

Ilmu Kesehatan Masyarakat

untuk Mahasiswa Kebidanan

Editor

Pádraig Ó Lúanaigh
Cindy Carlson

PENERBIT BUKU KEDOKTERAN



EGC

EGC 1764

**ILMU KESEHATAN MASYARAKAT UNTUK MAHASISWA KEBIDANAN
(MIDWIFERY AND PUBLIC HEALTH: FUTURE DIRECTIONS AND NEW OPPORTUNITIES)**

by **Pádraig Ó Lúanaigh and Cindy Carlson**

Copyright © 2005 by Elsevier Limited. All Rights Reserved.

Alih bahasa: Egi Komara Yudha, Fema Solekhah Belawati, SKM, & Ramona P. Kapoh

Editor edisi bahasa Indonesia: Devi Yulianti

Copy editor: Adinda Chandralela

Copyright © 2008 by Elsevier (Singapore) Pte Ltd. All rights reserved.

This edition of *Midwifery and Public Health : Future Directions and New Opportunities* by *Pádraig Ó Lúanaigh and Cindy Carlson* is published by arrangement with Elsevier Limited, Oxford, United Kingdom

Hak Cipta dilindungi undang-undang. Tidak diperbolehkan melakukan reproduksi atau pemindahan bagian mana pun dari buku ini dalam bentuk apa pun atau dengan cara apa pun, baik elektronik maupun mekanis, termasuk fotokopi, rekaman, atau bentuk penyimpanan informasi dan sistem pelacakan ulang, tanpa izin tertulis dari penerbit. Izin dapat diperoleh dari Elsevier's Health Science Rights Department di Singapura telepon +65-6349 0200, faksimili: +65-6733 1817

Elsevier (Singapore) Pte Ltd
3 Killiney Road
#08-01 Winsland House I
Singapore 239519

EGC Medical Publisher
Jl. Agung Timur 4 Blok O/1 No. 39
Sunter Agung Podomoro, Jakarta 14350
Indonesia

Perhatian:

Ilmu Kedokteran selalu berubah. Tindakan pengamanan standar harus dilaksanakan, tetapi karena riset baru dan pengalaman klinis memperluas pengetahuan kita, perubahan di bidang terapi dan pengobatan mungkin perlu dilakukan atau harus dilakukan. Pembaca dianjurkan untuk merujuk informasi produk paling baru yang wajib disediakan oleh pabrik obat untuk melakukan verifikasi tentang dosis yang dianjurkan, cara dan lama pemberian, serta kontraindikasi. Penetapan dosis dan terapi yang paling baik untuk masing-masing pasien tetap menjadi tanggung jawab dokter praktik, sesuai dengan pengalaman dan pemahamannya terhadap pasien. Penerbit maupun para penulis buku tidak bertanggung jawab atas cedera dan/atau kerusakan apa pun pada orang atau properti yang timbul akibat penerbitan buku ini.

Penerbit

UK ISBN: 978-044-310-235-6
Singapore ISBN: 978-981-272-265-2
Indonesia ISBN: 978-979-448-974-1

Hak cipta terjemahan Indonesia

© 2006 Penerbit Buku Kedokteran EGC

P.O. Box 4276/Jakarta 10042

Telepon: 6530 6283

Anggota IKAPI

Kerjasama penerjemahan dengan Pusat Perbukuan, Departemen Pendidikan Nasional Republik Indonesia

Desain kulit muka: Yohanes Duta Kurnia Utama

Cetakan I: 2009

Perpustakaan Nasional: Katalog Dalam Terbitan (KDT)

Ilmu kesehatan masyarakat untuk mahasiswa kebidanan / editor, Pádraig Ó Lúanaigh, Cindy Carlson ; alih bahasa, Egi Komara Yudha, Fema Solekhah Belawati, Ramona P. Kapoh ; editor edisi bahasa Indonesia, Devi Yulianti. — Jakarta : EGC, 2008.

xix, 336 hlm. ; 15,5 x 24 cm.

Judul asli: *Midwifery and public health : future directions and new opportunities.*
ISBN 978-979-448-974-1

I. Kesehatan masyarakat. I. Ó Lúanaigh, Pádraig. II. Carlson, Cindy.
III. Egi Komara Yudha. IV. Fema Solekhah Belawati. V. Ramona P. Kapoh.
VI. Devi Yulianti.

614



Isi di luar tanggung jawab percetakan

Kotak 1.1 Piagam Ottawa WHO untuk Promosi Kesehatan: Bagaimana respons para bidan?

- Promosi kesehatan secara aktif melibatkan masyarakat dalam lingkungan kehidupan setiap hari, bukan berfokus pada individu yang berisiko mengalami kondisi khusus dan yang berhubungan dengan pelayanan medis.
- Promosi kesehatan diarahkan pada tindakan yang dapat menyebabkan sakit.
- Promosi kesehatan menggunakan banyak pendekatan berbeda, yang dikombinasikan untuk meningkatkan kesehatan. Pendekatan yang dimaksud meliputi pemberian pendidikan dan informasi (penyuluhan), perkembangan dan organisasi masyarakat, kebijakan dan undang-undang kesehatan.
- Promosi kesehatan bergantung terutama pada partisipasi masyarakat.
- Para profesional kesehatan—khususnya mereka yang berkecimpung dalam asuhan primer—memegang peran penting dalam mengembangkan promosi kesehatan dan memungkinkan pelaksanaannya.

dengan mengonsumsi lebih sedikit biskuit dan berlari menaiki dan menuruni tangga!

Dalam ilmu kebidanan, konsekuensi iklim politis yang berlaku dibuktikan dengan respons Pemerintah terhadap *House of Commons Select Committee Report* tentang pelayanan maternitas (*the Winterton Report*). *The Winterton Report* tidak hanya mengeksplorasi penyediaan pelayanan kesehatan untuk ibu hamil dan bayi baru serta masalah di seputar kualitas pelayanan, hasil dan pengalaman ibu, tetapi juga difokuskan pada konteks sosial dalam lingkup pemberian asuhan maternitas. Laporan ini juga memberikan bukti kuat tentang adanya kesenjangan, baik dalam hasil maupun dalam akses bagi wanita yang tidak beruntung maupun wanita yang diasingkan. Selain itu, laporan tersebut membuat rekomendasi tentang keamanan sosial dan sistem keuntungan yang berkaitan dengan wanita hamil, serta melihat ketersediaan dukungan sosial bagi wanita yang rentan pada transisi mereka ke masa menjadi ibu. Namun, respons Pemerintah yang dipublikasikan di tahun 1994 dalam *the Cumberland Report*, yang tetap menjadi cetakan biru penting dalam pelayanan maternitas, mengabaikan seluruh pertimbangan tersebut. *Changing Childbirth* secara eksklusif berfokus pada pengalaman individual wanita dan mantranya tentang "pilihan, kontinuitas, dan kontrol" tidak banyak bermanfaat untuk wanita yang berasal dari kelompok yang paling rentan dan diasingkan.

Sebenarnya penekanan pada kesukaan dan pilihan setiap individu dapat menyimpangkan perspektif yang lebih luas tentang keadilan dan pemerataan: “apa yang terbaik untuk seseorang, belum tentu terbaik untuk semua orang” (Klein 1994). Rasionalisasi “trickle-down”, yang berasumsi bahwa keuntungan yang diperoleh oleh wanita kelas menengah atas kelahiran di rumah, homeopati dan kelahiran dalam air, lambat laun akan mengubah struktur dan penyediaan asuhan untuk semua, telah terbukti keliru. Pada kenyataannya, kebijakan seperti *Changing Childbirth* secara tidak langsung dapat mengarah pada meruncingnya hukum asuhan yang terbalik dan meluasnya kesenjangan kesehatan, dengan wanita yang paling membutuhkan dukungan emosional, psikologis, dan praktis dari asuhan kebidanan yang baik, hanya memiliki kemungkinan kecil untuk mengaksesnya.

KESEHATAN MASYARAKAT BARU

Kesehatan masyarakat baru, yang diluncurkan oleh WHO pada tahun 1977 dan diabaikan oleh pemerintah Inggris hingga tahun 1997, memberikan semakin banyak penekanan pada lingkungan sosio-ekonomi, terutama pada dampak kemiskinan dan kesenjangan kesehatan. Lebih khusus lagi kesehatan masyarakat baru telah menyadari bahwa bukan kemiskinan semata yang penting bagi hasil kesehatan, tetapi juga kesenjangan, yang kadang kala disebut kemiskinan relatif, prevalensi dan distribusi posisi sosial, ketidakamanan kerja, pengangguran, mobilitas sosial, edukasi, jaringan sosial, keretakan keluarga dan stres (Kaufmann 2002). Kesehatan masyarakat baru mengenali bahwa penyebab sakit adalah hal kompleks. Tentu saja, para bidan akan memahami bahwa merokok, obesitas, penyalahgunaan obat dan perilaku seksual ugaltugalan berkaitan dengan status kesehatan yang buruk. Namun, apa yang diperlihatkan epidemiologi pada kita bahwa bukan saja perbedaan di antara individu yang dirasa signifikan, tetapi juga perbedaan antar kelompok—ditentukan oleh tingkat penghasilan, deprivasi sosial, status pekerjaan, perolehan pendidikan, dan etnisitas. Dengan demikian, kita dapat menyaksikan bahwa gaya hidup tidak sehat tidak terdistribusi secara acak di masyarakat; melainkan lebih banyak didapati terpusat pada spektrum sosio-ekonomi tingkat bawah di antara kelompok yang rentan ini (Evans 2002).

Pemilihan *Labour Government* di Inggris pada tahun 1997 menggembar-gemborkan pergeseran ke arah pemerintahan sayap-kiri yang menyatakan komitmennya untuk meningkatkan standar asuhan, khususnya di antara

masyarakat kelas terbawah. Kemudian, pada Mei 1997, Menteri Kesehatan, Tessa Jowell, mengundang mantan Chief Medical Officer Donald Acheson "untuk mengulas dan merangkum kesenjangan dalam status kesehatan di Inggris serta mengidentifikasi area prioritas dalam kebijakan untuk mengurangi keadaan tersebut". *The Acheson Report* (Penyelidikan Independen tentang Kesenjangan) diterbitkan setahun kemudian dan memberikan penjelasan sosio-ekonomi yang ada dalam kesenjangan kesehatan, manyoroti makna keragaman penghasilan, pendidikan, pekerjaan dan lingkungan, juga gaya hidup. Pengaruh kesehatan masyarakat baru jelas terlihat dalam pengakuan Pemerintah bahwa NHS sendiri tidak mampu memastikan status kesehatan yang baik. Sejak tahun 1997, mereka lebih mengedepankan prakarsa yang menghendaki agar tercipta kesolidan di antara pemerintah, masyarakat dan individu dengan pengenalan akan tanggung jawab masing-masing. *The Acheson Report* hanya merupakan salah satu dasar prakarsa yang diluncurkan oleh pemerintah untuk melakukan pendekatan terhadap kesenjangan dan pengucilan sosial melalui program pembaharuan lingkungan sekitar untuk membangun kekuatan dan kekompakan di dalam masyarakat setempat (Coote 2000). Pada bagian selanjutnya, kami mengulas lebih gamblang mengenai prakarsa kebijakan yang telah dilaksanakan sejak 1997 untuk membangun sebuah pendekatan kesehatan masyarakat di Inggris.

RUANG KEBIJAKAN

ACHESON REPORT

The Independent Inquiry into Inequalities in Health (penyelidikan independen tentang kesenjangan kesehatan) yang diketuai oleh Sir Donald Acheson (1998) mendapatkan adanya kesenjangan strata kesehatan dalam lintas area geografis, kelas sosial, jenis kelamin, dan etnisitas.

Laporan tersebut merekomendasikan agar kebutuhan wanita hamil, keluarga muda, dan bayi, mendapatkan prioritas tinggi sebagai upaya untuk mengurangi kesenjangan kesehatan, guna memastikan terciptanya bangsa yang lebih sehat (lihat Kotak 1.2).

Laporan ini menekankan pentingnya mengatasi kemiskinan maternal melalui kebijakan yang mendukung wanita dalam memilih apakah akan kembali bekerja atau tetap di rumah, dan rekomendasinya yang luas meliputi pajak dan keuntungan, pendidikan, pekerjaan, perumahan, lingkungan, dan transportasi. Respons Pemerintah adalah prakarsa utama

untuk mengentaskan kemiskinan pada anak-anak di tahun 2020 dan mengangkat 1 juta anak-anak dari jurang kemiskinan pada tahun 2004. Gagasan ini dilaksanakan melalui serangkaian kebijakan multi-dimensi yang saling berhubungan dan terdiri atas penyusunan kembali sistem perpajakan dan keuntungan, *the New Deal for Lone Parents*, *Sure Start*, dan *Health Action Zones*, juga kebijakan tentang kehamilan di kalangan remaja secara nasional, kekerasan dalam rumah tangga, dan strategi berhenti merokok.

Program *Sure Start* membidik sasaran sebesar 20% dari lingkungan yang paling tidak beruntung di seluruh Inggris untuk memadukan pemberian pendidikan kepada anak-anak, dukungan keluarga, saran tentang pekerjaan, perawatan anak, dan pelayanan kesehatan di suatu tempat. Meskipun setiap program *Sure Start* telah dikembangkan untuk memenuhi kebutuhan dan prioritas area setempat, seluruh program ini memiliki tujuan yang sama, yaitu untuk mencapai hasil yang lebih baik untuk anak-anak, orang tua, dan masyarakat dengan meningkatkan ketersediaan perawatan anak untuk seluruh anak-anak; meningkatkan kesehatan, pendidikan, dan perkembangan emosional untuk anak-anak kecil; dan mendukung orang tua dalam menjalankan peran mereka serta dalam mengembangkan cita-cita pekerjaan mereka.

Di seluruh wilayah negara Inggris, banyak pelayanan maternitas dan *primary care trust* (PCT) bekerja sama dengan program *Sure Start* setempat untuk meningkatkan kualitas layanan maternitas untuk wanita yang

Kotak 1.2 Area kunci dalam *The Acheson Report* berkaitan dengan ibu dan anak pra-sekolah (Brocklehurst & Costello 2003)

- Memperkenalkan susu gratis kepada anak pertama yang lahir dan kepada anak-anak dalam keluarga besar
- Mengulas penyediaan dan aksesibilitas kesehatan anak dan antenatal untuk meningkatkan asupan makanan di beberapa bulan pertama kehamilan
- Penghematan sebagai hasil dari pengurangan populasi sekolah diarahkan kembali ke dalam penyediaan pelayanan baru untuk anak berusia kurang dari 5 tahun
- Kesehatan sekolah diintegrasikan ke dalam pelayanan medis komunitas umum, dan pendeteksian kesehatan, serta pengawasan di area khusus perlu diintensifkan
- Memprioritaskan penghapusan kemiskinan pada anak
- Tindakan perlu dilakukan untuk mengurangi kecelakaan pada anak-anak.

rentan, dengan membantu pengembangan layanan di daerah yang tidak beruntung, sambil memberikan bantuan finansial untuk memungkinkan orang tua memberikan pengasuhan anak yang berkualitas. *Sure Start* diulas secara lebih rinci dalam Bab 10.

The Acheson Report tidak luput dari keterbatasan, yakni pada ambisinya. Pada laporan, 74 rekomendasi terpisah tidak diprioritaskan, tidak juga memberikan petunjuk cara terbaik mengimplementasikan rekomendasi yang mereka buat. Rekomendasi tersebut berkisar dari yang sangat umum hingga yang sangat khusus sehingga membuat para praktisi individu sulit untuk menghubungkannya—seperti di mana upaya harus ditempatkan untuk membuat perbedaan (Exworthy et al 2003)?

Meskipun menghadapi kritikan, *The Acheson Report* menjadi alat dalam memicu pengetahuan yang baru dan menyebar akan adanya kesenjangan kesehatan dan penentu/determinan kesehatan yang lebih luas. Dalam suatu kajian mengenai prakarsa kebijakan yang dilakukan oleh Pemerintah setelah Acheson, peneliti di University College London (Exworthy et al 2003), menyimpulkan makna hukumnya, yakni:

- Dianggap sebagai langkah tepat untuk kebijakan baru
- Menimbulkan suatu wacana pendapat yang menyukai kebijakan untuk mengatasi kesenjangan kesehatan
- Memperkenalkan dimensi kesenjangan kesehatan ke kebijakan utama
- Bertindak sebagai buku rujukan.

STRATEGI DI INGGRIS, *SAVING LIVES: OUR HEALTHIER NATION*

The White Paper Saving Lives: Our Healthier Nation (Menyelamatkan Kehidupan: Menuju Bangsa yang Lebih Sehat), yang diterbitkan pada tahun 1999, merupakan rencana kerja untuk mengentaskan status kesehatan yang buruk dan menetapkan bagaimana rencana Pemerintah dalam mengimplementasikan rekomendasi Acheson. Laporan pemerintah ini memiliki dua tujuan inti: untuk meningkatkan lama usia hidup dan jumlah tahun terbebas dari sakit; dan untuk meningkatkan status kesehatan di masyarakat tertinggal dengan laju yang lebih cepat dibandingkan kelompok lain dan mempersempit kesenjangan kesehatan. Laporan ini juga menetapkan strategi Pemerintah di Inggris, tujuan dan sasaran, serta implementasi untuk dapat mencapai semuanya. Setelah mempertimbangkan dengan cermat, Pemerintah memutuskan untuk hanya memilih empat area prioritas, dengan dasar pemikiran bahwa jika

semua dianggap prioritas, tidak ada lagi prioritas. Oleh karena itu, strategi dikonsentrasikan pada empat penyebab terbesar kematian prematur dan penyakit jangka panjang:

- Kanker
- Penyakit jantung koroner
- Kecelakaan
- Kesehatan mental.

Asuhan maternitas dan obstetri tidak menjadi inti strategi—karena dibandingkan dengan area lain, hasil kehamilan dan kelahiran bayi baik, dengan tingkat morbiditas dan mortalitas yang rendah. Namun, ini bukan berarti bahwa konsep *Saving Lives* tidak memiliki relevansi bagi bidan: malah, konsep ini secara eksplisit mengakui pentingnya peran kesehatan masyarakat yang diterapkan oleh bidan. Tabel 1.3 mengilustrasikan bagaimana *Saving Lives* memberi kesempatan kepada ilmu kebidanan untuk memperluas batasan tradisionalnya dan mendemonstrasikan bagaimana kontribusinya untuk membuat perbedaan pada kesehatan dan kesejahteraan keluarga benar-benar memberi dampak pada target inti kesehatan yang diprogramkan Pemerintah.

Saving Lives menetapkan sepuluh fungsi inti yang menggambarkan dan mengarahkan praktik seluruh layanan kesehatan masyarakat di Inggris. Sekali lagi, terdapat kontribusi ilmu kebidanan yang jelas dan unik pada setiap fungsi ini, sehingga bidan harus dipersiapkan untuk melaksanakannya.

Observasi, pemantauan, dan analisis kesehatan

Menganalisis data tentang kesehatan dan populasi memberikan informasi berharga mengenai tren kesehatan masa kini dan masa depan. Data ini memungkinkan sistem kesehatan masyarakat berencana untuk berubah, misalnya data tentang penuaan populasi, atau variasi dalam pola penyakit, atau faktor risiko gaya hidup.

- Perspektif kebidanan:
Apabila benar-benar mengenal komunitas di daerah setempat mereka dan masalah kesehatan serta masalah lain yang mereka hadapi, bidan mampu menargetkan asuhan kepada orang yang paling membutuhkannya. Dengan memanfaatkan data lokal yang tersedia tentang demografi, hasil kesehatan, dll., bidan dapat mengorientasi ulang pelayanan mereka untuk memastikan bahwa prioritasnya diberikan kepada wanita yang paling membutuhkan.

Tabel 1.3 Kontribusi kebidanan terhadap prioritas kesehatan yang ditetapkan Pemerintah

Area prioritas	Target	Kontribusi kebidanan
Kanker	Pada tahun 2010, kematian akibat kanker berkurang 20%	Asuhan maternitas memberi kesempatan untuk mengidentifikasi faktor risiko serta memberikan saran dan petunjuk mengenai perilaku yang dapat meningkatkan kesehatan. Diketahui bahwa menyusui dapat mengurangi risiko kanker payudara dan ovarium pada wanita pra-menopause (Heining & Dewey 1997)
Penyakit jantung koroner dan stroke	Pada tahun 2010, kematian akibat penyakit jantung koroner dan stroke berkurang 40%	Asuhan maternitas yang baik sangat bermakna untuk meningkatkan dan mempertahankan program menyusui; bayi yang disusui cenderung mengalami penurunan risiko penyakit jantung koroner di sepanjang kehidupannya (Wilson et al 1998)
Kecelakaan	Pada tahun 2010, kematian akibat kecelakaan berkurang 20% dan kematian akibat stroke berkurang 40%	Banyak kecelakaan terjadi di rumah, yang sering kali melibatkan bayi dan anak usia sekolah. Edukasi kepada orang tua dan kunjungan ke rumah memberi kesempatan untuk mendiskusikan risiko ini dan cara menghindarinya
Kesehatan mental	Pada tahun 2010, kematian akibat bunuh diri berkurang 20%	Sebanyak 10%–15% dari ibu baru mengalami depresi, dan sekitar satu dari 500 ibu mengalami psikosis puerperal. Tidak diketahui seberapa banyak wanita yang mengalami gangguan stres pascatrauma setelah melahirkan, karena kasus ini sering kali gagal didiagnosis dengan tepat atau biasanya dinyatakan sebagai depresi. Dukungan profesional yang memadai terbukti mengatasi gejala dalam waktu lebih cepat, mengurangi masalah pada hubungan ibu-anak, dan mengurangi timbulnya masalah perilaku pada anak

Penyelidikan tentang wabah penyakit, epidemi, dan risiko terhadap kesehatan

Melindungi kesehatan populasi merupakan bagian inti kesehatan masyarakat. Perlindungan ini mencakup penyelidikan terhadap wabah penyakit dan epidemi/ penyebarannya serta mengatasi kasus kegawatdaruratan serta bencana yang dapat disebabkan oleh serangan teroris, kebocoran bahan kimia, dan bahaya nuklir.

- **Perspektif kebidanan:**
Pondasi kebidanan yang efektif adalah tindakan promosi gaya-hidup sehat, pemberian informasi, saran dan dukungan pada kasus merokok, nutrisi, olahraga, serta pemberian makan bayi. Pesan yang pada intinya bersifat individual ini diperkuat oleh pemantauan para bidan terhadap kesejahteraan wanita secara menyeluruh selama dan setelah kehamilan, mengeluarkan mereka dari tindakan kekerasan dalam rumah tangga atau depresi pascanatal atau kekhawatiran tentang masalah keuangan, perumahan, atau asuhan anak-anak.

