

KONSEP DASAR KEBIDANAN KOMUNITAS



Endah Kusumawati, S.SiT., M.Kes
Suhartik, S.SiT., M.Kes (Epid)
Vivin Yuni Astutik, S.ST., M.Kes
Woro Tri Utami, S.SiT., M.Kes

Endah Kusumawati, S.SiT., M.Kes
Suhartik, S.SiT., M.Kes (Epid)
Vivin Yuni Astutik, S.ST., M.Kes
Woro Tri Utami, S.SiT., M.Kes

KONSEP DASAR KEBIDANAN KOMUNITAS



Penerbit Forind

KONSEP DASAR KEBIDANAN KOMUNITAS

Copyright©:

Endah Kusumawati, S.SiT., M.Kes

Suhartik, S.SiT., M.Kes (Epid)

Vivin Yuni Astutik, S.ST., M.Kes

Woro Tri Utami, S.SiT., M.Kes

ISBN: 978-623-89237-2-4

Cover & Layout: Tim Forind

Diterbitkan oleh Forind

Jl. Raya Tlogomas 05 No. 24 Tlogomas

Malang Jawa Timur

Konsep Dasar Kebidanan Komunitas/Kusumawati, *et al.*

Malang: Forind, 2025

15,5 x 23 cm

vi + 76 hlm

Cetakan Pertama: Januari 2025

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak buku ini sebagian atau seluruhnya, dalam bentuk dan dengan cara apa pun juga, baik secara mekanis maupun elektronik, termasuk fotokopi, rekaman, dan lain-lain tanpa izin tertulis dari penerbit.

PRAKATA PENULIS

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga buku ajar Konsep Dasar Kebidanan Komunitas ini dapat diselesaikan. Penyusunan buku ini merupakan salah satu upaya penulis dalam peningkatan kualitas pembelajaran dan memudahkan proses belajar mengajar.

Kebidanan Komunitas merupakan pelayanan kebidanan profesional yang diberikan kepada masyarakat khususnya kepada kelompok masyarakat dengan risiko tinggi untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit. Pelayanan kebidanan ini diberikan di luar rumah sakit khususnya bagi ibu dan anak. Dalam buku ini dibahas mengenai konsep kebidanan komunitas, masalah-masalah kebidanan di komunitas, strategi pelayanan kebidanan di komunitas, tugas dan tanggung jawab bidan di komunitas.

Dalam penyusunan buku ini, tidak lepas dari bantuan orang-orang terdekat. Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan buku ini, sehingga buku ini dapat diterbitkan. Penulis menyadari bahwa buku ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu saran yang membangun sangat diharapkan oleh penulis demi perbaikan buku ini. Semoga buku ini bermanfaat bagi pembaca.

Malang, Januari 2025

Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA PENULIS	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB I KONSEP KEBIDANAN KOMUNITAS.....	1
A. Pengertian Kebidanan Komunitas	1
B. Sejarah Dan Perkembangan Pendidikan Bidan Dalam Negeri	5
C. Sejarah Pelayanan Kebidanan Di Luar Negeri	20
D. Perkembangan Pendidikan Kebidanan Di Luar Negeri ..	26
E. Sasaran Kebidanan Komunitas	35
F. Tujuan Pelayanan Kebidanan	36
G. Indonesia Sehat 2010	41
H. Kebijakan Umum Pemberdayaan Kesehatan (Pembkes)	44
BAB II MASALAH-MASALAH KEBIDANAN DI KOMUNITAS	49
BAB III STRATEGI PELAYANAN KEBIDANAN DI KOMUNITAS .	56
A. Pendekatan Edukatif Dalam Peran Serta Masyarakat ..	56
B. Pelayanan Yang Berorientasi Pada Kebutuhan Masyarakat	57
C. Menggunakan/Memanfaatkan Fasilitas Dan Potensi Yang Ada Di Masyarakat	58
BAB IV TUGAS DAN TANGGUNG JAWAB BIDAN DI KOMUNITAS	59
A. Tugas Utama Bidan Di Komunitas	59

B. Tugas Tambahan Bidan Di Komunitas	59
C. Tanggung Jawab Bidan Di Komunitas	60
D. Bidan Praktek Swasta	61
E. Penyelenggaraan Praktek	61
RANGKUMAN	63
TES FORMATIF	65
PENUTUP	70
PROFIL PENULIS	75

Endah Kusumawati, S.SiT., M.Kes
Suhartik, S.SiT., M.Kes (Epid)
Vivin Yuni Astutik, S.ST., M.Kes
Woro Tri Utami, S.SiT., M.Kes

KONSEP DASAR KEBIDANAN KOMUNITAS

BAB I

KONSEP KEBIDANAN KOMUNITAS

Di Indonesia perkembangan kebidanan tidak begitu pesat, hal ini dapat dilihat dari sejak dimulainya pelayanan kebidanan pada tahun 1853 sampai saat ini perkembangan pelayanan belum dapat mencapai tingkat yang profesional. Pelayanan kebidanan yang diberikan lebih banyak ditujukan pada kesehatan ibu dan anak, baik kesehatan fisik maupun psikologisnya. Ibu dan anak ini berada di dalam suatu keluarga yang ada di dalam suatu masyarakat. Bidan sebagai pelaksana utama yang memberikan pelayanan kebidanan, diharapkan mampu memberikan pelayanan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat.

Bidan juga tinggal di dalam suatu masyarakat di komunitas tertentu oleh karena itu dalam memberikan pelayanan tidak hanya memandang ibu dan anak sebagai individu tetapi juga memper-timbangkan faktor lingkungan dimana ibu tinggal. Lingkungan ini dapat berupa sosial, politik, dan keadaan ekonomi. Di sini terlihat jelas bahwa kebidanan komunitas sangat diperlukan, agar bidan dapat mengenal kehidupan sosial dari ibu dan anak yang dapat mempengaruhi status kesehatannya.

A. Pengertian Kebidanan Komunitas

Definisi bidan menurut *International Confederation Of Midwives* (ICM) yang dianut dan diadopsi oleh seluruh organisasi bidan di seluruh dunia, dan diakui oleh WHO dan *Federation of International Gynecologist Obstetrition* (FIGO). Definisi tersebut secara berkala

direview dalam pertemuan Internasional (Kongres ICM). Definisi terakhir disusun melalui kongres ICM ke 27, pada bulan Juli tahun 2005 di Brisbane Australia ditetapkan sebagai berikut: Bidan adalah seseorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan yang diakui di negaranya, telah lulus dari pendidikan tersebut, serta memenuhi kualifikasi untuk didaftar (register) dan atau memiliki izin yang sah (lisensi) untuk melakukan praktik bidan.

Bidan diakui sebagai tenaga profesional yang bertanggung jawab dan akuntabel, yang bekerja sebagai mitra perempuan untuk memberikan dukungan, asuhan dan nasehat selama masa hamil, masa persalinan dan masa nifas, memimpin persalinan atas tanggung jawab sendiri dan memberikan asuhan kepada bayi baru lahir, dan bayi. Asuhan ini mencakup upaya pencegahan, promosi persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, dan akses bantuan medis atau bantuan lain yang sesuai, serta melaksanakan tindakan kegawatdaruratan.

Bidan mempunyai tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga kepada keluarga dan masyarakat. Kegiatan ini harus mencakup pendidikan antenatal dan persiapan menjadi orang tua serta dapat meluas pada kesehatan perempuan, kesehatan seksual atau kesehatan reproduksi dan asuhan anak.

Bidan dapat praktek di berbagai tatanan pelayanan, termasuk di rumah, masyarakat, Rumah Sakit, klinik atau unit kesehatan lainnya.

Untuk Indonesia pengertian bidan sama dengan definisi di atas, menurut Kepmenkes no.900/Menkes/SK/VII/2002 "**Bidan**" adalah seorang wanita yang telah mengikuti program pendidikan bidan dan lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku.

Dengan memperhatikan aspek sosial budaya dan kondisi masyarakat Indonesia, maka Ikatan Bidan Indonesia (IBI) menetapkan bahwa bidan Indonesia adalah: seorang perempuan yang lulus dari pendidikan Bidan yang diakui pemerintah dan organisasi profesi di wilayah Negara Republik Indonesia serta memiliki kompetensi dan kualifikasi untuk diregister, sertifikasi dan atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan.

Bidan diakui sebagai tenaga profesional yang bertanggung-jawab dan akuntabel, yang bekerja sebagai mitra perempuan untuk memberikan dukungan, asuhan dan nasehat selama masa hamil, masa persalinan dan masa nifas, memimpin persalinan atas tanggung jawab sendiri dan memberikan asuhan kepada bayi baru lahir, dan bayi. Asuhan ini mencakup upaya pencegahan, promosi persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, dan akses bantuan medis atau bantuan lain yang sesuai, serta melaksanakan tindakan kegawatdaruratan.

Bidan mempunyai tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga kepada keluarga dan masyarakat. Kegiatan ini harus mencakup pendidikan antenatal dan persiapan menjadi orang tua serta dapat meluas pada kesehatan perempuan, kesehatan seksual atau kesehatan reproduksi dan asuhan anak.

Bidan dapat praktik di berbagai tatanan pelayanan, termasuk di rumah, masyarakat, Rumah Sakit, klinik atau unit kesehatan lainnya.

Kebidanan/Midwifery

Kebidanan adalah satu bidang ilmu yang mempelajari keilmuan dan seni yang mempersiapkan kehamilan, menolong persalinan,

nifas dan menyusui, masa interval dan pengaturan kesuburan, klimakterium dan menopause, bayi baru lahir dan balita, fungsi-fungsi reproduksi manusia serta memberikan bantuan/dukungan pada perempuan, keluarga dan komunitasnya

Pelayanan Kebidanan (*Midwifery Service*)

Pelayanan kebidanan adalah bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan yang telah terdaftar (teregister) yang dapat dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau rujukan.

Praktik Kebidanan

Praktik Kebidanan adalah implementasi dari ilmu kebidanan oleh bidan yang bersifat otonom, kepada perempuan, keluarga dan komunitasnya, didasari etika dan kode etik bidan.

Manajemen Asuhan Kebidanan

Manajemen Asuhan Kebidanan adalah pendekatan dan kerangka pikir yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengumpulan data, analisa data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan.

Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah dalam bidang kesehatan ibu masa hamil, masa persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana.

B. Sejarah Dan Perkembangan Pendidikan Bidan Dalam Negeri

Perkembangan pendidikan bidan berhubungan dengan perkembangan pelayanan kebidanan. Keduanya berjalan seiring untuk menjawab kebutuhan tuntutan masyarakat akan pelayanan kebidanan. Yang dimaksud dengan pendidikan ini adalah pendidikan formal dan non formal.

Tahun 1851

Pendidikan bidan dimulai pada masa penjajahan Hindia Belanda. Seorang dokter militer Belanda (DR. W. Bosch) membuka pendidikan bidan bagi wanita pribumi di Batavia. Pendidikan ini tidak berlangsung lama karena kurangnya peserta didik karena adanya larangan bagi wanita untuk keluar rumah.

Tahun 1902

Pendidikan bidan dibuka kembali bagi wanita pribumi di Rumah Sakit militer di Batavia dan tahun 1904 pendidikan bidan bagi wanita Indo dibuka di Makassar. Lulusan dari pendidikan ini harus bersedia ditempatkan dimana saja tenaganya dibutuhkan dan mau menolong masyarakat yang tidak/kurang mampu secara cuma-cuma. Lulusan ini mendapat tunjangan dari pemerintah kurang lebih 15-25 Gulden per bulan. Kemudian dinaikkan menjadi 40 Gulden per bulan (tahun 1922).

Tahun 1911/1912

Dimulai pendidikan tenaga keperawatan secara terencana di CBZ (RSUP) Semarang dan Batavia. Calon yang diterima dari HIS (SD 7 Tahun) dengan pendidikan keperawatan 4 tahun dan pada awalnya hanya menerima peserta didik pria pada tahun 1914 telah diterima juga peserta didik wanita pertama, bagi perawat wanita yang lulus bisa melanjutkan kependidikan bidan selama 2 tahun. Untuk perawat pria dapat meneruskan pendidikan keperawatan lanjutan selama dua tahun juga.

Tahun 1935-1938

Pemerintah Colonial Belanda mulai mendidik bidan lulusan Mulo (setingkat SLTP bagian B) dan hampir bersamaan di buka sekolah bidan di beberapa kota besar antara lain: di Jakarta di Rumah Sakit Bersalin Budi Kemuliaan, RSB Palang Dua, dan RSB Mardi Waluyo di Semarang. Pada tahun itu dikeluarkan peraturan yang membedakan lulusan bidan berdasarkan latar belakang pendidikan.

- Bidan dengan latar pendidikannya Mulo dan pendidikan kebidanan selama 3 tahun disebut bidan kelas satu.
- Bidan dari lulusan perawat (mantri) disebut bidan kelas dua

Perbedaan ini menyangkut gaji pokok dan tunjangan bagi bidan.

Tahun 1950-1953

Dibuka sekolah bidan dari lulusan SMP dengan batasan usia minimal 17 tahun dan lama pendidikan 3 tahun. Mengingat tenaga untuk menolong persalinan cukup banyak maka dibuka pendidikan

pembantu bidan disebut penjenang kesehatan E atau pembantu bidan. Pendidikan ini dilanjutkan sampai tahun 1976 dan sekolah itu ditutup. Peserta didik PK/E adalah lulusan SMP ditambah 2 tahun kebidanan dasar. Lulusan PK/E sebagian besar melanjutkan ke pendidikan bidan selama 2 tahun.

