

BUKU AJAR
KEBIDANAN KOMUNITAS

*Undang Undang Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2002
Tentang Hak Cipta*

Ketentuan Pidana:

Pasal 72

1. Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp 1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).
2. Barangsiapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu Ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

BUKU AJAR
KEBIDANAN KOMUNITAS

Lusiana El Sinta Bustami, S.ST. M.Keb
Aldina Ayunda Insani, Bd. M.Keb
dr. Detty Iryani, M.Kes, M.Pd.Ked. AIF
Yulizawati, S.ST, M.Keb

**BUKU AJAR
KEBIDANAN KOMUNITAS**

Oleh

Lusiana El Sinta Bustami, S.ST, M.Keb
Aldina Ayunda Insani, Bd. M.Keb
dr. Detty Iryani, M.Kes, M.Pd.Ked. AIF
Yulizawati, S.ST, M.Keb

Copyright © 2017

Editor:

Yulizawati, S.ST, M.Keb

Desain Sampul:

Alizar Tanjung

Tata Letak:

Muhtar Syafi'i

ISBN :

978-602-6506-68-9

Cetakan Pertama:

November 2017

Jumlah Halaman:

x +226

Ukuran Cetak:

15,5x23 cm

Penerbit Erka

CV. Rumahkayu Pustaka Utama

Anggota IKAPI

Jalan Bukittinggi Raya, No. 758, RT 01 RW 16

Kelurahan Surau Gadang, Kecamatan Nanggalo, Padang. 25146.

Telp. (0751) 4640465 *Handphone* 085263553747

Email redaksirumahkayu@gmail.com

<http://www.penerbiterka.com>

Fanpage : Penerbit Erka

IG : penerbiterka

PRAKATA

Puji syukur penulis haturkan kehadiran Allah SWT, karena atas rahmat dan karunia-Nya yang tak terhingga sehingga penulis dapat menyelesaikan Buku Ajar dengan Judul “Kebidanan Komunitas”. Penulisan Buku ajar ini bertujuan untuk memenuhi kebutuhan pembelajaran baik bagi dosen maupun mahasiswa. Adanya Buku Ajar ini diharapkan dapat menjadi referensi, meningkatkan motivasi dan suasana akademik yang menyenangkan bagi mahasiswa karena sistematika yang terstruktur sesuai dengan tujuan pembelajaran.

Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang tiada hingga kepada :

1. Rektor Universitas Andalas, Bapak Prof. Dr. Tafdil Husni, SE. MBA yang selalu memberikan kesempatan pengembangan bagi dosen dalam pelaksanaan tri dharma perguruan tinggi.
2. Ketua LP₃M Universitas Andalas, Ibu Dr. Yulia Hendri Yeni, SE, MT, AK yang telah memberikan dorongan dan kesempatan kepada penulis melalui program hibah penulisan dan pencetakan Buku Ajar tahun ajaran 2016.
3. Dekan Fakultas Kedokteran, Universitas Andalas, Bapak Dr.dr. Wirisma arif Harahap, SpB (K)-Onk yang selalu memberikan motivasi dan arahan bagi penulis.
4. Kaprodi S₁ Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, ibu Yulizawati, SST, M.Keb yang selalu memberikan motivasi dan arahan bagi penulis.
5. Bapak/Ibu Dosen dan tenaga kependidikan di Prodi S₁ Kebidanan dan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas yang telah banyak memberikan inspirasi kepada penulis.

Penulis berharap semoga buku ajar ini dapat bermanfaat bagi semua pihak. Masukan dan saran yang konstruktif selalu diharapkan untuk kesempurnaan dimasa yang akan datang.

Padang, 23 Nopember 2017

Penulis,

DAFTAR ISI

PRAKATA	v
DAFTAR ISI	vii
Deskripsi Singkat Mata Kuliah Kegunaan Mata Kuliah.....	1
Tujuan Umum Pembelajaran	3
BAB I DASAR – DASAR KEBIDANAN KOMUNITAS	5
A. PENDAHULUAN	5
B. PENYAJIAN	6
1.1. Konsep Dasar Kebidanan Komunitas	6
1.2. Filosofi Kebidanan Komunitas	10
1.3. Sejarah Kebidanan Komunitas	13
1.4. Masalah dalam Pelayanan Kebidanan Komunitas	13
1.5. Kegiatan dalam Pelayanan Kebidanan Komunitas	19
1.6. Jaringan Kerja Pelayanan Kebidanan Komunitas	21
PENUTUP	25
BAB II PERAN SERTA MASYARAKAT	33
A. PENDAHULUAN	33
B. PENYAJIAN	34
2.1. Konsep Peran Serta Masyarakat (PSM).....	34
2.2. Tahap-tahap, ciri-ciri, bentuk-bentuk, dan prinsip-prinsip pengembangan PSM	38
2.3. Kemampuan dan kekuatan yang dimiliki masyarakat dalam pemberdayaan masyarakat	43
2.4. Bentuk-bentuk upaya kesehatan bersumber masyarakat yang mendukung kesehatan ibu dan anak (KIA)	47
2.5. Pembinaan dukun bayi dan Peran kader kesehatan dalam pelayanan kebidanan komunitas	58
PENUTUP	63

BAB III PEMBANGUNAN KESEHATAN DAN PENYELENGGARAAN KEBIDANAN DI KOMUNITAS	71
A. PENDAHULUAN	71
B. PENYAJIAN	72
3.1. Visi Dan Misi Pembangunan Kesehatan Indonesia	72
3.2. Masalah-Masalah KIA Di Indonesia Dan Di Beberapa Negara	75
3.3. Indikator Kesehatan Terkait Dengan KIA	78
3.4. Peranan Bidan Dalam Pelayanan Kesehatan Holistik	86
3.5. Upaya-Upaya Dalam Pelayanan Kebidanan Komunitas.....	90
3.6. Strategi-Strategi Pelayanan Kebidanan Komunitas	92
PENUTUP	97

BAB IV ANTROPOLOGI KEBIDANAN KOMUNITAS.....	105
PENDAHULUAN.....	105
PENYAJIAN.....	106
4.1. Antropologi secara umum	106
4.2. Antropologi kesehatan	119
4.3. Antropologi pelayanan kebidanan komunitas.....	122
4.4. Sistem nilai dan norma yang berlaku di masyarakat terkait dengan kebidanan Komunitas	128
4.5. Pandangan masyarakat tentang dukun bayi dan petugas kesehatan.....	141
4.6. Masalah yang terjadi dalam antropologi kebidanan komunitas.....	130
PENUTUP	145

BAB V SOSIAL BUDAYA DASAR DAN KEBIDANAN KOMUNITAS.....	149
A. PENDAHULUAN	149
B. PENYAJIAN	150
5.1. Konsep manusia dan konsep sosial budaya	162
5.2. Perilaku ibu, keluarga dan masyarakat yang mempengaruhi kesehatan ibu hamil	159
5.3. Faktor sosial budaya, kesetaraan gender dan KDRT	161

5.4. Sosial yang mempengaruhi perilaku dan depresi.....	166
5.5. Pendekatan sosial budaya dalam mengatur strategi pelayanan kesehatan dan kebidanan di komunitas.....	167
5.6. Bidan koordinator, Bidan Praktik Swasta, Bidan di Desa dan Bidan Delima	171
PENUTUP	183

BAB VI MANAJEMEN KEBIDANAN KOMUNITAS 191

PENDAHULUAN.....	191
PENYAJIAN.....	192
6.1. Pengelolaan Pelayanan Kebidanan komunitas	192
6.2. Pengelolaan ANC Dalam Pelayanan Kebidanan Komunitas....	199
6.3. Pengelolaan INC Dalam Pelayanan Kebidanan Komunitas.....	204
6.4. Pengelolaan PNC Dalam Pelayanan Kebidanan Komunitas...207	
6.5. Pengelolaan neonatal dan bayi baru lahir dalam pelayanan kebidanan komunitas	208
6.6. Pengelolaan rujukan dalam pelayanan kebidanan komunitas.....	210
PENUTUP	213

Petunjuk Bagi Mahasiswa Untuk mempelajari Buku Ajar	221
Petunjuk Bagi Dosen Untuk Mempelajari Buku Ajar.....	222
Kunci Soal Tes	225

DESKRIPSI SINGKAT MATA KULIAH KEGUNAAN MATA KULIAH

Blok 5.B yang berjudul kebidanan komunitas, adalah blok yang harus dipelajari oleh mahasiswa semester V di Prodi S1 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas. Mahasiswa yang mengikuti pembelajaran pada Blok Mata kuliah ini memberi kesempatan mahasiswa untuk memahami dasar-dasar kebidanan komunitas, pembangunan kesehatan dan penyelenggaraan kebidanan di komunitas, antropologi kebidanan komunitas, sosial budaya dasar dan kebidanan komunitas serta manajemen asuhan kebidanan di pelayanan kebidanan komunitas.

Harapan kepada mahasiswa tentang pemahamannya terhadap konsep komunitas ialah mahasiswa mampu melakukan manajemen asuhan kebidanan di komunitas dengan maksimal. Oleh karena itu, penguasaan materi pada Blok 5.B adalah penting, akan menjadi memberikan bekal bagi peserta didik untuk memberikan asuhan kebidanan di komunitas nantinya.

Pembelajaran dipersiapkan berupa perkuliahan oleh pakar pada bidang yang sesuai, diskusi tutorial, latihan keterampilan klinik di laboratorium, diskusi pleno dan diskusi topik. Blok ini berjalan selama 6 minggu, setiap minggu akan ada 2 kali pertemuan tutorial yang setiap minggu tersebut membahas 1 modul yang berbeda, artinya, 6 minggu perblok akan membahas 6 modul. Selain kuliah pakar, mahasiswa juga melaksanakan latihan keterampilan klinik yang dibimbing oleh seorang instruktur dan tiap topiknya akan diadakan ujian keterampilan. Kemudian peserta didik juga dibekali kegiatan diskusi pleno dengan topik yang disesuaikan antara perkuliahan dan bahan tutorial. Pada akhir blok, peserta

didik akan mengikuti evaluasi pembelajaran teori blok 5.B berupa ujian tulis.

TUJUAN UMUM PEMBELAJARAN

1. Pada akhir modul mahasiswa mampu menjelaskan dasar-dasar kebidanan komunitas
2. Pada akhir modul mahasiswa mampu menjelaskan konsep peran serta masyarakat
3. Pada akhir modul mahasiswa mampu menjelaskan pembangunan kesehatan dan penyelenggaraan kebidanan di komunitas
4. Pada akhir modul mahasiswa mampu menjelaskan antropologi kebidanan komunitas
5. Pada akhir modul mahasiswa mampu menjelaskan sosial budaya dasar dan kebidanan komunitas
6. Pada akhir modul mahasiswa mampu menjelaskan manajemen asuhan kebidanan di pelayanan kebidanan komunitas

BAB I

DASAR DASAR KEBIDANAN KOMUNITAS

A. PENDAHULUAN

Deskripsi Bab

Bab ini memberikan bekal kepada mahasiswa untuk dapat menguasai tentang konsep dasar Kebidanan Komunitas. Mahasiswa memiliki keyakinan bahwa salah satu tempat bidan bertugas adalah di komunitas, adanya sasaran dan program yang akan dilakukan sebagai salah satu bentuk diberikan pelayanan kebidanan komunitas. Dengan menguasai Bab ini mahasiswa dapat mengetahui konsep dasar kebidanan komunitas.

Tujuan Atau Sasaran Pembelajaran

Pada akhir pembelajaran, mahasiswa mampu :

1. Menjelaskan definisi kebidanan komunitas
2. Menjelaskan tujuan kebidanan komunitas
3. Menjelaskan sasaran kebidanan komunitas
4. Menjelaskan ruang lingkup kebidanan komunitas

Kaitan Konsep Dasar Kebidanan Komunitas dengan Pengetahuan Awal Mahasiswa

Mahasiswa yang akan membahas tentang kebidanan komunitas harus telah lulus dari blok 1 A (Pengantar Pendidikan Kebidanan), 1.B (Biomedik 1), 1.C (Biomedik 2), 2.A (Konsep Kebidanan), 2.B (Dasar Patologi dan Farmakologi), 2.C (Kesehatan Remaja dan Pra Konsepsi), 3.A (Asuhan kebidanan Pada Ibu Hamil), 3.B (Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin), 3.C (Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas), 4.A (Asuhan Kebidanan Pada Neonatus, Bayi dan Balita), 4.B (Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Risiko Tinggi), 4.C (Asuhan Kebidanan Pada Persalinan dan Nifas Risiko Tinggi), 5.A (Asuhan Kebidanan dengan infeksi dan neoplasma sistem reproduksi dan payudara).

Kompetensi Khusus

Kompetensi khusus yang diharapkan dapat dicapai oleh mahasiswa adalah memiliki sikap, keterampilan umum, keterampilan khusus dan pengetahuan dalam capaian pembelajaran sebagai pemberi pelayanan dalam komunitas (*care provider*), *communicator*, serta mitra perempuan. Memberikan pelayanan kebidanan komunitas yang tepat sasaran, berhasil guna dan efisien.

B. PENYAJIAN

1. Uraian Materi

1.1 KONSEP DASAR KEBIDANAN KOMUNITAS (DEFINISI, TUJUAN, SASARAN, RUANG LINGKUP)

1.1.1 Definisi

Berdasarkan kesepakatan antara ICM, FIGO, WHO pada tahun 1933 menyatakan bahwa bidan adalah seorang telah mengikuti pendidikan kebidanan yang diakui oleh pemerintah

setempat, telah menyelesaikan pendidikan dan lulus serta terdaftar atau mendapatkan izin melakukan praktik kebidanan.

Menurut IBI, Bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang diakui pemerintah dan organisasi profesi diwilayah Negara Republik Indonesia serta memiliki kualifikasi untuk diregister, sertifikasi dan atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan.

Komunitas Berasal dari bahasa latin:

- *comunicans* : kesamaan
- *communis* : sama, public, banyak
- *community* : masyarakat setempat

Menurut J.H Syahlan bidan komunitas adalah bidan yang berkerja melayani keluarga dan masyarakat diwilayah tertentu. Menurut *United Kingdom Central Council for Nursing Midwifery Health* para praktisi bidan yang berbasis komunitas harus dapat memberikan supervise yang dibutuhkan oleh perempuan selama masa kehamilan, persalinan, nifas, dan BBL secara komprehensif.

Kebidanan Komunitas adalah pelayanan kebidanan profesional yang ditujukan kepada masyarakat dengan penekanan pada kelompok risiko tinggi dengan upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pelayanan kebidanan. Pelayanan Kebidanan Komunitas adalah upaya yang dilakukan bidan untuk pemecahan terhadap masalah kesehatan ibu dan balita dalam keluarga di masyarakat. Pelayanan kebidanan komunitas dilakukan diluar rumah sakit atau institusi. Kebidanan komunitas dapat juga merupakan bagian atau kelanjutan dari pelayanan yang diberikan dirumah sakit dalam upaya menyelamatkan ibu dan bayi dalam proses kelahiran. Bidan komunitas mempunyai pengetahuan yang luas dalam segala aspek dalam kehamilan dan persalinan karena tugasnya adalah bersama-sama perempuan sebagai partner untuk menerima secara positif pengalaman proses kehamilan dan

persalinan, serta mendukung keluarga agar dapat mengambil keputusan atau pilihan secara individual berdasarkan informasi yang telah diberikan.

1.1.2 Tujuan Kebidanan Komunitas

Tujuan umum :

1. Meningkatkan kesehatan ibu dan anak, balita dalam keluarga sehingga terwujud keluarga sehat sejahtera dalam komunitas tertentu
2. Meningkatkan kemandirian masyarakat dalam mengatasi masalah kebidanan komunitas untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal

Tujuan khusus:

1. Mengidentifikasi masalah kebidanan komunitas
2. Melakukan upaya promotif dan preventif pelayanan kesehatan
3. Dipahaminya pengertian sehat dan sakit oleh masyarakat
4. Mengidentifikasi struktur masyarakat daerah setempat
5. Meningkatkan kemampuan individu/keluarga/masyarakat untuk melaksanakan askeb dalam rangka mengatasi masalah
6. Tertanganinya kelainan resiko tinggi/rawan yang perlu pembinaan dan pelayanan kebidanan
7. Tertanganinya kasus kebidanan dirumah
8. Tertanganinya tidak lanjut kasus kebidanan dan rujukan
9. Mengidentifikasi status kesehatan ibu dan anak
10. Pelayanan KIA/KB/imunisasi
11. Menggambarkan keadaan wilayah kerja dengan daerah
12. Mengidentifikasi faktor penunjang KIA/KB di wilayah
13. Bimbingan pada kader posyandu/kesehatan/dukun bayi
14. Mengidentifikasi kerjasama LP/LS
15. Kunjungan rumah
16. Penyuluhan laporan dan seminar dan evaluasi
17. Askeb pada sasaran KIA

18. Menolong persalinan rumah

19. Melakukan tindakan kegawatdaruratan kebidanan sesuai kewenangan

Sasaran Kebidanan komunitas

1. Ibu : Pranikah, prakonsepsi, kehamilan, persalinan, nifas, masa interval, menopause
2. Anak : Meningkatkan kesehatan janin dalam kandungan, bayi, balita, prasekolah, dan anak usia sekolah
3. Keluarga : Pelayanan ibu dan anak termasuk kontrasepsi, pemeliharaan anak, pemeliharaan ibu sesudah persalinan, perbaikan gizi, imunisasi
4. Kelompok penduduk : Kelompok penduduk rumah kumuh, daerah terisolir, daerah tidak terjangkau
5. Masyarakat : Dari satuan masyarakat terkecil sampai masyarakat keseluruhan : remaja, calon ibu, kelompok ibu

1.1.3 Ruang lingkup kebidanan komunitas

1. Promotif (peningkatan kesehatan)
 - informasi tentang imunisasi pada ibu-ibu yang memiliki bayi
 - penyuluhan tentang kesehatan ibu hamil
 - informasi tentang tanda bahaya kehamilan
 - ASI eksklusif
2. Preventif (pencegahan penyakit)
 - imunisasi terhadap bayi dan anak balita serta ibu hamil
 - pemberian tablet Fe
 - pemeriksaan kehamilan, nifas, dll
 - posyandu untuk penimbangan dan pemantauan kesehatan balita
3. Kuratif (pemeliharaan dan pengobatan)
 - perawatan payudara yang mengalami masalah
 - perawatan bayi, balita, dan anak sakit dirumah
 - rujukan bila diperlukan

4. Rehabilitatif (pemulihan kesehatan)
 - latihan fisik pasca ibu bersalin
 - pemberian gizi ibu nifas
 - mobilisasi dini pada ibu pasca salin
5. Resosiantitatif (mengfungsikan kembali individu, keluarga, kelompok masyarakat ke lingkungan sosial dan masyarakatnya)
 - menggerakkan individu–masyarakat kelingkungan masyarakatnya seperti dasawisma, desa siaga, tabulia
 - membuat masyarakat untuk melakukan suatu program dalam bidang kesehatan yang dilakukan oleh masyarakat itu sendiri untuk meningkatkan kesehatan masyarakat tersebut.

1.2 FILOSOFI KEBIDANAN KOMUNITAS

Pengertian filosofi secara umum adalah ilmu yang mengkaji tentang akal budi mengenai hakikat yang ada. Filosofi Kebidanan adalah keyakinan atau pandangan hidup bidan yang digunakan sebagai kerangka pikir dalam memberikan asuhan kebidanan.

Menurut KEPMENKES 369/MENKES/SK/II/2007

1. **Keyakinan tentang kehamilan dan persalinan.** Hamil dan bersalin merupakan suatu proses alamiah dan bukan penyakit.
2. **Keyakinan tentang Perempuan.** Setiap perempuan adalah pribadi yang unik mempunyai hak, kebutuhan, keinginan masing-masing. Oleh sebab itu perempuan harus berpartisipasi aktif dalam setiap asuhan yang diterimanya.
3. **Keyakinan fungsi Profesi dan manfaatnya.** Fungsi utama profesi bidan adalah mengupayakan kesejahteraan ibu & bayinya, proses fisiologis harus dihargai, didukung dan dipertahankan. Bila timbul penyulit, dapat menggunakan teknologi tepat guna dan rujukan yang efektif, untuk memastikan kesejahteraan perempuan & janin/bayinya.
4. **Keyakinan tentang pemberdayaan perempuan dan membuat keputusan.** Perempuan harus diberdayakan untuk mengambil keputusan tentang kesehatan diri dan keluarganya

melalui komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) dan konseling. Pengambilan keputusan merupakan tanggung jawab bersama antara perempuan, keluarga & pemberi asuhan.

5. **Keyakinan tentang tujuan Asuhan.** Tujuan utama asuhan kebidanan untuk menyelamatkan ibu dan bayi (mengurangi kesakitan dan kematian). Asuhan kebidanan berfokus pada pencegahan, promosi kesehatan yang bersifat holistik, diberikan dengan cara yang kreatif & fleksibel, suportif, peduli; bimbingan, monitor dan pendidikan berpusat pada perempuan; asuhan berkesinambungan, sesuai keinginan & tidak otoriter serta menghormati pilihan perempuan
6. **Keyakinan tentang Kolaborasi dan Kemitraan.** Praktik kebidanan dilakukan dengan menempatkan perempuan sebagai partner dengan pemahaman holistik terhadap perempuan, sebagai satu kesatuan fisik, psikis, emosional, sosial, budaya, spiritual serta pengalaman reproduksinya. Bidan memiliki otonomi penuh dalam praktiknya yang berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya.
7. **Sebagai Profesi bidan mempunyai pandangan hidup Pancasila,** seorang bidan menganut filosofis yang mempunyai keyakinan didalam dirinya bahwa semua manusia adalah makhluk bio-psiko-sosio-kultural dan spiritual yang unik merupakan satu kesatuan jasmani dan rohani yang utuh dan tidak ada individu yang sama.
8. **Bidan berkeyakinan bahwa setiap individu berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman dan memuaskan sesuai dengan kebutuhan dan perbedaan kebudayaan.** Setiap individu berhak menentukan nasib sendiri dan mendapatkan informasi yang cukup dan untuk berperan disegala aspek pemeliharaan kesehatannya.
9. **Setiap individu berhak untuk dilahirkan secara sehat,** untuk itu maka setiap wanita usia subur, ibu hamil, melahirkan dan bayinya berhak mendapat pelayanan berkualitas.

10. Pengalaman melahirkan anak merupakan tugas perkembangan keluarga, yang membutuhkan persiapan sampai anak menginjak masa-masa remaja. Keluarga-keluarga yang berada di suatu wilayah/daerah membentuk masyarakat kumpulan dan masyarakat Indonesia terhimpun didalam satu kesatuan bangsa Indonesia. Manusia terbentuk karena adanya interaksi antara manusia dan budaya dalam lingkungan yang bersifat dinamis mempunyai tujuan dan nilai-nilai yang terorganisir.

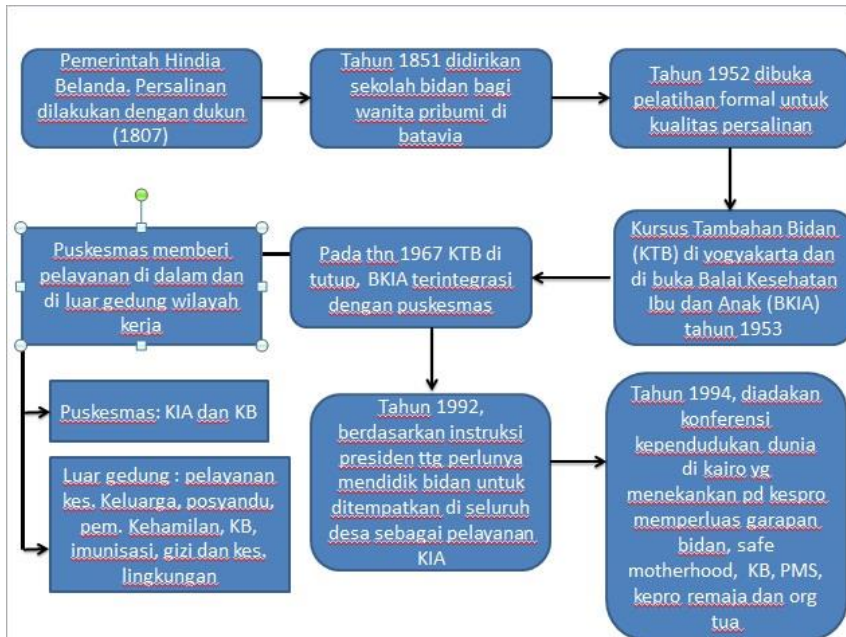
Beberapa keyakinan yang mendasari praktek kebidanan komunitas :

1. Pelayanan kesehatan sebaiknya tersedia dapat dijangkau dan dapat diterima semua orang.
2. Penyusunan kebijakan seharusnya melibatkan penerimaan pelayanan dalam hal ini komunitas.
3. Bidan sebagai pemberi pelayanan dan klien sebagai penerima perlu menjalin kerjasama yang baik.
4. Kesehatan merupakan tanggung jawab setiap orang.

Falsafah kebidanan komunitas :

1. Manusia
2. Kesehatan
3. Lingkungan
4. Kebidanan

1.3 Sejarah Kebidanan Komunitas



Gambar 1. Sejarah Kebidanan Komunitas

1.4 MASALAH DALAM KEBIDANAN KOMUNITAS

1.4.1 Kematian Ibu dan Bayi

Kematian ibu adalah kematian yang terjadi pada ibu selama masa kehamilan atau dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tanpa melihat usia dan lokasi kehamilan, oleh setiap penyebab yang berhubungan dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya tetapi bukan oleh kecelakaan atau incidental (faktor kebetulan).

AKI tersebut sudah jauh menurun, namun masih jauh dari target yang diharapkan. Sedangkan untuk target SDGs AKI yaitu sebesar 70/100.000 KH.

Angka kematian ibu dikatakan masih tinggi karena :

- Jumlah kematian ibu yang meninggal mulai saat hamil hingga 6 minggu setelah persalinan per 100.000 persalinan tinggi.

- Angka kematian ibu tinggi adalah angka kematian yang melebihi dari angka target nasional.
- Tingginya angka kematian, berarti rendahnya standar kesehatan dan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan, dan mencerminkan besarnya masalah kesehatan.

Kematian bayi adalah kematian yang terjadi saat setelah bayi lahir sampai bayi belum berusia tepat 1 tahun. Berdasarkan perhitungan BPS tahun 2007 sebesar 27/1000 kelahiran hidup. Adapun target AKB pada SDG's 2030 sebesar 12/1000 kelahiran hidup. Penyebab kematian bayi meliputi :

- Gangguan perinatal (34,7%)
- Sistem pernapasan (27,6 %)
- Diare (9,4%)
- Sistem pencernaan (4,3%)
- Tetanus (3,4%)

1.4.2 Unsafe Abortion

Unsafe Abortion adalah pengguguran kandungan yang dilakukan dengan tindakan yang tidak steril serta tidak aman, secara medis. Peran bidan dalam menangani *unsafe abortion* adalah memberikan penyuluhan pada klien tentang efek-efek yang ditimbulkan dari tindakan *unsafe abortion*. Jika terminasi kehamilan dilakukan secara ilegal maka akan mengakibatkan perdarahan, trauma, infeksi dengan mortalitasnya 1/3 AKI serta adanya kerusakan fungsi alat reproduksi. Dampak jangka panjang dari terminasi kehamilan yang ilegal adalah PID/penyakit radang panggul yang menahun, infertilitas dan kehamilan ektopik terganggu/KET.

1.4.3 Infeksi Menular Seksual

Infeksi menular seksual merupakan salah satu dari tiga tipe infeksi saluran reproduksi (ISR), yaitu infeksi dan penyakit menular seksual, infeksi-infeksi endogen vagina dan infeksi-infeksi yang berhubungan dengan saluran reproduksi. Infeksi menular seksual berhubungan dengan keadaan akut, kronik dan kondisi-kondisi lain

yang berhubungan dengan kehamilan, seperti Gonore, Chlamidia, Sifilis, Herpes kelamin, Trichomoniasis, HIV/AIDS.

Bidan harus dapat memberikan asuhan kepada masyarakat terkait dengan infeksi menular seksual, dan perlu memperhatikan semua jenis infeksi saluran reproduksi, sehingga dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

1.4.4 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.

1.4.5 Kehamilan Remaja

Arus informasi menuju globalisasi mengakibatkan perubahan perilaku remaja yang makin menerima hubungan seksual sebagai cerminan fungsi rekreasi. Akibatnya, terjadi peningkatan kehamilan yang tidak dikehendaki atau terjadi penyakit menular seksual.

Berikut ini adalah dampak kehamilan remaja.

1. Faktor psikologis yang belum matur
 - a. Alat reproduksinya masih belum siap menerima kehamilan sehingga dapat menimbulkan berbagai bentuk komplikasi.
 - b. Remaja berusia muda yang sedang menuntut ilmu akan mengalami putus sekolah sementara atau seterusnya, dan dapat kehilangan pekerjaan yang baru dirintisnya.
 - c. Perasaan tertekan karena mendapat celaan dari keluarga, teman, atau lingkungan masyarakat.
 - d. Tersisih dari pergaulan karena dianggap belum mampu membawa diri.
 - e. Mungkin kehamilannya disertai kecanduan obat-obatan, merokok, minuman keras.
2. Faktor fisik
 - a. Mungkin kehamilan ini tidak diketahui siapa ayah sebenarnya.
 - b. Kehamilan dapat disertai penyakit menular seksual sehingga memerlukan pemeriksaan ekstra yang lebih lengkap.
 - c. Tumbuh kembang janin dalam rahim yang belum matur dapat menimbulkan abortus, persalinan premature, dapat terjadi komplikasi penyakit yang telah lama dideritanya.
 - d. Saat persalinan sering memerlukan tindakan medis operatif.
 - e. Hasil janin mengalami kelainan kongenital atau BBLR.
 - f. Kematian maternal dan perinatal pada kehamilan remaja lebih tinggi dibandingkan dengan usia reproduksi sehat (20-35 tahun).

Fungsi seksual, yaitu untuk prokreasi (mendapatkan keturunan), rekreasi (untuk kenikmatan), relasi (hubungan kekeluargaan), dan bersifat institusi (kewajiban suami untuk istrinya). Hubungan seksual remaja merupakan masalah besar dalam disiplin ilmu kedokteran (andrologi, seksologi, penyakit kulit dan kelamin, kebidanan, dan kandungan).

Langkah-langkah untuk mengendalikan masalah kehamilan remaja adalah sebagai berikut

1. Sebelum terjadi kehamilan
 - a. Menjaga kesehatan reproduksi dengan cara melakukan hubungan seksual yang bersih dan aman.
 - b. Menghindari multipartner.
 - c. Menggunakan alat kontrasepsi, seperti kondom, pil, dan suntikan sehingga terhindar dari kehamilan yang tidak diinginkan.
 - d. Memberikan pendidikan seksual sejak dini.
 - e. Meningkatkan iman dan taqwa kepada Tuhan YME sesuai ajaran agama masing-masing.
 - f. Segera setelah hubungan seksual menggunakan KB darurat penginduksi haid atau misoprostol dan lainnya.
2. Setelah terjadi kehamilan. Setelah terjadi konsepsi sampai nidasi, persoalannya makin sulit karena secara fisik hasil konsepsi dan nidasi mempunyai beberapa ketetapan sebagai berikut.
 - a. Hasil konsepsi dan nidasi mempunyai hak untuk hidup dan mendapatkan perlindungan.
 - b. Hasil konsepsi dan nidasi merupakan zigot yang mempunyai potensi untuk hidup.
 - c. Hasil konsepsi dan nidasi nasibnya ditentukan oleh ibu yang mengandung.
 - d. Hasil konsepsi dan nidasi mempunyai landasan moral yang kuat karena potensinya untuk tumbuh kembang menjadi generasi yang didambakan setiap keluarga.

Berdasarkan pertimbangan tersebut langkah yang dapat diambil antara lain :

- 1) Membiarkan tumbuh kembang janin sampai lahir, sekalipun tanpa ayah yang jelas dan selanjutnya menjadi tanggung jawab Negara. Pasangan dinikahkan sehingga bayi yang lahir mempunyai keluarga yang sah.

- 2) Di lingkungan Negara yang dapat menerima kehadiran bayi tanpa ayah, pihak perempuan memeliharanya sebagai anak secara lazim.
- 3) Dapat dilakukan terminasi kehamilan dengan berbagai teknik sehingga keselamatan remaja dapat terjamin untuk menyongsong kehidupan normal sebagaimana mestinya. Undang-undang kesehatan yang mengatur gugur kandungan secara legal, yaitu nomor 23 tahun 1992.

1.4.6 Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Istilah premature telah diganti menjadi berat badan lahir rendah (BBLR) oleh WHO sejak 1960, hal ini karena tidak semua bayi dengan berat badan <2500 gram adalah bayi premature. Pada kongres *European Perinatal Medicine II* di London (1970) dibuat keseragaman definisi, yaitu sebagai berikut :

- Bayi kurang bulan: bayi dengan masa kehamilan kurang dari 37 minggu (259) hari.
- Bayi cukup bulan: bayi dengan masa kehamilan mulai 37-42 minggu (259-293 hari).
- Bayi lebih bulan: bayi dengan masa kehamilan mulai 42 minggu atau lebih (>294 hari)

BBLR adalah bayi baru lahir yang berat badannya kurang dari 2500 gram. Menurut Depkes RI (1996), bayi berat lahir rendah ialah bayi yang lahir dengan berat 2500 gram atau kurang tanpa memperhatikan usia kehamilan.

Penanganan bayi berat lahir rendah meliputi hal-hal berikut :

- 1) Mempertahankan suhu dengan ketat.
- 2) Mencegah infeksi. Karena BBL sangat rentan terkena infeksi. Contoh mencuci tangan sebelum memegang bayi.
- 3) Pengawasan nutrisi dan ASI. Refleks menelan pada bayi dengan BBLR belum sempurna.
- 4) Penimbangan ketat. Sebagai cara memantau status gizi/nutrisi bayi dan erat kaitannya dengan daya tahan tubuh.

1.5 KEGIATAN DALAM PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS

PWS KIA adalah alat manajemen untuk melakukan pemantauan program KIA di suatu wilayah kerja secara terus-menerus, agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat, meliputi program pelayanan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, ibu dengan komplikasi kebidanan, dan keluarga berencana, bayi baru lahir, bayi baru lahir dengan komplikasi, bayi, dan balita. Definisi dan kegiatan PWS tersebut sama dengan definisi surveilans.

Kegiatan pokok PWS KIA, meliputi:

1. Peningkatan pelayanan antenatal sesuai standar bagi seluruh ibu hamil di semua fasilitas kesehatan.
2. Peningkatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan kompeten, diarahkan ke fasilitas kesehatan.
3. Peningkatan pelayanan bagi seluruh ibu nifas sesuai standar di semua fasilitas kesehatan.
4. Peningkatan pelayanan bagi seluruh neonatus sesuai standar di semua fasilitas kesehatan.
5. Peningkatan deteksi dini faktor risiko dan komplikasi kebidanan
6. Peningkatan penanganan komplikasi kebidanan dan neonatus secara adekuat dan pengamatan terus-menerus oleh tenaga kesehatan.
7. Peningkatan pelayanan kesehatan bagi seluruh bayi sesuai standar di semua fasilitas kesehatan.
8. Peningkatan pelayanan kesehatan bagi seluruh anak balita sesuai standar di semua fasilitas kesehatan.
9. Peningkatan pelayanan KB sesuai standar.

Indikator pemantauan PWS KIA, meliputi:

1. Cakupan pelayanan antenatal pertama kali (K₁)
2. Cakupan pelayanan antenatal minimal 4 kali (K₄)
3. Cakupan persalinan ditolong tenaga kesehatan (P_n)
4. Cakupan pelayanan nifas oleh tenaga kesehatan (K_f 3)
5. Cakupan pelayanan neonatus pertama kali (KN 1)

6. Cakupan pelayanan neonatus lengkap (KN Lengkap)
7. Deteksi faktor risiko dan komplikasi maternal oleh masyarakat
8. Cakupan penanganan komplikasi maternal (PK)
9. Cakupan penanganan komplikasi neonatus (NK)
10. Cakupan pelayanan kesehatan bayi (K Bayi)
11. Cakupan pelayanan kesehatan anak balita (K Balita)
12. Cakupan pelayanan kesehatan anak balita sakit yang dilayani dengan MTBS
13. Cakupan peserta KB aktif (*contraceptive prevalence rate*, CPR) dan neonatus oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat.

Tindakan bidan dalam rangka peningkatan kesehatan di tingkat komunitas

- Menilai kebutuhan masyarakat, merencanakan dan menyediakan komunitas tertentu terhadap suatu program. Misalnya: kelompok untuk orangtua tunggal, kelompok dukungan menyusui yang memberikan bantuan praktis dan moral untuk perempuan menyusui, dll
- Mengakses kelompok yang sulit dijangkau atau yang tidak mengakses layanan yang disediakan
- Mengembangkan sumber daya untuk mendukung perbaikan
- Menyediakan program kesehatan tingkat masyarakat sesuai *evidence based* misalnya P4K, desa siaga, dll

Kegiatan bidan di US dan UK

US	UK
<ul style="list-style-type: none"> - Surveilens - Investigasi penyakit dan masalah kesehatan - Skrining - Rujukan dan follow up - Manajemen kasus - Pelatihan kesehatan - Konseling - Konsultasi - Kolaborasi - <i>Coalition building</i> - Pengorganisasian komunitas - Advokasi - Pemasaran social - Pengembangan kebijakan dan penegakannya 	<ul style="list-style-type: none"> - Surveilens - Proteksi penyakit dan masalah kesehatan - Skrining - Rujukan dan follow up serta signposting - Manajemen kasus dan rencana asuhan - Promosi kesehatan - Intervensi terapeutik - Konsultasi - Kolaborasi - Mitra kerja - <i>Building community capacity</i> - Advokasi - Pemasaran social - Pengembangan kebijakan dan tindakan

1.6 JARINGAN KERJA DALAM MENJALANKAN KEBIJAKAN PEMERINTAH

Bidan yang bekerja di komunitas membutuhkan suatu kemitraan yang berguna untuk pengambilan keputusan secara kolaboratif dalam rangka meningkatkan kesehatan dan memecahkan masalah-masalah kesehatan ibu dan anak. Program kemitraan komunitas mencakup konsep pemberdayaan dan pengembangan komunitas. Unsur yang penting dalam menjalin jaringan kerja di komunitas adalah sensitivitas terhadap aspek kultural, yang berarti bahwa pelayanan yang diberikan harus sesuai dengan persepsi masyarakat.

Beberapa jaringan kerja bidan di komunitas yaitu puskesmas/ puskesmas pembantu, polindes, posyandu, BPS, rumah pasien, dasa wisma, PKK.

1. Di puskesmas bidan sebagai anggota tim bidan diharapkan dapat mengenali kegiatan yang akan dilakukan, mengenali dan menguasai fungsi dan tugas masing-masing. Selalu berkomunikasi dengan pimpinan dan anggota lainnya, memberi dan menerima saran serta turut bertanggung jawab atas keseluruhan kegiatan tim dan hasilnya.
2. Di polindes, posyandu, BPS, dan rumah pasien, bidan merupakan pimpinan tim/leader dimana bidan diharapkan mampu berperan sebagai pengelola sekaligus pelaksana kegiatan kebidanan di komunitas.
3. Dalam jaringan kerja bidan di komunitas diperlukan kerjasama lintas program dan lintas sektor. Kerjasama lintas program merupakan bentuk kerjasama yang dilaksanakan di dalam satu instansi terkait, misalnya imunisasi, pemberian tablet Fe, vitamin A, PMT, dll. Sedangkan kerjasama lintas sektor merupakan kerjasama yang melibatkan institusi/departemen lain, misalnya Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS), Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), DLL.
4. Dalam pelayanan komunitas diperlukan pendekatan terhadap pemuka atau pejabat masyarakat untuk mendapat dukungan, sehingga dapat menentukan kebijakan nasional atau regional. Pendekatan terhadap pelaksana dari sektor diberbagai tingkat administrasi sampai dengan tingkat desa dengan tujuan yang akan dicapai adalah adanya kesepahaman, memberi dukungan dan merumuskan kebijakan. Dan pendekatan yang lebih menekankan pada proses dilaksanakan masyarakat sebagai pengambil prakarsa kemudian dikembangkan sendiri sesuai kemampuan, misalnya kader dan dukun.

1.6.1 PERAN DAN FUNGSI KEBIDANAN KOMUNITAS

Peran adalah perangkat tingkah laku yang diharapkan dan dimiliki oleh orang yang berkedudukan dalam masyarakat. Sebagai bidan yang bekerja di komunitas maka bidan harus memahami perannya di komunitas, yaitu :

1. Sebagai Pendidik

Dalam hal ini bidan berperan sebagai pendidik di masyarakat. Sebagai pendidik, bidan berupaya merubah perilaku komunitas di wilayah kerjanya sesuai dengan kaidah kesehatan. Tindakan yang dapat dilakukan oleh bidan di komunitas dalam berperan sebagai pendidik masyarakat antara lain dengan memberikan penyuluhan di bidang kesehatan khususnya kesehatan ibu, anak dan keluarga. Penyuluhan tersebut dapat dilakukan dengan berbagai cara seperti ceramah, bimbingan, diskusi, demonstrasi dan sebagainya yang mana cara tersebut merupakan penyuluhan secara langsung. Sedangkan penyuluhan yang tidak langsung misalnya dengan poster, leaflet, spanduk dan sebagainya.

2. Sebagai Pelaksana (Provider)

Sesuai dengan tugas pokok bidan adalah memberikan pelayanan kebidanan kepada komunitas. Disini bidan bertindak sebagai pelaksana pelayanan kebidanan. Sebagai pelaksana, bidan harus menguasai pengetahuan dan teknologi kebidanan serta melakukan kegiatan sebagai berikut :

- a. Bimbingan terhadap kelompok remaja masa pra perkawinan.
- b. Pemeliharaan kesehatan ibu hamil, bersalin, nifas, menyusui dan masa interval dalam keluarga.
- c. Pertolongan persalinan di rumah.
- d. Tindakan pertolongan pertama pada kasus kebidanan resiko tinggi di keluarga.
- e. Pengobatan keluarga sesuai kewenangan.
- f. Pemeliharaan kesehatan kelompok wanita dengan gangguan reproduksi.
- g. Pemeliharaan kesehatan anak balita.

3. Sebagai Pengelola

Sesuai dengan kewenangannya bidan dapat melaksanakan kegiatan praktik mandiri. Bidan dapat mengelola sendiri pelayanan yang dilakukannya. Peran bidan di sini adalah sebagai pengelola kegiatan kebidanan di unit puskesmas, polindes, posyandu dan praktek bidan. Sebagai pengelola bidan memimpin dan

mendayagunakan bidan lain atau tenaga kesehatan yang pendidikannya lebih rendah.

4. Sebagai Peneliti

Bidan perlu mengkaji perkembangan kesehatan pasien yang dilayaninya, perkembangan keluarga dan masyarakat. Secara sederhana bidan dapat memberikan kesimpulan atau hipotesis dan hasil analisisnya. Sehingga bila peran ini dilakukan oleh bidan, maka ia dapat mengetahui secara cepat tentang permasalahan komunitas yang dilayaninya dan dapat pula dengan segera melaksanakan tindakan.

Latihan

Latihan diberikan kepada setiap mahasiswa sesuai materi pada Bab I secara terstruktur dan sistematis pada akhir pertemuan sehingga mahasiswa memiliki penguasaan yang baik terhadap Bab tentang konsep dasar kebidanan komunitas ini. Adapun soal yang digunakan untuk latihan adalah sebagai berikut :

1. Jelaskan yang dimaksud dengan filosofi kebidanan komunitas
2. Sebutkan tujuan kebidanan komunitas
3. Jelaskan sejarah perkembangan kebidanan komunitas
4. Jelaskan tentang sasaran kebidanan komunitas
5. Sebutkan masalah-masalah yang ada di kebidanan komunitas
6. Jelaskan peran dan fungsi kebidanan komunitas

Ringkasan atau Poin Poin Penting

Filosofi kebidanan komunitas

Tujuan kebidanan komunitas

Sasaran kebidanan komunitas

Sejarah perkembangan kebidanan komunitas

Masalah-masalah yang ada di kebidanan komunitas

Peran dan fungsi kebidanan komunitas

PENUTUP

Evaluasi, Pertanyaan Diskusi, Soal Latihan, Praktek atau Kasus

Evaluasi

NO	KOMPONEN NILAI BLOK	BOBOT
1	Penilaian Tutorial	20%
2	<p>Tugas</p> <p>Penilaian proses pada saat pembuatan manajemen asuhan kebidanan komunitas: Dimensi <i>intrapersonal skill</i> yang sesuai:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Berpikir kreatif▪ Berpikir kritis▪ Berpikir analitis▪ Berpikir inovatif▪ Mampu mengatur waktu▪ Berargumen logis▪ Mandiri▪ Dapat mengatasi stress▪ Memahami keterbatasan diri.▪ Mengumpulkan tugas tepat waktu▪ Kesesuaian topik dengan pembahasan <p>Dimensi <i>interpersonal skill</i> yang sesuai:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Tanggung jawab▪ Kemitraan dengan perempuan▪ Menghargai otonomi perempuan▪ Advokasi perempuan untuk pemberdayaan diri▪ Memiliki sensitivitas budaya.▪ Values :▪ Bertanggungjawab▪ Motivasi▪ Dapat mengatasi stress.	20%
3	Ujian Tulis (MCQ)	60%

Ketentuan :

1. Mahasiswa yang akan mengikuti ujian tulis/praktikum harus mengikuti persyaratan berikut :
 - a. Minimal kehadiran dalam kegiatan diskusi tutorial 80%
 - b. Minimal kehadiran dalam kegiatan diskusi pleno 80%
 - c. Minimal kehadiran dalam kegiatan keterampilan klinik 80%
 - d. Minimal kehadiran dalam kegiatan praktikum 80%
 - e. Minimal kehadiran dalam kegiatan DKK 80%
 - f. Minimal kehadiran dalam kegiatan Kuliah Pengantar 80%
2. Apabila tidak lulus dalam ujian tulis, mahasiswa mendapat kesempatan untuk ujian remedial satu kali pada akhir tahun akademik yang bersangkutan. Jika masih gagal, mahasiswa yang bersangkutan harus mengulang blok.
3. Ketentuan penilaian berdasarkan peraturan akademik program sarjana Universitas Andalas tahun 2011.

