



PENGANTAR KONSEP KEBIDANAN

Marlynda Happy Nurmalita Sari • Lenny Nainggolan
Nur Afifah Harahap • Suryani • Vera Renta Siahaan
Ribka Nova Sartika Sembiring • Julietta Hutabarat
Nur Aliyah Rangkuti • Puspita Rini • Ardiana Batubara
Rizki Dyah Haninggar • Ajeng Hayuning Tiyas • Agustin Endriyani



PENGANTAR KONSEP KEBIDANAN

UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Perlindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- a. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- b. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- c. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- d. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Pengantar Konsep Kebidanan

Marlynda Happy Nurmalita Sari, Lenny Nainggolan
Nur Afifah Harahap, Suryani, Vera Renta Siahaan
Ribka Nova Sartika Sembiring, Julietta Hutabarat
Nur Aliyah Rangkuti, Puspita Rini, Ardiana Batubara
Rizki Dyah Haninggar, Ajeng Hayuning Tiyas, Agustin Endriyani



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Pengantar Konsep Kebidanan

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2022

Penulis:

Marlynda Happy Nurmalita Sari, Lenny Nainggolan
Nur Afifah Harahap, Suryani, Vera Renta Siahaan
Ribka Nova Sartika Sembiring, Julietta Hutabarat
Nur Aliyah Rangkuti, Puspita Rini, Ardiana Batubara
Rizki Dyah Haninggar, Ajeng Hayuning Tiyas, Agustin Endriyani

Editor: Matias Julyus Fika Sirait

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

IKAPI: 044/SUT/2021

Marlynda Happy Nurmalita Sari., dkk.

Pengantar Konsep Kebidanan

Yayasan Kita Menulis, 2022

xvi; 196 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-342-570-4

Cetakan 1, Agustus 2022

- I. Pengantar Konsep Kebidanan
- II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa
izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Puji Syukur kita panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan kehendak-Nya buku "Pengantar Konsep Kebidanan" ini dapat disusun dan diselesaikan dengan baik.

Sejarah menunjukkan bahwa kebidanan merupakan salah satu profesi tertua di dunia sejak adanya peradaban umat manusia yang diakui secara nasional dan internasional. Di mana Bidan adalah seorang wanita yang dipercaya untuk mendampingi dan menolong ibu melahirkan. Untuk melaksanakan tugasnya Bidan harus melalui pendidikan formal, mempunyai sistem pelayanan, kode etik dan Etika Kebidanan dalam melaksanakan asuhan/ pelayanan atau pekerjaannya.

Bidan dalam perizinan dan penyelenggaraan praktik Bidan telah diatur melalui Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28 tahun 2017. Keberhasilan pelayanan kebidanan tersebut dipengaruhi oleh pengetahuan, keyakinan, pemahaman dan cara pandang bidan dalam kaitannya antara wanita, kesehatan (lingkungan, asuhan kebidanan, perilaku) atau pemahaman bidan terhadap konsep kebidanan itu sendiri yang akan diuraikan dalam buku ini menjadi 13 bab yaitu:

Bab 1 Filosofi dan Konseptual Kebidanan

Bab 2 Sejarah Perkembangan Kebidanan

Bab 3 Paradigma Asuhan Kebidanan

Bab 4 Kebidanan Sebagai Suatu Profesi

Bab 5 Model Konseptual Asuhan Kebidanan

Bab 6 Dokumentasi dalam Asuhan Kebidanan

Bab 7 Manajemen Kebidanan

Bab 8 Lingkup Praktik Kebidanan

Bab 9 Pengorganisasian Praktik Asuhan Kebidanan

Bab 10 Sistem Penghargaan Bagi Bidan

Bab 11 Prinsip Pengembangan Karir Bidan

Bab 12 Proses Berubah

Bab 13 Pemasaran Sosial Jasa Asuhan Kebidanan

Penulis berharap buku ini dapat menambah khasanah kailmuan kepada seluruh pembaca khususnya bagi para bidan baik di bidang pendidikan maupun di pelayanan sehingga dapat membantu menjalankan tugasnya dengan baik.

Pada kesempatan ini, penulis membuka ruang bagi para akademisi, praktisi dan para pembaca sekalian untuk memberikan saran, masukan maupun kritik yang sifatnya membangun demi penyempurnaan buku ini pada edisi selanjutnya.

Medan, Agustus 2022
Penulis

Marlynda Happy Nuralita Sari, dkk.

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	xiii
Daftar Tabel.....	xv

Bab 1 Filosofi dan Konseptual Kebidanan

1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Bidan.....	2
1.3 Filosofi Kebidanan	4
1.3.1 Pengertian Filosofi	4
1.3.2 Manfaat Filosofi	5
1.3.3 Filosofi Kebidanan.....	5
1.3.4 Filosofi Asuhan Kebidanan.....	8
1.4 Peran Bidan	11
1.4.1 Peran sebagai Pelaksana	11
1.4.2 Peran sebagai Pengelola	13
1.4.3 Peran sebagai Pendidik	13
1.4.4 Peran sebagai Peneliti atau Investigator	13
1.5 Fungsi Bidan	14
1.5.1 Fungsi Pelaksana	14
1.5.2 Fungsi Pengelola	14
1.5.3 Fungsi Pendidik.....	15
1.5.4 Fungsi Peneliti	15
1.6 Pelayanan Kebidanan.....	15
1.7 Praktik Kebidanan	16
1.8 Asuhan Kebidanan	16

Bab 2 Sejarah Perkembangan Kebidanan

2.1 Pendahuluan.....	17
2.2 Kebidanan di Zaman Batu	18
2.3 Kebidanan di Zaman Kuno.....	19
2.3.1 Kebidanan di Era Alkitab (2200 – 1700 SM).....	19
2.3.2 Kebidanan Pada Era Mesir (3500 – 100 SM).....	19
2.3.3 Kebidanan Pada Era Yunani-Romawi (500 SM – 400 M)	20

2.3.4 Era Bizantium (400 M – 600 M)	21
2.4 Era Abad Kegelapan & Abad Pertengahan	21
2.4.1 Awal Abad Pertengahan (Abad ke-5 hingga Abad ke-11)	21
2.4.2 Abad Pertengahan Tinggi (Abad ke-12 hingga Abad ke-16)	22
2.5 Era Modern	22
2.5.1 Kebidanan dan Men-Wifery	22
2.5.2 Kebidanan dan Keperawatan Pada Zaman Modern	23
2.6 Sejarah Perkembangan Pendidikan Kebidanan di Indonesia	28

Bab 3 Paradigma Asuhan Kebidanan

3.1 Pendahuluan	33
3.2 Pengertian Paradigma	34
3.3 Komponen Paradigma	35
3.3.1 Manusia/Wanita	36
3.3.2 Lingkungan	36
3.3.3 Perilaku	37
3.3.4 Pelayanan Kebidanan	38
3.3.5 Keturunan	40
3.4 Pelayanan Kebidanan	40
3.5 Macam-macam Asuhan Kebidanan	41
3.6 Paradigma Kebidanan Dan Asuhan Kebidanan	43
3.7 Manfaat Paradigma Keterkaitan Dengan Pelayanan Kebidanan	44

Bab 4 Kebidanan Sebagai Suatu Profesi

4.1 Pendahuluan	47
4.2 Pengertian Profesi Bidan	48
4.3 Daftar Karakteristik Bidan	49
4.4 Bidan sebagai Suatu Profesi	51
4.5 Ciri-Ciri Bidan Sebagai Profesi	52
4.6 Profesionalisme	52
4.7 Kewajiban Bidan terhadap Profesinya	55
4.8 Perilaku profesional Bidan	56

Bab 5 Model Konseptual Asuhan Kebidanan

5.1 Pendahuluan	57
5.2 Model Konseptual Asuhan Kebidanan	58
5.2.1 Midwifery Care	58
5.2.2 Women Center Care	61
5.2.3 Continuity of Care	62

5.2.4 Midwifery Led Continuity of Care/MLCC.....	63
5.2.5 Model Kebidanan Klasik (Classic Midwifery Model).....	65
5.2.6 Women with Midwives Model.....	65
5.2.7 Maternity Care.....	66

Bab 6 Dokumentasi dalam Asuhan Kebidanan

6.1 Pendahuluan.....	67
6.2 Pengertian Dokumentasi	67
6.3 Fungsi Dokumentasi.....	68
6.4 Prinsip - Prinsip Dokumentasi	69
6.5 Prinsip Pelaksanaan Dokumentasi di Klinik	70
6.6 Panduan Legal dalam Dokumentasi	71
6.7 Teknik Dokumentasi	72
6.7.1 Dokumentasi Naratif.....	72
6.7.2 Dokumentasi Flow Sheet.....	72
6.8 Model Dokumentasi.....	73
6.9 Metode Dokumentasi	75
6.9.1 Metode Dokumentasi Subjektif, Objektif, Assesment, Planning, Implementasi, Evaluasi, Reassessment (SOAPIER).....	75
6.9.2 Metode Dokumentasi Subjektif, Objektif, Analysis, Planning, Implementasi, Evaluasi (SOAPIE)	77
6.9.3 Metode Subjektif, Objektif, Analysis, Planning, Implementasi, Evaluasi, Dokumentasi (SOAPIED)	79
6.9.4 Subjektif, Objektif, Analysis, Planning (SOAP).....	80
6.10 Rancangan Format Pendokumentasian.....	81

Bab 7 Manajemen Kebidanan

7.1 Pendahuluan.....	87
7.2 Manajemen Kebidanan	88
7.2.1 Pengertian Manajemen Kebidanan.....	88
7.2.2 Prinsip-Prinsip Manajemen	88
7.2.3 Sasaran Manajemen Kebidanan.....	89
7.2.4 Langkah-Langkah Manajemen Kebidanan.....	90
7.3 Pengorganisasian Praktek Asuhan Kebidanan	94
7.4 Pendokumentasian.....	95
7.4.1 SOAPIER	95
7.4.2 SOAPIE	97
7.4.3 SOAPIED	99
7.4.4 SOAP	101

Bab 8 Lingkup Praktik Kebidanan

8.1 Pendahuluan.....	103
8.2 Kerangka Kerja Dalam Pelayanan	104
8.3 Lingkup Praktik Kebidanan.....	104
8.3.1 Lingkup Pelayanan Kebidanan Kepada Anak.....	105
8.3.2 Lingkup Pelayanan Kebidanan Pada Wanita Hamil.....	105
8.3.3 Lingkup Pelayanan Keluarga Berencana	107
8.3.4 Lingkup Pelayanan Kesehatan Masyarakat	107
8.4 Lahan Praktik Kebidanan.....	107
8.5 Sasaran Pelayanan Kebidanan.....	108
8.6 Upaya Pelayanan Kebidanan	109
8.7 Standar Pelayanan Kebidanan	109
8.7.1 Standar Pelayanan Umum	110
8.7.2 Standar Pelayanan Antenatal	112
8.7.3 Standar Pertolongan Persalinan	117
8.7.4 Standar Pelayanan Nifas.....	119
8.7.5 Standar Penanganan Kegawatan Obstensi dan Neonatal	120

Bab 9 Pengorganisasian Praktik Asuhan Kebidanan

9.1 Pendahuluan.....	123
9.2 IBI (Ikatan Bidan Indonesia)	124
9.2.1 Latar Belakang Terbentuknya Organisasi IBI.....	124
9.2.2 Tujuan IBI.....	124
9.2.3 Visi dan Misi IBI	125
9.3 International Confederation of Midwives (ICM).....	125
9.4 Association of Radical Midwives (ARM).....	126

Bab 10 Sistem Penghargaan Bagi Bidan

10.1 Pendahuluan.....	133
10.2 Reward	133
10.3 Punishment/Hukuman.....	135
10.4 Hak dan Kewajiban Bidan.....	135
10.5 Hak dan Kewajiban Pasien.....	139

Bab 11 Prinsip Pengembangan Karir Bidan

11.1 Pendahuluan.....	143
11.2 Pendidikan Berkelanjutan.....	144
11.2.1 Pendidikan Formal	145
11.2.2 Pendidikan Non Formal	145

11.3 Pengembangan Karir Bidan.....	146
11.3.1 Pengertian.....	146
11.3.2 Tujuan Pengembangan Karir Bidan.....	146
11.3.3 Jalur Pengembangan Karir.....	148
11.4 Jabatan Fungsional Bidan.....	148
11.5 Hubungan Pengembangan Karir Bidan dengan Peran, Fungsi, dan Tanggung Jawab Bidan.....	150
11.5.1 Sebagai Pelaksana	150
11.5.2 Sebagai Pengelola.....	152
11.5.3 Sebagai Pendidik	153
11.5.4 Sebagai Peneliti	154

Bab 12 Proses Berubah

12.1 Pendahuluan.....	155
12.2 Pengertian Perubahan.....	156
12.3 Macam-Macam Perubahan.....	158
12.4 Proses Perubahan.....	160
12.5 Penyebab Terjadinya Perubahan.....	161
12.6 Motivasi dalam Perubahan	161
12.7 Model Perubahan.....	162
12.8 Manajemen Perubahan.....	166
12.9 Strategi Manajemen Perubahan.....	167
12.10 Perubahan dalam Kebidanan.....	169

Bab 13 Pemasaran Sosial Jasa Asuhan Kebidanan

13.1 Pendahuluan.....	171
13.2 Konsep Pemasaran	172
13.3 Manajemen Pemasaran	173
13.4 Manfaat dari Pemasaran.....	174
13.5 Tujuan Pemasaran	175
13.6 Mengukur dan Meramalkan Pasar	175
13.7 Segmentasi Pasar Sasaran.....	176
13.8 Menganalisis Perilaku Konsumen.....	177
13.9 Pengiklanan dan Etika.....	179
13.10 Media Promosi	180
13.11 Merencanakan dan Mengendalikan Pasar.....	181

Daftar Pustaka	183
Biodata Penulis	191

Daftar Gambar

Gambar 1.1: Faktor Yang Memengaruhi Filosofi Kebidanan	10
Gambar 3.1: Komponen Paradigma Kebidanan	35
Gambar 7.1: Langkah-Langkah Manajemen Kebidanan	94

Daftar Tabel

Tabel 12.1: Tujuan dari Kerangka Manajemen Perubahan yang Terbentuk	165
---	-----

Bab 1

Filosofi dan Konseptual Kebidanan

1.1 Pendahuluan

Bidan, kebidanan dan filosofi kebidanan merupakan hal yang saling berkaitan erat dan ketiganya tidak dapat dipisahkan. Menurut ICM (International Confederation of Midwifery) 2005 bidan didefinisikan sebagai seorang yang telah berhasil atau sukses menyelesaikan Pendidikan bidan yang terakreditasi dan diakui negara, telah memperoleh kualifikasi yang dibutuhkan untuk didaftarkan mendapatkan sertifikat dan/ atau secara resmi diberi lisensi untuk melakukan praktik kebidanan. Ia diakui sebagai professional yang bertanggung jawab dan akuntabilitas terhadap pekerjaannya, bermitra dengan perempuan, memberi dukungan, asuhan dan nasihat yang diperlukan selama hamil, bersalin dan masa nifas, untuk memfasilitasi kelahiran atas tanggung jawabnya sendiri.

Pandangan, nilai dan keyakinan dimiliki seorang bidan sebagai suatu profesi yang memiliki kandungan filosofi konsep secara normal dalam pemberian layanan. Konsep normal memiliki asumsi tidak memerlukan penjelasan karena sudah adanya keyakinan universal dan pola pikir dalam memberikan asuhan sepanjang siklus kehidupan kepada seorang wanita.

1.2 Bidan

Menurut *terminology* atau bahasa adalah mid atau with yang berarti dengan, wife atau a women yang berarti perempuan. Jadi *mid-wife*, *with a women* adalah dengan seorang perempuan (Atit, 2016).

Bidan adalah profesi yang diakui secara nasional maupun internasional oleh sejumlah praktisi di seluruh dunia, definisi bidan menurut *International Confederation of Midwives* (ICM) tahun 1972 dan *International Federation of Gynaecologist and Obstetritian* tahun 1973 dan WHO: *A midwife is a person who having been regulary admitted to a midwifery educational program fully recognized in the country in which it is located, has successfully completed the prescribed course of studies in midwifery and has acquired the requiste qualifications to be registered and/ or legally licensed to practice midwifery. She must be able to give the necessary suoervision, care and advice to women during pregnancy labor, and postpartum to conduct deliveries on her own responsibility and to care for the newborn and the infant. This care includes preventive measure, the detection of abnormal condition in mother and child. The procurement of medical assistance, and the execution of emergency measures in the absence of medical help. She has an important task in counseling and education, not only for patients, but also within the family and community. Their work should involve antenatal education and preparation for parenthood and extend to certain areas of gynecology, family planning and child care. She may practice in hospitals, clinics, health units, domiciliary conditions or any other service.*

Artinya Bidan adalah seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan bidan yang diakui oleh negara serta memperoleh kualifikasi dan diberi izin untuk menjalankan praktik kebidanan di negeri tersebut, Ia harus mampu memberi supervisi, asuhan dan memberi nasihat yang dibutuhkan wanita selama hamil, persalinan dan masa pasca persalinan, memimpin persalinan atas tanggung jawabnya sendiri serta asuhan pada bayi baru lahir dan anak. Asuhan ini termasuk tindakan preventif, pendeteksian kondisi abnormal pada ibu dan bayi, dan mengupayakan bantuan medis serta melakukan tindakan pertolongan gawat darurat pada saat tidak ada tenaga medis lain. Bidan mempunyai tugas penting dalam konsultasi dan Pendidikan kesehatan, tidak hanya untuk wanita tersebut, tetapi juga termasuk keluarga dan komunitasnya. Pekerjaan itu termasuk Pendidikan antenatal, dan persiapan menjadi orang tua dan meluas ke daerah tertentu dari ginekologi, keluarga

berencana, dan asuhan anak. Bidan bisa berpraktik di rumah sakit, klinik unit kesehatan, rumah perawatan atau tempat pelayanan lain.

Seseorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan yang diakui di negaranya, telah lulus serta memenuhi kualifikasi untuk didaftarkan (register) serta memiliki izin yang sah atau lisensi untuk melakukan praktik bidan. Dia harus mampu memberikan *supervise*, asuhan dan memberikan nasehat yang dibutuhkan wanita selama masa hamil, persalinan dan masa pasca melahirkan (Riana, 2020).

Bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari Pendidikan bidan, diakui pemerintah dan organisasi profesi di wilayah Negara Republik Indonesia, memiliki kompetensi dan kualifikasi untuk deregister, sertifikasi dan mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan (PPIBI, 2016).

Menurut IBI (2003), Bidan adalah seorang perempuan yang telah mengikuti dan menyelesaikan Pendidikan yang telah diakui pemerintah dan lulus ujian sesuai persyaratan yang berlaku, dicatat (registrasi), diberi izin secara sah untuk menjalankan praktik.

Bidan menurut Permenkes No 1464/Menkes/ PER/X/2010 adalah seorang perempuan yang lulus dari Pendidikan bidan yang telah teregistrasi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Bidan yang lulus uji kompetensi akan mendapatkan Surat Tanda Registrasi (STR). Bidan yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan harus memiliki bukti tertulis berupa Surat Ijin Kerja Bidan (SIKB).

Jadi definisi bidan di Indonesia adalah seorang wanita yang telah mengikuti dan menyelesaikan pendidikan kebidanan yang telah diakui pemerintah dan telah lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku dan memperoleh kualifikasi untuk registrasi dan memperoleh izin untuk melaksanakan praktik kebidanan. Pokok-pokok yang terdapat dalam definisi bidan adalah pendidikan formal, kemitraan, *evidence based* dan tanggung jawab mandiri. Lingkup asuhan kebidanan meliputi preventif dan promosi kesehatan, deteksi dini komplikasi ibu dan bayi, dan pengenalan kegawat darurat serta keterampilan menanganinya. Tugas penting yang dilakukan bidan mencakup KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) dan KIPK (Komunikasi Interpersonal/ Konseling) untuk ibu, keluarga dan masyarakat, Pendidikan antenatal dan persiapan menjadi orang tua, kesehatan reproduksi perempuan, keluarga berencana, dan pemeliharaan kesehatan anak. Tempat kerja/ praktik bidan

adalah di rumah, masyarakat, klinik/ rumah bersalin, rumah sakit dan pusat pelayanan kesehatan lain.

Kebidanan (midwifery) merupakan ilmu yang terbentuk dari sintesis berbagai disiplin ilmu (multidisiplin) yang terkait dengan pelayanan kebidanan meliputi ilmu kedokteran, ilmu keperawatan, ilmu sosial, ilmu perilaku, ilmu budaya, ilmu kesehatan masyarakat, dan ilmu manajemen untuk dapat memberi pelayanan kepada ibu dalam masa prakonsepsi, hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir. Pelayanan tersebut meliputi pendeteksian keadaan abnormal pada ibu dan anak, melaksanakan konseling dan pendidikan kesehatan terhadap individu, keluarga dan masyarakat.

1.3 Filosofi Kebidanan

1.3.1 Pengertian Filosofi

Filosofi sama dengan filsafat atau falsafah yang berarti ilmu yang mengkaji akal budi mengenai hakikat baik, yang meliputi: sebab, asal atau hukuman yang ada (dari segi bahasa). Filosofi berasal dari Bahasa Yunani yaitu philosophy yang artinya menyukai kearifan atau sesuatu yang memberikan gambaran dan berperan sebagai tantangan untuk memahami dan menggunakan filosofi sebagai dasar untuk memberikan informasi dan meningkatkan praktik tradisional.

Pearson dan Vaughan (1986), menjelaskan bahwa filosofi adalah pencarian pengetahuan sekaligus gambaran tentang keyakinan pribadi. Jadi filosofi dapat diartikan sebagai pencarian kebijaksanaan atau pengetahuan tentang berbagai hal di sekitar kita dan apa penyebabnya. Menurut Chin dan Krammer 1997 filosofi adalah disiplin ilmu pencarian dasar dan penjelasan yang nyata yang dilaksanakan secara terfokus sedangkan menurut Moya Davis 1993 adalah nilai, sikap dan kepercayaan yang diungkapkan seseorang dan pada lain waktu ungkapan tersebut merupakan kepercayaan suatu kelompok atau ideologi.

Filosofi adalah suatu yang dapat memberikan gambaran dan berperan sebagai dasar dalam memberikan informasi ataupun meningkatkan praktik profesional. Filosofi memberi makna dan dapat langsung dipraktikkan dalam acuan membuat keputusan. Filosofi dapat menunjukkan apakah suatu tindakan

sesuai dengan yang diyakini. Tanpa filosofi sebagai acuan, keyakinan seseorang mudah dipengaruhi tradisi dan adat istiadat.

1.3.2 Manfaat Filosofi

Filosofi merupakan pandangan hidup, maka dalam aplikasinya filosofi sangat bermanfaat untuk kehidupan. Manfaat filosofi untuk kehidupan yaitu sebagai dasar untuk bertindak, sebagai dasar dalam pengambilan keputusan, untuk mengurangi kesalahpahaman atau konflik, serta sebagai bekal untuk selalu siap dalam menghadapi situasi kehidupan yang berubah-ubah.

1.3.3 Filosofi Kebidanan

Filosofi ialah bidang ilmu yang menekankan pada penggalian dan pembuatan dalil yang menjelaskan tentang realitas. Setiap bidan perlu mengetahui filosofi diri atau filosofi hidup dan filosofi praktik kebidanan. Filosofi ini tentunya berdasarkan pada filosofi atau cara yang lebih luas untuk mengembangkan realitas yang ditemukan pada masyarakat umum bahwa bidan adalah seorang manusia. Sikap, nilai dan keyakinan yang digunakan oleh bidan diperoleh dari keberadaannya sebagai anggota masyarakat dan komunitas tertentu, serta dari sosialisasi yang diperolehnya dalam dunia praktik kebidanan. Filosofi bidan harus menunjukkan pikiran jujur yang kita miliki tentang arti kebidanan bagi kita sendiri. Downe (1991) menekankan perlunya meningkatkan keyakinan mengenai praktik kebidanan. Salah satu cara adalah mempertimbangkan penggabungan berbagai pengetahuan untuk menciptakan filosofi yang akan digunakan bidan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Filosofi kebidanan adalah suatu ilmu tentang pandangan hidup bidan yang digunakan sebagai kerangka pikir dalam melaksanakan tugas kebidanan yaitu memberikan pelayanan asuhan kebidanan. Tujuan dari filosofi kebidanan adalah memberikan persepsi yang sama kepada bidan tentang hal-hal penting dan berharga dalam memfasilitasi proses penanggulangan teori dan praktik. Ditinjau dari keilmuan filosofi kebidanan mempunyai 3 komponen yang merupakan tiang penyangga tubuh pengetahuan yang disusun 3 komponen tersebut adalah pendekatan ontologis, pendekatan epistemologis, pendekatan aksimilogis.

Secara filosofi kebidanan dapat dikatakan sebagai suatu ilmu kebidanan yang memiliki karakteristik ilmu pengetahuan yaitu sebagai berikut:

1. Bersifat universal yang mempunyai arti yaitu berlaku untuk seluruh disiplin yang bersifat keilmuan.
2. Bersifat generic yang mempunyai arti yaitu mencirikan ke golongan tertentu dari pengetahuan ilmiah.
3. Bersifat spesifik yang mempunyai arti yaitu memiliki ciri-ciri yang khas dari semua disiplin ilmu yang membedakan dengan disiplin ilmu yang lain.

Filosofi kebidanan merupakan keyakinan atau pandangan hidup bidan yang digunakan sebagai kerangka berfikir dalam memberikan asuhan kepada klien. Filosofi ini meliputi:

1. Keyakinan tentang kehamilan atau persalinan. Bidan yakin bahwa kehamilan dan persalinan adalah proses alamiah dan bukan suatu penyakit, namun tetap perlu diwaspadai karena kondisi yang semula normal dapat tiba-tiba menjadi tidak normal.
2. Keyakinan tentang perempuan. Bidan yakin bahwa perempuan merupakan pribadi yang unik, mempunyai hak mengontrol dirinya sendiri, memiliki kebutuhan, harapan dan keinginan yang patut dihormati. Perempuan merupakan pribadi yang unik karena setiap perempuan tidak sama, secara fisik, emosional, spiritual, sosial dan budaya.
3. Keyakinan mengenai fungsi profesi dan pengaruhnya. Fungsi utama asuhan kebidanan adalah memastikan kesejahteraan perempuan bersalin dan bayinya. Bidan mempunyai kemampuan untuk memengaruhi klien dan keluarganya. Proses fisiologi atau normal harus dihargai dan dipertahankan. Bila terjadi masalah, bidan menggunakan teknologi tepat guna dan melakukan rujukan bila diperlukan.
4. Keyakinan tentang pemberdayaan dan pembuatan keputusan. Bidan yakin bahwa pilihan dan keputusan dalam asuhan patut dihormati. Keputusan yang dipilih merupakan tanggung jawab bersama antara perempuan, keluarga dan pemberi asuhan. Perempuan mempunyai

hak untuk memilih dan memutuskan tentang pemberi asuhan dan tempatnya melahirkan.

5. Keyakinan tentang asuhan. Bidan yakin bahwa fokus asuhan kebidanan adalah upaya pencegahan dan peningkatan kesehatan yang menyeluruh, meliputi pemberian informasi yang relevan dan objektif, konseling dan memfasilitasi klien yang menjadi tanggung jawabnya. Asuhan harus diberikan dengan keyakinan bahwa dengan dukungan dan perhatian, perempuan akan bersalin dengan aman dan selamat. Oleh karena itu, asuhan kebidanan harus aman, memuaskan, menghormati dan memberdayakan perempuan dan keluarganya.
6. Keyakinan tentang kolaborasi. Bidan yakin bahwa dalam memberikan asuhan tetap harus mempertahankan, mendukung dan menghargai proses fisiologis. Intervensi dan penggunaan teknologi dalam asuhan hanya berdasarkan indikasi. Rujukan yang efektif dilakukan untuk menjamin kesejahteraan ibu dan bayinya. Bidan adalah praktisi yang mandiri dan bekerja sama mengembangkan kemitraan dengan anggota tim kesehatan yang lain.
7. Keyakinan tentang fungsi profesi dan manfaatnya. Bidan yakin bahwa dalam mengembangkan kemandirian profesi, diperlukan kemitraan dengan tim kesehatan lain dan pemberdayaan perempuan yang diberi asuhan. Asuhan, dukungan, bimbingan dan kepedulian kepada klien untuk membantu mengatasi masalah kesehatan reproduksinya dilakukan secara berkesinambungan.
8. Pelayanan kesehatan yang aman dan memuaskan sesuai kebutuhan dan perbedaan budaya masing-masing berhal diperoleh setiap individu. Informasi yang cukup terhadap segala aspek pemeliharaan kesehatan ditentukan sendiri dengan perolehan terhadap keinginan yang telah ditetapkan
9. Pelayanan yang berkualitas berhak diterima individu, salah satunya melalui proses melahirkan yang dilakukan secara sehat.
10. Persalinan sampai anak menginjak masa remaja harus dilakukan melalui tugas perkembangan keluarga yang sangat dibutuhkan.

11. Bangsa Indonesia yang berasal dari kumpulan keluarga di suatu wilayah atau daerah terhimpun di dalam satu kesatuan. Mempunyai tujuan dan nilai yang terorganisir, adanya interaksi antar sesama, budaya dan lingkungan yang bersifat dinamis.

1.3.4 Filosofi Asuhan Kebidanan

Filosofi asuhan kebidanan adalah keyakinan atau pandangan hidup bidan yang digunakan sebagai kerangka pikir dalam memberikan asuhan kehidupan. Tujuan filosofi kebidanan adalah memberikan persepsi yang sama kepada bidan mengenai hal-hal penting dan berharga dalam memfasilitasi proses penanggulangan teori dan praktik.

