

ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS



Endang Nurrochmi, S.SiT, MKM.
Nurasih, SST, M.Keb.
Pepi Hapitria, SST, MPH.
Neli Nurlina, SST, MPH

ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Endang Nurrochmi, S.SiT, MKM.

Nurasih, SST, M.Keb.

Pepi Hapitria, SST, MPH.

Neli Nurlina, SST, MPH.



ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Penulis:

Endang Nurrochmi, S.SiT, MKM.

Nurasih, SST, M.Keb.

Pepi Hapitria, SST, MPH.

Neli Nurlina, SST, MPH.

Editor:

Syifa Ismayanti

Layouter :

Tim Kreatif PRCI

Cover:

Rusli

Cetakan Pertama : Desember 2024

Hak Cipta 2024, pada Penulis. Diterbitkan pertama kali oleh:

Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia

ANGGOTA IKAPI JAWA BARAT

Pondok Karisma Residence Jalan Raflesia VI D.151

Panglayungan, Cipedes Tasikmalaya – 085223186009

Website : www.rcipress.rcipublisher.org

E-mail : rumahcemerlangindonesia@gmail.com

Copyright © 2024 by Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia

All Right Reserved

- Cet. I – : Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia, 2024

; 18 x 25cm

ISBN : -

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak buku ini dalam bentuk dan dengan
cara apapun tanpa izin tertulis dari penulis dan penerbit

Undang-undang No.19 Tahun 2002 Tentang

Hak Cipta Pasal 72

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat serta karunia-Nya kepada kami sehingga kami berhasil menyelesaikan Buku dengan judul Asuhan Kebidanan Komunitas sesuai yang ditargetkan.

Kebijakan mengenai penempatan bidan di desa, perlu didukung dengan penyediaan bidan professional secara utuh, tidak hanya kompeten dalam memberikan pelayanan klinis tapi juga dinerikan kemampuan non klinis termasuk kemampuan leadership dan manajerial . hal ini diperlukan karena bidan di desa disamping dituntut untuk mempunyai kemampuan dibidang profesi kebidanan tetapi juga diharapkan memiliki kemampuan sebagai penggerak pembangunan kesehatan khususnya dibidang kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana serta kesehatan bayi dan balita.

Tujuan penyusunan Buku ini adalah untuk membantu para pengajar dan mahasiswa kebidanan dalam melaksanakan proses pembelajaran yang efektif, karena isi buku bukan hanya terbatas pada konsep teoritis tetapi juga bagaimana pelaksanaan praktik seperti yang diharapkan.

Kami menyadari bahwa Buku ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu kritik dan saran dari semua pihak yang bersifat membangun selalu kami harapkan demi kesempurnaan buku ini.

Akhir kata, kami sampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah berperan serta dalam penyusunan Buku ini dari awal sampai akhir. Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa meridhoi segala usaha kita. Amin.

Desember 2024, Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
BAB 1 KONSEP ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS YANG BERPERSPEKTIF GENDER DAN HAM	1
BAB 2 MASALAH-MASALAH KEBIDANAN KOMUNITAS	11
BAB 3 SASARAN PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS	26
BAB 4 PERAN BIDAN DI KOMUNITAS	29
BAB 5 ASPEK PERLINDUNGAN HUKUM BIDAN DI KOMUNITAS	41
BAB 6 ASUHAN KEHAMILAN, PERSALINAN, NIFAS DAN BBL DI KOMUNITAS	53
BAB 7 PERTOLONGAN PERTAMA KEGAWATDARURATAN OBSTETRI DAN NEONATAL DI KOMUNITAS	63
BAB 8 PEMBERDAYAAN DAN PENGORGANISASIAN MASYARAKAT	78
DAFTAR PUSTAKA	86

BAB 1

KONSEP ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS YANG BERPERSPEKTIF GENDER DAN HAM

Tujuan Khusus

Mahasiswa diharapkan mampu:

1. Menjelaskan konsep kebidanan komunitas
2. Menjelaskan Asuhan Kebidanan Komunitas yang berperspektif gender
3. Menjelaskan Konsep Pemberdayaan Masyarakat

Konsep inti

Kebidanan komunitas adalah pelayanan kebidanan yang menekankan pada aspek-aspek psikososial budaya yang ada di komunitas (masyarakat sekitar). Maka seorang bidan dituntut mampu memberikan pelayanan yang bersifat individual maupun kelompok. Untuk itu bidan perlu dibekali dengan strategi-strategi untuk mengatasi tantangan/kendala:

- Sosial budaya (ketidakadilan gender, pendidikan, tradisi yang merugikan/*harmfull tradition*)
- Ekonomi (kemiskinan)
- Politik dan hukum (ketidakadilan social)
- Fasilitas (tidak ada peralatan cukup, pelayanan rujukan, dll).
- Lingkungan (air bersih, daerah konflik, daerah kantong (daerah yang terisolir), kumuh dan padat,dll)

Ukuran keberhasilan bidan dalam menghadapi tantangan/kendala diatas adalah: bangkitnya/ lahirnya gerakan masyarakat untuk mengatasi masalah dan memenuhi kebutuhan kesehatan serta kualitas hidup perempuan di lokasi tersebut/komunitas.

A. Pendahuluan

Perubahan peran menjadi ibu merupakan perubahan yang menyeluruh baik bio-psiko-sosial bagi kehidupan seorang perempuan yang juga dipengaruhi oleh berbagai factor seperti budaya, lingkungan dan sebagainya. Data saat ini menunjukkan status kesehatan perempuan masih memprihatinkan, yakni masih tingginya Angka Kematian/Kesakitan ibu dan bayi di Indonesia berkaitan dengan berbagai factor, seperti akses (geografi, kapasitas, mutu dan ketersebaran layanan

kesehatan, system pembiayaan), SDM (kualifikasi, jumlah, kompetensi ketersediaan dan sebaran). Kondisi penduduk (tingkat pendidikan, ekonomi, social budaya, keamanan), dan kebijakan/politik. Kematian ibu berdampak negative terhadap kesehatan perempuan, keluarga dan masyarakat serta memiliki implikasi social yang bermakna terhadap kualitas keluarga di kemudian hari. Sehubungan dengan pelayanan klinis kebidanan di institusi pelayanan kesehatan belum dapat memenuhi kebutuhan akibat perubahan social-budaya-lingkungan lainnya yang terjadi, maka pelayanan kebidanan komunitas merupakan bentuk pelayanan kebidanan yang dapat mengatasi aspek-aspek tersebut.