Nilai Angka	Nilai Mutu	Angka Mutu	Sebutan Mutu
≥ 85 -100	A	4.00	Sangat cemerlang
≥ 80 < 85	A-	3.50	Cemerlang
≥ 75 < 80	B+	3.25	Sangat baik
≥ 70 < 75	B	3.00	Baik
≥ 65 < 70	B-	2.75	Hampir baik
≥ 60 < 65	C+	2.25	Lebih dari cukup
≥ 55 < 60	C	2.00	Cukup
≥ 50 < 55	C-	1.75	Hampir cukup
≥ 40 < 50	D	1.00	Kurang
<40	E	0.00	Gagal

Pertanyaan Diskusi

Kegiatan diskusi dilakukan dengan cara membagi kelompok kecil. 1 kelompok terdiri dari 10 mahasiswa sehingga terbentuk 5 kelompok. Masing-masing kelompok memiliki 1 tema yang terdapat dalam bab ini. Setiap kelompok membuat pembahasan terhadap topik yang telah dipilih. Mahasiswa menyampaikan/

mempresentasikan dan mendiskusikan yang telah dibuat dengan anggota kelompok yang lain kepada dosen penanggung jawab. Mahasiswa menyerahkan hasil diskusi yang telah dibuat kepada dosen penanggung jawab masing-masing.

Soal Latihan

1. Pernyataan yang benar tentang kebidanan komunitas, kecuali :
 - a. Suatu area praktik bidan yang dilaksanakan di luar institusi pelayanan kesehatan
 - b. Suatu area praktik bidan yang dilaksanakan di masyarakat wilayah tertentu
 - c. Suatu area praktik bidan yang dilaksanakan di luar institusi pelayanan kesehatan tentang hukum kesehatan
 - d. Suatu area praktik bidan yang dilaksanakan di luar institusi pelayanan kesehatan terhadap ibu, anak, keluarga dan masyarakat
 - e. Suatu area praktik bidan yang dilaksanakan di luar institusi pelayanan kesehatan tentang promosi dan preventif dalam reproduksi wanita

Soal nomor 2-5

Bidan Cinta, Bidan yang baru saja ditempatkan di Desa Sukamaju. Desa yang berada di kaki Gunung Talang, terdiri dari 200 KK dan mayoritas bermata pencarian petani. Bulan ini terdapat kejadian luar biasa yaitu 3 dari 20 penderita demam berdarah (DBD) meninggal dunia dan 1 diantara yang meninggal adalah ibu hamil dengan usia kehamilan 30-31 minggu. Bidan Cinta dengan Bidan Koordinator KIA Puskesmas Talang sedang menyusun rencana untuk mengintervensi kejadian tersebut.

2. Bidan Cinta menjalankan fungsinya sebagai pelaksana yaitu :
 - a. Melakukan pengelolaan terkait pendataan dan perhitungan KLB serta program pencegahan DBD
 - b. Memberikan pengobatan gratis untuk ibu-ibu hamil
 - c. Melakukan penyuluhan tentang kebersihan lingkungan dan DBD, khususnya ibu hamil

- d. Melakukan kerjasama lintas sektor dan lintas program dalam penemuan obat atau menemukan faktor resiko untuk ibu dan bayi
- e. Melakukan pemberian imunisasi TT pada setiap ibu hamil
- 3. Bidan Cinta menjalankan fungsinya sebagai pengelola yaitu :
 - a. Melakukan pengelolaan terkait pendataan dan perhitungan KLB serta program pencegahan DBD
 - b. Memberikan pengobatan gratis untuk ibu-ibu hamil
 - c. Melakukan penyuluhan tentang kebersihan lingkungan dan DBD, khususnya ibu hamil
 - d. Melakukan kerjasama lintas sektor dan lintas program dalam penemuan obat atau menemukan faktor resiko untuk ibu dan bayi
 - e. Melakukan pemberian imunisasi TT pada setiap ibu hamil
- 4. Bidan Cinta menjalankan fungsinya sebagai peneliti yaitu:
 - a. Melakukan pengelolaan terkait pendataan dan perhitungan KLB serta program pencegahan DBD
 - b. Memberikan pengobatan gratis untuk ibu-ibu hamil
 - c. Melakukan penyuluhan tentang kebersihan lingkungan dan DBD, khususnya ibu hamil
 - d. Melakukan kerjasama lintas sektor dan lintas program dalam penemuan obat atau menemukan faktor resiko untuk ibu dan bayi
 - e. Melakukan pemberian imunisasi TT pada setiap ibu hamil
- 5. Bidan Cinta menjalankan fungsinya sebagai pendidik yaitu :
 - a. Melakukan pengelolaan terkait pendataan dan perhitungan KLB serta program pencegahan DBD
 - b. Memberikan pengobatan gratis untuk ibu-ibu hamil
 - c. Melakukan penyuluhan tentang kebersihan lingkungan dan DBD, khususnya ibu hamil
 - d. Melakukan kerjasama lintas sektor dan lintas program dalam penemuan obat atau menemukan faktor resiko untuk ibu dan bayi

- e. Melakukan sharing dan kegiatan demonstrasi tentang tata cara memberikan imunisasi
6. Berikut merupakan prinsip kerja bidan di komunitas, kecuali :
 - a. Kompetensi berdasarkan pemikiran kritis
 - b. Praktik berdasarkan fakta atau EBM
 - c. Pengambilan keputusan yang bertanggung jawab
 - d. Memberdayakan untuk kuratif
 - e. Advokasi untuk perempuan yang tidak mengalami intervensi pada kasus yang tidak mengalami komplikasi
 7. Contoh faktor yang mempengaruhi pelayanan komunitas dari lingkungan fisik adalah :
 - a. *Staphylococcus aureus* pada penderita mastitis
 - b. Ibu hamil dengan diet rendah kalori dan rendah protein
 - c. Upacara pupak puser saat lepasnya tali pusat
 - d. Peningkatan kejadian diare di tempat penampungan sementara saat terjadinya banjir bandang
 8. Contoh faktor yang mempengaruhi pelayanan komunitas dari lingkungan sosial adalah :
 - a. *Staphylococcus aureus* pada penderita mastitis
 - b. Ibu hamil dengan diet rendah kalori dan rendah protein
 - c. Upacara pupak puser saat lepasnya tali pusat
 - d. Peningkatan kejadian diare di tempat penampungan sementara saat terjadinya banjir bandang
 9. Contoh faktor yang mempengaruhi pelayanan komunitas dari lingkungan flora dan fauna adalah
 - a. *Staphylococcus aureus* pada penderita mastitis
 - b. Ibu hamil dengan diet rendah kalori dan rendah protein
 - c. Upacara pupak puser saat lepasnya tali pusat
 - d. Peningkatan kejadian diare di tempat penampungan sementara saat terjadinya banjir bandang
 10. Pelayanan komunitas yang dapat dilakukan bidan adalah :
 - a. Penyuluhan kesehatan ibu dan anak
 - b. Pelayanan gizi hanya untuk keluarga kurang gizi
 - c. Melakukan kuratif untuk setiap ibu dan balita

d. Pertolongan persalinan di RS

Praktik atau Kasus

Anda sebagai Bidan yang baru ditempatkan di nagari Seribu Nama, diundang oleh wali Nagari yang anaknya baru saja melahirkan di Puskesmas. Undangan berupa acara “Pupak Puser”, suatu tradisi jika bayi telah berusia 7 hari dan lepasnya tali pusat. Apa yang harus anda lakukan terhadap undangan yang diberikan kepada Anda terkait kepercayaan yang mereka yakini?

Umpan balik dan Tindak Lanjut

Dosen memberikan penilaian dari hasil latihan dan diskusi dan menindaklanjuti dengan memberikan masukan kepada mahasiswa terkait capaian pembelajaran yang harus ia kuasai dalam bab ini.

Istilah atau Kata Penting

1. Komunitas : wadah perkumpulan beberapa manusia dalam wilayah tertentu
2. Filosofi : keyakinan
3. PWS : Peta Wilayah Setempat
4. *Unsafe Abortion* : Aborsi yang tidak aman
5. Kehamilan Remaja : kehamilan yang terjadi pada wanita dengan rentang usia 12-20 tahun

DAFTAR PUSTAKA

- Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat. 2010. *Pedoman pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS-KIA)*. Jakarta: Kemenkes RI.
- ICM. 2014. “Philosophy and Model of Midwifery Care”
www.internationalmidwives.org

- KEPMEKES RI No. 1529 tahun 2010 “Pedoman umum pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif”.
- Syafrudin dkk. 2009. *Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC.
- Green, E.C. 1986. *Practicing Development Anthropology*. Boulder and London: Westview
- Leonard Seregar. 2002. *Antropologi dan Konsep Kebudayaan..* Jayapura : Universitas Cendrawasih Press
- Masinambow, E.K.M (Ed) 1997 *Koentjaraningrat dan Antropologi di Indonesia*, Jakarta: Asosiasi Antropologi Indonesia dan Yayasan Obor Indonesia.
- Rhoades, R.E. 1986. *Breaking New Ground: Agricultural Anthropology*. Dalam: Green Ed.
- Suparlan, Pasurdi. 1995. *Antropologi dalam Pembangunan*. Jakarta: UI Press
- Kemenkes RI. 2010. *Pedoman pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS-KIA)*. Jakarta

BAB II

PERAN SERTA MASYARAKAT

A. PENDAHULUAN

Deskripsi Bab

Bab ini memberikan bekal kepada mahasiswa untuk dapat menguasai materi peran serta masyarakat, penyelenggaraan kebidanan di komunitas. Dengan menguasai Bab ini mahasiswa dapat mengetahui peran serta masyarakat sebagai salah satu upaya untuk penyelenggaraan kebidanan di komunitas.

Tujuan Atau Sasaran Pembelajaran

Pada akhir pembelajaran, mahasiswa mampu :

1. Menjelaskan konsep dasar peran serta masyarakat (PSM)
2. Menjelaskan tahapan, ciri dan prinsip peran serta masyarakat (PSM)
3. Menjelaskan kemampuan yang harus dimiliki masyarakat dalam PSM
4. Menjelaskan beberapa bentuk PSM
5. Menjelaskan kemitraan Dukun dengan Bidan dan Kader di Komunitas

Kaitan Peran Serta Masyarakat dengan Pengetahuan Awal Mahasiswa

Mahasiswa yang akan membahas tentang kebidanan komunitas harus telah lulus dari blok 1 A (Pengantar Pendidikan Kebidanan), 1.B (Biomedik 1), 1.C (Biomedik 2), 2.A (Konsep Kebidanan), 2.B (Dasar Patologi dan Farmakologi), 2.C (Kesehatan Remaja dan Pra Konsepsi), 3.A (Asuhan kebidanan Pada Ibu Hamil), Blok 3.B (Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin), 3.C (Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas), 4.A (Asuhan Kebidanan Pada Neonatus, Bayi dan Balita), 4.B (Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Risiko Tinggi), 4.C (Asuhan Kebidanan Pada Persalinan dan Nifas Risiko Tinggi), 5.A (Asuhan Kebidanan dengan infeksi dan neoplasma sistem reproduksi dan payudara).

Kompetensi Khusus

Kompetensi khusus yang diharapkan dapat dicapai oleh mahasiswa adalah memahami tentang peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan kebidanan komunitas dan melibatkan kemitraan dengan dukun.

B. PENYAJIAN

Uraian Materi

2.1 KONSEP PERAN SERTA MASYARAKAT (PSM)

2.1.1 Definisi

Peran serta masyarakat (PSM) merupakan keikutsertaan individu, keluarga dan kelompok masyarakat dalam setiap menggerakkan upaya kesehatan yang juga merupakan tanggung jawab sendiri, keluarga dan masyarakatnya. Dalam *World Health Assembly* (1997), peran masyarakat adalah proses untuk mewujudkan kerja sama kemitraan antara pemerintah dan masyarakat setempat dalam merencanakan, melaksanakan dan memanfaatkan kegiatan kesehatan sehingga diperoleh manfaat berupa peningkatan kemampuan swadaya masyarakat, dimana masyarakat berperan dalam menentukan prasarana dan pemeliharaan teknologi tepat guna dalam pelayanan kesehatan.

Peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan adalah keadaan dimana individu, keluarga maupun masyarakat umum ikut serta bertanggung jawab terhadap kesehatan diri, keluarga, ataupun kesehatan masyarakat lingkungannya (Depkes RI, 1997)

2.1.2 Tujuan PSM

1. Tujuan umum

Untuk meningkatkan jumlah dan mutu upaya masyarakat di bidang Kesehatan

2. Tujuan Khusus

- a. Meningkatkan kemampuan pemimpin/pemuka masyarakat dalam menggerakkan upaya kesehatan meningkatkan persatuan dan kebersamaan ke gotong royongan dalam menyelesaikan masalah secara mandiri.
- b. Meningkatkan kemampuan organisasi masyarakat dalam menyelenggarakan upaya kesehatan
- c. Meningkatkan kemampuan masyarakat dalam menggali, menghimpun dan mengelola dana/sarana masyarakat untuk kesehatan.
- d. Untuk menghasilkan masukan dan persepsi yang berguna dari warga negara dan masyarakat yang berkepentingan (*public interest*) dalam rangka meningkatkan kualitas pengambilan keputusan masalah kesehatan.
- e. Meningkatkan persatuan dan kebersamaan kegotong royongan dalam menyelesaikan masalah secara mandiri.

2.1.3 Dasar Filosofi PSM

a. *Community feel need*

Apabila pelayanan diciptakan untuk masyarakat sendiri maka masyarakat akan merasakan memerlukan pelayanan tersebut (dari masyarakat dan untuk masyarakat)

- b. Organisasi pelayanan kesehatan masyarakat yang berdasarkan partisipasi masyarakat

Keinginan masyarakat untuk berperan serta dalam upaya kesehatan timbul dari masyarakat itu sendiri.

c. Akan dikerjakan oleh masyarakat sendiri atas dasar sukarela

2.1.4 Faktor yang mempengaruhi Peran Serta Masyarakat

a. Perilaku individu

Perilaku individu dipengaruhi oleh berbagai hal seperti : tingkat pengetahuan, sikap mental, tingkat kebutuhan individu, tingkat keterikatan dalam kelompok, tingkat kemampuan sumber daya yang ada.

1) Tingkat pengetahuan

Tingkat pengetahuan seseorang mempengaruhi perilaku individu. Makin tinggi pendidikan / pengetahuan kesehatan seseorang, makin tinggi kesadaran untuk berperan serta. Penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan langsung antar tingkat pendidikan ibu dan kesehatan keluarganya.

Dalam permasalahan kesehatan, sering dijumpai bahwa persepsi masyarakat tidak selalu sama dengan persepsi dengan persepsi pihak provider kesehatan (tenaga kesehatan). Untuk mencapai kesepakatan atau kesamaan persepsi sehingga tumbuh keyakinan dalam hal masalah kesehatan yang dihadapi diperlukan suatu proses (KIM) yang mantap. Dalam proses ini diharapkan terjadi perubahan perilaku seseorang, yang tahap-tahapnya adalah :

- pengenalan (*awarenes*)
- peminatan (*interest*)
- penilaian (*evaluation*)
- percobaan (*trial*)
- penerimaan (*adoption*)

2) Sikap mental

Sikap mental pada hakekatnya merupakan kondisi kejiwaan, perasaan dan keinginan (*mind, feeling and mood*) seseorang sehingga hal tersebut berpengaruh pada perilaku serta pada akhirnya perbuatan yang diwujudkannya.

Kondisi ini didapatkan dari proses tumbuh kembang individu sejak masa bayi/anak dan berkembang pula dari pendidikan serta pengalaman hidupnya dalam berinteraksi dengan lingkungan/masyarakatnya.

Dengan memahami sikap mental masyarakat (norma), maka para pemberi pelayanan sebagai “*Prime Mover*” akan dapat membentuk strategi perekayasaan manusia dan sosial.

3) Tingkat kebutuhan individu

Berkaitan dengan sistem kebutuhan yang terdapat dalam diri individu, MASLOW mengatakan bahwa pada diri manusia terdapat sejumlah kebutuhan dasar yang menggerakkannya untuk berperilaku. Kelima kebutuhan menurut MASLOW tersebut terikat dalam suatu hirarki tertentu berdasarkan kuat lemahnya MOTIVASI. Motivasi adalah penggerak batin yang mendorong seseorang dari dalam untuk menggunakan tenaga yang ada pada dirinya sebaik mungkin demi tercapainya sasaran.

Implikasi dari uraian diatas adalah bahwa sepanjang perilaku berperan serta yang dikehendaki dapat memenuhi kebutuhan pokok anggota masyarakat dan sejalan dengan norma dan nilai yang dianut, maka peran serta tersebut dapat berkembang. Sebaliknya, perilaku yang lain (baru ataupun berlawanan) tidak akan muncul dengan mudah apabila kebutuhan pokok anggota masyarakat tersebut tidak dipenuhi.

4) Tingkat keterikatan kelompok

Suatu masyarakat terdiri dari individu/keluarga yang hidup bersama, terorganisasi dalam suatu sistem sosial atau ikatan. Sesuai dengan kepentingan dan aspirasi anggotanya sistem sosial tersebut dapat berupa organisasi/ikatan: politik, ekonomi, sosbud, agama, profesi, pendidikan, hukum, dll. Organisasi/institusi bentukan dari sistem sosial tersebut bervariasi besarnya dan profil sosial ekonominya, serta tingkatannya, mulai dari paguyuban atau bahkan kelompok terisolir pada tingkat desa, kota dan nasional.

5) Tingkat kemampuan sumber daya

Perilaku individu juga dipengaruhi oleh tersedianya sumber daya terutama sarana untuk pemenuhan kebutuhan baik yang dimiliki olehnya maupun yang tersedia di masyarakat.

2.2 TAHAP-TAHAP, CIRI-CIRI, BENTUK-BENTUK, DAN PRINSIP-PRINSIP DALAM PENGEMBANGAN PSM

2.2.1 Tahap-Tahap Peran Serta Masyarakat

Secara umum, tahap-tahap dalam mengembangkan Peran Serta Masyarakat adalah:

1. Melaksanakan penggalangan, pemimpin dan organisasi di masyarakat melalui dialog untuk mendapatkan dukungan
2. Meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengenal dan memecahkan masalah keluarga maupun masyarakat dengan menggali dan menggerakkan sumber daya yang dimiliki oleh masyarakat, apabila diperlukan bantuan dari luar bentuknya hanya berupa perangsang atau pelengkap sehingga tidak semata-mata bertumpu pada bantuan tersebut.
3. Menumbuhkan dan mengembangkan peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Peran serta masyarakat di dalam pembangunan kesehatan dapat diukur dengan makin banyaknya jumlah anggota masyarakat yang mau memanfaatkan pelayanan kesehatan seperti memanfaatkan puskesmas, polindes, puskesmas pembantu, mau hadir ketika ada kegiatan penyuluhan kesehatan, mau menjadi peserta tabulin, JPKM, dan lain sebagainya.
4. Mengembangkan semangat gotong-royong dalam pembangunan kesehatan. Semangat gotong royong yang merupakan warisan budaya masyarakat Indonesia hendaknya dapat juga ditentukan dalam upaya pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Adanya semangat gotong-royong ini dapat diukur dengan melihat apakah masyarakat bersedia bekerjasama dalam peningkatan sanitasi lingkungan, penggalakan gerakan 3M dalam upaya pemberantasan penyakit demam berdarah dan sebagainya

5. Bekerja bersama masyarakat. Dalam setiap pembangunan kesehatan hendaknya pemerintah atau petugas kesehatan menggunakan prinsip bekerja untuk dan bersama masyarakat. Maka akan meningkatkan motivasi dan kemampuan masyarakat karena adanya bimbingan, dorongan, alih pengetahuan dan keterampilan dari tenaga kesehatan kepada masyarakat.
6. Menggalang kemitraan dengan LSM dan organisasi kemasyarakatan yang ada dimasyarakat. Prinsip lain dari penggerakan PSM dibidang kesehatan adalah pemerintah dan tenaga kesehatan hendaknya memanfaatkan dan bekerja sama dengan LSM serta organisasi kemasyarakatan yang ada di tempat tersebut. Dengan demikian, upaya pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat lebih berhasil guna (efektif) dan berdaya guna (efisien).
7. Penyerahan pengembalian keputusan kepada masyarakat. Semua bentuk upaya penggerakan PSM termasuk dibidang kesehatan apabila ingin berhasil dan berkesinambungan hendaknya bertumpu pada budaya dan adat setempat. Untuk itu, pengambilan keputusan khususnya yang menyangkut tata cara pelaksanaan kegiatan guna pemecahan masalah kesehatan yang ada di masyarakat hendaknya diserahkan kepada masyarakat. Pemerintah maupun tenaga kesehatan hanya bertindak sebagai fasilitator dan dinamisator sehingga masyarakat merasa lebih memiliki tanggung jawab untuk melaksanakannya.

Tahap-tahap dalam membuat program PSM

1. Pertemuan/pendekatan tingkat desa

Yaitu, kegiatan awal dari pembinaan peran serta masyarakat ditingkat desa bertujuan:

- a. Dikenalnya masalah kesehatan setempat secara umum
- b. Dikenalnya program-program kesehatan sebagai upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

- c. Diperoleh dukungan pamong dan pemuka masyarakat guna melaksanakan upaya kesehatan terpadu, disadari pentingnya survey diri untuk menelaah masalah kesehatan masyarakat setempat.
 - d. Tersusunnya kelompok kerja untuk survey diri dan ditemukannya jadwal survey
2. Survey mawas diri
- Merupakan pengenalan, pengumpulan, dan pengkajian masalah kesehatan oleh sekelompok masyarakat setempat. Tujuan: agar masyarakat mengenal, mengumpulkan, dan mengkaji masalah kesehatannya sendiri sehingga timbul niat dan kesadaran masyarakat untuk mengetahui masalah kesehatan sendiri. Pelaksanaan survey:
- membuat persiapan survey
 - mengumpulkan informasi
 - mengolah informasi
3. Musyawarah Masyarakat Desa (MMD)
- Pertemuan seluruh warga desa untuk membahas hasil survey diri yang merencanakan penanggulangan masalah kesehatan yang diperoleh dari hasil survey dengan bermusyawarah sehingga menjadi keputusan bersama.
- Tujuan :
- untuk mengenal masalah
 - memperoleh kesepakatan untuk penanggulangan masalah
 - menyusun rencana kerja
4. Pelatihan kader kesehatan desa
- Merupakan kegiatan dalam rangka mempersiapkan kader kesehatan agar mau dan mampu berperan serta dalam mengembangkan program kesehatan di desanya.
5. Pelaksanaan kegiatan di lapangan
- Pada pelaksanaan dilakukan advokasi kepada penentu kebijakan, toma-toga dan komponen masyarakat lainnya yang mempunyai pengaruh dalam keberhasilan kegiatan. Selanjutnya dilakukan KIE dan KIP konseling, melakukan

pemberdayaan institusi masyarakat dan akhirnya dilakukan program kegiatan.

5. Monitoring dan evaluasi

2.2.2 Ciri-Ciri Peran Serta Masyarakat

- a. Motivasi → hal ini harus timbul dari masyarakat itu sendiri dengan pendidikan kesehatan untuk berlangsungnya motivasi.
- b. Komunikasi informasi masyarakat → dengan melakukan interaksi secara terus menerus, berkesinambungan dengan masyarakat mengenai segala permasalahan kebersihan dan kesehatan masyarakat.
- c. Kooperasi → kerja sama dengan instansi diluar kesehatan dan instansi kesehatan sendiri mutlak diperlukan.
- d. Mobilisasi → hal ini dimulai seawal mungkin sampai akhir.

2.2.3 Prinsip Peran Serta Masyarakat

- a. Mendorong/mempercepat terjadinya perubahan.
- b. Mobilisasi diri sendiri
- c. Terlibat dalam suatu tujuan bersama dan saling mendorong
- d. Terlibat dalam memberikan dukungan
- e. Terlibat dalam memberikan informasi kepada setiap anggota.

2.2.4 Landasan Hukum dalam Penyelenggaraan Kesehatan yang dilakukan oleh PSM

UU No.2 Tahun 1992 Tentang kesehatan

Pasal 5 : Setiap orang berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga, dan lingkungannya.

Pasal 8 : Pemerintah bertugas menggerakkan peran serta masyarakat dalam menyelenggarakan dan pembiayaan kesehatan, dengan memperhatikan fungsi sosial sehingga pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang kurang mampu tetap terjamin.

Pasal 71 :

1. Masyarakat memiliki kesempatan untuk berperan serta dalam penyelenggaraan upaya kesehatan beserta sumber dayanya.
2. Pemerintah membina, mendorong, dan menggerakkan swadaya masyarakat yang bergerak di bidang kesehatan agar dapat lebih berdaya guna dan berhasil guna.
3. Ketentuan mengenai syarat dan tatacara peran serta masyarakat dibidang kesehatan ditetapkan dengan peraturan pemerintah.

Pasal 72 :

1. PSM untuk memberikan pertimbangan dalam ikut menentukan aturan pemerintahan pada penyelenggaraan kesehatan dapat dilakukan melalui badan pertimbangan kesehatan nasional yang berpatokan pada tokoh masyarakat.
2. Ketentuan mengenai pembentukan, tugas pokok, fungsi dan tata cara kerja badan pertimbangan kesehatan nasional ditetapkan dengan kepresidenan.

UU RI No. 25 tahun 2009 pasal 39 tentang peran serta masyarakat :

1. PSM dalam penyelenggaraan pelayanan publik dimulai sejak penyusunan standar pelayanan sampai dengan evaluasi dan pemberian penghargaan.
2. PSM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diwujudkan dalam bentuk kerjasama, pemenuhan hak & kewajiban masyarakat, serta peran aktif dalam penyusunan kebijakan pelayanan publik.
3. Masyarakat dapat membentuk lembaga pengawasan pelayanan publik.
4. Tata cara pengikutsertaan masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan publik diatur lebih lanjut dalam peraturan pemerintah.

2.3 KEMAMPUAN DAN KEKUATAN YANG DIMILIKI MASYARAKAT DALAM PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

2.3.1 Survey Mawas Diri

Survei Mawas Diri adalah kegiatan pengenalan, pengumpulan dan pengkajian masalah kesehatan yang dilakukan oleh kader dan tokoh masyarakat setempat dibawah bimbingan kepala Desa/Kelurahan dan petugas kesehatan (petugas Puskesmas, Bidan di Desa).

Tujuan SMD :

- a. Dilaksanakannya pengumpulan data, masalah kesehatan, lingkungan dan perilaku.
- b. Mengkaji dan menganalisis masalah kesehatan, lingkungan dan perilaku yang paling menonjol di masyarakat.
- c. Menginventarisasi sumber daya masyarakat yang dapat mendukung upaya mengatasi masalah kesehatan.
- d. Diperolehnya dukungan kepala desa/kelurahan dan pemuka masyarakat dalam pelaksanaan pergerakan dan pemberdayaan masyarakat di Desa Siaga.

Sasaran SMD adalah semua rumah yang ada di desa/kelurahan atau menetapkan sampel rumah dilokasi tertentu (\pm 450 rumah) yang dapat menggambarkan kondisi masalah kesehatan, lingkungan dan perilaku pada umumnya di desa/kelurahan.

Lokasi SMD dilaksanakan di desa/kelurahan terpilih.

Pelaksana SMD dilaksanakan oleh kader dan tokoh masyarakat atau sekelompok warga masyarakat yang telah ditunjuk pada pertemuan tingkat desa.

Waktu : dilaksanakan sesuai dengan hasil kesepakatan pertemuan tingkat desa/kelurahan.

Cara Pelaksanaan :

- a. Petugas Puskesmas, Bidan di desa dan kader/kelompok warga yang ditugaskan untuk melaksanakan SMD dengan kegiatan, meliputi :

- Pengenalan instrumen (daftar pertanyaan) yang akan dipergunakan dalam pengumpulan data dan informasi masalah kesehatan.
 - Penentuan sasaran baik jumlah KK ataupun lokasinya
 - Penentuan cara memperoleh informasi masalah kesehatan dengan cara wawancara yang menggunakan daftar pertanyaan.
- b. Pelaksana SMD Kader, tokoh masyarakat dan kelompok warga yang telah ditunjuk melaksanakan SMD dengan bimbingan petugas Puskesmas dan bidan di desa mengumpulkan informasi masalah kesehatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan.
- c. Pengolahan Data Kader, tokoh masyarakat dan kelompok warga yang telah ditunjuk mengolah data SMD dengan bimbingan petugas Puskesmas dan bidan di desa, sehingga dapat diperoleh perumusan masalah kesehatan untuk selanjutnya merumuskan prioritas masalah kesehatan, lingkungan dan perilaku di desa/kelurahan yang bersangkutan.

2.3.2 ANALISIS SWOT (Kekuatan, Kelemahan, Kesempatan, Ancaman)

Analisis SWOT adalah instrumen perencanaan strategis yang klasik. Dengan menggunakan kerangka kerja kekuatan dan kelemahan dan kesempatan eksternal dan ancaman, instrumen ini memberikan cara sederhana untuk memperkirakan cara terbaik untuk melaksanakan sebuah strategi. Instrumen ini menolong para perencana apa yang bisa dicapai, dan hal-hal apa saja yang perlu diperhatikan.

Tujuan analisis untuk memberikan gambaran hasil analisis keunggulan, kelemahan, peluang dan ancaman perusahaan secara menyeluruh yang digunakan sebagai dasar atau landasan penyusunan objektif dan strategi program dalam *corporate planning*.

Analisis SWOT merupakan salah satu metode untuk menggambarkan kondisi dan mengevaluasi suatu masalah, proyek atau konsep yang berdasarkan faktor internal (dalam) dan faktor eksternal (luar) yaitu *Strengths*, *Weakness*, *Opportunities* dan *Threats*.

Analisis SWOT ini adalah membandingkan antara faktor eksternal, berupa Peluang (*opportunities*) dan Ancaman (*threats*) dengan faktor internal, yang berupa Kekuatan (*strengths*) dan Kelemahan (*weaknesses*).

Metode ini paling sering digunakan dalam metode evaluasi bisnis untuk mencari strategi yang akan dilakukan. Analisis SWOT hanya menggambarkan situasi yang terjadi bukan sebagai pemecah masalah.

Analisis SWOT terdiri dari empat faktor, yaitu:

- *Strengths* (kekuatan)

Merupakan kondisi kekuatan yang terdapat dalam organisasi, proyek atau konsep program yang ada. Kekuatan yang dianalisis merupakan faktor yang terdapat dalam tubuh organisasi, proyek atau konsep program itu sendiri.

- *Weakness* (kelemahan)

Merupakan kondisi kelemahan yang terdapat dalam organisasi, proyek atau konsep program yang ada. Kelemahan yang dianalisis merupakan faktor yang terdapat dalam tubuh organisasi, proyek atau konsep program itu sendiri.

- *Opportunities* (peluang)

Merupakan kondisi peluang berkembang di masa datang yang terjadi. Kondisi yang terjadi merupakan peluang dari luar organisasi, proyek atau konsep program itu sendiri misalnya kompetitor, kebijakan pemerintah, kondisi lingkungan sekitar.

- *Threats* (ancaman)

Merupakan kondisi yang mengancam dari luar. Ancaman ini dapat mengganggu organisasi, proyek atau konsep program itu sendiri.

Setelah itu dibuat pemetaan analisis SWOT maka dibuatlah tabel matriks dan ditentukan sebagai tabel informasi SWOT. Kemudian dilakukan perbandingan antara faktor internal yang meliputi *Strength* dan *Weakness* dengan faktor luar *Opportunity* dan *Threat*. Setelah itu kita bisa melakukan strategi alternatif untuk dilaksanakan. Strategi yang dipilih merupakan strategi yang paling menguntungkan dengan resiko dan ancaman yang paling kecil.

Selain pemilihan alternatif analisis Swot juga bisa digunakan untuk melakukan perbaikan dan improvisasi. Dengan mengetahui kelebihan (*strength* dan *opportunity*) dan kelemahan kita (*weakness* dan *threat*), maka kita melakukan strategi untuk melakukan perbaikan diri. Mungkin salah satu strateginya dengan meningkatkan *strength* dan *opportunity* atau melakukan strategi yang lain yaitu mengurangi *weakness* dan *threat*.

Manusia yang berdaya adalah manusia yang mampu menjalankan harkat martabatnya sebagai manusia, merdeka dalam bertindak dengan didasari akal sehat serta hati nurani. Wujud dari keberdayaan sejati adalah kepedulian, kejujuran, bertindak adil, tidak mementingkan diri sendiri. Manusia-manusia berdaya tidak akan merusak dan merugikan orang lain, tetapi memberikan cinta kasih yang ada pada dirinya kepada orang lain dengan tulus sehingga hidupnya bermakna bagi dirinya dan memberikan manfaat untuk lingkungannya. Tercipta komunitas yang berdaya akan dapat menanggulangi masalah yang terdapat dalam masyarakat.

Sikap yang dimiliki individu sebagai kekuatan dan kemampuan dalam pemberdayaan masyarakat:

1. Partisipasi: kontribusi dari masyarakat atau terlibat secara aktif dalam pengambilan keputusan bersama dengan pemerintah mulai dari keterlibatan pada identifikasi masalah yang terjadi, lalu perencanaan, pelaksanaan dan mengevaluasi kegiatan yang telah dilaksanakan.
2. Kemandirian masyarakat: suatu kondisi yang dialami oleh masyarakat yang ditandai dengan kemampuan memikirkan, memutuskan serta melakukan sesuatu yang dipandang tepat

demi mencapai pemecahan masalah yang dihadapi dengan mempergunakan kemampuan yang dimiliki.

3. Mendahulukan kepentingan umum: tingkat kesiapan individu mengorbankan kepentingan mereka sendiri untuk kepentingan seluruh masyarakat (peduli, persaudaraan, dll)
4. Percaya diri: menjadi suatu kesepakatan dimana masyarakat dapat memperoleh harapan, sikap positif, keinginan, motivasi dan optimisme serta keinginan untuk memperjuangkan haknya.
5. Kepemimpinan : pemimpin memiliki kekuatan/pengaruh serta kemampuan untuk menggerakkan masyarakat dengan mendengarkan aspirasi masyarakat.
6. Kepercayaan : kepercayaan dari masing-masing anggota masyarakat terhadap sesamanya.
7. Keselarasan : rasa kepemilikan pada kelompok yang menyusun masyarakat, meskipun memiliki perbedaan dan bervariasi antara satu dengan yang lain tapi memiliki keinginan untuk bekerjasama dan memiliki tujuan yang sama.

2.4 BENTUK UPAYA KESEHATAN BERSUMBER MASYARAKAT YANG Mendukung KESEHATAN IBU DAN ANAK

2.4.1 Polindes

Definisi

Pondok bersalin Desa (POLINDES) adalah salah satu bentuk peran serta masyarakat dalam menyediakan tempat pertolongan persalinan dan pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk KB didesa (Depkes RI, 1999) polindes dirintis dan dikelola oleh pamong desa setempat.

Tujuan Polindes

Umum :

Memperluas jangkauan peningkatan mutu dan mendekatkan pelayanan KIA/KB oleh Bidan.

Khusus :

- Sebagai tempat pemeriksaan kehamilan
- Sebagai tempat pertolongan persalinan
- Sebagai tempat pelayanan kesehatan lain
- Sebagai tempat untuk konsultasi/pendidikan kesehatan

Fungsi Polindes:

- Ada tenaga bidan yang bekerja penuh sebagai pengelola polindes
 - Tersedianya sarana untuk melaksanakan tugas dan fungsi bidan
 - Bidan kit
 - IUD kit
 - Sarana imunisasi dasar dan imunisasi ibu hamil
 - Timbangan berat badan ibu dan pengukur tinggi badan
 - Infus set dan cairan dextrose 5%, NaCl 0,9%
 - Obat-obatan sederhana dan uterotonika
 - Buku-buku pedoman KIA, KB, dan pedoman kesehatan lainnya
 - Inkubator sederhana
 - Infus set
 - Memenuhi persyaratan rumah sehat, antara lain:
 - a. Penyediaan air bersih
 - b. Ventilasi cukup
 - c. Penerangan cukup
 - d. Tersedia sarana pembuangan air limbah
 - e. Lingkungan pekarangan bersih
 - f. Ukuran minimal 3x4 meter persegi
 - Lokasi dapat dicapai dengan mudah oleh penduduk sekitarnya dan mudah dijangkau oleh kendaraan roda empat.
 - Ada tempat untuk melakukan pertolongan persalinan dan perawatan post partum (minimal satu tempat tidur)
3. Kegiatan di Polindes

- Memeriksa kehamilan, termasuk memberikan imunisasi TT pada ibu hamil dan mendeteksi dini risiko tinggi kehamilan. Menolong persalinan normal dan persalinan dengan resiko sedang.
- Memberikan pelayanan kesehatan ibu nifas dan ibu menyusui.
- Memberikan pelayanan kesehatan neonatal, bayi, anak balita dan anak prasekolah serta imunisasi dasar pada bayi.
- Memberikan pelayanan KB. Mendeteksi dan memberikan pertolongan pertama pada kehamilan dan persalinan yang berisiko tinggi baik ibu maupun bayinya.
- Menampung rujukan dari dukun bayi dan dari kader.
- Merujuk kelainan ke fasilitas kesehatan yang lebih mampu.
- Melatih dan membina dukun bayi maupun kader.
- Memberikan penyuluhan kesehatan tentang gizi ibu hamil dan anak serta peningkatan penggunaan ASI dan KB.
- Mencatat serta melaporkan kegiatan yang dilaksanakan kepada puskesmas setempat.

3.3.1 Pos Obat Desa

1. Pengertian

- Pos Obat Desa adalah salah satu bentuk peran serta masyarakat berupa upaya pengobatan sederhana bersumber daya masyarakat.
- Pos obat desa merupakan wujud peran serta masyarakat dalam hal pengobatan sederhana. Kegiatan ini dapat dipandang sebagai perluasan kuratif sederhana.

2. Tujuan

Umum : Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk menolong sendiri dibidang kesehatan melalui penyediaan obat obatan dan pengobatan sendiri sebagai pertolongan pertama secara aman dan tepat.

Khusus :

- Meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang obat dan upaya pengobatan sederhana terhadap penyakit ringan di daerah setempat, terutama di daerah yang jauh dari pusat kesehatan
- Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan, melalui penyediaan obat dan pengobatan sendiri sebagai pertolongan pertama secara aman dan tepat.
- Tersedianya obat yang bermutu dengan harga terjangkau bagi masyarakat.

2.4.3 Dana upaya kesehatan masyarakat (DUKM)

1. Pengertian

Merupakan upaya dari, oleh, dan untuk masyarakat yang diselenggarakan berdasarkan azas gotong royong dan bertujuan untuk meningkatkan taraf kesehatan mereka melalui perhimpunan dana secara pra upaya guna menjamin terselenggaranya pemeliharaan kesehatan yang meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Pada dasarnya mencakup 3 hal pokok :

- Adanya kesepakatan untuk mengumpulkan dan dengan prinsip gotong royong.
- Adanya upaya pengembangan bukti pemeliharaan kesehatan
- Adanya sistem pengolahan dana

2. Tujuan

Umum : Meningkatkan derajat kesehatan melalui upaya pemeliharaan kesehatan perorang, keluarga dan masyarakat yang bersifat paripurna dan terjangkau, kesinambungan dan mutunya.

Khusus :

- Terselenggaranya pelayanan kesehatan yang paripurna, berhasil guna dan berdaya guna bagi individu, keluarga dan masyarakat.

- Tersedianya pembiayaan pra upaya yang dihimpun atas azas gotong royong.
 - Pengelolaan dana dan penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan dikelola oleh organisasi atau badan hukum yang ditunjuk oleh masyarakat.
3. Komponen Dana Sehat
- Ada peserta dana sehat.
 - Ada pelaksana pemeliharaan kesehatan.
 - Ada organisasi atau badan hukum yang menyekenggarakan program dana sehat.
 - Ada pembina dana sehat yang terdiri dari unsur petugas pemerintah tokoh masyarakat dan wakil anggota.
4. Kebijakan operasional
- Tumbuhkan dulu kesadaran bahwa kesehatan itu perlu biaya yang berkesinambungan.
 - Dimulai dari kelompok kecil.
 - Lahir dari aktifitas setempat.
 - Paket pelayanan yang disesuaikan.
 - Pengembangan yang bertahap.

A. Tabulin

Tabungan ini sifatnya insidensial, keberadaannya terutama pada saat mulainya kehamilan dan dapat berakhir pada saat seorang ibu sudah melahirkan. Tabungan ini akan sangat membantu terutama bagi ibu hamil dan keluarganya pada saat menghadapi persalinan terutama masalah kendala biaya sudah dapat teratasi.

Secara psikologis ibu akan merasa tenang menghadapi saat persalinan dan karena pengelolaan. Tabulin ini biasanya oleh tokoh masyarakat atau petugas kesehatan, maka akan menjamin akses ibu kepada petugas kesehatan. Perlindungan pembiayaan kesehatan sendiri seharusnya dimiliki setiap orang pada setiap fase kehidupannya.

Tujuan

- Menurunkan angka kematian ibu dan bayi di Indonesia
- Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat terutama ibu hamil
- Memotivasi masyarakat terutama ibu hamil, menyisihkan sebagian dananya untuk ditabung sebagai persiapan persalinan

Keberhasilan pemberdayaan perempuan di sektor kesehatan juga terlihat pada indikator persalinan yang ditolong medis. Intervensi yang dilakukan adalah menggiatkan penyuluhan ke tengah masyarakat, khususnya di pedesaan dan menyediakan lebih banyak lagi pusat “Pelayanan Kesehatan Masyarakat”, bersama tenaga medisnya. Pemberdayaan perempuan di sektor kesehatan telah berhasil meningkatkan usia harapan hidup perempuan.

B. Dasolin

Dasolin adalah untuk masyarakat yang pasangan usia subur, juga ibu yang mempunyai balita dianjurkan menabung yang kegunaan untuk membantu ibu tersebut saat hamil lagi. Sedangkan Tabulin hanya untuk ibu hamil saja. Tapi kalau misalkan Tabulinnya sedikit, bisa dibantu dengan Dasolin tersebut.

Dasolin merupakan suatu upaya pemeliharaan kesehatan diri, oleh, dan untuk masyarakat yang diselenggarakan berdasarkan azas usaha bersama dan kekeluargaan dengan pembiayaan secara pra upaya dan bertujuan untuk meningkatkan taraf kesehatan masyarakat terutama ibu hamil.

Ciri khas Dasolin adalah dana yang berasal dari masyarakat dalam bentuk uang atau modal dan benda yang dikelola oleh masyarakat untuk kepentingan dan kesehatan masyarakat terutama ibu hamil.

Tujuan Dasolin :

- Menurunkan angka kematian ibu dan bayi
- Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat terutama ibu hamil

- Memotivasi masyarakat, untuk menyisihkan sebagian dananya untuk ditabung, yang kegunaannya untuk membantu ibu tersebut saat hamil lagi.
- Terselenggaranya pemeliharaan kesehatan yang bermutu, berhasil guna dan berdaya guna.
- Tersedianya dana yang dihimpun secara pra upaya atau azas gotong royong
- Terwujudnya pengelolaan yang efisien dan efektif oleh lembaga organisasi masyarakat yang melindungi kepentingan peserta.

Dasolin tidak hanya semata membiayai pemeliharaan kesehatan, melainkan juga berusaha meningkatkan kemampuan hidup sehat anggota masyarakat terutama ibu hamil.

Dasolin merupakan salah satu bentuk peran serta dan kemandirian masyarakat dalam bidang kesehatan. Penyelenggaraan dipelihara melalui kelompok masyarakat yang terorganisasi seperti RT/RW, LKMD/PKK, Paguyuban, Pengajian, Koperasi dan lain-lain.

Ciri penyelenggaraan :

- Secara gotong royong
Penyelenggaraan Dasolin dilaksanakan usaha bersama, azas kekeluargaan diantara peserta.
- Secara musyawarah mufakat
Setiap putusan penyelenggaraan Dasolin didasarkan atas musyawarah anggotanya.
- Secara manajemen terbuka
Adalah upaya masyarakat secara gotong royong, maka manajemen dilakukan adalah secara terbuka.
- Dasolin dalam kegiatan ekonomi
Penyelenggaraan Dasolin akan lestari bila dikaitkan dengan upaya ekonomi misalnya keterkaitan usaha koperasi. Penyelenggaraan Dasolin dapat dilakukan untuk pemeliharaan kesehatan ibu dan anak. Pemeliharaan kesehatan melalui dana sehat dapat dilakukan kepada ibu hamil. Kontribusi dana

dapat berasal dari keluarga atau ibu rumah tangga. Peserta Dasolin adalah ibu dan keluarga. Sebagai pelaksana pelayanan adalah tenaga kesehatan terutama bidan, dokter dan perawat.

C. Dana Sehat

- Dana Sehat sudah lama dikembangkan di Indonesia jauh sebelum program JPKM dicanangkan. Sejak pendekatan PKMD (Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa) digunakan pada tahun 1974, Dana Sehat telah mulai marak, meskipun masih dalam bentuk yang sederhana.
- Bersamaan dengan keberhasilan pembangunan ekonomi Indonesia, “*demand*” masyarakat terhadap kesehatan masyarakat makin meningkat. Sejalan dengan itu terjadi perkembangan yang menarik, yakni meluasnya keinginan membentuk Dana Sehat dan membesarnya liputan wilayah Dana Sehat. Bila dulu Dana Sehat hanya terbatas pada desa, kini sudah mulai merambah ketinggian kecamatan bahkan kabupaten. Institusi penyelenggara Dana Sehat juga mulai beragam, ada pola PKMD, pola UKS, pola Koperasi, pola UKK, pola Pondok Pesantren, pola PKK, pola LSM, kelompok agama, pola perusahaan swasta, dan lain-lain.
- Jenis intervensi pada tiap kategori Dana Sehat
 - Dana Sehat pratama I, II, III, jenis intervensi yang bisa dilakukan adalah meningkatkan frekuensi dan intensitas KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) dari petugas pembina kepada para pengurus Dana Sehat.
 - Dana Sehat madya, jenis intervensinya adalah pelatihan manajemen operasional Dana Sehat. Pelatihan ini berkaitan dengan pengelolaan Dana Sehat secara keseluruhan, termasuk manajemen keuangannya.
 - Dana Sehat purnama, jenis intervensinya adalah pelatihan JPKM, sebagai persiapan Dana Sehat tersebut untuk bergabung atau meningkatkan statusnya menjadi JPKM.