Secara garis besar, prinsip-prinsip filosofi asuhan kebidanan yang harus diperhatikan oleh bidan adalah:

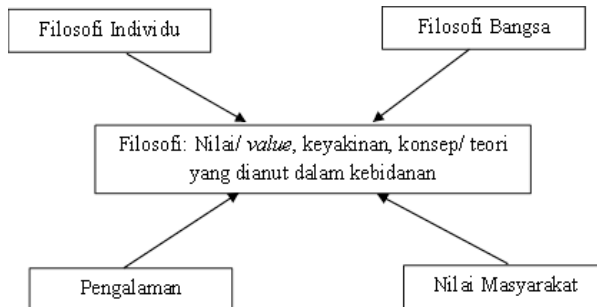
1. Pusat asuhan adalah keluarga
2. Orientasi pada upaya *preventif* dan *promotive* keluarga
3. *Self determination* yang artinya menghormati martabat manusia diri sendiri
4. *Respecting cultural and ethnic diversity* yang artinya menghormati perbedaan kultur dan etnik
5. *Safety* yang artinya memberi keamanan pada klien
6. *Satisfying* yang artinya memperhatikan kepuasan klien
7. Proses kelahiran merupakan suatu yang fisiologis
8. *Non intervensi* atau cara sederhana
9. Aman berdasarkan *evidence based*
10. Orientasi pada ibu secara komprehensif
11. Menjaga privasi atau kerahasiaan klien
12. Membantu ibu dalam menciptakan proses yang fisiologis
13. Memberikan informasi, penjelasan dan konseling yang cukup
14. Memberikan support kepada ibu dan keluarga
15. Menghormati hak praktik berupa adat, keyakinan dan agama
16. Menghormati kesehatan fisik, psikologis, spiritual dan sosial ibu
17. Usaha preventif dan promosi

Sebagai wujud dari penerapan filosofi asuhan kebidanan, akan lebih baik apabila bidan mempertimbangkan hal-hal sebagai berikut:

1. Asuhan kebidanan disusun untuk mengetahui kebutuhan ibu, bayi dan keluarga
2. Dalam pemberian asuhan kebidanan harus didukung dengan perhatian kepada otonomi individu
3. Merencanakan dan membina hubungan baik dengan ibu dan keluarga
4. Berpandangan bahwa perempuan dan keluarga berhak secara penuh untuk menentukan dan memutuskan rencana asuhan
5. Mempertimbangkan kebutuhan pendidikan fisik, psikologis, sosial, budaya dan spiritual.
6. Asuhan diberikan dengan berdasarkan bukti yang telah ada atau berdasarkan *evidence based*
7. Asuhan diberikan dengan empati, mempertimbangkan konsekuensi dan berdasarkan kepercayaan
8. Memberikan usaha dengan menggunakan pendekatan atau manajemen kebidanan
9. Menanamkan pada ibu dan keluarga bahwa kehamilan dan persalinan merupakan proses alamiah atau fisiologis
10. Menerapkan komunikasi efektif dengan ibu dan keluarga serta dengan tenaga kesehatan lain
11. Mempunyai pandangan tentang pentingnya asuhan berkelanjutan.

Konsep normal asuhan kebidanan bukan suatu ketetapan sehingga dapat berubah dari waktu ke waktu. Sesuatu yang dahulunya dianggap normal bisa saja pada saat ini tidak dianggap normal lagi karena beberapa hal, seperti:

1. Perubahan regulasi
2. Kompetisi dan ruang lingkup praktik bidan yang dipengaruhi tempat dan waktu
3. Perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK)
4. Faktor yang memengaruhi filosofi kebidanan dalam pelaksanaan implementasi pelayanan atau asuhan kebidanan, dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 1.1: Faktor yang memengaruhi filosofi kebidanan

Dengan mengamati bagan tersebut, maka terlihat jelas bahwa implementasi filosofi dan konsep dipengaruhi oleh filosofi bangsa, filosofi individu, pengalaman dan nilai masyarakat. Sehingga dapat disimpulkan bahwa aplikasi dan implementasinya, konsep normal dan filosofi kebidanan itu bukan merupakan ketetapan yang baku karena tergantung pada faktor-faktor yang memengaruhi tadi.

Beberapa contoh aplikasi konsep normal:

1. Penilaian risiko yang memilih dan menseleksi ibu apakah dalam kategori tinggi atau tidak dengan akibat adanya asuhan yang timpang dan terjadinya komplikasi pada ibu yang tergolong normal. Pada saat konsep ini telah berubah, semua dianggap normal dan akan ada kemungkinan berisiko. Hal ini bertujuan tidak bersifat prediktifnya seorang bidan dalam memberikan asuhan, adanya ketepatan identifikasi deteksi dini komplikasi sehingga bisa melaksanakan antisipasi atau penanganan baik secara mandiri, kolaborasi ataupun rujukan.
2. Menurut waktu dan tempat suatu tindakan dapat dinilai berbeda, misalnya pada persalinan sungsang letak bokong murni dulu dianggap normal, namun setelah diketahui banyaknya komplikasi yang mungkin terjadi, kewenangan bidan dalam pelaksanaan praktik dibatasi kecuali dalam keadaan darurat atau berada di tempat yang jauh dan tidak mungkin dirujuk.
3. Model asuhan kebidanan
 - a. Intervensi teknologi yang diminimalkan penggunaannya

- b. Secara berkelanjutan adanya dukungan disetiap fase kehidupan seorang wanita
- c. Tertanganinya secara tepat jika sudah dilaksanakan proses identifikasi komplikasi

1.4 Peran Bidan

1.4.1 Peran sebagai pelaksana

Kategori tugas bidan sebagai pelaksana ini adalah: tugas secara mandiri, kolaborasi dan ketergantungan

1. Tugas mandiri

- a. Manajemen kebidanan ditetapkan untuk setiap asuhan yang diberikan
- b. Pelayanan dasar pranikah diberikan pada anak remaja dengan pelibatan secara langsung dalam pembuatan perencanaan tindak lanjut atau Tindakan
- c. Asuhan kebidanan diberikan kepada klien selama kehamilan normal
- d. Asuhan kebidanan diberikan kepada klien selama masa persalinan dengan keterlibatan secara langsung klien atau keluarga
- e. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir diberikan
- f. Asuhan kebidanan pada klien diberikan dalam masa nifas dengan melibatkan klien atau keluarga
- g. Asuhan kebidanan diberikan pada wanita usia subur yang butuh pelayanan keluarga berencana
- h. Asuhan kebidanan diberikan pada wanita dengan gangguan sistem reproduksi dan dalam masa klimakterium ataupun menopause
- i. Asuhan kebidanan diberikan pada bayi dan balita dengan cara melibatkan keluarga serta pelaporan

2. Tugas kolaborasi

- a. Sesuai fungsi kolaborasi manajemen kebidanan diterapkan dengan keterlibatan klien dan keluarga pada setiap asuhan kebidanan
- b. Pertolongan pertama pada kondisi kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi diberikan dalam asuhan kebidana pada ibu hamil risiko tinggi
- c. Kebutuhan asuhan pada kasus risiko tinggi dikaji, tindakan kolaborasi dilakukan pada keadaan kegawat daruratan
- d. Melibatkan klien dan keluarga dalam memberikan asuhan kebidanan dalam masa persalinan dengan risiko tinggi serta tindakan kolaborasi dengan kondisi kegawat daruratan yang memerlukan pertolongan pertama
- e. Asuhan kebidanan diberikan pada ibu risiko tinggi dalam amsa nifas serta tindakan kolaborasi pertolongan pertama keadaan kegawat daruratan bersama klien atau keluarga
- f. Asuhan kebidanan dan pertolongan pertama diberikan pada bayi baru lahir risiko tinggi dalam keadaan kegawat daruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi bersama klien dan keluarga
- g. Asuhan kebidanan dan pertolongan pertama dalam jeadaan kegawat daruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi diberikan pada balita dengan risiko tinggi bersama klien dan keluarga.

3. Tugas ketergantungan

- a. Sesuai dengan fungsi keterlibatan klien dan keluarga manajemen kebidanan diterapkan pada setiap asuhan kebidanan
- b. Pada kasus kehamilandengan risiko tinggi serta kegawat daruratan asuhan kebidanan diberikan melalui konsultasi dan rujukan
- c. Pada masa persalinan dengan penyulit tertentu asuhan kebidanan diberikan melalui konsultasi serta rujukan dengan melibatkan klien dan keluarga.

- d. Dengan melibatkan klien dan keluarga asuhan kebidanan diberikan melalui konsultasi dan rujukan pada ibu dalam masa nifas yang disertai penyulit dan keadaan kegawat daruratan.
- e. Pasa bayi baru lahir dengan kelainan tertentu asuhan kebidanan dan kegawat daruratan diberikan melalui konsultasi dan rujukan serta melibatkan keluarga
- f. Dengan melibatkan klien atau keluarga asuhan kebidanan dan kegawat daruratan yang memerlukan konsultasi serta rujukan diberikan kepada anak balita dengan kelainan tertentu.

1.4.2 Peran sebagai Pengelola

- 1. Mengembangkan pelayanan dasar kesehatan di wilayah kerja merupakan tugas seorang bidan
- 2. Untuk melaksanakan program kesehatan sektor lainnya bidan berpartisipasi dalam tim melalui dukun bayi, kader kesehatan serta tenaga kesehatan yang berada dalam wilayah kerja

1.4.3 Peran sebagai Pendidik

- 1. Pendidikan dan penyuluhan kesehatan pada klien diberikan
- 2. Kader dilatih dan dibimbing

1.4.4 Peran sebagai Peneliti atau Investigator

- 1. Kebutuhan investigasi yang akan dilakukan diidentifikasi
- 2. Rencana kerja pelatihan disusun
- 3. Investigasi sesuai rencana dilaksanakan
- 4. Data hasil investigasi diolah dan diinterpretasikan
- 5. Laporan hasil investigasi disusun dan ditindak lanjuti
- 6. Peningkatan dan pengembangan program kerja atau pelayanan kesehatan dengan cara memanfaatkan hasil investigasi

1.5 Fungsi Bidan

1.5.1 Fungsi Pelaksana

1. Pada masa pra perkawinan, bimbingan dan penyuluhan dilakukan khususnya pada kaum remaja, individu, keluarga serta masyarakat
2. Untuk proses kehamilan normal, kasus patologis tertentu dan dengan risiko tinggi asuhan kebidanan dilakukan
3. Pada kasus patologis tertentu dan persalinan normal dilakukan pertolongan
4. Pada bayi baru lahir normal dan bayi dengan risiko tinggi dilakukan perawatan
5. Asuhan kebidanan pada ibu nifas dilakukan
6. Kesehatan ibu dalam masa menyusui dirawat
7. Pelayanan kesehatan pada anak balita dan pra sekolah dilakukan
8. Pelayanan keluarga berencana sesuai wewenang diberikan
9. Untuk kasus gangguan sistem reproduksi, termasuk wanita dalam masa klimakterium internal dan menopause bimbingan dan pelayanan kesehatan diberikan sesuai dengan wewenang

1.5.2 Fungsi Pengelola

1. Sesuai dengan kondisi dan kebutuhan masyarakat setempat pengembangan konsep kegiatan pelayanan kebidanan bagi individu, keluarga, kelompok masyarakat dilakukan dengan dukungan dan partisipasi oleh masyarakat.
2. Dilingkungan unit kerja rencana pelaksanaan pelayanan kebidanan disusun
3. Koordinasi kegiatan pelayanan kebidanan dipimpin
4. Terkait pelayanan kebidanan berupa kerjasama, komunikasi inter dan antar sektor dilakukan secara menyeluruh
5. Evaluasi hasil kegiatan tim atau unit pelayanan kebidanan kebidanan dipimpin

1.5.3 Fungsi Pendidik

1. Terkait pelayanan kebidana dalam lingkup kesehatan serta keluarga berencana, penyuluhan kepada individu, keluarga dan kelompok masyarakat diberikan
2. Sesuai dengan bidang tanggung jawab bidan bimbingan dan pelatihan dukun bayi serta kader kesehatan dilakukan
3. Dalam kegiatan praktik di klinik dan di masyarakat, bimbingan kepada para bidan diberikan
4. Sesuai dengan bidang keahlian, mendidik bidan atau tenaga kesehatan lainnya.

1.5.4 Fungsi Peneliti

1. Dalam lingkup pelayanan kebidanan evaluasi, pengkajian, survei dan penelitian dilakukan secara sendiri atau berkelompok
2. Penelitian kesehatan keluarga dan keluarga berencana dilakukan

1.6 Pelayanan Kebidanan

Pelayanan kebidanan adalah semua tugas yang menjadi tanggung jawab praktik profesi bidan dalam sistem pelayanan kesehatan yang bertujuan meningkatkan kesehatan ibu, anak dan keluarga berencana dalam rangka mewujudkan kesehatan keluarga dan masyarakat.

Layanan kebidanan dapat dibedakan menjadi:

1. Layanan kebidanan primer atau layanan bidan yang sepenuhnya menjadi tanggung jawab bidan
2. Layanan kebidanan kolaborasi adalah layanan yang dilakukan bidan dengan anggota tim yang kegiatannya dilakukan secara bersamaan atau sebagai salah satu urutan dari sebuah proses kegiatan pelayanan kesehatan.
3. Layanan kesehatan rujukan adalah layanan yang dilakukan oleh bidan dalam rangka rujukan ke sistem pelayanan yang lebih tinggi.

1.7 Praktik Kebidanan

Praktik kebidanan adalah penerapan ilmu kebidanan dalam memberi pelayanan/ asuhan kebidanan kepada klien dengan pendekatan manajemen kebidanan.

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis, mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1.8 Asuhan Kebidanan

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

Dalam memberikan asuhan kebidanan, ada 8 prinsip dasar asuhan kebidanan yaitu di antaranya:

1. Menjaga hubungan baik antara ibu dan bidan
2. Ibu adalah fokus dalam memberikan asuhan
3. Memberikan pilihan pada ibu untuk melahirkan
4. Asuhan yang berkesinambungan
5. Bertanggung jawab dalam memberikan asuhan
6. Asuhan dasar komunitas
7. Menggunakan seluruh keterampilan
8. Memberikan asuhan yang ramah

Ruang lingkup asuhan kebidanan meliputi 24 standar yang dikelompokkan sebagai berikut:

1. Standar pelayanan umum (2 standar)
2. Standar pelayanan antenatal (6 standar)
3. Standar pertolongan persalinan (4 standar)
4. Standar pelayanan nifas (3 standar)
5. Standar penanganan kegawatdaruratan obstetric neonatal (9 standar)

Bab 2

Sejarah Perkembangan Kebidanan

2.1 Pendahuluan

Kebidanan merupakan profesi holistik pertama di dunia yang memberikan layanan berpusat pada perempuan dan praktiknya dilaksanakan secara sosial. Saat ini pendidikan maupun pelayanan kebidanan sudah mengalami perkembangan di mana faktor sosial budaya makro dan mikro memiliki peran dalam transisinya. Kekuatan organisasi sosial, konsistensi peradaban, dan produktivitas industrialisasi merupakan faktor makro sosial yang mengubah citra kebidanan dari praktik sosial menjadi profesi yang lebih berkualitas dan teratur. Faktor mikro sosial budaya seperti identitas gender, kelas sosial dan otoritas, kesadaran pengetahuan dan aksesibilitas pendidikan merupakan hal yang memengaruhi konsep asuhan kebidanan secara signifikan. Faktor sosial makro dan mikro ini saling berkaitan satu sama lain, meskipun tampaknya masing-masing memainkan peran utama berdasarkan waktu periodik tertentu.

Kebidanan adalah seni dan praktik yang menangani ibu dan anak sebagai peristiwa sosial. Hal ini membutuhkan bidan serta masyarakat untuk memahami bahwa kebidanan mempertimbangkan aspek sosial dan budaya dalam pelaksanaan asuhan kebidanan. Dengan demikian sangat disarankan

kepada bidan untuk mengetahui aspek sejarah kebidanan untuk mempertahankan pandangan globalisasi dalam kebidanan. (Barnawi, Richter and Habib, 2013)

2.2 Kebidanan di Zaman Batu

Paleolitik, Zaman Batu Tengah, & Neolitik

Periode (40.000 SM - 2000 SM)

Kehamilan dan persalinan pada era Paleolitik merupakan proses yang menuntut perempuan untuk bertahan dalam proses persalinan yang sulit dan lingkungan yang keras. Wanita mendukung diri mereka sendiri selama persalinan berdasarkan pengetahuan dan keterampilan yang mereka peroleh dari mengamati mamalia lain. Para wanita mempersiapkan persalinan dengan posisi jongkok, memotong tali pusat, inisiasi menyusui, menjaga kehangatan dan menciptakan lingkungan yang aman bagi bayi baru lahir. Hal inilah yang menjadi dasar pelaksanaan asuhan kebidanan saat ini, yaitu mendukung kelahiran normal yang alami dan aman. Pada zaman Paleolitikum, peran laki-laki terfokus pada pemeliharaan keamanan keluarga sementara perempuan melahirkan dan mengatur persalinan mereka. (Towler dan Bramall, 1986 dalam Barnawi, Richter and Habib, 2013)

Sebaliknya, pada zaman Abad Batu Tengah (40.000 SM), peran laki-laki menjadi lebih inklusif dengan memberikan bantuan untuk pasangan mereka terutama selama persalinan. Pada masa ini perempuan tua menjadi penolong utama persalinan dan secara bertahap mulai memenuhi peran bidan. Pengalaman persalinan mereka berkontribusi pada keterampilan yang terutama berfokus pada pemeliharaan lingkungan yang bersih, memberikan dukungan, mengamati kemajuan persalinan, menerima bayi baru lahir, dan memotong tali pusat (Barnawi, Richter and Habib, 2013).

2.3 Kebidanan di Zaman Kuno

2.3.1 Kebidanan di Era Alkitab (2200 – 1700 SM)

Selama era alkitabiah, kebidanan merupakan praktik sosial yang dihormati yang dilakukan oleh wanita usia subur. Peran mereka berfokus pada pengelolaan kehamilan dan persalinan normal.

Era alkitabiah merupakan periode emas dalam sejarah kebidanan di mana pemberdayaan perempuan berperan aktif dalam beberapa konsep profesionalisme pelayanan kebidanan. Pada masa ini pendekatan utama profesionalisme dalam praktik kebidanan berpusat pada keluarga. Selain hal tersebut, agama sebagai faktor mikro sosial mendorong bidan untuk mengadvokasi keadilan sosial dan perlindungan perempuan minoritas dan anak-anak mereka. (Barnawi, Richter and Habib, 2013)

2.3.2 Kebidanan Pada Era Mesir (3500 – 100 SM)

Peradaban Mesir dan konstruksi sosialnya merupakan faktor makro sosial utama yang menjadikan layanan kebidanan itu unik bagi perempuan. Kebidanan sebagai profesi artistik dan otonom didukung oleh pengetahuan yang maju dan ilmiah. Bidan Mesir lebih berorientasi klinis dibandingkan dengan bidan di era sebelumnya. Mereka mampu menentukan tanggal persalinan yang diharapkan, posisi persalinan, dan mempercepat kemajuan persalinan. Selanjutnya, bidan Mesir terkenal dalam meresepkan jamu yang diyakini dapat menjadi pengobatan, khususnya selama persalinan (Allen, 2005).

Agama dan kelas sosial, yang dibangun berdasarkan peringkat politik adalah faktor mikro-sosial utama dalam kebidanan Mesir. Misalnya, wanita dari keluarga kerajaan selalu melahirkan di rumah atau pusat persalinan di kerajaan yang biasanya melekat pada kuil. Sebaliknya, perempuan yang kurang beruntung biasanya melahirkan di atas atap rumah yang disusun dan didekorasi dengan tiang-tiang batang papyrus. Bukti menyatakan bahwa tidak ada otoritas hierarkis yang muncul antara profesional pria dan wanita selama era ini. Ini menyiratkan bahwa bidan, dukun, dan dokter bekerja secara kolaboratif berdasarkan spesialisasi mereka (Towler dan Bramall, 1986 dalam Barnawi, Richter and Habib, 2013).

2.3.3 Kebidanan Pada Era Yunani-Romawi (500 SM – 400 M)

Peradaban Yunani, dianggap sebagai salah satu faktor makro sosial utama yang menjadikan kebidanan sebagai seni dan profesi. Hal ini berfungsi sebagai sosial, otonom, dan memberikan kehormatan bagi perempuan.

Selama 500 SM, bidan digolongkan menjadi;

1. Bidan konsultan yang mengelola kasus yang sulit dan kritis.
Mereka biasanya memiliki karakter religius dan iman yang kuat, kontribusi sosial yang luas, dan latar belakang klinis yang baik
2. Praktik bidan herbalis yang biasanya membantu persalinan normal.
Mereka harus menjadi wanita yang dapat melahirkan anak sendiri dengan sehat dan memiliki pengetahuan berbagai jenis herbal agar dapat digunakan selama kelahiran.

Klasifikasi sosial ini menyoroti bahwa agama dan kelas sosial merupakan faktor mikro-sosial utama yang membentuk peran dan pengetahuan klinis bidan selama era ini. Selain itu, tampaknya "bidan-herbalis" didirikan pada zaman Yunani sebagai sub-klasifikasi dari profesi kebidanan.

Selanjutnya, peran dokter laki-laki selama era ini hanya dalam kehamilan presentasi sungsang atau kasus yang memerlukan operasi internal. Pada masa ini ada hubungan yang kuat antara identitas gender dan peningkatan pengetahuan ilmiah secara umum.

Sebaliknya, pengetahuan ilmiah kebidanan diambil dari literatur Mesir Bidan membangun keterampilannya dari tenaga ahli kebidanan yang biasanya perempuan. Bukti menunjukkan bahwa pendidikan formal hanya tersedia untuk laki-laki dan "ibu" kelas bangsawan (Lay, 2000). Oleh karena itu, dukun dan bidan perempuan awam dianiaya karena mengakses sistem pendidikan formal, dan mereka tidak diterima secara sosial dibandingkan dengan era Yunani. Pada akhir 300 SM, sikap sosial tentang bidan dan herbalis wanita berubah secara radikal. Banyak gerakan feminisme memberdayakan peran bidan dan herbalis wanita yang berjuang melawan ketidaksetaraan gender untuk mempromosikan pengetahuan ilmiah mereka. (Towler dan Bramall, 1986 dalam Barnawi, Richter and Habib, 2013)

2.3.4 Era Bizantium (400 M – 600 M)

Byzantium adalah masyarakat yang sangat terorganisir dan memiliki layanan pemerintahan dan sosial yang maju. Perkembangan organisasi sosial formal dan pelayanan kesehatan masyarakat merupakan faktor makro sosial yang berpengaruh yang mengatur kebidanan sebagai profesi formal. Misalnya, memprakarsai gagasan "rumah sakit" sebagai layanan public, layanan kesehatan membentuk kebidanan sebagai profesi sosial yang berharga bagi perempuan. Selanjutnya, bukti menyimpulkan bahwa rumah sakit kebidanan pertama berkembang selama era ini; dikelola oleh dan untuk wanita. Islam, sebagai faktor mikro sosial, pemberdayaan perempuan berperan dalam kebidanan untuk mempertahankan konsep asuhan yang berpusat pada perempuan (Meyer, 2004).

Organisasi sosial yang maju pada masa itu berdampak positif dalam membentuk kebidanan sebagai profesi yang diatur dalam sistem pelayanan kesehatan; meskipun pengetahuan ilmiah dan standar klinis kebidanan tidak meningkat selama era ini.

Bukti menunjukkan bahwa kebidanan selama era ini diambil dari budaya Romawi. Namun, keberadaan sistem perawatan kesehatan dan layanan sosial yang terorganisir membuat bidan memberikan layanan mereka dengan cara yang kompeten dan standar, tetapi tanpa program pendidikan atau pelatihan formal.

2.4 Era Abad Kegelapan & Abad Pertengahan

2.4.1 Awal Abad Pertengahan (Abad ke-5 hingga Abad ke-11)

Agama, khususnya Kristen, adalah faktor sosial utama yang membangun kehidupan sosial selama abad kegelapan, termasuk layanan kesehatan. (Marlan & Rafferty, 1997) Hal ini menunjukkan bahwa kebidanan adalah profesi yang dihargai dan dihormati secara agama.

Bukti menunjukkan bahwa perempuan hanya dapat melakukan praktik kebidanan ketika pendeta menyatakan dan mengakui status agama mereka. Dalam beberapa budaya, biarawati mempraktikkan kebidanan sebagai kewajiban agama dan mereka dikenal sebagai pekerja/dokter perempuan. Karena adanya ketidaksetaraan gender dalam hal pendidikan dan kesempatan kerja, bidan tidak memperoleh program pendidikan atau pelatihan formal (Ehrenreich and English, 2010). Peran mereka berfokus pada menilai dan mengelola rasa sakit selama persalinan, dan mempertahankan status higienis dan kenyamanan ibu dan bayi baru lahir.

2.4.2 Abad Pertengahan Tinggi (Abad ke-12 hingga Abad ke-16)

Di seluruh Inggris, Eropa, sebagian Amerika Utara, dan Skotlandia, bidan secara sosial terpinggirkan dan benar-benar dikucilkan. Banyak dukun dan bidan wanita dihukum dan disiksa dengan cara dibakar atau digantung sebagai bidan atau dukun. Hal ini dilakukan berdasarkan otoritas raja dan gereja abad pertengahan untuk menekan persaingan medis profesi baru dokter pria. Selain itu, ketidaksetaraan gender yang menghalangi perempuan dari pendidikan formal memarginalkan bidan. Misalnya, Jacoba Felicie, yang adalah seorang bidan dan penyembuh Prancis yang terampil, pada tahun 1322 secara hukum dikecam karena melakukan praktik kedokteran dan kebidanan tanpa izin. (Ehrenreich and English, 2010) Ini menunjukkan bahwa otoritas patriarki dan gerakan maskulinitas memiliki dampak langsung dalam membentuk kebidanan selama abad kegelapan.

2.5 Era Modern

2.5.1 Kebidanan dan Men-Wifery (Abad ke-17 hingga ke-18)

Sepanjang abad ketujuh belas dan kedelapan belas, tren instrumen bedah dan pendidikan kedokteran memperkenalkan laki-laki dalam kebidanan (men-Wifery). Pada abad ketujuh belas, ahli bedah juga menolong banyak kelahiran terutama untuk menangani kasus gawat darurat. Pada tahun 1750-an, bidan laki-laki terlibat dalam sistem lisensi kebidanan. (Kontoyannis and Katsetos,

2011). Padahal, mereka kontroversial dan dipertanyakan pada awalnya, dan mereka dianggap menyimpang dan tidak pantas. (Ehrenreich and English, 2010) Persepsi sosial ini berubah secara radikal karena reputasi positif yang mereka buat dalam mengelola persalinan normal dengan bayi baru lahir hidup dan sehat (Kontoyannis and Katsetos, 2011).

Pada awal abad kedelapan belas, jumlah bidan pria meningkat; oleh karena itu sistem klasifikasi menjadikan wanita yang menolong persalinan sebagai bidan sedangkan pria sebagai dokter kandungan (Evenden., 2000). Mereka diistimewakan secara akademis dibandingkan dengan bidan perempuan karena mereka mengikuti pendidikan dan pelatihan. Keterampilan mereka yang maju dalam menggunakan instrumen selama persalinan dan kualifikasi mereka menandakan perkembangan ilmiah dalam kebidanan (Kontoyannis and Katsetos, 2011).

2.5.2 Kebidanan dan Keperawatan Pada Zaman Modern

1. INGGRIS DAN EROPA

Di Inggris kegiatan pelatihan dan registrasi bidan mulai teratur sejak tahun 1902. Pada tahun 1916 banyak perawat mengikuti kursus kebidanan sehingga tahun 1930 mereka teregistrasi masuk dikebidanan. Pelayanan kebidanan banyak dilaksanakan oleh bidan praktik swasta.

Undang-Undang Kebidanan diterima pada tahun 1952, dan Central Midwives Board (CMB) dibentuk untuk mengatur pendaftaran bidan. (Marland and Rafferty, 1997). Pada pertengahan tahun 1980 sekitar 10 orang bidan membuka praktek secara mandiri dan 10 tahun kemudian bertambah sekitar 32 bidan. Semakin berkembang dan tahun 1991 sekitar 44 bidan, dan pada tahun 1994 sekitar 80 dari 100 bidan bergabung dalam independent midwives association. Ada beberapa hal yang menjadi alasan bidan di Inggris melaksanakan praktik secara mandiri, yakni: 1. menolak persalinan dengan tindakan medis (medicalisasi), 2. keterbatasan penyediaan perawatan yang memuaskan dalam National Health Service (NHS), 3. pengurusan status bidan sebagai praktisi, 4. memberikan kesempatan kepada bidan untuk pelaksanaan pertolongan persalinan di rumah sesuai pilihan ibu.

Di Inggris, pendidikan kebidanan adalah: 1. high school + 3 tahun, 2. Nurse + 18 bulan. Sebagian besar bidan di Negara ini adalah lulusan diploma.

Perkembangan pendidikan sejak tahun 1995 sudah meluluskan sarjana kebidanan dengan dasar SMU + 3-4 tahun

Terlepas dari terbatasnya ruang lingkup praktik kebidanan, ada 17.512 orang yang berhasil praktik; 4531 siswa reguler dan 4253 perawat terdaftar dilatih dan lulus pendidikan bidan(CMB, 1953).

2. AMERIKA SERIKAT DAN KANADA

Di Amerika Serikat, kebidanan pada awalnya dimajukan oleh:

- a. William Harley (1578-1657). Meneliti fisiologi plasenta dan selaput janin, dan menemukan fungus plasenta serta selaput janin. Hal ini yang diketahui hingga kini.
- b. Arantius, seorang guru besar asal Italia yang menemukan *ductus Arantii*/pembuluh darah pada janin yang menghubungkan *vena umbilicalis* dan *vena cava inferior*. *Ductus Arantii* akan tertutup saat anak sudah lahir dan kemudian menjadi jaringan
- c. Fallopius, guru besar asal Italia. Fallopius menemukan saluran sel telur yang terletak antara uterus dan ovarium yang dikenal dengan Tuba Fallopii
- d. Boudelocque, asal Perancis (1745-1810) menemukan pengetahuan tentang panggul termasuk ukuran-ukuran panggul. Salah seorang murid Boudelocque adalah William Potts Dewees. Awalnya beliau mengikuti James Llyod sebagai professor Kebidanan di Universitas Pennsylvania Amerika Serikat, selanjutnya belajar ke Perancis, terutama tentang panggul. Di Amerika Serikat beliau menyampaikan pelajaran mengenai panggul, hingga sebutannya Boudelocque Amerika. Selain itu beliau menyusun buku tentang:
 - 1) Panggul sebagai dasar dalam kebidanan
 - 2) Posisi persalinan dapat dilakukan dengan tidur telentang dan posisi dorsal recumbent
 - 3) Pemasangan forcep
- e. Hugh L. Hodge menemukan bidang Hodge yaitu ukuran panggul bagian dalam untuk mengetahui penurunan kepala janin. Selain bidang panggul, beliau juga memberitahukan tentang:

- 1) Letak *vertex*/belakang kepala janin
- 2) Mekanisme letak sungsang
- 3) Pemasangan *forcep* harus disamping kepala anak, terkecuali bila kepala jnin masih tinggi atau melintang
- 4) *Inwendige correctie* sebelum memasang cunam
- 5) Pembagian turunnya kepala dengan bidang-bidang dalam panggul.

