



KONSEP DASAR KEBIDANAN KOMUNITAS DAN MASALAH DALAM KEHIDUPAN

- Iin Octaviana Hutagaol
- Kadek Agustina Puspa Ningrum
- Luh Yenny Armayanti
- Nur Ekawati
- Dewi Puspitasari
- Irwanti Gustina
- Bayu Pratama Putra
- Suci Nurfajriah
- Ni Wayan Armini
- Royani Chairiyah
- Kartini



KONSEP DASAR KEBIDANAN KOMUNITAS DAN MASALAH DALAM KEHIDUPAN

**Iin Octaviana Hutagaol
Kadek Agustina Puspa Ningrum
Luh Yenny Armayanti
Nur Ekawati
Dewi Puspitasari
Irwanti Gustina
Bayu Pratama Putra
Suci Nurfajriah
Ni Wayan Armini
Royani Chairiyah
Kartini**



PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

KONSEP DASAR KEBIDANAN KOMUNITAS DAN MASALAH DALAM KEHIDUPAN

Penulis :

Iin Octaviana Hutagaol
Kadek Agustina Puspa Ningrum
Luh Yenny Armayanti
Nur Ekawati
Dewi Puspitasari
Irwanti Gustina
Bayu Pratama Putra
Suci Nurfajriah
Ni Wayan Armini
Royani Chairiyah
Kartini

ISBN : 978-623-198-320-6

Editor : Dr. Neila Sulung, S.Pd., Ns., M.Kes.

Ilda Melisa, A.Md.,Kep

Penyunting : Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

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

Email : 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 Buku Konsep Dasar Kebidanan Komunitas Dan Masalah Dalam Kehidupan ini.

Buku ini membahas Konsep kebidanan komunitas, Riwayat kebidanan komunitas, Sasaran kebidanan komunitas, Tujuan dan ruang lingkup kebidanan komunitas, Perilaku masyarakat, The midwife in the community, Managing postpartum haemorrhage, Managing puerperal sepsis, Managing eclampsia, Managing incomplete abortion, Unsafe abortion.

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.

Padang, Mei 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR.....	vi
DAFTAR TABEL	vii
BAB 1 KONSEP KEBIDANAN KOMUNITAS.....	1
1.1 Pendahuluan	1
1.2 Pengertian Kebidanan Komunitas.....	3
1.3 Perkembangan Kebidanan Komunitas	4
1.4 Peran dan Tanggung Jawab Bidan Komunitas.....	6
1.4.1 Pemberi Pelayanan Kebidanan.....	6
1.4.2 Pengelola Pelayanan Kebidanan	17
1.4.3 Penyuluh Dan Konselor	18
1.4.4 Pendidik, Pembimbing, Dan Fasilitator Klinik....	19
1.4.5 Penggerak Peran Serta Masyarakat Dan Pemberdayaan Perempuan	20
1.4.6 Peneliti	20
1.5 Tujuan Pelayanan Kebidanan Komunitas.....	22
DAFTAR PUSTAKA	27
BAB 2 RIWAYAT KEBIDANAN KOMUNITAS	29
2.1 Riwayat Kebidanan Komunitas Di Indonesia.....	29
2.2 Riwayat Kebidanan Komunitas Di Beberapa Negara Lain	32
DAFTAR PUSTAKA	42
BAB 3 SASARAN KEBIDANAN KOMUNITAS	43
3.1 Sasaran Kebidanan Komunitas	43
3.1.1 Individu.....	43
3.1.2 Keluarga.....	46
3.1.3 Kelompok Masyarakat	58
DAFTAR PUSTAKA	63

BAB 4 TUJUAN DAN RUANG LINGKUP	
KEBIDANAN KOMUNITAS.....	65
4.1 Pendahuluan.....	65
4.2 Tujuan Umum Kebidanan Komunitas	69
4.3 Tujuan Khusus Kebidanan Komunitas	69
4.4 Ruang Lingkup Kebidanan Komunitas.....	70
DAFTAR PUSTAKA	83
BAB 5 PERILAKU MASYARAKAT	85
5.1 Pendahuluan.....	85
5.2 Determinan Perilaku Kesehatan.....	86
5.3 Pemberdayaan Masyarakat	91
5.4 Aspek Sosial Yang Pengaruhi Sikap Serta Depresi	93
5.5 Pendekatan Sosial Budaya Dalam Mengatur Strategi Pelayanan Kesehatan dan Kebidanan di Komunitas	93
5.5.1 Strategi dalam Merubah Sikap Masyarakat	95
DAFTAR PUSTAKA	98
BAB 6 MIDWIFERY IN THE COMMUNITY	99
6.1 Pendahuluan.....	99
6.2 Standar pelayanan Bidan di komunitas	100
6.3 Bentuk pelayanan Bidan di komunitas	100
6.3.1 Asuhan Bidan dikomunitas dalam kelas antenatal.....	101
6.3.2 Asuhan Bidan di komunitas dalam masa persalinan	102
6.3.4 Asuhan Bidan dikomunitas dalam masa nifas	103
6.3.5 Asuhan Bidan dikomunitas dalam masa BBL.....	104
6.4 Kompetensi Asuhan.....	104
DAFTAR PUSTAKA	106
BAB 7 MANAGING POSTPARTUM HAEMORRHAGE ...	109
7.1 Pendahuluan.....	109
7.2 Definisi.....	110
7.3 Faktor Risiko & Etiologi	111

7.4 Tatalaksana	112
7.4.1 Pencegahan	112
7.4.2 Tatalaksana umum	112
7.4.3 Tatalaksana khusus.....	115
7.5 Prognosis dan Komplikasi	120
DAFTAR PUSTAKA.....	121
BAB 8 MANAGING PUERPERAL SEPSIS	123
8.1 Pendahuluan	123
8.2 Pengertian infeksi masa nifas.....	124
8.3 Tanda dan gejala infeksi masa nifas	125
8.4 Etiologi	125
8.5 Faktor predisposisi.....	126
8.6 Patofisiologi.....	127
8.7 Jenis – jenis infeksi masa nifas.....	128
8.8 Pencegahan infeksi masa nifas	133
8.9 Penatalaksanaan infeksi nifas secara umum.....	134
8.10 Penatalaksanaan infeksi nifas berdasarkan diagnose	135
DAFTAR PUSTAKA.....	141
BAB 9 MANAGING ECLAMPSIA.....	143
9.1 Pendahuluan	143
9.2 Preeklampsia	144
9.2.1 Alur Penanganan Preeklampsia-Eklampsia	148
9.2.2 Pemberian Magnesium Sulfat (MgSO ₄)	152
9.2.3 Pemberian <i>Low Dose Aspirin</i> (LDA)	153
9.2.4 Pemberian Kalsium.....	154
9.3 Preeklampsia dan COVID-19	155
DAFTAR PUSTAKA.....	156
BAB 10 MANAGING INCOMPLETE ABORTION	159
10.1 Pendahuluan.....	159
10.2 Abortus Inkomplit.....	160
10.2.1 Faktor Resiko.....	160
10.2.2 Tanda Gejala.....	161

10.2.3 Penatalaksanaan	161
10.3 Upaya Pencegahan	164
10.4 Layanan Komprehensif.....	167
10.5 Layanan Berorientasi pada Pasien.....	168
DAFTAR PUSTAKA	170
BAB 11 UNSAFE ABORTION.....	171
11.1 Pengertian	171
11.2 Penyebab Unsafe Abortion.....	172
11.3 Ciri-Ciri Unsafe Abortion	173
11.4 Alasan Wanita Tidak Menginginkan Kehamilannya	173
11.5 Pelaku abortus yang tidak aman.....	173
11.6 Metode Unsafe Abortion	174
11.7 Metode Unsafe Abortion	175
11.8 Dampak Unsafe Abortion.....	178
11.9 Peran Bidan Dalam Mencegah Unsafe Abortion	179
11.10 Risiko Kesehatan	180
11.11 Komplikasi	181
DAFTAR PUSTAKA	185
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1. Pemberian Asuhan Kebidanan pada Individu	45
Gambar 3.2. Asuhan pada Keluarga di Komunitas	58
Gambar 3.3. Asuhan pada Keluarga di Komunitas	62
Gambar 4.1. Bagan Falsafah atau Paradigma Kebidanan Komunitas	67
Gambar 4.2. Pemberian Informasi	71
Gambar 4.3. ASI Eksklusif	72
Gambar 4.4. Kegiatan Posyandu	73
Gambar 4.5. Perawatan Bayi	74
Gambar 4.6. Senam Nifas	75
Gambar 4.7. Desa Siaga	78
Gambar 6.1. Perawatan tali pusat pada bayi baru lahir	104
Gambar 7.1. algoritma tatalaksana perdarahan pasca persalinan	117
Gambar 9.1. Algoritma Tata Laksana Preeklampsia	148
Gambar 9.2. Skrining Ibu Hamil	152
Gambar 9.3. Kehamilan Risiko Tinggi PE	155
Gambar 10.1. Prinsip layanan yang berorientasi pada pasien	169

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Tahapan Siklus Kehidupan Keluarga	57
Tabel 7.1. Jenis cairan dan komponen darah	114
Tabel 7.2. obat-obatan uterotonika.....	116

BAB 1

KONSEP KEBIDANAN KOMUNITAS

Oleh Iin Octaviana Hutagaol

1.1 Pendahuluan

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih tergolong tinggi dibandingkan dengan negara-negara di Asia Tenggara. Data AKI dari beberapa survey SDKI yang dilaporkan berturut dari laporan SDKI 1991, 1994, 1997, 2002/2003, 2007 dan 2012 adalah sebagai berikut 421/100.000 KH, 307/100.000 KH, 228/100.000 KH dan 359/100.000 KH. Hasil survey terkini melalui SUPAS 2015 sebesar 305/100.000 KH (Badan Pusat Statistik, 2015)

Kematian ibu adalah suatu kejadian ‘puncak gunung es’ dari keadaan kesehatan ibu disuatu daerah. Untuk setiap ibu yang meninggal, terdapat ibu lain yang berhasil selamat yang menderita keadaan/komplikasi seperti yang diderita ibu yang meninggal tersebut, baik keadaan sebelum, saat maupun setelah hamil dan melahirkan. Berdasarkan hasil data sensus penduduk 2010 yang dioleh Pusdatin, Kemenkes RI dan Badan Pusat Statistik (BPS), estimasi ibu hamil di Indonesia pada tahun 2016 sebesar 5.355.710 orang, dimana perkiraan 20% dan ibu hamil tersebut akan menderita komplikasi yang memerlukan penanganan kegawatdaruratan kebidanan

Melihat kenyataan diatas, pemerintah telah melakukan banyak program yang ditunjukkan untuk memperbaiki status kesehatan ibu yang diharapkan dapat menurunkan angka kematian ibu tersebut. Salah satu program pemerintah yang masih berjalan hingga saat ini adalah audit terhadap kematian ibu dan perinatal (AMP) yang dimulai sejak tahun 1994, dan

sudah mengalami revisi tahun 2001 dengan fokus pada persalinan dengan tenaga kesehatan (nakes), penanganan komplikasi yang adekuat dengan dicanangkannya fasilitas pencegahan kehamilan dan penganan aborsi uang tidak aman. Selain itu juga telah dilakukan berbagai program lainnya untuk memperbaiki kesehatan ibu.

Dan itu semua tergantung dari tenaga kesehatan khususnya bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan baik individu maupun masyarakat. Pelayanan kebidanan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, yang diarahkan untuk mewujudkan kesehatan keluarga yang berkualitas. Pelayanan kebidanan merupakan layanan yang diberikan oleh bidan sesuai dengan kewenangan yang diberikannya dengan maksud untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak dalam rangka tercapainya keluarga berkualitas, Bahagia dan sejahtera sehingga tercapai Indonesia Sehat 2025. Kematian ibu di daerah terpencil maupun diperkotaan, dimana kematian dapat terjadi dirumah atau tempat rujukan kefasilitas kesehatan, namun tidak tergolong jiwanya karena kondisi ibu sudah sangat buruk. Hal ini mungkin disebabkan karena jauhnya tempat tinggal ibu dari fasilitas kesehatan (termasuk bidan didesa), dan juga karena faktor ketidaktahuan ibu hamil/melahirkan/nifas, sehingga tindakan yang dilakukan baik oleh masyarakat maupun petugas kesehatan tidak membuahkan hasil yang optimal. Secara keseluruhan, banyak dari kematian tersebut (baik didaerah terpencil maupun daerah tidak terpencil) sebetulnya dapat dicegah melalui perubahan pada kondisi kesehatan dan perilaku si ibu sebelum hamil, saat terjadinya konsepsi (saat hamil), juga perbaikan pada akses kefasilitas kesehatan dan dukungan masyarakat dimana wanita tersebut tinggal, serta perubahan atau perbaikan dari kualitas pelayanan yang diterima ibu tersebut.

Dalam pelaksanaannya, pelayanan kesehatan diupayakan dekat dengan masyarakat, sehingga strategi pelayanan kesehatan yang utama merupakan pendekatan yang juga menjadi acuan pelayanan kesehatan yang akan diberikan, Artinya, upaya pelayanan atau asuhan yang diberikan tersebut merupakan upaya yang esensial atau sangat diburuhkan oleh masyarakat.komunitas, dan secara universal upaya tersebut mudah dijangkau, dengan demikian, didalam kebidanan komunitas penggunaan teknologi tepat guna sangat ditekankan. Wujud aplikasi kegiatan nyatanya adalah seorang bidan komunitas mampu melakukan ransangan atau memotivasi masyarakat di wilayah binaannya dengan memilih alat edukatif sederhana yang tersedia diwilayah tersebut.

Peran serta komunitas tersebut diartikan sebagai suatu proses dimana individu, keluarga dan komunitas bertanggung jawab atas kesehatannya sendiri-sendiri dengan berperan sebagai pelaku kegiatan peningkatan kesehatannya berdasarkan asas kebersamaan dan kemandirian.

1.2 Pengertian Kebidanan Komunitas

Istilah kebidanan komunitas pada dasarnya merupakan gabungan dari beberapa istilah dasar, yakni bidan, kebidanan, dan komunitas yang mencakup keluarga dan masyarakat. Menurut Ikatan Bidan Indonesia, bidan didefenisikan sebagai seorang perempuan yang lulus dari Pendidikan bidan yang diakui pemerintah dan organisasi profesi diwilayah negara Republik Indonesia serta memiliki kualifikasi untuk terdaftar, mendapatkan sertifikasi, dan atau sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktek kebidanan.

Sementara itu, definisi kebidanan menurut kementerian kesehatan Nomor 369/Menteri/SK/III.2007 kebidanan komunitas adalah satu bidang ilmu yang mempelajari keilmuan dan seni yang mempersiapkan kehamilan, membantu

persalinan, nifas dan menyusui, masa interval, dan pengaturan kesuburan, klimakterium,menopause, Bayi baru lahir (BBL) , balita dan fungsi-fungsi reproduksi manusia serta memberikan bantuan atau dukungan pada perempuan, keluarga dan komunitasnya.

Komunitas diartikan dari akar kata Bahasa latin *Communicans* yang berarti banyak, public, dan kesamaan. Secara maknsa dan pengertian, komunitas diartikan sebagai masyarakat terbatas yang mempunyai persamaan nilai (values) dan kegemaran (interest) yang merupakan kelompok khusus dengan batas-batas geografis yang jelas, dengan norma dan nilai yang telah melembaga (Putri, S, Septalia, 2018)

Jadi dapat disimpulkan bahwa pengertian kebidanan komunitas adalah bentuk-bentuk pelayanan kebidanan yang dilakukan oleh bidan dalam memecahkan masalah kesehatan reproduksi perempuan, bayi, dan balita secara individu, keluarga, kelompok, serta masyarakat dengan pendekatan manajeme pelayanan kebidanan dan penekanan pada aspek-aspek psikososial budaya yang ada dimasyarakat (Karwati, Pujiati. D, Mujiawati, 2020)

1.3 Perkembangan Kebidanan Komunitas

Bermula sejak zaman penjajahan Belanda, Akademi kebidanan di Indonesia sudah ada sejak tahu 1849. Ketika itu, sekolahnya dibuka di Batavia dengan nama *School Tot Oplelding Van Indizche Arsten* (STOVIA). Tidak langsung berfokus hanya pada bidan, sekolah tersebut merupakan sekolah Pendidikan dokter bagi kaum probumi. Batu dua tahun setelah didirikan ada Pendidikan bidan yang pengajarannya diarahkan pada fokus peran yang hanya dilakukan dirumah sakit saja (Hutagaol,Octaviana lin; Mujianti, 2021)

Sekitar satu abad kemudian, setelah Indonesia merdeka Pendidikan kebidanan pun mengalami peningkatan hingga

tidak hanya menangani hal-hal yang bersifat klinis saja. Para siswa di sekolah kebidanan yang belajar selama empat tahun kala itu sudah mendapatkan konsep pelayanan kebidanan dikomunitas (Nazriah, 2011)

Awal mula perkembangan tersebut masih memfokuskan pelayanan kebidanan komunitas pada Pendidikan formal sehingga lulusannya yang tidak bekerja di persalinan rumah sakit hanya dapat beralih ke poliklinik hamil rumah sakit sebagai konsultan yang bertugas secara mandiri. Tidak berselang lama hanya satu tahun kemudian, peluang itu pun meningkat dengan diadakannya kursus tambahan untuk mengambil peran pada kesehatan masyarakat secara langsung (Maternity Dainty, Putri Dewi Ratna, 2017)

Akhirnya peran lulusan Pendidikan kebidanan pun tidak hanya dapat mengabdikan diri di rumah sakit atau polikliniknya, tetapi juga dapat berhambur langsung dengan komunitas masyarakat yang tersebar ditiap kecamatan dengan didirikannya pelayanan berbasis kesehatan ibu dan anak (BKIA). Pada tahun 1967, keberadaan BKIA disatukan dengan pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) yang perannya tidak hanya pada kesehatan ibu dan anak (KIA) tetapi juga pada keluarga berencana (KB). Saat itu peran bidan cukup krusial sebagai penggerak di masyarakat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020)

Setelah tiga dekade berjalan, pada rentang waktu antara tahun 1990 hingga 1996, peran bidan mulai diperhatikan kembali karena tingginya angka kematian ibu. Pemerintah pun bergerak untuk mengurangi peningkatan angka tersebut. Melalui badan koordinasi keluarga berencana nasional BKKBN pemerintah menjalankan program SPK + 1 tahun untuk para siswa Pendidikan kebidanan guna mengabdikan secara langsung di poliklinik desa. Dengan program tersebut diharapkan akan lahir lulusan kebidanan yang memahami ilmu di bidangnya dan

mampu mengaplikasikannya secara langsung dengan tepat sesuai kondisi masyarakat.

1.4 Peran dan Tanggung Jawab Bidan Komunitas

Peran bidan adalah upaya yang dilakukan oleh bidan untuk pemecahan masalah kesehatan ibu bayi dan anak balita di dalam keluarga dan masyarakat

Mencakup mencakup upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan pencegahan penyakit, deteksi dini masalah kesehatan, penyembuhan serta pemulihan kesehatan dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan. Dalam menyelenggarakan praktik kebidanan bidan dapat berperan sebagai

1. Pemberi pelayanan kebidanan
2. Pengelola pelayanan kebidanan
3. Penyuluh dan konselor
4. Pendidik, pembimbing dan fasilitator klinik
5. Penggerak peran serta masyarakat Dan pemberdayaan perempuan
6. Peneliti

1.4.1 Pemberi Pelayanan Kebidanan

Sebagai pemberi layanan bidan memiliki tiga kategori tugas Yaitu tugas mandiri tugas kolaborasi dan tugas ketergantungan atau rujukan:

1. Tugas mandiri bidan yaitu

- a. Menetapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan yang diberikan diantaranya:
 - 1) Mengkaji status kesehatan untuk memenuhi kebutuhan asuhan klien
 - 2) Menentukan diagnosis
 - 3) Menyusun rencana tindakan sesuai dengan masalah yang dihadapi oleh klien

- 4) Melaksanakan tindakan sesuai dengan rencana yang telah disusun
 - 5) Mengevaluasi tindakan yang telah diberikan
 - 6) Membuat rencana tindak lanjut kegiatan/tindakan
 - 7) Membuat pencatatan dan pelaporan kegiatan/tindakan
- b. Memberi pelayanan dasar pranikah pada anak remaja dan dengan melibatkan mereka sebagai klien, mencakup:
- 1) Mengkaji status kesehatan dan kebutuhan anak remaja dan wanita dalam masa pra nikah
 - 2) Menentukan diagnosis dan kebutuhan pelayanan dasar
 - 3) Menyusun rencana tindakan/layanan sebagai prioritas mendasar bersama klien
 - 4) Melaksanakan tindakan/layanan sesuai dengan rencana
 - 5) Mengevaluasi hasil tindakan/layanan yang telah diberikan bersama klien
 - 6) Membuat rencana tindak lanjut tindakan/layanan bersama client
 - 7) Membuat pencatatan dan pelaporan asuhan kebidanan
- c. Memberi asuhan kebidanan pada klien selama kehamilan normal, mencakup:
- 1) Mengkaji status kesehatan klien yang dalam keadaan hamil
 - 2) Menentukan diagnosis Kebidanan dan kebutuhan kesehatan klien
 - 3) Menyusun rencana asuhan kebidanan bersama klien sesuai dengan prioritas masalah
 - 4) Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah disusun

- 5) Mengevaluasi hasil asuhan yang telah diberikan bersama klien
 - 6) Membuat rencana tindak lanjut asuhan kebidanan bersama klien
 - 7) Membuat pencatatan dan pelaporan asuhan kebidanan yang telah diberikan
- d. Memberi asuhan kebidanan kepada klien dalam masa persalinan dengan melibatkan klien/keluarga mencakup:
- 1) Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan pada klien dalam masa persalinan
 - 2) Menentukan diagnosis dan kebutuhan asuhan kebidanan dalam masa persalinan
 - 3) Menyusun rencana asuhan kebidanan yang sesuai dengan prioritas masalah
 - 4) Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah disusun
 - 5) Mengevaluasi asuhan yang telah diberikan bersama klien
 - 6) Membuat rencana tindakan pada ibu selama masa persalinan sesuai dengan prioritas
 - 7) Membuat asuhan kebidanan
- e. Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir mencakup:
- 1) Mengkaji status kesehatan bayi baru lahir dengan melibatkan keluarga
 - 2) Menentukan diagnosis dan kebutuhan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir
 - 3) Menyusun rencana asuhan kebidanan sesuai dengan prioritas masalah pasien
 - 4) Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah dibuat

- 5) Mengevaluasi asuhan kebidanan yang telah diberikan
 - 6) Membuat rencana tindak lanjut
 - 7) Membuat rencana pencatatan dan pelaporan asuhan yang telah diberikan
- f. Memberi asuhan kebidanan kepada klien dalam masa nifas dengan melibatkan klien/keluarga mencakup:
- 1) Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa nifas
 - 2) Menentukan diagnosis dan kebutuhan asuhan kebidanan pada masa nifas
 - 3) Menyusun rencana asuhan kebidanan berdasarkan prioritas masalah
 - 4) Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana
 - 5) Mengevaluasi bersama klien asuhan kebidanan yang telah diberikan
 - 6) Membuat rencana tindak lanjut asuhan kebidanan bersama klien
- g. Memberi asuhan kebidanan pada wanita usia subur yang membutuhkan pelayanan Keluarga Berencana, mencakup:
- 1) Mengkaji kebutuhan pelayanan Keluarga Berencana pada pasangan usia subur
 - 2) Menentukan diagnosis dan kebutuhan pelayanan
 - 3) Menyusun rencana pelayanan Keluarga Berencana sesuai prioritas masalah bersama klien
 - 4) Melaksanakan asuhan sesuai dengan rencana yang telah dibuat
 - 5) Mengevaluasi asuhan kebidanan yang telah diberikan
 - 6) Membuat rencana tindak lanjut yang telah diberikan kan

- 7) Membuat pencatatan dan pelaporan
- h. Memberi asuhan kebidanan pada wanita dengan gangguan sistem reproduksi dan wanita dalam masa klimakterium serta menopause, mencakup:
 - 1) Mengkaji status kesehatan dan kebutuhan asuhan klien
 - 2) Menentukan diagnosis, prognosis, prioritas, asuhan klien
 - 3) Menyusun rencana asuhan sesuai prioritas masalah bersama klien
 - 4) Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana asuhan
 - 5) Mengevaluasi bersama klien hasil asuhan kebidanan yang telah diberikan
 - 6) Membuat rencana tindak lanjut bersama klien
 - 7) Membuat pencatatan dan pelaporan asuhan kebidanan
- i. Memberi asuhan kebidanan pada bayi dan balita dengan melibatkan keluarga, mencakup:
 - 1) Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan sesuai dengan tumbuh kembang bayi/balita
 - 2) Menentukan diagnosis dan prioritas masalah
 - 3) Menyusun rencana asuhan sesuai dengan rencana
 - 4) Melaksanakan asuhan sesuai dengan prioritas masalah
 - 5) Mengevaluasi hasil asuhan yang telah diberikan
 - 6) Membuat rencana tindak lanjut
 - 7) Membuat pencatatan dan pelaporan asuhan yang sudah diberikan

2. Tugas kolaborasi atau kerjasama bidan, yaitu:

- a. Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai fungsi kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga, mencakup:
 - 1) Mengkaji masalah yang berkaitan dengan komplikasi dan kondisi kegawatdaruratan
 - 2) Menentukan diagnosis, prognosis dan prioritas kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi
 - 3) Merencanakan tindakan sesuai dengan prioritas kegawatdaruratan dan hasil kolaborasi serta bekerjasama dengan klien
 - 4) Melaksanakan tindakan sesuai dengan rencana dan dengan melibatkan klien
 - 5) Mengevaluasi hasil tindakan yang telah diberikan
 - 6) Menyusun rencana tindak lanjut bersama klien
 - 7) Membuat pencatatan dan pelaporan
- b. Memberi asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan resiko tinggi dan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi, mencakup:
 - 1) Mengkaji kebutuhan asuhan pada kasus resiko tinggi dan keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi
 - 2) Menentukan diagnosis, prognosis dan prioritas sesuai dengan faktor risiko serta keadaan kegawatdaruratan pada kasus resiko tinggi
 - 3) Menyusun rencana asuhan dan tindakan pertolongan pertama sesuai dengan prioritas masalah
 - 4) Melaksanakan asuhan kebidanan pada kasus ibu hamil dengan resiko tinggi dan memberi pertolongan pertama sesuai dengan prioritas

- 5) Mengevaluasi hasil asuhan kebidanan dan pertolongan pertama
 - 6) Menyusun rencana tindak lanjut bersama klien
 - 7) Membuat pencatatan dan pelaporan
- c. Memberi asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan dengan resiko tinggi serta keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan pertolongan pertama dan tindakan kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga mencakup:
- 1) Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan dengan resiko tinggi dan keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi
 - 2) Menentukan diagnosis, prognosis dan prioritas sesuai dengan faktor resiko dan keadaan kegawatdaruratan
 - 3) Menyusun rencana asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan dengan resiko tinggi dan pertolongan pertama sesuai dengan prioritas
 - 4) Melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa salinan dengan resiko tinggi dan pertolongan pertama sesuai dengan prioritas
 - 5) Mengevaluasi hasil asuhan kebidanan dan pertolongan pertama pada ibu hamil dengan resiko tinggi
 - 6) Menyusun rencana tindak lanjut bersama klien
 - 7) Membuat pencatatan dan pelaporan
- d. memberi asuhan kebidanan pada ibu dalam masa nifas dengan resiko tinggi serta pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi bersama klien dan keluarga, mencakup:
- 1) Mengkaji kebutuhan asuhan pada ibu dalam masa nifas dengan resiko tinggi dan keadaan

- kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi
- 2) Menentukan diagnosis, prognosis dan prioritas sesuai dengan faktor risiko serta keadaan kegawatdaruratan
 - 3) Menyusun rencana asuhan kebidanan pada ibu dalam masa nifas dengan resiko tinggi dan pertolongan pertama sesuai dengan prioritas
 - 4) Melaksanakan asuhan kebidanan dengan resiko tinggi dan memberi pertolongan pertama sesuai dengan rencana
 - 5) Mengevaluasi hasil asuhan kebidanan dan pertolongan pertama
 - 6) Menyusun rencana tindak lanjut bersama klien
 - 7) Membuat pencatatan dan pelaporan
- e. Memberi asuhan kebidanan pada bayi, bayi baru lahir dengan resiko tinggi dan pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi bersama klien dan keluarga, mencakup:
- 1) Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan resiko tinggi dan keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi
 - 2) Menentukan diagnosis, prognosis dan prioritas sesuai dengan faktor risiko serta keadaan kegawatdaruratan
 - 3) Menyusun rencana asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan resiko tinggi dan memerlukan pertolongan pertama sesuai dengan prioritas
 - 4) Melaksanakan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan resiko tinggi dan pertolongan pertama sesuai dengan prioritas

- 5) Mengevaluasi hasil asuhan kebidanan dan pertolongan pertama
 - 6) Menyusun rencana tindak lanjut bersama klien
 - 7) Membuat pencatatan dan pelaporan
- f. Memberi asuhan kebidanan pada balita dengan resiko tinggi serta pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan kolaborasi bersama klien dan keluarga, mencakup:
- 1) Mengkaji kebutuhan asuhan pada balita dengan resiko tinggi dan keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi
 - 2) Menentukan diagnosis, prognosis dan prioritas sesuai dengan faktor risiko serta keadaan kegawatdaruratan
 - 3) Menyusun rencana asuhan kebidanan pada balita dengan resiko tinggi dan memerlukan pertolongan pertama sesuai dengan prioritas
 - 4) Mengevaluasi hasil asuhan kebidanan dan pertolongan pertama
 - 5) Menyusun rencana tindak lanjut bersama klien
 - 6) Membuat pencatatan dan pelaporan

3. Tugas ketergantungan atau merujuk, yaitu:

- a. Menerapkan manajemen kebidanan, pada keterlibatan klien dan keluarga, mencakup:
- 1) Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan yang memerlukan tindakan diluar ruang lingkup kewenangan bidan dan memerlukan rujukan
 - 2) Menentukan menentukan diagnosis, prognosis dan Prioritas serta sumber dan fasilitas untuk intervensi lebih lanjut bersama klien/keluarga
 - 3) Merujuk layanan untuk keperluan intervensi lebih lanjut kepada petugas/institusi pelayanan

kesehatan yang berwenang dengan dokumentasi yang lengkap

- 4) Membuat pencatatan dan pelaporan serta mendokumentasikan seluruh kejadian dan intervensi dan
- b. Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada kasus kehamilan dengan resiko tinggi serta kegawatdaruratan, mencakup:
- 1) Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan
 - 2) Menentukan diagnosis, prognosis dan prioritas
 - 3) Memberi pertolongan pertama pada kasus yang memerlukan rujukan
 - 4) Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan
 - 5) Mengirim klien untuk keperluan intervensi lebih lanjut pada petugas/institusi pelayanan kesehatan yang berwenang
 - 6) Membuat pencatatan dan pelaporan serta mendokumentasikan seluruh kejadian dan intervensi
- c. Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi serta rujukan pada masa persalinan dengan penyulit tertentu dengan melibatkan klien dan keluarga, mencakup:
- 1) Mengkaji adanya penyulit dan kondisi kegawatdaruratan pada ibu dalam persalinan yang memerlukan konsultasi dan rujukan
 - 2) Menentukan diagnosis, prognosis dan prioritas
 - 3) Memberi pertolongan pertama pada kasus yang memerlukan rujukan
 - 4) Merujuk klien untuk keperluan intervensi lebih lanjut pada petugas/institusi pelayanan kesehatan yang berwenang

- 5) Membuat pencatatan dan pelaporan serta mendokumentasikan seluruh kejadian dan intervensi
- d. Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan kepada ibu dalam masa nifas yang disertai penyulit tertentu dan kegawatdaruratan dengan melibatkan klien dan keluarga, mencakup:
- 1) Mengkaji adanya penyulit dan kondisi kegawatdaruratan pada ibu dalam masa nifas yang memerlukan konsultasi serta rujukan
 - 2) Menentukan diagnosa, prognosis dan prioritas
 - 3) Memberi pertolongan pertama pada kasus yang memerlukan rujukan
 - 4) Mengirim klien untuk keperluan intervensi lebih lanjut pada petugas/institusi pelayanan kesehatan yang berwenang
 - 5) Membuat pencatatan dan pelaporan serta mendokumentasikan seluruh kejadian dan intervensi
- e. Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi serta rujukan dengan melibatkan keluarga, mencakup:
- 1) Mengkaji adanya penyulit dan kondisi kegawatdaruratan pada bayi baru lahir yang memerlukan konsultasi serta rujukan
 - 2) Menentukan diagnosis prognosis dan prioritas
 - 3) Memberi pertolongan pertama pada kasus yang memerlukan rujukan
 - 4) Merujuk untuk keperluan intervensi lebih lanjut pada petugas/institusi pelayanan kesehatan yang berwenang

- 5) Membuat pencatatan dan pelaporan serta dokumentasi
- f. Memberi asuhan kebidanan kepada anak balita dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi serta rujukan dengan melibatkan klien/keluarga mencakup:
 - 1) Mengkaji adanya penyulit dan kegawatdaruratan pada balita yang memerlukan konsultasi serta rujukan
 - 2) Menentukan diagnosis, prognosis dan prioritas
 - 3) Memberi pertolongan pertama pada kasus yang memerlukan rujukan
 - 4) Merujuk klien untuk keperluan intervensi lebih lanjut pada petugas/institusi pelayanan kesehatan yang berwenang
 - 5) Membuat pencatatan dan pelaporan serta dokumentasi

1.4.2 Pengelola Pelayanan Kebidanan

Sebagai pengelola bidan memiliki dua tugas, Yaitu tugas pengembangan pelayanan dasar kesehatan dan tugas partisipasi dalam tim.

1. Mengembangkan pelayanan dasar kesehatan. bidan bertugas mengembangkan pelayanan dasar kesehatan, terutama pelayanan kebidanan untuk individu, keluarga kelompok khusus dan masyarakat di wilayah kerja dengan melibatkan masyarakat/klien, mencakup:
 - a. Mengkaji kebutuhan terutama yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak untuk meningkatkan serta mengembangkan program pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya bersama tim kesehatan dan pemuka masyarakat

- b. Menyusun rencana kerja sesuai dengan hasil pengkajian bersama masyarakat
 - c. Mengelola kegiatan Pelayanan Kesehatan Masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak serta Keluarga Berencana sesuai dengan rencana
 - d. Mempertahankan, meningkatkan mutu dan keamanan praktik profesional melalui pendidikan, pelatihan dan magang serta kegiatan dalam kelompok profesi an
 - e. Mendokumentasikan seluruh kegiatan yang telah dilaksanakan
2. Berpartisipasi dalam tim. bidan berpartisipasi dalam tim untuk melaksanakan program kesehatan dan sektor lain di wilayah kerjanya melalui peningkatan kemampuan dukun bayi , kader kesehatan, serta tenaga kesehatan lain yang berada di bawah bimbingan dalam wilayah kerjanya, mencakup:
- a. Bekerjasama dengan Puskesmas, institusi lain sebagai anggota tim dalam memberi asuhan kepada klien dalam bentuk konsultasi rujukan dan tindak lanjut
 - b. Membina hubungan baik dengan dukun bayi dan kader kesehatan atau petugas lapangan Keluarga Berencana (PLKB) dan masyarakat
 - c. Melaksanakan pelatihan serta membimbing dukun bayi, kader dan petugas kesehatan lain
 - d. Memberi asuhan kepada klien rujukan dari dukun bayi
 - e. Membina kegiatan-kegiatan yang ada di masyarakat yang berkaitan dengan kesehatan

1.4.3 Penyuluh Dan Konselor

Sebagai penyuluh dan konselor bidan memiliki peran, mencakup:

1. Memberi pendidikan dan penyuluhan kesehatan pada klien titik bidan memberikan pendidikan dan penyuluhan

- kesehatan kepada klien (individu, keluarga, kelompok, serta masyarakat) tentang penanggulangan masalah kesehatan, khususnya yang berhubungan dengan kesehatan ibu anak dan keluarga berencana mencakup:
2. Mengkaji kebutuhan pendidikan dan penyuluhan kesehatan khususnya dalam bidang kesehatan ibu, anak dan keluarga berencana bersama klien
 3. Menyusun rencana penyuluhan kesehatan sesuai dengan kebutuhan yang telah dikaji baik untuk jangka pendek maupun jangka panjang bersama klien
 4. Menyiapkan alat serta materi pendidikan dan penyuluhan sesuai dengan rencana yang telah disusun
 5. Melaksanakan program/rencana pendidikan dan penyuluhan kesehatan sesuai dengan rencana jangka pendek serta jangka panjang dengan melibatkan unsur-unsur terkait, termasuk klien
 6. Mengevaluasi hasil pendidikan/penyuluhan kesehatan bersama klien dan menggunakannya untuk memperbaiki serta meningkatkan program di masa yang akan datang
 7. Mendokumentasikan semua kegiatan dan hasil pendidikan/penyuluhan kesehatan secara lengkap dan sistematis.