Kematian ibu/bayi merupakan kegagalan kesehatan dan kegagalan social oleh karena itu pola pelayanan kesehatan ibu yang relevan dengan kondisi geografis, status keluarga dan tingkat pendidikan, budaya masyarakat sangat dibutuhkan. Pola pelayanan yang tepat adalah dengan mendekatkan pelayanan kebidanan ke masyarakat. Namun tugas bidan disini bukan hanya mendekatkan pelayanan kebidanan tetapi juga menjadi penggerak atau pemimpian yang bisa menggerakkan masyarakat untuk mengaktualisasikan penghargaan hak-hak perempuan sebagai hak asasi manusia atau yang sering disebut dengan bidan yang sensitive gender

Dengan menggunakan pendekatan siklus hidup perempuan diketahui masalah mendasar kesehatan perempuan telah terjadi jauh sebelum memasuki usia reproduksi. Status kesehatan perempuan semasa kanak dan remaja mempengaruhi kondisi kesehatannya saat hamil, bersalin dan nifas. Oleh karena itu dibutuhkan pelayanan kesehatan ibu yang relevan dengan kebutuhan perempuan, status perempuan dalam keluarga dan masyarakat, kondisi geografi, tingkat pendidikan dan perkembangan social dan budaya di masyarakat. Pelayanan kebidanan komunitas merupakan bentuk pelayanan kebidanan yang diharapkan dapat mengatasi permasalahan kesehatan dengan lebih komprehensif.

Tugas dan peran bidan tidak hanya sebagai care provider, juga sebagai manager, communicator, decision maker, community leader yang dapat menggerakkan masyarakat untuk mengaktualisasikan penghargaan hak-hak perempuan sebagai hak asasi manusia atau yang sering disebut dengan bidan yang sensitive gender.

Konsep Kebidanan Komunitas

Bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang diakui pemerintah dan organisasi profesi di wilayah Negara Republik Indonesia serta memiliki kualifikasi untuk deregister, sertifikasi dan atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan (IBI)

Kebidanan adalah suatu ilmu yang mempelajari keilmuan dan seni yang mempersiapkan kehamilan, menolong persalinan, nifas dan menyusui, masa interval dan pengaturan kesuburan, klimakterium dan menopause, BBL dan

balita, fungsi-fungsi reproduksi manusia serta memberikan bantuan/dukungan pada perempuan, keluarga dan komunitasnya.

Komunitas merupakan satu kesatuan hidup manusia yang menempati suatu wilayah nyata dan berinteraksi menurut suatu system adat istiadat, serta terikat oleh suatu rasa identitas suatu komunitas (Koentjaraningrat, 1990).

Kebidanan Komunitas

1. Pelayanan kebidanan komunitas : upaya yang dilakukan Bidan untuk pemecahan terhadap masalah kesehatan ibu dan anak Balita dalam keluarga dan masyarakat.
2. Pelayanan kebidanan professional yang ditujukan pada masyarakat dengan penekanan pada kelompok risiko tinggi dalam upaya pencapaian derajat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pelayanan kebidanan.
3. Bidan yang melayani keluarga, masyarakat, wilayah tertentu (*community midwife*)

Bidan dalam memberikan pelayanan berfokus pada perempuan, dengan meyakini bahwa kehamilan dan persalinan sekedar peristiwa klinis tetapi juga peristiwa transisi social dan psikologis yang amat kritis bagi seorang perempuan. Dengan dasar itu, seorang bidan meyakini bahwa asuhan kebidanan secara aktif mempromosikan, melindungi, mendukung hak-hak reproduksi perempuan dan keluarganya dan menghargai beragam budaya, keyakinan dan suku bangsa, hal ini didasarkan pada keyakinan bidan bahwa :

1. Perempuan adalah pribadi yang unik dan mempunyai kebutuhan keinginan untuk kelangsungan generasi dalam siklus reproduksi pengambil keputusan utama dalam asuhannya dan memiliki hak atas informasi untuk meningkatkan kemampuan mengambil keputusan.
2. Proses kelahiran adalah rangkaian pengalaman yang memberikan makna bagi perempuan, keluarga dan masyarakat.
3. Melahirkan adalah suatu proses fisiologis normal.
4. Perempuan membutuhkan pendamping selama masa kehamilan, kelahiran dan nifas.
5. Meyakini dan menghargai perempuan dalam kemampuannya untuk melahirkan.
6. Perempuan bertanggungjawab terhadap kesehatannya dirinya dan keluarganya.
7. Kemitraan dengan perempuan bersifat individual, berkesinambungan dan tidak otoriter.

8. Perpaduan dari ilmu dan kiat kebidanan yang bersifat holistic, didasarkan atas pemahaman biologis, psikologis, emosional, social, cultural dan pengalaman fisik perempuan yang didasarkan atas bukti-bukti terbaik yang ada.

Profesionalisme pelayanan kebidanan memiliki arti sebagai pemenuhan kontrak social kepada masyarakat untuk menyediakan pelayanan kepada ibu, anak dan keluarganya secara *up to date*, evidence based dan berkualitas sesuai dengan kebutuhan perempuan dan keluarganya dilandasi etika dan kode etik bidan dengan menimplementasikan konsep *partnership with woman, respect, advocacy, cultural sensitivity, health promotion and prevention*.

Kebidanan komunitas merupakan pelayanan kebidanan yang menekankan pada aspek-aspek psikososial budaya yang ada di komunitas (masyarakat sekitar). Maka seorang bidan dituntut mampu memberikan pelayanan yang bersifat individual maupun kelompok. Untuk itu bidan perlu dibekali dengan strategi-strategi untuk mengatasi tantangan/kendala :

1. Social budaya (ketidakadilan gender, pendidikan , tradisi yang merugikan/*harmful, tradition*, nilai-nilai).
2. Ekonomi (kemiskinan).
3. Politik dan hukum (ketidakadilan social).
4. Fasilitas (tidak ada peralatan cukup, pelayanan rujukan dll).
5. Lingkungan (air bersih, daerah konflik, daerah kantong/daerah yang terisolir, kumuh dan padat, dll).