Di Kanada, kebidanan diperkenalkan kembali sebagai profesi yang diatur, otonom, didanai publik di sebagian besar provinsi selama tahun 1990-an. Pengalaman bidan sangat penting dalam kebidanan Kanada. Oleh karena itu, bidan yang berpraktik diwajibkan untuk menyerahkan portofolio yang memenuhi persyaratan peraturan. Pendidikan dan pelatihan kebidanan menjadi perhatian utama di Kanada; memiliki berbagai jenis program pendidikan yang memenuhi pendekatan homebirth dan aspek sosial melahirkan. Misalnya, program direct entry sarjana kebidanan ada di enam provinsi. Tujuan utama kebidanan di Kanada adalah mempertahankan globalisasi dalam kebidanan dan mempertahankan aspek tradisional melahirkan (O'Brien, 2012). Undang-undang kebidanan saat ini di sebagian besar provinsi Kanada membawa bidan ke arus utama perawatan kesehatan dengan pendanaan universal untuk layanan.

3. BELANDA

Pendidikan bidan di negara Belanda dilaksanakan secara terpisah dari pendidikan keperawatan. Secara tegas sejak awal, Belanda berpendapat bahwa disiplin keilmuan bidan dan perawat adalah berbeda. Secara umum perawat bekerja di rumah sakit dengan hirarki kerja dibawah pengawasan namun bidan bekerja secara mandiri di komunitas atau masyarakat. Pada tahun 1861 telah dibuka pendidikan akademi bidan di RS Universitas Amsterdam. Berikutnya pada tahun 1882 pendidikan kebidanan di Rotterdam dan ketiga pada tahun 1913 di Heerlen. Awalnya lama pendidikan hanya 2 tahun, kemudian menjadi 3 tahun dan mulai tahun 1994 lama pendidikan 4 tahun. Bidan di Belanda memiliki tugas pokok memberikan asuhan normal dan melakukan rujukan ke dokter ahli kebidanan apabila terdapat kasus yang abnormal.

4. AUSTRALIA

Australia pernah mengalami titik perubahan besar dalam sejarah pendidikan kebidanan. Seorang bidan merupakan seorang perawat yang terlegislasi dengan kualifikasi kebidanan. Akibatnya syarat untuk menjadi bidan yang teregistrasi adalah harus terlebih dahulu terdaftar sebagai perawat.

Pada awal tahun 1990, kebidanan swasta di Australia berada pada masa kritis sehingga perlu berjuang untuk bertahan pada waktu perubahan besar tersebut.

3 faktor yang ditentang saat itu adalah:

- a. *Medical* yang dominan
- b. Bertentangan dengan profesi keperawatan
- c. Peran bidan tidak mengabaikan komunitas.

Di Australia Profesi keperawatan menolak hak bidan sebagai profesi yang berbeda. Dengan semangat militan para bidan termotivasi untuk mencapai kembali hak-hak dan wewenang mereka dalam menolong persalinan. Pendidikan bidan dengan dasar perawat + 2 tahun. Sejak tahun 2000 telah dibuka University of Technology of Sydney yaitu S2 (Doctor Of Midwifery)

5. SPANYOL

Profesi bidan telah lama ada di Spanyol. Pada tahun 1752 telah ada syarat bahwa bidan harus lulus ujian. “A Short Treatise on the Art Of Midwifery” adalah materi ujian pendidikan bidan saat itu. Bidan dipersiapkan untuk bekerja secara mandiri di komunitas khususnya dikalangan petani dan buruh. Bidan tidak memiliki kewenangan dalam pemberian obat-obatan dan tidak dapat melaksanakan tindakan dengan menggunakan alat-alat kedokteran.

Tahun 1932 pendidikan bidan secara resmi menjadi *School of Midwife*.

Tahun 1942 sebuah RS St. Cristina menerima para ibu yang akan melahirkan, sehingga dibutuhkan tenaga bidan yang lebih banyak. Untuk alasan penyesuaian kurikulum dengan ketentuan negara Eropa, maka antara tahun 1987-1988 untuk sementara pendidikan kebidanan ditutup.

6. DENMARK

Denmark adalah salah satu Negara yang menyatakan bahwa profesi bidan tersendiri. Pada tahun 1787 Pendidikan bidan dimulai dan mereka merayakan 200 tahun berdirinya sekolah bidan pada tahun 1987.

Setiap tahun pendidikan bidan di Denmark menerima 40 siswa dengan lama pendidikan 3 tahun direct entry. Pada tahun 1973 disusun pedoman praktek bagi bidan dengan mengelompokkan klien dari berbagai risiko. Namun hal ini menyebabkan masalah karena belum ada kejelasan batasan risiko rendah dan risiko tinggi. Hingga pada tahun 1990 terdapat perubahan pedoman baru yang tidak menyinggung risiko. Pelayanan ditekankan pada kesehatan non invansi care.

7. NEW ZEALAND

Sejak tahun 1904, wanita tukang sihir telah dikenal sebagai bagian dari maternal. Tahun 1970 New Zealand telah melaksanakan medicalisasi kehamilan. Sejak tahun 1971 mulai diterapkan tindakan keperawatan pada setiap ibu hamil. Adanya dukungan terhadap gerakan feminis, banyak ibu hamil yang memilih untuk bersalin di rumah. Pada tahun 1978 dibentuklah komunitas home birth di Auckland. Pada awalnya jumlah anggota 150 orang dan menjadi organisasi nasional yaitu NZNA (New Zealand Nurses Association) selama 2 tahun.

Tahun 1986 homebirth sangat berpengaruh untuk menentang tindakan medis yang telah ditetapkan, dan pada tahun 1986 secara resmi menteri kesehatan mengakui homebirth. Saat ini NZNA telah membuat kemajuan berarti dalam menetapkan konsep umum perawatan kesehatan keluarga secara kontinue menyediakan layanan yang dimulai dari kelahiran sampai meninggal.

2.6 Sejarah Perkembangan Pendidikan Kebidanan di Indonesia

Di Indonesia, pendidikan dan pelayanan kebidanan berjalan seiring dalam memenuhi kebutuhan masyarakat.

1. Pendidikan bidan dimulai saat era penjajahan Hindia Belanda (tahun 1851). DR. W. Bosch seorang dokter militer yang berasal dari Belanda membuka pendidikan bidan bagi perempuan pribumi di Batavia. Pendidikan ini berlangsung tidak lama oleh karena kurangnya peserta didik disebabkan adanya larangan bagi perempuan untuk keluar rumah.
2. Pada tahun 1902 dibuka kembali Pendidikan bidan bagi perempuan pribumi di Rumah Sakit Militer di Batavia. Kemudian pendidikan bidan dibuka di Makasar pada tahun 1904 dengan syarat lulusan pendidikan ini wajib bersedia ditempatkan di wilayah Indonesia yang membutuhkan bantuan.
3. Tahun 1911/1912 secara terencana mulai dibuka pendidikan tenaga keperawatan di CBZ (RSUP) Semarang dan Batavia. Calon peserta didik yang diterima dari HIS (SD 7 Tahun) ditambah pendidikan keperawatan selama 4 tahun dan awalnya hanya menerima siswa pria.
4. Tahun 1914 merupakan awal pertama diterimanya peserta didik wanita, dan bagi siswa perawat wanita yang lulus dapat meneruskan kependidikan bidan selama 2 tahun. Bagi perawat pria boleh melanjutkan pendidikan keperawatan lanjutan dalam waktu dua tahun.
5. Tahun 1935-1938 Pemerintah Colonial Belanda mulai mengajar bidan lulusan Mulo (setingkat SLTP bagian B) dan bersamaan di beberapa Kota besar lainnya juga dibuka sekolah bidan, antara lain: RSB mardi Waluyo di Semarang RSB Palang Dua, dan di Jakarta Rumah Sakit Bersalin Budi Kemulyaan,. Pada saat itu diterbitkan peraturan yang membedakan lulusan bidan menurut latar belakang pendidikan.

- a. Bidan kelas satu: Bidan dengan latar pendidikan Mulo dan pendidikan bidan 3 tahun
 - b. Bidan kelas dua: Bidan lulusan perawat
- Perbedaan ini berkaitan dengan upah pokok dan tunjangan bagi bidan Tahun 1550-1953 Dibuka pendidikan kebidanan dari lulusan SMP (usia minimal 17 tahun) yang berlangsung selama 3 tahun. Memperhatikan tenaga penolong persalinan cukup banyak sehingga dibuka sekolah pembantu bidan atau Penjenang Kesehatan E atau pembantu bidan. Tahun 1976 pendidikan tersebut ditutup. Siswa PK/E adalah SMP + 2 tahun. Lulusan PK/E mayoritas meneruskan pendidikan bidan selama 2 tahun.
6. Tahun 1953, di Yogyakarta dibuka kursus tambahan bidan (KTB) dengan waktu antara 7-12 minggu. Kemudian KTB dipindahkan ke Jakarta pada tahun 1960 dengan tujuan untuk memperkenalkan perkembangan program kesehatan ibu dan anak dalam pelayanan kesehatan masyarakat kepada lulusan bidan, agar menjadi bidan di BKIA dalam mengawali tugasnya. Akan tetapi pada tahun 1967 KTB ditutup.
 7. Tahun 1954 di Bandung dibukalah sekolah guru bidan bersama-sama dengan perawat kesehatan masyarakat dan guru perawat. Awalnya lama pendidikan berlangsung satu tahun lalu menjadi 2 tahun dan akhirnya selama 3 tahun. Awal tahun 1972, institusi pendidikan ini digabung menjadi Sekolah Guru Perawat (SGP). Sekolah ini menerima lulusan sekolah bidan dan sekolah perawat.
 8. Tahun 1970 mulai diadakan program pendidikan bidan dari lulusan sekolah pengatur rawat (SPR) + 2 tahun pendidikan bidan atau disebut Sekolah Pendidikan Lanjutan Jurusan Kebidanan (SPLJK).
 9. Tahun 1974 terdapat 24 kategori/jenis tenaga kesehatan menengah dan bawah, karena terlalu banyak maka Depkes melaksanakan penyederhanaan pendidikan tenaga kesehatan non sarjana. Setelah bidan ditutup dan dibukalah Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) yang bertujuan untuk menyediakan tenaga multi porpose dilapangan dengan salah satu tugasnya sebagai penolong persalinan normal. Akan

tetapi karena adanya perbedaan falsafah dan kurikulum khususnya yang berkaitan dengan kompetensi bidan, SPK dianggap tidak berhasil.

10. Tahun 1975-1984 Pendidikan bidan ditutup, akibatnya tidak ada lulusan bidan dalam 10 tahun. Namun organisasi profesi (Ikatan Bidan Indonesia) tetap ada.
11. Tahun 1981 dibuka pendidikan Diploma I Kesehatan Ibu dan Anak dan hanya berlangsung 1 tahun serta tidak diberlakukan oleh seluruh institusi. Tahun 1985 kembali dibuka program pendidikan bidan yang disebut dengan PPB. Pendidikan ini menerima lulusan SPR dan SPK. Ketika itu dibutuhkan bidan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana di komunitas. Pendidikan selama 1 tahun dan lulusannya akan dikembalikan kepada institusi pengirim.
12. Tahun 1989 secara nasional dibuka program pendidikan bidan yang memperbolehkan lulusan SPK untuk masuk program pendidikan bidan yang dikenal dengan program pendidikan bidan A (PPB/A). Pendidikan berlangsung selama 1 tahun dan lulusannya ditempatkan di desa-desa, agar memberikan pelayanan kesehatan khususnya pada ibu dan anak di daerah pedesaan untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga dan menurunkan mortalitas ibu dan anak. Pemerintah menempatkan bidan di setiap desa sebagai PNS golongan II. Sejak tahun 1996 status bidan di desa sebagai pegawai tidak tetap (PTT) dengan kontrak selama 3 tahun oleh pemerintah, dan kemudian boleh diperpanjang lagi dua kali tiga tahun.
13. Adanya penempatan bidan ini mengakibatkan orientasi sebagai tenaga kesehatan mengalami perubahan. Bidan harus dipersiapkan dengan baik, selain kemampuan klinik juga harus memiliki kemampuan untuk melakukan komunikasi dan konseling serta kemampuan untuk menggerakkan masyarakat desa untuk hidup sehat. Program Pendidikan Bidan (A) yang diselenggarakan ternyata tidak memiliki kompetensi yang diharapkan menjadi bidan profesional. Hal ini karena lama pendidikan terlalu singkat dalam kurun waktu

satu tahun akademik dan jumlah peserta yang terlalu besar, akibatnya kesempatan peserta didik untuk praktik klinik kebidanan menjadi berkurang.

14. Tahun 1993 Program pendidikan bidan B (PBB/B) dibuka, di mana peserta didiknya lulusan AKPER dengan durasi pendidikan selama 1 tahun. pendidikan ini bertujuan untuk menyiapkan tenaga pengajar pada PPB A. Hasil penelitian terhadap kemampuan klinik kebidanan dari lulusan masih belum menunjukkan kompetensi yang diharapkan. Program pendidikan ini hanya ada 2 angkatan (1995 dan 1996) kemudian ditutup.
15. Tahun 1993 juga dibuka pendidikan bidan program C (PPB/C) yang mendidik lulusan SMP. Diadakan di 11 provinsi yaitu Aceh, Lampung, Riau dan Bengkulu untuk wilayah Sumatera. Kalimantan Timur, Kalimantan Selatan dan Kalimantan Barat untuk wilayah selatan. Nusa Tenggara Timur, Maluku, Sulawesi Selatan dan Irian Jaya. Lama pendidikan ini membutuhkan kurikulum 3700 jam yang diselesaikan selama 3 tahun atau 6 semester.
16. Sejak tahun 1994-1995 pemerintah menyelenggarakan uji coba pendidikan bidan jarak jauh (Distance Learning) di provinsi Jawa Tengah, Jawa Timur dan Jawa Barat. Kebijakan ini bertujuan memperluas cakupan upaya peningkatan kualitas tenaga kesehatan agar terlaksana peningkatan kualitas pelayanan kesehatan.
17. Tahun 1996 IBI bekerjasama dengan Depkes dan American College of Nursing Midwife (ANCM) serta Rumah Sakit swasta untuk menyelenggarakan training of trainer kepada anggota IBI untuk LSS yang kemudian menjadi tim pelatihan inti LSS di PP IBI.
18. Tahun 1995-1998 IBI bekerja langsung dengan Mother Care melakukan pelatihan dan peer review bagi bidan Rumah Sakit, bidan di Puskesmas, dan bidan di desa di Provinsi Kalimantan selatan.
19. Tahun 2000 terdapat tim pelatih Asuhan Persalinan Normal (APN) yang dikoordinasikan oleh Maternal Neonatal Health (MNH) dan sampai sekarang telah melatih APN di berbagai provinsi/kabupaten. Pelatihan LSS dan APN berlaku juga untuk guru maupun dosen

pendidikan Kebidanan. Selain pendidikan formal dan pelatihan, untuk meningkatkan kualitas layanan maka diadakan seminar dan workshop.

20. Memperhatikan besarnya tanggung jawab bidan dalam melayani masyarakat, maka pemerintah bersama dengan organisasi profesi bidan telah berupaya menyelenggarakan pendidikan bagi bidan untuk dapat menghasilkan bidan yang berkualitas dan profesional.
21. Guna memenuhi kebutuhan masyarakat maka tahun 1996 dibuka pendidikan diploma III kebidanan. Ditetapkan melalui SK Menteri Pendidikan dan Kebudayaan RI No. 009/U/1996 di enam provinsi. Calon peserta didik adalah lulusan SMA.
22. Pada tahun 2001 di Indonesia tercatat 65 institusi yang menyelenggarakan pendidikan diploma III kebidanan yang sangat diminati oleh masyarakat. Berkaitan dengan hal tersebut sebaiknya pihak terkait seperti organisasi profesi melakukan studi terhadap hal ini dan menyampaikan masukan kepada pihak berwenang agar membatasi pemberian izin pendirian pendidikan D.III kebidanan dan DIV Bidan pendidik. Oleh karena jumlah institusi pendidikan yang banyak maka masalah yang dihadapi antara lain adalah jumlah dosen maupun wahana praktik serta kasus yang terbatas. Solusi untuk kondisi ini maka sejak tahun 2000 dibukalah Program D.IV bidan pendidik di fakultas kedokteran Universitas Gajah Mada (UGM) Yogyakarta. Lama pendidikan dua semester dan program yang sama ada di UNPAD (2001), USU (2004) dan STIKES Ngudi Waluyo Semarang, serta STIKIM Jakarta (2003).

Masa studi untuk D.IV bidan pendidik adalah dua tahun dengan beban kurikulum adalah materi profesi kebidanan kurang lebih 60 % dan 40 % materi kependidikan. Sebenarnya hal ini belum memenuhi ketentuan yang ditetapkan oleh Depdiknas bahwa kualifikasi dosen minimal DIV dan S1 Kebidanan dan menjadi pendidik perlu ditambah lagi dengan kemampuan kependidikan. Memperhatikan permasalahan ini maka dirasa perlu untuk merancang pendidikan DIV Kebidanan kilinis dan S1 Kebidanan. Saat ini Pendidikan bidan telah sampai tahap magister dan beberapa bidan telah mencapai gelar Doktor yang selanjutnya kita tetap optimis untuk perkembangan pendidikan dan juga karir bidan (Yulizawati, 2021).

Bab 3

Paradigma Asuhan Kebidanan

3.1 Pendahuluan

Bab ini mempelajari tentang paradigma asuhan kebidanan, diharapkan mampu memahami apa itu paradigma dalam memberikan asuhan kebidanan. Bab ini menguraikan pengertian paradigma, komponen paradigma, pelayanan paradigma, macam-macam paradigma, paradigma kebidanan dan asuhan kebidanan, serta manfaat paradigma dan keterkaitannya dengan pelayanan kebidanan.

Upaya untuk menentukan derajat kesehatan suatu bangsa ditandai dengan tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Hal ini merupakan suatu fenomena yang mempunyai pengaruh besar terhadap keberhasilan pembangunan kesehatan. Masalah Kesehatan Anak dan Ibu adalah masalah internasional yang penanganannya termasuk dalam *Sustainable Development Goals* (SDG's) (Kemenkes, 2020).

Adapun upaya yang dilakukan untuk menurunkan AKI adalah dengan menjamin seluruh ibu dapat menjangkau pelayanan kesehatan yang optimal yakni, menganjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan kehamilan ke tenaga kesehatan, proses persalinan sampai dengan pelayanan keluarga berencana harus di lakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih dan terampil. Jika terjadi

komplikasi maka segera dilakukan perujukan ke fasilitas yang lebih tinggi dengan segera mungkin sesuai tujuan pembangunan SDG's (Susiana, 2019).

Kementerian Kesehatan (Kemenkes) melakukan transformasi sistem Kesehatan termasuk pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi dengan pendekatan 6 pilar, salah satunya pilar transformasi layanan primer yang bertujuan untuk menciptakan calon ibu sehat melalui upaya kesehatan berbasis masyarakat seperti (Kemenkes, 2020):

1. Mempersiapkan ibu layak hamil,
2. Terdeteksi komplikasi kehamilan sedini mungkin di pelayanan kesehatan,
3. Persalinan di Fasilitas Kesehatan dan
4. Pelayanan untuk bayi yang dilahirkan. Program lain yang sudah terjalani sampai saat ini yaitu Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) ke puskesmas di kabupaten/kota

Bidan sebagai pemberi pelayanan kebidanan merupakan ujung tombak dalam menurunkan AKI. Salah satu kontribusi menurunkan AKI adalah dengan memberikan pelayanan kebidanan yang berkualitas. Keberhasilan pelayanan tersebut dipengaruhi oleh pengetahuan, keyakinan, pemahaman dan cara pandang Bidan dalam kaitan atau hubungan timbal balik antara manusia/wanita, kesehatan (lingkungan, pelayanan kebidanan, perilaku dan keturunan) (Kemenkes, 2020).

3.2 Pengertian Paradigma

Istilah paradigma pertama kali diperkenalkan oleh Thomas Kuhn (1962) kemudian dipopulerkan oleh Robert Friedrichs (1970). Menurut Kuhn, paradigma adalah melihat realitas sosial yang dibangun oleh suatu gagasan atau penelitian tertentu, yang menghasilkan suatu jenis pengetahuan tertentu (Various Knowledge). Robert Friedrichs, menegaskan kembali definisi ini sebagai pandangan disiplin dasar tentang apa yang menjadi inti dari persoalan yang diteliti. Konsep lain dikemukakan ketika George Ritzer (1980) menggambarkan paradigma sebagai pandangan dasar yang dipegang oleh para

ilmuwan tentang akar permasalahan apa yang akan dipelajari oleh salah satu cabang atau bidang ilmu pengetahuan (Salim A, 2016) (Adams J, 2016).

Paradigma berasal dari bahasa Latin/Yunani, paradigma yang berarti model/pola. Paradigma juga berarti pandangan hidup, pandangan suatu disiplin ilmu/profesi. Pandangan fundamental tentang persoalan dalam suatu cabang ilmu pengetahuan. Paradigma adalah suatu pandangan global yang dianut oleh mayoritas anggota suku kelompok ilmiah (Astuti, E.W, 2016).

Menurut kamus besar bahasa Indonesia, paradigma adalah kerangka berfikir. Paradigma kebidanan adalah suatu cara pandang bidan dalam memberi pelayanan. Keberhasilan bidan dalam bekerja/memberikan pelayanan berpegang pada paradigma, berupa pandangan terhadap manusia/perempuan, lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan cara pandang bidan atau hubungan timbal balik antara manusia, lingkungan, perilaku, pelayanan kebidanan dan keturunan. Asuhan Kebidanan adalah rangkaian kegiatan yang didasarkan pada proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh Bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat Kebidanan. (Kemenkes, 2020)

3.3 Komponen Paradigma

Bidan dalam bekerja memberikan pelayanan keprofesiannya berpegang pada paradigma, berupa pandangan terhadap manusia/perempuan, lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan/kebidanan dan keturunan.

Komponen dan paradigma dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 3.1: Komponen Paradigma Kebidanan (Mufdlilah, Hidayat and Kharimaturrahmah, 2012)

3.3.1 Manusia/Wanita

Manusia adalah makhluk *bio-psiko-sosio-kultural* yang utuh dan unik, mempunyai kebutuhan dasar yang unik dan bermacam-macam sesuai dengan tingkat perkembangan. Manusia/wanita punya siklus tumbuh dan berkembang. Mempunyai kemampuan untuk mengatasi perubahan dunia (kemampuan dari lahir atau belajar dari lingkungan). Wanita memiliki kecenderungan untuk mempertahankan keseimbangan *Homeostatis* dan beradaptasi dengan lingkungan. Wanita sebagai penerus generasi, sehingga keberadaan wanita yang sehat jasmani, rohani, dan sosial sangat diperlukan. Wanita sebagai sumber daya insani memiliki peran sebagai pendamping, pengelola, pencari nafkah, penerus generasi dan pendidik. Memenuhi kebutuhan melalui serangkaian peristiwa belajar. Mempunyai kapasitas berpikir, belajar merasionalisasi, berkomunikasi dan mengembangkan budaya serta nilai-nilai, mampu berjuang untuk mencapai tujuan. Kualitas manusia sangat ditentukan oleh keberadaan/ kondisi perempuan/ Ibu dalam keluarga. Sedangkan keberadaan wanita di masyarakat adalah penggerak dan pelopor peningkatan kesejahteraan keluarga. Peran bidan dalam individu dan masyarakat (Tajmiati, Astuti and Suryani, 2020):

1. Menolong individu mengatasi dan beradaptasi terhadap perubahan lingkungan
2. Membawa perubahan tingkah laku yang positif
3. Merencanakan perawatan yang bersifat individual
4. Mengetahui budaya-budaya yang berkembang dalam masyarakat
5. Menerapkan pendekatan komprehensif

3.3.2 Lingkungan

Lingkungan merupakan semua yang terlibat dalam interaksi individu pada waktu melaksanakan aktivitasnya, baik lingkungan fisik, psikososial, biologis maupun budaya. Lingkungan menjadi persyaratan yang penting agar kesehatan ibu dapat terjaga. Penyesuaian ibu terhadap lingkungan sekitarnya serta tempat tinggal yang memadai juga menunjang kesehatan ibu (Miratu et al., 2019).

Lingkungan Fisik, terdiri dari semua benda-benda mati yang berada disekitar kita. Wanita merupakan bagian dari keluarga serta unit dari komunitas. Keluarga bisa memengaruhi dan dipengaruhi oleh lingkungan.

Budaya, meliputi sosial-ekonomi, pendidikan, dan kebudayaan. Lokasi tempat tinggal keluarga sangat menentukan derajat kesehatan ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas.

Psikososial, ibu terlibat dalam interaksi antara keluarga, kelompok dan masyarakat. Keberadaan yang sehat jasmani, rohani dan sosial sangat diperlukan karena memiliki 5 peran penting dalam keluarga. Keluarga dapat menunjang kebutuhan sehari-hari dan memberikan dukungan emosional kepada ibu sepanjang siklus kehidupannya. Keadaan sosial ekonomi, pendidikan, kebudayaan dan lokasi tempat tinggal keluarga sangat menentukan derajat kesehatan reproduksi perempuan.

Biologis, meliputi genetika, biomedik. Manusia merupakan susunan sistem organ tubuh yang mempunyai kebutuhan untuk mempertahankan hidupnya

3.3.3 Perilaku

Perilaku sehat merupakan hasil seluruh pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya, yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Perilaku manusia bersifat holistik (menyeluruh). Sehat menurut WHO adalah suatu keadaan yang sempurna baik fisik, mental dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan. Sehat bukan merupakan suatu kondisi tetapi merupakan suatu proses, yaitu proses adaptasi individu yang tidak hanya terhadap fisik tetapi juga terhadap lingkungan sosial.

Karakteristik sehat merefleksikan perhatian pada individu sebagai manusia, memandang sehat dalam konteks eksternal dan internal. Sehat diartikan sebagai hidup yang kreatif dan produktif (Tajmiati, Astuti and Suryani, 2020).

Perilaku ibu hamil akan memengaruhi kehamilannya. Perilaku ibu dalam mencari penolong persalinan akan memengaruhi kesejahteraan ibu dan janin yang akan dilahirkannya. Demikian pula perilaku ibu pada masa nifas akan memengaruhi kesehatan ibu dan bayinya. Dengan demikian, perilaku ibu dapat memengaruhi kesejahteraan ibu dan bayinya. Ibu yang memiliki pengetahuan dan pengalaman serta selalu melakukan hubungan atau interaksi dengan lingkungannya maka akan mendapat informasi dalam menjaga kesehatannya (Astuti, E.W, 2016).

3.3.4 Pelayanan Kebidanan

Pelayanan kebidanan adalah bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan yang telah terdaftar (teregister) yang dapat dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau rujukan. Pelayanan kebidanan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, yang diarahkan untuk mewujudkan kesehatan keluarga, sesuai dengan kewenangan dalam rangka tercapainya keluarga kecil bahagia, berkualitas dan sejahtera. Sasaran pelayanan kebidanan adalah individu, keluarga, dan masyarakat yang meliputi upaya peningkatan, pencegahan, penyembuhan dan pemulihan (Astuti, E.W, 2016).

Pelayanan kebidanan dapat dibedakan menjadi (Miratu et al., 2019):

1. Layanan Primer ialah layanan bidan yang sepenuhnya menjadi tanggung jawab bidan.
2. Layanan Kolaborasi adalah layanan yang dilakukan oleh bidan sebagai anggota tim yang kegiatannya dilakukan secara bersamaan atau sebagai salah satu dari sebuah proses kegiatan pelayanan kesehatan.
3. Layanan Rujukan adalah layanan yang dilakukan oleh bidan dalam rangka rujukan ke sistem layanan yang lebih tinggi atau sebaliknya yaitu pelayanan yang dilakukan oleh bidan dalam menerima rujukan dari dukun yang menolong persalinan, juga layanan yang dilakukan oleh bidan ke tempat/ fasilitas pelayanan kesehatan lain secara horizontal maupun vertikal atau meningkatkan keamanan dan kesejahteraan ibu serta bayinya.

Perilaku profesional dari bidan mencakup (Astuti, E.W, 2016):

1. Dalam melaksanakan tugasnya, berpegang teguh pada filosofi etika profesi bidan dan aspek legal
2. Bertanggung jawab dan mempertanggungjawabkan keputusan klinis yang dibuatnya
3. Senantiasa mengikuti perkembangan pengetahuan dan keterampilan mutakhir secara berkala

4. Menggunakan pencegahan universal untuk mencegah penularan penyakit dan strategi pengendalian infeksi
5. Menggunakan konsultasi dan rujukan yang tepat selama memberi asuhan kebidanan
6. Menghargai dan memanfaatkan budaya setempat sehubungan dengan praktik kesehatan, kehamilan, kelahiran, periode pasca persalinan bayi baru lahir dan anak

Ruang Lingkup Standar Pelayanan Kebidanan meliputi 24 standar yaitu (Kementerian Kesehatan RI, 2020):

1. Standar pelayanan umum (2 standar)
 - a. Standar 1 Persiapan untuk kehidupan keluarga sehat
 - b. Standar 2 Pencatatan dan Pelaporan
2. Standar pelayanan antenatal (6 standar)
 - a. Standar 3 Identifikasi Ibu hamil
 - b. Standar 4 Pemeriksaan dan pemantauan antenatal
 - c. Standar 5 Palpasi Abdomen
 - d. Standar 6 Pengelolaan Anemia pada Kehamilan
 - e. Standar 7 Pengelolaan Dini Hipertensi pada Kehamilan
 - f. Standar 8 Persiapan Persalinan
3. Standar pertolongan persalinan (4 standar)
 - a. Standar 9 Asuhan Persalinan Kala I
 - b. Standar 10 Persalinan Kala II Yang Aman
 - c. Standar 11 Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala Tiga
 - d. Standar 12 Penanganan kala II dengan gawat janin melalui episiotomi
4. Standar pelayanan nifas (3 standar)
 - a. Standar 13 Perawatan Bayi Baru Lahir
 - b. Standar 14 Penanganan Pada Dua Jam Pertama Setelah Persalinan
 - c. Standar 15 Pelayanan Bagi Ibu Dan Bayi Pada Masa Nifas

5. Standar penanganan kegawatdaruratan obstetri-neonatal (9 standar)
 - a. Standar 16 Penanganan Perdarahan Dalam Kehamilan, Pada Tri-mester III
 - b. Standar 17 Penanganan Kegawatan Pada Eklamsia
 - c. Standar 18 Penanganan Kegawatan Pada Partus Lama/Macet
 - d. Standar 19 Persalinan dg penggunaan Vakum Ekstraktor
 - e. Standar 20 Penanganan Retensio Plasenta
 - f. Standar 21 Penangan Perdarahan Postpartum Primer
 - g. Standar 22 Penanganan Perdarahan Postpartum Sekunder
 - h. Standar 23 Penanganan Sepsis Puerperalis
 - i. Standar 24 Penanganan Asfiksia Neonatorum

3.3.5 Keturunan

Keturunan merupakan salah satu faktor yang menentukan kualitas manusia. Manusia yang sehat dilahirkan oleh ibu yang sehat. Hal ini menyangkut kesiapan wanita sebelum perkawinan, sebelum kehamilan (konsepsi), hamil kelahiran dan nifas. Walaupun bisa berjalan dengan fisiologis dan normal, bisa juga berubah menjadi patologis (Tajmiati, Astuti and Suryani, 2020).

