3 bulan. Untuk peserta KB Pil, jika menginginkan pil pembagian dari pemerintah dan mengontrol kondisi kesehatannya bisa datang ke pelayanan kesehatan sebulan sekali, begitu juga dengan peserta KB kondom. Untuk peserta KB spiral dan implant, setelah pasang spiral/implant, maka harus mengontrol kondisinya satu minggu kemudian dan minimal satu kali setahun melakukan kunjungan ulang ke pelayanan kesehatan untuk mengontrol posisi alat KB yang sudah dipasang.

Hasil pengolahan data dari **Sistem Informasi Kependudukan & Keluarga (SIDUGA)** milik **Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN)** maka persentase peserta KB yang berkunjung ke bidan sebagai berikut: KB Suntik sebanyak 91,66%, KB Pil sebanyak 85,84%, KB Kondom sebanyak 88,89%, KB Susuk/implan sebanyak 93,61%, dan KB Spiral/IUD sebanyak 82,52%. Jika menyesuaikan dengan target pemerintah di tahun 2024, yaitu peserta JKN menjadi 98%

dari total penduduk, maka peserta KB yang ke bidan bisa meningkat menjadi 98%. Pemerintah juga menargetkan kenaikan PUS yang berKB menjadi 80% di tahun 2045. Ini berarti kebutuhan bidan untuk layanan KB naik, karena target JKN dan kenaikan peserta KB. Proyeksi kebutuhan bidan untuk layanan KB/kespro, jika menggunakan asumsi konstan, maka naik sebanyak 639 bidan (5,4%) dan jika menggunakan asumsi UHC 2024 & Visi 2045 naik sebanyak 3.302 bidan (22,9%)

Dari pengamatan di lapangan, BPM (Bidan Praktek Mandiri) yang menjadi subyek penelitian mengalami penurunan kunjungan peserta KB, karena mulai banyak peserta KB yang menjadi peserta JKN, sementara mereka tidak masuk ke dalam jaringan provider JKN. Peserta KB lebih banyak yang berkunjung ke bidan yang bekerja dalam jaringan Puskesmas. Hal ini jika terus menerus dibiarkan, maka akan menimbulkan lonjakan beban kerja bagi bidan yang bekerja di Puskesmas. BPJS Kesehatan perlu membuat kebijakan yang bisa membuat BPM untuk mau menjadi provider JKN, seperti memperbaiki dasar pembayaran klaim/kapitasi untuk BPM.

6.3 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Ibu

6.3.1 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Antenatal

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2007), Kehamilan adalah masa dimulai saat konsepsi sampai lahirnya janin, dengan lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu /9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir seorang wanita. Ibu hamil berhak mendapatkan pelayanan antenatal atau Pelayanan Antenatal atau (*Antenatal Care/ANC*) selama kehamilannya. Di Indonesia, dokter atau bidan adalah tenaga kesehatan yang biasa memberikan ANC kepada ibu hamil.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 4 tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Kementerian Kesehatan, 2019), ditetapkan bahwa Pemerintah Daerah Tingkat II harus menyediakan pelayanan antenatal di FKP. Pemerintah daerah harus memastikan bahwa ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal Ibu hamil minimal melakukan 4 kali kunjungan ANC, yaitu satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dan dua kali pada trimester ketiga.

Penelitian ini membagi kunjungan ibu hamil ke dalam tiga kunjungan, yaitu kunjungan kesatu (ANC1), kunjungan kedua (ANC2) dan kunjungan terakhir (ANC-T)

sebelum persalinan. ANC1 adalah kunjungan pertama. ANC2 adalah kunjungan ulang ibu hamil sebelum kunjungan terakhir, yang terdiri dari kunjungan kedua, ketiga, dan seterusnya. ANCT adalah kunjungan terakhir sebelum persalinan. Magoma, et al (2011) von Both, et al (2006), Conrad, et al, (2012) meneliti lama waktu pelayanan antenatal yang dilakukan oleh bidan di Tanzania, mengelompokkan ANC ke dalam dua kunjungan. Magoma, et al (2011) mengelompokkannya menjadi *initial antenatal consultations* dan *subsequent antenatal consultations*. von Both, et al (2006) mengelompokkannya menjadi *ANC First Visit* dan *ANC Revisit*. Conrad, et al, (2012) meneliti hal yang sama di Burkina Faso, Uganda and Tanzania, mengelompokkan ANC menjadi 4 yaitu 1st, 2nd, 3th dan 4^{th+}. Penelitian Conrad mengelompokkan kunjungan ke 5 dan seterusnya kedalam kunjungan 4^{th+}. Berikut adalah perbandingan pengelompokan kunjungan ANC:

Standar Kemenkes	Hasil Penelitian	Magoma, et al (2011)	von Both, et al (2006)	Conrad, et al, (2012)
ANC K1	ANC1	<i>initial antenatal consultations</i>	<i>ANC First Visit</i>	1 st
ANC K2 ANC K3	ANC2	<i>subsequent antenatal consultations</i>	<i>ANC Revisit</i>	2 nd 3 rd
ANC K4	ANC-T			4 ^{th+}

Pada pelayanan antenatal, komponen pelayanan yang dilakukan oleh bidan lebih banyak dibandingkan pelayanan yang lain. Komponen pelayanan tersebut adalah pencatatan data ibu hamil, pemeriksaan fisik dan obstetrik, pemberian suplemen dan obat-obatan. konsultasi dan terkadang rujukan. Di bawah ini adalah perbandingan komponen pelayanan antenatal hasil penelitian, Magoma, et al (2011) dan von Both, et al (2006):

Hasil Penelitian	Magoma, et al (2011)	von Both, et al (2006)
		Registration
Pencatatan data Ibu hamil	Average time in minutes for history taking	History taking
Pemeriksaan fisik & Pemeriksaan Obstetrik	Average time in minutes for examination	Examination & Immunization
Pemberian Suplemen dan obat-obatan.	Average time in minutes for drug administration	Drug administration
Konsultasi	Average time in minutes for health education and counselling	Health education and counselling
Rujukan		

Perlu diketahui, penelitian Magoma, et al (2011) dan von Both, et al (2006) adalah penelitian *case control*. Penelitian mereka bertujuan untuk membandingkan lama waktu layanan antenatal antara bidan yang sudah diberi pelatihan dengan bidan yang belum diberi

pelatihan. Data yang digunakan dalam pembahasan dari dua penelitian ini adalah data ‘waktu layanan bidan yang sudah diberi pelatihan’, sementara data hasil penelitian ini adalah ‘data kondisi riil di lapangan atau tanpa intervensi’. Ini dilakukan untuk memberikan masukan kepada otoritas yang berwenang ketika membuat standar waktu layanan ANC, antara kondisi riil di lapangan dan kondisi ideal (ketika bidan sudah diberikan pelatihan).

Pada layanan antenatal kunjungan kesatu atau *initial antenatal consultations* (Magoma, et al, 2011) atau *ANC First Visit* (von Both, et al, 2006), hanya von Both, et al (2006) memasukkan komponen pelayanan *registration* atau pendaftaran dalam pelayanan antenatal. Untuk komponen pelayanan pencatatan data ibu hamil, pemeriksaan (fisik dan obstetric), pemberian suplemen dan obat-obatan, serta konsultasi semuanya diamati di tiga penelitian. Total waktu layanan antenatal K1 di tiga penelitian adalah 30,34 menit, 40 menit (Magoma, et al, 2011) dan 42 menit (von Both, et al, 2006). Namun, jika dilihat lama waktu untuk masing-masing komponen layanan, terlihat hasil penelitian Magoma, et al (2011) berbeda dari dua penelitian lainnya. Seperti pada layanan pencatatan data ibu hamil dan pemeriksaan, lama waktu layanan Magoma, et al (2011) adalah yang tersingkat. Untuk layanan konsultasi, lama waktu layanan Magoma, et al (2011) adalah yang terlama. Berikut adalah gambaran perbandingannya:

Komponen layanan	ANC Kunjungan ke-1 (K1)		
	Hasil Penelitian	Magoma, et al (2011)	von Both, et al (2006)
Pendaftaran			5
Pencatatan data Ibu hamil	9,68	4,4	10
Pemeriksaan fisik	2,82	5,0	9
Pemeriksaan obstetrik	6,04		
Pemberian suplemen dan obat-obatan	1,57	6,1	3
Konsultasi	9,26	24,5	15
Total Waktu ANC	30,34	40,0	37

Saat penelitian ditemukan beberapa ibu hamil yang harus dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut (FKTL) saat melakukan kunjungan ulang (ANC K2, dst) atau terakhir (ANC K4) sebelum persalinan. Data pelayanan rujukan tidak terdapat dalam penelitian Magoma, et al (2011) dan von Both, et al (2006). Data di bawah ini memberikan gambaran lebih lengkap untuk waktu masing-masing layanan (ANC2 dan ANC-T):

Komponen layanan	<u>ANC Kunjungan ke-2 (K2), dst</u>			<u>ANC-T</u>
	<i>Hasil Penelitian</i>	(Magoma, et al, 2011)	von Both, et al (2006)	<i>Hasil Penelitian</i>
Pencatatan data Ibu hamil	4,09	2,9	5,0	3,00
Pemeriksaan fisik	1,98	4,0	9,0	2,70
Pemeriksaan obstetrik	7,13			7,90
Pemberian suplemen dan obat-obatan	1,54	2,7	3,0	1,50
Konsultasi	7,29	13,8	12,0	12,00
Rujukan	9,60		12,5	12,50
Total Waktu ANC	23,12	23,4	26,90	26,90

Penelitian **Conrad, et al, (2012)** hanya menghitung total waktu layanan ANC untuk keempat kelompok ANC, lalu membandingkannya di tiga tempat penelitian (= negara). Persentase waktu ANC^{1st} yang menghabiskan waktu >30 menit di Burkina Faso, Uganda and Tanzania adalah 36%, 5% and 16% dari total kunjungan ANC^{1st}. Persentase waktu layanan >30 menit ini semakin berkurang pada layanan ANC berikutnya. Berikut adalah rincian waktu ANC:

ANC Visit	<15 menit (%)			15-30 menit (%)			>30 menit (%)		
	Burkina Faso	Uganda	Tanzania	Burkina Faso	Uganda	Tanzania	Burkina Faso	Uganda	Tanzania
1 st	53 (36)	87 (67)	6 (12)	71 (48)	36 (28)	27 (52)	23 (16)	6 (5)	19 (36)
2 nd	56 (60)	70 (77)	22 (71)	26 (28)	17 (19)	8 (26)	10 (11)	4 (4)	1 (3)
3 rd	44 (63)	31 (89)	38 (70)	18 (26)	4 (11)	16 (30)	8 (11)	0	0
4 ^{th+}	26 (79)	10 (100)	12 (60)	5 (19)	0	7 (35)	1 (2)	0	1 (5)

Hasil analisis data memberikan gambaran bahwa untuk memberikan pelayanan antenatal satu (1) ibu hamil sesuai dengan Standar Kemenkes, yaitu empat kali kunjungan dibutuhkan waktu 2,261 jam kerja bidan (Standar Kementerian Kesehatan). Jika menggunakan Standar WHO (WHO, 2016), yaitu delapan kali kunjungan dibutuhkan waktu 4,323 jam kerja bidan. Ketika di lapangan, peneliti mendapati ibu hamil berkunjung ke bidan sebulan sekali, berarti minimal ibu hamil melakukan anc selama kehamilan adalah 9 kali. Standar yang dibuat oleh Kemenkes perlu ditinjau ulang, disesuaikan dengan kondisi di lapangan, karena berdampak dalam perhitungan beban kerja bidan.

Sama dengan Indonesia, Cina menargetkan layanan antenatal sebanyak lima kali kunjungan. Jika satu kali kunjungan, membutuhkan waktu sebanyak 22,5 menit, maka

total waktu yang dibutuhkan seorang ibu hamil adalah 112,5 menit atau 1,9 jam kerja (Zhao, et al, 2019). Di Belanda, seorang ibu hamil mendapatkan layanan antenatal sebanyak 11 kali. Hasil penelitian Wieggers TA, et al (2014) di Belanda memberikan gambaran total waktu layanan antenatal untuk satu ibu hamil adalah 255,4 menit atau 4,26 jam waktu kerja bidan. Jadi waktu yang dibutuhkan bidan untuk memberikan satu kali layanan antenatal adalah 23,22 menit. Penelitian McCourt, C. (1998) di London, Inggris, memberikan gambaran satu ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal sebanyak 12 kali pelayanan dengan rata-rata waktu layanan selama 42 menit. Total waktu layanan antenatal adalah 504 menit atau 8,4 jam kerja bidan. Waktu layanan antenatal ini juga tidak berbeda jauh dengan hasil penelitian Miller & Skinner (2012) di Selandia Baru, satu orang ibu hamil membutuhkan waktu 9 jam kerja bidan untuk layanan antenatal.

Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018 (Riskesdas 2018) memperlihatkan bahwa persentase populasi Ibu hamil yang mengakses pelayanan antenatal ke bidan sebesar 86,1%. Penelitian ini menggunakan dua asumsi, konstan dan berubah. Untuk asumsi konstan, maka persentase ini diasumsikan tidak berubah.

Untuk asumsi yang berubah, maka memasukkan target JKN tahun 2024, prosentase ibu hamil yang ke bidan menjadi 87,1%, sisanya tetap harus dirujuk ke dokter spesialis kandungan. Dalam peraturan BPJS Kesehatan, ibu hamil yang sehat harus memeriksakan kehamilannya pada tenaga kesehatan di Fasilitas Kesehatan Primer (FKP), dimana tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan antenatal di FKP, didominasi oleh bidan. Di Finlandia dan Swedia, prosentase ibu hamil yang berkunjung ke bidan untuk melakukan pelayanan antenatal minimal sebesar 80% (Hemminki & Blondel, 2001).