Tahun 1953

Dibuka kursus tambahan bidan (KTB) di Yogyakarta. Lamanya kursus antara 7-12 minggu. Tahun 1960 KTB dipindahkan ke Jakarta. Tujuan KTB adalah untuk memperkenalkan kepada lulusan bidan mengenai perkembangan program KIA dalam pelayanan kesehatan masyarakat, sebelum lulusan memulai tugasnya sebagai bidan terutama menjadi bidan di BKIA. Tahun 1967 KTB ditutup.

Tahun 1954

Dibuka pendidikan guru bidan secara bersama-sama dengan guru perawat dan perawat kesehatan masyarakat di Bandung. Pada awalnya pendidikan ini berlangsung satu tahun kemudian menjadi 2 tahun dan terakhir berkembang menjadi 3 tahun. Pada awal tahun 1972, institusi pendidikan ini dilebur menjadi Sekolah Guru Perawat (SGP). Pendidikan ini menerima calon dari lulusan sekolah perawat dan sekolah bidan.

Tahun 1970

program pendidikan bidan yang menerima lulusan dari sekolah pengatur rawat (SPR) ditambah dengan 2 tahun pendidikan bidan yang disebut Sekolah Pendidikan Lanjutan Jurusan Kebidanan (SPLJK) pendidikan ini tidak dilaksanakan merata di seluruh provinsi.

Tahun 1974

Mengingat jenis tenaga kesehatan menengah dan bawah sangat banyak (24 kategori), Depkes melakukan penyederhanaan pendidikan tenaga kesehatan non sarjana. Setelah bidan ditutup dan dibuka Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) dengan tujuan adanya tenaga multi porpose di lapangan dimana salah satu tugasnya adalah menolong persalinan normal. Namun karena adanya perbedaan falsafah dan kurikulum terutama yang berkaitan dengan kemampuan seorang bidan, maka tujuan pemerintah agar SPK dapat menolong persalinan tidak tercapai atau terbukti tidak berhasil.

Tahun 1975-1984

Institusi pendidikan bidan ditutup, sehingga dalam 10 tahun tidak menghasilkan bidan. Namun organisasi profesi bidan (IBI) tetap ada dan hidup secara wajar

Tahun 1981

Untuk meningkatkan kemampuan perawat kesehatan (SPK) dalam pelayanan ibu dan anak termasuk kebidanan, dibuka pendidikan diploma I Kesehatan Ibu dan Anak. ini hanya berlangsung 1 tahun dan tidak diberlakukan oleh seluruh institusi.

Tahun 1985

Dibuka lagi program pendidikan bidan yang disebut dengan PPB yang menerima lulusan dari SPR dan SPK. Pada saat itu dibutuhkan bidan yang memiliki kewenangan dalam meningkatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana di

masyarakat. Lama pendidikan 1 tahun dan lulusannya dikembalikan kepada institusi yang mengirim.

Tahun 1989

Dibuka *crash* program pendidikan bidan secara nasional yang memperbolehkan lulusan SPK untuk langsung masuk program pendidikan bidan. Program ini dikenal sebagai program pendidikan bidan A (PPB/A). lama pendidikan 1 tahun dan lulusannya ditempatkan di desa-desa, dengan tujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan terutama pelayanan kesehatan terhadap ibu dan anak di daerah pedesaan dalam rangka meningkatkan kesejahteraan keluarga dan menurunkan angka kematian ibu dan anak, untuk itu pemerintah menempatkan bidan di setiap desa sebagai PNS golongan II. Mulai tahun 1996 status bidan di desa sebagai pegawai tidak tetap (bidan PTT) dengan kontrak selama 3 tahun dengan pemerintah, yang kemudian dapat diperpanjang dua kali tiga tahun lagi.

Penempatan bidan ini menyebabkan orientasi sebagai tenaga kesehatan berubah. Bidan harus dipersiapkan dengan sebaik-baiknya tidak hanya kemampuan klinik sebagai bidan tapi juga kemampuan untuk berkomunikasi, konseling dan kemampuan untuk menggerakkan masyarakat desa dalam meningkatkan taraf kesehatan ibu dan anak. Program Pendidikan Bidan (A) diselenggarakan dengan peserta didik cukup besar. Diharapkan tahun 1996 sebagian besar desa sudah memiliki minimal seorang bidan. Lulusan pendidikan ini kenyataannya juga tidak memiliki kemampuan dan keterampilan yang diharapkan seorang bidan profesional, karena pendidikan terlalu singkat dan jumlah peserta didik terlalu besar dalam kurun

waktu satu tahun akademik, sehingga kesempatan peserta didik untuk praktik klinik kebidanan sangat kurang, sehingga tingkat kemampuan yang dimiliki seorang bidan juga kurang.

Tahun 1993

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

Tahun 1993 juga dibuka pendidikan bidan program C (PPB/C)

PPB/C ini menerima masukan dari lulusan SMP. Pendidikan ini dilakukan di 11 provinsi yaitu Aceh, Bengkulu, Lampung dan Riau (untuk wilayah Sumatra) Kalimantan Barat, Kalimantan Timur, dan Kalimantan Selatan (wilayah selatan) Sulawesi Selatan, Nusa Tenggara Timur, Maluku dan Irian Jaya. Pendidikan ini memerlukan kurikulum 3700 jam dan dapat diselesaikan dalam 6 semester.

Selain pendidikan bidan di atas sejak tahun 1994-1995 pemerintah juga menyelenggarakan uji coba pendidikan bidan jarak jauh (*Distance Learning*) di tiga provinsi yaitu Jawa barat, Jawa Tengah dan Jawa Timur. Kebijakan ini dilakukan untuk memperluas cakupan upaya peningkatan mutu tenaga kesehatan yang sangat diperlukan dalam pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan

kesehatan. Pengaturan penyelenggaraan ini telah diatur dalam SK Menkes No. 1247/Menkes/SK/XII/1994

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

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

Secara kumulatif dari tahap I-III diikuti oleh 6.306 dan 3.439 (55%) dinyatakan lulus.

- DJJ tahap IV (1998-1999) dilaksanakan di 26 provinsi dengan jumlah setiap provinsinya adalah 60 orang kecuali Maluku, Irian Jaya dan Sulawesi Tengah masing-masing hanya 40 orang dan provinsi Jambi 50 orang.

Selain pelatihan DJJ tahun 1994 juga dilaksanakan pelatihan pelayanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal (*LSS; Life Saving Skill*) dengan materi pembelajaran berbentuk 10 modul. Ditinjau dari proses penyelenggaraan ini dinilai tidak efektif.

Tahun 1996

IBI bekerja sama dengan Depkes dan American College of Nursing Midwife (ANCM) dan Rumah Sakit swasta mengadakan

training of trainer kepada anggota IBI sebanyak 8 orang untuk LSS yang kemudian menjadi tim pelatihan inti LSS di PP IBI. Tim pelatihan LSS ini mengadakan TOT dan pelatihan baik untuk bidan di desa maupun bidan praktek swasta. Pelatihan praktek dilaksanakan di 14 provinsi dan selanjutnya melatih BPS secara swadaya, begitu juga guru atau dosen dari D3 kebidanan.

Tahun 1995-1998

IBI bekerja langsung dengan *Mother Care* melakukan pelatihan dan peer review bagi bidan RS, bidan Puskesmas, dan bidan di desa di provinsi Kalimantan selatan.

Tahun 2000

Telah ada tim pelatih Asuhan Persalinan Normal (APN) yang dikoordinasikan oleh *Maternal Neonatal Health* (MNH) yang sampai saat ini telah melatih APN di beberapa provinsi/kabupaten. Pelatihan LSS dan APN tidak hanya untuk pelatihan pelayanan, tetapi juga guru, dosen-dosen dari Akademi Kebidanan.

Selain melalui pendidikan formal dan pelatihan, untuk meningkatkan kualitas pelayanan juga diadakan seminar dan lokakarya organisasi (*Organization Development: OD*) dilaksanakan setiap tahun sebanyak 2 kali mulai tahun 1996 sampai dengan 200 dengan biaya dari UNICEF.

Perkembangan Pendidikan Bidan Sekarang

Mengingat besarnya tanggung jawab dan beban kerja bidan dalam melayani masyarakat, pemerintah bersama dengan IBI telah mengupayakan pendidikan bagi bidan agar dapat menghasilkan

lulusan yang mampu memberikan pelayanan yang berkualitas dan dapat berperan sebagai tenaga kesehatan profesional.

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

Pada tahun 2001 tercatat ada 65 institusi yang menyelenggarakan pendidikan diploma III kebidanan di seluruh Indonesia. Dalam tiga tahun terakhir minat masyarakat untuk berpartisipasi dalam pendidikan diploma III Kebidanan sangat tinggi. Hal ini terlihat sampai saat ini jumlah institusi penyelenggara D III Kebidanan sudah mencapai 147 dengan 44 milik Depkes dan sisanya kepemilikan pemerintah daerah, TNI dan swasta. Hal ini perlu kita cermati bersama bahwa apabila peluang seperti akan tetap dipertahankan maka tidak ditutup kemungkinan jumlah institusi DIII kebidanan sulit untuk dibendung karena adanya aturan yang memungkinkan untuk itu. Berkaitan dengan hal tersebut sebaiknya pihak- pihak terkait seperti IBI melakukan studi tentang hal ini dan menyampaikan kepada pihak terkait dan berwenang sebagai masukan untuk membatasi izin pendirian Diploma kebidanan dan DIV Bidan pendidik. Dengan jumlah institusi yang cukup besar tersebut dihadapi berbagai masalah antara lain jumlah dosen serta sarana lahan praktik dan kasus yang terbatas. Untuk mengatasi kendala

ini mulai tahun 2000 dibuka program diploma IV bidang pendidikan yang diselenggarakan di fakultas kedokteran Universitas Gajah Mada Yogyakarta. Pendidikan ini lamanya dua semester (satu tahun) dan saat ini telah berkembang program yang sama pada UNPAD(2001), USU(2004) dan STIKES Ngudi Waluyo Semarang, serta STIKIM Jakarta (2003). Akhir-akhir ini minat masyarakat untuk membuka program DIV bidang pendidikan juga sudah mulai banyak seperti adanya beberapa usulan yang sudah masuk ke Pusdiknakes dari pemrakarsa program DIV bidang pendidikan pada awalnya dilaksanakan dalam masa transisi dalam upaya pemenuhan kebutuhan dosen.

Apabila dianalisis lebih lanjut aturan yang berlaku pada Depdiknas adalah kualifikasi dosen minimal satu tingkat program yang dilaksanakan dengan program studi yang sesuai. Sebagaimana yang kita ketahui bahwa DIV bidang pendidikan dengan masa studi satu tahun terdiri dari beban materi profesi kebidanan kurang lebih 60 % dan 40 % beban materi kependidikan. Hal ini sebenarnya belum memenuhi ketentuan yang ditetapkan Depdiknas bahwa kualifikasi dosen minimal DIV dan S1 Kebidanan dan untuk menjadi pendidik perlu ditambah dengan kemampuan kependidikan. Dengan memperhatikan permasalahan tersebut mungkin sudah waktunya untuk memikirkan dan membuat rancangan pendidikan DIV Kebidanan klinis dan S1 Kebidanan. Tidak tertutup kemungkinan pula untuk mengembangkan pendidikan pada jenjang S2 maupun SP1 dan SP2, apabila diperlukan untuk memenuhi kebutuhan dosen, peneliti dan manajer dalam bidang midwifery/kebidanan di samping tetap melaksanakan pemenuhan kebutuhan tenaga pelaksana pelayanan kebidanan oleh setiap tatanan pelayanan kesehatan.

Tapi hal ini terlebih dahulu harus disusun dan ditetapkan kompetensi untuk masing-masing level/ jenjang pendidikan agar tidak terjadi kebingungan dikemudian hari. Penyusunan kompetensi ini dilakukan oleh IBI bersama-sama dengan unsur terkait lainnya seperti Depkes, organisasi profesi (POGI, IDAI, PERNASIA, dll.). Adapun pembinaan dan pengawasan yang telah diupayakan oleh Pusdiknakes antara lain mulai dari penyusunan dan penetapan standar kompetensi bidan, penilaian ijin institusi baru, seleksi mahasiswa baru, penyusunan kurikulum, akreditasi dan ujian akhir program. Serta pengembangan beberapa standar pendidikan. Sampai saat ini dari 147 institusi telah terakreditasi sebanyak 26 dengan status sebagai berikut : A= 4, B = 18 dan C= 4. Sehubungan dengan hal tersebut di atas, ke depan kita sudah waktunya untuk meninjau ulang dan menata kembali pola pendidikan berjenjang dan berkelanjutan bagi bidan.

Sejarah Dan Perkembangan Pelayanan Kebidanan Dalam Negeri

Perkembangan pelayanan dan pendidikan kebidanan di Indonesia tidak terlepas dari masa penjajahan Belanda, era kemerdekaan, politik/kebijakan pemerintah dalam pelayanan dan pendidikan tenaga kesehatan, kebutuhan masyarakat serta kemajuan ilmu dan teknologi.

