

# KEBIDANAN KOMUNITAS: TEORI DAN PRAKTEK

## Penulis

- Mariza Mustika Dewi
- Wita Solama
- Sri Handayani
- Endang Sari
- Rhipiduri Rivanica
- Nabila Amelia Hanisyah Putri
- Nur Laela
- Senditya Indah Mayasari
- Novi Pasiriani



# **KEBIDANAN KOMUNITAS: TEORI DAN PRAKTEK**

Mariza Mustika Dewi  
Wita Solama  
Sri Handayani  
Endang Sari  
Rhipiduri Rivanica  
Nabila Amelia Hanisyah Putri  
Nur Laela  
Senditya Indah Mayasari  
Novi Pasiriani



**PT. GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI**

# KEBIDANAN KOMUNITAS: TEORI DAN PRAKTEK

**Penulis :**

Mariza Mustika Dewi

Wita Solama

Sri Handayani

Endang Sari

Rhipiduri Rivanica

Nabila Amelia Hanisyah Putri

Nur Laela

Senditya Indah Mayasari

Novi Pasiriani

**ISBN : 978-623-198-291-9**

**Editor** : Apt. Wafi Nisrin Ramadhani, S.Farm

**Penyunting** : Salsabila Syafna Aulia, S.Ked

**Desain Sampul dan Tata Letak** : Salsabila Syafni Aulia, Amd.Kes

**Penerbit** : PT. GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

**Redaksi :**

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001

Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tengah

Padang Sumatera Barat

Website : [www.globaleksekutifteknologi.co.id](http://www.globaleksekutifteknologi.co.id)

Email : [globaleksekutifteknologi@gmail.com](mailto:globaleksekutifteknologi@gmail.com)

Cetakan pertama, Mei 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk  
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

## **KATA PENGANTAR**

Segala puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan *Kebidanan Komunitas: Teori Dan Praktek*.

Buku ini membahas tentang dasar kebidanan komunitas, riwayat kebidanan komunitas di Indonesia, riwayat komunitas di dunia, sasaran kebidanan di komunitas, peran bidan di komunitas, kejadian penyakit menular seksual (PMS), strategi pelayanan kebidanan di komunitas, tugas serta tanggung jawab bidan di komunitas, dan membangun komunikasi dalam asuhan kebidanan di komunitas.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan, mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Penulis, Mei 2023

## DAFTAR ISI

|                                                              |          |
|--------------------------------------------------------------|----------|
| <b>KATA PENGANTAR.....</b>                                   | <b>i</b> |
| <b>BAB I DASAR KEBIDANAN KOMUNITAS</b>                       |          |
| 1.1 Konsep Dasar .....                                       | 1        |
| 1.2 Filosofi .....                                           | 2        |
| 1.3 Sejarah .....                                            | 4        |
| 1.4 Ruang Lingkup.....                                       | 5        |
| 1.5 Unsur-Unsur.....                                         | 8        |
| Daftar Pustaka.....                                          | 9        |
| <b>BAB RIWAYAT KEBIDANAN KOMUNITAS DI INDONESIA</b>          |          |
| 2.1 Pendahuluan.....                                         | 11       |
| 2.2 Riwayat Kebidanan Komunitas Di Indonesia .....           | 12       |
| 2.3 Riwayat Pendidikan Kebidanan Di Indonesia .....          | 14       |
| 2.4 Perkembangan Pendidikan Bidan Sekarang .....             | 20       |
| Daftar Pustaka.....                                          | 23       |
| <b>BAB III RIWAYAT KOMUNITAS DI DUNIA</b>                    |          |
| 3.1 Pengertian Bidan.....                                    | 25       |
| 3.2 Sejarah Kebidanan .....                                  | 26       |
| Daftar Pustaka.....                                          | 40       |
| <b>BAB IV SASARAN KEBIDANAN DI KOMUNITAS</b>                 |          |
| 4.1 Pendahuluan .....                                        | 41       |
| 4.2 Asuhan Antenatal Di Komunitas .....                      | 42       |
| 4.3 Asuhan Intranatal Di Komunitas .....                     | 46       |
| 4.4 Asuhan Postnatal Di Komunitas .....                      | 55       |
| Daftar Pustaka.....                                          | 60       |
| <b>BAB V PERAN BIDAN DI KOMUNITAS</b>                        |          |
| 5.1 Pendahuluan.....                                         | 61       |
| 5.2 Definisi .....                                           | 62       |
| Daftar Pustaka.....                                          | 72       |
| <b>BAB VI KEJADIAN PENYAKIT MENULAR SEKSUAL (PMS)</b>        |          |
| 6.1 Penyakit Menular Seksual .....                           | 75       |
| 6.2 Jenis Penyakit Menular Seksual .....                     | 75       |
| Daftar Pustaka.....                                          | 87       |
| <b>BAB VII STRATEGI PELAYANAN KEBIDANAN DI KOMUNITAS</b>     |          |
| 7.1 Pendekatan Edukatif Dalam Peran Serta Masyarakat .....   | 89       |
| 7.2 Pelayanan Yang Berorientasi Pada Kebutuhan Masyarakat .. | 91       |

|                                                                                     |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 7.3 Menggunakan Atau Memanfaatkan Fasilitas Dan Potensi Yang Ada Di Masyarakat..... | 96  |
| Daftar Pustaka.....                                                                 | 98  |
| <b>BAB VIII TUGAS SERTA TANGGUNG JAWAB BIDAN DI KOMUNITAS</b>                       |     |
| 8.1 Pendahuluan.....                                                                | 99  |
| 8.2 Tugas Bidan di Komunitas .....                                                  | 100 |
| 8.3 Tanggungjawab Bidan di Komunitas .....                                          | 106 |
| 8.4 Ketrampilan Bidan di Komunitas.....                                             | 107 |
| 8.5 Praktek Bidan Mandiri.....                                                      | 108 |
| 8.6 Bidan Delima .....                                                              | 100 |
| Daftar Pustaka.....                                                                 | 111 |
| <b>BAB IX MEMBANGUN KOMUNIKASI DALAM ASUHAN KEBIDANAN DI KOMUNITAS</b>              |     |
| 9.1 Pendahuluan.....                                                                | 113 |
| 9.2 Kerja Otak .....                                                                | 115 |
| 9.3 Hubungan Komunikasi Dengan Kecerdasan Emosi.....                                | 118 |
| 9.4 Membangun Komunikasi Dengan Klien .....                                         | 121 |
| Daftar Pustaka.....                                                                 | 125 |
| <b>BIODATA PENULIS</b>                                                              |     |



# BAB I

## DASAR KEBIDANAN KOMUNITAS

*Oleh Mariza Mustika Dewi*

### 1.1 Konsep Dasar

Kebidanan komunitas adalah kumpulan beberapa kata yakni bidan, kebidanan, komunitas, keluarga, kebidanan dalam komunitas, dan pelayanan dalam kebidanan komunitas. Definisi Bidan secara umum adalah orang yang telah selesai dan lulus dalam pendidikan bidan yang diakui oleh pemerintah setempat dan terregistrasi atau telah memiliki izin untuk melakukan asuhan kebidanan (Susanti and Ruspita, 2022). Bidan merupakan wanita yang sudah menyelesaikan pendidikan kebidanan baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui secara sah oleh pemerintah pusat dan memenuhi persyaratan untuk melakukan praktik kebidanan (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Ilmu Kebidanan merupakan ilmu yang berhubungan dengan tugas bidan dalam melakukan asuhan pada wanita disepanjang daur kehidupannya sesuai dengan tugas dan wewenangnya (Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia, 2019). Kebidanan adalah segala ilmu yang dipelajari oleh bidan dan asuhan pelayanan yang dilakukan dengan tujuan untuk meningkatkan kesehatan ibu dan bayi (Sari, Sapitri and Septiana, 2022).

Komunitas adalah Bahasa latin yaitu *comunicans*, *communis*, *community*. Komunitas artinya sekelompok masyarakat yang menempati suatu daerah atau wilayah tertentu (Cholifah and Purwanti, 2019). Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat. Keluarga adalah sekumpulan individu yang tinggal bersama dalam satu rumah dengan hubungan terikat pernikahan, kelahiran, atau adopsi yang terdiri atas istri dan suami, istri dan

suami beserta anak, suami (duda)-putra/putri, istri (janda)-putra/putri (Awaru, 2021).

Kebidanan komunitas dapat diartikan sebagai segala asuhan yang dilakukan oleh bidan diluar bagian dari pelayanan yang diberikan di fasilitas kesehatan rumah sakit dengan mengutamakan segala aspek kehidupan yaitu psikososial serta budaya yang ada di masyarakat (Sari, Sapitri and Septiana, 2022). Kebidanan komunitas merupakan bentuk pelayanan yang ditujukan kepada masyarakat yang memiliki risiko tinggi untuk memperbaiki dan meningkatkan kesehatan masyarakat yang optimal dengan upaya mencegah penyakit serta menjamin terjangkaunya pelayanan fasilitas kesehatan dimana masyarakat bergerak sebagai mitra (Wahyuni *et al.*, 2020).

Pelayanan dalam kebidanan komunitas adalah kegiatan yang dilakukan bidan untuk memecahkan masalah yang ada di masyarakat dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan di komunitas dengan sasaran problem kesehatan reproduksi wanita, bayi dan balita baik individu, keluarga, kelompok, maupun masyarakat. Pelayanan kebidanan komunitas dapat dilakukan oleh bidan secara mandiri sesuai dengan kompetensi dan keahlian, kolaborasi dengan teman sejawat dan lintas profesi, ataupun rujukan ke fasilitas yang lebih tinggi (Sari, Sapitri and Septiana, 2022).

## **1.2 Filosofi**

Filosofi kebidanan komunitas adalah pandangan hidup atau keyakinan bidan sebagai kerangka berpikir dalam memberikan asuhan kebidanan. Filosofi kebidanan komunitas berasal dari filosofi kebidanan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No. 369 tahun 2007 yaitu :

- a. Proses hamil dan bersalin adalah proses yang normal serta alami, bukan suatu penyakit.

- b. Setiap wanita memiliki pribadi yang tidak sama dalam hal hak, kebutuhan, dan keinginan.
- c. Profesi kebidanan adalah suatu profesi yang berfungsi mengupayakan kesejahteraan ibu dan bayi dengan fungsi mandiri, kolaborasi, serta rujukan.
- d. Meyakini perempuan adalah pribadi yang memiliki otonomi dan mampu berdaya dalam pengambilan keputusan.
- e. Haluan utama asuhan dalam kebidanan adalah melindungi ibu-bayi dengan menurunkan angka kematian dan angka kesakitan ibu secara holistic.
- f. Mengerjakan asuhan sesuai wewenang dan keyakinan berkolaborasi serta kemitraan dengan teman sejawat dan perempuan sebagai partner.
- g. Memiliki pandangan hidup pancasila
- h. Semua orang berhak mendapatkan asuhan kebidanan yang *safety* dan baik sesuai dengan kebudayaan masing-masing serta kebutuhan
- i. Setiap anak berhak lahir dengan sehat.
- j. Self efikasi ibu saat bersalin merupakan tugas perkembangan dari keluarga bukan dari perempuan saja.

### 1.3 Sejarah

Sejarah kebidanan di komunitas secara umum dimulai dari tahun 1807 digambarkan dalam gambar 1.1



Gambar 1.1 Sejarah Kebidanan Komunitas

Sumber : (Bustami *et al.*, 2017), (Cholifah and Purwanti, 2019),  
(Rahayu, Suharto and Sumaningsih, 2019)

Pembukaan BKIA pada tahun 1953 menjadikan bidan berperan sebagai penanggung jawab dalam memberikan asuhan antara lain :  
(Cholifah and Purwanti, 2019)

- a. Pelayanan pemeriksaan kehamilan

- b. Pelayanan ibu nifas
- c. Pemeriksaan kesehatan pada bayi dan gizi balita
- d. Kunjungan rumah ibu hamil
- e. Kunjungan rumah ibu bersalin

Terintegrasinya BKIA dengan Puskesmas menyebabkan bidan bekerja didalam dan diluar wilayah kerja. Seorang bidan yang bekerja di puskesmas memiliki kewajiban dalam pelayanan KIA dan KB, sedangkan bidan di luar puskesmas memiliki kewajiban pelayanan kesehatan keluarga dan posyandu dengan lingkup keluarga berencana, antenatal care, gizi, imunisasi, dan kesehatan lingkungan (Cholifah and Purwanti, 2019).

Instruksi Presiden tahun 1992 menjadikan bidan sebagai pelaksana kesehatan ibu dan anak untuk ditempatkan disemua wilayah desa dengan memperluas wewenang bidan untuk menurunkan angka kematian ibu melalui beberapa pilar yaitu pelayanan selama kehamilan, keluarga berencana, masa bersalin yang *safety*, dan pelayanan fundamental obstetric yang dikenal dengan istilah *safe motherhood* (Imantika *et al.*, 2022).

## 1.4 Ruang Lingkup

Bidan memberikan asuhan kebidanan dengan sifat holistic berdasarkan bukti dengan pendekatan manajemen asuhan kebidanan yaitu upaya promosi, pencegahan (preventif), penyembuhan (kuratif), dan pemeliharaan (rehabilitative) sesuai otoritas sesuai dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 tahun 2017 (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Dalam kebidanan komunitas terdapat tambahan 1 poin upaya yang dilakukan oleh bidan yaitu resosiantitatif. Upaya-upaya tersebut meliputi : (Bustami *et al.*, 2017)

### **1.4.1 Promotif**

Promotif adalah upaya peningkatan kesehatan dengan fokus promosi kesehatan. Promosi kesehatan merupakan proses yang bertujuan agar sasaran mampu meningkatkan dan memperbaiki kesehatan baik secara individu, kelompok, maupun masyarakat (Sari, Sapitri and Septiana, 2022). Sasaran kegiatan merupakan populasi yang sehat. Contoh kegiatan promotif yang dilakukan bidan adalah :

- a. Memberikan KIE tentang imunisasi kepada calon ibu
- b. Melakukan penyuluhan mengenai kesehatan masa kehamilan
- c. Memberikan penyuluhan mengenai tanda bahaya selama hamil
- d. Memberikan konseling ASI eksklusif kepada masyarakat
- e. Melakukan konseling mengenai persalinan dan kebutuhan selama persalinan
- f. Melakukan KIE mengenai menopause pada lansia
- g. Melakukan penyuluhan kesehatan reproduksi pada usia pranikah

### **1.4.2 Preventif**

Preventif adalah upaya mencegah suatu masalah kesehatan. Sasaran kegiatan ini adalah orang yang berisiko tinggi. Contoh kegiatan preventif yang dilakukan bidan adalah :

- a. Melakukan vaksinasi kepada bayi-balita dan ibu hamil
- b. Pemberian Fe
- c. Pemeriksaan antenatal, kunjungan neonatus, kunjungan postpartum, dll
- d. Melaksanakan pemantauan kesehatan pada bayi-balita dengan Posyandu
- e. Pemberian vitamin A di puskesmas, posyandu, maupun di rumah
- f. Pencegahan komplikasi saat persalinan dan nifas

### **1.4.3 Kuratif**

Kuratif adalah upaya medis yang dilaksanakan sebagai upaya mengobati dan menurunkan rasa sakit yang dialami. Sasarannya adalah kelompok orang yang sakit. Contoh kegiatan kuratif yang dilakukan bidan adalah :

- a. Pemeliharaan kesehatan ibu hamil dengan kondisi risiko tinggi
- b. Pemeliharaan payudara pada ibu postpartum dengan kondisi bendungan ASI dan infeksi pada mammae
- c. Pemeliharaan bayi dan balita yang sakit di rumah
- d. Penapisan awal komplikasi saat kehamilan
- e. Perawatan pada ibu nifas dengan komplikasi
- f. Melakukan rujukan jika asuhan tidak sesuai wewenang

### **1.4.4 Rehabilitatif**

Rehabilitatif artinya usaha promotif untuk mengupayakan dan mengobati kondisi orang yang baru sembuh. Sasaran dalam kegiatan ini adalah populasi yang baru sembuh dari sakitnya. Kegiatan rehabilitatif yang dilakukan bidan adalah :

- a. Mobilisasi dini pada ibu pasca persalinan
- b. Latihan fisik ibu nifas
- c. Body mekanik pada ibu hamil dengan nyeri punggung

### **1.4.5 Resosiantitatif**

Yaitu membangkitkan kembali kegiatan yang dapat dilakukan individu, keluarga, maupun kelompok masyarakat di lingkungan sosial. Contohnya adalah :

- a. Penggerak individu dan masyarakat ke lingkungan masyarakat itu sendiri seperti kegiatan PKK, desa siaga, ambulan siaga, tabulin, dll.
- b. Penggerak masyarakat agar diadakan kegiatan dalam bidang kesehatan oleh masyarakat itu sendiri agar derajat kesehatan masyarakat meningkat seperti senam lansia, penanaman TOGA, dll.

## 1.5 Unsur-unsur

Terdapat beberapa unsur yang membentuk kebidanan komunitas yaitu : (Cholifah and Purwanti, 2019)

- a. Bidan  
Bidan yang telah menyelesaikan pendidikan dan telah lulus diharuskan untuk mampu beradvokasi pemberdayaan komunitas untuk melakukan promosi kesehatan, memiliki kompetensi keilmuan di bidang komunitas, serta memiliki kewenangan memberikan asuhan kebidanan komunitas (Kementerian Kesehatan RI, 2020).
- b. Pelayanan kebidanan  
Pelayanan kebidanan merupakan asuhan professional dari system pelayanan dalam kesehatan bidan yang dilakukan mandiri, kolaborasi, dan rujukan. Artinya adalah hubungan antara klien dan bidan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Pelayanan kebidanan komunitas merupakan lanjutan dari pelayanan kesehatan yang tidak hanya ada di rumah sakit.
- c. Sasaran dalam pelayanan kebidanan di komunitas  
Sasaran merupakan semua masyarakat, kelompok, keluarga, bahkan individu itu sendiri.
- d. Lingkungan  
Lingkungan disini merangkap lingkungan fisik, sosial, budaya, fauna dan flora (penghijauan), dan pemanfaatan pekarangan.
- e. Ilmu Pengetahuan serta Teknologi (IPTEK)  
Bidan harus melakukan asuhan kebidanan sesuai dengan kemajuan teknologi berbasis bukti (*evidence based*).

## DAFTAR PUSTAKA

- Awaru, A.O.T. (2021) *Sosiologi Keluarga*. Bandung: CV. Media Sains Indonesia.
- Bustami, L.E.S. *et al.* (2017) *Buku Ajar Kebidanan Komunitas*. Padang: CV. Rumahkayu Pustaka Utama.
- Cholifah, S. and Purwanti, Y. (2019) *Buku Ajar Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Komunitas*. Sidoarjo: UMSIDA Press.
- Imantika, E. *et al.* (2022) 'Efektivitas Program "Safe Motherhood" di Puskesmas Poned dalam Menurunkan AKI akibat Kehamilan dan Persalinan', *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*, 9(1), pp. 91–96.
- Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia (2019) *Undang-undang Republik Indonesia No. 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI (2017) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI (2020) *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. HK.01.07/MENKES/320/2020*. Jakarta.
- Rahayu, T.P., Suharto, A. and Sumaningsih, R. (2019) *Modul Ajar 1 Kebidanan Komunitas*. Magetan: Poltekkes Kemenkes Surabaya Prodi Kebidanan Magetan.
- Sari, I., Sapitri, A. and Septiana, M. (2022) *Buku Ajar Kebidanan Komunitas*. Pekalongan: PT. Nasya Expanding Management.
- Susanti, K. and Ruspita, R. (2022) *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Purbalingga: Eureka Media Aksara.
- Wahyuni, W. *et al.* (2020) *Kebidanan Komunitas*. Yayasan Kita Menulis.



# **BAB II**

## **RIWAYAT KEBIDANAN KOMUNITAS DI INDONESIA**

*Oleh Wita Solama*

### **2.1 Pendahuluan**

Komunitas yaitu sekelompok orang yang ada di lokasi atau daerah tertentu. Bidan Komunitas (*community Midwifery*) adalah bidan yang bekerja melakukan pelayanan pada keluarga dan masyarakat di wilayah tertentu. Kebidanan Komunitas yaitu konsep dasar bidan dalam melakukan pelayanan kepada keluarga dan masyarakat. Pelayanan Kebidanan Komunitas yaitu merupakan upaya yang dilakukan bidan untuk pemecah terhadap masalah Kesehatan Ibu dan Anak balita di dalam suatu keluarga dan masyarakat.

Pada Tahun 1807 pertolongan persalinan dilakukan oleh dukun hal ini bertepatan pada zaman pemerintahan Hindia Belanda, tahun 1951 di Batavia didirikan sekolah bidan untuk wanita-wanita pribumi, lalu kemudian tahun 1953 di masyarakat Yogyakarta dan berkembang di daerah lain di dirikan Kursus Tambahan Bidan (KTB). Sejalan dengan pelatihan ini dibukalah BKIA, bidan sebagai penanggung jawab memberikan pelayanan *antenatal care, postnatal care*, pemeriksaan bayi dan gizi, intranatal di rumah, kunjungan rumah pasca salin. Pada tahun 1952 diadakan pelatihan secara formal untuk kualitas persalinan, tahun 1967 Kursus Tambahan Bidan (KTB) ditutup, kemudian BKIA terintegrasi dengan puskesmas.

Puskesmas memberikan pelayanan di dalam dan di luar Gedung dalam wilayah kerja. Bidan di puskesmas memberikan

pelayanan di luar Gedung pelayanan Kesehatan keluarga posyandu yang mencakup pemeriksaan kehamilan, KB, Imunisasi, gizi dan Kesehatan lingkungan. Tahun 1990 merata pada semua masyarakat.

Intruksi presiden secara lisan pada sidang kabinet tahun 1992 tentang perlunya mendidik bidan untuk ditempatkan diseluruh desa sebagai pelaksana KIA. Tahun 1994 merupakan titik tolak dari konferensi kependudukan dunia di Kairo yang menekankan pada *reproduksi health* memperluas garapan bidan antara lain *safe motherhood*, keluarga berencana, penyakit menular seksual (PMS), reproduksi remaja dan kesehatan reproduksi orang tau (Ambarwati. dkk,2011).

## **2.2 Riwayat Kebidanan Komunitas Di Indonesia**

Pelayanan kebidanan komunitas dikembangkan di Indonesia dimana bidan sebagai ujung tombak pemberi pelayanan kebidanan komunitas. Bidan yang bekerja melayani keluarga dan masyarakat di wilayah tertentu disebut bidan komunitas (*community midwife*). Di Indonesia istilah “bidan komunitas” tidak lazim digunakan sebagai panggilan bagi bidan yang bekerja di luar Rumah Sakit. Secara umum di Indonesia seorang bidan yang bekerja di masyarakat termasuk bidan desa dikenal sebagai bidan komunitas.

Sampai saat ini belum ada pendidikan khusus untuk menghasilkan tenaga bidan yang bekerja di komuniti. Pendidikan yang ada sekarang ini diarahkan untuk menghasilkan bidan yang mampu bekerja di desa.

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 dokter Belanda (dr.

W. Rosch). Fokus peran bidan hanya sebatas pelayanan di rumah sakit (bersifat klinis). Pada tahun 1952, sekolah bidan 4 tahun menitik beratkan 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 di rumah sakit tetapi juga meluas pada pelayanan masyarakat, yang berbasis di balai kesehatan ibu dan anak (BKIA) di tingkat kecamatan. Ruang lingkup pelayanan BKIA meliputi pelayanan antenatal (pemberian pendidikan kesehatan, nasehat perkawinan, perencanaan keluarga); 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 koordinator yang secara struktural tercatat di jenjang inspektorat kesehatan, mulai daerah tingkat I (Propinsi) sampai dengan II (Kabupaten). Ketika konsep puskesmas dilaksanakan pada 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. (Dewi, 2011 )

Pada tahun 1990-1996 konsep bidan di desa dilaksanakan untuk mengatasi tingginya angka kematian ibu. Pemerintah (BKKBN) menjalankan program pendidikan bidan secara massal (SPK + 1 tahun). SPK merupakan Sekolah Perawat Kesehatan, yaitu dari lulusan SMP ditambah menempuh pendidikan 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 narasumber berbagai hal. Sayangnya materi dan masa pendidikan BDD tidak memberikan bekal yang cukup untuk bisa berperan maksimal.

Gerakan Sayang Ibu (GSI) pada saat Departemen Kesehatan melaksanakan inisiatif *safe motherhood* malahan diprakarsai oleh Kantor Menteri Pemberdayaan Perempuan pada tahun 1996 dengan maksud untuk meningkatkan partisipasi suatu masyarakat dalam menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI). Pada tahun yang bersamaan, Ikatan Bidan Indonesia (IBI) melaksanakan advokasi pada suatu pemerintahan yang mendirikan program pendidikan Diploma III Kebidanan (setingkat akademi). Program ini menyisipkan lebih banyak kepada materi yang bisa dapat membekali bidan agar mampu menjadi agen pembaharu di dalam masyarakat, tidak hanya di fasilitas klinis saja (IBI, 2017).

## **2.3 Riwayat Pendidikan Kebidanan Di Indonesia**

Pada Kurikulum dipendidikan kebidanan dipersiapkan sedemikian rupa sehingga diharapkan bidan yang akan dihasilkan dapat berkontribusi dalam pelayanan pada ibu dan anak serta balita di dalam masyarakat seperti di desa. Disamping itu juga Departemen Kesehatan melatih para bidan yang telah dan akan bekerja untuk mengenalkan suatu keadaan dan beberapa masalah

Kesehatan dan penerapan penatalaksanaanya di desa berkaitan dengan kesehatan ibu serta anak balita.

Mereka juga mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan kemampuan dalam suatu kegiatan, misalnya dalam kegiatan suatu acara ilmiah yang dilaksanakan oleh pemerintah ataupun organisasi profesi seperti Ikatan Bidan Indonesia (IBI). Bidan yang bekerja di desa, puskesmas, puskesmas pembantu; dilihat dari tugasnya hal ini dapat berfungsi menjadi bidan komunitas.

Setelah Indonesia meraih kemerdekaan, Pendidikan kebidanan mengalami suatu peningkatan sampai tidak hanya menangani hal yang dapat bersifat klinis saja. Para siswa di dalam lingkup sekolah kebidanan yang melaksanakan pembelajaran selama empat tahun pada saat itu sudah memiliki konsep suatu pelayanan kebidanan dalam komunitas.

Pada awal mulanya perkembangan itu masih memfokuskan pada suatu pelayanan kebidanan di dalam komunitas pada penerapan pendidikan formal, sehingga harapannya pada lulusan yang tidak hanya bekerja di persalinan rumah sakit yang dapat beralih ke poliklinik hamil rumah sakit sebagai konsultan yang bertugas atau bekerja secara mandiri. Tidak lama, satu tahun kemudian, peluang tersebut meningkatkan dengan dilaksanakannya suatu kursus tambahan untuk mengambil suatu peran pada Kesehatan di dalam masyarakat secara langsung.