1.4.4 Pendidik, Pembimbing, Dan Fasilitator Klinik

Bidan melatih dan membimbing kader, peserta didik Kebidanan dan keperawatan, serta membina dukun di wilayah atau tempat kerjanya, mencakup:

1. Mengkaji kebutuhan pelatihan dan bimbingan bagi kader, dukun bayi, peserta didik.
2. Menyusun rencana pelatihan dan bimbingan sesuai dengan hasil pengkajian

3. Menyiapkan alat bantu mengajar /audio visual aids dan bahan untuk keperluan pelatihan dan bimbingan sesuai dengan rencana yang telah disusun
4. Melaksanakan pelatihan untuk dukun bayi dan kader sesuai dengan rencana yang telah disusun dengan melibatkan unsur-unsur terkait
5. Membimbing peserta didik Kebidanan dan keperawatan dalam lingkup kerjanya
6. Menilai hasil pelatihan dan bimbingan yang telah diberikan
7. Menggunakan hasil evaluasi untuk meningkatkan program bimbingan
8. Mendokumentasikan semua kegiatan termasuk hasil evaluasi pelatihan serta bimbingan secara sistematis dan lengkap.

1.4.5 Penggerak Peran Serta Masyarakat Dan Pemberdayaan Perempuan

1. Menyusun rencana kerja sesuai dengan hasil pengkajian bersama masyarakat
2. Mengembangkan strategi untuk meningkatkan Kesehatan Masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak serta Keluarga Berencana, termasuk pemanfaatan sumber-sumber yang ada pada program dan Sektor terkait
3. Menggerakkan dan mengembangkan kemampuan masyarakat serta memelihara kesehatannya dengan memanfaatkan potensi-potensi yang ada.

1.4.6 Peneliti

Bidan melakukan penelitian terapan dalam bidang kesehatan baik secara mandiri maupun berkelompok, mencakup:

1. Mengidentifikasi kebutuhan Investigasi yang akan dilakukan

2. Menyusun rencana kerja pelatihan
3. Melaksanakan investigasi sesuai dengan rencana
4. Mengolah dan menginterpretasikan data hasil investigasi
5. Menyusun laporan hasil investigasi dan tindak lanjut
6. Memanfaatkan hasil investigasi untuk meningkatkan dan mengembangkan program kerja atau pelayanan kesehatan

Keenam peran tersebut dilengkapi dengan rincian tanggung jawab yang harus dilaksanakan oleh seorang bidan dikomunitas yaitu:

1. Memberikan pelayanan dibidang kebidanan untuk masyarakat baik individu maupun komunitas
2. Memebrikan penyuluhan terkait dengan kesehatan yang sesuai dengan situasi dan kondisi dimasyarakat
3. Membudayakan tradisi baik yang sesuai dengan nilai dan norma yang berlaku dimasyarakat dan pandangan umum global
4. Mengembangkan pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki secara berkesinambungan. Seorang bidan harus ma uterus belajar dan siap selalu mempelajari hal baru
5. Menjaga profesionalitas dalam bertugas. Seorang bidan pantang melakukan diskriminasi terhadap masyarakat. Sikap menghakimi dan mebeda-bedakan pantang dilakukan oleh seorang bidan
6. Memahami batas-batas tindakan yang bisa diupayakan meskipun harus berusaha maksimal, seorang bidan tetap harus memahami Batasan-batasan yang harus dipatuhi dalam bekerja
7. Mengambil keputusan terbaik ketika diperlukan dan berani menanggung segala resiko dan konsekuensi yang akan dihadapi
8. Membangun konuikasi yang baik dengan tenaga kesehatan lain dan pihak-pihak diluar bidang kesehatan yang terlibat

dalam program yang dijalankan, misalnya kepala desa atau ketua karang taruna

9. Memelihara kerjasama yang baik dengan rumah sakit dan instansi kesehatan lain guna memastikan segala rujukan yang ditujukan ke instansi tersebut diupayakan secara optimal
10. Melakukan pemantauan mutu dan tidak keberatan ketika diharuskan melakukan pengkajian ulang pada kasus tertentu
11. Menjadi bagian dari semangat peningkatan kondisi hidup perempuan dan bayi serta balita mereka.

1.5 Tujuan Pelayanan Kebidanan Komunitas

Adanya pelayanan kebidanan di komunitas tidak lepas dari tujuan global yang diabadikan dalam delapan elemen esensial pelayanan kesehatan primer. Bidang kebidanan yang masuk dalam lingkup kedokteran secara umum pun mendapatkan satu poin khusus dari delapan elemen yang di prioritaskan pada tahun 1978. Satu tujuan tersebut adalah memprioritaskan kesehatan ibu dan anak, termasuk keluarga berencana. Dapat dilihat dengan kasatmata bahwa elemen tersebut secara khusus menjadi tanggung jawab bidan yang sekaligus mejadi tujuan

Tujuan itu pun harus berjalan hingga tahun 1998 ketika *The United Nations Children's Fund* (UNICEF) mendata sekitar 12 juta anak dibawah usia lima tahun yang meninggal dunia setiap tahunnya dalam beberapa dekade terakhir. Sebagian besar kematian mereka disebabkan oleh malnutrisi dan berbagai penyakit yang sebenarnya dapat dicegah.

Selain adanya kasus tingginya kematian anak, menurut data dari *international planned parenthood federation* (1998). Ibu yang meninggal karena melahirkan atau selama masa kehamilan juga tidak kalah tinggi, yakni mencapai angka

600.000 setiap tahunnya. Sekitar 50 juta yang lainnya mengalami berbagai permasalahan kesehatan yang tidak dapat dipulihkan.

Tidak diragukan lagi bahwa peningkatan pelayanan kesehatan ibu dan anak adalah aspek yang sangat penting bagi kesehatan keluarga. Bagaimanapun, hal penting yang harus disadari adalah bahwa Pendidikan, kesempatan bekerja upaya untuk mengakhiri diskriminasi gender, dan pembedayaan kaum perempuan mungkin akan memberikan dampak yang luas pada status kesehatan wanita dan anak-anak dibandingkan upaya-upaya kesehatan ibu dan anak yang khusus.

Menurut the united nations (Perserikatan bangsa-bangsa), tujuan yang berkaitan dengan kesehatan global pun kembali ditelaah dengan melihat kondisi yang berkembang didunia. Pada tahun 2000, PBB menyuarakan *millennium development goals* (MDG's) sebagai tujuan untuk peningkatan kualitas kesehatan. Dari delapan komitmen yang disepakati oleh 189 negara. Ada duapoin yang menjadi wewenang di dunia kebidanan, berikut ulasannya berdasarkan keterangan dari badan pusat statistic dan departemen kesehatan.

a. Menurunkan Angka Kematian Anak

Ada 3 indikator yang ada pada tujuan ini , yaitu:

1) Angka kematian Balita (Akaba)

Akaba adalah jumlah anak yang dilahirkan pada tahun tertentu dan meninggal sebelum mencapai usia 5 tahun, yang dinyatakan sebagai angka per 1.000 kelahiran hidup. Nilai normative Akaba lebih dari 140 berarti sangat tinggi, nilai antara 71-140 berarti sedang dan nilai kurang dari 70 berarti rendah

Indicator ini terkait langsung dengan target kelangsungan hidup anak dan mereflesikan kondisi social, ekonomi , dan lingkungan tempat tinggal, termasuk pemeliharaan kesehatannya.

Metode perhitungan yang digunakan adalah sebagai berikut:

Akaba= Banyaknya penduduk yang meninggal pada usia < 5 tahun x100

Jumlah Balita

2) Angka Kematian Bayi (AKB)

AKB adalah banyaknya bayi yang meninggal sebelum mencapai usia 1 tahun per 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Nilai normative AKB kurang dari 40 berarti hard rock (sangat sulit diupayakan penurunan), nilai antara 40-70 berarti sedang meskipun tetap sulit untuk diturunkan, dan nilai lebih besar dari 70 berarti mudah untuk diturunkan

Indikator ini berkaitan langsung dengan target kelangsungan hidup anak dan merefleksikan hal yang sama dengan indicator akaba.

Metode perhitungan yang digunakan adalah sebagai berikut

AKB= $\frac{\text{Banyaknya kematian bayi (<1 tahun) dalam setahun} \times 100}{\text{Banyaknya kelahiran hidup}}$

3) Proporsi Imunisasi Campak (PIC) pada anak usia 12-23 Bulan (1 tahun)

PIC adalah perbandingan antara banyaknya anak berumur 1 tahun yang telah menerima paling sedikit satu kali imunisasi campak terhadap jumlah anak berumur 1 tahun seluruhnya yang hasilnya dinyatakan dalam persentase

Indikator ini merupakan suatu ukuran cakupan dan kualitas sistem pemeliharaan kesehatan anak di suatu wilayah. Imunisasi dianggap sebagai satu diantara unsur penting untuk mengurangi kematian balita

Metode perhitungan yang digunakan adalah sebagai berikut:

$$PIC = \frac{\text{Banyaknya anak 1 tahun yang telah diimunisasi campak} \times 100}{\text{Jumlah anak usia 1 tahun}}$$

b. Meningkatkan Kesehatan Ibu

Tujuan kedua ini juga memiliki 3 indikator, yaitu:

1) Angka Kematian Ibu (AKI)

AKI adalah banyaknya wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan atau kasus incidental) selama kehamilan, melahirkan dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan, dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup. AKI diperhitungkan pula pada jangka waktu enam pekan hingga setahun setelah melahirkan.

Indikator ini secara langsung digunakan untuk memonitor terkait dengan kehamilan. AKI dipengaruhi oleh beberapa faktor termasuk status kesehatan secara umum, yaitu Pendidikan serta pelayanan selama kehamilan dan melahirkan.

Metode perhitungan yang digunakan adalah sebagai berikut.

$$AKI = \frac{\text{Banyaknya kematian ibu (kasus kehamilan) pada tahun tertentu} \times 100}{\text{Banyaknya kelahiran hidup}}$$

2) Proporsi pertolongan kelahiran (PPK) oleh tenaga kesehatan terlatih

PPK oleh TKT adalah perbandingan antara persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih, seperti dokter, bidan, perawat dan tenaga medis lainnya dengan jumlah persalinan seluruhnya yang hasil datanya dinyatakan dalam persentase

Mengukur kematian ibu secara akurat bukan hal yang mudah, kecuali tersedia data registrasi yang sempurna tentang kematian dan penyebab kematian. Oleh karena itu, digunakan lah indicator proporsipertolongan kelahiran oleh tenga kesehatan terlatih

Metode perhitungan yang digunakan adalah sebagai berikut:

$$\text{PPK-TKT} = \frac{\text{Banyaknya kelahiran yang dibantu oleh TKT} \times 100}{\text{Banyaknya persalinan}}$$

3) Angka pemakaian kontrasepsi pada pasangan usia subur 15-49 tahun

KB pada Pasangan Usia Subur (PUS) adalah perbandingan antara PUS yang menggunakan satu diantara alat kontrasepsi dengan jumlah PUS seluruhnya yang dinyatakan dalam persentase

Indikator ini berguna untuk mengukur perbaikan kesehatan ibu melalui pengaturan kelahiran. Indikator ini juga digunakan sebagai proksi untuk mengukur akses terhadap pelayanan kesehatan reprodusi bagi PUS yang sangat esensial

Metode perhitungan yang digunakan adalah sebagai berikut:

$$\text{KB} = \frac{\text{Banyaknya PUS yang memakai alat kontrasepsi} \times 100}{\text{Jumlah PUS keseluruhan}}$$

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik. 2015. *Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015*. Available at: <https://sirusa.bps.go.id/index.php/dasar/pdf?kd=2&th=2015> (Accessed: 12 March 2023).
- Hutagaol, Octaviana Lin; Mujiанти, C.N. 2021. *Pengantar Asuhan Kebidanan (Konsep Kebidanan)*. Makassar: CV.Faira Aksara.
- Karwati, Pujiati. D, Mujiawati, S. 2020. *Asuhan Kebidanan V (Kebidanan Komunitas)*. Jakarta Timur: TIM.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2020. *Kepmenkes 320/2020 TENTANG STANDAR PROFESI BIDAN DENGAN*. Available at: [https://ktki.kemkes.go.id/info/sites/default/files/KEP MENKES 320 TAHUN 2020 TENTANG STANDAR PROFESI BIDAN.pdf](https://ktki.kemkes.go.id/info/sites/default/files/KEP%20MENKES%20TAHUN%2020%20TENTANG%20STANDAR%20PROFESI%20BIDAN.pdf).
- Maternity Dainty, Putri Dewi Ratna, A.N.L.D. 2017. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta: Andi.
- Nazriah. 2011. *Kebidanan Komunitas*. Pena.
- Putri, S, Septalia, D. 2018. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

BAB 2

RIWAYAT KEBIDANAN KOMUNITAS

Oleh Kadek Agustina Puspa Ningrum

2.1 Riwayat Kebidanan Komunitas Di Indonesia

1. Dukun dilatih pertolongan persalinan pada tahun 1807, pada masa Gubernur Jenderal Hendrik William Deandels, namun hal ini tidak berlangsung lama karena tidak ada pelatihan kebidanan (Cholifah and Purwanti, 2019).
2. Seorang dokter militer Belanda mendirikan sekolah kebidanan di Batavia pada tahun 1851 untuk wanita pribumi. Para lulusan kemudian bekerja di masyarakat dan rumah sakit (Tombokan *et al*, 2019).
3. Untuk memperluas pemahaman masyarakat tentang pelayanan kesehatan ibu dan anak secara menyeluruh, diadakan pelatihan bidan pada tahun 1952 (Bustami *et al*, 2017).
4. Pada tahun 1953 didirikan Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak (BKIA) dimana menurut Pinem (2016) para ahli persalinan bertanggung jawab untuk memberikan bantuan kepada daerah setempat, khususnya:
 - a. Bidan memberikan pelayanan antenatal diantaranya dengan pemberian pendidikan kesehatan, nasihat perkawinan dan perencanaan keluarga, intranatal, dan postnatal yaitu dengan melakukan kunjungan rumah, pemeriksaan ibu nifas, serta pemeriksaan bayi dan anak, termasuk konseling gizi seperti pemberian makanan tambahan dan pemberian tablet tambah darah, imunisasi

bayi dan balita, pelayanan konseling remaja, serta pemberdayaan masyarakat.

- b. Bidan yang berpraktik di luar BKIA dapat membantu persalinan di rumah keluarga dan melakukan kunjungan rumah.
5. Pada tahun 1957 dibangun Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) agar para bidan dapat memberikan pelayanannya baik di dalam maupun di luar gedung di wilayah tempat mereka bekerja. Menurut Rahayu (2018) berikut adalah contoh bagaimana pelayanan di luar gedung diarahkan untuk pelayanan terpadu:
 - a. Pelayanan kesehatan di pos pelayanan terpadu (Posyandu) meliputi pelayanan kebidanan yang diberikan di luar gedung.
 - b. Pelayanan posyandu meliputi pemeriksaan kehamilan, pelayanan KB, pelayanan imunisasi, perbaikan gizi, dan kesehatan lingkungan.
 6. Pada tahun 1967 pelayanan Puskesmas termasuk pelayanan BKIA. Hal ini secara tidak langsung telah mengurangi peran bidan dalam masyarakat. Bidan di Puskesmas tetap memberikan pelayanan KIA dan KB baik di luar maupun di dalam gedung. Namun, mereka hanya sebagai pelaksana pelayanan KIA, KB, Posyandu, dan UKS dan bukan sebagai perencana atau pengambil keputusan pelayanan masyarakat. Karena hanya sebagai pelaksana (Sheila, 2022).
 7. Bidan kehilangan kemampuannya untuk menggerakkan masyarakat tanpa disadari. Sesuai dengan kebutuhan masyarakat, pelayanan kebidanan diberikan secara merata dan dekat dengan masyarakat pada tahun 1990 (Cholifah and Purwanti, 2019).
 8. Menurut Tombakan (2019) pada tahun 1992, bidan dilatih untuk bertugas di desa dengan tanggung jawab utama:
 - a. Sebagai implementasi kesehatan KIA

- b. Menjadi pelaksana pelayanan kesehatan bayi dan KB
 - c. Melakukan kunjungan rumah ke ibu dan anak
 - d. Mengadakan pelatihan di posyandu
 - e. Mengembangkan pondok bersalin sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat. Khususnya dalam pelayanan kesehatan ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir, termasuk pembinaan dukun bayi.
9. Bustami *et al* (2017) berikut adalah hasil Konferensi Kependudukan Sedunia di Kairo tahun 1994, yang meningkatkan tanggung jawab bidan untuk kesehatan reproduksi masyarakat:
- a. Safe Motherhood, yang meliputi perawatan bayi baru lahir dan aborsi
 - b. Keluarga Berencana
 - c. Penyakit menular seksual, termasuk infeksi pada saluran reproduksi
 - d. Kesehatan reproduksi remaja
 - e. Kesehatan reproduksi orang tua.
10. Pinem (2016) melalui Permenkes No. Tahun 1996, Sesuai dengan 572/VI/1996, bidan memiliki kewenangan mandiri terhadap:
- a. Pelayanan kebidanan yang meliputi pelayanan ibu dan anak
 - b. pelayanan keluarga berencana
 - c. Pelayanan kesehatan masyarakat
11. Kantor Menteri Pemberdayaan Perempuan memulai Gerakan Cinta Ibu (GSI) pada tahun 1996 dengan melibatkan bidan komunitas dalam gerakan peduli ibu (Rahayu, 2018).
12. Program pendidikan Diploma III Kebidanan didirikan oleh Ikatan Bidan Indonesia (IBI) pada tahun 1996 dengan tujuan untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam penanggulangan AKI. Program baru ini mencakup materi di tahun yang sama (1996) yang memberi para bidan alat yang

mereka butuhkan untuk bekerja baik sebagai pekerja layanan di fasilitas klinik maupun sebagai agen perubahan di masyarakat (Sheila, 2022).

2.2 Riwayat Kebidanan Komunitas Di Beberapa Negara Lain

1. Yunani

Menurut Cholifah and Purwanti (2019) Hippocrates menaruh banyak perhatian pada kedokteran dan perawatan dalam layanan kebidanan antara 460 dan 370 SM. Wanita hamil disarankan oleh Hippocrates:

- a. Membantu umat manusia dengan mengurangi daya tahan ibu
- b. Diperlakukan dengan baik dan benar agar pemulihan kesehatannya terjadi secepat mungkin
- c. Diberikan pengobatan pemberian pertolongan persalinan yang cukup.

2. Roma

Menurut Tombakan (2019) riwayat kebidanan komunitas di Negara Roma adalah sebagai berikut:

- a. Pada tahun 98-138 M. Karena dia orang pertama yang memperhatikan kebidanan dan percaya bahwa seorang bidan haruslah seorang ibu yang pernah mengalami kelahiran bayi, tidak takut hantu atau setan, dan menghindari takhayul, Soranus dikenal sebagai "bapak kebidanan".
- b. Pada tahun 139 M, Moscion, seorang murid Soranus, menulis sebuah buku untuk para bidan berjudul "Katekismus" karena pada saat itu bidan tidak belajar dari buku. Sebaliknya, mereka menyediakan layanan persalinan berdasarkan pengalaman dan keberanian. Di bidang keperawatan, kematian Moscion berlangsung hingga Abad Pertengahan, ketika keperawatan umumnya

mengalami kemunduran. Astrologi dan ilmu kedokteran kuno menjadi satu di Eropa, sedangkan dokter Arab adalah satu-satunya yang masih mencoba mempraktikkan kedokteran. Layanan perawatan bersalin pada masa itu juga mengalami kemerosotan.

- c. Dari tahun 129 hingga 201 M, Galen menulis sejumlah teks medis, termasuk salah satunya tentang kebidanan dan ginekologi, dan dia mengajarkan bagaimana bidan melakukan dilatasi serviks.

3. Italia

Pada abad ke-15, tingkat pendidikan dan pengetahuan di Italia mendorong peningkatan layanan pengobatan dan kesehatan, terutama yang berkaitan dengan anatomi dan fisiologi tubuh manusia. Vesalius, Febricus, Eustachius, yang menemukan tuba Eustavium, tabung yang menghubungkan ovarium dan rahim dan Arantius, yang menemukan Ductus Aantii yaitu pembuluh darah sementara pada janin, mereka adalah profesor terkemuka dan terkenal di Italia (Bustami *et al.*, 2017).

4. Prancis

Pelayanan kebidanan di Prancis yang dipelopori oleh para wanita bangsawan yang memanggil bidan ketika hendak melahirkan, kemudian berkembang juga pada orang-orang terpelajar dan wanita, sangat dipengaruhi oleh penemuan-penemuan profesor di Italia. Menurut Pinem (2016) orang-orang berikut adalah bidan terkenal di Prancis:

- a. Amroise Pare, yang hidup dari tahun 1510 hingga 1590, adalah seorang ahli bedah yang juga memberikan kontribusi pada kebidanan dan ginekologi. Dia menemukan Versi Podali yang sebelumnya diusulkan Soranus, tetapi dia menyediakan semua metodenya.

Sensasi ini disebut Versi Ekstraksi, yang dimainkan dan kemudian ditarik keluar.

- b. Grullemau adalah murid Amroise Pare yang berkontribusi dan memajukan penelitian gurunya.
- c. Louise Middle/Boursie (1563-1636) seorang dokter kandungan yang bugar, juga murid dari Amroise Pare. Selain itu, versi ekstraksi tenaga kerja yang sulit diperkenalkan. Buku pertamanya adalah tentang kebidanan.
- d. Francois Mauriceau menemukan cara untuk memfasilitasi kelahiran kepala dalam posisi sungsang dengan memasukkan dua jari ke dalam mulut bayi dan membiarkan kepala fleksi. Pendekatan ini sebelumnya disebut sebagai metode Mauriceau perasad atau metode Mauriceau.

5. Inggris

Menurut Rahayu (2018) riwayat kebidanan komunitas di Negara Inggris adalah sebagai berikut :

- a. William Smellie, yang hidup dari tahun 1667 hingga 1763, mengubah bentuk palu dan menulis buku tentang cara memasangnya, termasuk dimensi panggul dan perbedaan antara sayap sempit dan biasa.
- b. William Hunter, yang hidup dari tahun 1718 hingga 1783, adalah murid William Smellie dan melanjutkan penelitian gurunya tentang layanan kebidanan ketika dia meninggal.

6. Amerika Serikat

Menurut Sheila (2022) riwayat kebidanan komunitas di Negara Amerika Serikat adalah sebagai berikut :

- a. Samuel Fuller dan istrinya adalah yang pertama memberikan layanan kebidanan di Amerika Serikat.
- b. Anne Hutchinson menjadi bidan di Boston pada tahun 1634 dan melaporkan telah melahirkan bayi yang begitu

sehat sehingga dia menghilangkan prasangka buruk. Namun, keberuntungan Anne Hutchinson habis ketika dia membantu Mary Dyer melahirkan seorang anak dengan anencephaly. Anne ditakuti oleh masyarakat sebagai penyihir. Anne Hutchinson melakukan perjalanan dari Boston ke Pelham, New York, melalui Long Island. Pemberontakan India mengakibatkan kematian Anne Hutchinson. Karena kontribusinya di bidang kebidanan, Hutchinson River Parkway dinamai untuk menghormatinya.

- c. James Lloyd, yang berasal dari Bosyon dan belajar kedokteran di London di Rumah Sakit Guy dan Rumah Sakit Saint Thimas, meninggal pada tahun 1810.
- d. Dr Willian Shippen (1736-1808) dia datang dari Philadelphia, merenungkan dengan Willian Smellie di AS untuk mengasuh perawatan bersalin di Amerika.
- e. Pada tahun 1763, Dr. W. Shippen diberi izin untuk mendirikan kursus kebidanan di Philadelphia Gzaette. Kursus ini memiliki siswa laki-laki dan perempuan karena banyaknya peminat. Mahasiswa praktik kebidanan dipisahkan, dengan mahasiswa laki-laki praktik sendiri. Setelah itu, dibangun rumah sakit bersalin khusus untuk melatih para siswa. Kursus ini berlanjut hingga 1765, ketika dihentikan karena College Philadelphia memiliki sekolah kedokteran. Dr. William Shippen diangkat menjadi profesor anatomi. Bersama Thomas Chalkley James, diajarkan ilmu bedah dan kebidanan.
- f. Pada tahun 1810, Thimas Vhalkley James diangkat menjadi profesor kebidanan. Dia menganjurkan kelahiran buatan untuk bayi prematur yang pinggul ibunya sempit.

- g. Dr Samuel Brad (1742-1821) pergi ke Eropa untuk belajar di Edinburgh sampai ia lulus. Setelah itu, dia kembali ke London, di mana dia tinggal sampai tahun 1768, ketika dia kembali ke Amerika Serikat pada usia 26 tahun. Dia paling populer untuk mendorong fondasi segmen klinis Sekolah Tuhan yang saat ini menjadi Perguruan Tinggi Cilumbia. .
- h. Dr.J.V.I. Tennet, yang juga bekerja di College, dianggap sebagai guru utama bantuan persalinan di Ruler's School.
- i. Buku lain tentang kebidanan ditulis oleh Dr. Samuel Bard, dan berisi pelajaran bagi para dokter dan bidan. Berikut beberapa isi buku tersebut:
 - 1) Cara mengukur Conyugata secara diagonal
 - 2) Kelainan pada panggul
 - 3) Menghentikan pemeriksaan dalam jika tidak ada indikasi
 - 4) Kala I, dari awal persalinan hingga pembukaan lengkap
 - 5) Kala II, dari pembukaan lengkap hingga bayi lahir
 - 6) Kala III, terhitung sejak bayi lahir hingga plasenta keluar
 - 7) Kala IV, terhitung sejak lahirnya plasenta hingga dua jam setelah lahirnya plasenta
 - 8) Menasehatkan jangan menarik tali pusat untuk mencegah terjadinya inversion uteri
 - 9) Mengajarkan bahwa letak muka dapat lahir spontan
 - 10) Melarang pemakaian cunam yang berulang-ulang karena banyak menimbulkan kerugian.
- j. Walter Channing, MD, (1786-1876) Walter Channing kuliah di University of Pennsylvania untuk belajar kedokteran sebelum pindah ke Edinburgh dan London. Pada kunjungan ulangnya ke AS, dia diangkat sebagai Guru perawatan persalinan di Sekolah Klinik Harvard, di

mana dia baru-baru ini menunjukkan subjek pertolongan persalinan sebagai subjek yang berbeda. Dr. Selain itu, Walter Channing adalah seorang dokter yang pertama kali mengetahui kondisi masa nifas di Rumah Sakit Umum Boston di Amerika Serikat.

7. Afrika Selatan

Alka Kaisters adalah kepala bidan perawatan pertama di Afrika Selatan yang melakukan tugas keperawatan umum sebagai bidan pada tahun 1637 (Cholifah and Purwanti, 2019).

Pada tahun 1967, seorang dokter mengawasi pemberian layanan kebidanan oleh seorang bidan. Di daerah pedesaan, wanita paruh baya yang tidak terlatih dengan pengalaman kebidanan memberikan layanan kebidanan (Tombokan *et al*, 2019).

Pada tahun 1808, Dr. Johan Hunrich Frederich melamar untuk memulai sekolah bidan. Hlunrich adalah orang yang peduli dengan kualitas bidan. Ia menilai bidan di daerahnya kurang berkualitas dan memiliki standar asuhan kebidanan yang buruk karena tidak memiliki lisensi atau izin, sehingga dianggap pendidikan akan membantu meningkatkan kualitas mereka. Hunrich diberi posisi accoucher kolonial, dengan tanggung jawab mengajar bidan dan melayani masyarakat. Hunrich membantu asisten persalinan dengan memberikan layanan perawatan bersalin kepada mereka yang sangat rentan (Bustami *et al.*, 2017).

8. Australia

Kebidanan masih belum termasuk dalam pendidikan Australia pada tahun 1984. Mayoritas wanita yang melahirkan menerima bantuan medis dan tidak diperlakukan dengan baik oleh masyarakat. Pada saat itu, bidan tidak banyak membantu persalinan atau praktik

kebidanan lainnya, sehingga pertumbuhan di lapangan sangat sedikit (Pinem, 2016).

Setelah itu, pada tahun 1913, bidan mulai membantu persalinan yaitu bidan mulai menunjukkan eksistensinya dengan memberikan pertolongan persalinan di rumah sakit pasca Perang Dunia II. Bidan tidak bertindak seperti perawat. Sebaliknya, mereka bertindak seperti bidan, padahal layanan kebidanan hanya tersedia di rumah sakit. Sejak pemerintah menetapkan penghargaan untuk bidan, ada kesadaran yang lebih besar akan keberadaan mereka di Australia (Rahayu *et al*, 2018).

Penghargaan ini sangat penting untuk pertumbuhan profesional. Bidan juga dapat bekerja sebagai bidan dan memberikan layanan kebidanan sebagai bidan sejati di Australia, di mana layanan kesehatan ibu dan anak merupakan gabungan dari layanan keperawatan dan kebidanan (Sheila, 2022).

9. Selandia Baru

Salah satu negara di dunia yang mengkhawatirkan keberadaan bidan adalah Selandia Baru. Selandia Baru telah memiliki undang-undang tentang bidan sejak 1904. Perkembangan sistem rumah sakit dan ketersediaan obat-obatan atau bantuan persalinan telah menyebabkan perubahan yang signifikan dalam ruang lingkup praktik kehidupan. Konsekuensinya, otonomi pekerja dalam praktik dengan seluruh ruang lingkup praktik (Cholifah and Purwanti, 2019).

Bidan menjadi asisten dokter pada tahun 1900. Di beberapa area rumah sakit, seperti klinik antenatal, ruang bersalin, dan ruang nifas, layanan kebidanan komunitas dimulai. Bidan memiliki pengalaman memberikan intervensi dan perawatan yang diawasi secara medis selama kehamilan (Tombokan *et al*, 2019).

Namun, seiring berjalannya waktu, masyarakat mulai menginginkan bidan yang membantu persalinan tanpa perlu intervensi medis. Hal ini karena bidan komunitas dipercaya kemampuannya dalam membantu persalinan. Pada tahun 1980-an, bidan berkolaborasi dengan perempuan untuk menegaskan kembali otonomi bidan dan membawa kebijakan politik yang diperkuat dengan legalisasi profesionalisme bidan. Bidan lebih suka bekerja secara mandiri dan merawat pasien mereka sepenuhnya di luar perawatan biasa mereka (Bustami *et al.*, 2017).

Sampai saat ini, 86 wanita di Selandia Baru telah menjalani kehamilan dan persalinan yang dibantu oleh bidan di rumah ibu. Di Selandia Baru, model kebidanan adalah kemitraan antara perempuan dan bidan. dengan keahlian, pengetahuan, dan pengalaman mereka sebagai bidan. Wanita yang sadar akan kebutuhan dan harapan mereka sendiri dan keluarga mereka untuk kehamilan dan persalinan. Wanita dan bidan perlu saling mengenal dan membangun kepercayaan selama awal kehamilan (Pinem, 2016).

Negosiasi dan komunikasi membentuk dasar dari model kemitraan. Bidan di Selandia Baru dituntut memiliki keterampilan profesional dan kemampuan menjalin kemitraan dengan perempuan yang menjadi kliennya (Rahayu *et al.*, 2018).

10. Belanda

Bangsa yang mengekspresikan kepedulian terhadap hidup dan mati adalah Belanda. Belanda memiliki tingkat kelahiran yang sangat tinggi sementara angka kematian pra-kelahiran umumnya rendah. Wanita Belanda memiliki hak untuk memilih apakah akan hidup atau mati saat melahirkan di rumah atau di rumah sakit. Satu dari tiga persalinan dilakukan di rumah dengan bantuan perawat dan bidan,

sementara yang lain dilakukan di rumah sakit dengan bantuan bidan (Sheila, 2022).

Pendidikan kebidanan di Amsterdam didasarkan pada gagasan bahwa bidan harus mendekati dan mendorong ibu selama persalinan selain memberikan anestesi dan obat penenang kepada pasien (Cholifah and Purwanti, 2019).

Oleh karena itu, dalam praktiknya, bidan harus mengkaji situasi secara keseluruhan dan mendesak ibu untuk membantu dirinya sendiri. Dalam kasus yang umumnya aman, spesialis tidak ikut serta dalam perawatan pra-kelahiran, natal, dan pascakehamilan. Dalam kasus risiko sedang, dokter selalu menugaskan bidan, sedangkan dalam kasus risiko tinggi, dokter dan bidan bekerja sama (Tombokan *et al*, 2019).

Karena kebidanan adalah profesi yang aktif dan mandiri, sekitar 75% bidan Belanda bekerja sendiri. Dalam hal ini, bidan harus memandang kehamilan sebagai hal yang wajar dan menjadi panutan bagi masyarakat. Tujuan utama dari praktik pelayanan kebidanan untuk memeriksakan diri ke bidan adalah pengabdian masyarakat. Di Belanda, perempuan boleh memilih tempat melahirkan asalkan tidak ada kelainan (Bustami *et al*, 2017).

Jika dibandingkan dengan melahirkan di rumah sakit, angka persalinan di rumah lebih tinggi (43%), karena mayoritas ibu lebih memilih melakukannya. Cakupan praktik mandiri bidan mencakup pengelolaan kasus berisiko rendah. Kolaborasi antara dokter dan bidan dalam menangani kasus dengan risiko komplikasi tinggi menjadi salah satu contoh dari kemitraan ini. Pemerintah Belanda memberikan hak kepada bidan untuk praktik mandiri dan merujuk kasus berisiko tinggi ke spesialis kebidanan (Pinem, 2016).

Badan audit kesehatan mempekerjakan bidan. Pemberian intranatal dilakukan oleh dokter spesialis kandungan satu jam setelah lahirnya plasenta, kemudian dilanjutkan dengan pemberian pascakehamilan selama 10 hari hingga sekitar satu setengah bulan setelah persalinan dengan melakukan kunjungan rumah. Pada hari kedua masa nifas dilakukan home visit pertama (Rahayu *et al*, 2018).

Ibu dan keluarganya ditanya tentang pengalaman melahirkan mereka, dan bidan mendengarkan mereka. Hari keempat melihat kunjungan kedua. Dalam kunjungan ini penolong persalinan bersama ibu dan keluarga berbicara tentang pertimbangan ibu dan anak. Pada hari ketujuh setelah melahirkan dilakukan kunjungan ketiga. Ibu, bidan, dan keluarganya melakukan perawatan bayi dan keluarga berencana pada kunjungan ketiga (Sheila, 2022).

DAFTAR PUSTAKA

- Bustami, L. E. S. *et al.* 2017. *Kebidanan Komunitas*, CV. RUmahkayu Pustaka Uatama. Edited by Yulizawati. Padang: CV. Rumahkayu Pustaka Utama.
- Cholifah, S. and Purwanti, Y. 2019. *Asuhan Kebidanan Komunitas*, Umsida Press. Edited by Septi Budi Sartika. Sidoarjo: Umsida Press.
- Pinem, S. 2016. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Jakarta: Mitra Usaha.
- Rahayu Teta P, A, S. and R, R. 2018. *Kebidanan Komunitas*. Surabaya: Nasmedia
- Sheila. 2022. *Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta: CV. Andi Offset.
- Tombakan, S. G. J., Purwandari, A. and Tando, N. M. 2019. Buku *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Bogor : In Media.