Tujuan pelayanan asuhan kebidanan di komunitas

Tujuan umum

Seorang bidan komunitas mampu meningkatkan kesejahteraan masyarakat, khususnya kesehatan perempuan, bayi dan balita di wilayah kerjanya, sehingga masyarakat dapat mengatasi secara mandiri mengenai masalah dan kebutuhannya.

Tujuan khusus

- a. Meningkatkan upaya pemberdayaan perempuan dan masyarakat
- b. Meningkatkan cakupan pelayanan kebidanan di komunitas sesuai dengan tanggung jawab bidan
- c. Meningkatkan mutu pelayanan secara terpadu sesuai ruang lingkup pelayanan kebidanan
- d. Meningkatkan deteksi dini kasus-kasus risiko dan komplikasi
- e. Mengatasi keterlambatan pengenalan komplikasi, pengambilan keputusan, penanganan awal dan rujukan kasus
- f. Membangun jejaring kerja lintas program dan lintas sector

- g. Mendukung program-program pemerintah lainnya untuk meningkatkan status kesehatan ibu dan anak.

Prinsip pelayanan/ Asuhan Kebidanan di komunitas

- a. Kebidanan komunitas sifatnya multidisiplin meliputi ilmu kesehatan masyarakat, social, psikologi, ilmu kebidanan, dan ilmu lainnya yang mendukung peran bidan di komunitas.
- b. Berpedoman pada etika profesi kebidanan yang menjunjung harkat dan martabat kemanusiaan klien.
- c. Ciri-ciri kebidanan komunitas adalah menggunakan populasi sebagai unit analisis, populasi bisa berupa kelompok sasaran (jumlah perempuan, jumlah KK, jumlah laki-laki, jumlah neonates, jumlah balita) dalam area yang bisa ditentukan sendiri oleh bidan. Contoh : jumlah perempuan usia subur dalam 1 RT atau 1 kelurahan/kawasan perumahan/perkantoran.
- d. Ukuran keberhasilan bukan hanya mencakup target sasaran pelayanan, namun perubahan pola pikir dan terjalannya kemitraan seperti, PKK, kelompok ibu pengajian, kader kesehatan dll.
- e. System pelaporan bidan di komunitas, berbeda dengan kebidanan di klinik. System pelaporan kebidanan di komunitas berhubungan dengan wilayah kerja yang menjadi tanggung jawabnya.

Peran bidan di komunitas

- a. Care provider
- b. Communicator
- c. Decision maker
- d. Community leader
- e. Manager

Tanggung jawab Bidan pada pelayananan Kebidanan Komunitas

Memberikan pelayanan kebidanan sesuai dengan tugas pokok bidan, termasuk penyuluhan dan pelayanan individu, keluarga dan masyarakat. Agar dapat melaksanakan peran dan tanggung jawabnya, bidan perlu memiliki kemampuan klinis dan kemampuan mengelola dan *leadership*.

Disamping itu, bidan harus mampu bertindak professional dalam bentuk:

- a. Menilai tradisi yang baik dan membahayakan, budaya yang sensitive gender dan tidak, nilai-nilai masyarakat yang adil gender dan tidak, dan hukum serta norma yang ternyata masih melanggar hak asasi manusia.
- b. Mampu memisahkan antara nilai-nilai dan keyakinan pribadi dengan tugas kemanusiaan sebagai bidan.

- c. Mampu bersikap *non judgemental* (tidak menghakimi), *non discriminative* (tidak membedakan) dan memenuhi standar prosedur kepada semua klien (perempuan, laki-laki, transgender)
- d. Mampu melakukan advokasi dan pemberdayaan perempuan.
- e. Mampu bekerja sama dan membangun jejaring kerja, secara lintas program maupun lintas sector.

Ruang Lingkup Pelayanan Bidan di Komunitas

- a. Peningkatan kesehatan (promotif)
- b. Pencegahan (preventif)
- c. Deteksi dini komplikasi dan pertolongan kegawatdaruratan
- d. Meminimalkan kesakitan dan kecacatan
- e. Pemulihan kesehatan (rehabilitasi).
- f. Kemitraan dengan LSM setempat, organisasi masyarakat, organisasi social, kelompok masyarakat yang melakukan upaya untuk mengembalikan individu ke lingkungan keluarga dan masyarakat. Terutama pada kondisi dimana stigma masyarakat perlu di kurangi (TB, kusta, AIDS, KTD, KDRT, prostitusi, korban perkosaan, IDU).

Konsep Pemberdayaan Masyarakat

Merupakan upaya fasilitas yang bersifat persuasive dan tidak memerintah yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap perilaku, dan kemampuan masyarakat dan kemampuan masyarakat dalam menemukan, merencanakan dan memecahkan masalah menggunakan sumber daya/potensi yang mereka miliki termasuk partisipasi dan dukungan tokoh-tokoh masyarakat.

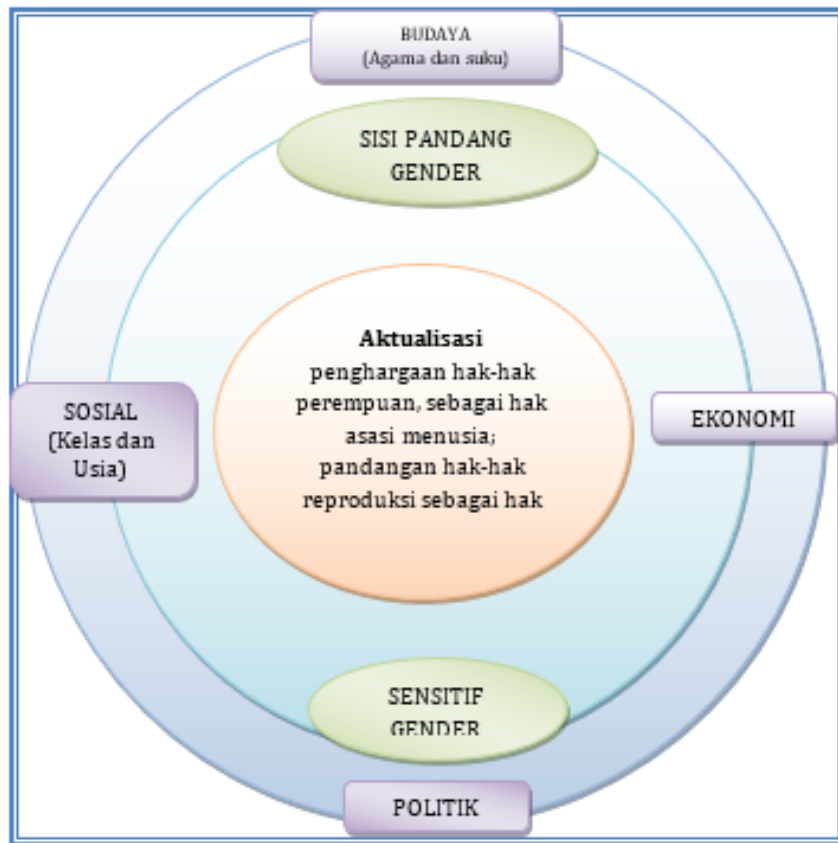
Pemberdayaan keluarga di bidang kesehatan akan menghasilkan kemandirian keluarga dalam menemukan masalah kesehatan yang ada dalam keluarganya, kemudian mampu merencanakan dan mengambil keputusan untuk memecahkan masalah kesehatannya sendiri tanpa atau dengan bantuan pihak lain. Salah satu strategi yang dapat ditempuh untuk menghasilkan kemandirian di bidang kesehatan baik pada masyarakat maupun pada keluarga adalah pendekatan komunikasi, informasi, edukasi (KIE), artinya harus ada komunikasi antara bidan dengan masyarakat.