Di Belanda, pelayanan kesehatan ibu terbagi dalam dua level, yaitu dasar dan lanjut. Di fasilitas layanan kesehatan dasar, pelayanan ini mayoritas diberikan oleh bidan, dimana bidan diakui wewenangnya sebagai tenaga medis professional. Hasil penelitian Wieggers, TA (2009) memberikan hasil 87,5% ibu hamil memeriksakan kehamilannya ke bidan.

Proyeksi jumlah ibu hamil untuk Jawa Barat pada tahun 2018 sebanyak 932.087 ibu dan tahun 2045 sebanyak 943.328 ibu. Populasi ibu hamil mengalami pertumbuhan positif sebesar 1,4%. Skala nasional, populasi ibu hamil mengalami pertumbuhan yang negatif, yaitu -0,9% selama 27 tahun. Ada sebelas provinsi di Indonesia yang berkontribusi terhadap pertumbuhan negatif. DKI Jakarta, Jawa Timur dan Jawa Tengah

merupakan tiga provinsi yang memiliki angka pertumbuhan negatif tertinggi, yaitu -17%, -15,1% dan -13%.

Dari hasil analisis per kabupaten/kota, maka didapatkan proyeksi populasi ibu hamil menghasilkan pola yang berbeda-beda, ada yang positif dan ada yang negatif. Tingkat pertumbuhan populasi ibu hamil dipengaruhi oleh struktur dan pertumbuhan penduduknya. Artinya, ketika pemerintah daerah membuat perencanaan penyediaan layanan antenatal, maka harus berdasarkan struktur dan pertumbuhan penduduk wilayahnya masing-masing. Kondisi ini juga berlaku untuk perencanaan penyediaan layanan persalinan dan pascapersalinan.

Proyeksi kebutuhan bidan untuk memberikan pelayanan antenatal di Jawa Barat tahun 2018 berdasarkan standar layanan Kementerian Kesehatan di tahun 2018 sebanyak 1.115,51 bidan. Jika menggunakan standar WHO, kebutuhannya lebih banyak, 2.105,18 bidan atau 1,9 kali lebih banyak dibandingkan standar Kemenkes. Namun, jika Kemenkes memang ingin menurunkan Angka Kematian Ibu, perlu dipertimbangkan untuk mengubah kebijakan 4 kali menjadi 8 kali kunjungan ANC.

6.3.2 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Persalinan

Menurut Kementerian Kesehatan (2014), Pelayanan persalinan adalah Pelayanan Kesehatan Masa Melahirkan, yang selanjutnya disebut Persalinan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang ditujukan pada ibu sejak dimulainya persalinan hingga 6 (enam) jam sesudah melahirkan. Bidan berwenang untuk memberikan pelayanan persalinan atau Asuhan Persalinan Normal (APN) dengan syarat persalinan dan kelahirannya normal. Persalinan dan kelahiran dikatakan normal jika usia kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), persalinan terjadi spontan, presentasi belakang kepala, berlangsung tidak lebih dari 18 jam dan tidak ada komplikasi pada ibu maupun janin (Kementerian Kesehatan, WHO, POGI dan IBI, 2013).

Berdasarkan standar Kementerian Kesehatan, waktu pendampingan oleh bidan dilakukan selama proses persalinan hingga 6 (enam) jam sesudah melahirkan (Kementerian Kesehatan, 2014). Dan dalam Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Kementerian Kesehatan, 2019) disebutkan tenaga penolong persalinan minimal 2 orang. Berdasarkan dua peraturan di atas, maka total waktu pendampingan persalinan oleh dua bidan adalah 48 jam per persalinan. Hasil Penelitian Miller & Skinner (2012) di Selandia Baru

memberikan gambaran rata-rata waktu pendampingan persalinan di rumah oleh bidan utama 9,42 jam dan ditambah bidan kedua sekitar 7 jam, jadi total sekitar 17 jam kerja bidan. Untuk persalinan di rumah sakit, rata-rata waktu pendampingan selama 10,40 jam kerja. Dari hasil penelitian McCourt, C. (1998) di London mengenai beban kerja bidan, memberikan gambaran rata-rata waktu pendampingan persalinan oleh bidan selama 11 jam kerja bidan. Penelitian Wieggers, et al (2014) di Belanda memberikan hasil yang berbeda, rata-rata waktu pendampingan persalinan oleh bidan adalah 3,5 jam kerja bidan. Di Selandia Baru dan Belanda, semua persalinan normal ditolong oleh bidan (Miller & Skinner, 2012 & Wieggers, Therese A., 2009).

Hasil Riskesdas 2018 di Jawa Barat menunjukkan persalinan melalui operasi sebesar 15,5%, persalinan normal sebesar 83,4%, dan lainnya (1,1%). Penelitian ini mengasumsikan penolong persalinan oleh bidan sebesar 83,5% dan tetap sampai dengan tahun 2045 ketika menggunakan asumsi konstan. Ketika menggunakan asumsi yang berubah, maka memasukkan target *Universal Coverage* di tahun 2024 dan standar layanan BPJS. BPJS Kesehatan menetapkan bahwa persalinan dan kelahiran normal harus di Fasilitas Kesehatan Primer (FKP) yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Maka persalinan yang ditolong oleh bidan menjadi 84,5%. Di Belanda, bidan adalah tenaga kesehatan yang dominan (71,0%) terlibat dalam proses persalinan, sisanya 27,9% adalah dokter spesialis obgyn dan 1,1% dokter umum (Wieggers, 2009).

Proyeksi populasi ibu bersalin Jawa Barat di tahun 2018 sebanyak 851.036 ibu hamil dan di tahun 2045 sebanyak 861.299 ibu hamil, mengalami sedikit kenaikan. Pola ini sama dengan pola ibu hamil karena dasar rumus untuk menghitungnya sama. Begitu juga terjadi di tingkat kabupaten/kota. Pola proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan persalinan dengan asumsi konstan juga mengikuti pola proyeksi ibu bersalin. Untuk asumsi UHC 2024, hanya berbeda sedikit karena kenaikannya hanya 1,1%.

Jika Kementerian Kesehatan mau menerapkan kebijakan penolong persalinan normal oleh dua tenaga kesehatan (di lapangan yang terbanyak oleh bidan), maka dibutuhkan tambahan bidan khusus layanan persalinan sebanyak 100%. Yang menarik dari hasil analisis data didapati, maka perlu ditambah 21 bidan per 100.000 penduduk untuk menerapkan kebijakan ini. Sejauh ini belum didapati penelitian yang melakukan evaluasi kebijakan ini. Namun yang pasti ketika kebijakan ini diterapkan, maka dibutuhkan tambahan bidan yang cukup banyak.

6.3.3 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Pascapersalinan

Setelah menjalani proses persalinan, maka seorang ibu akan memasuki masa pascapersalinan. Pascapersalinan dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu atau 40 hari (WHO, Kementerian Kesehatan, POGI & IBI, 2013). The World Health Organization (WHO, 2014) merekomendasikan pelayanan kesehatan pascapersalinan minimal 3 (tiga) kali, yaitu pada 48–72 jam, hari ke-7 sampai ke-14, dan enam (6) minggu pascasalinan. Kementerian Kesehatan (2014) menetapkan standar pelayanan kesehatan pascapersalinan sama dengan WHO, yaitu minimal 3 kali pemeriksaan.

Hasil penelitian memberikan gambaran waktu baku pelayanan pascapersalinan selama 26,74 menit untuk satu (1) kali kunjungan. Target layanan pascapersalinan adalah tiga (3) kali kunjungan. Sehingga, lama waktu pelayanan untuk seorang ibu nifas adalah 80,22 menit atau 1,337 jam kerja bidan. Dalam menghitung beban kerja tenaga kesehatan untuk pelayanan pascapersalinan, penelitian Zhao, et al (2019) di Cina menetapkan waktu layanan selama 15 menit. Pemerintah Cina menetapkan pelayanan pascapersalinan sebanyak empat kali, sehingga waktu yang dibutuhkan untuk memberikan layanan ke satu ibu nifas adalah 60 menit atau 1 jam kerja. Penelitian McCourt, C. (1998) di London memberikan hasil berikut ini: seorang bidan menyediakan 5,5 jam kerja untuk memberikan layanan pascapersalinan untuk seorang ibu nifas, lama waktunya sekitar 40-120 menit untuk 1 kali kunjungan, bergantung pada kondisi ibu nifas. Hasil penelitian Wieggers, et al (1998) di Belanda sebagai berikut: total waktu layanan pascapersalinan untuk satu ibu nifas adalah 246 menit atau 4,1 jam kerja bidan dengan rata-rata lamanya 40 menit per kunjungan untuk 5-6 kunjungan pertama dan 24,5 menit untuk kunjungan terakhir, yaitu 6 minggu pascapersalinan. Hasil penelitian Miller & Skinner (2012) di Selandia Baru memberikan hasil yang jauh berbeda dibandingkan penelitian lainnya, seorang bidan menghabiskan waktu sekitar 10-15 jam kerja untuk memberikan pelayanan pascapersalinan untuk satu ibu nifas.

Dengan asumsi yang sama di subbab persalinan, maka persentase populasi ibu yang mencari pelayanan kesehatan pascapersalinan ke bidan mengikuti ibu yang bersalin di bidan, baik dengan asumsi konstan maupun asumsi UHC 2024. Hasil penelitian Wieggers, Therese A. (2009) menunjukkan bahwa 90,9% tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan pascapersalinan adalah bidan. Jadi, ibu bersalin yang ditolong oleh dokter

spesialis obgyn (27,9%), jika memang bisa dirujuk balik ke bidan setelah proses persalinan, maka perawatan selanjutnya dilakukan oleh bidan.

Proyeksi populasi ibu nifas sama dengan ibu bersalin, se Jawa Barat di tahun 2018 sebanyak 851.036 ibu nifas dan di tahun 2045 sebanyak 861.299 ibu nifas, mengalami sedikit kenaikan. Pola ini sama dengan pola ibu hamil karena dasar rumus untuk menghitungnya sama. Begitu juga terjadi di tingkat kabupaten/kota. Pola proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan pascapersalinan dengan asumsi konstan juga mengikuti pola proyeksi ibu bersalin. Untuk asumsi UHC 2024, hanya berbeda sedikit karena kenaikannya hanya 1,1%, setelah itu diasumsikan konstan.

6.3.4 Rekapitulasi Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Ibu

Dari hasil perhitungan didapat proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan kesehatan ibu di FKP se Prov. Jawa Barat adalah sebanyak 12.241,8 Bidan di tahun 2018, naik menjadi 22.825,3 Bidan di tahun 2019. Ini terjadi karena diasumsikan kebijakan penolong persalinan normal oleh dua tenaga Kesehatan (= bidan) sudah ditetapkan. Kebutuhan bidan naik sebesar 86,5% di tahun 2019.

Peneliti mencoba menghitung rasio bidan : ibu hamil. Rasio bidan dengan ibu hamil adalah banyaknya ibu hamil yang bisa dilayani oleh seorang bidan setiap tahunnya. Ibu hamil dalam perhitungan rasio ini adalah satu (1) orang ibu hamil mendapatkan pelayanan kesehatan mulai dari awal kehamilan sampai menyelesaikan masa nifas. Pelayanan kesehatan yang berhak didapat adalah 1 paket layanan antenatal, 1 paket pelayanan persalinan (2 tenaga Kesehatan) dan 1 paket pelayanan pascapersalinan. Paket pelayanan ini disebut sebagai *“The continuity of care”*. Dari hasil perhitungan didapat rasio antara bidan dan ibu hamil dari tahun 2019 sampai 2045 adalah 1 bidan bisa melayani 42-43 ibu hamil per tahun dengan ANC standar Kemenkes, jika dengan ANC standar WHO maka 40-41 ibu hamil dalam setahun. Hasil ini sama dengan yang dilakukan di Australia, yaitu 1 bidan bisa melayani 40-45 ibu hamil dalam setahun (Williams K, Lago L, Lainchbury A, Eagar K., 2010).

Kementerian Kesehatan mungkin perlu mempertimbangkan model *“The continuity of care”* ini untuk diterapkan di Indonesia dalam rangka menurunkan angka kematian ibu. Pada model *“The continuity of care”* ini, perkembangan setiap ibu dengan mudah dipantau oleh satu bidan. Kemenkes bisa kemudian membandingkan mana yang lebih

efektif dalam menurunkan ibu hamil, dengan model yang saat ini dijalankan atau model *“The continuity of care”*.

6.4 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Balita

6.4.1 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Bayi

Pada penelitian ini, definisi bayi adalah bayi baru lahir hingga berumur sebelum genap 12 (dua belas) bulan. Pelayanan kesehatan untuk bayi yang menjadi kewenangan bidan adalah konsultasi dan pemeriksaan kesehatan serta pemberian imunisasi dasar. Konsultasi dan pemeriksaan kesehatan terdiri dari kunjungan neonatus dan pemeriksaan rutin setiap bulan, seperti penimbangan berat badan, pengukuran panjang badan dan pemantauan perkembangan. Bidan juga memiliki kewenangan memberikan pengobatan ke bayi jika mengalami sakit dengan gejala ringan, seperti demam atau diare, tetapi jika gejalanya sudah mulai sedang dan berat harus merujuknya ke dokter.

Pada saat pengambilan data, pelayanan kesehatan bayi dibagi menjadi dua, yaitu pelayanan konsultasi/pemeriksaan kesehatan dan imunisasi. Hasil penelitian memberikan gambaran waktu baku pelayanan konsultasi dan pemeriksaan kesehatan untuk bayi, termasuk kunjungan neonatus adalah 16,61 menit per kunjungan. Lama waktu pelayanan ini tidak jauh berbeda dengan hasil penelitian Zhao Z., et al (2019) di Provinsi Zhejiang, Cina, yang menetapkan standar waktu pelayanan kunjungan neonatus selama 15 menit (Zhao Z., et al, 2019).