D. Poskestren

1. Pengertian

Poskestren adalah pesantren yang memiliki kesiapan dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, secara mandiri sesuai dengan kemampuannya.

2. Tujuan

Tujuan Umum : Terwujudnya pesantren yang sehat, serta peduli dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayah pesantrennya.

Tujuan Khusus

- Meningkatnya pengetahuan dan kesadaran santri dan guru tentang pentingnya kesehatan.
- Meningkatnya santri dan guru yang melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat.
- Meningkatnya kesehatan lingkungan di pesantren.
- Meningkatnya kemampuan dan kemauan santri untuk menolong diri sendiri dibidang kesehatan.

3. Sasaran Pengembangan Poskestren

Untuk mempermudah strategi intervensi, sasaran pengembangan Poskestren dibedakan menjadi tiga jenis sasaran, yaitu :

- Semua individu santri, guru serta pengurus pesantren serta keluarganya yang tinggal di lingkungan pesantren, yang diharapkan mampu melaksanakan hidup sehat, serta peduli dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di lingkungan pesantren.
- Pihak-pihak yang mempunyai pengaruh terhadap perubahan perilaku individu dan keluarga atau dapat menciptakan iklim yang kondusif bagi perubahan perilaku tersebut, seperti pimpinan pesantren, pengurus yayasan serta petugas kesehatan.

- Pihak-pihak yang diharapkan memberikan dukungan kebijakan, peraturan, dana, tenaga, sarana dan lain-lain, camat, para pejabat terkait, swasta, para donatur dan pemangku kepentingan lainnya.

E. Posyandu

Posyandu adalah wadah pemeliharaan kesehatan yang dilakukan dari, oleh dan untuk masyarakat yang dibimbing petugas terkait (Departemen Kesehatan RI, 2006). Posyandu adalah pusat kegiatan masyarakat dalam upaya pelayanan kesehatan dan keluarga berencana.

Tujuan posyandu antara lain:

1. Menurunkan angka kematian bayi (AKB), angka kematian ibu (ibu hamil), melahirkan dan nifas.
2. Membudayakan NKKBS
3. Meningkatkan peran serta masyarakat untuk mengembangkan kegiatan kesehatan dan KB serta kegiatan lainnya yang menunjang untuk tercapainya masyarakat sehat sejahtera.
4. Berfungsi sebagai wahana gerakan reproduksi keluarga sejahtera, gerakan ketahanan keluarga dan gerakan ekonomi keluarga sejahtera.

Kegiatan Pokok Posyandu

- KIA
- KB
- Imunisasi
- Gizi
- Penanggulangan diare

Pelaksanaan Layanan Posyandu: Pada hari buka posyandu dilakukan pelayanan masyarakat dengan sistem 5 meja yaitu:

Meja I : Pendaftaran

Meja II : Penimbangan

Meja III : Pengisian KMS

Meja IV : Penyuluhan perorangan berdasarkan KMS

Meja V : Pelayanan kesehatan berupa:

1. Imunisasi
2. Pemberian vitamin A dosis tinggi.
3. Pembagian pil KB atau kondom.
4. Pengobatan ringan.
5. Konsultasi KB.

Petugas pada meja I dan IV dilaksanakan oleh kader PKK sedangkan meja V merupakan meja pelayanan medis.

Kegiatan Posyandu, antara lain:

1. Jenis Pelayanan Minimal Kepada Anak
 - Penimbangan untuk memantau pertumbuhan anak, perhatian harus diberikan khusus terhadap anak yang selama ini 3 kali tidak melakukan penimbangan, pertumbuhannya tidak cukup baik sesuai umurnya dan anak yang pertumbuhannya berada di bawah garis merah KMS.
 - Pemberian makanan pendamping ASI dan Vitamin A.
 - Pemberian PMT untuk anak yang tidak cukup pertumbuhannya (kurang dari 200 gram/bulan) dan anak yang berat badannya berada di bawah garis merah KMS.
 - Memantau atau melakukan pelayanan imunisasi dan tanda-tanda lumpuh layu.
 - Memantau kejadian ISPA dan diare, serta melakukan rujukan bila perlu.
2. Pelayanan tambahan yang diberikan
3. Pelayanan bumil dan menyusui.
4. Program Pengembangan Anak Usia Dini (PAUD) yang diintegrasikan dengan program Bina Keluarga Balita (BKB) dan kelompok bermain lainnya.
5. Program dana sehat atau JPKM dan sejenisnya, seperti tabulin, tabunus dan sebagainya.
6. Program penyuluhan dan penyakit endemis setempat.
7. Penyediaan air bersih dan penyehatan lingkungan pemukiman.
8. Usaha Kesehatan Gigi Masyarakat Desa (UKGMD).
9. Program diversifikasi pertanian tanaman pangan.

10. Program sarana air minum dan jamban keluarga (SAMIJAGA) dan perbaikan lingkungan pemukiman.
11. pemanfaatan pekarangan.
12. Kegiatan ekonomis produktif, seperti usaha simpan pinjam dan lain-lain.
13. Dan kegiatan lainnya seperti: TPA, pengajian, taman bermain.

2.5 PEMBINAAN DUKUN DAN PERAN KADER KESEHATAN DALAM PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS

2.5.1 Pembinaan dukun

1. Definisi

Dukun bayi adalah seorang anggota masyarakat yang pada umumnya adalah seorang wanita yang mendapat kepercayaan serta memiliki keterampilan menolong persalinan secara tradisional. Keterampilan tersebut diperoleh secara turun temurun, belajar secara praktis atau cara lain yang menjurus kearah peningkatan keterampilan serta melalui tenaga kesehatan. Dukun bayi juga merupakan seseorang yang dianggap terampil dan dipercaya oleh masyarakat untuk menolong persalinan dan perawatan ibu dan anak sesuai dengan kebutuhan masyarakat (Meilani, Niken dkk., 2009).

Pembinaan dukun adalah suatu pelatihan yang diberikan kepada dukun bayi oleh tenaga kesehatan yang menitikberatkan pada peningkatan pengetahuan dukun yang bersangkutan, terutama dalam hal higiene sanitasi, yaitu mengenai kebersihan alat-alat persalinan dan perawatan bayi baru lahir, serta pengetahuan tentang perawatan kehamilan, deteksi dini terhadap risiko tinggi pada ibu dan bayi, KB, gizi serta pencatatan kelahiran dan kematian (Rita Yulifah, Tri Johan Agus Y., 2009).

Pembagian dukun menurut Depkes RI, dibagi menjadi 2 yaitu:

- a. Dukun bayi terlatih adalah dukun bayi yang telah mendapatkan pelatihan oleh tenaga kesehatan yang dinyatakan lulus.

- b. Dukun bayi tidak terlatih adalah dukun bayi yang belum pernah terlatih oleh tenaga kesehatan atau dukun bayi yang sedang dilatih dan belum dinyatakan lulus.
2. Tujuan pembinaan dukun bayi

Untuk meningkatkan status dukun, maka dilakukan upaya pelatihan dan pembinaan dukun dengan tujuan:

 - a. Agar mereka memiliki pengetahuan dan ide baru yang dapat disampaikan dan diterima oleh anggota masyarakat.
 - b. Memperbesar peran dukun bayi dalam program KB dan pendidikan kesehatan di berbagai aspek kesehatan reproduksi dan kesehatan anak.
 - c. Untuk memperbaiki kegiatan-kegiatan yang sebenarnya sudah dilakukan oleh dukun, seperti memberikan saran tentang kehamilan, melakukan persalinan bersih dan aman, serta mengatasi masalah yang mungkin muncul pada saat persalinan, sehingga angka kematian ibu dan bayi dapat dikurangi atau dicegah sedini mungkin.
3. Manfaat pembinaan dukun bayi
 - a. Meningkatkan mutu keterampilan dukun bayi dalam memberikan pelayanan sesuai dengan tugas dan fungsinya.
 - b. Meningkatkan kerjasama antara dukun bayi dan bidan.
 - c. Meningkatkan cakupan persalinan dengan petugas kesehatan.
4. Upaya pembinaan dukun

Masyarakat masih menganggap dukun sebagai tokoh masyarakat yang patut dihormati, memiliki peranan penting bagi ibu-ibu di desa. Oleh karena itu, dibutuhkan upaya agar bidan dapat melakukan pembinaan dukun. Beberapa upaya yang dapat dilakukan bidan di antaranya adalah :

 - a. Melakukan pendekatan dengan para tokoh masyarakat setempat.
 - b. Melakukan pendekatan dengan para dukun.
 - c. Memberikan pengetahuan kepada para dukun tentang pentingnya persalinan yang bersih dan aman.

- d. Memberi pengetahuan kepada para dukun tentang komplikasi-komplikasi kehamilan dan bahaya proses persalinan.
- e. Membina kemitraan dengan dukun dengan memegang asas saling menguntungkan.
- f. Mengajukan dan mengajak dukun merujuk kasus-kasus risiko tinggi kehamilan kepada tenaga kesehatan.

2.5.2 Pembinaan kader

1. Definisi

Kader merupakan tenaga masyarakat yang dianggap paling dekat dengan masyarakat. Departemen kesehatan membuat kebijakan mengenai latihan untuk kader yang dimaksudkan untuk meningkatkan pengetahuan, menurunkan angka kematian ibu dan anak. Para kader kesehatan masyarakat itu seyogyanya memiliki latar belakang pendidikan yang cukup sehingga memungkinkan mereka untuk membaca, menulis dan menghitung secara sederhana.

2. Peran Fungsi Kader

Peran dan fungsi kader sebagai pelaku pergerakan masyarakat:

- a. Perilaku hidup bersih dan sehat
- b. Pengamatan terhadap masalah kesehatan di desa
- c. Upaya penyehatan di lingkungan
- d. Peningkatan kesehatan ibu, bayi dan balita
- e. Permasalahatan keluarga sadar gizi

3. Pembentukan kader

Mekanisme pembentukan kader membutuhkan kerjasama tim. Hal ini disebabkan karena kader yang akan dibentuk terlebih dahulu harus diberikan pelatihan kader. Pelatihan kader ini diberikan kepada para calon kader di desa yang telah ditetapkan. Sebelumnya telah dilaksanakan kegiatan persiapan tingkat desa berupa pertemuan desa, pengamatan dan adanya keputusan bersama untuk terlaksanakan acara tersebut. Calon kader

berdasarkan kemampuan dan kemauan berjumlah 4-5 orang untuk tiap posyandu.

Persiapan dari pelatihan kader ini adalah:

- a. Calon kader yang akan dilatih
- b. Waktu pelatihan sesuai kesepakatan bersama
- c. Tempat pelatihan yang bersih, terang, segar dan cukup luas
- d. Adanya perlengkapan yang memadai
- e. Pendanaan yang cukup
- f. Adanya tempat praktik (lahan praktik bagi kader)

Strategi menjaga eksistensi kader setelah kader posyandu terbentuk, maka perlu adanya strategi agar mereka dapat selalu eksis membantu masyarakat dibidang kesehatan.

- a. Refresing kader posyandu pada saat posyandu telah selesai dilaksanakan oleh bidan desa maupun petugas lintas sektor yang mengikuti kegiatan posyandu.
- b. Adanya perubahan kader posyandu tiap desa dan dilaksanakan pertemuan rutin tiap bulan secara bergilir disetiap posyandu.
- c. Revitalisasi kader posyandu baik tingkat desa maupun kecamatan. Dimana semua kader diundang dan diberikan penyegaran materi serta hiburan dan bisa juga diberikan rewards.
- d. Pemberian rewards rutin misalnya berupa kartu berobat gratis ke Puskesmas untuk kader dan keluarganya dan juga dalam bentuk materi yang lain yang diberikan setiap tahun

Pembinaan atau pelatihan tersebut dapat berlangsung selama 6-8 minggu atau bahkan lebih lama lagi. Salah satu tugas bidan dalam upaya menggerakkan peran serta masyarakat adalah melaksanakan pembinaan kader.

Adapun hal-hal yang perlu disampaikan dalam pembinaan kader adalah

- a. Pemberitahuan ibu hamil untuk bersalin di tenaga kesehatan (promosi bidan siaga).

- b. Pengenalan tanda bahaya kehamilan, persalinan dan nifas serta rujukannya.
- c. Penyuluhan gizi dan keluarga berencana.
- d. Pencatatan kelahiran dan kematian bayi atau ibu.
- e. Promosi tabulin, donor darah berjalan, ambulan desa, suami siaga, satgas gerakan sayang ibu.

Pembinaan kader yang dilakukan bidan didalamnya berisi tentang peran kader adalah dalam daur kehidupan wanita dari mulai kehamilan sampai dengan masa perawatan bayi. Adapun hal-hal yang perlu disampaikan dalam persiapan persalinan adalah sebagai berikut :

- 3.3.2 Sejak awal, ibu hamil dan suami menentukan persalinan ini ditolong oleh bidan atau dokter.
- 3.3.3 Suami atau keluarga perlu menabung untuk biaya persalinan.
- 3.3.4 Ibu dan suami menanyakan kepada bidan atau dokter kapan perkiraan tanggal persalinan.
- 3.3.5 Jika ibu bersalin di rumah, suami atau keluarga perlu menyiapkan tempat yang terang, tempat tidur dengan alas kain yang bersih, air bersih dan sabun untuk cuci tangan, handuk kain, pakaian kain yang bersih dan kering serta pakaian ganti ibu.

Latihan

Latihan diberikan kepada setiap mahasiswa sesuai materi pada Bab II secara terstruktur dan sistematis pada akhir pertemuan sehingga mahasiswa memiliki penguasaan yang baik terhadap Bab tentang pembangunan kesehatan dan penyelenggaraan kebidanan komunitas ini. Adapun soal yang digunakan untuk latihan adalah sebagai berikut :

- 1. Jelaskan yang dimaksud dengan peran serta masyarakat (PSM) termasuk ciri, prinsip serta tahapan peran serta masyarakat!
- 2. Sebutkan kemampuan yang harus ada pada masyarakat sebagai bentuk PSM!
- 3. Jelaskan beberapa contoh bentuk PSM!

4. Jelaskan tentang Kemitraan Dukun, Kader dan Bidan di Komunitas!

Ringkasan atau Poin-Poin Penting

Definisi Peran Serta Masyarakat

Ciri, Prinsip dan Tahapan Peran Serta Masyarakat

Kemampuan yang harus dimiliki Masyarakat sebagai Penyelenggara Kesehatan

Bentuk-bentuk Peran Serta Masyarakat

Kemitraan Dukun, Kader dan Bidan

PENUTUP

Evaluasi, Pertanyaan Diskusi, Soal Latihan, Praktek atau Kasus

Evaluasi

NO	KOMPONEN NILAI BLOK	BOBOT
1	Penilaian Tutorial	20%
2	Tugas Penilaian proses pada saat pembuatan manajemen asuhan kebidanan komunitas: Dimensi <i>intrapersonal skill</i> yang sesuai: <ul style="list-style-type: none">▪ Berpikir kreatif▪ Berpikir kritis▪ Berpikir analitis▪ Berpikir inovatif▪ Mampu mengatur waktu▪ Berargumen logis▪ Mandiri▪ Memahami keterbatasan diri.▪ Mengumpulkan tugas tepat waktu▪ Kesesuaian topik dengan pembahasan Dimensi <i>interpersonal skill</i> yang sesuai: <ul style="list-style-type: none">▪ Tanggung jawab▪ Kemitraan dengan perempuan▪ Menghargai otonomi perempuan▪ Advokasi perempuan untuk pemberdayaan diri	20%

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Memiliki sensitivitas budaya. Values : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bertanggungjawab ▪ Motivasi ▪ Dapat mengatasi stress. 	
3	Ujian Tulis (MCQ)	60%

Ketentuan :

1. Mahasiswa yang akan mengikuti ujian tulis/praktikum harus mengikuti persyaratan berikut :
 - a. Minimal kehadiran dalam kegiatan diskusi tutorial 80%
 - b. Minimal kehadiran dalam kegiatan diskusi pleno 80%
 - c. Minimal kehadiran dalam kegiatan keterampilan klinik 80%
 - d. Minimal kehadiran dalam kegiatan praktikum 80%
 - e. Minimal kehadiran dalam kegiatan DKK 80%
 - f. Minimal kehadiran dalam kegiatan Kuliah Pengantar 80%
2. Apabila tidak lulus dalam ujian tulis, mahasiswa mendapat kesempatan untuk ujian remedial satu kali pada akhir tahun akademik yang bersangkutan. Jika masih gagal, mahasiswa yang bersangkutan harus mengulang Blok.
3. Ketentuan penilaian berdasarkan peraturan akademik program sarjana Universitas Andalas tahun 2011.

Nilai Angka	Nilai Mutu	Angka Mutu	Sebutan Mutu
≥ 85 -100	A	4.00	Sangat cemerlang
≥ 80 < 85	A-	3.50	Cemerlang
≥ 75 < 80	B+	3.25	Sangat baik
≥ 70 < 75	B	3.00	Baik
≥ 65 < 70	B-	2.75	Hampir baik
≥ 60 < 65	C+	2.25	Lebih dari cukup
≥ 55 < 60	C	2.00	Cukup
≥ 50 < 55	C-	1.75	Hampir cukup
≥ 40 < 50	D	1.00	Kurang
<40	E	0.00	Gagal

Pertanyaan Diskusi

Kegiatan diskusi dilakukan dengan membentuk 5 kelompok. Masing-masing kelompok memiliki satu (1) tema yang terdapat dalam bab ini. Setiap kelompok membuat pembahasan terhadap topik yang telah dipilih, menyampaikan/mempresentasikan dan mendiskusikan yang telah dibuat dengan anggota kelompok yang lain kepada dosen penanggung jawab. Mahasiswa menyerahkan hasil diskusi yang telah dibuat kepada dosen penanggung jawab masing-masing.

Soal Latihan

1. Perbedaan antara analisis situasi dengan analisis sosial adalah :
 - a. Analisis situasi tidak menggunakan ukuran kuantitatif, tetapi menggunakan relasi fakta
 - b. Analisis sosial tidak menggunakan ukuran kuantitatif, tetapi menggunakan relasi fakta
 - c. Analisis situasi merupakan analisis yang menggali hubungan-hubungan historis dan strukturalnya
 - d. Analisis sosial merupakan analisis untuk melaksanakan kuratif
 - e. Analisis situasi merupakan analisis untuk menindak lanjuti proses kuratif dan rehabilitatif
2. Berikut adalah proses identifikasi dan fokus masalah dalam analisis sosial, yaitu :
 - a. Kesenjangan – *responsibility*
 - b. Kesenjangan – *concern*
 - c. Kesenjangan – *concern – responsibility*
 - d. Kesenjangan – *concern – capability*
 - e. Kesenjangan – *responsibility – capability*
3. Hasil tidak langsung yang ingin dicapai mengenai perubahan sikap dan tingkah laku masyarakat merupakan pengertian dari :
 - a. Proses

- b. Output
 - c. Efek
 - d. Dampak
 - e. Input
4. Berikut ini yang sesuai dengan proses analisis situasi dan sosial adalah :
- a. Identifikasi masalah – penentuan tujuan – menjaga mutu – monitoring dan evaluasi
 - b. Identifikasi masalah – penentuan tujuan – menjaga mutu – penetapan kegiatan -monitoring dan evaluasi
 - c. Identifikasi masalah – penentuan tujuan – penetapan kegiatan - menjaga mutu – monitoring dan evaluasi
 - d. Identifikasi masalah – penentuan tujuan – penetapan kegiatan - monitoring dan evaluasi -menjaga mutu
 - e. Identifikasi masalah – menjaga mutu - penentuan tujuan – penetapan kegiatan – monitoring dan evaluasi

Untuk Soal nomor 5-8

Desa Karang Melintang baru saja terjadi banjir bandang. Dilaporkan bahwa 20 orang meninggal dan sekitar 170 KK menempati tenda penampungan. Hari ke-2 di pemukiman, 30 anak mengalami diare dan 20 ibu hamil menyatakan kepala pusing dan mata berkunang-kunang serta beberapa diantaranya menderita penyakit kulit.

5. Berdasarkan skenario di atas, penetapan masalah kebidanan komunitas adalah :
- a. Banjir bandang di desa Karang Anyar
 - b. Hubungan banjir bandang dengan penyakit diare, anemia dan penyakit kulit
 - c. Masyarakat yang membuang sampah di sungai
 - d. Derasnya hujan meningkatkan volume air hingga menyebabkan banjir bandang
 - e. Tidak adanya drainase yang bagus di pemukiman warga
6. Kegiatan yang dapat dilakukan Bidan komunitas di tenda penampungan masyarakat adalah :

- a. Gotong royong membersihkan got dan saluran air
 - b. Mengobati masyarakat yang menderita penyakit kulit
 - c. Penyuluhan tentang penyakit diare dan penyakit kulit
 - d. Penyuluhan tentang pencegahan diare, anemia, penyakit kulit
 - e. Menasehati masyarakat yang sakit kulit untuk tidak menggunakan pakaian yang lembab
7. Monitoring dan evaluasi yang dapat dilakukan terhadap kasus di atas adalah :
- a. Memantau berapa orang yang meninggal dari beberapa masyarakat yang telah sakit
 - b. Memberikan makanan yang seimbang terhadap masyarakat di tenda penampungan
 - c. Menganjurkan untuk selalu menjaga kebersihan diri dan lingkungan di tenda penampungan
 - d. Menganjurkan ibu hamil tidak kembali ke tenda penampungan, hanya di Puskesmas
 - e. Semua jawaban benar
8. Dampak yang bisa terjadi dari ibu hamil yang menderita anemia dan penyakit kulit adalah :
- a. Infeksi intrauterine
 - b. Kelahiran premature dan IUFD
 - c. Perdarahan dan BBLR
 - d. Perdarahan dan infeksi tali pusat
 - e. Kelainan kongenital pada BBL

Nagari 5 Kaum merupakan nagari yang memiliki cakupan K₁ dan K₄ dibawah target yaitu K₁ sebesar 70% dan K₄ sebesar 65%. Pertolongan persalinan dengan tenaga kesehatan masih 60% dan angka kematian ibu pada tahun lalu 3%.

9. Faktor penyebab dari manajemen sumber daya manusia adalah:
- a. Jumlah Bidan yang masih sedikit

- b. Bidan jarang berada di tempat
 - c. Kurang aktifnya Bidan dalam melakukan promosi dan preventif terhadap ibu hamil
 - d. Penyuluhan selalu dilakukan 2x dalam seminggu
 - e. Aktifnya kerjasama bidan dan kader
10. Hal yang dapat dilakukan untuk kasus diatas oleh Bidan Komunitas, kecuali :
- a. Meningkatkan promotif dan preventif tentang asuhan kebidanan pada ibu hamil
 - b. Melakukan kunjungan rumah
 - c. Meningkatkan peran kader untuk deteksi dini komplikasi ibu hamil
 - d. Melakukan rujukan dengan segera jika ada komplikasi ibu hamil
 - e. Melakukan pertolongan persalinan sunsang

Praktik atau Kasus

Bermain Peran/Role Play : Anda sebagai bidan di Desa Suka Makmur bertugas untuk melakukan survey terhadap pelaksanaan kegiatan Posyandu di Desa tersebut yang mengalami penurunan dalam kunjungan ibu hamil.

Umpan balik dan tindak lanjut

Dosen memberikan penilaian dari hasil praktik dan diskusi serta menindaklanjuti dengan memberikan masukan kepada mahasiswa terkait capaian pembelajaran yang harus ia kuasai dalam bab ini.

Istilah atau Kata Penting

1. Kemitraan : upaya menjalin kerjasama
2. Polindes : pos bersalin desa

3. SWOT : suatu cara analisis situasi ataupun kondisi dan singkatan dari *Strong*, *Weakness*, *Opportunity*, dan *Threat*
4. Posyandu : suatu wadah pemeliharaan kesehatan yang dilakukan dari, oleh dan untuk masyarakat yang dibimbing petugas terkait.
5. Dasolin : dana sosial ibu bersalin, yang dibentuk oleh masyarakat guna membantu ibu-ibu bersalin yang kurang mampu.

DAFTAR PUSTAKA

- Syafrudin dkk. 2009. *Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC.
- Green, E.C. 1986. *Practicing Development Anthropology*. Boulder and London: Westview
- Leonard Seregar. 2002. *Antropologi dan Konsep Kebudayaan..* Jayapura : Universitas Cendrawasih Press
- Masinambow, E.K.M (Ed) 1997 *Koentjaraningrat dan Antropologi di Indonesia*, Jakarta: Asosiasi Antropologi Indonesia dan Yayasan Obor Indonesia.
- Rhoades, R.E. 1986. *Breaking New Ground: Agricultural Anthropology*. Dalam: Green Ed.
- Suparlan, Pasurdi. 1995. *Antropologi dalam Pembangunan*. Jakarta: UI Press
- Linda V Walsh. 2001. *Midwivery Community Based Care*. Philadelphia: WB Saunders Company
- Pudiastuti. 2011. *Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta : Nuamedika

BAB III

PEMBANGUNAN KESEHATAN DAN PENYELENGGARAAN KEBIDANAN DI KOMUNITAS

A. PENDAHULUAN

Deskripsi Bab

Bab ini memberikan bekal kepada mahasiswa untuk dapat menguasai materi tentang pembangunan kesehatan dan penyelenggaraan kebidanan di komunitas. Dengan menguasai Bab ini mahasiswa mampu melakukan analisis tentang pembangunan kesehatan dan penyelenggaraan kebidanan di komunitas.

Tujuan Atau Sasaran Pembelajaran

Pada akhir pembelajaran, mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan visi dan misi pembangunan kesehatan di Indonesia
2. Menjelaskan masalah-masalah KIA di Indonesia dan di beberapa negara
3. Menjelaskan indikator kesehatan terkait KIA
4. Menjelaskan peran bidan dalam pelayanan kesehatan holistik

5. Menjelaskan upaya-upaya dalam pelayanan kebidanan komunitas
6. Menjelaskan strategi-strategi pelayanan kebidanan komunitas.

Kaitan Peran Serta Masyarakat dengan Pengetahuan Awal Mahasiswa

Mahasiswa yang akan membahas tentang kebidanan komunitas harus telah lulus dari blok 1 A (Pengantar Pendidikan Kebidanan), 1.B (Biomedik 1), 1.C (Biomedik 2), 2.A (Konsep Kebidanan), 2.B (Dasar Patologi dan Farmakologi), 2.C (Kesehatan Remaja dan Pra Konsepsi), 3.A (Asuhan kebidanan Pada Ibu Hamil), Blok 3.B (Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin), 3.C (Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas), 4.A (Asuhan Kebidanan Pada Neonatus, Bayi dan Balita), 4.B (Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Risiko Tinggi), 4.C (Asuhan Kebidanan Pada Persalinan dan Nifas Risiko Tinggi), 5.A (Asuhan Kebidanan dengan infeksi dan neoplasma sistem reproduksi dan payudara).

Kompetensi Khusus

Kompetensi khusus yang diharapkan dapat dicapai oleh mahasiswa adalah memahami tentang masalah-masalah KIA yang ada di Indonesia sehingga adanya strategi dan upaya untuk mengatasi permasalahan sebagai penyelenggara kebidanan di komunitas.

B. PENYAJIAN

Uraian Materi

3.1 VISI DAN MISI PEMBANGUNAN KESEHATAN INDONESIA

Visi : Gambaran masyarakat di Indonesia dimasa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan adalah masyarakat,

bangsa dan negara yang ditandai oleh penduduknya hidup dalam lingkungan dan dengan perilaku hidup sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat yang setinggi-tingginya diseluruh Republik Indonesia.

Gambaran masyarakat di Indonesia dimasa depan atau visi yang akan dicapai melalui pembangunan kesehatan tersebut dirumuskan sebagai Indonesia sehat 2015. Dengan adanya rumusan visi tersebut, maka lingkungan yang diharapkan pada masa depan adalah lingkungan yang kondusif bagi terwujudnya keadaan sehat yaitu lingkungan yang bebas dari polusi, tersedianya air bersih, sanitasi lingkungan yang memadai, perumahan dan permukiman yang sehat, perencanaan kawasan yang berwawasan kesehatan, serta terwujudnya kehidupan masyarakat yang saling tolong menolong dengan memelihara nilai-nilai budaya bangsa.

Perilaku masyarakat Indonesia sehat 2015 adalah perilaku proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah terjadinya resiko penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit serta berpartisipasi aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat. Selanjutnya masyarakat mempunyai kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu. Pelayanan yang tersedia adalah pelayanan yang berhasil guna dan berdaya guna tersebar secara merata di Indonesia. Sedangkan dalam rencana strategis Kemenkes 2015-2019 tidak ada visi misi khusus, namun hanya mengikuti visi misi Presiden RI, yaitu “terwujudnya Indonesia yang berdaulat, mandiri, dan berkepribadian berlandaskan gotong royong”. Juga ada 9 agenda prioritas, yang dikenal dengan Nawacita yang ingin diwujudkan pada kabinet kerja.

Misi : Untuk dapat mewujudkan visi Indonesia sehat 2015. Ditetapkan 5 misi pembangunan kesehatan, sebagai berikut :

1. Menggerakkan pembangunan nasional berwawasan kesehatan. Keberhasilan pembangunan kesehatan tidak semata mata ditentukan oleh hasil kerja keras sektor kesehatan, tetapi sangat dipengaruhi oleh hasil kerja keras serta kontribusi

positif sebagai sektor pembangunan lainnya. Untuk optimalisasi hasil kontribusi positif tersebut, harus dapat diupayakan masuknya wawasan kesehatan sebagai asas pokok program pembangunan. Dengan kata lain untuk dapat terwujudnya Indonesia Sehat 2015, para penanggung jawab program pembangunan harus memasukkan pertimbangan kesehatan dalam semua kebijakan pembangunan.

2. Mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat.

Kesehatan adalah tanggung jawab bersama dari setiap individu, masyarakat, pemerintah dan swasta. Apapun peran yang dimainkan pemerintah, tanpa kesadaran individu dan masyarakat untuk secara mandiri menjaga kesehatan mereka, hanya sedikit yang dapat dicapai. Prilaku yang sehat dan kemampuan masyarakat untuk memilih dan mendapat layanan kesehatan yang bermutu sangat menentukan keberhasilan pembangunan kesehatan.

3. Memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau.

Mengandung makna bahwa salah satu tanggung jawab sektor kesehatan adalah menjamin tersedianya pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau oleh masyarakat. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan tidak semata-mata berada ditangan pemerintah, melainkan mengikut sertakan sebesar-besarnya peran aktif segenap anggota masyarakat dan sebagai potensi swasta.

4. Memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat serta lingkungannya.

Mengandung makna bahwa tugas utama sektor kesehatan adalah memelihara dan meningkatkan kesehatan segenap warga negaranya, yakni setiap individu, keluarga dan masyarakat Indonesia, tanpa meninggalkan upaya menyembuhkan penyakit atau memulihkan kesehatan penderita. Untuk terselenggaranya tugas ini penyelenggaraan upaya kesehatan yang harus diutamakan adalah yang bersifat

promotif dan preventif yang didukung oleh upaya kuratif dan rehabilitatif. Agar dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat diperlukan lingkungan yang sehat.

5. Meningkatkan dan mendayagunakan sumber daya kesehatan, yang meliputi SDM kesehatan, pembiayaan kesehatan, sediaan farmasi dan alat kesehatan

3.2 MASALAH KESEHATAN IBU DAN ANAK

Masalah Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia. Hal ini dikarenakan masih tingginya angka kematian ibu dan angka kematian bayi yang ada di Indonesia. Berdasarkan kesepakatan global (*Sustainable Development Goals/SDG's 2015*) untuk tahun 2030, diharapkan angka kematian ibu menurun dari 102 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 70 per 100.000 kelahiran hidup dan angka kematian bayi menurun dari 34 pada tahun 2007 menjadi 12 per 1000 kelahiran hidup.

3.2.1 Kesehatan Ibu dan Anak

Angka Kematian Ibu sudah mengalami penurunan, namun masih jauh dari target MDGs tahun 2015 (target SDGs tahun 2030 menjadi 70 per 100.000 kelahiran hidup), meskipun jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan mengalami peningkatan. Kondisi ini disebabkan oleh antara lain kualitas pelayanan kesehatan ibu yang belum memadai, kondisi ibu hamil yang tidak sehat dan faktor determinan lainnya. Penyebab utama kematian ibu yaitu hipertensi dalam kehamilan dan perdarahan post partum.

3.2.2 Kematian Bayi dan Balita

Dalam 5 tahun terakhir, Angka Kematian Neonatal (AKN) tetap sama yakni 19/1000 kelahiran, sementara untuk Angka Kematian Pasca Neonatal (AKPN) terjadi penurunan dari 15/1000 menjadi 13/1000 kelahiran hidup, angka kematian anak balita juga turun dari 44/1000 menjadi 40/1000 kelahiran hidup.

3.2.3 Usia Sekolah dan Remaja

Penyebab kematian terbesar pada usia ini adalah kecelakaan transportasi, disamping penyakit demam berdarah dan tuberkulosis. Masalah kesehatan lain adalah penggunaan tembakau dan pernikahan pada usia dini (10-15 tahun) dimana pada laki-laki sebesar 0,1% dan pada perempuan sebesar 0,2%.

Berikut ini adalah daftar beberapa masalah kesehatan anak Indonesia:

1. Gizi Buruk : Pemahaman orang tua akan pentingnya pemenuhan gizi bagi anak masih belum maksimal terutama pada orang tua di daerah. Minimnya pendidikan serta tingginya kepercayaan masyarakat terhadap mitos membuat masalah gizi buruk ini menjadi agak susah untuk ditangani. Dan salah satunya, faktor kemiskinan memegang peranan penting pada masalah kesehatan anak Indonesia ini.
2. ASI : Apapun alasannya, ASI tetap yang terbaik bagi bayi dan anak. Namun sayangnya, tidak banyak orang tua yang sadar dan mengetahui bahwa ASI bisa membantu anak untuk memiliki sistem kekebalan tubuh yang prima sehingga banyak orang tua yang cenderung memilih untuk memberikan susu formula bila dibanding dengan memberikan ASI bagi anak mereka. Tenaga kesehatan memegang peranan penting untuk bisa mensosialisasikan tentang pentingnya ASI bagi anak Indonesia.
3. Imunisasi : Walaupun masih terjadi pro dan kontra di masyarakat tentang arti pentingnya imunisasi, namun imunisasi merupakan salah satu upaya orang tua untuk mengantisipasi anak mereka supaya tidak terpapar beberapa jenis penyakit.
4. Kekurangan Zat Besi : Bisa dibilang hampir sebagian besar anak Indonesia kekurangan zat besi karena sebenarnya sejak usia 4 bulan bayi harus diberi tambahan zat besi. Namun tidak semua orang tua menyadari dan mengetahui masalah ini. Kekurangan zat besi atau yang terkadang disebut dengan defisiensi zat besi

akan berdampak bagi pertumbuhan anak di kemudian hari. Oleh karena itu, ini merupakan hal penting yang harus menjadi perhatian orang tua.

5. Kekurangan Vitamin A : Mata adalah salah satu indera yang berperan penting bagi masa depan anak. Kekurangan vitamin A bisa menyebabkan berbagai masalah penyakit mata yang tentu saja bila tidak ditangani dengan baik bisa menyebabkan kebutaan. Oleh karena itu, sebaiknya sejak hamil ibu sudah harus mulai memperhatikan asupan vitamin A sesuai dengan kebutuhan
6. Kekurangan Yodium : Ini merupakan masalah klasik bagi kesehatan anak Indonesia. Banyak ditemukan anak Indonesia yang kekurangan yodium sehingga menderita penyakit pembengkakan kelenjar gondok. Seorang ibu yang pada saat hamil menderita penyakit pembengkakan kelenjar gondok secara otomatis akan melahirkan bayi yang kekurangan yodium.

Masalah Kesehatan Ibu Dan Anak Diluar Negeri

Mulai tahun 2010 PBB telah meluncurkan Strategi Global untuk Kesehatan Perempuan dan Anak-anak yang bertujuan untuk memperbanyak bidan terlatih, akses terhadap kontrasepsi dan perawatan melahirkan terampil, pencegahan penyakit menular dan pendidikan masyarakat yang lebih kuat.

Faktor perbaikan gizi masyarakat terutama pada ibu hamil sepertinya luput dari perhatian. Padahal, terpenuhinya kebutuhan nutrisi ibu hamil merupakan faktor paling penting agar ibu dan bayi selamat dalam persalinan. Ibu hamil dari kalangan keluarga miskin beresiko lebih besar gagal dalam persalinan karena cakupan nutrisi yang minim dan sempitnya akses terhadap fasilitas-fasilitas kesehatan (Indonesia)

- Secara global pun, langkah-langkah yang ditempuh PBB dan lembaga-lembaga internasional belum berhasil menekan tingginya AKI dan AKB. Setiap dua menit disuatu tempat di

dunia, seorang perempuan meninggal akibat komplikasi kehamilan dan kemungkinan bayinya yang baru lahir untuk bertahan hidup sangat kecil. Pada setiap wanita yang meninggal, 20-30% menderita masalah yang signifikan dan kadang-kadang seumur hidup karena kehamilan mereka.

- Untuk mencapai target SDGs terkait dengan mengurangi tiga per empat angka kematian ibu dan anak hingga tahun 2030, WHO merancang sejumlah langkah konkret diantaranya adalah memperluas cakupan imunisasi, memenuhi kebutuhan gizi anak-anak dunia untuk mengurangi angka malnutrisi, memperbanyak tenaga kesehatan terampil, memperbaiki sarana dan prasarana sanitasi lingkungan serta menyediakan suplai air minum bersih dan sehat.

3.3 INDIKATOR PEMANTAUAN PROGRAM KIA

Indikator pemantauan program KIA yang dipakai untuk PWS KIA meliputi indikator yang dapat menggambarkan keadaan kegiatan pokok dalam program KIA.

3.3.1 Maternal Mortality Rate/AKI

Merupakan jumlah angka kematian ibu sebagai akibat komplikasi kehamilan, persalinan sampai 42 hari setelah berakhirnya kehamilan yang dicatat selama satu tahun per 100.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama

Rumus yang digunakan:

$$\frac{\text{Jumlah kematian ibu hamil, persalinan dan masa nifas yang dicatat selama 1 tahun}}{\text{Jumlah kelahiran hidup pada tahun yang sama}} \times 100$$

Rate ini tidak tergantung dari lamanya kehamilan dan tidak termasuk kematian akibat kecelakaan atau penyakit lain yang tidak ada hubungannya dengan proses kehamilan dan persalinan .

3.3.2 Infant Mortality Rate/AKB

Merupakan jumlah kematian penduduk berumur 0-1 tahun yang dicatat selama 1 tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama

Rumus:

$$\frac{\text{Jml kematian umur 0-1 th yang dicatat selama 1 tahun}}{\text{Jml kelahiran hidup pada tahun yg sama}} \times 100$$

3.3.3 Akses pelayanan antenatal (cakupan K1)

Adalah cakupan ibu hamil yang pertama kali mendapat pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Indikator akses ini digunakan untuk mengetahui jangkauan pelayanan antenatal serta kemampuan program dalam menggerakkan masyarakat.

Rumus yang dipakai untuk perhitungannya adalah :

$$\frac{\text{Jumlah ibu hamil yang pertama kali mendapat pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil disuatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100$$

Jumlah sasaran ibu hamil dalam 1 tahun dapat diperoleh melalui **Proyeksi**, dihitung berdasarkan perkiraan jumlah ibu hamil dengan menggunakan rumus :

$$1,10 \times \text{angka kelahiran kasar (CBR)} \times \text{jumlah penduduk}$$

Angka kelahiran kasar (CBR) yang digunakan adalah angka terakhir CBR kabupaten/kota yang diperoleh dari kantor perwakilan Badan Pusat Statistik (BPS) di kabupaten/kota. Bila angka CBR kabupaten/kota tidak ada maka dapat digunakan angka terakhir CBR propinsi. CBR propinsi dapat diperoleh juga dari buku Data Penduduk Sasaran Program Pembangunan Kesehatan

Angka Kelahiran Kasar adalah jumlah semua kelahiran hidup yang dicatat selama 1 tahun per 1000 penduduk pertengahan tahun yang sama

$$\text{CBR} = \frac{\text{Jmlh kelahiran hidup selama 1 thn}}{\text{Jmlh penduduk pertengahan tahun yg sama}} \times 100$$

Contoh : untuk menghitung perkiraan jumlah ibu hamil di desa/kelurahan X di kabupaten Y yang mempunyai penduduk sebanyak 2.000 jiwa dan angka CBR terakhir kabupaten Y 27,0/1.000 penduduk, maka :

$$\text{Jumlah ibu hamil} = 1,10 \times 0,027 \times 2.000 = 59,4$$

Jadi sasaran ibu hamil di desa/kelurahan X adalah 59 orang.

3.3.4 Cakupan pelayanan ibu hamil (cakupan K₄)

Adalah cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar, paling sedikit empat kali dengan distribusi waktu 1 kali pada trimester ke-1, 1 kali pada trimester ke-2 dan 2 kali pada trimester ke-3 disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Dengan indikator ini dapat diketahui cakupan pelayanan antenatal secara lengkap (memenuhi standar pelayanan dan menepati waktu yang ditetapkan), yang menggambarkan tingkat perlindungan ibu hamil di suatu wilayah, di samping menggambarkan kemampuan manajemen ataupun kelangsungan program KIA.

Rumus yang dipergunakan adalah :

Jumlah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal minimal 4 kali sesuai standar oleh tenaga kesehatan disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu

Jumlah sasaran ibu hamil disuatu wilayah dalam 1 tahun

X 100

3.3.5 Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan (P_n)

Adalah cakupan ibu bersalin yang mendapat pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan, di suatu wilayah kerja dalam kurun waktu tertentu.

Dengan indikator ini dapat diperkirakan proporsi persalinan yang ditangani oleh tenaga kesehatan dan ini menggambarkan

kemampuan manajemen program KIA dalam pertolongan persalinan sesuai standar.

Rumus yang digunakan sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan kompeten disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah sasaran ibu bersalin disuatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100$$

Jumlah sasaran ibu bersalin dalam 1 tahun dihitung dengan menggunakan rumus :

$$1,05 \times \text{angka kelahiran kasar (CBR)} \times \text{jumlah penduduk}$$

Contoh : untuk menghitung perkiraan jumlah ibu bersalin di desa/kelurahan X di kabupaten Y yang mempunyai penduduk sebanyak 2.000 penduduk dan angka CBR terakhir kabupaten Y 27,0/1.000 penduduk maka :

Jumlah ibu bersalin = $1,05 \times 0,027 \times 2.000 = 56,7$.
Jadi sasaran ibu bersalin di desa/kelurahan X adalah 56 orang.

33.6 Cakupan pelayanan nifas oleh tenaga kesehatan (KF3)

Adalah cakupan pelayanan kepada ibu pada masa 6 jam sampai dengan 42 hari pasca bersalin sesuai standar paling sedikit 3 kali dengan distribusi waktu 6 jam–3 hari, 8–14 hari dan 36–42 hari setelah bersalin di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Dengan indikator ini dapat diketahui cakupan pelayanan nifas secara lengkap (memenuhi standar pelayanan dan menepati waktu yang ditetapkan), yang menggambarkan jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan ibu nifas, disamping menggambarkan kemampuan manajemen ataupun kelangsungan program KIA.

Rumus yang digunakan adalah sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah ibu nifas yang telah memperoleh 3 kali pelayanan nifas sesuai standar oleh tenaga kesehatan disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah sasaran ibu nifas di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100$$

Jumlah sasaran ibu nifas sama dengan jumlah sasaran ibu bersalin.

3.3.7 Cakupan pelayanan neonatus pertama (KN 1)

Adalah cakupan neonatus yang mendapatkan pelayanan sesuai standar pada 6-48 jam setelah lahir di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Dengan indikator ini dapat diketahui akses/jangkauan pelayanan kesehatan neonatal.

Rumus yang dipergunakan adalah sebagai berikut :

Jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan sesuai standar pada 6 – 48 jam setelah lahir di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu

X 100

Jumlah seluruh sasaran bayi di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun

Jumlah sasaran bayi bisa didapatkan dari perhitungan berdasarkan jumlah perkiraan (angka proyeksi) bayi dalam satu wilayah tertentu dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

Jumlah sasaran bayi = Crude Birth Rate x jumlah penduduk

Contoh : untuk menghitung jumlah perkiraan bayi di suatu desa Z di Kota Y Propinsi X yang mempunyai penduduk sebanyak 1.500 jiwa dan angka CBR terakhir Kota Y 24,8/1.000 penduduk, maka :

$$\text{Jumlah bayi} = 0,0248 \times 1500 = 37,2.$$

Jadi sasaran bayi di desa Z adalah 37 bayi.

3.3.8 Cakupan pelayanan neonatus Lengkap (KN Lengkap).

Adalah cakupan neonatus yang mendapatkan pelayanan sesuai standar sedikitnya tiga kali yaitu 1 kali pada 6-48 jam, 1 kali pada hari ke 3-hari ke 7 dan 1 kali pada hari ke 8-hari ke 28 setelah lahir disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Dengan indikator ini dapat diketahui efektifitas dan kualitas pelayanan kesehatan neonatal.