Membangun, merancang, serta mengelola program promosi kesehatan dan program pencegahan penyakit

Tindakan promosi kesehatan yang baik dan pencegahan penyakit merupakan aspek penting kesehatan masyarakat. Kampanye yang berisi informasi kesehatan masyarakat dengan menggunakan media dapat membuat masyarakat memiliki kesadaran yang tinggi.

- **Perspektif kebidanan:**
Bidan memiliki kesempatan bertemu dengan wanita di periode kehidupan mereka saat mereka membuka diri terhadap masuknya promosi kesehatan, dan asuhan kebidanan memberi banyak kesempatan untuk penyuluhan kesehatan melalui kunjungan antenatal, kelas keterampilan orang tua, dan dukungan pascanatal.

Memampukan dan memberdayakan komunitas

Kunci peningkatan kesehatan dan pengurangan kesenjangan kesehatan adalah pemberdayaan komunitas. Memampukan komunitas mengembangkan kesehatan dan kesejahteraannya sendiri adalah suatu tindakan yang membutuhkan dukungan.

- **Perspektif kebidanan:**

Bidan dapat membantu mengembangkan kepercayaan diri wanita dengan bertindak sebagai pembela mereka, memandang setiap wanita sebagai partner aktif dalam perawatan diri mereka sendiri dan mendorong wanita dan komunitas mereka untuk dapat memengaruhi pelayanan maternitas yang sensitif, responsif, dan fleksibel. Daripada mempertahankan hubungan kekuasaan tradisional yang bersifat hierarki, kebidanan menciptakan kesempatan untuk hubungan non-otoriter dan berbagi tanggungjawab dengan klien mereka. Pendekatan ini bertujuan untuk meningkatkan rasa percaya dan komunikasi di antara wanita dan pelayanan, serta dapat mendorong wanita untuk mengakses dukungan yang tepat dan mengadopsi gaya-hidup yang lebih sehat (Mottl-Santiago 2002).

Menciptakan dan memelihara hubungan kemitraan di lintas-pemerintah dan lintas-sektoral untuk meningkatkan kesehatan serta mengurangi kesenjangan

Mengatasi kesenjangan kesehatan dan meningkatkan kesehatan memerlukan komitmen aktif dari departemen lintas-Pemerintah dan dari kelompok di seluruh tingkat, baik nasional, regional, maupun lokal. Hubungan kerja sama, kemitraan, jaringan, pembagian pendanaan dan sumber daya merupakan hal yang penting untuk menjamin pelaksanaan agenda kesehatan masyarakat.

- **Perspektif kebidanan:**

Kesuksesan prakarsa *Sure Start* menunjukkan bagaimana bidan dapat meraih hasil yang lebih baik dengan bekerja sama dengan kolega, dibandingkan jika mereka bekerja sendiri. Bekerja dalam tim multi-disiplin dan multi-sektoral berarti bidan dapat memfasilitasi interaksi wanita dengan orang yang "benar" di waktu yang "tepat".

Melihat pada prioritas promosi kesehatan utama seorang bidan, layanan dukungan menyusui tentunya dapat diperoleh dan diberikan dalam sistem pelayanan kesehatan, tetapi jika status kesehatan seluruh populasi ingin ditingkatkan, perubahan gaya hidup dan kesempatan untuk memiliki pilihan hidup sehat harus diperluas dalam lingkungan multi-sektoral.

Memastikan kepatuhan terhadap peraturan dan hukum untuk melindungi serta mempromosikan kesehatan

Terdapat banyak sekali hukum dan peraturan yang melindungi dan mempromosikan kesehatan serta banyak lembaga dan badan yang berbeda terlibat dalam pelaksanaan dan pemberian panduan serta saran mengenai kepatuhan.

- **Perspektif kebidanan:**

Meskipun tidak dinaungi peraturan, tindakan skrining atau penapisan berpotensi menyelamatkan kehidupan atau meningkatkan kualitas kehidupan karena dapat mendiagnosis kondisi serius sejak dini. Bidan berperan penting dalam mempertahankan kepatuhan yang tinggi terhadap skrining dan pemeriksaan antenatal yang memungkinkan wanita membuat keputusan berdasarkan informasi tentang beragam infeksi dan masalah kongenital yang dapat memengaruhi mereka atau bayi mereka.

Mengembangkan dan mempertahankan tenaga kerja kesehatan masyarakat multi-disiplin yang berpendidikan dan terlatih

Kesehatan masyarakat melibatkan beragam disiplin. Sangat penting bahwa mereka yang terlibat dalam program pelaksanaan peningkatan kesehatan masyarakat merupakan orang yang secara profesional cakap, terampil, dan terlatih dengan baik.

- **Perspektif kebidanan:**

Berdasarkan riwayat merawat wanita yang rentan, bidan memiliki keahlian yang turut memperluas pemahaman mereka tentang kebutuhan kesehatan kelompok yang berbeda. Namun, mempertahankan keahlian ini sudah menjadi tanggung jawab setiap bidan untuk terus memperbaruinya: "Dalam memfokuskan kembali pada kesehatan dan bukan semata-mata pada pelayanan kesehatan, bidan perlu dapat menentukan sendiri apakah dirinya memiliki dasar pengetahuan yang cukup dan memiliki kepercayaan diri untuk dapat mengatasi isu keadilan sosial dan pengembangan pelayanan" (Hillier & Caan 2002). Bidan dan pemberi asuhan primer lainnya harus bekerja sama menciptakan standar asuhan, mempertahankan pengetahuan, dan memperkuat perkembangan profesional.

Memastikan efektivitas performa pelayanan NHS untuk memenuhi tujuan dalam meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, dan mengurangi kesenjangan

Departemen Kesehatan di Inggris bertanggung jawab untuk memastikan bahwa pedoman yang efektif telah diberikan ke pelayanan NHS sehingga NHS dapat mengimplementasikan tindakan praktik untuk meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, dan mengurangi kesenjangan kesehatan. Departemen Kesehatan

di Inggris juga bertanggung jawab dalam menetapkan target nasional dan indikator pelaksanaan, yang memberikan tujuan dan tolak-ukur yang harus dipenuhi serta merupakan alat ukur kemajuan.

- **Perspektif kebidanan:**

Pengaruh kebidanan terlihat jelas saat kebidanan memikul tanggung jawab inti untuk menyediakan perbaikan layanan bagi wanita yang tergolong rentan dan terasingkan, misalnya kelompok remaja, pencari suaka, dan pecandu obat, dsb. Pada survei terbaru, Kepala Kebidanan di Inggris menyadari kebutuhan untuk mengatur kembali pelayanan maternitas dan mendistribusi ulang sumber daya guna memfasilitasi pendekatan kesehatan masyarakat sehingga memungkinkan bidan memberikan pelayanan yang berorientasi pada kesehatan masyarakat, dengan menekankan:

- Skrining dan pemberian dukungan
- Persiapan orang tua
- Kerja yang terintegrasi, dan
- Keterlibatan dengan kelompok tertentu (Henderson 2002).

Evaluasi dan inovasi perkembangan riset

Riset merupakan sarana penting untuk mengembangkan kebijakan, prakarsa, dan intervensi kesehatan masyarakat berdasarkan-bukti. Dengan demikian, riset harus dikembangkan dan dievaluasi. Metode dan gagasan yang baru digunakan untuk memperoleh pengetahuan dan pemahaman serta untuk mengembangkan gagasan yang kreatif dari hasil riset.

- **Perspektif kebidanan:**

Bidan perlu mengenali kesehatan masyarakat sebagai fungsi inti, bukan sebagai rangkaian tugas tambahan. Meskipun terdapat dasar bukti kuat yang dapat menjelaskan penyebab buruknya status kesehatan ibu dan bayi, kita masih kekurangan bukti yang terpercaya yang dapat mendemonstrasikan intervensi kebidanan mana yang paling berhasil.

Menjamin kualitas fungsi kesehatan masyarakat

Pelaksanaan fungsi kesehatan masyarakat mendukung proses pengaturan dalam lembaga perawatan primer (primary care trust, PCT) dan dalam pemberian

pelayanan di lembaga kesehatan akut dan mental. Fungsi kesehatan masyarakat membuktikan efektivitas intervensi dan mendukung kapasitas perencanaan melalui model dan perencanaan pelayanan. Evaluasi pelayanan, penetapan standar, dan pengauditan standar ini merupakan keterampilan kesehatan masyarakat yang mendukung peningkatan berkelanjutan dalam pemberian pelayanan.

- **Perspektif kebidanan:**
Bidan memiliki pengalaman dalam menjalin kerja sama di lintas asuhan kesehatan, pelayanan sosial dan organisasi sukarela lokal, serta dapat memanfaatkan keterampilan dan kontak mereka untuk membangun aliansi dan pendekatan multi-sektoral. Mereka dapat mendemonstrasikan efektivitas mereka dalam memantau status kesehatan wanita hamil dan janin yang dikandungnya.

RENCANA NHS

Sementara Rencana NHS terutama berfokus pada organisasi dan pemberian pelayanan kesehatan di Inggris, rencana 10 tahunan untuk modernisasi NHS mencakup bab yang dipersembahkan untuk tujuan memperbaiki kesehatan masyarakat dan mengurangi kesenjangan. Rencana NHS mencerminkan tema yang dikutip dari Acheson dan konsep *Saving Lives* yang berfokus pada:

- Menetapkan target kesenjangan secara nasional
- Mengurangi kesenjangan dalam akses ke pelayanan NHS
- Memprioritaskan anak-anak untuk menjamin permulaan hidup yang lebih sehat
- Mengurangi merokok
- Memperbaiki diet dan nutrisi
- Mengatasi penyalahgunaan obat dan alkohol
- Membangun hubungan kemitraan yang baru dalam rangka untuk mengentaskan kesenjangan.

Target nasional pertama untuk mengentaskan kesenjangan ditujukan pada mortalitas anak-anak, dan kini terdapat empat target yang berhubungan langsung dengan asuhan yang diberikan bidan. Keempat target tersebut merupakan bagian kunci kerangka kerja performa lembaga perawatan primer dan lembaga akut (lihat Kotak 1.3).

Untuk meraih manfaat jangka panjang dari langkah pengentasan kesenjangan kesehatan, diperlukan integrasi serangkaian kebijakan yang

Kotak 1.3 Target kesenjangan Kesehatan Nasional

- Dimulai pada kelompok anak berusia kurang dari 1 tahun, pada tahun 2010, untuk mengurangi minimal 10% kesenjangan mortalitas antara kelompok manual dan populasi secara menyeluruh
- Dengan mencapai kesepakatan tentang target penurunan angka konsepsi lokal, yaitu mengurangi angka konsepsi pada anak di bawah usia 18 tahun secara nasional sebesar 15% pada tahun 2004 dan 50% pada tahun 2010, sambil mengurangi kesenjangan angka konsepsi di antara kelima area pemilihan yang terburuk dan area rata-rata sebesar 25%
- Untuk mencapai penurunan jumlah ibu yang merokok selama kehamilan sebesar 10% di 500 area *Sure Start* pada tahun 2004
- Untuk mengurangi jumlah anak-anak yang hidup dari orang tua berpenghasilan kecil paling tidak sebesar 25% pada tahun 2004, sebagai kontribusi terhadap perluasan target untuk mengurangi kemiskinan anak menjadi 50% pada tahun 2010 dan mengentaskannya pada tahun 2020.

komprehensif ke dalam alur kebijakan dan perencanaan. Dalam asuhan maternitas, hal ini berpengaruh pada modernisasi yang harus melibatkan sistem dan proses yang tepat untuk mendukung kebijakan yang sudah ada dan yang baru, misalnya pelayanan berhenti merokok secara komprehensif.

MEMBUAT PERBEDAAN

Strategi nasional untuk keperawatan, kebidanan, dan penilik kesehatan (*health visiting*) yang dicanangkan pada tahun 1999, dimaksudkan untuk meningkatkan peran bidan dalam memaksimalkan status kesehatan wanita dan dalam berkontribusi memberikan pelayanan ke target kesehatan masyarakat. Strategi ini seolah menyadarkan kita bahwa konteks asuhan mengalami perubahan dan bahwa bidan menghadapi tantangan yang baru; juga menyadarkan betapa bidan sering kali dibatasi oleh struktur yang membatasi perkembangan dan inovasi. Meskipun demikian, strategi ini menempatkan bidan ke posisi inti untuk memperbaiki status kesehatan bangsa melalui perluasan peran mereka sehingga mereka bertanggung jawab lebih besar terhadap kesehatan wanita.

Strategi ini khususnya menyiratkan agar bidan mau bekerja sama dengan perawat sekolah dan penilik kesehatan untuk memastikan bahwa individu muda mendapat informasi yang baik tentang gaya-hidup sehat, termasuk kontrasepsi, kesehatan seksual, hubungan dan tanggung jawab

yang berhubungan dengan kehamilan dan melahirkan. Selain itu, strategi ini menganjurkan agar bidan memikul peran lebih besar dalam promosi kesehatan dengan membantu wanita membuat pilihan berdasarkan informasi tentang diet, olahraga, merokok, dan obesitas. Strategi ini juga menantang bidan untuk mampu membuat pelayanan yang lebih responsif terhadap kelompok wanita rentan melalui pengadaan kelas antenatal serta sesi keahlian menjadi orang tua di sore hari dan akhir pekan di tempat yang nyaman dan menyenangkan.

Strategi itu juga menyorot kontribusi yang dapat dilakukan bidan untuk mengajarkan wanita tentang skrining payudara dan serviks, sehingga mempersiapkan wanita untuk menjalani kehidupan yang sehat setelah melahirkan. Lebih lanjut, diulas tentang ruang lingkup bidan, yaitu memperluas kontak dengan wanita untuk mengatasi dan merujuk wanita yang menderita depresi pascanatal, misalnya melalui sesi tanya jawab aktif.

Strategi ini juga meminta organisasi NHS menggali kesempatan untuk memanfaatkan sebaik-baiknya pengetahuan dan keterampilan seluruh tim kebidanan dan khususnya untuk menciptakan pusat konsultan bidan yang memungkinkan bidan yang berpengalaman dan ahli untuk tetap melaksanakan praktik dan menjalankan kepemimpinan yang kuat.

MEMPERSEMBAHKAN YANG TERBAIK

Pada Juni 2003, the English Chief Nursing Officer meluncurkan *website* kebidanan baru bertajuk "Mempersembahkan yang Terbaik" yang menggali lima tantangan besar modernisasi bagi bidan, termasuk meningkatkan kesehatan masyarakat. *Website* ini mengemukakan bagaimana bidan dapat menekankan perannya untuk memastikan bahwa kehamilan tidak dipandang terpisah dari faktor penting lainnya yang memengaruhi kesehatan dan hasilnya (lihat Kotak 1.4). *Website* ini juga menggali sejumlah target peningkatan kesehatan nasional yang berhubungan secara khusus dengan kehamilan dan melahirkan, termasuk mengurangi jumlah wanita yang merokok selama kehamilan, meningkatkan jumlah wanita menyusui, dan mengurangi jumlah kehamilan remaja, serta menyatakan bahwa dengan menerapkan pendekatan kesehatan masyarakat, individu bidan dapat menjadi lebih efektif dalam:

- Berbagi informasi untuk memungkinkan wanita mengontrol kehidupan dan kesehatannya
- Mempertimbangkan keseluruhan gambaran kehidupan wanita

Kotak 1.4 Menerapkan pendekatan Kesehatan Masyarakat—daftar tilik untuk individu bidan (DH 2003)

- Pikirkan tentang latar belakang klien Anda, kenyataan tentang kehidupan harian mereka, dan apa prioritas yang cenderung mereka tetapkan
- Kenali mata rantai yang ada antara kesenjangan sosial, kemiskinan, dan sakit, gunakan pengalaman harian Anda dan informasi serta data lokal dan nasional
- Tantang sikap menghakimi dan lepaskan kekuasaan profesional
- Bina hubungan dengan badan hukum setempat dan organisasi sukarela untuk memberikan informasi, dukungan, dan saran kepada kelompok wanita yang rentan
- Telusuri bagaimana PCT Anda melakukan pengkajian kebutuhan kesehatan, libatkan diri secara langsung untuk memperkaya pengetahuan lokal Anda
- Cari kesempatan untuk bekerja sama dengan program pengembangan komunitas lokal
- Kreatif dan bekerja secara berbeda ketika mengekspresikan pesan kesehatan
- Cari dan saling bertukar cerita tentang praktik yang baik dengan bidan lain.

- Menemukan metode sederhana untuk membantu wanita
- Bekerja dengan lebih efektif ketika berhadapan dengan klien rentan yang memiliki kebutuhan kompleks
- Menumbuhkan keyakinan wanita dalam normalitas dan membantu membangun rasa-percaya diri mereka.

Dengan menggunakan contoh dari unit kebidanan di berbagai negara yang menerapkan pendekatan kesehatan masyarakat, *website* menawarkan daftar tilik sederhana untuk bidan per individu agar dapat memberikan awal yang lebih baik dalam kehidupan.

KERANGKA KERJA PELAYANAN NASIONAL MATERNITAS

Pelaksanaan strategi pemerintah tentang kesehatan di Inggris diarahkan dengan serangkaian Kerangka Kerja Pelayanan Nasional (*National Service Frameworks*) yang menetapkan perencanaan untuk organisasi dan pemberian pelayanan. Kerangka Kerja Pelayanan Nasional ditujukan untuk memastikan keseragaman penerapan praktik terbaik, yang secara kuat didasarkan pada bukti riset. Hingga kini, Kerangka Kerja Pelayanan Nasional telah dihasilkan untuk empat area prioritas: penyakit jantung

koroner, kesehatan mental, dan kanker. Pada September 2004, pemerintah melontarkan isu Kerangka Kerja Pelayanan Nasional Anak-Anak, yang mencakup sesi maternitas yang terpisah dan berbeda. Kerangka Kerja Pelayanan Nasional di bagian maternitas telah dibagi dalam asuhan antenatal, intrapartum, dan pascanatal dengan kajian tambahan tentang keterlibatan pengguna dan pengurangan kesenjangan.

Kerangka Kerja Pelayanan Nasional Anak-Anak memberikan perencanaan untuk modernisasi pelayanan maternitas dengan menerjang batasan profesional dan meningkatkan hubungan kemitraan di antara lembaga. Prinsip sentralnya terletak pada pendekatan menyeluruh untuk merawat anak-anak dan wanita hamil yang menempatkan mereka di pusat asuhan. Penekanan di dalam Kerangka Kerja Pelayanan Nasional tentang penurunan kesenjangan kesehatan dan peningkatan hasil kesehatan akan menjadi motor yang bermakna dalam memperbaiki pelayanan bagi keluarga yang rentan dan diasingkan secara sosial.

MENUJU SKOTLANDIA YANG LEBIH SEHAT—STRATEGI SCOTTISH

Visi Pemerintah untuk meningkatkan status kesehatan semua penduduk Skotlandia dipublikasikan pada tahun 1999, dan desakan utamanya adalah mengurangi kesenjangan. Skotlandia hampir berada di bagian atas dalam liga internasional untuk PJK, kanker dan stroke, yang memastikan bahwa penyakit tersebut memiliki makna politis dan masyarakat yang jauh lebih tinggi. Strategi Scottish secara eksplisit mengakui bahwa kesehatan yang baik akan dapat diperoleh melalui peningkatan kesejahteraan fisik, mental dan sosial, kebugaran dan kualitas hidup. Bagian penting dalam pendekatan Scottish adalah:

- Gerakan yang terkoordinasi dalam mengentaskan kesenjangan kesehatan
- Program aktivitas yang ditujukan pada peningkatan dan pemeliharaan kesehatan anak-anak dan individu muda
- Prakarsa utama untuk mencegah PJK dan kanker
- Sama halnya dengan strategi di Inggris, kasus kehamilan remaja merupakan area prioritas di Skotlandia dengan target untuk mengurangi angka kehamilan di usia 13–15 tahun sebesar 20% pada tahun 2010.

PENDEKATAN WALES TERHADAP KESEHATAN MASYARAKAT

Majelis Wales yang dibentuk pada tahun 1998 mengadopsi pendekatan yang didelegasikan dan diintegrasikan dengan kesehatan masyarakat, pernyataannya bertujuan untuk mempromosikan kesehatan dan mengembangkan pelayanan kesehatan, bukan pelayanan untuk mengobati penyakit. *Wellbeing in Wales* (2000) merencanakan bagaimana Majelis Pemerintah bermaksud untuk bekerja meningkatkan status kesehatan dan mengurangi tingkat kesenjangan melalui pendekatan kebijakan dan program yang terintegrasi. Rencana tersebut kini dilaksanakan melalui kerangka kerja strategi kesehatan lokal, asuhan sosial, dan kesejahteraan. Pada saat bersamaan, alokasi sumber daya ditargetkan untuk kelompok masyarakat tertentu yang berkaitan dengan tindakan untuk membantu masyarakat meningkatkan kesehatan mereka.

Pendekatan radikal yang digunakan dalam strategi Wales mencakup pengakuan eksplisit tentang sifat multi-dimensional dalam kebijakan sosial dan ekonomi dan dampak yang ditimbulkan dari berbagai area kebijakan Pemerintah terhadap satu sama lain. Hal ini diilustrasikan melalui pendekatan untuk mendukung aktivitas pembuatan kebijakan.

Area Kebijakan	Area Kebijakan	Area Kebijakan	Area Kebijakan	Area Kebijakan	Area Kebijakan	Area Kebijakan
Perkembangan ekonomi	Urusan agrikultural dan pedesaan	Pelatihan dan pendidikan	Pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial	Transportasi dan lingkungan	Budaya, seni, dan olahraga	Perumahan masyarakat
Tantangan dan Pemecahan Kemiskinan-sakit-pengasingan sosial-kesempatan sama-perkembangan yang terus-menerus						

Kebijakan kesehatan di Wales kini disusun berdasarkan potongan tema ini yang kemudian disatukan, tetapi pelaksanaannya melalui strategi lokal yang menjangkau seluruh spektrum, mulai dari tindakan preventif dan regulasi untuk meningkatkan kesehatan dan mengurangi risiko sakit sampai pemberian asuhan yang disediakan oleh pemerintah lokal, NHS, organisasi sukarela, dan swasta. Selain itu, Majelis memiliki strategi nasional yang diperuntukkan bagi anak-anak dan individu muda yang berlandaskan Konvensi PBB mengenai Hak Anak (*Rights of the Child*).