Penelitian Zhao, et al (2019) bertujuan menghitung kenaikan beban kerja pelayanan kesehatan ibu dan anak (0-6 tahun) yang harus ditanggung oleh tenaga kesehatan yang bekerja di Community Health Services (CHS), akibat kebijakan dua anak yang diterapkan oleh Pemerintah Cina mulai tahun 2015. Beban kerja tenaga kesehatan dihitung berdasarkan pada lama waktu pelayanan kesehatan. Namun, standar waktu pelayanan yang ditetapkan oleh Zhao, et al tidak berdasarkan hasil pengamatan, tetapi diturunkan dari metode estimasi biaya pelayanan kesehatan masyarakat dasar (*BPHS=Basic Public Health Care Services*) yang disediakan oleh CHS pada tahun 2014-2018. Dasar perhitungan yang digunakan adalah pelayanan konsultasi oleh dokter keluarga yang membutuhkan waktu 15 menit atau 1 *EV (Equivalent Value)*. Zhao, et al kemudian menderivasi dan membandingkan lama waktu pelayanan kesehatan yang lain dengan pelayanan konsultasi oleh dokter keluarga. Satu hal yang perlu diketahui dari penelitian Zhao Z., et al adalah tidak disebutkan jenis tenaga kesehatannya.

Zhao Z., et al (2019) menetapkan standar waktu layanan imunisasi bayi selama 0,5 EV atau 7,5 menit untuk imunisasi dasar dan imunisasi lanjutan 1,5EV atau 22,5 menit. Imunisasi dasar adalah imunisasi yang diberikan untuk bayi baru lahir sampai berumur kurang dari 1 tahun sebanyak 8 kali dan imunisasi lanjutan untuk balita sebanyak 4 kali. Ada perbedaan pembagian imunisasi antara penelitian Zhao, et al dengan hasil penelitian ini. Hasil penelitian menunjukkan waktu baku layanan imunisasi tunggal dan imunisasi gabungan untuk bayi adalah 17,86 menit dan 21,62 menit. Imunisasi tunggal terdiri dari imunisasi Campak (umur 9 bulan) dan imunisasi Hepatitis B. Imunisasi Gabungan terdiri dari imunisasi umur 2 bulan (DPT-HB-Hib1 dan Polio 2), umur 3 bulan (DPT-HB-Hib2 dan Polio 3) dan umur 4 bulan (DPT-HB-Hib3, Polio 4 dan IPV).

Penelitian ini menghitung kebutuhan bidan berdasarkan target masing-masing layanan. Target pelayanan konsultasi dan pemeriksaan kesehatan bayi sebanyak 14,59 kunjungan, yang terdiri dari kunjungan neonatus sebanyak 3 kunjungan, pelayanan bayi sehat sebanyak 8 kunjungan dan bayi sakit sebanyak 3,59 kunjungan. Target layanan imunisasi untuk bayi sebanyak 5 kunjungan. Target kunjungan neonatus di Cina juga sama dengan Indonesia, yaitu sebanyak 3 kali kunjungan (Zhao Z., et al, 2019), tetapi untuk target layanan bayi sehat atau sakit tidak didapat datanya, karena Zhao memasukkan kelompok bayi ini ke dalam kelompok anak umur 0-6 tahun dan langsung menetapkan waktu pelayanan sebanyak 2EV atau 30 menit. Sementara, untuk pelayanan imunisasi bayi dihitung sebanyak 2 kali kunjungan (Zhao Z., et al, 2019).

Dari hasil perhitungan, total waktu pelayanan yang dibutuhkan untuk seorang bayi selama setahun adalah 353,15 menit atau 5,89 jam kerja, hampir mendekati 1 hari kerja bidan (37,5jam kerja/minggu = 6,25 jam kerja per hari untuk 6 hari kerja/minggu). Perhitungan Zhao Z., et al, (2019) didapat total waktu pelayanan adalah 112,5 menit atau 32% dari waktu pelayanan yang didapat dari hasil penelitian.

Penelitian ini berasumsi bahwa sekitar 70% ibu membawa bayinya ke bidan yang bekerja di FKP untuk mendapatkan pelayanan kesehatan (BPS, 2018). Namun, dengan adanya target UHC 2024, maka bisa naik menjadi 98%. Zhao Z., et al (2019) menetapkan persentase ibu yang membawa bayinya ke Community Health Services (CHS) sebesar 97%. Hal ini sesuai dengan reformasi kebijakan pelayanan kesehatan yang ditetapkan oleh pemerintah Cina sejak tahun 2009, bahwa CHS bertanggung jawab untuk menyediakan layanan kesehatan masyarakat dasar bagi seluruh penduduk, termasuk didalamnya adalah layanan kesehatan dasar untuk ibu dan anak.

Pertumbuhan populasi bayi dari tahun 2018 sampai dengan 2045 di Jawa Barat merupakan variabel yang dipakai dalam proyeksi kebutuhan bidan, sementara variabel lain, seperti teknologi kesehatan, standar pelayanan, dan pola penyakit diasumsikan konstan. Pola pertumbuhan populasi bayi dari tahun 2018 sampai tahun 2045 sebesar 0,000444 atau 0,0444% per tahun. Periode yang sama, untuk nasional, pola pertumbuhannya sebesar (-0,0278%) per tahun. Tiap kabupaten/kota di Jawa Barat juga memiliki pola pertumbuhan populasi bayi yang berbeda-beda. Sehingga ketika pemda membuat kebijakan terkait dengan pelayanan kesehatan bayi dan tenaga kesehatan (= bidan) harus mempertimbangkan struktur dan pertumbuhan populasi penduduk di masing-masing daerah.

Proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan kesehatan bayi di Jawa Barat di tahun 2018, sebanyak 2008 bidan (asumsi konstan dan asumsi UHC 2024). Di tahun 2024, dengan asumsi konstan menjadi 2050 bidan, dengan asumsi UHC 2024 menjadi 2870 bidan. Perbedaan antara asumsi konstan dan UHC 2024 sebesar 40%. Pemerintah harus menambah jumlah bidan untuk melayani kenaikan peserta JKN. Penelitian Zhao Z., et al (2019) memberikan gambaran kenaikan beban kerja tenaga kesehatan akibat kenaikan jumlah bayi yang lahir sejak tahun 2015 karena kebijakan dua anak dari Pemerintah Cina, dimana sebagai dasar menghitung beban kerja adalah lama waktu layanan kesehatan untuk ibu dan bayi. Namun, penelitiannya lebih bersifat retrospektif karena analisis dampak yang dilakukan dibatasi sampai tahun 2018.

6.4.2 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Kesehatan Balita (12-59 Bulan)

Kementerian Kesehatan RI (2013) menetapkan bahwa Balita adalah bayi berumur 2 (dua) bulan hingga sebelum genap berumur 5 (lima) tahun. Dalam penelitian ini, definisi balita dimulai umur 12 bulan sampai 59 bulan. Untuk kepentingan analisis data, maka balita dikelompokkan menjadi dua: kelompok usia 12-23 bulan dan kelompok 24-59 bulan. Balita kelompok usia 12-23 bulan masih mendapatkan imunisasi lanjutan sebanyak 2 kali.

Hasil penelitian memberikan gambaran waktu baku untuk pelayanan konsultasi/pemeriksaan kesehatan dan imunisasi lanjutan adalah 17,63 menit dan 19,12 menit. Zhao Z., et al (2019) menetapkan waktu layanan konsultasi/pemeriksaan kesehatan untuk anak umur 1-2 tahun dan anak umur 3-6 tahun, serta layanan imunisasi lanjutan masing-masing adalah 2 EV (30 menit), 2,5 EV (37,5 menit) dan 1,5 EV (22,5 menit). Waktu layanan

konsultasi/pemeriksaan kesehatan yang ditetapkan oleh Zhao, et al, lebih lama dibandingkan dengan hasil penelitian, yaitu sekitar 12-18 menit lebih lama. Untuk layanan imunisasi lanjutan, waktu layanan tidak berbeda secara signifikan karena waktu baku maksimal yang didapat dari hasil penelitian adalah 23 menit.

Dalam menghitung beban kerja tenaga kesehatan untuk layanan konsultasi/pemeriksaan kesehatan untuk anak umur 1-6 tahun, Zhao, et al, hanya menghitung frekuensi kunjungan satu kali per anak selama 1 tahun. Penelitian ini mengikuti target yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan, frekuensi kunjungan balita sehat sebanyak 8 kali setahun dan balita sakit sekitar 3,59 kali setahun. Jadi total kunjungan sebanyak 11,59 kali kunjungan per balita selama setahun.

Layanan imunisasi lanjutan ditujukan untuk balita umur 12-23 bulan. Target Kementerian Kesehatan untuk layanan imunisasi lanjutan adalah sebanyak 2 kali. Jadi frekuensi kunjungan balita umur 12-23 bulan menjadi 13,59 kali kunjungan. Pemerintah Cina menetapkan layanan imunisasi lanjutan adalah sebanyak 4 kali (Zhao, et al, 2019). Sehingga, frekuensi kunjungan balita umur 12-23 bulan ke CHS menjadi 5 kali kunjungan.

Hasil penelitian memberikan gambaran lama waktu layanan kesehatan untuk balita umur 12-23 bulan dan balita berumur 24–59 bulan. Untuk balita berumur 12-23 bulan jumlah kunjungan menjadi 13,59 kali kunjungan per balita selama setahun. Ini didapat dengan menambahkan kunjungan layanan konsultasi/pemeriksaan kesehatan dan kunjungan imunisasi lanjutan. Waktu layanan yang diperlukan adalah 246,6 menit atau 4,11 jam kerja bidan. Jumlah kunjungan balita berumur 24-59 bulan sebanyak 11,59 kunjungan selama setahun. Waktu layanan yang diperlukan adalah 208,2 menit atau 3,47 jam kerja bidan. Sebagai perbandingan adalah hasil penelitian Zhao Z., et al (2019) di Cina, lama waktu layanan kesehatan untuk anak umur 1-2 tahun adalah 120 menit atau 2 jam dan anak umur 3-6 tahun adalah 37,5 menit selama setahun. Di Cina juga, seluruh beban kerja layanan ini menjadi beban kerja tenaga kesehatan yang bekerja di Community Health Services (CHS) karena hampir 100% ibu membawa anaknya ke CHS, tetapi di Indonesia hanya 70% ibu yang membawa balitanya ke bidan yang bekerja di fasilitas kesehatan primer (BPS, 2018).

Populasi balita umur 12-59 bulan di Jawa Barat dari tahun 2018 sebanyak 3.142.990 balita, dan cenderung bertambah sampai tahun 2045. Selama 27 tahun ke depan, angka

pertumbuhannya sebesar 3,33% atau 0,1232% per tahun. Hal sama juga terjadi secara nasional, hanya angka pertumbuhannya jauh lebih kecil dibanding Jawa Barat, yaitu 0,0158% atau 0,00058% per tahun. Angka pertumbuhan secara nasional sangat dipengaruhi oleh angka pertumbuhan 34 provinsi di seluruh Indonesia. Sumatera Utara, Lampung, DKI Jakarta, Jawa Tengah, Jawa Timur merupakan provinsi yang angka pertumbuhan balitanya sudah minus. Tiap-tiap kabupaten/kota di Jawa Barat juga memiliki pola pertumbuhan masing-masing, cenderung ada yang turun dan ada yang naik.

Pada tahun 2018, jumlah kebutuhan bidan untuk memberikan pelayanan kesehatan ke balita umur 12-59 bulan sebanyak 4.809 bidan. Di tahun 2024, dengan asumsi konstan menjadi 4867,5 bidan, dengan asumsi UHC 2024 menjadi 6814,5 bidan. Sama dengan proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan kesehatan bayi, perbedaannya antara asumsi konstan dan UHC 2024 sebesar 40%.

Penelitian Zhao Z., et al (2019) tidak menyebutkan secara spesifik jenis tenaga kesehatan yang menjadi fokus penelitiannya. Jumlah balita di tahun 2018 sebanyak 3.189.609 balita, hampir sama dengan Jawa Barat. Penulis mencoba menghitung jumlah kebutuhan tenaga kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada balita. Dari data yang ada, beban kerja di tahun 2018 sebanyak 30.635.846 EV atau 459.537.950 menit. Jika diasumsikan hari kerja setahun adalah 212 hari kerja dan 8 jam kerja per hari, maka tenaga kesehatan yang dibutuhkan adalah sebanyak 4.516 tenaga kesehatan. Selisihnya lumayan banyak dengan hasil penelitian, yaitu 293 tenaga kesehatan. Hal ini disebabkan karena ada perbedaan target layanan kesehatan untuk balita antara Zhao et al dengan target layanan Kesehatan Kementerian Kesehatan yang dijadikan dasar dari penelitian ini.

6.5 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Seluruh Layanan Kesehatan (Tidak termasuk PONED)

Proyeksi kebutuhan bidan untuk seluruh pelayanan kesehatan di FKP se Prov. Jawa Barat dengan menggunakan asumsi konstan dan asumsi berubah (UHC 2024 dan Visi 2045) menunjukkan hasil yang berbeda mulai tahun 2021. Di tahun 2020, kebutuhan

bidan sebanyak 38.980 Bidan. Di tahun 2021, dengan asumsi konstan sebanyak 39.096 bidan, dengan asumsi UHC 2024 dan Visi 2045 sebanyak 39.971 bidan, berbeda 2,2%. Semakin lama selisihnya semakin besar, di tahun 2045 menjadi 5.774 bidan atau 15%. Namun tetap memperhatikan proyeksi kebutuhan bidan tiap kabupaten/kota, karena mereka memiliki pola masing-masing.