Pada tahun 1907 (Zaman Gubernur Jenderal Hendrik William Deandels)

Pada zaman pemerintah Hindia Belanda. AKI dan AKB sangat tinggi, Tenaga penolong persalinan adalah dukun. Para dukun dilatih dalam pertolongan persalinan tapi keadaan ini tidak berlang-

sung lama karena tidak adanya pelatih kebidanan. Pelayanan kesehatan termasuk pelayanan kebidanan hanya diperuntukkan bagi orang Belanda yang ada di Indonesia.

Tahun 1849

Dibuka pendidikan dokter Jawa di Batavia (di RS Militer Belanda sekarang RSPAD Gatot Subroto), seiring dengan dibukanya pendidikan dokter tersebut pada tahun 1851 dibuka pendidikan bidan bagi wanita pribumi di Batavia oleh seorang dokter militer Belanda (Dr. W. Bosch) lulusan ini kemudian bekerja di RS dan di masyarakat. Mulai saat itu pelayanan kesehatan ibu dan anak dilakukan oleh dukun dan bidan.

Tahun 1952

Mulai diadakan pelatihan bidan secara formal agar dapat meningkatkan kualitas pertolongan persalinan. Kursus untuk dukun masih berlangsung sampai dengan sekarang yang memberikan kursus adalah bidan. Perubahan pengetahuan dan keterampilan tentang pelayanan kesehatan ibu dan anak secara menyeluruh di masyarakat dilakukan dengan kursus tambahan yang dikenal dengan istilah kursus tambahan bidan (KTB) pada tahun 1953 di Yogyakarta yang akhirnya dilakukan pula di kota-kota besar lain. Seiring dengan pelatihan tersebut didirikanlah Balai Kesehatan Ibu dan Anak (BKIA) dimana bidan sebagai penanggung jawab pelayanan kepada masyarakat. Pelayanan yang diberikan mencakup pelayanan antenatal. Postnatal dan pemeriksaan bayi dan anak termasuk imunisasi dan penyuluhan gizi. Sedangkan di luar BKIA, bidan memberikan pertolongan persalinan di rumah keluarga

dan pergi melakukan kunjungan rumah sebagai upaya tindak lanjut dari pasca persalinan.

Dari BKIA inilah yang akhirnya menjadi suatu pelayanan yang terintegrasi kepada masyarakat yang dinamakan Puskesmas pada tahun 1957. Puskesmas memberikan pelayanan berorientasi pada wilayah kerja. Bidan yang bertugas di puskesmas berfungsi memberikan pelayan KIA termasuk pelayanan KB baik di luar gedung maupun di dalam gedung. Pelayanan kebidanan yang diberikan di luar gedung adalah pelayanan kesehatan keluarga dan pelayanan di Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu). Pelayanan di Posyandu mencakup empat kegiatan yaitu: pemeriksaan kehamilan, pelayanan KB, imunisasi, gizi dan kesehatan lingkungan.

Mulai tahun 1990

Mulai tahun 1990 Pelayanan kebidanan diberikan secara merata dan dekat masyarakat. Kebijakan ini melalui Inpres secara lisan pada sidang Kabinet tahun 1992 tentang perlunya mendidik bidan untuk penempatan bidan di desa. Adapun tugas pokok bidan di desa adalah sebagai pelaksana KIA khususnya dalam pelayanan kesehatan ibu hamil, bersalin, nifas serta pelayanan kesehatan BBL, termasuk pembinaan dukun bayi. Dalam melaksanakan tugas pokoknya bidan didesa melaksanakan kunjungan rumah pada ibu dan anak yang memerlukannya, mengadakan pembinaan pada Posyandu di wilayah kerjanya serta mengembangkan pondok bersalin sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat.

Hal tersebut di atas adalah pelayanan yang diberikan oleh bidan di desa. Pelayanan yang diberikan berorientasi pada kesehatan masyarakat berbeda dengan halnya bidan yang bekerja di RS

dimana pelayanan yang diberikan berorientasi pada individu. Bidan di RS memberikan pelayanan poliklinik antenatal, gangguan kesehatan reproduksi di klinik KB, senam hamil, pendidikan perinatal, kamar bersalin, kamar operasi kebidanan, ruang nifas dan ruang perinatal.

Bertitik tolak dari konferensi kependudukan dunia di Kairo pada tahun 1994 yang menekankan pada kespro, memerlukan area garapan pelayanan bidan. Area tersebut meliputi:

- *Family Planning*
- PMS termasuk infeksi saluran reproduksi
- *Safe Motherhood* termasuk bayi baru lahir dan perawatan abortus
- Kesehatan Reproduksi pada remaja
- Kesehatan Reproduksi pada orang tua

Bidan melaksanakan peran, fungsi dan tugasnya didasarkan pada kemampuan dan kewenangan yang diberikan. Kewenangan tersebut diatur melalui Permenkes. Permenkes yang menyangkut wewenang bidan selalu mengalami perubahan sesuai dengan kebutuhan dan perkembangan masyarakat dan kebijakan pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Permenkes tersebut dimulai dari:

- Permenkes No. 5380/IX/1963, wewenang bidan terbatas hanya pada pertolongan persalinan normal secara mandiri didampingi tugas lain
- Permenkes No. 363/IX/1980, yang kemudian diubah menjadi Permenkes 623/1989.

Wewenang bidan dibagi dua yaitu wewenang umum dan wewenang khusus. Dalam wewenang khusus ditetapkan bila bidan melaksanakan tindakan khusus di bawah pengawasan dokter. Hal ini berarti bahwa bidan dalam melaksanakan tugasnya tidak bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas tindakan yang dilakukan. Pelaksanaan dari Permenkes ini, bidan dalam melaksanakan praktek perorangan di bawah pengawasan dokter.

Permenkes No. 572/VI/1996

Wewenang ini mengatur tentang registrasi dan praktek bidan. Bidan dalam melaksanakan prakteknya diberi kewenangan yang mandiri. Kewenangan tersebut disertai dengan kemampuan dalam melaksanakan tindakan. Dalam wewenang tersebut mencakup: pelayanan kebidanan yang meliputi: pelayanan ibu dan anak, pelayanan KB, pelayanan kesehatan masyarakat.

Kepmenkes No. 900/Menkes/SK/VII/2002 tentang registrasi dan praktek bidan revisi dari Permenkes 572/VI/1996

Dalam tugasnya, bidan melakukan kolaborasi, konsultasi dan merujuk sesuai dengan kondisi pasien, kewenangan dan kemampuannya. Dalam keadaan darurat bidan juga diberi wewenang pelayanan kebidanan yang ditujukan untuk penyelamatan jiwa. Dalam aturan tersebut juga ditegaskan bahwa bidan dalam menjalankan praktek harus sesuai dengan kewenangan, kemampuan, pendidikan, pengalaman berdasarkan standar profesi. Pencapaian kemampuan bidan sesuai Kepmenkes No. 900/2002 tidaklah mudah karena kewenangan yang diberikan oleh Depkes ini mengandung

tuntutan akan kemampuan bidan sebagai tenaga profesional dan mandiri.

C. Sejarah Pelayanan Kebidanan Di Luar Negeri

Pelayanan kebidanan di luar negeri terjadi jauh sebelum Indonesia. Berikut perkembangan pelayanan kebidanan yang ada di luar negeri:

Yunani

Hippocrates yang hidup antara tahun 460-370 sebelum Masehi. Beliau mendapat sebutan **Bapak Pengobatan** karena selama hidupnya menaruh perhatian besar pada perawatan dan pengobatan serta kebidanan. Beliau menganjurkan ibu bersalin ditolong dengan perikemanusiaan dan mengurangi penderitaan ibu. Beliau menganjurkan agar ibu bersalin dirawat dengan selayaknya. Sehubungan dengan anjuran itu maka di negeri Yunani dan Romawi terlebih dahulu merawat wanita nifas.

Roma

Soranus yang hidup pada tahun 98-138 sesudah Masehi. Beliau disebut Bapak Kebidanan karena dari beliau adalah pertama kali menaruh perhatian terhadap kebidanan setelah masa Hippocrates dan berpendapat bahwa seorang bidan hendaklah seorang ibu yang telah mengalami kelahiran bayi, ibu yang tidak takut akan hantu, setan, serta menjauhkan takhayul.

Di samping itu beliau pertama kali menemukan dan menulis tentang **Versi Podali**, tapi sayang tidak disertai keterangan yang lengkap. Setelah Soranus meninggal usahanya diteruskan oleh muridnya **Moscion**. Ia menulis buku yang merupakan pengajaran

bagi bidan-bidan. Bidan-bidan dahulu sering kali tidak mendapatkan pengajaran, hanya bekerja berdasarkan pengalaman dan keberanian. Buku yang ditulisnya itu diberi judul **Katekismus** bagi bidan-bidan Roma. Dengan adanya buku itu majulah pengetahuan bidan.

Galen (129-201 Masehi) menulis beberapa teks tentang pengobatan termasuk Obstetri dan Ginekologi. Dia juga menggambarkan bagaimana bidan melakukan **Dilatasi Serviks**.

Italia

Zaman setelah Moscion meninggal sampai abad pertengahan merupakan zaman yang galau bagi bidang perawatan, dimana perawatan pada umumnya menjadi mundur. Pengobatan menjadi mundur sekali. Di Eropa ilmu pengobatan kuno menjadi satu dengan astrologi sedangkan yang masih berusaha mempertahankan perkembangan pengobatan kebanyakan hanya tabib-tabib bangsa Arab, karena pada waktu itu pengobatan dan perawatan diabaikan tidak heranlah jika kebidanan juga dilalaikan, umumnya orang menganggap bahwa kebidanan adalah satu hal yang biasa.

Pada abad ke XV waktu sekolah Italia sudah banyak dan besar, pengobatan mulai maju lagi, terutama mengenai anatomi dan fisiologi tubuh manusia. Di antara guru-guru besar Italia yang terkenal dan berjasa adalah:

1. Vesalius
2. Febricus
3. Eustachius yang menemukan tuba Eustachius (saluran yang menghubungkan hidung, telinga dan tenggorokan).
4. Fallopius menemukan Tuba Fallopii (saluran yang menghubungkan ovarium dan uterus)

5. Arantius menemukan Ductus Arantii (pembuluh darah sementara pada janin)

Perancis

Perkembangan yang diperoleh oleh guru besar Italia kemudian mempengaruhi pengobatan, perawatan dan kebidanan di Perancis. Setelah kebidanan dikenal, para wanita bangsawan memeloporinya. Apabila wanita bangsawan itu akan bersalin, terutama yang tinggal di istana, mereka selalu memanggil Dokter atau Bidan, dicontoh oleh kaum terpelajar dan kemudian berkembang pula diantara wanita-wanita biasa.

Tokoh yang terkenal membawa perkembangan kebidanan di Perancis adalah:

1. Amroise Pare (1510-1590) beliau dikenal sebagai seorang ahli bedah, tetapi juga memberikan kontribusi dalam bidang Obstetri dan Gynekologi. Beliau menemukan **Versi Podali** < sebagai mana yang dikemukakan oleh Soranus dahulu, tetapi beliau memberikan cara-cara dengan lengkap. Perasat ini dikenal dengan **Versi Ekstraksi** (diputar) kemudian ditarik keluar.
2. Grullemau, beliau adalah murid dari Amroise Pare yang membantu dan meneruskan minat gurunya.
3. Louise Bourgeois/ Boursie (1563-1636) ia adalah seorang bidan yang cakap, juga murid dari Amroise Pare. Turut memperkenalkan versi ekstraksi pada persalinan sukar. Ia pertama kali menerbitkan buku tentang kebidanan
4. Francois Mauriceau
Menemukan suatu cara untuk melahirkan kepala pada letak sungsang agar lebih mudah yaitu dengan memasukkan dua

jari ke dalam mulut bayi agar kepala bertambah fleksi. Cara ini hingga sekarang terkanal dengan istilah **Cara Mauriceau** atau **Perasad Mauriceau**.

Inggris

1. William Smellie (1697-1763)

Beliau mengubah bentuk cunam, serta menulis buku tentang pemasangan cunam dengan karangan yang lengkap, ukuran-ukuran panggul dan perbedaan panggul sempit dan biasa

2. William Hunter (1718-1783)

Murid dari Willian Smellie, yang meneruskan usahanya.

Amerika Serikat

Zaman dahulu kala di AS persalinan ditolong oleh dukun beranak yang tidak berpendidikan. Biasanya bila wanita sukar melahirkan, ahli obat menganjurkan agar wanita itu diusir serta ditakuti agar ras sakit bertambah dan kelahiran menjadi mudah karena kesakitan dan kesedihannya. Menurut catatan Thimas yang pertama kali praktek di AS adalah Samuel Fuller dan Istrinya. Kemudian menyusul Anne Hutchinson, ia menjadi bidan pada tahun 1634, pergi ke Boston dan melaporkan disana ia telah menolong persalinan dengan baik dan menghilangkan kepercayaan lama.

Kemudian nasib malang menimpa Anne Hutchinson ketika ia menolong sahabatnya bernama Marry Dyer, melahirkan anak dengan Anencephalus. Orang-orang mengecam Anne sebagai seorang ahli *shir* wanita. Akibat kecaman itu ia meninggalkan Boston dan pergi ke Long Island, kemudian ke Pelham, New York. Disana ia terbunuh waktu ada pemberontakan orang-orang Indian.

Karena ia dianggap sebagai orang yang berjasa maka ia diperingati dengan nama **Hutchinson River Parkway**

Setelah orang Amerika mendengar perkembangan di Inggris beberapa orang Amerika terpengaruh dengan kemajuan di Inggris dan pergi ke sana untuk memperdalam ilmunya. Antara lain:

1. Dr. James Lloyd (1728-1810)

Beliau berasal dari Boston, belajar di London di RS Guy dan RS Saint Thimas.