KESEHATAN MASYARAKAT DI IRLANDIA UTARA

Di Irlandia Utara, Prakarsa untuk Kesehatan diluncurkan dan melibatkan seluruh jajaran Pemerintah. Keempat lembaga pelayanan kesehatan dan sosial berupaya untuk membina kerja sama dalam Berinvestasi untuk Kesehatan di area mereka di tingkat lembaga untuk membuat rencana peningkatan kesehatan jangka panjang di area lokal lintas-sektoral. Perencanaan ini akan diarahkan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat lokal yang teridentifikasi dengan tindakan nyata untuk memperbaiki status kesehatan dan kesejahteraan serta mengurangi tingkat kesenjangan (NHS Confederation 2003).

RESPONS KEBIDANAN TERHADAP WACANA KESEHATAN MASYARAKAT YANG BARU

Meskipun perencanaan dan perancangan pelayanan sangat membantu untuk mengenali dan memahami determinan sosio-ekonomi, budaya, perilaku, dan determinan lain dalam akses dan hasil kesehatan, determinan tersebut harus dilihat dengan jeli saat melakukan pendekatan untuk merawat wanita per individu. Sangat tidak membantu apabila praktisi kebidanan memiliki asumsi sederhana berdasarkan latar belakang sosial atau kultural wanita atau menggunakannya sebagai jalan pintas untuk menentukan apa yang benar-benar dibutuhkan atau diinginkan wanita.

Faktor inti dalam pemberian pelayanan untuk mengatasi atau mengurangi kesenjangan kesehatan haruslah pemahaman bahwa kelompok penerima pelayanan bukanlah kelompok homogen yang untuk mereka ada formula sederhana berisi cara tentang "bagaimana melakukannya dengan benar". Makna "melakukannya dengan benar" dalam hal mengurangi kesenjangan kesehatan dalam asuhan maternitas memiliki landasan prinsip yang sama seperti asuhan maternitas utama. Dengan kata lain, yang dimaksud adalah pelayanan individual, fleksibel, dan responsif yang disesuaikan dengan kebutuhan setiap individu wanita, bukan dengan kebutuhan profesional ataupun pelayanan. Uraian ini bukan lantas diartikan bahwa menyediakan pelayanan maternitas yang tepat, fleksibel, dan responsif bagi kelompok wanita rentan adalah sesuatu yang mudah; malah, didapatkan banyak sekali bukti riset yang memperlihatkan kegagalan pelayanan saat ini: mulai dari kegagalan berkomunikasi dalam bahasa yang dipahami hingga memberikan makanan yang tidak tepat, salah-paham tentang adat istiadat dan kebudayaan, serta kegagalan untuk mendeteksi kondisi genetik. Semua pelayanan kami sering kali tidak peka dan tidak tepat.

Akses yang seimbang berarti menjamin bahwa setiap orang memiliki akses yang sama dan penuh terhadap pelayanan kesehatan yang tersedia. Ini bukan berarti memberikan pelayanan yang sama kepada setiap orang dan dengan demikian berasumsi bahwa setiap orang akan mendapatkan pelayanan yang sama. Maksudnya lebih pada memberikan pelayanan yang fleksibel dan responsif yang mengidentifikasi dan mengakomodasi kebutuhan yang berbeda sehingga setiap orang mendapatkan manfaat yang seimbang. Bidan harus memperlakukan seluruh wanita dengan rasa hormat dan sama dengan klien lain, tanpa menghiraukan perasaan mereka tentang wanita dan keluarganya, gaya-hidup mereka atau pilihan hidup yang mereka buat.

Setelah mengetahui faktor-faktor yang memunculkan kesenjangan dalam hasil dan pengalaman kesehatan serta menetapkan intervensi yang cenderung mengurangi kesenjangan ini, langkah berikutnya adalah memikirkan apa pelayanan kesehatan yang dapat dilakukan yang berkolaborasi dengan institusi dan komunitas lokal dalam rangka memberikan pelayanan yang tepat dan efektif. Terdapat kewajiban moral dan etik di pelayanan kesehatan dan seluruh praktisi untuk meminimalkan kesenjangan, sementara undang-undang tentang hak asasi manusia dan tentang diskriminasi seks, suku, dan disabilitas memberikan tanggung jawab legal bagi penyedia asuhan agar tidak mendiskriminasikan wanita. Meminimalkan efek kesenjangan harus menjadi unsur penting dalam layanan maternitas, dan menjamin bahwa wanita yang rentan dapat menerima pelayanan yang tepat untuk mengatasi masalah mereka harus menjadi inti dalam pendekatan setiap praktisi. Pencapaian tujuan ini harus berakar dalam perencanaan, penugasan, perancangan, dan pemberian pelayanan yang dilandasi oleh ketepatan identifikasi klien yang kurang beruntung, memberikan asuhan individual kepada mereka, dan mengetahui pelayanan paralel yang tersedia untuk mereka.

Mengidentifikasi wanita yang cenderung mengalami kesenjangan untuk mendapatkan akses atau hasil

Sebelum orang yang berwenang (pejabat dan pemberi asuhan) dalam maternitas dapat memberi asuhan yang komprehensif dan memberi dukungan kepada wanita yang rentan, mereka perlu membuat strategi lokal yang didapat dari pengkajian dan pemetaan kebutuhan lokal yang dilakukan secara teratur. Upaya ini bersamaan dengan identifikasi dan menjalin kerja sama dengan badan hukum lokal dan lembaga sukarela yang terkait. Membuat pendekatan strategis untuk mengurangi

kesenjangan kesehatan akan memungkinkan pelayanan maternitas mengidentifikasi siapa yang memimpin asuhan, apa bantuan lain yang dibutuhkan dan apa motivasi yang diperlukan dalam kasus setiap individu. Penjelasan lebih lanjut tentang pengkajian kebutuhan kesehatan dibahas dalam Bab 4.

Strategi lokal perlu terus diperbarui dan difungsikan dengan memanfaatkan jaringan orang yang cerdas di daerah lokal dan dengan mempromosikan perkembangan umum dan kesempatan memperoleh pelajaran dari staf di lintas lembaga.

Perencanaan, penugasan, dan pemberian asuhan yang bersifat individual dan personal bagi setiap wanita

Jaminan bahwa wanita yang rentan memperoleh asuhan yang tepat yang mulai dapat mengatasi kesenjangan dalam hasil dan akses harus menjadi bagian inti setiap praktik yang dilakukan oleh praktisi. Asuhan perlu bersifat individual, fleksibel, dan personal untuk setiap wanita, dengan mempertimbangkan keadaannya. Pemberi asuhan tidak boleh melompat ke kesimpulan dan membuat asumsi tentang penampilan wanita, kemampuan untuk mengomunikasikan riwayatnya di masa lalu, budaya, ataupun agamanya. Bab 7 mengulas isu di seputar keragaman dalam asuhan kesehatan. Pendapat dan penilaian pribadi tidak boleh dicampur dengan praktik profesional, begitu juga komentar yang bersifat subjektif.

Kondisi keluarga dan sosial sering kali berubah selama kehamilan. Tidak dapat diasumsikan bahwa kebutuhan wanita akan tetap sama selama masa kehamilan, persalinan, melahirkan, dan pascanatal, dan dengan demikian, kebutuhan ini harus terus-menerus dikaji ulang dengan bekerja sama dengan wanita.

Menyadari bahwa asuhan wanita hamil dan keluarganya bukan sekadar milik NHS

Asuhan yang efektif bagi wanita hamil yang tergolong rentan dan keluarganya bergantung pada kolaborasi antara perundang-undangan lokal dan badan sukarela, yang dapat berperan penting dalam penyediaan pelayanan serta pemberian struktur dan mekanisme dukungan yang utama. Meskipun tidak akan mengetahui setiap lembaga di daerahnya secara rinci, staf dalam unit maternitas harus mampu memberi petunjuk kepada wanita yang rentan untuk datang ke profesional lain, kelompok dan lembaga sukarela yang memiliki spesialis ahli di bidang terkait.

KESIMPULAN: RETORIKA POLITIS ATAU KESEMPATAN NYATA?

Bidan memiliki hak penuh untuk mempertanyakan setiap pernyataan Pemerintah bahwa asuhan kebidanan saja dapat memperbaiki dampak kesenjangan kesehatan, sosial, ekonomi, dan geografis pada hasil kesehatan ibu dan bayinya. Mereka juga memiliki hak untuk curiga pada alokasi dana Pemerintah untuk prioritas kesehatan masyarakat dan penanaman modal yang terkait bila dibandingkan dengan, katakanlah, daftar tunggu. Untuk seluruh topik kesehatan masyarakat lokal, fokus pembuat kebijakan terlihat sungguh-sungguh berdasarkan pelayanan kesehatan, perawatan akut, tempat tidur, waktu tunggu, dan isu yang berat dan melebar.

Meskipun demikian, tidak diragukan lagi bahwa sejak tahun 1997, fokus para politikus, pembuat kebijakan, dan manajer pelayanan kesehatan merambah ke konteks yang lebih luas, yaitu dalam pemberian asuhan profesional per individual.

Dengan membentuk empat unit departemen yang tugasnya berbeda—*Sure Start*, *Teenage Pregnancy Unit*, *Neighbourhood Renewal*, dan *the Social Exclusion Unit*—Pemerintah telah menyisipkan keinginan politisnya untuk mencapai solusi bersama guna mengatasi masalah kesehatan masyarakat. Evaluasi awal terhadap *Sure Start*, strategi kehamilan remaja, dan kampanye anti-rokok memperlihatkan bahwa langkah ini memberikan pengaruh. Dalam programnya yang ditujukan untuk mengatasi kesenjangan kesehatan yang diterbitkan pada Juli 2003, Departemen Kesehatan menekankan pada kebutuhan untuk memberi dukungan kepada keluarga, ibu, dan anak-anak untuk menjamin tercapainya kemungkinan kesehatan yang terbaik di awal kehidupan dan memutuskan siklus kesehatan antar-generasi.

Masalahnya terletak pada bagaimana selalu memelihara komitmen politis, keinginan dan sumber dayanya. Meningkatkan kesetaraan dalam status kesehatan memerlukan investasi nyata dan sampai saat ini, kurang dari 1% pengeluaran total NHS telah ditujukan khusus untuk kesehatan masyarakat. Tetap harus dilihat juga apakah kerangka kerja manajemen performa NHS yang menekankan waktu tunggu dan daftar tunggu akan cukup kuat mempertahankan perhatian untuk tetap berfokus pada kesehatan masyarakat—dengan penilaian terbaik, terutama dimiliki oleh manajer pemberi asuhan, tidak mengherankan jika ini adalah isu yang paling menarik perhatian.

Tabel 1.4 Memfokuskan kembali kebidanan ke perspektif kesehatan masyarakat

Apabila Anda siap untuk melakukan ini...	Anda juga dapat...
Berfokus pada individu	Berfokus pada komunitas
Memberikan asuhan yang berpusat pada wanita	Berfokus pada kesenjangan
Mengikutsertakan wanita ke dalam Komite Penghubung Pelayanan Maternitas (Maternity Services Liason Committees)	Mengikutsertakan wanita ke dalam program peningkatan kesehatan
Memberikan asuhan yang dipimpin oleh kebidanan	Memberikan hubungan kemitraan yang dipimpin oleh asuhan primer
Melakukan pemeriksaan pascanatal	Memberikan dukungan pascanatal
Memberikan saran berhenti merokok	Memberikan saran untuk tidak menyalahgunakan zat
Memberikan pendidikan kepada orang tua	Memberikan pendidikan tentang menjadi orang tua
Memberikan saran tentang diet	Memahami konsekuensi kurangnya asupan makanan
Melaksanakan skrining antenatal	Melakukan skrining pada wanita yang sehat
Melibatkan pasangan	Memahami masalah seputar hubungan
Memberikan asuhan yang baik untuk semua	Memprioritaskan upaya untuk mencapai target yang lebih besar

Bidan akan memahami bahwa para politisi, pemerintah, dan pemerhati politis akan datang dan pergi; prioritas di tahun ini bisa jadi bukan prioritas di tahun depan. Meskipun demikian, hal ini tidak lantas dijadikan alasan untuk menolak mengadopsi pendekatan kesehatan masyarakat dalam asuhan kebidanan. Perubahan dalam demografi, epidemiologi, dan kemungkinan serta harapan yang diulas dalam bab ini mengubah tugas yang dihadapi dalam kesehatan masyarakat. Dame Karlene Davis, Sekretaris Umum di Royal College of Midwives, menggarisbawahi kiat bidan agar dapat memfokuskan kembali aktivitas mereka yang telah ada (Davis 2002, lihat Tabel 1.4), yakni dengan cara menggunakan keterampilan inti mereka dan menerapkannya di luar kotak parameter obstetri tradisional. Hal ini mencakup bekerja berdasarkan perspektif kesehatan dan bekerja sama dengan masyarakat dengan cara yang dirancang untuk meningkatkan kesehatan dan bukan merugikan kesehatan.

Kebidanan paling baik memandang setiap wanita secara menyeluruh, memperhitungkan kebutuhan sosial, psikologis, emosional, dan fisiknya. Apabila melakukan praktik secara paling efektif, bidan akan mengetahui bahwa rasa percaya diri wanita dan rasa pengendalian dirinya, hubungannya dengan orang-orang di lingkungan sekitarnya dan situasi rumah tangganya sama penting dengan—mungkin lebih bermakna daripada—setiap intervensi klinis yang diterimanya selama kehamilan. Asuhan maternitas menawarkan celah kesempatan yang unik, yakni bidan yang telah menjadi teladan kesehatan masyarakat dapat memberikan perubahan nyata dalam kehidupan wanita; lagi pula, pengguna pelayanan maternitas bukan berdasarkan definisi sakit, tetapi pengalaman peristiwa kehidupan fisiologis yang normal. Dengan demikian, rintangan yang mempersulit pelayanan kegawatdaruratan untuk melaksanakan intervensi di lingkungan atau memengaruhi perilaku tidak terjadi. Lebih jauh, pengguna layanan maternitas berpotensi memiliki waktu untuk mendapat informasi selama kehamilan mereka tentang kisaran pelayanan kesehatan dan sosial yang ditawarkan dan untuk berpartisipasi dalam diskusi tentang ketepatan penawaran ini.

Banyak tulisan tentang dampak medikalisasi melahirkan pada profesi kebidanan. Realita bekerja sebagai seorang bidan di dalam batasan model medis yang berkuasa telah membatasi kebebasan banyak bidan untuk mengembangkan visi tentang seperti apa pendekatan kesehatan masyarakat dalam asuhan maternitas. Misalnya, penekanan pada obstetri dan persalinan menyimpangkan perhatian dan sumber kebutuhan wanita di periode pascanatal, menyebabkan bermaknanya angka morbiditas yang tidak terdeteksi, depresi pascanatal, dan kegagalan untuk memberikan ASI. Buku ini merupakan upaya untuk mengembalikan keseimbangan tersebut dengan menunjukkan bagaimana bidan dapat mengklaim kembali peran kesehatan masyarakat mereka dan dengan menunjukkan bagaimana, ketika bidan memiliki kebebasan untuk melakukan praktik secara otonom, terdapat bukti peningkatan dalam kehidupan wanita.

Referensi

Ashton J 1997 Health for All: The New Millennium. In: Scally G (ed.) Progress in Public Health. Royal Society of Medicine Press, London
 Brocklehurst R, Costello J 2003 Health inequalities: The Black Report and beyond. In: Costello J, Haggart

M (eds) Public Health and Society. Palgrave Macmillan, Basingstoke
 Coote A 2000 New Labour's public health policy: theory good, practice middling to poor. Health Care UK, Winter 2000

- Davis K 2002 The Midwife in the United Kingdom and Public Health, paper delivered at International Confederation of Midwives Triennial Congress, Vienna. ICM, London
- Department of Health 2003 Delivering the Best. Online. Available: <http://www.publications.doh.gov.uk/cno/midwives.pdf>
- Evans R 2002 Interpreting and Addressing Inequalities in Health: from Black to Acheson. Office of Health Economics, London
- Exworthy M, Stuart M, Blane D, Marmot M 2003 Tackling Health Inequalities since the Acheson Inquiry. Polity Press, London
- Hart J T 1971 The inverse care law. *Lancet* 1971(i): 405-412
- Heining M J, Dewey K G 1997 Health effects of breastfeeding for mothers: a critical review. *Nutrition Research Reviews* 10: 35-56
- Henderson C 2002 The public health role of the midwife. *British Journal of Midwifery* 10(5): 268-269
- Hillier D, Caan W 2002 Researching the public health role of the midwife. *British Journal of Midwifery* 10(9): 545-546
- Jay (Baroness) 1997 Speech in House of Lords Debate on Poverty and Ill Health. *Hansard* 12/2/97 Column 247
- Kaufmann T 2002 Midwifery and public health. *MIDIRS Midwifery Digest* 12, Supplement 1:S23-S24
- Klein R 1994 The politics of participation. In: Maxwell R, Weaver N (eds) *Public Participation in Health—Towards a clearer view*. King's Fund, London
- Louden I 1992 *Death in Childbirth*. Clarendon Press, Oxford
- Mottl-Santiago J 2002 Women's public health policy in the 21st century. *Journal of Midwifery and Women's Health* 47(4)
- NHS Confederation 2003 *Prevention is Better than Cure*. NHS Confederation, London
- Rowe R, Jayaweera H, Henderson J, Garcia J, Macfarlane A 2003 *Inequalities in Mother and Baby Health in England*. National Perinatal Epidemiology Unit, Oxford
- Royal College of Midwives 2000 *Midwives and the New NHS Paper 4: Public Health*. RCM, London
- Tew M 1995 *Safer Childbirth? A Critical History of Maternity Care*, 2nd edn. Chapman & Hall, London
- Wilson AC, Stewart Forsyth J, Greene S A et al 1998 Relation of infant diet to childhood health: seven year follow up of cohort of children in Dundee infant feeding study. *British Medical Journal* 316: 21-25

Bab 2

Perubahan praktik: pengembangan peran kesehatan masyarakat untuk bidan

Jacqueline Dunkley-Bent

ISI BAB

Intisari	35	Gangguan emosional di sepanjang proses melahirkan	46
Mengenal peran kesehatan masyarakat yang dilaksanakan oleh bidan	36	Depresi pascanatal	47
Manfaat asuhan antenatal—tinjauan	36	Agenda pemerintah	48
Pengungsi dan pencari suaka	38	Deteksi di periode antenatal	48
Status kesehatan pengungsi dan pencari suaka yang sedang hamil	39	<i>Baby blues</i>	50
Bidan dan pencari suaka	40	Psikosis puerperium	51
Periode pascanatal	43	Skrining	51
Mengurangi kesenjangan dalam kesehatan dan pemberian asuhan kesehatan	44	Faktor risiko	52
		Peran bidan	53
		Kesimpulan	55
		Referensi	55

INTISARI

Bab ini bertujuan mengulas peran bidan dalam konteks kesehatan masyarakat. Lingkup peran bidan dalam area praktik ini luas dan dampaknya pada hasil kesehatan berpotensi signifikan. Pada bab ini, akan diulas dua area praktik yang telah dikenal, yang menyajikan pada para pembaca contoh praktik dalam kesehatan masyarakat. Pada kajian berikutnya, terdapat dua tajuk praktik kebidanan yang khas dan dianggap berharga, yakni tentang kerugian kesehatan yang dialami para pengungsi dan pencari suaka serta gangguan emosional selama melahirkan. Pengetahuan dasar tentang fisiologi pada periode kehamilan akan memungkinkan pembaca lebih memahami isu yang didiskusikan dalam bab ini.

MENGENAL PERAN KESEHATAN MASYARAKAT YANG DILAKSANAKAN OLEH BIDAN

Bidan dideskripsikan sebagai seorang praktisi kesehatan masyarakat yang meningkatkan mutu kesehatan jangka panjang (RCM 2000). Heller et al (2003) mendefinisikan kesehatan masyarakat sebagai penerapan teori, pengalaman, dan bukti yang berasal dari ilmu pengetahuan tentang populasi yang bertujuan meningkatkan status kesehatan populasi, dalam upaya yang paling memenuhi kebutuhan implisit dan eksplisit komunitas. Penggunaan bukti untuk mengarahkan praktik dan tanggung jawab untuk mengumpulkan bukti yang dapat meningkatkan status kesehatan populasi merupakan bagian penting definisi tersebut. Bidan memiliki peran penting yang harus dilaksanakan dalam kesehatan masyarakat, tetapi peran kesehatan masyarakat lebih difokuskan pada pendekatan per individu daripada pendekatan populasi. Pengumpulan data merupakan langkah yang sangat penting jika proses, dampak, dan hasil evaluasi akan dipertimbangkan secara serius oleh pelaksana inti.

Pendidikan tentang ruang lingkup dan tujuan peran bidan tidak selalu tampak jelas dan dipahami. Untuk menetapkan data dasar tentang praktisi kesehatan masyarakat, peneliti membuat alat untuk mengidentifikasi tenaga kerja kesehatan masyarakat, termasuk mereka yang lingkup kerjanya berdampak pada fungsi kesehatan masyarakat yang lebih luas. Praktisi kesehatan masyarakat yang teridentifikasi terdiri dari penilik kesehatan, perawat sekolah, dan dokter gigi, meskipun asuhan kebidanan memberikan andil bagi kesehatan masyarakat, bidan tidak dikenal sebagai salah satu praktisi kesehatan masyarakat (Sim et al 2002). Untuk meningkatkan kesadaran tentang lingkup dan tujuan peran bidan serta sumbangsuhnya pada kesehatan masyarakat, pelayanan kebidanan sangat penting untuk menjalin kerja sama dengan lembaga asuhan primer dan para praktisi kesehatan masyarakat. Penting juga untuk membangun hubungan yang terfokus dengan kolega asuhan primer, pelayanan sosial, dan organisasi sukarela saat memberikan informasi tentang kontribusi kebidanan pada layanan kesehatan masyarakat.