Rumus yang dipergunakan adalah sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah neonatus yang telah memperoleh 3 kali pelayanan kunjungan neonatal sesuai standar di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh sasaran bayi di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100$$

3.3.9 Deteksi faktor risiko dan komplikasi oleh Masyarakat

Adalah cakupan ibu hamil dengan faktor risiko atau komplikasi yang ditemukan oleh kader atau dukun bayi atau masyarakat, serta dirujuk ke tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Masyarakat disini, bisa keluarga ataupun ibu hamil, bersalin, nifas itu sendiri.

Indikator ini menggambarkan peran serta dan keterlibatan masyarakat dalam mendukung upaya peningkatan kesehatan ibu hamil, bersalin dan nifas.

Rumus yang dipergunakan :

$$\frac{\text{Jumlah ibu hamil yang berisiko yang ditemukan kader atau dukun bayi atau masyarakat di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{20\% x jumlah sasaran ibu hamil di suatu wilayah dalam 1 tahun}} \times 100$$

3.3.10 Cakupan Penanganan komplikasi Obstetri (PK)

Adalah cakupan Ibu dengan komplikasi kebidanan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu yang ditangani secara definitif sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan. Penanganan definitif adalah penanganan/pemberian tindakan terakhir untuk menyelesaikan permasalahan setiap kasus komplikasi kebidanan.

Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara professional kepada ibu hamil bersalin dan nifas dengan komplikasi.

Rumus yang dipergunakan :

$$\frac{\text{Jumlah komplikasi kebidanan yang mendapatkan penanganan definitif di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{20\% x jumlah sasaran ibu hamil di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100$$

3.3.11 Neonatus dengan komplikasi yang ditangani

Adalah cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani secara definitif oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Penanganan definitif adalah pemberian tindakan akhir pada setiap kasus komplikasi neonatus yang pelaporannya dihitung 1 kali pada masa neonatal. Kasus komplikasi yang ditangani adalah seluruh kasus yang ditangani tanpa melihat hasilnya hidup atau mati.

Indikator ini menunjukkan kemampuan sarana pelayanan kesehatan dalam menangani kasus-kasus kegawatdaruratan neonatal, yang kemudian ditindaklanjuti sesuai dengan kewenangannya, atau dapat dirujuk ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi.

Rumus yang dipergunakan adalah sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah neonatus dengan komplikasi yang mendapat penanganan definitif di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{15 \% \times \text{jumlah sasaran bayi di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100$$

3.3.12 Cakupan kunjungan bayi (29 hari–11 bulan)

Adalah cakupan bayi yang mendapatkan pelayanan paripurna minimal 4 kali yaitu 1 kali pada umur 29 hari–2 bulan, 1 kali pada umur 3–5 bulan, dan satu kali pada umur 6–8 bulan dan 1 kali pada umur 9–11 bulan sesuai standar di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Dengan indikator ini dapat diketahui efektifitas, continuum of care dan kualitas pelayanan kesehatan bayi.

Rumus yang dipergunakan adalah sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah bayi yang telah memperoleh 4 kali pelayanan kesehatan sesuai standar di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh sasaran bayi di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100$$

3.3.13 Cakupan pelayanan anak balita (12–59 bulan).

Adalah cakupan anak balita (12–59 bulan) yang memperoleh pelayanan **sesuai standar**, meliputi pemantauan pertumbuhan minimal 8x setahun, pemantauan perkembangan minimal 2x setahun, pemberian vitamin A 2x setahun.

Rumus yang digunakan adalah :

$$\frac{\text{Jumlah anak balita yg memperoleh pelayanan sesuai standar disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh anak balita disuatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100$$

3.3.14 Cakupan Pelayanan kesehatan anak balita sakit yang dilayani dengan MTBS

Adalah cakupan anak balita (umur 12–59 bulan) yang berobat ke Puskesmas dan mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar (MTBS) di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Rumus yang digunakan adalah :

$$\frac{\text{Jumlah anak balita sakit yg memperoleh pelayanan sesuai tatalaksana MTBS di Puskesmas di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh anak balita sakit yang berkunjung ke Puskesmas disuatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100$$

Jumlah anak balita sakit diperoleh dari kunjungan balita sakit yang datang ke puskesmas (register rawat jalan di Puskesmas). Jumlah anak balita sakit yang mendapat pelayanan standar diperoleh dari format pencatatan dan pelaporan MTBS.

3.3.15 Cakupan Peserta KB aktif (Contraceptive Prevalence Rate)

Adalah cakupan dari peserta KB yang baru dan lama yang masih aktif menggunakan alat dan obat kontrasepsi (alokon) dibandingkan dengan jumlah pasangan usia subur di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Indikator ini menunjukkan jumlah peserta KB baru dan lama yang masih aktif memakai alokon terus-menerus hingga saat ini

untuk menunda, menjarangkan kehamilan atau yang mengakhiri kesuburan.

Rumus yang dipergunakan:

$$\frac{\text{Jumlah peserta KB aktif di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh PUS di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100$$

3.4 PERAN DAN TUGAS BIDAN DALAM MENINGKATKAN KIA

Peran bidan

1. Pemberi pelayanan kesehatan (provider)
Bidan dapat memberikan pelayanan KIA baik secara langsung maupun tidak langsung.
2. Pendidik
Bidan memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok keluarga beresiko tinggi dan kader kesehatan dengan tujuan untuk meningkatkan KIA.
3. Pengelola
Bidan dapat mengelola (merencanakan, mengorganisasi, menggerakkan, dan mengevaluasi) pelayanan KIA baik secara langsung maupun tidak langsung.
4. Konselor
Bidan berperan dalam memberikan konseling atau bimbingan tentang kesehatan ibu dan anak kepada keluarga, kader, maupun masyarakat.
5. Advokat
Bidan memberikan informasi dan sokongan kepada seseorang sehingga mampu membuat keputusan yang terbaik.
6. Kolaborasi/koordinasi
Bidan berkolaborasi dan berkoordinasi dengan disiplin ilmu lain dalam meningkatkan KIA.
7. Perencana
Merencanakan pelayanan kebidanan dan berpartisipasi dalam perencanaan program pemerintah ataupun program di masyarakat.
8. Peneliti

Bidan melakukan penelitian untuk mengembangkan pelayanan terhadap kesehatan ibu dan anak.

Tanggung jawab bidan:

1. Menjaga pengetahuannya tetap *up to date*, berusaha secara terus menerus mengembangkan pengetahuan, ketrampilan, dan kemahiran.
2. Mengenalinya batas-batas pengetahuan, keterampilan pribadi, dan tidak berupaya untuk bekerja melampaui wewenangnya dalam memberikan pelayanan klinik.
3. Menerima tanggung jawab untuk mengambil keputusan serta konsekuensi dari suatu keputusan.
4. Berkomunikasi dan bekerja sama dengan pekerja kesehatan profesional lainnya (perawat, dokter, dan lain-lain) dengan rasa hormat dan bermartabat.
5. Memelihara kerja sama yang baik dengan staf kesehatan dan rumah sakit pendukung untuk memastikan sistem rujukan yang optimal.
6. Melakukan pemantauan mutu yang mencakup penilaian sejawat, pendidikan berkesinambungan, mengkaji ulang kasus-kasus, dan Audit Maternal Perinatal (AMP).
7. Bekerja sama dengan masyarakat setempat untuk meningkatkan akses dan mutu asuhan kesehatan.
8. Menjadi bagian dari upaya untuk meningkatkan status perempuan serta kondisi hidup mereka dan menghilangkan praktik kultur yang terbukti merugikan perempuan.

Menurut Depkes tugas dan wewenang bidan pada program KIA yaitu :

1. Memberikan penyuluhan tentang KIA.
2. Membimbing serta membina dukun bayi.
3. Mengawasi kehamilan.
4. Melayani persalinan normal, termasuk letak sungsang pada multipara, episiotomi tingkat I dan II.

5. Mengawasi pertumbuhan dan perkembangan bayi dan anak pra sekolah.
6. Memberikan obat dan vitamin serta pengobatan tertentu dalam bidang kebidanan.

Adapun tugas tambahan bidan adalah melaksanakan program-program Puskesmas.

Sejak ditetapkan kebijakan Poliklinik Kesehatan Desa (PKD) oleh Departemen Kesehatan, untuk mencapai Visi Indonesia Sehat tahun 2010 dengan pelaksana PKD adalah **Bidan**. Sehingga tugas-tugas bidan menjadi bertambah karena selain tugas utama di bidang KIA, melaksanakan program Puskesmas di desa, serta mengupayakan peran serta masyarakat dalam hal meningkatkan kesehatan di desa, bidan memiliki tugas yang cukup besar dalam pelayanan kesehatan pengelolaan KIA-KB di Puskesmas, dengan tugas pokok antara lain :

1. **Melaksanakan pelayanan KIA dan KB** dengan fungsi membantu kepala Puskesmas dalam melaksanakan kegiatan-kegiatan di Puskesmas. Dengan kegiatan pokok :
 - a. Melaksanakan pemeriksaan berkala kepada ibu hamil, ibu menyusui, bayi dan anak-anak di Puskesmas, serta memberikan pelayanan kontrasepsi pada akseptor KB.
 - b. Menyampaikan cara pemberian makanan tambahan bagi yang membutuhkan dan penyuluhan kesehatan dalam bidang KIA/KB dan gizi.
 - c. Melakukan imunisasi pada ibu hamil dan bayi dan melatih dukun bayi.
2. **Kegiatan perbaikan gizi, yaitu :**
 - a. Penyuluhan gizi dan melatih kader gizi dan menggerakkan masyarakat untuk mengadakan taman gizi,
 - b. Demonstrasi makanan sehat dan cara pemberian makan tambahan,
 - c. Pemberian Vitamin A konsentrasi tinggi pada anak-anak balita

- d. Pengisian dan penggunaan KMS oleh ibu-ibu PKK dan kader gizi, dll.

Selain Tugas pokok tersebut kegiatan bidan lain yang juga dilayani bidan adalah :

1. Membantu KIA/KB khususnya dalam kunjungan rumah untuk perawatan kesehatan keluarga
2. Diagnosa dini penyakit mulut/gigi serta pengobatan sementara
3. Membantu surveilan penyakit menular dan imunisasi
4. Pencatatan dan pelaporan kegiatan
5. Membantu pengamatan perkembangan mental anak, dan *follow up* penderita
6. Membantu dokter kepala Puskesmas melaksanakan fungsi manajemen Puskesmas
7. Mengembangkan PKMD dan membina Prokesra/Kader Gizi
8. Secara bergilir ikut serta Puskesmas Keliling
9. Melakukan rujukan (referral)

Secara garis besar peran bidan dalam peningkatan derajat kesehatan ibu dan anak dibedakan menjadi empat, yaitu: peran sebagai pelaksana, kolaborasi, pengelola dan pendidik.

1. Sebagai pelaksana, bidan bertugas untuk menerapkan manajemen pada setiap asuhan kebidanan dari sejak awal kehamilan, persalinan dan nifas.
2. Peran berkolaborasi dengan dokter spesialis atau dokter umum pada kasus-kasus kebidanan pada ibu hamil dengan risiko tinggi dan membutuhkan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan.
3. Selain itu, bidan pun berperan sebagai pengelola, yakni mampu mengembangkan pelayanan dasar kesehatan terutama pelayanan kebidanan untuk individu, keluarga, kelompok khusus dan masyarakat di wilayah kerja dengan melibatkan masyarakat.

4. Peran sebagai pendidik. Bidan dapat juga memberikan pendidikan dan penyuluhan kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat tentang masalah penanggulangan masalah kesehatan khususnya yang berhubungan dengan pihak terkait kesehatan ibu, anak dan keluarga berencana. Termasuk pula melatih dan membimbing siswa bidan dan keperawatan pada institusi-institusi pendidikan.

3.5 UPAYA DALAM PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK

Upaya dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak ini sangat berkaitan dengan upaya untuk menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi yang masih cukup tinggi di Indonesia. Berbagai upaya telah dilakukan untuk menurunkan kematian ibu, BBL, bayi dan balita. Antara lain melalui penempatan bidan di desa, pemberdayaan keluarga dan masyarakat dengan menggunakan Buku KIA, program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K), penyediaan fasilitas kesehatan pelayanan obstetri neonatal emergensi dasar (PONED) di puskesmas perawatan, pelayanan obstetri neonatal emergensi komprehensif (PONEK) di rumah sakit.

a. Penempatan Bidan di Desa

Tujuan penempatan bidan desa secara umum adalah meningkatkan mutu dan pemerataan pelayanan dalam rangka menurunkan AKI, anak balita, dan menurunkan angka kelahiran serta meningkatkan kesadaran masyarakat untuk berperilaku hidup sehat. Penempatan bidan di desa memberikan harapan baru untuk berangsur-angsur menggantikan peran dukun beranak.

Tugas bidan desa berorientasi pada 3 konsep :

1. Pendidikan
 - Pendidikan kepada masyarakat
 - Pendidikan kepada dukun
2. Pelayanan kepada masyarakat
3. Pencatatan dan pelaporan

b. Pemberdayaan keluarga dan masyarakat

Pemberdayaan keluarga dan masyarakat dengan menggunakan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA) merupakan sebuah buku yang dirancang oleh Depkes RI sebagai media pencatatan dan pendidikan kesehatan ibu, buku ini sangat banyak membantu para ibu dan juga mengingat hal-hal penting apa saja yang perlu dipersiapkan sejak hamil, melahirkan dan merawat bayi. Buku KIA berisi catatan kesehatan ibu (hamil, bersalin, dan nifas) dan anak (BBL, bayi, dan anak balita) serta berbagai informasi cara memelihara dan merawat kesehatan ibu dan anak.

c. Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

P4K adalah suatu kegiatan yang difasilitasi oleh bidan di desa dalam rangka peningkatan peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil, termasuk perencanaan dan penggunaan KB pasca persalinan dengan menggunakan stiker sebagai media notifikasi sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan BBL.

Tujuan dari P4K adalah meningkatnya cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu hamil dan bayi baru lahir melalui peningkatan peran aktif keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan aman dan persiapan menghadapi komplikasi dan tanda bahaya kebidanan bagi ibu sehingga melahirkan bayi yang sehat.

Melalui P4k diharapkan bidan mampu memfasilitasi pemberdayaan dan partisipasi semua pemangku kepentingan yang terdiri dari ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat termasuk juga dukun dan kader sebagai tenaga non profesional dalam mendata, mencatat dan memantau intensif setiap ibu hamil dan memastikan diberikannya pelayanan kesehatan rujukan komplikasi dan kegawatdaruratan sesuai standar. Dengan data dalam stiker,

suami, keluarga, dukun, bersama bidan di desa memantau secara intensif keadaan dan perkembangan kesehatan ibu hamil.

d. Penyediaan fasilitas kesehatan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Puskesmas perawatan

Puskesmas PONED adalah puskesmas yang memiliki fasilitas dan kemampuan memberikan pelayanan untuk menanggulangi kasus kegawatdaruratan obstetri dan neonatal selama 24 jam. Sebuah puskesmas PONED harus memenuhi standar yang meliputi standar administrasi dan manajemen, fasilitas bangunan atau ruangan, peralatan dan obat-obatan, tenaga kesehatan dan fasilitas penunjang lain. Puskesmas PONED juga harus mampu memberikan pelayanan yang meliputi penanganan preeklamsi, eklamsi, perdarahan, sepsis, sepsis neonatorum, asfiksia, kejang, ikterus, hipoglikemia, hipotermi, tetanus neonatorum, trauma lahir, BBLR, sindroma gangguan pernapasan dan kelainan kongenital.

e. Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) di Rumah Sakit.

PONEK adalah Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Komprehensif di Rumah Sakit, meliputi kemampuan untuk melakukan tindakan seksio sesaria, histerektomi, reparasi ruptura uteri, cedera kandung/saluran kemih, perawatan intensif ibu dan neonatal, transfusi darah. RS PONEK 24 jam adalah RS yang memiliki kemampuan serta fasilitas PONEK siap 24 jam untuk memberikan pelayanan terhadap ibu hamil, bersalin, nifas dan BBL dengan komplikasi baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat, bidan di desa, puskesmas dan puskesmas PONED.

3.6. STRATEGI PELAYANAN KEBIDANAN DI KOMUNITAS

3.6.1 Pendekatan edukatif dalam peran serta masyarakat.

Pendekatan edukatif adalah suatu rangkaian kegiatan yang dilaksanakan secara sistematis terencana dan terarah dengan

partisipasi aktif dari individu kelompok maupun masyarakat umum, untuk memecahkan masalah yang dirasakan oleh masyarakat dengan mempertimbangkan faktor-faktor sosial ekonomi dan budaya.

Tujuan pendekatan edukatif adalah :

- a. Memecahkan masalah yang dihadapi masyarakat
- b. Mengembangkan kemampuan masyarakat untuk dapat memecahkan masalahnya sendiri secara swadaya dan gotong royong.

Langkah-langkah pendekatan edukatif

- 1) Pendekatan pada tokoh masyarakat.
 - a. Nonformal untuk penjagaan lahan
 - b. Formal dengan surat resmi
 - c. Tatap muka antara provider dengan tokoh masyarakat.
 - d. Kunjungan rumah untuk menjelaskan maksud dan tujuan pengumpulan data.
 - e. Pertemuan provider dan tokoh masyarakat untuk menetapkan suatu kebijakan alternatif pemecahan masalah dalam rangka perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.
 - f. Menjalin hubungan sosial yang baik dengan menghadiri upacara-upacara agama, perkawinan, kematian dsb.
- 2) Pendekatan kepada provider.

Diadakan pada waktu pertemuan tingkat kecamatan, tingkat desa/kelurahan, tingkat dusun/lingkungan.
- 3) Pengumpulan data primer dan sekunder.

Data umum, data teknis sesuai dengan kepentingan masing-masing sektor, data perilaku sesuai dengan masalah yang ada, data khusus hasil pengamatan, data orang lain.
- 4) Pelayanan yang berorientasi pada kebutuhan masyarakat.

Proses dimana masyarakat dapat mengidentifikasi kebutuhan dan tentukan prioritas dari kebutuhan tersebut serta mengembangkan keyakinan masyarakat untuk berusaha memenuhi kebutuhan sesuai skala prioritas berdasarkan atas sumber-sumber

yang ada di masyarakat sendiri maupun berasal dari luar secara gotong royong.

Terdiri dari 3 jenis pendekatan :

1) *Specific Content Approach*

Yaitu pendekatan perorangan atau kelompok yang merasakan masalah melalui proposal program kepada instansi yang berwenang.

Contoh : pengasapan pada kasus DBD

2) *General Content Objective Approach*

Yaitu pendekatan dengan mengkoordinasikan berbagai upaya dalam bidang kesehatan dalam wadah tertentu.

Contoh : posyandu meliputi KIA, imunisasi, gizi, KIE dsb.

3) *Process Objective Approach*

Yaitu pendekatan yang lebih menekankan pada proses yang dilaksanakan masyarakat sebagai pengambil prakarsa kemudian dikembangkan sendiri sesuai kemampuan.

Contoh : kader

Menggunakan atau memanfaatkan fasilitas dan potensi yang ada di masyarakat merupakan usaha membantu manusia mengubah sikapnya terhadap masyarakat, membantu menumbuhkan kemampuan orang, berkomunikasi dan menguasai lingkungan fisiknya.

Langkah – langkah:

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

Prinsip-prinsip dalam mengembangkan masyarakat:

- a. Program ditentukan oleh atau bersama masyarakat.
- b. Program disesuaikan dengan kemampuan masyarakat.

- c. Dalam pelaksanaan kegiatan harus ada bimbingan, pengarahan, dan dorongan agar dari satu kegiatan dapat dihasilkan kegiatan lainnya.
- d. Petugas harus bersedia mendampingi dengan mengambil fungsi sebagai katalisator untuk mempercepat proses.

Bentuk bentuk program masyarakat

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

3.6.2 Komunikasi yang baik

Beberapa hal yang perlu diperhatikan bidan dalam berkomunikasi kepada masyarakat :

- 1) Jangan terlalu banyak bicara, cobalah untuk tidak banyak menyela.
- 2) Jangan meneruskan kalimat mereka atau mangantisipasi apa yang sedang mereka bicarakan.
- 3) Tanyakan apabila anda merasa kurang jelas.
- 4) Lebih baik membicarakan sesuatu secara tatap muka dari pada membicarakan sesuatu secara tertulis.

3.6.3 Pemberdayaan masyarakat

Pemberdayaan masyarakat adalah bagian dari paradigma pembangunan yang memfokuskan perhatiannya kepada semua aspek yang prinsipil dari manusia di lingkungannya yakni mulai dari aspek intelektual (sumber daya manusia), aspek material dan fisik, sampai kepada aspek manajerial.

Keberdayaan masyarakat dicirikan dengan timbulnya kesadaran bahwa, mereka paham akan haknya atas lingkungan hidup yang baik dan sehat serta sanggup menjalankan kewajiban dan tanggung jawab untuk tercapainya kualitas lingkungan hidup yang dituntutnya.

Latihan

Latihan diberikan kepada setiap mahasiswa sesuai materi pada Bab II secara terstruktur dan sistematis pada akhir pertemuan sehingga mahasiswa memiliki penguasaan yang baik terhadap Bab tentang pembangunan kesehatan dan penyelenggaraan kebidanan komunitas ini. Adapun soal yang digunakan untuk latihan adalah sebagai berikut :

1. Jelaskan masalah-masalah KIA yang ada di Indonesia.
2. Jelaskan upaya yang dilakukan sebagai Bidan terkait masalah-masalah KIA yang ada di komunitas.
3. Jelaskan strategi yang ada di pelayanan kebidanan komunitas terkait permasalahan yang ada di bidang KB dan Gizi.
4. Sebutkan indikator-indikator kesehatan terkait KIA.

Ringkasan atau Poin Poin Penting

Visi dan Misi pembangunan kesehatan Indonesia
Masalah-masalah KIA di Indonesia dan beberapa Negara
Indikator Kesehatan terkait KIA
Peranan Bidan dalam pelayanan Kesehatan holistik
Upaya dalam pelayanan Kebidanan Komunitas
Strategi-strategi pelayanan kebidanan komunitas

PENUTUP

Evaluasi, Pertanyaan Diskusi, Soal Latihan, Praktek atau Kasus

Evaluasi

NO	KOMPONEN NILAI BLOK	BOBOT
1	Penilaian Tutorial	20%
2	Tugas Penilaian proses pada saat pembuatan manajemen asuhan kebidanan komunitas: Dimensi <i>intrapersonal skill</i> yang sesuai: <ul style="list-style-type: none">▪ Berpikir kreatif▪ Berpikir kritis▪ Berpikir analitis▪ Berpikir inovatif▪ Mampu mengatur waktu▪ Berargumen logis▪ Mandiri▪ Memahami keterbatasan diri.▪ Mengumpulkan tugas tepat waktu▪ Kesesuaian topik dengan pembahasan Dimensi <i>interpersonal skill</i> yang sesuai: <ul style="list-style-type: none">▪ Tanggung jawab▪ Kemitraan dengan perempuan▪ Menghargai otonomi perempuan▪ Advokasi perempuan untuk pemberdayaan diri▪ Memiliki sensitivitas budaya. Values : <ul style="list-style-type: none">▪ Bertanggungjawab▪ Motivasi▪ Dapat mengatasi stress.	20%
3	Ujian Tulis (MCQ)	60%

Ketentuan :

1. Mahasiswa yang akan mengikuti ujian tulis/praktikum harus mengikuti persyaratan berikut :
 - a. Minimal kehadiran dalam kegiatan diskusi tutorial 80%
 - b. Minimal kehadiran dalam kegiatan diskusi pleno 80%
 - c. Minimal kehadiran dalam kegiatan keterampilan klinik 80%
 - d. Minimal kehadiran dalam kegiatan praktikum 80%
 - e. Minimal kehadiran dalam kegiatan DKK 80%
 - f. Minimal kehadiran dalam kegiatan Kuliah Pengantar 80%
2. Apabila tidak lulus dalam ujian tulis, mahasiswa mendapat kesempatan untuk ujian remedial satu kali pada akhir tahun akademik yang bersangkutan. Jika masih gagal, mahasiswa yang bersangkutan harus mengulang Blok.
3. Ketentuan penilaian berdasarkan peraturan akademik program sarjana Universitas Andalas tahun 2015.

Nilai Angka	Nilai Mutu	Angka Mutu	Sebutan Mutu
≥ 85 -100	A	4.00	Sangat cemerlang
≥ 80 < 85	A-	3.50	Cemerlang
≥ 75 < 80	B+	3.25	Sangat baik
≥ 70 < 75	B	3.00	Baik
≥ 65 < 70	B-	2.75	Hampir baik
≥ 60 < 65	C+	2.25	Lebih dari cukup
≥ 55 < 60	C	2.00	Cukup
≥ 50 < 55	C-	1.75	Hampir cukup
≥ 40 < 50	D	1.00	Kurang
<40	E	0.00	Gagal

Pertanyaan Diskusi

Kegiatan diskusi dilakukan dengan membentuk 5 kelompok. Masing-masing kelompok memiliki 1 tema yang terdapat dalam bab ini. Setiap kelompok membuat pembahasan terhadap topik yang telah dipilih, menyampaikan/mempresentasikan dan

mendiskusikan yang telah dibuat dengan anggota kelompok yang lain kepada dosen penanggung jawab. Mahasiswa menyerahkan hasil diskusi yang telah dibuat kepada dosen penanggung jawab masing-masing.

Soal latihan

1. Beberapa prinsip kerja bidan komunitas adalah, kecuali:
 - a. Pemakaian teknologi secara etik
 - b. Memberdayakan/mengajarkan untuk promosi “*inform choice*” dan ikut serta dalam pengambilan keputusan
 - c. *Advocacy* untuk perempuan yang mengalami *intervensi* pada kasus yang mengalami komplikasi
 - d. Berpijak pada tiga bidang ilmu (IKM, Ilmu kebidanan dan ilmu kesehatan)
 - e. Kompetensi berdasarkan pemikiran kritis

2. Efek dari globalisasi salah satunya adalah adanya perjanjian kerja dan perdagangan terhadap jasa kebidanan, dikenal dengan istilah :
 - a. *General agreement on trade and tariff*
 - b. *General agreement on trade in commercial*
 - c. *General agreement on trade in service*
 - d. *Trade related aspect intellectual property rights*
 - e. *Asean economic community*

Soal nomor 3-5

Mrs. Canaya merupakan salah satu investor dari Canada datang ke RSIA yang anda pimpin. Mrs. Canaya mengusulkan akan mendatangkan Bidan dari Canada untuk bertugas di KIA dan melakukan kunjungan rumah ke Klien yang melakukan persalinan di RSIA anda.

3. Di dalam perjanjian GATS, Mrs. Canaya sebagai salah 1 investor dikenal dengan istilah :
 - a. *Cross border*
 - b. *Consumption abroad*

- c. *Temporary movement of natural person*
 - d. *Commercial presense*
 - e. *Consumption service*
4. Mrs. Canaya mendatangkan anda untuk kerja di RSIA anda, merupakan bagian perjanjian GATS yaitu :
- a. *Cross border*
 - b. *Consumption abroad*
 - c. *Temporary movement of natural person*
 - d. *Commercial presense*
 - e. *Consumption service*
5. Salah satu bidan yang datang dari Canada, bersalin di RSIA yang anda pimpin, dikenal dengan istilah :
- a. *Cross border*
 - b. *Consumption abroad*
 - c. *Temporary movement of natural person*
 - d. *Commercial presense*
 - e. *Consumption service*

Soal nomor 6-8

Anda bidan Desa Suka Maju, salah satu Desa Wisata, dan termasuk wilayah kerja Puskesmas Andai Tolan. Jumlah ibu hamil 30 orang, nifas dan BBL 10 orang, Balita 140 orang. Suatu hari datang sepasang suami istri dari New Zealand yang merupakan pelancong dan melakukan pemeriksaan kehamilan.

6. Berikut kompetensi *hard skill* yang harus anda miliki adalah :
- a. Kemampuan komunikasi *English*
 - b. Kemampuan memberikan penjelasan hasil pemeriksaan
 - c. Kemampuan melakukan pemeriksaan kehamilan dengan komprehensif
 - d. Kemampuan melakukan asuhan terencana

- e. Kemampuan melakukan komunikasi verbal dan non verbal
7. Kompetensi yang tepat dan harus anda miliki sebagai bidan terkait klien dari luar negeri adalah :
- a. Kemampuan komunikasi non verbal
 - b. Kemampuan professional dalam memberikan asuhan
 - c. Kemampuan komunikasi non verbal serta filter terhadap arus globalisasi
 - d. Peningkatan pelatihan bahasa asing
 - e. Peningkatan pelatihan medis, komunikasi serta filter terhadap arus globalisasi
8. Dari skenario di atas, dapat kita ketahui bahwa karakteristik asuhan kebidanan yang tidak tepat adalah :
- a. Berfokus perempuan baik dalam maupun luar negeri
 - b. Asuhan kebidanan yang berkelanjutan
 - c. Asuhan berbasis *evidence based*
 - d. Asuhan yang berpusat pada bidan
 - e. Asuhan yang mengutamakan *patient safety*
9. 3 pilar atau pegangan bidan era globalisasi adalah :
- a. *evidence based for decision* - Regulation – motivasi dan komitmen
 - b. *Evidence based medicine* – *reward* – motivasi dan komitmen
 - c. Regulation – *reward and punishment* – motivasi
 - d. Komitmen – regulation – akreditasi
 - e. Akreditasi – standarisasi – monitoring dan evaluasi
10. Dalam melaksanakan pelatihan dan pendidikan, acuan yang harus dikuasi bidan adalah :
- a. Standarisasi – monitoring dan evaluasi

- b. Standarisasi – monitoring dan evaluasi – akreditasi
- c. Standarisasi – *continuity of care* – monitoring dan evaluasi
- d. Standarisasi – *patient safety – continuity of care*
- e. Standarisasi – akreditasi – konsolidasi

Umpan balik dan Tindak Lanjut

Dosen memberikan penilaian dari hasil praktik dan diskusi serta menindaklanjuti dengan memberikan masukan kepada mahasiswa terkait capaian pembelajaran yang harus ia kuasai dalam bab ini.

Istilah atau Kata Penting

- 1. Indikator Kesehatan : acuan penilaian kesehatan
- 2. Holistic : terpadu dan menyeluruh
- 3. Strategi : usaha dan cara untuk mengatasi atau pemecahan masalah

DAFTAR PUSTAKA

- Syafrudin dkk. 2009. *Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC.
- Green, E.C. 1986. *Practicing Development Anthropology*. Boulder and London: Westview
- Leonard Seregar. 2002. *Antropologi dan Konsep Kebudayaan*. Jayapura : Universitas Cendrawasih Press
- Masinambow, E.K.M (Ed) 1997 *Koentjaraningrat dan Antropologi di Indonesia*, Jakarta: Asosiasi Antropologi Indonesia dan Yayasan Obor Indonesia.
- Rhoades, R.E. 1986. *Breaking New Ground: Agricultural Anthropology*. Dalam: Green Ed.
- Suparlan, Pasurdi. 1995. *Antropologi dalam Pembangunan*. Jakarta: UI Press
- Linda V Walsh. 2001. *Midwifery Community Based Care*. Philadelphia: WB Saunders Company
- Pudiasuti.2011.*Kebidanan Komunitas*.Yogyakarta:Nuhamedika
- Kemenkes RI. 2010. *Pedoman pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS-KIA)*. Jakarta

Linda V Walsh. 2001. *Midwifery Community Based Care*. Philadelphia:
WB Saunders Company

BAB IV

ANTROPOLOGI KEBIDANAN KOMUNITAS

C. PENDAHULUAN

Deskripsi Bab

Bab ini memberikan bekal kepada mahasiswa untuk dapat menguasai materi antropologi Kebidanan Komunitas.

Tujuan Atau Sasaran Pembelajaran

Pada akhir pembelajaran, mahasiswa mampu :

1. Menjelaskan konsep dasar antropologi secara umum
2. Menjelaskan konsep dasar antropologi kesehatan
3. Menjelaskan konsep dasar antropologi kebidanan komunitas
4. Menjelaskan sistim nilai dan norma yang berlaku di masyarakat terkait kebidanan komunitas
5. Menjelaskan pandangan masyarakat terkait dukun bayi dan petugas kesehatan
6. Menjelaskan masalah yang terjadi dalam antropologi kebidanan komunitas

Kaitan Peran Serta Masyarakat dengan Pengetahuan Awal Mahasiswa

Mahasiswa yang akan membahas tentang kebidanan komunitas harus telah lulus dari blok 1.A (Pengantar Pendidikan Kebidanan), 1.B (Biomedik 1), 1.C (Biomedik 2), 2.A (Konsep Kebidanan), 2.B (Dasar Patologi dan Farmakologi), 2.C (Kesehatan Remaja dan Pra Konsepsi), 3.A (Asuhan kebidanan pada Ibu Hamil), Blok 3.B (Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin), 3.C (Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas), 4.A (Asuhan Kebidanan pada Neonatus, Bayi dan Balita), 4.B (Asuhan Kebidanan pada Kehamilan Risiko Tinggi), 4.C (Asuhan Kebidanan pada Persalinan dan Nifas Risiko Tinggi), 5.A (Asuhan Kebidanan dengan infeksi dan neoplasma sistem reproduksi dan payudara).

Kompetensi Khusus

Kompetensi khusus yang diharapkan dapat dicapai oleh mahasiswa adalah memahami tentang antropologi kebidanan komunitas dan sistim serta nilai yang terkait di masyarakat terhadap kebidanan komunitas.

D. PENYAJIAN

Uraian materi

4.1 ANTROPOLOGI SECARA UMUM

4.1.1 Definisi

Istilah “antropologi” berasal dari bahasa Yunani asal kata “*anthropos*” berarti “manusia”, dan “*logos*” berarti “ilmu”, dengan demikian secara harfiah “antropologi” berarti ilmu tentang manusia. Suatu ilmu yang berusaha mencapai pengertian tentang makhluk manusia dengan mempelajari aneka bentuk fisik, kepribadian, masyarakat, serta kebudayaannya (Suyono, 1985), ilmu yang mempelajari manusia dari sudut cara berfikir dan pola perilaku (Wiranata,2002).

4.1.2 Ruang Lingkup Antropologi

Secara khusus ilmu antropologi tersebut terbagi ke dalam lima sub-ilmu :

1. Masalah asal dan perkembangan manusia atau evolusinya secara biologis.
2. Masalah terjadinya aneka ragam ciri fisik manusia.
3. Masalah terjadinya perkembangan dan persebaran aneka ragam kebudayaan manusia.
4. Masalah asal perkembangan dan persebaran aneka ragam bahasa yang diucapkan di seluruh dunia.
5. Masalah mengenai asas-asas dari masyarakat dan kebudayaan manusia dari aneka ragam suku bangsa yang tersebar diseluruh dunia masa kini.

Secara makro ilmu antropologi dapat dibagi ke dalam dua bagian, yakni *antropologi fisik* dan *budaya* :

1. Antropologi Fisik
 - Paleoantropologi adalah ilmu yang mempelajari asal usul manusia dan evolusi manusia dengan meneliti fosil-fosil.
 - Somatologi adalah ilmu yang mempelajari keberagaman ras manusia dengan mengamati ciri-ciri fisik.
2. Antropologi Budaya
 - Prehistori adalah ilmu yang mempelajari sejarah penyebaran dan perkembangan budaya manusia mengenal tulisan.
 - Etnolinguistik antropologi adalah ilmu yang mempelajari suku-suku bangsa yang ada di dunia/bumi.
 - Etnologi adalah ilmu yang mempelajari asas kebudayaan manusia di dalam kehidupan masyarakat suku bangsa di seluruh dunia.
 - Etnopsikologi adalah ilmu yang mempelajari kepribadian bangsa serta peranan individu pada bangsa dalam proses perubahan adat istiadat dan nilai universal dengan berpegang pada konsep psikologi.

3. Cabang ilmu antropologi terapan dan antropologi spesialisasi contohnya seperti antropologi politik, antropologi kesehatan, antropologi ekonomi, antropologi psikologi, dll

Dalam 'antropologi budaya' mengkaji tentang praktik-praktik sosial, bentuk-bentuk ekspresif, dan penggunaan bahasa, dimana makna diciptakan dan diuji sebelum digunakan masyarakat. Istilah ini biasanya dikaitkan dengan tradisi riset dan penulisan antropologi di Amerika. Antropologi budaya juga merupakan studi tentang praktik-praktik sosial, bentuk-bentuk ekspresif, dan penggunaan bahasa, dimana makna diciptakan dan diuji sebelum digunakan oleh masyarakat manusia (Burke, 2000).

4.1.3 Konsep-Konsep Antropologi

1. Kebudayaan

Konsep paling esensial dalam antropologi adalah konsep kebudayaan. Keesing mengidentifikasi empat pendekatan terakhir terhadap masalah kebudayaan.

Pendekatan pertama: memandang kebudayaan sebagai sistem adaptif dari keyakinan perilaku yang fungsi primernya adalah menyesuaikan diri dengan lingkungan fisik dan sosialnya. Pendekatan ini dikaitkan dengan ekologi budaya dan materialisme kebudayaan, serta bisa ditemukan dalam kajian antropolog Julian Steward (1955), Leslie White (1959), dan Marvin Harris (1979).

Pendekatan kedua: memandang kebudayaan sebagai sistem kognitif yang tersusun dari apapun yang diketahui dalam berpikir menurut cara tertentu, yang dapat diterima bagi warga kekebudayaannya. Pendekatan tersebut memiliki banyak nama dan diasosiasikan dengan; etnosains, antropologi kognitif, atau etnografi baru. Para tokoh kelompok ini adalah Harold Conklin (1955), Ward Goodenough (1964), dan Charles O. Frake (1969).

Pendekatan ketiga: memandang kebudayaan sebagai sistem struktur dari simbol-simbol yang dimiliki bersama yang memiliki analogi dengan struktur pemikiran manusia. Tokoh-tokoh

antropologinya adalah kelompok strukturalisme yang dikonsepsikan oleh Claude Levi-Strauss (1969).

Pendekatan keempat : memandang kebudayaan sebagai sistem simbol yang terdiri atas simbol-simbol dan makna-makna yang dimiliki bersama, yang dapat diidentifikasi, dan bersifat publik. Pendekatan tersebut tokoh antropologinya adalah Clifford Geertz (1983) dan David Schneider (1968).

2. Evolusi

Secara sederhana, konsep "evolusi" mengacu pada sebuah transformasi yang berlangsung secara bertahap, bentuk-bentuk kehidupan berkembang dari suatu bentuk ke bentuk lain melalui mata rantai transformasi dan modifikasi yang tak pernah putus.

3. *Culture Area* (Daerah Budaya)

Suatu *culture area* (daerah budaya) adalah suatu daerah geografis yang memiliki sejumlah ciri-ciri budaya dan kompleksitas lain yang dimilikinya, tumbuh yang menyebabkan timbulnya unsur-unsur baru yang akan mendesak unsur-unsur lama ke arah pinggir, sekeliling daerah pusat pertumbuhan tersebut. Oleh karena itu jika peneliti ingin memperoleh unsur-unsur budaya kuno, maka tempat untuk mendapatkannya adalah daerah-daerah pinggir yang dikenal dengan 'marginal survival', suatu istilah yang mulai diperkenalkan oleh Franz Boas.

4. Enkulturasasi

Adalah proses dimana individu belajar untuk berperan serta dalam kebudayaan masyarakatnya sendiri (Soekanto, 1993 : 167). Dengan demikian pada hakikatnya setiap orang sejak kecil sampai tua, melakukan proses enkulturasasi, mengingat manusia sebagai makhluk yang dianugerahi kemampuan untuk berpikir dan bernalar agar meningkatkan kemampuan kognitif, afektif, psikomotornya.

Jean Piaget (1970), tokoh peneliti psikologi perkembangan telah mempublikasikan aspek kemampuan berpikir (perkembangan kognitif). Menurutnya secara rinci terdapat empat tahapan perkembangan kognitif ;

- a. Periode sensori motor – sejak lahir sampai usia 1,5 sampai dua tahun–mereka memiliki kemampuan meraih-raih, menggenggam;
- b. Periode praoperasi – usia 2-3 sampai 7-8 tahun, – mereka mulai mampu berpikir setengah logis, dan perkembangan bahasa sangat cepat dan banyak melakukan monolog;
- c. Periode operasi konkrit – usia 7-8 sampai 12-14 tahun – pada tahap ini memiliki kemampuan mampu melihat pandangan orang lain, ikut dalam permainan kelompok yang menaati peraturan, mampu membedakan satuan yang berbeda, seperti meter dengan kilogram;
- d. Periode operasi formal – usia di atas 14 tahun – mampu membuat rencana masa depan dan memulai peranan orang dewasa, selain itu juga anak dapat bernalar dari situasi rekaan ke situasi nyata.

5. Difusi

“Difusi” adalah proses penyebaran unsur-unsur kebudayaan secara meluas, sehingga melewati batas tempat dimana kebudayaan itu timbul (Soekanto, 1993). Biasanya dalam proses difusi ini erat kaitannya dengan konsep ‘inovasi’ (pembaharuan). Menurut Everett M. Rogers dalam karyanya *Diffusion of Innovation* (1983), cepat tidaknya suatu proses difusi sangat erat hubungannya dengan empat elemen pokok; (a) sifat inovasi; (b) komunikasi dengan saluran tertentu; (c) waktu yang tersedia; (d) sikap warga masyarakat.

5. Akulturasi

Akulturasi adalah pertukaran unsur-unsur kebudayaan yang terjadi selama dua kebudayaan yang berbeda saling kontak secara

terus-menerus dalam waktu yang panjang tanpa kehilangan kepribadiannya sendiri (Koentjaraningrat, 1990). Perubahan budaya inti biasanya lebih lambat dibanding dengan budaya lahiriah. Karena itu budaya lahir seperti; benda-benda fisik, ilmu pengetahuan, gaya hidup dan sebagainya, lebih cepat berubah dibanding dengan budaya inti yang berupa; sistem keyakinan, sistem nilai budaya, adat istiadat yang dipelajari sejak dini.

6. Etnosentrisme

Adalah sikap suatu kelompok masyarakat yang cenderung beranggapan bahwa kebudayaan sendiri lebih unggul daripada semua kebudayaan yang lain. Kebudayaan dirinya itu adalah superior (lebih baik dan lebih segalanya) daripada semua budaya yang lain. Seorang ahli komunikasi interkultural Fred E. Jandt dalam karyanya *Intercultural Communication: An Introduction* (1998:52) mengemukakan etnosentrisme merupakan sikap “... *negatively judging aspects of another culture by the standards of one's own culture*” (secara negatif menilai aspek budaya orang lain oleh standard kultur diri sendiri). Oleh karena itu Jandt dalam penjelasan selanjutnya mengemukakan bahwa etnosentrisme merupakan penghambat ketiga dalam keterampilan komunikasi interkultural setelah “kecemasan” dan “mengumpamakan persamaan sebagai perbedaan” (Supardan, 2004).

7. Tradisi

“Tradisi” adalah suatu pola perilaku atau kepercayaan yang telah menjadi bagian dari suatu budaya yang telah lama dikenal sehingga menjadi adat-istiadat dan kepercayaan yang secara turun-temurun (Soekanto, 1993 : 520). Tradisi tidak selalu berpihak kepada nilai kebaikan bahkan bertentangan dengan nilai hak asasi manusia secara universal. Pertunjukan “gladiator” yang mempertontonkan kekuatan dan kekejian seorang pembunuh di depan raja dan golongan bangsawan Romawi abad pertengahan, upacara “satti” yang merupakan pembakaran janda di India yang pernah hidup

pada masa India klasik, menunjukkan betapa merendahkan nilai-nilai kemanusiaan hingga nyawa manusia menjadi ajang permainan belaka.

8. Ras dan Etnik

Suatu “ras” adalah sekelompok orang yang memiliki sejumlah ciri biologi (fisik) tertentu atau “suatu populasi yang memiliki suatu kesamaan dalam sejumlah unsur biologis/fisik yang khas yang disebabkan oleh faktor hereditas atau keturunan. Sedangkan ‘etnik’ menurut Marger (1985 : 7) “...are groups within a larger society that display a unique set of cultures traits.” Jadi dalam kajian etnik lebih menekankan sebagai kelompok sosial bagian dari ras yang memiliki ciri-ciri budaya yang unik sifatnya. Bangsa Indonesia memiliki sejumlah etnik yang sangat besar jumlahnya hampir 500 etnik, yang tersebar dari Sabang sampai Merauke.

9. Stereotip

‘Stereotip’ (*stereotype*), adalah istilah yang berasal dari bahasa Yunani; asal kata stereos yang berarti ‘solid’ dan tupos yang berarti ‘citra’ atau ‘kesan’. Suatu ‘stereotip’ mulanya adalah suatu rencana cetakan yang begitu terbentuk dan sulit diubah. Oleh Walter Lippman, orang pertama yang mengartikulasikan teori “*cognitive miser*” dalam bukunya *Public Opinion* (1922), kata ini diadaptasi untuk penggunaannya yang sekarang biasanya didefinisikan sebagai generalisasi yang relatif tetap mengenai kelompok atau kelas manusia yang menjurus ke hal-hal negatif ataupun tidak menguntungkan, meskipun beberapa penulis juga memasukkan konsep stereotip positif. Lipman (1922) mengemukakan bahwa stereotip merupakan fungsi penting dari penyederhanaan kognitif yang berguna untuk mengelola realitas ekonomi, dimana tanpa penyederhanaan maka realitas tersebut menjadi sangat kompleks.

Ternyata dari studi empiris yang dilakukan peneliti tentang stereotip ini menghasilkan suatu temuan yang mengejutkan (Jones, 2000: 1054-1055). Pertama, dari penganut teori “*Labeling*” dalam

sosiologi, bahwa kekuatan stereotip dalam menimbulkan respons emosional individu untuk keluar dari anggota kelompoknya atau individu minoritas demikian tinggi dan dominan. Sebaliknya dari pendukung teori "Frustrasi-Agresi" (yang ditulis Dollard 1939), dalam psikologi sosial mengemukakan bahwa kekuatan stereotip juga membangkitkan minat dalam dinamika prasangka dan menekankan sifat dari berbagai stereotip. Kemudian dari riset yang dilakukan Adorno (1950) mengemukakan bahwa kekuatan stereotip merepresentasikan suatu usaha untuk mengungkapkan beberapa dinamika tersembunyi dari anti semitisme, etnosentrisme, dan predisposisi yang lebih umum terhadap pemikiran yang terlalu sempit (fanatik) yang diasosiasikan dengan sistem kepercayaan fasis. Kemudian dari penelitian Gordon Allport (1954), stereotip walaupun merupakan sebuah konsekuensi fungsi kognitif yang umum dan normal, tetapi berhubungan dengan efek inferioritas, frustrasi dan pembelaan diri yang patologis, dan berimplikasi buruk yang sering terjadi.