Dari hasil perhitungan rasio bidan per 100.000 penduduk untuk seluruh layanan kesehatan di FKP (dasar ANC standar Kemenkes dan persalinan normal oleh dua bidan), maka didapati bahwa angka rasio berbeda di tiap kabupaten/kota dan angka rasio cenderung turun tiap tahunnya. Perhitungan dengan asumsi konstan, mulai tahun 2020 angka rasio sudah mulai turun, di tahun 2019 berkisar 75-81 bidan per 100.000 penduduk (Jawa Barat = 79,2) dan di tahun 2045 menjadi berkisar 61-69 bidan per 100.000 penduduk (Jawa Barat = 65,7). Perhitungan dengan asumsi UHC 2024 dan Visi 2045, ada perbedaan sedikit, yaitu angka rasio naik sampai tahun 2024, namun mulai tahun 2025 angka rasio sudah mulai turun. Di tahun 2019, angka rasio dengan asumsi konstan dan di tahun 2045 menjadi berkisar 67-79,2 bidan per 100.000 penduduk (Jawa Barat = 75,3).

Berdasarkan Keputusan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Nomor 54 Tahun 2013 tentang Rencana Pengembangan Tenaga kesehatan Tahun 2011–2025, Kementerian Kesehatan menghitung rasio kebutuhan bidan per 100.000 penduduk adalah 120 Bidan per 100.000 penduduk. Jika kita menghitung kebutuhan bidan di Prov. Jawa Barat tahun 2021 berdasarkan rasio 120 Bidan per 100.000 penduduk, maka dibutuhkan 60.124 bidan. Dari hasil proyeksi didapat 39.095,6 Bidan (asumsi konstan), jadi ada selisih sebanyak 21.028 Bidan. Angka selisih di atas mungkin bisa diperkecil ketika didapat angka kebutuhan bidan di Puskesmas PONED dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut.

6.6 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Pelayanan Obsterik dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED)

Kementerian Kesehatan menetapkan satu (1) Puskesmas PONED mencakup 50.000-100.000 penduduk, termasuk penduduk di luar wilayah Puskesmas PONED (Kementerian Kesehatan RI, 2004). Pendirian Puskesmas PONED juga harus mempertimbangkan kondisi geografi suatu wilayah kecamatan. Jika ada wilayah yang cukup terpencil, dan waktu tempuh yang harus dijalani penduduk ketika mau mengakses pelayanan obstetrik dan neonatal emergensi cukup lama (sekitar 2 jam perjalanan dengan

kendaraan), maka harus dipertimbangkan didirikannya Puskesmas PONEB di wilayah tersebut.

Rekomendasi WHO untuk penyediaan fasilitas *Emergency Obstetrical Care (EmOC)* atau Pelayanan Obstetrik Emergensi terdiri dari Indikator Pertama dan Indikator Kedua. Indikator Pertama, yaitu rasio minimum fasilitas *Emergency Obstetrical Care (EmOC)* atau Pelayanan Obstetrik Emergensi per 500.000 penduduk berbanding satu (1) fasilitas komprehensif (Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Komprehensif atau PONEK) dan empat (4) fasilitas dasar (Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Dasar atau PONEB) (World Health Organization, UNFPA, UNICEF and AMDD, 2009). Jadi satu (1) fasilitas dasar melayani 125.000 penduduk. Sama dengan Kemenkes, Indikator kedua WHO adalah dihitung dengan cara yang sama seperti indikator pertama, tetapi mempertimbangkan distribusi geografis dan aksesibilitas penduduk terhadap fasilitas dasar.

Pada tabel 6.1, diperlihatkan perbandingan jumlah PKM PONEB menurut hasil Risfakes 2019, Standar Kementerian Kesehatan dan World Health Organization. Dari hasil perhitungan menurut standar Kemenkes dengan menggunakan nilai median (=75.000 penduduk), total kebutuhan PKM PONEB di wilayah Provinsi Jawa Barat adalah 634 PKM PONEB, selisihnya sebanyak 166 PKM PONEB.

Dari 27 kabupaten/kota, maka ada 13 kabupaten/kota yang jumlah PKM PONEB-nya sama atau melebihi standar kebutuhan berbasis penduduk. Kabupaten/kota tersebut adalah Kab. Garut, Kab. Tasikmalaya, Kab. Ciamis, Kab. Kuningan, Kab. Cirebon, Kab. Majalengka, Kab. Sumedang, Kab. Subang, Kab. Purwakarta, Kab. Pangandaran, Kota Sukabumi, Kota Cirebon, dan Kota Banjar. Kab. Majalengka merupakan kabupaten yang memiliki kelebihan yang terbanyak, yaitu 12 PKM PONEB. Ada kemungkinan ini terjadi karena menyesuaikan dengan kondisi geografi Kabupaten Majalengka,

Tabel 6.1
Perbandingan Jumlah PKM PONEB per Kabupaten/kota menurut
RISFASKES 2019, Standar Kementerian Kesehatan dan WHO-176

KABUPATEN/ KOTA	Jumlah Penduduk Tahun 2019	Risfaskes 2019 (PKM PONED)	Standar Kemkes: 1 PKM PONED = 75.000 penduduk (median)			Standar WHO: 1 PKMPONED = 125.000 penduduk		
			Sesuai Standar	Selisih dengan standar (= atau >)	Selisih dengan standar (<)	Sesuai Standar	Selisih dengan standar (= atau >)	Selisih dengan standar (<)
Kab. Bogor	5.965.410	29	80		-51	48		-19
Kab. Sukabumi	2.563.869	31	34		-3	21	10	
Kab. Cianjur	2.292.172	26	31		-5	18	8	
Kab. Bandung	3.775.639	15	50		-35	30		-15
Kab. Garut	2.184.890	31	29	2		17	14	
Kab. Tasikmalaya	1.796.496	27	24	3		14	13	
Kab. Ciamis	1.416.602	19	19	0		11	8	
Kab. Kuningan	1.170.940	24	16	8		9	15	
Kab. Cirebon	2.189.785	35	29	6		18	17	
Kab. Majalengka	1.307.995	29	17	12		10	19	
Kab. Sumedang	1.152.400	20	15	5		9	11	
Kab. Indramayu	1.861.269	22	25		-3	15	7	
Kab. Subang	1.569.709	24	21	3		13	11	
Kab. Purwakarta	947.101	14	13	1		8	6	
Kab. Karawang	2.372.348	29	32		-3	19	10	
Kab. Bekasi	2.667.159	18	36		-18	21		-3
Kab. Bandung Barat	1.687.724	10	23		-13	14		-4
Kab. Pangandaran	424.786	9	6	3		3	6	
Kota Bogor	1.048.610	6	14		-8	8		-2
Kota Sukabumi	330.691	5	4	1		3	2	
Kota Bandung	2.507.888	7	33		-26	20		-13
Kota Cirebon	340.370	5	5	0		3	2	
Kota Bekasi	2.448.842	10	33		-23	20		-10
Kota Depok	1.857.734	8	25		-17	15		-7
Kota Cimahi	553.755	3	7		-4	4		-1
Kota Tasikmalaya	719.882	9	10		-1	6	3	
Kota Banjar	205.630	3	3	0		2	1	
Total	47.359.696	468	634			379		

Berdasarkan standar Kemenkes, ada 14 kabupaten/kota yang jumlah PKM PONED yang lebih sedikit dari standar, yaitu Kab. Bogor, Kab. Sukabumi, Kab. Cianjur, Kab. Bandung, Kab. Indramayu, Kab. Karawang, Kab. Bekasi, Kab. Bandung Barat, Kota Bogor, Kota Bandung, Kota Bekasi, Kota Depok, Kota Cimahi, dan Kota Tasikmalaya. Kab. Bogor kekurangannya mencapai 51 PKM PONED (= 64%). Berikutnya adalah Kab. Bandung yang memiliki kekurangan sebanyak 35 PKM PONED, tetapi persentase kekurangannya lebih besar, yaitu 70%. Total kekurangan PKM PONED di 14 kabupaten sebanyak 210 PKM PONED

Perhitungan kebutuhan PKM PONED berdasarkan jumlah penduduk sebenarnya kurang tepat, apalagi jika kemudian dijadikan dasar proyeksi kebutuhan PKM PONED.

Dasar yang paling tepat adalah dengan proyeksi ibu hamil. Sebagai contoh Prov. Jawa Barat:

Populasi	2018	2020	2025	2030	2035	2040	2045
Penduduk Jabar	48.475.200	49.565.100	52.226.200	54.740.200	56.974.600	58.839.000	60.315.100
Ibu Hamil	958.839	962.158	972.974	988.334	990.674	978.434	964.137

Proyeksi penduduk cenderung terus naik sampai tahun 2045. Namun proyeksi ibu hamil sudah mulai turun di tahun 2040. Atau misalnya Kab. Sukabumi, di tahun 2019 proyeksi ibu hamilnya sudah mulai turun, sementara proyeksi penduduk baru mulai turun di tahun 2037.

Kebutuhan bidan untuk PONEB berdasarkan kondisi saat ini adalah 2.808 bidan. Jika pemerintah kabupaten/kota ingin memenuhi kebutuhan PKM PONEB, tentunya harus memperhatikan penyediaan suplai bidan. Dibutuhkan tambahan bidan sebanyak 1260 bidan khusus PONEB untuk memenuhi kekurangan 210 PKM PONEB.

Hasil perhitungan dengan menggunakan Standar WHO, jumlah kabupaten/kota yang memiliki PKM PONEB sama atau lebih banyak dibandingkan standar bertambah, karena memang pembagiannya lebih besar, yaitu 125.000 penduduk. Ada 18 kabupaten/kota yang memiliki PKM PONEB lebih banyak dibandingkan standar, yaitu Kab. Sukabumi, Kab. Cianjur, Kab. Garut, Kab. Tasikmalaya, Kab. Ciamis, Kab. Kuningan, Kab. Cirebon, Kab. Majalengka, Kab. Sumedang, Kab. Indramayu, Kab. Subang, Kab. Purwakarta, Kab. Karawang, Kab. Pangandaran, Kota Sukabumi, Kota Cirebon, Kota Tasikmalaya dan Kota Banjar. Kab. Majalengka. Sisanya 9 kabupaten/kota memiliki PKM PONEB lebih sedikit dari standar, yaitu Kab. Bogor, Kab. Bandung, Kab. Bekasi, Kab. Bandung Barat, Kota Bogor, Kota Bandung, Kota Bekasi, Kota Depok dan Kota Cimahi. Perlu kajian khusus mengapa pemerintah kabupaten/kota tidak memenuhi kebutuhan PKM PONEB ini, apakah karena kekurangan sumber daya, kemudahan masyarakat mengakses layanan PONEB di rumah sakit pemerintah daerah atau swasta. atau alasan lainnya.

6.7 Proyeksi Kebutuhan Bidan untuk Seluruh Layanan Kesehatan (Termasuk PONEB)

Tabel 6.2 memberikan gambaran perbandingan hasil proyeksi kebutuhan bidan tahun 2018 dengan data jumlah bidan Puskesmas berdasarkan Profil Kesehatan Jawa Barat Tahun 2018. Kota Depok hanya memenuhi 11,1% kebutuhan bidan berdasarkan

hasil proyeksi. Prosentase Kota Depok yang kecil ini, ‘mungkin’ disebabkan karena masih banyak WUS/PUS, ibu dan balita yang berkunjung ke rumah sakit. Sementara, Kab. Pangandaran yang paling tinggi dalam pemenuhan kebutuhan bidan, yaitu 103,1%. Perbedaannya lumayan lebar, yaitu 92%. Untuk se Prov. Jawa Barat maka hanya memenuhi 38,3% kebutuhan bidan.

Tabel 6.2 juga memberikan gambaran perbandingan hasil proyeksi kebutuhan bidan tahun 2020 dengan data jumlah bidan berdasarkan Badan Perencanaan dan Pengembangan Sumber Daya Manusia (BPPSDM) Kementerian Kesehatan per Desember Tahun 2020. Data bidan BPPSDM ini adalah data semua bidan yang mengajukan Surat Tanda Registrasi. Datanya lebih sedikit dibandingkan dengan data Profil Kesehatan 2019, yaitu selisih 235 Bidan. Yang menjadi pertanyaan adalah, “apakah 235 bidan ini tidak memiliki STR?”. Kab. Kuningan merupakan kabupaten dimana jumlah bidan yang tidak memiliki STR yang paling banyak, yaitu 99 bidan.

Menurut data BPPSDM, Kota Depok tetap yang paling rendah pemenuhan kebutuhan bidan berdasarkan hasil proyeksi, yaitu 7,9%. Kab. Pangandaran juga tetap yang paling tinggi dalam pemenuhan kebutuhan bidan, yaitu 104,3%. Secara total, tingkat Provinsi Jawa Barat hanya memenuhi 37,6% dari hasil proyeksi.

Peneliti sendiri juga kesulitan untuk mendapatkan data jumlah bidan yang riilnya, yaitu data bidan yang masih berpraktik. Namun jika berdasarkan pengalaman di lapangan, data bidan dari Profil Kesehatan 2019 lebih mendekati kondisi yang sebenarnya. Pertama, bidan yang bekerja di Puskesmas biasanya juga memiliki tempat praktik sendiri (Bidan Praktik Mandiri atau BPM), terutama bidan yang sudah senior atau Bidan Desa. Mereka bekerja pagi di Puskesmas/Bidan Desa, sorenya buka praktik sendiri. BPPSDM, Ikatan BPPSDM, Ikatan Bidan Indonesia dan Dinas Kesehatan (provinsi dan kabupaten/kota) perlu berkoordinasi untuk membuat sistem informasi tenaga bidan.