Pada akhirnya, semua lulusan dalam penerapan pendidikan kebidanan bukan hanya bisa mengembangkan diri di rumah sakit ataupun poli klinik. Akan tetapi bisa secara langsung melalui komunitas di dalam masyarakat yang berada di setiap kecamatan dengan diterapkannya pada pelayanan berbasis Kesehatan Ibu dan Anak (BKIA). Tahun 1967, keberadaan BKIA disatukan dengan

pusat Kesehatan masyarakat (Puskesmas) yang perannya bukan hanya berpusat pada Ibu dan Anak (KIA) tetapi bisa juga pada keluarga berencana (KB). Saat itu peran bidan sangat penting menjadi penggerak di dalam masyarakat.

#### **a. Tahun 1989**

Dibuka program pendidikan kebidanan secara nasional yang dapat memperbolehkan lulusan SPK untuk langsung masuk program pendidikan kebidanan. Program ini diketahui sebagai suatu program pendidikan bidan A (PBB/A) dan lama pendidikan selama satu tahun dan lulusannya akan ditempatkan di perdesaan, dengan maksud untuk memberikan suatu pelayanan pada Kesehatan khususnya pelayanan kesehatan terhadap Kesehatan ibu dan anak di daerah pedesaan dengan tujuan agar dapat meningkatkan kesejahteraan pada keluarga dan dapat menurunkan angka kematian ibu dan anak, dari itu pemerintah menugaskan bidan di setiap perdesaan sebagai seorang PNS dengan golongan II. Mulai tahun 1996 status seorang bidan di desa sebagai pegawai tidak tetap (bidan PTT), kontrak selama 3 tahun, yang nantinya dapat diperpanjang dua kali tiga tahun lagi.

Program penempatan bidan ini menyebabkan orientasi sebagai tenaga kesehatan. Seorang Bidan sebaiknya dipersiapkan dengan sebaik-baiknya bukan saja kemampuan klinik sebagai seorang bidan juga dapat mampu dalam berkomunikasi, konseling serta memiliki kemampuan agar dapat menggerakkan pada masyarakat di desa dalam rangka meningkatkan taraf kesejahteraan kesehatan ibu dan anak.

Pada Program Pendidikan Bidan (A) diterapkan dengan peserta didik cukup besar. Diharapkan tahun 1996 sebagian besar desa sudah mempunyai seorang bidan. Lulusan pendidikan ini pada kenyataannya bukan mempunyai

kemampuan serta keterampilan yang diharapkan seorang bidan yang profesional, dikarenakan dalam penerapan pendidikan yang sangat singkat serta pada jumlah peserta didik sangat besar hal ini dalam kurun waktu satu tahun akademik, sehingga pada kesempatan para peserta didik melakukan praktik klinik kebidanan sangatlah kurang, sehingga dapat dilihat pada tingkat kemampuan yang dimiliki bidan juga kurang.

## **b. Tahun 1993**

Pada tahun 1993 dibukanya program pendidikan bidan B (PBB/B) yang tujuannya peserta didiknya lulusan AKPER dengan lama pendidikan selama 1 tahun. Tujuan pendidikan ini adalah untuk mempersiapkan tenaga pengajaran pada PBB A. Berdasarkan penelitian terhadap kemampuan klinik kebidanan dari lulusan ini tidak menunjukkan kompetensi yang diharapkan karena lama pendidikan yang hanya 1 tahun. Pendidikan ini hanya berlangsung 2 angkatan (1995 dan 1996) kemudian ditutup.

Tahun 1993 juga dibukanya pendidikan bidan program C (PBB/C) yang dapat diterima dari lulusan SMP. Pendidikan ini didirikan di 11 provinsi adalah Aceh, Riau, Bengkulu dan Lampung (wilayah Sumatera) Kalimantan Selatan, Kalimantan Barat, dan Kalimantan Timur (wilayah selatan) Sulawesi Selatan, Nusa Tenggara Timur, Maluku dan Irian Jaya. Pendidikan ini memerlukan kurikulum sebanyak 3700 jam dan dapat diselesaikan dalam waktu 6 semester.

Selain itu juga pendidikan bidan di atas sejak tahun 1994-1995 pemerintah melaksanakan uji coba pada program pendidikan bidan jarak jauh (*Distance Learning*) di tiga provinsi yaitu Jawa Barat, Jawa Tengah, dan Jawa Timur. Kebijakan ini dilaksanakan agar memperluas cakupan upaya dalam

meningkatkan mutu tenaga kesehatan yang diperlukan dalam pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Pengaturan penyelenggaraan ini telah diatur dalam SK Menkes No. 1247/Menkes/SK/XII/1994.

Diklat jarak jauh bidan (DJJ) yaitu DJJ kesehatan yang ditunjukkan untuk dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan bidan agar mampu melaksanakan tugasnya dan diharapkan berdampak pada penurunan pada AKI dan AKB. DJJ bidan dilakukan dengan menggunakan modul sebanyak 22 buah. Pendidikan ini dikoordinasikan oleh Pusdiklat Depkes dan dilaksanakan oleh bapelkes di propinsi.

- DJJ I (Tahun 1995-1996) diterapkan di 15 provinsi
- DJJ II (Tahun 1996-1997) diterapkan di 16 provinsi
- DJJ III (Tahun 1997-1998) diterapkan di 26 provinsi.

Secara komulatif dari tahap I-III diikuti oleh 6.303 dan 3.439 (55%) dinyatakan lulus.

- DJJ tahap IV (tahun 1998-1999) diterapkan di 26 provinsi dengan jumlah setiap provinsinya yaitu 60 orang kecuali Maluku, Irian Jaya dan Sulawesi Tengah masing-masing hanya 40 orang dan provinsi Jambi 50 orang.
- Selain pelatihan DJJ pada tahun 1994 juga diterapkan pelatihan pelayanan kegawat daruratan maternal dan neonatal (LSS). Life Saving Skill dengan materi pembelajaran berbentuk 10 modul. Ditinjau dari proses penyelenggaraan ini dinilai tidak efektif.

### **c. Tahun 1996**

Ikatan Bidan Indonesia (IBI) bekerjasama dengan Depkes dan *American College of Nursing Midwife* (ANCM) dan Rumah Sakit swasta melakukan *training of trainer*

kepada para anggota IBI berjumlah 8 orang untuk LSS yang kemudian menjadi pelatihan inti LSS di PP IBI. Tom pelatihan LSS ini mengadakan TOT dan pelatihan baik untuk bidan di desa maupun bidan praktik swasta. Pelatihan praktik dilaksanakan di 14 provinsi dan selanjutnya dapat melatih BPS secara swadaya, begitu juga guru atau dosen dari D3 kebidanan.

**d. Tahun 1995-1998**

Pada tahun 1995-1998 IBI bekerja secara langsung dengan *Mother Care* diterapkan pelatihan dan *peer review* bagi bidan RS, bidan Puskesmas, dan bidan di desa di provinsi Kalimantan Selatan.

**e. Tahun 2000**

Pada tahun 2000 telah adanya tim untuk melaksanakan pelatih Asuhan Persalinan Normal (APN) yang dikoordinasi oleh *Maternal Neonatal Health* (MNH) dan sampai sekarang telah melatih APN di beberapa provinsi/kabupaten. Pelatihan LSS dan APN bukan saja dapat pelatihan dalam pelayanan, tetapi juga guru, dosen-dosen dari Akademi Kebidanan.

Selain melalui proses pendidikan formal dan pelatihan, agar tujuannya dapat meningkatkan kualitas pelayanan juga diadakan seminar dan lokakarya organisasi (*Organization Development* : OD) hal ini dilaksanakan setiap tahun sebanyak 2 kali mulai dari tahun 1996 sampai tahun 2000 dibiayai oleh UNICEF.

## **2.4 Perkembangan Pendidikan Bidan Sekarang**

Tanggung jawab dan beban kerja bidan dalam melayani masyarakat sangatlah besar, agar dapat menghasilkan lulusan yang mampu memberikan pelayanan yang berkualitas dan dapat berperan sebagai tenaga kesehatan professional maka pemerintah bersama dengan IBI telah mengupayakan pendidikan bagi bidan dengan baik.

Mulai tahun 1996 telah dibukanya pendidikan diploma III kebidanan dengan menggunakan kurikulum nasional yang telah ditetapkan melalui surat keputusan menteri pendidikan dan kebudayaan RI No.009/U/1996 di 6 provinsi dengan menerima calon peserta didik dari SMA. Saat ini kurikulum DIII Kebidanan telah direvisi mengacu pada Kep Mendiknas 232 tahun 2000 tentang pedoman penyusunan kurikulum pendidikan tinggi dan hasil revisi tersebut telah disahkan dengan keputusan menteri kesehatan RI No. HK.006.06.2.4.1583.

Ada 65 institusi yang menyelenggarakan pendidikan diploma III kebidanan di seluruh Indonesia (tahun 2001). Partisipasi dalam penerapan pendidikan diploma III Kebidanan pada tiga tahun terakhir minat masyarakat sangatlah tinggi. Hal ini terlihat sampai saat ini jumlah institusi penyelenggara DIII Kebidanan sudah mencapai 147 dengan 43 milik Depkes dan sisanya kepemilikan pemerintah daerah, TNI dan swasta.

Hal ini perlu kita cermati bersama-sama bahwa jika peluang akan tetap dipertahankan maka akan ditutup kemungkinan jumlah institusi DIII kebidanan sulit untuk dibendung karena adanya aturan yang memungkinkan untuk itu. Berkaitan dengan hal itu sebaiknya agar pihak seperti IBI melakukan studi tentang hal ini dan menyampaikan kepada pihak terkait dan berwenang sebagai masukan saran agar dapat membatasi izin pendirian Diploma kebidanan dan D IV Bidan pendidik. Dengan jumlah institusi yang

cukup besar tersebut dihadapi berbagai suatu masalah diantaranya pada jumlah dosen serta sarana dalam lahan praktik dan kasus yang masih terbatas.

Dalam mengatasi permasalahan ini dimulai tahun 2000 dibukalah Pendidikan program diploma IV bidan pendidik yang didirikan oleh fakultas kedokteran Universitas Gajah Mada Yogyakarta. Pendidikan ini lamanya dua semester (satu tahun) dan saat ini telah berkembang program yang sama pada UNPAD (2001), USU (2004) dan STIKES Ngudi Waluyo Semarang, serta STIKIM Jakarta (2003). Akhir-akhir ini minat pada masyarakat untuk membuka program D IV bidan pendidik sudah mulai masuk ke Pusdiknakes dari pemprakarsa program D IV bidan pendidik pada awalnya dilaksanakan dalam masa transisi dalam upaya pemenuhan kebutuhan dosen.

Apabila dianalisa lebih lanjut pada aturan yang berlaku di Depdiknas yaitu kualifikasi dosen minimal satu tingkat program yang dilaksanakan dengan program studi yang sesuai. Sebagaimana diketahui bahwasannya D IV bidan pendidik dengan masa studi satu tahun terdiri dari beban materi profesi kebidanan kurang lebih 60% dan 40% beban materi kependidikan. Hal ini menunjukkan bahwa belum dapat memenuhi ketentuan yang ditetapkan Depdiknas pada kualifikasi dosen minimal D IV dan SI Kebidanan serta untuk menjadi pendidik perlu ditambah dengan kemampuan kependidikan.

Dengan memperhatikan permasalahan tersebut perkembangan pendidikan Bidan mulai menunjukkan keseriusannya dengan mengembangkan pendidikannya ke jenjang S2 Kebidanan. Pelopor pertama pendidikan Bidan untuk memenuhi kebutuhan dosen yaitu UNPAD, peneliti dan manajer dalam bidang *midwifery*/ kebidanan disamping tetap dalam menerapkan

pemenuhan kebutuhan pada tenaga pelaksana pelayanan kebidanan oleh setiap tatanan pelayanan pada kesehatan.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Affandi, Biran (2012). Asuhan Kebidanan Komunitas. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Aisa Sitti, dkk. (2018). Panduan Penulisan Catatan Soap Dalam. Pendokumentasian Kebidanan. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Ambarwati. E. R dkk (2011). Asuhan Kebidanan Komunitas. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Herlina, Siskha Maya (2017). Pelaksanaan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dalam menurunkan Angka Kematian Ibu di Puskesmas Imogiri 1 Bantul Yogyakarta. Yogyakarta: Universitas Aisyiyah. <http://who.int/features/factfiles/women/en>. 26 Maret 2023.
- Putri. S. dkk (2019). Asuhan Kebidanan Komunitas. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Syafrudin dan Hamidah (2009). Kebidanan Komunitas. Jakarta: EGC.
- Walyani. W. S (2014). Kebidanan Komunitas. Yogyakarta: Pustaka Baru Press. [www.arhp.org/aboutus/position-statemens](http://www.arhp.org/aboutus/position-statemens). 24 Maret 2023.
- Yulifah, Rita dan Tri Johan Agus Yuswanto (2014). Asuhan Kebidanan Komunitas. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.



# **BAB III**

## **RIWAYAT KOMUNITAS DI DUNIA**

*Oleh Sri Handayani*

### **3.1 Pengertian Bidan**

Para wanita memiliki seorang teman baik dalam mempersiapkan dan menjaga kesehatan mereka. Teman baik ini terlibat dalam penilaian ulang yang adaptif dan memenuhi setiap kepentingan khas setiap wanita, yaitu seorang bidan (ibu persalinan). Bidan adalah sebuah bidang profesi yang berasal dari visi seorang wanita dan didasarkan pada pemahaman tentang fase-fase perkembangan wanita, serta berkomitmen untuk memastikan bahwa perawatan yang unik ini tersedia sebagai hak bagi para wanita yang berasal dari berbagai latar belakang. Sejarah perawat-kebidanan di Amerika Serikat mencatat bahwa bidan telah aktif menyelenggarakan perawatan prenatal sejak tahun 1930-an dan menjadi pelopor gerakan perawatan maternitas berpusat-keluarga, persalinan alami, persiapan persalinan, serta keterlibatan ayah atau anggota keluarga terdekat dalam memberikan dukungan bagi ibu yang baru saja menyelesaikan persalinannya di rumah sakit dan kamar bersalin pada tahun 1940-an (Awaliahasan:2022). Kebidanan merupakan suatu hal yang seluruhnya berkaitan dalam kebidanan dan mencakup seluruh layanan yang diberikan oleh bidan kepada para wanita pada saat-saat krusial. Periode ini mencakup antara periode sebelum kehamilan, periode pada saat kehamilan, fase melahirkan, periode sesudah melahirkan, periode nifas, bayi neonatal, bayi, balita, dan anak-anak sebelum masa sekolah. Selain memberikan pelayanan kepada wanita yang sedang dalam periode kehamilan, bidan juga memberikan layanan Kesehatan pada reproduksi wanita serta pelayanan mengenai keluarga berencana sesuai dengan tanggung jawab dan wewenangnya (Kemenkes:2020).

Seseorang yang dapat dipanggil sebagai bidan adalah wanita yang telah menyelesaikan program pendidikan kebidanan, baik di dalam maupun di luar negeri, yang diakui secara resmi oleh Pemerintah Pusat dan telah memenuhi syarat untuk menjalankan praktik kebidanan (Kemenkes:2020).

## **3.2 Sejarah Kebidanan**

### **3.2.1 Masa Sebelum Masehi (Fitria, 2020)**

#### **1. Mesir**

Ilmu kebidanan diperkenalkan untuk pertama kalinya di negara Mesir

- Merupakan profesi yang luhur
- Mendapatkan berkat dari tangan para dewa Mesir
- Terdapat undang-undang yang mengatur praktik kebidanan serta diperlukannya seorang asisten tabib konsultan jika terdapat kendala pada saat persalinan

Sekolah kebidanan juga pertama kali didirikan oleh orang-orang Mesir untuk mempelajari banyak hal, seperti anatomi, psikologi, cara memimpin persalinan, serta cara merawat bayi yang baru lahir. Aristoteles dan juga Socrates adalah tokoh kebidanan yang lahir pada zaman.

#### **2. Bangsa Yahudi**

Kaum Yahudi banyak mengambil contoh pada saat bidan di Mesir ketika membantu persalinan, terutama dalam hal pengobatan dan pendidikan kebidanan. Hal-hal utama bangsa Yahudi dalam membantu persalinan adalah kebersihan dan membacakan mantra-mantra pada saat proses persalinan.

Setelah proses persalinan, perawatan neonatus bangsa Yahudi mencakup antara lain pemotongan tali pusar, pemandian bayi, menggosok badan bayi dengan garam, dan membungkus bayi dengan bedong. Para bidan bangsa Yahudi juga dibayar jasanya dalam membantu persalinan.

### 3. Yunani

Dalam bangsa Yunani, jika seorang bidan ingin membantu dalam proses persalinan, maka bidan tersebut harus memiliki anak sendiri. Ada undang-undang juga yang mengontrol praktik para bidan. Bidan yang telah membantu pada saat persalinan, akan mendapatkan upah. Bapak ilmu kedokteran, Hipocrates (460-377 SM), mencatat kasus kematian akibat puerperal untuk pertama kalinya. Sedangkan Aristoteles mengajarkan pengaruh praktek kebidanan.

### 4. Roma

Ciri praktek kebidanan pada bangsa Roma:

- Seorang bidan harus memiliki kemampuan selayaknya pemimpin atau obstetri jika ingin membuka praktek miliknya sendiri
- Para bidan memperoleh status yang lebih rendah dikarenakan masih memilih untuk menggunakan perawatan tradisional.

### 3.2.2 Masa Medieval (1000 – 1500 M)

Pada masa ini, kemajuan kebidanan seiring dengan penyebaran agama Kristen. Kemajuan ilmu obstetri juga menghasilkan beberapa terobosan baru dan meningkatkan kebutuhan para bidan dalam bidang pendidikan. Pada masa ini, praktik kebidanan seutuhnya dilakukan oleh wanita dengan latar belakang yang biasa saja.

#### 1. Roma

- Soranus (98 – 138 SM)  
Merupakan seorang ahli pertama dalam Obstetri Ginekologi. Pada sisi lainnya, Galen (yang hidup pada tahun 129 sampai tahun 201 masehi), dianggap sebagai spesialis obgyn pertama yang mengarang sejumlah buku teks tentang pengobatan, meliputi bidang obstetri dan ginekologi serviks dengan Teknik menggunakan jari dan

juga mendefinisikan syarat atau kualitas seorang bidan profesional. Dia juga merupakan orang pertama yang mengatakan seputar jenis-jenis Podalic.

- Salerno

Trotula merupakan seorang dokter wanita pertama dari Sekolah Kedokteran ternama yang menulis beberapa karya mengenai *gynekologi* dan kebidanan. Dalam karyanya, Trotula menjelaskan bagaimana bidan dapat menangani kasus emergensi seperti *Retensio Placenta*, merawat seorang wanita setelah dirinya melahirkan, memeriksa bayi yang baru lahir, dan memberitahukan betapa pentingnya bagi para bidan untuk memiliki kepercayaan diri dan pendekatan etis dalam pekerjaannya. Selain itu, Trotula juga dikenal sebagai orang yang pertama kali mencoba untuk memperbaiki *lacerasi perineum* derajat tiga.

2. Kerajaan Byzantium

Kerajaan Byzantium merupakan ibukota dari Constantinopel. Pada masa itu, Paulus of Aegina yang merupakan seorang penulis terkenal, mencatat bahwa telah ada seorang bidan perempuan pertama dan pada abad ke-12 telah didirikannya juga sebuah rumah sakit khusus yang menangani pasien-pasien wanita.

3. Semenanjung Arab

Rhazes (860-932 M) dan Avicenna (980-1037 M), merupakan dua orang dokter yang berasal dari Semenanjung Arab. Mereka menuliskan mengenai penggunaan instrument yang dianggap membantu selama proses persalinan berlangsung.

### 3.2.3 Masa Kejayaan (1500-1700 M)

Dalam masa kejayaan ini, ada sedikit kemajuan yang telah dicapai dalam praktik kebidanan. Para tokoh terkenal seperti Gabriello Fallopio of Italy, Andreas Vesallius of Belgium, dan Leonard de Vinci telah berjasa dalam mengembangkan pengetahuan tentang Anatomi Fisiologi. Pada masa ini juga pengetahuan tentang Anatomi Fisiologi dianggap maju secara pesat.

#### 1. Perancis

Selain dikenal sebagai seorang ahli bedah terkemuka, Ambroiseparé (1510-1590 M) juga berkontribusi dalam bidang kebidanan dan ginekologi dengan cara menciptakan sebuah teknik vakum ekstraksi. Ia juga mendirikan sekolah kebidanan pertama di Perancis.

- Seorang ahli pertama yang dikenal sebagai Francois Mauriceau (1637-1709 M), berhasil mengungkapkan kehamilan ektopik dan presentasi bentuk muka dengan letak dahi, serta memberikan penjelasan terperinci tentang mekanisme persalinan dan teknik Morisot
- Seorang bidan bernama Lousye Bourgois (1563-1636 M), berhasil menoreh sejarah dengan mempublikasikan buku pertama yang berkaitan dengan kebidanan.
- Pada abad ke-17, Marie Lauyse Duge dicatat oleh sejarah sebagai bidan pertama yang melakukan penelitian yang berkaitan dengan persalinan bayi. Dalam penelitiannya, dia berhasil mencatat dan mengumpulkan data dari 40.000 wanita yang telah ia bantu pada proses saat melahirkan.

#### 2. Jerman

Salah satu tokoh kebidanan pertama yang mempublikasikan buku mengeni kebidanan, Justine Siegemundin (1645).

3. Switzerland

Jacob Nuver, yang hidup hingga usia 77 tahun, adalah seorang dokter yang melakukan operasi Caesar pada istrinya dan menantikan kelahiran anak mereka.

4. Belanda

Hendrick Van Roonhuyze (1622) memperkenalkan *seksio secarea* dan Hendrick Van Deventer (1651-1724) melukiskan banyak kegagalan panggul di Belanda. Kedua ahli tersebut memberikan sumbangan yang besar dalam bidang kebidanan dan memperkenalkan penemuan mereka di Belanda. Selain itu, keduanya juga memimpin pembentukan sebuah kelompok lapangan pekerjaan di bidang kebidanan.

### 3.2.4 Era Awal Abad XX (1700-1900)

- William Smellie, seorang ahli bedah asal Skotlandia yang hidup pada tahun 1677-1763, dikenal sebagai orang yang memperkenalkan forceps dengan lengkungan pelvik yang mirip kurva shepalik. Selain itu, ia juga mengajarkan cara mengukur konjungata diagonalis dalam pelvimetri serta menggambarkan teknik persalinan bayi dengan presentasi bokong dan cara menghidupkan kembali bayi yang mengalami asfiksia dengan menggunakan pompa paru-paru melalui logam kateter.
- Pria asal Hungaria, Ignaz Phillip Semmelweis (1818-1865), merupakan seorang dokter yang memperkenalkan kebersihan cuci tangan secara efektif untuk mencegah sepsis puerperium.
- Seorang tokoh yang lahir pada tahun 1811 dan berasal dari Edinburgh, Skotlandia, James Young Simpson, memperlihatkan dan mengoperasikan cara menggunakan anestesi umum.

- Seorang pria kelahiran Inggris pada tahun 1824, James Blindell, merupakan orang pertama yang sukses mengatasi pendarahan pospartum melalui transfusi darah, sehingga menjadi sejarah tersendiri dalam bidang kebidanan dari Inggris.
- Jean Lubumeau, merupakan orang pertama yang berhasil menemukan cara untuk mendengar bunyi detak jantung melalui stetoskop. Penemuan ini berlangsung pada tahun 1819.
- pada tahun 1819 dan yang pertama kali mendengar detak jantung janin dengan stetoskop pada tahun 1819 adalah tokoh asal Perancis, Jean Lubumeau.
- Pada tahun 1843, John Charles Weaven yang merupakan keturunan dari Inggris dan lahir pada tahun 1811 mempraktikkan tes urin pada perempuan yang sedang mengandung. Hamil. Hal ini dilakukan untuk mendeteksi eklampsia dan menjadikannya orang pertama yang melakukan hal tersebut.
- Pada tahun 1878, Adolf Pinard dari Perancis memperkenalkan palpasi abdominal.
- Pada zaman dahulu, Carl Crede yang berasal dari Jerman (1819-1892) menjelaskan teknik pemakaian rangsangan urin yang halus dan fleksibel sebagai cara untuk mengeluarkan plasenta.
- Pada tahun 1875, seorang dokter obstetri asal Jerman bernama Juduig Bandl yang lahir pada tahun 1842, menemukan bahwa ada lingkaran retraksi yang terjadi pada saat persalinan mengalami Kendal atau macet, yaitu di tempat pertemuan pada segmen atas dan segmen bawah rahim.
- Pada tahun 1857, Daunce dari Bordeaux memperkenalkan penggunaan inkubator untuk merawat bayi prematur.

### 3.2.5 Abad XX Sampai Dengan Sekarang

#### 1. Malaysia

Dalam rangka menurunkan MMR dan IMR, Malaysia telah mengembangkan kebidanan dengan menempatkan bidan-bidan di desa. Bidan-bidan ini harus memiliki *basic* yang terdiri dari SMP, Juru Rawat, dan satu tahun sekolah kebidanan. Sejak zaman dahulu, bidan-bidan di Malaysia telah memberikan pelayanan kesehatan kepada ibu dan anak.

Pada saat ini mereka juga dihormati dan memiliki banyak penghargaan di masyarakat. Organisasi profesi bidan di wilayah Utara disebut dengan nama "Kesatuan Bidan di Wilayah Utara". Di Malaysia, para bidan tidak hanya memberikan bantuan pada saat persalinan, melainkan juga memberikan pembimbingan gizi, dan praktisi pijat bagi para wanita.

#### 2. Jepang

Di negara Jepang, tempat pendidikan untuk menjadi seorang bidan pertama kali didirikan sekitar tahun 1912. Awal dari untuk menjadi seorang bidan adalah melalui program sekolah keperawatan selama tiga tahun, yang kemudian diikuti dengan pendidikan khusus kebidanan selama enam bulan atau sampai dengan satu tahun. Meskipun begitu, pada masa kala itu terdapat permasalahan mengenai kurangnya jumlah tenaga bidan serta pelayanan yang masih belum memuaskan. Hal ini dikarenakan bidan hanya terlatih untuk melakukan pertolongan persalinan normal dan belum siap untuk menghadapi keadaan darurat.

#### 3. Australia

Pada saat itu, terjadi perubahan yang cukup besar dalam sistem pendidikan di negara Australia. Saat ini, seorang bidan dianggap sebagai perawat yang memiliki kualifikasi kebidanan. Oleh karena itu, para bidan yang telah menjalani berbagai program bimbingan pada Eropa dan Amerika harus mendapatkan pelatihan perawatan terlebih dahulu sebelum dapat diakui sebagai bidan di Australia. Siswa-siswi yang mengambil program Pendidikan

kebidanan harus terdaftar sebagai perawat terlebih dahulu sebelum dapat memulai program kebidanan. Pada tahun 1990, terjadi perubahan yang signifikan dalam kebidanan swasta di Australia dan profesi keperawatan menolak untuk mengakui bidan sebagai profesi yang terpisah.

Namun, terhitung semenjak tahun 2000, salah satu universitas di Australia, University of Technology of Sidney telah membuka program magister (*Doctor of Midwifery*) yang mengadopsi model pelatihan keperawatan di Inggris di mana kebidanan dan keperawatan tidak dapat dipisahkan.