3.4 Pelayanan Kebidanan

Pelayanan kebidanan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan. Pelayanan kebidanan adalah layanan yang diberikan oleh bidan sesuai dengan kewenangan yang diberikan. Sasaran pelayanan kebidanan yang diatur dalam Kepmenkes Nomor 369/MENKES/SK/III/2007 adalah individu, keluarga, dan masyarakat yang meliputi upaya peningkatan (promotif), pencegahan (preventif), penyembuhan (kuratif), dan pemulihan (rehabilitasi).

Layanan kebidanan dapat dibedakan menjadi (Kementerian Kesehatan RI, 2007):

1. Layanan primer adalah layanan bidan yang sepenuhnya menjadi tanggung jawab bidan.
2. Layanan kebidanan kolaborasi adalah layanan yang dilakukan oleh bidan sebagai anggota tim yang kegiatannya dilakukan secara

bersama atau sebagai salah satu urutan dari suatu proses kegiatan pelayanan kesehatan.

3. Layanan kebidanan rujukan adalah layanan yang dilakukan oleh bidan dalam rangka rujukan ke sistem pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya, yaitu pelayanan yang dilakukan oleh bidan sewaktu menerima rujukan dari dukun yang menolong persalinan, juga layanan rujukan yang dilakukan oleh bidan ke tempat/fasilitas pelayanan kesehatan lain secara horisontal maupun vertikal atau ke profesi kesehatan lainnya.

Asuhan kebidanan meliputi asuhan prakonsepsi, antenatal, intranatal, neonatal, nifas, keluarga berencana, *ginekologi*, *premenopause*, dan asuhan primer. Dalam pelaksanaannya, bidan bekerja dalam sistem pelayanan yang memberi konsultasi, manajemen kolaborasi, rujukan sesuai dengan kebutuhan kondisi kesehatan klien. Pelayanan kebidanan merupakan perpaduan antara kiat dan ilmu. Bidan membutuhkan kemampuan untuk memahami kebutuhan wanita dan mendorong semangatnya serta menumbuhkan rasa percaya dirinya dalam menghadapi kehamilan, persalinan, maupun peran sebagai ibu (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

3.5 Macam-macam Asuhan Kebidanan

1. Asuhan kehamilan

Asuhan ibu hamil oleh bidan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosis dan rencana tindakan, serta melaksanakannya untuk menjamin keamanan dan kepuasan serta kesejahteraan ibu dan janin selama periode kehamilan (Tajmiati, Astuti and Suryani, 2020):

- a. Memeriksa perkembangan kehamilan
- b. Memberikan ketidaknyamanan pada kehamilan
- c. Memberikan asuhan persiapan persalinan, seperti teknik relaksasi

2. Asuhan persalinan

Asuhan persalinan oleh bidan dimulai dengan mengumpulkan data, menginterpretasikan data untuk menentukan diagnosis persalinan dan mengidentifikasi masalah atau kebutuhan, membuat rencana dan

melaksanakan tindakan dengan memantau kemajuan persalinan serta menolong persalinan untuk menjamin keamanan dan kepuasan ibu selama periode persalinan (Mufdlilah, Hidayat and Kharimaturrahmah, 2012):

- a. Memeriksa tanda-tanda persalinan
 - b. Memberikan asuhan mengurangi rasa nyeri karena kontraksi
 - c. Memberikan dukungan psikologis selama proses persalinan
 - d. Memberikan asuhan bagaimana teknik mengedan yang baik.
3. Asuhan bayi baru lahir
- Asuhan bayi yang baru lahir oleh bidan dimulai dari menilai kondisi bayi, memfasilitasi terjadinya pernafasan spontan, mencegah hipotermia, memfasilitasi kontak dini dan mencegah hipoksia sekunder, menentukan kelainan, serta melakukan tindakan pertolongan dan merujuk sesuai kebutuhan dengan cara (Astuti, E.W, 2016):
- a. Mengkondisikan suasana hangat
 - b. Memberikan ASI langsung setelah bayi lahir
 - c. Merawat tali pusat.
4. Asuhan nifas
- Asuhan Ibu nifas oleh bidan dilakukan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosis dan rencana tindakan, serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan dan mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas dengan cara (Mufdlilah, Hidayat and Kharimaturrahmah, 2012):
- a. Memberikan konseling kebutuhan ibu nifas, nutrisi, kebutuhan istirahat, aktivitas dll
 - b. Memberikan kesempatan sesegera mungkin kepada ibu dan bayi untuk bersama
 - c. Memantau perkembangan involusi uterus.

3.6 Paradigma Kebidanan Dan Asuhan Kebidanan (Tajmiati, Astuti and Suryani, 2020)

1. Pandangan tentang kehamilan dan persalinan
Bidan yakin bahwa kehamilan dan persalinan adalah proses alamiah, namun tetap waspada pada kondisi yang semula normal dapat tiba-tiba menjadi tidak normal
2. Pandangan tentang perempuan.
Bidan yakin bahwa perempuan merupakan pribadi yang unik, mempunyai hak mengontrol dirinya sendiri, kebutuhan, harapan, dan keinginan yang patut dihormati.
3. Pandangan mengenai fungsi profesi dan pengaruhnya.
Bidan mengupayakan kesejahteraan ibu dan bayinya, bidan mempunyai power untuk memengaruhi pemberian asuhan kebidanan (kepada ibu dan keluarganya).
4. Pandangan tentang pemberdayaan dan membuat keputusan.
Wanita harus memberdayakan untuk mengambil keputusan tentang kesehatan diri atau keluarganya melalui komunikasi edukasi dan informasi (KIE) serta konseling. Pengambilan keputusan merupakan kesepakatan bersama antara ibu/perempuan, keluarga, dan bidan, dengan ibu sebagai penentu utama dalam proses keputusan.
5. Pandangan tentang asuhan.
Asuhan kebidanan difokuskan pada aspek prevensi dan promosi kesehatan serta kealamiahannya. Asuhan kebidanan harus dilaksanakan secara kreatif, fleksibel, mendukung, melayani, membimbing, memantau dan mendidik yang berpusat pada kebutuhan personal yang unik pada wanita selama masa kehamilan.
6. Pandangan tentang kolaborasi.
Bidan adalah pemberi layanan kesehatan yang mempunyai otonomi penuh dalam praktiknya yang juga berkolaborasi dengan anggota tim kesehatan lainnya. Bidan dalam praktik kebidanan menempatkan

perempuan/ibu sebagai mitra dengan pemahaman kompetensi terhadap wanita baik aspek social emosi, budaya, spiritual, psikologi, fisik, maupun pengalaman reproduksinya.

3.7 Manfaat Paradigma Keterkaitan Dengan Pelayanan Kebidanan

Bidan memiliki peran unit dalam member pelayanan kesehatan bagi ibudan anak, yakin saling melengkapi dengan tenaga kesehatan professional lainnya. Bidan adalah praktisi yang member asuhan kebidanan pada ibu hamil dan bersalinyang normal, asuhan terhadap gangguan pada system reproduksi wanita, serta gangguan kesehatan bagi anak balita yang sesuai dengan kewenangannya.

Bidan harus selalu mengembangkan dirinya agar dapat memenuhi peningkatan kebutuhan kesehatan kliennya (ibu dan anak) (Astuti, E.W, 2016).

1. Tugas bidan adalah memberi pelayanan/asuhan kebidanan.
Pelayanan/asuhan kebidanan berfokus pada ibu dan anak balita. Sesuai dengan kewenangannya, bidan dapat melakukan pelayanan/asuhan pada kasus-kasus patologis.
 - a. Pelayanan yang bermutu
 - b. Asuhan sesuai kebutuhan
 - c. Kepuasan klien
 - d. Peningkatan kepercayaan terhadap pelayanan kesehatan
 - e. Menurunkan AKI dan AKB
2. Manfaat Paradigma Dikaitkan Dengan Asuhan Kebidanan
Bidan memiliki peran unik dalam memberi pelayanan kesehatan bagi ibu dan anak, yakni saling melengkapi dengan tenaga kesehatan professional lainnya. Bidan adalah praktisi yang memberi asuhan kebidanan pada ibu hamil dan bersalin yang normal, asuhan terhadap kasus gangguan sistem reproduksi wanita, serta gangguan kesehatan bagi anak balita sesuai dengan kewenangannya. Bidan harus selalu

mengembangkan dirinya agar mampu memenuhi peningkatan kebutuhan kesehatan kliennya (ibu dan anak).

3. Tugas bidan adalah memberi pelayanan atau asuhan kebidanan.

Pelayanan atau asuhan kebidanan berfokus pada ibu dan balita. Lebih rincinya, pelayanan kebidanan mencakup pra-perkawinan, kehamilan, melahirkan, menyusui, dan nifas, serta pelayanan atau asuhan kebidanan pada bayi, balita, remaja, dan wanita usia subur. Sesuai dengan kewenangannya, bidan dapat melakukan pelayanan atau asuhan pada kasus-kasus patologis.

Memberi pelayanan kebidanan pada keluarga berencana juga merupakan tugas bidan. Setiap kegiatan bidan untuk mencegah penyakit, meningkatkan kesehatan, mengobati serta memulihkan kesehatan ibu dan anak sesuai dengan kewenangannya, dilakukan melalui asuhan atau pelayanan kebidanan (Tajmiati, Astuti and Suryani, 2020).

Kata kebidanan memberi pengertian ilmu atau pengetahuan pokok yang dimiliki oleh seorang bidan, yang digunakan untuk melaksanakan tugas dan fungsinya dalam kegiatan kebidanan sesuai dengan kewenangan yang ditujukan pada calon ibu, ibu, dan anak balita. Kebidanan merupakan sintesis berbagai ilmu dan pengetahuan, mencakup ilmu obstetric, ilmu perilaku, ilmu mengenai kebutuhan manusia, dan ilmu sosial yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak (Mufdlilah, Hidayat and Kharimaturrahmah, 2012).

Ibu adalah sasaran utama pelayanan kebidanan. Ibu yang sehat akan melahirkan bayi yang sehat. Masalah kesehatan bayi dimulai sejak terjadinya konsepsi bayi. Balita yang sehat menjadi modal utama dalam pembentukan generasi yang kuat, berkualitas, dan produktif di masa yang akan datang. Ibu sebagai individu juga memberi kontribusi yang penting bagi kesehatan dan kesejahteraan keluarga di masyarakat. Sebagai wanita, ibu juga bisa berperan di berbagai sektor. Sebagai bagian dari keluarga, ibu dan anak yang sehat merupakan sasaran pelayanan atau asuhan kebidanan di Indonesia. Dengan demikian, fenomena kebidanan di Indonesia adalah

masyarakat (ibu) yang berperilaku sehat, mau dan mampu memanfaatkan pelayanan atau asuhan kebidanan yang tersedia sehingga meningkatkan derajat kesehatan ibu dan balita (Mufdlilah, Hidayat and Kharimaturrahmah, 2012).

Penurunan angka kematian ibu melahirkan, bayi dan balita merupakan indikator keberhasilan pelayanan kesehatan. Dalam memberi pelayanan kebidanan perlu dipertimbangkan factor-faktor yang memengaruhi kesehatan ibu dan anak seperti perilaku masyarakat, keturunan serta lingkungan, yang mencakup lingkungan sosian dan ekonomi

4. Manfaat paradigma dikaitkan dengan asuhan kebidanan (Tajmiati, Astuti and Suryani, 2020)
 - a. orang/individu/manusia adalah fokus paradigma.
 - b. orang/manusia harus bertanggung jawab terhadap kesehatan sendiri.
 - c. manusia berinteraksi dengan lingkungan/masyarakat.
 - d. lingkungan / masyarakat dapat memengaruhi kesehatan.
 - e. Bidan sebagai manusia harus memiliki ilmu pengetahuan untuk mengetahui bagaimana diri sendiri.
 - f. dengan mengetahui bagaimana diri sendiri diharapkan bidan dapat memahami orang lain/manusia lain, sehingga bidan harus bersikap objektif dalam memberikan pelayanan kebidanan kepada wanita-wanita.
 - g. sifat-sifat manusia harus diperhatikan, keterbukaan dan kesabaran antara hubungan bidan dan wanita sangat dibutuhkan.
 - h. interaksi antara bidan dan pasien mendorong keterbukaan hubungan bidan dengan wanita.
 - i. bidan – pasien saling membutuhkan.
 - j. bidan harus menganggap pekerjaan sebagai suatu hal yang menarik, menumbuhkan ketertarikan dalam aspek kesehatan, contohnya saja dalam interaksi bidan – pasien dan dalam bekerja dengan teman-teman dan tim kesehatan lain.

Bab 4

Kebidanan Sebagai Suatu Profesi

4.1 Pendahuluan

Profesi bidan merupakan profesi yang mulia yang membutuhkan pengetahuan, sikap dan keterampilan khusus yang harus dimiliki dan dikuasai untuk melayani masyarakat. Berikut ini akan disajikan materi tentang pengertian profesi, ciri-ciri bidan sebagai profesi dan syarat bidan sebagai jabatan fungsional.

Sejarah menunjukkan bahwa kebidanan merupakan salah satu profesi tertua di dunia sejak adanya peradaban umat manusia. Bidan lahir sebagai wanita terpercaya dalam mendampingi ibu-ibu yang akan melahirkan. Profesi ini telah mendudukan peran dan posisi seorang bidan menjadi terhormat dimasyarakat karena tugas yang diembannya sangat mulia dalam upaya memberikan semangat dan membesarkan hati ibu-ibu. Keberadaan bidan di Indonesia sangat diperlukan untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan janinnya. Pelayanan kebidanan berada di mana-mana dan kapan saja selama ada proses reproduksi manusia.

Sejak zaman pra sejarah, dalam naskah kuno sudah tercatat bidan dari Mesir yang berani ambil risiko membela keselamatan bayi-bayi laki-laki bangsa

Yahudi yang diperintahkan oleh Firaun untuk di bunuh. Mereka sudah menunjukkan sikap etika moral yang tinggi dan takwa kepada Tuhan dalam membela orang-orang yang berada dalam posisi yang lemah, yang pada zaman modern ini, kita sebut peran advokasi. Bidan sebagai pekerja profesional dalam menjalankan tugas dan prakteknya, bekerja berdasarkan pandangan filosofis yang dianut, keilmuan, metode kerja, standar praktik pelayanan serta kode etik yang dimilikinya

Ada beberapa pengertian tentang bidan. Berdasarkan berbagai pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa bidan adalah profesi yang khusus, dinyatakan suatu 29 pengertian bahwa bidan adalah orang yang pertama kali melakukan penyelamatan kelahiran sehingga ibu dan bayinya lahir selamat. Tugas yang diemban oleh idan, berguna untuk kesejahteraan umat manusia.

4.2 Pengertian Profesi Bidan

Profesi berasal dari bahasa latin "Proffesio" yang mempunyai dua pengertian yaitu janji / ikrar dan pekerjaan. Arti yang lebih luas menjadi kegiatan "apa saja" dan "siapa saja" untuk memperoleh nafkah yang dilakukan dengan suatu keahlian tertentu, sedangkan dalam arti sempit profesi berarti kegiatan yang dijalankan berdasarkan keahlian tertentu dan sekaligus dituntut pelaksanaannya sesuai norma - norma sosial dengan baik.

Beberapa pengertian profesi menurut beberapa ahli di antaranya:

1. Abraham Flexnman (1915) menyatakan profesi adalah aktivitas yang bersifat intelektual berdasarkan ilmu pengetahuan, digunakan untuk tujuan praktik pelayanan, dapat dipelajari, terorganisir secara internal dan artistik mendahulukan kepentingan orang lain.
2. Chin Yakobus (1983) mengartikan profesi sebagai suatu pekerjaan yang membutuhkan pengetahuan khusus dalam bidang ilmu, melaksanakan cara-cara dan peraturan yg telah disepakati anggota profesi itu.
3. Suesmann (1997) mengungkapkan bawa profesi berorientasi kepada pelayanan memiliki ilmu pengetahuan teoritik dgn otonomi dari kelompok pelaksana. Secara umum profesi dapat diartikan pekerjaan

yang membutuhkan pelatihan dan penguasaan terhadap suatu pengetahuan khusus. Suatu profesi biasanya memiliki asosiasi profesi, kode etik, serta proses sertifikasi dan lisensi yang khusus untuk bidang profesi tersebut. Contoh profesi adalah pada bidang hukum, kedokteran, keuangan, militer, dan teknik.

4. International Confederation Of Midwife

Bidan adalah seseorang yang telah menjalani program pendidikan kebidanan, yang diakui di Negara tempatnya berada, berhasil menjalankan program studinya di bidang kebidanan dan memenuhi kualifikasi yang diperlukan untuk dapat terdaftar dan atau izin resmi untuk melakukan praktek kebidanan.

5. (DE GEORGE): Pekerjaan yang dilakukan sebagai kegiatan pokok untuk menghasilkan nafkah hidup dan yang mengandalkan suatu keahlian.

6. Profesi adalah pekerjaan yang membutuhkan pelatihan dan penguasaan terhadap suatu pengetahuan khusus. Suatu profesi biasanya memiliki asosiasi profesi, kode etik, serta proses sertifikasi dan lisensi yang khusus untuk bidang profesi tersebut. Contoh profesi adalah pada bidang hukum, kedokteran, keuangan, militer, dan teknik.

7. Menurut WHO

Bidan adalah seseorang yang telah diakui secara regular dalam program pendidikan kebidanan sebagaimana yang telah diakui skala yuridis, di mana ia ditempatkan dan telah menyelesaikan pendidikan kebidanan dan memperoleh izin melaksanakan praktek kebidanan.

4.3 Daftar Karakteristik Bidan

Daftar karakteristik ini tidak memuat semua karakteristik yang pernah diterapkan pada profesi, juga tidak semua ciri ini berlaku dalam setiap profesi:

1. Keterampilan yang berdasar pada pengetahuan teoretis: Profesional diasumsikan mempunyai pengetahuan teoretis yang ekstensif dan

memiliki keterampilan yang berdasar pada pengetahuan tersebut dan bisa diterapkan dalam praktek.

2. Asosiasi profesional: Profesi biasanya memiliki badan yang diorganisasi oleh para anggotanya, yang dimaksudkan untuk meningkatkan status para anggotanya. Organisasi profesi tersebut biasanya memiliki persyaratan khusus untuk menjadi anggotanya.
3. Pendidikan yang ekstensif: Profesi yang prestisius biasanya memerlukan pendidikan yang lama dalam jenjang pendidikan tinggi.
4. Ujian kompetensi: Sebelum memasuki organisasi profesional, biasanya ada persyaratan untuk lulus dari suatu tes yang menguji terutama pengetahuan teoritis
5. Pelatihan institutional: Selain ujian, juga biasanya dipersyaratkan untuk mengikuti pelatihan istitusional di mana calon profesional mendapatkan pengalaman praktis sebelum menjadi anggota penuh organisasi. Peningkatan keterampilan melalui pengembangan profesional juga dipersyaratkan.
6. Lisensi: Profesi menetapkan syarat pendaftaran dan proses sertifikasi sehingga hanya mereka yang memiliki lisensi bisa dianggap bisa dipercaya.
7. Otonomi kerja: Profesional cenderung mengendalikan kerja dan pengetahuan teoritis mereka agar terhindar adanya intervensi dari luar.
8. Kode etik: Organisasi profesi biasanya memiliki kode etik bagi para anggotanya dan prosedur pendisiplinan bagi mereka yang melanggar aturan.
9. Mengatur diri: Organisasi profesi harus bisa mengatur organisasinya sendiri tanpa campur tangan pemerintah. Profesional diatur oleh mereka yang lebih senior, praktisi yang dihormati, atau mereka yang berkualifikasi paling tinggi.
10. Layanan publik dan altruisme: Diperolehnya penghasilan dari kerja profesinya dapat dipertahankan selama berkaitan dengan kebutuhan publik, seperti layanan dokter berkontribusi terhadap kesehatan masyarakat.

11. Status dan imbalan yang tinggi: Profesi yang paling sukses akan meraih status yang tinggi, prestise, dan imbalan yang layak bagi para anggotanya. Hal tersebut bisa dianggap sebagai pengakuan terhadap layanan yang mereka berikan bagi masyarakat

4.4 Bidan sebagai Suatu Profesi

Sebagai anggota profesi, bidan mempunyai ciri khas yang khusus. Sebagai pelayan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan. Bidan mempunyai tugas yang sangat unik, yaitu:

1. Selalu mengedepankan fungsi ibu sebagai pendidik bagi anak-anaknya.
2. Memiliki kode etik dengan serangkaian pengetahuan ilmiah yang didapat melalui proses pendidikan dan jenjang tertentu
3. Keberadaan bidan diakui memiliki organisasi profesi yang bertugas meningkatkan mutu pelayanan kepada masyarakat
4. Anggotanya menerima jasa atas pelayanan yang dilakukan dengan tetap memegang teguh kode etik profesi.

Hal tersebut akan terus diupayakan oleh para bidan sehubungan dengan anggota profesi yang harus memberikan pelayanan profesional. Tentunya harus diimbangi dengan kesempatan memperoleh pendidikan lanjutan, pelatihan, dan selalu berpartisipasi aktif dalam pelayanan kesehatan. Sehubungan dengan profesionalisme jabatan bidan, perlu dibahas bahwa bidan tergolong jabatan profesional. Jabatan dapat ditinjau dari dua aspek, yaitu jabatan struktural dan jabatan fungsional.

Jabatan struktural adalah jabatan yang secara tegas ada dan diatur berjenjang dalam suatu organisasi, sedangkan jabatan fungsional adalah jabatan yang ditinjau serta dihargai dari aspek fungsinya yang vital dalam kehidupan masyarakat dan negara. Selain fungsi dan perannya yang vital dalam kehidupan masyarakat, jabatan fungsional juga berorientasi kualitatif. Dalam konteks inilah jabatan bidan adalah jabatan fungsional profesional, dan wajarlah apabila bidan tersebut mendapat tunjangan profesional.

4.5 Ciri-Ciri Bidan Sebagai Profesi

Bidan sebagai profesi memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

1. Mengembangkan pelayanan yang unik kepada masyarakat
2. Anggota-anggotanya dipersiapkan melalui suatu program pendidikan yang ditunjuk untuk maksud profesi yang bersangkutan
3. Memiliki serangkaian pengetahuan ilmiah
4. Anggota-anggotanya menjalankan tugas profesinya sesuai dengan kode etik yang berlaku.
5. Anggota-anggotanya bebas mengambil keputusan dalam menjalankan profesinya
6. Anggota-anggotanya wajar menerima imbalan jasa atas pelayanan yang diberikan
7. Memiliki suatu organisasi profesi yang senantiasa meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan kepada masyarakat oleh anggotanya.

4.6 Profesionalisme

Seseorang yang memiliki suatu profesi tertentu, disebut profesional. Walaupun begitu, istilah profesional juga digunakan untuk suatu aktivitas yang menerima bayaran, sebagai lawan kata dari amatir. Contohnya adalah petinju profesional menerima bayaran untuk pertandingan tinju yang dilakukannya, sementara olahraga tinju sendiri umumnya tidak dianggap sebagai suatu profesi. Secara populer, seseorang yang bekerja dibidang apapun sering diberi predikat profesional. Seorang pekerja profesional dalam bahasa keseharian adalah seorang pekerja yang terampil atau cakap dalam kerjanya meskipun keterampilan atau kecakapan tersebut merupakan hasil minat dan belajar dan kebiasaan. Pengertian jabatan profesional perlu dibedakan dengan predikat profesional yang diperoleh dari jenis pekerjaan hasil pembiasaan melakukan keterampilan tertentu (melalui magang/ keterlibatan langsung dalam situasi kerja tertentu dan mendapatkan keterampilan kerja sebagai warisan orang tuanya atau pendahulunya).

Seorang pekerja di bidang apapun sering diberi predikat profesional. Seorang pekerja profesional dalam bahasa keseharian tersebut adalah seorang pekerja yang terampil atau cakap dalam pekerjaannya, walaupun keterampilan atau kecakapan tersebut produk dari fungsi minat dan belajar, serta kebiasaan. Seorang pekerja profesional dituntut untuk menguasai visi yang mendasari keterampilannya yang menyangkut wawasan filosofis, pertimbangan rasional dan memiliki sikap yang positif dalam melaksanakan, serta mengembangkan mutu karyanya (T. Raka Joni, 1980).

Pengertian Profesional

1. Seorang pekerja profesional dalam bahasa keseharian adalah seorang pekerja yang terampil atau cakap dalam kerjanya.
2. Pengertian jabatan profesional harus dibedakan dengan jenis pekerjaan yang merupakan suatu keterampilan tertentu (mis: jenis pekerjaan yang didapat dari hasil magang, karena situasi kerja dilingkungan, karena diwariskan orang tua atau pendahulunya).
3. Secara populer seseorang pekerja dibidang apapun sering di beri predikat profesional.
4. Seseorang pekerja profesional dlm bahasa keseharian adalah seorang pekerja yg terampil atau cakap dlm kerjanya, biarpun keterampilan itu atau kecakapan itu produk dari fungsi minat dan belajar serta kebiasaan.
5. Seorang Profesional adalah orang yang mempunyai profesi atau pekerjaan purna waktu dan hidup dari pekerjaan itu dengan mengandalkan suatu keahlian yang tinggi. Atau seorang profesional adalah seseorang yang hidup dengan mempraktekkan suatu keahlian tertentu atau dengan terlibat dalam suatu kegiatan tertentu yang menurut keahlian, sementara orang lain melakukan hal yang sama sebagai sekedar hobi, untuk senang-senang, atau untuk mengisi waktu luang.
6. Menurut T.Raka joni, 1980: Seorang pekerja profesional perlu dibedakan dengan teknisi, keduanya dapat saja terampil dalam unjuk kerja yang sama, tetapi pekerja profesional harus menguasai visi yang mendasari keterampilannya yang menyangkut wawasan filosofis,

pertimbangan rasional, dan memiliki sikap positif dalam melaksanakan serta mengembangkan mutu karyanya.

Secara lebih rinci, ciri-ciri jabatan profesional adalah sebagai berikut:

1. Bagi pelakunya secara nyata (*de facto*) dituntut kecakapan kerja (keahlian) sesuai dengan tugas-tugas khusus, serta tuntutan dari jenis jabatannya (kecenderungan ke spesialisasi)
2. Kecakapan atau keahlian seorang pekerja profesional bukan sekedar hasil pembiasaan atau latihan rutin yang terkondisi, tetapi perlu didasari oleh wawasan keilmuan yang mantap. Jabatan profesional juga menuntut pendidikan. Jabatan terprogram secara relevan dan berbobot, terselenggara secara efektif, efisien dan tolak ukur evaluatifnya tersandar.
3. Pekerja profesional dituntut berwawasan sosial yang luas sehingga pilihan jabatan, serta kerjanya didasari oleh kerangka nilai tertentu, bersikap positif terhadap jabatan dan perannya, serta bermotivasi dan berusaha untuk berkarya sebaik-baiknya. Hal ini mendorong pekerja profesional yang bersangkutan untuk selalu meningkatkan diri (menyempurnakan) diri dan karyanya. Orang tersebut secara nyata mencintai profesinya dan memiliki etos kerja yang tinggi.
4. Jabatan profesional perlu mendapat pengesahan dari masyarakat dan atau negaranya. Jabatan profesional memiliki syarat-syarat dan kode etik yang harus dipenuhi oleh pelakunya. Hal ini menjamin kepantasan berkarya dan sekaligus merupakan tanggungjawab sosial pekerja profesional tersebut.

Sehubungan dengan profesionalisme jabatan bidan, perlu dibahas bahwa bidan tergolong jabatan profesional. Jabatan dapat ditinjau dari dua aspek, yaitu jabatan struktural dan jabatan fungsional. Jabatan struktural adalah jabatan yang secara tegas ada dan diatur berjenjang dalam suatu organisasi, sedangkan jabatan fungsional adalah jabatan yang ditinjau dan dihargai dari aspek fungsinya yang vital dalam kehidupan masyarakat dan negara. Selain fungsi dan perannya yang vital dalam kehidupan masyarakat, jabatan fungsional juga berorientasi kualitatif.

Berdasarkan uraian tersebut diatas, jelaslah bahwa bidan adalah jabatan profesional. Persyaratan dari bidan sebagai jabatan profesional telah dimiliki oleh bidan tersebut. Persyaratan tersebut adalah sebagai berikut:

1. Memberikan pelayanan kepada masyarakat yang bersifat khusus atau spesialis.
2. Melalui jenjang pendidikan yang menyiapkan bidan secara tenaga profesional
3. Keberadaannya diakui dan diperlukan masyarakat.
4. Mempunyai kewenangan yang disahkan atau diberikan oleh pemerintah.
5. Mempunyai peran dan fungsi yang jelas.
6. Mempunyai kompetensi yang jelas dan terukur.
7. Memiliki organisasi profesi sebagai wadah.
8. Memiliki kode etik bidan.
9. Memiliki etik kebidanan.
10. Memiliki standar pelayanan.
11. Memiliki standar praktik.
12. Memiliki standar pendidikan yang mendasari dan mengembangkan profesi sesuai dengan kebutuhan pelayanan.
13. Memiliki standar pendidikan berkelanjutan sebagai wahana pengembangan kompetensi.