Tabel 6.2
Perbandingan Kondisi Bidan Hasil Proyeksi, Data Profil Kesehatan Jawa Barat, dan Data BPPSDM Kementerian Kesehatan tiap Kabupaten/kota Prov. Jawa Barat

Kabupaten/kota	Proyeksi Kebutuhan Bidan 2019	Jlm Bidan PKM (Profil Kes Jabar 2019)	% Bidan PKM versi Profil Kes 2019 : Proyeksi	Proyeksi Kebutuhan Bidan 2020	Jml Bidan (Kemenkes, 31122020)	% Bidan PKM versi Kemenkes : Proyeksi Kebutuhan Bidan

			Kebutuhan Bidan			
Kab. Bogor	5.003,7	1.011	20,2	5.050,0	964	19,1
Kab. Sukabumi	2.168,6	1.118	51,6	2.163,8	1116	51,6
Kab. Cianjur	1.970,1	1.037	52,6	1.965,7	1136	57,8
Kab. Bandung	3.113,5	657	21,1	3.122,3	627	20,1
Kab. Garut	2.286,2	1.161	50,8	2.281,2	1362	59,7
Kab. Tasikmalaya	1.563,1	1.023	65,4	1.558,8	1003	64,3
Kab. Ciamis	1.023,5	666	65,1	1.020,1	589	57,7
Kab. Kuningan	987,2	674	68,3	984,4	578	58,7
Kab. Cirebon	1.940,6	1.247	64,3	1.936,3	1466	75,7
Kab. Majalengka	1.114,0	805	72,3	1.110,9	812	73,1
Kab. Sumedang	1.029,1	682	66,3	1.026,0	596	58,1
Kab. Indramayu	1.480,6	623	42,1	1.476,8	562	38,1
Kab. Subang	1.370,4	744	54,3	1.366,6	672	49,2
Kab. Purwakarta	850,0	378	44,5	848,5	316	37,2
Kab. Karawang	2.048,1	925	45,2	2.043,9	864	42,3
Kab. Bekasi	3.131,5	710	22,7	3.205,8	656	20,5
Kab. Bandung Barat	1.401,7	420	30,0	1.398,6	362	25,9
Kab. Pangandaran	358,8	370	103,1	357,7	373	104,3
Kota Bogor	902,4	189	20,9	903,4	163	18,0
Kota Sukabumi	290,0	117	40,4	289,3	128	44,2
Kota Bandung	2.085,5	425	20,4	2.081,0	379	18,2
Kota Cirebon	283,4	179	63,2	282,7	182	64,4
Kota Bekasi	2.461,9	311	12,6	2.491,9	395	15,9
Kota Depok	1.981,5	219	11,1	2.020,9	160	7,9
Kota Cimahi	509,8	64	12,6	508,7	63	12,4
Kota Tasikmalaya	589,7	266	45,1	588,5	254	43,2
Kota Banjar	164,3	92	56,0	164,0	100	61,0
Prov. Jawa Barat	42.109,1	16.113	38,3	42.247,5	15.878	37,6

Alasan kedua, dari hasil pengamatan dan wawancara secara informal, jumlah pasien yang datang ke BPM jauh berkurang setelah adanya JKN. Sebelum JKN, ada BPM yang melayani sampai 3 persalinan per hari atau 30-90 persalinan per bulan. Namun setelah ada JKN, turun drastis, hanya 1-3 persalinan per bulan. Pasien yang menjadi peserta JKN menolak dimintai bayaran atas jasa yang diterima ketika berkunjung ke BPM. Akhirnya bidan akan menyarankan pasien tersebut ke Puskesmas atau faskes yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. BPM sendiri menolak masuk ke dalam jejaring Puskesmas karena pembayaran klaimnya lama dan tidak sesuai dengan biaya yang dikeluarkan.

Karena kekurangan pasien, maka BPM tidak memperkerjakan bidan pengganti. Ada kekhawatiran dari peneliti, jika situasi ini dibiarkan terus, maka beban kerja bidan Puskesmas menjadi semakin tinggi, dan kemudian berdampak pada pencapaian target pembangunan kesehatan.

Peneliti sendiri menyarankan agar pemerintah daerah (provinsi dan kabupaten/kota) meningkatkan pembiayaan untuk pelayanan kesehatan yang masuk ke dalam Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, terutama pelayanan kesehatan ibu. Pemerintah daerah dapat langsung membayarkan jasa pelayanan kesehatan ibu ke BPM sesuai dengan biaya satuan yang dikeluarkan oleh BPM. Kedua, Kementerian Kesehatan membuat skema pembayaran untuk BPM melalui BPJS Kesehatan. Atau, membuat skema pembiayaan khusus melalui Dana Alokasi Khusus untuk pelayanan kesehatan ibu dan bayi, untuk menopang APBD (Anggaran Pendapatan Belanja Daerah).

6.8 Rekomendasi Kebijakan

Dari pengalaman yang didapat selama proses penelitian dan hasil analisis data, maka ditemukan beberapa hal yang harus menjadi perhatian pemerintah, baik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah (provinsi dan kabupaten/kota). Pemerintah diharapkan melakukan perubahan kebijakan agar perhitungan kebutuhan bidan menjadi lebih tepat dan target pembangunan kesehatan tercapai. Adapun rekomendasi untuk kebijakan adalah sebagai berikut:

- a. Kementerian Kesehatan perlu membuat standar waktu layanan kesehatan ibu (antenatal, persalinan dan pascapersalinan), kesehatan balita, kesehatan reproduksi, dan Keluarga Berencana (bekerja sama dengan BKKBN) sehingga memudahkan dalam menghitung kebutuhan bidan sesuai beban kerja dan mengontrol kualitas layanan. Standar waktu layanan yang dihasilkan dalam penelitian ini bisa dijadikan masukan untuk membuat standar waktu layanan.
- b. Kementerian Kesehatan perlu membuat mengubah Standar layanan ANC dari empat (4) kali menjadi delapan (8) kali kunjungan layanan antenatal, sesuai dengan permintaan masyarakat saat ini terhadap layanan antenatal.
- c. Kementerian Kesehatan membuat standar layanan minimal pelayanan Kespro yaitu mewajibkan setiap WUS datang ke pelayanan kesehatan untuk melakukan konsultasi/pemeriksaan kesehatan reproduksi minimal satu (1) kali dalam setahun,

- agar dapat mendeteksi penyakit (kanker serviks, HIV dan IMS) sedini mungkin. Kementerian Kesehatan bisa memasukkan kebijakan ini dalam program JKN.
- d. Kementerian Kesehatan perlu mengubah standar perhitungan jumlah PUS, bukan lagi $0,17 \times$ populasi penduduk. Yang lebih tepat adalah dengan menggunakan populasi WUS, karena PUS adalah bagian dari WUS. Dari hasil perhitungan didapati $PUS = 0,72 \times WUS$.
 - e. Kementerian Kesehatan perlu mengubah standar perhitungan kebutuhan PKM PONED, bukan lagi berdasarkan jumlah populasi penduduk, karena sasaran pelayanan adalah ibu hamil yang mau bersalin. Sehingga yang paling tepat adalah berdasarkan jumlah populasi ibu hamil. Dari data yang ada menunjukkan populasi penduduk per cenderung naik dari tahun ke tahun, sementara populasi ibu hamil cenderung turun disebabkan angka kelahiran kasar turun.
 - f. Kementerian Kesehatan perlu membuat perencanaan kebutuhan bidan sampai tahun 2045 bekerja sama dengan IBI dan BKKBN, serta Pemerintah Daerah, berdasarkan standar layanan Kesehatan (ANC 8x kunjungan dan penolong persalinan oleh dua bidan) dan target pembangunan kesehatan (target UHC di tahun 2024 dan tahun 2045), karena tenaga kesehatan untuk mencapai target pembangunan kesehatan ini didominasi oleh bidan. Dari hasil perhitungan dengan menggunakan target UHC 2024 dan tahun 2045 didapati kebutuhan bidan di tahun 2045 sebesar 45.397 Bidan untuk Jawa Barat, sementara jumlah bidan di tahun 2020 hanya 15.878 bidan. Berarti masih kekurangan 29.519 Bidan, ditambah dengan bidan yang pension atau keluar dari profesinya.
 - g. Di setiap tempat penelitian, selalu ditanyakan secara informal kepada Bidan Koordinator mengenai penerapan 'peraturan dua tenaga kesehatan untuk menolong persalinan' (PMK No.4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada SPM bidang Kesehatan). Mereka menjawab sudah diterapkan. Kementerian Kesehatan bisa bekerja sama dengan Dinkes provinsi untuk memantau penerapan peraturan ini di kabupaten/kota, sehingga target penurunan AKI bisa tercapai. Dari hasil analisis data didapati, jika Kementerian Kesehatan mau menerapkan kebijakan penolong persalinan normal oleh dua tenaga kesehatan (=bidan), maka dibutuhkan tambahan 21 bidan per 100.000 penduduk.

- h. Kementerian Kesehatan bekerja sama dengan IBI serta Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi untuk menetapkan jumlah kelulusan agar bisa memenuhi kebutuhan bidan, serta standar kelulusan program pendidikan bidan, agar berdampak terhadap kualitas layanan bidan.
- i. Kementerian Kesehatan bekerja sama dengan IBI, Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi, serta pemerintah daerah perlu membuat sistem informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (= bidan) untuk mendapatkan informasi jumlah penawaran dan permintaan bidan di lapangan. Pemerintah Daerah (Dinas Kesehatan) perlu dilibatkan, karena merupakan pengguna terbesar bidan di daerah. Puskesmas banyak yang mempekerjakan bidan sebagai pegawai honorer.
- j. Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan (provinsi dan kabupaten/kota) perlu membuat anggaran khusus (Dana Alokasi Khusus) yang dialokasikan khusus untuk BPM yang memberikan pelayanan kesehatan ibu, sehingga tidak terjadi lonjakan beban kerja bidan Puskesmas. Sejak diterapkan JKN, jumlah kunjungan pasien di BPM mengalami penurunan yang drastis. Banyak pasien yang beralih ke fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. BPM sendiri menolak masuk ke dalam jejaring Puskemas karena pembayaran klaimnya lama dan tidak sesuai dengan biaya yang dikeluarkan.
- k. Kementerian Kesehatan bekerjasama dengan Dinas Kesehatan perlu membuat *pilot project* model “*The continuity of care*” di salah satu daerah. Pada model model “*The continuity of care*” ini, perkembangan setiap ibu dengan mudah dipantau oleh seorang bidan. Pemerintah kemudian bisa membandingkan efektivitasnya dengan program yang sudah berjalan. Dari hasil analisis didapat rasio antara bidan dan ibu hamil dari tahun 2019 sampai 2045 adalah 1 bidan bisa melayani 42-43 ibu hamil per tahun dengan ANC standar Kemenkes, jika dengan ANC standar WHO maka 40-41 ibu hamil dalam setahun.
- l. Dinas Kesehatan dalam membuat perencanaan kebutuhan bidan harus berdasarkan struktur dan pertumbuhan penduduk wilayahnya masing-masing. Dari hasil analisis per kabupaten/kota, maka didapatkan proyeksi populasi sasaran layanan oleh bidan menghasilkan pola pertumbuhan populasi yang berbeda-beda, ada yang positif dan ada yang negatif. Tingkat pertumbuhan populasi sasaran dipengaruhi oleh struktur dan pertumbuhan penduduknya. Rasio bidan per 100.000 penduduk untuk seluruh layanan

kesehatan di FKP (dasar ANC standar Kemenkes dan persalinan normal oleh dua bidan), maka didapati bahwa angka rasio berbeda di tiap kabupaten/kota dan angka rasio cenderung turun tiap tahunnya.

- m. Dinas Kesehatan perlu memberikan perhatian khusus untuk mempertahankan Bidan PONED, karena bidan yang ditempatkan di Puskemas PONED harus mendapatkan pelatihan khusus. Dari wawancara secara informal dengan Bidan Koordinator, didapati informasi bahwa bidan yang sudah dilatih banyak yang pindah Puskesmas. Dinas Kesehatan memikirkan intensif khusus untuk bidan PONED.

BAB 7

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan tujuan dan hasil penelitian maka bisa diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan KB/Kespro, Kesehatan Ibu dan Balita baru menunjukkan perbedaan mulai tahun 2021 sesuai dengan target pembangunan Kesehatan jangka menengah. Proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan kesehatan reproduksi dan KB di FKP se Prov. Jawa Barat di tahun 2018 sebanyak 11.096,3 Bidan. Di tahun 2021, asumsi berubah (UHC 2024 dan Visi 2045) menghasilkan proyeksi kebutuhan bidan yang lebih banyak (11.519,98 bidan) dibandingkan dengan asumsi konstan (11.401,89 bidan). Di tahun 2045, hasil proyeksi dengan asumsi berubah (14.398 bidan) dan asumsi konstan (11.734,85 bidan). Hasil proyeksi dengan asumsi berubah cenderung terus naik, sementara asumsi konstan mulai turun di tahun 2044.
2. Proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan Kesehatan Ibu se Prov. Jawa Barat di tahun 2018 sebanyak 11.096,3 Bidan, namun di tahun 2019, karena implementasi kebijakan penolong persalinan oleh 2 bidan, maka proyeksi kebutuhan bidan bertambah sebanyak 10.585 bidan. Asumsi berubah (UHC 2024 dan Visi 2045) menghasilkan proyeksi kebutuhan bidan yang lebih banyak (22.890,2 bidan) dibandingkan dengan asumsi konstan (22.965,2). Di tahun 2045, hasil proyeksi dengan asumsi berubah (23.208,4 bidan) dan asumsi konstan (22.908 bidan). Hasil proyeksi dengan asumsi berubah dan konstan mulai turun di tahun 2036. Rasio ibu hamil per bidan dari hasil analisis didapati 1 bidan bisa melayani 42-43 ibu hamil per tahun dengan ANC standar Kemenkes, jika dengan ANC standar WHO maka 40-41 ibu hamil dalam setahun.
3. Proyeksi kebutuhan bidan untuk pelayanan kesehatan Balita se Prov. Jawa Barat di tahun 2018 sebanyak 6817,7 Bidan. Di tahun 2021, asumsi berubah (UHC 2024 dan Visi 2045) menghasilkan proyeksi kebutuhan bidan yang lebih banyak (7506 bidan) dibandingkan dengan asumsi konstan (6824,5 bidan). Di tahun 2045, hasil proyeksi dengan asumsi berubah (9835,7 bidan) dan asumsi konstan

(7025,5bidan). Hasil proyeksi berdasarkan dua asumsi cenderung terus naik sampai tahun 2045.