BAB 3

SASARAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Oleh Luh Yenny Armayanti

3.1 Sasaran Kebidanan Komunitas

Dalam pemberian pelayanan kebidanan di komunitas, tentunya ada target atau sasaran yang akan menjadi penerima asuhan. Secara garis besar, sasaran kebidanan komunitas dibagikan menjadi beberapa poin berikut:

3.1.1 Individu

Manusia merupakan makhluk ciptaan Tuhan yang unik. Dibilang unik karena dirinya mempunyai dua posisi dalam masyarakat, yaitu disatu sisi sebagai makhluk individu dan disisi lain sebagai makhluk sosial. Pada posisi seperti ini terkadang manusia tidak bisa membedakan antara dirinya sebagai individu dan dirinya sebagai bagian dari masyarakat yang bersangkutan. Pada saat manusia memerankan dirinya sebagai makhluk Tuhan yang individual, manusia akan kuat sekali mempertahankan “ego” dirinya, sehingga tidak jarang manusia dikenal juga sebagai makhluk yang egois. Individu adalah orang seseorang (pribadi) yang dapat dibedakan dengan individu yang lain. Manusia sekalipun terlahir sebagai orang yang kembar (kembar identik sekalipun), dirinya tetap sebagai individu yang memiliki perbedaan antara satu dan yang lainnya.

Individu berasal dari Bahasa Yunani yaitu “individuum” yang artinya tidak terbagi. Individu merupakan bagian terkecil dari kelompok masyarakat. Dalam ilmu sosiologi, individu juga diartikan sebagai sebuah organisasi atau perorangan yang bebas dan tidak terikat dengan organisasi yang lain, baik itu

tindakan, pikiran, atau tingkah laku. Berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia atau KBBI, individu memiliki arti organisme tunggal yang hidup dan berdiri sendiri.

Secara fisiologis individu mempunyai sifat bebas yang sama dengan pengertian individu dengan berdasarkan konsep sosiologis yang berarti bahwa hidup berdiri sendiri. Setiap individu dalam masyarakat berperan dengan statusnya yang berbeda-beda. Dalam lingkungan masyarakat individu mempunyai peran sebagai makhluk sosial. Tidak hanya berperan di lingkungan masyarakat saja, individu juga mempunyai peran di dunia politik. Peran individu dalam dunia politik, misalnya sebagai seorang yang menyumbangkan pendapat, salah satu seorang yang berperan dalam kegiatan politik, dan ikut serta dalam membantu menyelesaikan masalah dalam organisasi maupun dunia politik.

Gaya hidup individu, yang dicirikan dengan pola perilaku individu, akan memberi dampak pada kesehatan individu dan selanjutnya pada kesehatan orang lain. Dalam gaya hidup sehat seseorang dapat diubah dengan cara memberdayakan individu agar merubah gaya hidupnya, tetapi merubahnya bukan pada si individu saja, tetapi juga merubah lingkungan sosial dan kondisi kehidupan yang mempengaruhi pola perilakunya (Susanti & Kholisoh, 2018). Gaya hidup merupakan salah satu aspek yang esensial di era modern ini. Gaya hidup merupakan gambaran bagi setiap orang yang mengenaannya dan menggambarkan seberapa besar perilaku seseorang di dalam masyarakat.

Selain itu, gaya hidup juga dapat diartikan sebagai suatu seni yang dibudayakan oleh setiap orang. Gaya hidup yang dijalani dapat menentukan kualitas hidup dan kesehatan tubuh. Seseorang yang memiliki gaya hidup yang positif dan pola hidup yang sehat cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih memadai, begitu juga sebaliknya (Kurniadi, 2008). Secara

konsep individu, sasaran kebidanan komunitas dalam konsep individu adalah diutamakan pada individu yang ditemukan di klinik, rumah dan tempat lain dengan masalah kesehatan. Misalnya saja ibu pada masa masa pra nikah/calon ibu, ibu hamil. Ibu bersalin, ibu nifas/menyusui, ibu dalam masa interval, menopause dan anak dalam upaya meningkatkan kesehatan bayi dalam kandungan, bayi, balita, pra sekolah.



Gambar 3.1. Pemberian Asuhan Kebidanan pada Individu
(Sumber:Andi Bagasela, 2022)

3.1.2 Keluarga

1. Konsep Keluarga

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan-ikatan kebersamaan dan ikatan emosional dan mengidentifikasikan diri mereka sebagai bagian dari keluarga (Zakaria, 2017) .Sedangkan menurut Depkes RI tahun 2000, keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling bergantung. (Zakaria, 2017) mengatakan keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan pertumbuhan fisik, mental, emosional serta sosial dari tiap anggota keluarganya. Dari hasil analisa Walls, 1986 (Zakaria, 2017) keluarga sebagai unit yang perlu dirawat, boleh jadi tidak diikat oleh hubungan darah atau hukum, tetapi berfungsi sedemikian rupa sehingga mereka menganggap diri mereka sebagai suatu keluarga.

Jadi, dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan perkawinan, kelahiran, adopsi dan boleh jadi tidak diikat oleh hubungan darah dan hukum yang tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dengan keadaan saling ketergantungan dan memiliki kedekatan emosional yang memiliki tujuan mempertahankan budaya, meningkatkan pertumbuhan fisik, mental, emosional serta sosial sehingga menganggap diri mereka sebagai suatu keluarga.

2. Tipe Keluarga

Menurut (Nadirawati, 2018) pembagian tipe keluarga adalah :

a) Keluarga Tradisional

- 1) Keluarga Inti (*The Nuclear Family*) keluarga yang terdiri dari suami, istri, dan anak baik dari sebab biologis maupun adopsi yang tinggal bersama dalam satu rumah. Tipe keluarga inti diantaranya:
 - Keluarga Tanpa Anak (*The Dyad Family*) yaitu keluarga dengan suami dan istri (tanpa anak) yang hidup bersama dalam satu rumah.
 - *The Childless Family* yaitu keluarga tanpa anak dikarenakan terlambat menikah dan untuk mendapatkan anak terlambat waktunya disebabkan mengejar karir/pendidikan yang terjadi pada wanita.
 - Keluarga Adopsi yaitu keluarga yang mengambil tanggung jawab secara sah dari orang tua kandung ke keluarga yang menginginkan anak.
- 2) Keluarga Besar (*The Extended Family*) yaitu keluarga yang terdiri dari tiga generasi yang hidup bersama dalam satu rumah, contohnya seperti *nuclear family* disertai paman, tante, kakek dan nenek
- 3) Keluarga Orang Tua Tunggal (*The Single-Parent Family*) yaitu keluarga yang terdiri dari satu orang tua (ayah atau ibu) dengan anak. Hal ini biasanya terjadi karena perceraian, kematian atau karena ditinggalkan (menyalahi hukum pernikahan).
- 4) *Commuter Family* yaitu kedua orang tua (suami-istri) bekerja di kota yang berbeda, tetapi salah

satu kota tersebut sebagai tempat tinggal dan yang bekerja di luar kota bisa berkumpul dengan anggota keluarga pada saat akhir minggu, bulan atau pada waktu-waktu tertentu.

- 5) *Multigeneration Family* yaitu keluarga dengan beberapa generasi atau kelompok umur yang tinggal bersama dalam satu rumah.
 - 6) *Kin-Network Family* yaitu beberapa keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah atau berdekatan dan saling menggunakan barang-barang dan pelayanan yang sama. Contohnya seperti kamar mandi, dapur, televisi dan lain-lain.
 - 7) Keluarga Campuran (*Blended Family*) yaitu duda atau janda (karena perceraian) yang menikah kembali dan membesarkan anak dari hasil perkawinan atau dari perkawinan sebelumnya.
 - 8) Dewasa Lajang yang Tinggal Sendiri (*The Single Adult Living Alone*), yaitu keluarga yang terdiri dari orang dewasa yang hidup sendiri karena pilihannya atau perpisahan (separasi), seperti perceraian atau ditinggal mati.
 - 9) *Foster Family* yaitu pelayanan untuk suatu keluarga dimana anak ditempatkan di rumah terpisah dari orang tua aslinya jika orang tua
 - 10) Keluarga Binuklir yaitu bentuk keluarga setelah cerai di mana anak menjadi anggota dari suatu sistem yang terdiri dari dua rumah tangga inti
- b) Keluarga Non Tradisional
- 1) *The Unmarried Teenage Mother* yaitu keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa nikah.
 - 2) *The Step Parent Family* yaitu keluarga dengan orang tua tiri.

- 3) *Commune Family* yaitu beberapa keluarga (dengan anak) yang tidak ada hubungan saudara yang hidup bersama dalam satu rumah, sumber, dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama; serta sosialisasi anak melalui aktivitas kelompok/membesarkan anak bersama.
- 4) Keluarga Kumpul Kebo Heteroseksual (*The Nonmarital Heterosexual Cohabiting Family*), keluarga yang hidup bersama berganti-ganti pasangan tanpa melakukan pernikahan.
- 5) Gay and Lesbian Families, yaitu seseorang yang mempunyai persamaan seks hidup bersama sebagaimana 'marital partners'.
- 6) *Cohabiting Family* yaitu orang dewasa yang tinggal bersama diluar hubungan perkawinan melainkan dengan alasan tertentu.
- 7) *Group-Marriage Family*, yaitu beberapa orang dewasa yang menggunakan alat-alat rumah tangga bersama yang saling merasa menikah satu dengan lainnya, berbagi sesuatu termasuk seksual dan membesarkan anak.
- 8) *Group Network Family*, keluarga inti yang dibatasi aturan/nilai-nilai, hidup berdekatan satu sama lain, dan saling menggunakan alat-alat rumah tangga bersama, pelayanan, dan bertanggung jawab membesarkan anaknya.
- 9) *Foster Family*, keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga/saudara di dalam waktu sementara, pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga aslinya.
- 10) *Homeless Family*, yaitu keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang

permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau masalah kesehatan mental.

- 11) Gang, bentuk keluarga yang destruktif dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga mempunyai perhatian, tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminal dalam kehidupannya

3. Struktur Keluarga

Beberapa ahli meletakkan struktur pada bentuk/tipe keluarga, namun ada juga yang menggambarkan subsistem-subsistemnya sebagai dimensi struktural. Struktur keluarga menurut Friedman (2009) dalam (Nadirawati, 2018) sebagai berikut :

a) Pola dan Proses Komunikasi

Komunikasi keluarga merupakan suatu proses simbolik, transaksional untuk menciptakan mengungkapkan pengertian dalam keluarga

b) Struktur Kekuatan

Struktur keluarga dapat diperluas dan dipersempit tergantung pada kemampuan keluarga untuk merespon stressor yang ada dalam keluarga. Struktur kekuatan keluarga merupakan kemampuan (potensi/aktual) dari individu untuk mengontrol atau memengaruhi perilaku anggota keluarga. Beberapa macam struktur keluarga:

- 1) *Legimate power/authority* (hak untuk mengontrol) seperti orang tua terhadap anak.
- 2) *Referent power* (seseorang yang ditiru) dalam hal ini orang tua adalah seseorang yang dapat ditiru oleh anak.

- 3) *Resource or expert power* (pendapat, ahli, dan lain).
- 4) *Reward power* (pengaruh kekuatan karena adanya harapan yang akan diterima).
- 5) *Coercive power* (pengaruh yang dipaksa sesuai dengan keinginannya).
- 6) *Informational power* (pengaruh yang dilalui melalui persuasi)
- 7) *Affective power* (pengaruh yang diberikan melalui manipulasi cinta kasih, misalnya hubungan seksual).

Sedangkan sifat struktural di dalam keluarga sebagai berikut:

- 1) Struktur egalitas (demokrasi), yaitu dimana masing-masing anggota keluarga memiliki hak yang sama dalam menyampaikan pendapat.
- 2) Struktur yang hangat, menerima, dan toleransi.
- 3) Struktur yang terbuka dan anggota yang terbuka (*honesty dan authenticity*), struktur keluarga ini mendorong kejujuran dan kebenaran.
- 4) Struktur yang kaku, yaitu suka melawan dan bergantung pada peraturan.
- 5) Struktur yang bebas (*permissiveness*), pada struktur ini tidak adanya peraturan yang memaksa.
- 6) Struktur yang kasar (*abuse*); penyiksaan, kejam dan kasar.
- 7) Suasana emosi yang dingin; isolasi dan sukar berteman.
- 8) Disorganisasi keluarga; disfungsi individu, stres emosional.

4. Struktur Peran

Peran biasanya meyangkut posisi dan posisi mengidentifikasi status atau tempat sementara dalam suatu sistem sosial tertentu:

a) Peran-peran formal dalam keluarga

Peran formal dalam keluarga dalah posisi formal pada keluarga, seperti ayah, ibu dan anak. Setiap anggota keluarga memiliki peran masing-masing. Ayah sebagai pemimpin keluarga memiliki peran sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung, pemberi rasa aman bagi seluruh anggota keluarga, dan sebagai anggota masyarakat atau kelompok sosial tertentu. Ibu berperan sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh dan pendidik anak, pelindung keluarga, sebagai pencari nafkah tambahan keluarga, serta sebagai anggota masyarakat atau kelompok sosial tertentu. Sedangkan anak berperan sebagai pelaku psikosoal sesuai dengan perkembangan fisik, mental, sosial dan spiritual.

b) Peran Informal keluarga

Peran informal atau peran tertutup biasanya bersifat implisit, tidak tampak ke permukaan, dan dimainkan untuk memenuhi kebutuhan emosional atau untuk menjaga keseimbangan keluarga..

5. Struktur Nilai

Sistem nilai dalam keluarga sangat memengaruhi nilai-nilai masyarakat. Nilai keluarga akan membentuk pola dan tingkah laku dalam menghadapi masalah yang dialami keluarga. Nilai keluarga ini akan menentukan bagaimana keluarga menghadapi masalah kesehatan dan stressor-stressor lain.

6. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (2003) dalam (Nadirawati, 2018) sebagai berikut:

- a) Fungsi afektif dan koping; dimana keluarga memberikan kenyamanan emosional anggota, membantu anggota dalam membentuk identitas, dan mempertahankan saat terjadi stres.
- b) Fungsi sosialisasi; keluarga sebagai guru, menanamkan kepercayaan, nilai, sikap, dan mekanisme koping, memberikan feedback dan saran dalam penyelesaian masalah.
- c) Fungsi reproduksi; dimana keluarga melanjutkan garis keturunannya dengan melahirkan anak.
- d) Fungsi ekonomi; keluarga memberikan finansial untuk anggota keluarga dan kepentingan di masyarakat.
- e) Fungsi pemeliharaan kesehatan; keluarga memberikan keamanan dan kenyamanan lingkungan yang dibutuhkan untuk pertumbuhan, perkembangan dan istirahat juga penyembuhan dari sakit.

7. Tugas Keluarga

Tugas kesehatan keluarga menurut (Maglaya, 2009):

- a) Mengetahui masalah kesehatan
Orang tua perlu mengetahui keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Dan sejauh mana keluarga mengetahui dan mengetahui fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan yang mempengaruhinya, serta persepsi keluarga terhadap masalah kesehatan

- b) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat
Hal ini meliputi sejauh mana kemampuan keluarga mengenal sifat dan luasnya masalah. Apakah keluarga merasakan adanya masalah kesehatan, menyerah terhadap masalah yang dialami, adakah perasaan takut akan akibat penyakit, adalah sikap negatif terhadap masalah kesehatan, apakah keluarga dapat menjangkau fasilitas kesehatan yang ada, kepercayaan keluarga terhadap tenaga kesehatan, dan apakah keluarga mendapat informasi yang benar atau salah dalam tindakan mengatasi masalah kesehatan.
- c) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit
Ketika memberikan perawatan kepada anggota keluarganya yang sakit, keluarga harus mengetahui beberapa hal seperti keadaan penyakit, sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, keberadaan fasilitas yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, finansial, fasilitas fisik, psikososial), dan sikap keluarga terhadap yang sakit
- d) Memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat. Hal-hal yang harus diketahui oleh keluarga untuk memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat yaitu sumber-sumber keluarga yang dimiliki, manfaat dan keuntungan memelihara lingkungan, pentingnya dan sikap keluarga terhadap hygiene sanitasi, upaya pencegahan penyakit.
- e) Merujuk pada fasilitas kesehatan masyarakat
Hal-hal yang harus diketahui keluarga untuk merujuk anggota keluarga ke fasilitas kesehatan yaitu

keberadaan fasilitas keluarga, keuntungan-keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan, tingkat kepercayaan keluarga dan adanya pengalaman yang kurang baik terhadap petugas dan fasilitas kesehatan, fasilitas yang ada terjangkau oleh keluarga.

8. Tahapan Keluarga Sejahtera

Tingkatan kesehatan kesejahteraan keluarga menurut (Zakaria, 2017) adalah:

a) Keluarga Prasejahtera

Keluarga yang belum bisa memenuhi kebutuhan dasar minimal, yaitu kebutuhan pengajaran agama, sandang, pangan, papan dan kesehatan. Dengan kata lain tidak bisa memenuhi salah satu atau lebih indikator keluarga sejahtera tahap I.

b) Keluarga Sejahtera Tahap I

Keluarga yang sudah dapat memenuhi kebutuhan dasar minimal, tetapi belum bisa memenuhi seluruh kebutuhan psikososial, seperti pendidikan, KB, interaksi dalam keluarga, lingkungan sosial dan transportasi. Indikator keluarga tahap I yaitu melaksanakan ibadah menurut kepercayaan masing-masing, makan dua kali sehari, pakaian yang berbeda untuk berbagai keperluan, lantai rumah bukan dari tanah, kesehatan (anak sakit, KB dibawa keperawatan pelayanan kesehatan).

c) Keluarga Sejahtera Tahap II

Pada tahap II ini keluarga sudah mampu memenuhi kebutuhan dasar minimal, dapat memenuhi seluruh kebutuhan psikososial, tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan perkembangan (kebutuhan menabung dan memperoleh informasi. Indikator keluarga tahap

II adalah seluruh indikator tahap I ditambah dengan melaksanakan kegiatan agama secara teratur, makan daging/ikan/telur sebagai lauk pauk minimal satu tahun terakhir, luas lantai rumah perorang 8 m2, kondisi anggota keluarga sehat dalam 3 bulan terakhir, keluarga usia 15 tahun keatas memiliki penghasilan tetap, anggota keluarga usia 15-60 tahun mampu membaca dan menulis, anak usia 7-15 tahun bersekolah semua dan dua anak atau lebih PUS menggunakan Alkon.

d) Keluarga Sejahtera Tahap III

Keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasar minimal, setelah memenuhi keseluruhan kebutuhan psikososial, dan memenuhi kebutuhan perkembangan, tetapi belum bisa memberikan sumbangan secara maksimal pada masyarakat dalam bentuk material dan keuangan dan belum berperan serta dalam lembaga kemasyarakatan

e) Keluarga Sejahtera Tahap III Plus

Memenuhi indikator keluarga tahap sebelumnya ditambah dengan upaya keluarga menambahkan pengetahuan tentang agama, makan bersama minimal satu kali sehari, ikut serta dalam kegiatan masyarakat, rekreasi sekurangnya dalam enam bulan, dapat memperoleh berita dari media cetak maupun media elektronik, anggota keluarga mampu menggunakan sarana transportasi.

9. Teori Perkembangan Keluarga

Salah satu teori perkembangan keluarga adalah keluarga berkembang dari waktu-kewaktu dengan pola secara umum dan dapat diprediksi (Zakaria, 2017). Paradigma siklus kehidupan ialah menggunakan tingkat usia, tingkat

sekolah dan anak paling tua sebagai tonggak untuk interval siklus kehidupan (Zakaria, 2017)

Tabel 3.1. Tahapan Siklus Kehidupan Keluarga

Tahap Ke-	Siklus
Tahap I	Keluarga pemula (Keluarga baru menikah - hamil)
Tahap II	Keluarga mengasuh anak (anak tertua bayi - umur 30 bulan)
Tahap III	Keluarga dengan anak usia pra sekolah (anak tertua berusia 2 - 6 tahun)
Tahap IV	Keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua berusia 6 – 13 tahun)
Tahap V	Keluarga dengan anak usia remaja (anak tertua berusia 13 – 20 tahun)
Tahap VI	Keluarga melepas anak usia dewasa muda (mencakup anak pertama sampai dengan anak terakhir meninggalkan rumah)
Tahap VII	Orang tua usia pertengahan (tanpa jabatan, pension)
Tahap VIII	Keluarga dalam masa pension dan lansia (hingga pasangan meninggal dunia)

Sumber: Duval dan Miller, 1985 dalam (Zakaria, 2017)

10. Sasaran Kebidanan Komunitas dalam Keluarga

Adapun pelayanan kebidanan keluarga di komunitas yang dapat diberikan oleh seorang bidan diantaranya adalah: pelayanan ibu dan anak termasuk kontrasepsi, pemeliharaan anak, pemeliharaan ibu sesudah persalinan, perbaikan gizi, imunisasi dan kelompok usila (gangrep).



Gambar 3.2. Asuhan pada Keluarga di Komunitas
(Sumber: (Eny Retna Ambarwati, 2019))

3.1.3 Kelompok Masyarakat

1. Pengertian

Para ahli mendefinisikan komunitas atau masyarakat dari sudut pandangan yang berbeda. WHO mendefinisikan komunitas sebagai kelompok sosial yang ditentukan oleh batas-batas wilayah, nilai-nilai keyakinan dan minat yang sama serta adanya saling mengenal dan berinteraksi antara anggota masyarakat yang satu dengan yang lainnya. Sedangkan (Spradley, 2005) mendefinisikan komunitas sebagai sekumpulan orang yang saling bertukar pengalaman penting di dalam hidupnya. Komunitas sebagai tempat atau kumpulan orang-orang atau sistem sosial. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa komunitas terdiri dari

sekelompok individu yang tinggal pada wilayah tertentu, yang memiliki nilai-nilai keyakinan dan minat relatif sama serta adanya interaksi satu sama lain untuk mencapai tujuan.

Selain itu, komunitas juga dipandang sebagai target pelayanan kesehatan yang bertujuan mencapai kesehatan komunitas sebagai suatu peningkatan kesehatan dan kerjasama suatu mekanisme untuk mempermudah pencapaian tujuan yang berarti serta masyarakat/komunitas tersebut dilibatkan secara aktif untuk mencapai tujuan tersebut. Kebidanan kesehatan komunitas adalah pelayanan kebidanan professional yang ditujukan pada masyarakat dengan penekanan pada kelompok risiko tinggi, dalam upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan dengan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan, dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pelayanan kebidanan (Spradley, 2005)

Kebidanan komunitas memberikan perhatian terhadap pengaruh faktor lingkungan meliputi fisik, biologis, psikologis, sosial dan kultural dan spiritual terhadap kesehatan masyarakat dan memberi prioritas pada strategi pencegahan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan, dalam upaya mencapai tujuan

2. Ciri-ciri Masyarakat

Dari berbagai pengertian diatas, maka dapat disimpulkan bahwa masyarakat itu memiliki ciri-ciri sebagai berikut :

- a) Interaksi diantara sesama anggota masyarakat
- b) Menempati wilayah dengan batas-batas tertentu
- c) Saling tergantung satu sama lain
- d) Memiliki adat istiadat tertentu/kebudayaan

- e) Memiliki identitas bersama

3. Tipe masyarakat

Lembaga masyarakat dapat diklasifikasi sebagai berikut:

- a) Ditinjau dari sudut perkembangannya, dibedakan menjadi dua, yaitu *creative institution* dan *Enacted institution*
- b) Ditinjau dari sudut sistem nilai yang diterima masyarakat, dibedakan menjadi tipe *basic institution* dan *subsidiary institution*
- c) Dari sudut penerimaan masyarakat, dibedakan menjadi *approved* atau *social sanctioned institution* dan *unsanctioned institution*
- d) Dari sudut penyebaran, dibedakan menjadi *general institution* dan *restricted institution*
- e) Dari sudut fungsi, dibedakan menjadi *operative institution* dan *regulative institution*

4. Ciri-ciri masyarakat sehat

Adapun ciri-ciri masyarakat sehat diantaranya adalah sebagai berikut :

- a) Peningkatan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat
- b) Mengatasi masalah kesehatan sederhana melalui upaya peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan terutama untuk ibu dan anak
- c) Peningkatan upaya kesehatan lingkungan terutama penyediaan sanitasi dasar yang dikembangkan dan dimanfaatkan oleh masyarakat untuk meningkatkan mutu lingkungan hidup
- d) Peningkatan status gizi masyarakat berkaitan dengan peningkatan status sosial ekonomi masyarakat
- e) Penurunan angka kesakitan dan kematian dari berbagai sebab dan penyakit

5. Indikator ciri masyarakat sehat

- a) Keadaan yang berhubungan dengan status kesehatan masyarakat yang meliputi indikator komprehensif, seperti angka kematian kasar menurun, Rasio angka mortalitas proporsional rendah dan umur harapan hidup meningkat Sedangkan indikator spesifik adalah angka kematian ibu dan anak menurun, Angka kematian penyakit menular menurun dan angka kelahiran menurun.
- b) Rasio antara tenaga kesehatan dengan jumlah penduduk seimbang
- c) Distribusi tenaga kesehatan merata
- d) Informasi lengkap tentang jumlah tempat tidur di rumah sakit, dan fasilitas kesehatan lainnya
- e) Informasi tentang jumlah sarana pelayanan kesehatan diantaranya rumah sakit, puskesmas, rumah bersalin dan sebagainya.

6. Kelompok sasaran kebidanan komunitas di masyarakat

- a) Kelompok bayi
- b) Kelompok balita
- c) Kelompok remaja
- d) Kelompok ibu hamil
- e) Kelompok ibu nifas
- f) Kelompok ibu menyusui



Gambar 3.3. Asuhan pada Keluarga di Komunitas
(Sumber: Puskesmas Kuta Selatan, 2022)

DAFTAR PUSTAKA

- Eny Retna Ambarwati. 2019. Pemberdayaan Keluarga melalui Asuhan Kebidanan Keluarga dalam Komunitas Sebagai Upaya Meningkatkan Status Kesehatan Keluarga. *Journal of Innovation in Community Empowerment*, 1(1), 1–7. <https://doi.org/10.30989/jice.v1i1.199>
- Kurniadi, T. . 2008. *Kalau Bisa Sehat Kenapa Harus Sakit*. Depok: Puspa Swara.
- Maglaya. 2009. *Family Health Nursing: The Proses*. Philipina: Argonauta Corpotaion:
- Nadirawati. 2018. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga Teori dan Aplikasi Praktik*. Bandung: PT Rafika Aditama.
- Spradley, A. &. 2005. *Community Health Nursing: Concept and Practice. (5 th ed)*. Philadelhia: Lippincott.
- Susanti, E., & Kholisoh, N. 2018. KONSTRUKSI MAKNA KUALITAS HIDUP SEHAT (Studi Fenomenologi pada Anggota Komunitas Herbalife Klub Sehat Ersanddi Jakarta). *LUGAS Jurnal Komunikasi*, 2(1), 1–12. <https://doi.org/10.31334/jl.v2i1.117>
- Zakaria, A. 2017. *Asuhan Keperawatan Keluarga Pendekatan Teori dan Konsep*. Malang: International Research and Development for Human Beings.

BAB 4

TUJUAN DAN RUANG LINGKUP KEPIDANAN KOMUNITAS

Oleh Nur Ekawati

4.1 Pendahuluan

Kebidanan komunitas adalah pelayanan kebidanan profesional yang ditujukan kepada masyarakat dengan penekanan kelompok risiko tinggi dengan upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan serta melibatkan klien sebagai bentuk kerjasama dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pelayanan kebidanan.

Kebidanan komunitas adalah bagian dari kebidanan yang berupa serangkaian ilmu dan keterampilan untuk memberikan pelayanan kebidanan pada ibu dan anak yang berada dalam masyarakat di wilayah tertentu. Ruang lingkup pelayanan kebidanan komunitas yaitu upaya peningkatan kesehatan (promotif), pencegah (preventif), diagnosis dini dan pertolongan tepat guna, meminimalkan kecacatan, pemulihan kesehatan (rehabilitative), serta kemitraan. Pelayanan kesehatan yang bermutu mengandung pengertian pelayanan kesehatan yang memuaskan pemakai jasa pelayanan serta di selenggarakan sesuai standar dan etika profesi (Aulia, d., 2017).

Masalah kebidanan di masyarakat merupakan masalah yang kompleks serta perlu peningkatan penanganan secara lintas program, lintas sektor dan lintas disiplin ilmu serta dengan memperbaiki faktor sosial budaya, tanpa kerja sama

dan pemantapan dengan organisasi profesi (IDI, POGI, IDAI, IBI dan lain-lain), serta stakeholder permasalahan tidak akan terselesaikan. Permasalahan kebidanan di masyarakat diantaranya adalah kematian ibu dan anak , kesehatan reproduksi remaja, aborsi tidak aman, bayi berat lahir rendah, tingkat kesuburan, pertolongan persalinan oleh tenaga non kesehatan, penyakit menular seksual serta perilaku sosial budaya.

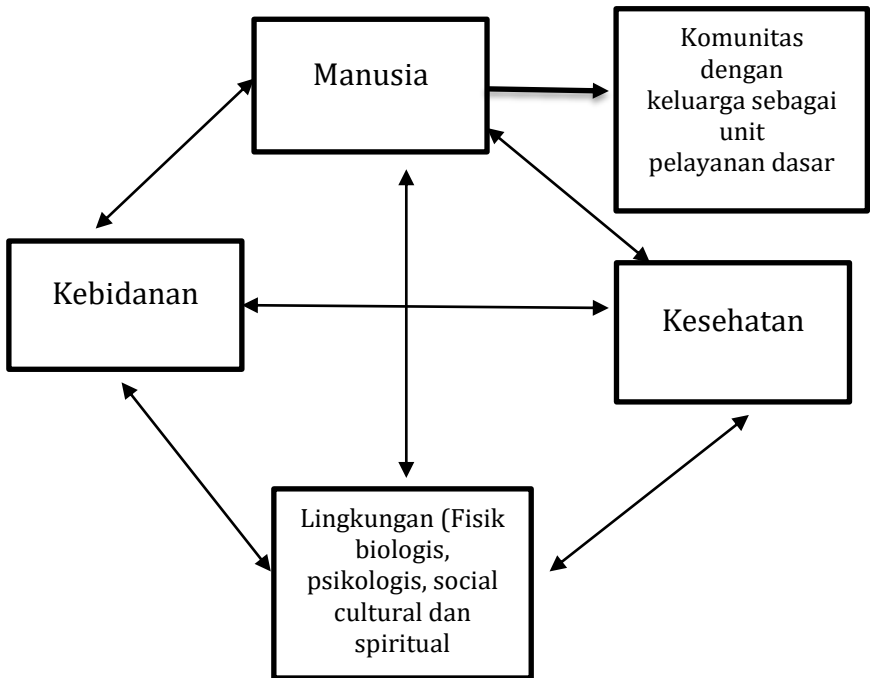
Pelayanan kebidanan komunitas adalah upaya yang dilakukan bidan untuk pemecahan terhadap masalah kesehatan ibu dan balita dalam keluarga di masyarakat. Pelayanan kebidanan komunitas dilakukan diluar rumah sakit dan institusi. Kebidanan komunitas dapat juga merupakan bagian atau kelanjutan dari pelayanan yang diberikan dirumah sakit dalam upaya menyelamatkan ibu dan bayi dalam proses kelahiran (Putri.S, D. &, 2018).

Bidan komunitas mempunyai pengetahuan yang luas dalam segala aspek dalam kehamilan dan persalinan karena tugasnya adalah bersama-sama perempuan sebagai partner untuk menerima secara positif pengalaman proses kehamilan dan persalinan, serta mendukung keluarga agar dapat mengambil keputusan atau pilihan secara individual berdasarkan informasi yang telah diberikan (Varney, H., 2007).

Bidan dikomunitas mempunyai tugas penting pada konseling dan pendidikan kesehatan kepada perempuan, keluarga dan masyarakat. Kegiatan ini mencakup semua komponen kesehatan seperti pendidikan antenatal, persiapan menjadi orang tua, kesehatan seksual atau kesehatan reproduksi dan asuhan pada anak. Bidan dapat praktik diberbagai tatanan pelayanan, termasuk di rumah, masyarakat, Rumah Sakit, klinik atau unit kesehatan lainnya.

Falsafah yang dibangun untuk melandasi kebidanan komunitas mengacu pada falsafah atau paradigma kebidanan

secara umum, yaitu manusia yang merupakan titik sentral setiap upaya pembangunan kesehatan yang menjunjung tinggi nilai-nilai kemanusiaan dan bertolak dari pandangan ini maka disusun falsafah atau paradigma kebidanan komunitas yang terdiri dari empat komponen dasar, sebagai berikut :



Gambar 4.1. Bagan Falsafah atau Paradigma Kebidanan Komunitas
Sumber : (Turrahi, H., 2017)

1. Manusia

Komunitas sebagai klien berarti sekumpulan individu/klien yang berada pada lokasi atau batas geografis tertentu yang memiliki nilai-nilai, keyakinan dan minat relatif sama serta adanya interaksi satu sama lain untuk mencapai tujuan. Komunitas merupakan sumber dan lingkungan bagi keluarga. Komunitas sebagai klien yang dimaksud adalah kelompok risiko tinggi yaitu daerah terpencil, daerah rawan, daerah kumuh, dll.

2. Kesehatan sehat merupakan suatu kondisi terbebasnya dari gangguan pemenuhan kebutuhan dasar klien atau komunitas. Sehat yaitu keseimbangan yang dinamis sebagai dampak dari keberhasilan mengenai stressor.

3. Lingkungan

Semua faktor internal dan eksternal berpengaruh disekitar klien yang bersifat biologis, psikologis, sosial kultural dan spiritual.

4. Kebidanan

Intervensi atau tindakan yang bertujuan untuk menekan stressor atau meningkatkan kemampuan klien atau komunitas menghadapi stressor, melalui pencegahan primer, sekunder dan tersier. Berdasarkan falsafah tersebut dikembangkan pengertian, tujuan, sasaran dan strategi intervensi kebidanan komunitas (Turrahi, H., 2017).

Bab 4 ini disusun untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan bidan yang berperan sebagai pengelola dalam memberikan pelayanan dan utamanya menurunkan angka kematian ibu dan bayi yang terjadi di komunitas. Dalam bab 4 ini mahasiswa akan mempelajari asuhan kebidanan komunitas yang meliputi (a) tujuan umum kebidanan komunitas (b)

tujuan khusus kebidanan komunitas (c), ruang lingkup kebidanan komunitas.

Setelah menyelesaikan bab ini, mahasiswa diharapkan mampu untuk melakukan asuhan kebidanan komunitas. Capaian yang harus dicapai mahasiswa diantaranya:

1. Mahasiswa memahami tujuan umum kebidanan komunitas
2. Mahasiswa memahami tujuan khusus kebidanan komunitas
3. Mahasiswa mampu ruang lingkup kebidanan komunitas

4.2 Tujuan Umum Kebidanan Komunitas

Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat mencapai derajat kesehatan yg optimal agar dapat menjalankan fungsi kehidupan sesuai dengan kapasitas yg mereka miliki

4.3 Tujuan Khusus Kebidanan Komunitas

1. Meningkatkan kemampuan :
 - a. Mengidentifikasi masalah kesehatan kebidanan
 - b. Menetapkan masalah kesehatan kebidanan dan prioritas masalah
2. Merumuskan alternatif pemecahan masalah
3. Mananggulangi masalah
4. Menilai hasil pemecahan masalah
5. Mendorong peningkatan partisipasi masyarakat dalam pelayanan kebidanan
6. Menanamkan perilaku hidup sehat ibu hamil
7. Mendorong fungsi puskesmas dalam menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB) serta NKKBS
8. Tertanganinya kelompok resiko tinggi

9. Pelayanan Kebidanan :
 - a. Asuhan bagi perempuan :
 - b. Pranikah,
 - c. Prahamil,
 - d. Hamil,
 - e. Melahirkan,
 - f. Nifas,
 - g. Menyusui,
 - h. Interval antara kehamilan-menopause,
 - i. Pelayanan BBL, bayi & balita.
10. Pelayanan KB
 - a. Konseling,
 - b. Penyediaan berbagai jenis KB
 - c. Nasehat/tindakan jika timbul efek samping.
11. Pelayanan Kesehatan Masyarakat:

Asuhan bagi keluarga yang mengasuh anak, pembinaan kesehatan keluarga, kebidanan komunitas, kunjungan rumah, serta deteksi dini kasus yang terjadi pada ibu dan anak (Yuswanto, Y. &, 2009).