4.7 Kewajiban Bidan terhadap Profesinya

1. Setiap bidan harus menjaga nama baik dan menjunjung tinggi citra profesinya dengan menampilkan kepribadian yang tinggi dan memberikan pelayanan yang bermutu pada masyarakat.
2. Setiap bidan harus senantiasa mengembangkan diri dan meningkatkan kemampuan profesinya sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

3. Setiap bidan harus senantiasa mengembangkan diri dan meningkatkan kemampuan profesinya sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

4.8 Perilaku profesional Bidan

1. Bertindak sesuai keahliannya.
2. Mempunyai moral yang tinggi
3. Bersifat jujur
4. Tidak melakukan coba-coba
5. Tidak memberikan janji yang berlebihan
6. Mengembangkan kemitraan
7. Terampil berkomunikasi
8. Mengenal batas kemampuan
9. Mengadvokasi pilihan ibu

Bab 5

Model Konseptual Asuhan Kebidanan

5.1 Pendahuluan

Perkembangan pengetahuan dan teknologi pada masyarakat saat ini mendorong kemajuan cara berfikir pada masyarakat untuk mendapatkan kualitas pelayanan yang masyarakat terima agar semakin baik. Perkembangan tersebut juga diharapkan terjadi pada asuhan kebidanan di mana para bidan dituntut agar dapat memberikan asuhan yang mengikuti perkembangan berdasarkan evidence based.

Dalam asuhan kebidanan terdapat teori-teori mengenai model asuhan kebidanan. Diharapkan dengan adanya model asuhan kebidanan sehingga bidan dapat memberikan pelayanan yang berkualitas terhadap pasien.

Model menurut Steinnller (1993) dalam Thomas (2015) model merupakan berisi suatu informasi terhadap sesuatu, dan dibuat oleh seseorang ditujukan untuk seseorang dengan berbagai tujuan. (Thomas, 2015) Sementara model menurut Borner dkk (2012) model merupakan bagian yang mewakili suatu sistem, di mana di dalamnya terdapat berbagai elemen, dan adanya interaksi struktur dan dinamika. Sehingga diharapkan dengan adanya model tersebut dapat menambah wawasan dalam ilmu pengetahuan. (Borner et al., 2012)

5.2 Model Konseptual Asuhan Kebidanan

5.2.1 Midwifery Care

Asuhan kebidanan harus memperhatikan filosofi kebidanan, memberikan asuhan, menghadirkan seorang bidan yang memiliki pengetahuan, sikap dan keterampilan untuk memberikan asuhan yang berkualitas dimulai dari masa kehamilan sampai dengan masa 6 minggu pasca persalinan, dengan persalinan normal tanpa intervensi. (Choudhary et al., 2020)

Berdasarkan *International Confederation Midwife* (ICM) Filosofi dari *midwifery care* adalah: (ICM,2014)

1. Bahwa proses kehamilan dan persalinan merupakan suatu proses yang normal fisiologis yang dialami oleh wanita.
2. Proses kehamilan dan persalinan merupakan suatu momen yang sangat berarti dan penting bagi wanita, keluarga dan masyarakat.
3. Bidan adalah seorang yang memberikan asuhan yang sangat tepat dalam memberikan asuhan terhadap ibu hamil.
4. Kegiatan asuhan kebidanan dalam mendorong, mendukung dan melindungi, kesehatan reproduksi dan seksual serta hak asasi wanita. Hal tersebut berdasarkan kepada prinsip etik yaitu adil, setara dan menghargai setiap harkat dan martabat manusia.
5. Asuhan kebidanan pada dasarnya diberikan secara holistik dan berkesinambungan, di mana hal tersebut berdasarkan pada pengertian sosial, emosional, budaya, spiritual, psikologis dan fisik yang terdapat pada wanita.
6. Asuhan kebidanan merupakan emansipatoris seperti melindungi serta meningkatkan status sosial dan kesehatan wanita serta membangun tingkat kepercayaan diri wanita terhadap kemampuan wanita dalam menangani persalinan.
7. Asuhan kebidanan terjadi hubungan mitra dengan wanita, mengenali hak wanita untuk dapat mengambil keputusan bagi dirinya sendiri,

menghormati, secara pribadi, berkesinambungan dan tidak sewenang-wenang.

8. Etis dan kompeten pada asuhan kebidanan telah diberitahukan dan dituntun melalui pendidikan formal dan lanjut, penelitian – penelitian ilmiah, dan diterapkan berbasis pada bukti ilmiah.

Sementara Model dari *Midwifery care* berdasarkan ICM yaitu:

1. Bidan mendorong serta menjaga kesehatan dan hak-hak wanita serta bayi baru lahir.
2. Bidan menghargai dan memiliki kepercayaan diri dalam wanita serta kemampuannya dalam persalinan.
3. Bidan mendukung dan menganjurkan tindakan no-intervensi dalam proses persalinan yang normal.
4. Bidan menyediakan wanita berupa informasi dan saran yang sesuai, dan dengan cara tersebut agar mendorong keikutsertaan dan meningkatkan pengambilan keputusan wanita berdasarkan informasi yang telah diberikan.
5. Bidan memberikan asuhan dengan cara menghormati, tanggap dan dapat menyesuaikan diri, yang meliputi berbagai kebutuhan wanita, bayi baru lahir, keluarga serta masyarakat, yang dimulai dari perhatian utama pada kodrat alami hubungan di antara sesama wanita yang mencari asuhan kebidanan dan bidan.
6. Bidan melakukan pemberdayaan wanita untuk dapat mengambil tanggung jawab terhadap kesehatannya dan untuk kesehatan bagi keluarganya.
7. Praktik bidan berkolaborasi dan berkonsultasi dengan para tenaga kesehatan lainnya dalam melayani kebutuhan-kebutuhan pada wanita, bayi baru lahir, keluarga dan masyarakat.
8. Bidan menjaga kompetensi mereka dan menjamin praktik mereka berdasarkan pada bukti ilmiah.
9. Bidan memakai teknologi tepat guna dan berpengaruh dalam rujukan dengan cara waktu yang tepat pada saat ketika masalah muncul.

10. Bidan baik secara perorangan dan bersama-sama bertanggung jawab dalam mengembangkan pada asuhan kebidanan, mendidik para generasi yang baru bidan serta rekan kerja dalam rangka pembelajaran seumur hidup (ICM, 2014).

Pentingnya Model Asuhan Bersalin

Model asuhan bersalin sangat dibutuhkan karena kesehatan ibu merupakan aspek penting dalam pembangunan negara dalam hal peningkatan pemerataan dan penurunan angka kematian. Kesejahteraan dan kelangsungan hidup para ibu tidak hanya penting bagi hak mereka sendiri tetapi juga merupakan hal penting untuk memecahkan masalah yang lebih luas, pembangunan ekonomi dan tantangan social (Choudhary et al., 2020).

Model asuhan kebidanan pada dasarnya adalah suatu pendekatan yang berbeda untuk kehamilan dan persalinan daripada kebidanan saat ini. Asuhan kebidanan adalah mengasuh secara khusus, asuhan langsung sebelum, selama dan setelah kelahiran. Model asuhan kebidanan berdasarkan pada keadaan bahwasanya kehamilan dan kelahiran merupakan suatu proses kehidupan yang normal.

Model asuhan kebidanan meliputi: 1. menyediakan konseling secara individual, asuhan prenatal dan bantuan secara langsung pendidikan berkelanjutan selama proses persalinan dan melahirkan, serta pasca persalinan. 2. Untuk memantau kesejahteraan secara fisik, psikologis dan sosial ibu selama periode proses kehamilan. 3. Untuk mengidentifikasi dan merujuk wanita yang membutuhkan perhatian obstetri dan meminimalkan tindakan intervensi teknologi. Ziellinski (2016) dalam (Choudhary et al., 2020).

Berdasarkan Jurnal Choudhary (2020) bahwa model asuhan kebidanan harus meliputi karakteristik – karakteristik dari filosofi kebidanan, di mana seorang bidan secara professional memberikan asuhan secara berkesinambungan melalui kehadiran bidan dengan kompetensinya untuk memberikan asuhan yang berkualitas dari masa kehamilan hingga masa pasca persalinan dan melalui proses alamiah tanpa suatu intervensi.

Harapan penerima asuhan dari seorang pemberi asuhan yang memberikan model asuhan kebidanan yaitu meliputi: 1. Adanya perhatian, 2. Tiindakan dengan cara menghormati, 3. Pemantauan secara tepat, 4. Informasi yang tepat, 5. Teknik alamiah untuk membuat rasa nyaman, 6. Rasa percaya diri, 7. Seorang pemberi asuhan yang mendampingi wanita (Choudhary et al., 2020).

5.2.2 Women Center Care

Menurut Fontein-Kuipers, dkk (2018), menyatakan bahwa asuhan yang berpusat pada wanita (women center care) merupakan suatu filosofi dan alat yang secara sadar dipilih sebagai manajemen asuhan pada wanita melahirkan, di mana dalam asuhan tersebut terdapat hubungan kolaborasi antara wanita sebagai individu manusia dan bidannya sebagai individu profesional yang terbentuk melalui interaksi dan kebersamaan, di mana saling mengakui dan menghargai keahlian satu sama lain. Asuhan yang berpusat pada wanita memiliki fokus ganda dan setara pada pengalaman individu wanita, arti dan pengelolaan melahirkan anak dan persalinan, maupun pada kesehatan dan kesejahteraan ibu dan anak (Fontein-kuipers, Groot and Staa, 2018).

Saat ini berbagai kebijakan pada pelayanan kesehatan telah menganggap penting hubungan antara para pengguna pelayanan kesehatan dan pelayanan yang diperolehnya. Di Inggris dan Australia konsep asuhan yang berpusat pada wanita (women center care) dibuat sebagai suatu acuan, kerangka kerja, maupun standar asuhan kebidanan.

Komponen kunci dari konsep asuhan ini adalah sebagai berikut:

1. Pelayanan harus menanggapi kebutuhan-kebutuhan para wanita serta menghormati latar belakang keluarga, etnis, budaya dan sosial.
2. Wanita harus terlibat dalam merencanakan asuhannya sendiri dan harus diasuh oleh pemberi asuhan yang telah dikenalnya.
3. Wanita harus telah diberikan informasi yang memadai yang mana untuk merencanakan asuhannya.
4. Kebutuhan psikologis dan fisik perempuan harus dipahami dan otonominya dihormati. (Morgan, 2015)

Karakteristik asuhan yang berpusat pada wanita (women center care) dalam jurnal Morgan, (2015) terdiri dari sebagai berikut: 1. Berfokus pada perorangan, 2. Berbagi tanggung jawab, saling timbal balik, adanya komunikasi yang terbuka, dan ada penerimaan, 3. Pemberdayaan wanita, 4. Saling berbagi informasi, saling tergantung satu sama lain, dan dapat berkolaborasi, 5. Wanita dapat berpartisipasi dalam mengambil keputusan dengan pemberi asuhan yang telah dikenal, 6. Memerintah sendiri, Menentukan sendiri, dan percaya terhadap diri sendiri, 7. Menghargai latar

belakang keluarga, budaya, suku dan sosial, 8. Asuhan yang menyeluruh, 9. Membuat suasana yang tenang serta aman. (Morgan, 2015)

Pemberdayaan wanita yang dimaksud disini berdasarkan Morgan, dkk (2015) menyatakan diharapkan seorang wanita dapat memberdayakan dirinya sendiri sehingga mampu untuk dapat menentukan dan mengambil keputusan sendiri atas kesehatannya. Ketika seorang wanita menerima informasi terhadap kesehatannya dan mampu untuk dapat mengambil keputusan asuhan atas dirinya sendiri, diharapkan juga akan bermanfaat tidak hanya bagi dirinya sendiri melainkan juga terhadap keluarga, komunitas serta masyarakat. (Morgan, 2015)

Bidan merupakan seorang perempuan, seperti yang telah disebutkan diatas sebelumnya bahwa ada kecenderungan hubungan alami sesama wanita diantara bidan dan wanita. Wanita mencari pemberi asuhan kebidanan seorang wanita. Bidan dalam memberikan asuannya diharapkan dapat menghargai perbedaan latar belakang baik suku, budaya dan kultur, menghormati hak-hak seorang wanita. Bidan diharapkan dapat memberikan asuhan yang menyeluruh terhadap seorang wanita sehingga dapat memenuhi kebutuhan pasien baik secara psikologis, fisik, emosional, budaya dan spiritual (Lunda, Minnie and Benadé, 2018).

Berdasarkan penelitian Berg, dkk (2012), yang dilakukan di Swedia dan Islandia menyatakan bahwa terdapat komponen utama dalam model asuhan bersalin yang berfokus pada wanita yaitu 3 tema sentral. 3 Tema sentral tersebut adalah sebagai berikut: 1. Suatu hubungan balik: kehadiran, penguatan (afirmasi), ketersediaan serta partisipasi. 2. Suatu Kelahiran: Tenang, percaya, rasa aman, penguatan, serta mendukung kondisi normal. 3. Pengetahuan Dasar: Berbagai jenis pengetahuan- pengetahuan yang terkandung di dalam yang berhubungan dengan wanita. Model ini berorientasi pada asuhan, model asuhan bersalin yang berfokus pada wanita ini dapat diterapkan secara umum mulai dari kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Model ini dapat digunakan sebagai pedoman praktik kebidanan sehari – hari. (Eri et al., 2020) (Berg, Asta and Lundgren, 2012)

5.2.3 Continuity of Care

Continuity of care atau asuhan yang berkelanjutan adalah suatu asuhan yang diberikan oleh seorang bidan yang berpusat terhadap wanita dan dilakukan secara berkelanjutan. Asuhan yang berkelanjutan disini dengan memenuhi

kebutuhan wanita selama proses dari kehamilan, persalinan hingga pasca persalinan. Ketika seorang wanita menerima asuhan yang berkelanjutan dari pemberi asuhan atau bidan, maka selama proses tersebut berlangsung antara wanita dan pemberi asuhan terdapat hubungan saling mengenal, sehingga menciptakan suasana asuhan yang aman dan nyaman bagi wanita itu sendiri (Cbe, 2017).

Dalam jurnal Rachmaida (2019), menyatakan bahwa bidan diharapkan dapat menerapkan asuhan kebidanan yang berkesinambungan sebagai salah satu upaya guna membantu pelayanan kesehatan ibu dan anak. Pimpinan yang melanjutkan untuk mendukung filosofi dari kebidanan pada wanita dalam seluruh rangkaian pelayanan kesehatan ibu dan anak dapat mendukung bidan untuk menyediakan asuhan kebidanan yang berkesinambungan. Asuhan berkesinambungan merupakan suatu model pelayanan kebidanan di mana para bidan diharapkan dapat memberikan asuhan kebidanan yang menyeluruh terhadap seorang wanita dimulai dari pendampingan masa kehamilan, bersalin, nifas dan bayi baru lahirnya (Rachmaida, Nurul and Mufdlilah, 2019).

Filosofi asuhan kebidanan yang berkesinambungan meliputi sebagai berikut: bertitik berat pada kemampuan alami seorang wanita untuk dapat melahirkan dengan intervensi yang minimal, dibutuhkan pemantauan untuk memastikan bahwa sebuah kehamilan dan persalinan yang aman, kesejahteraan fisik, psikologis, spiritual dan sosial pada wanita dan keluarga selama proses melahirkan. Paket asuhan yang mencakup beberapa hal yaitu: asuhan yang berkesinambungan selama proses kehamilan, persalinan dan pasca persalinan, menyediakan wanita dengan pendidikan dan konseling secara individu, dirawat oleh seorang bidan yang telah dikenalnya dan dipercayanya untuk membantu proses persalinan dan pasca persalinan, dan mengidentifikasi dan merujuk wanita yang memerlukan bantuan tenaga spesialis. Asuhan kebidanan yang berkesinambungan juga disediakan dalam sebuah jaringan multidisiplin untuk konsultasi dan rujukan dengan penyedia layanan kesehatan yang lain (Cbe, 2017).

5.2.4 Midwifery Led Continuity of Care/MLCC

Berdasarkan pada ICM bahwa bidan yang memimpin dengan asuhan berkesinambungan (Midwifery Led Continuity Care/MLCC) sangat perlu untuk memberikan asuhan yang dibutuhkan oleh wanita untuk meningkatkan kesehatan baik bagi ibu dan bayinya agar tercapai tujuan pembangunan berkelanjutan (SDG). *World Health Organisation* (WHO) merekomendasikan

agar bidan memberikan asuhan pada kehamilan hingga melahirkan dengan model MLCC. (ICM, 2021b)

Model *Midwifery Led Continuity of Care* atau asuhan berkesinambungan yang dipimpin oleh bidan yaitu bidan yang memberi asuhan selama proses kehamilan, melahirkan, dan periode *postpartum* dengan melibatkan tim multidisiplin secara tepat apabila hal tersebut diperlukan. MLCC merupakan asuhan yang berpusat pada wanita yang dilandaskan bahwa proses kehamilan dan melahirkan merupakan suatu peristiwa yang alamiah fisiologis (ICM, 2021b).

Model MLCC terdiri akan tetapi tidak terbatas pada elemen – elemen berikut:

1. Model ini didukung dan dilaksanakan dalam sistem asuhan kesehatan.
2. Model ini berlaku bagi semua wanita, terlepas dari individu dan kondisi klinis. Setiap wanita membutuhkan seorang bidan, dan beberapa membutuhkan dokter juga.
3. Seorang bidan MLCC dialokasikan bagi setiap wanita sejak awal dari kehamilan. Mengkoordinir kerjasama dengan tenaga kesehatan lain bila hal tersebut diperlukan.
4. Bidan memberikan asuhan yang menyeluruh dalam menangani masalah sosial, emosional, fisik, kebutuhan dan harapan psikologis, spiritual dan budaya.
5. Bidan adaah seorang oembela bagi wanita dan pilihannya
6. Para siswa dilatih dengan model MLCC dan dihadapkan pada asuha berkelanjutan selama program pendidikan kebidanan mereka.

Model MLCC ini terbukti memiliki banyak manfaat bagi wanita dan bayi bila dibandingkan dengan model perawatan lain. ICM percaya bahwa model MLCC adalah inti elemen dari kerangka kerja profesional ICM. Bahwa ICM:

1. Mengakui bahwa pentingnya pengalaman melahirkan yang positif dan kesejahteraan kesehatanpsiko-sosial wanita untuk awal kehidupan yang baru bagi ibu dan bayi.
2. Mengakui efek posisiif dari MLCC pada hasil perinatal, pengalaman-pengalaman wanita dan efisiensi biaya.

3. Percaya asuhan yang berkesinambungan oleh bidan harus tersedia bagi semua wanita selama proses kehamilan dan kelahiran tanpa memandang latar belakang pendapatan atau status risiko mereka.
4. Percaya sebuah sistem asuhan bersalin harus memberikan bidan kesempatan untuk berkeja dalam model asuhan berkesinambungan dan mendorong bidan melobi untuk mengembangkan model asuhan seperti itu.
5. Mengakui bahwa manfaat model asuhan berkesinambungan juga meluas ke bidan yang mengalami tingkat kepuasan kerja yang tinggi dan mengurangi kelelahan.(ICM, 2021b)

Menurut ICM (2021), Model MLCC ini direkomendasikan bagi wanita hamil dengan program kebidanan yang berfungsi dengan baik. Pada Negara-Negara maju, model MLCC telah terbukti mengurangi kematian neonatal, kelahiran prematur, lahir mati, episiotomi dan persalinan dengan instrument, serta meningkatkan persalinan pervaginam, dan meningkatkan kepuasan wanita dalam pelayanan. MLCC membuat hubungan antara bidan dan wanita untuk saling mengenal serta membangun suatu hubungan berdasarkan informasi yang diberikan, dan tanggung jawab bersama. Dengan MLCC ini diharapkan nantinya terdapat peningkatan kesehatan tidak hanya bagi wanita dan bayi baru lahir tetapi juga bermanfaat bagi keluarga dan masyarakat. (ICM, 2021a)

5.2.5 Model Kebidanan Klasik (Classic Midwifery Model)

Berdasarkan pada pernyataan bahwa proses kehamilan, persalinan dan melahirkan bahwa hasil tersebut adalah sesuatu yang sehat bagi ibu dan bayi. Hal tersebut merupakan suatu usaha untuk mendayagunakan kesehatan pada wanita dan bayi serta mengenali dan pengobatan dini terhadap masalah – masalah kesehatan, berdasarkan pada aspek emosional, sosial, dan spiritual pada kehamilan dan kelahiran (Choudhary et al., 2020).

5.2.6 Women with Midwives Model

Berdasarkan pengamatan Fleming (1998), di Negara Skotlandia dan New Zealand dalam Eri, dkk (2020), model ini menggambarkan di mana antara seorang bidan dan wanita terdapat suatu pola hubungan saling ketergantungan. Kategori pola wanita dan bidan dalam model ini menyebutkan: 1. Menghadiri dan menghadirkan, 2. Saling Melengkapi, 3.

Saling Refleksi. Dalam kategori hubungan tersebut membentuk suatu hubungan saling timbal – balik antara satu sama lain. Model ini disebut dapat digunakan sebagai *evidence* yang dapat diterapkan dalam pendidikan kebidanan dan praktik. (Eri et al., 2020)

5.2.7 Maternity Care

Asuhan bersalin yang berkualitas tinggi harus mencakup: tidak berbahaya bagi orang yang menggunakan layanan atau bagi mereka yang menyediakan layanan, bersifat responsif dan tidak menunda-nunda apabila saat terjadi komplikasi, pengaturan untuk menggunakan sumber daya secara maksimal dan efisien termasuk tenaga asuhan bersalin, menyediakan asuhan yang berbasis bukti ilmiah, asuhan berpusat pada wanita dan keluarga dengan melibatkan fasilitas informasi pengambilan keputusan, wanita dan keluarga merasa aman, dihargai, diperlakukan dengan layak dan suara mereka didengarkan dan di tanggapi, diatur sedemikian rupa sehingga pelayanan dapat dijangkau oleh wanita yang sulit dijangkau dan adil. Sebuah asuhan yang berkualitas tinggi juga harus memberikan asuhan bersalin yang optimal dengan prinsip bahwa asuhan diberikan secara efektif dengan risiko minimal dan mendukung praktik-praktik yang bermanfaat yang dapat menunjang kapasitas wanita maupun proses persalinan yang alamiah (Cbe, 2017).

Bab 6

Dokumentasi dalam Asuhan Kebidanan

6.1 Pendahuluan

Bidan memiliki kewajiban profesional, etis dan hukum untuk secara efektif dan menyeluruh mendokumentasikan asuhan yang diberikan kepada perempuan dan keputusan yang dibuat dalam hubungan kemitraan (Kerkin at all, 2017). Untuk menghargai pendekatan terbaik dalam mendokumentasikan asuhan kebidanan sangat penting membuat pencatatan dan pelaporan yang dapat digunakan sebagai pedoman yang menuntut tanggung jawab dan tanggung gugat dari berbagai permasalahan yang mungkin dialami oleh klien berkaitan dengan pelayanan yang telah diberikan (Marmi dan Margiyati, 2014).

6.2 Pengertian Dokumentasi

Dokumentasi kebidanan adalah alat bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki oleh bidan dalam melakukan pencatatan asuhan yang berguna untuk kepentingan pasien, bidan dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan

kesehatan dengan komunikasi dasar yang akurat dan lengkap sesuai tanggung jawab yang ditulis oleh bidan (Sudarti, Fauziah A. 2011).

Sedangkan dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (2016), dokumentasi adalah surat yang tertulis/tercetak yang dapat dipakai sebagai bukti keterangan (seperti akta kelahiran, surat nikah, surat perjanjian, dan sebagainya). Dokumen dalam Bahasa Inggris berarti satu atau lebih lembar kertas resmi 2 (official) dengan tulisan di atasnya. Secara umum dokumentasi dapat diartikan sebagai suatu catatan otentik atau semua surat asli yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum.

6.3 Fungsi Dokumentasi

Adapun fungsi dokumentasi menurut Marni dan Margiyati (2014) adalah sebagai berikut :

1. Sebagai dokumen yang sah di mana dijadikan sebagai bukti atas asuhan yang diberikan.
2. Sebagai sarana komunikasi dalam memberikan asuhan.
3. Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat untuk melindungi pasien terhadap kualitas pelayanan yang diberikan.
4. Sebagai informasi statistik di mana data statistik dari dkumnetasi kebidanan dapat membantu merencanakan kebutuhan dimasa mendatang, sarana, prasarana dan teknis maupun sumber daya manusia.
5. Sebagai sumber data untuk memberikan gambaran tentang kronologis kejadian terhadap asuhan yang telah diberikan.
6. Sebagai sarana pendidikan.
7. Dokumentasi kebidanan menjadi sarana pendidikan apabila dalam melakukan dokumentasi dapat dilaksanakan secara baik dan benar, sehingga pendokumentasian dapat menjadi tambahan pengetahuan baik teori maupun praktik.
8. Sebagai sumber data penting penelitian

Informasi pada dokumentasi dapat dijadikan sebagai sumber data penelitian sehingga dari penelitian dapat diciptakan suatu bentuk pelayanan kebidanan yang aman, efektif dan etis.

9. sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan
10. sebagai sumber data asuhan kebidanan berkelanjutan

6.4 Prinsip - Prinsip Dokumentasi

Prinsip pendokumentasian harus memenuhi prinsip lengkap, teliti, berdasarkan fakta, logis dan dapat dibaca (Wildan, 2011). Masing-masing prinsip tersebut akan dijelaskan sebagai berikut.

1. Lengkap bahwa ketika mendokumentasikan data harus memenuhi prinsip lengkap. Prinsip lengkap di sini berarti:
 - a. Mencatat semua pelayanan kesehatan yang diberikan.
 - b. Catatan kebidanan terdiri dari semua tahap proses kebidanan.
 - c. Mencatat tanggapan bidan/perawat.
 - d. Mencatat tanggapan pasien.
 - e. Mencatat alasan pasien dirawat.
 - f. Mencatat kunjungan dokter.
2. Teliti Maksudnya bahwa ketika mendokumentasikan data harus memenuhi prinsip teliti. Prinsip teliti meliputi:
 - a. Mencatat setiap ada perubahan rencana kebidanan.
 - b. Mencatat pelayanan kesehatan.
 - c. Mencatat pada lembar/bagan yang telah ditentukan.
 - d. Mencantumkan tanda tangan/paraf bidan.
 - e. Setiap kesalahan dikoreksi dengan baik.
 - f. Catatan hasil pemeriksaan ada kesesuaian dengan hasil laboratorium/instruksi dokter.
3. Berdasarkan fakta Maksudnya bahwa ketika mendokumentasikan data harus memenuhi prinsip berdasarkan fakta. Prinsip berdasarkan fakta mencakup hal berikut ini:
 - a. Mencatat fakta daripada pendapat.

- b. Mencatat informasi yang berhubungandalam bagan/laboratorium.
- c. Menggunakan bahasa aktif.
- 4. Logis Maksudnya bahwa ketika mendokumentasikan data harus memenuhi prinsip logis. Prinsip logis meliputi:
 - a. Jelas dan logis.
 - b. Catatan secara kronologis.
 - c. Mencantumkan nama dan nomor register pada setiap lembar.
 - d. Penulisan dimulai dengan huruf besar.
 - e. Setiap penulisan data memiliki identitas dan waktu (jam, hari, tanggal, bulan dan tahun)
- 5. Dapat dibaca bahwa ketika mendokumentasikan data harus memenuhi prinsip dapat dibaca. Prinsip dapat dibaca meliputi:
 - a. Tulisan dapat dibaca.
 - b. Bebas dari catatan dan koreksi.
 - c. Menggunakan tinta.
 - d. Menggunakan singkatan/istilah yang lazim digunakan.

6.5 Prinsip Pelaksanaan Dokumentasi di Klinik

Prinsip pelaksanaan dokumentasi diklinik menurut Marni dan Margiyati (2014) meliputi:

1. Catatan dokumentasi harian dapat dicatat secara singkat dilenbaran kertas yang sudah khusus disediakan kemudian dipindahkan dalam rekam medis pasien secara lengkap
2. Tidak mencatat tindakan yang belum dilakukan
3. Hasil observasi atau perubahan yang didapat harus segera dicatat
4. Pada keadaan gawat darurat di mana bidan terlibat langsung dalam tindakan penyelamatanperlu ditugaskan orang khusus untuk mencatat semua tindakan dan obat-obatan yang diberikan secara berurutan

kemudian setelah tindakan selesai segera periksa kembali catatan apakah ada yang perlu dikoreksi atau yang tidak sesuai.

6.6 Panduan Legal dalam Dokumentasi

Agar dokumentasi dipercaya secara legal, berikut panduan legal dalam mendokumentasikan asuhan kebidanan menurut Marni dan Margiyati (2014) meliputi:

1. Cantumkan nama jelas pasien pada setiap lembar observasi atau pemeriksaan
2. Tulis dengan tinta hitam, tidak boleh menggunakan pensil supaya tidak terhapus dan akan lebih jelas bila akan difoto copy.
3. Tulis tanggal, jam pemeriksaan, tindakan atau observasi yang dilakukan harus sesuai dengan kenyataan bukan hasil interpretasi (hindari kata seperti tampaknya, rupanya)
4. Tuliskan nama jelas pada setiap lembar, hasil observasi dan hasil pemeriksaan oleh orang yang melakukan tindakan.
5. Hasil temuan yang didapat harus dicatat secara jelas termasuk posisi, kondisi, tanda, gejala, warna, jumlah sesuai dengan hasil. Memakai symbol atau singkata yang telah disepakati seperti KU, Ket, KPD, S/N, Temp dan lain-lain
6. Interpretasi data objektif harus didukung hasil observasi
7. Kolom tidak dibiarkan kosong tetapi dibuat tanda penutup misalnya dengan garis atau tanda x.
8. Bila ada kesalahan menulis, tidak diperkenankan menghapus seperti ditutup, atau di tipex, tetapi dengan dicoret garis dituliskan yang salah kemudian diberi paraf.

6.7 Teknik Dokumentasi

6.7.1 Dokumentasi Naratif

Teknik dokumentasi naratif (Narrative Progress Notes) merupakan teknik yang dipakai untuk mencatat perkembangan pasien dari hari ke hari dalam bentuk narasi, yang mempunyai beberapa keuntungan dan kerugian. Teknik naratif merupakan teknik yang paling sering digunakan dan yang paling fleksibel. Teknik ini dapat digunakan oleh berbagai petugas kesehatan (Wildan dan Hidayat, 2011). Sedangkan menurut Fauziah, Afroh, dan Sudarti(2010), teknik dokumentasi naratif (Narrative Progress Notes) merupakan bentuk dokumentasi tradisional, paling lama digunakan (sejak dokumentasi pelayanan kesehatan dilembagakan) dan paling fleksibel, serta sering disebut sebagai dokumentasi yang berorientasi pada sumber (source oriented documentation).