#### 4. Spanyol

Madrid, yang merupakan salah satu ibu kota negara di Eropa, sudah sangat familiar dengan bidang pekerjaan bidan sejak lama. Pada tahun 1789, pelatihan bidan pertama kali dimulai bertujuan agar bisa menyiapkan para bidan dapat bekerja secara mandiri di masyarakat, terutama di kalangan buruh dan petani kelas menengah ke bawah. Kemudian pada tahun 1932, kepelatihan bidan mulai secara resmi diakui sebagai *School of Midwives*. Namun, antara tahun 1897 hingga tahun 1988, kepelatihan bidan ditutup sementara karena kurikulum yang digunakan harus menyesuaikan dengan persyaratan yang berlaku di lingkungan dan negara.

#### 5. Ontario Kanada

Awal mula mulai terjadinya ketidakpuasan antara para wanita dan keluarga terhadap sistem perawatan kesehatan persalinan di Ontario, Kanada adalah pada tahun 1998. Latar belakang kepelatihan yang pernah diikuti oleh para bidan di negara ini kebanyakan berasal dari Britania Raya. Namun, ada juga yang berasal dari kepelatihan formal seperti negara Jerman, Belanda, dan lainnya. Kepelatihan formal untuk menjadi seorang bidan di Kanada membutuhkan waktu kurang lebih tiga tahun dan akan mendapatkan ijazah kebidanan. Mereka yang memiliki ijazah kebidanan memiliki peluang untuk mendaftar atau memperoleh lisensi praktik.

## 6. Denmark

Pada negara ini, bidan mempunyai sifat keprofesian yang tergolong mandiri. Pendidikan bidan dimulai pada tahun 1787 sekaligus merayakan berdirinya sekolah bidan selama 200 tahun. Setiap tahun, pendidikan kebidanan menerima siswa-siswi dengan lama pendidikan selama tiga tahun melalui jalur langsung. Namun, mereka yang sudah menjadi perawat, pendidikan bidan bisa diambil selama dua tahun dengan berdasarkan pada pengetahuan perawatan. Kemudian terkait dengan kebijakan ini malah menimbulkan perdebatan di antara kalangan bidan. Pada tahun 1973, bidan menyusun pengelompokan pasien berdasarkan beberapa risiko yang muncul, tetapi hal ini memunculkan kembali perdebatan dikarenakan tidak adanya perbedaan yang jelas antara risiko yang tinggi maupun rendah. Lebih lanjut ketika tahun 1980, perdebatan kembali muncul lagi dikarenakan adanya aturan baru tetapi tidak menyinggung sama sekali mengenai perbedaan risiko tinggi dan rendah, tetapi hanya tercantum "The perinatal period is abnormal period of family life. The woman, her family and close friend should be central. The midwife, doctor and any other staff are only to support the woman and her family". Penekanan pelayanannya adalah pada Kesehatan dan pelayanan yang tidak bersifat invasif.

## 7. New Zealand

Dalam kurun waktu 50 tahun terakhir, rekam jejak kebidanan telah difokuskan pada kemajuan medikalisasi kelahiran bayi. Selandia Baru memulai penerapan medikalisasi kehamilan pada tahun 1970, yang berdasarkan metode yang didasarkan pada program pascasarjana kebidanan dan praktik rumah sakit pemerintah khusus wanita di Universitas Auckland.. Pada tahun 1978, sebuah perkumpulan *home birth* dibentuk di Auckland sebagai gerakan politis untuk melindungi *home birth*. Pada awalnya, perkumpulan ini hanya memiliki 150 anggota dan dalam dua tahun berubah menjadi organisasi nasional bernama *New Zealand Association* atau NZA. NZA diperkuat dengan dukungan lingkungan

dan warga sekitar, donator, dan fluktuatif yang memiliki tanggung jawab yang besar dalam membuat perubahan lebih baik dalam mekanisme sebuah rumah sakit. Kemudian, pada 1970, NZNA menerbitkan kebijakan untuk membatasi rumah, yang disampaikannya oleh penasehat panitia material Java kepada Jawatan Kesehatan. Seiring berjalannya waktu, NZNA mengalami kemajuan signifikan dalam menerapkan konsep perawatan umum secara berkelanjutan, menyediakan layanan dari kelahiran hingga kematian. Antara tahun 1904 dan 1979, pelatihan kebidanan disediakan selama enam bulan di rumah sakit. Pada tahun 1978, NZNA diganti dan beberapa politeknik keperawatan didirikan di Selandia Baru, sedangkan beberapa orang melanjutkan pendidikan ke Australia dan Inggris untuk memperoleh keahlian kebidanan. Pada tahun 1986, dari 206 bidan yang ada, hanya 29 orang yang lulus dari program kebidanan di Selandia Baru pada tahun 1987.

## 8. Amerika (USA)

Sebelumnya, proses persalinan biasanya ditangani oleh orang pintar atau sebutannya di Amerika adalah *shaman* yang sebenarnya tidak memiliki pengetahuan sama sekali mengenai persalinan atau oleh wanita yang sering melahirkan serta ahli obat yang menekankan pentingnya rasa takut dan kesedihan agar kelahiran menjadi lebih mudah. Di Amerika Serikat, profesi kebidanan hampir terancam oleh konflik dengan profesi medis. Pendidikan kebidanan di Amerika dimulai sejak masa kolonial, di mana bidan tinggal di antara wanita pertama di koloni. Meskipun bidan sudah ada di kalangan penduduk asli Amerika Serikat, sejarah dan riset mengenai bidan belum terlalu dikenal secara umum. Pada abad ke-19, para wanita yang ingin menjadi bidan harus melakukan perjalanan yang cukup berat dan menetap di berbagai tempat untuk membantu melahirkan anak. Kemudian, Mary Breckinridge mengamati para bidan yang bekerja di Eropa dan mendapatkan pelatihan di Inggris sebelum mendirikan *Frointher Nursing Service* atau FNS di Kentucky. Meskipun melayani masyarakat yang kurang mampu, para bidan telah membuktikan hasil yang lebih positif dalam meningkatkan kesehatan ibu dan bayinya. Samuel Fuller dan

istrinya merupakan orang pertama yang berpraktik kebidanan di Amerika dan mereka melatih orang lain yang tertarik untuk menjadi bidan seperti Anne Hutchinson (Fitria:2020).

Pendidikan kebidanan mulai berkembang pada tahun 1990. Kemudian pada tahun 1935, *Nurse-Midwifery* di USA dimulai dan memperoleh akreditasi. Ada beberapa tingkatan kepelatihan dalam profesi kebidanan, yaitu:

- *Certified Nurse Midwifery*
  - a. Terbagi menjadi dua bidang ilmu yang terpadu di dalamnya, yaitu keperawatan (*nurse*) dan kebidanan (*midwifery*).
  - b. Sudah memiliki legalitas yang sah hampir di 50 negara bagian di Amerika .
  - c. Kepelatihan berbasiskan perguruan tinggi dilaksanakan di *The American Collage of Nurce Midwives* atau ACNM.
- *DEM (Direct Entry Midwife)*
  - a. Pegiat mandiri mempelajari ilmu kebidanan melewati *Self Study*, kemudian magang sekolah kebidanan atau universitas yang memiliki program *basic* dalam disiplin ilmu keperawatan.
  - b. Pada 16 negara bagian di Amerika, DEM tidak diperbolehkan sehingga belum mempunyai legalitas yang sah.
- *Certified Midwifery*
  - a. Seseorang yang menjalani kependidikan bidan.
  - b. *The American Collageof Nurce Midwives* merupakan lokasi pada saat kuliah.
- *CPM (Certified Professional Midwives)*
  - a. Seseorang yang mengikuti pendidikan kebidanan dan telah melengkapi *standard international sertifikasi* dari *NORTH American Registry of Idwives* atau NARM, telah dianggap sebagai seseorang yang memiliki kualifikasi yang cukup untuk dipersiapkan sebagai model perawatan kebidanan.

- b. Telah mendapatkan sertifikat yang meliputi keterampilan, pengetahuan, dan pengalaman vital yang bertujuan untuk memiliki rasa tanggung jawab sebagai seorang ahli kebidanan.
- *Lay Midwives*
  - a. Pelatihan kebidanan yang belum mendapat akreditasi dan tidak berlegalisasi.
  - b. Mendapatkan kepelatihan formal.
  - c. Namun, bukan berarti bahwa kepelatihan ini yang terendah dibandingkan dengan yang lainnya. Hal ini dapat juga diistilahkan dengan Tradisional Midwives.

## 9. Inggris

Di Inggris, bidan merupakan pembantu tradisional dalam persalinan, di mana pengetahuan dan keterampilannya diturunkan secara turun-temurun. Dahulu, para bidan ang masih menggunakan cara tradisional, dianggap sebagai penyihir atau *witch*, dan biasanya berakhir dengan cara diikat kepada tiang dan dibakar. Selain itu, mereka juga dianggap sebagai ancaman bagi pria yang mencoba menekuni profesi sebagai pemegang tunggal seni perawatan.

Pada abad ke-14, bidan dibayar oleh kerajaan atas jasanya dan dihormati oleh lembaga pensiun Inggris. Pada abad ke-17, mulai adanya bidan yang tidak hanya terdiri dari para wanita, tetapi para pria pun muncul dan mengkhususkan diri pada bidang kebidanan yang menyebabkan meningkatnya masyarakat yang secara terbuka lebih menerima peran yang sebelumnya hanya ditempati oleh para wanita. Namun, secara tersirat hal tersebut menunjukkan bahwa hal ini secara tidak langsung merusak keleluasaan para bidan, pelatihan, dan keterampilan mereka dianggap rendah.

## 10. Belanda

Di masa ini, angka kematian bagi seorang ibu dan anak relative tinggi karena dukun yang menjadi penolong bagi kebanyakan persalinan (IBI:2005). Di Belanda, pendidikan bidan dianggap berbeda dengan pendidikan perawat karena disiplin kedua bidang tersebut memerlukan sikap dan keterampilan yang

berbeda. Hal ini dapat dilihat ketika para perawat bekerja, mereka dimonitoring oleh pihak rumah sakit sedangkan di bawah pengawasan rumah sakit, sedangkan bidan cenderung lebih bebas karena langsung terjun di masyarakat secara independent.

Pada tahun 1861, didirikan Akademi pendidikan bidan pertama di RS Universitas Amsterdam. Kemudian, pada tahun 1882 dibuka akademi kedua di Rotterdam dan tahun 1913 dibuka akademi ketiga di Heerlen. Lama masa kepelatihan bidan awalnya hanya 2 tahun, kemudian diperpanjang menjadi 3 tahun, dan terakhir mulai tahun 1994, durasinya menjadi 4 tahun dengan diperlukannya pendidikan *basic* setara dengan SMA. Di Belanda, tugas utama seorang bidan adalah turut serta membantu dalam persalinan normal dan mengarahkan pasien ke dokter spesialis kebidanan jika diperlukan (Sehat:2012).

Bidang profesi bidan di Belanda memiliki pengakuan yang jelas. Hal ini dapat disimpulkan karena 50% persalinan yang dilakukan di Belanda dibantu oleh para bidan. Setiap para bidan yang ada di negara Belanda, cenderung memiliki metode pendekatan yang baik terhadap para wanita, hal ini menimbulkan pertanyaan mengapa bidan sangat pandai dalam hal ini. Sejak tahun 1965, otoritas bidan di Belanda menganggap kehamilan dan persalinan sebagai proses alami, sehingga sebagian besar perempuan melahirkan di rumah dengan dukungan dari bidan.

## 11. Selandia Baru

Selama dua dekade terakhir, Selandia Baru tidak memiliki seorang bidan pun yang beroperasi secara independen dikarenakan mereka tidak diizinkan untuk bertanggung jawab dalam merawat selama kehamilan normal dan persalinan. Sebaliknya, mereka harus bekerja di bawah pengawasan medis.. Akibatnya, peran bidan di institusi besar pun menghilang setelah 50 tahun kevakuman sejak pelatihan kebidanan pertama muncul pada tahun 1779.

Namun, beberapa jenjang perguruan tinggi di negara ini telah mengambil langkah-langkah untuk mengubah situasi tersebut dengan melakukan amandemen hukum. Akhirnya pemerintah

setuju untuk mengubah undang-undang yang mengatur praktik kebidanan agar para bidan dapat diizinkan untuk memiliki tanggung jawab perawatan selama persalinan yang sama dengan dokter. Seiring dengan perubahan undang-undang tersebut, pada tahun 1989, pendidikan kebidanan dipisahkan dari pendidikan keperawatan. Akibatnya, bidan diberikan izin untuk melakukan praktik secara independen pada tahun 1990.

*Auckland Institute of Technology* dan *Otago Polytechnic* pada tahun 1992, membuka program secara langsung selama tiga tahun untuk belajar kepelatihan kebidanan yang merupakan pertama kali dilakukan di Selandia Baru setelah sekian lama.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anaztasyams (2018) 'Makalah "Sejarah Perkembangan dan Pelayanan Kebidanan" |'. Available at: <https://anaztasyams.wordpress.com/2015/01/08/makalah-sejarah-perkembangan-dan-pelayanan-kebidanan/>.
- Awaliahasan (2022) 'Sejarah Kebidanan - awaliahasan26', p. 1.
- Fitria, S. (2020) 'Sejarah\_Perkembangan\_Pelayanan\_Kebidanan', pp. 1–21.
- IBI, P. (2005) *No Title*. 5th edn. Edited by M. Sofyan. Jakarta.
- Kemenkes (2020) *No Title*. Indonesia: <https://ktki.kemkes.go.id/info/sites/default/files/KEPMENKES%20320%20TAHUN%202020%20TENTANG%20STANDAR%20PROFESI%20BIDAN.pdf>. Available at: <https://ktki.kemkes.go.id/info/sites/default/files/KEPMENKES%20320%20TAHUN%202020%20TENTANG%20STANDAR%20PROFESI%20BIDAN.pdf>.
- Sehat, S. (2012) 'Sumbarsehat', p. 1. Available at: <http://www.sumbarsehat.com/2012/09/sejarah-perkembangan-pendidikan.html>.

# **BAB IV**

## **SASARAN KEBIDANAN DI KOMUNITAS**

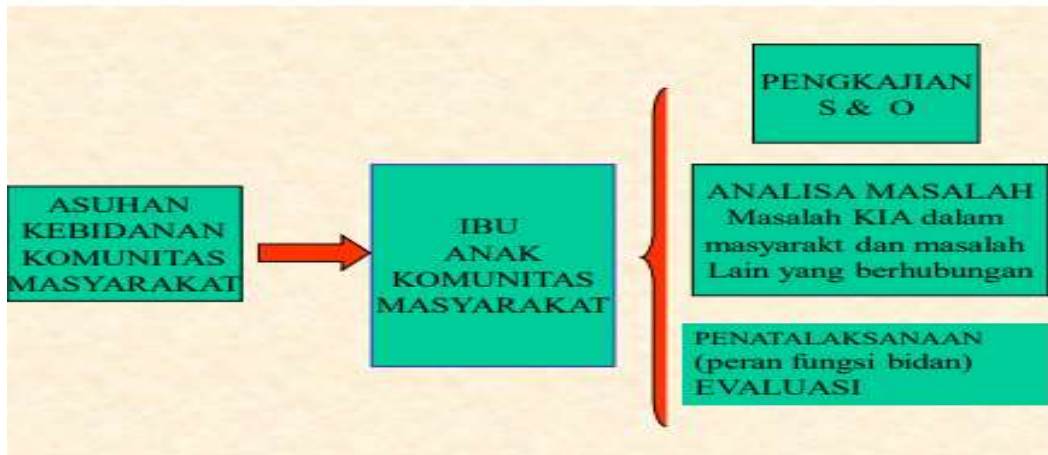
*Oleh Endang Sari*

### **4.1 Pendahuluan**

Komuniti adalah sasaran kebidnaan komunitas. Di dalam komuniti terdapat kumpulan individu yang membentuk keluarga atau kelompok masyarakat. Komunitas merupakan satu kesatuan hidup manusia yang menempati suatu wilayah nyata dan berinteraksi menurut suatu sistem adat istiadat, serta terikat oleh suatu rasa identitas suatu komunitas (Koentjaraningrat, 1990). Ciri - ciri komunitas adalah: 1) kesatuan wilayah; 2) kesatuan adat istiadat; 3) rasa identitas komunitas; dan 4) loyalitas terhadap komunitas (Effendy,2019).

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga, anggota keluarga lainnya yang berkumpul dan tinggal dalam suatu rumah tangga karena pertalian darah dan ikatan perkawinan atau adopsi, satu dengan lainnya saling tergantung dan berinteraksi (Depkes, 2020). Bila salah satu anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan, maka akan berpengaruh terhadap anggota-anggota keluarga yang lain dan keluarga-keluarga yang ada di sekitarnya.

Sasaran kebidanan komunitas adalah individu, keluarga, dan kelompok masyarakat . Sasaran utamanya adalah ibu dan anak dalam keluarga. Kesehatan Ibu meliputi sepanjang siklus kehidupannya mulai pra-kehamilan, hamil, persalinan, pasca persalinan, dan masa diluar kehamilan dan persalinan. Sedangkan kesehatan anak meliputi perkembangan dan pertumbuhan anak mulai masa dalam kandungan, masa bayi, masa balita, masa pra-sekolah, masa sekolah.



**Gambar 4.1 Pendekatan Kebidanan Komunita dalam Memecahkan Masalah**

## **4.2. Asuhan Antenatal Di Komunitas**

Semua ibu hamil berpotensi mempunyai risiko, risiko atau bahaya adalah terjadinya komplikasi dalam persalinan yang berdampak kepada 5D/5K, yaitu: Kematian (Death), Kesakitan (Disease), Kecacatan (Disability), Ketidaknyamanan (Discomfort), Ketidakpuasan (Dissatisfaction) baik pada ibu maupun pada bayi baru lahir. Pemberian asuhan antenatal yang baik dapat membantu dalam menurunkan angka kematian ibu (Yulifah et al 2018).

Asuhan antenatal adalah pemeriksaan kehamilan untuk melihat dan memeriksa keadaan ibu dan janin yang dilakukan secara berkala diikuti dengan upaya koreksi terhadap penyimpangan yang ditemukan selama kehamilan.

Asuhan antenatal yang dilakukan di masyarakat dinamakan asuhan kebidanan komunitas. Manajemen Asuhan antenatal di komunitas merupakan langkah-langkah alamiah dan sistematis yang dilakukan bidan, dengan tujuan mempersiapkan kehamilan

dan persalinan yang sehat berdasarkan standar yang berlaku dan dilakukan dengan kerja sama dengan ibu, keluarga dan masyarakat (Yulifah et al 2018).

Melakukan kunjungan rumah. Kunjungan rumah yang dilakukan minimal: satu kali pada trimester I, satu kali pada trimester II dan dua kali pada trimester III. Untuk dapat melakukan asuhan antenatal di rumah, bidan harus dapat melakukan beberapa hal berikut:

- a) Mempunyai data ibu hamil di wilayah kerjanya
- b) Melakukan identifikasi apakah ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan dengan teratur
- c) Melakukan ANC di rumah, apabila ibu tidak memeriksakan kehamilannya
- d) Sebelum melakukan antenatal di rumah, lakukan kontrak waktu, tentang tanggal, hari dan jam yang disepakati bersama
- e) Melakukan pemeriksaan kehamilan sesuai dengan standar sekaligus mengidentifikasi lingkungan rumah untuk persiapan persalinan di rumah.
  1. Berusaha memperoleh informasi mengenai alasan ibu tidak melakukan pemeriksaan
  2. Apabila ada masalah, coba untuk membantu ibu dalam mencari pemecahannya
  3. Menjelaskan pentingnya pemeriksaan kehamilan
    - a) Standar pelayanan antenatal di komunitas
      - 1) Identifikasi ibu hamil
      - 2) Pemeriksaan dan pemantauan antenatal
      - 3) Palpasi abdomen
      - 4) Pengelolaan anemia pada kehamilan
      - 5) Pengelolaan dini pada kasus hipertensi dalam kehamilan
      - 6) Persiapan persalinan

b) Langkah-langkah Manajemen Asuhan antenatal di komunitas

- 1) Ciptakan adanya rasa percaya dengan menyapa ibu dan keluarga seramah mungkin dan membuatnya merasa nyaman
- 2) Menanyakan riwayat kehamilan ibu dengan cara menetapkan prinsip mendengar efektif
- 3) Melakukan anamnesis secara lengkap, terutama riwayat kesehatan ibu dan kebidanan
- 4) Melakukan pemeriksaan seperlunya
- 5) Melakukan pemeriksaan laboratorium sederhana (Mis: albumin, Hb)
- 6) Membantu ibu dan keluarga mempersiapkan kelahiran dan kemungkinan tindakan darurat
- 7) Merencanakan dan mempersiapkan kelahiran yang bersih dan aman di rumah
- 8) Menjelaskan kepada ibu dan keluarga untuk segera mencari pertolongan apabila ada tanda-tanda:
  1. Perdarahan pervaginam
  2. Sakit kepala lebih dari biasanya
  3. Gangguan penglihatan
  4. Nyeri abdomen
  5. Janin tidak bergerak seperti biasanya
- 9) Memberi konseling sesuai kebutuhan
- 10) Memberikan tablet Fe 90 butir dimulai pada saat usia kehamilan 20 minggu

- 11) Memberikan imunisasi TT dengan dosis 0,5 cc
  - 12) Menjadwalkan kunjungan berikutnya
  - 13) Mendokumentasikan hasil kunjungan
- c) Skrining Antenatal pada ibu hamil

### SKRINING / DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI

Nama : ..... Alamat : .....  
 Umur Ibu : ..... Kec/Kab : .....  
 Pendidikan : ..... Pekerjaan : .....  
 Hari/Kel : ..... Hari Terakhir tgl : ..... Perkiraan Persalinan tgl : .....

**Periksa I**

Umur Kehamilan : ..... Hm Di : .....

| I           | II                             | III                                               | IV | Tribulan |    |     |
|-------------|--------------------------------|---------------------------------------------------|----|----------|----|-----|
|             |                                |                                                   |    | I        | II | III |
| I           | 1                              | Skor awal ibu hamil                               | 2  |          |    |     |
|             | 2                              | Tertentu muda, hamil < 18 th                      | 4  |          |    |     |
|             | 3                              | Tertentu tua, hamil > 35 th                       | 4  |          |    |     |
|             | 4                              | Tertentu lambat hamil I, < 4 th                   | 4  |          |    |     |
|             | 5                              | Tertentu lama hamil lagi (> 2 th)                 | 4  |          |    |     |
|             | 6                              | Tertentu cepat hamil lagi (< 2 th)                | 4  |          |    |     |
|             | 7                              | Tertentu banyak anak, 4 / lebih                   | 4  |          |    |     |
|             | 8                              | Tertentu tua, umur > 35 th                        | 4  |          |    |     |
|             | 9                              | Tertentu pendek, < 145 cm                         | 4  |          |    |     |
|             | 10                             | Pernah gagal kehamilan                            | 4  |          |    |     |
| II          | 11                             | Penyakit pada ibu hamil :                         |    |          |    |     |
|             |                                | a. Kurang Darah b. Malaria                        | 4  |          |    |     |
|             |                                | c. TBC Paru d. Payah Jantung                      | 4  |          |    |     |
|             |                                | e. Kencing Manis (Diabetes)                       | 4  |          |    |     |
|             |                                | f. Penyakit Menular Seksual                       | 4  |          |    |     |
|             | 12                             | Bergak pada muka/jantung dan tekanan darah tinggi | 4  |          |    |     |
|             | 13                             | Hamil kembar 2 atau lebih                         | 4  |          |    |     |
|             | 14                             | Hamil kembar air (Hydramnion)                     | 4  |          |    |     |
|             | 15                             | Bayi mati dalam kandungan                         | 4  |          |    |     |
|             | 16                             | Kehamilan lebih bulan                             | 4  |          |    |     |
| 17          | Letak sungsang                 | 8                                                 |    |          |    |     |
| 18          | Letak lintang                  | 8                                                 |    |          |    |     |
| 19          | Pendarahan dalam kehamilan < 6 | 8                                                 |    |          |    |     |
| 20          | Preeklampsia Berat / Kejang 2  | 8                                                 |    |          |    |     |
| JUMLAH SKOR |                                |                                                   |    |          |    |     |

**PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN – RUJUKAN TERENCANA**

| KEHAMILAN |           |         | KEHAMILAN DENGAN RISIKO |        |         |
|-----------|-----------|---------|-------------------------|--------|---------|
| JML SKOR  | PERAWATAN | RUJUKAN | TEMPAT                  | PENDOK | RUJUKAN |
|           |           |         |                         |        |         |
| 0         | SWI       | SEDIK   | TRAK                    | DRUK   | SEDIK   |
| 1-10      | KRT       | SEDIK   | DRUK                    | DRUK   | SEDIK   |
| >12       | KRT       | DOKTER  | DRUK                    | DRUK   | DOKTER  |

Kematian Ibu dalam Kehamilan : 1. Abortus 2. Lainnya

### KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI' PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

Persalinan Merencanakan tanggal : ..... / ..... / .....

**RUJUK DARI :**

1. Sendiri
2. Dukun
3. Bidan
4. Puskesmas

**RUJUK KE :**

1. Bidan
2. Puskesmas
3. RS

**RUJUKAN :**

1. Rujukan Diri Berencana (ROB)
2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)

**Gawat Obstetrik :**

Kel. Faktor Risiko I & II

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....

**Gawat Obstetrik :**

Kel. Faktor Risiko I & II

1. Pendarahan antepartum
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....

**Komplikasi Obstetrik**

1. Pendarahan postpartum
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....

**TEMPAT :**

1. Rumah Ibu
2. Rumah Bidan
3. Polindes
4. Puskesmas
5. Rumah Sakit
6. Perjanjian

**PENDOKONG :**

1. Dukun
2. Bidan
3. Dokter
4. Lainnya

**MACAM PERSALINAN**

1. Normal
2. Tindakan Perineal
3. Operasi Sesar

**PASCA PERSALINAN :**

**IBU :**

1. Hidup
2. Mati, dengan penyebab
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....

**TEMPAT KEMATIAN IBU**

1. Rumah Ibu
2. Rumah Bidan
3. Polindes
4. Puskesmas
5. Rumah Sakit
6. Perjanjian

**BAYI :**

1. Berat lahir : ..... gram, Laki/2 / Perempuan
2. Lahir hidup : APGAR Skor
3. Lahir mati, penyebab
4. Mati kemudian, umur ..... hr, penyebab
5. Kelahiran bawahan : tidak ada / ada

**KEADAAN IBU SELAMA MASA INFAS (2x Hari Pasca Sali)**

1. Sehat
2. Sakit
3. Mati, penyebab

**Keluarga Berencana** 1. Ya ..... / Sterilisasi

**Kategori Keluarga Miskin** 1. Ya ..... 2. Tidak

Keterangan :

- Kehamilan Risiko Rendah (KRR): Kehamilan normal tanpa masalah atau faktor risiko, kemungkinan besar kehamilan normal, akan tetapi harus tetap waspada akan adanya komplikasi persalinan.
- Kehamilan Risiko Tinggi (KRT): kehamilan dengan faktor risiko, baik dari ibu ataupun janin yang dapat menyebabkan komplikasi persalinan, dampak terhadap kesakitan, kematian, kecacatan baik pada ibu ataupun bayi baru lahir. Diperlukan rujukan ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan khusus dan adekuat
- Kehamilan Risiko Tinggi (KRST): kehamilan dengan risiko ganda atau lebih dari dua faktor risiko baik dari ibu ataupun janin yang dapat menyebabkan komplikasi persalinan atau risiko yang lebih besar yaitu kematian ibu dan bayi, dibutuhkan rujukan kerumah sakit untuk penanganan khusus dan adekuat (Yulifah et al,2018).