Strategi Pemberdayaan Masyarakat dan pemberdayaan perempuan

- a. Meningkatkan kesadaran perempuan dan masyarakat tentang pentingnya kesehatan.
- b. Meningkatkan kesadaran perempuan dan masyarakat untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang telah disediakan oleh pemerintah.

- c. Mengembangkan berbagai cara untuk menggali dan memanfaatkan sumber daya yang dimiliki oleh masyarakat untuk pembangunan kesehatan.
- d. Mengembangkan berbagai bentuk kegiatan pembangunan kesehatan yang sesuai dengan kultur budaya masyarakat setempat.
- e. Mengembangkan manajemen sumber daya yang dimiliki masyarakat secara terbuka (transparan)

B. Kerangka Konsep Penerapan Kacamata Gender Pada Asuhan Kebidanan Komunitas



Lingkaran dalam:

Aktualisasi penghargaan hak-hak perempuan sebagai hak asasi manusia dan memandang hak-hak reproduksi sebagai hak-hak perempuan oleh bidan yang sensitive gender

Hak-hak perempuan yang berhubungan dengan upaya kesehatan perempuan yang dapat dikelompokkan menjadi:

1. Hak hidup, kebebasan dan keamanan sebagai individu. Pemerintah harus menjamin bahwa setiap perempuan memiliki akses terhadap pemenuhan pelayanan kesehatan selama hamil jumlah anak yang diinginkan, bersalin

(perempuan berhak memutuskan kapan dan dimana akan bersalin), nifas, perencanaan keluarga.

2. Hak yang berhubungan dengan dasar-dasar keluarga dan kehidupan keluarga. Pemerintah harus menjamin akses terhadap pelayanan kesehatan yang dibutuhkan perempuan untuk menikmati kehidupan berkeluarga.
3. Hak yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan dan kemajuan ilmu pengetahuan termasuk pendidikan dan informasi kesehatan.
4. Hak untuk mendapatkan kesamaan dan tidak diskriminatif terhadap akses pelayanan.

Lingkaran tengah:

Bidan dengan kacamata/ sensitive gender.

1. Melihat hak-hak perempuan sebagai hak-hak manusia dan memandang hak-hak reproduksi sebagai hak-hak perempuan.
2. Melihat perempuan sebagai individu yang unik.
3. Melihat perempuan dalam konteks kehidupan sosialnya di masyarakat
4. Melihat hubungan kekuasaan antara laki-laki dan perempuan.
5. Bidan yang sensitive gender tidak hanya menangani masalah fisik pasiennya saja, tetapi juga memperlihatkan masalah secara holistic.
6. Seorang bidan harus meyakini bahwa isu gender merupakan kunci dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan perempuan, dan secara tidak langsung akan berdampak pada kualitas kesehatan laki-laki, keluarga dan masyarakat.
7. Bidan yang sensitive gender harus tumbuh dari hati dan tercermin dalam sikap dan perilaku.
8. Gender membantu mengungkap hubungan kekuasaan yang tidak adil antara laki-laki dan perempuan. Paradigm bidan melihat perempuan sebagai individu yang khusus. Kita harus menghormati setiap perempuan.
9. Bidan yang sensitive gender tidak hanya menangani masalah fisik pasiennya saja.
10. Seorang bidan harus menekankan di dalam benaknya bahwa isu gender merupakan kunci dalam meningkatkan kualitas pelayanan perempuan dan secara tidak langsung memperbaiki kualitas kesehatan laki-laki dan seluruh keluarga, termasuk masyarakat.
11. Ceramah sebagai metode pengajaran kognitif, harus tumbuh dan tercermin dalam sikap. Seberapa jauh buku pengajaran menekankan pada *hati*?

Lingkaran luar:

Dalam memberikan pelayanan kepada perempuan, bidan mempertimbangkan :pluralitas, etnis, usia dan sebagainya. Toleransi dan sifat sensitive terhadap elemen agama merupakan kunci keberhasilan sebuah program kesehatan.

C. Sejarah Kebidanan Komunitas Di Indonesia

Dulu peran bidan tidak digambarkan seperti diatas. Sebab sejarah pelayanan kebidanan komunitas di Indonesia diawali dari masa penjajahan Belanda.