Di Indonesia, stereotip juga demikian berkembang terutama di kalangan masyarakat menengah ke bawah maupun masyarakat yang relatif berpendidikan rendah. Beberapa etnis tertentu sering mendapat label yang menyudutkan, seperti: "Cina Licik", "Jawa Koek", "Padang Bengkok", "Batak si tukang copet" dan sebagainya. Wajar jika menurut Fred E. Jandt dalam bukunya *Intercultural Communication: An Introduction* mengemukakan bahwa *stereotype* dan *prejudice* merupakan penghambat terjadinya komunikasi antar budaya yang bermakna ditengah budaya yang berbeda, di samping faktor-faktor kecemasan dan etnosentrisme.

10. Kekerabatan (Kinship)

Istilah "kekerabatan" atau kinship, menurut antropolog Robin Fox dalam karyanya *Kinship and Marriage* (1967) merupakan konsep inti dalam antropologi. Konsep "kekerabatan" tersebut merujuk kepada tipologi klasifikasi kerabat (kin) menurut penduduk tertentu berdasarkan aturan-aturan keturunan (*descent*) dan

aturan-aturan perkawinan. Satu tesis yang umum diterima oleh kebanyakan antropolog bahwa dalam komunitas purba, unit dan ikatan domestik didasarkan pada kelompok-kelompok keturunan unilineal, keturunan ditelusuri pada garis laki-laki atau patrilineal maupun pada garis perempuan atau materilineal. Namun akhirnya pada awal abad ke 20, pendapat tersebut ditolak (Kuper, 2000).

Menurut Malinowski, keluarga adalah suatu institusi domestik, bergantung pada afeksi dan bertujuan membesarkan anak. Korporasi keturunan adalah institusi publik dan politis yang mempunyai suatu peran dalam urusan komunitas dan pengaturan hak-hak kepemilikan (*property rights*). Tetapi Malinowski juga mengatakan bahwa kelompok keturunan dibangun di atas sentimen-sentimen solidaritas yang tercipta dalam keluarga domestic.

Kemudian Radcliffe-Brown berpandangan bahwa sistem kekerabatan yang lebih luas dibangun di atas pondasi keluarga; namun bila keluarga secara universal bersifat bilateral–ikatan ibu dan ayah–kebanyakan masyarakat lebih menyukai satu sisi dalam keluarga untuk tujuan-tujuan publik. Sebab fungsi utama keturunan adalah untuk meregulasi transmisi kepemilikan dan hak masyarakat dari generasi ke generasi.

11. Magis.

Konsep "magis" menurut seorang pendiri antropologi di Inggris E.B. Taylor dalam *Primitive Culture* (1871) merupakan ilmu-pseudo dan salah satu khayalan yang paling merusak yang pernah menggerogoti umat manusia. Kemudian, dari antropolog J.G. Frazer dalam karyanya *Golden Bough* (1890), mengemukakan bahwa magis merupakan penerapan yang salah pada dunia material dari hukum pikiran dengan maksud untuk mendukung sistem palsu dari hukum alam. Penegasan di atas tidak memberi penjelasan yang memadai terutama Taylor yang menyorotinya dari sisi negatifnya, karena ia hanya melihatnya dari sisi efek yang ditimbulkannya. Namun demikian Taylor juga mengemukakan bahwa sebagai "ilmu-

pseudo”– suatu istilah yang pertamakali dipopulerkannya – bisa diringkas dalam dua prinsip dasar:

- Pertama, bahwa kemiripan menghasilkan kemiripan.
- Kedua, bahwa segala sesuatu/benda yang pernah dihubungi akan terus saling berhubungan dalam jarak tertentu.

Dua prinsip ini menghasilkan magis homeopathic atau imitative, dan magis contagious. Dua cabang magis ini pada akhirnya bisa dipahami dalam istilah magis sympathetic, “karena keduanya mengasumsikan bahwa segala benda akan saling berhubungan satu sama lain dalam jarak tertentu melalui suatu simpati rahasia, impuls ditransmisikan dari satu pihak ke pihak lain lewat sarana yang kita sebut sebagai zat tak terlihat (Taylor, 1871 ; Frazer, 1932).

Magis tak dapat bekerja tanpa ahli magis primitif, karena seluruh keterampilan magisnya yang licik, betul-betul salah. Sebab, di dalam realitasnya, dunia nyata tidaklah bekerja hanya semata-mata menurut pola simpati dan persamaan yang secara salah diterapkan padanya oleh ahli magis. Oleh karena itu setelah waktu berjalan, pikiran yang dalam dan lebih kritis dan dalam komunitas primitif mengambil kesimpulan yang masuk akal. Bahwa magis pada dasarnya adalah kebohongan. Seorang ahli magis dapat mencoba mengesampingkan kegagalan atau bahkan menanggung sendiri kesalahan itu, tetapi fakta dengan lantang bahwa sistemlah, bukan manusia yang salah. Bagi Frazer, pengakuan umum tentang kesalahan itu merupakan perkembangan yang penting dalam sejarah pemikiran manusia, karena peranan magis menurun dan agamalah yang menggantikan tempatnya (Pals, 2001: 61). Kaum fungsionalis maupun Tylor dan Frazer, mengembangkan anggapan bahwa magis dan juga agama – dua hal yang seringkali menjadi satu dalam label “magico-religious” – secara intrinsik merupakan khayalan, meski banyak kepercayaan itu bisa dibuktikan memberikan sumbangan yang berarti dalam terhadap masyarakat tertentu. Anggapan bahwa magis merupakan sesuatu yang “di luar akal sehat” hal ini mendapat tantangan dari beberapa antropolog. Mereka melihat inilah sebagai penyakit ilmuwan, atau arogansi

yang bersifat etnosentris dari kalangan akademisi Barat (Willis, 2000).

12. Tabu

Istilah "tabu" berasal dari bahasa Polinesia yang berarti "terlarang". Secara spesifik, apa yang dikatakan terlarang adalah persentuhan antara hal-hal duniawi dan hal yang keramat, termasuk yang suci (misalnya persentuhan dengan ketua suku) dan yang cemar (mayat). Sebetulnya pemikiran tabu tersebut secara antropologis berasal dari Emile Durkheim dimana pemisahan (disjungsi) antara yang cemar dan suci adalah batu penjurur agama — sementara ritual pada umumnya dimaksudkan untuk menciptakan solidaritas kelompok. Dalam mengembangkan proposisi tentang solidaritas kelompok tersebut Radcliffe- Brown (1952) menyatakan bahwa tabu menonjolkan dan memperkuat nilai-nilai yang penting dalam pemeliharaan masyarakat.

13. Perkawinan

Agak sulit untuk mendefinisikan "perkawinan", karena setiap istilah "perkawinan" tersebut memiliki banyak bentuk dan sarat dipengaruhi oleh sistem nilai budaya masing-masing. Namun secara umum konsep "perkawinan" tersebut mengacu kepada proses formal pemaduan hubungan dua individu yang berbeda jenis (walaupun kaum lesbi juga terjadi, namun itu sebagian kasus) yang secara serimonial-simbolis dilakukan makin dikarakterisasi oleh adanya kesederajatan, kerukunan, dan kebersamaan dalam memulai hidup baru, dan hidup berpasangan. Walaupun sebagaimana sering dikemukakan oleh aktivis kaum feminis, "perkawinan" selalu ditandai dengan pembagian kerja yang tegas dan distribusi sumber daya yang tidak adil. Dalam pandangan ini, perkawinan mencerminkan ketidaksederajatan yang ada di luar arena domestik (Allan, 2000).

Pada sebagian besar tradisi, perkawinan juga merupakan proses institusi sosial sebagai wahana reproduksi dan mengembangkan

keturunan. Oleh karena itu kecenderungan umum dari perkawinan, dengan adanya kelahiran anak-anaknya mendorong ikatan yang lebih erat dalam pembagian kerja (Mansfield dan Collard, 1988), yang sekaligus juga sebagai konsekuensi negatif dalam partisipasi sosial dan ekonomi bagi wanita. Walaupun tidak mudah untuk memperoleh data yang memadai, bukti dari berbagai negara mengindikasikan bahwa pria secara rutin mempunyai tingkatan yang lebih tinggi dalam belajar individu dibanding dengan pasangan wanitanya. Pria juga mempunyai kuasa yang lebih besar dalam menangani keputusan-keputusan besar dan memberikan prioritas yang lebih tinggi terhadap pekerjaan-pekerjaan dan aktivitas waktu luang mereka (Allan, 2000).

4.1.4 Sejarah Perkembangan Ilmu Antropologi.

Sejarah perkembangan Antropologi menurut Koentjaraningrat (1996) terdiri dari empat fase, yaitu:

1. *Fase Pertama (Sebelum 1800)*

Sejak akhir abad ke-15 dan awal abad ke-16, suku-suku bangsa di benua Asia, Afrika, Amerika, dan Oseania mulai kedatangan orang-orang Eropa Barat selama kurang lebih 4 abad. Orang-orang Eropa tersebut, yang antara lain terdiri dari para musafir, pelaut, pendeta, kaum nasrani, maupun para pegawai pemerintahan jajahan, mulai menerbitkan buku-buku kisah perjalanan, laporan dan lain-lain yang mendeskripsikan kondisi dari bangsa-bangsa yang mereka kunjungi. Deskripsi tersebut berupa adat istiadat, susunan masyarakat, bahasa, atau ciri-ciri fisik. Deskripsi tersebut kemudian disebut sebagai "etnografi" (dari kata *ethnos* berarti bahasa).

2. *Fase kedua (kira-kira Pertengahan Abad ke-19)*

Pada awal abad ke-19, ada usaha-usaha untuk mengintegrasikan secara serius beberapa karangan-karangan yang membahas masyarakat dan kebudayaan di dunia pada berbagai tingkat evolusi. Masyarakat dan kebudayaan di dunia tersebut menyangkut masyarakat yang dianggap "primitif" yang

tingkat evolusinya sangat lambat, maupun masyarakat yang tingkatannya sudah dianggap maju. Pada sekitar 1860, lahirlah antropologi setelah terdapat beberapa karangan yang mengklasifikasikan bahan-bahan mengenai berbagai kebudayaan di dunia dalam berbagai tingkat evolusi.

3. *Fase Ketiga (Awal Abad ke-20)*

Pada awal abad ke-20, sebagian besar negara penjajah di Eropa berhasil memantapkan kekuasaannya di daerah-daerah jajahan mereka. Dalam era kolonial tersebut, ilmu Antropologi menjadi semakin penting bagi kepentingan kolonialisme. Pada fase ini dimulai ada anggapan bahwa mempelajari bangsa-bangsa non Eropa ternyata makin penting karena masyarakat tersebut pada umumnya belum sekompleks bangsa-bangsa Eropa. Dengan pemahaman mengenai masyarakat yang tidak kompleks, maka hal itu akan menambah pemahaman tentang masyarakat yang kompleks.

4. *Fase Keempat*

Pada fase ini, antropologi berkembang pesat dan lebih berorientasi akademik. Pengembangannya meliputi ketelitian bahan pengetahuannya maupun metode-metode ilmiahnya. Di lain pihak muncul pula sikap anti kolonialisme dan gejala makin berkurangnya bangsa-bangsa primitif (yaitu bangsa-bangsa yang tidak memperoleh pengaruh kebudayaan Eropa-Amerika) setelah Perang Dunia II menyebabkan antropologi kemudian seolah-olah kehilangan lapangan. Oleh karena itu sasaran dan objek penelitian para ahli antropologi sejak tahun 1930 telah beralih dari suku-suku bangsa primitif non Eropa kepada penduduk pedesaan, termasuk daerah-daerah pedesaan Eropa dan Amerika. Secara akademik perkembangan antropologi pada fase ini ditandai dengan symposium internasional pada tahun 1950-an, guna membahas tujuan dan ruang lingkup antropologi oleh para ahli dari Amerika dan Eropa.

Pada fase keempat ini antropologi memiliki dua tujuan utama:

- a. Tujuan Akademis, untuk mencapai pemahaman tentang manusia berdasarkan bentuk fisiknya, masyarakatnya, maupun kebudayaannya.
- b. Tujuan Praktis, untuk kepentingan pembangunan

4.2. ANTROPOLOGI KESEHATAN

4.2.1. Defenisi

Antropologi kesehatan adalah studi tentang pengaruh unsur-unsur budaya terhadap penghayatan masyarakat tentang penyakit dan kesehatan, titik tolak pandangan untuk memahami kedokteran (medical), sejarah kedokteran (medico-historical), hukum kedokteran (medico-legal), aspek sosial kedokteran (medico-social) dan masalah-masalah kesehatan serta penyakit dari dua kutub yang berbeda yaitu kutub biologi dan kutub sosial budaya (Hasan dan Prasad, 1959 ; Sarwono, 1993)

Pokok perhatian kutub biologi :

1. Pertumbuhan dan perkembangan manusia
2. Peranan penyakit dalam evolusi manusia
3. Paleopatologi (studi mengenai penyakit-penyakit purba)

Pokok perhatian kutub sosial-budaya :

1. Sistem medis tradisional (etnomedisin)
2. Masalah petugas-petugas kesehatan dan persiapan profesional mereka
3. Tingkah laku sakit
4. Hubungan antara dokter pasien
5. Dinamika dari usaha memperkenalkan pelayanan kesehatan barat kepada masyarakat tradisional.

4.2.2. Sejarah Perkembangan Antropologi Kesehatan

1. Tahun 1849

Rudolf Virchow, ahli patologi Jerman terkemuka, yang pada tahun 1849 menulis apabila kedokteran adalah ilmu mengenai manusia yang sehat maupun yang sakit, maka apa pula ilmu yang

merumuskan hukum-hukum sebagai dasar struktur sosial, untuk menjadikan efektif hal-hal yang inheren dalam manusia itu sendiri sehingga kedokteran dapat melihat struktur sosial yang mempengaruhi kesehatan dan penyakit, maka kedokteran dapat ditetapkan sebagai antropologi. Namun demikian tidak dapat dikatakan bahwa Vichrow berperan dalam pembentukan asal-usul bidang Antropologi Kesehatan tersebut, munculnya bidang baru memerlukan lebih dari sekedar cetusan inspirasi yang cemerlang.

2. Tahun 1953

Sejarah pertama tentang timbulnya perhatian Antropologi Kesehatan terdapat pada tulisan yang ditulis Caudill berjudul *Applied Anthropology in Medicine*. Tulisan ini merupakan *tour the force* yang cemerlang, tetapi meskipun telah menimbulkan antusiasme, tulisan itu tidaklah menciptakan suatu subdisiplin baru.

3. Tahun 1963

Sepuluh tahun kemudian, Scoth memberi judul Antropologi Kesehatan dan Paul membicarakan Ahli Antropologi Kesehatan dalam suatu artikel mengenai kedokteran dan kesehatan masyarakat. Setelah itu baru ahli-ahli antropologi Amerika benar-benar menghargai implikasi dari penelitian-penelitian tentang kesehatan dan penyakit bagi ilmu antropologi.

4.2.3. Sumbangan Antropologi terhadap ilmu Kesehatan

Menurut Foster dan Anderson ada empat hal utama yang dapat disumbangkan oleh antropologi terhadap ilmu kesehatan yaitu,

- Perspektif Antropologi

Terdapat dua konsep dalam perspektif antropologi bagi ilmu kesehatan:

1. Pendekatan Holistik, pendekatan ini memahami gejala sebagai suatu sistem. Pendekatan ini dimana suatu pranata tidak dapat dipelajari sendiri-sendiri lepas dari

hubungannya dengan pranata lain dalam keseluruhan sistem.

2. Relativisme Budaya, Standar penilaian budaya itu relatif, suatu aktivitas budaya yang oleh pendukungnya dinilai baik, pantas dilakukan mungkin saja nilainya tidak baik dan tidak pantas bagi masyarakat lainnya.
- Perubahan: Proses dan Persepsi (Perubahan Terencana)
Suatu perubahan terencana akan berhasil apabila perencanaan program bertolak dari konsep budaya. Bertolak dari itu, perencanaan program pembaharuan kesehatan dalam upaya mengubah perilaku kesehatan tidak hanya memfokuskan diri pada hal yang tampak, tetapi seharusnya pada aspek psiko-budaya.
 - Metodologi Penelitian
Ahli antropologi menawarkan suatu metode penelitian yang longgar tetapi efektif untuk menggali serangkaian masalah teoretik dan praktis yang dihadapi dalam berbagai program kesehatan.
 - Premis
Premis atau asumsi atau dalil yang mendasari atau dijadikan pedoman individu atau kelompok dalam memilih alternatif tindakan. Premis-premis tersebut memainkan peranan dalam menentukan tindakan individu dan kelompok.

4.2.4. Penyebab orang sakit menurut antropolog

1 Secara personalistik (secara personal)

Secara personalistik adalah dimana penyakit (*illness*) disebabkan oleh intervensi dari suatu agen yang aktif, yang dapat berupa makhluk supranatural (makhluk gaib atau dewa), makhluk yang bukan manusia (seperti hantu, roh leluhur, atau roh jahat.) maupun makhluk manusia (tukang sihir atau tukang tenung). Orang yang sakit adalah korbannya, objek dari agresi atau hukuman yang ditunjukkan khusus kepadanya untuk alasan-alasan yang khusus menyangkut dirinya saja.

Kepercayaan tentang kausalitas penyakit yang bersifat personalistik menonjol dalam data-data medis dan kesehatan yang tercatat dalam etnografi klasik tentang masyarakat-masyarakat “primitif” (masyarakat yang belum berkembang). Hal ini termasuk kelompok-kelompok seperti penduduk-penduduk pribumi. Sebagian besar dari kelompok ini (pada mulanya) relatif kecil, terisolir, buta askara, dan kurang kontak dengan peradaban tinggi.

2. Secara naturalistik

Secara naturalistik penyakit dijelaskan dengan istilah sistemik yang bukan pribadi. Sistem neuralistik diatas segalanya mengakui adanya suatu model keseimbangan, sehat terjadi karena unsur-unsur yang tetap dalam tubuh, seperti panas, dingin, cairan tubuh (*humor* atau *dosha*), *yin* dan *yang* berada dalam keadaan seimbang menurut usia dan kondisi individu dalam lingkungan alamiah dan lingkungan sosialnya. Apabila keseimbangan ini terganggu, maka hasilnya adalah timbulnya penyakit. Walaupun prinsip keseimbangan dalam sistem-sistem neuralistik di ekspresikan dalam berbagai cara, tulisan masa kini mengungkapkan peran utama panas, dingin, sebagai ancaman pokok terhadap kesehatan.

4.3. ANTROPOLOGI PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Pelayanan kebidanan komunitas tidak dapat dipisahkan dari aspek budaya dan organisasi sosial lain.

Aspek sosial yang mempengaruhi kesehatan masyarakat:

1. Umur

Jika dilihat dari golongan umur maka ada perbedaan pola penyakit berdasarkan golongan umur.

2. Jenis kelamin

Perbedaan jenis kelamin akan menghasilkan penyakit yang berbeda pula.

3. Pekerjaan

Adanya hubungan jenis pekerjaan dengan pola penyakit.

4. Sosial ekonomi

Keadaan sosial ekonomi akan mempengaruhi pola penyakit.

Menurut H.Ray Elling 1970 ada 2 faktor sosial yang berpengaruh pada perilaku kesehatan, yaitu:

1. *Self concept*

Self concept ditentukan oleh tingkat kepuasan atau ketidakpuasan seseorang terhadap diri sendiri

2. *Image* kelompok

Image seorang individu sangat dipengaruhi oleh *image* kelompok.

Hasan dan Prasad (1959) menyusun daftar lapangan studi antropologi kesehatan yang meliputi:

1. Nutrisi dan pertumbuhan (korelasi antara bentuk tubuh dengan variasi yang luas dari penyakit-penyakit, misal radang pada persendian tulang (arthritis), tukak lambung (ulcer), kurang darah (anemia) dan penyakit diabetes.
2. Underwood (pengaruh-pengaruh evolusi manusia serta jenis penyakit yang berbeda-beda pada berbagai populasi yang terkena sebagai akibat dari faktor-faktor budaya, misal: migrasi, kolonisasi dan meluasnya urbanisasi).
3. Fiennes (penyakit yang ditemukan dalam populasi manusia adalah suatu konsekuensi yang khusus dari suatu cara hidup yang beradab, dimulai dari pertanian yang menjadi dasar bagi timbulnya dan berkembangnya pemukiman penduduk yang padat).
4. Kedokteran forensik, (suatu bidang mengenai masalah-masalah kedokteran hukum yang mencakup identifikasi misal: umur, jenis kelamin, dan peninggalan ras manusia yang diduga mati karena unsur kejahatan serta masalah penentuan orang tua dari seorang anak melalui tipe darah, bila terjadi keraguan mengenai siapa yang menjadi bapaknya).
5. Dalam usaha pencegahan penyakit (penelitian mengenai penemuan kelompok-kelompok penduduk yang memiliki risiko tinggi, yakni orang-orang yang tubuhnya mengandung sel sabit (sickle-cell) dan pembawa penyakit kuning (hepatitis).

IBI telah merumuskan konsep pengabdianya yang dijadikan arus utama dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab nya. Faktor budaya dan lingkungan dapat berpengaruh buruk terhadap kesehatan ibu dan anak .

Perpanjangan tangan profesi bidan ini untuk dapat mensejahterakan ibu dan anak yaitu melalui bidan desa (bidan PTT), oleh sebab itu pemberian pelayanan kesehatan oleh bidan harus sesuai dengan adat istiadat setempat tanpa mengubah dari tata kerja pelayanan kesehatan dan tidak mengganggu proses pemberian pelayanan kesehatan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak.

Bidan alamiahnya hidup dan bekerja dikomunitas yang multi ras dan multi kultural dimana dia dianggap sebagai role model, mempunyai kepercayaan diri dan kemampuan advokasi. Pencapaian tujuan ilmu antropologi dapat didukung oleh organisasi profesi bidan dan untuk merubah perilaku yang tidak merugikan kesehatan dan untuk menurunkan AKI dan AKB. Pelayanan kebidanan harus sesuai dengan adat istiadat setempat tanpa mengubah tata kerja pelayanan kebidanan dan kode etik bidan. Tugas bidan mendahulukan kepentingan klien menghormati klien dan nilai-nilai yang berlaku di masyarakat (Hunt,2001 dalam Wildeman 2008).

Untuk itu seorang bidan harus berpikir bersikap dan bertindak di dalam dan di luar kerangka kerja bidan untuk dapat memberikan pelayanan yang terbaik sensitif terhadap gender dan kebudayaan klien.

Contoh perilaku sosial budaya masyarakat yang berkaitan dengan kehamilan:

- Upacara-upacara yang dilakukan untuk mengupayakan keselamatan bagi janin dalam prosesnya menjadi bayi hingga saat kelahirannya adalah upacara mitoni, procotan dan brokohan.
- Larangan masuk hutan, karena wanita hamil menurut kepercayaan baunya harum sehingga makhluk-makhluk halus dapat menggonggonya.

- Pantangan keluar waktu maghrib dikhawatirkan kalau diganggu mahluk halus atau roh jahat.
- Pantangan menjalin rambut karena bisa menyebabkan lilitan tali pusat.
- Tidak boleh duduk di depan pintu, dikhawatirkan akan susah melahirkan.
- Tidak boleh makan pisang dempet, dikhawatirkan anak yang akan dilahirkan kembar dempet atau siam.
- Jangan membelah puntung atau kayu api yang ujungnya sudah terbakar, karena anak yang dilahirkan bisa sumbing atau anggota badannya ada yang buntung.
- Jangan meletakan sisir di atas kepala, ditakutkan akan susah saat melahirkan.
- Dilarang menganyam bakul karena dapat berakibat jari-jari tangannya akan berdempet menjadi satu.
- Jangan membuat kulit ketupat pada masa hamil karena orang tua percaya bahwa daun kelapa untuk kulit ketupat harus dianyam tertutup rapat oleh wanita hamil, sehingga dikhawatirkan bayi yang lahir nanti kesindiran, tertutup jalan lahirnya.
- Tidak boleh membelah/memotong binatang, agar bayi yang lahir nanti tidak sumbing atau cacat fisik lainnya.
- Tidak boleh menutup pinggir perahu (galak haruk), memaku perahu, memaku rumah, membelah kayu api yang sudah terbakar ujungnya, memukul kepala ikan.
- Pantangan nazar karena bisa menyebabkan air liur menetes terus.
- Menggunakan jimat saat bepergian.
- Tidak boleh makan makanan yang berbau amis.
- Tidak boleh mempersiapkan keperluan untuk bayi sebelum lahir.

Peran bidan di komunitas terhadap perilaku selama hamil :

- KIE tentang menjaga kehamilan yaitu dengan ANC teratur, konsumsi makanan bergizi, batasi aktifitas fisik, tidak perlu pantang makan.
- KIE tentang segala sesuatu sudah diatur Tuhan Yang Maha Esa, mitos yang tidak benar ditinggalkan.
- Pendekatan kepada tokoh masyarakat untuk mengubah tradisi yang negatif atau berpengaruh buruk terhadap kehamilan.
- Bekerjasama dengan dukun setempat.
- KIE tentang tempat persalinan, proses persalinan, perawatan selama dan pasca persalinan.
- KIE tentang hygiene personal dan hygiene persalinan.

Contoh perilaku sosial budaya lainnya selama persalinan :

- Bayi laki-laki adalah penerus keluarga yang akan menjaga nama baik.
- Bayi perempuan adalah pelanjut atau penghasil keturunan.
- Memasukkan minyak ke dalam vagina supaya persalinan lancar.
- Melahirkan di tempat terpencil hanya dengan dukun.
- Minum minyak kelapa memudahkan persalinan.
- Minum air rendaman akar rumput fatimah dapat memperlancar persalinan.
- Minum madu dan telur dapat menambah tenaga untuk persalinan.
- Makan daun kemangi membuat ari-ari lengket, hingga mempersulit persalinan.

Peran bidan di komunitas terhadap perilaku selama persalinan :

- Memberikan pendidikan pada penolong persalinan mengenai tempat persalinan, proses persalinan, perawatan selama dan pasca persalinan.

- Memberikan pendidikan mengenai konsep kebersihan baik dari segi tempat dan peralatan.
- Bekerja sama dengan penolong persalinan (dukun) dan tenaga kesehatan setempat

Contoh perilaku sosial budaya selama nifas:

1. Pada masa nifas dilarang makan telur, daging, udang, ikan laut dan lele.
 - Dampak Positif : -
 - Dampak Negatif : Dapat merugikan karena pada masa nifas ibu membutuhkan makanan yang bergizi seimbang agar ibu dan bayi menjadi sehat dan dampak positif dari larangan ini tidak ada.
2. Setelah melahirkan atau setelah operasi, ibu hanya boleh makan tahu dan tempe tanpa garam atau biasa disebut dengan ngayep, dilarang banyak makan dan minum, dan makanan harus disangan/dibakar sebelum dikonsumsi.
 - Dampak positif : -
 - Dampak negatif: Dapat menghambat penyembuhan luka karena pada dasarnya makanan yang sehat akan mempercepat penyembuhan luka dan dampak positif dari larangan ini tidak ada.
3. Pada masa nifas, ibu dilarang tidur siang
 - Dampak Positif : -
 - Dampak negatif: Ibu menjadi kurang istirahat sedangkan pada masa ini seorang ibu harus cukup istirahat dan mengurangi kerja berat karena tenaga yang tersedia sangat bermanfaat untuk kesehatan ibu dan bayi.
4. Pada masa nifas dan saat menyusui, ibu harus puasa, tidak makan makanan yang padat setelah waktu maghrib.
 - Dampak positif: Hal ini dibenarkan karena dalam faktanya masa nifas setelah maghrib dapat menyebabkan badan masa nifas mengalami penimbunan lemak, disamping itu organ-organ kandungan pada masa nifas belum pulih kembali.

- Dampak negatif: Ibu menjadi kurang nutrisi sehingga produksi ASI menjadi berkurang.
5. Pada masa nifas, ibu tidak boleh keluar rumah sebelum 40 hari.
- Dampak positif : -
 - Dampak negatif : Hal ini tidak diperlukan karena pada masa nifas, ibu dan bayi yang baru lahir harus periksa kesehatan serta pada rentang waktu tersebut ada beberapa imunisasi yang diperlukan oleh bayi.

4.4 SISTEM NILAI DAN NORMA YANG BERLAKU DI MASYARAKAT TERKAIT DENGAN KEBIDANAN KOMUNITAS

4.4.1 Pengertian Nilai dan Norma

- Nilai adalah kumpulan sikap dan perasaan-perasaan yang diwujudkan melalui perilaku yang mempengaruhi perilaku sosial orang yang memiliki nilai tersebut.
- Nilai sosial adalah sikap-sikap dan perasaan yang diterima secara luas oleh masyarakat dan merupakan dasar untuk merumuskan apa yang benar dan apa yang penting.
- Norma adalah petunjuk hidup yang berisi perintah maupun larangan yang ditetapkan berdasarkan kesepakatan bersama dan bermaksud untuk mengatur setiap perilaku manusia di dalam masyarakat guna mencapai ketertiban dan kedamaian.
- Norma sosial adalah peraturan sosial menyangkut perilaku-perilaku yang pantas dilakukan dengan menjalani interaksi sosialnya.

4.4.2 Ciri-Ciri

- Nilai sosial yaitu:
 - Tercipta dari proses interaksi antar manusia secara intensif dan bukan perilaku yang dibawa sejak lahir.
 - Ditranformasikan melalui proses belajar.
- Berbeda-beda pada tiap kelompok manusia.
- Norma Sosial yaitu:

- Umumnya tidak tertulis (lisan).
- Hasil kesepakatan masyarakat.
- Warga masyarakat sebagai pendukung sangat menaatinya.
- Apabila norma dilanggar, ia disanksi.
- Norma sosial kadang-kadang bisa menyesuaikan perubahan sosial.

4.4.3 Norma yang berlaku dimasyarakat

Norma Sosial

- Norma Agama: Peraturan sosial yang sifatnya mutlak dan tidak ditawar-tawar atau diubah karena dari Tuhan. Melakukan sholat, tidak berbohong, tidak mencuri, dan menyembah kepada-Nya.
- Norma Kesusilaan: Peraturan sosial yang berasal dari hati nurani yang menghasilkan akhlak sehingga dapat melihat mana yang baik, dan mana yang buruk. Telanjang didepan orang ramai, atau di tempat beribadah meski suami isteri.
- Norma Kesopanan: Peraturan sosial yang berpengaruh pada hal-hal yang berkenan dengan bagaimana seseorang harus bertingkah laku yang wajar. Tidak meludah di sembarang tempat, dan memberi atau meminta dengan tangan kanan.
- Norma Kebiasaan: Peraturan sosial yang berisi petunjuk atau perusahaan yang dibuat secara sadar. Membawa oleh-oleh apabila pulang dari suatu tempat dan bersalaman.

4.4.4 Norma Hukum Peraturan sosial yang diatur atau dibuat oleh lembaga-lembaga tertentu. Wajib membayar pajak, dan dilarang mengambil milik orang lain.

Peran Nilai Sosial

Pada umumnya nilai sosial memiliki fungsi bagi individu anggota suatu masyarakat maupun bagi masyarakat secara keseluruhan. Ada lima fungsi dari nilai sosial, yaitu :

1. Alat untuk menentukan harga dan kelas sosial seseorang
2. Mengarahkan cara berpikir dan berperilaku
3. Penentu dalam menjalankan peran sosial

4. Alat solidaritas diantara anggota kelompok
5. Alat pengawas dan penekan seseorang agar berperilaku baik

4.4.5 Hubungan Nilai dan Norma

Saling berkaitan namun keduanya dapat dibedakan yaitu jika nilai merupakan pola pelakuan yang diinginkan maka norma sebagai cara kelakuan untuk mencapai nilai.

4.5 PANDANGAN MASYARAKAT TENTANG DUKUN BAYI DAN PETUGAS KESEHATAN

4.5.1 Dukun Bayi

1. Definisi

Dukun adalah seorang anggota masyarakat pada umumnya seorang wanita yang mendapat kepercayaan serta memiliki keterampilan dalam menolong persalinan secara tradisional dan memperoleh keterampilan tersebut dengan secara turun temurun, belajar secara praktis atau dengan cara lain yang menjurus kearah peningkatan keterampilan bidan serta melalui petugas kesehatan.

2. Peran dukun bayi

- a. Peran dukun bayi sebagai penolong persalinan.
- b. Peran dukun bayi dalam memberikan perawatan kepada bayi dan ibu.
- c. Peran Paraji sebagai Pemimpin Jalannya Upacara Slametan.

3. Hubungan Dukun Bayi dengan Masyarakat

Di dalam memberikan perawatan baik kepada bayi ataupun ibu bayi mereka tidak harus diwajibkan mendatangi dukun bayi tetapi secara sukarela dukun bayi akan mendatangi rumah pasiennya selama jarak tempat tinggal mereka terjangkau. Pemberian upah atas perawatan yang diberikan oleh dukun bayi tidak dipatok harga tertentu semua diberikan atas dasar kemampuan finansial pasien.

4. Perspektif Masyarakat Mengenai Dukun Bayi

Masyarakat memandang dukun bayi sebagai seorang yang memiliki kemampuan lebih atau supranatural dalam menekuni profesinya. Secara-sosio kultural, kelahiran bagi orang Jawa dianggap sebagai krisis kehidupan yang harus diseimbangkan antara Tuhan dan alam sehingga adanya ritual dan upacara adalah mutlak dilakukannya

Menjadi dukun bayi adalah pilihan yang tidak semua orang dapat melakukannya sehingga memberikan pertolongan persalinan dan serangkaian kegiatan yang menyertainya adalah suatu pekerjaan mulia yang telah menyelamatkan manusia dari bahaya magis dan nonmagis.

5. Tanggapan Masyarakat Mengenai Peranan Dukun Bayi dalam proses persalinan:

- a. Masyarakat berasumsi, keberadaan dukun bayi dan praktiknya berarti telah melestarikan budaya yang secara turun-temurun dijalankan pada peristiwa disepul kelahiran seorang bayi.
- b. Dengan tetap melakukan upacara-upacara *selamatan* di seputar peristiwa kehamilan dan kelahiran masyarakat terikat oleh aturan-aturan para leluhur mereka. Banyak masyarakat yang memahami bahwa peristiwa di seputar kehamilan dan kelahiran adalah sesuatu yang sifatnya magis, percaya setiap tahapannya diperlukan perlakuan khusus yang hanya dapat dilakukan oleh orang tertentu, dalam hal ini adalah dukun bayi.

4.5.2 Tenaga Kesehatan

Petugas kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan keterampilan melalui lembaga pendidikan di bidang kesehatan. Persalinan oleh tenaga kesehatan dianggap memenuhi persyaratan sterilitas, aman dan bila mendadak terjadi

keawatdaruratan maka pertolongan pertama serta rujukan dapat dilakukan.

Pandangan terhadap Bidan

Sebagai petugas yang secara langsung memberikan pelayanan kepada masyarakat, khususnya berkenaan dengan kesehatan maternal, maka masyarakat bisa memberikan penilaian atau pandangan terhadap pelayanan yang diberikan oleh bidan tersebut. Meskipun secara umum masyarakat memandang bahwa pelayanan yang diberikan oleh bidan kepada masyarakat sudah cukup baik, namun dengan kondisi bidan yang beragam baik dari segi kemampuan menangani pasien, kepribadian, rasa pengabdian dan keinginan untuk melayani, dan berbagai faktor yang lain, maka pandangan dan penilaian terhadap bidan menjadi cukup beragam.

Pertama, secara umum masyarakat memandang pelayanan yang diberikan oleh bidan kepada masyarakat sudah cukup baik. Biasanya mereka bersedia dipanggil bila ada yang membutuhkan pertolongannya. Namun demikian ada yang menilai bahwa bidan pelayanannya kurang bagus, misalnya ada bidan yang tidak segera mau datang bila dimintai pertolongan. Keluhan yang banyak dikemukakan berkenaan dengan kesiapan bidan memberikan pertolongan adalah ketika bidan diminta memberikan pertolongan pada malam hari. Diantara bidan ada yang enggan datang pada saat itu juga, pada hal proses kelahiran tidak bisa ditunda. Selain itu ada yang melihat bahwa bidan dalam memberikan pelayanan kebanyakan juga cenderung tidak proaktif, dalam arti cenderung menunggu untuk dipanggil baik pada saat melakukan pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan maupun pasca persalinan.

Kedua, di mata sebagian masyarakat bidan dipandang kurang sabar dalam menunggu ibu yang akan melahirkan. Biasanya

bidan memang akan pulang lagi ke rumahnya setelah melihat kelahirannya diperkirakan masih lama (beberapa jam lagi). Sehingga kadang-kadang ketika bidan datang untuk yang kedua kalinya bayi sudah lahir, di bawah pertolongan dukun. Apabila dibandingkan, secara umum dukun memang cenderung lebih sabar dan telaten. Biasanya dukun akan menunggui terus sejak ia dipanggil sampai proses kelahirannya.

Ketiga, dilihat dari kemampuan bidan dalam melakukan pemeriksaan kehamilan dan menolong persalinan, umumnya bidan dipandang cukup mampu melakukan tugasnya. Dibandingkan dengan dukun, secara umum masyarakat memandang bahwa bidan lebih pintar dan lebih mampu menangani kehamilan dan persalinan. Alasan yang dikemukakan antara lain bahwa untuk menjadi bidan harus sekolah cukup lama, dan peralatan yang dimiliki juga lebih lengkap.

Keempat, kebanyakan bidan merupakan pendatang, dalam arti bukan merupakan penduduk asli setempat. Dengan kondisi semacam ini akan memberikan pengaruh kepada pola hubungan sosial bidan dengan penduduk desa di mana ia ditugaskan. Misalnya ada bidan yang kurang mampu berkomunikasi secara baik dengan penduduk setempat, khususnya untuk bidan baru yang bukan berasal dari etnis Madura. Selain itu ada bidan yang tidak bertempat tinggal di desa tempatnya bertugas. Akibatnya masyarakat mengalami kesulitan bila sewaktu-waktu membutuhkan pertolongannya.

Kelima, mengenai biaya pemeriksaan dan pertolongan persalinan, secara umum dipandang cukup mahal. Meskipun tidak secara eksplisit mereka mengaku keberatan dengan tarif yang dikenakan bila minta pertolongan bidan, namun umumnya mereka membandingkan dengan rendahnya

ongkos persalinan lewat dukun. Dengan perbedaan besarnya tarif tersebut menjadi salah satu pertimbangan penting untuk memilih apakah ingin ditolong bidan atau dukun.

Faktor yang mempengaruhi pandangan masyarakat terhadap dukun dan tenaga kesehatan:

1. Kemiskinan

Tersedianya berbagai jenis pelayanan publik serta persepsi tentang nilai dan mutu pelayanan merupakan faktor penentu apakah rakyat akan memilih tenaga kesehatan atau tidak. Biasanya, perempuan memilih berdasarkan penyedia layanan tersebut, sementara laki-laki menentukan pilihan mereka berdasarkan besar kecilnya biaya sejauh dijangkau oleh masyarakat miskin. Sekitar 65% dari seluruh masyarakat miskin yang diteliti menggunakan penyedia layanan kesehatan rakyat seperti bidan di desa, puskesmas atau puskesmas pembantu (pustu), sementara 35% sisanya menggunakan dukun beranak yang dikenal dengan berbagai sebutan. Walaupun biaya merupakan alasan yang menentukan pilihan masyarakat miskin, ada sejumlah faktor yang membuat mereka lebih memilih layanan yang diberikan oleh dukun. Biaya pelayanan yang diberikan oleh bidan di desa untuk membantu persalinan lebih besar daripada penghasilan RT miskin dalam satu bulan. Disamping itu, biaya tersebut pun harus dibayar tunai. Sebaliknya, pembayaran terhadap dukun lebih lunak secara uang tunai dan ditambah barang. Besarnya tarif dukun hanya sepersepuluh atau seperlima dari tarif bidan desa. Dukun juga bersedia pembayaran mereka ditunda atau dicicil (Suara Merdeka, 2003).

2. Masih langkanya tenaga medis di daerah-daerah pedalaman

Sekarang dukun di kota semakin berkurang meskipun sebetulnya belum punah sama sekali bahkan disebagian besar kabupaten, dukun beranak masih eksis dan dominan. Menurut data yang diperoleh Dinas Kesehatan Jawa Barat jumlah bidan

jaga di Jawa Barat sampai tahun 2005 ada 7.625 orang. Disebutkan pada data tersebut, jumlah dukun di perkotaan hanya setengah jumlah bidan termasuk di kota Bandung. Namun, di 9 kabupaten jumlah dukun lebih banyak (dua kali lipat) jumlah bidan. Malah di Jawa Barat masih ada 10 kabupaten yang tidak ada bidan (Ketua Mitra Peduli/Milik Jabar).

3. Kultur budaya masyarakat

Masyarakat kita terutama di pedesaan, masih lebih percaya kepada dukun beranak daripada bidan apalagi dokter. Rasa takut masuk rumah sakit masih melekat pada kebanyakan kaum perempuan. Kalaupun terjadi kematian ibu atau kematian bayi mereka terima sebagai musibah yang bukan ditentukan manusia. Selain itu masih banyak perempuan terutama muslimah yang tidak membenarkan pemeriksaan kandungan, apalagi persalinan oleh dokter atau para medis laki-laki. Dengan sikap budaya dan agama seperti itu, kebanyakan kaum perempuan di pedesaan tetap memilih dukun beranak sebagai penolong persalinan meskipun dengan resiko sangat tinggi.

4. Pelayanan yang dapat diberikan oleh dukun

Dalam mutu pelayanan tidak dipenuhinya standar minimal medis oleh para dukun, seperti dengan praktek yang tidak steril (memotong tali pusat dengan sebilah bambu dan meniup lubang hidung bayi baru lahir dengan mulut).

4.6 MASALAH YANG TERJADI DALAM ANTROPOLOGI KEBIDANAN KOMUNITAS

4.6.1 *Antenatal care*

1. Ibu hamil atau menyusui tidak boleh makan makanan amis

Di beberapa daerah ada kepercayaan, bahwa apabila seorang wanita sedang dalam keadaan hamil atau menyusui bila mengkonsumsi makanan yang berbau amis seperti: telur, ikan laut

atau ikan asin maka akan berakibat bayi yang dilahirkan dan air susu ibu berbau amis pula. Ada juga kepercayaan yang sampai saat ini masih diyakini, bahwa jika seorang ibu hamil makan udang, maka akan berakibat proses persalinannya mengalami kesulitan (mungkin analogi : udang sering berjalan mundur).

Padahal menurut ilmu kedokteran, setiap ibu hamil memerlukan makanan yang cukup, baik jumlah maupun kandungan gizinya demi kesehatan dan pertumbuhan janin yang dikandungnya. Jenis makanan (amis) yang tersebut di atas justru sangat diperlukan oleh ibu hamil, karena kandungan proteinnya yang tinggi, zat yang sangat diperlukan dalam pertumbuhan janin, bahkan turut menentukan kecerdasan anak di kemudian hari.

Pada prinsipnya, tidak ada pantangan makanan bagi ibu hamil maupun ibu menyusui, kecuali karena penyakit yang diderita. Contoh, Ibu hamil atau menyusui yang menderita penyakit darah tinggi, pantang makanan asin, minum kopi atau makanan yang berlemak (tinggi kolesterol), hal ini berlaku selama hidup, tidak hanya dalam keadaan hamil atau menyusui saja.

Begitu juga ibu hamil atau menyusui penderita penyakit maag, dianjurkan untuk menghindari makanan yang merangsang lambung (maag), seperti: makanan pedas, makanan asam, makanan yang mengandung alkohol (tape, brem, durian, nangka). Namun begitu memang ada makanan yang mutlak harus dihindari oleh ibu hamil atau menyusui, yaitu makanan atau minuman yang mengandung alkohol dan rokok.

2. Ibu hamil tidak boleh tidur siang.

Dengan alasan akan mempersulit proses persalinan atau dalam persalinan banyak mengeluarkan darah, bahkan kalau tidur siang nanti akan tidur bersama genderwo (jawa: sejenis setan) seorang ibu hamil tidak boleh tidur siang. Kepercayaan yang sulit dicerna dengan akal sehat ini masih banyak diyakini kebenarannya di beberapa daerah, termasuk di daerah perkotaan.

Pada kenyataannya seorang ibu hamil untuk memelihara kesehatan disamping harus cukup makan dalam jumlah dan nilai gizinya, juga harus cukup istirahat dan cukup olah raga sesuai dengan umur kehamilannya.

Seorang ibu hamil yang cukup istirahat akan berdampak positif terhadap kesehatan ibu maupun janin yang dikandungnya, yang pada gilirannya justru akan mempermudah proses persalinan.

4.6.2 *Intranatal care*

Misalnya memberi minyak goreng untuk diminum ibu yang akan bersalin agar anak yang akan dilahirkan menjadi licin dan proses persalinan menjadi cepat. Padahal dengan memberi minyak goreng dapat meningkatkan frekuensi mual muntah jadi sering mengganggu kenyamanan ibu saat proses persalinan.

4.6.3 *Postnatal care*

1. Air susu ibu yang pertama kali keluar tidak boleh diberikan kepada bayi.

Kepercayaan ini masih ada di beberapa daerah, terutama di pedesaan, dengan alasan yang tidak jelas. Dengan alasan tertentu mereka menggantinya dengan air kelapa hijau, madu, buah pisang atau makanan/minuman lain.