MANFAAT ASUHAN ANTENATAL—TINJAUAN

Periode antenatal memberikan celah kesempatan kepada bidan untuk berkontribusi dalam penurunan angka morbiditas dan mortalitas maternal dan neonatus. Asuhan antenatal yang dini dan komprehensif merupakan

ujung tombak peningkatan hasil kesehatan maternal dan perinatal. Wanita yang terlebih dahulu memesan untuk mengikuti asuhan antenatal menciptakan peluang untuk pendidikan dan skrining kesehatan. Penundaan atau ketiadaan asuhan antenatal meningkatkan risiko komplikasi kehamilan yang tidak terdeteksi yang dapat mengakibatkan morbiditas maternal dan fetal yang berat dan terkadang dapat mengakibatkan kematian (Centers for Disease Control and Prevention 2000). Wanita yang sedikit atau tidak mendapat asuhan antenatal cenderung tiga kali lebih berisiko memiliki bayi berat badan lahir rendah jika dibandingkan dengan wanita yang mendapatkan asuhan antenatal sejak dini (US Department of Health 1990). Bukti menunjukkan bahwa berat badan bayi baru lahir paling kuat dipengaruhi selama tahap prakonsepsi dan trimester pertama kehamilan. Intervensi per individu yang bertujuan memengaruhi perilaku wanita selama periode prakonsepsi tidak terlaksana dengan lancar karena 50% kehamilan tidak direncanakan. Dengan demikian, efisiensi asuhan prakonsepsi menjadi berkurang. Meskipun demikian, manfaat asuhan prakonsepsi telah didokumentasikan dengan baik (Cefalo et al 1995, Hellerstedt et al 1998), tetapi area praktik ini jarang dilakukan dan terbagi-bagi. Beberapa aspek asuhan terpusat dalam penyediaan asuhan primer dan ditargetkan ke arah faktor-faktor yang berpotensi dimodifikasi, yakni terdiri dari diet dan nutrisi, berat badan, olahraga, merokok, mengonsumsi minuman keras, penyalahgunaan zat, jenis pekerjaan dan kekerasan dalam rumah tangga. Wanita yang tergolong paling merasakan manfaat asuhan prakonsepsi adalah mereka yang paling sedikit mendapatkan akses, atau baru mendapatkan akses, ke pelayanan. Pendekatan keseluruhan-populasi untuk asuhan prakonsepsi telah diterapkan, termasuk fortifikasi makanan dengan asam folat untuk mengurangi insidensi defek tuba neural. Pendekatan terhadap promosi kesehatan ini lebih difokuskan pada satu area pencapaian kesehatan dan menyisakan sedikit ruang untuk edukasi dan pemahaman.

Pelayanan kebidanan memiliki tanggung jawab untuk memastikan bahwa seluruh pelayanan telah tepat, efektif, fleksibel, mudah dijangkau, dan berfokus memenuhi kebutuhan komunitas lokal serta tidak merangkul hukum asuhan yang terbalik, yaitu kebutuhan terbesar untuk mendapat asuhan kesehatan dihubungkan dengan penyediaannya yang terburuk (Hart 2000).

STATUS KESEHATAN PENGUNSI DAN PENCARI SUAKA YANG SEDANG HAMIL

Status kesehatan pencari suaka yang sedang hamil sering kali terganggu karena kurangnya asuhan antenatal, situasi penuh stres, perjalanan melelahkan dari negara asal, kekacauan akibat perang dan penindasan, serta nutrisi yang buruk. Tidak baiknya status kesehatan mereka meningkatkan risiko mortalitas dan morbiditas perinatal (DH 2001) dan membuat mereka kurang dipersiapkan untuk melahirkan dan menjadi orang tua, khususnya jika asuhan antenatal jarang diperoleh. Program skrining dan promosi kesehatan cenderung diikuti oleh sedikit pencari suaka. Wanita pencari suaka yang sedang hamil mengalami perbedaan dalam asuhan kesehatan dan pemberian asuhan kesehatan. Keterbatasan pengetahuan mereka mengenai sistem asuhan kesehatan mengurangi akses mereka ke pelayanan asuhan akut dan primer juga mengurangi tingkat asuhan maternitas yang diterima (McLeish 2002). Angka mortalitas dan morbiditas perinatal kelompok klien ini lebih tinggi bila dibandingkan dengan angka mortalitas dan morbiditas di Inggris secara nasional (DH 2001). Risiko kematian maternal di Inggris dan Wales diketahui lebih tinggi pada wanita yang lahir di luar negeri bila dibandingkan dengan populasi pribumi, dan lebih tinggi pada wanita etnik minoritas (Ibison et al 1996, RCOG 2001). Risiko persalinan operatif pada wanita etnik minoritas lebih tinggi dibandingkan dengan wanita yang lahir di Inggris dan Wales, dan hal ini dapat memprediksi tingginya angka mortalitas dan morbiditas maternal (Braveman et al 1995, Ibison 2005). Tidak jarang wanita pencari suaka hamil akibat perkosaan sehingga meningkatkan peluang mereka terkena HIV. *The Black Women's Rape Action Project* memperkirakan sedikitnya separuh dari seluruh wanita pencari suaka hamil akibat diperkosa (Cowen 2001). Sejauh ini, sebanyak lebih dari 10.000 pencari suaka disebarkan ke seluruh UK, banyak di antaranya berasal dari daerah epidemik HIV dan AIDS (Heath et al 2003).

Kajian terkini memperlihatkan pola pemesanan pemeriksaan antenatal para pencari suaka. Dari sampel 61 wanita, dua pertiganya terlihat mendapat asuhan antenatal pertama kali pada usia kehamilan 22 minggu atau lebih, dan 38% di antaranya pada usia kehamilan 30 minggu atau lebih (Kennedy & Murphy-Lawless 2001). Dua puluh persen wanita yang dilaporkan ke *Confidential Enquires into Maternal Deaths Report* (DH 2001) pada tahun 1997–1999, memesan asuhan maternitas setelah usia gestasi 24 minggu dan tidak mengikuti 4 kali kunjungan antenatal yang rutin. Wanita hamil yang sekaligus pencari suaka akhirnya harus menerima

Refleksi pada praktik

Refleksikan pada pengalaman Anda saat mendukung kelompok wanita dan keluarganya yang rapuh. Bagaimana pelayanan yang Anda sediakan memberi dukungan yang fleksibel, dapat disesuaikan, dapat diakses, dan merefleksikan kebutuhan kultural lokal? Di mana area utama lokasi penyediaan pelayanan?

PERIODE PASCANATAL

Depresi antenatal meningkatkan risiko depresi pascanatal (lihat bagian depresi pascanatal berikut ini). Pikiran yang mengganggu, gambaran dan mimpi buruk tentang masa lalu berdampak pada kesejahteraan mental wanita. Gangguan tidur, mudah marah, agresi, dan respons panik yang terjadi pada periode antenatal dapat berlanjut hingga periode pascanatal. Dapat dikatakan, pencari suaka mungkin hanya melaporkan gejala fisik, yang dapat mengarah pada kesalahpahaman dan salah-diagnosis. Keterikatan antara orang tua dan bayi mungkin merupakan sesuatu yang menantang bagi wanita yang hamil akibat pemerkosaan. Bidan perlu memantau secara cermat dalam mengenal isyarat verbal dan non-verbal yang mungkin mengindikasikan masalah potensial di area ini. Dukungan komunitas di periode pascanatal merupakan hal yang penting untuk memastikan kelancaran transisi ke masa menjadi orang tua. Isolasi sosial/pengasingan, kesepian, ketakutan, ketidakpastian, dan kondisi sosio-ekonomi yang tidak menguntungkan dapat berdampak negatif pada status kesehatan dan kesejahteraan di periode pascanatal. McLeish (2002) menyorot emosi yang dialami oleh para pencari suaka dan pengungsi selama periode pascanatal. Data kualitatif menyatakan bahwa setelah bayi dilahirkan, beberapa wanita menggambarkan rasa tingkat kenyamanan yang timbul dari cintanya kepada bayi dan kesibukannya menjalani praktik sebagai ibu: keadaan ini mengalihkan mereka dari kecemasan terhadap distres dan situasi yang mereka hadapi. Keadaan ini hanya memberi kenyamanan sementara bagi ibu lain yang mengalami kesedihan dan kesepian yang tidak terkendali dan terkadang berganti menjadi rasa tidak berdaya dan putus asa.

untuk cenderung mengalami gangguan emosional. Dengan demikian, asuhan antenatal, intrapartum, dan pascanatal dapat direncanakan untuk memastikan bahwa asuhan dan dukungan berespons terhadap kebutuhan wanita dan bayinya. Kesehatan mental wanita berpotensi memengaruhi kesehatan emosional dan psikologis bayi. Melalui komunikasi yang baik dan skrining yang tepat, gangguan mental yang sebelumnya telah ada atau yang saat ini ada dapat diketahui di awal periode antenatal. Riwayat depresi atau ketidakseimbangan emosional pascanatal di masa lalu dapat dikonfirmasi, memungkinkan bidan bekerja sama dengan wanita untuk mencapai kesehatan mental yang optimal.

DEPRESI PASCANATAL

Depresi pascanatal merupakan episode depresi nonpsikotik yang dimulai atau memanjang hingga periode pascapartum. Gambaran klinis depresi pascanatal dapat disamakan dengan depresi yang terjadi di luar pengalaman melahirkan dan mencakup: mudah berurai air mata, letargi, mudah tersinggung, cemas, terlalu sensitif, gangguan pola tidur, harga diri rendah, dan ketakutan yang tidak rasional. Sebaliknya, dinyatakan bahwa tanda dan gejala yang disebutkan tersebut dapat dianggap sebagai respons normal terhadap tuntutan kebutuhan untuk menjadi seorang ibu (Paradice 1995). Episode depresi pascanatal dapat dimulai antara 2–4 minggu setelah melahirkan dan dapat berlangsung selama 2–6 bulan, biasanya pulih dalam waktu 1 tahun. Penyelidikan Rahasia di Inggris tentang Kematian Maternal melaporkan bahwa kematian akibat sakit mental merupakan penyebab utama kedua mortalitas maternal. Jika seluruh kematian dalam kategori ini dicatat dengan akurat, penyakit mental dapat menjadi penyebab utama kematian. Gangguan psikiatrik diketahui menyebabkan atau berkontribusi pada 12% kematian maternal, 10% di antaranya disebabkan oleh bunuh diri. Kasus yang diulas secara rinci dalam Penyelidikan Rahasia menunjukkan bahwa kasus bunuh diri empat kali lipat cenderung terjadi pada masa 9 bulan setelah melahirkan dibandingkan selama masa kehamilan. Wanita yang telah melahirkan yang telah berhasil bunuh diri memperlihatkan tanda peringatan selama kehamilan dan peningkatan faktor risiko, termasuk: riwayat menyakiti diri sendiri, depresi, mengalami peristiwa hidup yang buruk, kurangnya dukungan sosial, dan isolasi sosial. Untuk meningkatkan angka deteksi gangguan kesehatan mental sehingga mampu memengaruhi intervensi sejak dini, rekomendasi dari penyelidikan rahasia menyatakan bahwa skrining antenatal yang akurat harus dilakukan bersamaan dengan

- Kemantapan emosi setelah euforia sering kali dialami setelah kelahiran
- Sedikit peningkatan suhu tubuh, sering kali dialami bersamaan dengan pembesaran aliran darah vena yang dirasa oleh beberapa wanita sebagai nyeri tekan di payudara
- Involusi uterus yang dapat dimanifestasikan sebagai nyeri uterus ringan/sedang hingga berat bergantung pada riwayat persalinan wanita
- Nyeri atau luka di perineum dan/atau jaringan parut setelah seksio sesarea
- Nyeri umum dan pegal akibat posisi persalinan yang berbeda selama proses melahirkan.

PSIKOSIS PUERPERIUM

Psikosis puerperium merupakan bentuk penyakit mental terberat di masa pascanatal. Keadaan ini ditandai dengan waham dan halusinasi tentang diri-sendiri, bayi dan/atau, orang lain. Kasus ini merupakan bentuk depresi yang parah dan dapat menyebabkan pembunuhan bayi atau bunuh diri. Angka prevalensinya adalah satu dari 500 kelahiran. Awitan bersifat cepat, dengan kasus yang dilaporkan terjadi pada 2 minggu pascapartum. Dukungan psikiatrik segera diperlukan mengingat biasanya diperlukan rawat-inap di rumah sakit. Peran bidan meliputi deteksi dini, termasuk faktor risiko yang ada pada periode antenatal, dan rujukan sejak dini ke pelayanan asuhan psikiatrik.

SKRINING

Meskipun terdapat dorongan untuk meningkatkan skrining dan pendeteksian depresi pascanatal, tetapi hanya terdapat sedikit bukti yang menunjukkan bahwa tindakan ini dapat meningkatkan asuhan (DH 2001). Skala Depresi Pascanatal Edinburgh memberikan landasan yang dapat diandalkan untuk skrining depresi pascanatal. Alat ukur ini dibuat oleh Cox, Holden, dan Sagovsky pada tahun 1987, sebagai skala pelaporan-diri 10 poin tentang perasaan di minggu terakhir. Pemeriksaan ini merupakan pemeriksaan psikometri yang dapat terpercaya dibandingkan dengan instrumen diagnostik. Studi komunitas yang besar menyatakan angka spesifitasnya 92% dan sensitivitasnya 88% (Murray & Carothers 1990). Sekarang, alat ukur tersebut semakin luas digunakan oleh para penilik kesehatan dibandingkan oleh dokter umum dan bidan. Distribusi alat

KESIMPULAN

Bidan berperan penting dalam berkontribusi pada kesehatan bangsa melalui asuhan yang berfokus dan bersifat individual terhadap wanita dan keluarganya selama periode melahirkan. Potensi peningkatan status kesehatan melalui promosi kesehatan tidak diragukan lagi. Peningkatan potensi kesehatan wanita pencari suaka bukanlah proses dasar dan memerlukan komitmen dalam bertindak serta pendekatan multi-agensi dan multi-disiplin. Promosi kesehatan hanya benar-benar efektif pada keadaan ini jika prosesnya disampaikan dalam konteks kehidupan seseorang sehari-hari. Gangguan emosional bisa saja mengenai semua wanita di sepanjang periode melahirkan. Gangguan ini dapat berkisar dari euforia dan elasi yang dialami sebagian wanita setelah melahirkan, hingga gangguan berupa depresi atau penyakit psikotik. Sangat penting bagi bidan untuk merangkul aspek asuhan kesehatan ini sebagai bagian integral praktik kebidanan sehingga dapat membantu mengurangi stigma yang ditimbulkan oleh gangguan kesehatan mental. Keterampilan berkomunikasi yang baik dan pengkajian serta alat skrining yang akurat akan membantu bidan mengeksplorasi kesehatan mental dengan keakuratan yang sama yang melandasi pengkajian kesejahteraan fisik sepanjang periode melahirkan. Kolaborasi dan hubungan dengan anggota dari tim multi-disiplin dan multi-agensi merupakan hal yang esensial saat memberi dukungan atau asuhan kepada wanita dan keluarganya selama waktu dalam kehidupan mereka yang sering kali dianggap sebagai waktu yang paling menantang.

Referensi

- Barker D 1997 The long term outcome of retarded fetal growth. *Clinical Obstetrics and Gynaecology* 40(4):853-863
- Barlow J, Coren E 2001 Parent-training programmes for improving maternal psycho-social health (Cochrane review) (update of most recent substantive update: 2 February 2001). In: *The Cochrane Library*, Oxford: Update Software, issue 2
- Beck C T 1998 A check list to identify women at risk for developing postpartum depression. *Journal of Obstetrics, Gynaecological and Neonatal Nursing* 27(1):39-46
- Blackburn S T, Lopar D L 1992 *Maternal Fetal and Neonatal Physiology. A Clinical Perspective*. Saunders, Philadelphia
- Braveman P, Egerter s, Edmonston F, Verdon M 1995 Racial/ethnic differences in the likelihood of

Bab 3

Perluasan wawasan: pengembangan perspektif kesehatan masyarakat dalam ilmu kebidanan

Cindy Carlson

ISI BAB

Pendahuluan	59	Mengembangkan kualitas dan manajemen risiko dalam budaya evaluatif	78
Memahami kesehatan masyarakat	60	Mengembangkan program dan pelayanan kesehatan serta mengurangi kesenjangan	79
Mengukur status kesehatan ibu	63	Bekerja sama dengan dan untuk masyarakat	82
Mempraktikkan kesehatan masyarakat	68	Strategi dan implementasi kebijakan	84
Kesehatan masyarakat dalam konteks praktik	74	Manajemen diri sendiri dan orang lain secara etis	85
Mempromosikan serta melindungi kesehatan dan kesejahteraan populasi	74	Kesimpulan	87
Upaya kolaboratif untuk mewujudkan kesehatan	75	Referensi	88

PENDAHULUAN

Bab ini mengeksplorasi apa makna kesehatan yang sesungguhnya dan relevansinya pada praktik kebidanan. Awalnya, bab ini lebih mempertimbangkan definisi kesehatan masyarakat yang lazim digunakan saat ini dan berupaya untuk tidak mempergunakan definisi ini, yang juga menyiratkan perspektif sejarah. Dari sini, perhatian diberikan kepada bagian "ilmu" kesehatan masyarakat, istilah epidemiologis yang penting yang berkaitan dengan pemahaman terhadap peran kebidanan dalam meningkatkan kesehatan populasi. Dengan demikian, definisi kesehatan masyarakat diperbaiki dengan mempertimbangkan apa kompetensi atau standar yang digunakan di negara yang berbeda, untuk menggambarkan apa yang harus dapat dilakukan oleh profesional kesehatan masyarakat.



Gambar 3.1 Determinan kesehatan (dikutip ulang atas izin Dahlgren & Whitehead 1991).

mengambil langkah untuk melindungi dan meningkatkan kesehatan populasi mereka. Asuhan kesehatan merupakan ciri utama kebijakan kesehatan masyarakat dan dapat menyerap banyak sumber daya yang terkait dengan kesehatan di suatu negara. Perlindungan kesehatan lingkungan tetap menjadi fungsi penting kesehatan masyarakat, meskipun di negara seperti Inggris, yang mendudukan fungsi kesehatan masyarakatnya di *National Health Service* dan kesehatan lingkungan di pemerintah lokal, terdapat hambatan struktural untuk menyatukan pendekatan guna melindungi kesehatan masyarakat. Fungsi kesehatan masyarakat pemerintah lokal tradisional lainnya mencakup bidang seperti mendukung keluarga, mengembangkan komunitas, dan regenerasi perkotaan.

Bidan memiliki tradisi terhormat bagi keilmuan mereka sendiri dalam ajang kesehatan masyarakat. Upaya promosi kesehatan yang melatih para wanita dalam "keterampilan menjadi ibu" yang dilakukan sendiri oleh bidan dan penilik kesehatan pada pertengahan pertama abad kedua puluh, membantu penurunan angka mortalitas bayi secara drastis, yakni dari 150 per 1.000 kelahiran pada tahun 1900 hingga menjadi 55 per 1.000 kelahiran pada tahun 1940 (Williams et al 1994).

MENGUKUR STATUS KESEHATAN IBU

Salah satu bidang kesehatan masyarakat yang penting adalah kemampuan mengkaji tingkat masalah khusus, dengan cara mengukur luasnya masalah tersebut di dalam sebuah populasi. Aspek utama peran bidan adalah menjamin hasil kehamilan yang positif, yang diukur melalui tingkat

$$\frac{\text{Kematian ibu selama tahun X}}{\text{Lahir hidup selama tahun X}} \times 100.000$$

Rasio mortalitas ibu memberikan gambaran tentang risiko obstetrik pada setiap kehamilan.

Angka mortalitas ibu

Ini merupakan jumlah kematian ibu dalam kurun waktu tertentu per 100.000 wanita usia reproduktif (biasanya 15–49 tahun).

$$\frac{\text{Kematian ibu selama tahun X}}{\text{Jumlah wanita usia reproduktif selama tahun X}} \times 100.000$$

Kalkulasi mengukur risiko obstetrik dan frekuensi wanita terpajan dengan risiko ini.

Risiko kematian ibu di sepanjang hidupnya

Risiko kematian ibu di sepanjang hidupnya diperkirakan dengan mengalikan angka mortalitas ibu dengan lama periode reproduktif (kira-kira 35 tahun). Perhitungan ini memfasilitasi perencana untuk mengkaji probabilitas untuk hamil dan probabilitas meninggal akibat kehamilan, yang mencapai puncak di sepanjang masa reproduktif wanita. Cara lain untuk menghitung risiko kematian ibu di sepanjang hidupnya adalah dengan mengalikan angka fertilitas total dengan angka mortalitas ibu. Angka fertilitas total dapat dihitung dengan cara menjumlahkan angka fertilitas usia tertentu pada wanita usia subur (15–49 tahun), seperti yang dijelaskan dalam Kotak 3.2.

Terdapat sejumlah penyebab langsung kematian ibu, dan penyebab ini sangat berbeda di antara negara maju dan berkembang. Diagram Lingkaran (Gbr. 3.3 dan 3.4) mengilustrasikan penyebab langsung utama kematian ibu, perbandingan antara gambaran global dan gambaran di Inggris Raya.

Pengukuran ini menyediakan beberapa bukti empiris kepada tenaga kerja kesehatan tentang masalah tertentu dalam komunitas mereka. Sebagai contoh, jika catatan memperlihatkan angka kasus hipertensi yang tinggi dalam kelompok tertentu, sumber akan lebih efektif untuk mencoba menangani hipertensi. Penanganan tersebut dilakukan melalui intervensi

ordinasian luasnya fungsi kesehatan masyarakat dalam sebuah populasi. Kelompok ini mencakup *Directors of Public Health*, yang dapat berasal dari konsultan kesehatan masyarakat atau spesialis dari multi-disiplin. Telah dinyatakan bahwa terdapat sub-kelompok spesialis yang tidak memiliki fungsi luas, tetapi yang memiliki fungsi teknis spesialis yang banyak dicari orang (mis., epidemiologis).

- **Praktisi kesehatan masyarakat:** para profesional yang mempraktikkan kesehatan masyarakat dengan banyak bekerja sama dengan individu atau komunitas untuk menangani isu kesehatan masyarakat. Kelompok ini mencakup, misalnya penilik kesehatan, bidan, perawat sekolah, tenaga pekerja kesehatan lingkungan, tenaga kerja promosi kesehatan, dan tenaga kerja perkembangan komunitas.
- **Tenaga kerja kesehatan masyarakat yang lebih luas:** mencakup mereka yang perannya memiliki pengaruh strategis atau umum pada determinan kesehatan yang lebih luas. Kelompok ini terdiri atas, misalnya *chief executives of NHS trusts*, manajer di pemerintah setempat dan di dalam NHS, serta guru.

Seperti dijelaskan sebelumnya, peran bidan berada di dalam kategori praktisi kesehatan masyarakat. Area standar kesehatan masyarakat, seperti yang baru-baru ini dikembangkan di Inggris, diperuntukkan bagi peran spesialis dan praktisi, dengan perbedaan dalam tingkat keahlian dan pengarahan strategi yang diperlukan oleh tingkat yang berbeda. Diargumentasikan juga bahwa para praktisi kesehatan masyarakat cenderung lebih ahli dalam beberapa area (misalnya, dalam mempromosikan kesehatan individu dan komunitas) dibandingkan dengan spesialis kesehatan masyarakat, sementara para spesialis akan menjamin arahan intervensi kesehatan masyarakat yang strategis secara menyeluruh.