4.4 Ruang Lingkup Kebidanan Komunitas

1. Promotif atau Peningkatan Kesehatan

Upaya Promotif adalah suatu rangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang mengutamakan kegiatan peningkatan derajat kesehatan yang bersifat promosi, edukasi dan pemberian informasi secara langsung maupun tidak langsung dengan bantuan alat dan atau media. Berikut merupakan contoh ruang lingkup kebidanan komunitas dalam upaya promotif yaitu:

 - a. Pemberian Informasi tentang imunisasi pada ibu yang memiliki bayi



Gambar 4.2. Pemberian Informasi
Sumber : (Depkes, 2007)

- b. Penyuluhan serta edukasi tentang kesehatan ibu hamil
- c. Informasi tentang tanda bahaya kehamilan
- d. ASI eksklusif

Air Susu Ibu(ASI) merupakan sumber asupan nutrisi bagi bayi baru lahir, yang mana sifat ASI bersifat eksklusif sebab pemberiannya berlaku pada bayi berusia 0 bulan sampai 6 bulan. Dalam fase ini harus diperhatikan dengan benar mengenai pemberian serta kualitas ASI, supaya tak mengganggu tahap perkembangan si kecil selama enam bulan pertama semenjak hari pertama lahir, mengingat periode tersebut merusak masa periode emas perkembangan anak sampai menginjak usia 2 tahun.

Beberapa manfaat ASI Eksklusif untuk bayi 0-6 bulan pertama yaitu: pemberian ASI dapat mencegah

terserang penyakit. ASI eksklusif berguna meningkatkan ketahanan tubuh pada bayi. Kemudian pemberian ASI juga membantu perkembangan otak dan fisik bayi. Selain untuk bayi, pemberian ASI eksklusif bagi ibu menyusui juga memiliki manfaat, yaitu : mengatasi rasa trauma saat persalinan sekaligus dengan kehadiran buah hati pertama kalinya bisa menjadi penyemangat hidup seorang ibu. Kemudian dapat mencegah kanker payudara sebab salah satu pemicu penyakit kanker payudara pada ibu menyusui ialah kurangnya pemberian Asi eksklusif untuk bayi mereka sendiri.



Gambar 4.3. ASI Eksklusif
Sumber : (Depkes, 2007)

2. Preventif atau Pencegahan Penyakit

Upaya preventif merupakan suatu rangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang mengutamakan pelaksanaan tindakan untuk menghindari munculnya penyakit ataupun permasalahan kesehatan yang mungkin terjadi. Berikut adalah contoh ruang lingkup kebidanan komunitas dalam upaya preventif yaitu:

- a. Imunisasi terhadap bayi dan anak balita serta ibu hamil
- b. Pemberian tablet Fe
- c. Pemeriksaan kehamilan, nifas, dll
- d. Posyandu untuk penimbangan dan pemantauan kesehatan balita
- e. Pengembangan kader posyandu



Gambar 4.4. Kegiatan Posyandu
Sumber : (Lisnawati.L,2011)

3. Kuratif atau Pemeliharaan dan Pengobatan

Upaya Kuratif adalah suatu rangkaian kegiatan pelayanan kesehatan berupa upaya penyembuhan penyakit, pengurangan rasa sakit, pengendalian penyakit dan penyakit pencegahan terjadinya kecacatan yang akan ditimbulkan oleh penyakit yang diderita. Berikut ini contoh ruang lingkup kebidanan komunitas dalam upaya kuratif, yaitu:

- a. Perawatan payudara yang mengalami masalah
- b. Perawatan bayi, balita, dan anak sakit yang dirawat di rumah
- c. Rujukan bila diperlukan



Gambar 4.5. Perawatan Bayi
Sumber : (Wahyuningsih, 2018)

4. Rehabilitatif atau Pemulihan Kesehatan

Upaya rehabilitatif adalah suatu rangkaian kegiatan pelayanan kebidanan

a. Latihan fisik pasca ibu bersalin (Senam Nifas)



Gambar 4.6. Senam Nifas
Sumber : (Wahyuningsih, 2018)

Berikut adalah beberapa gerakan yang kerap dipilih untuk senam di masa nifas. Sebelum melakukan senam, pastikan ibu sudah menyiapkan alas senam supaya bisa melakukannya dengan lebih nyaman.

1) Senam kegel

- a) Gerakan senam kegel ibu nifas dapat membantu merelaksasikan otot-otot panggul dan perut. Dalam melakukan gerakan ini, Anda hanya perlu duduk bersimpuh dengan tubuh tegak dan posisikan tangan bertolak pinggang.
- b) Anda bisa mulai melakukan senam kegel 2 hari usai melahirkan normal maupun caesar. Namun, jika Anda masih merasakan nyeri, maka sebaiknya berhenti.

- c) Kemudian, gerakan perut dan panggul maju mundur masing-masing selama 5 detik. Ulangilah gerakan ini sebanyak 10 kali dalam 3 kali sehari.
- 2) Squat
- a) Gerakan squat melibatkan otot-otot besar di tubuh Anda untuk meningkatkan kekuatan tubuh. Dalam melakukan gerakan ini, Anda hanya perlu berdiri tegak dengan kaki sedikit terbuka lebar.
 - b) Lalu, tekuk lutut sembari dorong pinggul dan pantat ke belakang seolah akan duduk. Turun hingga paha berada dalam posisi lurus, kemudian kembali berdiri dalam posisi tegak. Ulangilah gerakan ini sebanyak 15 kali.
- 3) *Pelvic tilt*
- a) Posisikan badan ibu secara telentang dengan kedua kaki ditekuk.
 - b) Buka kaki selebar pinggul dan pastikan jari-jari tetap lurus ke depan.
 - c) Tarik pusar ke bawah sembari mendorong pinggul ke atas secara perlahan. Pastikan otot perut dan pinggul terasa kencang saat melakukan gerakan ini.
 - d) Tahan posisi tersebut selama 3–5 detik sebelum mengulangnya.
 - e) Lakukan gerakan yang sama setidaknya 8–12 kali naik turun.
- 4) *Bridge*
- a) Posisikan badan ibu secara telentang dengan kedua kaki ditekuk.
 - b) Buka kaki selebar pinggul dengan tangan yang berada tepat di samping badan.

- c) Angkat panggul ke atas secara perlahan. Usahakan sampai paha dan tubuh bagian atas membentuk garis lurus dengan tangan yang tetap berada pada tempatnya.
- d) Saat melakukan gerakan tersebut, pastikan otot perut terasa mengencang dan kekuatan tubuh bertumpu pada tumit serta bahu.
- e) Tahan posisi *brdge* selama 3–5 detik sebelum mengulangnya.
- f) Lakukan gerakan yang sama setidaknya 8–12 kali naik turun

5) *Clamshell*

- a) Baringkan tubuh menghadap ke samping atau miring dengan posisi kedua kaki ditekuk. Gunakan salah satu lengan untuk menopang kepala.
- b) Masih dengan posisi miring, angkat kaki yang berada di atas secara perlahan sambil memutar pinggul ke arah yang sama. Pastikan tulang belakang atau punggung ibu dalam posisi rileks dan stabil.
- c) Tahan posisi tersebut selama 3–5 detik sebelum mengulangnya.
- d) Lakukan gerakan yang sama setidaknya 8–12 kali naik turun lalu ganti dengan kaki satunya (Wahyuningsih, 2018).

b. Pemberian gizi ibu nifas

c. Mobilisasi dini pada ibu pasca salin

5. Resosiantitatif

Upaya resosiantitatif merupakan kegiatan untuk mengembalikan fungsi dan mengaktifkan individu, keluarga, kelompok penduduk serta masyarakat dalam lingkungan sosial dengan menggerakkan individu untuk

berpartisipasi dalam kemajuan derajat kesehatan lingkungannya. Berikut merupakan contoh ruang lingkup kebidanan komunitas dalam upaya resosiantitatif yaitu:

- a. Menggerakkan individu-masyarakat kelingkungan masyarakatnya seperti dasawisma, desa siaga, tabulia



Gambar 4.7. Desa Siaga
Sumber : (Kemenkes, 2018)

1) Pengertian Desa siaga

Desa siaga merupakan desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah didesa seperti kesehatan,

bencana, dan kegawadaruratan, kesehatan secara mandiri. Desa yang dimaksud di sini adalah kelurahan atau istilah lain bagi kesatuan masyarakat hukum yang memiliki batas-batas wilayah, yang berwenang untuk mengatur dan mengurus kepentingan yang diakui serta dihormati dalam Pemerintah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

2) Tujuan Desa Siaga

Tujuan umum desa siaga yaitu terwujudnya masyarakat desa yang sehat, peduli, dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan yang berada di wilayahnya.

Tujuan khususnya adalah sebagai berikut :

- a) Peningkatan pengetahuan serta kesadaran masyarakat desa tentang pentingnya kesehatan.
- b) Peningkatan kewaspadaan dan kesiapsiagaan masyarakat desa terhadap risiko serta bahaya yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan seperti: bencana, wabah, kegawadaruratan dan lain sebagainya.
- c) Peningkatan kesehatan lingkungan di desa. Meningkatkan kemampuan serta kemauan masyarakat desa untuk menolong diri sendiri di bidang kesehatan.

3) Ciri-Ciri Desa Siaga

- a) Memiliki pos kesehatan desa yang berfungsi memberi pelayanan dasar misalnya dengan sumberdaya minimal 1 tenaga kesehatan dan sarana fisik bangunan, perlengkapan & peralatan alat komunikasi ke masyarakat & ke puskesmas

- b) Memiliki sistem gawat darurat berbasis masyarakat
 - c) Memiliki sistem pembiayaan kesehatan secara mandiri
 - d) Masyarakat berperilaku hidup bersih dan sehat
- 4) Sasaran Pengembangan
- Sasaran pengembangan desa siaga yaitu mempermudah strategi intervensi, sasaran ini dibedakan menjadi tiga sebagai berikut :
- a) Semua individu serta keluarga di desa yang diharapkan mampu melaksanakan hidup sehat, peduli, dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayah desanya
 - b) Pihak yang mempunyai pengaruh terhadap perubahan perilaku individu dan keluarga atau dapat menciptakan iklim yang kondusif bagi perubahan perilaku tersebut, seperti tokoh masyarakat termasuk tokoh agama, tokoh perempuan serta pemuda, kader dan petugas kesehatan
 - c) Pihak yang diharapkan memberi dukungan dalam memberi dukungan kebijakan, peraturan perundang – undangan, dana, tenaga, sasaran, dll, seperti kepala desa, camat, pejabat terkait, LSM, swasta, donatur, dan pemilik kepentingan lainnya.
- 5) Kegiatan pokok desa siaga
- Kegiatan pokok desa siaga yaitu:
- a) Surveilans dan pemetaan : Setiap ada masalah kesehatan di rumah tangga akan dicatat dalam kartu sehat keluarga. Selanjutnya, semua informasi tersebut akan direkapitulasi dalam

sebuah peta desa (spasial) dan peta tersebut dipaparkan di poskesdes.

- b) Perencanaan partisipatif: Perencanaan partisipatif di laksanakan melalui survei mawas diri (SMD) dan musyawarah masyarakat desa (MMD). Melalui SMD, desa siaga menentukan prioritas masalah. Selanjutnya, melalui MMD, desa siaga menentukan target dan kegiatan yang akan dilaksanakan untuk mencapai target tersebut. Selanjutnya melakukan penyusunan anggaran.
- c) Mobilisasi sumber daya masyarakat yaitu melalui forum desa siaga, masyarakat dihimbau memberikan kontribusi dana sesuai dengan kemampuannya. Dana yang terkumpul bisa dipergunakan sebagai tambahan biaya operasional poskesdes. Desa siaga bisa mengembangkan kegiatan peningkatan pendapatan, misalnya dengan koperasi desa. Mobilisasi sumber daya masyarakat sangat penting agar supaya desa siaga dapat berkelanjutan (*sustainable*).
- d) Adapun kegiatan khusus adalah desa siaga dapat mengembangkan kegiatan khusus yang efektif mengatasi masalah kesehatan yang diprioritaskan. Dasar penentuan kegiatan tersebut yaitu pedoman standar yang sudah ada untuk program tertentu, seperti malaria, TBC dan lain-lain. Dalam mengembangkan kegiatan khusus ini, pengurus desa siaga dibantu oleh fasilitator dan pihak puskesmas.
- e) Monitoring kinerja : Monitoring menggunakan peta rumah tangga sebagai bagian dari

surveilans rutin. Setiap satu rumah tangga akan diberi Kartu Kesehatan Keluarga untuk diisi sesuai dengan keadaan dalam keluarga tersebut. Pengurus desa siaga atau biasa disebut kader secara berkala mengumpulkan data dari Kartu Kesehatan Keluarga untuk dimasukkan dalam peta desa.

- f) Manajemen keuangan: Desa siaga akan mendapat dana hibah (block grant) setiap tahun dari DHS-2 guna mendukung kegiatannya. Besarnya sesuai proposal yang diajukan serta proposal tersebut dan sebelumnya sudah direview oleh Dewan Kesehatan Desa, kepala desa, fasilitator dan Puskesmas. Untuk menjaga transparansi serta akuntabilitas, penggunaan dana tersebut harus dicatat serta dilaporkan sesuai dengan pedoman yang ada (Kemenkes, 2018).
- b. Membuat masyarakat untuk melakukan suatu program dalam bidang kesehatan yang dilakukan oleh masyarakat itu sendiri untuk meningkatkan kesehatan masyarakat tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Aulia, d., 2017. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Depkes, 2007. *Konsep Asuhan Kebidanan*, Jakarta: Keputusan Menteri Kesehatan RI No:900/MENKES/VII/2007..
- Kemenkes, 2018. *Pengertian, Tujuan, Indikator, dan Kegiatan Pokok Desa Siaga*, Jakarta: Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.
- Lisnawati.L, 2011. *Panduan Praktis Menjadi Bidan Komunitas*. Jakarta: TIM.
- Putri.S, D. &, 2018. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Turrahi, H., 2017. *Buku Ajar Kebidanan Komunitas*. jakarta: FK Universitas Muhammadiyah Jakarta.
- Varney, H., 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Yuswanto, Y. &, 2009. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Jakarta: Salemba Medika.

BAB 5

PERILAKU MASYARAKAT

Oleh Dewi Puspitasari

5.1 Pendahuluan

Kesehatan merupakan salah satu faktor kunci untuk mencapai sumber daya manusia yang berkualitas. Kesehatan didefinisikan tidak hanya sebagai keadaan kesehatan fisik, tetapi juga sebagai keadaan kesehatan mental dan sosial di seluruh masyarakat. Mencapai keadaan sehat ini membutuhkan keharmonisan untuk menjaga kesehatan tubuh. Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan masyarakat dapat dilihat dari banyak hal, baik individu maupun lingkungan (Endra, 2010). Teori H.L. Blum menjelaskan, tingkat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh empat faktor utama. Keempat faktor tersebut berkontribusi terhadap masalah kesehatan. Empat faktor penentu kesehatan terdiri dari faktor perilaku/gaya hidup, faktor lingkungan (sosial, ekonomi, politik dan budaya), faktor pelayanan kesehatan (jenis dan kualitas pelayanan) dan faktor genetik (keturunan). Faktor-faktor tersebut berinteraksi dan dapat mempengaruhi tingkat kesehatan individu dan masyarakat (Kemensos, 2011).

Perilaku kesehatan merupakan respon seseorang terhadap masalah kesehatan, akses terhadap pelayanan kesehatan, gaya hidup, dan lingkungan yang mempengaruhinya. Menurut Becker yang dikutip dalam Notoatmojo (2012), perilaku kesehatan dapat dibagi menjadi tiga kategori.

- a. Gaya hidup sehat (*healthy lifestyle*). Perilaku yang berhubungan dengan upaya peningkatan kesehatan melalui

- pola hidup sehat, seperti Kel. pola makan seimbang, olahraga teratur, tidak merokok, istirahat cukup dan menjaga perilaku sehat yang positif
- b. Perilaku tidak sehat (perilaku sakit). Ini adalah perilaku yang terbentuk sebagai respons terhadap penyakit. Perilaku tersebut mungkin berisi informasi tentang penyakit dan pendekatan pengobatannya.
 - c. Permainan peran yang sakit. Itulah yang dilakukan orang ketika mereka sakit. Perilaku ini menyiratkan upaya untuk menyembuhkan penyakit.

5.2 Determinan Perilaku Kesehatan

A. Faktor – faktor predisposisi (*disposing factors*)

Faktor predisposisi adalah faktor yang berkontribusi terhadap perkembangan perilaku. Tren meliputi pengetahuan, sikap, keyakinan, keyakinan, nilai, tradisi, dll.

B. Faktor - faktor pemungkin (*enabling factors*)

Faktor pemungkin adalah faktor yang menyediakan sarana dan prasarana untuk kelangsungan operasi. Faktor pendukung tersebut antara lain lingkungan fisik dan ketersediaan pelayanan kesehatan setempat

C. Faktor – faktor penguat (*reinforcing factors*)

Faktor yang memperkuat terjadinya perilaku. Pendorong dalam hal ini adalah sikap dan tindakan petugas kesehatan dan petugas lain yang mempromosikan perilaku kesehatan.

Domain perilaku didasarkan pada teori Bloom, yang membagi perilaku menjadi tiga domain: Pengetahuan, sikap dan praktik (Notoatmojo, 2012).

- a. Pengetahuan (*knowledge*). Pengetahuan merupakan hasil belajar seseorang dari apa yang didengar dan dilihatnya (Fitriani, 2011). Tingkat pengetahuan tentang area kognitif:

- 1) Pengetahuan (untuk mengetahui). Pengetahuan berarti kemampuan untuk mengingat hal-hal yang dipelajari sebelumnya dengan menyebutkan, menjelaskan, dll.
- 2) Pemahaman (pemahaman). Yang dapat menjelaskan apa yang telah dipelajari selama ini dengan cara yang mudah dipahami dan menarik kesimpulan dari materi tersebut.
- 3) Aplikasi (aplikasi). Aplikasi berarti apa yang dipelajari dapat diterapkan dalam kehidupan nyata
- 4) Analisis (analisis). Analisis adalah langkah di mana semua materi dapat dijelaskan tetapi masih ada beberapa hubungan. Selama analisis, bahan dapat dipisahkan atau diklasifikasikan menurut kriteria tertentu
- 5) Sintesis (sintetis). Sintesis adalah kemampuan untuk menciptakan pengetahuan ilmiah baru berdasarkan pengetahuan kuno yang dipelajari sebelumnya.
- 6) Evaluasi (evaluasi). Tingkat pengetahuan tertinggi adalah penilaian. Berdasarkan hasil on the job learning, efektivitas on the job learning dapat dievaluasi. Nilai penilaian dapat diturunkan dari hasil penilaian dan dijadikan acuan untuk memperbaiki strategi pembelajaran baru yang lebih efektif.

Menurut Wawan dan Dewi (2011), faktor yang mempengaruhi pengetahuan dapat dibedakan menjadi faktor internal dan eksternal.

1) Faktor internal

- (a) Pendidikan. Pendidikan dapat mempengaruhi perilaku gaya hidup individu, terutama motivasi kerja. Semakin Anda berpendidikan, semakin mudah untuk mendapatkan informasi.
- (b) Pekerjaan. Bekerja adalah cara mencari nafkah yang membosankan, monoton, dan menantang. Pekerjaan dilakukan untuk mendukung kehidupan pribadi dan

keluarga. Bekerja dianggap sebagai kegiatan yang menyita waktu.

- (c) Umur. Umur adalah jumlah tahun antara kelahiran dan kelahiran. Semakin tua seseorang, semakin matang dan kuat pemikirannya.

2) Faktor eksternal

- (a) Lingkungan dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku individu dan kelompok. Seorang individu atau kelompok berperilaku positif ketika lingkungan mendukung arah yang positif, tetapi ketika lingkungan tidak mendukung maka individu atau kelompok, maka berperilaku buruk.

b. Sikap (*attitude*). Tingkatan sikap menurut Fitriani (2011):

- 1) Penerimaan (*receiving*): seseorang menginginkan dan memperhatikan rangsangan tertentu
- 2) Jawaban (*respon*): menanggapi permintaan, menyelesaikan tugas yang diberikan sebagai tanda bahwa seseorang menerima ide tersebut
- 3) Nilai (*valuing*): Sikap selanjutnya adalah rasa hormat. Bersyukur berarti seseorang dapat menerima ide orang lain, yang mungkin berbeda dengan idenya, dan mereka yang mengusulkan ide tersebut dapat saling mendiskusikan dua ide yang berbeda.
- 4) Bertanggung jawab (*responsible*): Mengambil tanggung jawab atas keputusan Anda adalah sikap terbaik.

Fungsi sikap menurut Wawan & Dewi, 2011:

- (a) Fungsi instrumental atau fungsi sebelumnya atau fungsi penalaan. Ini disebut fungsi pembantu. Hal ini karena sikap membantu menentukan seberapa berguna suatu objek sikap dalam mencapai suatu tujuan. Ini adalah sikap yang memungkinkan Anda

berbaur dengan baik dengan lingkungan Anda. Pose di sini adalah untuk penyesuaian

- (b) Fungsi pertahanan ego. Ada sikap tertentu yang diambil orang ketika mereka merasa status atau ego mereka terancam. Seseorang mengadopsi sikap tertentu untuk melindungi ego mereka.
- (c) Fungsi nilai-ekspresif mengambil sikap tertentu terhadap nilai-nilai tertentu yang mencerminkan sistem nilai dalam diri individu tersebut.
- (d) Fungsi informasi. Jika seseorang memiliki sikap tertentu terhadap suatu objek, berarti orang tersebut menunjukkan pengetahuan tentang objek sikap itu.

Menurut Wawan dan Dewi (2011), faktor-faktor yang mempengaruhi sikap adalah:

- (a) Pengalaman pribadi Agar pengalaman pribadi berfungsi sebagai dasar untuk pekerjaan yang baik, itu harus memberikan kesan yang kuat. Sikap lebih mungkin terbentuk ketika pengalaman pribadi yang melibatkan faktor emosional terjadi
- (b) Pengaruh orang Lain yang Penting cenderung melihat ke arah yang sama dengan orang penting karena ingin menghindari konflik dengan orang penting
- (c) Pengaruh budaya. Budaya keterikatan merupakan salah satu penentu pembentukan sikap individu, karena budaya memberikan model bagi pengalaman individu dalam masyarakat tempat ia dibesarkan.
- (d) Media massa Media massa yang tujuannya menyampaikan informasi faktual mudah dipengaruhi oleh sikap penulisnya yang pada gilirannya mempengaruhi sikap konsumennya.
- (e) Lembaga Pembelajaran serta Keagamaan Sebab konsep moral serta ajaran lembaga pembelajaran serta agama

sangat memastikan sistem keyakinan, hingga konsep ini pengaruhi pembuatan perilaku.

Aspek sikap ibu, keluarga serta warga pengaruhi kesehatan bunda hamil. Aspek sikap ibu dipengaruhi oleh sebagian aspek, antara lain:

1) Usia

Ibu sangat muda serta bunda berumur 35 tahun telah mempunyai banyak kekurangan raga serta gampang letih akibat stress yang bertambah serta pula letih secara mental.

2) Pembelajaran. Pembelajaran pengaruhi gimana orang berperan serta mencari pemicu serta pemecahan dalam kehidupan mereka. Bunda yang berpendidikan besar cenderung lebih rasional dibanding dengan bunda yang berpendidikan rendah.

3) Psikologis. Sepanjang kehamilan, terjalin pergantian jiwa serta emosi bunda. Kala bunda menerima kehamilannya secara psikologis, dia sanggup mempertahankan kehamilannya serta penuhi kebutuhan kehamilannya.

4) Pengetahuan. Pengetahuan seseorang bunda tentang kehamilan sangat pengaruhi perilakunya dalam penuhi kebutuhannya sepanjang kehamilan. Misalnya menimpa konsumsi gizi bunda hamil.

Aspek sikap keluarga serta masyarakat:

1) Dukungan keluarga

Kehamilan mengaitkan segala keluarga. Ini sebab nantinya anggota keluarga baru hendak meningkat serta ikatan keluarga hendak berganti.

2) Dukungan Suami Asumsi suami terhadap kehamilan istrinya bawa kedamaian serta kegembiraan batinnya. Wujud dukungan pendamping:

- (a) Dukungan psikologis. Contoh: Mengatakan simpati, atensi, ataupun atensi, semacam menemani istri Anda untuk tes kehamilan.
 - (b) Dukungan sosial. Dukungan obyektif serta material, misalnya persiapan keuangan spesial buat persalinan
 - (c) Dukungan informasi. Contoh: Temukan data tentang kehamilan. Ini melindungi kesehatan serta psikologi perempuan senantiasa normal, tenang serta bahagia
 - (d) Dukungan lingkungan. Contoh: menolong seseorang perempuan dengan pekerjaannya
- c. Praktik (*practice*). Praktek merupakan aksi nyata dari terdapatnya respon(Notoatmodjo, 2012). Dengan fasilitas serta prasarana yang terdapat, perilaku diterjemahkan jadi aksi nyata. Tanpa institusi, perilaku tidak bisa diterjemahkan jadi aksi (Notoatmojo, 2012).
- Tingkatan dalam praktik:
- (a) Respons terpinpin (*guided responses*) Merupakan sesuatu aksi yang dijalankan dalam urutan yang benar. Seorang yang secara sistematis bisa melaksanakan sesuatu aksi dari dini sampai akhir.
 - (b) Mekanisme (*mechanism*) Seorang yang bisa berperan dalam urutan yang benar jadi Kerutinan buat melaksanakan perihal yang sama.
 - (c) Adopsi (*adoption*) Sesuatu aksi yang dibesarkan ataupun dimodifikasi seluruhnya diucap adopsi.

5.3 Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan warga merupakan tentang pelaksanaan ilmu sosial buat mengganti sikap warga. Pemberdayaan warga merupakan tiap usaha ataupun proses buat tingkatan pemahaman, keinginan serta keahlian warga buat menguasai, menanggulangi, mempertahankan, melindungi serta tingkatan

kesejahteraannya. Pemberdayaan warga di bidang kesehatan merupakan seluruh upaya ataupun proses yang membangkitkan pemahaman hendak keinginan serta keahlian buat memelihara serta tingkatkan kesehatan(Supardan, 2013). Tingkatkan keberdayaan berarti tingkatkan keahlian serta kemandirian warga buat meningkatkan serta memberdayakan sumber energi buat menggapai kemajuan(Wahyudin, 2012).

Gerakan pemberdayaan warga pula ialah metode buat meningkatkan serta meningkatkan norma- norma yang membolehkan warga buat hidup bersih serta sehat. Strategi ini malah menuju pada tujuan utama partisipasi aktif. Bidang pembangunan umumnya mencakup 3 zona utama: ekonomi, warga (tercantum pembelajaran, kesehatan serta sosial budaya) serta area. Di sisi lain, warga bisa ditafsirkan dalam 2 konsep. Maksudnya, warga merupakan tempat universal, daerah geografis yang sama. Misalnya unit area, gedung apartemen di mal, ataupun desa di pedesaan.

Dalam makna kecil, sebutan pembangunan warga di Indonesia kerap disamakan dengan pembangunan warga desa dimana desa serta kelurahan dikira mempunyai konsep pembangunan kota yang sejajar. UKBM (Upaya Kesehatan Berbasis Warga) ialah bentuk nyata keterlibatan warga dalam pembangunan kesehatan. Keadaan ini bisa memfasilitasi timbulnya bentuk- bentuk UKBM yang lain semacam Polindes, POD (Pos Obat Desa), UKK- Posten (Pos Penjangkauan Kesehatan Kerja), TOGA (Kebun Obat Keluarga) serta Dana Kesehatan.

5.4 Aspek Sosial Yang Pengaruhi Sikap Serta Depresi

Sosial budaya ialah ukuran genetik serta kerap digunakan selaku pedoman serta tata metode bertingkah laku. Bagi GM Foster, aspek budaya yang pengaruhi sikap antara lain:

- a. Pengaruh tradisi
- b. Sikap fatalistik
- c. Sikap etnis-sentris
- d. Pengaruh perasaan bangga pada statusnya
- e. Pengaruh norma
- f. Pengaruh nilai
- g. Pengaruh unsur budaya yang dipelajari pada tingkat awal dari proses sosialisasi terhadap perilaku kesehatan
- h. Pengaruh konsekuensi dari inovasi terhadap perilaku kesehatan

5.5 Pendekatan Sosial Budaya Dalam Mengatur Strategi Pelayanan Kesehatan dan Kebidanan di Komunitas

Pendekatan sosial budaya kebidanan di mana bidan:

- a. Bisa menggerakkan kedudukan dan warga spesialnya pada kesehatan bunda berbadan dua, bersalin, bersalin, BBL, anak muda serta lanjut umur.
- b. Mempunyai kompetensi yang mencukupi dalam tugas, kedudukan, serta tanggung jawab.

Pendekatan yang bisa dilakukan

- a. Agama

Agama membagikan pedoman kepada umat manusia, membagikan arah dalam kehidupan, mencakup seluruh aspek kehidupan, serta menolong membongkar

permasalahan hidup yang dirasakan. Aspek pendekatan keagamaan dalam pemberian pelayanan kebidanan serta kesehatan meliputi:

1. Agama memerintahkan orang buat senantiasa sehat.
2. Agama membagikan dorongan spiritual serta moral bawah dan mendasari kemauan serta aksi manusia buat menempuh kehidupan yang berguna untuk dirinya, keluarganya, masyarakatnya, serta bangsanya.
3. Agama menuntut manusia buat beriman serta bertakwa kepada Tuhan dalam seluruh aktivitasnya.
4. Agama bisa menghindari orang melaksanakan hal- hal yang berlawanan dengan doktrin

Upaya yang dapat dilakukan dalam kaitannya dengan agama, yaitu:

2. Upaya pemeliharaan

Aktivitas pemeliharaan kesehatan semenjak dini diawali oleh bunda berbadan dua supaya balita yang lahir sehat kepada bunda yang sehat bisa terus sehat. Sebab kesehatan merupakan aspek terutama buat menempuh kehidupan yang baik supaya bebas dari penyakit serta kecacatan. Misalnya, makan santapan bergizi serta berolahraga.

3. Upaya pencegahan penyakit

Dalam agama, menghindari lebih baik daripada menyembuhkan bila sakit. Upaya yang bisa dicoba, ialah:

- Imunisasi, bayi, balita, ibu hamil, wanita usia subur, kelas 1 sd 3
- Menyusui anak hingga usia 2 tahun.
- Pemberian pembelajaran kesehatan.

b. Paguyuban dan sistem banjar

Banjar ialah wujud koheisi sosial yang dilandasi oleh koheisi warga, koheisi sosial yang diperkuat oleh koheisi adat serta ritual keagamaan yang lingkungan.

Pendekatan bidan:

- Memobilisasi serta mempromosikan keterlibatan warga di zona kesehatan lewat anjuran bersumber pada kebutuhan serta atensi.

4. Pendekatan dalam sistem paguyuban

Paguyuban merupakan kelompok warga yang diisyrati dengan jalinan sosial yang diisyrati dengan rasa kekeluargaan antar anggota.

c. Pendekatan kesenian

Seni selaku media pembelajaran kesehatan buat menjangkau warga dengan menyisipkan pesan- pesan kesehatan. Seni Wayang Kulit misalnya bisa memasukkan pesan kesehatan dengan menulis lagu dalam bahasa wilayah tentang permasalahan kesehatan. Kegiatan desa pula mempunyai opsi buat menanyakan kesehatan di dini ataupun akhir kegiatan.

5.5.1 Strategi dalam Merubah Sikap Masyarakat

Sebagian strategi buat mendapatkan pergantian sikap tersebut oleh World Health Organization dikelompokkan jadi 3, ialah:

a. Menggunakan kekuatan/kekuasaan atau dorongan

Dalam perihal ini, pergantian sikap dikenakan pada sasaran ataupun warga, sehingga wajib berlagak(berperilaku) cocok dengan yang diharapkan. Metode ini bisa diiringi misalnya dengan terdapatnya ketentuan/ hukum yang wajib dipatuhi oleh anggota warga. Meski metode ini menciptakan aksi yang kilat, tetapi pergantian tersebut

belum pasti bertahan lama sebab pergantian sikap yang terjalin tidak ataupun tidak didasari oleh pemahaman diri.

b. Pemberian informasi

Tingkatkan pengetahuan warga dengan membagikan data tentang metode hidup sehat, senantiasa sehat, bebas dari penyakit, serta yang lain. Tidak hanya itu, pengetahuan ini membangkitkan pemahaman mereka serta pada kesimpulannya memusatkan mereka buat berperan cocok dengan apa yang mereka tahu. Hasil serta pergantian sikap semacam itu memerlukan waktu lama, namun pergantian yang dicapai senantiasa terdapat sebab didasarkan pada pemahaman diri(bukan paksaan).

c. Diskusi dan partisipasi

Tata cara ini ialah penyempurnaan dari tata cara kedua di atas, dimana data kesehatan diberikan 2 arah bukan satu arah. Maksudnya warga tidak cuma pasif menerima data, namun pula wajib berpartisipasi aktif lewat dialog tentang data yang diterimanya.

engan metode ini, pengetahuan kesehatan yang jadi bawah sikap seorang terus menjadi dalam, serta pada kesimpulannya sikap yang dipelajari jadi lebih normal, serta bisa jadi rujukan buat sikap orang lain. Pasti saja, metode ini memakan waktu lebih lama daripada metode kedua, namun metode awal jauh lebih baik. Dialog partisipatif merupakan metode yang bagus buat mengantarkan data serta pesan kesehatan. Strategi mengganti sikap warga ini bisa dicoba dalam sebagian sesi:

1. Memperkenalkan ilham serta metode kepada komunitas buat mempromosikan aksi komunitas.
2. Mengidentifikasi sikap komunitas yang butuh diganti serta metode buat meningkatkan strategi pergantian sikap orang, keluarga, serta komunitas.
3. Memotivasi orang buat mengganti sikap mereka.

4. Pembuatan program komunikasi buat bermacam kelompok sasaran..

Langkah-langkah memotivasi seseorang untuk mengadopsi perilaku kesehatan, yaitu:

1. Seleksi sebagian pergantian sikap yang di idamkan yang bisa diterapkan
2. Cari ketahui komentar kelompok sasaran Kamu tentang sikap tersebut lewat dialog, wawancara, serta eksperimen sikap yang ditargetkan.
3. Buat pesan yang pas buat membuat audiens sasaran Kamu mau mengganti perilakunya
4. Buat pesan simpel, positif, serta menarik bersumber pada preferensi audiens sasaran Anda
5. Bagikan wujud komunikasi

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Sosial RI. 2011. *Pedoman Umum PKH*. Ditjen Jamkesos. 2011.
- Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat. 2010. *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu Dan Anak (PWS-KIA)*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Endra, F. 2010. Paradigma Sehat. *Jurnal Akademik Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Malang*.
- Fitriani. S. 2011. *Promosi Kesehatan*. Ed 1. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Notoatmodjo S. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Supardan, Dadang. 2013. *Pengantar Ilmu Sosial Sebuah Kajian Pendekatan Struktural*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Syafrudin dkk. 2009. *Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC
- Wahyudin, Uyu. 2012. *Pelatihan Kewirausahaan Berlatar Ekokultural Untuk Pemberdayaan Masyarakat Miskin Pedesaan*. Jurnal Sosial dan Pembangunan.
- Walyani, S. 2014. *Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta: PUSTAKA BARU PRESS
- Wawan & Dewi M. 2011. *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia*. Cetakan II. Yogyakarta: Nuha Medika.