Dalam ilmu kedokteran air susu ibu yang pertama kali keluar disebut kolostrum, cairan bening kekuningan ini telah terbukti secara ilmiah adalah anugerah Tuhan Yang Maha Pengasih atas makhluknya. Karena di dalam kolustrum terdapat kandungan zat gizi yang sangat sesuai dengan kondisi bayi yang baru dilahirkan, disamping mengandung zat kekebalan terhadap beberapa penyakit yang mungkin akan mengancam bayi, karena daya tahan tubuhnya yang masih lemah. Untuk itu kolustrum mutlak harus diberikan kepada bayi yang baru lahir.

2. Pemberian makanan selain ASI kepada bayi berumur kurang dari 6 (enam) bulan.

Dengan alasan supaya bayi cepat besar, tanpa didasari ilmu yang benar sebagian masyarakat masih suka memberikan makanan selain ASI (air susu ibu) kepada bayi berumur kurang dari 6 bulan, seperti: nasi yang diuleg dengan pisang atau gula kelapa, atau bubur bayi instan (padahal dalam kemasannya sudah tertulis: hanya boleh diberikan kepada bayi berumur di atas 6 bulan). Dalam penelitian di bidang kedokteran, diyakini dan terbukti bahwa sampai umur 6 bulan pencernaan bayi hanya mampu menerima makanan cair, yaitu ASI. Bila bayi dipaksakan untuk mengkonsumsi makanan selain ASI, maka akan berakibat kerusakan silia (rambut) usus halus yang berfungsi sebagai alat untuk menyerap sari makanan. Dampak negatif selanjutnya adalah bayi akan mudah terserang penyakit diare yang sangat berbahaya, dan terganggunya pertumbuhan serta perkembangan bayi. Jadi untuk menjamin pertumbuhan dan perkembangan bayi yang optimal, makanan tambahan berupa bubur halus baru boleh diberikan setelah bayi berumur 6 bulan (perilaku ini disebut ASI Eksklusif), dengan tetap memberikan ASI sampai bayi berumur 2 (dua) tahun. Seterusnya setelah berumur 6 bulan dapat diberikan makanan bubur kasar, dan makanan orang dewasa setelah bayi menginjak umur 12 bulan atau 1 tahun.

4.6.4 Penyakit Imun Tubuh

1. Kuah ayam untuk mempercepat keluarnya bercak merah pada penderita campak.

Campak, Gabag atau Morbili adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus. Gejala yang menonjol dari penyakit ini adalah munculnya bercak merah di kulit setelah didahului demam selama tiga hari. Namun ternyata penyakit ini juga menyerang selaput lendir saluran pernafasan sehingga muncul gejala batuk dan pilek, juga menyerang saluran pencernaan sehingga bisa muncul gejala diare, serta menyerang selaput mata sehingga ada gejala radang selaput mata (konjunktiva). Bila daya tahan tubuh penderita

cukup baik penyakit ini bisa sembuh dengan sendirinya. Keadaan bahaya muncul manakala ada infeksi sekunder oleh bakteri dengan tanda gejala panas masih ada walaupun bercak merah sudah muncul, batuk pilek berkembang cepat menjadi radang bronchus (bronchitis) dan radang paru-paru (pneumonia), serta gejala kekurangan cairan (dehidrasi berat) karena diare yang hebat. Infeksi sekunder oleh bakteri inilah yang sering menyebabkan penderita tidak tertolong.

Keyakinan yang ada di sebagian masyarakat adalah bahwa bila ada anak yang demam maka akan cepat keluar bercak merah (ambrol) dan sembuh bila diberi kuah ayam. Hal ini tentunya tidak bisa diterima dengan akal sehat. Pertama karena tanpa pemberian kuah ayampun kalau memang anak menderita campak maka pasti akan keluar bercak merah, sebaliknya walaupun diberi kuah ayam sebanyak-banyaknya kalau anak tidak menderita campak, maka tidak akan keluar bercak merah di kulit.

Kedua, untuk mempercepat kesembuhan penderita campak tentunya tidak cukup hanya diberi kuah ayam. Pemberian makanan dengan kadar protein dan kalori yang tinggi dengan tujuan memperkuat daya tahan tubuh adalah cara yang tepat untuk mempercepat kesembuhan, disamping terapi dengan obat sesuai indikasi. Yang tidak kalah penting diketahui adalah, bahwa penyakit Campak bisa dicegah dengan pemberian imunisasi pada bayi usia 9 s/d 11 bulan.

2. Salah urat (kesliring/kecetit/keseleo) adalah penyebab anak demam, pilek dan batuk.

Karena kepercayaan ini anak dengan gejala tersebut oleh orang tuanya akan dibawa ke dukun pijat, sehingga berakibat keterlambatan dalam pengobatan bahkan muncul komplikasi yang sebenarnya bisa dihindari atau dicegah.

Dalam ilmu kedokteran anak panas berarti ada kuman penyakit yang masuk ke dalam tubuh (infeksi karena virus atau bakteri). Pilek dan batuk adalah salah satu akibat dari infeksi yang terjadi di saluran pernafasan. Penyakit ini harus segera diobati

(tidak cukup hanya dipijat) agar cepat sembuh dan tidak menjar ke saluran nafas bawah, menjadi Bronchitis atau Pneumonia (radang Paru-paru) yang ditandai dengan nafas cepat dan atau sesak nafas serta penurunan kesadaran. Pneumonia sangat berbahaya karena bisa menyebabkan kematian.

3. Diare adalah tanda anak akan bertambah pintar/tambah akal.

Oleh sebagian masyarakat yang masih percaya terhadap hal ini, bila anaknya menderita diare maka akan dibiarkan saja. Padahal diare/mencret/muntaber (muntah dan berak) adalah penyakit menular yang sangat berbahaya, penderita bisa jatuh dalam keadaan kekurangan cairan (dehidrasi) dan tidak tertolong. Penyakit ini disebabkan oleh infeksi virus, bakteri atau amoeba. Selain harus diperiksa oleh petugas kesehatan agar mendapat obat yang tepat guna memberantas kuman penyebab penyakit, penderita juga harus selalu diberi cairan oralit atau Larutan Gula Garam (LGG) setiap diare dan atau muntah, agar tidak terjadi dehidrasi.

4. TBC adalah penyakit keturunan atau penyakit kutukan dan tidak bisa disembuhkan.

TBC atau Tuberculosis adalah penyakit infeksi bakteri yang bersifat menahun (kronis, berlangsung lama), kebanyakan menyerang paru-paru, dapat menular dan mematikan. Gejala yang muncul diantaranya adalah batuk yang tidak kunjung sembuh atau sering kambuh, batuk berdarah dan berdarah, keringat malam tanpa aktivitas, menurunnya daya tahan tubuh, lemah tidak bersemangat (produktivitas berkurang) dan menurunnya berat badan sehingga penderita tampak kurus.

Penyakit ini bisa diobati sampai sembuh dengan obat anti TBC yang bisa didapat di fasilitas kesehatan negeri (Puskesmas, RS pemerintah) dengan gratis. Pengobatan bersifat jangka panjang, minimal selama 6 bulan. Penyakit ini juga bisa dicegah dengan pemberian imunisasi BCG pada bayi kurang dari 3 bulan, disamping dengan perbaikan lingkungan pemukiman dan penerapan pola hidup bersih dan sehat serta peningkatan status gizi.

Jadi TBC bukan penyakit keturunan atau kutukan dan tidak bisa disembuhkan. Kepercayaan seperti ini mengakibatkan penderita dan keluarganya jatuh ke dalam keadaan pasrah sehingga tidak ada usaha untuk berobat, yang pada gilirannya berdampak kepada penyebaran penyakit yang semakin luas dan kematian penderita.

4.6.5 *Teori Health Believe Model (HBM)*

Teori kepercayaan kesehatan adalah salah satu teori yang paling sering digunakan dalam aplikasi ilmu perilaku kesehatan yang dikembangkan pada tahun 1950 oleh sekelompok psikologi untuk membantu menjelaskan mengapa orang akan menggunakan pelayanan kesehatan. Sejak terbentuk teori HBM telah digunakan untuk menjelaskan berbagai perilaku kesehatan. Yang dihipotesis oleh teori HBM adalah tindakan-tindakan yang berkaitan dengan kesehatan beberapa kejadian stimulasi yang terdiri dari 3 faktor yaitu :

1. Cukup motivasi (masalah kesehatan) untuk membuat masalah yang ada menjadi relevan.
2. Keyakinan bahwa seorang rentan atau serius mengalami masalah kesehatan dari suatu penyakit atau kondisi. Hal ini sering dianggap sebagai ancaman yang dirasakan.
3. Keyakinan bahwa mengikuti rekomendasi tertentu yang akan bermanfaat dalam mengurangi ancaman yang dirasakan, pada biaya yang dikeluarkan. Biaya mengacu pada hambatan yang dirasakan harus diatasi dalam rangka untuk mengikuti rekomendasi kesehatan, tetapi tidak terbatas pengeluaran keuangan (Maiman, 1997).

1. **Aspek Sosial Budaya Dalam Pencarian Pelayanan Kesehatan**

Masyarakat Indonesia terdiri atas banyak suku bangsa yang mempunyai latar belakang budaya yang beraneka ragam. Lingkungan budaya tersebut sangat mempengaruhi tingkah laku

manusia yang memiliki budaya tersebut, sehingga dengan keanekaragaman budaya, menimbulkan variasi dalam perilaku manusia dalam segala hal, termasuk dalam perilaku kesehatan. (Kresno, 2000).

Walaupun jaminan kesehatan dapat membantu banyak orang yang berpenghasilan rendah dalam memperoleh perawatan yang mereka butuhkan, tetapi ada alasan lain disamping biaya perawatan kesehatan, yaitu adanya celah diantara kelas sosial dan budaya dalam penggunaan pelayanan kesehatan (Sarafino, 2002).

2. **Faktor Sosial Dalam Penggunaan Pelayanan Kesehatan**

- a. Cenderung lebih tinggi pada kelompok orang muda dan orang tua.
- b. Cenderung lebih tinggi pada orang yang berpenghasilan tinggi dan berpendidikan tinggi.
- c. Cenderung lebih tinggi pada kelompok Yahudi dibandingkan dengan penganut agama lain.
- d. Persepsi sangat erat hubungannya dengan penggunaan pelayanan kesehatan (Sarifano, 2002).

3. **Faktor Budaya Dalam Penggunaan Pelayanan Kesehatan**

Faktor kebudayaan yang mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan diantaranya adalah :

- a. Rendahnya penggunaan pelayanan kesehatan pada suku bangsa terpencil.
- b. Ikatan keluarga yang kuat lebih banyak menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan.
- c. Meminta nasehat dari keluarga dan teman-teman.
- d. Pengetahuan tentang sakit dan penyakit. Dengan asumsi jika pengetahuan tentang sakit meningkat maka penggunaan pelayanan kesehatan juga meningkat.
- e. Sikap dan kepercayaan masyarakat terhadap *provider* sebagai pemberi pelayanan kesehatan.

4.7 Peran bidan terhadap perilaku masyarakat

4.7.1 Peran bidan terhadap perilaku selama hamil

1. KIE tentang menjaga kehamilan yaitu dengan ANC teratur, konsumsi makanan bergizi, batasi aktifitas fisik, tidak perlu pantang makan.
2. KIE tentang segala sesuatu sudah diatur Tuhan Yang Maha Esa, mitos yang tidak benar ditinggalkan.
3. Pendekatan kepada tokoh masyarakat untuk mengubah tradisi yang negatif atau berpengaruh buruk terhadap kehamilan.

4.7.2 Persalinan

1. Memberikan pendidikan pada penolong persalinan mengenai tempat persalinan, proses persalinan, perawatan selama dan pasca persalinan.
2. Memberikan pendidikan mengenai konsep kebersihan baik dari segi tempat dan peralatan.
3. Bekerja sama dengan penolong persalinan (dukun) dan tenaga kesehatan setempat.

4.7.3 Peran bidan di komunitas terhadap perilaku masa nifas dan bayi baru lahir.

1. KIE perilaku positif dan negatif.
2. Memberikan penyuluhan tentang pantangan makanan selama masa nifas dan menyusui sebenarnya kurang menguntungkan bagi ibu dan bayi.
3. Memberikan pendidikan tentang perawatan bayi baru lahir yang benar dan tepat, meliputi pemotongan tali pusat, membersihkan/memandikan, menyusukan (kolostrum), menjaga kehangatan.
4. Memberikan penyuluhan pentingnya pemenuhan gizi selama masa pasca bersalin, bayi dan balita.

Latihan

Latihan diberikan kepada setiap mahasiswa sesuai materi pada Bab II secara terstruktur dan sistematis pada akhir pertemuan sehingga mahasiswa memiliki penguasaan yang baik terhadap Bab

tentang pembangunan kesehatan dan penyelenggaraan kebidanan komunitas ini. Adapun soal yang digunakan untuk latihan adalah sebagai berikut :

1. Jelaskan tentang antropologi pelayanan kebidanan komunitas.
2. Sebutkan beberapa sistim dan nilai yang berlaku di masyarakat terkait kebidanan komunitas.
3. Jelaskan pandangan masyarakat terkait dukun bayi dan hubungannya dengan petugas kesehatan.

Ringkasan atau Poin Poin Penting

- Antropologi secara umum
- Antropologi kesehatan
- Antropologi pelayanan kebidanan komunitas
- Sistem nilai dan norma yang berlaku di masyarakat terkait kebidanan komunitas
- Pandangan masyarakat tentang dukun bayi dan petugas kesehatan
- Masalah-masalah yang terjadi dalam antropologi kebidanan komunitas

PENUTUP

Evaluasi, Pertanyaan Diskusi, Soal Latihan, Praktek atau Kasus

Evaluasi

NO	KOMPONEN NILAI BLOK	BOBOT
1	Penilaian Tutorial	20%
2	Tugas Penilaian proses pada saat pembuatan manajemen asuhan kebidanan komunitas: Dimensi <i>intrapersonal skill</i> yang sesuai: <ul style="list-style-type: none">▪ Berpikir kreatif▪ Berpikir kritis▪ Berpikir analitis▪ Berpikir inovatif▪ Mampu mengatur waktu▪ Berargumen logis▪ Mandiri▪ Memahami keterbatasan diri▪ Mengumpulkan tugas tepat waktu▪ Kesesuaian topik dengan pembahasan Dimensi <i>interpersonal skill</i> yang sesuai: <ul style="list-style-type: none">▪ Tanggung jawab▪ Kemitraan dengan perempuan▪ Menghargai otonomi perempuan▪ Advokasi perempuan untuk pemberdayaan diri▪ Memiliki sensitivitas budaya. Values : <ul style="list-style-type: none">▪ Bertanggungjawab▪ Motivasi▪ Dapat mengatasi stress.	20%
3	Ujian Tulis (MCQ)	60%

Ketentuan :

1. Mahasiswa yang akan mengikuti ujian tulis/praktikum harus mengikuti persyaratan berikut :

- a. Minimal kehadiran dalam kegiatan diskusi tutorial 80%
 - b. Minimal kehadiran dalam kegiatan diskusi pleno 80%
 - c. Minimal kehadiran dalam kegiatan keterampilan klinik 80%
 - d. Minimal kehadiran dalam kegiatan praktikum 80%
 - e. Minimal kehadiran dalam kegiatan DKK 80%
 - f. Minimal kehadiran dalam kegiatan Kuliah Pengantar 80%
2. Apabila tidak lulus dalam ujian tulis, mahasiswa mendapat kesempatan untuk ujian remedial satu kali pada akhir tahun akademik yang bersangkutan. Jika masih gagal, mahasiswa yang bersangkutan harus mengulang blok.
 3. Ketentuan penilaian berdasarkan peraturan akademik program sarjana Universitas Andalas tahun 2015.

Nilai Angka	Nilai Mutu	Angka Mutu	Sebutan Mutu
≥ 85 -100	A	4.00	Sangat cemerlang
≥ 80 < 85	A-	3.50	Cemerlang
≥ 75 < 80	B+	3.25	Sangat baik
≥ 70 < 75	B	3.00	Baik
≥ 65 < 70	B-	2.75	Hampir baik
≥ 60 < 65	C+	2.25	Lebih dari cukup
≥ 55 < 60	C	2.00	Cukup
≥ 50 < 55	C-	1.75	Hampir cukup
≥ 40 < 50	D	1.00	Kurang
<40	E	0.00	Gagal

Pertanyaan Diskusi

Kegiatan diskusi dilakukan dengan membentuk 5 kelompok. Masing-masing kelompok memiliki 1 tema yang terdapat dalam bab ini. Setiap kelompok membuat pembahasan terhadap topik yang telah dipilih, menyampaikan/mempresentasikan dan mendiskusikan yang telah dibuat dengan anggota kelompok yang lain kepada dosen penanggung jawab. Mahasiswa menyerahkan hasil diskusi yang telah dibuat kepada dosen penanggung jawab masing-masing.

Umpan balik dan Tindak Lanjut

Dosen memberikan penilaian dari hasil praktik dan diskusi serta menindaklanjuti dengan memberikan masukan kepada mahasiswa terkait capaian pembelajaran yang harus ia kuasai dalam bab ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat. 2010. *Pedoman pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS-KIA)*. Jakarta: Kemenkes RI.
- ICM. 2014. "Philosophy and Model of Midwifery Care" www.internationalmidwives.org
- KEPMEKES RI No. 1529 tahun 2010 "Pedoman umum pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif".
- Syafrudin dkk. 2009. *Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC.
- Green, E.C. 1986. *Practicing Development Anthropology*. Boulder and London: Westview
- Leonard Seregar. 2002. *Antropologi dan Konsep Kebudayaan..* Jayapura : Universitas Cendrawasih Press
- Masinambow, E.K.M (Ed) 1997 *Koentjaraningrat dan Antropologi di Indonesia*, Jakarta: Asosiasi Antropologi Indonesia dan Yayasan Obor Indonesia.
- Rhoades, R.E. 1986. *Breaking New Ground: Agricultural Anthropology*. Dalam: Green Ed.
- Suparlan, Pasurdi. 1995. *Antropologi dalam Pembangunan*. Jakarta: UI Press
- Kemenkes RI. 2010. *Pedoman pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS-KIA)*. Jakarta
- Linda V Walsh. 2001. *Midwifery Community Based Care*. Philadelphia: WB Saunders Company
- Pudiasuti. 2011. *Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta : Nuhamedika
- Retna, Ery dan Sriati. 2008. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Komunitas*. Numed : Jakarta
- Syahlan J.H (1996). *Kebidanan Komunitas*. Yayasan Bina Sumber Daya.

Walyani,S.2014. *Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta : PUSTAKA
BARU PRESS

Yulifah, Rita. 2009. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Jakarta : Salemba
Medika.

BAB V

SOSIAL BUDAYA DASAR DAN KEBIDANAN KOMUNITAS

A. PENDAHULUAN

Deskripsi Bab

Bab ini memberikan bekal kepada mahasiswa untuk dapat menguasai materi peran serta masyarakat, penyelenggaraan kebidanan di komunitas. Dengan menguasai Bab ini mahasiswa dapat mengetahui sosial budaya dasar yang mempengaruhi asuhan kebidanan komunitas.

Tujuan Atau Sasaran Pembelajaran

Pada akhir pembelajaran, mahasiswa mampu :

1. Menjelaskan kosep dasar manusia dan sosial budaya
2. Menjelaskan perilaku ibu, keluarga dan masyarakat yang mempengaruhi kesehatan ibu hamil
3. Menjelaskan faktor sosial budaya, kesetaraan gender dan kekerasan dalam rumat tangga
4. Menjelaskan tentang pendekatan social budaya dalam mengetur strategi pelayanan kesehatan dan kebidanan di komunitas
5. Menjelaskan tentang bidan koordinator, bidan Praktik swasta, bidan di desa dan bidan delima

Kaitan Peran Serta Masyarakat dengan Pengetahuan Awal Mahasiswa

Mahasiswa yang akan membahas tentang kebidanan komunitas harus telah lulus dari blok 1 A (Pengantar Pendidikan Kebidanan), 1.B (Biomedik 1), 1.C (Biomedik 2), 2.A (Konsep Kebidanan), 2.B (Dasar Patologi dan Farmakologi), 2.C (Kesehatan Remaja dan Pra Konsepsi), 3.A (Asuhan kebidanan Pada Ibu Hamil), Blok 3.B (Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin), 3.C (Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas), 4.A (Asuhan Kebidanan Pada Neonatus, Bayi dan Balita), 4.B (Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Risiko Tinggi), 4.C (Asuhan Kebidanan Pada Persalinan dan Nifas Risiko Tinggi), 5.A (Asuhan Kebidanan dengan infeksi dan neoplasma sistem reproduksi dan payudara).

Kompetensi Khusus

Kompetensi khusus yang diharapkan dapat dicapai oleh mahasiswa adalah memahami tentang konsep dasar manusia, hubungan manusia di masyarakat sehingga manusia khususnya wanita bisa menyesuaikan diri dan menghormati sosial budaya yang berkembang dimana ia berada dan mampu melaksanakan kesetaraan gender.

B. PENYAJIAN

Uraian materi

5.1 KONSEP MANUSIA DAN KONSEP SOSIAL BUDAYA

5.1.1 KONSEP MANUSIA

Konsep manusia dibagi menjadi tiga bagian:

1. Manusia sebagai sistem
2. Manusia sebagai adaptif
3. Manusia sebagai makhluk holistik

1. Manusia sebagai sistem

Manusia ditinjau sebagai sistem, artinya manusia terdiri dari beberapa unsur/sistem yang membentuk suatu totalitas; yakni sistem adaptif, sistem personal, sistem interpersonal, dan sistem sosial

Manusia sebagai sistem adaptif, disebabkan:

- Setiap individu dapat berubah
- setiap individu merespon terhadap perubahan

Manusia sebagai sistem personal, disebabkan:

- setiap manusia memiliki proses persepsi
- setiap manusia bertumbuh kembang

Manusia sistem interpersonal

- setiap manusia berinteraksi dengan yang lain
- setiap manusia memiliki peran dalam masyarakat
- setiap manusia berkomunikasi terhadap orang lain

Manusia sebagai sistem sosial

- setiap individu memiliki kekuatan dan wewenang dalam pengambilan keputusan dalam lingkungannya; keluarga, masyarakat, dan tempat kerja

Manusia sebagai sistem terbuka yang terdiri dari berbagai sub sistem yang saling berhubungan secara terintegrasi untuk menjadi satu total sistem. Terdiri dari beberapa komponen :

- a. Komponen Biologik adalah anatomi tubuh
- b. Komponen Psikologik adalah kejiwaan
- c. Komponen Sosial adalah lingkungan
- d. Komponen Kultural adalah nilai budaya
- e. Komponen Spiritual adalah kepercayaan agama

2. Manusia sebagai adaptif

Adaptasi adalah proses perubahan yang menyertai individu dalam berespon terhadap perubahan lingkungan mempengaruhi integritas atau keutuhan. Lingkungan : seluruh kondisi keadaan sekitar yang mempengaruhi perkembangan organisme atau kelompok organism. Model konsep adaptasi pertama kali

dikemukakan oleh Suster Callista Roy (1969). Konsep ini dikembangkan dari konsep individu dan proses adaptasi seperti diuraikan di bawah ini.

Terdapat tingkatan dan respon fisiologik untuk memudahkan adaptasi

- Respon takut (mekanisme bertarung)
- Respon inflamasi
- Respon stress dan
- Respon sensori

Dalam asuhan keperawatan, menurut Roy (1984) sebagai penerima asuhan keperawatan adalah individu, keluarga, kelompok, masyarakat yang dipandang sebagai "*Holistic adaptif system*" dalam segala aspek yang merupakan satu kesatuan.

Sistem adalah suatu kesatuan yang di hubungkan karena fungsinya sebagai kesatuan untuk beberapa tujuan dan adanya saling ketergantungan dari setiap bagian-bagiannya. Sistem terdiri dari proses input, output, kontrol dan umpan balik (Roy, 1991).

Dalam memahami konsep model ini, Callista Roy mengemukakan konsep keperawatan dengan model adaptasi yang memiliki beberapa pandangan atau keyakinan serta nilai yang dimilikinya diantaranya:

- a. Manusia sebagai makhluk biologi, psikologi dan sosial yang selalu berinteraksi dengan lingkungannya.
- b. Untuk mencapai suatu homeostatis atau terintegrasi, seseorang harus beradaptasi sesuai dengan perubahan yang terjadi.
- c. Terdapat tiga tingkatan adaptasi pada manusia yang dikemukakan oleh Roy, diantaranya:
 - Focal stimulasi yaitu stimulus yang langsung beradaptasi dengan seseorang dan akan mempunyai pengaruh kuat terhadap seseorang individu.
 - Kontekstual stimulus, merupakan stimulus lain yang dialami seseorang, dan baik stimulus internal maupun eksternal, yang dapat mempengaruhi, kemudian dapat dilakukan observasi, diukur secara subjektif.

- Residual stimulus, merupakan stimulus lain yang merupakan ciri tambahan yang ada atau sesuai dengan situasi dalam proses penyesuaian dengan lingkungan yang sukar dilakukan observasi.
- d. Sistem adaptasi memiliki empat mode adaptasi diantaranya:
- Pertama, fungsi fisiologis, komponen sistem adaptasi ini yang adaptasi fisiologis diantaranya oksigenasi, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat, integritas kulit, indera, cairan dan elektrolit, fungsi neurologis dan fungsi endokrin.
 - Kedua, konsep diri yang mempunyai pengertian bagaimana seseorang mengenal pola-pola interaksi sosial dalam berhubungan dengan orang lain.
 - Ketiga, fungsi peran merupakan proses penyesuaian yang berhubungan dengan bagaimana peran seseorang dalam mengenal pola-pola interaksi sosial dalam berhubungan dengan orang lain
 - Keempat, interdependen merupakan kemampuan seseorang mengenal pola-pola tentang kasih sayang, cinta yang dilakukan melalui hubungan secara interpersonal pada tingkat individu maupun kelompok.
- e. Dalam proses penyesuaian diri individu harus meningkatkan energi agar mampu melaksanakan tujuan untuk kelangsungan kehidupan, perkembangan, reproduksi dan keunggulan sehingga proses ini memiliki tujuan meningkatkan respon adaptasi.

3. **Manusia sebagai Holistik**

Manusia sebagai makhluk holistik mengandung pengertian, manusia makhluk yang terdiri dari unsur biologis, psikologis, sosial dan spritual, atau sering disebut juga sebagai makhluk biopsikososialspritual. Dimana, keempat unsur ini tidak dapat terpisahkan, gangguan terhadap salah satu aspek merupakan ancaman terhadap aspek atau unsur yang lain.

Manusia sebagai makhluk biologis, disebabkan karena:

- manusia terdiri dari gabungan sistem-sistem organ tubuh
- manusia mempertahankan hidup
- manusia tidak terlepas dari hukum alam (khususnya hukum perkembangan)

Manusia sebagai makhluk psikologis, karena:

- setiap individu memiliki kepribadian yang unik (sanguin, melankolis, dll)
- setiap individu memiliki tingkah laku yang merupakan manifestasi dari kejiwaan
- setiap individu memiliki kecerdasan dan daya pikir
- setiap individu memiliki kebutuhan psikologis untuk mengembangkan kepribadian

Manusia sebagai makhluk sosial, karena:

- setiap individu hidup bersama dengan orang lain
- setiap individu dipengaruhi oleh kebudayaan
- setiap individu terikat oleh norma yang berlaku di masyarakat
- setiap individu dipengaruhi dan beradaptasi dengan lingkungan sosial
- setiap individu tidak dapat hidup sendiri perlu bantuan orang lain

Manusia sebagai makhluk spritual karena:

- setiap individu memiliki keyakinan sendiri tentang adanya Tuhan
- setiap individu memiliki pandangan hidup, dan dorongan sejalan dengan keyakinan

Manusia sebagai makhluk kultural

- Manusia mempunyai nilai dan kebudayaan yang membentuk jati dirinya
- Sebagai pembeda dan pembatas dalam hidup social
- Kultur dalam diri manusia bisa diubah, berubah tergantung lingkungan manusia hidup.

5.1.2 Konsep Sosial Budaya

1. Pengertian Kebudayaan

Secara sederhana kebudayaan dapat diartikan sebagai hasil dari cipta, karsa, dan rasa. Sebenarnya budaya atau kebudayaan berasal dari bahasa Sanskerta yaitu *buddhayah*, yang merupakan bentuk jamak dari *buddhi* (budi atau akal) diartikan sebagai hal-hal yang berkaitan dengan budi dan akal manusia. Dalam bahasa Inggris, kebudayaan disebut *culture*, yang berasal dari kata Latin *colere*, yaitu mengolah atau mengerjakan.

Koentjaraningrat (2002) mendefinisikan kebudayaan adalah seluruh kelakuan dan hasil kelakuan manusia yang teratur oleh tata kelakuan yang harus didapatkannya dengan belajar dan semuanya tersusun dalam kehidupan masyarakat. Asalkan sesuatu yang dilakukan manusia memerlukan belajar maka hal itu bisa dikategorikan sebagai budaya.

Taylor dalam bukunya *Primitive Culture*, memberikan definisi kebudayaan sebagai keseluruhan yang kompleks yang didalamnya terkandung ilmu pengetahuan, kepercayaan, dan kemampuan kesenian, moral, hukum, adat-istiadat dan kemampuan lain serta kebiasaan kebiasaan yang didapat manusia sebagai anggota masyarakat.

Menurut Herskovits, budaya sebagai hasil karya manusia sebagai bagian dari lingkungannya (*culture is the human-made part of the environment*). Artinya segala sesuatu yang merupakan hasil dari perbuatan manusia, baik hasil itu abstrak maupun nyata, asalkan merupakan proses untuk terlibat dalam lingkungannya, baik lingkungan fisik maupun sosial, maka bisa disebut budaya.

2. Unsur Kebudayaan

Koentjaraningrat (2002) membagi budaya menjadi 7 unsur: yakni sistem religi dan upacara keagamaan, sistem dan organisasi kemasyarakatan, sistem pengetahuan, bahasa, kesenian, sistem mata pencaharian hidup dan sistem teknologi dan peralatan. Ketujuh unsur itulah yang membentuk budaya secara keseluruhan.

3. Manfaat Bagi Petugas Kesehatan Mempelajari Kebudayaan
 - a. Didalam semua religi atau agama, ada kepercayaan tertentu yang berkaitan dengan kesehatan, gizi, dll. Misal : orang yang beragama Islam : tidak makan babi, sehingga dalam rangka memperbaiki status gizi, seorang petugas kesehatan dapat menganjurkan makanan lain yang bergizi yang tidak bertentangan dengan agamanya.
 - b. Dengan mempelajari organisasi masyarakat, maka petugas kesehatan akan mengetahui organisasi apa saja yang ada di masyarakat, kelompok mana yang berkuasa, kelompok mana yang menjadi panutan, dan tokoh mana yang disegani. Sehingga dapat dijadikan strategi pendekatan yang lebih tepat dalam upaya mengubah perilaku kesehatan masyarakat.
 - c. Petugas kesehatan juga perlu mengetahui pengetahuan masyarakat tentang kesehatan. Dengan mengetahui pengetahuan masyarakat maka petugas kesehatan akan mengetahui mana yang perlu ditingkatkan, diubah dan pengetahuan mana yang perlu dilestarikan dalam memperbaiki status kesehatan.
 - d. Petugas kesehatan juga perlu mempelajari bahasa lokal agar lebih mudah berkomunikasi, menambah rasa kedekatan, rasa kepemilikan bersama dan rasa persaudaraan.
 - e. Selain itu perlu juga mempelajari tentang kesenian dimasyarakat setempat. Karena petugas kesehatan dapat memanfaatkan kesenian yang ada dimasyarakat untuk menyampaikan pesan kesehatan.
 - f. Sistem mata pencaharian juga perlu dipelajari karena sistem mata pencaharian ada kaitannya dengan pola penyakit yang diderita oleh masyarakat tersebut.
 - g. Teknologi dan peralatan masyarakat setempat. Masyarakat akan lebih mudah menerima pesan yang disampaikan petugas jika petugas menggunakan teknologi dan peralatan yang dikenal masyarakat.

4. Aspek Sosial yang Mempengaruhi Status Kesehatan Dan Perilaku Kesehatan

Ada beberapa aspek sosial yang mempengaruhi status kesehatan antara lain adalah :

a. Umur

Jika dilihat dari golongan umur maka ada perbedaan pola penyakit berdasarkan golongan umur. Misalnya balita lebih banyak menderita penyakit infeksi, sedangkan golongan usia lebih banyak menderita penyakit kronis seperti hipertensi, penyakit jantung koroner, kanker, dan lain-lain.

b. Jenis Kelamin

Perbedaan jenis kelamin akan menghasilkan penyakit yang berbeda pula. Misalnya dikalangan wanita lebih banyak menderita kanker payudara, sedangkan laki-laki banyak menderita kanker prostat.

c. Pekerjaan

Ada hubungan antara jenis pekerjaan dengan pola penyakit. Misalnya dikalangan petani banyak yang menderita penyakit cacing akibat kerja yang banyak dilakukan di sawah dengan lingkungan yang banyak cacing. Sebaliknya buruh yang bekerja diindustri, misal di pabrik tekstil banyak yang menderita penyakit saluran pernapasan karena banyak terpapar dengan debu.

d. Sosial Ekonomi

Keadaan sosial ekonomi juga berpengaruh pada pola penyakit. Misalnya penderita obesitas lebih banyak ditemukan pada golongan masyarakat yang berstatus ekonomi tinggi, dan sebaliknya malnutrisi lebih banyak ditemukan dikalangan masyarakat yang status ekonominya rendah.

5. Aspek Budaya yang Mempengaruhi Status Kesehatan Dan Perilaku Kesehatan

Menurut G.M. Foster (1973), aspek budaya dapat mempengaruhi kesehatan al :

a. Pengaruh tradisi

Ada beberapa tradisi didalam masyarakat yang dapat berpengaruh negatif terhadap kesehatan masyarakat.

b. Sikap fatalistis

Hal lain adalah sikap fatalistis yang juga mempengaruhi perilaku kesehatan. Contoh : Beberapa anggota masyarakat dikalangan kelompok tertentu (fanatik) yang beragama islam percaya bahwa anak adalah titipan Tuhan, dan sakit atau mati adalah takdir, sehingga masyarakat kurang berusaha untuk segera mencari pertolongan pengobatan bagi anaknya yang sakit.

c. Sikap ethnosentris

Sikap yang memandang kebudayaan sendiri yang paling baik jika dibandingkan dengan kebudayaan pihak lain.

d. Pengaruh perasaan bangga pada statusnya

Contoh : Dalam upaya perbaikan gizi, disuatu daerah pedesaan tertentu, menolak untuk makan daun singkong, walaupun mereka tahu kandungan vitaminnya tinggi. Setelah diselidiki ternyata masyarakat bernaggapan daun singkong hanya pantas untuk makanan kambing, dan mereka menolaknya karena status mereka tidak dapat disamakan dengan kambing.

e. Pengaruh norma

Contoh : upaya untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi banyak mengalami hambatan karena ada norma yang melarang hubungan antara dokter yang memberikan pelayanan dengan bumil sebagai pengguna pelayanan.

f. Pengaruh nilai

Nilai yang berlaku didalam masyarakat berpengaruh terhadap perilaku kesehatan. Contoh : masyarakat memandang lebih bergengsi beras putih daripada beras merah, padahal mereka

mengetahui bahwa vitamin B₁ lebih tinggi diberas merah daripada diberas putih.

- g. Pengaruh unsur budaya yang dipelajari pada tingkat awal dari proses sosialisasi terhadap perilaku kesehatan.

Kebiasaan yang ditanamkan sejak kecil akan berpengaruh terhadap kebiasaan pada seseorang ketika ia dewasa. Misalnya saja, manusia yang biasa makan nasi sejak kecil, akan sulit diubah kebiasaan makannya setelah dewasa.

- h. Pengaruh konsekuensi dari inovasi terhadap perilaku kesehatan
Apabila seorang petugas kesehatan ingin melakukan perubahan perilaku kesehatan masyarakat, maka yang harus dipikirkan adalah konsekuensi apa yang akan terjadi jika melakukan perubahan, menganalisis faktor-faktor yang terlibat/berpengaruh pada perubahan, dan berusaha untuk memprediksi tentang apa yang akan terjadi dengan perubahan tersebut.

6. Perubahan Sosial Budaya

Menurut Koentjaraningrat, bahwa perubahan budaya yang terjadi di masyarakat dapat dibedakan kedalam beberapa bentuk:

- a. Perubahan yang terjadi secara lambat dan cepat
- b. Perubahan yang pengaruhnya kecil dan besar
- c. Perubahan yang direncanakan dan yang tidak direncanakan

5.2 ASPEK PERILAKU IBU, KELUARGA DAN MASYARAKAT MEMPENGARUHI KESEHATAN IBU HAMIL

Aspek perilaku ibu di pengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya yaitu :

1. Usia.

Usia ibu yang terlalu kecil (<20 tahun) secara fisik dan psikologi kondisi ibu masih belum matang, sedangkan usia > 35 tahun ibu sudah memiliki banyak kekurangan baik dari fisik yang mudah lelah dan psikologi karena beban yang semakin banyak.

2. Pendidikan.
Pendidikan mempengaruhi seseorang untuk bertindak dan mencari penyebab serta solusi dalam hidupnya. Pendidikan tinggi ibu biasanya akan bertindak lebih rasional daripada ibu yang pendidikan rendah.
3. Psikologis.
Selama kehamilan terjadi perubahan psikologi ibu dan emosional. Jika psikologis ibu menerima kehamilannya maka ibu akan menjaga dan memenuhi kebutuhan kehamilannya.
4. Pengetahuan.
Pengetahuan ibu tentang kehamilan sangat mempengaruhi sikap ibu dalam memenuhi kebutuhan kehamilannya misalnya tentang asupan gizi ibu hamil

Aspek perilaku keluarga dan masyarakat

1. Dukungan keluarga
Kehamilan melibatkan seluruh anggota keluarga karena nantinya akan hadir seorang anggota keluarga baru → terjadi perubahan hubungan dalam keluarga
2. Dukungan suami
Respon suami terhadap kehamilan istri → memberikan ketenangan batin dan perasaan senang dalam diri istri. Bentuk dukungan suami :
 - a. Dukungan psikologi. Contoh : ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian seperti menemani istri saat periksa hamil
 - b. Dukungan sosial. Dukungan yang bersifat nyata dan dalam bentuk materi, contoh : persiapan finansial khusus untuk persalinan
 - c. Dukungan informasi. Contoh : mencari informasi mengenai kehamilan, dengan ini akan menjaga kesehatan, kejiwaan istri agar tetap stabil, tenang dan bahagia
 - d. Dukungan lingkungan. Contoh : membantu pekerjaan istri

5.3 MENJELASKAN TENTANG FAKTOR SOSIAL BUDAYA, KESETARAAN GENDER DAN KDRT

5.3.1 Kesetaraan Gender

1. Pengertian Gender

Secara umum gender dapat diartikan sebagai perbedaan peran, kedudukan dan sifat yang dilekatkan pada kaum laki-laki maupun perempuan melalui konstruksi secara social maupun kultural (Nurhaeni 2009). Sedangkan menurut Oakley adalah perbedaan perilaku antara laki-laki dan perempuan yang dikonstruksikan secara sosial, yakni perbedaan yang bukan kodrat dan bukan ketentuan tuhan, melainkan diciptakan oleh manusia melalui proses sosial dan kultural. Lebih lanjut dikemukakan oleh Haspels dan Suriyasarn gender adalah sebuah variabel sosial untuk menganalisa perbedaan laki-laki dan perempuan yang berkaitan dengan peran, tanggung jawab dan kebutuhan serta peluang dan hambatan.

Kesetaraan gender adalah suatu keadaan dimana perempuan dan laki-laki menikmati status dan kondisi yang sama untuk merealisasikan hak asasinya secara penuh dan sama-sama berpotensi daam menyumbangkan pembangunan.

2. Dampak konsep gender

Pembagian yang ketat antara peran, posisi, tugas dan kedudukan antara perempuan dan laki-laki telah menyebabkan ketidakadilan terhadap perempuan dan laki-laki, misalnya laki-laki diposisikan sebagai kepala di keluarga oleh masyarakat, disatu sisi karena posisinya ini misalnya ia bisa mendapat akses terhadap pendidikan yang baik dibandingkan perempuan, tetapi disisi lain, jika ia tidak bekerja atau menganggur ia akan dianggap rendah oleh masyarakat. Sedangkan untuk perempuan, karena ia diposisikan sebagai ibu rumah tangga maka ia bertanggung jawab untuk mengurus rumah tangga dan mengasuh anak yang membutuhkan energi yang banyak, dan jika wanita tidak bekerja tidak ada tuntutan kepadanya.

3. Bentuk – bentuk ketidakadilan gender
 - a. Gender dan marginalisasi perempuan
 - b. Gender dan subordinasi perempuan
 - c. Gender dan stereotip
 - d. Gender dan kekerasan
 - e. Gender dan beban ganda

Kesetaraan Gender menurut laporan UNICEF 2007 akan menghasilkan “Deviden” ganda. Perempuan yang sehat, berpendidikan, berdaya, akan memiliki anak-anak perempuan dan laki-laki yang sehat, berpendidikan dan percaya diri. Pengaruh perempuan yang sangat besar dalam rumah tangga telah memperlihatkan dampak yang positif pada gizi, perawatan kesehatan dan pendidikan anak-anak.

Suatu paradigma baru diperlukan untuk memberikan kerangka dan menjelaskan hubungan antara perempuan dan laki-laki diberbagai lapisan masyarakat.

Strategi-strategi untuk perubahan diperlukan yaitu bagaimana melakukan perubahan hubungan antara perempuan dan laki-laki yang responsive gender, sehingga terwujudnya kesetaraan dan keadilan gender.

Upaya yang dapat dilakukan adalah penguatan mainstream (pengarusutamaan) gender yang merupakan suatu strategi untuk mencapai keadilan dan kesetaraan gender dalam segala aspek kehidupan social kemasyarakatan. Pengarusutamaan gender merupakan suatu proses dan strategi agar isu-isu gender/kesenjangan gender dikenali dan diatasi melalui kebijakan, program dan pelayanan-pelayanan yang berkesinambungan.

5.3.2 KDRT (Kekerasan Dalam Rumah Tangga)

1. Pengertian

KDRT adalah singkatan dari Kekerasan Dalam Rumah Tangga merupakan segala bentuk tindak kekerasan yang dilakukan oleh suami terhadap istri yang berakibat menyakiti secara fisik, psikis,

seksual dan ekonomi, termasuk ancaman, perampasan kebebasan yang terjadi dalam rumah tangga atau keluarga.

2. Bentuk bentuk KDRT

- a. Kekerasan Fisik → suatu tindakan kekerasan (seperti: memukul, menendang, dan lain-lain) yang mengakibatkan luka, rasa sakit, atau cacat pada tubuh istri hingga menyebabkan kematian.
- b. Kekerasan Psikis → suatu tindakan penyiksaan secara verbal (seperti: menghina, berkata kasar dan kotor) yang mengakibatkan menurunnya rasa percaya diri, meningkatkan rasa takut, hilangnya kemampuan untuk bertindak dan tidak berdaya.
- c. Kekerasan Seksual → suatu perbuatan yang berhubungan dengan memaksa istri untuk melakukan hubungan seksual dengan cara-cara yang tidak wajar atau bahkan tidak memenuhi kebutuhan seksual istri.
- d. Kekerasan Ekonomi → suatu tindakan yang membatasi istri untuk bekerja didalam atau di luar rumah untuk menghasilkan uang dan barang, termasuk membiarkan istri yang bekerja untuk di-eksploitasi, sementara si suami tidak memenuhi kebutuhan ekonomi keluarga.