Eksplorasi kompetensi kebidanan di Nursing and Midwifery Council dibandingkan di area standar kesehatan masyarakat di Inggris (Tabel 3.2) memberikan gambaran yang baik tentang seberapa besar bidan diharapkan untuk melaksanakan kesehatan masyarakat (UKCC/NMC 2000).

Intinya, kompetensi kebidanan dapat dengan mudah disesuaikan dengan sebagian besar, jika tidak seluruhnya, kompetensi kesehatan masyarakat. Jadi, mengapa bidan tidak memandang diri mereka sendiri sebagai praktisi kesehatan masyarakat? Apa saja hambatan struktural atau profesional untuk menjadi bagian dalam tim kesehatan masyarakat setempat? Semua itu bergantung pada bidan, edukator, dan manajer

- **Perlindungan kesehatan:** Area lain yang membuat bidan dapat memainkan perannya dalam melindungi kesehatan ibu dan bayinya adalah melalui saran tentang nutrisi dan memberi perhatian khusus pada risiko diet, perilaku, dan lingkungan yang memiliki efek membahayakan ibu dan bayi. Saran ini mencakup kekhawatiran tentang mengonsumsi makanan yang mengandung telur mentah (risiko infeksi salmonela), merokok sigaret, atau mengonsumsi minuman beralkohol, serta jenis pekerjaan tertentu atau lingkungan tempat bersenang-senang yang dapat membahayakan. Dalam hal ini, bidan juga berperan sebagai pengacara agar dapat meningkatkan taraf kehidupan, pekerjaan, dan lingkungan yang nyaman bagi wanita dan anak balita.

Keterampilan yang perlu dikembangkan bidan untuk dapat menerapkan aspek perlindungan kesehatan dan promosi kesehatan dalam fungsi kesehatan masyarakat adalah:

- Keterampilan pengkajian kebutuhan kesehatan dan analisis masalah untuk memahami masalah yang dihadapi oleh ibu dan anak balitanya di komunitas. Pengidentifikasian karakteristik komunitas merupakan aspek penting dalam pengkajian kebutuhan kesehatan dan semua ini akan dibahas lebih lengkap dalam Bab 6
- Pemahaman dan penggunaan model promosi kesehatan untuk individu dan kelompok
- Pemahaman tentang skrining, baik tentang apakah sesungguhnya istilah uji skrining serta aspek teknis dalam menyediakan uji yang sah dan andal.

UPAYA KOLABORATIF UNTUK MEWUJUDKAN KESEHATAN

Kompetensi kebidanan telah menekankan pentingnya bidan berkolaborasi dengan berbagai profesional, untuk menjamin pemberian asuhan yang terbaik bagi wanita. Kolaborasi di tingkat komunitas, dapat meliputi kerja sama yang terjalin antara bidan, perawat sekolah, anak remaja, perawat keluarga berencana, dokter umum, tenaga kerja muda, dan pekerja sosial untuk mengurangi angka kehamilan remaja di wilayah mereka. Inti kolaborasi adalah untuk menciptakan sinergi yang berasal dari keterampilan individual yang ditawarkan oleh kelompok profesional yang berbeda. Kolaborasi dan kerja sama merupakan dua kata yang sering kali digunakan saling bertukar, dan mencerminkan sensasi pendekatan

pelayanan kebidanan. Audit dapat dilakukan pada area seperti hasil yang bermasalah atau tidak bermasalah, kepuasan wanita dengan pelayanan, atau kontinuitas asuhan untuk setiap wanita.

Untuk dapat memberikan aspek manajemen kualitas dalam fungsi kesehatan masyarakat, bidan perlu mengembangkan keterampilan yang mencakup:

- **Keterampilan penilaian kritis:** lokakarya dan kursus praktik berdasarkan-bukti menekankan pada perpaduan antara keterampilan riset, penilaian artikel riset dan refleksi manfaat hasil riset ke dalam praktik individual.
- **Keterampilan audit/evaluasi:** keterampilan ini mencakup penentuan area mana yang memerlukan audit atau evaluasi, menentukan data apa saja yang harus dan dapat dikumpulkan, melakukan pengumpulan dan analisis data, serta kemudian mampu melaporkan data ini kembali ke teman sejawat dan pemegang saham.
- **Keterampilan manajemen perubahan:** memanfaatkan peran kepemimpinan untuk memperkenalkan perubahan praktik, berdasarkan bukti penelitian dan sumber praktik yang baik lainnya, kini semakin penting bagi praktisi, di level berapa pun area kerja mereka. Bidang manajemen perubahan mencakup serangkaian keterampilan yang kompleks, yang berharga untuk digali secara lebih dalam melalui literatur manajemen perubahan (Handy 1994, Senior 2002).

MENGEMBANGKAN PROGRAM DAN PELAYANAN KESEHATAN SERTA MENGURANGI KESENJANGAN

Pengembangan program dan pelayanan dapat dianggap sebagai kegiatan di tingkat strategis (lihat Kotak 3.3), dan penting agar semua orang yang terlibat dalam perancangan dan penerapan program, bahkan para pemegang saham, benar-benar menyadari elemen inti dalam siklus penatalaksanaan program, dan keterlibatan masyarakat. Pengembangan program didasarkan pada banyak aspek kompetensi dan area standar lainnya, karena individu harus mampu menilai situasi yang sedang terjadi dan menyusun rencana intervensi yang bermutu tinggi di masa depan. Dalam hal ini, aspek kuncinya adalah menetapkan program yang mampu mengurangi kesenjangan kesehatan dan sosial. Hal ini akan dijelaskan lebih lanjut di Bab 4 beserta beberapa contoh program yang berupaya untuk mengurangi kesenjangan tersebut.

Perdebatan terus memanas sampai tingkat yang membuat para profesional atau pihak luar dari masyarakat tertentu mampu “memberdayakan” orang lain karena konsep pemberdayaan tidak terelakkan lagi mengandung arti memberi atau menyerahkan kekuasaan kepada pihak lain. Dengan kebijakan pemerintah Inggris baru-baru ini, yang menekankan pelayanan kesehatan yang “berpusat pada pasien”, terdapat perhatian yang diperbarui dalam hal keterlibatan pasien dan masyarakat dalam pemberian pelayanan kesehatan (DH 2000). Mungkin ini merupakan cara yang lebih jujur dalam menggambarkan bagaimana pasien dan masyarakat berinteraksi dengan pelayanan kesehatan, dibandingkan dengan ide bahwa pasien dan masyarakat memiliki partisipasi yang sama dengan profesional kesehatan. Terdapat beberapa peran yang dapat dilaksanakan oleh bidan dan praktisi kesehatan masyarakat lain untuk membantu menghasilkan partisipasi masyarakat yang lebih besar dalam membuat keputusan mengenai pelayanan.

Membangun dan mempertahankan kerja sama dengan kelompok dan masyarakat

Kegiatan ini meliputi mencari tahu pandangan anggota masyarakat, mengidentifikasi kekhawatiran dan prioritas mereka. Setelah kerja sama terbentuk, bidan juga dapat berperan sebagai pembela yang mewakili masyarakat di forum lain untuk memastikan bahwa masalah mereka didengar dan diatasi.

Bekerja bersama kelompok dan masyarakat untuk membangun dan mempertahankan kemampuan mereka guna meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan

Di sini, bidan akan menggunakan aspek yang lebih transformasional dalam promosi kesehatan, yaitu memampukan individu, kelompok, dan masyarakat (melalui pemberian ilmu dan perkembangan keterampilan) untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan mereka dan orang lain. Konsep ini pada awalnya didasarkan pada kegiatan radikal yang dilakukan oleh ahli pendidikan Paulo Freire, yang bekerja bersama masyarakat yang sangat miskin di Brasil pada tahun 1960-an dan 1970-an, dan yang memandang perannya sendiri sebagai orang yang membantu masyarakat untuk memahami situasi mereka dan berjuang untuk meningkatkan diri mereka sendiri dan masyarakat mereka (Freire 1972).

dapat bernegosiasi untuk berbagi sumber daya tersebut dalam jumlah lebih besar sesuai kebutuhan.

Keterampilan yang diperlukan untuk menjadi manajer yang efektif meliputi:

- Memiliki kesadaran kuat atas perilaku profesional—kerahasiaan, bekerja sama, memimpin di area profesional sendiri
- Keterampilan manajemen keuangan—merancang anggaran, melaporkan keuangan, meninjau neraca keuangan
- Keterampilan manajemen sumber daya manusia—perekrutan, manajemen kinerja, pembentukan tim.

Table 3.3 memberi model yang bermanfaat untuk mempertimbangkan serangkaian peran kesehatan masyarakat yang dimiliki bidan.

KESIMPULAN

Kebidanan, seperti yang saat ini dipraktikkan di Inggris, mencakup beberapa elemen kesehatan masyarakat. Meskipun banyak bidan berfokus pada asuhan pasien per individu, terdapat kesempatan untuk memperluas peran mereka hingga melibatkan sudut pandang populasi yang lebih besar. Pengembangan peran tersebut dapat sesederhana seperti memahami kesehatan calon ibu dalam konteks sosio-ekonomi mereka, budaya, lingkungan, dan kebijakan, berdasarkan model kesehatan sosial yang diperkenalkan kepada bidan di dalam pelatihan mereka. Atau, perluasan peran tersebut dapat dilakukan lebih jauh dengan menerapkan pemahaman ini ke dalam pengembangan proyek komunitas masyarakat yang tujuannya mengubah target, yaitu mengidentifikasi masalah guna meningkatkan hasil kehamilan secara umum. Pengetahuan lebih luas mengenai intervensi dan program yang mungkin dilakukan untuk meningkatkan kesehatan, dan keterampilan yang dibutuhkan untuk melaksanakannya, sangat penting untuk dapat lebih jauh melaksanakan agenda kesehatan masyarakat. Para bidan diminta lebih proaktif dalam membantu menilai kebutuhan kesehatan masyarakat, bekerja sama dengan komunitas perempuan dan lembaga lain untuk menyelesaikan masalah yang diidentifikasi melalui penilaian kebutuhan, dan untuk mengetahui dasar bukti penelitian guna membantu menjamin bahwa tindakan yang dilakukan akan efektif.

BAGIAN 2

Mengembangkan ide dan kesempatan: tema dan konsep inti

ISI BAGIAN

4. Mengatasi kesenjangan kesehatan: tantangan kebidanan 92
Stephen Peckham dan Cindy Carlson
5. Merayakan keberagaman: memenuhi kebutuhan 120
Claire Chambers
6. Jiwa komunitas: melihat lebih dari yang terlihat 141
Pádraig Ó Lúanaigh
7. Bersama dengan wanita: kebijakan publik dan pengalaman pribadi 157
Tina Miller

Tabel 4.1 Tahun 1861–1870: kepadatan penduduk, angka kematian, angka kelahiran, lebih besarnya kelahiran dibandingkan kematian dan penambahan penduduk per 1.000 orang yang hidup dalam tujuh kelompok negara bagian yang diatur dalam the *Order of Mortality*

Jumlah negara bagian	Rentang angka mortalitas per 1.000 penduduk	Penduduk dalam 1 mil ²	1861–1870 (per 1.000 penduduk)			
			Rata-rata kematian per tahun	Rata-rata kelahiran per tahun	Rata-rata besar angka kelahiran dibandingkan kematian per tahun	Rata-rata penambahan penduduk per tahun dalam pertengahan periode
Inggris dan Wales	15–39	307	22,4	35,1	12,6	12,4
616						
51	15–17	171	16,7	30,1	13,4	15,8
349	18–20	193	19,8	32,2	13,0	8,8
142	21–23	447	22,0	35,6	13,6	16,2
56	24–26	2.183	25,1	38,1	13,0	15,3
16	27–30	6.871	27,8	39,1	11,3	8,9
1	32	12.172	32,5	37,3	4,8	3,2
1	39	65.834	38,6	37,6	-1,0	-12,3

definisikan kesenjangan, penulis *Black Report* memberikan penekanan pada perbedaan masyarakat berdasarkan konstruksi sosial, misalnya kelas sosial atau tingkat pendapatan/penghasilan, bertentangan dengan perbedaan yang berdasarkan satu bagian fisiologi alamiah manusia, misalnya gender atau usia. Indikator kesenjangan yang digunakan dalam *Black Report* adalah kelas sosial, yang mereka definisikan sebagai “segmen populasi yang memiliki jenis dan tingkat sumber yang sama secara luas dengan gaya hidup yang serupa secara luas dan beberapa persepsi yang sama tentang kondisi kolektif mereka” (Townsend et al 1988:39). Pandangan kesenjangan kesehatan ini dirangkum oleh John McKinlay yang menulis, “Meskipun tetap diabaikan secara luas dalam pemikiran epidemiologi, pengaruh sistem sosial... mungkin bertanggung jawab atas banyaknya (jika tidak lebih banyak) keragaman dalam statistik kesehatan dan/atau statistik penyakit, seperti halnya pengaruh dari lingkungan, atau bahkan atribut dan gaya hidup individu” (McKinlay 1995:2).

Semenjak publikasi *The Black Report*, sejumlah peneliti menerima tantangan untuk mengidentifikasi indikator “terbaik” untuk memahami

katkan akses untuk mendapatkan pelayanan; perubahan makro-ekonomi (Whitehead 1995). Dalam beberapa tahun terakhir, sebagian besar program kebijakan ditujukan pada kategori pertama, tetapi dengan penekanan dalam program *Health for All* (Kesehatan untuk Semua) di World Health Organization, banyak negara mulai memberikan penekanan lebih pada ketiga kategori lain. Misalnya, proposal di Inggris berisi *Saving Lives: Our Healthier Nation* (DH 1999a) memberikan penekanan lebih besar pada strategi pendekatan yang lebih luas. Hal ini sesuai dengan kebutuhan untuk menggunakan pendekatan baru untuk mengatasi kesenjangan yang telah bergeser dari model penyakit ke promosi dukungan sosial dan perkembangan kekuatan keluarga dan komunitas (Wilkinson 1997, Campbell, & Aggleton 1999). Fokus sebagian besar perdebatan ini adalah pada area dan masyarakat setempat, dengan penekanan kuat pada kolaborasi dan partisipasi. Dalam kebijakan terbaru di Inggris, konteks fokus perkembangan pada tingkat ini adalah organisasi perawatan primer yang baru (DH 2002a), tetapi dalam konteks masyarakat yang lebih besar, fokus perkembangannya adalah pada jantung/inti pendekatan di Inggris untuk mengatasi kesenjangan kesehatan (DH 1998, 1999a, 2002b). Bagaimanapun, pendekatan kebijakan di Inggris juga merefleksikan agenda internasional yang lebih besar.

World Health Organization secara formal mengadopsi program untuk mengatasi kesenjangan kesehatan di dalam program Kesehatan Untuk Semua 2000 (*Health For All 2000*) (WHO 1985), meskipun keadilan telah lama dilihat sebagai elemen penting dalam kebijakan kesehatan dan merupakan salah satu pilar inti dalam asuhan kesehatan primer (WHO/UNICEF 1978, Macdonald 1992). Bidan secara internasional sering kali bekerja sebagai bagian dalam pelayanan asuhan kesehatan primer, tetapi juga di dalam pusat pelayanan sekunder, dilihat memainkan peran penting dalam mengatasi kesenjangan kesehatan. World Health Organization telah mengidentifikasi sejumlah peran penting bidan dan perawat dalam merespons *United Nations Millennium Development Goals* untuk menghilangkan kemiskinan di dunia (UN 2001):

- Memantau kemiskinan, dengan mendokumentasikan prevalensi anak-anak yang memiliki berat badan kurang
- Meningkatkan kesetaraan gender, dengan memberikan pendidikan kepada remaja putri dan wanita tentang kesehatan
- Mengurangi mortalitas anak dan ibu, dengan memberikan pelayanan kesehatan kepada ibu dan anak

wisma, wanita dari kelompok kulit hitam dan etnis minoritas (*black and minority ethnic*, BME) dan pengelana cenderung tidak meminta—atau menerima—perhatian yang mereka butuhkan untuk memeriksa mereka selama periode kehamilan, persalinan, dan pascanatal (lihat Kotak 4.3).

Dalam September 2004, pemerintah mempublikasikan *the National Service Framework for Children's Services* (kerangka kerja pelayanan nasional untuk pelayanan anak), yang juga mencakup pelayanan maternitas. *National Service Framework* merupakan bagian penting dalam pendekatan pemerintah Inggris untuk mengembangkan standar nasional pelayanan kesehatan, dan area yang sudah dicakup meliputi kesehatan mental, penyakit jantung koroner, lansia, dan diabetes. Dalam kerangka kerja yang ada, terdapat penekanan pada kesehatan masyarakat dan upaya untuk mengatasi kesenjangan kesehatan. Seperti dalam *National Service Framework* sebelumnya, terdapat pedoman spesifik tentang kesenjangan dan akses dalam *the Children's Services National Service Framework*, karena ini merupakan tema inti yang mendasari perkembangannya. Kelompok Kerja Ahli (*the Expert Working Group*) untuk Pelayanan Maternitas, yang mengembangkan untaian kerangka kerja yang baru ini, memiliki subkelompok mengenai kesenjangan dan akses yang memiliki keanggotaan kebidanan.

Pemerintah Inggris kemudian mengadopsi serangkaian respons kebijakan yang membahas kesenjangan status kesehatan antara kelompok spesifik dalam populasi (kelas sosial, lokasi geografis) yang secara khusus berfokus pada program berbasis area di area yang kurang beruntung, dan juga pendekatan perjalanan kehidupan dengan program seperti *Sure Start* (didiskusikan dalam Kotak 4.4 dan Bab 10) dan yang baru-baru ini adalah *Sure Start Plus*, serta strategi untuk mengatasi kehamilan remaja dan merokok. Semua ini memiliki relevansi khusus kepada bidan dan didiskusikan secara lebih rinci berikut ini. Namun, apa yang jelas dalam konteks di Inggris adalah sifat perubahan kebidanan yang bergeser dari fokus hubungan satu per satu dalam membantu dan mendukung kelahiran menjadi memiliki peran kesehatan masyarakat yang lebih luas yang mengarahkan fokus untuk mengatasi kesenjangan kesehatan.

Sebagian besar kebijakan di Inggris dan kebijakan internasional semakin banyak dibangun di atas landasan tiga pilar asuhan kesehatan primer—keadilan, kolaborasi, dan partisipasi (Macdonald 1992). Pendekatan asuhan kesehatan primer terutama mengikat ketiga pilar ini secara bersamaan dan riset terbaru mengenai kesehatan masyarakat dan asuhan primer di Inggris (Taylor et al 1998, Turton et al 1999) akan menyatakan bahwa untuk mengatasi kesenjangan dibutuhkan adopsi

Kotak 4.4 *Sure Start*

Pada tahun 2000, Sekretaris Negara Bagian untuk Kesehatan, Alan Milburn, menyorot *Sure Start* sebagai program yang menghasilkan salah satu kontribusi terpenting bagi peningkatan kesehatan di Inggris (Milburn 2000). *Sure Start* adalah salah satu dari banyak pendekatan kerja sama komunitas yang sedang dikembangkan di banyak area di seluruh negeri yang berupaya untuk mengatasi masalah individual melalui respons di komunitas, tetapi melalui kerja sama dengan komunitas lokal yang terkait. *Sure Start* didasarkan pada pendekatan yang serupa dengan yang diprakarsai di Amerika Serikat dan memiliki fokus yang kuat terhadap lingkungan sekitar, dengan setiap program melayani komunitas setempat "dalam jarak dekat". Program ditargetkan untuk anak-anak dan keluarga di lingkungan yang kurang beruntung. Program diberikan melalui kerja sama lokal dengan tujuan memberikan serangkaian pelayanan dukungan, termasuk perawatan anak, kesempatan untuk belajar dan bermain sejak dini, serta mendukung dengan memberi keterampilan untuk menjadi orang tua, serta meningkatkan akses ke pelayanan kesehatan primer. Pada musim panas tahun 2003, terdapat 522 skema yang dibuat dan dilaksanakan dengan tujuan untuk menjangkau 400.000 anak-anak pada tahun 2004, termasuk sepertiga di antaranya adalah individu yang berusia kurang dari 45 tahun dan hidup dalam kemiskinan.

orang yang menggunakan pusat tersebut dan perwakilan lembaga kesehatan dan pelayanan sosial setempat. Banyak rujukan untuk *Newpin* datang dari tenaga asuhan kesehatan, termasuk bidan, dan terdapat bidan yang bekerja di tempat lain selain dalam proyek ini.

Namun, terdapat debat mengenai efektivitas program yang meningkatkan kesehatan keluarga. Khususnya, muncul kekhawatiran tentang apakah program seperti *Newpin* dapat menjangkau keluarga yang paling berisiko (Oakley et al 1998). Terlalu awal untuk tahu apakah program *Sure Start* memiliki masalah serupa karena evaluasi nasional baru dimulai pada tahun 2002. Dengan demikian, sementara orang yang mendapat pelayanan sering kali antusias, hanya sedikit dampak yang mungkin dihasilkan pada kesenjangan kesehatan.