BAB 6

MIDWIFERY IN THE COMMUNITY

Oleh Irwanti Gustina

6.1 Pendahuluan

Konsep *Midwifery in the community* merupakan Peran dan fungsi Bidan di komunitas dalam menjalankan pelayanan kebidanan di masyarakat. Tugas utama seorang bidan adalah sebagai pemberi asuhan langsung yang berpusat kepada wanita atau *woman centered care* dalam berbagai siklus kehidupan. Selain tugas pokok sebagai pemberi asuhan, Bidan juga dituntut mampu memberikan supervisi dan memberikan pendampingan atau nasehat yang dibutuhkan wanita selama masa kehamilan, persalinan dan nifas.

Tugas lain yang dilakukan Bidan dikomunitas selain asuhan dan pendampingan yang berpusat kepada wanita, Bidan juga harus dapat memberikan asuhan kepada bayi, balita, usia sekolah, remaja hingga lansia, dengan demikian bidan sebagai garda terdepan dalam memberikan asuhannya dikomunitas (Nugrahaeni, 2020).

Ikatan Bidan Indonesia (IBI) sebagai wadah organisasi bidan menetapkan dengan memperhatikan aspek sosial budaya dan kondisi masyarakat Indonesia, maka Bidan dinyatakan dalam definisi seseorang perempuan yang telah lulus dari pendidikan Bidan yang diakui pemerintah dan organisasi profesi diwilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia serta memiliki kompetensi dan kualifikasi untuk teregister, sertifikasi, dan secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan (PP IBI, 2006).

6.2 Standar pelayanan Bidan di komunitas

Pelayanan ditujukan pada masyarakat lebih menekankan pada pelayanan kebidanan yang professional sehingga dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal. Komplikasi semasa periode hamil, melahirkan dan nifas akan membahayakan ibu dan janin yang dikandungnya. Kematian, dan kecacatan dapat dihindari dengan pemantauan kesehatan dan asuhan kebidanan berkelanjutan oleh bidan professional dan terampil, serta dengan adanya dukungan dan akses fasilitas rujukan.

Bidan merupakan petugas kesehatan yang dekat dengan populasi di tingkat komunitas dengan penguatan asuhan kebidanan berbasis komunitas. Berdasarkan hasil riset terdapat korelasi antara kompetensi yang bidan miliki dengan sikap bidan sebagai mitra perempuan yang terfokus pada pemberian asuhan kebidanan pada masyarakat di pedesaan (Putriana Y, 2012)

Terdapat 24 standar pelayanan kebidanan yang dikelompokkan menjadi :

- a. Standar pelayanan umum (2 standar)
 - b. Standar pelayanan Ante natal (6 standar)
 - c. Standar pelayanan persalinan (4 standar)
 - d. Standar pelayanan Nifas (3 standar)
 - e. Standar pelayanan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal (9 standar)
- (Nugrahaeni, 2020).

6.3 Bentuk pelayanan Bidan di komunitas

Beberapa bentuk pelayanan bidan di komunitas adalah pelayanan dasar dengan menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan, diantaranya pelayanan dasar pada anak remaja dan wanita pra nikah dengan melibatkan klien, memberikan asuhan kebidanan pada klien selama kehamilan

normal, persalinan dan nifas dengan melibatkan klien atau keluarga, serta memberikan asuhan pada bayi baru lahir, (Hanifah, 2016).

Bentuk pelayanan bidan dikomunitas dibedakan menjadi :

- a. Layanan kebidanan primer adalah pelayanan bidan yang sepenuhnya menjadi tanggung jawab bidan.
- b. Layanan kebidanan kolaborasi adalah bentuk pelayanan yang diberikan bidan sebagai anggota tim yang kegiatannya dilakukan secara bersamaan atau sebagai salah satu urutan dari sebuah proses kegiatan pelayanan kesehatan.
- c. Layanan Kebidanan rujukan adalah pelayanan yang diberikan bidan dalam rangka rujukan ke sistem pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya, yaitu pelayanan dilakukan oleh bidan sewaktu menerima rujukan dari dukun yang menolong persalinan, juga layanan rujukan yang dilakukan bidan ke tempat fasilitas pelayanan kesehatan lain secara horizontal maupun vertikal, atau ke profesi kesehatan lainnya. Dengan pemberian layanan yang tepat akan memberikan keamanan dan kesejahteraan ibu dan janinnya.

6.3.1 Asuhan Bidan dikomunitas dalam kelas antenatal

Asuhan kebidanan yang diberikan pada kelas antenatal dikomunitas lebih bersifat edukasi dan pendampingan, edukasi yang diberikan diantaranya adalah bagaimana klien mempersiapkan kehamilannya tanpa rasa khawatir, dan merasa aman.

Saat ini telah banyak dikembangkan dalam riset berbagai metode untuk mengatasi keluhan yang sering terjadi dalam masa kehamilan, seperti cara mengatasi ibu hamil dengan anemia gravidarum melalui pelayanan komplementer, diantaranya klien dianjurkan untuk mengkonsumsi jus buah naga atau dengan mengkonsumsi jus buah bit dan lemon.

Seperti diketahui ramuan herbal akan lebih banyak kita jumpai pada penanganan kasus kehamilan dengan anemia dan di dalam masyarakat komunitas obat-obatan alami ini lebih banyak ditemukan karena kondisi lahan pangan yang masih tersebar luas.

Hasil riset Melly A, 2022 diyatakan bahwa nilai kadar Hb pada perlakuan 9,8gr/dL menjadi 11,9gr/dL, pada kelompok kontrol 10gr/dL menjadi 10,4gr/dL. Ada pengaruh pada pemberian jus buah naga terhadap kadar Hb sebelum dan sesudah pada kelompok perlakuan dan control. Sedangkan hasil riset manfaat jus buah bit terhadap kenaikan kadar HB ibu hamil anemia juga didapatkan pada Kelompok perlakuan ekstrak buah bit sebelum 8,82 gr/dl dan sesudah perlakuan kadar Hb menjadi 13,00 gr/dl atau sebanyak 4,18 gr/dL (Gustina, Yuria and Dita, 2020; Mellyani, Rukmaini and Mutiiarami Dahlan, 2022)

Selain edukasi pelayanan komplementer pendampingan dan edukasi masa kehamilan dilakukan dengan mempersiapkan kehamilan dan persalinan yang aman dan minim trauma, melalui kegiatan penyuluhan dan screening kehamilan sebagai langkah awal deteksi dini terhadap kegawatdaruratan dan komplikasi yang mungkin timbul (Gustina and Chairiyah, 2022)

Upaya lain yang dapat dilakukan di komunitas melalui peningkatan pengetahuan kader tentang bahaya kehamilan resiko tinggi, dalam hal ini kader sebagai media yang berperan aktif dalam upaya peningkatan status kesehatan ibu hamil di masyarakat (Anandita and Gustina, 2021)

6.3.2 Asuhan Bidan di komunitas dalam masa persalinan

Dalam Asuhan persalinan bidan tidak hanya terfokus pada ketersediaan alat untuk proses persalinan, persiapan lain yang perlu disiapkan adalah kesiapan petugas, sikap tanggap

keterampilan dan profesionalisme bidan, kesiapan dan dukungan keluarga, serta ketersediaan tabulin dan donor darah yang baiknya sudah disiapkan dari jauh hari sebelum tanggal persalinan.

Edukasi persiapan persalinan baiknya sudah dilakukan bidan jauh sebelum hari atau tanggal persalinan. Bidan harus mampu mengelola proses persalinan dengan baik dan benar. Berbagai metode relaxasi dapat diberikan untuk mengurangi tingkat rasa nyeri persalinan (Yulieti Pertasari, 2022)

Metode relaxasi atau pain relief dalam persalinan dapat mengurangi tingkat kecemasan pada ibu dalam menghadapi proses persalinan, tingkat kecemasan dapat pula mempengaruhi kesiapan dalam proses persalinan (Evareny *et al.*, 2022)

6.3.4 Asuhan Bidan dikomunitas dalam masa nifas

Selama masa nifas dikomunitas bidan berupaya melakukan pendekatan terhadap ibu dan keluarga terkait budaya pada masa nifas, seringkali budaya menjadi suatu hal yang bertentangan dengan pelayanan pada masa nifas. Contoh budaya yang bertentangan dengan masa nifas seperti membuang asi pertama (colostrum) yang keluar, melarang ibu makan ikan dan sebagainya.

Hal tersebut jelas bertentangan dengan sikap yang seharusnya diberikan keluarga sebagai lingkungan yang mendukung tercapainya proses nifas, untuk itu peran bidan dikomunitas memberikan edukasi kepada seluruh anggota keluarga yang terlibat baik orang tua klien maupun suami, apa yang seharusnya diberikan pada masa nifas (Susanti, 2022)

Bentuk dukungan bidan dalam proses nifas adalah mengajarkan perawatan payudara dan memberikan layanan pijat oksitocyn untuk kelancaran ASI.

6.3.5 Asuhan Bidan dikomunitas dalam masa BBL

Manajemen asuhan Bayi baru lahir dikomunitas dilakukan bidan mulai dari pertolongan pertama kehidupan bayi, membersihkan jalan nafas dengan mmenghisap lender, memberikan suntikan vit K dan imunisasi Hepatitis B 0.

Edukasi perawatan Bayi baru lahir sebaiknya sudah dilakukan pada saat ibu masih dalam periode kehamilan. Perawatan meliputi cara memandikan bayi, perawatan tali pusat dan tanda bahaya yang perlu diketahui ibu pada bayi baru lahir. Dengan harapan ibu tidak lagi merasa terlalu takut untuk merawat bayi dan tetap fokus pada suksesnya proses menyusui (Kartika and Lestari, 2019)



Gambar 6.1. Perawatan tali pusat pada bayi baru lahir
(Sumber : RSU Budi rahayu pekalongan)

6.4 Kompetensi Asuhan

Definisi Kompetensi adalah aspek pribadi yang dimiliki seseorang untuk memperoleh pencapaian kinerja yang maksimal. Aspek-aspek pribadi ini termasuk sifat, motif, sistem nilai, sikap pengetahuan, dan keterampilan. Kompetensi mengarahkan tingkah laku, Sedangkan tingkah laku akan menghasilkan kinerja. Tiga unsur kompetensi yaitu pengetahuan (20%), sikap (20%) dan keterampilan (60%).

Pelayanan bidan di masyarakat akan maksimal jika mendapatkan dukungan dari Dinas kesehatan di kota tempat bidan bekerja, melalui berbagai kegiatan pelatihan yang disediakan puskesmas maupun dinas pemerintahan, untuk meningkatkan standar mutu layanan kebidanan sesuai dengan *evidence base practice* (Putriana Y, 2012)

DAFTAR PUSTAKA

- Anandita, M. Y. R. and Gustina, I. 2021. 'Peningkatan Edukasi Tentang Kehamilan Risiko Tinggi Pada Kader Kesehatan Improving High-Risk Pregnancies Education on Health Care', *Pengabdian Masyarakat Bakti Parahita*, 2(1), pp. 115–121. Available at: <https://journal.binawan.ac.id/parahita/article/view/202>.
- Evareny, L. *et al.* 2022. 'Family support and mother's eadiness with anxiety levels of pregnant women a head of delivery', *Jurnal Menara Medika*, 4(2), p. 145. Available at: <https://jurnal.umsb.ac.id/index.php/menaramedika/indexp>.
- Gustina, I. and Chairiyah, R. 2022. 'Edukasi Kegawatdaruratan Pada Ibu Hamil Di Era New Normal Dalam Menyiapkan Persalinan Yang Sehat, Aman Dan Minim Trauma', *Prosiding Seminar Nasional Kesehatan ...*, 1(1), pp. 269–278. Available at: <http://103.154.143.189/index.php/prosidingkesmas/article/view/4084%0Ahttp://103.154.143.189/index.php/prosidingkesmas/article/download/4084/2084>.
- Gustina, I., Yuria, M. and Dita, P. S. 2020. 'Manfaat Pemberian Jus Buah Bit Pada Ibu Hamil Dengan Anemia Terhadap Peningkatan Kadar Hemoglobin Di Wilayah Kerja Puskesmas Kec. Jatinegara Dan Puskesmas Kec. Kramat Jati Tahun 2019', *Jurnal Ilmiah Bidan*, V(1), pp. 36–44.
- Hanifah, A. N. 2016. 'Peran Bidan Dalam Menghadapi Budaya Panggang Dan Tatobi Ibu Nifas Di Kecamatan Mollo Tengah Kabupaten Timor Tengah Selatan 2016', *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), pp. 1689–1699. Available at: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiRw6uL5Ob9AhX2cGwGHXs8Cjs4ChAWegQIHhAB&url=>

- https%3A%2F%2Fjurnal.poltekeskupang.ac.id%2Findex.php%2Finfoke%2Farticle%2Fdownload%2F177%2F170&usg=AOvVaw2dRxPazeN-ba3Ms1MG7_Xx.
- Kartika and Lestari, H. E. P. 2019. 'Pemberian Edukasi Perawatan Bayi Baru Lahir Pada Kelas Ibu Hamil', *Jurnal Bhakti Civitas Akademika*, IV(1), pp. 38–44. Available at: <https://e-journal.lppmdianhusada.ac.id/index.php/jbca/article/view/174/164>.
- Mellyani, Rukmaini and Mutiarami Dahlan, F. 2022. 'Pengaruh Pemberian Jus Buah Naga Terhadap Kadar Haemoglobin Pada Ibu Hamil Trimester III The Effect of Administration of Dragon Fruit Juice on Haemoglobin Levels Among Trimester Iii Pregnant Women', *Jurnal Kebidanan*, 11(2), pp. 155–163. Available at: <https://akbid-dharmahusada-kediri.e-journal.id/JKDH/article/view/198/170>.
- Nugrahaeni A, 2020. 'Konsep dasar kebidanan. buku panduan teori dan praktik kebidanan Profesional. Healthy Yogyakarta. 2020. cetakan I
- Putriana Y, dkk. 2012. 'Kompetensi asuhan kebidanan komunitas berhubungan dengan kemampuan bidan melakukan perawatan kesehatan masyarakat pedesaan', *stikes karya husada*, 5(2), pp. 179–190. Available at: <https://media.neliti.com/media/publications/210241-none.pdf>.
- PP IBI. 2006. 'Buku 50 tahun Ikatan Bidan Indonesia' Bidan menyongsong masa depan. Cetakan ke v. PP IBI
- Susanti, I. 2022. 'Hubungan Budaya Dengan Proses Penyembuhan', *Prosiding Seminar Nasional Biotik*, 10(1), pp. 165–169. Available at: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiA6KfwyOf9AhWbTGwGHUiYClIsQFnoECAwQAQ&url=https%3A%2F%2Fjurnal.ar->

raniry.ac.id%2Findex.php%2FPBiotik%2Farticle%2Fdownload%2F14336%2F7281&usg=AOvVaw16zP4YQBDr1eRqRw__tpI.

Yulieti Pertasari, R. miki. 2022. 'Efektifitas Birth Ball Terhadap Kemajuan Persalinan Pada Ibu Bersalin Di Klinik Permata Bunda Kota Serang', *Journal Of Midwifery*, 10(1), pp. 77-82. doi: 10.37676/jm.v10i1.2323.

BAB 7

MANAGING POSTPARTUM HAEMORRHAGE

Oleh Bayu Pratama Putra

7.1 Pendahuluan

Sejak manusia pertama hamil dan melahirkan kematian maternal merupakan telah menjadi musuh abadi di dunia kebidanan. Kemajuan dan pencapaian manusia akan teknologi di bidang medis masih berusaha menumpas penyebab utama kematian maternal. Menurut WHO (organisasi kesehatan dunia), 75% dari kematian maternal disebabkan oleh lima masalah yaitu pendarahan hebat (kebanyakan pendarahan setelah melahirkan), infeksi (biasanya setelah melahirkan), tekanan darah tinggi selama kehamilan (pre-eklampsia dan eklampsia), komplikasi persalinan, Tindakan aborsi yang tidak aman (WHO, 2019).

Data Statistik yang dihimpun oleh Organisasi Kesehatan Dunia menunjukkan bahwa 60% kematian ibu di negara berkembang disebabkan oleh perdarahan pasca persalinan, terhitung lebih dari 100.000 kematian ibu per tahun yang menjadikan masalah ini menempati peringkat pertama penyebab kematian ibu terutama pada negara berkembang dan sosioekonomi rendah – menengah. Indonesia termasuk salah satu negara tersebut, yang dengan segala daya upaya berusaha mengatasi masalah ini. Pembangunan sarana dan prasarana seperti akses jalan yang banyak menghubungkan daerah terpencil ke perkotaan dengan fasilitas penanganan lengkap, serta tersedianya lebih banyak bank darah dan unit transfusi

darah di berbagai daerah telah menurunkan angka kematian akibat perdarahan pasca persalinan ini. Walaupun posisinya semakin tergeser dan digantikan dengan penyebab baru seperti preeklampsia dan eklampsia, perdarahan pasca persalinan tetap menduduki posisi lima besar penyebab kematian maternal di seluruh nusantara.

Perdarahan pasca persalinan memiliki banyak nama lain diantaranya Postpartum Haemorrhage, perdarahan pasca partus (PPP), dan perdarahan postpartum (PPH). Dengan penanganan yang tepat dan segera akan mengurangi kematian maternal akibat masalah ini.

7.2 Definisi

Perdarahan pasca persalinan (PPP) secara klasik didefinisikan sebagai kehilangan darah melebihi 500 mililiter (mL) setelah kelahiran pervaginam atau lebih 1000 mL setelah persalinan sesar. Berdasarkan banyak darah yang hilang PPP dapat dikelompokkan lagi secara lebih spesifik yaitu minor (500-1000 ml) atau mayor (>1000 ml). selanjutnya mayor dibagi menjadi sedang (1001-2000 ml) dan parah (> 2000 ml). PPP juga diklasifikasikan berdasarkan waktu kejadiannya setelah persalinan yaitu primer/segera /dini jika terjadi dalam 24 jam setelah persalinan, atau sekunder/tertunda/terlambat apabila terjadi lebih dari 24 jam hingga 12 minggu setelah persalinan. PPP juga dapat diklasifikasikan berdasarkan saat terjadinya berdasarkan pelepasan plasenta, jika plasenta belum lahir disebut sebagai PPP kala 3 dan jika plasenta telah lahir disebut PPP kala 4. (Likis, 2015) (Mavrides, 2016)

Definisi klasik diatas dianggap kurang konsisiten dan menjadi keterbatasan utama bagi para peneliti dalam menentukan angka kejadian PPP selain itu jumlah kehilangan darah yang menjadi patokan utama dalam mendiagnosis PPP sulit diterapkan pada kebanyakan kasus, sehingga para klinisi

di lapangan lebih memperhatikan status klinis umum pasien. Walaupun demikian oleh karena pentingnya estimasi kehilangan darah untuk diagnosis dan tatalaksana, maka dibuatlah beberapa metode dan alat ukur mulai dengan yang paling sederhana yaitu perkiraan kehilangan darah berdasarkan pengamatan visual yang bersifat subjektif hingga menggunakan alat tambahan yang lebih objektif seperti alat gravimetri, teknik pengumpulan darah secara langsung, dan evaluasi parameter klinis. Beberapa pedoman terbaru telah menerapkan penggunaan indeks syok dan sistem peringatan dini kebidanan (*Maternal early warning systems / MEWS*) untuk ikut mengevaluasi perdarahan pasca persalinan. (Escobar, 2022)

7.3 Faktor Risiko & Etiologi

Pada 20% kasus, perdarahan pasca persalinan terjadi tanpa faktor risiko, sehingga setiap penolong persalinan harus siap menghadapi masalah ini. Faktor risiko perdarahan pasca persalinan, diantaranya adalah primigravida, multipara, induksi persalinan, penggunaan anestesi umum, masalah kehamilan (perdarahan antepartum, polihidroamnion, proses persalinan yang memanjang, korioamnionitis, plasenta akreta), penyakit maternal (anemia, obesitas, preeklampsia), masalah terkait janin (makrosomia, kehamilan multi janin). (Evensen, 2017) (Escobar, 2022) (Mavrides, 2016)

Cara mudah untuk mengingat etiologi tersering perdarahan pasca persalinan dikenal sebagai "4 T". (Escobar, 2022) (Evensen, 2017)

1. Tonus: atonia uteri (hingga 70%).
2. Trauma: robekan, hematoma dan lecet pada jalan lahir (15-20%).
3. Jaringan: sisa hasil konsepsi atau retensi plasenta. (10%)
4. Trombin: koagulopati. (1%)

7.4 Tatalaksana

7.4.1 Pencegahan

Mengurangi risiko adalah strategi dalam mencegah terjadinya PPP, yang dimulai sejak pelayanan antenatal dengan cara mengidentifikasi faktor risiko dan memberikan tatalaksana terhadap faktor yang dapat di modifikasi. Pencegahan anemia dengan pemberian zat besi untuk menjaga kadar hemoglobin diatas 11 gr/dl ($>10,5$ gr/dl saat usia kehamilan diatas 28 minggu) dapat dilakukan saat pelayanan antenatal. Pencegahan selanjutnya dilakukan saat persalinan dengan menerapkan protokol manajemen aktif kala 3. Pemberian uterotonika (oksitosin, metilergometrin, dan prostaglandin) perlu diberikan untuk mencegah gangguan tonus uterus pasca persalinan. Pemberian asam traneksamat bersama dengan uterotonika pada pasien beresiko tinggi juga dapat mengurangi jumlah perdarahan pasca persalinan. (Mavrides, 2016)

7.4.2 Tatalaksana umum

Tatalaksana umum berfokus pada stabilisasi keadaan umum dan mengatasi kedaruratan akibat kehilangan darah. Jumlah darah yang hilang dan kondisi klinis pasien dapat menuntun klinisi dalam memberikan terapi awal ini.

Pada kasus perdarahan minor (kehilangan darah 500-1000ml) tanpa klinis syok, segera lakukan pemasangan akses vena perifer menggunakan jarum intravena ukuran 14 gauge atau jarum dengan ukuran terbesar yang dimiliki pada saat kejadian. Selanjutnya segera periksakan 20 cc darah pasien untuk mendapatkan sampel darah dan informasi mengenai golongan darah, status komponen darah (hemoglobin, leukosit, trombosit dan lainnya) serta kondisi koagulasi termasuk kadar fibrinogen). Pemantauan tanda vital seperti tekanan darah, nadi dan pernafasan dilakukan tiap 15 menit

dan pemberian terapi cairan berupa kristaloid hangat dapat dimulai. (Mavrides, 2016)

Kasus perdarahan yang lebih berat (mayor, kehilangan darah > 1000 cc) memerlukan pemeriksaan secara mendetail dimulai dengan *airway* untuk mengidentifikasi ada tidaknya hambatan pada jalan nafas, kemudian *breathing* untuk melihat apakah ada permasalahan pada frekuensi dan pola pernafasan. Dengan mengatasi abnormalitas pada kedua parameter tersebut dan memberikan oksigen (10-15 L/menit) menggunakan sungkup tanpa memandang status saturasi oksigen dalam darah, dapat membantu stabilisasi awal pasien. Jika masalah *airway* atau *breathing* ini terjadi hubungannya dengan penurunan kesadaran maka tatalaksana bersama tim anestesi harus segera dilaksanakan. Tahap berikutnya adalah stabilisasi *circulation*, dengan menilai tekanan darah serta denyut nadi. Pada tahap ini oleh karena kegawatdaruratannya berhubungan dengan perdarahan yang banyak maka perlu untuk dilakukan stabilisasi cairan dan darah dalam vaskuler dengan pemasangan akses vena perifer di dua jalur berbeda menggunakan jarum intravena ukuran 14 gauge atau jarum dengan ukuran terbesar yang dimiliki pada saat kejadian. Pemeriksaan laboratorium seperti golongan darah, status komponen darah (hemoglobin, leukosit, trombosit dan lainnya) serta kondisi koagulasi termasuk kadar fibrinogen) harus segera dilakukan sesaat setelah pemasangan akses vena perifer. Selanjutnya transfusi darah sesuai kebutuhan harus segera dilaksanakan, namun darah tidak selalu tersedia sehingga resusitasi cairan dengan kristaloid maupun koloid merupakan langkah awal dalam stabilisasi *circulation*. Terapi cairan dan komponen darah pada kasus perdarahan pasca persalinan dapat dilihat pada tabel dibawah (Mavrides, 2016)

Tabel 7.1. Jenis cairan dan komponen darah

No	Jenis	Cara penggunaan
1	Kristaloid	Hingga 2 liter, isotonik
2	Koloid	Hingga 1,5 liter, digunakan hingga darah tiba
3	<i>Fresh frozen plasma</i> (ffp)	- Pemberian ffp harus sesuai dengan hasil tes hemostatik dan saat perdarahan terus berlanjut : - Jika waktu <i>protrombin</i> (pt) atau waktu <i>activated partial thromboplastin</i> (aptt) memanjang dan perdarahan masih berlangsung maka berikan ffp 12-15 ml/ kg berat badan - Jika perdarahan masih berlangsung setelah pemberian <i>packed red cell</i> (prc) dan tidak tersedia pemeriksaan hemostatik maka berikan ffp sebanyak 4 unit
4	Trombosit	Berikan 1 kantong trombosit jika perdarahan masih berlangsung dan kadar trombosit dalam darah kurang dari $75 \times 10^9 / l$
5	<i>Cyrioprescipitate</i>	Berikan 2 kantong cyrioprescipitate jika perdarahan masih

No	Jenis	Cara penggunaan
		berlangsung dan kadar fibrinogen dalam darah kurang dari 2 g/ l
6	Darah	Jika dibutuhkan transfusi segera dapat diberikan golongan darah universal (golongan o, rhd negatif dan k negatif) hingga tersedia golongan darah yang sesuai.*

*Di Indonesia terapi utama tetap golongan darah yang sesuai dengan golongan darah pasien

Sumber: Mavrides E, et al. on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage. BJOG 2016; 124: e106– e149

7.4.3 Tatalaksana khusus

Tatalaksana khusus difokuskan pada penanganan untuk mengatasi penyebab dasar perdarahan pasca persalinan. Dengan diketahuinya etiologi penyakit yang sebagian besar disebabkan oleh 4T maka setiap nakes harus mengutamakan penegakan diagnosis satu atau lebih dari *tonus*, *tissue*, *trauma* dan *thrombin*. Berikut penanganan spesifik untuk ke-4 ranah tersebut :

1. Tonus : perdarahan yang terjadi karena terbukanya pembuluh darah setelah kala 3 persalinan akibat hilangnya kontraksi uterus disebut sebagai atonia. Penanganan awal dimulai dengan pemijatan uterus segera setelah plasenta lahir selama 15 detik, jika kontraksi belum muncul maka dilanjutkan dengan kompresi bimanual interna (KBI) selama 5 menit. Jika kontraksi adekuat maka lanjutkan kompresi 1-2 menit lalu lepaskan kompresi dan lakukan pemantauan kala IV. Pada kasus KBI tidak membawakan

hasil penanganan dilanjutkan dengan kompresi bimanual eksterna (KBE) sembari melakukan pemasangan akses intravena untuk jalur obat-obatan uterotonika (tabel 8.2).

Tabel 7.2. obat-obatan uterotonika

No	Jenis	Cara penggunaan
1	Oksitosin	• Uterotonika yang memiliki efek samping paling minimal dan merupakan hormon alamiah dari hipofisis posterior
2	Metilergometrin	• Merupakan alkaloid ergot semi-sintetik yang bekerja cepat dan berkelanjutan untuk meningkatkan kontraksi rahim kontraindikasi pasien hipertensi
3	Carboprost	• Analog prostaglandin sintetik. Kontraindikasi penyakit hati, ginjal, dan kardiovaskular yang parah, dapat menyebabkan bronkospasme pada pasien asma
4	Misoprostol	• Analog prostaglandin e1. Memiliki onset lebih lambat dibandingkan obat uterotonika lainnya. Kontraindikasi asma

Sumber: Wormer KC, Jamil RT, Bryant SB. Acute Postpartum Hemorrhage. [Updated 2022 Oct 25]. In: StatPearls [Internet].

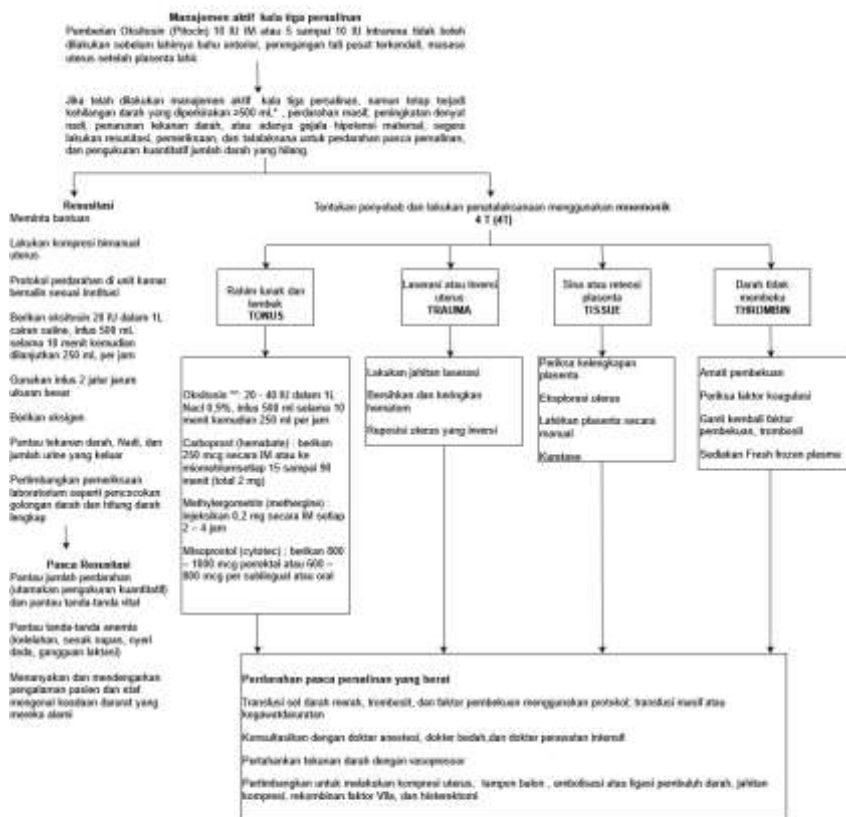
Jika penanganan dengan uterotonika tidak membawakan hasil yang memuaskan dan atoni tetap terjadi, penanganan menggunakan tampon uterus dapat dipertimbangkan. Kondom kateter adalah instrumen sederhana dan murah serta mudah digunakan. Setelah kondom di ikatkan pada ujung kateter dan ditempatkan dalam uterus, kondom di kembangkan dengan memasukkan cairan melalui kateter sebanyak 250-500 cc. Kondom yang mengembang ini akan memberikan daya tampon di dinding dalam uterus dan diharapkan dapat menghentikan perdarahan. (Wormer, 2022) (Mavrides, 2016)

Penanganan bedah seperti jahitan kompresi metode B-lynnch dan variasinya serta tindakan yang lebih lanjut seperti ligasi arteri uterina dan hipogastrik hingga pengangkatan rahim (histerektomi total/subtotal) dilakukan sebagai upaya terakhir untuk menghentikan perdarahan. (Wormer, 2022)

2. Trauma : Pemeriksaan menyeluruh yang teliti dapat mengevaluasi ada tidaknya robekan, posisi, panjang dan kedalaman robekan jalan lahir. Robekan dapat terjadi dimana saja sepanjang jalan lahir mulai dari perineum, vagina, portio bahkan uterus. Tatalaksana perdarahan akibat robekan jalan lahir dilakukan dengan cara penjahitan untuk menutup pembuluh darah yang terbuka serta menyatukan jaringan yang terpisah. Untuk kasus luka lecet dengan perdarahan minimal , kompresi dengan kasa akan cukup untuk menghentikan perdarahan. (Wormer, 2022)

3. Tissue : 10 persen kasus perdarahan diakibatkan adanya jaringan plasenta yang tertinggal baik secara menyeluruh (retensio plasenta) atau sebagian (rest plasenta). Penanganan retensio plasenta dilakukan dengan cara memasukkan tangan dan melepaskan plasenta secara bertahap mulai dari tepian ke arah sentral menggunakan sisi telapak tangan. Tindakan kuretase umumnya dilakukan untuk rest plasenta namun pula diterapkan pada kasus retensio plasenta yang gagal dengan tindakan manual. (Wormer, 2022)
4. Thrombin : pasien dengan riwayat gangguan pembekuan darah patut diwaspadai akan mengalami perdarahan setelah bersalin. Tanda lain yang mudah diamati adalah perdarahan yang terus menerus dari luka tusukan, atau darah yang tidak membeku dalam 5-10 menit. Evaluasi laboratorium wajib dilakukan untuk mencari tahu penyebab dan menjadi pedoman dalam terapi. (Wormer, 2022)

PENCEGAHAN DAN PENATALAKSANAAN PERDARAHAN PASCA PERSALINAN



* the American College of Obstetricians and Gynecologists mendefinisikan perdarahan pasca persalinan diri yaitu kehilangan darah sebanyak 1000 mL atau lebih disertai dengan tanda dan gejala hipotensi; kehilangan darah kumulatif 500 hingga 999 mL perlu mendapatkan pengawasan dan intervensi sesuai indikasi.

*** Oksitosin harus digunakan sebagai terapi lini pertama, dengan tambahan agen lain hanya jika diperlukan.

Gambar 7.1. algoritma tatalaksana perdarahan pasca persalinan
(Sumber : Evensen A, Anderson JM, Fontaine P. Postpartum Hemorrhage: Prevention and Treatment. Am Fam Physician. 2017;95(7):442-449)

7.5 Prognosis dan Komplikasi

Komplikasi perdarahan pasca persalinan diantaranya adalah anemia, iskemik miokard, gangguan koagulasi, hipotensi dan syok, depresi pasca persalinan, sindrom sheehan dan kebutuhan transfusi darah yang meningkat. Strategi untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas yang terkait dengan perdarahan pasca persalinan diantaranya adalah melaksanakan persalinan berisiko tinggi perdarahan di fasilitas dengan layanan bedah, perawatan intensif, dan bank darah yang dapat diakses dengan segera. (Evensen, 2017)

DAFTAR PUSTAKA

- Escobar, MF, Nassar, AH, Theron, G et al. FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. *Int J Gynecol Obstet.* 2022; 157(Suppl. 1): 3– 50. doi:10.1002/ijgo.14116
- Evensen A, Anderson JM, Fontaine P. Postpartum Hemorrhage: Prevention and Treatment. *Am Fam Physician.* 2017;95(7):442-449
- Likis FE, Sathe NA, Morgans AK, et al. Management of Postpartum Hemorrhage [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2015 Apr. (Comparative Effectiveness Reviews, No. 151.) Introduction. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK294453/>
- Mavrides E, et al. on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage. *BJOG* 2016; 124: e106– e149.
- Smith JR, et al. 2020. Postpartum Hemorrhage. *emedicine.medscape.com.* Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/275038-overview#showall>
- WHO. 2019. Maternal Mortality. World Health Organization. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Wormer KC, Jamil RT, Bryant SB. Acute Postpartum Hemorrhage. [Updated 2022 Oct 25]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499988/>

BAB 8

MANAGING PUERPERAL SEPSIS

Oleh Suci Nurfajriah

8.1 Pendahuluan

Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi salah satu indikator untuk meningkatkan derajat kesehatan dan keberhasilan penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Angka kematian ibu adalah banyaknya perempuan yang meninggal pada masa kehamilan, persalinan, dan nifas (42 hari setelah melahirkan) yang disebabkan oleh gangguan kehamilan dan penanganannya. Menurut data yang bersumber dari WHO, pada tahun 2017, angka kematian ibu secara global mencapai 211 per 100.000 kelahiran hidup (Reichenbach *et al.*, 2019). sPada tahun 2022, Angka Kematian Ibu di Indonesia sampai saat ini mencapai 207 per 100.000 kelahiran hidup, angka ini masih jauh dari target SDGs yaitu 70 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030 (Kemenkes RI, 2022).