Contoh pencatatan naratif:

(Tanggal 12 Mei 2018, di KIA puskesmas) Ibu Yanti, hamil yang kedua kalinya, yang pertama lahir di dukun, anak sekarang umur 2½ tahun, sehat. Waktu lahir ada perdarahan, tidak banyak, kata dukun itu biasa. Sejak Januari 2018 tidak menstruasi, Desember 2017 masih dapat, hanya 3 hari, biasanya 5 hari. Sekarang masih mual, kadang muntah, tidak ada mules-mules, hanya kadang-kadang rasakencang di perut bawah. Ibu tidak bekerja di luar rumah, kadang membantu ke sawah, masak, mencuci pakaian dilakukan sendiri, menyusui anak pertama sampai 2 tahun, suami tani, tamat SD, tinggal serumah dengan kedua orang mertua.

6.7.2 Dokumentasi Flow Sheet

Menurut Wildan dan Hidayat (2011), teknik dokumentasi flow sheet (lembar alur) adalah bentuk catatan perkembangan aktual yang dirancang untuk memperoleh informasi dari pasien secara spesifik menurut parameter yang telah ditentukan sebelumnya. *Flow sheet* memungkinkan petugas untuk mencatat hasil observasi atau pengukuran yang dilakukan secara berulang yang tidak perlu ditulis secara naratif, termasuk data klinik klien. Flow sheet merupakan cara tercepat dan paling efisien untuk mencatat informasi, selain itu tenaga kesehatan akan dengan mudah mengetahui keadaan klien hanya dengan melihat grafik yang terdapat pada flow sheet. *Flow sheet* atau *checklist* biasanya lebih sering digunakan di unit gawat darurat.

Beberapa contoh *flow sheet* antara lain sebagai berikut:

1. Activity Daily Living (ADL)
2. Kebutuhan terhadap bantuan bidan
3. Tanda-tanda vital
4. Keseimbangan cairan (Intake dan Output)
5. Nutrisi.
6. Pengkajian kulit.
7. Review system tubuh.
8. Hasil laboratorium (kadar gula darah dan urin).

6.8 Model Dokumentasi

1. Problem Oriented Record (POR)

Wildan dan Hidayat (2011) menyatakan bahwa *Problem Oriented Record* (POR) adalah suatu model pendokumentasian sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada masalah klien, dapat menggunakan multi disiplin dengan mengaplikasikan pendekatan pemecahan masalah, mengarahkan ide-ide dan pikiran anggota tim. Pendekatan ini pertama kali diperkenalkan oleh dr. Lawrence Weed dari Amerika Serikat. Dalam format aslinya pendekatan berorientasi masalah ini dibuat untuk memudahkan pendokumentasian dengan catatan perkembangan yang terintegrasi, dengan sistem ini semua petugas kesehatan mencatat observasinya dari suatu daftar masalah.

2. Source Oriented Record (SOR)

Wildan dan Hidayat (2011), menyatakan bahwa *source oriented record* (SOR) merupakan model dokumentasi yang berorientasi kepada sumber. Model ini umumnya diterapkan pada rawat inap. Di dalam model ini terdapat catatan pasien ditulis oleh dokter dan riwayat keperawatan yang ditulis oleh perawat. Formulirnya terdiri dari formulir grafik, format pemberian obat, dan format catatan perawat yang berisi riwayat penyakit klien, perkembangan klien, pemeriksaan laboratorium, dan diagnostik. Sementara itu, Fauziah,

Afroh, & Sudarti (2010) mengungkapkan bahwa *Source Oriented Record* (SOR) adalah suatu model pendokumentasian sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada sumber informasi.

3. Charting By Exception (CBE)

Wildan dan Hidayat (2011) menyatakan bahwa *Charting By Exception* (CBE) merupakan model dokumentasi yang hanya mencatat secara naratif dari hasil atau penemuan yang menyimpang dari keadaan normal/standar. Model Charting By Exception dibuat untuk mengatasi masalah pendokumentasian dengan membuat catatan pasien lebih nyata, hemat waktu dan mengakomodasi adanya informasi terbaru. Model ini dinilai lebih efektif dan efisien untuk mengurangi adanya duplikasi dan pengulangan dalam memasukkan data. Model *Charting By Exception* terdiri dari beberapa elemen inti yaitu lembar alur, dokumentasi berdasarkan referensi standar praktik, protokol dan instruksi incidental, data dasar kebidanan, rencana kebidanan berdasarkan diagnosis, dan catatan perkembangan (Fauziah, Afroh, & Sudarti, 2010).

4. Kardek

Wildan dan Hidayat (2011) menyatakan bahwa Kardek merupakan pendokumentasian tradisional yang dipergunakan di berbagai sumber mengenai informasi pasien yang disusun dalam suatu buku. Sistem ini terdiri dari serangkaian kartu yang disimpan pada indeks file yang dapat dengan mudah dipindahkan yang berisikan informasi yang diperlukan untuk asuhan setiap hari. Sebagai contohnya yaitu kartu ibu, kartu anak, kartu KB, dan lain sebagainya.

5. Komputerisasi

Wildan dan Hidayat (2011), menjelaskan bahwa model *computer based patient record* (CPR) atau yang dalam istilah bahasa Indonesia disebut sistem komputerisasi adalah suatu model pendokumentasian yang menggunakan sistem komputer dalam mencatat dan menyimpan data kebidanan. Model ini berupa segala bentuk catatan/dokumentasi terprogram secara jelas sehingga memudahkan dalam proses penegakan diagnosis dan mengurangi kegiatan pencatatan secara

tradisional. Beberapa pertimbangan dalam penggunaan CPR ini adalah karena jumlah data yang dikumpulkan tentang kesehatan seseorang sangatlah banyak dan metode ini merupakan penghantaran informasi yang lebih efisien dan efektif.

6.9 Metode Dokumentasi

6.9.1 Metode Dokumentasi Subjektif, Objektif, Assesment, Planning, Implementasi, Evaluasi, Reassessment (SOAPIER)

1. **Data Subjektif** Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang mempunyai ketidaksempurnaan dalam wicara, dibagian data di belakang huruf “S”, diberi tanda huruf “O” atau “X”. Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderita tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.
2. **Data Objektif** : Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnostik lain. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.
3. **Analysis** : Langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Analisis menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin

cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan intepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup: diagnosis/diagnosis dan masalah kebidanan/diagnosis, masalah kebidanan dan kebutuhan.

4. *Planning/perencanaan* adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan intepretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu klien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter.
5. *Implementation/implementasi*, adalah pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah klien. Pelaksanaan tindakan harus disetujui oleh klien, kecuali bila tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan klien. Sebanyak mungkin klien harus dilibatkan dalam proses implementasi ini. Bila kondisi klien berubah, analisis juga berubah, maka rencana asuhan maupun implementasinya pun kemungkinan besar akan ikut berubah atau harus disesuaikan.
6. *Evaluation/evaluasi*, adalah tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai dan merupakan fokus ketepatan nilai tindakan/asuhan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga tercapai tujuan yang diharapkan.
7. *Reassessment/Revised/revisi*, adalah mencerminkan perubahan rencana asuhan dengan cepat, memperhatikan hasil evaluasi, serta implementasi yang telah dilakukan. Hasil evaluasi dapat dijadikan petunjuk perlu tidaknya melakukan perubahan rencana dari awal

maupun perlu tidaknya melakukan tindakan kolaborasi baru atau rujukan. Implementasi yang sesuai dengan rencana, berdasarkan prioritas dan kebutuhan klien, akan mengoptimalkan hasil yang akan dicapai. Hal yang harus diperhatikan dalam revisi adalah pencapaian target dalam waktu yang tidak lama (Muslihatun, Mufdlilah dan Setiyawati, 2009).

6.9.2 Metode Dokumentasi Subjektif, Objektif, Analysis, Planning, Implementasi, Evaluasi (SOAPIE)

1. Data Subyektif berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang menderita tuna wicara, dibagian data dibagian data dibelakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderita tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.
2. Data Obyektif Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.
3. Analysis Langkah selanjutnya adalah analysis. Langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intrepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah

melakukan intepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan.

4. *Planning*/perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan intepretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu klien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter.
5. *Implementation*/implementasi, adalah pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah klien. Pelaksanaan tindakan harus disetujui oleh klien, kecuali bila tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan klien. Sebanyak mungkin klien harus dilibatkan dalam proses implementasi ini. Bila kondisi klien berubah, analisis juga berubah, maka rencana asuhan maupun implementasinya pun kemungkinan besar akan ikut berubah atau harus disesuaikan.
6. *Evaluation*/evaluasi, adalah tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai dan merupakan fokus ketepatan nilai tindakan/asuhan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga tercapai tujuan yang diharapkan.

6.9.3 Metode Subjektif, Objektif, Analysis, Planning, Implementasi, Evaluasi, Dokumentasi (SOAPIED)

1. Data Subjektif Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang

menderita tuna wicara, dibagian data dibagian data dibelakang huruf “S”, diberi tanda huruf “O” atau “X”. Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderitanya tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

2. Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.
3. Analisis langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan interpretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan.
4. *Planning*/perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesehatannya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu klien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter.
5. *Implementation*/implementasi, adalah pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah klien. Pelaksanaan tindakan harus disetujui oleh

klien, kecuali bila tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan klien. Sebanyak mungkin klien harus dilibatkan dalam proses implementasi ini. Bila kondisi klien berubah, analisis juga berubah, maka rencana asuhan maupun implementasinya pun kemungkinan besar akan ikut berubah atau harus disesuaikan.

6. *Evaluation* Langkah selanjutnya adalah evaluation/evaluasi, adalah tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai dan merupakan fokus ketepatan nilai tindakan/asuhan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga tercapai tujuan yang diharapkan.
7. *Documentation*/dokumentasi adalah tindakan mendokumentasikan seluruh langkah asuhan yang sudah dilakukan. Dalam metode SOAPIED ini, langkah dokumentasi lebih dieksplisitkan (dilihatkan), agar terlihat gambaran urutan kejadian asuhan kebidanan yang telah diterima klien. Urutan kejadian sejak klien datang ke sebuah tempat pelayanan kesehatan, sampai pulang (dalam keadaan sembuh, pulang paksa (APS) atau alasan lain) kemudian didokumentasikan secara utuh.

6.9.4 Subjektif, Objektif, Analysis, Planning (SOAP)

1. Data Subjektif Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang menderita tuna wicara, dibagian data dibagian data dibelakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderit tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.
2. Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat

dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3. Analisis merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan intepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan.
4. Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Tujuan penatalaksanaan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraan.

6.10 Rancangan Format Pendokumentasian

Contoh Format Pengkajian Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil

Tanggal pengkajian:

Jam pengkajian :

1. Subyektif

a. Biodata

Ibu

Suami

Nama :

Umur :
 Suku / Bangsa :
 Agama :
 Pendidikan :
 Pekerjaan :
 Alamat:.....

b. Keluhan Utama :

c. Riwayat Menstruasi

Umur menarche : tahun;
 lamanya haid : hari;
 jumlah darah haid : × ganti pembalut.
 Haid terakhir :
 Perkiraan partus :
 () Dismenorrhea () Spooting
 () Menorrhagia () Metrorrhagia
 () Pre Menstruasi Sindrom

d. Riwayat Perkawinan

Kawin : Ya / Tidak Kawin : kali
 Kawin I umur tahun, dengan suami I: tahun, ke-II : tahun

e. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

f. G P A Hidup

NO	Tgl Partus	Tempat Partus	Umur Kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong Persalinan	Penyulit (Komplikasi)	Kondisi Bayi/BB	Keadaan Anak Sekarang

g. Riwayat Hamil Sekarang HPHT :

- HPL :
- Gerakan janin pertama kali dirasakan : bulan
- Hamil Muda : () Mual () Muntah
() Perdarahan () Lain-lain
- Hamil Tua : () Pusing () Sakit Kepala
() Perdarahan () Lain-lain :
- h. Riwayat Penyakit yang Lalu / Operasi
Pernah dirawat : , kapan : , di mana:
Pernah dioperasi : , kapan : , di mana:
- i. Riwayat Penyakit Keluarga (Ayah, ibu, adik, paman, bibi) yang pernah menderita sakit
() Kanker () Penyakit Hati () Hipertensi
() Diabetes Melitus () Penyakit Ginjal () Penyakit Jiwa
() Kelainan Bawaan () Hamil Kembar () Tuberculosis (TBC)
() Epilepsi () Alergi :
- j. Riwayat Gynekologi
() Infertilitas () Infeksi Virus () PMS :
() Cervicitis Cronis () Endometriosis () Myoma
() Polip Serviks () Kanker Kandungan () Perkosaan
() Operasi Kandungan
- k. Riwayat Keluarga Berencana
Metode KB yang pernah dipakai : Lama : tahun
Komplikasi dari KB : () Perdarah () PID/Radang Panggul
- l. Pola Makan, Minum, Eliminasi, Istirahat dan Psikososial Pola Makanan: kali/sehari;menu:
- Pola Minum : cc/hari () gelas/hari
() Alkohol () Obat-obatan / Jamu () Kopi
- Pola Eliminasi :BAK : cc/hari; warna : , keluhan
BAB: : kali/hari; karakteristik : , keluhan :
- Pola Istirahat : Tidur : jam/hari
- Psikososial : Penerimaan klien terhadap kehamilan ini :

Social support dari () Suami () Orang tua
() Mertua () Keluarga lain

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

- 1) Keadaan Umum :
- 2) Kesadaran :
- 3) Keadaan Emosional :
- 4) Tinggi Badan : cm
- 5) Berat Badan : kg
- 6) Tanda – tanda Vital
 - Tekanan Darah : mmHg
 - Nadi : × per menit
 - Pernapasan : × per menit
 - Suhu : ° C

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) Muka :
- 2) Mata :
- 3) Mulut :
- 4) Gigi / Gusi :
- 5) Leher :
- 6) Payudara :
- 7) Perut :
 - Palpasi : Leopold I :
 - Leopold II :
 - Leopold III :
 - Leopold IV :
 - Tinggi Fundus Uteri :
 - Auskultasi :
 - DJJ :
- 8) Ano – Genetalia :
- 9) Ektremitas : Atas :

Bawah :

c. Pemeriksaan Penunjang

1) Hemoglobin :

2) Golongan Darah:

3) USG :

4) Protein Urine :

5) Glukosa Urine :

3. Analisa :

4. Penatalaksanaan

Tanggal :

Waktu :

CATATAN PERKEMBANGAN

Hari / Tanggal : Jam:

S :

O :

A :

P :

Bab 7

Manajemen Kebidanan

7.1 Pendahuluan

Manajemen kebidanan merupakan metode atau bentuk pendekatan yang digunakan bidan dalam memberikan asuhan kebidanan sehingga langkah-langkah dalam manajemen kebidanan merupakan alur pikir bidan dalam pemecahan masalah atau pengambilan keputusan klinis. Asuhan yang dilakukan yang dilakukan harus dicatat secara benar, sederhana, jelas, dan logis sehingga perlu suatu metode pendokumentasian (Astuti, 2016).

Dokumentasi kebidanan sangat penting bagi bidan dalam memberikan asuhan kebidanan. Hal ini karena asuhan kebidanan yang diberikan kepada klien membutuhkan pencatatan dan pelaporan yang dapat digunakan sebagai acuan untuk menuntut tanggung jawab dan tanggung gugat dari berbagai permasalahan yang mungkin dialami oleh klien berkaitan dengan pelayanan yang diberikan (Handayani and Mulyati, 2017)

Dokumentasi kebidanan juga digunakan sebagai informasi tentang status kesehatan pasien pada semua kegiatan asuhan kebidanan yang dilakukan oleh bidan. Dokumentasi juga berperan sebagai pengumpul, penyimpan, dan diseminasi informasi guna mempertahankan sejumlah fakta yang penting secara terus-menerus pada suatu waktu terhadap sejumlah kejadian. Dengan kata lain, sebagai suatu keterangan, baik tertulis maupun terekam, mengenai

identitas, anamnesis, penentuan fisik laboratorium, segala diagnosis pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, serta pengobatan rawat inap dan rawat jalan maupun pelayanan gawat darurat (Handayani and Mulyati, 2017).

7.2 Manajemen Kebidanan

7.2.1 Pengertian Manajemen Kebidanan

Manajemen asuhan kebidanan adalah pendekatan yang digunakan Bidan dalam memberikan asuhan kebidanan mulai dari pengkajian, perumusan diagnosis kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan (Kemenkes, 2020).

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Astuti, 2016).

Manajemen kebidanan adalah suatu proses berfikir logis sistematis dalam memberi asuhan kebidanan, agar menguntungkan kedua belah pihak baik klien maupun pemberi asuhan. Manajemen kebidanan merupakan alur pikir bagi seorang bidan dalam memberikan arah/kerangka dalam menangani kasus yang menjadi tanggung jawabnya (Maryunani, 2016).

7.2.2 Prinsip-Prinsip Manajemen

Tiga prinsip pokok manajemen adalah efisien, efektif, dan rasional dalam mengambil keputusan.

1. Efisiensi

Efisiensi adalah bagaimana mencapai akhir dengan hanya menggunakan sarana yang perlu, atau dengan menggunakan sarana sedikit mungkin. Efisiensi adalah ukuran mengenai hubungan antara hasil yang dicapai dan usaha yang telah dikeluarkan (misalnya oleh seorang tenaga kesehatan).

2. Efektivitas

Efektivitas adalah seberapa besar suatu tujuan sedang, atau telah tercapai; efektivitas merupakan sesuatu yang hendak ditingkatkan oleh manajemen.

3. Rasional dalam mengambil keputusan

Pengambilan keputusan yang rasional sangat diperlukan dalam proses manajemen. Keputusan merupakan suatu pilihan dari dua atau lebih tindakan. Dalam istilah manajemen, pengambilan keputusan merupakan jawaban atas pertanyaan tentang perkembangan suatu kegiatan (Oliver, 2013).

7.2.3 Sasaran Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan mendorong para bidan menggunakan cara yang teratur dan rasional sehingga mempermudah pelaksanaan yang tepat dalam mencegah masalah klien dan kemudian akhirnya tujuan mewujudkan kondisi ibu dan anak yang sehat dapat tercapai.

Permasalahan kesehatan ibu dan anak yang ditangani oleh bidan mutlak menggunakan metode dan pendekatan manajemen kebidanan. Sesuai dengan lingkup dan tanggungjawab bidang maka sasaran manajemen kebidanan ditunjukkan kepada baik individu ibu dan anak, keluarga maupun kelompok masyarakat.

Individu sebagai sasaran di dalam asuhan kebidanan disebut klien. Yang dimaksud klien di sini ialah setiap individu yang dilayani oleh bidan baik itu sehat maupun sakit. Upaya menysihatkan dan meningkatkan status kesehatan keluarga akan lebih efektif bila dilakukan melalui ibu baik di dalam keluarga maupun di dalam kelompok masyarakat. Di dalam pelaksanaan manajemen kebidanan, bidan memandang keluarga dan kelompok masyarakat sebagai kumpulan individu-individu yang berada di dalam suatu ikatan sosial di mana ibu memegang peran sentral (Insani et al., 2017)

Manajemen kebidanan dapat digunakan oleh bidan di dalam setiap melaksanakan kegiatan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan, pemulihan kesehatan ibu dan anak dalam lingkup dan tanggungjawab (Insani et al., 2017).

7.2.4 Langkah-Langkah Manajemen Kebidanan

Ketujuh langkah manajemen kebidanan menurut Varney adalah sebagai berikut:

Langkah I (pertama): Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu:

1. Riwayat kesehatan
2. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
3. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya,
4. Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Bila klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi bidan akan melakukan konsultasi. Pada keadaan tertentu dapat terjadi langkah pertama akan overlap dengan 5 dan 6 (atau menjadi bagian dari langkah-langkah tersebut) karena data yang diperlukan diambil dari hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostic yang lain. Kadang-kadang bidan perlu memulai manajemen dari langkah 4 untuk mendapatkan data dasar awal yang perlu disampaikan kepada dokter (Kemenkes, 2020).

Langkah II (kedua): Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnose atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnose yang spesifik. Kata masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi sungguh membutuhkan penanganan yang dituangkan kedalam sebuah rencana asuhan terhadap klien. Masalah sering berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan. Masalah ini sering menyertai diagnosa. Sebagai contoh diperoleh diagnosa “kemungkinan wanita hamil”, dan masalah yang berhubungan dengan diagnosa ini adalah bahwa wanita tersebut mungkin tidak menginginkan kehamilannya. Contoh lain yaitu wanita pada trimester ketiga merasa takut terhadap proses persalinan dan melahirkan yang sudah tidak

dapat ditunda lagi. Perasaan takut tidak termasuk dalam kategori “nomenklatur standar diagnosa” tetapi tentu akan menciptakan suatu masalah yang membutuhkan pengkajian lebih lanjut dan memerlukan suatu perencanaan untuk mengurangi rasa takut (Kemenkes, 2020).

Langkah III (ketiga): Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengisentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa/masalah potensial ini benar-benar terjadi.

Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman. Contoh seorang wanita dengan pemuain uterus yang berlebihan. Bidan harus mempertimbangkan kemungkinan penyebab pemuain uterus yang berlebihan tersebut (misalnya polihidramnion, besar dari masa kehamilan, ibu dengan diabetes kehamilan, atau kehamilan kembar). Kemudian ia harus mengantisipasi, melakukan perencanaan untuk mengatasinya dan bersiap-siap terhadap kemungkinan tiba-tiba terjadi perdarahan post partum yang disebabkan oleh atonia uteri karena pemuain uterus yang berlebihan. Pada persalinan dengan bayi besar, bidan sebaiknya juga mengantisipasi dan bersiap-siap terhadap kemungkinan terjadinya distocia bahu dan juga kebutuhan untuk resusitasi. Bidan juga sebaiknya waspada terhadap kemungkinan wanita menderita infeksi saluran kencing yang menyebabkan tingginya kemungkinan terjadinya peningkatan partus prematur atau bayi kecil. Persiapan yang sederhana adalah dengan bertanya dan mengkaji riwayat kehamilan pada setiap kunjungan ulang, pemeriksaan laboratorium terhadap simptomatik terhadap bakteri dan segera memberi pengobatan jika infeksi saluran kencing terjadi (Kemenkes, 2020).

Langkah IV (keempat): Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien.

Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanyaselama asuhan primer periodic atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan

terus-menerus, misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan. Data baru mungkin saja perlu dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengindikasikan situasi yang gawat di mana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak (misalnya, perdarahan kala III atau perdarahan segera setelah lahir, distocia bahu, atau nilai APGAR yang rendah). Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu intervensi dari seorang dokter, misalnya prolaps tali pusat. Situasi lainnya bisa saja tidak merupakan kegawatan tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter.

Demikian juga bila ditemukan tanda-tanda awal dari pre-eklampsia, kelainan panggul, adanya penyakit jantung, diabetes atau masalah medis yang serius, bidan perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. Dalam kondisi tertentu seorang wanita mungkin juga akan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lainnya seperti pekerja sosial, ahli gizi atau seorang ahli perawat klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi yang paling tepat dalam manajemen asuhan klien (Kemenkes, 2020).

Langkah V (kelima): Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini reformasi/data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial-ekonomi, kultural atau masalah psikologis. Dengan perkataan lain, asuhannya terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien, agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien merupakan bagian dari pelaksanaan rencana tersebut. Oleh karena itu, langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana bersama klien, kehidupan membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya.

Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang *up to date* serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang atau tidak akan dilakukan oleh klien.

Rasional berarti tidak berdasarkan asumsi, tetapi sesuai dengan keadaan klien dan pengetahuan teori yang benar dan memadai atau berdasarkan suatu data dasar yang lengkap, dan bisa dianggap *valid* sehingga menghasilkan asuhan klien yang lengkap dan tidak berbahaya (Kemenkes, 2020).

Langkah VI (keenam): Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan yang lain. Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya: memastikan agar langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana). Dalam situasi di mana bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah bertanggungjawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan klien (Kemenkes, 2020).

Langkah VII (ketujuh): Evaluasi

Pada langkah ke VII ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah diagnosa. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif (Kemenkes, 2020).



Gambar 7.1: Langkah-Langkah Manajemen Kebidanan (Handayani and Mulyati, 2017)

7.3 Pengorganisasian Praktek Asuhan Kebidanan

1. Pelayanan Mandiri

Layanan kebidanan primer yang dilakukan oleh seorang bidan yang sepenuhnya menjadi tanggungjawab bidan.

2. Kolaborasi

Layanan yang dilakukan oleh bidan sebagai anggota tim yang kegiatannya dilakukan secara bersamaan atau sebagai salah satu urutan dari sebuah proses kegiatan pelayanan. misalnya: merawat ibu hamil dengan komplikasi medik atau obstetrik Tujuan pelayanan: berbagi otoritas dalam pemberian pelayanan berkualitas sesuai ruang lingkup masing-masing. Kemampuan untuk berbagi tanggung jawab antara bidan dan dokter sangat penting agar bisa saling menghormati, saling mempercayai dan menciptakan komunikasi efektif antara kedua profesi.

3. Rujukan

Layanan yang dilakukan oleh bidan dalam rangka rujukan ke sistem layanan yang lebih tinggi atau sebaliknya, yaitu pelayanan yang dilakukan oleh bidan dalam menerima rujukan dari dukun yang menolong persalinan, juga layanan rujukan yang dilakukan oleh bidan ketempat atau fasilitas pelayanan kesehatan lain secara horizontal maupun vertikal atau ke profesi kesehatan lain. Layanan bidan yang tepat akan meningkatkan keamanan dan kesejahteraan ibu serta bayinya (Astuti, 2016).

7.4 Pendokumentasian

7.4.1 SOAPIER

Dalam pendokumentasian metode SOAPIER, S adalah data Subjektif, O adalah data Objektif, A adalah *Analysis/Assessment*, P adalah *Planning*, I adalah *Implementation*, E adalah *Evaluation* dan R adalah *Revised/Reassessment* (Handayani and Mulyati, 2017).

1. Data Subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang mempunyai ketidaksempurnaan dalam wicara, dibagian data di belakang huruf “S”, diberi tanda huruf “O” atau “X”. Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderita tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.
2. Data Objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnostik lain. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3. *Analysis* Langkah selanjutnya adalah *analysis*, langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Saudara-saudara, di dalam analisis menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan intepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup: *diagnosis/diagnosis* dan masalah kebidanan/*diagnosis*, masalah kebidanan dan kebutuhan.
4. *Planning*/perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan intepretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu klien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter.
5. *Implementation*/implementasi, adalah pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah klien. Pelaksanaan tindakan harus disetujui oleh klien, kecuali bila tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan klien. Sebanyak mungkin klien harus dilibatkan dalam proses implementasi ini. Bila kondisi klien berubah, analisis juga berubah, maka rencana asuhan maupun implementasinya pun kemungkinan besar akan ikut berubah atau harus disesuaikan.

6. Evaluation Langkah selanjutnya adalah evaluation/evaluasi, adalah tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai dan merupakan fokus ketepatan nilai tindakan/asuhan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga tercapai tujuan yang diharapkan.
7. *Reassessment Revised*/revisi, adalah mencerminkan perubahan rencana asuhan dengan cepat, memperhatikan hasil evaluasi, serta implementasi yang telah dilakukan. Hasil evaluasi dapat dijadikan petunjuk perlu tidaknya melakukan perubahan rencana dari awal maupun perlu tidaknya melakukan tindakan kolaborasi baru atau rujukan. Implementasi yang sesuai dengan rencana, berdasarkan prioritas dan kebutuhan klien, akan mengoptimalkan hasil yang akan dicapai. Hal yang harus diperhatikan dalam revisi adalah pencapaian target dalam waktu yang tidak lama (Handayani and Mulyati, 2017).

7.4.2 SOAPIE

Di dalam metode SOAPIE, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah analysis, P adalah planning, I adalah implementation dan E adalah evaluation (Handayani and Mulyati, 2017).

1. Data Subyektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang menderita tuna wicara, dibagian data dibagian data dibelakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderita tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.
2. Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini

akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3. *Analysis* Langkah selanjutnya adalah *analysis*. Langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Saudara-saudara, di dalam analisis menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan intepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan.
4. *Planning*/perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan intepretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu klien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter.
5. *Implementation*/implementasi, adalah pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah klien. Pelaksanaan tindakan harus disetujui oleh klien, kecuali bila tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan klien. Sebanyak mungkin klien harus dilibatkan dalam proses implementasi ini. Bila kondisi klien berubah, analisis juga

berubah, maka rencana asuhan maupun implementasinya pun kemungkinan besar akan ikut berubah atau harus disesuaikan.

6. *Evaluation* Langkah selanjutnya adalah evaluation/evaluasi, adalah tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai dan merupakan fokus ketepatan nilai tindakan/asuhan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga tercapai tujuan yang diharapkan (Handayani and Mulyati, 2017).

7.4.3 SOAPIED

Di dalam metode SOAPIED, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah *analysis*, P adalah *planning*, I adalah *implementation*, E adalah *evaluation*, dan D adalah *documentation* (Handayani and Mulyati, 2017).

1. Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang menderita tuna wicara, dibagian data dibelakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderitanya tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.
2. Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.
3. *Analysis* Langkah selanjutnya adalah *analysis*, langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan

informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Saudara-saudara, di dalam analisis menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan intepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan.

4. *Planning*/perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan intepretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu klien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter.
5. *Implementation*/implementasi, adalah pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah klien. Pelaksanaan tindakan harus disetujui oleh klien, kecuali bila tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan klien. Sebanyak mungkin klien harus dilibatkan dalam proses implementasi ini. Bila kondisi klien berubah, analisis juga berubah, maka rencana asuhan maupun implementasinya pun kemungkinan besar akan ikut berubah atau harus disesuaikan.
6. *Evaluation* Langkah selanjutnya adalah *evaluation*/evaluasi, adalah tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai dan merupakan fokus ketepatan nilai tindakan/asuhan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi

ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga tercapai tujuan yang diharapkan.