2. Dr. Willian Shippen (1736-1808)

Beliau berasal dari Philadelphia, belajar di Eropa selama lima tahun kemudian belajar pada Willian Smellie dan Jhon, William Hunter dan Mackenzie. Sekembalinya di AS mengembangkan kebidanan di Amerika. Pada tahun 1762 Dr. W. Shippen diizinkan mendirikan kursus kebidanan di Philadelphia Gazette. Masyarakat banyak menaruh minat, pria maupun wanitanya, sehingga kursusnya terdiri dari murid-murid pria dan wanita. Dalam praktek kebidanan murid-murid dipisahkan, murid pria berpraktek pada praktek praktikumnya sendiri. Kemudian didirikan rumah sakit bersalin yang khusus untuk latihan muridnya. Kursus ini berlangsung terus sampai tahun 1765, kemudian ditutup karena adanya sekolah kedokteran dari Collage Philadelpjia. Dr. William Shippen diangkat menjadi profesor Anatomi. Pembedahan dan kebidanan diajarkan bersama-sama pada tahun 1810 setelah ada pengangkatan dokter Thomas Chalkley James sebagai profesor kebidanan. Ia menganjurkan partus buatan pada bayi prematur bila pinggul ibunya sempit.

3. Dr. Samuel Brad yang hidup pada tahun 1742-1821. setelah menamatkan pelajarannya beliau pergi ke Eropa belajar di

Edenburgh hingga tamat. Kemudian meneruskan lagi ke London hingga pada tahun 1768 kembali ke Amerika Serikat pada umur 26 tahun.

Beliau terkenal dengan memajukan berdirinya bagian kedokteran di King College yang sekarang menjadi Universitas Columbia Dr. J.V.L. Tennet yang bekerja juga pada universitas itu menyebutnya sebagai profesor kebidanan yang pertama di King College. Kemudian Dr. Samuel Bard menulis buku kebidanan yang lain dan memuat pelajaran bagi dokter dan bidan. Isi buku tersebut antara lain sebagai berikut:

- a. Cara pengukuran *Conyungata diagonalis*
 - b. Kelainan-kelainan panggul
 - c. Melarang pemeriksaan dalam bila tidak ada indikasi
4. kala I, dari permulaan persalinan sampai pembukaan lengkap
 5. kala II, dari pembukaan lengkap sampai kepala kelihatan di atas perineum
 6. kala III, dari tampaknya kepala bayi di atas perineum sampai lahirnya seluruh tubuh
 7. Kala IV, dari lahirnya anak sampai lahirnya plasenta.
 - a. Menasehatkan jangan menarik tali pusat untuk mencegah terjadinya **inversion uteri**.
 - b. Mengajarkan bahwa letak muka dapat lahir spontan
 - c. Melarang pemakaian cunam yang berulang-ulang karena banyak menimbulkan kerugian.
 8. Dr. Walter Channing (1786-1876)

Walter Channing mula-mula belajar kedokteran di Universitas Pennsylvania, kemudian meneruskan ke Edenburgh dan London. Sekembalinya di Amerika Serikat beliau diangkat sebagai Profesor

kebidanan di Sekolah Kedokteran Harvard, di mana sebelumnya diajarkan subjek kebidanan sebagai subjek tersendiri. Dr. Walter Channing juga seorang dokter yang pertama kali memperhatikan keadaan nifas di RSUD Boston, Amerika Serikat.

D. Perkembangan Pendidikan Kebidanan Di Luar Negeri

Selain pelayanan kebidanan, perlu juga mengetahui perkembangan pendidikan yang terjadi di luar negeri.

Malaysia

Perkembangan kebidanan di Malaysia bertujuan untuk menurunkan MMR dan IMR dengan menempatkan bidan desa. Mereka memiliki *basic* SMP + juru rawat + 1 tahun sekolah bidan.

Jepang

Sekolah bidan di Jepang dimulai pada tahun 1912 pendidikan bidan di sini dengan *basic* sekolah perawat selama 3 tahun + 6 bulan pendidikan bidan. Tujuan pelaksanaan pendidikan ini adalah untuk meningkatkan pelayanan kebidanan dan neonatus tapi pada masa itu timbul masalah karena masih kurangnya tenaga bidan dan bidan hanya mampu melakukan pertolongan persalinan yang normal saja, Ia tidak siap jika terdapat kegawatdaruratan sehingga dapat disimpulkan bahwa kualitas bidan masih kurang memuaskan. Pada tahun 1987 ada upaya untuk meningkatkan pelayanan dan pendidikan bidan, menata dan mulai mengubah situasi.

Belanda

Negara Belanda merupakan Negara Eropa yang teguh berpendapat bahwa pendidikan bidan harus dilakukan secara terpisah

dari pendidikan perawat. Menurut Belanda disiplin kedua bidang ini memerlukan sikap dan keterampilan yang berbeda. Perawatan umumnya bekerja secara hierarki di RS di bawah pengawasan sedangkan bidan diharapkan dapat bekerja secara mandiri di tengah masyarakat. Akademi pendidikan bidan yang pertama pada tahun 1861 di RS Universitas Amsterdam. Akademi ke dua dibuka pada tahun 1882 di Rotterdam dan yang ketiga pada tahun 1913 di Heerlen. Pada awalnya pendidikan bidan adalah 2 tahun, kemudian menjadi 3 tahun dan sejak 1994 menjadi 4 tahun. Pendidikannya dengan dasar SMA. Tugas pokok bidan di Belanda adalah keadaan normal dan merujuk keadaan yang abnormal ke dokter ahli kebidanan.

Inggris

Pada tahun 1902 pelatihan dan registrasi bidan mulai diteraturkan. Selama tahun 1930 banyak perawat yang teregistrasi masuk kebidanan karena dari tahun 1916 mereka melaksanakan kursus-kursus kebidanan lebih singkat dari pada perempuan tanpa kualifikasi keperawatan. Tahun 1936 kebanyakan siswa-siswa kebidanan teregistrasi sebagai perawat. Pelayanan kebidanan di Inggris banyak dilakukan oleh bidan praktek swasta. Semenjak pertengahan 1980 kurang lebih 10 orang bidan melaksanakan praktek mandiri. Tahun 1990 bertambah sekitar 32 bidan, 1991 menjadi 44 bidan, dan 1994 sekitar 100 orang bidan dengan 80 bidan masuk dalam *independent Midwives Assosiation*.

Alasan bidan di Inggris melakukan praktek mandiri:

- Penolakan terhadap model medis dalam kelahiran (*Medicalisasi*)
- Ketidakmampuan menyediakan perawatan yang memuaskan dalam NHS (*National Health Servis*)

- Untuk mengurus status bidan sebagai praktisi
- Untuk memberikan kelangsungan perawatan dan kemampuan bidan dalam memberikan pertolongan persalinan di rumah sebagai pilihan mereka.

Pendidikan kebidanan di Inggris:

- *High School* + 3 tahun
- *Nurse* + 18 bulan

Mayoritas bidan di Inggris adalah lulusan diploma. Sejak tahun 1995 sudah ada lulusan S1 kebidanan dengan dasar SMU + 3-4 tahun.

Australia

Australia sedang pada titik perubahan terbesar dalam pendidikan kebidanan. Sistem ini menunjukkan bahwa seorang bidan adalah seorang perawat yang terlegislasi dengan kualifikasi kebidanan. Konsekuensinya banyak bidan-bidan yang telah mengikuti pelatihan di Amerika dan Eropa tidak dapat mendaftar tanpa pelatihan perawatan. Siswa-siswa yang mengikuti pelatihan kebidanan pertama kali harus terdaftar sebagai perawat. Kebidanan swasta di Australia berada pada poin kritis pada awal tahun 1990, berjuang untuk bertahan pada waktu perubahan besar.

3 Faktor Yang Bekerja Melawan Kebidanan

- Medical yang dominan
- Berlawanan dengan profesi keperawatan
- Tidak mengabaikan komunitas peran bidan

Medicalisasi telah dibawa sebagian dokter, melalui pelatihan melebihi dari yang diperlukan ini adalah gambaran dari perjuangan bidan-bidan di Negara lain. Profesi keperawatan di Australia menolak hak bidan sebagai identitas profesi yang terpisah. Dengan kekuatan penuh bidan-bidan yang sedikit militan *tersupport* untuk mencapai kembali hak-hak dan kewenangan mereka dalam menolong persalinan. Pendidikan bidan dengan *basic* perawat + 2 tahun. Sejak tahun 2000 telah dibuka University of Technology of Sydney yaitu S2 (*Doctor Of Midwifery*).

Spanyol

Spanyol merupakan salah satu Negara di benua Eropa yang telah lama mengenal profesi bidan. Dalam tahun 1752 persyaratan bahwa bidan harus lulus ujian, dimana materi ujiannya adalah dari sebuah buku kebidanan “*A Short Treatise on the Art Of Midwifery*” pendidikan bidan di ibu kota Madrid dimulai pada tahun 1789. Bidan disiapkan untuk bekerja secara mandiri di masyarakat terutama di kalangan petani dan buruh tingkat menengah ke bawah. Bidan tidak boleh mandiri memberikan obat-obatan, melakukan tindakan yang menggunakan alat-alat kedokteran.

Pada tahun 1942 sebuah RS Santa Cristina menerima ibu-ibu yang hendak bersalin. Untuk itu dibutuhkan tenaga bidan lebih banyak. Pada tahun 1932 pendidikan bidan disini secara resmi menjadi *School of Midwife*. Antara tahun 1987-1988 pendidikan bidan untuk sementara ditutup karena diadakan penyesuaian kurikulum bidan menurut ketentuan Negara-negara masyarakat Eropa, bagi mereka yang telah lulus sebelum itu, penyesuaian pada akhir 1992.

Ontario Canada

Mulai tahun 1978 wanita dan keluarga tidak puas dengan sistem perawatan maternity di Ontario. Bidan di Ontario memiliki latar belakang pendidikan yang berbeda-beda yang terbanyak adalah berasal dari pendidikan kebidanan di Britain, beberapa memiliki pendidikan bidan formal di Belanda, Jerman dan beberapa memiliki latar belakang perawat. Selain itu di Canada pada umumnya tenaga bidan datang dari luar. Mereka datang sebagai tenaga perawat dan pelayanan kebidanannya disebut *Maternity Nursing*. Di Canada tidak ada peraturan atau izin praktek bidan, pada tahun 1991 keberadaan bidan diakui di Canada. Di Ontario dimulai secara resmi pendidikan di University Based, Direct Entry dan lama pendidikan 3 tahun. Dan mereka telah mempunyai ijazah bidan diberi kesempatan untuk registrasi dan di beri izin praktek.

Denmark

Merupakan Negara Eropa lainnya yang berpendapat bahwa profesi bidan tersendiri. Pendidikan bidan di sini mulai pada tahun 1787 dan pada tahun 1987 yang lalu merayakan 200 tahun berdirinya sekolah bidan. Kini ada 2 pendidikan bidan di Denmark.

Setiap tahun menerima 40 siswa dengan lama pendidikan 3 tahun *direct entry*. Mereka yang menjadi perawat maka pendidikan ditempuh 2 tahun. Hal ini menimbulkan berbagai kontroversi di kalangan bidan sendiri, apakah tidak sebaiknya pendidikan bidan didirikan atas dasar perawat sebagian besar berpendapat tidak.

Pendidikan post gradua terbagi bidan selama 9 bulan dalam bidang pendidikan dan pengelola. Tahun 1973 disusun rangkaian pedoman bagi bidan yang mengelompokkan klien dari berbagai

resiko yang terjadi. Hal ini menimbulkan masalah karena tidak jelas batasan mana yang resiko rendah dan tinggi. Pada tahun 1990 diadakan perubahan pedoman baru yang isinya sama sekali tidak menyinggung masalah resiko. Penekanan pelayanan adalah pada kesehatan non invasive care.

New Zealand

Selama 50 tahun masalah kebidanan hanya terpaku pada medicalisasi kelahiran bayi yang progresif. Wanita tukang sihir telah dikenal sebagai bagian dari maternal sejak tahun 1904. Tindakan keperawatan mulai dari tahun 1971 mulai diterapkan pada setiap ibu hamil, hal ini menjadikan bidan sebagai perawat spesialis kandungan.

Pada tahun 1970 Selandia Baru telah menerapkan medicalisasi kehamilan. Ini didasarkan pada pendekatan mahasiswa pasca sarjana ilmu kebidanan dari Universitas Auckland untuk terjun ke rumah sakit pemerintah khusus wanita. Salah satu konsekuensi dari pendekatan ini adalah regional jasa. Ini adalah efek dari sentralisasi yang mengakibatkan penutupan rumah sakit pedesaan dan wilayah kota.

Dengan adanya dukungan yang kuat terhadap gerakan feminis, banyak wanita yang berjuang untuk meningkatkan medicalisasi dan memilih persalinan di rumah. Dengan adanya dukungan yang kuat terhadap gerakan feminis, banyak wanita yang berjuang untuk meningkatkan medicalisasi dan memilih persalinan di rumah. Kumpulan *Homebirth* di Auckland dibentuk tahun 1978. dimulai dengan keanggotaan 150 orang dan menjadi organisasi nasional selama 2 tahun yaitu NZNA (*New Zealand Nurses Association*). Perkumpulan ini didukung oleh para langganan, donator dan tenaga kerja suka

rela atau fakultatif yang bertanggung jawab atas banyaknya perubahan positif dalam sistem RS. Tahun 1986 *homebirth* sangat berpengaruh dalam kemajuan melawan penetapan yang dibuat oleh medis, akhirnya menteri pelayanan kesehatan secara resmi mengakui *homebirth* tahun 1986.