Infeksi nifas merupakan salah satu faktor penyebab kematian ibu, diperkirakan kematian ibu diakibatkan karena kehamilan, pasca persalinan dan pada masa nifas dalam 24 jam pertama. Infeksi bakteri selama persalinan dan nifas merupakan salah satu penyebab utama kematian ibu di seluruh dunia, terhitung sekitar sepersepuluh dari beban global kematian ibu.

Menurut WHO kematian ibu disebabkan karena komplikasi selama dan setelah melahirkan, sebagian besar komplikasi ini terlihat sejak kehamilan dan sebagian besar dapat dicegah dan diobat. Komplikasi yang terjadi pada masa kehamilan akan memburuk terutama jika tidak tertangani,

komplikasi yang paling utama dari 75% penyebab kematian ibu adalah, perdarahan terutama setelah melahirkan, infeksi masa nifas, komplikasi dari persalinan dan aborsi yang tidak aman. Sisanya disebabkan karena infeksi seperti malaria, penyakit jantung dan diabetes melitus.

Bidan mempunyai peran penting dalam masa nifas. Bidan memiliki tanggungjawab dalam asuhan kebidanan selama 28 hari pertama postpartum, mendukung ibu dan keluarganya dengan melakukan pemantauan pemulihan ibu setelah persalinan, memberikan pendidikan kesehatan yang tepat, melakukan promosi kesehatan, melakukan deteksi dini faktor risiko, penyulit dan komplikasi dan melakukan tatalaksana proses rujukan pada kasus infeksi pada masa nifas sehingga diharapkan terjadi penurunan angka kejadian infeksi pada ibu nifas yang berdampak pada penurunan angka kematian ibu di Indonesia.

8.2 Pengertian infeksi masa nifas

Infeksi masa nifas adalah semua peradangan yang disebabkan oleh masuknya kuman-kuman ke dalam alat-alat genital pada waktu persalinan dan nifas (Eny Retna Ambarwati, 2015). Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peran dengan alat-alat genitalia dalam masa nifas. Infeksi setelah persalinan disebabkan oleh bakteri atau kuman. Infeksi masa nifas ini menjadi penyebab tertinggi angka kematian ibu (Anik Maryuni, 2013).

Infeksi nifas merupakan infeksi yang terjadi setelah ibu bersalin sampai hari ke 42 hari pasca persalinan. Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan infeksi masa nifas adalah keadaan dimana terjadinya peradangan yang disebabkan oleh bakteri dan kuman pada alat genitalia yang terjadi setelah ibu bersalin sampai hari ke 42 pasca persalinan.

8.3 Tanda dan gejala infeksi masa nifas

Tanda dan gejala terjadinya infeksi masa nifas yaitu : demam (suhu 38 °C atau lebih), menggigil dan merasa sangat lelah, sakit perut bagian bawah, rahim yang lembek, subinvolusi uterus purulen dan lochia berbau busuk. Tanda dan gejala lain yang mungkin muncul yaitu perdarahan pervaginam dan syok. Selain itu timbul juga tanda dan gejala meliputi : Rubor (kemerahan), kalor (demam setempat) akibat vasodilatasi dan pembengkakan karena eksudasi. Ujung syaraf merasa akan terangsang oleh peradangan sehingga terdapat rasa nyeri (dolor). Nyeri dan pembengkakan akan mengakibatkan gangguan faal, dan reaksi umum antara lain berupa sakit kepala, demam dan peningkatan denyut jantung. Gambaran klinis infeksi nifas dapat berupa :

1. Infeksi Lokal

Pembengkakan luka episiotomi, terjadi penanahan, perubahan warna kulit, pengeluaran lochia bercampur nanah, mobilitas terbatas karena rasa nyeri, temperatur badan dapat meningkat.

2. Infeksi Umum

Tampak sakit dan lemah, temperatur meningkat, tekanan darah menurun dan nadi meningkat, pernapasan dapat meningkat dan terasa sesak, kesadaran gelisah sampai menurun dan koma, terjadi gangguan involusi uterus, lochia berbau dan bernanah kotor (Walyani, 2015).

8.4 Etiologi

Pada umumnya disebabkan karena bakteri aerob dan anaerob yaitu : *streptococcus haemolyticus aerobius*, *staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *clostridium tetani*, *clostridium welchii*, *chlamydia*, *gonococci*, *enterococcus*, *peptococcus*, *peptostreptococcus* dan *klabsella pneumonia*. Faktor penyebab infeksi masa nifas yaitu :

1. Persalinan lama, khususnya dengan kasus pecah ketuban terlebih dahulu.
2. Pecah ketuban sudah lama sebelum persalinan.
3. Pemeriksaan vagina berulang-ulang selama persalinan, khususnya untuk kasus pecah ketuban.
4. Teknik aseptik tidak sempurna.
5. Tidak memperhatikan teknik cuci tangan.
6. Manipulasi intrauteri (misal: eksplorasi uteri, pengeluaran plasenta manual).
7. Trauma jaringan yang luas atau luka terbuka seperti laserasi yang tidak diperbaiki.
8. Hematoma
9. Hemoragia, khususnya jika kehilangan darah lebih dari 1.000 ml.
10. Persalinan dengan tindakan operatif, terutama persalinan melalui SC.
11. Retensi sisa plasenta atau membran janin.
12. Perawatan perineum tidak memadai.
13. Infeksi vagina atau serviks yang tidak ditangani.

8.5 Faktor predisposisi

Beberapa faktor dalam kehamilan atau persalinan yang dapat menyebabkan infeksi pascapersalinan antara lain :

1. Anemia
Kekurangan sel-sel darah merah akan meningkatkan kemungkinan infeksi. Hal ini juga terjadi pada ibu yang kurang nutrisi sehingga respon sel darah putih kurang untuk menghambat masuknya bakteri.
2. Ketuban pecah dini
Keluarnya cairan ketuban sebelum waktunya persalinan menjadi jembatan masuknya kuman ke organ genital.

3. Trauma persalinan
Pembedahan, perlukaan atau robekan menjadi tempat masuknya kuman pathogen, seperti operasi.
4. Kontaminasi bakteri
Bakteri yang sudah ada dalam vagina atau servik dapat terbawa ke rongga rahim. Selain itu, pemasangan alat selama proses pemeriksaan vagina atau saat dilakukan tindakan persalinan dapat menjadi salah satu jalan masuk bakteri. Tentunya, jika peralatan tersebut tidak terjamin sterilisasinya.
5. Kehilangan darah
Trauma yang menimbulkan perdarahan dan tindakan manipulasi yang berkaitan dengan pengendalian pendarahan bersama perbaikan jaringan luka, merupakan faktor yang dapat menjadi jalannya masuk kuman (Bakhtawar *et al.*, 2020).

8.6 Patofisiologi

Reaksi tubuh dapat berupa reaksi lokal dan dapat pula terjadi reaksi umum. Pada infeksi dengan reaksi umum akan melibatkan syaraf dan metabolik pada saat itu terjadi reaksi ringan limforetikularis diseluruh tubuh, berupa proliferasi sel fagosit dan sel pembuat antibodi (limfosit B). Kemudian reaksi lokal yang disebut inflamasi akut, reaksi ini terus berlangsung selama menjadi proses pengrusakan jaringan oleh trauma. Bila penyebab pengrusakan jaringan bisa diberantas, maka sisa jaringan yang rusak disebut debris akan difagositosis dan dibuang oleh tubuh sampai terjadi resolusi dan kesembuhan. Bila trauma berlebihan, reaksi sel fagosit kadang berlebihan sehingga debris yang berlebihan terkumpul dalam suatu rongga membentuk abses atau berkumpul di jaringan tubuh yang lain membentuk flegman (peradangan yang luas di jaringan ikat).

8.7 Jenis – jenis infeksi masa nifas

A. Infeksi pada perineum, vulva, vagina, serviks dan endometrium

Gejala berupa rasa nyeri dan panas pada tempat infeksi dan kadang-kadang perih bila buang air kecil. Bila pus dapat keluar, biasanya keadaannya tidak berat, suhu $\pm 38^{\circ}\text{C}$ dan nadi dibawah 100 x/menit. Bila luka tertutup oleh jahitan dan pus tidak dapat keluar, menyebabkan demam mencapai $39-40^{\circ}\text{C}$ dengan disertai menggigil.

1. Vulvitis

Vulvitis adalah peradangan di vulva yang ditandai dengan rasa gatal dan perih di area vulva. Vulvitis pada ibu nifas bisa terjadi karena adanya infeksi bekas luka episiotomi atau luka perineum, jaringan sekitarnya membengkak, tepi luka menjadi merah dan bengkak, jahitan mudah terlepas dan luka yang terbuka menjadi ulkus dan mengeluarkan pus.

2. Vaginitis

Vaginitis merupakan infeksi yang terjadi pada daerah vagina. Infeksi vagina dapat terjadi secara langsung pada luka vagina atau luka perineum. Permukaan mukosa bengkak dan kemerahan, terjadi ulkus dan getah mengandung nanah yang keluar dari daerah ulkus. Penyebaran infeksi dapat terjadi, tetapi pada umumnya lokasi penyebarannya terbatas.

3. Servisititis

Servitis adalah peradangan pada serviks atau leher rahim. Infeksi serviks juga sering terjadi, akan tetapi biasanya tidak menimbulkan banyak gejala. Luka serviks yang dalam, meluas dan langsung ke dasar ligamentum latum dapat menyebabkan infeksi yang menjalar ke parametrium.

4. Endometritis

Endometritis paling sering terjadi. Biasanya demam dimulai pada 48 jam postpartum dan bersifat naik turun. Kuman-kuman memasuki endometrium (biasanya pada luka insersio plasenta) dalam waktu singkat dapat menyebar keseluruh endometrium. Pada infeksi setempat radang terbatas pada endometrium. Jaringan desidua bersama bekuan darah menjadi nekrosis dan mengeluarkan getah berbau yang terdiri atas keping-keping nekrotis dan cairan. Pada infeksi yang lebih berat batas endometrium dapat dilampaui dan terjadilah penyebaran.

B. Infeksi nifas dengan penyebarannya melalui pembuluh darah

Infeksi nifas yang penyebarannya melalui pembuluh darah adalah septikemia, piemia dan tromboflebitis. Infeksi ini merupakan infeksi umum yang disebabkan oleh kuman pathogen streptococcus hemolitikus golongan A. infeksi ini sangat berbahaya dan merupakan 50 % dari semua kematian karena infeksi.

1. Septikemia

Septikemia adalah keadaan dimana kuman-kuman yang ada di uterus langsung masuk ke peredaran darah dan menyebabkan infeksi. Adanya septikemia dapat dibuktikan dengan jalan pembiakan kuman-kuman dari darah. Gejala klinis septikemia lebih akut, seperti : pasien kelihatan sudah sakit dan lemah sejak awal, keadaan umum memburuk, menggigil, nadi cepat 140-160 x/menit atau lebih, suhu meningkat $\pm 39-40^{\circ}\text{C}$, tekanan darah menurun, sesak nafas, kesadaran menurun dan gelisah. Penderita dapat meninggal dalam 6-7 hari postpartum. Adanya septikemia dapat

dibuktikan dengan jalan pembiakan kuman-kuman dari darah (Saifudin A, 2014).

2. Piemia

Piemia dimulai dengan tromboflebitis vena-vena di uterus serta sinus-sinus pada bekas implantasi plasenta. Tromboflebitis ini menjalar ke vena uterine, vena hipogastrika dan vena ovari. Dari tempat trombus tersebut embolus kecil yang mengandung kuman dilepaskan. Setiap kali dilepaskan, embolus masuk ke dalam peredaran darah umum dan dibawa oleh aliran darah ke tempat-tempat lain, diantaranya : paru-paru, ginjal, otak, jantung dan mengakibatkan terjadinya abses ditempat tersebut. Keadaan ini dinamakan piemia (saifudin, 2016).

3. Tromboflebitis

Tromboflebitis adalah penjaran infeksi melalui vena. Kondisi ini sering terjadi dan menyebabkan kematian. Dua golongan vena yang memegang peranan yaitu :

- Vena dinding rahim ligamentum latum (vena ovarika, vena uterine dan vena hipogastrika) atau disebut tromboflebitis pelviks. Pada tromboflebitis pelvik bagian yang paling sering meradang adalah vena ovarika, karena vena ini mengalirkan darah dari luka bekas plasenta. Penjarannya yaitu dari vena ovarika kiri ke vena renalis, vena ovarika kanan ke kava inferior.
- Vena tungkai (vena femoralis, poplitea, dan saphena) atau disebut tromboflebitis femoralis. Pada tromboflebitis femoralis merupakan bagian dari tromboflebitis vena saphena magna atau peradangan vena femoralis sendiri. Penjaran tromboflebitis vena terin disebabkan oleh

parametritis tromboflebitis pada vena femoralis mungkin terjadi karena aliran darah lambat di daerah lipat paha karena vena tertekan ligamentum inguinale.

- Gejala klinis tromboflebitis femoralis adalah terjadi edema tungkai yang mulai pada jari kaki dan naik ke kaki, betis dan paha. Biasanya hanya 1 kaki yang bengkak tapi kadang keduanya. Penyakit ini dikenal dengan phlegmasia alba dolens (radang yang putih dan nyeri).

C. Infeksi nifas yang penyebarannya melalui limfe

Infeksi nifas dengan penyebarannya melalui limfe yaitu : peritonitis dan parametritis (sellulitis pelvika).

1. Peritonitis

Peritonitis menyerang pada daerah pelvis (pelvio peritonitis). Gejala klinis meliputi : demam, nyeri perut bagian bawah, suhu meningkat, nadi cepat, perut kembung dan nyeri, terdapat abses pada cavum douglas, defense muscualir, fasies hypocratica. Peritonitis umum dapat menyebabkan kematian 33 % dari seluruh kematian karena infeksi.

2. Parametritis (sellulitis pelvika)

Parametritis adalah peradangan pada parametrium atau infeksi jaringan pelvis yang dapat terjadi dari beberapa sebab :

- a. Dari servitis atau endometriosis dan menyebar melalui pembuluh limfe.
- b. Langsung meluas dari servitis ke dasar ligamentum sampai ke parametrium.
- c. Sekunder dari tromboflebitis pelvika. Proses ini dapat terjadi hanya pada ligamentum latum atau menyebar ke ekstraperitoneal. Gejala klinis

parametritis yaitu nyeri saat dilakukan pemeriksaan dalam, demam tinggi yang menetap, nadi cepat, nyeri perut, terbentuknya infiltrate dan terkadang dapat menjadi abses.

D. Infeksi nifas dengan penyebarannya melalui permukaan endometrium

Infeksi nifas dengan penyebaran melalui permukaan endometrium adalah salpingitis dan oofaritis. Salpingitis adalah peradangan dari adneksa. Terdiri dari salpingitis akut dan kronik. Gejala salpingitis dan oofaritis hampir sama dengan gejala pelvio peritonitis (Anik Maryuni, 2013).

E. Infeksi saluran kemih

Infeksi saluran kemih (ISK) terjadi pada 10 % wanita hamil. Pasien yang sebelumnya mengalami ISK memiliki kecenderungan mengidap ISK berulang di masa kehamilannya. Predisposisi terjadinya ISK yaitu, servisititis, vaginitis, obstruksi ureter yang flaksid, refluks vesicoureteral dan trauma lahir yang disebabkan oleh bakteri *escherchia coli*. Bakteriuria asimptomatik terjadi pada sekitar 5% sampai 15% wanita hamil. Jika tidak diobati akan terjadi pielonefritis kira-kira 30% pada wanita hamil. Kelahiran dan persalinan prematur juga dapat lebih sering terjadi.

Biakan dan tes sensitivitas urine harus dilakukan di awal kehamilan, lebih baik pada kunjungan pertama, spesimen diambil dari urin yang diperoleh dengan cara bersih. Jika didiagnosis adanya infeksi, pengobatan akan dilakukan dengan memberikan antibiotik yang sesuai selama dua sampai tiga minggu, disertai peningkatan asupan air dan obat antispasmodik traktus urinarius.

F. Mastitis dan abses payudara

Mastitis atau infeksi payudara adalah peradangan di jaringan payudara. kondisi ini umumnya terjadi pada ibu menyusui, terutama pada 6-12 minggu pertama setelah persalinan. Mastitis biasanya menyerang salah satu payudara, tetapi tidak menutup kemungkinan terjadi pada kedua payudara. Radang kelenjar susu ini menyebabkan penderitanya sulit menyusui sehingga aktivitas menyusuinya menjadi terhambat atau terhenti. Bakteri yang menyebabkan mastitis yaitu *S. aureus*, *streptococci* dan *H. parainfluenzae*. Tanda gejala mastitis meliputi : peningkatan suhu yang cepat dari 39,5 °C sampai 40°C, nadi cepat, menggigil, malaise umum, sakit kepala, nyeri hebat, bengkak, inflamasi area payudara dan teraba keras (Cusack dan Brennan, 2011).

8.8 Pencegahan infeksi masa nifas

A. Pada masa kehamilan

1. Mengurangi atau mencegah faktor predisposisi seperti anemia, malnutrisi dan kelelahan serta mengobati penyakit yang diderita ibu.
2. Melakukan pemeriksaan dalam jika ada indikasi.
3. Sebaiknya menghindari atau mengurangi koitus pada hamil aterm dan dilakukan dengan hati-hati karena dapat menyebabkan pecahnya air ketuban. Jika ketuban sudah pecah akan mudah terjadinya infeksi.

B. Saat persalinan

Upaya pencegahan dengan membatasi semaksimal mungkin masuknya kuman atau bakteri ke dalam jalan lahir, meliputi :

1. Hindari persalinan terlalu lama dan ketuban pecah dalam waktu yang lama .

2. Meminimalisir trauma persalinan.
3. Membersihkan, menjahit dan menjaga sterilitas pada luka jalan lahir dengan tindakan persalinan normal maupun sectio caesaria.
4. Mencegah terjadinya perdarahan, bila terjadi perdarahan segera lakukan transfusi darah.
5. Semua petugas harus menggunakan masker, petugas yang mengalami infeksi pernafasan tidak diperbolehkan masuk ke ruang bersalin.
6. Alat dan bahan yang digunakan untuk proses persalinan dilakukan sterilisasi.
7. Hindari melakukan pemeriksaan dalam berulang, lakukan jika ada indikasi dan jaga kesterilan saat melakukan pemeriksaan dalam.

C. Selama masa nifas

1. Melakukan perawatan luka dengan baik dan peralatan dan bahan untuk perawatan luka harus steril.
2. Pasien dengan infeksi nifas sebaiknya diisolasi dalam ruangan khusus, tidak digabung dengan pasien nifas normal.
3. Pada hari pertama hendaknya pengunjung dari luar dibatasi sedikit mungkin (Walyani, 2015).

8.9 Penatalaksanaan infeksi nifas secara umum

Dalam pengobatan infeksi nifas, antibiotik memiliki peranan yang sangat penting. Antibiotik yang paling baik adalah yang mempunyai khasiat yang efektif terhadap kuman penyebab infeksi pada masa nifas. Sebelum terapi dimulai, dilakukan uji kepekaan untuk mendapatkan antibiotik yang tepat. Karena pemeriksaan ini memerlukan waktu, maka pengobatan perlu dimulai tanpa menunggu hasilnya. Dapat diberikan terapi penicillin dalam dosis tinggi atau antibiotika

dengan spektrum luas (*broad spectrum antibiotics*) seperti ampicillin, dll. Setelah hasil uji kepekaan dapat diketahui maka pengobatan yang paling sesuai dapat dilakukan. Selain pemberian antibiotik, tindakan untuk meningkatkan daya tahan tubuh tetap perlu dilakukan. Perawatan yang baik dan pemberian makanan yang mengandung zat-zat yang diperlukan yang baik dan tepat dengan keadaan penderita dapat diberikan. Bila perlu lakukan transfusi darah.

8.10 Penatalaksanaan infeksi nifas berdasarkan diagnose

A. Penatalaksanaan infeksi pada perineum, vulva, vagina, serviks dan endometrium

Luka yang terinfeksi seperti halnya luka bedah yang terinfeksi lainnya, harus diatasi dengan pemasangan drainase. Salah satu terapi kombinasi antibiotik berspektrum luas harus diberikan. Rasa nyeri diringankan dengan penggunaan preparate analgesik yang efektif dan bila terjadi retensi urine, pemasangan *indwelling catheter* harus dilakukan.

1. Penatalaksanaan endometritis

Pengobatan endometritis melibatkan terapi intravena dengan antibiotik spektrum luas. Kombinasi yang paling umum digunakan adalah klindamisin dan gentamisin, yang memiliki keefektifan 95%. Karena banyak infeksi enterococcal tidak responsif pada terapi awal ini, ampicillin sering ditambahkan baik pada awal atau setelah 48 sampai 72 jam, jika respon klinis buruk. Regimen antibiotik lain melibatkan spektrum luas penisilin β -laktamase inhibitor atau kombinasi sefalosporin spektrum yang lebih luas.

Pada lebih dari 90% wanita, regimen antibiotik spektrum luas menyebabkan peningkatan dalam

waktu 48 sampai 72 jam. Namun, jika tidak ada perbaikan terlihat dalam waktu 72 jam, dari beberapa studi umumnya harus dilakukan untuk mencari timbunan cairan dan pembedahan pada area inflamasi. Endometritis memiliki potensi untuk menghasilkan morbiditas infeksi yang lebih parah, yang sering terwujud dalam bentuk demam persisten. Peritonitis umum dapat terjadi akibat komplikasi endometritis oleh kerusakan dan kematian jaringan uterus.

Pada wanita yang mengalami endometritis setelah melahirkan secara sesar, timbulnya selulitis parametrium phlegmon dalam ligamentum uteri dapat menyebabkan demam persisten. Kadang - kadang, sebuah parametrium phlegmon yang bernanah mungkin menyebabkan abses panggul, sehingga membutuhkan drainase langsung atau dipandu berdasarkan tomography. Jika abses pecah, peritonitis berkembang dan gejala awal adalah dari ileus adinamik. Akhirnya, infeksi panggul postpartum dapat menyebar sepanjang saluran vena, menyebabkan trombosis dan menyebabkan septik tromboflebitis pelvis. Terapi yang baik dengan terus memberikan antibiotik spektrum luas (Maternity D, Yantina Y, 2016).

B. Penatalaksanaan infeksi nifas dengan penyebarannya melalui pembuluh darah

1. Penatalaksanaan septikemia dan piemia (kolaborasi dengan dokter)
 - Pemberian antibiotik harus segera dimulai dalam 6 jam pertama terjadinya sepsis, atau bahkan lebih cepat. Dokter akan memberikan antibiotik spektrum luas dengan suntikan intravena.

- Apabila tekanan darah pasien tetap rendah meski telah mendapatkan infus cairan tubuh, dokter dapat memberikan obat penopang tekanan darah jenis *vasopressor*. Obat ini dapat menyempitkan saluran darah guna meningkatkan tekanan darah.
- Pemberian oksigen dilakukan untuk menjaga kadar oksigen dalam darah pasien.
- Cairan intravena (infus) bertujuan menjaga keseimbangan elektrolit dalam tubuh pasien dan mencegah dehidrasi.
- Perawatan suportif dilakukan untuk mengatasi gejala yang disebabkan oleh sepsis, yaitu : pemberian kortikosteroid, pemberian insulin untuk menjaga kadar gula darah.
- Pemberian alat bantu nafas seperti mesin ventilator
- Dialysis atau cuci darah.

2. Penatalaksanaan tromboflebitis

Pengobatan tromboflebitis ini bertujuan untuk meningkatkan kenyamanan pasien dan mencegah tromboflebitis superfisial yang melibatkan vena dalam sehingga dapat menyebabkan kerusakan katup vena dan vena kronis, serta emboli paru berulang (PE) dan peningkatan risiko kematian.

a. Rawat inap

Penderita tirah baring untuk pemantauan gejala penyakit dan mencegah terjadi emboli pulmonum.

b. Terapi medik

Pemberian antibiotik dan heparin jika terdapat tanda-tanda atau dugaan ada emboli pulmonum.

c. Terapi operatif

Pengikatan vena kava inferior dan vena ovarika jika emboli septik terus berlangsung sampai

mencapai paru-paru meskipun sedang dilakukan heparinisasi.

C. Infeksi nifas yang penyebarannya melalui limfe

1. Penatalaksanaan peritonitis

- a) Lakukan pemasangan selang nasogastrik bila perut kembung akibat ileus.
- b) Berikan infus (NaCL atau Ringer laktat) sebanyak 3000 ml.
- c) Berikan antibiotika sehingga bebas panas selama 24 jam. Ampisilin 2 g IV, kemudian 1 g setiap 6 jam ditambah Gentamisin 5 mg/kg berat badan IV dosis tunggal/hari dan Metronidazol 500 mg IV setiap 8 jam.
- d) Laparotomi diperlukan untuk pembersihan perut (peritoneal lavage) bila terdapat kantong abses.

2. Penatalaksanaan parametritis (sellulitis pelvika)

- a. Berikan antibiotik berspektrum luas (penicillin, ampicillin) dalam dosis yang tinggi.
- b. Berikan gentamicin dan metronidazole.
- c. Berikan obat pereda nyeri seperti pethidine 50-100 mg IM setiap 6 jam.
- d. Untuk peningkatan daya tahan tubuh, berikan makanan yang mengandung zat-zat yang diperlukan.
- e. Jika terjadi abses, abses harus dibuka dengan menjaga agar pus tidak masuk ke dalam rongga peritonium dan pembuluh darah yang agak besar dan tidak sampai dilukai. Jika tidak ditemukan abses, lakukan pembukaan tumor dan drainase karena selalu ada bahaya abses mencari jalan ke jaringan tubuh lain.

D. Penatalaksanaan infeksi nifas dengan penyebarannya melalui permukaan endometrium

1. Penatalaksanaan Salpingitis dan oofaritis

Penatalaksanaan salpingitis memerlukan antibiotik empiris spektrum luas, baik peroral maupun parenteral. Umumnya pasien salpingitis dapat dilakukan terapi rawat jalan, dan tidak berbeda dengan terapi penyakit radang panggul (PID) (Kemenkes, 2013).

2. Penatalaksanaan infeksi yang terjadi pada payudara

1) Penatalaksanaan mastitis

Pengobatan mastitis harus ditargetkan terhadap bakteri penyebab bila memungkinkan, tetapi dalam situasi akut, pengobatan dimulai berdasarkan data kawanan dan pengalaman pribadi. Kecepatan dan diagnosis penilaian bakteriologis akan memfasilitasi pemilihan antimikroba yang paling sesuai.

Hasil penelitian yang dilakukan di Oman menemukan bahwa preparat topikal dari bahan kurkumin memberikan efek menguntungkan pada nyeri, eritema dan ketegangan dari payudara pada ibu yang mengalami mastitis pada masa laktasi. Ini membuktikan bahwa kurkumin berpotensi sebagai agen anti-inflmmatory untuk mengendalikan kulit dan jaringan lunak yang mengalami inflammations bahkan pada dosis rendah dengan penggunaan topikal. Hasil penelitian serupa dengan menggunakan ekstrak etanol kunyit ("*Curcuma longa*") serta salep kurkumin (bahan aktif) dapat mengurangi gejala-gejala yang luar biasa yang diamati pada pasien dengan lesi kanker eksternal.

Sekitar 90% dari kasus dapat mengurangi bau dan 100% mengurangi keluhan gatal. Sejumlah kecil pasien (10%) memiliki pengurangan ukuran lesi dan nyeri. Hanya 1 kasus dari 62 pasien memiliki reaksi tersebut. Di sisi lain, penggunaan oral kurkumin telah dipelajari dengan baik oleh para peneliti yang berbeda. (Cusack dan Brennan, 2011).

- 2) Penatalaksanaan abses payudara
 - a. Diperlukan anastesi umum
 - b. Insisi radial dari tengah dekat pinggir areola, ke pinggir supaya tidak memotong saluran ASI.
 - c. Pecahkan kantung pus dengan klem jaringan (*pean*) atau jari tangan.
 - d. Pasang tampon dan drain, diangkat setelah 24 jam
 - e. Berikan kloksasilin 500 mg setiap 6 jam selama 10 hari.
 - f. Sangga payudara
 - g. Kompres dingin
 - h. Bila diperlukan berikan Parasetamol 500 mg per oral setiap 4 jam.
 - i. Ibu dianjurkan memberikan ASI walaupun ada pus.
 - j. Lakukan *follow up* setelah pemberian pengobatan selama 3 hari (Cusack dan Brennan, 2011).

DAFTAR PUSTAKA

- Anik Maryuni, E.P. 2013. *Asuhan kegawatdaruratan maternal dan neonatal*. Diedit oleh T. Ismail. Jakarta: Trans Info Media.
- Bakhtawar, S. *et al.* 2020. "Risk factors for postpartum sepsis: A nested case-control study," *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), hal. 1–7. doi:10.1186/s12884-020-02991-z.
- Cusack, L. dan Brennan, M. 2011. "Lactational mastitis and breast abscess diagnosis and management in general practice. reprinted from australian family physician.," *clinical*, 40(12).
- Eny Retna Ambarwati, D.W. 2015. *Asuhan Kebidanan Nifas*. 5 ed. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Kemenkes. 2013. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. 2022. *Profil Kesehatan Indonesia 2022*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Maternity D, Yantina Y, D.R. 2016. *Asuhan Kebidanan Patologis*. Diedit oleh D.L. Saputra. Tangerang: Binarupa Aksara.
- Reichenbach, A. *et al.* 2019. "World health Statistic," *Progress in Retinal and Eye Research*, 561(3), hal. S2–S3.
- Saifudin A. 2014. *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. 1 ed. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Walyani, E.S. 2015. *Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Yogyakarta: Pustaka Baru.

BAB 9

MANAGING ECLAMPSIA

Oleh Ni Wayan Armini

9.1 Pendahuluan

Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia masih tinggi, belum sesuai harapan. Data SDKI menunjukkan AKI tahun 2015 masih berada pada angka 305/100000 kelahiran hidup, memang menurun sedikit dari tahun 2012 yaitu 359/100.000 kelahiran hidup. Penurunannya belum bermakna dan tidak linier dengan penambahan jumlah tenaga kesehatan termasuk dokter spesialis kandungan dan bidan, termasuk dengan bertambahnya sarana prasarana kesehatan berupa pusat pelayanan kesehatan dan laboratorium (Bardja, S 2020).

Penyebab klasik dari kematian ibu masih berupa perdarahan, dan hipertensi (preeklampsia dan eklampsia). Khusus dengan penyebab perdarahan, harapannya dengan berkembangnya peralatan dan fasilitas laboatoratorium serta teknologi preventif, tidak boleh ada pasien yang meninggal karena perdarahan (Wiknjosastro, 2005). Demikian pula dengan kejadian preeklampsia dan eklampsia, ke depannya ditemukan teknologi prevention yang lebih baik, mungkin dari segi deteksi dini, mungkin pula dari obat-obatan. Penyebab PE dan eklampsia belum diketahui jelas hanya diketahui faktor predisposisi (Sudarman et *al.*, 2021).

Berdasarkan data RISKESDAS 2018, bahwa persalinan lebih banyak dilakukan di Praktik Mandiri Bidan (PMB) yaitu 29%, selanjutnya di RS Swasta 18%, di rumah 16%, RS Pemerintah 15%, Puskesmas/pustu 12%, sisanya di klinik, poskesdes dan praktik dokter. Dengan demikian bidan perlu

ditingkatkan kompetensinya dalam melakukan deteksi dini, penanganan kegawatdaruratan, serta rujukan (Kemenkes, 2020).

9.2 Preeklampsia

Kejadian preeklampsia adalah 5-10% kehamilan, yang berarti dari 10 kehamilan 1 yang mengalami preeklampsia. Preeklampsia ini merupakan penyebab kematian ibu di seluruh dunia sebanyak 14%, setara dengan 70.000-80.000 kematian ibu dalam kurun waktu setahun. Kematian bayi lebih banyak lagi yaitu 500.000/tahun oleh karena preeklampsia menyebabkan bayi lahir premature dan BBLR. Padahal 90% kasus kematian ibu dapat diprediksi dan dapat dicegah. Disamping akibat jangka pendek, preeklampsia juga membawa dampak jangka Panjang dimana bayi-bayi yang dilahirkan dari ibu yang mengalami preeklampsia cenderung mengalami hambatan pertumbuhan dan perkembangan, serta kemungkinan terjadi peningkatan pengidap penyakit generative seperti kardiovaskuler, dan penyakit metabolik (Sudarman *et al.*, 2021).

Dalam sistematik review jurnal internasional, oleh Giannakou, et al (2020) menyebutkan bahwa dampak pada ibu dengan riwayat preeklampsia, cenderung akan mengalami penyakit kardiovaskuler dan penyakit metabolik, seperti diabetes, dislipidemia (Giannakou *et al.*, 2020).

Klasifikasi hipertensi dalam kehamilan menurut *International Society of Study Hypertensi of Pregnancy* 2018, dalam Khairani (2018), sebagai berikut:

1. Hipertensi yang terjadi sebelum hamil atau sebelum kehamilan berusia 20 minggu, dibagi lagi menjadi:
 - a. Hipertensi kronis yaitu hipertensi yang sudah terjadi sejak sebelum kehamilan. Hipertensi kronis ini ada

- yang sudah mengalami kerusakan organ maupun yang belum.
- b. *White coat hypertension* yaitu seseorang yang mengalami hipertensi ketika diperiksa oleh petugas kesehatan
 - c. *Masked hypertension* merupakan kebalikan dari white coat yaitu seseorang mengalami hipertensi ketika ada di rumah, namun di fasilitas kesehatan tidak.
2. Hipertensi yang terjadi setelah umur kehamilan 20 minggu, dibagi lagi menjadi:
- a. *Transient gestational hypertension* yaitu seseorang kadang mengalami hipertensi, kadang pula tidak.
 - b. *Hypertensi gestional* yaitu hipertensi yang terjadi sejak hamil dan menurun kalau sudah melahirkan
 - d. Preeklampsia, selanjutnya bisa menjadi preeklampsia dengan gejala berat, superimposed, eklampsia, dan HELLP syndrom. Preeklampsia dapat dibagi lagi menjadi *early onset* dan *late onset*. *Early onset* penyebabnya dari placenta, namun *late onset* penyebabnya dari maternal.
- (Khairani, 2018)

Kriteria Preeklampsia

Tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg pada usia kehamilan >20 minggu dan mengalami proteinuria ATAU mengalami gangguan organ maternal (trombositopenia, gangguan ginjal, liver, neurologis, hematologis dan edema paru) ATAU mengalami gangguan uteroplasenta (gangguan pertumbuhan janin, kematian janin, gangguan dopler arteri uterina) (Bouter & Duvekot, 2020; Hall, 2018).