7. *Documentation*/dokumentasi adalah tindakan mendokumentasikan seluruh langkah asuhan yang sudah dilakukan. Kalau Anda baca di metode dokumentasi yang lain (SOAPIER, SOAPIE dan SOAP) tindakan mendokumentasikan juga dilaksanakan. Dalam metode SOAPIED ini, langkah dokumentasi lebih dieksplisitkan (dilihatkan), agar terlihat gambaran urutan kejadian asuhan kebidanan yang telah diterima klien. Urutan kejadian sejak klien datang ke sebuah tempat pelayanan kesehatan, sampai pulang (dalam keadaan sembuh, pulang paksa (APS) atau alasan lain) kemudian didokumentasikan secara utuh (Handayani and Mulyati, 2017).

7.4.4 SOAP

Di dalam metode SOAP, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah *analysis*, P adalah *planning*. Metode ini merupakan dokumentasi yang sederhana akan tetapi mengandung semua unsur data dan langkah yang dibutuhkan dalam asuhan kebidanan, jelas, logis. Prinsip dari metode SOAP adalah sama dengan metode dokumentasi yang lain seperti yang telah dijelaskan di atas.

Sekarang kita akan membahas satu persatu langkah metode SOAP (Handayani and Mulyati, 2017).

1. Data Subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang menderita tuna wicara, dibagian data dibagian data dibelakang huruf “S”, diberi tanda huruf “O” atau “X”. Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderita tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.
2. Data Objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat

dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3. **Analysis** Langkah selanjutnya adalah analysis. Langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Saudara-saudara, di dalam analisis menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan intepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan.
4. **Penatalaksanaan** adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Tujuan penatalaksanaan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya (Handayani and Mulyati, 2017).

Bab 8

Lingkup Praktik Kebidanan

8.1 Pendahuluan

Bidan merupakan profesi yang diakui secara nasional maupun internasional dengan jumlah praktisi di seluruh dunia. Pada dasarnya, praktik kebidanan yaitu penerapan ilmu kebidanan dengan memberikan pelayanan atau asuhan kebidanan pada klien dengan pendekatan manajemen kebidanan. Dari penjelasan diatas, dapat disimpulkan bahwa ruang lingkup praktik kebidanan adalah batasan dalam melakukan penerapan ilmu kebidanan kepada masyarakat. Secara umum, ruang lingkup praktik kebidanan dapat didefinisikan sebagai luas area praktik dari suatu profesi.

Ruang lingkup praktik kebidanan sering bervariasi menurut pedoman nasional dan regional, kode etik profesional, praktik dan keyakinan kultural, mutu pendidikan dan pelatihan kebidanan, serta kerjasama dari masyarakat medis. Lingkup praktik kebidanan yang digunakan meliputi asuhan mandiri / otonomi pada anak perempuan, remaja dan wanita sebelum, selama kehamilan dan selanjutnya (Salmiati, 2011).

Menurut Irianti (2021) ruang lingkup praktik kebidanan adalah batasan dari kewenangan bidan dalam menjalankan praktik yang berkaitan dengan upaya pelayanan kebidanan dan jenis pelayanan kebidanan. Secara umum, ruang lingkup kebidanan dapat diartikan sebagai luas area praktik pada suatu profesi.

Secara khusus, ruang lingkup praktik kebidanan digunakan untuk menentukan batasan yang dilakukan seorang bidan.

Ruang lingkup kebidanan tidak mendefinisikan tingkat praktik yang digunakan tetapi mengidentifikasi luas area atau cakupan praktik kebidanandalam suatu batasan. Oleh sebab itu, ruang lingkup ruang lingkup ptaktek kebidanan juga melindungi bidan dalam melakukan pelayanan sesuai dengan kompetensi yang telah di tetapkan sendiri. Oleh karenanya, ruang lingkup praktik kebidananjuga berperan untuk mengidentifikasi kebebasan seorang bidan dalam menentukan pilihan praktik yang dilakukannya dan tentunya dalam batasan tertentu.

8.2 Kerangka Kerja Dalam Pelayanan

Kerangka kerja dalam pelayanan kebidanan meliputi:

1. KEPMENKES RI No 900/MENKES/SK/II/20002
2. Standar Pelayanan Kebidanan
3. Kode Etik Profesi Bidan
4. Kepmenkes No 369/Menkes/SK/III/2007

8.3 Lingkup Praktik Kebidanan

Ruang lingkup praktik kebidanan menurut ICM dan IBI di antaranya:

1. Asuhan mandiri atau otonomi pada anak-anak perempuan, remaja dan wanita dewasa sebelum, selama kehamilan dan selanjutnya. Hal ini berarti bidan memberikan pengawasan yang diperlukan, asuhan serta nasehat bagi wanita selama hamil, bersalin dan nifas.
2. Bidan menolong persalinan atas tanggung jawabnya sendiri dan merawat bayi baru lahir.
3. Pengawasan pada kesehatan masyarakat di posyandu (tindak pencegahan), penyuluhan dan pendidikan kesehatan pada ibu, keluarga dan masyarakat.

4. Konsultasi dan rujukan.
5. Pelaksanaan pertolongan kegawaddaruratan primer dan skeunder pada saat tidak ada pertolongan medis.

Beberapa ruang lingkup praktik kebidanan meliputi pemberian asuhan pada bayi baru lahir (BBL), bayi, balita, anak perempuan, remaja putri, wanita pranikah, wanita pada masa hami, bersalin dan nifas, wanita pada masa interval dan wanita menopause (Irianti, 2021).

8.3.1 Lingkup Pelayanan Kebidanan Kepada Anak

1. Pemeriksaan bayi baru lahir
2. Perawatan tali pusat
3. Perawatan bayi
4. Resusuitas pada bayi baru lahir
5. Pemantauan tumbuh kembang anak
6. Pemberian imunisasi
7. Pemberian penyuluhan (Kepmenkes RI no 900 pasal 18).

8.3.2 Lingkup Pelayanan Kebidanan Pada Wanita Hamil Penyuluhan dan konseling

1. Pemeriksaan fisik
2. Pelayanan antenatal pada kehamilan normal
3. Pertolongan pada kehamilan abnormal yang mencakup ibu hamil dengan abortus immines, hipertensi, gravidarum tingkat I, preeklamsi ringan dan anemia ringan
4. Pertolongan persalinan normal
5. Pertolongan persalinan normal yang mencakup letak sungsang, partus macet kepada di dasar panggul, ketuban pecah dini tanpa infeksi, perdarahan post partum, laserasi jalan lahir, distosia karena inersia uteri primer, postterm dan preterm
6. Pelayanan ibu nifas normal
7. Pelayanan ibu nifas abnormal yang meliputi retensio placenta, renjatan dan infeksi ringan

8. Pelayanan dan pengobatan pada klien ginekologis yang meliputi keputihan, perdarahan tidak teratur dan penundaan haid (Kepmenkes RI no 900 pasal 16).

Bidan dalam memberikan pelayanan sebagaimana yang dimaksud dalam pasal 16 berwenang untuk:

1. Memberikan imunisasi
2. Memberikan suntikan pada penyulit kehamilan, persalinan dan nifas
3. Mengeluarkan placenta secara normal
4. Bimbingan senam hamil
5. Pengeluaran sisa jaringan konsepsi
6. *Episiotomy*
7. Penjahitan luka episiotomy dan luka jalan lahir sampai tingkat II
8. Amniotomi pada pembukaan serviks lebih dari 4 cm
9. Pemberian infus
10. Pemberian suntikan *intramuskuler uterotonika*, antibiotika dan sedativa
11. Kompresi *bimanual*
12. Versi ekstraksi *gemelli* pada kelahiran bayi ke II dan seterusnya
13. Vacuum ekstraksi dengan kepala bayi di dasar panggul
14. Pengendalian anemia
15. Peningkatan pemeliharaan dan pengeluaran ASI
16. Resusitasi pada bayi baru lahir dan asfeksia
17. Penanganan hipotermi
18. Pemberian minum dengan sonde atau pipet
19. Pemberian obat-obatan terbatas melalui lembaran permintaan obat sesuai dengan formulir VI terlampir
20. Pemberian surat keterangan kelahiran dan kematian

Ruang lingkup berubah bila: keadaan darurat bidan berwenang melakukan pelayanan kebidanan selain dalam wewenang yang bertujuan untuk penyelamatan jiwa (Kepmenkes RI no 900 pasal 21).

8.3.3 Lingkup Pelayanan Keluarga Berencana

Pelayanan keluarga berencana bertujuan untuk mewujudkan keluarga berkualitas melalui pengaturan jumlah keluarga secara terencana. Pelayanan keluarga diarahkan pada upaya mewujudkan keluarga kecil. Bidan merupakan salah satu tenaga kesehatan mempunyai tugas dalam pelayanan keluarga berencana.

Bidan dalam memberikan pelayanan keluarga berencana berwenang untuk:

1. Memberikan obat dan alat kontrasepsi oral, suntikan dan alat kontrasepsi dalam Rahim, bawah kulit dan kondom
2. Memberikan penyuluhan atau konseling pemakaian kontrasepsi
3. Melakukan pencabutan alat kontrasepsi dalam rahim
4. Melakukan pencabutan alat kontrasepsi bawah kulit tanpa penyulit
5. Memberikan konseling untuk pelayanan kebidanan, keluarga berencana dan kesehatan masyarakat

8.3.4 Lingkup Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan masyarakat berwenang untuk:

1. Pemberian peran serta masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak
2. Memantau tumbuh kembang anak
3. Melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas
4. Melakukan deteksi dini, melakukan pertolongan pertama, merujuk dan memberikan penyuluhan infeksi menular seksual, penyalahgunaan NAPZA, serta penyakit lainnya (Purwoastuti, 2014).

8.4 Lahan Praktik Kebidanan

Menurut Asrinah (2018), Lahan praktik pelayanan kebidanan merupakan tempat di mana bidan menerapkan ilmu dalam memberikan pelayanan kebidanan atau asuhan kebidanan pada klien dengan pendekatan manajemen kebidanan yaitu:

1. BPS atau dirumah
2. Masyarakat
3. Puskesmas
4. Polindes atau PKD
5. RS atau RB
6. Balai pengobatan (BP): dokter, perawat
7. RB atau BPS (Bidan Praktik Swasta)
8. Bidan didesa
9. Rs (swasta atau pemerintah
10. Klinik dan unit pemerintah lainnya

8.5 Sasaran Pelayanan Kebidanan

Sasaran pelayanan kebidanan: individu, keluarga dan masyarakat yang meliputi:

1. Anak anak perempuan
2. Remaja putri
3. WUS (wanita usia subur)
4. Wanita hamil
5. Ibu bersalin
6. Ibu nifas dan menyusui
7. Bayi Baru Lahir (BBL)
8. Bayi dan balita
9. keluarga, kelompok dan masyarakat
10. Ibu atau wanita dengan sistem reproduksi

8.6 Upaya Pelayanan Kebidanan

1. Promotif.

Upaya promosi ini dapat diberikan dalam bentuk konseling untuk klien, keluarga, dan masyarakat, memberikan penyuluhan kepada ibu hamil, bersalin, nifas dan penolong persalinan serta memberikan asuhan pada BBL.

2. Preventif

Dalam upaya ini tindakan pencegahan, deteksi dini abnormal ibu dan anak, usaha mendapatkan bantuan medik dalam melaksanakan tindakan kegawatdaruratan.

3. Kuratif

Upaya ini dapat berupa rujukan pada keadaan risiko tinggi termasuk kegawatdaruratan pada anak.

4. Rehabilitatif

Dalam melaksanakan upaya ini bidan harus mampu memberikan asuhan sesuai dengan kebutuhan terhadap wanita hamil, melahirkan, masa post partum, melaksanakan pertolongan persalinan dibawah tanggung jawabnya sendiri dan memberikan asuhan pada BBL, bayi dan anak balita.

8.7 Standar Pelayanan Kebidanan

Asuhan kebidanan meliputi asuhan prakonsepsi, antenatal, intranatal, neonatal, nifas, keluarga berencana, ginekologi, pre-menopause, pasca menopause, dan asuhan primer. Dalam pelaksanaannya, bidan bekerja dalam system pelayanan yang memberikan konsultasi, manajemen kolaborasi, dan rujukan sesuai dengan kebutuhan dan kondisi kesehatan klien.

Pelayanan kebidanan merupakan panduan antara kiat dan ilmu. Bidan membutuhkan kemampuan untuk memahami kebutuhan wanita untuk mendorong semangatnya serta menumbuhkan rasa percaya dirinya dalam menghadapi kehamilan, persalinan maupun perannya sebagai ibu. Dalam

menjalankan tugasnya, bidan membutuhkan ilmu tingkat tinggi dan kemampuan untuk mengambil keputusan (Purwandari, 2008)

Ruang lingkup standar pelayanan kebidanan terdiri dari 24 standar yang di kelompokkan sebagai:

1. Standar pelayanan umum (2 standar)
2. Standar pelayanan antenatal (6 standar)
3. Standar pertolongan persalinan (4 standar)
4. Standar pelayanan nifas (3 standar)
5. Standar penanganan kegawatdaruratan obstetric neonatal (9 standar) (Irianti, 2021)

8.7.1 Standar Pelayanan Umum

Standar 1: Persiapan Untuk Kehidupan Keluarga Sehat

1. Tujuan
Memberikan penyuluhan kesehatan yang tepat di gunakan untuk mempersiapkan kehamilan yang sehat dan terencana serta menjadi orang tua yang bertanggung jawab.
2. Pernyataan standar
Bidan memberikan penyuluhan dan nasehat kepada perorangan, keluarga dan masyarakat terhadap segala hal yang berkaitan dengan kehamilan, termasuk penyuluhan kesehatan umum, gizi, keluarga berencana, kesiapan dalam menghadapi kehamilan dan menjadi calon orang tua, menghindari kebiasaan yang tidak baik dan mendukung kebiasaan yang tidak baik.
3. Hasil dari pernyataan standar
Masyarakat dan perorangan ikut serta dalam upaya mencapai kehamilan ibu yang sehat, keluarga dan masyarakat meningkatkan pengetahuannya tentang fungsi alat-alat reproduksi dan bahaya kehamilan pada usia muda.
4. Persyaratan
 - a. Bidan melakukan kerjasama dengan kader kesehatan dan sector terkait sesuai dengan kebutuhan
 - b. Bidan didik dan terlatih dalam:

- 1) Penyuluhan kesehatan
- 2) Komunikasi dan keterampilan konseling dasar
- 3) Siklus menstruasi, perkembangan kehamilan, metode kontrasepsi, gizi, bahaya kehamilan pada usia dini, kebersihan dan kesehatan diri, kesegatan atau kematangan seksual dan tanda pada kehamilan.
- 4) Tersedianya bahan untuk penyuluhan kesehatan tentang hal-hal diatas. Penyuluhan kesehatan akan efektif bila pesannya jelas dan tidak membingungkan.

Standar 2: Pencatatan dan Pelaporan

1. Tujuan

Mengumpulkan, mempelajari dan menggunakan data untuk pelaksanaan penyuluhan, kesinambungan pelayanan dan penilaian pekerjaan.
2. Pernyataan standar

Bidan harus melakukan pencatatan dari semua kegiatan yang telah dilakukan dengan seksama seperti pencatatan semua ibu hamil yang ada di daerah/wilayah kerja yang bertugas, melakukan perincian pelayanan yang telah disampaikan pada setiap ibu yang telah hamil/bersalin/ nifas dan bayi yang baru lahir, semua tentang kunjungan ke setiap rumah dan penyuluhan kepada masyarakat. Bidan juga harus mengikutsertakan kader untuk mencatat semua ibu hamil ibu dalam proses persalinan, ibu dalam masa nifas dan bayi baru lahir. Bidan meninjau secara teratur catatan tersebut untuk menilai kinerja dan penyusunan rencana untuk meningkatkan pelayanannya.
3. hasil dari pernyataan syandar
 - a. terlaksananya pencatatan dan pelaporan yang baik
 - b. tersedianya data untuk audit dan pengembangan diri
 - c. meningkatkan keterampilan masyarakat dalam kehamilan, kelahiran bayi dan pelayanan kebutuhan

4. persyaratan
 - a. adanya kebijakan nasional atau setempat untuk mencatat semua kelahiran dan kematian ibu dan bayi
 - b. system pencatatan dan pelaporan kelahiran dan kematian ibu dan bayi dilaksanakan sesuai dengan ketentuan nasional atau setempat
 - c. bidan bekerjasama dengan kader atau tokoh masyarakat dan memahami masalah kesehatan setempat
 - d. *register kohort* ibu dan bayi, kartu ibu/KMS, ibu hamil, buku KIA dan PWS-KIA, partograf digunakan untuk pencatat dan pelaporan pelayanan
 - e. bidan sudah terlatih dan terampil dalam menggunakan format pencatatan tersebut diatas
 - f. pemetaan ibu hamil
 - g. bidan memiliki semua dokumen yang diberlakukan untuk mencatat jumlah kasus dan jadwal kerjanya setiap hari
5. hasil yang harus di ingat pada standar ini
 - a. pencatatan dan pelaporan merupakan hal yang penting bagi bidan untuk mempelajari hasil kerjanya
 - b. pencatatan dan pelaporan harus dilakukan pada saat pelaksanaan pelayanan, menunda pencatatan akan meningkatkan risiko tidak tercatatnya informasi penting dalam pelaporan
 - c. pencatatan dan pelaporan harus mudah dibaca, cerna dan menuat tanggal, waktu dan paraf.

8.7.2 Standar Pelayanan Antenatal

Standar 3: Identifikasi Ibu Hamil

1. Tujuan

Bidan melakukan tindakan kunjungan rumah dan langsung berinteraksi dengan masyarakat secara terus menerus untuk memberikan penyuluhan dan memotivasi pada ibu, suami dan semua anggota keluarganya agar ibu hamil mau untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini mungkin dan secara teratur.

2. Hasil dari identifikasi
 - a. Bidan memahami tanda dan gejala persalinan
 - b. Ibu, suami, anggota masyarakat menyadari manfaat pemeriksaan kehamilan, secara dini dan teratur, serta mengetahui tempat pemeriksaan kehamilan
 - c. Meningkatkan cakupan ibu hamil yang memeriksakan diri sebelum kehamilan 16 minggu
3. Persyaratan
Bidan bekerjasama dengan tokoh masyarakat dan kader untuk menemukan ibu hamil dan memastikan bahwa semua ibu hamil telah memeriksakan kandungan secara dini dan teratur
4. Proses
Melakukan kunjungan rumah dan penyuluhan masyarakat secara teratur untuk menjelaskan tujuan pemeriksaan kehamilan kepada ibu hamil, suami, keluarga maupun masyarakat

Standar 4: Pemeriksaan dan Pemantauan Antenatal

1. Tujuan
Memberikan pelayanan antenatal berkualitas dan deteksi dini komplikasi kehamilan
2. Pernyataan standar:
Bidan memberikan sedikitnya 4 x pelayanan antenatal meliputi Pemeriksaan anamnesis dan memantau ibu dan janin dengan jelas untuk menilai apakah perkembangannya berlangsung normal. Petugas kesehatan atau Bidan juga harus mengenal kehamilan kelainan (Resti), khususnya kurang gizi, anemia, hipertensi, infeksi HIV/ PMS, memberikan nasehat-nasehat, memberikan pelayanan imunisasi pada anak, dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainnya yang diinstruksikan oleh petugas puskesmas.
3. Hasil
 - a. Ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal minimal 4 kali selama kehamilan

- b. Memanfaatkan jasa bidan oleh masyarakat. Deteksi dini dan komplikasi kehamilan
 - c. Ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat mengetahui tanda bahaya kehamilan dan tau apa yang harus dilakukan
 - d. Mengurus transportasi rujukan jika sewaktu-waktu terjadi kegawad darurat
4. Persyaratan
- Bidan mampu memberikan pelayanan antenatal berkualitas termasuk penggunaan KMS ibu hamil dan kartu pencatatan hasil pemeriksaan kehamilan (kartu ibu)
5. Proses
- Bidan harus ramah, sopan dan bersahabat pada setiap kunjungan yang dilakukan pasien

Standar 5: Palpasi Abdominal

1. Tujuan
- Memperkirakan usia kehamilan, pemantauan pertumbuhan janin, penentuan letak, posisi dan bagian bawah janin
2. Pernyataan standar
- Bidan melakukan pemeriksaan abdominal dengan teratur dan melakukan palpasi agar memperkirakan usia kehamilan, serta umur atau usia kehamilan bertambah memeriksa posisi, bagian terendah janin dan masuknya kepala janin ke dalam rongga panggula, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.
3. Hasil
- a. Bidan telah didik tentang prosedur palpasi abdominal yang benar
 - b. Alat, misalnya meteran kain, stetoskop janin, tersedia dalam kondisi baik
 - c. Tersedia tempat pemeriksaan yang tertutup dan dapat di terima masyarakat
 - d. Menggunakan KMS ibu hamil, kartu ibu untuk pencatatan

- e. Adanya system rujukan yang berlaku bagi ibu hamil yang memerlukan rujukan. Bidan juga wajib melaksanakan palpasi abdominal pada setiap kunjungan antenatal

Standar 6: Pengelolaan Anemia Pada Kehamilan

1. Tujuan
Menemukan anemia pada kehamilan secara dini dan melakukan tindak lanjut yang memadai untuk mengatasi anemia sebelum persalinan berlangsung
2. Pernyataan standar
 - a. Ada pedoman pengelolaan anemia pada kehamilan
 - b. Bidan mampu mengenali dan mengelola anemia pada kehamilan. Bidan juga dapat memberikan penyuluhan gizi untuk anemia
 - c. Tersedia tablet zat besi dan asam folat, obat anti malaria dan obat cacing
 - d. Menggunakan KMS ibu hamil dan kartu ibu
3. Proses
Memeriksa kadar HB semua ibu hamil pada kunjungan pertama dan pada minggu ke-28. HB di bawah 11% pada kehamilan termasuk di dalam gejala anemia, sedangkan HB <8% adalah anemia berat. Jika anemia berat terjadi, gejala tampak berupa wajah pucat, cepat lelah, kuku pucat kebiruan, dan kelopak mata sangat pucat. Bidan wajib merujuk ibu hamil jika gejala anemia muncul untuk pemeriksaan dan perawatan selanjutnya.

Standar 7: Pengelola Dini Hipertensi Pada Kehamilan

1. Tujuan
Mengenali dan menemukan secara dini hipetensi pada kehamilan dan melakukan tindakan yang diperlukan.
2. Pernyataan standar:
Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenal tanda serta gejala pre eklamsia lainnya. Serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya.

3. Hasil
 - a. Ibu dengan tanda pre eklamsi dapat perawan memadai dan tepat waktu
 - b. Penurunan angka kesakitan dan kematian akibat eklamsi
4. Persyaratan
 - a. Bidan melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur dan pengukuran tekanan darah
 - b. Bidan diwajibkan mampu melakukan pengukuran tekanan darah dengan benar dan mengenali tanda-tanda pre eklamsi. Bidan juga mampu mendeteksi hipertensi pada kehamilan dan melakukan tindak lanjut sesuai dengan kemampuan

Standar 8: Persiapan Persalinan

1. Pernyataan standar:

Bidan memberikan masukan atau saran yang tepat kepada ibu hamil, dan suami serta persalinan yang aman dan bersih serta suasana direncanakan dengan baik dan suasana yang menyenangkan, dan juga persiapan transportasi dan biaya untuk persiapan merujuk, bila tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat. Bidan hendaknya melakukan kunjungan rumah untuk hal ini.
2. Persyaratan
 - a. Semua ibu harus melakukan 2 kali kunjungan antenatal pada trimester terakhir kehamilan
 - b. Adanya kebijakan dan protokol nasional mengenai indikasi persalinan yang harus dirujuk dan belangsung dirumah sakit
 - c. Bidan terlatih dan terampil dalam melakukan pertolongan persalinan yang aman dan bersih
 - d. Peralatan penting untuk melakukan pemeriksaan antenatal telah tersedia
 - e. Perlengkapan penting yang diperlukan untuk melakukan pertolongan persalinan bersih dan aman tersedia dalam keadaan steril

- f. Adanya persiapan transportasi untuk merujuk ibu hamil dengan cepat jika kegawad daruratan ibu dan janin
- g. Menggunakan KMS ibu hamil, kartu ibu dan partograf
- h. Sistem rujukan dan efektif untuk ibu hamil yang mengalami komplikasi selama masa kehamilan

8.7.3 Standar Pertolongan Persalinan

Standar 9: Asuhan Persalinan Kala Satu

1. Tujuan
Untuk memberikan pelayanan kebidanan yang memadai dalam mendukung pertolongan persalinan yang bersih dan aman untuk ibu dan bayi
2. Pernyataan standar
Bidan atau petugas kesehatan menilai secara tepat bahwa persalinan sudah dimulai, kemudian memberikan asuhan dan pemantauan yang memadai, dengan memperhatikan kebutuhan pasien/ klien, selama proses persalinan berlangsung.
3. Hasil
 - a. Ibu bersalin mendapat pertolongan darurat yang memadai dan tepat waktu bila diperlukan
 - b. Meningkatkan cakupan persalinan dan komplikasi lainnya yang ditolong tenaga kesehatan terlatih
 - c. Berkurangnya kematian atau kesakitan ibu dan bayi akibat partus lama

Standar 10: Persalinan Kala II yang Aman

1. Tujuan
Memastikan persalinan yang bersih dan aman untuk ibu dan bayi
2. Pernyataan Standar
Menggunakan dan mengurangi kejadian perdarahan pasca persalinan, memperpendek dalam upaya membantu pengeluaran placenta dan selaput ketuban secara lengkap

3. Persyaratan

- a. Bidan dipanggil jika ketuban ibu sudah pecah
- b. Bidan sudah terlatih dan terampil dalam menolong persalinan secara bersih dan aman
- c. Tersedia alat pertolongan persalinan termasuk sarung tangan steril

Standar 11: Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala III

1. Tujuan

Membantu secara aktif pada proses pengeluaran placenta dan selaput ketuban secara lengkap untuk mengurangi perdarahan pasca persalinan, memperpendek kala 3, mencegah atonia uteri dan retensio placenta

2. Pernyataan Standar

Bidan atau petugas kesehatan melakukan penegangan tali pusar dengan benar untuk membantu pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap.

Standar 12: Penanganan Kala II dengan Gawat Janin melalui Episiotomi

1. Tujuan

Mempercepat persalinan dengan melakukan episiotomy jika ada tanda-tanda gawat janin pada saat kepala janin meregangkan perineum

2. Pernyataan Standar

Bidan atau petugas kesehatan mengenali secara tepat tanda-tanda gawat janin pada kala II yang lama, dan segera melakukan episiotomi dengan aman untuk memperlancar persalinan, diikuti dengan penjahitan perineum.

8.7.4 Standar Pelayanan Nifas

Standar 13: Perawatan bayi baru lahir

1. Tujuan
Menilai kondisi bayi baru lahir dan membantu dimulainya pernafasan serta mencegah hipotermi, hipoglikemia dan infeksi
2. Pernyataan Standar
Bidan menilai bayi yang baru lahir untuk memastikan pernafasan spontan mencegah hipoksia sekunder, menemukan kelainan, dan melakukan tindakan atau merujuk sesuai dengan kebutuhan. Bidan juga harus mencegah atau menangani hipotermia.

Standar 14: Penanganan pada dua janin pertama setelah persalinan

1. Tujuan
Mempromosikan perawatan ibu dan bayi yang bersih aman selama kala 4 untuk memulihkan kesehatan bayi, meningkatkan asuhan saying ibu dan saying bayi, memulai pemberian IMD
2. Pernyataan standar
Bidan melakukan pemantauan ibu dan bayi terhadap terjadinya komplikasi dalam dua jam setelah persalinan, serta melakukan tindakan yang diperlukan. Selain itu, bidan memberikan penjelasan hal-hal yang dapat membuat mempercepat pulihnya kesehatan ibu, dan membantu ibu untuk memulai pemberian Asi.

Standar 15: Pelayanan bagi ibu dan bayi pada masa nifas

1. Tujuan
Memberikan pelayanan pada ibu dan bayi sampai 42 hari setelah persalinan dan penyuluhan ASI eksklusif
2. Pernyataan standar
Bidan memberikan pelayanan selama masa nifas dengan cara kunjungan rumah pada hari ke-3, minggu ke-2, dan minggu ke-6 setelah persalinan, untuk membantu proses pemulihan ibu dan bayi melalui penanganan tali pusat yang benar, penemuan dini penanganan atau rujukan komplikasi yang mungkin terjadi pada masa

nifas, serta memberikan penjelasan tentang kesehatan secara umum, seperti: Kebersihan perorangan, Makanan bergizi, Perawatan bayi baru lahir, Pemberian ASI, Imunisasi dan KB.

8.7.5 Standar Penanganan Kegawatan Obstensi dan Neonatal

Standar 16: Penanganan Perdarahan dalam kehamilan pada Trimester III

1. Tujuan
Mengenali dan melakukan tindakan cepat dan tepat perdarahakan dalam trimester 3 kehamilan
2. Pernyataan standar
Bidan mengenali secara tepat tanda dan gejala pendarahan pada kehamilan, serta segera melakukan tindakan pertolongan pertama dan merujuknya.

Standar 17: Penanganan Kegawatan pada Eklamsia

1. Tujuan
Mengenali secara dini tanda-tanda dan gejala pre-eklamspi berat dan memberikan perawatan yang tepat dan segera dalam penanganan kegawattaruraran bila eklamspi terjadi
2. Pernyataan standar
Bidan mengenali secara tepat tanda dan gejala eklamsia mengancam, serta merujuk dan/ atau memberikan pertolongan pertama.

Standar ke- 18: Penanganan/pertolongan Kegawatan pada partus lama atau macet

1. Tujuan
Mengenali dengan segera dan penanganan yang terdapat pada keadaan kegawattarutaran partus lama atau macet

2. Pernyataan standar

Bidan mengenali secara tepat tanda dan gejala partus lama/ macet dan segera melakukan penanganan yang memadai dan tepat waktu atau merujuknya.

Standar 19: Persalinan dengan Penggunaan Vakum Esktraktor

1. Tujuan

Untuk mempercepat persalinan pada keadaan tertentu dengan menggunakan vakum ekstaksi

2. Pernyataan standar

Bidan mengenali kapan diperlukan ekstraksi vakum, melakukannya secara benar dan tepat dalam memberikan pertolongan persalinan dengan memastikan keamanannya untuk ibu dan janin.