- Tahun 1807 (pemerintah Hindia Belanda) : pertolongan persalinan oleh dukun.
- Pada tahun 1849 seiring dengan dibukanya pendidikan dokter Jawa di Batavia (di rumah sakit militer Belanda sekarang RSPAD Gatot Subroto).
- Pada tahun 1851 dibuka pendidikan bidan bagi wanita pribumi di Batavia oleh dr.Belanda (dr.W.Rosch).
- Focus peran bidan hanya sebatas pelayanan di rumah sakit (bersifat klinis).
- Pada tahun 1952, sekolah bidan 4 tahun menitikberatkan pendidikan formal masih pada kualitas pertolongan persalinan di rumah sakit. Selain itu bidan bertugas secara mandiri di biro konsultasi (CB) yang saat ini menjadi poliklinik antenatal rumah sakit. Dalam peran tersebut, bidan sudah memasukkan konsep pelayanan kebidanan komunitas.
- Pada tahun 1953 di Yogyakarta diadakan kursus tambahan bagi bidan (KTB), yang berfokus pada kesehatan masyarakat. Dengan demikian pemerintah mengakui bahwa peran bidan tidak hanya terbatas pada pelayanan rumah sakit tetapi juga meluas pada pelayanan masyarakat, yang berbasis dilalai kesehatan ibu dan anak (BKIA) di tingkat kecamatan.
- Ruang lingkup pelayanan BKIA meliputi: pelayanan antenatal (pemberian pendidikan kesehatan, nasihat perkawinan, perencanaan keluarga, dll): intranatal, postnatal (kunjungan rumah termasuk pemeriksaan dan imunisasi bayi, balita dan remaja); penyuluhan gizi, pemberdayaan masyarakat, serta pemberian makanan tambahan. Pengakuan ini secara formal dalam bentuk adanya bidan coordinator yang secara structural tercatat di jenjang inspektorat kesehatan, mulai daerah tk.I (propinsi) sampai dengan II (kabupaten).
- Ketika konsep puskesmas dilaksanakan tahun 1967, pelayanan BKIA menjadi bagian dari pelayanan puskesmas. Secara tidak langsung, hal ini menyebabkan penyusutan peran bidan di masyarakat. Bidan di puskesmas tetap memberikan pelayanan KIA dan KB di luar gedung maupun di dalam gedung, namun hanya sebagai staf pelaksana pelayanan KIA, KB, Posyandu, UKS dan

bukan sebagai perencana dan pengambil keputusan pelayanan di masyarakat. Tanpa disadari, bidan kehilangan keterampilan menggerakkan masyarakat, karena hanya sebagai pelaksana.

- Pada tahun 1990-1996 konsep bidan di desa dilaksanakan untuk mengatasi tingginya AKI. Pemerintah (BKKBN) menjalankan program pendidikan bidan secara missal (SPK+1 tahun) (SPK+3 tahun). Bidan di Desa (BDD) merupakan staf dari puskesmas yang ditempatkan di desa sebagai penanggung jawab polindes. Ruang lingkup tugas BDD mencakup peran sebagai penggerak masyarakat, memiliki wilayah kerja, dan nara sumber berbagai hal. Sayangnya materi dan masa pendidikan BDD tidak memberikan bekal yang cukup untuk bisa berperan maksimal.
- Gerakan Sayang Ibu (GSI) saat departemen kesehatan menerapkan inisiatif *safe motherhood* malah diprakarsai oleh kantor menteri Pemberdayaan Perempuan tahun 1996 dengan tujuan meningkatkan partisipasi masyarakat untuk menurunkan AKI. Pada tahu yang sama (1996), IBI melakukan advokasi pada pemerintah untuk melahirkan program pendidikan D.III Kebidanan (setingkat akademi). Program ini baru memasukkan lebih banyak materi yang dapat membekali bidan untuk bisa menjadi agen pembaharu di masyarakat, tidak hanya di fasilitas klinis.

Kegiatan pembelajaran

- ⇒ *Apakah perempuan memiliki akses pemenuhan pelayanan kesehatan selama hamil, bersalin dan nifas?*
- ⇒ *Apakah perempuan memiliki hak untuk menentukan kapan untuk hamil? Berapa jumlah anak yang dimiliki?*
- ⇒ *Dimana akan bersalin?*
- ⇒ *Bagaimana Bidan mengubah situasi tersebut?*

Uji kemampuan diri

Instruksi : Jawab pertanyaan berikut secara seksama!

1. Bagaimana anda mempersiapkan diri menghadapi tugas dan tanggung jawab dalam pelayanan di komunitas? Jelaskan dengan menggunakan kerangka konsep di atas!
2. Buat ilustrasi kasus berdasarkan pengalaman /observasi pribadi dalam melakukan tanggung jawab bidan di komunitas!

BAB 2

MASALAH-MASALAH KEBIDANAN KOMUNITAS

Tujuan khusus

Mahasiswa diharapkan mampu:

- Mengidentifikasi masalah-masalah kebidanan komunitas
- Menjelaskan factor penyebab masalah kebidanan komunitas
- Memecahkan masalah kebidanan komunitas

Konsep inti

- Keberhasilan pembangunan pada sector kesehatan ditentukan berdasarkan indikator AKI dan AKB, yang menggambarkan kualitas kesehatan ibu dan anak. Tingginya AKI dan AKB merupakan tantangan berat untuk mencapai MDGs tahun 2015.
- Upaya peningkatan kelangsungan dan kualitas ibu dan anak dilakukan dengan pendekatan *continuum of care the life cycle* dan *continuum of care of pathway*, yang menekankan bahwa upaya promotif dan preventif sama pentingnya dengan upaya kuratif dan rehabilitative pada tiap siklus hidup dan tiap level pelayanan.

A. Pendahuluan

Masalah reproduksi di Indonesia mempunyai dua dimensi. **Pertama:** yang laten yaitu kematian ibu dan kematian bayi yang masih tinggi akibat berbagai faktor termasuk pelayanan kesehatan yang relatif kurang baik. **Kedua** ialah timbulnya penyakit degeneratif yaitu menopause dan kanker.

Dalam globalisasi ekonomi kita diperhadapkan pada persaingan global yang semakin ketat yang menuntut kita semua untuk menyiapkan manusia Indonesia yang berkualitas tinggi sebagai generasi penerus bangsa yang harus disiapkan sebaik mungkin secara terencana, terpadu dan berkesinambungan. Upaya tersebut haruslah secara konsisten dilakukan sejak dini yakni sejak janin dalam kandungan, masa bayi dan balita, masa remaja hingga dewasa bahkan sampai usia lanjut.

Bidan merupakan salah satu tenaga kesehatan yang memiliki posisi penting dan strategis terutama dalam penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan angka kesakitan dan kematian Bayi (AKB). Bidan memberikan pelayanan kebidanan yang berkesinambungan dan paripurna, berfokus pada aspek pencegahan, promosi dengan berlandaskan kemitraan dan pemberdayaan

masyarakat bersama-sama dengan tenaga kesehatan lainnya untuk senantiasa siap melayani siapa saja yang membutuhkannya, kapan dan dimanapun dia berada. Untuk menjamin kualitas tersebut diperlukan suatu **standar profesi sebagai acuan** untuk melakukan segala tindakan dan asuhan yang diberikan dalam seluruh aspek pengabdian profesinya kepada individu, keluarga dan masyarakat, baik dari aspek input, proses dan output.