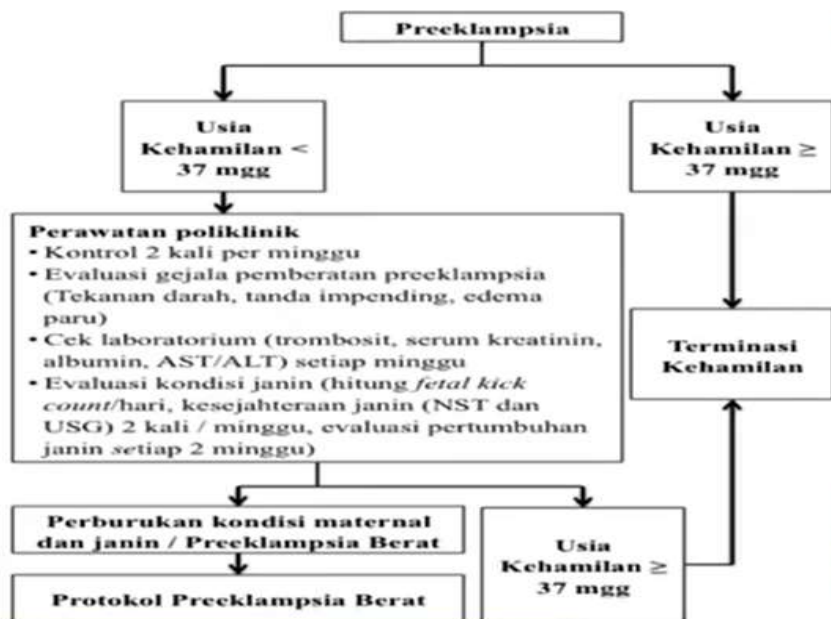
Tidak ada lagi istilah preeklampsia ringan, yang ada hanya preeklampsia tanpa gambaran berat serta preeklampsia dengan gambaran berat meliputi Tekanan darah lebih dari

160/110 mmHg, trombocytopenia, gangguan fungsi liver (nyeri ulu hati), insifisiensi renal, edema paru, nyeri kepala hebat, atau gangguan penglihatan. Kalau ditambah kejang berarti pasien mengalami eklampsia (Bouter & Duvekot, 2020; Hall, 2018).

Tata Laksana Hipertensi

1. Jika tekanan darah 140/90-160/110 mmHg, maka direkomendasikan pemberian terapi antihipertensi untuk mencegah hipertensi berat dan komplikasinya berupa oral methildopa, nifedipine, labetolol, oxpronolol dan hydralazine.
2. Jika tekanan darah lebih dari 160/110 mmHg, maka direkomendasikan untuk pemberian urgen antihipertensi dengan pilihan obat oral nifedipine, IV labetolol atau hydralazine.

Target yang ingin dicapai dalam tatalaksana tersebut adalah tekanan darah diastolik mencapai kurang dari 86 mmHg atau sistolik kurang dari 160 mmHg atau 110-140 mmHg. Obat hipertensi harus dikurangi atau dihentikan jika tekanan darah diatoliknya mencapai kurang dari 86 mmHg.





Gambar 9.1. Algoritma Tata Laksana Preeklampsia
(Sumber : (Prawirohardjo, 2017))

9.2.1 Alur Penanganan Preeklampsia-Eklampsia

Skrining PE sudah dimulai sejak usia kehamilan 16-24 minggu yaitu 1) umur , riwayat hipertensi kronis, DM, penyakit ginjal, penyakit jantung, 2) Body mass indeks (BMI), 3) MAP (mean arterial pressure), 4) ROT (Roll Over Test)

Mean Arterial Pressure (MAP)

Pengukuran tekanan darah bertujuan untuk mengukur kondisi jantung dalam memompa darah yaitu sistolik dan diastolik. Tekanan sistolik terjadi saat ventrikel kontraksi (normalnya 120 mmHg). Tekanan diastolik terjadi saat ventrikel relaksasi (normalnya 80 mmHg). Perbedaan tekanan sistolik dan tekanan diastolik disebut Pulse Pressure (tekanan nadi). Jadi *Mean Arterial Pressure* (MAP) adalah tekanan darah arteri rata-rata, dengan sebuah rumus yaitu:

$$\text{MAP} = (S + 2D) / 3$$

Keterangan:

MAP : Mean Arterial Pressure

S : tekanan darah sistolik

D : tekanan darah diastolik

Nilai normal MAP adalah 70-90 mmHg. Nilai MAP yang tinggi menandakan adanya stress pada jantung, sehingga berisiko terkena penyakit jantung, gangguan pembekuan darah dan stroke. Sedangkan kalau MAP di bawah 60 mmHg mengindikasikan bahwa organ vital tidak mendapatkan nutrisi yang optimal, hingga akhirnya mengalami kematian sel dan sistem organ (Marwang, 2021; Suprihatin & Wuryaningsih, 2019).

Contoh:

Seseorang mempunyai tekanan darah 110/60 mmHg, maka MAP adalah $(110 + (2 \times 60)) / 3$ yaitu 76.6 mmHg.

Roll Over Test (ROT)

Roll over test (ROT) merupakan pengukuran tekanan darah dengan membandingkan tekanan diastolik pada posisi miring maupun telentang. Kalau perbedaannya lebih dari 15 mmHg, maka disebut ROT + dan berisiko terjadi preeklampsia. Pada posisi telentang terjadi tekanan pada vena cava inferior maka terjadi penurunan aliran balik ke jantung sehingga kardiak output menurun. Kemudian penurunan ini menyebabkan terganggunya aliran darah uteroplacenter. Terganggunya aliran ini menyebabkan tubuh berkompensasi untuk meningkatkan tekanan darah. Ibu hamil dengan ROT + mengindikasikan ketidakpekaan terhadap angiotensin II.

Beberapa penelitian menyatakan bahwa skrining ROT tidak memberikan hasil yang signifikan untuk mendeteksi kejadian preeklampsia (Tampubolon, PR *et al.*, 2020).

Body Mass Indeks (BMI)

Ibu Hamil dengan IMT lebih dari 30 berisiko mengalami preeklampsia lebih tinggi daripada IMT normal. *Body mass index* dilakukan pada trimester 1 dan trimester 3.

Rumus body mass index yaitu:

$$\text{BMI} = \text{BB} : \text{TB (meter)}^2$$

Keterangan :

BMI : Body mass index
BB : Berat badan dalam kilogram
TB : Tinggi badan dalam meter

Kategori BMI :

Kurang dari 18,5 : underweight

18,5-24,9 : normal

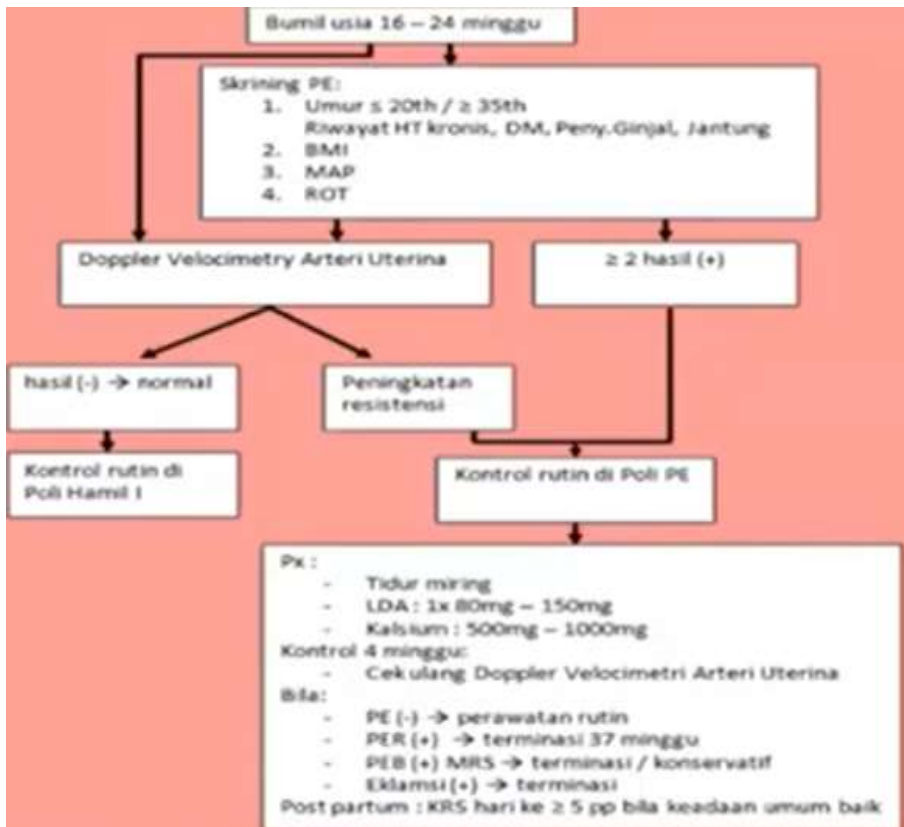
25-29,9 : overweight

Lebih dari 30 : obesitas

Contoh: pasien dengan BB 60 kg, TB 163, jadi perhitungan BMI menjadi 60: $(1,63 \times 1,63) = 22.56$ (IMT Normal)

Faktor risiko kejadian preeklampsia-eklampsia, dibagi menjadi dua yaitu:

1. Risiko tinggi, meliputi riwayat mengalami PE sebelumnya (RR 8,4), kehamilan multipel (RR 2,9), hipertensi kronis (RR 5,1), diabetes mellitus (RR 3,7), penyakit ginjal (RR 2,8) dan penyakit autoimun (RR 2,8).
2. Risiko sedang, meliputi nullipara (RR 2,1), obesitas (BMI > 30, RR 2,8, dan jika BMI > 25 RR 2,1), riwayat PE keluarga (RR 2,4), usia lebih dari 35 tahun (RR 1,2), dan riwayat khusus pasien (RR 1,8).
(Hounkpatin *et al.*, 2021)



Gambar 9.2. Skrining Ibu Hamil
(Sumber : (Prawirohardjo, 2017))

9.2.2 Pemberian Magnesium Sulfat (MgSO₄)

Magnesium sulfat (MgSO₄) merupakan obat pilihan utama untuk pencegahan eklampsia. Magnesium sulfat (MgSO₄) diberikan pada kasus superimposed preeklampsia, PE dengan gambaran berat, dan eklampsia. Tujuan pemberian Mg SO₄ ini adalah mencegah terjadinya kejang pada pasien superimposed preeklampsia dan PE dengan gambaran berat, namun pada pasien eklampsia pemberian Mg SO₄ bertujuan

untuk menghentikan kejang dan mencegah terjadinya kejang berulang.

Sediaan Magnesium sulfat (MgSO_4) ada 2 yaitu dengan konsentrasi 20% dan 40% yang masing-masing kemasannya isinya 25 cc. Magnesium sulfat (MgSO_4) 40%, 1 gramnya adalah 2,5 cc, sedangkan Magnesium sulfat (MgSO_4) 20% 1 gramnya adalah 5 cc.

Teknik pemberian Magnesium sulfat (MgSO_4)

Pasang IVFD RL 500 cc dengan abocath terbesar yang dimiliki, lalu larutkan 10 cc Magnesium sulfat (MgSO_4) 40% dengan 10 cc aquabidest (1:1) dengan spuit 20 cc. Masukkan perlahan-lahan selama 10-15 menit melalui perset/selang infus.

Kemudian sisa Magnesium sulfat (MgSO_4) 40% lagi 15 cc dimasukkan ke dalam IVFD RL dengan tetesan 20-30 tetes/menit (Mansyur, 2020).

Sebelumnya pastikan persyaratan pemberian Magnesium sulfat (MgSO_4) dipenuhi yaitu frekuensi nafas ≥ 16 x/menit, refleks patella (+), dan produksi urine 25 cc/jam dalam 4 jam terakhir (Amalia, 2020).

Hentikan pemberian Magnesium sulfat (MgSO_4) jika refleks patella (-), bradipnea (≤ 16 x/menit), urine ≤ 20 ml/jam.

Setelah diberikan Magnesium sulfat (MgSO_4), lanjut merujuk sambil memberikan nifedifin 10 mg secara oral, bukan sublingual.

9.2.3 Pemberian Low Dose Aspirin (LDA)

Pemberian *Low dose aspirin* terbukti menurunkan resistensi arteri uterina sehingga dapat menurunkan tekanan darah (Rahmi, Agus Sulistyono). Lebih lanjut Adibrata dan Agus Sulistyono tahun 2016-2017 menemukan bahwa dosis 125 mg aspirin lebih baik daripada dosis 81 mg. Penelitian systematik

review menemukan bahwa pemberian aspirin <16 minggu menurunkan secara signifikan risiko PE (RR 0,57), PE Berat (RR 0,47) dan IUGR (RR 0,56), serta memiliki dose response effect. Sedangkan kalau pemberian aspirin di atas 16 minggu hanya menurunkan sedikit risiko PE (RR 0,81), namun tidak menurunkan risiko PE berat dan IUGR, serta tidak memiliki dose-response effect. Aspirin ini bekerja pada stadium dini PE, sehingga kurang efektif kalau diberikan sesudah terjadi PE (Zhang *et al.*, 2022).

9.2.4 Pemberian Kalsium

Pemberian kalsium dosis rendah yaitu kurang dari 1500 mg per hari dengan vitamin D terbukti menurunkan risiko PE (RR 0,38).

Rekomendasi PNPk POGI bahwa suplementasi kalsium minimal 1 g/hari direkomendasikan pada wanita dengan asupan kalsium rendah serta penggunaan aspirin dosis rendah dan suplemen kalsium direkomendasikan untuk prevensi PE pada wanita dengan risiko tinggi (Gustirini, 2019).



Gambar 9.3. Kehamilan Risiko Tinggi PE
(Sumber : (Prawirohardjo, 2017))

9.3 Preeklampsia dan COVID-19

Papageorghiu (2021) memaparkan bahwa manifestasi klinis PE dan COVID-19 hampir sama yaitu kerusakan endotel, peradangan/inflamasi, gangguan imun, kerusakan multiorgan, dan risiko lebih tinggi pada kondisi obesitas dan hipertensi. Kalau kondisi COVID-19 dengan PE akan meningkatkan risiko preterm, kelainan-kelainan pada bayi sehingga meningkatkan morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi (Aulya *et al.*, 2021).

DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, F. F. 2020. Pengaruh Penggunaan Mgso4 Sebagai Terapi Pencegahan Kejang Pada Preeklampsia. *Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan*, 7(1). <https://doi.org/10.33024/jikk.v7i1.2215>
- Aulya, Y., Silawati, V., & Safitri, W. 2021. Analisis Preeklampsia Ibu Hamil pada Masa Pandemi Covid-19 di Puskesmas Sepatan Kabupaten Tangerang Tahun 2021. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 10(2). <https://doi.org/10.36565/jab.v10i2.387>
- Bouter, A. R., & Duvekot, J. J. 2020. Evaluation of the clinical impact of the revised ISSHP and ACOG definitions on preeclampsia. *Pregnancy Hypertension*, 19. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2019.11.011>
- Giannakou, K., Pittara, T., & Lamnisis, D. 2020. Preeclampsia and long-term health outcomes: preliminary results from an umbrella review. *European Journal of Public Health*, 30(Supplement_5). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa166.927>
- Gustirini, R. 2019. Suplementasi Kalsium Pada Ibu Hamil Untuk Mengurangi Insidensi Preeklampsia Di Negara Berkembang. *Jurnal Kebidanan*, 8(2). <https://doi.org/10.26714/jk.8.2.2019.151-160>
- Hall, D. 2018. 432. ISSHP clinical management guidelines 2018 - applications in LMICs. *Pregnancy Hypertension*, 13. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2018.08.033>
- Hounkpatin, O. I., Amidou, S. A., Houehanou, Y. C., Lacroix, P., Preux, P. M., Houinato, D. S., & Bezanahary, H. 2021. Systematic review of observational studies of the impact of cardiovascular risk factors on preeclampsia in sub-saharan Africa. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03566-2>

- Kemenkes. 2020. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019. In *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*.
- Khairani. 2018. Patofisiologi Pre Eklampsia. 15 Mei 2018.
- Mansyur, A. R. 2020. Dampak COVID-19 Terhadap Dinamika Pembelajaran Di Indonesia. *Education and Learning Journal, Vol. 1, No*, 113–123.
- Marwang, S. 2021. Efektifitas Metode Mean Arterial Pressor (MAP) terhadap Deteksi Dini Preeklamsi Pada Ibu Hamil. *Jurnal Ilmiah PANNMED (Pharmacist, Analyst, Nurse, Nutrition, Midwivery, Environment, Dentist)*, 16(1). <https://doi.org/10.36911/pannmed.v16i1.1025>
- Prawirohardjo. 2017. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan. In *Cetakan I*.
- Putri Rahayu Tampubolon, D., Herawati, L., Nursalam, A., & Ernawati, A. 2020. The Role of Mean Arterial Pressure (MAP), Roll Over Test (ROT), and Body mass Index (BMI) in Preeclampsia Screening in Indonesia. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 11(2). <https://doi.org/10.37506/v11/i2/2020/ijphrd/194974>
- Sudarman, ., Tendean, H. M. M., & Wagey, F. W. 2021. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Terjadinya Preeklampsia. *E-CliniC*, 9(1). <https://doi.org/10.35790/ecl.v9i1.31960>
- Suprihatin, E., & Wuryaningsih, S. H. 2019. Prediksi Preeklamsi Secara Dini Melalui Pengukuran Body Mass Index , Mean Arterial Pressure , dan Roll Over Test di Puskesmas Pacar Keling Surabaya. *Prosiding Seminar Nasional Kesehatan*, 1(1).
- Sutiati Bardja. 2020. Faktor Risiko Kejadian Preeklampsia Berat/Eklampsia pada Ibu Hamil. *EMBRIO*, 12(1). <https://doi.org/10.36456/embrio.v12i1.2351>

- Wiknjosastro, H. 2005. *Ilmu Kebidanan*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Zhang, J., Jing, S., Zhang, H., Zhang, J., Xie, H., & Feng, L. 2022. Low-dose aspirin prevents LPS-induced preeclampsia-like phenotype via AQP-1 and the MAPK/ERK 1/2 pathway. *Placenta*, 121. <https://doi.org/10.1016/j.placenta.2022.03.007>

BAB 10

MANAGING INCOMPLETE ABORTION

Oleh Royani Chairiyah

10.1 Pendahuluan

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan bahwa 15-50% kematian ibu terkait dengan aborsi. Menurut statistik WHO, Asia Tenggara memiliki tingkat kematian ibu dan bayi tertinggi di dunia, dan lebih banyak disebabkan oleh aborsi. Ibu yang dinyatakan positif hamil antara 15 dan 40% kasus, dan 60 hingga 75% aborsi terjadi sebelum usia kehamilan 12 minggu, dengan tingkat abortus inkomplit 35,6%. (WHO, 2018)

Menurut statistik Indonesia, ada 600.000-900.000 atau 30 sampai 31,5% dari 6 juta kehamilan setiap tahunan yang mengakibatkan abortus inkomplit, dibandingkan dengan 750.000 sampai 1,5 juta aborsi buatan, dimana 2500 di antaranya mengakibatkan kematian. Secara klinis, sepuluh sampai lima belas persen dari kehamilan yang dikonfirmasi mengakibatkan aborsi. (Risksda, 2018)

Pada kehamilan dibawah 8 minggu hasil konsepsi dikeluarkan seluruhnya, karena villi korealis belum menembus desidua terlalu dalam, sedangkan pada usia kehamilan 8-14 minggu sudah cukup dalam sehingga sebagian akan keluar dan sebagian akan tertinggal. karena itu akan terjadi banyak pendarahan. Sebagian besar aborsi tidak dapat dicegah, terutama jika penyebabnya adalah kelainan kromosom. Namun, beberapa aborsi dapat dihindari melalui perawatan

prenatal dini, penatalaksanaan diabetes dan hipertensi, perlindungan ibu terhadap mikroorganisme infeksius, serta pencegahan dan pengobatan penyakit ibu sebelum kehamilan.(Prawirohardjo, 2010)

10.2 Abortus Inkomplit

Dengan usia kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram, abortus inkomplit terjadi bila sebagian hasil konsepsi sudah keluar rahim sedangkan sebagian lainnya masih di dalam. Pada inspeksi vagina, saluran serviks masih terbuka, dan jaringan dalam rongga rahim teraba atau menonjol di ostium uterus eksternal, menunjukkan bahwa beberapa jaringan hasil konsepsi masih ada di dalam rahim. Pendarahan biasanya masih terjadi; jumlahnya dapat bervariasi berdasarkan jumlah jaringan yang tersisa, membiarkan sebagian dari situs plasenta terbuka dan membiarkan pendarahan berlanjut. (Cunningham, F.G., 2010)

Ketika plasenta sebagian atau seluruhnya terpisah selama aborsi dan ostium uterus membuka, perdarahan dapat terjadi. Hal ini memungkinkan jaringan untuk tetap berada di dalam rahim atau sebagian keluar melalui serviks. Di dalam rahim, masih ada sisa hasil konsepsi. Saluran serviks terbuka selama pemeriksaan vagina, dan jaringan dapat dirasakan di ruang rahim atau kadang-kadang menonjol dari ostium uteri eksternal.(Kementerian Kesehatan Republik Indonesia., 2020)

10.2.1 Faktor Resiko

Sejumlah faktor risiko yang disebabkan oleh beberapa variabel, termasuk faktor janin, ibu, dan ayah. Faktor janin meliputi kelainan yang sering mengakibatkan keguguran spontan, seperti blighted ovula, rusaknya embrio dengan kelainan kromosom, dan perkembangan plasenta yang tidak normal. (hipoplasia trofoblas). Faktor maternal terdiri dari faktor internal yang terdiri dari umur ibu, jumlah paritas, jarak

kehamilan, riwayat aborsi sebelumnya, faktor genetik, faktor anatomi, faktor imunologi, faktor infeksi, faktor penyakit debilitas menahun, faktor hormonal, defek uteri, serviks inkompeten, faktor hematologis, trauma fisik, sedangkan faktor eksternal terdiri dari faktor lingkungan dan penggunaan narkoba, faktor sosial budaya, pendidikan, status ekonomi, pekerjaan, alkohol, dan merokok. Faktor paternal yang dapat menyebabkan abortus spontan adalah adanya translokasi kromosom pada sperma yang mengakibatkan kelainan kromosom pada sperma. (Mutmainnah, Annisa U., 2016)

Sebagian besar penyebab aborsi akibat kelainan janin tidak jelas, tetapi dapat disebabkan oleh penyakit genetik seperti mutasi tunggal, penyakit berbeda, dan kelainan kromosom. (Darmawati., 2011)

10.2.2 Tanda Gejala

Pasien didiagnosis P0A1 dengan abortus inkomplit karena usia kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram dan ditemukan perdarahan pada pasien dan juga sebagian hasil konsepsi masih tertinggal di dalam rahim dimana pada vagina pemeriksaan, saluran serviks masih terbuka dan teraba jaringan di rongga rahim dan menemukan bahwa plasenta tidak bisa lahir (Nurul Azizah, I Putu Fery Immanuel White, 2022)

10.2.3 Penatalaksanaan

1. Kuretase

Pasien-pasien ini menerima misoprostol 400 mcg per vaginam untuk membantu membuka serviks bersamaan dengan rencana kuretase untuk mengangkat hasil konsepsi sepenuhnya.

2. Misoprostol

Pedoman WHO saat ini, yang menyatakan bahwa jika ukuran uterus pada saat pengobatan setara dengan kehamilan dengan usia kehamilan 13 minggu atau kurang, aspirasi vakum atau pengobatan dengan misoprostol direkomendasikan untuk wanita dengan aborsi inkomplit (World Health Organization (WHO), 2012)

Wanita yang memenuhi syarat harus ditawarkan pilihan antara operasi (aspirasi vakum atau pelebaran dan evakuasi) dan metode medis (mifepristone dan misoprostol) aborsi jika memungkinkan (Kapp *et al.*, 2013)

Pasien menerima 400 mikrogram misoprostol per vaginam sebelum kuretase. Awalnya dimaksudkan untuk mengobati tukak lambung, analog misoprostol prostaglandin E1 telah mendapatkan popularitas sebagai obat pemicu persalinan yang potensial karena kemampuannya untuk merangsang pematangan serviks dan kontraktilitas rahim. (Setiadi, Antonius A.P., 2021)

Misoprostol diberikan pada serviks untuk pasien ini karena tidak ada pembukaan dan porsio terasa tebal dan lunak, misoprostol memiliki efek uterotonika dan menyebabkan peningkatan aktivitas kolagenase dan perubahan komposisi proteoglikan yang menyebabkan pelunakan dan penipisan serviks atau menyebabkan dilatasi (Cunningham, F.G., 2010)

Saat diberikan melalui vagina, misoprostol bertahan lebih lama di dalam tubuh dibandingkan saat diminum, di mana jumlah obat masih dapat dideteksi enam jam setelah pemberian. Misoprostol dapat diberikan melalui vagina dengan dosis 400 mcg empat jam sebelum kuretase, yang merupakan dosis yang digunakan pada aborsi trimester pertama. (Wibowo, Aji M.I, 2021)

Penatalaksanaan ekspektatif, pengobatan medis, dan kuretase bedah atau aspirasi vakum merupakan pilihan untuk menangani aborsi inkomplit. Pada pasien ini dilakukan kuretase dengan tujuan menghentikan perdarahan yang terjadi pada keguguran dengan mengeluarkan hasil kehamilan yang gagal. untuk berkembang, menghentikan pendarahan akibat gangguan hormonal dengan membuang selaput rahim, misalnya pada kasus keguguran, juga mencegah rahim bisa berkontraksi karena pembuluh darah di rahim tidak menutup sehingga menyebabkan pendarahan, dan membersihkan sisa jaringan pada dinding rahim yang dapat menjadi tempat kuman berkembang biak dan berkembang menjadi infeksi.(Kurniaty, Dasuki D, 2019)

Diagnosa pasca operasi pada pasien ini adalah POA1 pasca kuretase a/i abortus inkomplit, pengobatan yang diberikan adalah IVFD RL 20 tpm, diberikan antibiotik berupa Cefadroxil sebagai profilaksis/pencegahan infeksi, pemberian Asam Mefenamat sebagai antinyeri, dan methylergometrine yang berguna untuk mencegah dan mengontrol perdarahan setelah pengeluaran janin.(Nurul Azizah, I Putu Fery Immanuel White, 2022)

3. Antibiotik

Antibiotik profilaksis menghasilkan tingkat infeksi aborsi pasca operasi yang lebih rendah.(Kapp *et al.*, 2013)

4. Obat Nyeri

Obat nyeri seperti antiradang nonsteroid harus ditawarkan kepada wanita yang menjalani prosedur aborsi; acetaminophen, bagaimanapun, tidak efektif dalam mengurangi rasa sakit(Kapp *et al.*, 2013)

10.3 Upaya Pencegahan

Tindakan yang diambil untuk menghentikan aborsi adalah metode pencegahan primer, sekunder, dan tersier semuanya dapat digunakan untuk mencegah dalam konteks perawatan kesehatan. Pencegahan primer mengacu pada tindakan yang dilakukan sebelum penyakit, peristiwa, atau masalah terjadi. Perlindungan diri dan peningkatan kesehatan dapat digunakan untuk pencegahan primer. Ketika suatu penyakit bermanifestasi, pencegahan sekunder diterapkan. Fokus pencegahan sekunder adalah deteksi dini dan pengobatan penyakit. Tindakan yang dilakukan untuk memerangi penyakit setelah muncul dan menghentikannya berulang disebut sebagai pencegahan sekunder. (Fitriasari, 2020)

Upaya pencegahan aborsi yang berhubungan dengan kehamilan termasuk dalam pencegahan primer, pencegahan sekunder terjadi selama kehamilan, dan pencegahan tersier terjadi setelah aborsi. Masalah-masalah berikut dapat diatasi melalui rujukan dan fasilitas medis tingkat pertama sebagai bagian dari inisiatif di masyarakat. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia., 2020)

1. Sebelum masa kehamilan

- 1) Pendidikan kesehatan seksual dan reproduksi yang komprehensif diberikan kepada pasangan usia subur agar dapat merencanakan kehamilan, menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, merencanakan kehamilan dengan benar, memahami proses kehamilan, mempertahankan kehamilan, mengenali aborsi dini, dan mengakses layanan berkualitas. Melalui PKK, Puskesmas, kelas ibu hamil, dan inisiatif lainnya, perempuan dewasa dapat memperoleh pendidikan kesehatan reproduksi dan seksual.

- 2) Penyuluhan higiene perorangan untuk menghindari penyakit menular, termasuk penyuluhan bagi perempuan tentang cara menjaga kebersihan diri saat haid.
 - 3) Pelayanan kontrasepsi dan keluarga berencana sehingga calon orang tua dapat memutuskan apakah ingin mempunyai anak atau tidak dan mencegah kelahiran yang tidak diinginkan.
 - 4) Untuk mencegah gangguan pada janin selama kehamilan, perilaku berisiko seperti merokok, minum, dan menggunakan zat terlarang dihindari.
 - 5) Penyuluhan calon mempelai dilakukan bagi pasangan yang akan menikah, antara lain memberikan pendidikan terkait hak-hak seksual dan reproduksi, kebutuhan gizi calon mempelai, kehamilan, persalinan, KB, kekerasan dalam rumah tangga, seksual penyakit menular, kanker reproduksi, dan pemeriksaan kesehatan pranikah.
2. Di masa kehamilan
- 1) Perawatan antenatal berkualitas tinggi menghindari komplikasi kehamilan yang mengakibatkan aborsi. Beberapa hal yang dapat anda lakukan selama hamil : mengikuti kelas ibu, makan makanan yang bergizi (misalnya sayur, ikan, daging, telur, susu), menjaga kebersihan diri terutama area genital dengan tujuan mencegah infeksi yang dapat mengganggu proses kehamilan implantasi, hindari merokok, karena nikotin memiliki efek vasoaktif yang menghambat sirkulasi uteroplasenta, konsumsi tablet tambah darah (TTD) secara teratur.
 - 2) Meningkatkan kewaspadaan terhadap indikator bahaya kehamilan, khususnya perdarahan pada awal kehamilan akibat aborsi. Untuk menurunkan risiko

mortalitas dan morbiditas, wanita harus segera mencari pertolongan medis dan mendapatkan penilaian dan penatalaksanaan yang tepat.

- 3) Pencegahan, deteksi dini dan penanganan kasus kekerasan berbasis gender melalui: pendidikan kesehatan bagi masyarakat untuk menciptakan lingkungan yang melindungi perempuan dan anak dari upaya kekerasan seksual dan reproduksi, baik fisik maupun emosional, melatih tenaga kesehatan untuk mengenali kemungkinan terjadinya kekerasan, dan memberikan pelayanan bagi perempuan yang mengalami kekerasan oleh tenaga terlatih.
- 4) Meningkatkan kesadaran akan risiko yang terkait dengan induksi aborsi yang tidak aman, seperti potensi perdarahan fatal atau akibat infeksi. Secara hukum, korban perkosaan dan mereka yang memiliki keadaan darurat medis dapat menerima layanan induksi aborsi yang aman di institusi medis.

3. Asuhan Pasca abortus

Yang dimaksud dengan "perawatan pasca-aborsi" adalah serangkaian perawatan yang diberikan kepada seorang wanita setelah dia melakukan aborsi, baik karena diprovokasi atau tidak direncanakan. Rentang perawatan pasca-aborsi mencakup semua tahapan proses aborsi, termasuk aborsi awal, tidak lengkap, tidak terjawab, lengkap, dan rumit seperti infeksi dan septik. Selain menyelamatkan nyawa perempuan, perawatan pasca aborsi juga membantu menurunkan angka kematian dan kesakitan ibu. Bagian dari inisiatif kesehatan ibu adalah perawatan pasca aborsi, yang juga merupakan salah satu tugas PONEK/PONEK. Perawatan pasca-aborsi ditawarkan secara menyeluruh dengan pendekatan berorientasi wanita, dengan mempertimbangkan karakteristik fisik,

kebutuhan, kenyamanan, keadaan emosi, keadaan, dan kapasitas pasien untuk mengakses layanan yang dibutuhkan.(Kementerian Kesehatan Republik Indonesia., 2020)

10.4 Layanan Komprehensif

Seorang perempuan yang pernah melakukan aborsi membutuhkan berbagai layanan untuk menangani masalahnya secara komprehensif dari sudut pandang biologis, psikologis, dan sosial. Oleh karena itu, penanganan pasca aborsi yang ditawarkan oleh layanan kesehatan seharusnya tidak hanya berkonsentrasi pada penatalaksanaan medis. Beberapa komponen membentuk layanan perawatan pasca-aborsi yang komprehensif, yang membantu perempuan dalam melaksanakan hak-hak seksual dan reproduksinya, termasuk: (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia., 2020)

- 1) Konseling untuk mengenali dan mengatasi kebutuhan dan masalah wanita pada tingkat fisik, emosional, dan lainnya.
- 2) Penatalaksanaan medis, meliputi penatalaksanaan gawat darurat, pencegahan infeksi, evakuasi produk janin, penatalaksanaan nyeri, dan penatalaksanaan komplikasi, untuk mengobati atau menghindari komplikasi yang mengancam jiwa.
- 3) Pelayanan kontrasepsi atau KB untuk membantu perempuan dalam mengatur dan mengurus kelahirannya.
- 4) Rujukan ke layanan medis lain yang diperlukan, baik di dalam maupun di luar fasilitas medis tempat pasien dirawat, termasuk layanan kesehatan reproduksi.
- 5) Berkolaborasi dengan komunitas dan penyedia layanan lainnya untuk menghentikan kehamilan yang tidak diinginkan dan aborsi yang berisiko, mengorganisir dana untuk membantu perempuan dalam menerima perawatan pasca-aborsi yang berkualitas dan cepat, dan memastikan

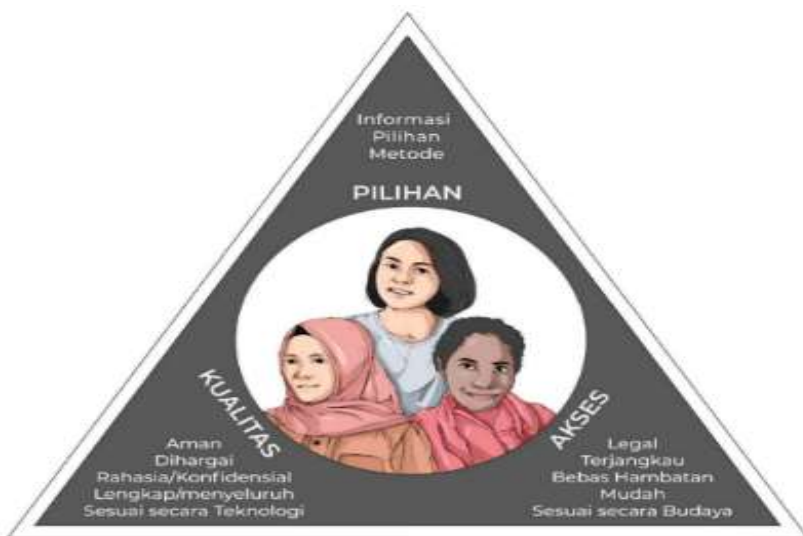
bahwa layanan kesehatan memenuhi kebutuhan dan harapan masyarakat.