MENINGKATKAN AKSES KE PELAYANAN

Meningkatkan akses secara internasional ke penolong kelahiran terlatih merupakan sasaran inti World Health Organization. Program *Safe Motherhood* bertujuan memunculkan kesadaran tentang adanya masalah kesenjangan dalam akses ke penolong kelahiran terlatih untuk ibu dari negara miskin. Program bertujuan agar ibu mendapat lebih banyak

- Bicego G, Ahmed O B 1996 *Infant and Child Mortality*. DHS Comparative Studies 20. Macro International, Calverton, MD
- Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds) 1996 *Health and Social Organisation. Toward a Health Policy for the Twenty-First Century*. Routledge, London
- Campbell C; Aggleton P 1999 Young people's sexual health: a framework for policy debate. *Canadian Journal of Human Sexuality* 8(4):249-263
- Centers for Disease Control 2002 (Infant mortality data by ethnicity). Online. Available: http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr53/nvsr53_05.pdf
- Coburn D 2000 Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neo-liberalism. *Social Science and Medicine* 51:135-146
- Davey Smith G, Blane D, Bartley M 1994 Explanations for socio-economic differentials in mortality. Evidence from Britain and elsewhere. *European Journal of Public Health* 4:131-144
- Davey Smith G, Hart C, Blane D, Gillis C, Hawthorne V 1997 Lifetime socio-economic differentials in mortality: prospective observational study *British Medical Journal* 314:547-552
- Davies M M, Bath P A 2001 The maternity information concerns of Somali women in the United Kingdom. *Journal of Advanced Nursing* 36(2):237-245
- Department of Health 1993 *Changing Childbirth*. HMSO, London
- Department of Health 1995 *The Health of the Nation: Variations in Health. What can the Department of Health and the NHS do?* HMSO, London
- Department of Health 1997 *The New NHS*, DH, London
- Department of Health 1998 *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report (Chaired by Sir Donald Acheson)*. TSO, London
- Department of Health 1999a *Saving Lives: Our Healthier Nation*. Cmd. TSO, London
- Department of Health 1999b *Making a Difference: Strengthening the Nursing, Midwifery and Health Visiting Contribution to Health and Healthcare*. TSO, London
- Department of Health 2000 *The NHS Plan*. TSO, London
- Department of Health 2002a *Shifting the Balance of Power Next Steps*. DH, London
- Department of Health/Treasury 2002b *Tackling Health Inequalities: Cross-Cutting Review*. DH, London
- Department of Health 2002c *Improvement, Expansion and Reform: The Next 3 years. Priorities and Planning Framework 2003-2006*. TSO, London
- Duncan C, Jones K, Moon G 1993 Do places matter? A multi-level analysis of variations in health-related behaviour in Britain. *Social Science and Medicine* 37:725-733
- Eachus J, Williams M, Chan P, Davey Smith G, Grainge M, Donovan J, Frankel S 1996 Deprivation and cause specific morbidity: evidence from the Somerset and Avon survey of health. *British Medical Journal* 312:287-292

Bab 5

Merayakan keberagaman: memenuhi kebutuhan

Claire Chambers

ISI BAB

Intisari 120

Apa yang dimaksud dengan keberagaman dan bagaimana dampak keberagaman pada praktik kebidanan? 121

Memunculkan kesadaran tentang keberagaman 125

Kompetensi budaya sebagai landasan dalam praktik profesional 132

Pentingnya komunikasi antar-budaya dan kebutuhan untuk menentang diskriminasi 134

Kesimpulan 139

Referensi 139

INTISARI

Merayakan keberagaman dan memenuhi kebutuhan sering kali dinyatakan sebagai konsep penting dalam praktik kebidanan, tetapi apa yang sebenarnya dimaksud dengan memenuhi kebutuhan yang beragam? Apa yang dimaksud keberagaman dan bagaimana keberagaman berhubungan dengan praktik kebidanan saat ini?

Dalam bab ini, pertanyaan tersebut akan dijawab dan akan dibahas pentingnya memunculkan kesadaran tentang keberagaman di dalam praktik kebidanan, kemudian akan digali berbagai pendekatan terkait dengan keberagaman. Agar pelayanan memenuhi kebutuhan yang beragam dalam masyarakat, kesadaran tentang isu keberagaman dan budaya non-diskriminasi yang merupakan inti dalam filosofi pelayanan dan organisasi perlu disorot. Hal ini melibatkan ketepatan pemasaran dan pemilihan staf, dan filosofi, serta kebijakan manajemen yang jelas. Bagaimanapun, pelayanan tersebut juga mengharuskan setiap praktisi agar memiliki kesadaran budaya dan kompeten secara budaya. Kesadaran

terlibat dengan Mandy di tahap awal kehamilannya dan terlibat dengan serangkaian kebutuhannya yang kompleks. Namun, dalam pelayanan yang luas, dapat dipahami alasan mengapa kesempatan itu tidak selalu dilihat sebagai kesempatan dan Mandy kemudian dapat disalahkan karena tidak cocok dengan pelayanan yang tampaknya berhasil pada sebagian besar wanita hamil. Memenuhi kebutuhan orang yang kebutuhannya sering kali lebih besar dan yang sering kali dianggap sebagai korban kesenjangan kesehatan adalah esensial/penting bagi bidan dan profesional kesehatan lain guna memenuhi agenda kesehatan masyarakat.

Refleksi pada praktik

- Pikirkan tentang situasi saat Anda menghakimi seseorang karena ruang lingkup mereka
- Refleksikan pada bagaimana Anda memberikan asuhan kepada ibu ini dan cara Anda memberikan saran kesehatan
- Menurut Anda, bagaimana perasaannya terhadap cara Anda memberikan asuhan?
- Bagaimana Anda dapat mulai memahami situasinya secara lebih baik?
- Apakah Anda akan mengubah segala sesuatu dalam praktik Anda di masa depan?

MEMUNCULKAN KESADARAN TENTANG KEBERAGAMAN

Agar memenuhi beragam kebutuhan pada beragam populasi, bidan dan profesional kesehatan lain perlu memahami sifat keberagaman dan bagaimana manifestasi keberagaman dalam situasi praktik. Terdapat banyak cara berbeda agar kesadaran ini dapat dimunculkan dan dikuatkan, yaitu melalui pendidikan awal dan pendidikan lanjutan formal, pelajaran sehari-hari atau melalui sesi supervisi klinis.

STUDI KASUS

Penny merasa sedikit berada di luar kemampuannya selama bulan pertama pendidikan kebidanannya. Ia menjadi seorang perawat berkualifikasi (profesional) dan bekerja di

Refleksi pada praktik

- Apa strategi lain yang dapat Anda gunakan untuk mendorong siswa dan rekan kerja meningkatkan kesadaran budaya mereka?
- Apakah Anda menggunakan diskusi kasus sebagai cara untuk memikirkan tentang bagaimana asuhan akan berubah di lingkungan yang berbeda?
- Apakah studi kasus yang tepat secara budaya digunakan untuk mendiskusikan asuhan di tempat yang tepat?
- Apakah orang tua, siswa, dan rekan kerja dari semua latar belakang etnis merasa nyaman dalam lingkungan kerja Anda?

KOMPETENSI BUDAYA SEBAGAI LANDASAN DALAM PRAKTIK PROFESIONAL

Setelah mendiskusikan cara untuk memunculkan kesadaran terhadap keberagaman, kini penting untuk mendiskusikan bagaimana kesadaran ini dapat ditransformasikan ke dalam kompetensi budaya. Kesadaran budaya, menurut Jandt (2001), adalah kompeten dalam komunikasi antarbudaya dan hal ini mengharuskan individu memahami kebiasaan budaya dan keyakinan budaya yang terkait. Dalam praktik kebidanan, hal ini melibatkan kesadaran tentang keyakinan kesehatan dalam budaya dan struktur serta praktik sosial. Jandt terus mengatakan bahwa “memahami bagaimana orang berpikir dan berperilaku adalah penting untuk dapat berkomunikasi secara efektif dengan mereka”. Ia mengatakan bahwa ketiga hambatan dalam komunikasi antarbudaya adalah ansietas yang tinggi, lebih mengasumsikan kesamaan dibandingkan perbedaan, dan etnosentrisme. Etnosentrisme didiskusikan di awal, tetapi kedua hambatan lain dalam komunikasi memiliki banyak dampak dalam praktik kebidanan.

STUDI KASUS

Suri dirawat oleh bidan yang sama selama pemeriksaan antenatalnya sampai saat ini dan dibuat terkesan oleh betapa bidan yang berjenis kelamin laki-laki benar-benar berusaha menemukan pandangan Suri tentang kehamilan dan persalinannya. Ia pernah merasa ragu mendapatkan bidan laki-laki, tetapi pemeriksaan berlangsung dengan sangat baik. Saat sebelumnya ia mengandung anak perempuan, bidan di

tenang dan ia tidak memiliki hal lain yang ia lakukan hanya untuk dirinya sendiri. Terlalu sulit menyerahkan satu-satunya hal dalam hidup yang membuat segala sesuatu menjadi dapat dipikul dengan baik.

Sue, seorang siswa bidan, tidak dapat melihat mengapa Anita tidak dapat memahami pentingnya buah dan sayuran segar dalam dietnya. Ia memiliki tanggung jawab untuk memberikan diet seimbang untuk keluarga mudanya, dan seberapa sulit hal itu dilakukan? Merokok adalah faktor lain dalam masalah kesehatan keluarga. Saudara kembarnya menderita asma dan Anita tampak mengalami batuk hebat setiap ia melihat saudara kembarnya tersebut. Apakah Anita benar-benar peduli tentang kesehatan keluarganya?

Ia mendiskusikan situasi ini dengan Gloria, mentornya, dan berharap agar ia dapat membantunya meyakinkan Anita agar memberikan diet yang sehat untuk keluarganya dan berhenti merokok. Namun, Gloria membawanya ke toko yang digunakan Anita dan Sue terkejut melihat buruknya kualitas bahan produksi yang seharusnya segar. Ia kemudian membawanya ke gedung tempat tinggal Anita dan ia tidak dapat percaya pernyataan di depan pintu masuk. Dinding ditulisi grafiti dan seluruh area lift berbau pesing. Sebuah lift tidak dapat digunakan lagi dan lift yang lain kotor dan berbau. Sue tidak dapat membayangkan hidup di tempat seperti itu, dan dalam sesi refleksinya dengan Gloria di keesokan harinya, ia mulai menggali bagaimana harapannya tidak realistis karena ia tidak tahu lingkungan rumah Anita dan oleh karena itu, saran kesehatan yang ia berikan sangat tidak memungkinkan untuk dipatuhi Anita. Mereka kemudian mendiskusikan cara agar saran promosi kesehatan dapat lebih realistis dan tidak terlalu menyalahkan pasien.

Situasi ini menyorot pentingnya isu kesehatan masyarakat, dan di beberapa area, praktisi bekerja sama dengan masyarakat untuk mengubah lingkungan tempat tinggal mereka dan berupaya untuk memperbaiki lingkungan di tempat tinggal mereka. Bidan dapat berperan aktif dalam mendorong masyarakat mengubah lingkungan mereka dan mengubah cara wanita dan keluarga mereka dipersepsikan oleh profesional kesehatan.

Gloria melaksanakan praktik dalam cara antidiskriminasi karena ia bukan hanya berupaya untuk menghilangkan diskriminasi di tempat praktiknya sendiri, tetapi menantang praktik ini untuk dipraktikkan di tempat lain. Thompson (2001) menyebut hal ini sebagai tipe praktik emansipasi dan ini juga melibatkan penantangan struktur organisasi di tempat praktik kita. Apabila terdapat cara kerja yang merugikan beberapa klien atau pasien secara tidak adil, kita harus bertanggung jawab sebagai profesional kesehatan untuk menentang hal ini dan bertindak sebagai seorang agen pengubah dan pembela demi kepentingan orang yang kita asuh.

- Places. Routledge, New York. Cited in Duffy M 2001 A critique of cultural education in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 36(4):487-495
- Hilgenberg E, Schlickau J 2002 Building transcultural knowledge through intercollegiate collaboration. *Journal of Transcultural Nursing* 13(3):241-247
- Holmstrom R 2001 Celebrating diversity. *Community Practitioner* 74(10):377-379
- Jandt F 2001 *Intercultural Communication: An Introduction*, 3rd edn. Sage, London
- Long A, Baxter R 2002 Nurse Prescribing: promoting concordance. *Nursing in Practice* 7:39-41. Also published by Royal College of General Practitioners Reference Books. Campden, London, 39-42
- Mezirow J et al 1990 *Fostering Critical Reflection in Adulthood: A Guide to Transformative and Emancipatory Learning*, Jossey-Bass, San Francisco
- Misener T, Sowell R, Phillips K, Harris C 1977 Sexual orientation: a cultural diversity issue for nursing. *Nursing Outlook* 45(4):178-181
- Nursing and Midwifery Council 2002 *Code of Professional Conduct*. NMC, London
- Robinson J, Elkan R, *Health Needs Assessment: Theory and Practice*. Churchill Livingstone, Edinburgh
- Sanz E 2003 Concordance on children's use of medicines. *British Medical Journal* 327:858-860
- Sutherland L 2002 Ethnocentrism in a pluralistic society: a concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing* 13(4):274-281
- Thompson N 1998 *Promoting Equality*. Macmillan, London
- Thompson N 2001 *Anti-discriminatory Practice*, 3rd edn. Palgrave, Basingstoke

Apakah Anda cenderung menggambarkan lingkungan fisik, mis., urban, daerah padat yang dipadati oleh gedung, daerah pedesaan, atau apakah Anda berkonsentrasi hanya pada individu yang tinggal di sana, mis., sebagian besar keluarga kelas menengah, atau apakah Anda menggunakan penggambaran emosi seperti "menyenangkan/aman" atau "berkualitas buruk/kasar"?

Seberapa mudah menggambarkan rumah Anda dan komunitas klien Anda?

Apa jenis informasi yang Anda gunakan untuk menginformasikan penggambaran Anda?

Latihan dalam kotak "Refleksi" dapat memberi sorotan kepada Anda bahwa kita cenderung menggunakan serangkaian informasi yang sempit saat menggambarkan area. Beberapa orang mungkin berupaya menemukan lima kata untuk menggambarkan tempat tinggal atau tempat kerja mereka, dan sering kali penggambaran ini dapat merepresentasikan persepsi dibandingkan fakta nyata yang jelas tentang area tersebut. Anda juga dapat mengalami kesulitan dalam mengidentifikasi batasan area atau komunitas Anda. Apakah tetangga atau populasi klien Anda akan setuju dengan istilah yang Anda identifikasi dapat menggambarkan kedua area tersebut?

Aspek inti untuk mendefinisikan komunitas adalah perlunya anggota suatu komunitas tertentu untuk mengenali bahwa mereka memiliki sesuatu yang sama/umum untuk menjadi komunitas. Faktor yang dapat mendukung kedekatan kelompok atau komunitas ada beragam, dan dapat mencakup: pekerjaan, pengangguran, agama, budaya/kultur, pengelompokan sosial-ekonomi, pendidikan, dan bahasa yang digunakan.

Sebagai bidan, Anda dapat bekerja dengan klien dari komunitas atau area geografis tertentu. Jelas Anda akan bekerja dengan komunitas spesifik di dalam masyarakat—wanita hamil dan keluarga mereka.

MENGIDENTIFIKASI KEBUTUHAN—TANTANGAN UTAMA

Pertanyaan tentang kebutuhan merupakan sesuatu yang menakutkan. Sebagaimana kita dapat berupaya untuk menguraikan makna dari menggambarkan komunitas, konsep tentang kebutuhan adalah suatu hal yang bermasalah dan membutuhkan pertimbangan yang cermat. Sangat penting untuk mengakui bahwa sering kali, peninjauan tentang pelayanan

Kotak 6.2 Kemungkinan hasil positif dari pelaksanaan pembuatan profil komunitas

- Memungkinkan anggota komunitas dan individu menyuarakan dan kemungkinan memengaruhi perencanaan pelayanan asuhan kesehatan dan sosial di daerah lokal
 - Mengetahui masukan dan peran yang dimiliki bidan dalam meningkatkan kesejahteraan individu dan bagaimana hal ini berkontribusi terhadap agenda kesehatan publik yang lebih luas
 - Menawarkan kesempatan bagi bidan untuk memperoleh keterampilan dan pengetahuan yang baru
 - Meningkatkan dan memberikan kesempatan kerja antarprofesional dan multi-agensi
 - Memberikan perhitungan yang lebih terstruktur dan dapat diukur tentang kebutuhan kesehatan lokal dan mendasari penentuan tingkat kebutuhan kesehatan dan hasil kesehatan di masa depan
 - Memungkinkan target promosi kesehatan yang lebih terfokus dan, kemungkinan, dapat tercapai
 - Dapat mengubah penyediaan pelayanan untuk merefleksikan pendekatan yang jauh lebih didasari oleh pada kebutuhan.
- Bahwa alokasi dan pendanaan pelayanan kesehatan dan intervensi klinis harus dijelaskan dengan informasi terbaik dan dilengkapi dengan bukti
 - Bahwa “konsumen” asuhan kesehatan harus memiliki peran yang jauh lebih besar dalam merencanakan dan merasionalisasi pelayanan melalui konsultasi dan keterlibatan yang bermakna dari komisioner atau penyedia asuhan kesehatan.

Terdapat hal menarik bahwa sejak awal tahun 1990-an, jelas diindikasikan bahwa bidan “memiliki tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya untuk wanita, tetapi juga di dalam keluarga dan komunitas” (ICM 1990, FIGO & WHO 1992)*.

Meskipun indikasi ini jelas, yaitu agar bidan memainkan peran inti dalam mempromosikan kesehatan komunitas dan masyarakat umum, secara umum profesi memiliki peran yang terbatas dan tidak diakui.

* Definisi seorang bidan diadopsi oleh the International Confederation on Midwives (ICM) pada tahun 1972, International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO) pada tahun 1973, kemudian diadopsi oleh World Health Organization (WHO). Definisi ini diperbaiki oleh ICM pada tahun 1990 dan perbaikan ini divalidkan oleh FIGO pada tahun 1991 dan WHO pada tahun 1992.

- Lock K 1999 Meeting the need. *Community Practitioner* 72(6):157-158
- McMurray A 1999 *Community Health and Wellness: a Sociological Approach*, Harcourt, Sydney
- Murray S A, Tapson J, Turnbull L, McCallum J, Little A 1994 Listening to local voices: adapting rapid appraisal to assess health and social needs in general practice. *British Medical Journal* 308:698-700
- Ong B N 1991 Rapid appraisal in an Urban setting—an example from the developed world. *Social Science Medicine* 32(8):909-915
- Payne J 1995 *Researching Health Needs*. Sage, London
- Thomas M 2003 The crest of a wave—will midwives ride it? *MIDIRS Midwifery Digest* 13(3):295-300
- Twinn S, Dauncey J, Camell J 1990 *The process of health profiling*. Health Visitors Association, London
- World Health Organization 1992 *Definition of the Midwife as stated in the recently-released document Reproductive Health Care: Midwifery—its role in a Safe Motherhood and beyond*. WHO, Geneva

Bacaan lebih lanjut

- Hawtin M, Hughes G, Percy-Smith J 1999 *Community Profiling: Auditing Social Needs*. Open University Press, Buckingham
- Pickin C, St Leger S 1993 *Assessing Health Need using the Life Cycle Framework*. Open University Press. Buckingham
- Robinson J, Elkan R 1999 *Health Needs Assessment: Theory and Practice*. Churchill Livingstone, Edinburgh

bagus... Karena saya berupaya menghirup napas dan mengeluarkannya, memberontak, menjijikkan, memuntahkan, hal tersebut sangat memuakkan. Dan mesin TENS sudah baik, menurut saya benar-benar membuang waktu secara total, tetapi terasa seakan-akan Anda memiliki kontrol, dan dengan demikian, pada dasarnya, saya tidak mendapat pereda nyeri sama sekali, kecuali anestesi epidural saat saya pada akhirnya menyerah (tidak kuat lagi menahan sakit) ...

(Abigail)

Saat ia (dokter obstetri) mengatakan kepada saya bahwa menurutnya mereka harus melakukan hal ini dan hal itu, dan saya hanya mengatakan setuju, apa pun itu, ia tahu yang terbaik. Saya hanya mengambil... memberikannya secara total kepada obstetri... saya tahu bahwa saya hanya ingin seseorang mengambil alih kontrol dari saya.

(Sheila)

Setelah melahirkan bayi mereka dengan aman, wanita menghabiskan beberapa waktu yang berbeda di rumah sakit sebelum pulang, dan sekali lagi, pengalaman mereka juga berbeda. Dalam kutipan berikut, Felicity membicarakan pengalamannya di rumah sakit setelah kelahiran bayinya dan cara praktik tertentu hanya memperkuat rasa kegagalannya.

Di rumah sakit—maksud saya ini adalah hal lain tentang pengalaman terisolasi—mereka menempatkan saya di ruangan berisi empat tempat tidur dan saya satu-satunya orang di sana. Jadi, saya memiliki pengalaman yang mengerikan ini, kemudian saya ditempatkan di ruangan ini sendirian dan saya merasa seakan-akan saya merupakan satu-satunya orang di seluruh dunia dan tidak ada seorang pun yang ingin mengenal saya. Hal tersebut menyedihkan. Dan mereka tetap melakukan hal-hal seperti melupakan membawa makanan saya karena saya merupakan satu-satunya orang yang... "oh, kami tidak tahu ada orang di sana". Jadi, tentu saja saya menangis, "Saya bahkan tidak dianggap berharga untuk diberikan secangkir teh."

(Felicity)

Dalam pengalaman panjang Wendy berikut ini, yang melahirkan anak lelaki kembar setelah melakukan terapi bayi tabung (*in vitro fertilization*, IVF) secara sukses, membicarakan pengalamannya di rumah sakit dan apa yang baginya merupakan respons rasional terhadap dahsyatnya menjadi seorang ibu.

kami?" Kami cukup menyukai kehidupan kami sebelumnya dan kami tidak pernah tahu... kami hanya tidak dapat membayangkan dapat melakukan perawatan bayi seperti ini selama lebih dari 24 jam.

(Philippa)

Menjadi seorang ibu, maka, biasanya berbeda dari yang telah diantisipasi karena perkiraan digantikan oleh pengalaman. Rencana yang tampaknya masuk akal sebelum kelahiran, harus dipikirkan kembali. Perasaan cinta, rasa bersalah, kelelahan, kesenangan, dan ketakutan yang bertentangan, dan kadang kala meluap-luap, merupakan pengalaman yang tidak jarang terjadi di beberapa minggu dan bulan pertama menjadi seorang ibu, tetapi perasaan tersebut perlu dipahami dan dijustifikasi serta dikenali sebagai reaksi *normal* untuk memasuki masa menjadi seorang ibu. Bagi banyak wanita yang menemukan bahwa pengalaman awal mereka berbeda dari yang diperkirakan, kebutuhan dapat tampak memuncak untuk memberikan gambaran—yang dikenali secara budaya tentang awal menjadi ibu—yang menunjukkan *bahwa* mereka adalah ibu yang "baik" yang dapat mengatasi kesulitan dengan baik (Miller 2000b). Wanita dapat merasa bahwa mereka harus menyampaikan identitas koping (identitas yang menunjukkan bahwa ia dapat mengatasi kesulitan dengan baik—ed.) dan harus menjadi seorang ibu yang bertanggung jawab dan bahwa kesulitan atau pengalaman yang bertolak belakang harus disembunyikan. Ini dapat menyebabkan ibu merasa tidak dapat berbicara dengan orang lain, termasuk bidan dan penilik kesehatan, tentang apa yang mereka pikir sebagai pengalaman *abnormal* di awal menjadi ibu, seperti ditunjukkan dalam kutipan berikut.

Tetapi saya tetap merasa seakan-akan tidak normal karena merasakan hal seperti itu... Anda tahu, seluruh kehidupan saya menjadi kacau dan mereka (ibu lain) dapat melakukan koping dengan begitu baik.