4. Proyeksi kebutuhan bidan untuk seluruh pelayanan kesehatan di FKP se Prov. Jawa Barat adalah sebanyak 32.033 Bidan di tahun 2018, naik tajam menjadi 40855 Bidan di tahun 2019. Di tahun 2021, kebutuhan bidan berdasarkan asumsi konstan sebanyak 41.117 bidan dan asumsi UHC 2024 sebanyak 41.992 bidan. Pada asumsi konstan kebutuhan bidan naik sampai tahun 2033, kemudian turun, namun pada asumsi UHC 2024 kebutuhan bidan baru turun di 2037. Rasio kebutuhan bidan per 100.000 penduduk se Prov. Jawa Barat di tahun 2018 adalah 62 Bidan per 100.000 penduduk dan tahun 2019 adalah 83 Bidan per 100.000. Untuk asumsi konstan, angka rasio ini sudah mulai turun di tahun 2020, namun untuk asumsi UHC naik dulu sampai tahun 2024 menjadi 88 bidan per 100000 penduduk, kemudian mulai turun di tahun 2025.
5. Proyeksi kebutuhan bidan untuk PONEB se Prov. Jawa Barat adalah sebanyak 2808 Bidan di tahun 2018, angka ini diasumsikan konstan sampai tahun 2045.
6. Hasil rekapitulasi proyeksi kebutuhan bidan untuk seluruh layanan kesehatan ditambah PONEB pada se Prov. Jawa Barat tahun 2018 sebanyak 30.946 bidan dan di tahun 2019 sebanyak 41.644 bidan. Mulai tahun 2021, mulai ada perbedaan kebutuhan bidan, asumsi UHC 2024 lebih banyak dibandingkan asumsi konstan namun pola yang terbentuk sama dengan pola rekapitulasi yang pertama karena kebutuhan bidan untuk PONEB diasumsikan konstan.

7.2. Rekomendasi

7.2.1 Untuk Pemerintah

- a. Kementerian Kesehatan perlu membuat standar waktu layanan kesehatan ibu (antenatal, persalinan dan pascapersalinan), kesehatan balita, kesehatan reproduksi, dan Keluarga Berencana (bekerja sama dengan BKKBN) sehingga memudahkan dalam menghitung kebutuhan bidan sesuai beban kerja dan mengontrol kualitas layanan. Standar waktu layanan yang dihasilkan dalam penelitian ini bisa dijadikan masukan untuk membuat standar waktu layanan.

- b. Kementerian Kesehatan perlu mengubah Standar layanan ANC dari empat (4) kali menjadi delapan (8) kali kunjungan layanan antenatal, sesuai dengan permintaan masyarakat saat ini terhadap layanan antenatal.
- c. Kementerian Kesehatan membuat standar layanan minimal pelayanan Kespro yaitu mewajibkan setiap WUS datang ke pelayanan kesehatan untuk melakukan konsultasi/pemeriksaan kesehatan reproduksi minimal satu (1) kali dalam setahun, agar dapat mendeteksi penyakit (kanker serviks, HIV dan IMS) sedini mungkin. Kementerian Kesehatan bisa memasukkan kebijakan ini dalam program JKN.
- d. Kementerian Kesehatan perlu mengubah standar perhitungan jumlah PUS, bukan lagi $0,17 \times$ populasi penduduk. Yang lebih tepat adalah dengan menggunakan populasi WUS, karena PUS adalah bagian dari WUS. Dari hasil perhitungan didapati $PUS = 0,72 \times WUS$.
- e. Kementerian Kesehatan perlu mengubah standar perhitungan kebutuhan PKM PONEB, bukan lagi berdasarkan jumlah populasi penduduk, karena sasaran pelayanan adalah ibu hamil yang mau bersalin. Sehingga yang paling tepat adalah berdasarkan jumlah populasi ibu hamil. Dari data yang ada menunjukkan populasi penduduk cenderung naik dari tahun ke tahun, sementara populasi ibu hamil cenderung turun disebabkan angka kelahiran kasar turun.
- f. Kementerian Kesehatan perlu membuat perencanaan kebutuhan bidan sampai tahun 2045 bekerja sama dengan IBI dan BKKBN, serta Pemerintah Daerah, berdasarkan standar layanan Kesehatan (ANC 8x kunjungan dan penolong persalinan oleh dua bidan) dan target pembangunan kesehatan (target UHC di tahun 2024 dan tahun 2045), karena tenaga kesehatan untuk mencapai target pembangunan kesehatan ini didominasi oleh bidan. Dari hasil perhitungan dengan menggunakan target UHC 2024 dan tahun 2045, didapati kebutuhan bidan di tahun 2045 sebesar 45.397 Bidan untuk Jawa Barat, sementara jumlah bidan di tahun 2020 hanya 15.878 bidan (Data BPPSDM Kementerian Kesehatan). Berarti masih kekurangan 29.519 Bidan, ditambah dengan bidan yang pension atau keluar dari profesinya.
- g. Di setiap tempat penelitian, selalu ditanyakan secara informal kepada Bidan Koordinator mengenai penerapan 'peraturan dua tenaga kesehatan untuk

menolong persalinan' (PMK No.4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada SPM bidang Kesehatan). Mereka menjawab sudah diterapkan. Kementerian Kesehatan bisa bekerja sama dengan Dinkes provinsi untuk memantau penerapan peraturan ini di kabupaten/kota, sehingga target penurunan AKI bisa tercapai. Dari hasil analisis data didapati, jika Kementerian Kesehatan mau menerapkan kebijakan penolong persalinan normal oleh dua tenaga kesehatan (=bidan), maka dibutuhkan tambahan 21 bidan per 100.000 penduduk.

- h. Kementerian Kesehatan bekerja sama dengan IBI serta Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi untuk menetapkan jumlah dan standar kelulusan program pendidikan bidan, agar berdampak terhadap kualitas layanan bidan.
- i. Kementerian Kesehatan bekerja sama dengan IBI, Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi, serta pemerintah daerah perlu membuat sistem informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (= bidan) untuk mendapatkan informasi jumlah penawaran dan permintaan bidan di lapangan. Pemerintah Daerah (Dinas Kesehatan) perlu dilibatkan, karena merupakan pengguna terbesar bidan di daerah. Puskesmas banyak yang mempekerjakan bidan sebagai pegawai honorer.
- j. Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan (provinsi dan kabupaten/kota) perlu membuat anggaran khusus (Dana Alokasi Khusus) yang dialokasikan khusus untuk BPM yang memberikan pelayanan kesehatan ibu, sehingga tidak terjadi lonjakan beban kerja bidan Puskesmas. Sejak diterapkan JKN, jumlah kunjungan pasien di BPM mengalami penurunan yang drastis. Banyak pasien yang beralih ke fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. BPM sendiri menolak masuk ke dalam jejaring Puskemas karena pembayaran klaimnya lama dan tidak sesuai dengan biaya yang dikeluarkan.
- k. Kementerian Kesehatan bekerjasama dengan Dinas Kesehatan perlu membuat *pilot project* model "***The continuity of care***" di salah satu daerah. Pada model model "***The continuity of care***" ini, perkembangan setiap ibu dengan mudah dipantau oleh seorang bidan. Pemerintah kemudian bisa membandingkan efektivitasnya dengan program yang sudah berjalan. Dari hasil analisis didapat

rasio antara bidan dan ibu hamil dari tahun 2019 sampai 2045 adalah 1 bidan bisa melayani 42-43 ibu hamil per tahun dengan ANC standar Kemenkes, jika dengan ANC standar WHO maka 40-41 ibu hamil dalam setahun.

- l. Dinas Kesehatan dalam membuat perencanaan kebutuhan bidan harus berdasarkan struktur dan pertumbuhan penduduk wilayahnya masing-masing. Dari hasil analisis per kabupaten/kota, maka didapatkan proyeksi populasi sasaran layanan oleh bidan menghasilkan pola pertumbuhan populasi yang berbeda-beda, ada yang positif dan ada yang negatif. Tingkat pertumbuhan populasi sasaran dipengaruhi oleh struktur dan pertumbuhan penduduknya. Rasio bidan per 100.000 penduduk untuk seluruh layanan kesehatan di FKP (dasar ANC standar Kemenkes dan persalinan normal oleh dua bidan), maka didapati bahwa angka rasio berbeda di tiap kabupaten/kota dan angka rasio cenderung turun tiap tahunnya.
- m. Dinas Kesehatan perlu memberikan perhatian khusus untuk mempertahankan Bidan PONEB, karena bidan yang ditempatkan di Puskesmas PONEB harus mendapatkan pelatihan khusus. Dari wawancara secara informal dengan Bidan Koordinator, didapati informasi bahwa bidan yang sudah dilatih banyak yang pindah Puskesmas. Dinas Kesehatan memikirkan intensif khusus untuk bidan PONEB.

7.2.1 Untuk Peneliti selanjutnya

- a. Peneliti lain bisa melengkapi dengan penelitian proyeksi kebutuhan bidan di fasilitas kesehatan tingkat lanjut atau di daerah terpencil atau terluar.
- b. Peneliti lain bisa menggunakan metode proyeksi kebutuhan bidan yang digunakan di penelitian ini untuk membuat proyeksi kebutuhan tenaga kesehatan lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Ansah, J. P., de Korne, D., Bayer, S., Pan, C., Jayabaskar, T., Matchar, D. B., Lew, N., Phua, A., Koh, V., Lamoureux, E., & Quek, D. (2015). Future requirements for and supply of ophthalmologists for an aging population in Singapore. *Human Resources for Health*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0085-4>
- Barber, P., & López-Valcárcel, B. G. (2010). Forecasting the need for medical specialists in Spain: application of a system dynamics model. *Human Resources for Health*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-8-24>
- Barnes, R. M. (1980). *Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI*. Toronto: Jhon Wiley & sons.
- Bärnighausen, T., Bloom, D., & Humair, S. (2009). A Mathematical Model for Estimating the Number of Health Workers Required for Universal Antiretroviral Treatment. *National Bureau Of Economic Research*. Published. <https://doi.org/10.3386/w15517>
- Birch, S., Kephart, G., Tomblin-Murphy, G., O'Brien-Pallas, L., Alder, R., & MacKenzie, A. (2007). Human Resources Planning and the Production of Health: A Needs-Based Analytical Framework. *Canadian Public Policy*, 33(Supplement 1), S1–S16. <https://doi.org/10.3138/9r62-q0v1-1188-1406>
- Birch, S., O'Brien-Pallas, L., Alksnis, C., Tomblin Murphy, G., & Thomson, D. (2003). Beyond demographic change in human resources planning: an extended framework and application to nursing. *Journal of Health Services Research & Policy*, 8(4), 225–229. <https://doi.org/10.1258/135581903322403290>
- Blok, L., van den Hof, S., Mfinanga, S. G., Kahwa, A., Ngadaya, E., Oey, L., & Dieleman, M. (2012). Measuring workload for tuberculosis service provision at primary care level: a methodology. *Human Resources for Health*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-10-11>
- BPS. (2016, July 15). *Provinsi Jawa Barat Dalam Angka 2016* [Dataset]. BPS.
- BPS. (2017). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- BPS. (2018). *Hasil Pendataan Potensi Desa (Podes) 2018*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- BPS Jawa Barat. (2019). *Proyeksi Penduduk Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Barat 2015–2025-Hasil SUPAS 2015*. BPS Jawa Barat.
- BKKBN Online. *Visualisasi Dashboard Kinerja BKKBN*. Diunduh dari: <http://dashboard.bkkbn.go.id/provinsi/masuk/operasional-landing> tanggal 28 Desember 2020
- Conrad, P., Schmid, G., Tientrebeogo, J., Moses, A., Kirenga, S., Neuhann, F., Müller, O., & Sarker, M. (2011). Compliance with focused antenatal care services: do health workers in rural Burkina Faso, Uganda and Tanzania perform all ANC procedures? *Tropical Medicine & International Health*, no. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2011.02923.x>
- Dinas Kesehatan Jawa Barat. (2019). *Profil Kesehatan Jawa Barat Tahun 2018*. Bandung: Dinas Kesehatan Jawa Barat