10.5 Layanan Berorientasi pada Pasien

Profesional kesehatan harus fokus pada tiga aspek layanan perawatan pasca aborsi yang berorientasi pada perempuan, yaitu pilihan, akses, dan kualitas, ketika memberikan perawatan yang berorientasi pada pasien. Secara umum, ketiga faktor ini juga sejalan dengan tujuh dimensi kualitas Institute of Medicine, yaitu: efektif, aman, berpusat pada pasien, tepat waktu, adil, terintegrasi, dan efisien. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia., 2020)

Profesional kesehatan harus memiliki keyakinan, sikap, empati, dan rasa hormat tertentu untuk memberikan layanan perawatan pasca aborsi. Tidak peduli latar belakang sosial wanita, profesional kesehatan harus mampu membedakan antara cita-cita dan keyakinan pribadi mereka dan praktik profesional mereka. Hal ini penting karena sikap petugas kesehatan berpengaruh besar terhadap kepuasan perempuan terhadap pelayanan, kepatuhan berobat, dan keinginan mereka untuk kembali berobat di masa mendatang, selain itu membantu hubungan positif antara petugas kesehatan dengan masyarakat di sekitar lingkungan kerjanya, interaksi dan komunikasi, tenaga kesehatan tidak boleh menghakimi atau berprasangka buruk terhadap perempuan yang mencari layanan perawatan pasca aborsi. Tenaga kesehatan harus berpikir, berbicara, dan bertindak netral, menyesuaikan perilaku dan bahasa yang digunakan dengan latar belakang perempuan, karena banyak terhadap stigma yang terkait dengan aborsi, terutama bagi perempuan dari latar belakang tertentu (misalnya yang belum menikah), petugas kesehatan harus berhati-hati agar ucapan dan tindakannya tidak membawa stigmatisasi lebih lanjut. Setiap perempuan yang

mendapatkan pelayanan pasca aborsi harus dilindungi privasi dan kerahasiaannya. Pengelola fasilitas kesehatan harus menetapkan pedoman untuk keamanan data pasien dan menyisihkan ruang pribadi untuk layanan perawatan pasca-aborsi. Petugas kesehatan harus memberikan penjelasan dan menjamin kerahasiaan pasien, sehingga tidak ada yang dapat melihat atau mendengar percakapan, sebelum memulai berbicara dan memeriksa pasien, petugas kesehatan harus memberikan penjelasan lengkap dan meminta persetujuan tertulis dari pasien dalam bentuk informed consent sebelum tindakan dilakukan, persetujuan Hal ini tidak boleh menyebabkan tindakan perawatan kegawat daruratan pasien menjadi ditunda. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia., 2020)



Gambar 10.1. Prinsip layanan yang berorientasi pada pasien

DAFTAR PUSTAKA

- Cunningham, F.G., et al. 2010. *Williams Obstetrics*. 24th edn. New York: Mc Graw Hill Medical. 5.
- Darmawati. 2011. 'Mengenal abortus dan faktor yang berhubungan dengan kejadian abortus', *Idea Nurs*, 2(1), pp. 12–8.
- Kapp, N. et al. 2013. 'A review of evidence for safe abortion care', *Contraception*, 88(3), pp. 350–363. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.10.027>.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2020. *Pedoman nasional asuhan pasca keguguran yang komprehensif*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kurniaty, Dasuki D, W.A. 2019. 'Penanganan kasus abortus inkomplit pada puskesmas PONED di Kabupaten Sumbawa Barat.', *Berita Kedokteran Masyarakat*, 35(1), pp. 17–22.
- Mutmainnah, Annisa U., P.B.U. 2016. 'Faktor-Faktor Risiko Kejadian Abortus Di RS SMC Samarinda.', *Jurnal Kebidanan Mutiara Mahakam*, 4(2), pp. 31–40.
- Nurul Azizah, I Putu Fery Immanuel White, R. 2022. 'Abortus Inkompletus : Laporan Kasus Incomplete Abortion : Case Report', *Medical Profession*, 4(1), pp. 1–7. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>.
- Prawirohardjo, S. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Sarwono.
- World Health Organization (WHO). 2012. 'Safe abortion: technical and policy guidance for health systems.', *World Health Organization* [Preprint]. Geneva.

BAB 11

UNSAFE ABORTION

Oleh Kartini

11.1 Pengertian

Aborsi tidak aman (*unsafe abortion*) adalah keputusan kehamilan yang tidak diinginkan oleh orang-orang tidak memiliki keterampilan yang diperlukan, atau di lingkungan yang kurang standar medis minimal, atau keduanya. Sebagai contoh, aborsi tidak aman dapat merujuk kepada prosedur mengancam kehidupan yang sangat berbahaya yang *self-induced* dalam kondisi tidak sehat, atau mungkin merujuk kepada yang jauh lebih aman aborsi dilakukan oleh seorang praktisi medis yang tidak memberikan imbalan pasca-aborsi perhatian yang baik.

Unsafe abortion adalah penghentian kehamilan yang tidak diinginkan oleh orang-orang tidak memiliki keterampilan yang diperlukan, atau di lingkungan yang kurang standar medis minimal, atau keduanya, sebagai contoh, aborsi tidak aman dapat merujuk kepada prosedur yang mengancam jiwa yang sangat berbahaya *self-induced* dalam kondisi tidak sehat, atau mungkin merujuk kepada aborsi jauh lebih aman dilakukan oleh praktisi medis yang tidak memberikan perhatian yang tepat pasca-aborsi.

Aborsi tidak aman tidak selalu sama dengan aborsi ilegal. Aborsi ilegal adalah aborsi yang dilakukan bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Aborsi ilegal bisa saja dilakukan oleh tenaga dokter dan tenaga terlatih lainnya serta dilakukan di tempat yang memenuhi persyaratan kesehatan. Tindakan tersebut dari segi

medis adalah aman dan berisiko rendah, tetapi tindakan ini bertentangan dengan hukum yang berlaku. Biasanya dari segi biaya adalah mahal karena ada unsur komersial atau mencari keuntungan.

Unsafe abortion adalah upaya untuk terminasi kehamilan muda dimana pelaksanaan tindakan tersebut tidak mempunyai cukup keahlian dan prosedur standar yang aman sehingga dapat membahayakan keselamatan jiwa pasien. *Unsafe abortion* adalah prosedur penghentian kehamilan oleh tenaga kurang terampil (tenaga medis/non medis), alat tidak memadai, lingkungan tidak memenuhi syarat kesehatan. Umumnya aborsi yang tidak aman terjadi karena tidak tersedianya pelayanan kesehatan yang memadai. Apalagi bila aborsi dikategorikan tanpa indikasi medis, seperti korban perkosaan, hamil diluar nikah, kegagalan alat kontrasepsi dan lain-lain. Ketakutan dari calon ibu dan pandangan negatif dari keluarga atau masyarakat akhirnya menuntut calon ibu untuk melakukan pengguguran kandungan secara diam-diam tanpa memperhatikan risikonya (World Health Organization (WHO), 2021).

11.2 Penyebab Unsafe Abortion

Umumnya aborsi yang tidak aman (*unsafe abortion*) terjadi karena tidak tersedianya pelayanan kesehatan yang memadai. Apalagi bila aborsi dikategorikan tanpa indikasi medis, seperti korban perkosaan, hamil diluar nikah, kegagalan alat kontrasepsi dan lain-lain. Ketakutan dari calon ibu dan pandangan negatif dari keluarga atau masyarakat akhirnya menuntut calon ibu untuk melakukan pengguguran kandungan secara diam-diam tanpa memperhatikan risikonya (Perez, J.R.M., Reena, G.S., Monteagudo, 2023).

11.3 Ciri-Ciri Unsafe Abortion

Ciri-ciri *unsafe abortion* yaitu

- a. Dilakukan oleh tenaga medis atau non medis
- b. Kurangnya pengetahuan baik pelaku ataupun tenaga pelaksana
- c. Kurangnya fasilitas dan sarana
- d. Status illegal (Padilla CRA, 2022)

11.4 Alasan Wanita Tidak Menginginkan Kehamilannya

Banyak alasan mengapa wanita tidak menginginkan kehamilannya antara lain adalah:

- a. Alasan kesehatan, dimana ibu tidak cukup sehat untuk hamil.
- b. Alasan psikososial, dimana ibu tidak sendiri tidak punya anak lagi.
- c. Kehamilan di luar nikah.
- d. Masalah ekonomi, menambah anak akan menambah beban ekonomi.
- e. Masalah sosial, misalnya khawatir adanya penyakit keturunan.
- f. Kehamilan yang terjadi akibat perkosaan
- g. Kegagalan pemakaian alat kontrasepsi (Finer LB, 2022).

11.5 Pelaku abortus yang tidak aman

Pelaku abortus yang tidak aman biasanya adalah:

- a. Wanita bersangkutan.
- b. Dokter atau tenaga medis lain (demi keuntungan atau demi rasa simpati).
- c. Orang lain yang bukan tenaga medis (misalnya dukun) (Susiaty, Udasmoro, W., Saktiningrum, N., 2023).

11.6 Metode Unsafe Abortion

Metode aborsi yang tidak aman yang umumnya digunakan di berbagai negara bervariasi, dari metode teknik medis lanjut yang digunakan oleh dokter sampai teknik tradisional berbahaya yang digunakan oleh dukun, teman, atau tetangga yang menolong atau oleh wanita hamil itu sendiri.

- a. Pelaku abortus yang tidak profesional, upaya yang dilakukan antara lain adalah memasukkan cairan ke dalam uterus. Cairan yang digunakan bervariasi, mulai dari air sabun sampai disinfektan rumah tangga yang dimasukkan melalui semprotan ataupun alat suntik. Di beberapa negara juga menggunakan pasta yang bersifat abortif yang mengandung zat iritatif.
- b. Sediaan jamu dan obat-obatan per oral juga sering digunakan. Berbagai jamu dan obat yang diduga bersifat abortif dapat ditemukan di pasaran bebas di negara-negara berkembang. Di Bangladesh, obat-obat tersebut kemungkinan mengandung kina, permanganat, ergot, dan air raksa. Di Malaysia, ditemukan pil timah oksida dan minyak zaitun.
- c. Metode lain yang relatif lebih berbahaya adalah memasukkan alat atau benda asing ke dalam rongga rahim. Di India digunakan pucuk wortel yang telah dikeringkan; di Philipin alat tersebut adalah pisang atau daun tumbuh-tumbuhan lokal kalachulchi. Di Ghana, digunakan ranting pohon comelina yang jika dimasukkan ke dalam rahim akan menyerap air dan mengembang membuka leher rahim serta menyebabkan abortus. Jenis lain adalah tanaman *Jatropha* yang mengandung bahan kimia korosif yang dapat menyebabkan abortus. Di Amerika latin, upaya abortus dilakukan dengan memasukkan ujung kateter yang lentur ke dalam rongga rahim. Ujung yang lain diikatkan di pangkal paha. Wanita tersebut kemudian disuruh berjalan

sehingga ujung kateter yang berada di dalam rongga rahim bergoyang-goyang mengganggu isi rahim dan merangsang abortus. Ada pula yang menggunakan cairan kina yang toksik pada bayi dan si ibu. Ada juga para wanita yang melakukan sendiri dengan memasukkan plastik berongga ke dalam rongga rahim, kemudian memasukkan alat atau kawat melalui plastik tersebut untuk mengorek rongga rahim.

Metode aborsi yang tidak aman termasuk:

- a. Mencoba untuk memecahkan kantung ketuban dalam rahim dengan benda tajam atau kawat (untuk contoh unbent kawat gantungan pakaian atau jarum rajut). Metode ini dapat mengakibatkan infeksi, dan cedera organ internal (misalnya perforantes usus), yang mengakibatkan kematian.
- b. Pumping campuran beracun seperti cabai dan bahan kimia seperti tawas, permanganat atau racun tanaman ke dalam tubuh wanita. Metode ini dapat menyebabkan perempuan untuk shock beracun dan mati.
- c. Mendorong melakukan aborsi tanpa pengawasan medis sendiri-pemberian abortifacient obat yang diperoleh secara ilegal atau dengan menggunakan obat-obatan tidak diindikasikan untuk aborsi tetapi diketahui mengakibatkan keguguran dan atau kontraksi Rahim (Obadina, O.D., Ubom, A.E., Adewole, A.A., 2023).

11.7 Metode Unsafe Abortion

Cara – cara Abortus Provokatus Kriminalis

a. Umum

- 1) Latihan olahraga berlebihan
- 2) Naik kuda berlebihan
- 3) Mendaki gunung, berenang, naik turun tangga
- 4) Tekanan / trauma pada abdomen

Wanita cemas akan kehilangan kehamilannya karena olah raga yang berlebih dan mungkin kekerasan yang berpengaruh terhadap janinnya. Aktivitas hiruk pikuk, mengendarai kuda biasanya tidak efektif dan beberapa wanita mencari kekerasan dari suaminya. Meninju dan menendang perut sudah umum dan kematian akibat ruptur organ dalam seperti hati, limpa atau pencernaan, telah banyak dilaporkan. Ironisnya, uterus biasanya masih dalam kondisi baik.

b. Lokal

- 1) Memasukkan alat-alat yang dapat menusuk kedalam vagina: pensil, paku, jeruji sepeda
- 2) Alat merenda, kateter atau alat penyemprot untuk menusuk atau menyemprotkan cairan kedalam uterus untuk melepas kantung amnion
- 3) Alat untuk memasang IUD
- 4) Alat yang dapat dilalui arus listrik
- 5) Aspirasi jarum suntik

Metode hisapan sering digunakan pada aborsi yang merupakan cara yang ilegal secara medis walaupun dilakukan oleh tenaga medis. Tabung suntik yang besar dilekatkan pada ujung kateter yang dapat dilakukan penghisapan yang berakibat ruptur dari chorionic sac dan mengakibatkan abortus. Cara ini aman asalkan metode aseptik dijalankan, jika penghisapan tidak lengkap dan masih ada sisa dari hasil konsepsi maka dapat mengakibatkan infeksi.

Tujuan dari merobek kantong kehamilan adalah jika kantong kehamilan sudah rusak maka secara otomatis janin akan dikeluarkan oleh kontraksi uterus. Ini juga dapat mengakibatkan dilatasi saluran cerviks, yang dapat mengakhiri kehamilan. Semua alat dapat digunakan dari pembuka operasi

sampai jari-jari dari ban sepeda. Paramedis yang melakukan abortus suka menggunakan kateter yang kaku. Jika digunakan oleh dokter maupun suster, yang melakukan mempunyai pengetahuan anatomi dan menggunakan alat yang steril maka risikonya semakin kecil. Akan tetapi orang awam tidak mengetahui hubungan antara uterus dan vagina.

Alat sering digunakan dengan cara didorong ke belakang yang orang awam percayai bahwa keadaan cerviks di depan vagina. Permukaan dari vagina dapat menjadi rusak dan alat mungkin masuk ke usus bahkan hepar. Penetrasi dari bawah atau tengah vagina dapat juga terjadi perforasi. Jika cerviks dimasuki oleh alat, maka cerviks dapat ruptur dan alat mungkin masuk lewat samping. Permukaan luar dapat cedera dengan pengulangan, usaha yang ceroboh yang berusaha mengeluarkan benda yang terlalu tebal ke saluran yang tidak membuka. Jika sukses melewati saluran dari uterus, mungkin langsung didorong ke fundus, yang akan merusak peritoneal cavity.

Bahaya dari penggunaan alat adalah pendarahan dan infeksi. Perforasi dari dinding vagina atau uterus dapat menyebabkan pendarahan, yang mungkin diakibatkan dari luar atau dalam. Sepsis dapat terjadi akibat penggunaan alat yang tidak steril atau kuman berasal dari vagina dan kulit. Bahaya yang lebih ringan (termasuk penggunaan jarum suntik) adalah cervical shock. Ini dapat membuat dilatasi cerviks, dalam keadaan pasien yang tidak dibius, alat mungkin menyebabkan vagal refleks, yang melalui sistem saraf parasimpatis, yang dapat mengakibatkan cardiac arrest. Ini merupakan mekanisme yang berpotensi menimbulkan ketakutan yang dapat terjadi pada orang yang melakukan abortus kriminalis.

Kekerasan Kimiawi/Obat-obatan atau Bahan-bahan yang Bekerja Pada Uterus Berbagai macam zat yang digunakan baik secara lokal maupun melalui mulut telah banyak

digunakan untuk menggugurkan kandungan. Beberapa zat mempunyai efek yang baik sedangkan beberapa lainnya berbahaya. Zat yang digunakan secara lokal contohnya fenol dan lysol, merkuri klorida, potassium permanganat, arsenik, formaldehid, dan asam oxalat. Semua mempunyai bahaya sendiri, baik dari korosi lokal maupun efek sistemik jika diserap. Pseudomembran yang nekrotik mungkin berasal dari vagina dan kerusakan cerviks mungkin terjadi. Potasium permanganat adalah zat yang muncul selama perang yang terakhir dan berlangsung beberapa tahun, 650 kasus dilaporkan hingga tahun 1959, yang parah hanya beberapa. Ini dapat menyebabkan nekrosis pada vagina jika diserap yang dapat mempunyai efek sistemik yang fatal termasuk kerusakan ginjal. Permanganat dapat menyebabkan pendarahan vagina dari nekrosis, yang mana dapat membahayakan janin (Amartani, R., 2019).

11.8 Dampak Unsafe Abortion

a. Dampak sosial

Biaya lebih banyak, dilakukan secara sembunyi-sembunyi. Tidak ada standar biaya pelayanan aborsi. Karena memang di Indonesia aborsi tidak diperbolehkan. Akibatnya biaya yang dibebankan pada klien juga beragam, dan umumnya sangat mahal karena resiko yang dijatuhkan pada pemberi pelayan tersebut juga sangat besar.

b. Dampak kesehatan

Di dunia setiap tahunnya diperkirakan 600.000 kematian wanita yang berhubungan dengan kehamilan dan persalinan. Sekitar 13% nya disebabkan oleh aborsi yang tidak aman (*unsafe abortion*). Antara lain dampak jangka pendek adalah pendarahan, infeksi pasca aborsi, sepsis sampai kematian. Sedangkan dampak jangka panjang

- antara lain adalah mengganggu kesuburan sampai terjadinya infertilitas.
- c. Dampak psikologis
Wanita yang melakukan aborsi biasa akan mendapatkan dampak psikologis. Antara lain
 - 1) Wanita tersebut akan merasa bersalah atau menyesal atas tindakannya tersebut, selain itu dia juga akan merasa bahwa calon bayinya menghantui hidupnya.
 - 2) Trauma (Irma, A.,Wahyuni,P., Arifin, 2021).

11.9 Peran Bidan Dalam Mencegah Unsafe Abortion

Peran Bidan Dalam Mencegah *Unsafe Abortion*

- a. *Sex education*
- b. Bekerja sama dengan tokoh agama dalam pendidikan keagamaan
- c. Peningkatan sumber daya manusia
- d. Penyuluhan tentang abortus dan bahayanya

Untuk memerangi aborsi yang tidak aman yang terdiri dari empat kegiatan saling terkait:

- a. Untuk menyusun, mensintesis dan menghasilkan bukti ilmiah suara pada revalensi aborsi yang tidak aman dan praktek;
- b. Untuk mengembangkan teknologi yang lebih baik dan menerapkan intervensi untuk melakukan aborsi aman;
- c. Untuk menerjemahkan bukti ke dalam norma-norma, sarana, dan pedoman;
- d. Dan untuk membantu dalam pengembangan program dan kebijakan yang mengurangi aborsi yang tidak aman dan meningkatkan akses ke aborsi yang aman dan perawatan highquality postabortion.

Aborsi Dilakukan Aman Apabila:

- a. Dilakukan oleh pekerja kesehatan yang benar-benar terlatih dan berpengalaman melakukan aborsi.
- b. Pelaksanaannya mempergunakan alat-alat kedokteran yang layak.
- c. Dilakukan dalam kondisi bersih, apapun yang masuk dalam vagina atau rahim harus steril atau tidak tercemar kuman dan bakteri.
- d. Dilakukan kurang dari 3 bulan (12 minggu) sesudah pasien terakhir kali mendapat haid (Rini, 2022).

11.10 Risiko Kesehatan

Aborsi tidak aman merupakan penyebab utama dari cedera dan kematian di antara wanita di seluruh dunia. Walaupun data tidak tepat, diperkirakan bahwa sekitar 20 juta aborsi tidak aman dilakukan setiap tahun, dengan 97% terjadi di negara-negara berkembang. yang tidak aman aborsi diyakini mengakibatkan sekitar 68.000 kematian dan jutaan luka setiap tahun. Status hukum aborsi diyakini memainkan peran utama dalam frekuensi aborsi tidak aman. Sebagai contoh, disahkannya 1996 aborsi di Afrika Selatan memiliki dampak positif langsung pada frekuensi yang berhubungan dengan komplikasi aborsi, dengan kematian terkait aborsi mampir lebih dari 90%.

Kelompok-kelompok seperti Organisasi Kesehatan Dunia telah menganjurkan sebuah pendekatan kesehatan masyarakat untuk menangani aborsi yang tidak aman, menekankan legalisasi aborsi, pelatihan tenaga medis, dan memastikan akses ke layanan kesehatan reproduksi (Pranata, B. A., Sujana,N., Sudibya, 2020).

11.11 Komplikasi

a. Perforasi

Dalam melakukan dilatasi dan kerokan harus diingat bahwa selalu ada kemungkinan terjadinya perforasi dinding uterus, yang dapat menjurus ke rongga peritoneum, ke ligamentum latum, atau ke kandung kencing. Oleh sebab itu, letak uterus harus ditetapkan lebih dahulu dengan seksama pada awal tindakan, dan pada dilatasi serviks tidak boleh digunakan tekanan berlebihan. Kerokan kuret dimasukkan dengan hati-hati, akan tetapi penarikan kuret ke luar dapat dilakukan dengan tekanan yang lebih besar. Bahaya perforasi ialah perdarahan dan peritonitis. Apabila terjadi perforasi atau diduga terjadi peristiwa itu, penderita harus diawasi dengan seksama dengan mengamati keadaan umum, nadi, tekanan darah, kenaikan suhu, turunnya hemoglobin, dan keadaan perut bawah. Jika keadaan meragukan atau ada tanda-tanda bahaya, sebaiknya dilakukan laparatomi percobaan dengan segera. Luka pada serviks uteri

Apabila jaringan serviks keras dan dilatasi dipaksakan maka dapat timbul sobekan pada serviks uteri yang perlu dijahit. Apabila terjadi luka pada ostium uteri internum, maka akibat yang segera timbul ialah perdarahan yang memerlukan pemasangan tampon pada serviks dan vagina. Akibat jangka panjang ialah kemungkinan timbulnya incompetent cerviks. Pelekatan pada kavum uteri Melakukan kerokan secara sempurna memerlukan pengalaman. Sisa-sisa hasil konsepsi harus dikeluarkan, tetapi jaringan miometrium jangan sampai terkerok, karena hal itu dapat mengakibatkan terjadinya perlekatan dinding kavum uteri di beberapa tempat. Sebaiknya kerokan dihentikan pada suatu tempat apabila pada suatu tempat tersebut dirasakan bahwa jaringan

tidak begitu lembut lagi. Perdarahan Kerokan pada kehamilan yang sudah agak tua atau pada mola hidatidosa terdapat bahaya perdarahan. Oleh sebab itu, jika perlu hendaknya dilakukan transfusi darah dan sesudah itu, dimasukkan tampon kasa ke dalam uterus dan vagina. Infeksi Apabila syarat aseptis dan antisepsis tidak diindahkan, maka bahaya infeksi sangat besar.

Infeksi kandungan yang terjadi dapat menyebar ke seluruh peredaran darah, sehingga menyebabkan kematian. Bahaya lain yang ditimbulkan abortus kriminalis antara lain infeksi pada saluran telur. Akibatnya, sangat mungkin tidak bisa terjadi kehamilan lagi. Lain-lain Komplikasi yang dapat timbul dengan segera pada pemberian NaCl hipertonic adalah apabila larutan garam masuk ke dalam rongga peritoneum atau ke dalam pembuluh darah dan menimbulkan gejala-gejala konvulsi, penghentian kerja jantung, penghentian pernapasan, atau hipofibrinogenemia. Sedangkan komplikasi yang dapat ditimbulkan pada pemberian prostaglandin antara lain panas, rasa enek, muntah, dan diare. Komplikasi yang Dapat Timbul Pada Janin: Sesuai dengan tujuan dari abortus itu sendiri yaitu ingin mengakhiri kehamilan, maka nasib janin pada kasus abortus provokatus kriminalis sebagian besar meninggal. Walaupun bisa hidup, itu berarti tindakan abortus gagal dilakukan dan janin kemungkinan besar mengalami cacat fisik.

b. Luka pada serviks uteri

Apabila jaringan serviks keras dan dilatasi dipaksakan maka dapat timbul sobekan pada serviks uteri yang perlu dijahit. Apabila terjadi luka pada ostium uteri internum, maka akibat yang segera timbul ialah perdarahan yang

memerlukan pemasangan tampon pada serviks dan vagina. Akibat jangka panjang ialah kemungkinan timbulnya incompetent cerviks.

c. Pelekatan pada kavum uteri

Melakukan kerokan secara sempurna memerlukan pengalaman. Sisa-sisa hasil konsepsi harus dikeluarkan, tetapi jaringan miometrium jangan sampai terkerok, karena hal itu dapat mengakibatkan terjadinya pelekatan dinding kavum uteri di beberapa tempat. Sebaiknya kerokan dihentikan pada suatu tempat apabila pada suatu tempat tersebut dirasakan bahwa jaringan tidak begitu lembut lagi. Kerokan pada kehamilan yang sudah agak tua atau pada mola hidatidosa terdapat bahaya perdarahan. Oleh sebab itu, jika perlu hendaknya dilakukan transfusi darah dan sesudah itu, dimasukkan tampon kasa ke dalam uterus dan vagina. Apabila syarat asepsis dan antisepsis tidak diindahkan, maka bahaya infeksi sangat besar. Infeksi kandungan yang terjadi dapat menyebar ke seluruh peredaran darah, sehingga menyebabkan kematian. Bahaya lain yang ditimbulkan abortus kriminalis antara lain infeksi pada saluran telur. Akibatnya, sangat mungkin tidak bisa terjadi kehamilan lagi. Komplikasi yang dapat timbul dengan segera pada pemberian NaCl hipertonik adalah apabila larutan garam masuk ke dalam rongga peritoneum atau ke dalam pembuluh darah dan menimbulkan gejala-gejala konvulsi, penghentian kerja jantung, penghentian pernapasan, atau hipofibrinogenemia. Sedangkan komplikasi yang dapat ditimbulkan pada pemberian prostaglandin antara lain panas, rasa *enak*, muntah, dan diare. Komplikasi yang Dapat Timbul Pada Janin: Sesuai dengan tujuan dari abortus itu sendiri yaitu ingin mengakhiri kehamilan,

maka nasib janin pada kasus abortus provokatus kriminalis sebagian besar meninggal. Kalaupun bisa hidup, itu berarti tindakan abortus gagal dilakukan dan janin kemungkinan besar mengalami cacat fisik (World Health Organization (WHO)., 2021).

DAFTAR PUSTAKA

- Amartani, R. 2019. 'Analisis Karakteristik Faktor Resiko Terjadinya Abortus', *Sintang*, 1, p. 1.
- Finer LB, H.R. 2022. 'Unintended pregnancy and unsafe abortion in the Philippines: context and consequences', *Guttmacher Institute*. <https://www.guttmacher.org/report/unintendedpregnancy-and-unsafe-abortion-philippines-context-and-consequences> [Preprint].
- Irma, A., Wahyuni, P., Arifin, S. 2021. 'Perempuan: Perempuan Dan Media', *Syiah Kuala University Press*, 2.
- Obadina, O.D., Ubom, A.E., Adewole, A.A., et al. 2023. 'The Burden of Unsafe Abortion Six Years before the COVID-19 Era in a Nigerian Tertiary Hospital: An Analytical Retrospective Study', *West Afr J Med*, 40(1):90–9.
- Padilla CRA. 2022. 'Safe and legal abortion saves women's lives: public health concerns and social costs of lack of access to safe and legal abortion and post-abortion care', *EnGendeRights* [Preprint].
- Perez, J.R.M., Reena, G.S., Monteagudo, et al. 2023. 'The spectre of unsafe abortions in the Philippines', *The Lancet*, 32: 100655.
- Pranata, B. A., Sujana, N., Sudibya, D.G. 2020. 'Sanksi Pidana Terhadap Tindak Pidana Aborsi (Studi Kasus Putusan Nomor : 87/Pid.G/2007/Pn.Gir)', *Jurnal Analogi Hukum*, 2.
- Rini. 2022. 'Ketika Aborsi Menjadi Pilihan: Analisis Pengambilan Keputusan Dalam Melakukan Aborsi', *Universitas Persada Indonesi Y.A.I*, 6, p. 1.
- Susiati, Udasmoro, W., Saktiningrum, N. 2023. 'Illegal Abortion in Indonesian Media: a content Analysis', *Lire Journal (Journal of Linguistics and Literature)*, 7, p. 1.

World Health Organization (WHO). 2021. 'Abortion',
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion> [Preprint].

BIODATA PENULIS



Iin Octaviana Hutagaol SST.,M.Keb
Dosen di Universitas Widya Nusantara

Iin Octaviana Hutagaol SST.,M.Keb Penulis lahir di Pematang siantar 02 Oktober 1990. Penulis menempuh pendidikan SD 096135 Pematang Siantar (1996-2002), SMP RK Asisi Pematangsiantar (2002-2005), SMU Negeri 1 Pematangsiantar (2005-2008), Menyelesaikan pendidikan D4 Kebidanan di Universitas Sumatera Utara (USU) (2012), dan S2 Kebidanan di Universitas Hasanuddin Makassar (2016), Profesi Kebidanan Universitas Kediri (2022). Saat ini mengabdikan diri di Universitas Widya Nusantara.

BIODATA PENULIS



Kadek Agustina Puspa Ningrum, S.Tr.Keb.,M.Keb.

Dosen Program Studi S1 Kebidanan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Buleleng

Penulis lahir di Tanah Grogot tanggal 03 Agustus 1996. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Buleleng. Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur, D4 Bidan Pendidik di Universitas Ngudi Waluyo Semarang dan melanjutkan S2 Kebidanan di Universitas Hasanuddin Makassar. Penulis menyelesaikan studi magister pada tahun 2021 dengan gelar sangat memuaskan. Saat ini penulis berdomisili di Kota Singaraja, Buleleng, Bali. Penulis menekuni bidang kebidanan.

BIODATA PENULIS



Luh Yenny Armayanti, S.ST., M.Biomed

Dosen Program Studi DIII Kebidanan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Buleleng

Penulis dilahirkan di Kota Singaraja, pada tanggal 2 Agustus 1991. Penulis adalah dosen tetap di Program Studi D-III Kebidanan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Buleleng. Penulis menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Denpasar pada tahun 2012, dan melanjutkan pendidikan D-IV Bidan Klinik di Poltekkes Kemenkes Malang. Pada tahun 2016 penulis menyelesaikan pendidikan S2 pada Program Studi Ilmu Biomedik Konsentrasi Ilmu Kedokteran Reproduksi di Universitas Udayana. Adapun mata kuliah yang diampu diantaranya: asuhan kebidanan komunitas, asuhan kebidanan masa nifas, asuhan kebidanan kasus kompleks, HIV Kebidanan, Statistik Dasar, Mikrobiologi dan Parasitologi, Fisika Kesehatan dan Biokomia dalam Praktik Kebidanan, dll. Penulis aktif melakukan penelitian dan juga publikasi di beberapa jurnal baik jurnal nasional maupun internasional terakreditasi. Penulis juga aktif dalam berorganisasi profesi Bidan (Ikatan Bidan Indonesia) dan. Penulis dapat dihubungi

melalui email: armayanti61@gmail.com atau nomor telepon 085935092726.

BIODATA PENULIS



Nur Ekawati SST.,M.Keb

Dosen di STIKes Amanah Makassar

Nur Ekawati SST.,M.Keb Penulis lahir di GOWA 26 Januari 1990. Penulis menempuh pendidikan SD Negeri Raulo (1995-2001), SMP Negeri 3 Tinggimoncong (2001-2004), SMA Negeri 1 Tinggimoncong (2004-2007), Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar (2010), D4 Bidan Pendidik di STIKes Megabuana Palopo (2011) dan S2 Kebidanan di Universitas Hasanuddin Makassar (2016). Saat ini mengabdikan diri di STIKes Amanah Makassar.

BIODATA PENULIS



Irwanti Gustina, SST.,MKes

Dosen Program Studi Kebidanan

Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Binawan

Penulis lahir di Jakarta tanggal 4 Juni 1980. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kebidanan Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Binawan, Lulusan Diploma IV Bidan Pendidik Poltekkes Jakarta III tahun 2007 dan lulusan Magister Kesehatan Masyarakat URINDO Jakarta Tahun 2016. Penulis aktif menekuni profesi sebagai dosen dan peneliti.

BIODATA PENULIS



dr. Bayu Pratama Putra, SP. OG

Dosen Program Studi Pendidikan Dokter
Fakultas Kedokteran Universitas Bosowa Makassar

Penulis lahir di makassar tanggal 10 Desember 1989. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan dokter Fakultas kedokteran, Universitas Bosowa Makassar. Menyelesaikan pendidikan dokter umum di universitas Hasanuddin dan melanjutkan spesialisasi pada bidang obstetri dan ginekologi di universitas yang sama. selain menjadi dosen, penulis juga aktif sebagai dokter obstetri dan ginekologi di beberapa rumah sakit di makassar yaitu RSIA Amanat, RSU Internasional Wisata Universitas Indonesia Timur dan RS TNI-AL Jala Amari makassar. Saat ini penulis sedang menekuni dan meningkatkan kemampuan di bidang literasi dan tertarik untuk membuat tulisan ilmiah berbasis bukti baik dalam bentuk jurnal penelitian , review artikel, artikel ilmiah populer, modul perkuliahan dan buku ajar serta buku referensi.

BIODATA PENULIS



Suci Nurfajriah, SST., M.Keb

Dosen tetap di Universitas Muhammadiyah Tangerang Program Studi Sarjana Kebidanan dan Profesi Bidan

Penulis lahir di Kota Tangerang pada tanggal 18 Februari 1986. Penulis merupakan dosen tetap di Universitas Muhammadiyah Tangerang Program Studi Sarjana Kebidanan dan Profesi Bidan. Penulis telah menyelesaikan Pendidikan S2 Kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung.

BIODATA PENULIS



Ni Wayan Armini, SST., M.Keb.

Dosen Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Denpasar

Penulis lahir di Sedang, Badung tanggal 30 Januari 1981. Penulis mengawali pendidikan kesehatan di Sekolah Perawat Kesehatan Depkes Denpasar, kemudian melanjutkan pendidikan bidan di AKBID Pemprov Bali, selesai tahun 2002. Selanjutnya penulis melanjutkan pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik Universitas Padjadjaran tahun 2004-2005. Tahun 2009-2011 Penulis menempuh pendidikan Magister Kebidanan di Universitas Padjadjaran. Penulis bekerja sebagai dosen di Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Denpasar tahun 2003 sampai saat ini. Saat ini penulis sebagai penanggung jawab mata kuliah Asuhan Kebidanan pada Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Prasekolah. Selain pendidikan formal, penulis juga mengikuti berbagai pendidikan nonformal yang sesuai dengan bidang keilmuan. Penulis sudah banyak menyusun modul untuk kalangan sendiri di Kampus Kebidanan , buku ajar asuhan kebidanan pada Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Prasekolah, buku Manajemen Laktasi dan ini merupakan *bookchapter* kedua penulis yang berada di tangan pembaca saat ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi para pembaca.

BIODATA PENULIS



Royani Chairiyah, S.SiT., M.Kes., M.Keb
Dosen Program Studi Sarjana Bidan
Fakultas Keperawatan Kebidanan Universitas Binawan

Lahir di Padang Sumatera Barat pada tanggal 09 Mei 1979 merupakan Staf Dosen Kebidanan Fakultas Keperawatan Kebidanan Universitas Binawan. Menyelesaikan SPK Depkes Bukittinggi tamat tahun 1998, Program Pendidikan Bidan Depkes Bukittinggi tamat tahun 1999, D3 Kebidanan Poltekkes Jakarta III tamat tahun 2004 dan D4 Kebidanan tamat 2006 dan melanjutkan S2 Kesehatan Masyarakat serta Magister Kebidanan di Fakultas kedokteran Universitas Padjajaran

Penulis diawali bekerja sebagai Bidan PTT di Puskesmas X Koto I Tanah Datar Sumatera Barat Tahun 2001. Pernah Bekerja sebagai Bidan di Rumah Bersalin Sayyidah Jakarta. Dosen Kebidanan Sejak 2005 sampai sekarang. Penulis juga aktif sebagai Mitra Bestari **jurnal Pengabdian Masyarakat Bakti Parahita (JPM Bakti Parahita)**, disamping menjadi reviewer Binawan Student Jurnal (BSJ) dan Journal of Nursing and Midwifery Sciences (JNMS), dan saat ini penulis Aktif di Organisasi Ikatan Bidan Indonesia sekarang menjabat pengurus seksi pendidikan IBI Ranting Pondok Gede Penulis

aktif melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat dalam bidang kebidanan. Penulis Dapat dihubungi di kontak: +6285218994450, email: royanichairiyah@gmail.com

BIODATA PENULIS



Kartini

Dosen tetap di Poltekkes Kemenkes Kendari

Penulis lahir di Surabaya pada tanggal 20 April 1980. Penulis merupakan dosen tetap di Poltekkes Kemenkes Kendari. Penulis telah menyelesaikan pendidikan S3 di Fakultas Kedokteran Konsentrasi Ilmu Kedokteran Universitas Hasanuddin.