B. AKI dan AKB

Angka kematian Ibu (AKI) di Indonesia diperkirakan 248/100.000 kelahiran hidup (SDKI 2007) dan sedikit turun menjadi 228/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2011 dan naik kembali menjadi 329/100.000 pada tahun 2012. Itu artinya jika diperkirakan setiap tahun ada lima juta ibu yang melahirkan maka setiap tahun pula ada sebanyak 18.000 Ibu yang meninggal dunia atau 2 orang ibu setiap satu jam. Dan tiga penyebab utama kematian ini adalah pendarahan (28%), eklampsia (24%) dan infeksi (11%). Berdasarkan data itu pula, Angka Kematian Ibu Indonesia menempati peringkat tertinggi di Asia Tenggara.

Persoalan terpenting lainnya adalah persoalan kelangsungan hidup anak. Dari 18 juta balita yang ada di Indonesia saat ini, paling tidak 5 juta diantaranya menderita kekurangan gizi dan 1,7 juta lainnya mengalami gizi buruk (Kompas, 26/1/2007). Penyebabnya adalah faktor kemiskinan dan faktor lain adalah budaya dan ketidaktahuan. Hal ini pula yang menyebabkan tingginya Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia. Berdasarkan Human Development Report tahun 2007, AKB Indonesia bertengger pada posisi 43,5/1000 kelahiran hidup, dan itu artinya dari 5 juta bayi yang lahir, 217 ribu diantaranya meninggal dunia atau sekitar 650 anak setiap harinya.

Penyebab kematian ibu adalah:

- Perdarahan 42%
- Eklampsia 13%
- Komplikasi Aborsi 11%
- Infeksi 10%
- Partus lama 9%
- Tidak diketahui 15%

Penyebab kematian bayi adalah:

- Derajat kesehatan hamil rendah dan komplikasi obstetri
- Tumbuh kembang janin dalam kandungan terhambat
- Proses persalinan (asfiksia, trauma, hipotermi)

Pendekatan dan strategi menurunkan AKI

1. Pendekatan

Tiga pesan kunci MPS (*Making Pregnancy Safer*)

- a. Setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan yang terlatih
- b. Setiap komplikasi obstetric dan neonatal mendapat pelayanan adekuat
- c. Setiap WUS mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan dan penanganan komplikasi keguguran.

2. Strategi

Peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan BBL yang cost efektif dan didukung oleh::

- a. Kerjasama lintas program dan lintas sector terkait mitra lain, swasta dan pemerintah.
- b. Pemberdayaan masyarakat

Kegiatan yang dilakukan dalam menurunkan AKI

1. Meningkatkan kualitas pelayanan dan cakupan pelayanan

- a. Pertolongan persalinan oleh nakes
- b. Penyediaan pelayanan kegawatdaruratan yang berkualitas dan sesuai dengan standar
- c. Pencegahan terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran
- d. Pemantapan kerjasama lintas program dan sektoral
- e. Peningkatan partisipasi perempuan, keluarga dan masyarakat.

2. Peningkatan kapasitas manajemen pengelolaan program melalui peningkatan kemampuan pengelolaan program agar mampu merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi (P1-P2-P3) sesuai daerah

3. Sosialisasi dan advokasi melalui penyusunan hasil informasi tentang masalah yang dihadapi daerah sebagai substansi untuk sosialisasi dan advokasi.

Kematian bayi

1. Partisipasi bidan dalam mencegah kematian bayi

- a. Menerapkan program ASUH (Awal Sehat Untuk Hidup Sehat) yang memfokuskan kegiatan pada keselamatan dan kesehatan BBL (1-7 hari)
- b. Mengintensifkan kunjungan rumah 7 hari pertama paska persalinan berisi pelayanan dan konseling perawatan bayi dan ibu nifas yang bermutu

2. Upaya yang dilakukan untuk mencegah kematian bayi

- a. Peningkatan kegiatan imunisasi bayi
- b. Peningkatan ASI eksklusif, status gizi, deteksi dini dan pemantauan tumbuh kembang
- c. Pencegahan dan pengobatan penyakit infeksi

- d. Program MTBS dan MTBM
 - e. Pertolongan persalinan dan penatalaksanaan BBL dengan cepat
 - f. Diharapkan keluarga memiliki pengetahuan, pemahaman dan perawatan paska persalinan sesuai standar kesehatan
 - g. Program ASUH
 - h. Keberadaan bidan desa
 - i. Perawatan neonatal dasar: perawatan talipusat, metode kanguru, IMD
3. Perawatan neonatal dasar: perawatan talipusat, metode kanguru, IMD
- a. Menyebarkan pentingnya asuhan 7 hari pertama paska persalinan bagi kehidupan bayinya.
 - b. Meningkatkan kesadaran tentang pentingnya kunjungan rumah 7 hari pertama paska persalinan oleh bidan desa
 - c. Mencatat dan melaporkan adanya ibu hamil, ibu melahirkan dan bayi meninggal pada bidan di desa.
 - d. Mendukung dan mempertahankan keberadaan bidan di desa

C. Kehamilan Remaja

Kehamilan remaja adalah kehamilan yang terjadi pada wanita remaja (usia 14-19 tahun) yang merupakan akibat perilaku seksual baik sengaja (sudah menikah) maupun tidak sengaja (belum menikah)

Hasil survey dilaporkan bahwa Perilaku seksual remaja yang mengaku terus terang pernah hubungan seks adalah Perempuan : < 1% dan Laki-laki : 5%, dan hasil survey lainnya melaporkan siswa-siswi di 3 SMU DKI 2002 pernah hubungan seks, yang terdiri dari Laki-laki : 8,9% dan Perempuan : 7.2%.

Angka remaja hamil di Indonesia masih sulit untuk didapatkan karena masih ditutupi / dirahasiakan. Dalam hal ini perlu peran para bidan untuk mensosialisasikan fungsi alat reproduksi di kalangan remaja pra pubertas dan pubertas.

Pengalaman seksual dan penggunaan kondom (Susenas, 2002)

Umur	♀	♂
15-19 tahun	34,7%	30,9%
20-24 tahun	48,6%	46,5%
Tempat tinggal		
Kota	44,2%	44,1%
Desa	30,3%	29,9%

Masalah yang berhubungan dengan kehamilan remaja adalah Jumlah / proporsi besar (22,9), penanganan belum komprehensif, kurangnya info yang benar dan adanya penolakan beberapa pihak sekolah terhadap pemberian pendidikan seks kepada remaja.