(Diana)

Bagi bidan, memberikan asuhan pascanatal di komunitas semakin menantang karena menuntut keahlian profesional dan menuntut waktu mereka. Kebutuhan ibu, bayinya, dan anggota keluarga lain dapat memerlukan keterampilan yang berbeda dan jelas lebih dari sekadar mengidentifikasi kebutuhan fisik yang terkait dengan kembali ke keadaan normal. Ruang lingkup keluarga yang berbeda juga dapat memicu perbedaan kebutuhan, seperti dinyatakan oleh Garcia dan Marchant (1996:66): "asuhan kebidanan di komunitas menjangkau semua tipe

RISET YANG MEREKOMENDASIKAN PERUBAHAN

Riset sebelumnya tentang model asuhan yang memberikan kontinuitas asuhan kebidanan menyatakan bahwa terdapat manfaat positif dari model asuhan tersebut bagi wanita dan sistem kesehatan. Kontinuitas asuhan kebidanan terbukti menurunkan intervensi dalam persalinan, terutama percepatan persalinan, penggunaan analgesik dan alat pemantau janin elektronik selama persalinan (Flint et al 1989, Kenny et al 1994, Rowley et al 1995, Waldenström & Nilsson 1993, 1997). Studi berskala kecil terhadap 200 wanita Kanada menunjukkan penurunan angka seksio sesaria (Harvey et al 1996) secara signifikan dan sebuah studi di Australia melaporkan adanya kecenderungan penurunan angka seksio sesaria elektif pada wanita berisiko tinggi (Rowley et al 1995). Studi kohort retrospektif di California juga menunjukkan bahwa asuhan perawat kebidanan yang suportif dalam persalinan dikaitkan dengan penurunan angka seksio sesaria (Butler et al 1993).

Kontinuitas asuhan maternitas terbukti memperbaiki pengalaman wanita terhadap asuhan selama kehamilan dan kelahiran (Flint et al 1989, MacVicar et al 1993, Waldenström & Nilsson 1993, Kenny et al 1994, Rowley et al 1995). Pada keadaan tertentu, wanita yang mendapatkan kontinuitas asuhan merasa sangat siap untuk melahirkan dan menjadi orang tua di usia dini (Flint et al 1989, McCourt et al 1998), mengalami peningkatan kepuasan terkait dengan aspek psikologis asuhan (Waldenström & Nilsson 1993) dan lebih berpartisipasi dalam pengambilan keputusan (Turnbull et al 1996) dibandingkan dengan wanita yang mendapat asuhan standar.

Kontinuitas asuhan kebidanan mengurangi biaya sistem kesehatan menurut hasil dari dua studi di Australia (Kenny et al 1994, Rowley et al 1995), meskipun terdapat kekurangan dalam analisis biaya, yang menunjukkan perlunya penelitian lebih lanjut. Hasil dari beberapa studi ini mendorong dan memengaruhi perkembangan dan perancangan model STOMP.

KOMITMEN LOKAL UNTUK BERUBAH

Faktor penting lain dalam perkembangan model STOMP adalah kuatnya komitmen rumah sakit untuk berubah. Unit maternitas di St George Hospital di Sydney berkomitmen untuk meningkatkan pelayanan mereka selama bertahun-tahun. Hal ini terbukti dengan adanya serangkaian inovasi yang telah terjadi di unit maternitas. Sebagai contoh, pusat bersalin

signifikan lebih cenderung: memutuskan sendiri secara aktif selama persalinan; harapan mereka dipertimbangkan; dan mereka telah mengenal bidan sebelum persalinan. Semua faktor ini terkait erat dengan kepuasan dalam pengalaman melahirkan (Brown & Lumley 1998). Pusat bersalin memiliki filosofi yang tidak mengintervensi dan tersedia bagi wanita yang berharap menjalani persalinan dan melahirkan secara normal. Ketika terjadi komplikasi selama kehamilan atau persalinan, wanita dipindahkan ke asuhan standar.

Pusat bersalin di St George Hospital hanya dapat menampung 350–400 wanita per tahun karena hanya memiliki dua kamar bersalin dan lima sampai enam staf bidan. Dua tim dalam model STOMP dapat menampung 600 wanita tambahan per tahun. Jelas bahwa sumber pusat bersalin tidak adekuat untuk memenuhi persyaratan model STOMP yang berarti bahwa asuhan STOMP diberikan di ruang kelahiran.

Selain itu, diketahui bahwa tidak semua wanita yang dilibatkan dalam model STOMP akan memilih gaya asuhan yang tidak mengintervensi (gaya asuhan non-intervensionis). Kami ingin STOMP menjadi model asuhan yang menjangkau sebagian besar wanita tanpa memperhatikan risiko atau harapan tentang seputar melahirkan. Kami juga tahu, dari hasil riset restrospektif di unit yang kami lakukan pada sekelompok wanita yang tepat, bahwa ruang kelahiran (ruang partus) kami memiliki hasil obstetrik yang sama dengan pusat bersalin (Homer et al 2000b). Pengakuan ini menguatkan keputusan untuk memberi asuhan persalinan di ruang kelahiran. Dua penelitian di Australia juga menguatkan pemberian asuhan di ruang kelahiran (Kenny et al 1994, Rowley et al 1995).

KARAKTERISTIK MODEL STOMP

Setiap tim STOMP terdiri atas tujuh bidan yang bekerja purnawaktu (*full time equivalent*, FTE), yang menugaskan enam bidan yang bekerja bergiliran dalam sehari per tim. Posisi FTE tambahan dibutuhkan untuk menutupi hak cuti tahunan dalam tim. Penetapan cuti tahunan yang adekuat terlihat sebagai komponen esensial model STOMP untuk menjamin agar para bidan tidak merasa letih dan “jenuh”. Dalam *NSW Nurses Award* terkini, para bidan yang bekerja secara bergiliran rotasi diberikan cuti tahunan 6–7 minggu. Hal ini berarti bahwa hampir selalu terdapat satu dari 7 bidan yang mengambil cuti tahunan setiap hari.

Setiap beban kasus yang ditangani oleh setiap tim STOMP dilandasi oleh hasil penelitian di Australia yang dilakukan oleh Kenny et al (1994) dan Rowley et al (1995) dan dilaporkan melalui proses konsultasi kami

satu persatu juga diberikan untuk bidan. Pertemuan tersebut memberi bidan waktu untuk memikirkan praktik dan proses pengambilan keputusan. Peristiwa sosial yang rutin juga penting untuk membantu bidan mengembangkan hubungan kerja yang kohesif antara satu dengan yang lainnya. Bidan inti juga memerlukan dukungan tambahan sepanjang proses transisi. Strategi seperti pertemuan rutin antarruangan dan penggunaan jurnal penelitian digunakan. Waktu pertemuan STOMP juga disirkulasi dan jaringan komunikasi informal digunakan untuk meminimalkan gangguan dan pengasingan yang dapat terjadi. Semua bidan di unit menghadiri salah satu seri hari-hari "pembentukan tim" yang diselenggarakan. Hari-hari ini dirancang untuk membantu bidan dalam tim kecil mereka untuk memahami lebih banyak tentang cara kerja tim dan mengembangkan strategi untuk membantu mengatasi isu komunikasi dan dukungan yang efektif.

Ceramah reguler diberikan oleh anggota partai kerja yang menuntun perkembangan model, dalam berbagai forum staf, untuk memastikan bahwa semua bidan dan staf medis menyadari proyek dan statusnya saat ini. Jurnal penelitian, yang melaporkan semua proyek penelitian yang dibuat dalam unit maternitas dan ditulis oleh peneliti, juga menjadi sumber informasi bagi staf. Dukungan dan pedoman penelitian juga diberikan melalui pertemuan reguler.

Proses ini sangat penting untuk keberhasilan implementasi model asuhan yang baru. Model STOMP menuntut perluasan reorganisasi sumber daya manusia dalam unit maternitas. Komunikasi yang efektif, berbagi penyelesaian masalah, fleksibilitas, dan kepercayaan merupakan komponen esensial dalam proses organisasional. Komitmen dan dukungan yang diberikan oleh manajer dan staf senior di unit maternitas mengandung arti bahwa model tersebut telah sukses diimplementasikan, dievaluasi, dan terus menjadi pilihan bagi wanita.

INTISARI

Model asuhan STOMP dibuat untuk memberi kesempatan seluas-luasnya kepada wanita dalam memilih, mengendalikan, dan meningkatkan kontinuitas, serta memudahkan akses untuk mendapat asuhan. Dokumen kebijakan pemerintah, baik di Australia maupun Inggris, digunakan sebagai titik tolak, tetapi riset terdahulu dan riset yang sedang dilakukan serta pengalaman juga memengaruhi perkembangan model STOMP. Berbagai kompromi diperlukan karena model ini merupakan model asuhan yang baru bagi organisasi dan staf. Perubahan diperlukan agar

KEBERLANGSUNGAN MODEL

Kelangsungan model asuhan yang baru bergantung pada sejumlah faktor, termasuk kepuasan staf yang memberikan asuhan, dan biaya penyediaan pelayanan. Masalah, termasuk keterbatasan dalam penghargaan industrial dan perdebatan teritorial antara dokter obstetri, dokter umum, dan bidan, dapat berkontribusi terhadap penurunan keberlangsungan model asuhan dan hasrat untuk kembali ke status quo.

Keberlangsungan model asuhan bagi bidan berhubungan dengan upaya menghindari rasa jenuh dan pemberian asuhan yang fleksibel dan berfokus pada wanita (Sandall 1977). Sandall (1997) menemukan bahwa memiliki kontrol terhadap pengaturan kerja, mendapat dukungan sosial di lingkungan kerja dan di rumah, dan kemampuan mengembangkan hubungan bermakna dengan wanita merupakan faktor penting yang berhubungan dengan upaya untuk menghindari kejenuhan. Sebuah model beban kasus memberi bidan kemampuan untuk dapat lebih mengontrol beban kerja mereka dan memberi mereka kesempatan untuk "mengenal" wanita lebih dalam, karena hanya sedikit wanita yang akan ditemui. Sebagai contoh, dalam model beban kasus, setiap bidan akan bertugas untuk membantu proses persalinan 70 wanita per tahun (Leap 1996). Pada model tim seperti STOMP, enam bidan akan bertugas untuk membantu persalinan 300 wanita per tahun. Bidan dalam STOMP dapat memberi asuhan persalinan kepada salah seorang dari 300 wanita tersebut. Bidan biasanya lebih sering dalam keadaan "siap dipanggil" dalam model beban kasus dibandingkan dalam model tim. Namun, karena bidan siap dipanggil untuk merawat lebih sedikit wanita secara proporsional, mereka cenderung jarang dihubungi (Leap 1996).

Model STOMP bukanlah model asuhan maternitas yang "ideal" sama sekali, tetapi merupakan model yang diterapkan dalam lingkungan kami di St George Hospital. Elemen tambahan dapat dilibatkan dan dapat meningkatkan pengalaman wanita. Elemen ini termasuk kesempatan untuk melakukan kunjungan antenatal di rumah dan memberikan asuhan kala satu persalinan di rumah. Perkembangan model ini di masa depan juga dapat mencakup pilihan untuk melahirkan di rumah. Keterlibatan siswa kebidanan ke dalam model kontinuitas asuhan dapat mendidik bidan yang akan menganggap model ini sebagai model yang normal dan bukan pengecualian. "Cara kerja" model ini tidak hanya merujuk pada sistem yang siap dipanggil dalam persalinan, tetapi juga merupakan filosofi praktik yang berpusat pada wanita. Elemen tambahan harus direncanakan dan dievaluasi. Biaya dan dampak terhadap klinisi perlu dipertimbangkan dalam perkembangan model asuhan baru di masa depan.

pendidikan seks lainnya diserahkan pada kebijaksanaan setiap sekolah. Penyeragaman untuk menyediakan pendidikan seks yang efektif di Inggris tidak hanya menggabungkan materi yang diajarkan, tetapi juga orang terbaik sebagai pendidik.

Kegiatan ini menyimpulkan bahwa mendidik anak secara moral, sosial, dan sesuai perkembangan anak dalam hal pendidikan seks dan pergaulan di sekolah merupakan tanggung jawab para profesional kesehatan bekerja sama dengan pihak lain. Terdapat sedikit keraguan apakah bidan memiliki bagian yang harus dimainkan dalam pendidikan ini, khususnya ketika topik masa reproduksi menjadi bagian kurikulum yang direkomendasikan oleh Departemen Pendidikan dan Ketenagakerjaan di Inggris (2000). Namun, bidan tidak dapat bekerja sendirian dan semua pakar perlu bekerja dengan pendekatan kolaboratif untuk mendidik remaja. Diakui juga bahwa orang tua harus memikul tanggung jawab yang sama besar terhadap anak-anak mereka dan juga harus bekerja sama sebagai tim dengan sekolah dan profesional kesehatan.

PENDAHULUAN

Kehamilan remaja merupakan masalah utama kesehatan masyarakat, dan sebuah solusi penting yang teridentifikasi untuk menanggulangi masalah ini adalah meningkatkan pendidikan tentang seks dan pergaulan. Tujuan bab ini adalah menganalisis bagaimana peran bidan dapat disatukan ke dalam metode pengajaran pendidikan seks dan pergaulan kepada remaja. Walaupun sebelumnya sudah ada program kesehatan masyarakat yang besar, kehamilan remaja masih menjadi persoalan penting yang memengaruhi masyarakat kita. Bidan memiliki kesadaran yang jelas mengenai tanggung jawabnya di sektor kesehatan masyarakat dalam berusaha untuk mengurangi kesenjangan serta meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan individu dan masyarakat. Departemen Pendidikan dan Ketenagakerjaan di Inggris (2000) menyorot masalah ini dan menganjurkan untuk memasukkan isu masa reproduksi ke dalam kurikulum sekolah.

Pada dekade terakhir, kehamilan remaja telah dipelajari secara menyeluruh dan meskipun semua informasi sudah diketahui, masyarakat kita masih belum memiliki kendali atas masalah tersebut (Porter 1998). Tingginya insidensi kehamilan remaja dan menjadi orang tua di usia remaja di Inggris terus menjadi isu yang kompleks dan meningkatkan perhatian masyarakat.

yang bijak mengharuskan agar semua metode kontrasepsi dijelaskan kepada remaja. Meskipun demikian, seperti yang didiskusikan oleh Lambke dan Kavanaugh (1999), terdapat kontradiksi yang muncul menyangkut ruang lingkup yang diperlukan bagi pemberdayaan remaja: dalam penelitian kualitatif, mereka berdiskusi dengan perawat sekolah mengenai hambatan dalam pendidikan seks dan menemukan bahwa sering kali risiko kesehatan jangka panjang akibat pilihan tindakan remaja saat ini ditangani secara tidak konsisten, dibahas dalam konteks informasi lainnya, dan sering kali dijelaskan oleh orang yang berbeda. Masalah kerahasiaan juga dianggap sebagai penghalang bagi pendidikan seks, dan menyebabkan kurangnya dukungan bagi remaja pada saat yang penting. Tentu saja, masalah kerahasiaan berbeda bagi para guru, karena mereka tidak terikat dengan kode kerahasiaan seperti bidan dan perawat.

Masalah pendidikan seks dan komunikasi seks diangkat oleh Warren (1995), dan disampaikan seperti penyampaian pendidikan umum, yaitu pengetahuan disampaikan oleh seorang ahli ke pemula, dan komunikasi melibatkan pendapat kedua belah pihak yang berdiskusi. Mendiskusikan pendidikan seks mungkin dianggap berpotensi menimbulkan masalah bagi guru karena mereka terbiasa mengajarkan pengetahuan kepada para remaja seperti ahli mengajarkan pemula, sedangkan profesional kesehatan lebih terbiasa dengan gaya pendidikan yang berbeda. Gaya pendidikan merupakan kasus tersendiri bagi bidan, yang terbiasa mendengarkan dan menawarkan pilihan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Namun, telah diperdebatkan bahwa pendekatan terhadap pendidikan seks yang bersifat tidak pribadi dan bersifat objektif dapat menjadi tidak produktif (Aggleton 1989).

Pemuda belajar dari berbagai macam sumber yang berbeda; pendidikan seks dan pergaulan di sekolah menyiapkan remaja untuk "perjalanan seksual" mereka (Thomson 1993). Ia lebih lanjut menyatakan bahwa para remaja mungkin menganggap sekolah sebagai lingkup informal yang bukan medis ataupun klinis. Para remaja juga merasa tidak dapat mendiskusikan masalah sensitif semacam itu dengan keluarga di rumah. Akan menarik untuk memahami pandangan remaja mengenai profesional kesehatan. Para remaja mungkin saja memiliki pandangan yang salah mengenai perawat sekolah, yaitu menganggap perawat sekolah hanya berhubungan dengan penyakit dan tidak berperan dalam pencegahan, dan bidan merupakan profesional yang hanya menangani kehamilan.

Beitz (1998) percaya bahwa para remaja tidak selalu mendapatkan informasi kesehatan seksual yang penting dan sering kali mereka juga kurang memiliki kemampuan untuk memahami akibat tindakan mereka.

sehatan kepada remaja (Porter 1998), dan para remaja menjadi semakin dekat dengan tenaga kesehatan, dan hal ini membantu membangun hubungan saling percaya. Dalam penelitiannya, Porter (1998) mendiskusikan bagaimana sekolah seharusnya memiliki lembaga penasihat yang terdiri atas profesional kesehatan dan profesional pendidikan dalam upaya untuk menanggulangi isu yang sensitif dan berlawanan dari orang tua.

Kehamilan remaja merupakan program kesehatan masyarakat yang utama, dan sebuah solusi penting yang ditujukan untuk masalah ini adalah perbaikan pendidikan seks (Jobanputra et al 1999). Pendidikan seks merupakan area di sekolah yang kurang dibahas, dan menurut yang diamati Jobanputra et al (1999), pendidikan seks mendapat prioritas yang rendah dalam kurikulum sekolah. Salah satu strategi utama yang disorot oleh Pemerintah dan *the Social Exclusion Unit* (1999), dalam mencegah kehamilan remaja, adalah meningkatkan penyediaan pendidikan seks dan pergaulan di sekolah. Tampaknya bahwa banyak kehamilan remaja terjadi akibat ketidakpedulian yang sangat besar dan pesan yang bercampur-baur menyangkut seks dan akibatnya (Social Exclusion Unit 1999). Meskipun terdapat pedoman dari Department for Education and Employment (2000) untuk mengajarkan pendidikan seks dan pergaulan, tampak dari riset ini bahwa tidak semua sekolah menggunakan pedoman ini. Sebuah masalah yang teridentifikasi dalam penelitian ini mungkin bahwa kerangka "Pendidikan Personal, Sosial, dan Kesehatan, serta Kewarganegaraan (*Personal, Social and Health Education and Citizenship*)" (Sex Education Forum 1999) sangat luas, dan sulit untuk memutuskan apa yang harus diajarkan dalam setiap bagian.

Ruusuvaara (1997) memperhatikan bahwa negara tempat pendidikan seks sudah benar-benar ditegakkan dan diterima, dikombinasi dengan penggunaan pelayanan keluarga berencana dan pelayanan aborsi sesuai permintaan, memiliki angka kehamilan dan aborsi paling rendah di dunia. Dia lebih jauh menyatakan bahwa untuk memberikan pendidikan seks yang tepat, bidan, perawat, dan dokter perlu menyadari semua kecenderungan dan perubahan dalam komunitas remaja.

Pendidikan seks sering kali didiskusikan dan dievaluasi dalam konteks pengurangan insidensi kehamilan remaja (Donovan 1998). Menarik bahwa Department for Education and Employment semata-mata menawarkan saran tentang apa yang harus diajarkan dalam pendidikan seks, mengetahui bahwa setiap anak dan orang muda berbeda dan pendidikan tentang pergaulan harus mempertimbangkan kebutuhan yang berbeda ini.

pandangan yang lebih luas dari apa yang kami coba perkenalkan sebagai pelayanan menyeluruh. Dengan pemahaman seperti ini, kami melakukan kajian singkat pada setiap program, mengidentifikasi karakteristik dan target spesifik, dan memikirkan cara menerjemahkannya ke pelayanan kebidanan yang perlu dibentuk di setiap area. Kajian tersebut menunjukkan bahwa kita membutuhkan koordinasi yang kuat dari perspektif kebidanan agar dapat mengidentifikasi area praktik terbaik di seluruh program dan khususnya memberikan arahan kepada program yang baru terbentuk. Kajian tersebut juga menunjukkan bahwa beberapa praktik yang telah kami lakukan, contohnya model asuhan beban kasus kebidanan yang telah diadaptasi, dapat menjadi sarana yang bagus untuk mengedepankan beberapa filosofi *Sure Start*/kehatan masyarakat.

ALUR UTAMA

Tackling Health Inequalities (DH 2003b) secara khusus mengkaji rekomendasi *Acheson Report* (DH 1999), mengenai bagaimana kemajuan kami dan bagaimana kami berencana untuk mencapai rekomendasi tersebut di tahun 2010. Salah satu pesan kunci yang tercantum dalam *Acheson Report* adalah pentingnya menyatukan intervensi kesehatan masyarakat ke dalam alur utama pemberian pelayanan yang berfokus pada area dan kelompok yang kurang beruntung. Dokumen secara spesifik menyebutkan "menempatkan *Sure Start* ke dalam alur utama".

Untungnya, ketika kami tiba di akhir kajian program lokal *Sure Start* kami, Department for Education and Skills meminta kami berupaya untuk mencontohkan cara utama untuk mengatasi beberapa isu di alur utama yang tidak terelakkan lagi akan muncul dari program setempat, khususnya ketika pendanaan diberhentikan. Kami diminta oleh para kolega dari lembaga *Early Years and Play*, atas nama Manchester City Council yang telah bekerja sangat erat dengan kami dalam program *Sure Start*, untuk bergabung dalam upaya kerja sama yang lebih besar. Bagian upaya kami mencakup pendanaan untuk koordinator "alur utama" kebidanan dan perluasan penanaman modal pada pelayanan beban kasus kebidanan yang telah disesuaikan untuk menjadi sarana dalam pemberian pelayanan kebidanan dalam filosofi kesehatan masyarakat/*Sure Start*. Pada Januari 2002, kami mempelajari bahwa upaya kami berhasil.

PERAN KOORDINATOR PENGARAH ALUR UTAMA

Tanggung jawab Koordinator Alur Utama Kebidanan (*Midwifery Mainstreaming Co-ordinator*) adalah membangun kerja sama erat dengan *Sure*

pada tahun 1905 yang mempublikasikan Peraturan dan Kebijakan Bidan (*Midwives Rules and Regulations*) pertama, yang dengan jelas mendefinisikan peran dan tanggung jawab bidan. Dalam asuhan pascanatal, peraturan dan kebijakan kebidanan amatlah ketat, hal itu mungkin akibat masalah utama kesehatan masyarakat saat itu.