Pada tahun 1980 NZNA membuat garis besar mengenai statement kebijakan atas pembatasan rumah hal ini disampaikan oleh penasehat panitia maternal jasa kepada jawatan kesehatan. Panitia maternal jasa adalah suatu panitia dimana dokter kandungan menyatakan peraturan mengenai survei maternal terutama dalam hal memperdulikan rumah.

Sekarang NZNA telah membuat kemajuan yang patut dipertimbangkan dalam menetapkan konsep general perawat kesehatan keluarga secara berkesinambungan menyediakan pelayanan mulai dari kelahiran sampai meninggal. Sejak tahun 1904 RS St. Hellen mengadakan pelatihan kebidanan selama 6 bulan dan ditutup tahun 1979. sebagai penggantinya sejak tahun 1978 beberapa politeknik keperawatan berdiri, selain itu ada yang melanjutkan pendidikan di Australia untuk memperoleh keahlian kebidanan. Tercatat 177 (86 %) bidan telah memperoleh pendidikan kebidanan di luar negeri pada tahun 1986 dari 206 bidan yang ada, dan hanya 29 orang lulusan kebidanan Selandia Baru tahun 1987.

Tahun 1981 sebagian besar rumah sakit memasukkan bidan ke perkumpulan perawat, para bidan mengalami krisis untuk membentuk organisasi dan pemimpin dari mereka. Kemudian muncul perkumpulan bidan yang menentang NZNA untuk mendapatkan rekomendasi lebih lanjut langsung di bawah RS atau di bawah dokter kandungan.

Amerika Serikat

Mengenai kemajuan kebidanan dapat diceritakan sebagai berikut. Setelah Amerika Serikat mengalami kemajuan maka Negara-negara lain menyusulnya terutama setelah buku tentang kebidanan dicetak dan diedarkan. Yang memajukan kebidanan itu antara lain ialah mereka yang di sebut di bawah ini:

William Harley (1578-1657)

Menyelidiki fisiologi dari plasenta dan selaput janin, sehingga ditemukan fungus plasenta dan selaput janin seperti yang kita ketahui sekarang ini.

Arantius

Seorang guru besar dari Italia menemukan suatu ductus/ pembuluh darah sementara pada janin yang menghubungkan vena umbilicalis dan vena cava inferior. Ductus itu tertutup bila anak sudah lahir dan kemudian menjadi jaringan. Ductus itu bernama sesuai dengan yang menemukannya yaitu Ductus Arantii/ductus yang ditemukan oleh Arantius

Fallopis

Juga seorang guru besar dari Italia. Menemukan saluran sel telur yang terletak antara uterus dan ovarium. Saluran itu dinamakan Tuba Fallopii.

Boudelocque dan Perancis (1745-1810)

Beliau mempelajari mengenai panggul dan menemukan ukuran-ukuran panggul, serta memberi banyak sekali pelajaran tentang

panggul. Salah seorang muridnya adalah William Potts Dewees yang hidup antara tahun 1768-1841. mula-mula beliau mengikuti James Llyod sebagai profesor Kebidanan di Universitas Pennsylvania Amerika Serikat, kemudian belajar ke Perancis kepada Boude-locque, terutama mempelajari panggul. Sekembalinya di Amerika Serikat beliau memberikan pelajaran tentang panggul, hingga mendapat sebutan Boudelocque Amerika.

Kecuali itu beliau menerbitkan buku pada tahun 1824, dengan pelajaran antara lain sebagai berikut:

- a. pengertian tentang panggul sebagai basis dalam kebidanan
- b. persalinan dapat diperlakukan dengan tidur telentang dan kaki dibengkokkan/sikap **dorsal recumbent**, kecuali tidur miring yang biasa dilakukan.
- c. Pemasangan forcep bila perlu jangan di tunda karena dapat membahayakan ibu dan anak. Ketentuan pemasangan forcep: kepala jangan lebih 6 jam di dasar panggul.

Hugh L. Hodge

Menemukan bidang-bidang dalam panggul untuk mengetahui sampai dimana turunnya kepala anak, bidang itu juga dinamakan bidang Hodge, kecuali itu beliau juga memberikan pelajaran kebidanan yang antara lain sebagai berikut:

- a. letak vertex/belakang kepala anak, di belakang bisa disebabkan karena putaran yang salah
- b. mekanisme letak sungsang sesuai dengan yang diajarkan sekarang
- c. pemasangan forcep harus di samping kepala anak, kecuali bila kepala masih tinggi atau bila anak melintang

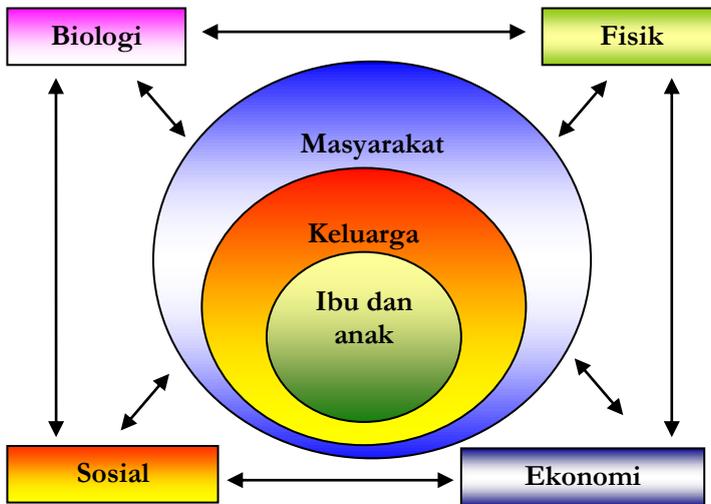
- d. mengubah letak kepala dengan tangan (*Inwendige Correctie*) sebelum memasang cunam
- e. membagi turunnya kepala dengan bidang-bidang dalam panggul.

E. Sasaran Kebidanan Komunitas

Sasaran pelayanan kebidanan komunitas adalah Individu, Keluarga, dan Kelompok Masyarakat (komuniti). Individu yang dilayani adalah bagian dari keluarga atau komunitas. Menurut UU No. 23 tahun 1992 yang dimaksud dengan keluarga adalah suami istri, anak dan anggota keluarga lainnya Kelompok di masyarakat adalah kelompok bayi, balita, remaja, ibu hamil, ibu nifas, ibu meneteki. Pelayanan ini mencakup upaya pencegahan penyakit, pemeliharaan dan peningkatan, penyembuhan serta pemulihan kesehatan.

Sasaran utama kebidanan komunitas adalah ibu dan anak balita yang berada di dalam keluarga dan masyarakat. Bidan memandang pasiennya sebagai makhluk sosial yang memiliki budaya tertentu dan dipengaruhi oleh kondisi ekonomi, politik, sosial budaya dan lingkungan sekitarnya.

Unsur-unsur yang tercakup dalam kebidanan komunitas adalah bidan, pelayanan kebidanan, sasaran pelayanan, lingkungan dan pengetahuan serta teknologi.



F. Tujuan Pelayanan Kebidanan

Pelayanan kebidanan komunitas diarahkan **“untuk mewujudkan keluarga yang sehat sejahtera sehingga tercipta derajat kesehatan yang optimal”**. Hal ini sesuai dengan visi Indonesia Sehat 2010. Kesehatan keluarga merupakan salah satu kegiatan dari upaya kesehatan dimasyarakat yang ditujukan kepada keluarga. Penyelenggaraan kesehatan keluarga bertujuan untuk mewujudkan keluarga kecil, sehat, bahagia dan sejahtera. Di dalam kesehatan keluarga, kesehatan ibu mencakup kesehatan masa pra kehamilan, kehamilan, persalinan, pasca persalinan dan masa di luar kehamilan (masa interval).

Kesehatan anak diselenggarakan untuk mewujudkan pertumbuhan dan perkembangan anak. Upaya kesehatan anak dilakukan melalui peningkatan kesehatan anak dalam kandungan, masa bayi, balita, pra sekolah dan sekolah.

Peningkatan kesehatan keluarga dapat mewujudkan lingkungan keluarga yang sehat, selanjutnya meningkatkan kualitas sumber

daya manusia. Wujud dari kesehatan keluarga dan komunitas merupakan cita-cita bangsa Indonesia yang berupa kesehatan untuk semua.

Kesehatan untuk semua menurut WHO adalah semua orang memperoleh derajat kesehatan tertinggi yang memungkinkan dan secara minimum semua orang memperoleh derajat kesehatan sehingga mereka mampu bekerja produktif dan berpartisipasi secara aktif dalam kehidupan sosial dimasyarakat dimana mereka tinggal.

Kegiatan bidan dan jaringan kerja kebidanan komunitas

Sebenarnya kegiatan kebidanan komunitas telah lama terlaksana ditengah-tengah masyarakat. Aktivitas kebidanan komunitas terutama adalah melayani ibu dan anak balita di luar rumah sakit. Sebelum bekerja di komunitas seorang bidan harus mempunyai kompetensi yaitu memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat.

Pengetahuan dasar yang harus dimiliki bidan:

1. Konsep dasar kebidanan komunitas
2. Masalah kebidanan komunitas
3. Pendekatan asuhan kebidanan pada keluarga, kelompok dan masyarakat
4. Strategi pelayanan kebidanan komunitas
5. Ruang lingkup kebidanan komunitas
6. Upaya peningkatan dan pemeliharaan kesehatan ibu dan anak dalam keluarga dan masyarakat
7. Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan ibu dan anak

8. Sistem pelayanan kesehatan ibu dan anak

Keterampilan dasar yang harus dimiliki bidan:

1. Melakukan pengelolaan pelayanan ibu hamil, nifas, bayi balita dan KB dimasyarakat
2. Mengidentifikasi status kesehatan ibu dan anak
3. Melakukan pertolongan persalinan di rumah dan Polindes
4. Mengelola Polindes
5. Melakukan kunjungan rumah pada ibu hamil, nifas, laktasi, bayi dan balita
6. Melakukan pembinaan dan penggerakan PSM
7. Melakukan penyuluhan dan konseling kesehatan
8. Melakukan pencatatan dan pelaporan

Dilihat dari peran dan fungsi bidan yang sesuai dengan kode etik bidan maka peran bidan di dalam komunitas adalah sebagai pelaksana, pengelola, pendidik dan juga peneliti.

Pelayanan kebidanan komunitas mencakup pencegahan penyakit, pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, penyembuhan serta pemulihan kesehatan.

Sebagian besar kegiatan bidan komunitas adalah memberikan pelayanan kesehatan selama kehamilan, persalinan, nifas, juga pada bayi dan anak, tetapi bidan juga bekerja dalam keluarga berencana serta masa sebelum dan sesudah kehamilan.

Secara garis besar kegiatan pelayanan kebidanan dimasyarakat dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Pelayanan kesehatan ibu

Bertujuan meningkatkan derajat kesehatan yang optimal bagi ibu yang dilakukan pada:

- a. Pra hamil
- b. Hamil
- c. Persalinan
- d. Nifas
- e. Menyusui



2. Pelayanan medik keluarga berencana

Bertujuan meningkatkan kesehatan ibu dan anak dalam keluarga dalam rangka mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pemberian kontrasepsi. Kegiatannya meliputi:

- a. Komunikasi, informasi dan edukasi (KIE)
 - b. Pelayanan kontrasepsi
 - c. Pembinaan dan pengayoman medis kontrasepsi peserta KB
 - d. Pelayanan rujukan KB
 - e. Pencatatan dan pelaporan
- ## 3. Pelayanan kesehatan anak
- a. Pemeriksaan kesehatan balita secara berkala

- b. Penyuluhan pada orang tua, menyangkut pada perbaikan gizi, kesehatan lingkungan dan pengawasan tumbuh kembang anak
- c. Imunisasi dan upaya pencegahan penyakit lainnya
- d. Identifikasi tanda kelainan dan penyakit yang mungkin timbul pada bayi dan balita serta cara penanggulangannya



4. Peran serta masyarakat

- a. Pelatihan dukun
- b. Pelatihan kader kesehatan masyarakat
- c. Kursus ibu
- d. Pengembangan kesehatan masyarakat desa (PKMD)
- e. Posyandu
- f. Dana sehat



Pelayanan kebidanan komunitas dapat dilakukan di rumah pasien, polindes, posyandu, puskesmas, dan rumah bidan praktek swasta

G. Indonesia Sehat 2010

Ditetapkannya Paradigma baru “**PARADIGMA SEHAT**” oleh MENKES Prof. Dr. F.A Moeloek pd 15 September 98, Merupakan upaya untuk lebih meningkatkan kes. bangsa yang bersifat proaktif dalam waktu jk.pjg mampu mendorong masyarakat untuk bersikap mandiri dalam menjaga kesehatan mereka sendiri melalui kesadaran yang lebih tinggi pada pentingnya pelkes yang bersifat promotif dan preventif (menghapus paradigma pembkes yang mengutamakan pelkes yang bersifat kuratif dan rehabilitatif)

lima Fenomena Utama yang Berpengaruh Besar Dalam Pembangunan Kesehatan:

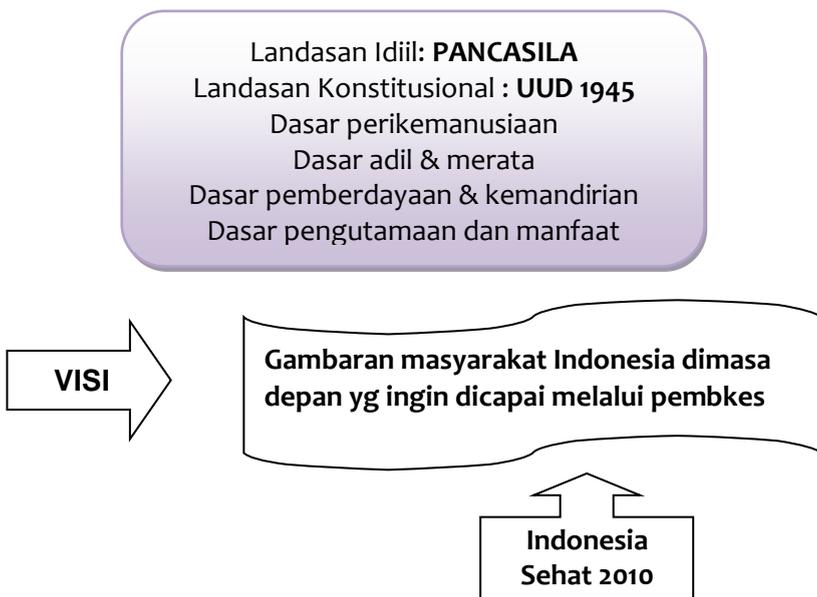
1. Perubahan mendasar pada dinamika kependudukan, yang mendorong lahirnya transisi demografis dan epidemiologis
2. Temuan-temuan substansial dalam iptek kedokteran yang membuka cakrawala baru dalam memandang proses sehat, sakit dan mati.
3. Tantangan global akibat kebijakan perdagangan bebas dan pesatnya revolusi dalam bidang informasi, telekomunikasi dan transportasi.
4. Perubahan lingkungan yang berpengaruh terhadap derajat dan upaya kesehatan.
5. Demokratisasi di segala bidang yang menuntut pemberdayaan & kemitraan dalam pembangunan kesehatan disebabkan oleh

adanya tuntutan reformasi total dibidang kesehatan. Sedangkan tuntutan tersebut disebabkan oleh:

- ✓ Adanya ketimpangan hasil pembangunan kesehatan antar daerah & antar golongan
- ✓ Derkesmas yang masih tertinggal dengan negara lain
- ✓ Kurangnya kemandirian dalam pembangunan kesehatan

Pembangunan kesehatan adalah bagian dari pembangunan nasional yang merupakan upaya seluruh potensi bangsa baik masyarakat, swasta maupun pemerintah yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.

Pada hakekatnya adalah nilai kebenaran/aturan pokok sebagai landasan untuk berpikir atau bertindak dalam pembangunan kesehatan adalah:



Ada dua penyebab utama rendahnya derajat kesehatan masyarakat di Indonesia. Pertama, terjadinya transisi epidemiologis dengan adanya “Beban ganda Penyakit” (*Double Burden of diseases*), yaitu pada saat masalah penyakit infeksi belum hilang, sudah muncul masalah penyakit degenerative (*non-communicable disease*), seperti penyakit kardiovaskuler, hipertensi, diabetes mellitus, kanker yang pengobatannya memerlukan biaya besar. Kedua, masalah pendanaan kesehatan yang disebabkan oleh, antara lain, oleh tarif yang tidak terjangkau, sistem pembayaran pelayanan kesehatan yang ditetapkan berdasarkan pembayaran jasa per pelayanan (*fee for services*), serta terbatasnya dana kesehatan, sehingga masyarakat tidak mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Masyarakat, bangsa & negara yang sehat ditandai oleh penduduknya hidup dalam lingkungan & dengan perilaku hidup sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelkes yang bermutu secara adil dan merata serta memiliki derkes yang setinggi-tingginya di seluruh wilayah RI.

Misi Pembangunan Kesehatan adalah:

- ☞ Perilaku masyarakat Indonesia 2010: perilaku proaktif untuk memelihara & meningkatkan kes, mencegah resiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit serta berpartisipasi aktif dalam gerakan kesmas. Menggerakkan pembangunan nasional berwawasan kesehatan
- ☞ Mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat
- ☞ Memelihara & meningkatkan pelkes yang bermutu, merata & terjangkau

- ☞ Memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga masyarakat dan lingkungan

Meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derkesmas yang optimal melalui terciptanya masyarakat, bangsa & negara Indonesia yang ditandai oleh penduduknya hidup dalam lingkungan dan perilaku yang sehat, memiliki kemampuan menjangkau pelkes yang bermutu secara adil & merata serta memiliki derkes yang optimal di seluruh Wilayah RI

Sasaran Pembkes Menuju Indonesia Sehat 2010

- Perilaku hidup sehat
- Lingkungan hidup sehat
- Upaya kesehatan
- Manajemen pembkes
- Derajat kesehatan

H. **Kebijaksanaan Umum Pemberdayaan Kesehatan (Pembkes)**

Untuk mencapai tujuan & sasaran pembkes menuju Indonesia Sehat 2010

- Peningkatan perilaku, pemberdayaan & kemandirian masyarakat
- Peningkatan kesehatan lingkungan
- Peningkatan upaya kesehatan
- Peningkatan sumber daya kesehatan
- Peningkatan kebijakan dan manajemen pembangunan kes.
- Peningkatan ilmu pengetahuan dan teknologi kes.

4 Strategi Pembangunan Kesehatan adalah:

1. Pembangunan nasional berwawasan kesehatan

Faktor penentu keberhasilan :

- Wawasan kesehatan sebagai asas pembangunan nasional
- Paradigma sehat sebagai komitmen gerakan nasional
- Sistem yang mendorong aspek promotif dan preventif dalam pemeliharaan kesehatan komprehensif
- Dukungan sumber daya yang berkesinambungan
- Sosialisasi internal dan eksternal
- Restrukturisasi dan revitalisasi infrastruktur terutama yang terkait dengan rencana desentralisasi

2. Profesionalisme

Faktor penentu keberhasilan :

- Pemantapan manajemen SDM
- Pemantapan aspek ilmu & teknologi, iman & taqwa serta etik profesi
- Penajaman konsep profesionalisasi kedokteran dan kesehatan
- Penciptaan aliansi strategis dengan pihak-pihak yang turut memainkan peranan penting dalam mewujudkan visi In-Indonesia Sehat 2010

3. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat

Faktor penentu keberhasilan :

- Komitmen & perencanaan JPKM bersama gerakan paradigma sehat
- Dukungan peraturan perundang-undangan
- Sosialisasi Internal & eksternal

- Intervensi pemerintah terutama dalam inisiasi penghimpun dana awal
 - Kebijakan yang memberi keleluasaan pengelolaan secara tanggung jawab
4. Desentralisasi
- Faktor penentu keberhasilan :
- Keseimbangan & sinergi azas-azas desentralisasi dan dekon-sentrasi
 - Penegasan jenis dan peringkat kewenangan
 - Kejelasan pedoman pengelolaan disertai dengan indikator/parameter kinerja kota sehat/kabupaten sehat
 - Pemberdayaan: kemampuan/kapasitas untuk menetapkan desentralisasi
 - Sistem & kebijakan SDM yang mendukung
 - Infrastruktur lintas sektoral yang mendukung
 - Mekanisme pengendalian yang andal

6 Pokok program kesehatan:

- Pemberdayaan & kemandirian masyarakat
- Lingkungan sehat
- Upaya kesehatan
- Pengembangan sumber daya kesehatan
- Pengembangan kebijakan & manajemen pembangunan kese-hatan
- Pengembangan iptek kesehatan

10 Program kesehatan unggulan:

- Program Perbaikan gizi

- Program Pencegahan penyakit menular termasuk imunisasi
- Program Peningkatan perilaku hidup sehat dan kesehatan mental
- Program Kebijakan kesehatan pembiayaan kesehatan dan hukum kesehatan
- Program Lingkungan pemukiman air & udara sehat
- Program Keselamatan dan kesehatan kerja
- Program Kesehatan keluarga, kesehatan produksi, KB
- Program Anti tembakau, alkohol dan mandat
- Program POM (Bahan Berbahaya)
- Program Pencegahan kecelakaan dan rudapaksa

Indikator Keberhasilan pembangunan kesehatan KIA

1. Indikator *input* (masukan)

- Komitmen politik
- Alokasi sumber daya
- Peningkatan pendapatan perkapita
- Penyebaran pendapatan
- Angka melek huruf orang dewasa
- Ketersediaan sarana kesehatan
- Tingkat pertumbuhan penduduk
- Partisipasi aktif peserta KB
- Penduduk ikut JPKM
- Kerangka organisasi & manajerial

2. Indikator proses

- Keterlibatan masyarakat dalam mencapai kesehatan bagi semua
- Tingkat desentralisasi pengambilan keputusan

- K1 & K4
- Penduduk yang tidak merokok Dan miras
- Indikator *output* (keluaran) Cakupan pelayanan dasar
- Cakupan pelayanan rujukan
- Status gizi
- Angka kematian
- Penurunan fertilitas

BAB II

MASALAH-MASALAH KEBIDANAN DI KOMUNITAS

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

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

Bidan merupakan salah satu tenaga kesehatan yang memiliki posisi penting dan strategis terutama dalam penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan angka kesakitan dan kematian Bayi (AKB). Bidan memberikan pelayanan kebidanan yang berkesinambungan dan paripurna, berfokus pada aspek pencegahan, promosi dengan berlandaskan kemitraan dan pemberdayaan masyarakat bersama-sama dengan tenaga kesehatan lainnya untuk senantiasa siap melayani siapa saja yang membutuhkannya, kapan dan dimanapun dia berada. Untuk menjamin kualitas tersebut diperlukan suatu **standar profesi sebagai acuan** untuk melakukan segala tindakan dan asuhan yang diberikan dalam seluruh aspek pengabdian pro-

fesinya kepada individu, keluarga dan masyarakat, baik dari aspek *input*, proses dan *output*.

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

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

Penyebab kematian ibu adalah:

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

- Seperti : - Sosial ekonomi
- Pendidikan
 - Kedudukan dan peran wanita
 - Sosial budaya
 - Transportasi

Penyebab kematian bayi adalah:

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

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

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

Pengalaman seksual dan penggunaan kondom (Susenas, 2002)

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

Masalah yang berhubungan dengan kehamilan remaja adalah Jumlah / proporsi besar (22,9), penanganan belum komprehensif, kurangnya info yang benar dan adanya penolakan beberapa pihak sekolah terhadap pemberian pendidikan seks kepada remaja. Akibat yang paling terlihat adalah meningkatkan angka aborsi yang tidak aman serta perkawinan usia muda.

Berdasarkan penjelasan pasal 15 ayat 12 UU Kes Indonesia. 23 / 1992 dinyatakan bahwa peluang untuk beraborsi tetap terbuka, tetapi hanya dilakukan dalam keadaan darurat. Pengertian *Unsafe Abortion* adalah pengguguran kandungan yang dilakukan dengan tindakan yang tidak steril serta tidak aman, secara medis.

Komplikasi yang dapat ditimbulkan dari Aborsi adalah:

1. Gangguan psikis
2. Perporasi
3. Infeksi
4. Syok

Peran bidan dalam menangani *Unsafe Abortion* adalah memberikan penyuluhan pada klien tentang efek-efek yang ditimbulkan dari tindakan *unsafe abortion*. Untuk bidan atau nakes perlu disadari bahwa siapa saja yang melakukan tindakan aborsi tanpa indikasi (ilegal) akan dijerat hukum denda dan hukuman kurungan serta perjanjian kepada Indonesia yang Maha Esa.

Berat badan bayi < 2500 gram. Masih rendah masa gestasi dan makin kecil bayi yang dilahirkan, semakin tinggi morbilitas dan mortilitas bayi. Faktor predisposisi BBLR adalah:

1. Faktor ibu

- Riwayat kelahiran prematur sebelumnya
 - HAP
 - Malnutrisi
 - Hidramnion
 - Penyakit kronis (jantung)
 - Hipertensi
 - Umur ibu < 20 tahun dan > 35 tahun
 - Jarak kehamilan < 2 tahun
2. Faktor janin
 - Cacat bawaan
 - KPD
 - Hidramnion
 3. Ekonomi yang rendah
 4. Kebiasaan
 - Pekerjaan yang melelahkan
 - Merokok
 5. Tidak diketahui

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

Biasanya disebabkan oleh tingkat kepercayaan masyarakat a/n dukun masih tinggi, rendahnya profesionalisme bidan dalam menolong persalinan, kurangnya pendekatan personal antara

bidan dan bumi, peran bidan dalam hal ini adalah lebih meningkatkan kebersamaan dengan anggota masyarakat meningkatkan profesionalisme di bidang pertolongan persalinan/ilmu kebidanan.

PMS adalah infeksi yang ditularkan melalui hubungan seksual. Umumnya mata rantai penularan PMS adalah PSK. Rasio penularan akan meningkat bila pemakaian kondom dan hubungan seksual dengan PSK tidak dilakukan. PMS yang banyak ditemui Gonorrhoe (60), Sifilis, Trikomoniasis, Herpes simplek, HIV / AIDS.