3. Penyebab KDRT

- a. Ketimpangan ekonomi antara suami dan istri
- b. Penggunaan kekerasan dalam menyelesaikan konflik
- c. Otoritas dan pengambilan keputusan ada ditangan suami
- d. Terjadi perbedaan gender dan konsep maskulinitas yang berkaitan dengan kekerasan kehormatan pria dan dominasi atas perempuan dan persepsi bahwa pria mempunyai kepemilikan terhadap perempuan
- e. Budaya → Masyarakat yang patriarkis ditandai dengan pembagian kekuasaan yang sangat jelas antara laki-laki dan perempuan dimana laki-laki mendominasi perempuan.
- f. Kepribadian dan kondisi psikologis suami yang tidak stabil.
- g. Pernah mengalami kekerasan pada masa kanak-kanak

- h. Persepsi mengenai kekerasan yang terjadi dalam rumah tangga harus ditutup karena merupakan masalah keluarga dan bukan masalah sosial.
 - i. Masih rendahnya kesadaran untuk berani melapor dikarenakan dari masyarakat sendiri yang enggan untuk melaporkan permasalahan dalam rumah tangganya, maupun dari pihak- pihak yang terkait yang kurang mensosialisasikan tentang kekerasan dalam rumah tangga, sehingga data kasus tentang (KDRT) pun, banyak dikesampingkan ataupun dianggap masalah yang sepele.
4. Dampak KDRT
- Dampak terhadap wanita
 - a. ketakutan dan kecemasan, hilangnya rasa percaya diri, hilang kemampuan untuk bertindak dan rasa tak berdaya
 - b. Kematian
 - c. Trauma fisik berta : memar, patah tulang, cacat
 - d. Trauma fisik terhadap kehamilan yang beresiko terhadap ibu dan janin
 - e. Kehilangan akal sehat atau gangguan kesehatan jiwa
 - f. Paranoid → Curiga terus menerus dan tidak percaya dengan orang lain
 - g. Ganggguan psikis berat (depresi, sulit tidur, mimpi buruk, disfungsi seksual, kurang nafsu makan, ketagihan alkohol dan obat-obatan terlarang)
 - Dampak terhadap anak-anak
 - a. Perilaku yang agresif atau marah-marah
 - b. Meniru tindakan kekerasan yang terjadi dirumah
 - c. Mimipi buruk dan ketajutan
 - d. Sering tidak makan dengan benar
 - e. Menghambat pertumbuhan dan belajar
 - f. Menderita banyak gangguan kesehatan
 - Dampak terhadap masyarakat
 - a. Siklus kekerasan akan berlanjut ke generasi yang akan datang

- b. Anggapan yang keliru atau tetap lestari bahwa pria lebih baik dari pada wanita
 - c. Kualitas hidup manusia akan berkurang karena wanita tersebut dilarang berbicara atau terbunuh karena tindakan kekerasan
 - d. Efek terhadap produktifitas misalnya berkurangnya kontribusi terhadap masyarakat, berkurangnya kontribusi diri dan kerja, cuti sakit semakin sering.
5. Peraturan terkait KDRT
- 1. UNDANG UNDANG NO 23 TAHUN 2004 TENTANG PENGHAPUSAN KDRT
 - Selama ini KDRT dianggap sebagai masalah pribadi atau keluarga sekarang ini telah menjadi masalah publik karena persoalan KDRT dilaksanakan untuk memelihara keutuhan rumah tangga yang harmonis dan sejahtera.
 - Tujuannya : untuk penghapusan KDRT dilaksanakan berdasarkan atas azaz penghormatan HAM, keadilan gender non diskriminasi dan perlindungan korban.
 - 2. PERATURAN PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA NOMOR 61 TAHUN 2014 TENTANG KESEHATAN REPRODUKSI BAB 3 PELAYANAN KESEHATAN IBU

Pasal 10

- (1) Dalam rangka menjamin kesehatan ibu, pasangan yang sah mempunyai peran untuk meningkatkan kesehatan ibu secara optimal.
- (2) Peran pasangan yang sah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - mendukung ibu dalam merencanakan keluarga;
 - aktif dalam penggunaan kontrasepsi;
 - memperhatikan kesehatan ibu hamil;
 - memastikan persalinan yang aman oleh tenaga kesehatan di fasilitas
 - pelayanan kesehatan;
 - membantu setelah bayi lahir;

- mengasuh dan mendidik anak secara aktif;
- tidak melakukan kekerasan dalam rumah tangga; dan
- mencegah infeksi menular seksual termasuk Human
- *Immunodeficiency Virus* (HIV) dan *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (AIDS)

6. Peran bidan dalam KDRT

- a. Merekomendasikan tempat perlindungan seperti *crisis center*, *shelter* dan *one stop crisis center*
- b. Memberikan pendampingan psikologis dan pelayanan pengobatan fisik korban.
- c. Memberikan support pendampingan hukum dalam acara peradilan
- d. Melatih kader LSM untuk mampu menjadi pendamping korban
- e. Mengadakan pelatihan tentang perlindungan terhadap korban kekerasan dalam rumah tangga sebagai bekal untuk mendampingi korban.

5.4 ASPEK SOSIAL YANG MEMPENGARUHI PERILAKU DAN DEPRESI

Sosial Budaya merupakan aspek turun temurun, sering kali dijadikan petunjuk dan tata cara berperilaku.

Menurut GM Foster, aspek budaya yang mempengaruhi perilaku :

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

5.5 PENDEKATAN SOSIAL BUDAYA DALAM MENGGATUR STRATEGI PELAYANAN KESEHATAN DAN KEBIDANAN DI KOMUNITAS

Cara pendekatan sosial budaya dalam kebidanan, dimana seorang bidan harus :

- Mampu menggerakkan peran serta masyarakat, khususnya kesehatan ibu hamil, bersalin, nifas, BBL, remaja dan usia lanjut.
- Memiliki kompetensi yang cukup terkait tugasnya, peran dan tanggung jawabnya.

Pendekatan yang dapat dilakukan :

- Agama

Agama dapat memberi petunjuk atau pedoman pada umat manusia dalam menjalani hidup, meliputi seluruh aspek kehidupan, serta dapat membantu memecahkan masalah hidup yang dialami. Aspek pendekatan agama dalam memberikan pelayanan kebidanan dan kesehatan adalah:

- Agama memberikan petunjuk kepada manusia untuk selalu menjaga kesehatannya.
- Agama memberikan dorongan batin dan moral yang mendasar dan melandasi cita-cita dan perilaku manusia dalam menjalani kehidupannya yang bermanfaat bagi dirinya, keluarga, masyarakat dan bangsa.
- Agama mengharuskan umat manusia yang beriman dan bertakwa kepada Tuhan dalam segala aktivitasnya.
- Agama dapat menghindarkan umat manusia dari hal yang bertentangan dengan ajaran.

Upaya yang dapat dilakukan ditinjau dari segi agama, yaitu :

✓ Upaya pemeliharaan

Upaya dini yang dilakukan dalam pemeliharaan kesehatan, dimulai sejak ibu hamil, agar bayi yang dilahirkan sehat dengan ibu yang sehat pula. Karena kesehatan merupakan faktor utama manusia untuk dapat melakukan hidup dengan baik sehingga

terhindar dari penyakit dan kecacatan. Misalnya dengan makan-makanan yang bergizi, berolahraga dan lain-lain.

✓ Upaya pencegahan penyakit

Dalam agama pencegahan lebih baik dari pengobatan waktu sakit. Upaya yang dapat dilakukan, yaitu :

- Imunisasi, pada bayi, balita, ibu hamil, wanita usia subur, murid SD kelas 1-3
- Pemberian ASI pada anak sampai usia 2 tahun.
- Memberikan penyuluhan kesehatan.

- Paguyuban dan sistem banjar

o Pendekatan dalam sistem banjar

Banjar merupakan bentuk kesatuan sosial yang berdasarkan kesatuan wilayah, kesatuan sosial diperkuat oleh kesatuan adat dan upacara keagamaan yang rumit.

Cara bidan untuk pendekatan :

- Menggerakkan dan membina peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan dengan penyuluhan sesuai kebutuhan dan masalah.

o Pendekatan dalam sistem paguyuban

Paguyuban merupakan suatu kelompok masyarakat yang diantara para warganya diwarnai dengan hubungan sosial yang penuh rasa kekeluargaan.

- Pendekatan kesenian

Kesenian sebagai media penyuluhan kesehatan untuk melakukan pendekatan pada masyarakat dengan menyelipkan pesan-pesan kesehatan. Misalnya dengan kesenian wayang kulit dapat dengan menyelipkan pesan kesehatan, dengan menciptakan lagu berisi tentang permasalahan kesehatan dengan menggunakan bahasa setempat, pada suatu acara di desa bisa juga dengan memberikan pertanyaan tentang kesehatan diawal atau di akhir acara.

5.5.2 STRATEGI DALAM MERUBAH PERILAKU MASYARAKAT

Beberapa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku tersebut oleh WHO dikelompokkan menjadi 3, yakni:

a. Menggunakan kekuatan/kekuasaan atau dorongan

Dalam hal ini perubahan perilaku dipaksakan kepada sasaran atau masyarakat sehingga ia mau melakukan (berperilaku) seperti yang diharapkan. Cara ini dapat ditempuh misalnya dengan adanya peraturan-peraturan/perundangan-perundangan yang harus dipatuhi oleh anggota masyarakat. Cara ini akan menghasilkan perilaku yang cepat, akan tetapi perubahan tersebut belum tentu akan berlangsung lama karena perubahan perilaku yang terjadi tidak atau belum didasari oleh kesadaran sendiri.

b. Pemberian informasi

Dengan memberikan informasi-informasi tentang cara-cara mencapai hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan, cara menghindari penyakit dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut. Selanjutnya dengan pengetahuan-pengetahuan itu akan menimbulkan kesadaran mereka, dan akhirnya akan menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuanyang dimilikinya itu. Hasil atau perubahan perilaku dengan cara ini memakan waktu lama, tetapi perubahan yang dicapai akan bersifat langgeng karena didasari pada kesadaran mereka sendiri (bukan karena paksaan).

c. Diskusi dan partisipasi

Cara ini adalah sebagai peningkatan cara yang kedua tersebut di atas di mana di dalam memberikan informasi-informasi tentang kesehatan tidak bersifat searah saja, tetapi dua arah. Hal ini berarti bahwa masyarakat tidak hanya pasif menerima informasi, tetapi juga harus aktif berpartisipasi melalui diskusi-diskusi tentang informasi yang diterimannya.

Dengan demikian maka pengetahuan-pengetahuan kesehatan sebagai dasar perilaku mereka diperoleh secara mantap dan lebih mendalam, dan akhirnya perilaku yang mereka peroleh akan lebih mantap juga, bahkan merupakan referensi perilaku orang lain. Sudah barang tentu cara ini akan memakan waktu yang lebih lama dari cara yang kedua tersebut, dan jauh lebih baik dengan cara yang pertama. Diskusi partisipasi adalah salah satu cara yang baik dalam rangka memberikan informasi-informasi dan pesan-pesan kesehatan.

Strategi untuk merubah perilaku masyarakat ini dapat dilakukan melalui beberapa tahapan:

- Memperkenalkan kepada masyarakat tentang gagasan dan teknik mempromosikan perilaku masyarakat.
- Mengidentifikasi perilaku masyarakat yang perlu dirubah dan teknik-teknik mengembangkan strategi untuk perubahan perilaku bagi individu, keluarga dan masyarakat.
- Memotivasi perubahan perilaku masyarakat.
- Merancang program komunikasi untuk berbagai kelompok sasaran.

Langkah memotivasi seseorang untuk mengadopsi perilaku kesehatan yaitu :

1. Memilih beberapa perubahan perilaku yang diharapkan yang dapat diterapkan
2. Mencari tau apa yang dirasakan oleh kelompok sasaran mengenai perilaku tersebut melalui diskusi terfokus, wawancara dan melalui uji coba perilaku.
3. Membuat pesan yang tepat sehingga sasaran mau melakukan perubahan perilaku
4. Menciptakan sebuah pesan sederhana, positif, menarik berdasarkan apa yang disukai kelompok sasaran
5. Merancang komunikasi

5.6 Bidan Koordinator, Bidan Praktek Swasta, Bidan di Desa, dan Bidan Delima

5.6.1 BIDAN DESA

1. Definisi Bidan Desa

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 di review dalam pertemuan Internasional / Kongres ICM. Definisi terakhir disusun melalui konggres 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 untuk melakukan praktik bidan (Depkes RI, 2007).

2. Tujuan Penempatan Bidan Di Desa

- Tujuan umum adalah untuk meningkatkan mutu dan pemerataan pelayanan kesehatan melalui puskesmas dan Posyandu dalam rangka menurunkan angka kematian ibu, anak balita dan menurunkan angka kelahiran, serta meningkatkan kesadaran masyarakat berperilaku hidup sehat.
- Secara khusus tujuan penempatan bidan desa adalah :
 - Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat.
 - Meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan.
 - Meningkatkan mutu pelayanan ibu hamil, pertolongan persalinan, perawatan nifas dan perinatal, serta pelayanan kontrasepsi.
 - Menurunnya jumlah kasus-kasus yang berkaitan dengan penyulit kehamilan, persalinan dan perinatal.
 - Menurunnya jumlah balita dengan gizi buruk dan diare.
 - Meningkatnya kemampuan keluarga untuk sehat dengan membantu pembinaan kesehatan masyarakat.

- Meningkatnya peran serta masyarakat melalui pendekatan PKMD termasuk gerakan Dana Sehat (Depkes RI, 2002).

3. Tugas dan Wewenang Bidan di Desa

Tugas Bidan di Desa : Melaksanakan kegiatan di desa wilayah kerjanya berdasarkan urutan prioritas masalah kesehatan yang dihadapi, sesuai dengan kewenangan yang dimiliki dan diberikan. Menggerakkan dan membina masyarakat desa di wilayah kerjanya (Depkes RI, 2002).

Wewenang Bidan di Desa : Peraturan Menteri Kesehatan RI (Permenkes) Nomor 572/Menkes/ RI/1996 menjelaskan bahwa bidan di dalam menjalankan prakteknya, berwenang untuk memberikan pelayanan KIA, Wewenang bidan yang bekerja di desa sama dengan wewenang yang diberikan kepada bidan lainnya. Hal ini diatur dengan peraturan Menteri Kesehatan (Depkes RI, 1997). Wewenang tersebut adalah sebagai berikut :

1. Wewenang umum

Kewenangan yang diberikan untuk melaksanakan tugas yang dapat dipertanggungjawabkan secara mandiri.

2. Wewenang khusus

Wewenang khusus adakah untuk melaksanakan kegiatan yang memerlukan pengawasan dokter. Tanggung jawab pelaksanaannya berada pada dokter yang diberikan wewenang tersebut.

3. Wewenang pada keadaan darurat

Bidan diberi wewenang melakukan pertolongan pertama untuk menyelamatkan penderita atas tanggung jawabnya sebagai insan profesi. Segera setelah melakukan tindakan darurat tersebut, bidan diwajibkan membuat laporan ke Puskesmas di wilayah kerjanya.

4. Wewenang tambahan

Bidan dapat diberi wewenang tambahan oleh atasannya dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat lainnya, sesuai dengan program pemerintah pendidikan dan pelatihan yang diterimanya.

Upaya-upaya pemecahan masalah pelayanan bidan desa terhadap tingginya Angka Kematian Ibu adalah:

a. Pemerintah

1. Memberdayakan tenaga koordinator bidan yang bertugas dan mempunyai wewenang dalam memantau dan membina kinerja bidan desa dalam aspek teknis maupun aspek pengelolaan program KIA,
2. Arahan, dukungan Dinas Kesehatan Kabupaten menjadi unit terdepan dalam pemantauan, pembinaan bidan desa serta bertanggung jawab dalam fasilitas kelancaran pelaksanaan tugas bidan desa di wilayahnya.

b. Masyarakat

1. Suami Siaga,
2. Bidan Siaga,
3. Warga Siaga,
4. Desa Siaga

Prinsip Pelayanan Kebidanan di Desa

1. Pelayanan di komunitas desa sifatnya multi disiplin meliputi ilmu kesehatan masyarakat, kedokteran, sosial, psikologi, komunikasi, ilmu kebidanan, dan lain-lain yang mendukung peran bidan di komunitas
2. Dalam memberikan pelayanan di desa bidan tetap berpedoman pada standar dan etika profesi yang menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia
3. Dalam memberikan pelayanan bidan senantiasa memperhatikan dan memberi penghargaan terhadap nilai-nilai yang berlaku di masyarakat, sepanjang tidak merugikan dan tidak bertentangan dengan prinsip kesehatan.
4. Bidan di desa juga membuat laporan kegiatan bidan setiap bulan dan diserahkan kepada bidan koordinasi pada saat bidan di desa melaksanakan tugasnya ke puskesmas.

5.6.2 Bidan Koordinator

1. PENGERTIAN

Bidan koordinator (Bikor) adalah bidan di puskesmas atau di dinas kesehatan kabupaten/kota yang karena kemampuannya mendapat tanggung jawab membina bidan di wilayah kerjanya baik secara perorangan maupun berkelompok.

2. TUGAS POKOK

- a. Melaksanakan penyeliaan, pemantauan, dan evaluasi kinerja bidan di wilayah kerjanya terhadap aspek klinis profesi dan manajemen program KIA
- b. Melakukan koordinasi lintas program dan lintas sektor baik secara horizontal dan vertikal ke dinas kesehatan kabupaten/kota maupun pihak lain yang terkait.
- c. Membina hubungan kerja bidan dalam tatanan organisasi puskesmas maupun hubungannya dengan organisasi dinas kesehatan kabupaten/kota, serta organisasi profesi yang berkaitan dengan tugas pokok dan fungsi bidan.

3. FUNGSI

Untuk menjalankan tugas pokok diatas, maka Bikor diharapkan menjalankan fungsi:

- a. Membimbing pengetahuan, keterampilan klinis profesi dan sikap bidan.
- b. Membina bidan dalam pengelolaan program KIA.
- c. Melakukan pemantauan, penyeliaan dan evaluasi program KIA termasuk penilaian terhadap prasarana dan logistik (fasilitas pendukung), kinerja klinis dan kinerja manajerial bidan di wilayah kerjanya.
- d. Membantu mengidentifikasi masalah, mencari dan menetapkan solusi serta melaksanakan tindakan koreksi yang mengarah pada peningkatan mutu pelayanan KIA.
- e. Memberi dorongan motivasi dan membangun kerjasama tim serta memberikan bimbingan teknis di tempat kerja kepada bidan di wilayah kerjanya.

- f. Melakukan kerjasama tim lintas program dan lintas sektor baik secara horizontal (pada tingkat puskesmas) dan vertikal (pada tingkat kabupaten).
 - g. Bersama dengan pimpinan puskesmas mengusulkan pemberian penghargaan terhadap bidan berprestasi, kesempatan untuk peningkatan pendidikan dan pengembangan karir bidan.
4. KEDUDUKAN
- Kedudukan seorang Bikor sebagai berikut:
- a. Bikor Puskesmas berkedudukan di Puskesmas
 - b. Bikor Kabupaten berkedudukan di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
 - c. Bikor puskesmas bertanggung jawab terhadap pengelola program KIA puskesmas dan Kepala Puskesmas. Bikor Kabupaten bertanggung jawab terhadap pengelola dan penanggung jawab program KIA di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

MACAM-MACAM PENDEKATAN SOSIAL BUDAYA DALAM PRAKTIK KEBIDANAN KOMUNITAS

a. Agama

Salah satu pendekatan sosial budaya dalam praktik kebidanan yaitu agama.

- Keluarga Berencana

Pandangan islam terhadap KB. Ada dua pendapat mengenai hal tersebut yaitu memperbolehkan dan melarang penggunaan alat kontrasepsi.

b. Paguyuban

Pendekatan paguyuban yang dapat dilakukan oleh bidan :

- Mengadakan pendekatan dengan pamong desa yaitu untuk mengajak masyarakat untuk memanfaatkan posyandu dengan giat
- Mengadakan penyuluhan kesehatan tentang balita, imunisasi, KB, dll.

- Bekerja sama dengan pamong desa untuk mendatangi ibu yang memiliki bayi untuk dilakukan imunisasi.
- c. Kesenian tradisional
- Kesenian sebagai media penyuluhan kesehatan
 Dalam penyuluhan kesehatan maupun dalam praktik kebidanan, seni dapat digunakan sebagai media dalam melakukan pendekatan kepada masyarakat. Seorang petugas bisa menyelipkan pesan-pesan kesehatan didalamnya, misalnya:
 - Dengan Kesenian wayang kulit
 Melalui pertunjukan ini diselipkan pesan-pesan kesehatan yang ditampilkan di awal pertunjukan dan pada akhir pertunjukan, dapat diisi dengan pertanyaan-pertanyaan yang berkaitan dengan pesan-pesan yang telah disampaikan di awal pertunjukan atau pertanyaan-pertanyaan yang diberikan oleh penonton.
 - Menciptakan lagu-lagu berisikan tentang permasalahan kesehatan dalam bahasa daerah setempat.

5. TATA HUBUNGAN KERJA

Bikor yang tenaganya sangat dibutuhkan, tidak hanya bekerja untuk meningkatkan kinerja bidan di wilayah kerjanya, namun diharapkan juga menjalin kerjasama lintas sektor dan lintas program serta mendorong terjadinya perubahan sistem penyeliaan hingga ke tingkat dinas kesehatan kabupaten/ kota dan propinsi. Tata Hubungan Kerja bikor sebagai tenaga fungsional bidan di puskesmas dan kaitannya dengan pengelola program KIA di kabupaten/kota. Pertemuan dengan bidan di desa dilakukan setiap bulan, sementara pertemuan dengan BPS dan RB di wilayah kerja puskesmas diharapkan dapat terjadi 3 (tiga) bulan sekali.

Bikor puskesmas melakukan koordinasi dengan lintas program dan lintas sektor terkait untuk melaksanakan program KIA. Hasil kegiatan bikor puskesmas dilaporkan kepada Pengelola Program KIA dan Kepala Puskesmas. Dalam melaksanakan koordinasi kerja di tingkat Kabupaten/ Kota, bikor puskesmas dan

bikor kabupaten/ kota perlu bekerjasama dengan dokter spesialis kebidanan dan anak dari RSUD, organisasi profesi seperti Ikatan Bidan Indonesia (IBI), Persatuan Obstetri Ginekologi Indonesia (POGI), Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dan Ikatan Dokter Ahli Anak Indonesia (IDAI) yang ada di wilayah setempat.

Dinas Kesehatan Kabupaten/kota melaksanakan pertemuan setiap tiga bulan dengan bikor puskesmas. Pada pertemuan tersebut dibahas laporan kegiatan bikor puskesmas selama 3 bulan terakhir baik yang berasal dari kegiatan penyeliaan (supervisi) maupun pemantauan (monitoring). Laporan bikor puskesmas dan hasil pembahasan pada pertemuan ini dapat menjadi bahan laporan program KIA Dinas kesehatan kabupaten/kota kepada dinas kesehatan propinsi maupun sebagai masukan untuk perencanaan tahunan dinas kesehatan kabupaten.

5.6.3 Bidan Delima

1. Pengertian

Bidan Delima adalah sistem standarisasi kualitas pelayanan bidan praktek swasta, dengan penekanan pada kegiatan monitoring & evaluasi serta kegiatan pembinaan & pelatihan yang rutin dan berkesinambungan. Bidan Delima melambungkan pelayanan berkualitas dalam kesehatan reproduksi dan keluarga berencana yang berlandaskan kasih sayang, sopan santun, ramah-tamah, sentuhan yang manusiawi, terjangkau, dengan tindakan kebidanan sesuai standar dan kode etik profesi.

Visi : Bidan Delima menjadi standarisasi pelayanan BPS di Indonesia.

Misi

- Meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan di BPS.
- Meningkatkan kompetensi BPS berdasarkan hasil penelitian dan perkembangan praktek kebidanan terkini.
- Mewujudkan BPS yang handal, kompeten dan profesional dalam pelayanannya melalui standarisasi dan kegiatan monev yang berkesinambungan.

- Mewujudkan rasa aman, nyaman dan kepuasan bagi BPS dan pengguna jasa.
 - Meningkatkan peran IBI dalam membina dan menjaga profesionalitas BPS.
- a. Bidan Delima dibutuhkan dalam rangka:
- Mempertahankan dan meningkatkan kuantitas dan kualitas pelayanan BPS, sesuai kebutuhan masyarakat.
 - Melindungi masyarakat sebagai konsumen dan bidan sebagai provider, dari praktek yang tidak terstandar.
 - Sebagai standarisasi pelayanan kebidanan bagi BPS sejalan dengan rencana strategis IBI.
 - Menjadi standar dalam mengevaluasi pelayanan kebidanan di BPS karena memiliki *tools* (perangkat) yang lebih lengkap.
 - Sebagai bagian dari pelaksanaan rencana kerja IBI dalam pelayanan kebidanan, sekaligus untuk mempertahankan dan meningkatkan citra IBI.
 - Sebagai tempat pilihan terbaik bagi praktik pendidikan bidan.

2. Nilai- nilai Bidan Delima

- 1) Kepatuhan pada standar pelayanan.
Dianut sebagai nilai utama untuk menekankan bahwa sebuah standar dalam pelayanan harus dipatuhi dan dilaksanakan oleh anggota BD.
- 2) Tumbuh Bersama
Untuk menggambarkan bahwa semua anggota BD harus merasakan kemajuan dan terus berusaha untuk maju secara kelompok.
- 3) Keterbukaan
Nilai-nilai yang wajib dianut oleh anggota agar tercipta hubungan yang erat dan harmonis dalam komunitas.
- 4) Profesionalisme
Selaras dengan nilai kepatuhan pada standar pelayanan,

maka profesionalisme diharapkan dapat menjadi semacam 'label' bagi setiap pribadi anggota BD.

5) Kewirausahaan

Semangat wirausaha diharapkan dapat mewarnai setiap pribadi anggota BD, sehingga selalu ada upaya untuk terus maju dan tumbuh lebih baik daripada sebelumnya.

3. Logo Bidan Delima

1) Bidan

Petugas Kesehatan yang memberikan pelayanan yang berkualitas, ramah-tamah, aman-nyaman, terjangkau dalam bidang Kesehatan Reproduksi, Keluarga Berencana dan kesehatan umum dasar selama 24 jam.

2) Delima

Buah yang terkenal sebagai buah yang cantik, indah, berisi biji dan cairan manis yang melambangkan kesuburan (reproduksi)

3) Merah

Warna melambangkan keberanian dalam menghadapi tantangan dan pengambilan keputusan yang cepat, tepat dalam membantu masyarakat.

4) Hitam

Warna yang melambangkan ketegasan dan kesetiaan dalam melayani kaum perempuan (ibu dan anak) tanpa membedakan.

5) Hati

Melambangkan pelayanan Bidan yang manusiawi, penuh kasih sayang (sayang Ibu dan sayang Bayi) dalam semua tindakan/ intervensi pelayanan.

4. Manfaat Bidan Delima

1. Manfaat bagi Bidan Delima

- Kebanggaan karena dapat memberikan pelayanan yang terstandar.
- Pengakuan dari berbagai pihak.
- Pelatihan dan pembinaan rutin.

- Promosi.
2. Manfaat bagi pengelola program
 - Kebanggaan.
 - Imbalan finansial (transport & insentif).
 - Pelatihan rutin.
 3. Manfaat bagi pasien/pelanggan
Mendapatkan pelayanan kebidanan yang aman dan berkualitas
 4. Mitra Kerja :
 - Peningkatan citra organisasi/individu dan mitra.
 - Membantu mitra dalam melaksanakan program kerja dan mencapai sasaran kinerja.
 - Mendapatkan data/informasi akurat dan terkini mengenai kondisi kesehatan ibu dan anak.
 - Wadah belajar dan praktek untuk peningkatan pengetahuan dan keahlian.
 - Wadah untuk berkontribusi dalam peningkatan Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia.

5.6.4 Bidan Praktek Swasta

1. Pengertian Bidan Praktek Swasta.

Bidan Praktek Swasta (BPS), merupakan penyedia layanan kesehatan, yang memiliki kontribusi cukup besar dalam memberikan pelayanan, khususnya dalam meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak.

Misi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan BPS adalah mendukung tercapainya misi pembangunan kesehatan nasional, yaitu :

- a. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan di wilayah kerjanya.
- b. Mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat di wilayah kerjanya.
- c. Memelihara dan meningkatkan mutu, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan khususnya dalam bidang kebidanan

- d. Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga, dan masyarakat, serta lingkungannya.
- 2. Wewenang BPS.
 - a. Pelayanan kebidanan.
 - b. Pelayanan keluarga berencana.
 - c. Pelayanan kesehatan masyarakat.
- 3. Kompetensi minimal bidan praktek swasta meliputi :
 - a. Ruang lingkup profesi.
 - 1) Diagnostik (klinik, laboratorik).
 - 2) Terapy (promotif, preventif).
 - 3) Merujuk.
 - 4) Kemampuan komunikasi interpersonal.
 - b. Mutu pelayanan.
 - 1) Pemeriksaan seefisien mungkin.
 - 2) Internal review
 - 3) Pelayanan sesuai standar pelayanan kebidanan dan etika profesi.
 - 4) Humanis (tidak diskriminatif).

Latihan

Latihan diberikan kepada setiap mahasiswa sesuai materi pada Bab II secara terstruktur dan sistematis pada akhir pertemuan sehingga mahasiswa memiliki penguasaan yang baik terhadap Bab tentang social budaya dan kebidanan komunitas ini. Adapun soal yang digunakan untuk latihan adalah sebagai berikut :

1. Jelaskan konsep dasar manusia yang bersosial dan berbudaya
2. Jelaskan tentang kesetaraan gender
3. Jelaskan sosial budaya yang mempengaruhi perilaku dan depresi
4. Jelaskan pendekatan sosial buadaya yang digunakan untuk mengatur strategi pelayanan kesehatan dan kebidanan di komunitas
5. Jelaskan perbedaan antara bidan koordinator, bidak praktik swasta, bidan di desa dan bidan delima

Ringkasan atau Poin Poin Penting

Konsep dasar manusia dan konsep sosial budaya

Konsep perilaku ibu dan keluarga serta masyarakat yang memengaruhi kesehatan ibu hamil

Faktor sosial budaya, kesetaraan gender dan pemberantasan KDRT

Pendekatan sosial budaya dalam mengatur strategi pelayanan kesehatan dan kebidanan di komunitas

Bidan koordinator, bidan praktik swasta, bidan delima dan bidan di desa

PENUTUP

Evaluasi, Pertanyaan Diskusi, Soal Latihan, Praktek atau Kasus

Evaluasi

NO	KOMPONEN NILAI BLOK	BOBOT
1	Penilaian Tutorial	20%
2	<p>Tugas</p> <p>Penilaian proses pada saat pembuatan manajemen asuhan kebidanan komunitas: Dimensi <i>intrapersonal skill</i> yang sesuai:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Berpikir kreatif▪ Berpikir kritis▪ Berpikir analitis▪ Berpikir inovatif▪ Mampu mengatur waktu▪ Berargumen logis▪ Mandiri▪ Memahami keterbatasan diri.▪ Mengumpulkan tugas tepat waktu▪ Kesesuaian topik dengan pembahasan <p>Dimensi <i>interpersonal skill</i> yang sesuai:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Tanggung jawab▪ Kemitraan dengan perempuan▪ Menghargai otonomi perempuan▪ Advokasiperempuan untuk pemberdayaan diri▪ Memiliki sensitivitas budaya. <p>Values :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Bertanggungjawab▪ Motivasi▪ Dapat mengatasi stress.	20%
3	Ujian Tulis (MCQ)	60%

Ketentuan :

1. Mahasiswa yang akan mengikuti ujian tulis/praktikum harus mengikuti persyaratan berikut :
 - a. Minimal kehadiran dalam kegiatan diskusi tutorial 80%
 - b. Minimal kehadiran dalam kegiatan diskusi pleno 80%
 - c. Minimal kehadiran dalam kegiatan keterampilan klinik 80%
 - d. Minimal kehadiran dalam kegiatan praktikum 80%
 - e. Minimal kehadiran dalam kegiatan DKK 80%
 - f. Minimal kehadiran dalam kegiatan Kuliah Pengantar 80%
2. Apabila tidak lulus dalam ujian tulis, mahasiswa mendapat kesempatan untuk ujian remedial satu kali pada akhir tahun akademik yang bersangkutan. Jika masih gagal, mahasiswa yang bersangkutan harus mengulang Blok.
3. Ketentuan penilaian berdasarkan peraturan akademik program sarjana Universitas Andalas tahun 2015.

Nilai Angka	Nilai Mutu	Angka Mutu	Sebutan Mutu
≥ 85 -100	A	4.00	Sangat cemerlang
≥ 80 < 85	A-	3.50	Cemerlang
≥ 75 < 80	B+	3.25	Sangat baik
≥ 70 < 75	B	3.00	Baik
≥ 65 < 70	B-	2.75	Hampir baik
≥ 60 < 65	C+	2.25	Lebih dari cukup
≥ 55 < 60	C	2.00	Cukup
≥ 50 < 55	C-	1.75	Hampir cukup
≥ 40 < 50	D	1.00	Kurang
<40	E	0.00	Gagal

Pertanyaan Diskusi

Kegiatan diskusi dilakukan dengan membentuk 5 kelompok. Masing-masing kelompok memiliki 1 tema yang terdapat dalam bab ini. Setiap kelompok membuat pembahasan terhadap topik yang telah dipilih, menyampaikan/mempresentasikan dan mendiskusikan yang telah dibuat dengan anggota kelompok yang lain kepada dosen penanggung jawab. Mahasiswa menyerahkan hasil diskusi yang telah dibuat kepada dosen penanggung jawab masing-masing.

Soal Latihan

Soal nomor 1-3

Nyonya Cantika, hamil 7 bulan dan direncanakan keluarganya untuk mengadakan acara mitoni. Acara yang mengundang masyarakat sekitar untuk berdoa dan mencicipi makanan khususnya bubur sum-sum. Nyonya cantika sangat senang dengan acara tersebut karena ia merasa yakin bahwa kehamilannya akan lancar dan sehat seiring banyaknya masyarakat yang ikut berdoa di acara tersebut. Minggu berikutnya akan diadakan acara sangguhan, dari keluarga suaminya.

1. Ny. Cantika senang dan yakin hamilnya sehat dan lancar dengan mengadakan acara mitoni. Hal ini merupakan contoh konsep perilaku :
 - a. *Health believe*
 - b. *Life style*
 - c. *Health seeking behavior*
 - d. *Health approach*
 - e. *Life cycle approach*
2. Acara mitoni dan makan bersama memberikan efek berikut ini, kecuali :
 - a. Meningkatkan adaptasi lingkungan sekitar
 - b. Efek psikologis dengan menghadirkan masyarakat ramai
 - c. Jenis makanan yang diberikan sangat bermanfaat dan mudah didapat
 - d. Meningkatkan spiritual dan rasa syukur
 - e. Mempermudah kegiatan dengan penyewaan catering
3. Acara sangguhan merupakan salah satu acara social budaya dari daerah:
 - a. Sumatera
 - b. Jawa
 - c. Kalimantan
 - d. Sulawesi
 - e. Ambon

4. Berikut ini yang merupakan sosiokultural yang tergolong bermanfaat adalah :
 - a. Acara mitoni yang mengundang masyarakat dan membuat makanan yang mudah didapat
 - b. Proses melahirkan dengan diurut oleh bidan ahli, kemudian acara selamatan
 - c. Acara membakar kayu agar asapnya dihirup ibu sebagai proses masuknya makhluk halus untuk mempercepat proses kelahiran
 - d. Acara pemotongan tali pusat menggunakan bambu miliknya penghulu besar di kampung tersebut.
 - e. Mengurangi makan daging dan memperbanyak saur buah setelah persalinan
5. Berikut ini yang merupakan sosiokultural yang tergolong belum terbukti adalah :
 - a. Acara mitoni yang mengundang masyarakat, membuat makanan yang mudah didapat
 - b. Proses melahirkan dengan diurut oleh bidan ahli, kemudian acara selamatan
 - c. minum madu dan telur dapat mempercepat proses persalinan
 - d. Acara pemotongan tali pusat menggunakan bambu miliknya penghulu besar di kampung tersebut.
 - e. Mengurangi makan daging dan memperbanyak saur buah setelah persalinan
6. Berikut ini yang merupakan sosiokultural yang tergolong tidak bermanfaat adalah :
 - a. Acara mitoni yang mengundang masyarakat dan membuat makanan yang mudah didapat
 - b. Proses melahirkan dengan diurut oleh bidan ahli, kemudian acara selamatan
 - c. Acara membakar kayu agar asapnya dihirup ibu sebagai proses masuknya makhluk halus untuk mempercepat proses kelahiran

- d. Acara pemotongan tali pusat menggunakan bambu miliknya penghulu besar di kampung tersebut.
- e. Mengurangi makan daging dan memperbanyak saur buah setelah persalinan

Soal nomor 7-10

Anda baru saja ditempatkan di daerah Manokwari, Papua. Pada hari ke-2 di desa tersebut, anda didatangi oleh seorang keluarga klien yang menyatakan istrinya di rumah dan baru saja melahirkan 30 menit yang lalu dengan dukun, namun belum keluar ari-arinya. Anda dengan cepatnya mengambil peralatan dan semua alat yang dibutuhkan untuk proses pertolongan. Sesampai di sana, anda mendapati bahwa klien sudah pucat, menahan rasa sakit dan adanya bambu untuk memotong tali pusat anak. Adanya ramuan pada daerah vagina yang dinyatakan untuk membuang bau amis pada ibu dan mencegah infeksi.

- 7. Memotong tali pusat dengan bambu, merupakan asuhan :
 - a. Bermanfaat
 - b. Kurang bermanfaat
 - c. Tidak bermanfaat namun tidak merugikan
 - d. Tidak bermanfaat dan merugikan
 - e. Tidak ada satupun di atas
- 8. Pemberian ramuan pada daerah vagina ssaat persalinan, merupakan asuhan yang :
 - a. Bermanfaat
 - b. Kurang bermanfaat
 - c. Tidak bermanfaat namun tidak merugikan
 - d. Tidak bermanfaat dan merugikan
 - e. Tidak ada satupun di atas
- 9. Asuhan kebidanan yang dapat diberikan kepada dukun adalah :
 - a. Memperbolehkan karena sudah bertahun-tahun menolong kelahiran bayi
 - b. Memperbolehkan karena dukun adalah orang yang dihormati di daerah tersebut

- c. Memberikan pengertian kepada klien tentang kemitraan dalam persalinan
 - d. Memberikan pendidikan mengenai konsep kebersihan baik dari segi tempat dan peralatan pertolongan persalinan
10. Asuhan kebidanan yang dapat diberikan kepada klien dan keluarga adalah :
- a. Memperbolehkan karena sudah bertahun-tahun menolong kelahiran bayi
 - b. Memperbolehkan karena dukun adalah orang yang dihormati di daerah tersebut
 - c. Memberikan pengertian kepada klien tentang kemitraan dalam persalinan dan asuhan nifas
 - d. Memberikan pendidikan mengenai konsep kebersihan baik dari segi tempat dan peralatan pertolongan persalinan

Praktik atau Kasus

Bermain Peran / Role Play : Anda sebagai bidan delima di Desa Suka Makmur dikunjungi oleh seorang wanita yang mengalami KDRT dan suami yang tidak menerima pemahaman tentang kesetaraan gender. Lakukan analisis terhadap kasus tersebut dan pemecahan masalah terhadap kasus klien yang datang kepada anda.

Umpan balik dan Tindak Lanjut

Dosen memberikan penilaian dari hasil praktik dan diskusi serta menindaklanjuti dengan memberikan masukan kepada mahasiswa terkait capaian pembelajaran yang harus ia kuasai dalam bab ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat. 2010. *Pedoman pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS-KIA)*. Jakarta: Kemenkes RI.
- ICM. 2014. "Philosophy and Model of Midwifery Care" www.internationalmidwives.org
- KEPMEKES RI No. 1529 tahun 2010 "Pedoman umum pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif".
- Syafrudin dkk. 2009. *Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC.
- Green, E.C. 1986. *Practicing Development Anthropology*. Boulder and London: Westview
- Leonard Seregar. 2002. *Antropologi dan Konsep Kebudayaan..* Jayapura : Universitas Cendrawasih Press
- Masinambow, E.K.M (Ed) 1997 *Koentjaraningrat dan Antropologi di Indonesia*, Jakarta: Asosiasi Antropologi Indonesia dan Yayasan Obor Indonesia.
- Rhoades, R.E. 1986. *Breaking New Ground: Agricultural Anthropology*. Dalam: Green Ed.
- Suparlan, Pasurdi. 1995. *Antropologi dalam Pembangunan*. Jakarta: UI Press
- Kemenkes RI. 2010. *Pedoman pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS-KIA)*. Jakarta
- Linda V Walsh. 2001. *Midwifery Community Based Care*. Philadelphia: WB Saunders Company
- Pudiastuti. 2011. *Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta : Nuhamedika
- Retna, Ery dan Sriati. 2008. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Komunitas*. Numed : Jakarta
- Syahlan J.H (1996). *Kebidanan Komunitas*. Yayasan Bina Sumber Daya.
- Walyani, S. 2014. *Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta : PUSTAKA BARU PRESS
- Yulifah, Rita. 2009. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Jakarta: Salemba Medika.

BAB VI

MANAJEMEN KEBIDANAN KOMUNITAS

A. PENDAHULUAN

Deskripsi Bab

Bab ini memberikan bekal kepada mahasiswa untuk dapat menguasai materi manajemen asuhan kebidanan komunitas. Dengan pemahaman ini, mahasiswa diharapkan mampu menganalisis dan mengaplikasikan pendokumentasian manajemen asuhan kebidanan komunitas.

Tujuan Atau Sasaran Pembelajaran

Pada akhir pembelajaran, mahasiswa mampu menjelaskan kosep pengelolaan asuhan pada :

1. Antenatal dalam Pelayanan Kebidanan Komunitas
2. Intranatal dalam Pelayanan Kebidanan Komunitas
3. Postnatal dalam Pelayanan Kebidanan Komunitas
4. Neonatus dan BBL dalam Pelayanan Kebidanan Komunitas
5. Sistem Rujukan dalam Pelayanan Kebidanan Komunitas
6. Pengelolaan Pendokumentasian Pelayanan Kebidanan Komunitas

Kaitan Peran Serta Masyarakat dengan Pengetahuan Awal Mahasiswa

Mahasiswa yang akan membahas tentang kebidanan komunitas harus telah lulus dari blok 1 A (Pengantar Pendidikan Kebidanan), 1.B (Biomedik 1), 1.C (Biomedik 2), 2.A (Konsep Kebidanan), 2.B (Dasar Patologi dan Farmakologi), 2.C (Kesehatan Remaja dan Pra Konsepsi), 3.A (Asuhan kebidanan Pada Ibu Hamil), Blok 3.B (Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin), 3.C (Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas), 4.A (Asuhan Kebidanan Pada Neonatus, Bayi dan Balita), 4.B (Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Risiko Tinggi), 4.C (Asuhan Kebidanan Pada Persalinan dan Nifas Risiko Tinggi), 5.A (Asuhan Kebidanan dengan infeksi dan neoplasma sistem reproduksi dan payudara).

Kompetensi Khusus

Kompetensi khusus yang diharapkan dapat dicapai oleh mahasiswa adalah memahami dan mencari pemecahan masalah hingga pendokumentasian manajemen asuhan kebidanan komunitas dari antenatal, intranatal, postnatal, neoatus, bayi dan balita, dan sistem rujukan.

B. PENYAJIAN

Uraian materi

6.1 PENGELOLAAN PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Kelompok komunitas terkecil adalah keluarga individu, yang dilayani adalah bagian dari keluarga atau komunitas. Oleh karena itu, bidan tidak memandang pasiennya dari sudut pandang biologis, tetapi sebagai unsur sosial yang memiliki budaya tertentu serta dipengaruhi oleh kondisi ekonomi dan lingkungan di sekelilingnya. Sasaran utama kebidanan komunitas adalah ibu dan anak balita yang berada di dalam keluarga dan masyarakat.

Pengelolaan kebidanan komunitas mencakup kegiatan perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, monitoring, evaluasi, pencatatan, dan pelaporan.

1. Perencanaan

Rencana adalah pola pikir yang sistematis untuk mewujudkan tujuan dengan mengorganisasikan dan mendayagunakan sumber yang tersedia. Perencanaan adalah proses yang menggambarkan keinginan untuk mencapai tujuan tertentu melalui kegiatan dengan mengorganisasikan dan mendayagunakan sumber daya yang tersedia.

➤ Jenis-jenis Perencanaan

Perencanaan dilakukan berdasarkan pada kurun waktu pelaksanaan, wilayah dan program. Perencanaan sendiri memiliki berbagai jenis, antara lain :

- 1) Dilihat dari jangka waktu berlakunya rencana
 - a. Rencana jangka panjang (*long term planning*), berlaku antara 10-25 tahun.
 - b. Rencana jangka menengah (*medium range palnning*), berlaku 5-7 tahun.
 - c. Rencana jangka pendek (*short range planning*), berlaku hanya untuk 1 tahun.
- 2) Dilihat dari tingkatannya
 - a. Rencana induk (*master plan*), lebih menitikberatkan uraian kebijakan organisasi.
 - b. Rencana operasional (*operational planning*), lebih menitikberatkan pada pedoman atau petunjuk dalam melaksanakan program.
 - c. Rencana harian (*day to day planning*) ialah rencana harian yang bersifat rutin.
- 3) Ditinjau dari ruang lingkupnya
 - a. Rencana strategis (*strategic planning*), berisikan uraian tentang kebijakan tujuan jangka panjang dan waktu pelaksanaan yang lama.
 - b. Rencana taktis (*tactical planning*), berisikan uraian yang bersifat jangka pendek, kegiatan-kegiatannya mudah menyesuaikan, asalkan tidak merubah tujuan.
 - c. Rencana menyeluruh (*comprehensive planning*), mengandung uraian secara menyeluruh dan lengkap.

- d. Rencana terintegrasi (*integrated planning*), mengandung uraian yang menyeluruh bersifat terpadu.
- 4) Perencanaan berdasarkan wilayah
 - a. Rencana pembangunan nasional (pusat).
 - b. Rencana pembangunan daerah, seperti: propinsi, kabupaten, kecamatan dan desa.
- 5) Perencanaan berdasarkan program
 - a. Rencana pembangunan kesehatan keluarga
 - b. Rencana penyuluhan kesehatan
 - c. Rencana pembangunan puskesmas
- Langkah-langkah Perencanaan

Proses penyusunan rencana terdiri atas langkah-langkah menentukan tujuan, strategi, kegiatan, sumber daya, pelaksanaan, dan evaluasi. Secara terperinci, langkah-langkah perencanaan kesehatan adalah sebagai berikut :

- 1) Identifikasi masalah
- 2) Menetapkan prioritas masalah.
Meliputi besarnya masalah, luasnya masalah, dampak masalah, besarnya akibat masalah, dan tingkat kemudahan mengatasinya.
- 3) Menetapkan tujuan, meliputi tujuan umum dan tujuan khusus
- 4) Menetapkan rencana kegiatan
Meliputi kegiatan pada tahap persiapan, tahap pelaksanaan, dan tahap penilaian.
- 5) Menetapkan sasaran
Meliputi sasaran langsung dan tidak langsung.
- 6) Waktu dan tempat
- 7) Organisasi dan staf
Meliputi sumber daya yang perlu juga ditentukan adalah tenaga, sarana dan fasilitas, dana, manajemen, serta informasi.
- 8) Rencana anggaran
- 9) Rencana Evaluas

Manfaat perencanaan ini antara lain sebagai metode untuk mencapai tujuan, sebagai petunjuk pelaksanaan, dan menjamin penggunaan sumber daya secara efektif.

2. Pengorganisasian

Yang dimaksud pengorganisasian adalah mengatur personel atau staf yang ada di dalam institusi tersebut agar semua kegiatan yang telah ditetapkan dalam rencana dapat berjalan dengan baik, yang akhirnya semua tujuan dapat dicapai. Pengorganisasian mencakup beberapa unsur pokok, antara lain :

- 1) Hal yang diorganisasikan ada 2 macam, yaitu :
 - a. Pengorganisasian kegiatan
 - b. Pengorganisasian tenaga pelaksana
- 2) Proses pengorganisasian ialah langkah-langkah yang harus dilakukan sehingga kegiatan dan tenaga pelaksana dapat berjalan sebaik-baiknya.
- 3) Hasil pengorganisasian, ialah terbentuknya struktur organisasi yang merupakan perpaduan kegiatan dan tenaga pelaksana.