- Hagopian, A., Mohanty, M. K., Das, A., & House, P. J. (2011). Applying WHO's "workforce indicators of staffing need" (WISN) method to calculate the health worker requirements for India's maternal and child health service guarantees in Orissa State. *Health Policy and Planning*, 27(1), 11–18. <https://doi.org/10.1093/heapol/czr007>
- Hatmadji, S. H. (2007). Dasar-Dasar Demografi. In *Fertilitas (Kelahiran)* (pp. 55–81). Jakarta: Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- Hemminki, E., & Blondel, B. (2001). Antenatal care in Europe: varying ways of providing high-coverage services. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 94(1), 145–148. [https://doi.org/10.1016/s0301-2115\(00\)00304-3](https://doi.org/10.1016/s0301-2115(00)00304-3)
- Hirschhorn, L. R., Oguda, L., Fullem, A., Dreesch, N., & Wilson, P. (2006). Estimating health workforce needs for antiretroviral therapy in resource-limited settings. *Human Resources for Health*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-4-1>
- Ikatan Bidan Indonesia. (2016, January 1). *Definisi Bidan*. https://www.ibi.or.id/id/article_view/a20150112004/definisi.html
- International Confederation of Midwives. (2018). *Essential competencies for basic midwifery practice 2010 (Revised 2013)*.
- Kemdikbud RI. (n.d.). Multigravida. In *KBBI*. Retrieved March 20, 2020, from <https://www.kbbi.web.id/multigravida>
- Kementerian Kesehatan RI. (2002). *Keputusan Menteri Kesehatan No. 900/Menkes/SK/VII/2002 tentang Registrasi dan Praktik Bidan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Nomor HK.02.03/II/1911/2013: Pedoman Penyelenggaraan PUSKESMAS Maupun PONED*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan (2014a). *Pedoman Manajemen Pelayanan Keluarga Berencana*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak Kementerian Kesehatan. (Cetak Revisi: 2014).
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2017a). *Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 Tahun 2017 tentang Penyusunan Formasi Jabatan Fungsional Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2017b). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Laporan Nasional Riskesdas 2018*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019a). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 4 Tahun 2019 Tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019b). *Profil Kesehatan Indonesia 2018*. Kementerian Kesehatan RI. ISBN: 978-602-656-446-4
- Kementerian Kesehatan RI. (2019c). *Undang-Undang No. 4 Tahun 2019 Tentang Kebidanan*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020a). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 Tentang Standar Profesi Bidan*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020b). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020–2024*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI, WHO, POGI, & IBI. (2013). *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian PPN, BPS, & UNFPA. (2018). *Proyeksi Penduduk Indonesia 2015–2045 Hasil SUPAS 2015*.
- Kementerian PPN/Bappenas. (2019). *Indonesia 2045: Berdaulat, Maju, Adil, dan Makmur*.
- Liu, J. X., Goryakin, Y., Maeda, A., Bruckner, T., & Scheffler, R. (2017). Global Health Workforce Labor Market Projections for 2030. *Human Resources for Health, 15*(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0187-2>
- Lopes, S. C., Titulaer, P., Bokosi, M., Homer, C. S., ten Hoope-Bender, P., ICS Inregrare, & ICM. (2015). The involvement of midwives associations in policy and planning about the midwifery workforce: A global survey. *Midwifery, 31*(11), 1096–1103. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.07.010>
- Magoma, M., Requejo, J., Merialdi, M., Campbell, O. M., Cousens, S., & Filippi, V. (2011). How much time is available for antenatal care consultations? Assessment of the quality of care in rural Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth, 11*(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-64>
- McCourt, C., Page, L., Hewison, J., & Vail, A. (1998). Evaluation of One-to-One Midwifery: Women's Responses to Care. *Birth, 25*(2), 73–80. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.1998.00073.x>
- Menteri Agama, Menteri Ketenagakerjaan, & Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI. (2016). *Keputusan Bersama Menteri Agama, Menteri Ketenagakerjaan, dan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI Tentang Hari Libur Nasional dan Cuti Bersama Tahun 2017*. Jakarta.

- Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat. (2013). *Keputusan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Nomor 54 Tahun 2013 tentang Rencana Pengembangan Tenaga kesehatan Tahun 2011–2025*.
- Miller, S., & Skinner, J. (2012). Are First-Time Mothers Who Plan Home Birth More Likely to Receive Evidence-Based Care? A Comparative Study of Home and Hospital Care Provided by the Same Midwives. *Birth*, 39(2), 135–144. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.2012.00534.x>
- Presiden Republik Indonesia. (2003). *Undang-undang No. 13 Tahun 2003 Tentang Ketenagakerjaan*. Presiden Republik Indonesia.
- Presiden Republik Indonesia. (2014). *Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga kesehatan*.
- Rarung, J. (2017, May 6). *Sejarah Panjang Profesi Bidan di Indonesia*. Kompasiana. <https://www.kompasiana.com/jamesallan.rarung/590cb7a9cd9273c34f8b4568/sejarah-panjang-profesi-bidan-di-indonesia>
- Ricketts, T. C. (2008). Healthcare Workforce Planning. In *Human Resources in Healthcare* (3rd ed., pp. 27–45). Chicago: Health Administration Press.
- Sugiono (2016). *Memahami Penelitian Kualitatif*. CV. Alfabeta.
- Scheffler, R. M., Herbst, C. H., Lemiere, C., & Campbell, J. (2016). Health Labor Market Analyses in Low- and Middle-Income Countries: An Evidence-Based Approach. *Demand-Based and Needs-Based Forecasts for Health Workers*. Published. <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0931-6>
- Siapka, M., Obure, C. D., Mayhew, S. H., Sweeney, S., Fenty, J., Initiative, I., & Vassall, A. (2017). Impact of integration of sexual and reproductive health services on consultation duration times: results from the Integra Initiative. *Health Policy and Planning*, 32(suppl_4), iv82–iv90. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx141>
- Sparkjoy Studio. (2018, October 31). *3.1.2 Proportion of Births Attended by Skilled Health Personnel*. SDG Tracking Progress. <https://sdg.tracking-progress.org/indicator/3-1-2-proportion-of-births-attended-by-skilled-health-personnel/>
- Sriyanti, C. (2017). *Mutu Layanan Kebidanan dan Kebijakan Kesehatan*. BPPSDM Kemenkes.
- Tomblin Murphy, G., Birch, S., MacKenzie, A., & Rigby, J. (2016). Simulating future supply of and requirements for human resources for health in high-income OECD countries. *Human Resources for Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-016-0168-x>
- Tomblin Murphy, G., MacKenzie, A., Alder, R., Birch, S., Kephart, G., & O'Brien-Pallas, L. (2009). An Applied Simulation Model for Estimating the Supply of and Requirements for Registered Nurses Based on Population Health Needs. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 10(4), 240–251. <https://doi.org/10.1177/1527154409358777>
- Uddin, S. G., O'Connor, K. S., & Ashman, J. J. (2016). Physician Office Visits by Children for Well and Problem-focused Care: United States, 2012. *NCHS Data Brief No. 248, May 2016*.

- UNFPA & WHO. (2004). *Consensus and Concerns. Regional Workshop on Skilled Birth Attendants in South and West Asia* (Vol. 3). Pakistan: UNFPA country Office.
- UNFPA, ICM, & WHO. (2014). *The State of The World's Midwifery 2014: A Universal Pathway-a Woman's Right to Health*. New York: United Nation Publication. http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/EN_SoWMy2014_complete.pdf
- UNFPA, UNHCR, & WHO. (1999). *Reproductive Health in Refugee Situations-An Inter-Agency Field Manual*. Geneva: UNHCR. <https://www.unhcr.org/publications/operations/3bc6ed6fa/reproductive-health-refugee-situations-inter-agency-field-manual-unhcrwhounfpa.html>
- von Both, C., Fleßa, S., Makuwani, A., Mpembeni, R., & Jahn, A. (2006). How much time do health services spend on antenatal care? Implications for the introduction of the focused antenatal care model in Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-6-22>
- WHO. (2010). *Atlas of Healthcare Workforce Report*. Geneva : World Health Organization.
- WHO. (2016a). *Global Strategy on Human Resources for Health Workforce 2030*. Geneva : World Health Organization.
- WHO. (2016b). *WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience*. World Health Organization.
- WHO, UNFPA, & International Confederation of Midwives. (2014). *The State Of The World's Midwifery 2014*.
- (WHO), W. H. (2018, August 27). *Newborn health*. World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/newbornhealth#:~:text=A%20newborn%20infant%2C%20or%20neonate,to%20health%20care%20is%20low.>
- Wiegers, T. A. (2009). The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-9-18>
- Wiegers, T. A., Warmelink, J. C., Spelten, E. R., Klomp, T., & Hutton, E. K. (2014). Work and workload of Dutch primary care midwives in 2010. *Midwifery*, 30(9), 991–997. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.08.010>
- Williams, A. (2014). The evolution of programs designed to increase utilization of skilled birth attendance in Nigeria. *Science of Delivery Case Studies*. Published.
- Williams, K., Lago, L., Lainchbury, A., & Eagar, K. (2010). Mothers' views of caseload midwifery and the value of continuity of care at an Australian regional hospital. *Midwifery*, 26(6), 615–621. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.02.003>
- World Health Organization, Bailey, P., Lobis, S., Maine, D., World Health Organization. Reproductive Health and Research, Fortney, J. A., Family Health International (Organization), Joseph L. Mailman School of Public Health. Averting Maternal Death and Disability, UNICEF., World Health Organization, & United Nations

- Population Fund. (2009). *Monitoring Emergency Obstetric Care*. World Health Organization.
- Yin, D., Yin, T., Yang, H., Xin, Q., Wang, L., Li, N., Ding, X., & Chen, B. (2016). An economic-research-based approach to calculate community health-staffing requirements in Xicheng District, Beijing. *Human Resources for Health, 14*(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-016-0152-5>
- Zhao, Y., Lin, J., Shang, X., Yang, Q., Wang, W., & Qiu, Y. (2019). Impact of the Universal Two-Child Policy on the Workload of Community-Based Basic Public Health Services in Zhejiang Province, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(16), 2880. <https://doi.org/10.3390/ijerph16162880>

Lampiran 1. SURAT KETERANGAN LULUS KAJI ETIK



**KOMISI ETIK RISET DAN PENGABDIAN KESEHATAN MASYARAKAT
 FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS INDONESIA**

SURAT KETERANGAN

Nomor: 648 /UN2.F10/PPM.00.02/2018

Setelah menelaah usulan dan protokol penelitian di bawah ini, Komisi Etik Riset dan Pengabdian Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, menyatakan bahwa penelitian dengan judul:

**"MODEL PROYEKSI KEBUTUHAN BIDAN DI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA (FKTP)
 DI PROPINSI JAWA BARAT TAHUN 2018"**

Lokasi Penelitian : Propinsi Jawa Barat
 Waktu Penelitian : 1 Juni 2018 - 30 Juni 2019
 Responden/Subyek Penelitian : Bidan
 Peneliti Utama : Ewindyah Prita Dewi
 Mahasiswa Program Studi Doktor Kesehatan Masyarakat
 NPM: 1506709952

Telah melalui prosedur kaji etik dan dinyatakan layak untuk dilaksanakan

Demikianlah surat keterangan lolos kaji etik ini dibuat untuk diketahui dan dimaklumi oleh yang berkepentingan dan berlaku sejak 10 Juli 2018 sampai dengan 10 Juli 2019.

Depok, 10 Juli 2018

Ketua,

Prof. dr. Purnawan Junadi, MPH, Dr.PH
 NIP: 1953061119800031001



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Gedung Dekanat Fakultas Kesehatan Masyarakat
Kampus UI Depok 16424,
T. 62.21.7864975, 7864976 F. 62.21.7864975, 7863472
E. fkmul@ui.ac.id | www.fkm.ui.ac.id

THE RESEARCH AND COMMUNITY ENGAGEMENT ETHICAL COMMITTEE
FACULTY OF PUBLIC HEALTH UNIVERSITY OF INDONESIA

ETHICAL APPROVAL

Ref: 648/UN2.F10/PPM.00.02/2018

The Research and Community Engagement Ethical Committee of Faculty of Public Health University of Indonesia states that the following proposal:

**"Projection of Midwives Needs in Primary Health Care (PHC)
in West Java Province, 2018 "**

Location : West Java Province
Time schedule : June 1, 2018 – June 30, 2019
Respondent/Research Subject : Midwives
Principal Investigator : Evindiyah Prita Dewi
Mahasiswa Program Studi (S3) Public Health
NPM: 1506709952

Has proceeded the ethical assessment procedure and been approved for the implementation.

This ethical approval is issued to be used appropriately and understood by all stakeholders and valid from 10 Juli 2018 until 10 Juli 2019

Depok, 10 Juli 2018



Prof. dr. Purpawan Junadi, MPH, Dr.PH
NIP: 1953061119800031001

Lampiran 2. Instrumen Penelitian

**NASKAH PENJELASAN
UNTUK MENDAPATKAN PERSETUJUAN SUBYEK PENELITIAN
(*Informed Consent*)**

**MODEL PROYEKSI KEBUTUHAN BIDAN
DI FASILITAS KESEHATAN PRIMER (FKP)
DI JAWA BARAT TAHUN 2018**

Assalamu'alaikum wr.wb.
Selamat pagi/siang Ibu.

Perkenalkan nama saya: Evindiyah Prita Dewi dari Program S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM-UI. Kami meminta kesediaan Ibu untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian dengan judul "Model Proyeksi Kebutuhan Bidan Di Fasilitas Kesehatan Primer (FKP) Di Jawa Barat Tahun 2018". Ibu dalam penelitian ini akan diminta kesediaannya untuk berpartisipasi dalam kapasitas sebagai Bidan yang memberikan pelayanan kesehatan ke masyarakat.

Pembuatan Model Proyeksi Kebutuhan Bidan Di Fasilitas Kesehatan Primer (FKP) yang dihasilkan nanti, diharapkan dapat menghitung kebutuhan bidan yang mendekati kebutuhan yang sebenarnya yang ada di masyarakat. Model ini berdasarkan pada kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang bisa diberikan oleh bidan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran berapa kebutuhan bidan di Fasilitas Kesehatan Primer di Provinsi Jawa Barat berdasarkan kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan reproduksi & KB, pelayanan Antenatal, persalinan dan nifas, serta pelayanan kesehatan kepada bayi dan balita. Manfaat penelitian, yaitu Model Proyeksi Kebutuhan Bidan di FKP yang dihasilkan nanti, diharapkan bisa digunakan oleh pemerintah untuk menghitung kebutuhan bidan mulai dari tingkat kelurahan/desa, kecamatan, kabupaten/kota, sampai provinsi.

Dalam penelitian ini, Ibu akan diwawancarai dengan singkat, serta akan diobservasi ketika sedang melakukan pekerjaan ibu. Observasi dilakukan selama jam kerja atau ketika melakukan pekerjaan di luar jam kerja, seperti pada saat membantu persalinan di luar jam kerja. Ketika ibu sedang memberikan pelayanan kesehatan, kami akan melakukan observasi dari luar ruang pelayanan. Kami akan menjaga jarak selama observasi dan tidak mengganggu pekerjaan ibu ataupun pasien yang sedang dilayani. Data observasi yang kami catat adalah lamanya waktu pada saat memberikan pelayanan kesehatan atau pekerjaan.