Akibat yang paling terlihat adalah meningkatkan angka arbosi yang tidak aman serta perkawinan usia muda.

Sebab terjadinya kehamilan remaja

1. Factor agama dan iman
2. Factor lingkungan (orang tua, teman, tetangga, media)
3. Pengetahuan yang minim di tambah rasa ingin tahu yang berlebihan
4. Perubahan zaman
5. Perubahan kadar hormon pada remaja meningkatkan libido atau dorongan seksual yang membutuhkan penyaluran melalui aktivitas seksual
6. Semakin cepatnya usia pubertas sedangkan pernikahan semakin tertunda akibat tututan kehidupan
7. Adanya trend baru dalam berpacaran di kalangan remaja

Hal-hal yang mengakibatkan terjadinya kehamilan remaja

1. Kurangnya peran orang tua dalam keluarga
2. Kurangnya pendidikan seks dari orang tua dan keluarga
3. Perkembangan IPTEK yang tidak didasari dengan perkembangan mental yang kuat
4. Kurangnya pengetahuan mengenai hubungan seksual
5. Pengetahuan yang setengah-setengah tidak hanya mendorong remaja untuk mencoba-coba tapi juga menimbulkan salah persepsi

Dampak kehamilan remaja di komunitas

1. Di bidang social, remaja akan gagal menikmati masa remajanya memalukan, yang dapat menimbulkan sikap penolakan remaja terhadap bayi yang dikandung
2. Menimbulkan berbagai konsekuensi psikososial misalnya putus sekolah, rasa rendah diri, kawin muda dan perceraian dini, rasa bersalah yang berlebihan, ancaman hukuman pidana dan sanksi berat.

Dampak dari kehamilan remaja

1. Pengguguran kehamilan
Factor yang mendukung terjadinya pengguguran adalah;
 - a. Status ekonomi sebuah keluarga
 - b. Keadaan emosional
 - c. Pasangan yang tidak bertanggungjawab
2. Risiko persalinan yang terjadi:
Pre eklamsia, anemia ringan, BBLR, premature, PMS, kematian bayi dan PMS meningkat pada remaja yang hamil

3. Hubungan seksual usia muda berisiko kanker serviks
4. Perceraian pasangan muda

Pencegahan kehamilan remaja

1. Tidak melakukan hubungan seks sebelum menikah
2. Kegiatan positif
3. Hindari perbuatan yang memberi dorongan negatif : perilaku seks
4. Jangan terjebak rayuan gombal
5. Hindari pergi dengan orang yang tidak dikenal
6. Mendekatilah pada Tuhan
7. Penyuluhan : kesehatan reproduksi remaja, KB, kegiatan rohani.
8. Bagi pasangan menikah sebaiknya menggunakan alat kontrasepsi

Penanganan kehamilan remaja

1. Sikap bersahabat jangan mencibir
2. Konseling pada remaja dan keluarga, meliputi kehamilan persalinan
3. Membantu menyelesaikan masalah secara kekeluargaan dan segera menikah
4. Periksa kehamilan sesuai standar
5. Gangguan jiwa/risiko tinggi segera rujuk SpOG
6. Bila ingin aborsi, konseling risiko abortus.

D. Unsafe Abortion

Berdasarkan penjelasan pasal 15 ayat 12 UU Kes No. 23 / 1992 dinyatakan bahwa peluang untuk beraborsi tetap terbuka, tetapi hanya dilakukan dalam keadaan darurat. Pengertian Unsafe Abortion adalah pengguguran kandungan yang dilakukan dengan tindakan yang tidak steril serta tidak aman, secara medis.

Definisi menurut WHO (1998) \, prosedur melakukan terminasi (penghentian) kehamilan yang tidak diinginkan (*unwanted pregnancy*) oleh tenaga kurang terampil (medis dan non medis) alat tidak memenuhi syarat kesehatan dan lingkungan tidak memenuhi.

Ciri-ciri unsafe abortion

1. Dilakukan oleh tenaga medis/non medis
2. Kurangnya pengetahuan baik pelaku ataupun tenaga pelaksana
3. Kurangnya fasilitas dan sarana
4. Status illegal

Alasan wanita tidak menginginkan kehamilan

1. Alasan kesehatan : tidak cukup sehat untuk hamil
2. Alasan psikososial : ibu tidak sendiri, tidak ingin punya anak lagi
3. Kehamilan diluar nikah

4. Masalah ekonomi: khawatir akan adanya penyakit keturunan
5. Kehamilan akibat korban perkosaan
6. Kegagalan pemakaian alat kontrasepsi

Peran bidan dalam mencegah unsafe abortion

1. Pendidikan seks
2. Bekerjasama dengan tokoh agama dalam pendidikan agama
3. Pendidikan SDM
4. Penyuluhan abortus dan bahayanya

Kebijakan Depkes untuk mencegah komplikasi/kematian akibat abortus

1. Mencegah kehamilan tak diinginkan melalui program KB, pendidikan kesehatan reproduksi, moral dan agama
2. Legalisasi abortus karena alasan medis
3. Mengembangkan APK (Asuhan Paska Keguguran)

Dampak unsafe abortion

1. Dampak social: biaya lebih banyak, dilakukan secara sembunyi-sembunyi
2. Dampak kesehatan : abortus tidak lengkap (incomplete abortion) yang bisa menyebabkan nyeri pelvis sampai perdarahan terus menerus. Sepsis yaitu infeksi yang eksistensif sampai seluruh tubuh.
3. Dampak psikologis : trauma

Agar aborsi aman

1. Informed consent
2. Harus sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP)
3. Dilakukan pada RS atau klinik yang ditunjuk
4. Dilakukan oleh pekerja kesehatan yang terlatih dan pengalaman melakukan aborsi
5. Pelaksanaan menggunakan alat-alat kedokteran yang layak
6. Dilakukan dalam kondisi bersih (steril dan tidak tercemar kuman).
7. Dilakukan < 3bulan setelah menstruasi terakhir.