Yang termasuk pengorganisasian adalah Puskesmas, Lembaga Ketahanan Masyarakat Desa (LKMD) tempat kebidanan komunitas dilaksanakan di seksi 7 dan 8 (pembinaan kesejahteraan keluarga dan kesehatan, kependudukan dan KB) dengan bidan menjadi anggotanya.

Pembinaan Kesejahteraan Keluarga (PKK) merupakan kegiatan pembangunan masyarakat yang tumbuh dari bawah dengan wanita sebagai motor penggerakannya. Kelompok dasawisma (kelompok ibu berasal dari sepuluh rumah yang bertetangga) yang dibentuk melalui kegiatan PKK.

3. Pelaksanaan

Pelaksanaan atau *actuating* merupakan setelah perencanaan dan pengorganisasian maka perlu mewujudkan perencanaan tersebut dengan menggunakan organisasi yang terbentuk berarti ini merupakan rencana tersebut dilaksanakan (*implementating*) atau diaktualisasikan (*actuating*). Kata lain dari *direction* (bimbingan)

sebagai gerak pelaksanaan. Pelaksanaan atau *actuating* berfungsi penciptaan kerja sama antara anggota kelompok serta pada pengarahan semangat kerja, tekad dan kemampuan keseluruhan anggota untuk tercapainya tujuan bersama. Pelaksanaan atau *actuating* merupakan usaha untuk menjadikan keseluruhan anggota untuk ikut bertekad dan berupaya dalam rangka mewujudkan tujuan kelompok. Untuk melaksanakan program kesehatan, seorang pemimpin harus mampu mengarahkan, mengawasi dan mensupervisi bawahannya. Untuk itu perlu menguasai berbagai pengetahuan dan keterampilan, yaitu motivasi, komunikasi, kepemimpinan, pengarahan, pengawasan, supervisi. Program dilakukan berdasarkan rencana yang telah ditetapkan dengan menjabarkan program atau kegiatan lebih rinci mencakup waktu, tempat pelaksanaan kegiatan, pengawasan, pengendalian, supervisi, bimbingan dan konsultasi yang dilaksanakan di dalam pelaksanaan.

4. Pengawasan (*Monitoring*)

Pengawasan adalah suatu proses untuk mengukur penampilan kegiatan atau pelaksanaan kegiatan suatu program yang selanjutnya memberikan pengarahan-pengarahan sehingga tujuan yang ditetapkan dapat tercapai. Agar pengawasan dapat berjalan dengan lancar, sedikitnya ada 3 hal yang harus diperhatikan, yaitu :

- 1) *Objek pengawasan*, yaitu hal-hal yang harus diawasi dalam pelaksanaan suatu rencana. Secara garis besar meliputi kuantitas dan kualitas program, biaya program, pelaksanaan program, dan hal-hal khusus lainnya yang di tetapkan oleh pimpinan.
- 2) *Metode pengawasan*, dapat dilakukan dengan cara kunjungan langsung atau observasi, analisis terhadap laporan yang masuk, pengumpulan data, dan melalui tugas dan tanggung jawab para petugas.
- 3) *Proses pengawasan*, yang meliputi penyusunan rencana pengawasan, pelaksanaan pengawasan, interpretasi dan analisa hasil pengawasan, serta menarik kesimpulan dan tindak lanjut.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah prosedur penilaian/pelaksanaan hasil kerja/dampak secara sistematis, dengan membandingkannya dengan standard dan mengikuti Kriteria/metode/tujuan guna menilai sekaligus mengambil keputusan. Tujuan dari evaluasi adalah :

- 1) Sebagai alat untuk memperbaiki pelaksanaan program dan perencanaan program.
- 2) Sebagai alat untuk memperbaiki pelaksanaan suatu kegiatan yang sedang berjalan.
- 3) Sebagai alat untuk mengadakan perencanaan kembali yang lebih baik dari semula.

Evaluasi suatu program kesehatan dilakukan terhadap tiga hal yaitu evaluasi proses untuk menilai pelaksanaan program, evaluasi hasil program untuk menilai sejauh mana program tersebut berhasil, dan evaluasi dampak program untuk menilai sejauh mana program itu berdampak terhadap peningkatan kesehatan masyarakat.

- Pencatatan

pencatatan adalah kegiatan/proses pendokumentasian suatu aktifitas dalam bentuk tulisan di atas kertas, disket, dan lain-lain dengan ilustrasi tulisan, grafik, gambar/suara. Manfaat pencatatan adalah ;

- 1) Memberi informasi
- 2) Bukti dari suatu kegiatan
- 3) Bahan proses belajar
- 4) Bahan penelitian
- 5) Pertanggung jawaban
- 6) Bahan pembuatan laporan Perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi
- 7) Bukti hukum
- 8) Alat komunikasi (penyampaian pesan)
- 9) Alat untuk mengingatkan kegiatan peristiwa khusus.

➤ Bentuk pencatatan:

- 1) Berdasarkan isi
 - a. Catatan tradisional yaitu apa yang didengar dan dilakukan oleh sipencatat (catatan harian).
 - b. Catatan sistematik yaitu menggunakan format.
 - c. Identitas pasien, keluhan utama, pemeriksaan fisik, rencana dan tindakan, catatan perkembangan atau status pasien.
- 2) Berdasarkan sasaran
 - a. Catatan individu seperti catatan ibu, bayi, anak balita.
 - b. Catatan keluarga seperti identitas keluarga, masalah keluarga, kunjungan rumah.
 - c. Catatan masyarakat seperti dalam kegiatan survei komuniti, bagian keadaan dan masalah komuniti, rencana dan langkah yang dilakukan serta hasilnya merupakan dalam kebidanan komuniti lebih diarahkan kepada ibu dan anak.
- 3) Berdasarkan kegiatan
 - a. Catatan pelayanan kesehatan anak.
 - b. Catatan pelayanan kesehatan ibu.
 - c. Catatan pelayanan kesehatan KB.
 - d. Catatan imunisasi.
 - e. Catatan kunjungan rumah.
 - f. Catatan persalinan.
 - g. Catatan kelainan.
 - h. Catatan kematian ibu dan bayi.
 - i. Catatan rujukan.
- 4) Berdasarkan proses pelayanan :
 - a. Catatan awal/masuk
 - b. Catatan pengembangan berisi kemajuan/ perkembangan pelayanan.
 - c. Catatan pindah.
 - d. Catatan keluar.

6.2 PENGELOLAAN ANC DALAM PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS

ANC adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil, sehingga, mampu menghadapi persalinan, nifas, persiapan pemberian ASI, dan kehamilan kesehatan reproduksi secara wajar.

TUJUAN ASUHAN ANTENATAL

1. Tujuan Umum

Memelihara dan meningkatkan kesehatan ibu dan janin yang sesuai dengan kebutuhan, sehingga kehamilan dapat berjalan secara normal dan bayi dapat lahir dengan sehat.

2. Tujuan Khusus

- a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan serta pertumbuhan dan perkembangan bayi.
- b. Mendeteksi adanya komplikasi yang dapat mengancam jiwa ibu dan janin.
- c. Merencanakan asuhan khusus sesuai dengan kebutuhan.
- d. Mempersiapkan persalinan serta kesiagaan dalam menghadapi komplikasi.
- e. Mempersiapkan masa nifas dan pemberian ASI Eksklusif.

STANDAR PELAYANAN ANTENATAL DI KOMUNITAS

Standar pelayanan asuhan antenatal di komunitas merupakan bagian dari ruang lingkup pelayanan kebidanan yaitu standar 3 – standar 8. Standar tersebut meliputi :

Standar 3 : Identifikasi ibu hamil

Bidan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk penyuluhan dan memotivasi ibu, suami dan anggota keluarganya agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya secara dini dan secara teratur.

Hasil yang diharapkan adalah :

- 1) Ibu memahami tanda dan gejala kehamilan.

- 2) Ibu, suami, anggota masyarakat menyadari manfaat pemeriksaan kehamilan secara dini dan teratur, serta mengetahui tempat pemeriksaan hamil.
- 3) Meningkatnya cakupan ibu hamil yang memeriksakan diri sebelum kehamilan 16 minggu.

Standar 4 : Pemeriksaan dan pemantauan antenatal

Bidan memberikan sedikitnya 4 kali pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesis dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal. Bidan juga harus mengenal kehamilan risti/kelainan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS/infeksi HIV; memberikan pelayanan imunisasi, nasehat dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainnya yang diberikan oleh puskesmas. Mereka harus dapat mencatat data yang tepat pada setiap kunjungan. Bila ditemukan kelainan, mereka harus mampu mengambil tindakan yang diperlukan dan merujuknya untuk tindakan selanjutnya.

Hasil yang diharapkan adalah:

- 1) Ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal minimal 4x selama kehamilan.
- 2) Meningkatnya pemanfaatan jasa bidan oleh masyarakat.
- 3) Deteksi dini dan penanganan komplikasi kehamilan.
- 4) Ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat mengetahui tanda bahaya kehamilan dan tahu apa yang harus dilakukan.
- 5) Mengurus transportasi rujukan jika sewaktu-waktu terjadi kedaruratan.

Standar 5 : Palpasi abdominal

Bidan melakukan pemeriksaan abdomen dengan seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan. Bila umur kehamilan bertambah, memeriksa posisi, bagian terendah, masuknya kepala ke dalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.

Hasil yang diharapkan adalah :

- 1) Perkiraan usia kehamilan yang lebih baik.

- 2) Diagnosis dini kelainan letak, dan merujuknya sesuai dengan kebutuhan.
- 3) Diagnosis dini kehamilan ganda dan kelainan lain, serta merujuknya sesuai dengan kebutuhan.

Standar 6 : Pengelolaan anemia pada kehamilan

Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan, dan/atau rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Hasil yang diharapkan adalah :

- 1) Ibu hamil dengan anemia berat segera dirujuk.
- 2) Penurunan jumlah ibu melahirkan dengan anemia.
- 3) Penurunan jumlah bayi baru lahir dengan anemia/BBLR

Standar 7 : Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda serta gejala preeklamsia lainnya, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya.

Hasil yang diharapkan adalah :

- 1) Ibu hamil dengan tanda preeklamsia mendapat perawatan yang memadai dan tepat waktu.
- 2) Penurunan angka kesakitan dan kematian akibat preeklamsia.

Standar 8 : Persiapan persalinan

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami/keluarganya pada trimester III memastikan bahwa persiapan persalinan bersih dan aman dan suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, di samping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat. Bidan mengusahakan untuk melakukan kunjungan ke setiap rumah ibu hamil untuk hal ini.

Hasil yang diharapkan adalah :

- 1) Ibu hamil, suami dan keluarga bergerak untuk merencanakan persalinan yang bersih dan aman.
- 2) Persalinan direncanakan di tempat yang aman dan memadai dengan pertolongan bidan terampil.

- 3) Adanya persiapan sarana transportasi untuk merujuk ibu bersalin jika perlu.
- 4) Rujukan tepat waktu telah dipersiapkan bila diperlukan.

STANDAR MINIMAL ASUHAN ANTENATAL¹⁴T

Sesuai kebijakan program pelayanan asuhan antenatal harus sesuai standar yaitu “14 T”, meliputi :

- 1) Timbang berat badan (T₁)
Ukur berat badan dalam kilogram tiap kali kunjungan. Kenaikan berat badan normal pada waktu hamil 0,5 kg per minggu mulai trimester kedua.
- 2) Ukur tekanan darah (T₂)
Tekanan darah yang normal 110/80 – 140/90 mmHg, bila melebihi dari 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya preeklampsia.
- 3) Ukur tinggi fundus uteri (T₃)
- 4) Pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan (T₄)
- 5) Pemberian imunisasi TT (T₅)
- 6) Pemeriksaan Hb (T₆)
- 7) Pemeriksaan VDRL (T₇)
- 8) Perawatan payudara, senam payudara dan pijat tekan payudara (T₈)
- 9) Pemeliharaan tingkat kebugaran/senam ibu hamil (T₉)
- 10) Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan (T₁₀)
- 11) Pemeriksaan protein urine atas indikasi (T₁₁)
- 12) Pemeriksaan reduksi urine atas indikasi (T₁₂)
- 13) Pemberian terapi kapsul yodium untuk daerah endemis gondok (T₁₃)
- 14) Pemberian terapi anti malaria untuk daerah endemis malaria (T₁₄)

MANAJEMEN ASUHAN ANTENATAL

Manajemen asuhan antenatal di komunitas merupakan langkah-langkah alamiah sistematis yang dilakukan bidan, dengan tujuan untuk mempersiapkan kehamilan dan persalinan yang sehat berdasarkan standar yang berlaku. Dalam manajemen asuhan antenatal di komunitas, bidan harus melakukan kerja sama dengan ibu, keluarga, dan masyarakat mengenai persiapan rencana kelahiran, penolong persalinan, tempat bersalin, tabungan untuk persalinan, dan mempersiapkan rencana apabila terjadi komplikasi.

Tidak menutup kemungkinan di dalam masyarakat, bidan akan menemui ibu hamil yang tidak melakukan pemeriksaan selama kehamilan atau antenatal care (ANC) diantaranya adalah ibu sakit, tidak ada transportasi, tidak ada yang menjaga anak yang lain, kurangnya motivasi, dan takut atau tidak mau ke pelayanan kesehatan. Upaya yang harus dilakukan bidan untuk mengatasi kendala-kendala tersebut adalah dengan:

- 1) Melakukan kunjungan rumah;
- 2) Berusaha memperoleh informasi mengenai alasan ibu tidak melakukan pemeriksaan;
- 3) Apabila ada masalah, coba untuk mendampingi ibu dalam mencari pemecahannya;
- 4) Menjelaskan pentingnya pemeriksaan kehamilan.

Kunjungan Rumah

Kunjungan rumah yang minimal dilakukan selama *antenatal care*:

- 1) Satu kali kunjungan selama trimester I, sebelum minggu ke -14
- 2) Satu kali kunjungan selama trimester II, diantara trimester ke-14 sampai minggu ke -28
- 3) Dua kali kunjungan selama trimester III, antara minggu ke-28 sampai minggu ke-36 dan setelah minggu ke-36

Kunjungan ideal selama kehamilan

- 1) Pertama dilakukan sedini mungkin ketika ibu mengatakan terlambat haid 1 bulan

- 2) Satu kali setiap bulan sampai usia kehamilan 7 bulan
- 3) Dua kali setiap bulan sampai usia kehamilan 8 bulan
- 4) Satu kali setiap minggu sampai usia kehamilan 9 bulan
- 5) Pemeriksaan khusus apabila ada keluhan

Pelaksanaan Asuhan Antenatal di Rumah

Bidan dapat melakukan beberapa hal berikut dalam memberikan asuhan antenatal di rumah.

- 1) Bidan harus mempunyai data ibu hamil di wilayah kerjanya
- 2) Bidan melakukan identifikasi apakah ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan dengan teratur
- 3) Bidan harus melakukan ANC di rumah, apabila ibu hamil tidak merasakan kehamilannya
- 4) Sebelum melakukan asuhan dirumah, lakukan kontrak tentang waktu, tanggal, hari, dan jam yang disepakati bersama ibu hamil agar tidak mengganggu aktifitas ibu serta keluarga
- 5) Pada saat melakukan kunjungan rumah, lakukan pemeriksaan sesuai dengan standar,
- 6) kemudian identifikasi lingkungan rumah apabila ibu mempunyai rencana melahirkan dirumah

6.3 PENGELOLAAN INC DALAM PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS

A. Falsafah Ibu Bersalin Di Komunitas

- 1) Bidan meyakini bahwa setiap individu berhak untuk merasa aman, puas terhadap pelayanan masyarakat.
- 2) Yakin bahwa proses kehamilan dan persalinan dapat di tingkatkan kualitasnya melalui pendidikan, kesehatan dan intervensi berbentuk dukungan.
- 3) Asuhan bulin yang berfokus pada kebutuhan individu dan keluarganya baik emosi, fisik dan sosial.
- 4) Asuhan diberikan secara terus menerus yang menekankan pada aspek keamanan manajemen klinis yang sesuai standar.

B. Tujuan asuhan INC

- 1) Memastikan persalinan yang telah direncanakan
- 2) Memastikan persiapan persalinan bersih, aman, dan dalam suasana yang menyenangkan
- 3) Mempersiapkan transportasi, serta biaya rujukan apabila diperlukan.

C. Pelayanan Kebidanan Komunitas

- 1) Standar pelayanan kebidanan
 - a. Asuhan saat persalinan

Bidan menilai secara tepat bahwa persalinan sudah mulai, kemudian memberikan asuhan dan pemantauan yang memadai, dengan memperhatikan kebutuhan klien, selama proses persalinan berlangsung.
 - b. Persalinan yang aman
 - 1) Bidan melakukan pertolongan persalinan yang aman dengan sikap sopan dan penghargaan terhadap klien serta memperhatikan tradisi setempat.
 - 2) Pengeluaran plasenta dengan penegangan tali pusat terkendali.
 - 3) Bidan melakukan penegangan tali pusat dengan benar untuk membantu pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap.
 - 4) Penanganan kala II dengan gawat janin melalui episiotomi.
 - 5) Bidan mengenali secara tepat tanda-tanda gawat janin pada kala II yang lama, dan segera melakukan episiotomi dengan aman untuk memperlancar persalinan, diikuti dengan penjahitan perineum
- 2) Persiapan
 - a. Persiapan bidan

Persiapan bidan dalam memberikan asuhan intranatal di komunitas adalah harus mempersiapkan diri sebaik-baiknya terutama dari segi kompetensi, sehingga dapat memberikan pelayanan persalinan yang bersih dan aman serta tahu saat

yang dapat untuk merujuk kasus-kasus kegawatdaaruratan. Persiapan bidan meliputi:

- a) Menilai secara tepat bahwa persalinan sudah dimulai, kemudian memberikan asuhan dan pemantauan yang memadai dengan memperhatikan kebutuhan ibu selama proses persalinan.
 - b) Mempersiapkan ruangan yang hangat dan bersih serta nyaman untuk persalinan dan kelahiran bayi.
 - c) Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan dan pastikan kelengkapan jenis dan jumlah bahan-bahan yang diperlukan serta dalam keadaan siap pakai pada setiap persalinan dan kelahiran bayi.
 - d) Mempersiapkan persiapan rujukan bersama ibu dan keluarganya. Karena jika terjadi keterlambatan untuk merujuk ke fasilitas yang lebih memadai dan membahayakan keselamatan ibu dan bayinya. Apabila itu dirujuk, siapkan dan sertakan dokumentasi asuhan yang telah diberikan.
 - e) Memberikan asuhan sayang ibu, seperti memberi dukungan emosional, membantu pengaturan posisi ibu, memberikan cairan dan nutrisi, memberikan keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur, serta melakukan pertolongan persalinan yang bersih dan aman dengan teknik pencegahan infeksi.
- b. Persiapan rumah dan lingkungan
- Persiapan rumah dan lingkungan dapat dibedakan menjadi situasi dan kondisi. Situasi dan kondisi yang harus diketahui oleh keluarga, yaitu :
- 1) Rumah cukup aman dan hangat
 - 2) Tersedia ruangan untuk proses persalinan
 - 3) Tersedia air mengalir
 - 4) Terjamin kebersihannya
 - 5) Tersedia sarana media komunikasi
- c. Persiapan ibu dan keluarga

Adapun persiapan ibu dan keluarga diantaranya: waskom besar, tempat/ember untuk penyediaan air, kendil atau kwali untuk ari-ari, tempat untuk cuci tangan (air mengalir) + sabun + handuk kering, satu kebaya (daster), dua kain panjang, satu untuk ibu dan satu untuk ditaruh diatas alas plastik atau karet, BH menyusui, pembalut, satu handuk, sabun, dua waslap, perlengkapan pakaian bayi, selimut bayi, kain halus atau lunak untuk mengeringkan dan membungkus bayi.

6.4. PENGELOLAAN PNC DALAM PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS

Tujuan:

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya
- 2) Melaksanakan skrining secara komprehensif, deteksi dini dan merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan
- 4) Memberikan pelayanan keluarga berencana

Kebijakan pemerintah dalam asuhan PNC.

Melakukan kunjungan postpartum minimal 4 kali:

- 1) 6-8 jam postpartum
- 2) 6 hari postpartum
- 3) 2 minggu postpartum
- 4) 6 minggu postpartum

Asuhan postpartum oleh bidan:

- 1) Pemantauan 4 jam pertama postpartum yaitu tanda-tanda vital dan perdarahan.
- 2) Perawatan ibu postpartum.
- 3) Bimbingan menyusui dini.
- 4) Bimbingan pemantauan kontraksi uterus kepada ibu dan keluarga.
- 5) Pemberian dukungan psikologi.
- 6) Memberikan pendidikan kesehatan tentang kebutuhan gizi ibu, KB, tanda bahaya masa nifas, hubungan seksual dan perawatan bayi.

7) Bimbingan cara perawatan payudara dan perineum.

6.5 PENGELOLAAN NEONATAL DAN BAYI BARU LAHIR DALAM PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS

BBL/neonatus meliputi umur 0-28 hari. Pelayanan kesehatan neonatus adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir, baik di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus adalah :

- 1) Kunjungan neonatus ke-1 (KN 1) dilakukan pada waktu 6-48 jam setelah lahir. Hal yang dilaksanakan :
 - a. Jaga kehangatan tubuh bayi
 - b. Berikan ASI eksklusif
 - c. Rawat tali pusat
- 2) Kunjungan neonatus ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah lahir.
 - a. Jaga kehangatan tubuh bayi
 - b. Berikan ASI eksklusif
 - c. Cegah infeksi
 - d. Rawat tali pusat
- 3) Kunjungan neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke 8 sampai ke 28 setelah lahir.
 - a. Periksa ada/tidak tanda bahaya dan atau gejala sakit,
 - b. Lakukan :
 - a) Jaga kehangatan tubuh
 - b) Beri ASI eksklusif
 - c) Rawat tali pusat

Prinsip asuhan bayi dan balita dalam pelayanan kebidanan komunitas:

- 1) Bidan memiliki data bayi dan balita di wilayah kerjanya.
- 2) Memastikan bahwa semua bayi mendapatkan ASI eksklusif.

- 3) Bidan memiliki data bayi yang diimunisasi dan bayi yang belum diimunisasi.
- 4) Bersama masyarakat memberikan motivasi pada keluarga untuk melakukan imunisasi bayinya.
- 5) Mendorong keluarga yang memiliki bayi dan balita untuk memanfaatkan posyandu dan fasilitas kesehatan yang ada di wilayahnya.
- 6) Memberikan asuhan yang esensial pada bayi dan balita sesuai standar.
- 7) Melibatkan keluarga dalam stimulasi dan pemantauan tumbuh kembang bayi dan balita.
- 8) Memberi penyuluhan ke masyarakat tentang pola asuh anak yang tidak membedakan antara anak laki-laki dan perempuan serta tidak melakukan kekerasan baik fisik maupun psikis.
- 9) Memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang deteksi dini penyakit yang sering menjangkit pada bayi dan balita, gizi seimbang.
- 10) Memfasilitasi keluarga untuk pemenuhan hak-hak anak seperti akte kelahiran, dll.

Pengelolaan dengan manajemen terpadu bayi muda:

- 1) Pemeriksaan dan perawatan BBL
 - a. Perawatan tali pusat, ASI eksklusif, bayi telah diberi injeksi Vit K.
 - b. Memastikan bayi telah diberi salep mata antibiotik.
 - c. Pemberian imunisasi hepatitis B-o.
- 2) Pemeriksaan menggunakan pendekatan MTBM
 - a. Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, masalah pemberian ASI.
 - b. Pemberian imunisasi hepatitis B-o bila belum diberikan pada waktu pertama bayi lahir.
 - c. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI-E, pencegahan hipotermi dan melakukan perawatan BBL dirumah dengan menggunakan KIA.

d. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan.

6.6 PENGELOLAAN RUJUKAN DALAM PELAYANAN KEBIDANAN KOMUNITAS

6.6.1 Pengertian Sistem rujukan.

Sistem rujukan upaya keselamatan adalah suatu sistem jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal balik atas masalah yang timbul, baik secara vertikal maupun horizontal ke fasilitas, pelayanan yang lebih kompeten terjangkau, rasional dan tidak dibatasi oleh wilayah administrasi.

6.6.2 Tujuan sistem Rujukan

Untuk meningkatkan mutu, cakupan, dan efisiensi pelayanan kesehatan secara terpadu.

6.6.3 Jenis-jenis rujukan

a) Rujukan medik

Adalah rujukan yang pelimpahan bertanggung jawab secara timbal balik atas satu kasus yang timbul baik secara vertikal maupun horizontal kepada yang lebih berwewenang dan mampu menangani secara rasional.

Jenis rujukan medik ada tiga yaitu

- *Transfer of patient*

Konsultasi penderita untuk keperluan diagnostik, pengobatan tindakan operatif dll.

- *Transfer of specimen*

Pengiriman bahan (specimen) untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap.

- *Transfer of knowlwdge/personal*

Pengiriman tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk meningkatkan mutu pelayanan pengobatan setempat.

b) Rujukan kesehatan

Hubungan dalam pengiriman, pemeriksaan bahan atau spesimen ke fasilitas yang lebih mampu dan lengkap menyangkut masalah kesehatan yang sifatnya preventif dan promotif.

6.6.4 Tatalaksana rujukan

- Internal antar petugas disatu rumah
- Antara puskesmas pembantu dan puskesmas
- Antara masyarakat dan puskesmas
- Antara satu puskesmas satu dengan puskesmas lainnya
- Antara puskesmas dan RS, laboratorium atau fasilitas pelayanan kesehatan lain.
- Antara RS, laboratorium atau fasilitas pelayanan lain dari RS.

6.6.5 Keuntungan Sistem Rujukan

- a. Pelayanan yang diberikan sedekat mungkin ke tempat pasien berarti bahwa pertolongan dapat diberikan lebih cepat murah dan secara psikologis memberi rasa aman pasien dirumahnya.
- b. Dengan adanya penataran yang teratur diharapkan pengetahuan dan keterampilan petugas daerah makin meningkatkan sehingga makin banyak kasus yang dapat dikelola didaerahnya masing-masing .
- c. Masyarakat desa dapat menikmati tenaga ahli.

6.6.6 **Pengelolaan pendokumentasian dalam pelayanan kebidanan komunitas**

1. Pencatatan

Jenis Data

- a. Data sasaran: Jumlah seluruh ibu hamil, Ibu bersalin, Bayi umur < 1 bulan (neonatal), Ibu nifas, bayi.
- b. Data pelayanan
 - Jumlah K1.
 - Jumlah K4.
 - Jumlah ibu hamil resiko yang dirujuk masyarakat.
 - Jumlah ibu hamil resiko yang ditangani oleh tenaga kesehatan.
 - Jumlah ibu bersalin yang ditolong oleh tenaga kesehatan.
 - Jumlah ibu nifas yang dilayani tenaga kesehatan.
 - Jumlah bayi berusia kurang dari 1 bulan yang dilayani tenaga kesehatan minimal 2 kali.

Sumber data

Data sasaran sebaiknya berasal dari hasil pendataan setempat. Bila angka tersebut tak tersedia, atau diragukan, maka perkiraan jumlah sasaran dapat dihitung menurut rumus.

Data pelayanan umumnya berasal dari :

- a. Register kohort ibu dan bayi.
- b. Laporan persalinan yang ditolong tenaga kesehatan dan dukun bayi.
- c. Laporan dari dokter/bidan praktek swasta.
- b. Laporan dari fasilitas pelayanan selain puskesmas yang berada di wilayah puskesmas.

2. Pelaporan

- a) Data dari tingkat puskesmas dikumpulkan, diolah, hasilnya dimasukkan ke format 1.
- b) Format 1 rekapitulasi cakupan (indikator PWS KIA) dari tiap desa, juga berfungsi sebagai laporan yang dikirim ke dinas kabupaten/kota (dikirim paling lambat tanggal 10 tiap bulan).
- c) Dinas kabupaten/kota membuat rekapitulasi laporan puskesmas (format 1) dengan menggunakan format 2 untuk dikirimkan ke propinsi paling lambat tanggal 15 bulan berikutnya.
- d) Propinsi membuat rekapitulasi laporan kabupaten/kota dalam format 3, dikirimkan ke pusat setiap 3 bulan, paling lambat 1 bulan setelah triwulan tersebut berakhir.

Latihan

Latihan diberikan kepada setiap mahasiswa sesuai materi pada Bab VI secara terstruktur dan sistematis pada akhir pertemuan sehingga mahasiswa memiliki penguasaan yang baik terhadap Bab tentang manajemen kebidanan komunitas ini. Adapun soal yang digunakan untuk latihan adalah sebagai berikut :

Ringkasan atau Poin-poin Penting

1. Pengelolaan, penerapan manajemen asuhan kebidanan komunitas untuk antenatal.
2. Pengelolaan, penerapan manajemen asuhan kebidanan komunitas untuk intranatal.
3. Pengelolaan, penerapan manajemen asuhan kebidanan komunitas untuk postnatal
4. Pengelolaan, penerapan manajemen asuhan kebidanan komunitas untuk neonatus, BBL
5. Pengelolaan, penerapan sistem rujukan dalam pelayanan kebidanan komunitas
6. Pendokumentasian pelayanan asuhan kebidanan komunitas

PENUTUP

Evaluasi, Pertanyaan Diskusi, Soal Latihan, Praktik atau Kasus

Evaluasi

NO	KOMPONEN NILAI BLOK	BOBOT
1	Penilaian Tutorial	20%
2	Tugas Penilaian proses pada saat pembuatan manajemen asuhan kebidanan komunitas: Dimensi <i>intrapersonal skill</i> yang sesuai: <ul style="list-style-type: none">▪ Berpikir kreatif▪ Berpikir kritis▪ Berpikir analitis▪ Berpikir inovatif▪ Mampu mengatur waktu▪ Berargumen logis▪ Mandiri▪ Memahami keterbatasan diri.▪ Mengumpulkan tugas tepat waktu▪ Kesesuaian topik dengan pembahasan Dimensi <i>interpersonal skill</i> yang sesuai: <ul style="list-style-type: none">▪ Tanggung jawab	20%

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kemitraan dengan perempuan ▪ Menghargai otonomi perempuan ▪ Advokasi perempuan untuk pemberdayaan diri ▪ Memiliki sensitivitas budaya. <p>Values :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bertanggungjawab ▪ Motivasi ▪ Dapat mengatasi stress. 	
3	Ujian Tulis (MCQ)	60%

Ketentuan :

1. Mahasiswa yang akan mengikuti ujian tulis/praktikum harus mengikuti persyaratan berikut :
 - a. Minimal kehadiran dalam kegiatan diskusi tutorial 80%
 - b. Minimal kehadiran dalam kegiatan diskusi pleno 80%
 - c. Minimal kehadiran dalam kegiatan keterampilan klinik 80%
 - d. Minimal kehadiran dalam kegiatan praktikum 80%
 - e. Minimal kehadiran dalam kegiatan DKK 80%
 - f. Minimal kehadiran dalam kegiatan Kuliah Pengantar 80%
2. Apabila tidak lulus dalam ujian tulis, mahasiswa mendapat kesempatan untuk ujian remedial satu kali pada akhir tahun akademik yang bersangkutan. Jika masih gagal, mahasiswa yang bersangkutan harus mengulang Blok.
3. Ketentuan penilaian berdasarkan peraturan akademik program sarjana Universitas Andalas tahun 2011.

Nilai Angka	Nilai Mutu	Angka Mutu	Sebutan Mutu
≥ 85 -100	A	4.00	Sangat cemerlang
≥ 80 < 85	A-	3.50	Cemerlang
≥ 75 < 80	B+	3.25	Sangat baik
≥ 70 < 75	B	3.00	Baik
≥ 65 < 70	B-	2.75	Hampir baik
≥ 60 < 65	C+	2.25	Lebih dari cukup

≥ 55 < 60	C	2.00	Cukup
≥ 50 < 55	C-	1.75	Hampir cukup
≥ 40 < 50	D	1.00	Kurang
<40	E	0.00	Gagal

Pertanyaan Diskusi

Kegiatan diskusi dilakukan dengan membentuk 5 kelompok. Masing-masing kelompok memiliki 1 tema yang terdapat dalam bab ini. Setiap kelompok membuat pembahasan terhadap topik yang telah dipilih, menyampaikan/mempresentasikan dan mendiskusikan yang telah dibuat dengan anggota kelompok yang lain kepada dosen penanggung jawab. Mahasiswa menyerahkan hasil diskusi yang telah dibuat kepada dosen penanggung jawab masing-masing.

Soal Latihan

Untuk soal nomor 1-5

Ny. Raisa datang ke BPM anda untuk melakukan pemeriksaan kehamilannya. Ini merupakan kehamilan ke 5 dengan usia kehamilan 13-14 minggu. Ny. Raisa menyatakan kegiatan rumah biasanya dilakukan sendiri karena suami bekerja sebagai buruh yang berangkat pagi dan pulang sekitar pukul 6 sore. Anak-anak sibuk dengan rutinitas sekolah dan jarak kehamilan ini dengan anak terakhir adalah 1 tahun. Hasil pemeriksaan menyatakan bahwa Ny. Raisa mengalami anemia.

1. Risiko yang dapat terjadi pada Ny. Raisa, adalah :
 - a. Kelahiran postmatur
 - b. makrosomia
 - c. Perdarahan postpartum
 - d. Stress
 - e. Kelainan kongenital
2. Dari skenario di atas, ciri-ciri dari struktur keluarga yang tidak dimiliki oleh keluarga Ny. Raisa adalah :

- a. Adanya perbedaan
 - b. Adanya kekhususan
 - c. Tidak terorganisasi
 - d. Ikatan kekeluargaan sangat kuat
 - e. Mempunyai semangat gotong royong
3. Berdasarkan skenario tersebut, tipe/bentuk keluarga di atas adalah :
- a. Keluarga besar
 - b. Keluarga inti
 - c. Keluarga berkomposisi
 - d. Keluarga kabitas
 - e. Keluarga *single parent*
4. Asuhan dari keluarga yang dapat dilakukan adalah :
- a. Pengambilan keputusan berada di tangan ibu dan ayah
 - b. Melakukan pembagian tugas rumah dan bertanggung jawab
 - c. Melakukan rutinitas masing-masing
 - d. Membentuk ikatan kekeluargaan yang erat
 - e. Menghormati keputusan yang dibuat ayah saja
5. Asuhan kebidanan yang tepat dan dapat dilakukan adalah :
- a. Menjelaskan kepada ibu tentang risiko kehamilannya
 - b. Menjelaskan kepada ibu tentang pemakaian alat kontrasepsi
 - c. Melibatkan suami dalam melakukan asuhan kehamilan
 - d. Menghormati hak reproduksi wanita
 - e. Semua benar
6. Bidan harus menghormati keputusan yang telah diambil oleh suami dan istri dalam 1 keluarga. Hal ini dikenal dengan :
- a. Patriakal
 - b. Matriakal
 - c. Kabitasi
 - d. Equalitarian
 - e. patrilineal

Soal nomor 7-10

Ny. Sari menyatakan belum siap untuk menjalani proses persalinannya. Sehingga Bidan menyarankan agar suami ikut serta mempersiapkan kebutuhan persalinan dan mendampingi Ny. Sari saat bersalin. Mengkoordinasikan dengan keluarga lainnya untuk membantu menjaga anak pertamanya yang berusia 2 tahun dan memenuhi nutrisi anaknya selama di tinggal di rumah.

7. Suami membantu persiapan persalinan dan mendampingi istrinya, merupakan bagian dari fungsi...
 - a. Fungsi biologis
 - b. Fungsi psikologis
 - c. Fungsi sosialisasi
 - d. Fungsi ekonomi
 - e. Fungsi pendidikan
8. Koordinasi dengan anggota keluarga untuk memenuhi nutrisi anak yang ditinggal, merupakan fungsi dari :
 - a. Fungsi biologis
 - b. Fungsi psikologis
 - c. Fungsi sosialisasi
 - d. Fungsi ekonomi
 - e. Fungsi pendidikan
9. Anak tinggal di rumah bersama anggota keluarga yang lain, merupakan bagian dari fungsi :
 - a. Fungsi biologis
 - b. Fungsi psikologis
 - c. Fungsi sosialisasi
 - d. Fungsi ekonomi
 - e. Fungsi pendidikan
10. Anggota keluarga mengajak anak tersebut (anak 2 tahun) untuk bermain menyusun dan merapikan permainannya. Merupakan bagian dari fungsi :
 - a. Fungsi biologis
 - b. Fungsi psikologis
 - c. Fungsi sosialisasi

- d. Fungsi ekonomi
- e. Fungsi pendidikan

Praktik atau Kasus

Nyonya Tari hamil anak ke 3 di usia 37 tahun, datang ke BPS anda untuk melakukan pemeriksaan kehamilannya dengan keluhan kepala sering pusing 2 hari yang lalu. Nyeri ulu hati sejak pagi tadi dan gerakan tidak seaktif hari biasanya. Anda sebagai Bidan, melakukan anamnesis lengkap dan pemeriksaan fisik. Saat pemeriksaan TTV, didapatkan TD 140/100 mmHg, dan protein uria +1. Lakukan pengelolaan hingga pendokumentasian terhadap nyonya Tari.

Umpan balik dan Tindak Lanjut

Dosen memberikan penilaian dari hasil praktik dan diskusi serta menindaklanjuti dengan memberikan masukan kepada mahasiswa terkait capaian pembelajaran yang harus ia kuasai dalam bab ini.

Istilah atau Kata Penting

1. Antenatal Care : asuhan yang diberikan pada ibu hamil
2. Intranatal care : asuhan yang diberikan pada ibu bersalin
3. Postnatal care : asuhan yang diberikan kepada ibu setelah melahirkan
4. Rujukan : suatu sistem yang dilakukan jika kasus tidak tertangani oleh tenaga kesehatan di pelayanan primer atau pelayanan lanjutan didapatkan dari pelayanan yang lebih tinggi jenjangnya dari pelayanan pertama.

DAFTAR PUSTAKA

- Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat. 2010. *Pedoman pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS-KIA)*. Jakarta: Kemenkes RI.
- ICM. 2014. "Philosophy and Model of Midwifery Care" www.internationalmidwives.org
- KEPMEKES RI No. 1529 tahun 2010 "Pedoman umum pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif".
- Syafrudin dkk. 2009. *Kebidanan Komunitas*. Jakarta: EGC.
- Green, E.C. 1986. *Practicing Development Anthropology*. Boulder and London: Westview
- Leonard Seregar. 2002. *Antropologi dan Konsep Kebudayaan..* Jayapura : Universitas Cendrawasih Press
- Masinambow, E.K.M (Ed) 1997 *Koentjaraningrat dan Antropologi di Indonesia*, Jakarta: Asosiasi Antropologi Indonesia dan Yayasan Obor Indonesia.
- Rhoades, R.E. 1986. *Breaking New Ground: Agricultural Anthropology*. Dalam: Green Ed.
- Suparlan, Pasurdi. 1995. *Antropologi dalam Pembangunan*. Jakarta: UI Press
- Kemenkes RI. 2010. *Pedoman pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS-KIA)*. Jakarta
- Linda V Walsh. 2001. *Midwifery Community Based Care*. Philadelphia: WB Saunders Company
- Pudiasuti. 2011. *Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta : Nuhamedika
- Retna, Ery dan Sriati. 2008. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Komunitas*. Numed : Jakarta
- Syahlan J.H (1996). *Kebidanan Komunitas*. Yayasan Bina Sumber Daya.
- Walyani,S. 2014. *Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta : PUSTAKA BARUP RESS
- Yulifah, Rita. 2009. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Jakarta: Salemba Medika.

PETUNJUK BAGI MAHASISWA UNTUK MEMPELAJARI BUKU AJAR

Blok : 5.B (Kebidanan Komunitas)
Kode Mata Kuliah : BLK 132
Waktu (jumlah pertemuan) : 6 (Enam) minggu

PERSIAPAN

- **Petunjuk tentang tatap muka**

Sesuai dengan metode PBL yang digunakan, tatap muka dalam blok ini adalah kuliah pengantar dan pleno. Sebelum pelaksanaan kuliah pengantar setiap mahasiswa dibekali dengan buku panduan blok yang memuat informasi tentang keseluruhan proses yang dilalui dalam blok 5B (Kebidanan Komunitas). Setiap mahasiswa agar mempelajari buku panduan blok dan RPS untuk mengetahui topik pembelajaran dalam blok ini sehingga bisa memanfaatkan buku ajar dengan baik sebagai sumber informasi yang terstruktur sesuai dengan tujuan pembelajaran yang diharapkan dapat dicapai. Jadwal perkuliahan dan pleno tercantum di buku panduan blok.

- **Petunjuk tentang latihan**

Latihan dilaksanakan setiap selesai satu modul per minggu nya. Topik latihan yang diberikan sesuai dengan topik pembahasan pada minggu yang berjalan. Latihan dapat dikerjakan per individu atau per kelompok. Setiap selesai mengerjakan latihan hasil nya dikumpulkan kepada dosen pengampu mata kuliah/koordinator blok.

- **Petunjuk tentang bertanya, berdiskusi dan lain-lain**

Mahasiswa dapat mengajukan pertanyaan kepada dosen pengampu mata kuliah secara langsung ataupun media

komunikasi. Dalam melaksanakan diskusi kelompok, setiap minggunya mahasiswa di bagi menjadi 5 (Lima) kelompok dan melakukan diskusi sesuai dengan pembahasan modul pada minggu tersebut.

PENILAIAN

- Petunjuk dalam mengikuti tes

Tes dilakukan setiap akhir modul/Bab dan pada akhir Blok. Mahasiswa agar membaca buku ajar secara keseluruhan dan sistimatis sesuai dengan tujuan pembelajaran baru mengerjakan tes yang terdapat pada akhir Bab.

- Petunjuk dalam penilaian hasil belajar, kerja, tugas, laporan dan lain-lain

Penilaian hasil belajar mengikuti pedoman penilaian yang ditetapkan oleh universitas. Dengan rentang nilai : A, A-,B,B-, C, D dan E.

Penilaian dari ujian MCQ memiliki persentase 60% sementara tugas dan tutorial masing-masing 20%.

PETUNJUK BAGI DOSEN UNTUK MEMPELAJARI BUKU AJAR

Mata Kuliah/Blok : 5B (Kebidanan Kebidanan)
Kode Mata Kuliah : BLK 132
Waktu (jumlah pertemuan) : 6 (Enam) Minggu/Modul

PERSIAPAN

- **Petunjuk tentang cara mempersiapkan buku ajar**

Dalam menyiapkan buku ajar dosen harus mengetahui terlebih dahulu tujuan pembelajaran topik materi yang harus diberikan kepada mahasiswa. Kemudian dosen menyiapkan buku ajar berurutan sesuai dengan urutan kompetensi yang harus dikuasai oleh mahasiswa. Rencana pembelajaran blok dijadikan sebagai acuan dalam menyusun buku ajar.

- **Petunjuk tentang penggunaan media, alat, bahan bacaan dan lain-lain**

Media yang digunakan disesuaikan tujuan pembelajaran yang diharapkan dapat dicapai. Dosen bisa menggunakan multi media dengan menggunakan power point, alat peraga serta lembaran pemantauan yang digunakan dalam praktik kebidanan komunitas. Bahan bacaan yang dijadikan referensi ada yang merupakan bahan bacaan utama ataupun anjuran. Bagi mahasiswa yang belum memiliki dapat membaca di ruang baca prodi.

PELAKSANAAN

- **Petunjuk cara memberikan penjelasan/informasi kepada mahasiswa**

Informasi diberikan kepada mahasiswa secara langsung di kelas pada awal blok tentang bagaimana menggunakan buku ajar. Jika ada pertanyaan yang belum jelas, mahasiswa dapat menanyakannya langsung kepada dosen pengampu blok.

- **Petunjuk tentang memberikan latihan dan tugas**

Latihan dan tugas diberikan kepada mahasiswa secara per kelompok atau per individu.

Kemudian dikumpulkan kepada dosen pengampu mata kuliah sesuai dengan waktu yang ditentukan.

- **Petunjuk tentang memberikan umpan balik**

Umpan balik diberikan kepada mahasiswa terkait tugas yang diberikan apakah telah dilaksanakan sesuai dengan tujuan pembelajaran yang ditetapkan dan seberapa tingkat ketercapaiannya.

PENILAIAN

Petunjuk dalam memberikan tes

Tes diberikan secara tertulis baik *multiple choice question* (MCQ) ataupun essay sesuai dengan tujuan pembelajaran yang telah ditetapkan.

Petunjuk dalam penilaian hasil belajar

Penilaian hasil belajar dilakukan untuk mengukur ketercapaian tujuan pembelajaran,

Tes dilakukan setiap akhir modul/Bab dan pada akhir Blok. Mahasiswa agar membaca buku ajar secara keseluruhan dan sistematis sesuai dengan tujuan pembelajaran baru mengerjakan tes yang terdapat pada akhir Bab.

Petunjuk dalam penilaian hasil kerja, tugas, laporan dan lain-lain

Penilaian hasil belajar mengikuti pedoman penilaian yang

ditetapkan oleh universitas. Dengan rentang nilai : A, A-,B,B-, C, D dan E.

Penilaian dari ujian MCQ memiliki persentase 60% sementara tugas dan tutorial masing-masing 20%.

KUNCI SOAL LATIHAN

BAB I

1. C
2. C
3. A
4. D
5. E
6. D
7. D
8. C
9. A
10. A

BAB II

1. B
2. C
3. C
4. D
5. B
6. D
7. C
8. C
9. C
10. E

BAB III

1. C
2. C
3. D
4. C
5. B
6. C
7. E
8. D
9. A
10. B

BAB V

1. A
2. E
3. C
4. A
5. C
6. D
7. D
8. D
9. D
10. C

BAB VI

1. C
2. C
3. B
4. B
5. E
6. D
7. B
8. A
9. C
10. E