### **4.3 Asuhan Intranatal Di Komunitas**

Intranatal atau Persalinan adalah proses yang alami yang ditandai oleh terbukanya serviks, diikuti dengan lahirnya bayi dan plasenta melalui jalan lahir (Depkes, 2020). Manajemen asuhan intranatal di komunitas merupakan suatu pendekatan yang berpusat kepada suatu individu di masyarakat yang membutuhkan kemampuan analisis yang tinggi dan cepat terutama yang berhubungan dengan aspek sosial, nilai-nilai, dan budaya setempat Dengan memberikan asuhan intranatal yang tepat dan sesuai standar, diharapkan dapat dapat membantu menurunkan angka kematian

ibu dan bayi akibat perdarahan pada saat persalinan. Adapun tujuan dari dilaksanakannya asuhan intranatal di rumah:

- a. Memastikan persalinan telah dilaksanakan
- b. Memastikan persiapan persalinan bersih, aman dan dalam suasana yang menyenangkan
- c. Mempersiapkan transportasi, serta biaya rujukan apabila diperlukan Agar tujuan tersebut dapat tercapai ada hal penting yang perlu didiskusikan dengan ibu dan keluarga yaitu sebagai berikut:
  - 1) Membuat perencanaan persalinan yang perlu ditetapkan yang mencakup unsur-unsur berikut: tempat persalinan, tenaga penolong persalinan, biaya menjangkau tempat persalinan, pendamping persalinan, biaya yang dibutuhkan, siapa yang mengurus keluarga pada saat ibu bersalin, rencana metode kontrasepsi yang akan digunakan.
  - 2) Membuat rencana pengambilan keputusan pada keadaan gawat darurat, apabila pengambil keputusan utama tidak ada ditempat
  - 3) Mengatur sistem transportasi apabila terjadi kegawatdaruratan
  - 4) Mempersiapkan peralatan untuk melahirkan
    1. Persalinan di rumah :

Telah terjadi perubahan lingkungan dari perawatan akut di rumah sakit ke perawatan di rumah. Hal ini mempengaruhi struktur organisasi perawatan, keterampilan yang diperlukan dalam pemberian pertolongan, dan biaya yang dikeluarkan pasien (Handjani et al, 2019). Pemilihan persalinan di rumah diambil dengan pertimbangan:

- 1) Setiap ibu memiliki hak dan kepuasan atas dirinya
- 2) Ada beberapa ibu yang diperbolehkan untuk bersalin di rumah
- 3) Mengharapkan kualitas yang lebih tinggi
- 4) Anak lebih mendapatkan kasih sayang, suami lebih bebas mengekspresikan perasaannya
- 5) Persalinan di rumah didukung keluarga, dalam lingkungan yang dikenal, tempat mereka merasa memiliki kendali terhadap tubuhnya.
- 6) Lingkungan rumah sendiri menimbulkan rasa tenang dan tentram pada ibu yang akan melahirkan
- 7) Berdasarkan perbandingan dengan pengalaman melahirkan di rumah sakit, dalam lingkungan yang kurang memiliki sentuhan pribadi yang penuh dengan peraturan dan staf yang sibuk

Selain memiliki beberapa pertimbangan yang menguntungkan persalinan dapat dilakukan di rumah, persalinan di rumah juga mempunyai beberapa kerugian, diantaranya ialah ketika proses kelahiran mengalami kesukaran, pertolongan lebih lanjut tidak dapat segera diberikan. Hal ini dikarenakan tidak tersedianya alat-alat sehingga membutuhkan waktu lama sebelum di rumah sakit. Melihat adanya beberapa bahaya yang dapat timbul

selama proses persalinan di rumah, maka ada beberapa indikasi dan syarat yang harus dipenuhi, diantaranya adalah:

- 1) Multipara, jika persalinan bayi pertama tidak ada kesulitan, melahirkan bayi berikutnya di rumah dapat diizinkan
- 2) Selama melakukan asuhan antenatal tidak didapati adanya kelainan atau penyakit yang akan menyulitkan proses persalinan.
- 3) Jauh dari tempat pelayanan kesehatan (tinggal di pemukiman pedesaan) (Handjani et all, 2019).

## 2. Syarat Persalinan di Rumah

- 1) Adanya bidan terlatih dalam melakukan pertolongan persalinan
- 2) Bidan harus memberikan penjelasan tentang seluruh proses persalinan dan kemungkinan komplikasi
- 3) Bidan dipanggil, bilamana ibu mulai merasakan kontraksi atau air ketuban pecah
- 4) Tersedianya ruangan hangat, bersih dan sehat
- 5) Ibu mempunyai Kartu Menuju Sehat (KMS) ibu hamil dan kartu KIA
- 6) Tersedianya sistem rujukan untuk penanganan kegawatdaruratan obstetric
- 7) Adanya kesepakatan atau informed consent antara bidan dengan ibu/keluarga

- 8) Tersedianya alat transportasi untuk merujuk
- 9) Tersedianya peralatan yang lengkap dan berfungsi
- 3. Persiapan Persalinan di Rumah
  - 1) Persiapan Penolong
    - a. Kemampuan. Mengingat pentingnya dan risiko yang dihadapi, bidan harus mempunyai kemampuan yang cukup terampil, cepat berpikir, cepat menganalisis, cepat menginterpretasi tanda dan gejala, cepat menyusun konsep, dan mempunyai pengetahuan serta pengalaman.
    - b. Keterampilan. Bidan harus memiliki keterampilan yang cukup banyak dalam segala perawatan, pertolongan, dan persalinan.
    - c. Kepribadian, yang dimaksud dengan kepribadian adalah kesehatan jasmani dan rohani dalam segala aspek, yang merupakan organisasi yang dinamis yang akan selalu mengalami perubahan dan perkembangan, aspek-aspek tersebut ialah fisik, maturitas, mental, emosi, dan sikap (Handajani et al, 2019).
  - 2) Persiapan Keluarga
    - a. Keluarga telah mengambil keputusan bahwa persalinan

- dilakukan di rumah, keluarga memberikan masukan atau ide/mampu memberikan dukungan yang diperlukan
- b. Kegiatan rumah tangga secara rinci perlu dibahas untuk membentuk jaringan kerja, yaitu sp yang mengurus anakanak yang lain
- 3) Persiapan Rumah dan Tempat Pertolongan Persalinan
- a. Situasi dan kondisi yang perlu diketahui oleh keluarga: apakah rumah cukup hangat dan aman? Apakah tersedia ruangan yang akan digunakan untuk menolong persalinan? Apakah tersedia air mengalir? Apakah kebersihan cukup terjamin? Apakah tersedia telepon atau media komunikasi lainnya
  - b. Rumah harus sudah dilakukan pengecekan sebelum usia kehamilan 37 minggu, persyaratan yang harus dipenuhi diantaranya: ruangan sebaiknya cukup luas, adanya penerangan yang cukup, tempat nyaman, tempat tidur yang layak untuk pertolongan persalinan
- 4) Persiapan Peralatan

- a. persiapan untuk pertolongan persalinan: Waskom, sabun cuci, handuk kering dan bersih, selimut, pakaian ganti, pembalut, kain pel, lampu
  - b. persiapan untuk bayi: handuk bayi, tempat tidur bayi, botol air panas untuk menghangatkan alas, pakaian bayi, selimut bayi (Noatmodjo,2013).
4. Manajemen Asuhan Intranatal di Rumah
- a. Asuhan Persalinan Kala I  
Bertujuan untuk memberikan pelayanan kebidanan yang memadai dalam pertolongan persalinan yang bersih dan aman Bidan perlu mengingat konsep tentang konsep sayang ibu, rujuk bila partograf melewati garis waspada atau ada kejadian penting lainnya
  - b. Asuhan Persalinan Kala II  
Bertujuan memastikan proses persalinan aman, baik untuk ibu maupun bayi. Bidan dapat mengambil keputusan sesegera mungkin apabila diperlukan rujukan
  - c. Asuhan Persalinan Kala III  
Bidan sebagai tenaga penolong harus terlatih dan terampil dalam melakukan manajemen aktif kala III. Hal penting

dalam asuhan persalinan kala III adalah mencegah kejadian perdarahan, karena penyebab salah satu kematian pada ibu d

d. Asuhan Persalinan Kala IV

Asuhan persalinan yang mencakup pada pengawasan satu sampai dua jam setelah plasenta lahir. Pengawasan/observasi ketat dilakukan pada hal-hal yang menjadi perhatian pada asuhan persalinan kala IV.

5. Asuhan pada Kegawatdaruratan Persalinan di Komunitas

- ❖ Jangan menunda untuk melakukan rujukan
- ❖ Mengenali masalah dan memberikan instruksi yang tepat
- ❖ Selama proses merujuk dan menunggu tindakan selanjutnya lakukan pendampingan secara terus menerus
- ❖ Lakukan observasi Vital Sign secara ketat
- ❖ Rujuk segera bila terjadi Fetal Distress
- ❖ Apabila memungkinkan, minta bantuan teman untuk mencatat riwayat kasus dengan singkat (Runjati,2018).

6. Pertolongan Persalinan Domino (DOMinicilliary IN and Out) Di Inggris terdapat perawatan maternitas lain

yang dapat dipilih sebagai pilihan persalinan adalah persalinan Domino. Persalinan domino adalah persalinan kombinasi antara rumah pasien dan unit kesehatan. Program persalinan domino hanya disediakan di beberapa rumah sakit tertentu. Ibu yang menggunakan pelayanan Domino dilayani oleh bidan di komunitas dan datang ke rumah sakit ketika mereka akan melahirkan dan ditolong oleh salah satu tim domino. Ibu dan bayi tinggal dirumah sakit selama beberapa jam dan dilakukan perawatan berkelanjutan di rumah sampai 4 minggu postnatal. Keuntungan persalinan domino:

- ❖ Pelayanan berkesinambungan antara komunitas dan dokter
- ❖ Kontak dengan kegiatan rumah sakit sedikit
- ❖ Gangguan kehidupan keluarga sedikit atau minimal
- ❖ Mudah memperoleh fasilitas untuk pertolongan emergency
- ❖ Pilihan alternative untuk ibu yang tidak memenuhi persyaratan persalinan di rumah
- ❖ Bidan tetap dapat mempertahankan keterampilan menolong persalinan

Kerugian persalinan domino:

- a. Risiko terutama ke rumah sakit karena jarak yang jauh

- b. Merepotkan waktu pulang ke rumah dari rumah sakit setelah persalinan (Reid, 2017).

#### **4.4 Asuhan Postnatal Di Komunitas**

Manajemen Asuhan Postnatal di komunitas adalah suatu bentuk manajemen kesehatan yang dilakukan pada ibu nifas di masyarakat. Pemberian asuhan secara menyeluruh, tidak hanya kepada ibu nifas, akan tetapi pemberian asuhan melibatkan seluruh keluarga dan anggota masyarakat disekitarnya (Yulifah et al,2018)

##### **A. Ruang Lingkup Asuhan**

Asuhan kebidanan pada ibu nifas di komunitas meliputi:

- Melakukan kunjungan nifas dan neonatal (KN1 dan KN2)
  - ❖ Perawatan ibu nifas
  - ❖ Perawatan neonatal
  - ❖ Pemberian imunisasi Hb I
  - ❖ Pemberian vitamin A ibu nifas
- Melakukan penyuluhan dan konseling pada ibu dan keluarga mengenai
  - ❖ Tanda bahaya dan penyakit ibu nifas
  - ❖ Tanda bayi sehat
  - ❖ Kebersihan pribadi dan lingkungan
  - ❖ Kesehatan dan gizi
  - ❖ ASI eksklusif
  - ❖ Perawatan tali pusat'KB setelah melahirkan
  - ❖ Melakukan rujukan apabila diperlukan
  - ❖ Melakukan pencatatan pada:
    - Kohort bayi
    - Buku KIA
    - Melakukan laporan (PWS KIA dan AMP)

## B. Tujuan Asuhan

- ❖ Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis
- ❖ Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya
- ❖ Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusun pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat. Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik ibu dan bayinya. Kunjungan dilakukan paling sedikit 4 kali selama ibu dalam masa nifas. Kegiatan yang dilakukan selama kunjungan meliputi pencegahan, pendeteksian, dan penanganan masalah yang terjadi pada masa nifas.

## C. Jadwal Kunjungan Rumah

- ❖ Kunjungan I (6-8 jam sesudah persalinan)
  - Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
  - Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan
  - Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
  - Pemberian ASI dini
  - Membina hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
  - Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia
- ❖ Kunjungan II (6 hari setelah persalinan)
  - Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau
  - Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
  - Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat. d)

- Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari
- ❖ Kunjungan III (2 minggu setelah persalinan)  
Tindakan yang diberikan sama dengan kunjungan II
- ❖ Kunjungan IV (6 minggu setelah persalinan)
  - Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ibu atau bayi alami.
  - Memberikan konseling untuk KB secara dini (Runjati, 2018)

#### D. Manajemen Asuhan Postnatal di Komunitas

##### i. Pengkajian

###### a) Anamnesis

- ❖ Data yang harus di eksplorasi adalah riwayat kesehatan lengkap serta pemeriksaan fisik dan panggul
- ❖ Pemenuhan kebutuhan seksual
- ❖ Fungsi bowel dan fungsi perkemihan
- ❖ Metode KB yang diinginkan
- ❖ Tanda bahaya ibu nifas
- ❖ DII

###### b) Pemeriksaan

Pemeriksaan fisik dilakukan sesuai dengan jadwal kunjungan yang dilakukan dan kebutuhan ibu pada saat kunjungan. Pemeriksaan yang dilakukan antara lain: tekanan darah, suhu tubuh, evaluasi payudara, pengkajian abdomen, pemeriksaan abdomen dan pemeriksaan perineum termasuk lokea.

##### ii. Perencanaan

- a) Perencanaan digunakan sebagai acuan untuk melakukan implementasi dan evaluasi
- b) Dibuat berdasarkan masalah yang aktual, dapat diukur dan sesuai dengan kebutuhan

##### iii. Pelaksanaan

Tindakan/perlakuan yang dilakukan pada ibu nifas sesuai dengan yang direncanakan berdasarkan pada hasil pengkajian. Disini diberikan dan nasihat atau penyuluhan seputar nifas, menyusui, dan permasalahannya.

iv. Evaluasi

Langkah akhir untuk melihat keberhasilan dari tindakan yang telah dilakukan dan untuk menilai status kesejahteraan ibu nifas dan bayi. Hal yang perlu diperhatikan adalah memberikan asuhan yang bersifat komprehensif dengan memadukan antara kebutuhan ibu, keluarga, masyarakat dan program pemerintah.

v. Kelompok Postpartum

Salah satu bentuk kelompok atau organisasi kecil dari ibu nifas. Bertujuan untuk mendeteksi, mencegah, dan mengatasi permasalahan-permasalahan yang timbul masa nifas.

❖ Program Ibu Nifas

Kunjungan pada ibu nifas dan neonates, ASI eksklusif, tablet tambah darah dan vitamin A.

❖ Pengumpulan Data

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

❖ Mengatur Strategi

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

❖ Perencanaan

Buat usulan atau proposal yang didalamnya memuat tentang latar belakang dan tujuan dari pembentukan kelompok. Perencanaan meliputi kegiatan yang akan

dilakukan, tempat dan waktu, anggaran, serta peserta.

❖ Pelaksanaan

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

❖ Evaluasi

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

## DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan RI. 2020. Pedoman Pelayanan Kebidanan Dasar. Jakarta: Depkes RI bekerjasama dengan United Nation Population Found
- Effendy, Nasrul. 2019. Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat. Jakarta: EGC
- Gani, Ascobat. 2018. "Makanan Untuk Bayi". Jakarta: Perkumpulan Perinatologi Indonesia.
- Handajani, Sutjiati Dwi. 2019. Kebidanan Komunitas: Konsep & Manajemen Asuhan. Jakarta: EG
- Notoatmojo, Soekidjo. 2013. "Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan". Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Reid, Lindsay. 2017. Midwifery: Freedom to Practise? An International Exploration of Midwifery Practice British: Elsevier.
- Runjati. 2018. Asuhan Kebidanan Komunitas. Jakarta: EGC
- Yulifah & Yuswanto. 2018. Asuhan Kebidanan Komunitas. Jakarta: Salemba Medika

# BAB V

## PERAN BIDAN DI KOMUNITAS

*Oleh Rhipiduri Rivanica*

### 5.1 Pendahuluan

Bidan seorang wanita yang merupakan profesi eksklusif yang hanya dipegang oleh seorang perempuan. Namun dalam memberikan pelayanan bidan sangat berperan penting khususnya ketika berada di komunitas. Kondisi bidan yang terkenal ramah, humble dan dekat dengan masyarakat, merakyat menjadi kan bidan sangat dikalangan masyarakat. Untuk menjadi bidan seseorang perempuan harus menyelesaikan perkuliahan di pendidikan bidan, selanjutnya bidan tersebut harus mengikuti uji kompetensi sehingga nantinya akan mendapatkan STR (surat tanda registrasi).

Seorang bidan tuntutan untuk memberikan asuhan yang komprehensif dan professional mulai kehamilan, persalinan, nifas dan menyusui, bahkan sampai menopause bidan ikut berperan. Karenanya bidan hendaknya mengadakan pendekatan kepada masyarakat dalam memberikan pelayanan sehingga masyarakat akan lebih mudah menerima edukasi, konseling atau saran yang diberikan oleh bidan, dan pada akhirnya masyarakat menyadari pentingnya menjaga Kesehatan dan masyarakat berperan aktif dalam membantu mengatasi ataupun menanggulangi masalah Kesehatan di lingkungannya.

Di Materi ini terdapat penjelasan tentang peran bidan di komunitas. Ini sangat penting karena nantinya anda sebagai bidan akan terjun langsung ke masyarakat khusus nya ketika memberikan pelayanan yang kemprehenship atau menyeluruh. Bidan mempunyai kewajiban untuk memberikan pelayanan baik kepada individu, kelompok maupun masyarakat luas. Bidan bertanggung jawab dalam memberikan asuhan kebidanan terdiri dari melakukan peningkatan kesehatan mulai dari pencegahan (preventif),

screening awal komplikasi kegawat daruratan, pemulihan seseorang dari sakit (rehabilitatif), serta melakukan kemitraan dengan masyarakat setempat mulai dari organisasi masyarakat, tokoh agama, tokoh masyarakat, Lembaga swadaya masyarakat, pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat tersebut.

Seorang bidan diuntut mampu melakukan asuhan bermutu tinggi dan komprehensif, dengan cara mengenal budaya yang ada di masyarakat dan melakukan pendekatan serta berkerja sama dengan sebaik baiknya. Sehingga dengan begitu harapannya masyarakat disekitar mampu menghadapi masalah kesehatan yang ada dan masyarakat ikut aktif dalam menanggulangi masalah tersebut baik masalah yang ada pada individu, kelompok, maupun masyarakat yang ada disekitarnya. Kebidanan komunitas dalam melaksanakan tugasnya tidak bisa dipisahkan dari masyarakat dimana ia di tempatkan untuk bertugas sebagai bidan.

## **5.2 Definisi**

Peran merupakan perilaku seseorang yang dengan kehadirannya diharapkan sesuai dengan posisi yang dimiliki. Peran adalah pola tingkah laku, value atau nilai, kepercayaan dan sifat yang mempunyai tujuan dapat menggambarkan perilaku yang di perlihatkan oleh seseorang. Peran adalah sesuatu yang dimainkan atau di jalankan oleh seseorang yang mempunya kedudukan atan mempunyai status social dalam suatu organisasi. Peran aspek yang dinamis dari kedudukan (status). Bila seseorang melakukan hak dan kewajibannya sesuai dengan kedudukannya maka seyogyanya dia sudah menjalankan suatu peran. Peran adalah tindakan seseorang yang dilakukan pada suatu kegiatan atau peristiwa.

Bidan adalah seorang perempuan yang telah menyelesaikan program pendidikan Kebidanan baik di dalam negeri maupun di luar negeri yang diakui secara sah oleh Pemerintah Pusat dan telah memenuhi persyaratan untuk melakukan praktik Kebidanan (Undang-undang RI nomor 4 Tahun 2019).

Komunitas adalah kelompok orang yang berada disuatu lokasi atau daerah tertentu. Bidan Komunitas(Community Midwifery) adalah bidan yang bekerja melayani keluarga dan masyarakat diwilayah tertentu.

Kebidanan Komunitas merupakan rangkaian ilmu pengetahuan, skill atau keterampilan yang dimiliki oleh seorang bidan dalam melaksanakan asuhan kebidanan komunitas pada individu, keluarga atau masyarakat yang berada di wilayah tertentu atau pada daerah tertentu.

Adapun upaya asuhan kebidanan meliputi Promotif, preventif, kuratif, rehabilitative dan Resosialitatif.

#### **A. Upaya Promotif**

Tujuan upaya promotif adalah agar masyarakat mampu meningkatkan status kesehatannya. Sasarannya adalah kelompok orang sehat. Contoh-contoh upaya promotif yang dapat dilakukan dalam pelayanan kebidanan adalah :

- Melaksanakan penyuluhan pada ibu yang mempunyai bayi atau balita tentang pemenuhan gizi seimbang sesuai dengan usia..
- Menjelaskan pentingnya imunisasi, jenis jenisnya, efek samping dan manfaatnya seperti imunisasi dasar, imunisasi tambahan dan booster.
- Memantau deteksi dini pertumbuhan dan perkembangan pada ibu yang mempunyai anak bayi dan balita, sekaligus memberikan edukasi atau penyuluhan.
- Memberikan penyuluhan pentingnya pemeriksaan kesehatan reproduksi pada usia pra nikah.
- Penyuluhan terhadap ibu hamil seperti pentingnya imunisasi TT pada bumil, menjelaskan tanda Bahaya kehamilan mulai dari Trimester pertama, trimester ke dua dan trimester ke tiga sehingga ibu bisa mawas diri bila terjadi tanda tersebut segera datang ke tenaga Kesehatan terdekat, edukasi tentang pentingnya gizi

pada ibu hamil menjelaskan akibat kekurangan gizi atau kelebihan gizi, menjelaskan tanda tanda terjadinya persalinan khususnya pada ibu primipara. Penyuluhan breast care sebagai nanti persiapan menyusui bayinya. Dan informasi tentang kebutuhan persalinan mulai dari persiapan dana, tempat akan bersalin, pendamping persalinan, pakaian ibu, pakaian bayi dan lain sebagainya.

- Penyuluhan pada ibu post partum (Nifas) mulai dari tanda bahaya pada masa nifas, penting seorang ibu menjaga personal hygiene, memberikan penyuluhan pentingnya ASI eksklusif, penyuluhan kebutuhan fisik dan psikologis pada ibu nifas, dan lain lain.
- Informasi pada lansia seperti penyuluhan tentang pentingnya olah raga pada lansia, penyuluhan perubahan fisik dan psikologis pada lansia, edukasi nutrisi pada lansia dan lain lain.

## **B. UPAYA PREVENTIF**

Adalah upaya promosi kesehatan untuk mencegah terjadinya penyakit. Sasarannya adalah orang-orang yang beresiko tinggi. Contoh-contoh upaya kesehatan preventif dalam bidang kebidanan, antara lain :

- Memberikan imunisasi baik pada ibu hamil, bayi maupun balita.
- Melakukan cek Kesehatan secara berkala seperti pada bayi di anjurkan melakukan penimbangan sebulan sekali di puskesmas, atau posyandu, atau pada ibu hamil, balita, remaja jg bisa melakukan pemeriksaan Kesehatan secara berkala hal ini bisa di lakukan di tenaga Kesehatan terdekat seperti bidan, puskesmas, posyandu, dan lain lain)
- Melakukan penimbangan untuk deteksi dini pertumbuhan bayi dan balita.

- Melakukan pemeriksaan perkembangan bayi dan balita dengan instrument KPSP, DSST atau lainnya.
- Memberikan vitamin A, yodium melalui posyandu, puskesmas, maupun di rumah
- Melakukan Pemeriksaan pada ibu hamil, nifas dan menyusui.
- Memberikan tablet Fe untuk remaja dan ibu hamil
- Untuk mencegah kekakuan sendi dan melancarkan sirkulasi dari ibu mengajarkan Teknik Mobilisasi tubuh pada ibu hamil
- Melakukan Pencegahan komplikasi saat hamil, bersalin, nifas
- Guna mendeteksi dini komplikasi pada lansia melakukan pemeriksaan secara berkala atau pemeriksaan secara rutin.

### **C. UPAYA KURATIF**

Adalah upaya kesehatan untuk mencegah penyakit lebih parah melalui pengobatan. Sasarannya adalah kelompok orang sakit. Contoh-contoh upaya kuratif dalam pelayanan kebidanan :

- Merawat ibu hamil patologis. Perawatan ibu hamil dengan kondisi patologis ibu hamil dengan penyulit-penyulit seperti hyperemesis gravidarum, preeklamsia, Hamill gemelly dan lain lain.
- Melakukan perawatan payudara pada ibu nifas seperti bengkak payudara dengan mastitis, dan bendungan ASI
- Melakukan Perawatan pada bayi baru lahir neonatal dengan penyakit dan atau kelainan yang dapat menyebabkan kecacatan dan atau kematian, seperti asfiksia, ikterus, hipotermia, tetanus neonatorum, infeksi/sepsis, trauma lahir, BBLR, sindroma gangguan pernafasan, dan kelainan kongenital.
- Memberikan vitamin E yang merupakan upaya pengobatan penyakit tertentu. Vitamin E adalah vitamin larut lemak yang penting untuk menjaga kesehatan kulit, mata, otak, dan

organ reproduksi. Vitamin ini memiliki efek antioksidan sehingga mampu.

- Merujuk pasien bila diperlukan
- Tata laksana deteksi dini komplikasi pada ibu hamil misal ibu dengan anemia dengan memberikan tablet FE
- Penatalaksanaan dini terhadap komplikasi dalam kehamilan, misalnya pada ibu hamil dengan anemia bidan dapat memberikan tablet Fe sebagai penatalaksanaan dininya.
- Melakukan Pengobatan postpartum pada ibu yang terdapat komplikasi pasca melahirkan.

#### **D. UPAYA REHABILITATIF**

Adalah upaya promosi kesehatan untuk memelihara dan memulihkan kondisiorang yan baru sembuh. Sasarannya adalah orang-orang yang baru sembuh dari sakitnya. Upaya rehabilitatif membutuhkan pemahaman dari masyarakat setempat untuk mengerti keadaan mereka sebagai bekas penderita, sehingga mereka (bekas penderita sakit) dan proses penyembuhannya lebih cepat pulih dan bisa menyesuaikan kembali dengan dengan masyarakat dengan kondisi saat ini misal dalam keadaan cacat.