Penelitian ini tidak menimbulkan risiko dan ancaman bagi Ibu, karena informasi yang diberikan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Informasi yang diberikan bersifat rahasia dimana Identitas Ibu akan dirahasiakan dengan tidak mencantumkan nama dan jabatan Ibu dalam laporan penelitian nantinya dan menggantinya dengan kode tertentu yang telah disiapkan oleh peneliti.

Kami akan memberikan cukup waktu kepada Ibu untuk memahami penjelasan yang kami berikan sebelum memutuskan kesediaannya untuk ikut serta dalam penelitian ini. Jika Ibu bersedia ikut serta dalam penelitian ini, mohon menandatangani formulir kesediaan yang telah kami sediakan. Keikutsertaan penelitian ini bersifat sukarela, Ibu berhak mengundurkan diri dengan atau tanpa alasan apapun setiap saat selama penelitian berlangsung dan tanpa sanksi apapun. Kami akan memberikan tanda terima kasih berupa souvenir atas partisipasi sukarela Ibu dalam kegiatan ini.

Jika Ibu memerlukan penjelasan lebih lanjut mengenai penelitian ini dapat menghubungi kami yang beralamat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok, Jawa Barat dengan no. telp. 08561830970. Demikian penjelasan ini kami sampaikan. Terima kasih atas perhatian dan kesediaan Ibu menjadi narasumber.

Wassalamu'alaikum wr.wb.
Selamat pagi/siang.

Peneliti,
Evindiyah Prita Dewi
Mahasiswa Program Doktorat FKM-UI
Telepon: 08561830970
E-mail: evin_uhamka@yahoo.co.id
Alamat: Ruang Kerja S3, Lantai 4 Gedung G, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Kota Depok



PERSETUJUAN SUBYEK PENELITIAN

MODEL PROYEKSI KEBUTUHAN BIDAN

DI FASILITAS KESEHATAN PRIMER (FKP)

DI JAWA BARAT TAHUN 2018

Selanjutnya setelah membaca dan mendengar penjelasan pada Naskah Penjelasan Untuk Mendapatkan Persetujuan Subyek Penelitian atau *informed consent* penelitian, maka saya secara sadar dan sukarela **bersedia / tidak bersedia*** ikut dalam penelitian ini sebagai seorang informan penelitian sesuai dengan peran, hak dan kewajiban saya sebagaimana yang tercantum dalam *informed consent* penelitian.

Tanggal Kesediaan : Tanggal __ / bulan __ / 2018

Nama : _____

Asal Instansi : _____

Jabatan : _____

Tlp / Hp : _____

Email : _____

Nama

Tanda-tangan

Informan Penelitian:

Peneliti :

Saksi :

*Coret salah satu

PELAYANAN ANTENATAL

Kunjungan Pertama (K1) Ibu Hamil

Tanggal Pengamatan: ; **Nama Bidan:**

Ibu Hamil No.

No.	Jenis Pelayanan*	Waktu (menit)
A.	Pencatatan Data Ibu Hamil	
A.1	Karakteristik Ibu Hamil [Nama, Usia (tahun), Nama suami (jika menikah), Alamat, No.telepon/Hp, Tahun menikah, Agama & Suku]	
A.2	Riwayat Kehamilan Sekarang [Hari pertama haid terakhir, siklus haid, Taksiran waktu persalinan, Perdarahan pervaginam, Keputihan, Mual dan muntah, Masalah/ kelainan pada kehamilan ini, Pemakaian obat dan jamu-jamuan, serta Keluhan Lainnya]	
A.3	Riwayat Kontrasepsi [Riwayat kontrasepsi terdahulu dan terakhir sebelum kehamilan ini]	
A.4	Riwayat Obstetrik Lalu: [Jumlah kehamilan, persalinan, persalinan cukup bulan, persalinan prematurn, serta anak hidup, berat lahir dan jenis kelamin; Cara persalinan, jumlah keguguran atau aborsi, serta perdarahan pada kehamilan, persalinan, dan nifas terdahulu; Hipertensi kehamilan terdahulu, riwayat berat bayi < 2,5 kg atau > 4 kg, kehamilan sunsgang, kehamilan ganda, pertumbuhan janin terhambat, kelainan kongenital pada anak sebelumnya, penyakit dan kematian perinatal, neonatal, dan kematian janin, masalah lain selama kehamilan, persalinan dan nifas terdahulu; Durasi menyusui eksklusif]	
A.5	Riwayat Medis Lainnya [Penyakit jantung, Hipertensi, HIV, IMS, TB; Alergi obat/ makanan; ginjal kronik, Talasemia dan gangguan hematologi lainnya, Malaria, Asma, Epilepsi; riwayat penyakit kejiwaan dan operasi; Obat yang rutin dikonsumsi, status imunisasi tetanus, transfusi darah, Golongan darah, penyakit di keluarga, kehamilan ganda, dan kelainan kongenital dan kecelakaan].	

A.6	<p>Riwayat Sosial Ekonomi:</p> <p>[Usia saat pertama menikah, status perkawinan, dan lama pernikahan; Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan dan kesiapan persalinan, jumlah anggota keluarga di rumah yang membantu, dan siapa pembuat keputusan dalam keluarga; Kebiasaan atau pola makan minum, Kondisi rumah, sanitasi, listrik, dan alat masak, Kebiasaan merokok, menggunakan obatobatan, dan alcohol; Pekerjaan dan aktivitas sehari-hari, pekerjaan pasangan, pendidikan, dan penghasilan (bila mungkin); Kehidupan dan riwayat seksual, Kekerasan dalam rumah tangga; Pilihan tempat untuk melahirkan, dll]</p>	
B.	<p>Pemeriksaan fisik umum</p> <p>[Tanda vital: tekanan darah, suhu badan, frekuensi nadi, dan frekuensi napas; Berat badan; Tinggi badan; Lingkar lengan atas (LILA); Muka: apakah ada edema atau terlihat pucat; Status generalis atau pemeriksaan fisik umum lengkap, meliputi: muka, mata, dan higiene]</p>	
C.	<p>Pemeriksaan Fisik Obstetri</p> <p>[Tinggi fundus uteri; Vulva/perineum untuk memeriksa adanya varises, kondiloma, edema, hemoroid, atau kelainan lainnya; Pemeriksaan dalam untuk menilai: serviks*, uterus*]</p>	
E.	<p>Pemberian Suplemen Dan Pencegahan Penyakit</p> <p>[Pemberian 60 mg zat besi elemental; 400 µg asam folat; kalsium 1,5-2 g; suntik vaksin Tetanus Toksoid (TT) sesuai status imunisasinya]</p>	
F.	<p>Konseling, Informasi, Dan Edukasi (KIE)</p>	
G.	<p>Rujukan Ibu Hamil</p>	

*coret yang dilakukan

KIE (jelaskan dengan singkat isi KIE)

.....

.....

.....

.....

PELAYANAN ANTENATAL**Kunjungan Ke-dua (K2, dst) Ibu Hamil**

Tanggal Pengamatan: ; Nama Bidan:

Ibu Hamil No.

No.	Jenis Pelayanan*	Waktu (Menit)
A.	Pencatatan Data Ibu Hamil	
B.	Pemeriksaan fisik umum [Tanda vital: tekanan darah, suhu badan, frekuensi nadi, dan frekuensi napas; Berat badan; Tinggi badan; Lingkar lengan atas (LILA); Muka: apakah ada edema atau terlihat pucat; Pemeriksaan terkait masalah yang telah teridentifikasi pada kunjungan sebelumnya]	
C.	Pemeriksaan Fisik Obstetri [Tinggi fundus uteri; Auskultasi denyut jantung janin menggunakan fetoskop atau doppler (jika usia kehamilan >16 minggu)]	
D.	Pemberian Suplemen Dan Pencegahan Penyakit [Pemberian zat besi elemental 60 mg; asam folat 400 µg; kalsium 1,5-2 g; aspirin 75mg; Suntik vaksin Tetanus Toksoid (TT)]	
E.	Konseling, Informasi, Dan Edukasi (KIE)	
F.	Rujukan Ibu Hamil	

*coret yang dilakukan

KIE (jelaskan dengan singkat isi KIE)

.....

.....

.....

.....

PELAYANAN ANTENATAL:
Kunjungan Terakhir Ibu Hamil sebelum Persalinan

Tanggal Pengamatan: ; **Nama Bidan:**

Ibu Hamil No.

No.	Jenis Pelayanan*	Waktu (menit)
A.	Pencatatan Data Ibu Hamil	
B.	Pemeriksaan fisik umum [Tanda vital: tekanan darah, suhu badan, frekuensi nadi, dan frekuensi napas; Berat badan; Tinggi badan; Lingkar lengan atas (LILA); Muka: apakah ada edema atau terlihat pucat; Pemeriksaan terkait masalah yang telah teridentifikasi pada kunjungan sebelumnya]	
C.	Pemeriksaan Fisik Obstetri [Tinggi fundus uteri; Auskultasi denyut jantung janin menggunakan fetoskop atau doppler (jika usia kehamilan >16 minggu)]	
E.	Pemberian Suplemen Dan Pencegahan Penyakit [Pemberian zat besi elemental 60 mg; asam folat 400 µg; kalsium 1,5-2 g; mg aspirin 75mg; Suntik vaksin Tetanus Toksoid (TT)]	
F.	Konseling, Informasi, Dan Edukasi (KIE)	
G.	Rujukan Ibu Hamil	

*coret yang dilakukan

KIE (jelaskan dengan singkat isi KIE)

.....

.....

.....

.....

PELAYANAN IBU NIFAS

FKP:

Nama Bidan:.....

Tanggal pengamatan:

Pelayanan		Lama Waktu Layanan (menit)		
		Ibu Nifas 1	Ibu Nifas 2	Ibu Nifas 3
1.	Pencatatan data pasien			
2.	Pemeriksaan obstetric			
3.	Pemeriksaan fisik: TD, BB, dll			
4.	Konseling dan KIE			
4.	Rujukan pasien			
5.	KIE (jelaskan dengan singkat isi KIE)			

PELAYANAN KESEHATAN NEONATAL

FKP:

Nama Bidan:.....

Tanggal pengamatan:

Pelayanan		Lama Waktu Layanan (menit)		
		Bayi 1	Bayi 2	Bayi 3
1.	Pencatatan data pasien			
2.	Pemeriksaan fisik: suhu, dll Pemantauan tumbuh kembang: BB			
3.	Imunisasi (Tulis juga jenis imunisasinya)			
4.	Konseling dan KIE			
4.	Rujukan pasien			
5.	KIE (jelaskan dengan singkat isi KIE)			

PELAYANAN KESEHATAN BAYI

FKP:

Nama Bidan:.....

Tanggal pengamatan:

Pelayanan		Lama Waktu Layanan (menit)		
		Bayi 1	Bayi 2	Bayi 3
1.	Pencatatan data pasien			
2.	Pemeriksaan fisik: suhu, dll Pemantauan tumbuh kembang: BB			
3.	Imunisasi (Tulis juga jenis imunisasinya)			
4.	Konseling dan KIE			
4.	Rujukan pasien			
5.	KIE (jelaskan dengan singkat isi KIE)			

PELAYANAN KESEHATAN BALITA

FKP:

Nama Bidan:.....

Tanggal pengamatan:

Pelayanan		Lama Waktu Layanan (menit)		
		Balita 1	Balita 2	Balita 3
1.	Pencatatan data pasien			
2.	Pemeriksaan fisik: suhu, dll Pemantauan tumbuh kembang: BB			
3.	Imunisasi (Tulis juga jenis imunisasinya)			
4.	Konseling dan KIE			
4.	Rujukan pasien			
5.	KIE (jelaskan dengan singkat isi KIE)			

PELAYANAN KELUARGA BERENCANA (KB)

FKP:

Nama Bidan:.....

Tanggal pengamatan:

Pelayanan		Lama Waktu Layanan (menit)		
		Pasien ke-1	Pasien ke-2	Pasien ke-3
1.	Konseling dan KIE KB			
2.	Pemeriksaan fisik: TD, BB, dll			
3.	Pelayanan KB: (pilih salah satu) <i>Suntik KB / Kondom / Pil / Susuk / Spiral</i>			
4.	Pencatatan data pasien			
4.	Rujukan pasien			
5.	KIE (jelaskan dengan singkat isi KIE)			

PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI

FKP:

Nama Bidan:.....

Tanggal pengamatan:

Pelayanan		Lama Waktu Layanan (menit)		
		Pasien ke-1	Pasien ke-2	Pasien ke-3
1.	Konseling dan KIE K			
2.	Pemeriksaan fisik: TD, BB, dll			
3.	Pelayanan Kespro: (lingkari yang dilakukan) <i>Konsultasi/Pemeriksaan HIV atau IMS / Pemeriksaan IVA / Calon pengantin</i>			
4.	Pencatatan data pasien			
4.	Rujukan pasien			
5.	KIE (jelaskan dengan singkat isi KIE)			

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

- Nama : Evindiyah Prita Dewi
- Tempat/Tanggal Lahir : Jakarta, 30 Juli 1970
- Alamat : Jl. Angsana Raya No. 308, Depok II Tengah
Telp. 08561830970
epd@uhamka.ac.id ; evin_uhamka@yahoo.co.id
- Riwayat Pendidikan : - 1989-1994: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (S1)
- 2003-2005: Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit FKM Universitas Indonesia (S2)
- 2015-2021: Program Studi (S3) Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM Universitas Indonesia
- Pekerjaan : Dosen Tetap Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA
- Alamat kantor : Jl. Limau II, Kebayoran Baru, Jakarta Selatan
Telp./fax. : (021) 7256157
- Riwayat Pekerjaan : - Dosen Prodi. S1 Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Prof.Dr. HAMKA sejak tahun 1998 - sekarang
- Koordinator Peminatan MRS (Manajemen Rumah Sakit) Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Prof.Dr. HAMKA tahun 2002-2016.
- Sekretaris Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Prof.Dr. HAMKA Tahun 2007 – 2010.
- Wakil Dekan I Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Prof.Dr. HAMKA tahun 2010-2014.