E. BBLR

Batasan BBLR

1. Bayi yang lahir dengan berat lahir < 2500 gram tanpa memandang masa kehamilan
2. Berat lahir adalah berat bayi yang ditimbang dalam 1 jam setelah lahir
3. Untuk keperluan bidan di desa berat lahir ditimbang dalam 24 jam pertama setelah lahir

Klasifikasi BBLR berdasarkan umur kehamilan

1. Bayi premature/kurang bulan (usia kehamilan <37 minggu) sebagian bayi kurang bulan belum siap hidup di luar kandungan dan mendapatkan kesulitan untuk mulai bernapas, menghisap, melawan infeksi dan menjaga tubuhnya tetap hangat.
2. Bayi cukup bulan (usia kehamilan 38-42 minggu)
3. Bayi lebih bulan (usia kehamilan > 42 minggu)

Klasifikasi BBLR berdasarkan berat badan

1. Bayi berat badan lahir amat sangat rendah/ekstrem rendah (bayi lahir berat badan <1000 gram)
2. Bayi berat badan lahir sangat rendah (bayi lahir berat badan <1500 gram)
3. Bayi berat badan lahir cukup rendah (bayi berat badan 1501-2500 gram)

Klasifikasi berdasarkan berat badan dan usia kehamilan

1. Bayi kecil untuk masa kehamilan (KMK) / *small for gestasional age* (SGA). Bayi yang lahir dengan keterlambatan pertumbuhan intrauterine dengan BB terletak dibawah persentile ke-10 dalam grafik pertumbuhan intrauterine
2. Bayi sesuai masa kehamilan (SMK) / *Appropriate for Gestasional Age* (AGA). Bayi lahir yang sesuai dengan berat badan sesuai untuk masa kehamilan yaitu terletak diantara persentile ke-10-90 dalam grafik pertumbuhan intrauterine.
3. Bayi besar masa kehamilan / *Large for Gestasional Age* (LGA). Bayi yang lahir sesuai dengan berat badan lebih besar untuk masa kehamilan yaitu terletak diatas 90 dalam grafik pertumbuhan intrauterine.

Faktor yang berhubungan dengan BBLR

1. Faktor ibu
 - Riwayat kelahiran prematur sebelumnya
 - HAP
 - Malnutrisi
 - Hidramnion
 - Penyakit kronis (jantung)
 - Hipertensi
 - Umur ibu < 20 tahun dan > 35 tahun
 - Jarak kehamilan < 2 tahun
2. Faktor janin
 - Cacat bawaan
 - KPD

- Hidramnion
- 3. Ekonomi yang rendah
- 4. Kebiasaan
 - Pekerjaan yang melelahkan
 - Merokok
- 5. Tidak diketahui

Bayi Kecil Masa Kehamilan (KMK)/dismaturitas

Dismaturitas adalah bayi yang tidak tumbuh dengan baik di dalam kandungan selama kehamilan

1. Tiga kelompok bayi KMK
 - a. KMK lebih bulan (NLB-KMK)
 - b. KMK cukup bulan (NCB-KMK)
 - c. KMK kurang bulan (NKB-KMK)
2. Bayi KMK cukup bulan kebanyakan mampu bernapas dan menghisap dengan baik

Prematuritas Murni : bayi lahir dengan usia kehamilan <37 minggu dan mempunyai berat badan sesuai untuk masa kehamilan . (NKB-SMK)

Gambaran klinis BBLR-kurang bulan

1. BB < 2500 gram, PB <45 cm, LK < 33 cm, LD < 30 cm
2. Kulit tipis dan mengkilap
3. Tulang rawan telinga sangat lunak
4. Lanugo banyak terutama pada punggung
5. Jaringan payudara belum terlihat jelas
6. Perempuan: labia mayora belum menutupi labia minora, laki-laki : skrotum belum banyak lipatan, testis belum turun
7. Rajah telapak kaki mungkin lebih dari 1/3 bagian
8. Menghisap cukup kuat

Masalah-masalah BBLR

1. Asfiksia
2. Gangguan nafas
3. Hipotermi
4. Hipoglikemi
5. Masalah pemberian ASI
6. Infeksi
7. Ikterus
8. Masalah perdarahan

Penatalaksanaan

1. Mempertahankan suhu tubuh bayi dengan cara :
 - a. Membungkus bayi dengan selimut yang hangat
 - b. Menidurkan bayi pada incubator buatan
 - c. Menjaga suhu lingkungan (ada sinar matahari di kamar jendela, pintu bisa ditutup, badan bayi harus kering)
2. Memberikan nutrisi yang adekuat. Bila belum bisa menetek dapat diberikan per sendok/pipet dan bila belum ada reflek hisap dipasang sonde
3. Menganjurkan ibu menjaga kebersihan untuk mencegah infeksi dan perawatan bayi sehari-hari
4. Observasi keadaan umum bayi selama 3 hari apabila tidak ada perubahan atau mungkin menurun maka rujuk ke RS.

Pengaturan suhu incubator

Berat Badan Lahir (gram)	0-24 jam (°C)	2-3 hari (°C)	4-7 hari (°C)	8 hari (°C)
1500	34-36	33-35	33-34	32-33
1501 – 2000	33-34	33	32 – 33	32
2001 – 2500	33	32-33	32	32
➤ 2500	32-33	32	31-33	32

Jika suhu kamar 28-29°C sebaiknya diturunkan 1°C setiap minggu dan jika berat badan bayi sudah mencapai 2000 gram bayi boleh dirawat di luar incubator dengan suhu 27°C.

F. Tingkat Kesuburan

Tingkat fertilitas / tingkat kesuburan yang mana sumbernya adalah PUS (Pasangan Usia Subur) merupakan salah satu masalah kebidanan komunitas yang perlu mendapatkan perhatian karena dengan tingginya tingkat fertilitas tanpa diiringi oleh tingkat pengetahuan akan sistem reproduksi akan meningkatkan AKI dan AKB. Peran bidan adalah memberikan penyuluhan pada PUS tentang sistem reproduksi dalam kehidupan suami-istri.

1. 80% pasangan suami isteri mengalami gangguan kesuburan
2. Tingkat kesuburan tergolong menjadi 2 yaitu:
 - a. Fertilitas
Suatu kemampuan istri untuk hamil dan melahirkan anak hidup oleh suami yang mampu menghamilinya
 - b. Infertilitas
Suatu keadaan pasangan suami istri yang ingin punya anak tetapi tidak bisa mewujudkan keinginannya tersebut karena adanya masalah kesehatan reproduksi baik pada suami/istri