Macam macam Rehabilitasi :

- Rehabilitasi fisik, yaitu pasca sakit penderita memperoleh perbaikan fisik misalnya,terapi fisik atau fisioterapi pada pasien yang mengalami nyeri, sulit bergerak dan bekum bisa menjalani kegiatan normal. Terapi ini lazimnya di beirkan pada pasien stroke, operasi, ibu bersalin, dan pasien yang memakai alat bantu gerak. yaitu agar penderita memperoleh perbaikan fisik semaksimalnya.
- Rehabilitasi mental, yaitu agar bekas penderita dapat menyesuaikan diri dalam hubungan perorangan dan sosial secara memuaskan. Rehabilitasi mental untuk mengembalikan cara pandang orang yang mengalami

gangguan jiwa dikarenakan penyalahgunaan narkoba yang dapat mengganggu fungsi otak sehingga rusak.

- Rehabilitasi sosial vokasional, yaitu agar bekas penderita menempati suatu pekerjaan atau jabatan dalam masyarakat dengan kapasitas kerja yang semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.
- Rehabilitasi aesthetis, merupakan rehabilitas untuk mengembalikan keindahan dari anggota tubuh yang hilang, misal gigi palsu, tangan palsu.

## **E. Resosialitatif**

Adalah upaya untuk mengemabalikan penderita ke masyarakat yang karena penyakitnya dikucilkan oleh masyarakat seperti, penderita AIDS, kusta dan wanita tuna susila.

### **2.2.1 Peran Bidan Dikomunitas**

#### **1. Macam-macam peran bidan**

Peran bidan sebagai petugas kesehatan yaitu sebagai komunikator, motivator, fasilitator, dan konselor bagi masyarakat (Potter dan Perry, 2007). Macam-macam peran tersebut yaitu:

##### **a) Komunikator**

Bidan dalam memberikan pelayanan harus professional baik pelayanan kepada individu, keluarga, maupun masyarakat. Tentunya ketika memberikan asuhan kebidanan komunikasi yang baik dan benar sangat menentukan keberhasilan dalam melaksanakan peran sebagai bidan. Karena bidan berperan sebagai transformatife dimana bidan menyampaikan nilai nilai asuhan kebidanan kepada ibu sehingga dengan demikian diharapkan ibu dapat menerima apa yang

disampaikan bidan dan dapat mencegah resiko resiko yang tidak di inginkan.

Jadi pada intinya sebagai komunikator bidan harus bisa mentranformasikan proses adaptasi atau penyesuaian terhadap pasiennya misal calon ibu hamil sehingga ibu tersebut dapat beradaptasi pada perubahan fisiologis dan psikologis selama masa kehamilan sehingga dapat menjaga kesehatan fisik maupun mental ibu tersebut.

Komunikator merupakan adalah orang yang memberikan informasi kepada orang yang menerimanya. Adapun pesan yang di sampaikan kepada orang lain bisa disampaikan secara langsung ataupun melalui perantara. Komunikasi ini menjadi sangat penting untuk menghindari kesalahpahaman bagi penerima pesan (komunikan).

Bidan tentunya dalam memberikan informasi harus jelas, pemberian informasi ini sangat penting untuk meningkatkan pengetahuan pasien terhadap masalah kesehatan yang tengah dihadapinya. Adanya komunikasi yang efektif menjadi kunci keberhasilan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Bidan adalah tenaga kesehatan ketika melakukan komunikasi juga harus mereview atau mengevaluasi sejauh mana pengetahuan ibu terhadap informasi yang di sampaikan dan juga menyampaikan pada ibu apabila ada efek samping yang tidak bisa di tanggulasi maka di anjurkan datang kembali dan komunikasi ke tenaga kesehatan terdekat.

b) Sebagai motivator

Bidan sebagai motivator memberikan bimbingan, arahan dan meningkatkan kesadaran kepada pihak yang di motivasi (dukun, kader kesehatan, masyarakat) guna tumbuh kembang kearah pencapaian tujuan yang diinginkan. Contohnya bidan sebagai motivator disini berperan untuk memotivasi dukun, kader kesehatan, masyarakat secara bersama meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat terutama KIA/KB.

Motivator yaitu orang yang memberikan motivasi kepada orang lain. Sementara motivasi diartikan sebagai dorongan untuk bertindak agar mencapai suatu tujuan tertentu dan hasil dari dorongan tersebut diwujudkan dalam bentuk perilaku yang dilakukan (Notoatmodjo, 2007). Motivasi merupakan kemampuan seseorang untuk bisa melaksanakan sesuatu, tu, sedangkan motif adalah kebutuhan, keinginan, dan dorongan untuk melakukan sesuatu.

Tenaga kesehatan ketika melaksanakan tugasnya sebagai motivator memiliki karakteristik, antara lain melakukan memberikan edukasi kepada masyarakat untuk mengenali dan mengatasi masalah sehingga bisa terpecahkan. Peran tenaga kesehatan sangat karena dengan adanya motivasi dari tenaga kesehatan maka pihak yang dimotivasi dapat tercapaian tujuannya sesuai yang diinginkan.

Contohnya bidan sudah seharusnya memberikan motivasi kepada ibu hamil untuk patuh dalam melakukan pemeriksaan ante natal care, dan bertanya apakah sudah pahan isi buku KIA. Bidan juga hendaknya mendengarkan apa yang menjadi keluhan ibu hamil dengan rasa simpatik dan empatik, dan yang terpenting

bahwa seluruh ibu hamil memerlukan dukungan moril selama kehamilannya.

c) Sebagai Fasilitator

Fasilitator adalah orang yang mendapatkan amanah untuk membantu atau memfasilitasi daerah atau wilayah tertentu dalam rangka memfasilitasi masyarakat tersebut untuk mendapatkan ilmu, wawasan, pengetahuan, dan lain lain. Tenaga kesehatan mempunyai buku KIA. Melalui buku KIA tersebut bidan bisa memfasilitasi warga untuk memberikan penyuluhan terkait kesehatan ibu dan anak sehingga bisa tercapainya derajat kesehatan yang maksimal sebagaimana yang diharapkan,

Bidan berpesan dalam hal ini berperan fasilitator bisa memanfaatkan buku KIA. Disini Peran bidan fasilitator harus mempunyai kemampuan yang mumpuni dan terampil dan terintegrasi 3 hal yaitu : mengoptimalisasi fasilitas yang ada, waktu yang disediakan dengan tepat waktu pada saat janji dengan pasien, dan optimalisasi partisipasi artinya mengajak ibu untuk aktif berpartisipasi dalam menjaga atau meningkatkan kesehatannya.

Bidan sebagai Tenaga kesehatan harus bisa jadi pendamping dalam kegiatan dan pasien mendapatkan kesempatan yang sama untuk bertanya ataupun mendapatkan penjelasan yang belum atau tidak dipahami sama sekali. seorang fasilitator bukan hanya di saat pertemuan atau penyuluhan saja tetapi juga seorang fasilitator secara khusus, seperti menyediakan waktu dan tempat ketika pasien ingin bertanya secara lebih mendalam dan tertutup.

d) Sebagai konselor

Sebagai konselor bidan harus mampu membantu ketika pasien dalam masalah dengan cara membantu memecahkan masalah ya dan membantu membuat keputusan sehingga keputusan tersebut berdasarkan kebutuhan pasien bukan keinginan pribadi bidan. Adapun tujuan terlaksanya konseling dapat membantu klien atas masalah yang dihadapi. Konseling merupakan hubungan pribadi yang idealnya dilakukan secara tatap muka antara 2 orang, sedangkan konselor harus mempunyai kemampuan khusus sehingga bisa membantu seseorang membuat keputusan, penyesuaian-penyesuaian, interpretasi-interpretasi dalam kaitanya dengan kondisi-kondisi tertentu.

Sebagai konselor bidan seyogya nya harus memiliki simpati, empati, peduli dalam memberikan konseling melalui edukasi yang baik dan benar maka klien atau pasien dengan mudah menerina saran, sehingga mau menerapkannya di kehidupan hari hari. Kemudian dalam melakukan konseling tetap harus menjaga privasi, dan menyimpan rahasia, memberikan support, dan membentuk kepercayaan dengan pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

- Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat. 2020. Pedoman pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS-KIA). Jakarta: Kemenkes RI.
- R,I, Departemen Kesehatan. 2020. Profil Kesehatan Indonesia 2020. Jakarta: Depkes RI.
- ICM. 2014. "Philosophy and Model of Midwifery Care" [www.internationalmidwives.org](http://www.internationalmidwives.org)
- KEPMEKES RI No. 1529 tahun 2010 "Pedoman umum pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif".
- Syafrudin dkk. 2020. Kebidanan Komunitas. Jakarta: EGC.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2016. Ilmu Kebidanan. Edisi 4 Cetakan 5. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Green, E.C. 1986. Practicing Development Anthropology. Boulder and London: Westview
- Leonard Seregar. 2002. Antropologi dan Konsep Kebudayaan.. Jayapura: Universitas Cendrawasih Press
- Masinambow, E.K.M (Ed) 1997 Koentjaraningrat dan Antropologi di Indonesia, Jakarta: Asosiasi Antropologi Indonesia dan Yayasan Obor Indonesia.
- Rhoades, R.E. 1986. Breaking New Ground: Agricultural Anthropology. Dalam: Green Ed. Suparlan, Pasurdi. 1995. Antropologi dalam Pembangunan. Jakarta: UI Press
- Kemenkes RI. 2020. Pedoman pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS-KIA). Jakarta
- Linda V Walsh. 2001. Midwifery Community Based Care. Philadelphia: WB Saunders Company
- Pudiastuti. 2011. Kebidanan Komunitas. Yogyakarta : Nuamedika
- Retna,Ery dan Sriati. 2008. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Komunitas.Numed : Jakarta
- Runjati, Syahniar Umar. 2018. Kebidanan Teori dan Asuhan. Jakarta: EGC

- Syahlan J.H (1996). Kebidanan Komunitas. Yayasan Bina Sumber Daya.
- Walyani,S. 2014. Kebidanan Komunitas. Yogyakarta : PUSTAKA BARUPRESS
- Syaifuddin, Abdul Bari. 2014. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Yulifah, Rita. 2009. Asuhan Kebidanan Komunitas. Jakarta: Salemba Medika.



# **BAB VI**

## **KEJADIAN PENYAKIT MENULAR SEKSUAL (PMS)**

*Oleh Nabila Amelia Hanisyah Putri*

### **6.1 Penyakit Menular Seksual**

Masalah penyakit menular seksual juga erat kaitannya dengan asuhan kebidanan komunitas. Karena penyakit ini cenderung dapat ditemukan di lingkungan masyarakat. Penyakit menular seksual merupakan suatu penyakit yang umumnya ditularkan melalui hubungan seksual yang tidak aman. Penyakit menular seksual dapat disebabkan oleh infeksi bakteri, virus, jamur hingga parasit. Penyakit ini merupakan suatu permasalahan global dan angka kejadian kasusnya cenderung meningkat. Infeksi menular seksual (IMS) umum terjadi di negara berkembang. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan bahwa pada tahun 1999, terjadi 340 juta kasus baru sifilis, gonore, infeksi klamidia, dan trikomoniasis.

Dalam bab ini akan dibahas mengenai jenis-jenis penyakit menular seksual di komunitas.

### **6.2 Jenis Penyakit Menular Seksual**

#### **6.2.1 Sifilis**

Salah satu penyakit menular seksual yang bersifat kronis dan sistemik adalah sifilis. Sifilis disebabkan oleh *Treponema palidum* yang dapat menular melalui hubungan seksual bahkan dari ibu hamil ke janin dalam kandungan atau saat proses persalinan. Sifilis bawaan pada bayi baru lahir disebut dengan sifilis kongenital (Putri, Suryani and Sibero, 2014) Sehingga secara umum sifilis dapat dibedakan menjadi dua yaitu; sifilis kongenital (dari ibu hamil

ke janin) dan sifilis yang didapat (*acquired*) yang ditularkan melalui hubungan seksual, jarum suntik atau produk darah yang tercemar.

Penyakit sifilis juga umum dikenal oleh orang awam sebagai penyakit “Raja Singa”. Sifilis diawali dengan perlukaan di sekitar alat kelamin, dubur/anus, bibir, ataupun mulut. Namun luka ini cenderung tidak terasa nyeri, namun dapat ditularkan ke orang lain. Sehingga jika tidak ditangani dengan baik, dapat menimbulkan komplikasi penyakit lain.

Adapun gejala penyakit sifilis dapat digolongkan kedalam 4 tahap antara lain;

- a. Sifilis primer; Munculnya luka pada alat kelamin, anus, bibir ataupun mulut yang terjadi sekitar 3 minggu awal masuknya bakteri kedalam tubuh. Jika pengobatan dilakukan pada tahap ini, maka sifilis tidak akan beralih ke tahap selanjutnya. Pengobatan sifilis pada tahap ini dapat ditangani dengan obat-obatan tertentu.
- b. Sifilis sekunder; Tahap hilangnya luka pada alat kelamin, anus, bibir maupun mulut pada 2-12 minggu awal.. Namun berlanjut pada munculnya ruam di bagian tubuh lain seperti telapak tangan atau kaki. Selain itu, pasien yang menderita sifilis juga merasakan gejala lain seperti nyeri sendi, demam, rambut rontok hingga pembesaran kelenjar getah bening dan penurunan berat badan.
- c. Sifilis laten; Pasien tidak lagi mengalami gejala tertentu namun masih dapat menularkan infeksi. Tahap ini terjadi sekitar 12 bulan pertama terjangkit infeksi. (Rowawi, 2013)
- d. Sifilis tersier; Tahapan yang paling berbahaya karena muncul sekitar 10-30 tahun setelah infeksi primer dialami. Sehingga dapat berdampak pada organ tubuh lain seperti, jantung, otak, hati, hingga pembuluh darah. (Kemenkes, 2013)



Gambar 6.1. Bercak Kemerahan di telapak kaki pada sifilis sekunder. Sumber: (Kemenkes, 2013)

Adapun pengobatan sifilis diberikan sesuai dengan tahapan sifilis. Pada sifilis dengan stadium primer dan sekunder biasanya diberikan benzathine benzylpenicillin. Pada sifilis laten juga diberikan terapi yang sama namun dengan dosis dan jangka waktu yang berbeda. (Rowawi, 2013)

Pada kondisi khusus seperti ibu hamil, direkomendasikan adanya skrining sifilis yang dilakukan sedini mungkin pada kunjungan pertama antenatal / pemeriksaan kehamilan dan diulang pada trimester ketiga. Sehingga jika ibu hamil didiagnosis sifilis, pasien dapat diterapi sesegera mungkin dan dapat meminimalisir kecacatan pada janin atau bayi.

### **6.2.2 Gonore**

Gonore disebabkan oleh bakteri *Neisseria gonorrhoeae* yang dapat ditularkan melalui hubungan seksual atau perinatal. Bakteri tersebut dapat menyebabkan infeksi pada uretra, serviks, anus hingga tenggorokan. Penyakit gonore juga umum dikenal oleh orang awam sebagai penyakit “Kencing Nanah” karena gejalanya ditandai dengan munculnya nanah pada urine penderita. (Adhata, 2022)



Gambar 9.2. Bakteri *Neisseria gonorrhoeae*.

Sumber: (Burhannuddin, 2021)

Gejala gonore pada pria antara lain;

- a. Rasa tidak nyaman pada uretra / saluran kencing dan diikuti dengan keluarnya nanah dari penis
- b. Sering berkemih atau merasa ingin berkemih
- c. Lubang penis tampak merah dan bengkak
- d. Gatal pada kelamin
- e. Kadang disertai sakit tenggorokan dan penyakit mata menular

Sedangkan pada Wanita gejalanya biasanya muncul pada 7-21 hari setelah terinfeksi. Bahkan kadang tidak menunjukkan gejala selama beberapa minggu, sampai pasangan diketahui didiagnosis gonore. Selain itu, gejala awal yang dirasakan Wanita kadang keliru antara infeksi kandung kemih, infeksi vagina atau gonore tersebut. Adapun gejala gonore pada Wanita antara lain;

- a. Sering berkemih atau merasa ingin berkemih
- b. Keluarnya cairan abnormal dari vagina
- c. Demam
- d. Nyeri perut bagian bawah
- e. Perdarahan pada vagina setelah berhubungan seksual  
(Cinta, 2021)

Adapun penegakan diagnosis gonore melalui hasil pemeriksaan mikroskopik pada nanah dan ditemukan bakteri penyebab gonore.

Selanjutnya pengobatan gonore diberikan dalam bentuk antibiotic secara oral atau suntikan tunggal seftriakson secara intramuskuler. Namun jika gonore telah menyebar melalui aliran darah, pasien kemudian diarahkan untuk melakukan perawatan di rumah sakit dan memperoleh antibiotic melalui intravena (pembuluh darah).

Cara pencegahan penyakit gonore adalah dengan penggunaan pengaman saat berhubungan seksual (kondom), tidak berganti-ganti pasangan, dan menghindari oral seks karena bakteri juga dapat menyebar melalui mulut ke mulut, mulut ke penis/vagina, hingga mulut ke anal. Tidak disarankan pula menggunakan obat antibiotic tanpa anjuran dokter atau tenaga Kesehatan. Selanjutnya jika merasakan gejala gonore, agar segera memeriksa diri ke fasilitas pelayanan Kesehatan.

### **6.2.3 Chlamydia**

Penyakit ini disebabkan oleh infeksi bakteri *Chlamydia trachomatis* yang gejalanya terkadang muncul 1-2 minggu setelah berhubungan seksual tanpa pengaman dengan pasangan yang terinfeksi. Bahkan sering kali banyak orang tidak menyadari karena tidak menimbulkan gejala yang serius. Namun dapat menyebabkan masalah Kesehatan yang serius jika terjadi keterlambatan diagnosis dan penanganan yang kurang tepat. (Lanjouw *et al.*, 2016) Penyakit ini biasanya menyerang pria maupun Wanita pada usia 14-24 tahun dan lebih sering terjadi dibandingkan penyakit sifilis dan gonore. Hal yang perlu diperhatikan juga adalah mudahnya risiko paparan ulang penyakit ini jika sudah pernah terserang sebelumnya. Penyakit ini juga dapat ditularkan oleh ibu hamil ke bayinya sehingga memerlukan penanganan khusus sebelum rencana persalinan dilakukan. (Aisyah & Amanda, 2019). Penyakit ini juga bahkan dinilai berhubungan dengan kejadian abortus spontan pada Wanita. (Octarina, Putra and Antonius, 2018)

Adapun ciri-ciri atau gejala dari penyakit chlamydia yang menyerang Wanita antara lain;

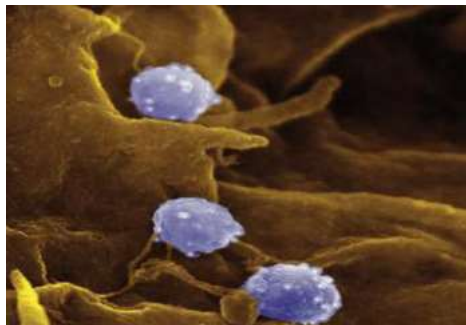
- a. Keputihan abnormal (berbau)
- b. Rasa sensasi panas saat buang air kecil

- c. Adanya nyeri pada punggung bawah
- d. Nyeri saat berhubungan seksual
- e. Rasa mual, demam dan sakit pada perut bagian bawah
- f. Adanya pengeluaran darah abnormal pada vagina.

Chlamydia menyerang mulut Rahim yang akhirnya dapat menimbulkan infeksi atau peradangan pada panggul. Sedangkan pada pria, ciri-ciri atau gejala penyakit ini antara lain;

- a. Keluar cairan abnormal dari penis
- b. Adanya rasa bengkak dan nyeri pada salah satu atau kedua buah zakar (skrotum)
- c. Terdapat luka pada kemaluan yang terasa terbakar dan gatal
- d. Rasa terbakar saat buang air kecil

Komplikasi chlamydia pada Wanita yaitu dapat terjadinya infeksi pada panggul, yang akhirnya menyerang Rahim dan tuba falopi. Sedangkan pada pria, dapat menyebabkan infeksi saluran sperma. Lebih jauh, pada pria dan Wanita dapat menyebabkan kehamilan ektopik pada Wanita bahkan infertilitas bagi keduanya jika tidak memperoleh penanganan yang cepat dan tepat.



Gambar 6.3. *Chlamydia trachomatis*.

Sumber: (Agustini and Arsani, 2013)

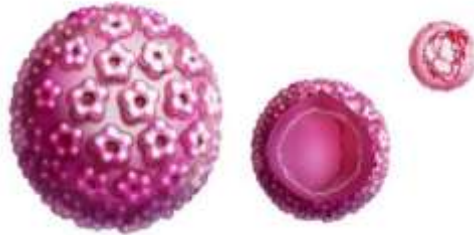
Adapun faktor resiko klamidia adalah aktif secara seksual sebelum berusia 25 tahun, adanya Riwayat penyakit kelamin, sering berganti pasangan, hingga tidak menggunakan pengaman saat berhubungan seksual.

Pengobatan penyakit klamidia adalah dengan antibiotic bagi kedua pasangan, seperti doxycycline, azithromycin, erythromycin, levofloxacin, ofloxacin, hingga josamycin tergantung tingkat keparahan dan kondisi pasien.(Lanjouw *et al.*, 2016)

#### 6.2.4 HPV

Human papilloma virus (HPV) adalah virus pathogen yang menular melalui hubungan seksual. Observasi secara global menunjukkan bahwa 75% orang dewasa yang aktif secara seksual memiliki resiko terkena HPV selama hidupnya. (Kuntari *et al.*, 2021)

Virus ini dapat menyebabkan kanker serviks atau kanker leher rahim pada Wanita. Infeksi HPV ini juga dikaitkan erat dengan kejadian 500.000 kasus baru kanker serviks dan 250.000 kasus kematian akibat kanker setiap tahunnya, yang juga penyebab kanker vulva, vagina, anal. (Gultom, 2021)



Gambar 6.4. *Human Papilloma Virus.*

Sumber: (Setiawati, 2014)

Secara rinci, HPV dapat menimbulkan berbagai penyakit, antara lain;

##### a. Kanker Serviks

Umumnya, gejala kanker serviks antara lain, perdarahan abnormal, keputihan berbau dan perdarahan setelah berhubungan seksual. Bahkan pada kondisi yang semakin parah atau dalam stadium lanjut, gejalanya adalah lemas, penurunan berat badan, gangguan saat buang air kecil, nyeri

tulang dan sel kanker yang semakin menyebar ke organ lainnya.

b. Kondiloma akuminata

Ciri kondiloma akuminata ditandai dengan munculnya benjolan daging pada kelamin, mulut atau tenggorokan yang sering dianggap sebagai tumor atau kanker. Umumnya, gejala yang muncul adalah timbulnya rasa nyeri dan gatal, rasa terbakar, perdarahan saat berhubungan seksual, dan rasa tidak nyaman. Biasanya terjadi setelah 2-3 bulan terinfeksi HPV, namun tidak semua Wanita terinfeksi HPV menimbulkan kondiloma pada daerah kongenital. Pengobatan kondiloma akuminata adalah obat topical namun jika tidak ditunjukkan perbaikan/ kesembuhan, maka metode operasi/pembedahan merupakan pilihan.

c. Kanker vulva dan vagina

Meski tidak semua keganasan pada vulva dan vagina disebabkan oleh HPV, namun virus HPV juga sering ditemukan pada kanker vulva dan vagina. Beberapa penelitian menunjukkan, HPV tipe 16 dan 18 terdeteksi pada 76% dari keganasan intraepithelial vagina dan 42% dari kanker vulva.

d. Respiratori Papillomatosis Berulang

Penyakit ini menunjukkan gejala melalui timbulnya papilloma pada daerah laring di saluran pernafasan. Papillomatosis ini dipercaya sebagai akibat dari transmisi vertical dari ibu yang terinfeksi kepada bayinya saat proses persalinan. (Setiawati, 2014)

Adapun diagnosis HPV dapat ditegakkan melalui pemeriksaan sebagai berikut;

- a. IVA Test (Tes Inspeksi Visual Asam Asetat); Pemeriksaan ini dilakukan menggunakan cairan khusus asam asetat.
- b. Pap Smear; Pemeriksaan dilakukan dengan cara mengambil sel serviks yang kemudian diperiksa di laboratorium.

Pencegahan HPV dapat dilakukan dengan berbagai cara antara lain;

- a. Melakukan vaksinasi HPV
- b. Menggunakan pengaman saat berhubungan seksual
- c. Menjaga kebersihan diri dan sekitar
- d. Meminimalisir berbagi pemakaian barang pribadi dengan orang lain

### 6.2.5 HIV/AIDS

HIV/AIDS merupakan penyakit menular yang terjadi di kalangan masyarakat dan sampai saat ini belum memiliki vaksin atau obat yang efektif untuk pencegahannya. *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) merupakan virus yang menginfeksi sel darah putih dan akhirnya menurunkan kekebalan tubuh manusia. Padahal sel darah putih sangat berperan dalam menjaga imunitas dan melawan infeksi yang menyerang tubuh manusia. Sedangkan *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (AIDS) merupakan sekumpulan gejala yang timbul akibat turunya kekebalan tubuh yang disebabkan oleh infeksi HIV sebelumnya. Sehingga Ketika HIV tidak ditangani dengan baik atau mencapai stadium akhir, maka akan mengakibatkan munculnya AIDS pada pasien HIV tersebut. (Ciment, 2020)

Penyebab penularan HIV AIDS secara umum mirip dengan penyakit menular seksual lainnya seperti seringnya bergonta ganti pasangan, tidak menggunakan pengaman saat berhubungan seksual. Selain itu juga penggunaan jarum suntik yang sebelumnya digunakan oleh pasien HIV/AIDS. Namun penularan HIV/AIDS hanya dapat terjadi Ketika terdapat kontak dengan cairan tubuh pasien HIV/AIDS (darah, sperma, cairan vagina, cairan anus). (Salawati, 2016)

Tahap HIV menjadi AIDS sendiri antara lain;

- a. Tahap pertama (window periode) pada awal terinfeksi belum dapat dideteksi meskipun melalui tes darah. Tahap ini terjadi 1-3 bulan. Namun juga terkadang diiringi dengan gejala ringan seperti demam, sakit tenggorokan, nyeri tenggorokan dan otot, dan mudah terserang flu.
- b. Tahap kedua umumnya penderitanya masih tampak sehat dan tidak terasa gejala sakit namun hasil tes HIV sudah dapat

terlihat. Tahap ini berlangsung kurang lebih selama 10 tahun dan gejala yang timbul kurang lebih sama dengan tahap sebelumnya.