Peran bidan adalah memberikan penyuluhan tentang Indonesia yang ditimbulkan akibat seks bebas yang dilakukan bukan dengan pasangan yang sah terutama dengan PSK, penyuluhan tentang penggunaan kondom dalam kondisi tertentu. Perilaku dan sosial budaya yang berpengaruh pada pelayanan kebidanan di komunitas.

Masalah-masalah lain yang berhubungan dengan sosial budaya masyarakat adalah:

- Kurangnya pengetahuan, salah satunya di bidang kesehatan
- Adat istiadat yang dianut/berlaku di wilayah setempat
- Kurangnya peran serta masyarakat
- Perilaku masyarakat yang kurang terhadap kesehatan
- Kebiasaan-kebiasaan/kepercayaan negatif yang berlaku negatif dan positif.

Sosial budaya yang ada di masyarakat memberi 2 pengaruh pada masyarakat tersebut yaitu : pengaruh negatif dan positif.

Sosial budaya masyarakat yang bersifat positif antara lain:

- Rasa kekeluargaan dan semangat gotong royong

- Mengutamakan musyawarah dalam mengambil keputusan
- Rasa tolong menolong/perasaan senasib sepenanggungan

Sosial budaya masyarakat yang bersifat negatif antara lain:

- Membuang sampah sembarangan sehingga timbul daerah kumuh
- Penyalahgunaan obat-obatan
- Industri-industri yang tidak memperhatikan pembuangan limbah yang baik
- Wanita pekerja yang tidak dapat merawat anaknya dengan baik
- Masalah kesehatan jiwa yang menonjol.

STRATEGI PELAYANAN KEBIDANAN DI KOMUNITAS

A. Pendekatan Edukatif Dalam Peran Serta Masyarakat

Pendekatan edukatif adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan secara sistematis, terencana, terarah, dengan partisipasi aktif individu, keluarga, masyarakat secara keseluruhan untuk memecahkan masalah yang dirasakan oleh masyarakat dengan memperhitungkan faktor ekonomi dan budaya setempat.

Dasar pemikiran:

1. Pelayanan kesehatan harus dikembangkan dan bertolak dari pola hidup dibidang kesehatan
2. Pelayanan kesehatan merupakan bagian integral dari sistem kesehatan nasional dan pola pelayanan di masing-masing tingkat administrasi harus serasi dan saling menunjang
3. Pelayanan kesehatan terintegrasi dengan kegiatan sektor lain dan merupakan pelayanan terpadu dan terkoordinir
4. Masyarakat setempat harus dilibatkan secara aktif dengan perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program sesuai dengan masalah dan kebutuhan prioritas setempat. Oleh karena itu perlu interaksi yang dinamis, timbal balik dan berkesinambungan antara masyarakat dan prosedur
5. Pelayanan yang diberikan harus mampu memacu, menggali dan memanfaatkan potensi yang ada
6. Pelayanan yang diberikan hendaklah dilaksanakan oleh petugas yang bisa diterima oleh masyarakat dengan pengetahuan, sikap dan keterampilan yang sudah disiapkan

Partisipasi diarahkan untuk:

1. Meningkatkan pengetahuan dan *awareness* (kesadaran) tentang tanda bahaya (masyarakat, tokoh masyarakat dan organisasi masyarakat)
2. Meningkatkan kesiapan keluarga dan masyarakat dalam menghadapi persalinan dan bahaya yang mungkin terjadi (pendanaan dan transportasi)
3. Meningkatkan partisipasi masyarakat dalam penyediaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu dan anak
4. Meningkatkan partisipasi masyarakat dalam penjagaan mutu pelayanan

B. Pelayanan Yang Berorientasi Pada Kebutuhan Masyarakat

Kewajiban bidan terhadap klien dan masyarakat (Kode Etik Bidan Indonesia)

1. Sikap bidan terhadap klien, tugas dan tanggung jawab sesuai dengan kebutuhan klien, keluarga dan masyarakat
2. Setiap bidan dalam menjalankan tugasnya senantiasa mendahulukan kepentingan klien, keluarga dan masyarakat dengan identitas yang sama sesuai dengan kebutuhan berdasarkan kemampuan yang dimiliki.

Langkah-langkah:

1. Bersama tim kesehatan dan pemuka masyarakat mengkaji kebutuhan terutama yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak untuk meningkatkan dan mengembangkan program pelayanan kesehatan di wilayah kerja

2. Menyusun rencana kerja sesuai dengan hasil pengkajian bersama masyarakat
3. Mengelola kegiatan-kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak serta sesuai dengan rencana

Dengan makin terlihatnya ketersediaan sumber daya termasuk pembiayaan pelayanan kesehatan ibu dan anak, penentuan kegiatan prioritas yang langsung mempengaruhi penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) sangat penting. Untuk itu, program harus mampu merencanakan kegiatan yang *cost effective* berdasarkan sumber daya yang ada dan menggali sumber daya dari sektor lain, swasta dan masyarakat.

C. Menggunakan/Memanfaatkan Fasilitas Dan Potensi Yang Ada Di Masyarakat

1. Mengembangkan strategi untuk meningkatkan kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak serta Keluarga Berencana (KB) termasuk sumber-sumber yang ada pada program dan sektor terkait.
2. Menggerakkan, mengembangkan kemampuan masyarakat dalam memelihara kesehatannya dengan memanfaatkan potensi-potensi yang ada.

TUGAS DAN TANGGUNG JAWAB BIDAN DI KOMUNITAS

A. Tugas Utama Bidan Di Komunitas

Melakukan pengolahan pelayanan ibu hamil, nifas dan laktasi bagi bayi dan balita

1. Mengidentifikasi status ibu dan anak
2. Melakukan pertolongan persalinan di rumah dan polindes
3. Mengelola polindes
4. Melaksanakan kunjungan rumah pada ibu hamil, nifas, dan laktasi bayi serta balita
5. Melakukan penggerakan dan pembinaan peran serta masyarakat
6. Untuk menolong upaya-upaya kesehatan ibu dan anak
7. Melaksanakan penyuluhan dan konseling kesehatan
8. Melaksanakan pencatatan dan pelaporan

B. Tugas Tambahan Bidan Di Komunitas

Selain tugas utama, bidan mempunyai tugas tambahan yang harus dilaksanakan, yaitu:

1. Melakukan pemantauan KIA dengan menggunakan plus-KIA
2. Melaksanakan pelatihan dan pembinaan dukun bayi
3. Mengelola dan memberikan obat-obatan sesuai dengan kewenangannya
4. Menggunakan teknologi kebidanan tepat guna

C. Tanggung Jawab Bidan Di Komunitas

Bidan sebagai bagian dari komunitas juga memiliki tanggung jawab sebagai berikut:

1. Menjaga agar pengetahuannya tetap *up-to-date*. Terus mengembangkan pengetahuan, keterampilan dan kemahirannya agar bertambah luas serta mencakup semua aspek dari peran seorang bidan
2. Mengenal batasan-batas pengetahuan, keterampilan pribadinya dan tidak berupaya melampaui wewenang dalam praktek kliniknya
3. Menerima tanggung jawab untuk mengambil keputusan serta konsekuensi dari keputusan itu
4. Berkomunitas dengan pekerja kesehatan profesional lainnya (bidan, Dokter, dan perawat) dengan bias hormat dan martabat
5. Memelihara kerja sama yang baik dengan staf kesehatan dan rumah sakit pendukung untuk memastikan sistem penyuluhan yang optimal
6. Kegiatan memantau mutu, yang bisa mencakup penilaian sejawat, pendidikan berkesinambungan, kaji ulang kasus-kasus, dan audit maksimal/perinatal
7. Bekerja sama dengan masyarakat dimana ia terpantau meningkatkan akses dan mutu asuhan kesehatan
8. Menjadi bagian dari upaya untuk meningkatkan status wanita serta kondisi hidup mereka serta menghilangkan praktek-praktek kultur yang sudah terbukti merugikan kaum wanita

D. Bidan Praktek Swasta

Dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya, bidan perlu memperhatikan petunjuk pelaksanaan praktek bidan sebagai berikut:

1. Pendahuluan
 - a) Bidan sebagai salah satu tenaga kesehatan pemberi pelayanan terdepan kepada masyarakat mempunyai kedudukan penting oleh karena itu perlu selalu meningkatkan mutu pelayanannya
 - b) Agar bidan dapat melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya dengan baik perlu adanya pengaturan yang mudah dipahami oleh bidan
2. Tujuan
 - a) Mempermudah bidan untuk memahami dan melaksanakan ketentuan-ketentuan yang sudah yang sudah ditetapkan serta memberikan kejelasan batas-batas kewenangannya. Dalam menjalankan praktek sehingga meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan serta meningkatkan citra yang baik bagi bidan
 - b) Memberikan kepastian dan perlindungan hukum bagi bidan sebagai pemberi pelayanan serta masyarakat penerima pelayanan

E. Penyelenggaraan Praktek

1. Bidan dalam menjalankan prakteknya harus:
 - a) Memiliki tempat dan ruangan praktek yang memenuhi persyaratan kesehatan
 - b) Menyediakan tempat tidur untuk persalinan 1 (satu) maksimal 5 (lima) tempat tidur

- c) Memiliki peralatan minimal sesuai dengan ketentuan dan melaksanakan prosedurnya tetap (protap) yang berlaku
 - d) Menyediakan obat-obatan sesuai dengan ketentuan peraturan yang berlaku
2. Bidan yang menjalankan praktek harus mencantumkan surat izin praktek bidannya atau fotocopy izin praktek bidannya atau fotocopy izin prakteknya diruang praktek atau tempat yang mudah dilihat
 3. Bidan dalam prakteknya menyediakan lebih dari 5 tempat tidur harus memperkerjakan tenaga bidan yang lain memiliki SIPB untuk membantu tugas pelayanannya
 4. Bidan yang menjalankan praktek harus mempunyai peralatan minimal sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan harus tersedia tempat prakteknya
 5. Peralatan yang wajib dimiliki dalam menjalankan praktek bidan sesuai dengan jenis pelayanan yang diberikan
 6. Dalam menjalankan tugas bidan harus senantiasa mempertahankan dan meningkatkan keterampilan prosesnya antara lain dengan:
 - a) Mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan atau saling tukar informasi dengan sesama bidan
 - b) Mengikuti kegiatan akademis dan pelatihan sesuai dengan bidang tugasnya baik yang diselenggarakan oleh pemerintah maupun oleh organisasi profesi
 - c) Memelihara dan merawat peralatan yang digunakan untuk praktek agar tetap siap dan berfungsi dengan baik

RANGKUMAN

Kebidanan komunitas merupakan kegiatan pelayanan yang diberikan bidan kepada ibu dan balita yang berada dalam suatu keluarga untuk meningkatkan kesehatan keluarga.

Perkembangan pendidikan kebidanan sudah dimulai sejak zaman Hindia Belanda yang dipelopori oleh seorang dokter militer Belanda. Sampai saat ini pendidikan kebidanan di Indonesia terus mengadakan pembenahan sesuai dengan ilmu pengetahuan dan teknologi untuk mencapai tujuan menjadikan seorang bidan yang profesional baik dalam keilmuan maupun praktek dalam komunitas. Sedangkan pelayanan kebidanan sudah dimulai di luar negeri, yang dipelopori oleh bangsa Roma yaitu Soranus yang dikenal sebagai Bapak Kebidanan, yang menemukan dan menulis tentang versi podali yang diikuti oleh negara-negara lain, dengan penemuan-penemuan pelayanan kebidanan yang lebih bervariasi baik dalam penanganan kasus maupun pengobatan.

Kesehatan ibu terkait dengan masalah kesehatan wanita. Wanita dengan perkembangan dan pertumbuhannya melalui masa bayi, anak, remaja, ibu (hamil, melahirkan, nifas, menyusui) dan usia lanjut. Walaupun kebidanan komunitas memfokuskan kegiatannya kepada ibu dan anak yang dilahirkan, akan tetapi masa lain yang dilalui oleh wanita juga mendapat perhatian karena masa ibu berkaitan dengan masa-masa lain dalam pertumbuhan dan perkembangan wanita.

Kebidanan komunitas merupakan bagian kesehatan keluarga, masalah kesehatan keluarga terutama kesehatan ibu dan anak

balita sangat terkait dengan kebidanan komunitas. Keluarga merupakan bagian komunitas.