Pada abad ke-20, mortalitas maternal sangat tinggi, yaitu satu dari setiap 200 wanita meninggal akibat melahirkan, penyebab utama kematian adalah sepsis puerperium dan perdarahan. Dampak kehamilan dan melahirkan pada kehidupan dan kesehatan wanita bekerja dijelaskan dengan baik di laporan yang pertama kali diterbitkan pada tahun 1915, yang banyak ditulis oleh para wanita yang dilarang mencari saran atau bantuan karena pandangan-pandangan kesopanan yang berlaku dan perilaku yang diharapkan mengenai wanita "terhormat" (Llewelyn Davies 1977). Angka mortalitas maternal terus tinggi, walaupun angka kematian karena semua penyakit mengalami penurunan di masyarakat umum sejak sekitar 1870-an. Penurunan yang dramatis ini tidak semata-mata akibat perbaikan pengobatan, tetapi dihasilkan dari perbaikan dalam masyarakat dan kondisi sanitasi sehingga mengurangi jumlah orang yang meninggal karena penyakit infeksi. Ironisnya, mortalitas maternal kerap lebih tinggi di kalangan wanita kelas menengah yang keluarganya lebih memilih membayar pelayanan medis daripada mengeluarkan biaya yang lebih murah untuk asuhan kebidanan.

Walaupun terdapat kekhawatiran mengenai mortalitas maternal, asuhan kebidanan tidak tersedia secara bebas untuk semua wanita sebelum tahun 1936. Tahun ini merupakan periode peningkatan persaingan profesional antara dokter umum dan bidan, dengan *British Medical Association* menentang laporan *Joint Committee of Midwives* bahwa harus terdapat kebebasan akses untuk mendapatkan asuhan kebidanan. Meskipun ditentang, motivasi untuk mendapat pengakuan hukum untuk mengintegrasikan bidan di dalam praktik mandiri dalam pelayanan maternitas publik memuncak dengan dikeluarkannya *Midwives Act* (Undang-Undang Kebidanan) tahun 1936. Perubahan pelayanan sosial, manfaat kesejahteraan dan pelayanan kesehatan selama dan setelah Perang Dunia II turut andil dalam penurunan mortalitas maternal secara mendadak dan dramatis, seiring dengan kemajuan dalam terapi antibiotik, obat-obatan untuk mengendalikan perdarahan, peningkatan ketersediaan pelayanan transfusi darah dan pendirian tim obstetrik yang dapat menjangkau lokasi pasien melalui jalur udara. Di tahun 1943, angka kematian menurun menjadi 2,3 kematian per 1000 catatan kelahiran. Pertemuan tiga tahunan terkini yang dilakukan oleh *Confidential Enquiry*

dengan durasi setiap kunjungan 1–4 jam. Setiap kunjungan berisi pemberian informasi mengenai area kesehatan tertentu bagi remaja dan bayinya, sesuai dengan tingkat perkembangan dan pemulihan yang telah diperkirakan, dan relevan dengan pemberian pelayanan pada saat itu, serta memastikan dibahasnya isu tentang skrining dan isu sosial lainnya. Informasi untuk mendukung alasan diberikannya 5 kali kunjungan pascanatal tidak dijelaskan. Hasil penelitian yang utama adalah pengetahuan dalam area kesehatan yang diteliti dan insidensi hasil neonatus yang merugikan yang telah didefinisikan sebelumnya. Pada saat 6 bulan setelah melahirkan, kunjungan untuk melakukan pengkajian pascanatal dilakukan sambil mengisi dan menilai kuesioner yang serupa dengan kuesioner yang diberikan pada masa kehamilan. Di samping itu, para remaja diminta untuk menggunakan kontrasepsi, mematuhi jadwal vaksinasi bayi, dan mematuhi durasi pemberian ASI.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penambahan paket kunjungan rumah menghasilkan pengurangan hasil neonatal yang merugikan, dan meningkatkan pengetahuan serta penggunaan kontrasepsi. Terdapat peningkatan yang tidak bermakna dalam pengetahuan mengenai jadwal imunisasi bayi dalam kelompok intervensi, tetapi proporsi remaja yang bayinya telah diimunisasi saat berusia 6 bulan tidak berbeda di antara kelompok dan tidak ada peningkatan dalam pengetahuan mengenai manfaat pemberian ASI atau rata-rata durasi pemberian ASI.

Kesehatan seksual dan kontrasepsi tidak boleh dibahas secara terpisah dari tema dimulainya kembali hubungan seksual. Penelitian tentang pengalaman wanita mengenai masalah kesehatan seksual setelah melahirkan terbatas, dengan informasi mengenai prevalensi datang dari studi observasional dan uji penanganan perineum. Oleh sebab itu, data yang tersedia hanya dapat diterapkan pada kelompok paritas atau cara persalinan tertentu. Brown dan Lumley (1998) menghubungi 1336 wanita setelah 6-7 bulan melahirkan untuk ikut dalam penelitian *cross-sectional* (representatif) pada seluruh kelahiran yang terjadi selama periode 2 minggu di sebuah wilayah di Australia, dan menemukan bahwa sebesar 26% wanita terkadang mengalami masalah seksual sejak mereka melahirkan. Tidak ada informasi mengenai spesifikasi atau durasi masalah yang muncul. Barret et al (2000) melakukan penelitian *cross-sectional* pada semua wanita primipara yang melahirkan di sebuah unit maternitas di London, untuk menyelidiki rentang berbagai masalah kesehatan seksual. Kuesioner dikirim melalui pos ke 796 wanita primipara yang telah memasuki bulan keenam pascapartum. Kuesioner tersebut menanyakan tentang masalah kesehatan seksual sejak melahirkan dan sebelum

rutin. Booklet tersebut disusun khusus untuk kehamilan dan dirancang untuk memudahkan wanita menggunakan program berhenti merokok secara fleksibel dan dalam cara yang sesuai dengan masing-masing mereka. Keempat booklet lainnya dikirimkan lewat surat kepada wanita dalam interval seminggu sekali. Hasil pengukuran utama adalah pemastian berhenti merokok di akhir trimester kedua kehamilan, yang juga melaporkan hasil lain, termasuk status merokok dan konsumsi rokok. Semua sampel penelitian yang menyatakan, dalam kuesioner yang diisi sendiri dan dikirim melalui pos pada minggu ke-26 kehamilan, bahwa mereka sudah tidak merokok paling tidak selama 7 hari dikunjungi oleh bidan peneliti yang mengumpulkan sampel urine untuk penilaian kotinin.

Tidak ada perbedaan signifikan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dan angka berhenti merokok yang pasti (berturut-turut 18,8% dan 20,7%, CI 95% -3,5 sampai 7,3). Status merokok yang dilaporkan oleh wanita itu sendiri atau rata-rata konsumsi rokok per hari yang dilaporkan juga tidak ada perbedaannya. Data kualitatif yang terkumpul mengenai pemberian intervensi menunjukkan bahwa implementasi bervariasi; beberapa bidan melaporkan menghabiskan waktu lebih dari lima menit untuk menjelaskan booklet pertama, sedangkan bidan lain melaporkan menghabiskan waktu kurang dari lima menit. Bidan dalam kelompok intervensi melaporkan bahwa mereka merasa booklet tersebut menyebabkan mereka memberikan nasihat berhenti merokok yang konsisten dan koheren dalam cara positif dan tidak menghakimi, tetapi tidak satu pun wanita yang menerima intervensi mengatakan bahwa booklet tersebut membantu mereka berhenti merokok. Para peneliti menyimpulkan bahwa dalam pandangan bertambahnya bukti yang menunjukkan bahwa perilaku tidak berubah setelah hanya mendapat materi tertulis, kurangnya dukungan secara verbal dari bidan dapat mengurangi potensi dampak intervensi.

Beberapa dampak merokok selama kehamilan telah dinilai dalam kaitannya dengan faktor kesehatan pascanatal spesifik, termasuk determinan durasi pemberian ASI selama 3 bulan setelah melahirkan (Horta et al 2001). Horta dan kawan-kawan (2001) melakukan tinjauan sistematis dan studi meta-analisis yang telah mengobservasi singkatnya durasi laktasi di kalangan wanita perokok. Penulis mengidentifikasi 28 makalah, 13 di antaranya memberikan data yang memadai untuk melakukan meta-analisis. Penelitian dikeluarkan jika mereka mengikutsertakan bayi yang belum pernah diberi ASI. Hasilnya menunjukkan bahwa bahkan setelah memperhitungkan kemungkinan faktor peng-

minggu pertama. Masalah yang sering terjadi pada masa ini adalah puting susu yang luka (40%) dan bayi tampak lapar (32%); 24% wanita masih melaporkan mengalami masalah ketika menempelkan mulut bayi ke payudara. Wanita yang berhenti menyusui dalam waktu satu minggu setelah melahirkan lebih cenderung melaporkan masalah yang berbeda dari wanita yang berhenti menyusui dalam waktu dua minggu setelah melahirkan, temuan tersebut memiliki implikasi bagi jenis dukungan yang harus diberikan. Wanita yang berhenti menyusui dalam 1 minggu setelah melahirkan cenderung melaporkan bahwa mereka berhenti karena bayi mereka tidak mengisap atau menolak disusui, sedangkan mereka yang berhenti di minggu kedua setelah melahirkan melaporkan bahwa susu mereka tidak mencukupi, merasa nyeri payudara, dan menyusui menghabiskan banyak waktu.

Seperti yang dijelaskan sebelumnya, kerabat dan teman dapat memberi pengaruh besar pada keputusan wanita untuk menyusui; mereka juga dapat memengaruhi ketika wanita memutuskan untuk berhenti menyusui. Pada *Infant Feeding Survey* tahun 2000, ibu menyusui yang semasa bayi disusui dengan botol lebih cenderung berhenti menyusui anaknya dalam 2 minggu setelah melahirkan (Hamlyn et al 2002). Konsekuensinya, wanita yang semasa bayi disusui oleh ibunya lebih cenderung masih menyusui bayinya selama 4 minggu (77%) daripada wanita yang dahulu disusui dengan botol (63%). Pentingnya pengaruh keluarga dan teman-teman wanita mengenai keputusan apakah ia akan menyusui sepenuhnya, dan apakah ia akan meneruskan menyusui selama 2 minggu setelah melahirkan, disoroti oleh pelaksana survei. Karena studi yang meneliti faktor-faktor yang memengaruhi durasi menyusui biasanya dilandasi oleh metode kualitatif, pengaruh sosial dan budaya yang tidak kentara yang mungkin memengaruhi keputusan untuk memilih dan melanjutkan menyusui masih belum teridentifikasi, dan penelitian menggunakan metodologi yang tepat untuk mengidentifikasi faktor-faktor ini perlu dilakukan.

Masih terdapat ketidakjelasan mengenai cara paling efektif dalam memberikan dukungan kepada wanita yang memilih menyusui (Sikorski et al 2003). Kajian Cochrane untuk mengkaji pengaruh dari dukungan menyusui yang mengidentifikasi 20 uji dan melibatkan lebih dari 23.000 pasangan ibu dan bayi menemukan efek menguntungkan pada durasi menyusui melalui meta-analisis semua bentuk dukungan tambahan, efek menguntungkan tersebut lebih besar ditemukan pada mereka yang menyusui secara eksklusif (Sikorski et al 2003). Dukungan ekstra dari profesional (termasuk dari kedokteran, keperawatan, kebidanan, dan

kelompok intervensi ($n = 56$) atau ke kelompok yang mendapat asuhan rutin ($n = 58$): total 114 wanita. Intervensi mencakup wawancara dengan bidan peneliti (yang tidak hadir selama proses kelahiran), yang berisi pertanyaan mengenai proses persalinan wanita dan perasaan mereka mengenai persalinan tersebut. Wawancara, yang dilakukan di ruang pascanatal, berlangsung antara 30 dan 120 menit. Wanita kemudian dikirim kuesioner saat 3 minggu setelah melahirkan yang isinya tentang pengukuran hasil utama, *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD). Nilai untuk subskala ansietas dan depresi yang lebih dari 10 hari dianggap sebagai petunjuk bahwa wanita "mungkin" mengalami depresi dan harus mendapat konsultasi klinis untuk mengonfirmasi diagnosis ini.

Wanita di kelompok kontrol lebih cenderung memiliki skor ansietas HAD yang tinggi atau skor depresi HAD yang tinggi, tetapi karena skala ini belum divalidasi untuk digunakan setelah melahirkan dan definisi skor yang tinggi yang digunakan dalam analisis (≥ 10) berbeda dari yang digunakan untuk menghitung ukuran sampel (≥ 7), interpretasi temuan penelitian harus dilakukan dengan hati-hati. Intervensi yang dilakukan mungkin juga dipengaruhi lebih oleh "the blues", keadaan disforia singkat setelah melahirkan, daripada oleh depresi pascanatal.

Small dan rekan-rekan (2000) juga menilai efektivitas pertanyaan yang diajukan bidan selama periode rawat inap pascanatal dalam uji kontrol acak yang telah dirancang dengan baik dari Australia. Wanita disertakan ke dalam penelitian jika mereka mengalami kelahiran melalui operasi atau dengan bantuan alat. Hasil utama yang diukur adalah depresi yang terjadi saat 6 bulan setelah melahirkan berdasarkan skor EPDS ≥ 13 , yang mengindikasikan risiko tinggi terjadinya depresi, dan status kesehatan keseluruhan dinilai dengan menggunakan SF36. Dari 1041 wanita yang diacak pada penelitian, 624 wanita melahirkan melalui seksio sesaria, 353 melahirkan dengan bantuan forseps, dan 64 melahirkan dengan bantuan vakum. Kelompok intervensi ($n = 520$) berdiskusi bersama bidan yang tidak merawat mereka mengenai pengalaman persalinan, kelahiran dan pascanatal mereka.

Saat 6 bulan setelah melahirkan, 917 wanita mengisi kuesioner yang dikirim melalui pos: 467 (90%) dari 520 wanita di kelompok intervensi dan 450 (86%) dari 521 wanita di kelompok kontrol. Analisis menunjukkan bahwa nilai depresi di kelompok intervensi meningkat pada 6 bulan setelah melahirkan, tetapi perbedaan ini tidak bermakna secara statistik (OR 1,24, CI 95% 0,87-1,77), dan rata-rata skor EPDS tidak berbeda di antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Penulis menyimpulkan bahwa temuan mereka memunculkan kemungkinan bahwa pemberian

untuk memperkerjakan lebih banyak bidan, yang seharusnya dihargai dengan pantas karena tanggung jawab tambahan yang akan mereka emban.

Kekhawatiran dinyatakan bahwa realokasi dana untuk memenuhi kebutuhan baru tersebut dapat berdampak pada pemberian pelayanan saat ini, yang menurut mereka sudah kekurangan sumber daya. Kekhawatiran ini diungkapkan oleh Henderson, yang menulis "...dipertanyakan apakah mampu merekrut dan/atau mengarahkan kembali dalam cara yang tidak mengurangi mutu pelayanan yang telah diberikan saat ini..." (Henderson 2002a;270).

Pada sebuah survei di suatu lingkungan diperoleh hasil bahwa 71% pimpinan kebidanan meyakini pembentukan staf mereka terlalu sedikit untuk dapat mengelola pemberian pelayanan kebidanan inti setiap hari, sehingga tampaknya tidak bertanggung jawab untuk meminta para bidan menjalankan peran baru kecuali mereka diberikan penambahan dana (Warwick 2002). Pimpinan kebidanan saat ini terjebak dalam suatu lingkaran yang harus memanggil staf regular untuk menambah kekurangan jumlah staf, yang berarti pengeluaran melebihi anggaran dan kemudian staf harus dikurangi untuk menyeimbangkan dana yang tersedia. Terlalu sedikit bidan membuat wanita dan bayinya berisiko mendapatkan pelayanan berkualitas buruk dan bidan tambahan yang dipekerjakan kembali mungkin tidak didukung secara adekuat selama periode orientasi mereka, "...yang penting bagi mereka untuk memantapkan diri mereka sendiri di tempat yang baru" (Warwick 2002:661). Kita tidak dapat berharap para bidan mampu menjalankan praktik dengan baik di lingkungan yang mereka rasa tidak mendukung dan membuat mereka terburu-buru, yang tampaknya dialami oleh banyak bidan.

Refleksi pada praktik

- Sumber daya tambahan apa yang diperlukan untuk memenuhi peran kesehatan masyarakat?
- Apakah kita mampu memberikan peran yang lebih besar dalam kesehatan masyarakat?

Hambatan lebih lanjut yang harus dipertimbangkan adalah ketidakberdayaan relatif yang dialami oleh sebagian besar bidan untuk membuat

Persiapan pendidikan bidan untuk bekerja dengan kelompok wanita yang kurang beruntung akan membutuhkan lebih besar keterlibatan komunitas setempat baik dalam perancangan kurikulum maupun dalam penyampaian pendidikan (Kaufmann 2000, Hart & Hall 2001). Hal ini telah terbukti (paling tidak dalam pemberian program) di sejumlah pelatihan sebelum dan sesudah registrasi yang dikaji oleh Hart dan Hall. Namun, mereka berargumen untuk lebih melibatkan pengguna dan merekomendasikan agar tim perencana kurikulum memasukkan pejuang yang telah diketahui berjuang melawan isu kesenjangan ke dalam tim begitu juga sumber penempatan klinik yang memberikan akses ke wanita yang mengalami kesenjangan kesehatan.

Mereka memberi peringatan bahwa melibatkan para pengguna pelayanan di dalam tim sering kali tidak mudah karena mereka mungkin tidak akrab dengan jargon kesehatan dan mungkin tidak percaya diri dalam lingkungan pendidikan. Mereka juga memberi peringatan bahwa walaupun melibatkan pengguna merupakan strategi belajar mengajar yang kuat, baik pelajar maupun pengguna harus disiapkan untuk sesi mengajar. Komentar yang tidak sensitif atau prejudis harus ditentang selama sesi dan peluang untuk bertanya setelah kelas usai harus diberikan, karena pelajar (atau guru) mungkin menjadi defensif ketika pengguna menceritakan pengalaman negatif saat mendapatkan pelayanan.

Refleksi pada praktik

- Apakah wanita dari kelompok yang kurang beruntung dilibatkan dalam rancangan kurikulum?
- Apakah pelajar didukung dalam penempatan klinis di komunitas yang kurang beruntung?

MEMBERIKAN BUKTI EFEKTIVITAS

Memberikan perspektif kesehatan masyarakat yang baru dalam pendidikan kebidanan merupakan tantangan yang harus dijawab oleh para pemimpin dan pendidik yang memiliki keterampilan dan kemampuan. Memperluas rentang praktik bidan untuk bekerja dalam cara baru untuk mengatasi kesenjangan kesehatan juga dapat tercapai. Menegaskan otonomi bidan dan kontribusi ke tim asuhan kesehatan

Indeks

A

- Acheson Report*, [13](#), [15](#), [250](#)
- Acheson, Donald, [13](#)
- Akses pelayanan, [112](#)
- Angka kelahiran kasar, [64](#)
- Angka kematian di usia tertentu, [65](#)
- Angka kematian ibu, [67](#)
- Angka kematian kasar, [64](#)
- Angka seksio sesaria, [187](#)
- Antenatal,
 - depresi, [43](#)
 - intervensi, [293](#)
 - wawancara pemeriksaan, [42](#)
- Asuhan antenatal, [36](#)
 - pada model STOMP, [194](#)
- Asuhan di rumah sakit, [167](#)
- Asuhan kesehatan primer, [108](#)
- Asuhan maternitas, [187](#)
- Asuhan pascanatal,
 - dan prioritas kesehatan masyarakat, [276](#)
 - oleh bidan, [273](#)
 - pengelolaan, [197](#)
- Auto Immune Deficiency Syndrome*, [218](#)

B

- Baby blues*, [50](#)
- Baby Friendly Initiative*, [257](#)
- Berat badan lahir rendah, [40](#)
- Bidan STOMP, [198](#)

Bidan,

- dan kesenjangan kesehatan, [114](#)
 - peraturan dan kebijakan, [274](#)
 - poin kerja, [45](#)
- Black and Whitehead Reports*, [105](#)
- Black Report*, [10](#), [94](#), [97](#)
- Black Women's Rape Action Project*, [39](#)
- Bottomley, Virginia, [10](#)

C

- Central Midwives Board, [275](#)
- Chadwick, Edwin, [9](#), [60](#)
- Changing Childbirth*, [11](#)
- Confidential Enquires into Maternal Deaths Report*, [39](#)
- Contagionist*, [61](#)
- Cumberledge Report*, [11](#)
- Currie, Edwina, [10](#)

D

- Davies, Celia, [205](#)
- Davis, Dame Karlene, [32](#)
- Depresi antenatal, [43](#)
- Depresi pascanatal, [47](#)
 - faktor risiko, [52](#)
 - peran bidan, [53](#)
 - skrining, [51](#)
- Depresi perinatal, [259](#)
- Determinan kesehatan, [63](#)
- Diabetes tidak bergantung insulin, [40](#)
- Dispareunia, pada remaja, [281](#)



Ilmu Kesehatan Masyarakat

untuk Mahasiswa Kebidanan

Editor

Pádraig Ó Lúanaigh & Cindy Carlson

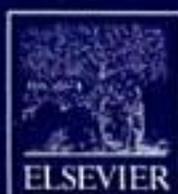
Buku ini adalah buku pertama yang menggali kesehatan masyarakat dari perspektif bidan dan menilai peran bidan dalam mempertahankan dan meningkatkan kesehatan dari fokus yang lebih luas dan berbasis populasi. Buku ini mengulas gagasan hidup yang sesungguhnya melalui kontribusi para akademisi unggul dan praktisi bidan. *Ilmu Kesehatan Masyarakat untuk Mahasiswa Kebidanan* memberikan panduan yang jelas dalam mengidentifikasi kesehatan masyarakat serta mengetengahkan dasar pengetahuan yang kokoh bagi para praktisi untuk mengembangkan dan menampilkan peran nyata dalam pemberian layanan kesehatan.

Sebagai bacaan penting bagi bidan, praktisi, dan semua pihak yang tertarik dengan layanan maternitas, buku ini:

- menggali peran penting bidan dalam mewujudkan dan meningkatkan kesehatan masyarakat,
- mempertimbangkan kebijakan terkini terkait isu kesehatan masyarakat,
- berfokus pada implementasi program kesehatan masyarakat yang praktis,
- merupakan buku pertama yang memadukan kesehatan masyarakat dengan kebidanan,
- sesuai bagi pembaca mancanegara karena berisi masukan penting dari para pakar internasional.

Buku ini ditujukan untuk:

- bidan
- mahasiswa kebidanan
- para pembuat kebijakan dalam layanan maternitas



PENERBIT BUKU KEDOKTERAN



9 789794 489741
ISBN 978-979-448-974-1

Keb9897-07D