- c. Tahap ketiga mulai munculnya gejala-gejala awal penyakit serta imunitas mulai berkurang.
- d. Tahap keempat adalah tahap Ketika AIDS sudah dapat dideteksi karena sangat turunnya imunitas serta munculnya gejala beberapa penyakit, ditandai dengan timbulnya demam yang tidak sembuh hingga 10 hari, tubuh terasa lemas, kesulitan bernafas, diare, penurunan berat badan yang drastic, dan mudah terserang infeksi jamur pada beberapa bagian tubuh. (Dewi, Rafidah and Yuliastuti, 2022)

Terapi HIV dilakukan dengan memberikan antiretroviral (ARV) sebagai pengobatan HIV/AIDS. Namun sebelum terapi dan pengobatan dilakukan, dokter akan memeriksa pasien dengan tes antibody, antigen, sel CD4 dan pemeriksaan HIV RNA terlebih dahulu. Obat ARV yang diberikan kepada pasien bertujuan memperlambat perkembangan virus HIV dengan cara mengurangi viral load virus HIV sehingga dapat mencegah semakin berkembang biaknya HIV dalam tubuh. (Marlinda and Azinar, 2017)

Adapun cara menghindari penularan HIV dapat dilakukan dengan cara yang dikenal dengan konsep “ABCDE” sebagai berikut;

- A (Abstinence); absen seks atau tidak melakukan hubungan seks bagi yang belum menikah
- B (Be faithful); bersikap saling setia kepada satu pasangan seks / tidak berganti-ganti pasangan
- C (Condom); menggunakan kondom untuk pencegahan penularan HIV
- D (Drug no); dilarang menggunakan narkoba
- E (Education); pemberian edukasi dan informasi yang tepat dan benar mengenai HIV mulai dari cara penularan, pencegahan hingga pengobatannya. (Ciment, 2020)

### **6.2.6 Herpes genital**

Herpes genital merupakan infeksi akut pada genital dan sekitarnya, yang disebabkan oleh Herpes Simplex Virus (HSV). Gejala yang khas pada penyakit ini adalah adanya vesikel berkelompok dan bersifat rekurensinya yang tinggi. Banyak penderita tidak menyadari bahwa dirinya sudah terinfeksi. Sehingga penyakit ini juga bahkan dapat ditularkan atau menyebar dari penderita tanpa gejala. Adapun gejala awal herpes genitalia antara lain demam, sakit kepala, kelelahan, nyeri pada kelenjar getah bening hingga nyeri otot dan pegal. Kemudian muncul lepuh atau leting yang akan memecah dan menimbulkan luka terbuka serta kulit sekitarnya menjadi merah meradang. Luka ini sangat menular jika mengenai pasangan. Virus ini dapat menular melalui seks vaginal, oral maupun anal. (Suryani and Wijayadi, 2019)

Selanjutnya herpes genitalis ini juga berpengaruh pada kehamilan. Virus ini melalui plasenta dan dapat sampai ke sirkulasi janin sehingga dapat menimbulkan kerusakan hingga kematian janin. Bila infeksi diperoleh mendekati masa persalinan maka dapat mengakibatkan peningkatan morbiditas perinatal. Bila transmisi virus terjadi di trimester I, maka cenderung terjadi abortus. Sedangkan jika terjadi di trimester II, maka akan terjadi prematuritas. (Somoyani and Arsani, 2013)

Pemeriksaan untuk menegakkan diagnosis herpes genital dilakukan melalui; kultur virus (mengambil sampel jaringan dan diperiksa di laboratorium), *Polymerase Chain Reaction* (mengambil sampel darah/jaringan luka, untuk melihat DNA serta tipe virus), serta pemeriksaan darah untuk mendeteksi antibody dan infeksi herpes yang lalu.

Adapun pengobatan secara umum dengan pemberian obat antivirus. Selanjutnya pengobatan dapat diberikan menjadi 3 bagian antara lain pengobatan profilaksis, pengobatan non spesifik (simptomatis) dan pengobatan spesifik yaitu pengobatan antivirus terhadap virus herpes. Pengobatan yang diberikan segera dan tepat dapat mengurangi gejala sistemik dan mencegah perluasan ke saluran genital atas dan organ lain. Namun herpes genital adalah salah satu penyakit menular seksual yang sulit disembuhkan dan

sering rekuren. Sehingga sampai saat ini belum ditemukan obat yang dapat mencegah rekurensi tersebut.

### **6.2.7 Granuloma inguinale**

Granuloma inguinale adalah penyakit menular seksual yang disebabkan infeksi bakteri *Klebsiella granulomatis* yang menyerang kulit pada area genital dan sekitarnya, serta berbentuk ulkus atau luka. Granuloma inguinale memiliki gejala yang mirip dengan beberapa penyakit lainnya seperti lymphogranuloma venereum (LGV), sifilis, kanker penis hingga kanker vulva sehingga terkadang penyakit ini sulit didiagnosis. Penyakit ini menular utamanya melalui hubungan seksual namun juga bisa saja menular melalui cairan luka pasien granuloma inguinale tersebut. Granuloma inguinale memiliki ciri khas benjolan merah berukuran kecil yang tidak terasa nyeri di area genital. Benjolan ini kemudian semakin membesar secara perlahan, lalu pecah dan membentuk luka.

Gejala Granuloma inguinale berlangsung dalam 3 tahap sebagai berikut;

- Tahap pertama; benjolan menyebar ke area luar selangkangan. Benjolan tersebut membesar, menonjol dan berwarna merah namun tidak terasa nyeri.
- Tahap kedua; Luka menjadi terbuka dan berbau tidak sedap
- Tahap ketiga; Luka semakin dalam dan membentuk jaringan parut

Penegakan diagnosis Granuloma inguinale dilakukan dengan pemeriksaan fisik pada area genital. Terkadang juga diperlukan pengambilan sampel jaringan dari luka pasien. Adapun pengobatan umumnya diberikan dalam bentuk antibiotik oral ataupun suntik. (Yankes, 2023)

## DAFTAR PUSTAKA

- Adhata, A.R. (2022) 'Diagnosis dan Tatalaksana Gonore', *Jurnal Medika Hutama*, 3(2), pp. 1992–1996.
- Agustini, N.N.M. and Arsani, N.L.K.A. (2013) 'Infeksi Menular Seksual Dan Kehamilan', *Seminar Nasional FMIPA UNDIKSHA III Tahun*, pp. 304–310.
- Aisyah Sijid, S. and Amanda, S.S. (2019) 'REVIEW: INFEKSI Chlamydia trachomatis PADA SALURAN GENITAL, TUBA FALLOPI DAN SERVIKS', *Teknosains: Media Informasi Sains Dan Teknologi*, 13(2), pp. 145–148. Available at: <https://doi.org/10.24252/teknosains.v13i2.9676>.
- Burhannuddin, B. (2021) 'IDENTIFIKASI DAN UJI SENSITIVITAS BAKTERI Neisseria gonorrhoeae TERHADAP ANTIBIOTIK SEFIKSIM PADA PEKERJA SEKS KOMERSIAL DI PUSKESMAS II DENPASAR SELATAN', *Meditory: The Journal of Medical Laboratory*, 9(1), pp. 1–11. Available at: <https://doi.org/10.33992/m.v9i1.1306>.
- Ciment, J. (2020) 'Aids/Hiv', *Social Issues in America: An Encyclopedia*, pp. 92–107. Available at: <https://doi.org/10.4324/9781315700724-16>.
- Cinta, Y.M. (2021) 'Penyakit Gonore/Penyakit Menular Seksual', *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), pp. 1689–1699.
- Dewi, N.I.P., Rafidah and Yuliastuti, E. (2022) 'Studi Literatur Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian HIV/AIDS Pada Wanita Usia Subur (WUS)', *Jurnal Inovasi Penelitian*, 3(1), pp. 4583–4590.
- Gultom, D.A. (2021) 'Patogenitas Human Papillomavirus (HPV) dalam Onkogenesis Kanker Serviks dan Pengembangan Vaksin Pencegahannya', *Jurnal Pro-Life*, 8(2), pp. 134–147. Available at: <http://ejournal.uki.ac.id/index.php/prolife/article/view/3206>.
- Kemenkes (2013) 'Pedoman tata laksana sifilis untuk pengendalian sifilis di layanan kesehatan dasar', *Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan*, p. 1.

- Kuntari, S. *et al.* (2021) 'Pengetahuan dan perilaku masyarakat terhadap human papiloma virus dan vaksin hpv', *Jurnal Keperawatan Jiwa (JKJ): Persatuan Perawat Nasional Indonesia*, 9(2), pp. 311–322.
- Lanjouw, E. *et al.* (2016) '2015 European guideline on the management of Chlamydia trachomatis infections', *International Journal of STD and AIDS*, 27(5), pp. 333–348. Available at: <https://doi.org/10.1177/0956462415618837>.
- Marlinda, Y. and Azinar, M. (2017) 'Perilaku Pencegahan Penularan HIV/AIDS', *Jurnal Of Health Education*, 2(2), pp. 192–200.
- Octarina, W.N., Putra, A.E. and Antonius, P.A. (2018) 'HUBUNGAN INFEKSI Chlamydia trachomatis DENGAN KEJADIAN ABORTUS SPONTAN DI RSUD DR. RASIDIN DAN RSIA SITI HAWA PADANG', *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(Supplement 3), p. 15. Available at: <https://doi.org/10.25077/jka.v7i0.863>.
- Putri, D., Suryani, A. and Sibero, H.T. (2014) '[artikel review]', 3, pp. 7–16.
- Rowawi, R. (2013) 'Sifilis Laten: Diagnosis dan Pengobatan', *Global Medical and Health Communication*, pp. 79–86. Available at: <https://ejournal.unisba.ac.id/index.php/gmhc/article/view/1519>.
- Salawati, liza (2016) 'Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome Prevention', *Universitas Syiah Kuala*, pp. 299–312.
- Setiawati, D. (2014) 'Human Papilloma Virus Dan Kanker Serviks', *Al-Sihah : Public Health Science Journal*, VI(2), pp. 450–451.
- Somoyani, N.K. and Arsani, L.K.A. (2013) 'Herpes Genetalis Pada Masa Kehamilan', *Jurnal Ilmiah Kebidanan*, pp. 144–154. Available at: <http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/id/eprint/1482%0A>.
- Suryani, M. and Wijayadi, L. (2019) 'Masalah dan Penatalaksanaan Herpes Simpleks', *Ebers Papyrus* [Preprint]. [https://yankes.kemkes.go.id/view\\_artikel/2235/granuloma-inguinale](https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/2235/granuloma-inguinale)

# **BAB VII**

## **STRATEGI PELAYANAN**

### **KEBIDANAN DI KOMUNITAS**

*Oleh Nur Laela*

#### **7.1 Pendekatan Edukatif Dalam Peran Serta Masyarakat**

##### **7.1.1 Definisi**

Pendekatan edukatif merupakan rangkaian dari suatu kegiatan yang terlaksana secara sistematis terencana dan terarah baik oleh individu kelompok maupun masyarakat umum yang secara aktif turut serta, guna memecahkan suatu permasalahan yang dirasakan oleh masyarakat dengan mempertimbangkan berbagai faktor sosial ekonomi dan budaya.

Pendekatan edukatif juga merupakan suatu model rancangan dalam pelaksanaan organisasi guna memecahkan masalah yang dihadapi masyarakat dengan pendekatan pokok yaitu pemecahan masalah dan proses pemecahan masalah.

Pendekatan edukatif membutuhkan kesabaran dan ketangguhan dari penggerak yang bertugas sesuai peran masing-masing, dikarenakan mereka harus mengawal proses secara berkesinambungan sampai pada tahap pencapaian kemandirian masyarakat. Dalam hal ini para petugas di Dinas kesehatan Kabupaten/Kota, rumah sakit, serta puskesmas dan jaringannya yang merupakan penggerak awal di jajaran kesehatan,

##### **7.1.2 Tujuan pendekatan edukatif**

Pendekatan edukatif memiliki tujuan untuk:

1. Pemecahan suatu masalah yang ada di masyarakat
2. Meningkatkan kemampuan masyarakat agar dapat memecahkan masalah yang dihadapi baik secara mandiri maupun secara swadaya serta dengan cara gotong royong.

### **7.1.3 Strategi Dasa Pendekatan Edukatif**

- Pendekatan pada tokoh masyarakat diantaranya
  - 1) Nonformal untuk suatu penjagaan lahan
  - 2) Formal dengan pengadaan surat resmi
  - 3) Tatap muka antara provider dengan tokoh masyarakat.
  - 4) Melakukan kunjungan rumah untuk menjelaskan maksud dan tujuan dalam pengumpulan data.
  - 5) Pertemuan provider dan tokoh masyarakat untuk menetapkan suatu kebijakan alternatif pemecahan masalah dalam rangka perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.
  - 6) Menjalin hubungan sosial yang baik dengan menghadiri upacara-upacara agama, perkawinan, kematian dsb.

- Pendekatan kepada provider.

Pendekatan dengan model pengembangan provider memerlukan adanya persamaan persepsi dan sikap mental positif terhadap pendekatan yang ditempuh serta memiliki kesepakatan untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Model pendekatan provider diadakan pada waktu pertemuan tingkat kecamatan, tingkat desa/kelurahan, tingkat dusun/lingkungan.

Langkah-langkah pengembangan provider diantaranya:

- 1) Pendekatan terhadap Pejabat Masyarakat

Pendekatan terhadap Pejabat Masyarakat guna mendapat dukungan, agar dapat menentukan suatu kebijakan baik ditingkat regional maupun nasional. Bentuk dari pendekatan ini yaitu pertemuan perorangan dalam suatu kelompok kecil, pernyataan beberapa pejabat yang berpengaruh

- 2) Pendekatan terhadap sector di berbagai tingkat administrasi sampai pada tingkat desa.

Pendekatan ini bertujuan agar lahirnya pemahaman yang sama dalam memberi dukungan dan membuat perumusan kebijakan serta pola pelaksanaan, berbentuk lokakarya, musyawara dan raker serta seminar.

- 3) Pengumpulan data oleh sector kecamatan/desa.

Hal ini bertujuan mengenal situasi dan masalah menurut pandangan provider, data yang dikumpulkan berupa data umum dan data khusus serta data perilaku. Pengumpulan data umum baik primer dan sekunder tersebut sesuai dengan kepentingan masing-masing sektor, data perilaku sesuai dengan masalah yang ada, data khusus hasil pengamatan, data orang lain.

## **7.2 Pelayanan Yang Berorientasi Pada Kebutuhan Masyarakat**

Pelayanan yang berorientasi pada kebutuhan masyarakat merupakan proses dimana masyarakat mampu mengidentifikasi kebutuhan dan menentukan prioritas dari kebutuhan tersebut serta mengembangkan keyakinan masyarakat untuk terus berusaha memenuhi kebutuhan sesuai skala prioritas berdasar pada sumber – sumber yang ada di

dalam masyarakat itu sendiri maupun berasal dari luar secara gotong royong.

Pelayanan yang berorientasi pada kebutuhan masyarakat memiliki 3 jenis pendekatan :

- i. *Specifict Content Approach*  
Merupakan pendekatan perorangan atau kelompok yang merasakan masalah, melalui proposal program kepada instansi yang berwenang.
- ii. *General Content objective*  
yaitu pendekatan dengan melakukan berbagai koordinasi dalam berbagai upaya pada bidang kesehatan dalam wadah tertentu.
- iii. *Proses Objective approach*  
Merupakan masyarakat sebagai pengambil prakarsa kemudian dikembangkan sendiri sesuai kemampuan.

Adapun Sasaran pendekatan kemasyarakatan adalah:

- a) Kelompok pegambil keputusan di berbagai jenjang administrasi dari tingkat pusat, propinsi, kabupaten dan kecamatan.
- b) Kelompok petugas pelayanan masyarakat dari berbagai faktor.
- c) Kelompok masyarakat yang dapat dibagi menjadi berbagai kategori

Tujuan pendekatan kemasyarakatan yaitu:

1. Pendekatan Berdasarkan tingkat administrasi (RW, desa, dan lain-lain)
2. Pendekatan Berdasarkan kelompok pekerja (petani, buruh, nelayan, perajin, dan lain-lain)
3. Pendekatan Berdasarkan kelompok pemuda (karang taruna, pramuka)
4. Pendekatan Berdasarkan kelompok wanita (PKK, Dharma wanita, dharma pratiwi, kelompok pengajian wanita, dan lain-lain).
5. Serta berbagai bentuk pendekatan kelompok lainnya termasuk LSM.

Langkah pendekatan kemasyarakatan sebagai berikut:

a. Pembinaan Umum

Pembinaan umum merupakan upaya pembinaan yang bersifat merata dilakukan di seluruh wilayah Indonesia, sebagai berikut:

a. Dukungan Politis

Dukungan politis sangat dibutuhkan bagi masyarakat. Pola kepemimpinan yang *“ingarso sung tulodo”* menunjukkan bahwa pekerjaan yang dikerjakan di tingkat atas akan menjadi panutan di tingkat bawah. Oleh karenanya, beberapa bentuk ucapan, tingkah laku, sikap dan produk hukum di tingkat atas mutlak digunakan untuk mendorong peran serta masyarakat. Upaya tersebut dilakukan di semua jenjang administrasi serta di seluruh wilayah negeri. Bentuk dukungan politis antara lain: dokumen (UUD, GBHN, PP, dll), , dukungan anggota, perencanaan kegiatan oleh pejabat sering diucapkan oleh pejabat/tokoh masyarakat, tim/forum komunikasi, dan termuat di media massa.

b. Persiapan Petugas

Persiapan petugas mutlak diperlukan, dikarenakan program yang dikembangkan langsung ke masyarakat dan belum ada kesiapan bagi petugas akan terjadi bumerang. Masyarakat yang telah semangat akan kecewa atas sikap petugas yang belum siap. Pada sebuah kata pepatah *bahwa “Tempalah besi selagi membara”* yang berarti Petugas ibarat pandai besi yang siap membentuk besi yang lagi membara itu harus sudah tahu ke arah mana peran serta masyarakat yang sedang membara itu harus diarahkan. Sehingga kesiapan petugas merupakan salah satu kunci keberhasilan dalam peningkatan peran serta masyarakat.

b. Pembinaan Lokal

Pembinaan lokal atau pembinaan masyarakat setempat pada prinsipnya merupakan upaya edukatif.

Pembinaan lokal merupakan bagian dari langkah yang diterapkan guna menggali, meningkatkan dan mengarahkan peran serta masyarakat setempat. Kelompok masyarakat yang dimaksud adalah komunitas yang tinggal di lokasi tertentu (Desa, Dusun, RW, dll), yang mempunyai organisasi tertentu (LSM, Agama, Kelompok pengajian, dll), yang merupakan kelompok kerja informal (Petani, Nelayan, Perajin, dll), kelompok Pemuda (Saka Bhakti Husada, Palang Merah Remaja, Trauna Husada, Santri Husada, dll), atau berbagai bentuk kelompok masyarakat lainnya.

Pembinaan masyarakat setempat dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:

A. Pendekatan tokoh masyarakat

Pendekatan tokoh masyarakat mutlak perlu dilakukan, karena mereka panutan masyarakat setempat.

B. Survey/telaah mawas diri

Survey mawas diri merupakan ajang diagnosis masalah oleh masyarakat (*community diagnosis*) terhadap kondisi kesehatan mereka. *Community Diagnosis* merupakan suatu kegiatan bermaksud untuk mengenali keadaan dan masalah mereka sendiri, serta potensi yang mereka miliki untuk mengatasi masalah tersebut. Ada 2 tahapan mawas diri, yaitu:

- Pengumpulan data/ pandangan/ pendapat masyarakat.
- Perumusan masalah dan penggalan potensi setempat.

C. Musyawarah Mufakat

Musyawarah mufakat berupa kegiatan "*community prescription*" guna mengatasi segala "penyakit" yang mereka derita. penyelesaian masalah tersebut

mengutamakan menggunakan potensi setempat. Dalam musyawarah masyarakat ini, diundang para pemimpin (baik formal maupun informal) para tokoh masyarakat dan anggota masyarakat. Dalam pertemuan penyampaian temuan dari kegiatan "*community diagnosis*" yang akan dibahas bersama tentang upaya untuk mengatasinya.

Langkah-langkah pembahasan paska musyawarah masyarakat adalah sebagai berikut:

- Pemaparan temuan serangkaian masalah dan berbagai potensi atau sumber daya setempat yang dianggap dapat digunakan untuk suatu penanggulangan.
- Petugas berperan untuk memandu peserta musyawarah guna menentukan urutan prioritas dari berbagai masalah yang menjadi temuan.

Beberapa faktor yang dapat digunakan untuk menentukan skala prioritas masalah, yaitu:

- 1) Kegawatannya: Besar/kecilnya dampak dari masalah bagi masyarakat
  - 2) Mendesakannya: Dalam hal ini keterkaitannya dalam segi waktu.  
Jika masalah tersebut tidak segera di tangani dapat menimbulkan akibat yang lebih serius
- Penyebarannya: Terkait dengan wilayah yang akan terpapar, semakin banyak penduduk atau semakin luas wilayah yang terkena, menjadi semakin penting.
  - Sumber daya yang dimiliki: terkait dengan kemampuan yang dimiliki untuk mengatasi permasalahan tersebut, baik ditinjau dari segi dana, sarana tenaga maupun teknologi.

### **7.3 Menggunakan Atau Memanfaatkan Fasilitas Dan Potensi Yang Ada Di Masyarakat**

Penyebab Masalah kesehatan pada umumnya dikarenakan rendahnya status sosial dan ekonomi yang berdampak pada ketidaktahuan dan ketidakmampuan memelihara diri sendiri (*self care*) sehingga apabila hal berlangsung terus menerus akan berdampak pada status kesehatan keluarga dan masyarakat juga berdampak pada produktivitasnya.

Definisi dari program tersebut yaitu :

- a. Usaha membantu manusia agar dapat mengubah sikap terhadap masyarakat, membantu menumbuhkan kemampuan orang, berkomunikasi dan menguasai lingkungan fisiknya.
- b. Usaha dalam mengembangkan manusia yang tujuannya guna mengembangkan potensi dan kemampuan manusia mengontrol lingkungannya.

Langkah – langkah dari program tersebut antara lain.

- a) Menciptakan kondisi agar potensi setempat dapat dikembangkan dan dimanfaatkan
- b) Meningkatkan mutu potensi yang ada
- c) Usahakan mempertahankan kelangsungan kegiatan yang sudah ada.
- d) Meningkatkan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan.

Prinsip - prinsip dalam mengembangkan masyarakat :

- a. Program ditentukan oleh atau bersama masyarakat.
- b. Program disesuaikan dengan kemampuan masyarakat.
- c. Dalam pelaksanaan kegiatan harus ada bimbingan, pengarahan, dan dorongan agar dari satu kegiatan dapat dihasilkan kegiatan lainnya.

- d. Petugas harus bersedia mendampingi dengan mengambil fungsi sebagai katalisator untuk mempercepat proses.

Bentuk - bentuk program masyarakat :

- i. Program intensif merupakan langkah pengembangan masyarakat melalui koordinasi dengan dinas terkait/kerjasama lintas sektoral.
- ii. Program adaptif merupakan langkah pengembangan masyarakat yang hanya ditugaskan pada salah satu instansi/departemen yang bersangkutan saja secara khusus untuk melaksanakan kegiatan tersebut/kerjasama lintas program.
- iii. Program proyek merupakan langkah pengembangan masyarakat dalam bentuk usaha yang masih terbatas di wilayah tertentu dan program tersebut disesuaikan dengan kebutuhan wilayah.

## DAFTAR PUSTAKA

- Bustami,Lusiana dkk. 2017 *Buku ajar kebidanan komunitas*, Padang : CV. Rumahkayu Pustaka Utama
- Karwati, Dkk (2011), *Asuhan Kebidanan V (Kebidanan Komunitas)*, TIM : Jakarta Timur
- Handajani, Sutjiati Dwi. 2012. *Kebidanan Komunitas: Konsep & Manajemen Asuhan*. Jakarta: EGC
- Runjati. 2011. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC
- Meilani, Niken dkk, (2009). *Kebidanan Komunitas*. Fitramaya. Yogyakarta.
- Pudiastuti. 2011. *Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta : Nuhamedika
- Rahayu Teta Puji,dkk. 2019. *Modul Ajar 1 Kebidanan Komunitas*. Surabaya: Prodi Kebidanan Magetan Poltekkes Kemenkes Surabaya
- Runjati. 2011. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC
- Safrudin & Hamidah. 2009. *Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC
- Yulifah & Yuswanto. 2009. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Jakarta: Salemba Medika

# **BAB VIII**

## **TUGAS SERTA TANGGUNG JAWAB BIDAN DI KOMUNITAS**

*Oleh Senditya Indah Mayasari*

### **8.1 Pendahuluan**

Sebelum memahami tanggung jawab bidan komunitas, perlu dipahami bidan komunitas adalah tenaga kesehatan profesional yang memberikan pelayanan dan jasa di masyarakat untuk memberikan asuhan bagi perempuan dan anak-anak dari sebelum hamil sampai setelah melahirkan. Bidan komunitas tidak bekerja sendiri tetapi dalam kelompok kecil (tim) untuk setiap kegiatan. Asuhan yang diberikan tidak hanya terpusat di fasilitas kesehatan masyarakat (posyandu, polindes atau puskesmas) tetapi juga *home care* (bersalin di rumah, ANC di rumah, pemeriksaan bayi dan nifas di rumah, dll), selama ibu dan anak adalah kondisi sehat yang baik (kondisi normal). Menurut ICM (*International Confederation of Midwife*), Bidan nomor 2 berkompeten dalam memberikan pendidikan dan pelayanan kesehatan yang luar biasa yang disesuaikan dengan kebutuhan budaya masyarakat. Bidan berusaha untuk memberikan perawatan yang sangat baik yang menghormati nilai-nilai budaya dan menawarkan pendidikan dan layanan dalam masyarakat untuk meningkatkan kesehatan keluarga, kehamilan yang direncanakan dengan baik, dan pengetahuan pengasuhan yang positif. Hal ini menunjukkan bahwa bidan memberikan perawatan terbaik secara budaya dan diarahkan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan (ICM, 2014).

Bidan telah menjadi bagian penting dari budaya, masyarakat, dan perawatan kesehatan selama berabad-abad. Bidan adalah asisten persalinan yang mendampingi seorang ibu selama masa kehamilan, persalinan, dan setelah kelahiran, memberikan perawatan dan dukungan pra-kelahiran. Seorang bidan hadir tidak hanya untuk memberikan perawatan pra dan pasca persalinan, tetapi juga untuk kebutuhan sosial, psikologis, dan spiritual ibu dan keluarganya. Yang paling umum di daerah pedesaan saat ini, bidan adalah anggota masyarakat yang dikenal dan dipercaya yang menghormati tradisi lokal mengenai kelahiran seorang anak. Tidak ada pendekatan sistematis yang resmi untuk kebidanan. Bidan melakukan pendekatan secara individual dan membimbing ibu dalam mengambil keputusan yang berkaitan dengan kehamilannya. Karena bidan juga merupakan anggota masyarakat, mereka sering berbagi teori dan penjelasan lokal yang sama tentang penyebab dan pencegahan penyakit, dan sering dipandang sebagai mitra daripada penyedia layanan. Hubungan yang sangat pribadi ini memberikan bidan akses ke informasi pribadi yang sangat membantu dalam membantu ibu.

## **8.2 Tugas Bidan di Komunitas**

Tugas bidan di komunitas terdiri dari 2, diantaranya :

### **8.2.1 Tugas Utama**

Peran utama bidan dalam komunitas adalah untuk mendekatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Bidan lahir ditengah masyarakat dan tugas serta tanggungjawabnya semakin meningkat, terutama dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Sebagai tenaga kesehatan di tingkat primer, bidan desa, bidan praktek swasta, dan bidan puskesmas memiliki tanggungjawab yang dibatasi oleh UU kesehatan dan peraturan perundangan terkait praktik kebidanan (Permenkes 1464) (Kementerian Kesehatan RI, 2017)

Sebagai bidan pelaksana, pengelola, pendidik, dan peneliti, tugas utama bidan di komunitas adalah untuk mendekatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak (Lisnawati, 2013).