TES FORMATIF

1. Pelayanan kebidanan komunitas diarahkan untuk mewujudkan:
 - a. Keluarga yang sehat
 - b. Keluarga yang sejahtera
 - c. Keluarga yang sehat sejahtera
 - d. Keluarga kecil dan sejahtera
 - e. Keluarga besar dan sejahtera
2. Pengertian bidan komunitas adalah
 - a. Bidan yang bekerja di rumah sakit
 - b. Bidan yang bekerja di puskesmas
 - c. Bidan yang bekerja di posyandu
 - d. Bidan yang bekerja di komunitas
 - e. Bidan yang bekerja di rumah sakit dan puskesmas
3. Sasaran kebidanan komunitas adalah, kecuali:
 - a. Ibu hamil dan bayinya dalam keluarga
 - b. Ibu bersalin dan nifas dalam keluarga
 - c. Ibu dan anak dalam konteks keluarga
 - d. Ibu bersalin dan bayi dalam keluarga
 - e. Ibu, bapak, anak dalam keluarga
4. Tujuan kebidanan komunitas adalah
 - a. Mewujudkan pertumbuhan dan perkembangan anak
 - b. Mewujudkan keluarga kecil, sehat, bahagia dan sejahtera
 - c. Meningkatkan kesejahteraan ibu dan balita di dalam keluarga
 - d. Mewujudkan keluarga yang harmonis
 - e. Meningkatkan kesehatan keluarga
5. Pelayanan kesehatan pada ibu meliputi
 - a. Pra hamil, bersalin dan nifas

- b. Hamil, bersalin dan nifas
 - c. Bersalin, pra hamil, menyusui
 - d. Hamil, bersalin, nifas, KB
 - e. Pra hamil, hamil, bersalin, nifas, menyusui
6. Pelayanan kesehatan pada anak meliputi, kecuali
- a. Pemeriksaan kesehatan anak balita
 - b. Imunisasi,
 - c. Identifikasi kelainan
 - d. Pengobatan bayi bermasalah
 - e. Pengawasan tumbuh kembang anak
7. Di bawah ini adalah gambaran keluarga sehat, kecuali
- a. Anggota keluarga dalam kondisi sehat fisik, mental maupun sosial
 - b. Cepat meminta bantuan kepada Nakes bila timbul masalah kesehatan satu anggota keluarga
 - c. Di rumah tersedia kotak berisi obat-obatan sederhana untuk P3K
 - d. Tinggal di rumah dan lingkungan yang sehat
 - e. Menyediakan oksigen di rumah
8. Pengetahuan dasar yang harus dimiliki bidan dalam melaksanakan kesehatan bidan di komunitas adalah, kecuali:
- a. Konsep dasar kebidanan komunitas
 - b. Masalah kebidanan komunitas
 - c. Pendekatan asuhan kebidanan pada keluarga, kelompok dan masyarakat
 - d. Strategi pelayanan kebidanan komunitas
 - e. Pelayanan terhadap seluruh penyakit di masyarakat
9. Keterampilan dasar yang harus dimiliki bidan di komunitas adalah:

- a. Melakukan pengelolaan pelayanan ibu hamil, nifas, bayi, balita dan KB dimasyarakat
 - b. Sistem layanan kesehatan ibu dan anak
 - c. Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan ibu dan anak
 - d. Ruang lingkup kebidanan komunitas
 - e. Strategi pelayanan kebidanan komunitas
10. Bentuk peran serta masyarakat dalam kebidanan komunitas meliputi:
- a. Pelatihan dukun
 - b. Pelayanan kontrasepsi
 - c. Komunikasi, informasi dan edukasi (KIE)
 - d. Pencatatan dan pelaporan
 - e. Pelayanan rujukan KB
11. Pelayanan kebidanan komunitas dapat dilakukan di...:
- a. Rumah pasien
 - b. Polindes
 - c. Posyandu
 - d. Puskesmas
 - e. Semua benar
12. Layanan kebidanan komunitas dilakukan dengan menggunakan pendekatan
- a. Asuhan keperawatan
 - b. Asuhan kesehatan
 - c. Manajemen kebidanan
 - d. Manajemen kesehatan
 - e. Etika profesi

13. Bidan berperan sebagai penyuluh di bidang kesehatan khususnya kesehatan ibu, anak, dan keluarga. Dalam hal ini bidan berperan sebagai:
 - a. Pendidik
 - b. Pengelola
 - c. Pelaksana
 - d. Peneliti
 - e. Semua benar
14. Segala aktivitas yang dilakukan bidan untuk menyelamatkan pasiennya dari gangguan kesehatan merupakan pengertian
 - a. Pelayanan kesehatan
 - b. Pelayanan kebidanan
 - c. Pelayanan keperawatan
 - d. Pelayanan komunitas
 - e. Pelayanan komuniti
15. Tokoh yang mempelajari mengenai panggul dan menemukan ukuran-ukuran panggul, serta memberi banyak sekali pelajaran tentang panggul adalah
 - a. Hugh L. Hodge
 - b. Fallopius
 - c. Boudeloque
 - d. Arantius
 - e. William Harley
16. Perlunya mendidik bidan untuk di tempatkan didesa dimulai pada tahun
 - a. 1990
 - b. 1991
 - c. 1992

d. 1993

e. 1994

Tindak lanjut

n

$$\frac{\quad}{20} \times 100\% = \text{Nilai}$$

20

n = jumlah benar

Jika saudara menjawab benar 80%, maka silahkan melanjutkan ke modul berikutnya, tetapi jika kurang 80%, silahkan saudara pelajari kembali modul ini.

Kunci jawaban:

1. c. Keluarga sehat dan sejahtera
karena pelayanan kebidanan komunitas adalah bagian upaya kesehatan keluarga
2. d. bidan yang bekerja di komunitas
karena bidan komunitas adalah bidan yang bekerja melayani keluarga dan masyarakat di suatu wilayah
3. c. Ibu dan anak dalam konteks keluarga
karena sasaran utama kebidanan komunitas adalah ibu dan anak yang berada di dalam keluarga dan masyarakat
4. c. Meningkatkan kesejahteraan ibu dan balita di dalam keluarga
karena pelayanan kebidanan komunitas diarahkan untuk mewujudkan keluarga yang sehat, sejahtera sehingga derajat kesehatan yang optimal, hal ini sesuai dengan Visi Indonesia sehat 2010
5. e. Pra hamil, hamil bersalin, nifas, menyusui
Karena pelayanan kesehatan ibu bertujuan meningkatkan derajat kesehatan yang optimal bagi ibu, meliputi:
 - pra hamil
 - hamil
 - persalinan
 - nifas
 - menyusui
6. d. Pengobatan bayi bermasalah
pelayanan kesehatan pada anak meliputi:

- pemeriksaan kesehatan balita secara berkala
 - penyuluhan pada orang tua tentang gizi, kesehatan lingkungan dan tumbuh kembang anak
 - imunisasi
 - identifikasi tanda kelainan dan penyakit yang mungkin timbul pada bayi dan balita serta cara penanggulangannya.
7. e. Menyediakan oksigen di rumah
karena gambaran keluarga sehat meliputi:
- anggota keluarga dalam kondisi sehat fisik, mental maupun sosial
 - cepat meminta bantuan kepada nakes bila timbul masalah kesehatan pada salah satu anggota keluarganya
 - di rumah tersedia P3K
 - tinggal di rumah dan dilingkungan sehat
 - selalu memperhatikan perkembangan kesehatan keluarga dan masyarakat
8. c. Pelayanan terhadap seluruh penyakit
karena pengetahuan dasar yang dimiliki oleh bidan komunitas adalah meliputi:
- konsep dasar kebidanan komunitas
 - masalah kebidanan komunitas
 - pendekatan ASKEB pada keluarga, kelompok dan masyarakat
 - strategi pelayanan komunitas
 - ruang lingkup kebidanan komunitas
 - upaya peningkatan dan pemeliharaan kesehatan ibu dan anak dalam keluarga dan masyarakat

- faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan ibu dan anak
 - sistem pelayanan KIA
9. a. Melakukan pengelolaan pelayanan Bumil, nifas, bayi balita, KB dimasyarakat
karena keterampilan dasar yang harus dimiliki bidan komunitas meliputi :
- Melakukan pengelolaan pelayanan Bumil, nifas, bayi balita, KB dimasyarakat
 - Mengidentifikasi status kesehatan ibu dan anak
 - Melakukan pertolongan persalinan di rumah dan polindes
 - Mengelola polindes
 - Melakukan kunjungan rumah pada bumil, nifas, laktasi, bayi dan balita
 - Melakukan pembinaan dan penggerakan PSM
 - Melakukan penyuluhan dan konseling kesehatan
 - Melakukan pencatatan dan pelaporan
10. a. Pelatihan dukun
karena PSM meliputi:
- pelatihan dukun
 - pelatihan kader
 - kursus ibu
 - PKMD
 - Posyandu
 - Dana sehat
11. e. Semua benar
karena pelayanan kebidanan komunitas dapat dilakukan di rumah pasien, polindes, posyandu dan puskesmas

12. c. Manajemen kebidanan

karena pelayanan kebidanan komunitas dilakukan dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan yang merupakan metode asuhan atau pelayanan yang dilakukan oleh bidan untuk menyelamatkan pasien dari gangguan kesehatan yang membahayakan hidupnya

13. a. Pendidik

karena sebagai pendidik, bidan selalu berupaya agar sikap perilaku komunitas diwilayah kerjanya dapat berubah sesuai dengan kaidah kesehatan

14. b. Pelayanan kebidanan

karena hubungan interaksi antara bidan dan pasien dilakukan melalui pelayanan kebidanan yang merupakan segala aktivitas yang dilakukan oleh bidan untuk menyelamatkan pasiennya dari gangguan kesehatan

15. c. Boudeluque

karena tokoh yang mempelajari dan menemukan ukuran-ukuran panggul adalah Boudeluque dari Prancis

16. a. 1990

karena pendidikan bidan untuk ditempatkan di desa dimulai pada tahun 1990

DAFTAR PUSTAKA

- Azrul Azwar, DR., dr, MPH,. 1996. *Pengantar administrasi kesehatan*. Jakarta Barat: Binarupa Aksara.
- HornGreen, Datar, and Foster. 2003. *Cost Accounting, A Managerial Emphasis*. Prentice Hall.
- Kepmenkes No. 900/Menkes/SK/VII/2002
- Mery Cronk, Caroline F. 1994. *Community Midwifery*. London
- PPIBI. 2003. *Bidan Menyongsong Masa Depan*. Jakarta: PPIBI
- Syahlan, JH, Dr. 1996. *Kebidanan Komunitas*. Jakarta: Yayasan Bina Sumber Daya Kesehatan.

PROFIL PENULIS



Endah Kusumawati, S. SiT., M. Kes lahir di kota Bojonegoro, 11 Oktober 1980. Mengenyam pendidikan D3 Kebidanan di Akademi Kebidanan Pemerintah Kabupaten Bojonegoro lulus pada tahun 2002. Meneruskan studinya dengan meraih gelar Sarjana Sains Ilmu Terapan (S. SiT) di Universitas Ngudi Waluyo Semarang tahun 2006. Meraih gelar Magister Kesehatan (M. Kes) pada tahun 2014 di Program Magister Kesehatan Pascasarjana Universitas Diponegoro Semarang. Pengalaman diluar negeri mengikuti Konferensii Internasional di Mahidol University Thailand pada tahun 2010. Pernah bekerja sebagai Bidan Desa di Desa Banjaranyar Kecamatan Baureno Kabupaten Bojonegoro selama 3 tahun. Menjadi dosen tetap di Akademi Kesehatan Rajekwesi Bojonegoro selama 14 tahun. Dan dari tahun 2015 hingga sekarang menjadi dosen tetap di Politeknik Kesehatan Wira Husada Nusantara Malang.



Suhartik, S. SiT., M. Kes (Epid) lahir di Lamongan, 03 September 1981, Meraih gelar DIV Bidan Pendidik (S. SiT) dari Program Studi DIV Bidan Pendidik STIKES Ngudi Waluyo Ungaran Semarang pada tahun 2005. Magister Epidemiologi (M.Kes (Epid)) dari Program Studi Epidemiologi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang pada tahun 2014. Setelah menyelesaikan studi, penulis berprofesi sebagai salah satu dosen tetap Perguruan Tinggi Swasta di Bojonegoro Jawa Timur tahun 2005-2016 kemudian pindah sebagai dosen tetap Perguruan Tinggi Swasta di Kota Malang Jawa Timur tahun 2017-sekarang.



Vivin Yuni Astutik, S. ST., M. Kes lahir di Malang pada tanggal 08 Juni 1988. Meraih gelar (S.ST) dari Program Studi Kebidanan Universitas Tribhuwana Tungga Dewi Malang pada tahun 2010, setelah itu melanjutkan Program Magister di Universitas Sebelas Maret Surakarta dan mendapatkan gelar Magister Kesehatan pada tahun 2013. Penulis berprofesi sebagai dosen tetap di Perguruan tinggi swasta di kota Malang pada tahun 2011 sampai sekarang.



Woro Tri Utami, S.SiT, M.Kes, Ch, Cht. Pendidikan S2 Kesehatan ditempuh pada tahun 2010 di Universitas Sebelas Maret Surakarta (UNS). Sudah menjadi dosen kebidanan selama dari tahun 2002 sampai dengan sekarang. Selain mengajar, juga aktif menjadi konselor utamanya pada ibu hamil dan mengedukasi masyarakat terkait Kesehatan. Bidan yang juga praktisi hypnotherapy memiliki ketertarikan dalam pengembangan sumber daya manusia. Oleh karenanya selain aktif mengajar sebagai dosen, beliau juga sering kali diundang sebagai pembicara atau motivator di kelas belajar baik untuk SDM, pendidikan dan kesehatan.

KONSEP DASAR KEPIDANAN KOMUNITAS

Kebidanan Komunitas merupakan pelayanan kebidanan profesional yang diberikan kepada masyarakat khususnya kepada kelompok masyarakat dengan risiko tinggi untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit. Pelayanan kebidanan ini diberikan di luar rumah sakit khususnya bagi ibu dan anak. Dalam buku ini dibahas mengenai konsep kebidanan komunitas, masalah-masalah kebidanan di komunitas, strategi pelayanan kebidanan di komunitas, tugas dan tanggung jawab bidan di komunitas.



Penerbit Forind
Jl. Raya Tlogomas V No. 24 Malang 65141
Telp. 081233992973
Email : forind_publishing@yahoo.com

ISBN 978-623-69237-2-4



9

786238

923724