1. Pelaksana Asuhan : Memberikan pelayanan kebidanan (Asuhan kebidanan KIA-KB) sesuai wewenang dengan memperhatikan program yang telah ditetapkan pemerintah dan menyesuaikan dengan kebutuhan masyarakat. Melakukan pemantauan KIA dengan menggunakan PWS KIA (pemantauan wilayah sekitar KIA). Menjaga dan meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan melalui pendidikan dan pelatihan terus menerus.

Sebagai pelaksana di komunitas, bidan memiliki 3 kriteria tugas, diantaranya :

a. Tugas Mandiri

- 1) Melaksanakan manajemen kebidanan pada setiap tindakan kebidanan yang diberikan
- 2) Melakukan pelayanan dasar kepada anak, remaja, dan wanita yang belum menikah dengan melibatkanklien
- 3) Memberikan asuhan kebidanan kepada klien selamamasa kehamilan normal
- 4) Menyediakan asuhan kebidanan kepada klien selama masa persalinan dengan keluarga turut sertaterlibat
- 5) Memberikan perawatan kepada bayi baru lahir
- 6) Melakukan asuhan kebidanan kepada klien selama masa nifas dengan anggota keluarga turut serta terlibat dalam asuhan tersebut
- 7) Memberikan asuhan kebidanan pada wanita usia subur yang memerlukan layanan keluarga berencana
- 8) Menyediakan asuhan kebidanan pada wanita

dengan gangguan sistem reproduksi dan wanita yang sedang mengalami klimakterium dan menopause

- 9) Memberikan perawatan kebidanan pada bayi dan balita dengan keluarga turut serta terlibat

b. Tugas Kolaborasi

- 1) Melaksanakan manajemen kebidanan pada setiap perawatan kebidanan sesuai dengan fungsi kolaborasi dengan keluarga turut serta terlibat.
- 2) Memberikan perawatan kebidanan pada ibu hamil yang memiliki risiko tinggi serta memberikan pertolongan pertama pada keadaan darurat yang membutuhkan tindakan kolaborasi.
- 3) Memberikan perawatan kebidanan pada ibu saat persalinan dengan risiko dan situasi darurat yang membutuhkan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi dengan keluarga turut serta terlibat.
- 4) Memberikan perawatan kebidanan pada pasien saat nifas dengan risiko tinggi dan situasi darurat yang memerlukan pertolongan pertama dalam keadaan darurat yang memerlukan tindakan kolaborasi dengan keluarga turut serta terlibat.
- 5) Memberikan perawatan kebidanan pada bayi dengan risiko tinggi dan yang mengalami komplikasi serta keadaan darurat yang membutuhkan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi, dengan melibatkan pasien dan keluarga turut serta terlibat.
- 6) Memberikan layanan dasar pada anak, remaja, dan wanita pranikah dengan mengikutsertakan pasien.
- 7) Memberikan perawatan pada bayi yang baru lahir.
- 8) Memberikan perawatan kebidanan pada wanita usia subur yang membutuhkan layanan keluarga

berencana.

- 9) Memberikan perawatan kebidanan pada wanita dengan gangguan sistem reproduksi dan wanita pada masa klimakterium dan menopause.
- 10) Memberikan perawatan kebidanan pada bayi, balita dengan keluarga turut serta terlibat.

c. Tugas Merujuk

- 1) Menjalankan manajemen kebidanan pada setiap pelayanan kebidanan sesuai dengan peran keterlibatan pasien dan keluarga.
- 2) Memberikan pelayanan kebidanan kepada ibu hamil yang memiliki risiko tinggi dan keadaan darurat.
- 3) Memberikan pelayanan kebidanan dengan konsultasi dan rujukan kepada ibu hamil.
- 4) Menyediakan pelayanan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan saat persalinan dengan kondisi yang rumit, yang melibatkan pasien/keluarga.
- 5) Menyediakan pelayanan kebidanan dengan konsultasi dan rujukan saat masa nifas pada kondisi yang rumit dan darurat, dengan melibatkan pasien dan keluarga.
- 6) Memberikan pelayanan kebidanan kepada bayi baru lahir yang memiliki kelainan dan keadaan darurat yang membutuhkan konsultasi serta rujukan, dengan keluarga turut terlibat.
- 7) Menyediakan pelayanan kebidanan kepada anak balita yang memiliki kelainan dan keadaan darurat yang membutuhkan konsultasi dan rujukan, dengan melibatkan pasien dan keluarga turut terlibat.

2. Pengelola : Bidan turut serta dalam melaksanakan program puskesmas yang disesuaikan dengan kebutuhan

masyarakat. Di masyarakat bidan melakukan analisis dan penyelesaian masalah dengan memperhatikan kebutuhan dan kemampuan di komunitas. Selain itu, bidan berkolaborasi dengan tokoh agama, tokoh masyarakat, dan dukun yang memiliki peran penting di masyarakat dalam menyelesaikan permasalahan.

Dapat diuraikan tugas sebagai pengelola sebagai berikut :

- a. Meningkatkan pelayanan kesehatan masyarakat terutama dalam bidang kebidanan untuk individu, keluarga, kelompok tertentu, dan masyarakat di wilayah kerja yang mengikutsertakan keluarga dan masyarakat.
- b. Terlibat dalam tim untuk menjalankan program kesehatan dan program di sektor lain dengan mengembangkan pendampingan pada dukun bayi, kader kesehatan, dan tenaga kesehatan lainnya di wilayah kerjanya.
3. Pendidik : Bidan memberikan edukasi dan pengajaran kesehatan kepada orang per orang, keluarga, dan komunitas tentang kesehatan remaja, kesehatan reproduksi, dan jasa kebidanan lainnya. Ini termasuk siswa bidan/keperawatan, relawan, dan ahli kebidanan bayi yang terkait dengan Kesehatan Ibu Anak/Keluarga Berencana.
4. Peneliti : Bidan melaksanakan penelitian dengan mandiri atau bekerjasama secara kolaboratif
  - a. Melaksanakan penelitian dalam praktik kebidanan guna meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan.
  - b. Melakukan penelitian secara individu atau bersama tim penelitian mengenai ASKEB.
  - c. Bidan harus memahami dasar-dasar penelitian seperti pencatatan, pengolahan, dan analisis data.
  - d. Dengan simpel, bidan dapat membuat kesimpulan atau hipotesis dari hasil analisisnya.

- e. Berdasarkan data yang diperoleh, bidan dapat merencanakan dan melaksanakan tindakan yang sesuai dengan masalah yang dihadapi dan mengevaluasi hasilnya. (Kohan, Shahnaz; Sayyedi, Marziye; Nekuei, 2015)

### **8.2.2 Tugas Tambahan**

Seorang bidan adalah seorang profesional kesehatan yang bertanggung jawab dibawah pengawasan pemerintah dan selalu memberikan layanan asuhan yang sesuai dengan program pemerintah. Oleh karena itu, tugas tambahan yang diemban oleh bidan selalu terkait dengan program-program yang telah ditetapkan oleh pemerintah, yang mencakup :

1. Kesehatan lingkungan yang mencakup Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) serta kesehatan lingkungan di masyarakat.
2. Pengawasan pengendalian penyakit menular seperti HIV/AIDS dan pengendalian penyakit degeneratif.
3. Isu UU Desa No. 6 tahun 2014 (pasal 71-75, khususnya terkait bantuan dana 1M dari Negara).
4. Masalah stunting (37,2%) dan wasting (12,1%).
5. Kesehatan mental dan keluarga. Bidan dapat berperan dalam kesehatan mental keluarga dengan memberikan konseling dan dukungan yang dibutuhkan. Dukungan sosial dan psikologis yang diberikan oleh bidan diharapkan dapat mengatasi masalah yang dihadapi sehingga tidak menimbulkan masalah kesehatan lainnya.
6. Layanan kesehatan. Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014, setiap Puskesmas harus diakreditasi secara berkala paling sedikit tiga tahun sekali. Akreditasi adalah salah satu persyaratan kredensial sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bekerjasama dengan BPJS, sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71

tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional Pasal 6 ayat. Tujuan utama akreditasi Puskesmas adalah untuk pembinaan peningkatan mutu, kinerja melalui perbaikan yang berkesinambungan terhadap sistem manajemen, sistem manajemen mutu dan system penyelenggaraan pelayanan dan program, serta penerapan manajemen risiko, dan bukan sekedar penilaian untuk mendapatkan sertifikat akreditasi (Kementerian Kesehatan RI, 2014)

7. Asuransi kesehatan nasional (BPJS). Bidan sebagai promotor dapat memberikan upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui Jaminan Kesehatan Nasional yaitu BPJS sehingga masyarakat dapat memanfaatkan layanan kesehatan dengan baik.
8. Pemanfaatan teknologi yang tepat Bidan di pelayanan kebidanan komunitas diharapkan mampu memanfaatkan teknologi yang tepat dalam memberikan asuhan sesuai dengan potensi sumber daya alam yang ada dan sumber daya manusia yang terlatih seperti peran kader. Beberapa perkembangan pelayanan kebidanan komunitas yang dilakukan beberapa akhir ini memberikan asuhan komplementer yaitu asuhan tanpa memberikan farmakologi. Bidan bersama masyarakat dapat memanfaatkan hasil sumber daya alam disekitar seperti peningkatan asupan gizi pada balita stunting dengan potensi kelor.

## **8.2 Tanggungjawab Bidan di Komunitas**

Sebagai bidan, tugas utama adalah menjaga kesehatan ibu dan anak baik di dalam keluarga maupun di masyarakat. Beberapa tanggungjawab bidan di Komunitas, antara lain :

1. Memberikan pelayanan kebidanan dengan kompetensi dan wewenang yang dimiliki.
2. Memberikan pelayanan kebidanan kepada semua orang

- tanpa diskriminasi dan selalu memprioritaskan kepentingan masyarakat daripada kepentingan pribadi.
3. Menjalankan kegiatan di Puskesmas sesuai dengan urutan prioritas masalah yang dihadapi dan sesuai wewenang bidan.
  4. Memberikan edukasi tentang reproduksi remaja, termasuk pernikahan dini, kehamilan dini, aborsi, pergaulan bebas, dan kesehatan remaja secara umum.
  5. Bertanggung jawab dalam menurunkan angka kematian dan kesakitan ibu dan anak dengan cara meningkatkan keterampilan, mencegah terlambat, melakukan deteksi dini, dan bekerja sama dengan sektor lain.
  6. Mengkampanyekan, meningkatkan, dan membina kesadaran masyarakat untuk hidup sehat.
  7. Melakukan promosi, pencegahan, dan pengendalian penyakit pada ibu dan anak (Tabbassam & Menhas, 2014)

Selain itu, bidan juga mempunyai kewajiban yang perlu diperhatikan. Sebagai bidan, ia harus bertanggung jawab dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang meliputi:

1. Menggabungkan elemen dari proses pemecahan masalah.
2. Menyediakan asuhan kebidanan yang tepat pada individu.
3. Menunjukkan dan menyetujui praktik-praktik kebidanan.
4. Berkomunikasi dan bekerja sama dengan rekan teknis.
5. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan yang relevan.
8. Menyelidiki masalah kesehatan dan kebutuhan masyarakat (Maita, 2019)

## **8.3 Ketrampilan Bidan di Komunitas**

### **Ketrampilan Dasar Bidan Komunitas**

1. Menjalankan manajemen layanan bagi ibu hamil, pasca

melahirkan, menyusui, bayi, balita, dan keluarga berencana.

2. Mengenali kondisi kesehatan ibu dan anak.
3. Memberikan bantuan persalinan di kediaman dan puskesmas desa.
4. Mengatur pengelolaan pusat persalinan di desa (puskesmas desa).
5. Melakukan kunjungan ke rumah bagi ibu hamil, pasca melahirkan, menyusui, bayi, dan balita.
6. Menggerakkan dan membimbing partisipasi masyarakat untuk mendukung usaha kesehatan ibu dan anak.

#### **8.4.2 Ketrampilan Tambahan**

1. Melaksanakan pengawasan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dengan memanfaatkan Perangkat Wilayah Setempat (PWS) KIA.
2. Melakukan pelatihan serta pembinaan terhadap para dukun bayi.
3. Mengatur dan memberikan obat-obatan dengan mematuhi peraturan yang berlaku.
4. Memanfaatkan teknologi kebidanan yang sesuai dan efektif.

### **8.4 Praktek Bidan Mandiri**

Bidan praktik swasta atau bidan praktik individu adalah jenis layanan kesehatan yang disediakan oleh bidan secara mandiri (dilindungi oleh Permenkes 1464) dengan profesionalisme dalam praktik kebidanan yang diizinkan. Dalam memberikan layanan mandiri, seorang bidan harus memenuhi regulasi praktik yang mencakup perizinan (diperbaharui setiap 5 tahun dengan persyaratan dan ketentuan yang diatur oleh hukum dan profesi), kelayakan lokasi praktik, ketersediaan peralatan praktik minimal,

kompetensi sebagai bidan, dan kelengkapan administrasi sesuai dengan peraturan hukum dan standar yang ditetapkan oleh profesi.

1. Terdapat peraturan yang mengatur dengan jelas pelayanan praktik bidan, termasuk persiapan sebelum melaksanakan pelayanan seperti izin, lokasi, ruangan, peralatan praktik, dan administrasi yang sesuai dengan standar.
2. Dinas Kesehatan dan organisasi profesi IBI bertanggung jawab dalam melakukan pengawasan dan pembinaan.
3. Penyebaran dan distribusi bidan dilakukan untuk memastikan pelayanan mudah dijangkau oleh masyarakat.
4. Regulasi tarif pelayanan bidan diatur dengan jelas dan transparan.
5. Informasi tentang layanan bidan tersedia untuk memastikan kepuasan konsumen.

## **8.5 Bidan Delima**

Ikatan Bidan Indonesia (IBI), sebagai organisasi profesi kebidanan di Indonesia, telah menginisiasi program “Bidan Delima” sebagai penilaian terhadap bidan praktik mandiri yang memiliki kualifikasi baik dan memberikan pelayanan profesional di atas standar. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan dan meningkatkan profesionalisme kebidanan.

Penurunan angka kematian ibu dan bayi dapat dicapai dengan memberikan pelayanan kebidanan berkualitas yang dekat dengan masyarakat serta didukung dengan peningkatan aksesibilitas dan pelayanan rujukan. Sekitar 30% bidan memberikan layanan praktik perorangan.

Tujuan adanya bidan delima :

1. Meningkatkan mutu layanan kepada publik.
2. Meningkatkan keahlian bidan.

3. Meningkatkan kepemimpinan bidan dalam masyarakat.
4. Meningkatkan luasan layanan Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana.

Mempercepat penurunan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi

## DAFTAR PUSTAKA

- ICM. (2014). *Philosophy and Model of Midwifery Care*. Kementerian Kesehatan RI. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 Tentang Izin Dan Penyelenggaraan Praktik Bidan*.
- Kohan, Shahnaz; Sayyedi, Marziye; Nekuei, N. Y. (2015). Community-based maternity care from the view of Iranian midwives: A phenomenological study - PubMed. *Iranian Journal of Nursing and a Midwifery Research*, 20(1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25709700/>
- Lisnawati, L. (2013). *BUKU PRAKTIS KEBIDANAN KOMUNITAS*. CV Trans Info Media.
- Maita, L. (2019). *Asuhan Kebidanan Bagi Para Bidan di Komunitas*. Deepublish CV Budi Utama.
- Tabbassam, H. F., & Menhas, R. (2014). Role of Community Midwife in Maternal Health Care System in Rural Areas of Pakistan. *J. Agric. & Environ. Sci*, 14(11), 1236–1239. <https://doi.org/10.5829/idosi.aejaes.2014.14.11.12449>



# **BAB IX**

## **MEMBANGUN KOMUNIKASI DALAM ASUHAN KEBIDANAN DI KOMUNITAS**

*Oleh Novi Pasiriani*

### **9.1 Pendahuluan**

Tingginya Angka kematian dan kesakitan pada ibu dan anak di Indonesia tiap tahun masih terus mengalami peningkatan, hal ini menjadikan konsentrasi pemerintah dalam upaya penurunan angka tersebut, perlu adanya pendekatan dan memperluas jangkauan pelayanan kesehatan masyarakat dimana salah satu usaha pemerintah, dengan jalan penempatan bidan terutama di daerah yang jauh dari jangkauan pelayanan kesehatan dalam bentuk pelayanan yang bersifat promotif, preventif, dengan tidak mengabaikan pelayanan kuratif dan rehabilitatif sesuai dengan kewenangan dan harus mampu menggerakkan peran serta masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Untuk mempersiapkan tenaga bidan tersebut maka perlu kadanya pelatihan khusus bagi bidan yang bekerja di masyarakat atau komunitas. Bidan untuk melaksanakan tugas dan fungsinya, berfokus pada pelayanan ibu kesehatan ibu dan anak baik secara aktif, akurat dan aman dalam lingkup keluarga yang terdapat di dalam masyarakat atau di sebuah komunitas dimana ibu dan anak tinggal.

Asuhan Kebidanan pada Keluarga dalam sebuah komunitas berorientasi pada pemberdayaan keluarga di masyarakat dalam memberikan pelayanan kebidanan dengan didasari oleh pengetahuan, sikap dan keterampilan, dimana asuhan kebidanan tersebut melibatkan peran serta keluarga dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana

serta kesehatan wanita sepanjang daur kehidupan serta menerapkan pelayanan kebidanan sesuai dengan kebutuhan, mampu mengidentifikasi role bidan dan menjelaskan hubungan kerja antar bidan dengan tenaga kesehatan lainnya serta dengan masyarakat.

Pelaksanaan asuhan yang dilakukan oleh Bidan dalam Komunitas atau di masyarakat sebenarnya lebih menantang dalam memberikan pelayanan kesehatan dibanding di tempat pelayanan publik seperti rumah sakit, klinik, puskesmas, pusban ataupun Prakti Bidan Mandiri, hal ini dikarenakan dengan adanya keputusan yang diambil oleh klien dan masyarakat, bahwa mereka memang membutuhkan bantuan dalam hal kuratif/pengobatan, kesadaran timbul akibat dari rasa atau penyakit yang dideritanya sedangkan dalam hal pelayanan di komunitas lebih cenderung dalam upaya tenaga kesehatan melakukan pencegahan terhadap adanya maslah kesehatan. Kesadaran yang ingin ditimbulkan oleh tenaga kesehatan seringkali mendapatkan tantangan dan hambatan yang cukup banyak, hal ini telah dibahas di bab sebelumnya yaitu faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi dalam memberikan asuhan dalam komunitas.(Ratna, 2020)

Pada bab ini penulis lebih ingin mendalami salah satu faktor penghambat dalam asuhan komunitas yaitu bagaimana menumbuhkan kesadaran pada kalien dan masyarakat bahwa mencegah itu lebih baik dari pada mengobati, pernyataan ini sering kali dilontakan oleh banyak tenaga kesehatan dalam konseling maupun penyuluhan baik secara berkelompok maupun massal, akan tetapi tidak dengan serta merta klien dan masyarakat mau begitu saja dengan mudah menuruti apa yang tenaga kesehatan sarankan, misalnya untuk kesehatan secara umum bahwa membawa balita keposyandu untuk melakukan identifikasi dan pencegahan terhadap kejadian stunting sangat penting, akan tetapi menurut banyak laporann bidan koordinasidi masing-masing wilayah puskesmasnya jumlah kunjungan balita diposyandu tidak sesuai dengan target capaian yang seharusnya. (Depkes, 2009). Hal lain yang juga dapat kita contohkan adalah bagaimana pemenuhan gizi balita yang di

sampaikn dalam setiap kegiatan posyandu bahwa kecukupan gizi balita harus sesuai dengan panduan buku KIA, inipun tidak semua klien dan masyarakat mau mengikutinya.

Kasus diatas dalam beberapa penelitiannya ternyata memanguntuk merubah perilaku seseorang dalam hal ini perilaku hidup sehat memang tidaklah mudah, butuh kerja keras dari tenaga kesehatan khususnya bidan dalam kebersami di komunitas untuk selalu berjalan, bersinergi sesuai dengan tujuan dari layanan dasar Puskesmas yang diantaranya adalah asuhan keluarag dalam komunitas (TKP).

Dengan kemampuan komunikasi seorang bidan yang baik, harapannya kasus seperti diatas dapat dengan mudah diatasi. Komunikasi adalah alat penting dalam menyampaikan informasi kesehatan kepada seseorang baik secara individu maupun kelompok. Usaha membangun komunikasi dengan klien atau seorang ibu memang tidaklah semudah membalikkan telapak tangan oleh sebab itu kita sebagai bidan harus mampu mempelajari beberapa teknik komunikasi di dalam pelayanan asuhan kebidanan sehingga bidan mampu menjalin hubungan baik dengan klien atau ibu dan akhirnya dapat mencapai tujuan bersama yaitu meningkatkanstatus kesehatan ibu dan anak.

## **9.2 Kerja Otak**

Menurut American Psychological Association (APA), korteks prefrontal adalah bagian terpenting dari korteks serebral di otak manusia. Korteks prefrontal bertanggung jawab atas hal-hal yang berkaitan dengan perilaku manusia seperti perhatian, perencanaan, memori kerja, ekspresi emosi, dan perilaku sosial sesuai dengan norma sosial. Sistem limbik terdiri dari talamus, hipokampus, amigdala, dan hipotalamus. Meskipun sistem limbik menangani kecemburuan, ada kontrol dari hati nurani, bagian korteks prefrontal otak.

Korteks prefrontal mengendalikan emosi, moralitas, dan perasaan, mengubah iri hati menjadi energi positif. Energi positif ini menciptakan dinamika persaingan, mempertinggi rasa keadilan, dan meningkatkan empati. Ada beberapa kebijaksanaan dalam diri

manusia. Kecerdasan atau IQ sering digunakan untuk mengukur kesuksesan seseorang, terutama dalam bisnis.

Jenis kecerdasan lainnya, SQ atau kecerdasan spiritual, sama pentingnya. Selain kecerdasan, ada hal lain yang tak kalah penting yaitu kecerdasan emosional atau EQ.

Mengapa kecerdasan emosional penting? Hal ini dikarenakan kecerdasan emosional berperan sangat penting dalam menghadapi kehidupan sosial dimana Anda harus berinteraksi dengan orang lain. Tanpa kecerdasan emosional, Anda tidak dapat hidup sebagai individu yang berinteraksi dengan lingkungan sekitar.

Otak emosional terkonsentrasi pada sistem limbik. Sistem ini secara evolusi jauh lebih tua dari korteks serebral. Hal ini menunjukkan bahwa perkembangan otak manusia diawali dengan pemikiran emosional sebelum pemikiran rasional dapat merespon lingkungannya. Keputusan yang bijak dan terinformasi adalah hasil kerja sama antara otak emosional dan otak rasional.

Kecerdasan emosional tergantung pada hubungan antara perasaan, karakter, dan naluri moral. Banyak bukti menunjukkan bahwa sikap moral mendasar dalam kehidupan muncul dari kapasitas emosional yang mendasarinya.

Otak emosional terkonsentrasi pada sistem limbik. Sistem ini secara evolusi jauh lebih tua dari korteks serebral. Hal ini menunjukkan bahwa perkembangan otak manusia diawali dengan pemikiran emosional sebelum pemikiran rasional dapat merespon lingkungannya. Keputusan yang bijak dan terinformasi adalah hasil kerja sama antara otak emosional dan otak rasional.

Kecerdasan emosional tergantung pada hubungan antara perasaan, karakter, dan naluri moral. Banyak bukti menunjukkan bahwa sikap moral mendasar dalam kehidupan muncul dari kapasitas emosional yang mendasarinya.

Saat kita menangis saat kita merasa sedih atau emosional, amigdala merangsang jaringan otak dan struktur sarafnya untuk mengeluarkan air mata, jadi meskipun amigdala rusak, kita masih bisa berkomunikasi, tetapi reaksinya pasif dan tingkat emosinya

sangat minim. kita bahkan tidak bisa menangis Keluarlah, kondisi ini disebut kebutaan emosional. (Komposiana, 2022)

Otak sangat penting dalam membentuk semua perilaku motorik manusia. Olahraga sangat erat kaitannya dengan cara kerja otak kita. Aktivitas otak kita melalui neuron sedikit banyak cepat atau lambat memengaruhi gerakan kita. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa sistem kerja otak kita sangat erat kaitannya dengan perilaku kita dalam kehidupan sehari-hari. Selama ini, sistem kerja otak kitalah yang mengatur semua perilaku kita. (Rohida, 2013). Reaksi orang terbatas, seperti kehilangan rasa malu, berkelahi terus menerus, menyalahkan orang lain, dan mengabaikan sifat manusia, pasti ada kerusakan pada sistem otak.

### **9.2.1 Kerja Otak Emosi (Kecerdasan Emosi)**

Istilah kecerdasan emosional sebenarnya diciptakan oleh Peter Salovey dan John D. Mayer untuk menantang keyakinan bahwa kecerdasan tidak didasarkan pada pengetahuan tentang proses emosional. Mereka mendefinisikan kecerdasan emosional sebagai kemampuan untuk memahami emosi, memanfaatkan dan menggunakan emosi untuk membantu pikiran mengenali emosi dan informasi emosi, serta mengarahkan emosi secara refleks untuk perkembangan emosi dan intelektual (Salovey & Sluyter, 1997). Dalam bukunya, Goleman memaparkan ciri-ciri kecerdasan emosional yang dikutip oleh Salovey di lima tempat, khususnya kecerdasan emosional.

Pertama-tama harus mengenali emosi diri sendiri. Kedua, harus mengatur emosi dengan baik. Ketiga, harus memotivasi diri sendiri. Keempat, perlu mengenali emosi orang lain. Terakhir, penting untuk membangun hubungan yang baik. Salovey telah merevisi tulisannya yang dikaji dalam buku Goleman. Meskipun awalnya memberikan definisi kecerdasan emosi seperti yang dikutip oleh Goleman (1996), namun konsepnya telah diperbaharui oleh Mayer & Salovey (1997) dalam bukunya. Mereka mengusulkan empat tahapan dalam kecerdasan emosi yang dijelaskan secara rinci di bab satu buku tersebut. Tahapan tersebut terdiri dari empat

hal, yakni persepsi, penilaian, dan ekspresi emosi. Setiap tahapan memerlukan empat kemampuan, yaitu kemampuan untuk mengenali emosi secara fisik, rasa, dan pikir, kemampuan untuk mengenali emosi pada orang lain, kemampuan untuk mengungkapkan emosi secara tepat, dan kemampuan untuk membedakan ungkapan rasa antara tepat dan tidak tepat, jujur dan tidak jujur.

Mode fight or flight adalah respons tubuh yang terpicu ketika individu merasa terancam dan memilih untuk melawan atau kabur dari situasi tersebut. Menyimpan rasa amarah atau dendam secara terus-menerus dapat berdampak buruk pada kesehatan, seperti peningkatan tekanan darah, penyakit jantung, depresi, dan kecemasan yang berlebihan. Individu yang memiliki kecerdasan emosional yang baik tidak akan membiarkan rasa marah atau dendam mengendalikan diri mereka. Mereka akan fokus pada langkah-langkah aksi dan solusi untuk mengatasi situasi tersebut. Selain itu, mereka juga mampu memaafkan dan mengatasi perasaan dendam terhadap orang yang berbuat salah kepada mereka.

Manfaat kecerdasan emosi, Kecerdasan emosi membantu seseorang untuk keluar dari sebuah proses dan lebih memusatkan perhatian pada kebutuhan yang pada dasarnya lebih mendesak. Kecerdasan emosi juga dapat digunakan untuk meningkatkan kinerja dalam tugas yang kompleks. Suasana hati dan emosi, menurut para peneliti, dapat memberikan dampak positif ketika seseorang merasa bahagia, karena hal tersebut dapat meningkatkan kreativitas dalam pemecahan masalah. Ketika seseorang merasa bahagia, ia cenderung lebih mampu memprioritaskan permasalahan yang memang perlu diatasi terlebih dahulu.

### **9.3 Hubungan Komunikasi Dengan Kecerdasan Emosi**

Keuntungan kecerdasan emosional adalah bahwa emosi membantu individu untuk keluar dari proses dan lebih memfokuskan diri pada kebutuhan yang lebih mendesak. Selain itu, kecerdasan emosional juga dapat membantu meningkatkan kinerja

pada tugas yang kompleks. Menurut penelitian, suasana hati dan emosi dapat berdampak positif pada pemecahan masalah yang lebih kreatif ketika individu merasa bahagia. Orang yang merasa bahagia cenderung lebih mampu memprioritaskan permasalahan yang lebih mendesak untuk dikerjakan terlebih dahulu.

Menurut Cooper dan Sawaf (1999), kecerdasan emosi yaitu kemampuan merasakan, memahami, dan menerapkan daya dan kepekaan emosi secara efektif sebagai sumber energi, informasi, koreksi, dan pengaruh yang manusiawi. Kecerdasan emosi mengharuskan penilikan perasaan untuk belajar mengakui dan menghargai perasaan pada diri sendiri dan orang lain serta menanggapi dengan tepat, menerapkan energi emosi secara efektif dalam kehidupan sehari-hari. Kecerdasan emosi juga merupakan kemampuan untuk memanfaatkan emosi secara efektif guna mencapai tujuan dan membangun produktivitas serta meraih keberhasilan (Setyawan, 2005).

Pengaruh positif kecerdasan emosional terhadap pengendalian kondisi psikologis atas perubahan sangatlah tinggi. Dengan kecerdasan emosional yang tinggi, seseorang bisa memahami dirinya sendiri dengan baik, mengatur diri, berusaha melakukan yang terbaik, memahami orang-orang di sekitarnya, dan menjaga hubungan sosial. Hal tersebut memperkuat pengendalian kondisi psikologis atas suatu perubahan, meningkatkan kepercayaan bahwa kita bisa tetap bertahan meski terjadi perubahan. Dengan demikian, kecerdasan emosional mampu memperkuat pengaruh terhadap pengendalian kondisi psikologis dalam menghadapi perubahan.

Dengan kecerdasan emosional yang tinggi, seseorang bisa memahami dirinya sendiri dengan baik, mengatur diri, berusaha melakukan yang terbaik, memahami orang-orang di sekitarnya, dan menjaga hubungan sosial. Hal tersebut dapat meningkatkan rasa percaya diri bahwa kita bisa tetap bertahan meski terjadi perubahan, sehingga organisasi tetap berjalan dan mampu menyesuaikan diri terhadap berbagai perubahan.

Faktor yang mempengaruhi kecerdasan emosi :

a) Faktor internal

Faktor internal adalah apa yang terdapat dalam diri seseorang yang berpengaruh pada kecerdasan emosinya. Faktor batin ini terdiri dari dua sumber, yaitu aspek jasmani dan psikologis. Aspek jasmani meliputi faktor kesehatan dan fisik individu, jika terdapat gangguan pada kesehatan dan fisik seseorang maka hal tersebut dapat mempengaruhi proses kecerdasan emosinya. Aspek psikologis meliputi pengalaman, perasaan, kemampuan berpikir, dan motivasi.

b) Faktor eksternal

Faktor eksternal adalah rangsangan dan lingkungan dimana kecerdasan emosional terjadi. Faktor eksternal mencakup: 1) Rangsangan itu sendiri, kelebihan rangsangan adalah salah satu faktor yang mempengaruhi keberhasilan seseorang dalam memanfaatkan kecerdasan emosional tanpa distorsi dan 2) Lingkungan atau situasi tertentu yang menjadi latar belakang proses kecerdasan emosional. Objek lingkungan yang menjadi latar belakang merupakan kesatuan yang sangat sulit dipisahkan.

Goleman (1995) memaparkan ciri-ciri individu yang memiliki kecerdasan emosi tinggi dan rendah sebagai berikut:

(a) Kecerdasan emosi tinggi yaitu mampu mengontrol rasa marah, non-agresif dan sabar, mempertimbangkan akibat sebelum bertindak, berusaha dan memiliki ketahanan untuk mencapai tujuan hidupnya, menyadari perasaan diri dan orang lain, dapat berempati pada orang lain, dapat mengelola mood atau perasaan negatif, memiliki pemahaman diri yang positif, mudah bergaul dengan orang lain, mahir dalam berkomunikasi, dan dapat menyelesaikan konflik sosial dengan cara damai.

Kecerdasan emosi rendah yaitu bertindak sesuai perasaan tanpa memikirkan akibatnya, pemarah, bertindak agresif dan tidak sabar, memiliki tujuan hidup dan cita-cita yang tidak jelas, mudah putus

asa, kurang peka terhadap perasaan diri sendiri dan orang lain, tidak dapat mengendalikan perasaan dan mood yang negatif, mudah terpengaruh oleh perasaan negatif, memiliki pemahaman diri yang negatif, tidak mampu menjalin persahabatan yang baik dengan orang lain, tidak mampu berkomunikasi dengan baik, dan menyelesaikan konflik sosial dengan kekerasan.

Mempunyai empati atau kemampuan untuk memahami perasaan, keinginan dan pikiran orang lain, adalah salah satu tanda seseorang yang cerdas secara emosional. Psikolog Dr Rose Mini, AP, MPsi menyatakan bahwa untuk memiliki empati, seseorang perlu menempatkan diri pada posisi orang lain. "Sebagai contoh, ketika ibu kita marah pada kita, kita harus mencoba memahami alasan mengapa ibu kita bertindak seperti itu," tuturnya.

Rose mengungkapkan bahwa kecerdasan emosional memberikan kontribusi sebanyak 80 persen dalam kesuksesan seseorang di masyarakat. "Kesuksesan di masyarakat tidak hanya bergantung pada IQ. IQ hanya berperan sebanyak 20 persen, sedangkan kecerdasan emosional memberikan kontribusi sebanyak 80 persen," ujarnya. Menurut Rose, meskipun seseorang memiliki kecerdasan yang tinggi, namun jika dia tidak bisa berinteraksi atau bekerja sama dengan orang lain, maka kemampuan sosialnya akan melambat. Rose juga menyatakan bahwa tidak semua orang memiliki kecerdasan emosional. Oleh karena itu, pengaruh lingkungan sangat penting dalam membantu mereka yang mengalami masalah dalam kecerdasan emosi.

## **9.4 Membangun Komunikasi Dengan Klien**

Berinteraksi dengan sukses memerlukan komunikasi yang efektif, tidak hanya ketika berkaitan dengan pasangan tetapi juga dengan rekan kerja dan keluarga. Komunikasi adalah kunci untuk memberikan respons kepada lawan bicara dan juga untuk berinteraksi dengan baik. Sejak kecil, kita dipelajari untuk berkomunikasi, tetapi komunikasi tidak hanya terdiri dari saling berbicara. Mendengarkan dengan baik juga merupakan bagian penting dari komunikasi yang efektif. Contoh dari komunikasi yang

efisien adalah ketika kedua belah pihak atau lebih dapat dengan baik mendengarkan pernyataan seseorang dan memberikan respons dengan baik. Respons ini dapat berupa pertanyaan, kritik, atau saran dan akan menunjukkan apakah mereka setuju atau tidak setuju dengan apa yang telah dikatakan.

Mungkin Anda berpikir bahwa membangun komunikasi yang efektif itu mudah, mengingat kita sebagai makhluk sosial sudah terbiasa berkomunikasi dengan orang lain. Namun, kenyataannya masih banyak kesalahan yang sering terjadi dan perlu diperbaiki. (Fai,2022)

Membangun komunikasi yang efektif ibarat memancing ikan. Anda harus menyesuaikan diri dengan lingkungan memancing, apakah itu di laut lepas atau di kolam ikan. Selain itu, Anda juga perlu mengenali jenis ikan yang hendak dipancing agar dapat menyesuaikan umpan yang digunakan. (Azizah,2022)

Sama halnya dengan memancing ikan, untuk menjadi seseorang yang mampu membangun komunikasi yang menarik juga memerlukan pengalaman dan pengamatan. Sebab, jika hanya berbicara tanpa memiliki pengetahuan yang cukup, seseorang hanya akan terlihat seperti orang yang banyak bicara tapi tidak memiliki isi.

#### 9.4.1 Tujuan Komunikasi Efektif

##### 9.4.1.1 Membangun Kepercayaan

Kepercayaan bisa timbul melalui komunikasi dalam pelayanan kebidanan, sebab jika bisa mendengarkan lawan bicara, atau memberikan nasihat ketika diminta, maka lawan bicara bisa menaruh kepercayaannya kepada Bidan.

##### 9.4.1.2 Mencegah dan Mengatasi Masalah

Komunikasi yang efektif juga berguna untuk mencegah atau mengatasi masalah, jika bisa membangun komunikasi dengan baik maka klien bisa mengerti apa maksud pernyataan Bidan. Sehingga tidak menimbulkan adanya masalah atau konflik. Selain itu dengan komunikasi efektif, kita juga bisa mengatasi masalah yang terjadi, jika mengerti apa penyebab dari permasalahan tersebut.

#### 9.4.1.3 Mendapat Pengarahan

Ketika Anda memiliki kemampuan dalam menjalin komunikasi efektif, maka akan lebih mudah menyampaikan harapan Anda dengan jelas. Jika komunikasi terhambat, maka akan sulit mengutarakan harapan, yang bisa jadi pihak lain salah dalam mengartikannya.

#### 9.4.1.4 Meningkatkan Kekompakkan/Hubungan Baik

Komunikasi secara efektif juga menciptakan suasana harmonis dan meningkatkan kekompakan, dengan begitu rasa percaya antara satu sama lain juga akan terbentuk. Dengan begitu klien akan merasa dekat bidan, sehingga menciptakan hubungan yang kompak. Suasana seperti ini sangat dibutuhkan dalam meningkatkan produktivitas layanan kebidanan, dimana Bidan bisa menerapkannya dalam kegiatan sehari-hari di tingkat layanan masyarakat seperti Puskesmas, Klinik maupun Rumah Sakit.

### 9.4.2 Komunikasi Efektif Dalam Asuhan Kebidanan

Cara Membangun Komunikasi yang Efektif pada saat melakukan asuhan kebidanan komunitas di masyarakat antara lain:

#### 9.4.2.1 Aktif Mendengarkan lawan Bicara

Saat berkomunikasi, kita diberi kesempatan untuk menyampaikan pendapat. Namun, bukan berarti kita tidak memperbolehkan lawan bicara untuk menyampaikan pendapatnya. Terkadang, menjadi pendengar yang baik juga sangat penting. Klien atau masyarakat biasanya lebih menerima dengan baik layanan atau asuhan kita jika kita benar-benar mendengarkan keluhan mereka dan berempati terhadap apa yang dirasakan mereka.

#### 9.4.2.2 Menanyakan Pertanyaan

Komunikasi yang berhasil juga memerlukan balasan dari orang lain, pernyataan yang telah diucapkan oleh pembicara memerlukan tanggapan, bisa dengan menanyakan pertanyaan, jika terdapat pernyataan yang tidak dimengerti atau memberikan tanggapan Bidan. Dengan menanyakan pertanyaan, kita juga dapat dianggap

sebagai pendengar yang baik, karena kita mendengarkan apa yang klien coba sampaikan.

#### 9.4.2.3 Memberi Informasi dengan Tepat

Dalam berkomunikasi juga perlu menyampaikan informasi dengan jelas, sehingga tidak menimbulkan kesalahpahaman dari pihak lain. Penjelasan informasi dengan jelas dan akurat, pastinya akan membuat pembicara memahami apa yang dimaksudkan. Selain itu dalam asuhan kebidanan, ketika Bidan diminta untuk menyampaikan informasi kepada pihak lain, maka jangan sampai melakukan kesalahan dalam memberikan informasi, karena hal tersebut dapat menimbulkan kesalahpahaman dan berakhir dengan konflik antara klien, sehingga tujuan asuhan kebidanan yang diharapkan tidak terjadi.

#### 9.4.2.4 Menggabungkan Komunikasi Verbal dan Nonverbal

Untuk memastikan terciptanya komunikasi yang efektif, diperlukan penggunaan komunikasi verbal dan nonverbal secara bersamaan. Gerakan nonverbal seperti mengangguk atau tersenyum, dapat membantu menciptakan suasana komunikatif yang baik. Selain itu, penggunaan komunikasi verbal melalui penyampaian informasi atau tanggapan yang jelas kepada lawan bicara juga sangat penting.

#### 9.4.2.5 Keyakinan saat Berbicara

Memiliki keyakinan saat berbicara dapat memberikan dampak yang signifikan. Dengan keyakinan yang tinggi, klien akan lebih tertarik untuk mendengarkan setiap kata yang bidan sampaikan. Oleh karena itu, pesan yang ingin bidan sampaikan akan lebih mudah dan cepat dipahami oleh klien. Ingatlah, tujuan berkomunikasi adalah agar klien yang diajak bicara dapat memahami pesan yang ingin disampaikan bidan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Astuti Ratna. (2020). Pentingnya Kecerdasan Emosional di Masa Pandemi. <https://www.djkn.kemenkeu.go.id/kpknltegal/baca-artikel/13304/Pentingnya-Kecerdasan-Emosional-di-Masa-Pandemi.html#:~:text=Dengan adanya kecerdasan emosional yang tinggi seseorang dapat memiliki pemahaman,orang-orang di sekitarnya serta>
- Digital, B. G. (2022). Tips Menjalin Komunikasi Efektif dan Referensi Bukunya. Lely Azizah. <https://www.gramedia.com/best-seller/tips-menjalin-komunikasi-efektif/amp/>
- Fai. (2022). Komunikasi Yang Efektif dan Efisien. Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara. <https://umsu.ac.id/komunikasi-yang-efektif/>
- Garnistia (2022). Mengenal Kecerdasan Emosional, Apa Ciri-cirinya?BrainAcademy. <https://www.brainacademy.id/blog/pintar-secara-emosional>
- Goleman, D (2000). Emotional Intellegence:Kecerdasan Emosi. Jakarta. Gramedia
- Hariyanto. (2021). Cara Paling Gampang Membangun Komunikasi Efektif. <https://ajaib.co.id/cara-paling-gampang-membangun-komunikasi-efektif/>
- Hasanuddin.(2018). Kecerdasan Emosi. <https://psikologi.uma.ac.id/wp-content/uploads/2018/12/KECERDASAN-EMOSI.pdf>
- Indriasari, Emi (2016). Meningkatkan Rasa Empati Melalui Knseling. Jurnal KOseling. Kudus
- Kompasiana. (2015). Apa Hubungan Antara Sistem Kerja Otak dan Perilaku Manusia. <https://www.kompasiana.com/www.hilmaainunrosyidah.com/552be8016ea834bc5a8b45b1/apa-hubungan-antara-sistem-kerja-otak-dan-perilaku-manusia#:~:text=Otak sangat>

berperan dalam pembentukan, akan mempengaruhi gerak motorik kita

Kompasiana. (2022). Hubungan Otak dan Emosi? Bagaimana? <https://www.kompasiana.com/amp/sitisaraah/628ae3dd1ee9225bd0439ad2/hubungan-otak-dan-emosi-bagaimana>

PIP Universitas Padjadjaran. (2020). Ternyata. Kecerdasan Emosional Memegang Peran dalam Kesuksesan Seseorang. <https://pip.unpad.ac.id/postdetail/Ternyata-Kecerdasan-Emosional-Memegang-Peran-Penting-dalam-Kesuksesan-Seseorang>

Top Karir. (2021). Membangun Komunikasi yang Baik Terhadap Senior atau Atasan. <https://www.topkarir.com/article/detail/membangun-komunikasi-yang-baik-terhadap-senior-atau-atasan>

Zuraya. (2014). Empati Tanda Orang Cerdas Emosi. REPUBLIKA. <https://www.republika.co.id/berita/naalni/empati-tanda-orang-cerdas-emosi>

## BIODATA PENULIS



### **Bd. Mariza Mustika Dewi, S.Tr.Keb., M.Tr.Keb.**

Dosen Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan dan Profesi Bidan  
Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan Universitas Karya  
Husada Semarang

Penulis lahir di Temanggung 18 Maret 1993. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan dan Profesi Bidan Universitas Karya Husada Semarang. Menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Semarang, melanjutkan pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik di Universitas Karya Husada Semarang, melanjutkan pendidikan Pascasarjana Magister Terapan Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Semarang, dan Pendidikan Profesi Bidan di STIKes Guna Bangsa Yogyakarta. Penulis adalah dosen departemen Obstetri Persalinan dan *Natural Therapy* dengan kepakaran Persalinan, Pranikah dan Prakonsepsi, KB dan Kesehatan Reproduksi, serta Kebidanan Komunitas.

Saat ini penulis aktif dalam kegiatan tridarma perguruan tinggi yaitu pengajaran, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat serta aktif dalam kegiatan penulisan buku, publikasi jurnal, dan bimbingan belajar ujian kompetensi nasional Profesi Bidan.

## BIODATA PENULIS



**Wita Solama, SST., M.Kes**

Staff Lembaga Penjaminan Mutu Internal, menjadi Editor Jurnal Babul Ilmi dan Dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Aisyiyah Palembang

Wita Solama, SST., M.Kes lahir di Kota Palembang pada tanggal 24 Desember 1984. Ia Lulus pada tahun 2016 hingga mendapat gelar Magister Kesehatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada Palembang jurusan Kesehatan Reproduksi. Saat ini ia tercatat sebagai dosen tetap tersertifikasi pada mata kuliah Psikologi Ilmu Kebidanan, Komunikasi dan Konseling Ilmu Kebidanan, Pengantar Asuhan Kehamilan, Persalinan, Nifas dan Bayi Baru Lahir, Asuhan Kebidanan Kehamilan, Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Aisyiyah Palembang. Selain mengajar ia aktif dalam kegiatan tridarma lainnya diantaranya ialah penelitian dan pengabdian masyarakat dan sebagai penulis *Book Chapter* di berbagai Penerbit. Pernah menjabat sebagai Sekretaris Prodi D3 Kebidanan STIKes Aisyiyah Palembang Tahun 2017-2019, menjabat sebagai Ketua Prodi D3 Kebidanan STIKes Aisyiyah Palembang Tahun 2020-2022, saat ini ia sebagai staff Lembaga Penjaminan Mutu Internal dan

menjadi editor jurnal Babul Ilmi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Aisyiyah Palembang. Peraih penelitian yang berhasil didanai oleh Ristekdikti dari tahun 2020 yang berjudul: Analisis Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Deteksi Dini Tumbuh Kembang Pada Anak Usia PAUD 3-5 Tahun di Lingkungan Sekolah Pendidikan Usia Dini Pimpinan Ranting Aisyiyah Ilir Timur I Palembang. Sebagai bentuk pengabdian kepada masyarakat, ia pun terlibat aktif dalam mengisi materi dengan tema Kesehatan Reproduksi Remaja di Sekolah-sekolah Aisyiyah dan Muhammadiyah Kota Palembang. Korespondensi melalui: [witasolama24@gmail.com](mailto:witasolama24@gmail.com)

## **BIODATA PENULIS**



**Sri Handayani.,Am.Keb.SKM.M.Si.M.Kes**

**Dosen Tetap PRODI D.III Kebidanan  
STIKES AISIYAH PALEMBANG**

Penulis lahir di Palembang tanggal 12 Oktober 1984. Penulis adalah dosen tetap sekaligus sekpro PRODI D.III Kebidanan STIKES Áisyiyah Palembang. Menyelesaikan Pendidikan D.III kebidanan pada tahun 2006 di Poltekkes Kemenkes Palembang. Kebidanan, Pendidikan terakhir penulis yaitu S2 Magister Kesehatan.

Penulis sangat tertarik dengan kemajuan Profesi bidan, maka dari itu penulis melanjutkan kuliah D4 dan profesi Bidan di POLTEKKES Kemenkes Palembang.

Penulis memiliki keluarga kecil Bahagia, dikarunia anak putri diberi nama Annisa Anggraini dan suami (Ruslan).

## **BIODATA PENULIS**



**Endang Sari, SST, M. Keb**

**Dosen Program Studi DIII Kebidanan Fakultas Kesehatan  
Universitas Sumatera Barat**

Penulis lahir di Ujung Gading, tahun 1987. Penulis merupakan dosen Program Studi DIII Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Sumatera Barat (Unisbar) Padang Pariaman. Penulis menempuh Pendidikan perguruan tinggi pada program D-III Kebidanan di Politeknik Kesehatan Siteba (2010), D-IV Bidan Pendidik di Poltekes Kemenkes Padang (2012) dan S2 Kebidanan di Universitas Andalas (2019). Penulis merupakan anggota IBI (Ikatan Bidan Indonesia) Cabang Universitas Sumatera Barat. Penulis memiliki concern terhadap issue – issue terkini mengenai kehamilan dan persalinan. Penulis aktif dalam kegiatan menulis artikel di majalah kebidanan maupun karya ilmiah semenjak masih di bangku perkuliahan. Penulis juga aktif dalam kegiatan penelitian dimana hasil penelitian telah banyak dipublikasikan ke dalam jurnal penelitian maupun prosiding penelitian yang bereputasi baik

berskala nasional maupun internasional. Email:  
melatisari2310@gmail.com@gmail.com.

### BIODATA PENULIS



**Rhipiduri Rivanica, S.SiT, M.Kes** beliau merupakan salah satu dosen prodi D-III Kebidanan di STIKES 'Aisyiyah Palembang, lahir di kayu agung 16 desember 1985, beliau pernah memenangkan hibah buku ajar tahun 2016 dari kemenristekdikti, dan pernah mendapatkan hibah penelitian dari NHF ([netherland health foundation](#)) tahun 2020, dan sekarang sebagai koordinator Wilayah Sumatera Selatan program kemitraan dengan [Department of Foreign Affairs and Trade \(DFAT\) Australia melalui program Inklusi 'Aisyiyah](#). Beliau juga aktif di IBI, AIPKIND dan Organisasi Aisyiyah.

## **BIODATA PENULIS**



**Nabila Amelia Hanisyah Putri, S.Tr.Keb.,M.Keb.**

Dosen Program Studi D3 Kebidanan  
Fakultas Kedokteran Universitas Pendidikan Ganesha

Penulis lahir di Ujung Pandang tanggal 17 Juni 1995. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D3 Kebidanan, Fakultas Kedokteran, Universitas Pendidikan Ganesha Provinsi Bali sejak tahun 2022 hingga saat ini. Pendidikan terakhir yang ditempuh adalah pada program studi S2 Ilmu Kebidanan Universitas Hasanuddin Makassar dan lulus pada tahun 2018 lalu. Penulis mengampu beberapa mata kuliah antara lain konsep kebidanan, pengantar asuhan kebidanan, farmakologi dan juga termasuk asuhan kebidanan komunitas. Penulis juga mulai aktif menulis artikel di jurnal hingga media cetak.

## BIODATA PENULIS



### **Bd. Nur Laela, S.ST., M.Keb**

Dosen Program Studi Pendidikan profesi Bidan Jenjang Sarjana  
Kebidan

Fakultas Keperawatan Dan Kebidanan

Profil Penulis Bd. Nur Laela, S.ST., M.Keb lahir di Toduma (Wajo) , 3 Januari 1991. Anak Kedua dari pasangan H.Mukhtar, BA., dan HJ.Syahri Banong Shaleh, Pendidikan dimulai di SDN 153 Alewadeng, MTS AS'Adiyah Putri 1 Pusat Sengkang, MAN 2 Model Makasar, Kemudian Penulis melanjutkan pendidikan Kesehatan pada jenjang DIII Kebidanan, Kecintaan di bidang kebidanan menghantarkan penulis menempuh Pendidikan Sarjana Sains Terapan Kebidanan dan Magister Kebidanan di Universitas Aisyiyah Yogyakarta. Saat ini penulis tercatat sebagai anggota IBI Kabupaten Sidenreng Rappang. Karir di bidang Pelayanan Kesehatan dijalani sebagai Bidan pelaksana di PKM Mala-mala Kolaka Utara tahun 2012-2013. Karier di bidang pendidikan dirintis sebagai dosen dengan tugas tambahan yaitu sebagai Ketua Lembaga Sertifikasi

Profesi di ITKeS Muhammadiyah Sidrap. Buku ini sebagai bentuk kepedulian penulis terhadap kebutuhan para dosen, mahasiswa dan pemberi layanan kesehatan agar dapat menjadi referensi dalam memberikan pengajaran kepada mahasiswa maupun pedoman pemberian layanan oleh tenaga kesehatan. Oleh karena itu, salah satu inspirasi penulis dengan menuangkan kebutuhan tersebut dalam Buku ini. Karya ini salah satu motivasi dan pondasi untuk menghasilkan karya cipta yang terbaik lainnya.  
Email Penulis: elha1338@gmail.com

## BIODATA PENULIS



**Senditya Indah Mayasari, S.SiT., M.Kes**

Dosen Program Studi DIII Kebidanan STIKES Widyagama Husada  
Malang [Senditya.mayasari@widyagamahusada.ac.id](mailto:Senditya.mayasari@widyagamahusada.ac.id)

Penulis lahir di Malang, 15 Juni 1986. Telah menyelesaikan pendidikan Diploma IV Kebidanan di Universitas Ngudi Waluyo tahun 2008 dan melanjutkan pendidikan Magister Kesehatan dengan peminatan Kesehatan Ibu dan Anak pada tahun 2016 dan lulus pada tahun 2018 di Institut Ilmu Kesehatan STRADA. Bekerja di STIKES Widyagama Husada Prodi DIII Kebidanan sejak tahun 2008 sebagai dosen tetap hingga saat ini. Mata kuliah yang diampu sebagai dosen antara lain mata kuliah ASKEB Persalinan dan BBL, ASKEB Nifas dan Menyusui; ASKEB Kegawatdaruratan Maternal Neonatal dan Maternal Homecare (Asuhan Komplementer).

Penulis memiliki kepakaran dibidang Kesehatan dan Pendidikan. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain peneliti,

penulis juga aktif menulis buku diantaranya Buku Spa Pra dan Postnatal; Buku Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal.

### **BIODATA PENULIS**



**Novi Pasiriani, SST., M.Pd**

Dosen Program Studi D-III Kebidanan Balikpapan Poltekkes  
Kemenkes Kaltim

Penulis lahir di Tanag Grogot tanggal 26 Nopember 1979. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D-III Kebidanan Balikpapan sejak tahun 2004, Poltekkes Kemenkes Kaltim, Menyelesaikan pendidikan DIV di Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran Bandung dan melanjutkan pendidikan S2 di Universitas Mulawarman Samarinda.

Saat ini penulis juga sebagai Penanggung Jawab Bidang Kemahasiswaan (Koordinator II) di Prodi D-III Kebidanan Balikpapan dan menjadi dosen pada mata kuliah Askeb Komunitas dan mata kuliah Komunikasi Dalam Praktik Kebidanan.