Standar 20: Penanganan Retensio Plasenta

1. Tujuan

Mengenali dan melakukan tindakan yang tepat ketika terjadi retensio plasenta total atau parsial

2. Pernyataan standar

Bidan mengenali retensio plasenta, dan secepatnya memberikan pertolongan pertama termasuk manual plasenta dan penanganan perdarahan.

Standar 21: Penanganan Perdarahan Postpartum Primer

1. Tujuan

Mengendalikan dan mengambil tindakan pertolongan kegawattaruratan yang tepat pada ibu yang mengalami perdarahan post partum

2. Pernyataan standar

Bidan mengenali pendarahan yang berlebihan dalam 24 jam pertama setelah persalinan (perdarahan postpartum primer) dan segera melakukan pertolongan pertama untuk mengendalikan pendarahan.

Standar 22: Penanganan Perdarahan Postpartum Sekunder

1. Tujuan

Mengenali tanda dan gejala post partum sekunder serta melakukan penanganan secara tepat untuk menyelamatkan jiwa ibu

2. Pernyataan standar

Bidan mengenali secara tepat dan dini mungkin tanda-tanda yang muncul serta gejala pendarahan postpartum sekunder, dan melakukan pertolongan yang pertama untuk penyelamatan jiwa ibu.

Standar 23: Penanganan Sepsis Puerperalis

1. Tujuan

Mengenali dan mengambil tindakan pada klien yang mengalami tanda *spesie puerperalis*

2. Pernyataan standar

Bidan mampu mengamati secara tepat tanda gejala sepsis puerparalis, serta melakukan pertolongan pertama.

Standar 24: penanganan Asfiksia Neonatorum

1. Tujuan

Menganal dengan tepat bayi baru lahir dengan asfeksia neonatorum, mengenal tindakan yang tepat, dan melakukan pertolongan kegawatdaruratan bayi baru lahir yang mengalam asfeksia neonatorum

2. Pernyataan standar

Bidan mampu mengenali dengan tepat bayi baru lahir dengan asfiksia, serta melakukan resusitasi secepatnya, mengusahakan bantuan medis serta yang diperlukan dan memberikan perawatan lanjutan.

Bab 9

Pengorganisasian Praktik Asuhan Kebidanan

9.1 Pendahuluan

Pelayanan Kebidanan adalah seluruh tugas yang menjadi tanggung jawab praktik profesi Bidan dalam sistem pelayanan kesehatan yang bertujuan meningkatkan kesehatan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan kesehatan keluarga dan masyarakat.

Kebidanan dalam UU 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan adalah segala sesuatu yang berhubungan dengan bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan kepada perempuan selama masa sebelum hamil, masa kehamilan, persalinan, pasca persalinan, masa nifas, bayi baru lahir, bayi, balita, dan anak prasekolah, termasuk kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sesuai dengan tugas dan wewenangnya. Bidan adalah seorang perempuan yang telah menyelesaikan program pendidikan Kebidanan baik di dalam negeri maupun di luar negeri yang diakui secara sah oleh Pemerintah Pusat dan telah memenuhi persyaratan untuk melakukan praktik Kebidanan.

Pelayanan Kebidanan menurut ketentuan umum Undang-Undang tentang Kebidanan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan secara

mandiri, kolaborasi, dan/atau rujukan. Praktik Kebidanan adalah kegiatan pemberian pelayanan yang dilakukan oleh Bidan dalam bentuk asuhan kebidanan. Kompetensi Bidan adalah kemampuan yang dimiliki oleh Bidan yang meliputi pengetahuan, keterampilan, dan sikap untuk memberikan Pelayanan Kebidanan.

9.2 IBI (Ikatan Bidan Indonesia)

9.2.1 Latar Belakang Terbentuknya Organisasi IBI

Dalam sejarah Bidan Indonesia menyebutkan bahwa 24 Juni 1951 dipandang sebagai hari lahir IBI. Pengukuhan hari lahirnya IBI tersebut didasarkan atas hasil konferensi bidan pertama yang diselenggarakan di Jakarta 24 Juni 1951, yang merupakan prakarsa bidan-bidan senior yang berdomisili di Jakarta. Konferensi bidan pertama tersebut telah berhasil meletakkan landasan yang kuat serta arah yang benar bagi perjuangan bidan selanjutnya, yaitu: mendirikan sebuah organisasi profesi bernama Ikatan Bidan Indonesia (IBI) berbentuk kesatuan, bersifat Nasional, berasaskan Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945. IBI yang seluruh anggotanya terdiri dari wanita telah diterima menjadi anggota Kongres Wanita Indonesia (KOWANI) pada tahun 1951, hingga saat ini IBI tetap aktif mendukung program-program KOWANI bersama organisasi wanita lainnya dalam meningkatkan derajat kaum wanita Indonesia. Selain itu sesuai dengan Undang-undang RI No.8 tahun 1985 tentang organisasi kemasyarakatan, maka IBI dengan nomor 133 terdaftar sebagai salah satu lembaga sosial masyarakat di Indonesia. Gerak dan langkah IBI di semua tingkatan dapat dikatakan semakin maju dan berkembang dengan baik. Sampai dengan tahun 2003, IBI telah memiliki 30 pengurus daerah, 342 cabang IBI (di tingkat Kabupaten / Kota madya) dan 1,703 ranting IBI (di tingkat kecamatan) dengan jumlah anggota sebanyak 68,772 orang.

9.2.2 Tujuan IBI

Tujuan IBI adalah sebagai berikut:

1. Menggalang persatuan dan persaudaraan antara sesama bidan serta kaum wanita pada umumnya dalam rangka memperkokoh persatuan bangsa

2. Membina pengetahuan dan keterampilan anggota dalam profesi kebidanan khususnya dalam pelayanan KIA serta kesejahteraan keluarga
3. Membantu pemerintah dalam pembangunan nasional, terutama dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
4. Meningkatkan martabat dan kedudukan bidan dalam masyarakat.

9.2.3 Visi dan Misi IBI

1. Membentuk organisasi Ikatan Bidan Indonesia yang bersifat nasional, sebagai satu-satunya organisasi yang merupakan wadah persatuan dan kesatuan bidan di Indonesia.
2. Pengurus besar IBI berkedudukan di Jakarta atau di mana pusat pemerintahan berada
3. Meniadakan bidan kelas satu maupun bidan kelas dua, yang ada hanya bidan
4. Membentuk pengurus di daerah-daerah. Dengan demikian organisasi/ perkumpulan yang bersifat lokal yang ada sebelum konferensi ini semuanya membubarkan diri dan selanjutnya menjadi anggota cabang yang di koordinir oleh pengurus daerah tingkat propinsi.
5. Bidan harus bekerja sesuai dengan profesi, apabila bekerja di bidang perawatan harus mengikuti pendidikan perawat selama dua tahun, demikian apabila perawat bekerja di kebidanan harus mengikuti pendidikan bidan selama dua tahun.

9.3 International Confederation of Midwives (ICM)

ICM merupakan organisasi kebidanan dari berbagai negara (60 negara) yang markas besarnya berada di London Inggris. Tujuan umum dari ICM yaitu memperbaiki standar pelayanan kebidanan pada ibu bayi dan keluarga dan

pendidikan yang berguna untuk peningkatan profesionalisme. Sedangkan tujuan khusus dari ICM adalah:

1. Memperbaiki standar asuhan kepada ibu, bayi, dan keluarga diseluruh dunia.
2. Meningkatkan penerapan asuhan kebidanan.
3. Mengembangkan peranan kebidanan sebagai praktisi profesional dengan hak-haknya sendiri.
4. Meningkatkan secara global potensi dan nilai kebidanan untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi.

9.4 Association of Radical Midwives (ARM)

ARM adalah organisasi yang ber anggotakan para bidan, mahasiswa bidan pada komite UK (United Kingdom) untuk memperbaiki pelayanan kesehatan. Tujuan dari ARM adalah agar dapat melakukan tukar wawasan, pendapat, keterampilan dan informasi dengan kolega dan pasien untuk membantu bidan mengembangkan perannya agar dapat memperoleh jaminan untuk berpartisipasi aktif dalam pelayanan maternitas selain itu ARM juga memberikan dukungan kepada para bidan dalam memberikan pelayanan yang berkesinambungan, menggali pola pelayanan alternatif dan mengevaluasi perkembangan lingkup praktek kebidanan.

Peraturan Dan Perundangan Yang Mendukung Keberadaan Profesi Bidan Dan Organisasi Bidan

1. Kepmenkes No. 491/1968 tentang peraturan penyelenggaraan Sekolah Bidan
 - a. No. 363 /Menkes/Per/IX/1980 tentang wewenang Bidan
 - b. No. 386/Menkes/SK/VII/1985 tentang penyelenggaraan program pendidikan bidan
 - c. No. 329.Menkes/VI/Per/1991 tentang masa bakti bidan
2. Instruksi Presiden Soeharto pada Sidang Kabinet Parnipurna tentang perlunya penempatan bidan di desa

Peraturan Menteri kesehatan RI No.572 th 1994 tentang Registrasi dan Praktek Bidan

3. Peraturan pemerintah No.32 th 1996 lembaran Negara No 49 tentang Tenaga Kesehatan
4. KepMenkes No.077a/Menkes/SK/III/97 Tentang petunjuk teknis pelaksanaan masa bakti bidan PTT dan pengembangan karir melalui praktek bidan perorangan di Desa
5. Surat Keputusan Presiden RI No 77 th 2000 tentang perubahan atas keputusan Presiden No.23 th 94 tentang Pengangkatan bidan sebagai PTT.

Sebagai pelaksana, bidan mempunyai tiga kategori tugas, yaitu:

1. Pelayanan Mandiri

Layanan kebidanan primer yang dilakukan oleh seorang bidan yang sepenuhnya menjadi tanggungjawab bidan.

a. Menetapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan yang diberikan:

- 1) Mengkaji status kesehatan untuk memenuhi kebutuhan asuhan klien
- 2) Menentukan diagnosa
- 3) Menyusun rencana tindakan sesuai dengan masalah yang di hadapi
- 4) Melaksanakan tindakan sesuai dengan rencana yang telah di susun
- 5) Mengevaluasi tindakan yang telah di berikan
- 6) Membuat rencana tindak lanjut kegiatan/tindakan
- 7) Membuat catatan dan laporan kegiatan/tindakan.

b. Memberikan pelayanan dasar pada anak remaja dan wanita pranikah dengan melibatkan klien:

- 1) Mengkaji status kesehatan dan kebutuhan anak remaja dan wanita dalam masa pranikah.
- 2) Menentukan diagnosa dan kebutuhan pelayanan dasar.

- 3) Menyusun rencana tindakan/layanan sebagai prioritas dasar bersama klien.
 - 4) Melaksanakan tindakan/layanan sesuai dengan rencana
 - 5) Mengevaluasi hasil tindakan/layanan yang telah diberikan bersama klien.
 - 6) Membuat rencana tindak lanjut tindakan/layanan bersama klien.
 - 7) Membuat catatan dan pelaporan asuhan kebidanan
- c. Memberikan asuhan kebidanan kepada klien selama kehamilan normal:
- 1) Mengkaji status kesehatan klien yang dalam keadaan hamil.
 - 2) Menentukan diagnosa kebidanan dan kebutuhan kesehatan klien.
 - 3) Menyusun rencana asuhan kebidanan bersama klien sesuai dengan prioritas masalah.
 - 4) Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah di susun.
 - 5) Mengevaluasi hasil asuhan yang telah diberikan bersama klien.
 - 6) Membuat rencana tindak lanjut asuhan kebidanan bersama klien.
 - 7) Membuat pencatatan dan laporan asuhan kebidanan yang telah di berikan.
- d. Memberikan asuhan kebidanan kepada klien dalam masa persalinan dengan melibatkan klien/keluarga:
- 1) Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan pada klien dalam masa persalinan.
 - 2) Menentukan diagnosa dan kebutuhan asuhan kebidanan dalam masa persalinan.
 - 3) Menyusun rencana asuhan kebidanan bersama klien sesuai dengan prioritas masalah.
 - 4) Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah disusun.

- 5) Mengevaluasi bersama klien asuhan yang telah diberikan.
- 6) Membuat rencana tindakan pada ibu masa persalinan tersaing dengan prioritas.
- 7) Membuat asuhan kebidanan.
- e. Memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir:
 - 1) Mengkaji status kesehatan bayi baru lahir dengan melibatkan keluarga.
 - 2) Menentukan diagnosa dan kebutuhan asuhan pada bayi baru lahir.
 - 3) Menyusun rencana asuhan kebidanan sesuai prioritas.
 - 4) Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah dibuat.
 - 5) Mengevaluasi asuhan kebidanan yang telah diberikan.
 - 6) Membuat rencana tindak lanjut.
 - 7) Membuat rencana pencatatan dan laporan asuhan yang telah diberikan.
- f. Memberikan asuhan kebidanan pada klien dalam masa nifas dengan melibatkan klien/keluarga:
 - 1) Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan pada ibu nifas.
 - 2) Menentukan diagnosa dan kebutuhan asuhan kebidanan pada masa nifas.
 - 3) Menyusun rencana asuhan kebidanan berdasarkan prioritas masalah.
 - 4) Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana.
 - 5) Mengevaluasi bersama klien asuhan kebidanan yang telah diberikan.
 - 6) Membuat rencana tindak lanjut asuhan kebidanan bersama klien.
- g. Memberikan asuhan kebidanan pada wanita usia subur yang membutuhkan pelayanan keluarga berencana:
 - 1) Mengkaji kebutuhan pelayanan keluarga berencana pada pus/wus.
 - 2) Menentukan diagnosa dan kebutuhan pelayanan.

- 3) Menyusun rencana pelayanan KB sesuai prioritas masalah bersama klien.
 - 4) Melaksanakan asuhan sesuai dengan rencana yang telah dibuat.
 - 5) Mengevaluasi asuhan kebidanan yang telah diberikan.
 - 6) Membuat rencana tindak lanjut pelayanan bersama klien.
 - 7) Membuat pencatatan dan laporan.
 - h. Memberikan asuhan kebidanan pada wanita gangguan sistem reproduksi dan wanita dalam masa klimakterium dan menopause:
 - 1) Mengkaji status kesehatan dan kebutuhan asuhan klien.
 - 2) Menentukan diagnosa, prognosa, prioritas dan kebutuhan asuhan.
 - 3) Menyusun rencana asuhan sesuai prioritas masalah bersama klien.
 - 4) Melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana.
 - 5) Mengevaluasi bersama klien hasil asuhan kebidanan yang telah diberikan.
 - 6) Membuat rencana tindak lanjut bersama dengan klien.
 - 7) Membuat pencatatan dan pelaporan asuhan kebidanan.
 - i. Memberikan asuhan kebidanan pada bayi, balita dengan melibatkan keluarga:
 - 1) Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan sesuai dengan tumbuh kembang bayi/balita.
 - 2) Menentukan diagnosa dan prioritas masalah.
 - 3) Menyusun rencana asuhan sesuai dengan rencana.
 - 4) Melaksanakan asuhan sesuai dengan prioritas masalah.
 - 5) Mengevaluasi asuhan yang telah diberikan.
 - 6) Membuat rencana tindak lanjut.
 - 7) Membuat catatan dan laporan asuhan.
2. Kolaborasi
- Layanan yang dilakukan oleh bidan sebagai anggota tim yang kegiatannya dilakukan secara bersamaan atau sebagai salah satu urutan dari sebuah proses kegiatan pelayanan. misalnya: merawat ibu

hamil dengan komplikasi medik atau obstetrik. Tujuan pelayanan: berbagi otoritas dalam pemberian pelayanan berkualitas sesuai ruang lingkup masing-masing Kemampuan untuk berbagi tanggung jawab antara bidan dan dokter sangat penting agar bisa saling menghormati, saling mempercayai dan menciptakan komunikasi efektif antara kedua profesi.

3. Rujukan

Layanan yang dilakukan oleh bidan dalam rangka rujukan ke sistem layanan yang lebih tinggi atau sebaliknya, yaitu pelayanan yang dilakukan oleh bidan dalam menerima rujukan dari dukun yang menolong persalinan, juga layanan rujukan yang dilakukan oleh bidan ketempat atau fasilitas pelayanan kesehatan lain secara horizontal maupun vertikal atau ke profesi kesehatan lain. Layanan bidan yang tepat akan meningkatkan keamanan dan kesejahteraan ibu serta bayinya.

Persiapan-Persiapan Yang Harus Di perhatikan Dalam Melakukan Rujukan (BAKSOKUDA), yaitu:

a. B (Bidan):

Pastikan ibu/bayi/klien di dampingi oleh tenaga kesehatan yang kompeten yang memiliki kemampuan untuk melaksanakan kegawat daruratan.

b. A (Alat):

Bawa perlengkapan dan bahan – bahan yang diperlukan seperti: Sput, infus set, tensi meter, stetoskop dll.

c. K (Keluarga):

Beritahu keluarga kondisi terakhir ibu (klien) dan alasan mengapa dirujuk. Suami dan anggota keluarga yang lain harus menemani ibu ke tempat rujukan.

d. S (Surat):

Berikan surat ke tempat rujukan yang berisi identifikasi ibu (klien), alasan rujukan, uraian hasil rujukan, asuhan atau obat – obat yang telah diterima ibu (klien)

e. O (Obat):

Bawa obat – obat esensial di perlukan selama perjalanan merujuk.

f. K (Kendaraan):

Siapkan kendaraan yang cukup baik untuk memungkinkan ibu (klien) dalam kondisi yang nyaman dan dapat mencapai tempat rujukan dalam waktu yang cepat.

g. U (Uang):

Ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat dan bahan – bahan kesehatan yang diperlukan di tempat rujukan.

h. (Donor Darah):

Siapkan calon pendonor darah dari keluarga untuk berjaga-jaga dari kemungkinan kasus yang memerlukan donor darah.

4. Konsultasi

Pada kondisi tertentu bidan membutuhkan nasehat atau pendapat dari dokter atau anggota tim perawatan klien yang lain tapi tanggung jawab utama terhadap klien tetap ditangan bidan.

Bab 10

Sistem Penghargaan Bagi Bidan

10.1 Pendahuluan

Bab ini mempelajari tentang sistem penghargaan bagi bidan diharapkan mampu memahami apa itu *reward*, *punishment*/hukuman, hak dan kewajiban bidan serta hak dan kewajiban pasien.

Bidan memiliki hak buat mendapatkan penghargaan. Bidan mendapatkan penghargaan tidak hanya berupa imbalan jasa tetapi ada juga pengakuan dari profesi serta memberikan kewenangan/ hak buat menjalankan praktik sesuai dengan kompetensi yang pada miliki.

10.2 Reward

Penghargaan yang diberikan kepada bidan tidak hanya dalam bentuk imbalan jasa, tetapi juga dalam bentuk pengakuan profesi serta pemberian kewenangan atau hak buat menjalankan praktik sesuai dengan kompetensi yang dimiliki (Astuti, E.W, 2016).

Bidan di Indonesia mempunyai organisasi profesi, yaitu ikatan bidan Indonesia (IBI) yang hak, kewajiban dan penghargaan dan hukuman bagi bidan.

Berdasarkan Gibson (1987) ada tiga faktor yang berpengaruh terhadap kinerja seorang termasuk bidan antara lain (Tajmiati, Astuti and Suryani, 2020):

1. Faktor Individu: Kemampuan, Keterampilan, Latar Belakang Keluarga, Pengalaman, Tingkat Sosial, dan Demografi seseorang
2. Faktor Psikologis: persepsi, peran, sikap, kepribadian, motivasi, dan kepuasan kerja
3. Faktor Organisasi: Struktur organisasi, desain pekerjaan, kepemimpinan, sistem penghargaan (Reward System)

Pemeliharaan SDM pada suatu organisasi, perlu diimbangi dengan system. Penghargaan (Reward system) Baik berupa materian maupun Immaterial. Ganjaran berupa material contohnya honor, serta tunjangan, sedangkan ganjaran immaterial contohnya kesempatan buat mempertinggi pengetahuan atau keterampilan melalui pendidikan serta pelatihan.

Tujuan dari adanya sistem penghargaan di antaranya (Miratu et al., 2019):

1. Meningkatkan prestasi kerja staf, baik secara individu, maupun dalam kelompok setinggi-tingginya. Peningkatan prestasi kerja perorangan pada gilirannya akan mendorong kinerja staf
2. Merangsang minat dalam pengembangan pribadi dengan meningkatkan hasil kerja melalui prestasi langsung
3. Memberikan Kesempatan pada Staf untuk menyampaikan perasaannya tentang pekerjaan sehingga terbuka jalur komunitas dua arah antara pimpinan dan staf.

Penghargaan Yang diberikan kepada bidan diharapkan dapat memotivasi bidan buat mempertinggi kinerja mereka. Bidan sebagai petugas kesehatan sering berhadapan dengan masalah etik yang berhubungan dengan hukum. Masalah dapat diselesaikan dengan hukum, namun belum tentu dapat diselesaikan sesuai prinsip serta nilai etik (Astuti, E.W, 2016).

10.3 Punishment/Hukuman

Hukuman Merupakan Imbalan negatif yang berupa pembebanan atau penderitaan yang diberikan oleh hukum sesuai aturan yang berlaku. Hukuman berlaku bagi bidan yang melanggar kode etik bidan merupakan norma yang berlaku bagi anggota IBI dalam melakukan praktik profesinya yang sudah disetujui dalam kongres nasional IBI.

Bidan yang melaksanakan pelayanan kebidanan tidak sinkron dengan peraturan yang berlaku maka akan diberikan hukuman sesuai dengan PERMENKES RI No.28 Tahun 2017 Tentang Izin Dan Penyelenggaraan Praktik Bidan (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Dalam organisasi profesi kebidanan terdapat majelis Pertimbangan Etika Bidan (MPEB) dan Majelis Pembelaan Anggota (MPA) yang memiliki tugas (Tajmiati, Astuti and Suryani, 2020):

1. Merencanakan serta melaksanakan aktivitas sesuai dengan ketentuan pengurus pusat
2. Melaporkan hasil kegiatan bidan tugasnya secara berkala.
3. Memberikan saran pertimbangan yang perlu dalam rangka tugas pengurus pusat
4. Membentuk tim teknis sesuai kebutuhan, tugas serta tanggung jawabnya ditetapkan pengurus.

MPEB dan MPA bertugas mengkaji, menangani serta mendampingi anggota yang mengalami permasalahan dan praktik kebidanan serta masalah hukum, kepengurusan MPEB dan MPA terdiri dari ketua, sekretaris, bendahara, serta anggota (Tajmiati, Astuti and Suryani, 2020).

10.4 Hak dan Kewajiban Bidan

1. Hak Bidan

Menurut kamus besar bahasa indonesia, hak adalah kewenangan dalam berbuat sesuatu yang sudah ditentukan oleh undang-undang

atau aturan tertentu, berdasarkan pertimbangan yang ada seseorang bidan berhak:

- a. Mendapatkan perlindungan hukum untuk melaksanakan praktik/kerja sepanjang sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- b. Memperoleh informasi yang lengkap dan benar dari pasien/keluarganya.
- c. Melakukan tugas sesuai dengan kewenangan serta standar, dan
- d. Menerima imbalan jasa profesi.

(PERMENKES RI No.28 Tahun 2017 Tentang Izin Dan Penyelenggaraan Praktik Bidan.)

2. Kewajiban Bidan

Dalam Melakukan praktik /kinerja, Bidan berkewajiban agar:

- a. Menghormati hak pasien
- b. Memberikan informasi terhadap masalah kesehatan pasien dan pelayanan yang dibutuhkan
- c. Merujuk kasus yang bukan kewenangannya atau tidak bisa ditangani dengan tepat waktu
- d. Meminta persetujuan tindakan yang akan dilaksanakan
- e. Menutup rapat rahasia pasien sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- f. Melaksanakan pencatatan asuhan kebidanan serta pelayanan lainnya secara sistematis
- g. Memenuhi standar yang di tetapkan
- h. Melakukan pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan praktik kebidanan termasuk pelaporan kelahiran dan juga kematian

Sesuai Permenkes RI No. 1464/Menkes/PER/X/2010 pasal 18, Bidan untuk menjalankan praktik/kerja senantiasa menaikkan mutu pelayanan profesinya, dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dengan mengikuti pendidikan dan pelatihan sesuai dengan bidang tugasnya (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Bidan untuk menjalankan praktik kebidanan harus membantu program pemerintah untuk menaikkan derajat kesehatan masyarakat.

Kewajiban bidan bisa dijabarkan sesuai keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia Nomor 369/Menkes/SK/III/2007 tentang standar profesi bidan yang di dalamnya terdapat kode etik Bidan Indonesia sebagai berikut (Kementerian Kesehatan RI, 2007):

1. Kewajiban terhadap pasien dan masyarakat
 - a. Setiap bidan senantiasa menjunjung tinggi, menghayati serta mengamalkan sumpah jabatannya untuk melaksanakan tugas pengabdianya.
 - b. Setiap bidan untuk menjalankan tugas profesinya menjunjung tinggi harkat serta martabat kemanusiaan yang utuh dan memelihara citra badan.
 - c. Setiap bidan untuk menjalankan tugasnya senantiasa berpedoman pada peran, tugas serta tanggung jawab sesuai dengan kebutuhan klien, keluarga dan masyarakat.
 - d. Senantiasa bidan untuk menjalankan tugasnya mendahulukan kepentingan pasien, menghormati hak klien, dan nilai-nilai yang dianut oleh klien.
 - e. Setiap bidan untuk menjalankan tugasnya senantiasa mengedepankan kepentingan klien, keluarga dan masyarakat dengan menggunakan identitas yang sama sesuai dengan kebutuhan berdasarkan kemampuan yang dimilikinya.
 - f. Setiap bidan senantiasa memberikan suasana yang serasi dalam hubungan pelaksanaan tugasnya dengan mendorong partisipasi masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatannya secara optimal.
2. Kewajiban terhadap tugasnya
 - a. Setiap bidan senantiasa memberikan pelayanan paripurna kepada pasien, keluarga serta masyarakat berdasarkan kemampuan profesi yang dimilikinya sesuai kebutuhan klien, keluarga, dan masyarakat
 - b. Setiap bidan berkewajiban melakukan pertolongan sesuai kewenangan dalam mengambil keputusan termasuk mengadakan konsultasi dan atau rujukan

- c. Setiap bidan wajib menjamin kerahasiaan keterangan yang didapat dan atau dipercayakan kepadanya, kecuali bila diminta oleh pengadilan dan atau diperlukan sehubungan dengan kepentingan pasien
- 3. Kewajiban terhadap sejawat dan tenaga kesehatan lainnya
 - a. Setiap bidan harus menjalin hubungan baik dengan teman sejawatnya dalam menciptakan suasana kerja yang serasi.
 - b. Setiap bidan untuk menjalankan tugasnya harus saling menghormati baik terhadap sejawatnya maupun tenaga kesehatan lainnya.
- 4. Kewajiban Bidan terhadap profesinya
 - a. Setiap bidan wajib menjaga nama baik serta menjunjung tinggi citra profesinya dalam menunjukkan kepribadian yang tinggi dan melakukan pelayanan yang bermutu terhadap masyarakat
 - b. Setiap bidan harus senantiasa mengembangkan diri dan menaikkan kemampuan profesinya sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi
 - c. Setiap bidan diharuskan berperan serta dalam kegiatan penelitian dan kegiatan sejenisnya yang bisa meningkatkan mutu serta citra profesinya
- 5. Kewajiban terhadap diri sendiri
 - a. Setiap bidan wajib menjaga kesehatannya agar bisa melakukan tugas profesinya dengan baik.
 - b. Setiap bidan wajib menaikkan pengetahuan dan keterampilan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi
 - c. Setiap bidan wajib menjaga kepribadian serta penampilan pribadinya
- 6. Kewajiban terhadap pemerintah, nusa bangsa, dan negara
 - a. Setiap bidan untuk melakukan kewajibanya, senantiasa melakukan ketentuan-ketentuan pemerintah dalam bidang kesehatan khususnya untuk pelayanan kesehatan reproduksi, KIA-KB, serta kesehatan keluarga

- b. Setiap bidan dengan profesinya berpartisipasi untuk menyumbangkan isi pikirannya terhadap pemerintah dalam meningkatkan mutu jangkauan pelayanan kesehatan terutama KIA-KB dan kesehatan keluarga.

10.5 Hak dan Kewajiban Pasien

Dalam mencapai tingkat pelayanan yang bermutu, bidan tidak hanya memperhatikan hak dan kewajibannya saja, tetapi juga harus memperhatikan hak dan kewajiban pasien. Kepuasan pasien bisa menjadi tolak ukur keberhasilan pelayanan yang telah dilakukan.

Berikut ini merupakan hak dan kewajiban pasien (Tajmiati, Astuti and Suryani, 2020).

1. Hak pasien

Hak pasien adalah hak-hak pribadi yang dimiliki manusia sebagai pasien/klien:

- a. Pasien dapat memperoleh informasi tentang tata tertib dan peraturan yang terdapat di rumah sakit atau institusi pelayanan kesehatan.
- b. Pasien berhak atas pelayanan yang manusiawi, adil dan jujur.
- c. Pasien berhak mendapatkan pelayanan kebidanan sesuai dengan profesi bidan tanpa diskriminasi.
- d. Pasien dapat memperoleh asuhan kebidanan sesuai dengan profesi bidan tanpa diskriminasi
- e. Pasien dapat memilih bidan yang menolongnya sesuai dengan keinginannya
- f. Pasien dapat memperoleh informasi yang meliputi kehamilan, persalinan, nifas dan bayi yang baru di lahirkan.
- g. Pasien dapat memperoleh pendamping suami atau keluarga selama proses persalinan berlangsung

- h. Pasien dapat menentukan dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan sesuai dengan peraturan yang berlaku di rumah sakit
- i. Pasien dapat memperoleh perawatan oleh dokter secara bebas memilih pendapatan kritis dan pendapatan etisnya tanpa campur tangan dari pihak luar
- j. Pasien dapat meminta konsultasi kepada dokter lain yang terdaftar di rumah sakit tersebut (second opinion) terhadap penyakit yang dideritanya dengan sepengetahuan dokter yang merawat
- k. Pasien dapat meminta atas privasi dan kerahasiaan penyakit yang dideritanya termasuk data-data medisnya.
- l. Pasien dapat memperoleh informasi yang meliputi:
 - 1) Penyakit yang diderita
 - 2) Tindakan kebidanan yang akan diberikan
 - 3) Alternatif terapi lainnya
 - 4) Prognosa
 - 5) Perkiraan biaya penyibata
- m. Pasien dapat menyetujui/memberikan izin atas tindakan yang akan diberikan oleh dokter sesuai dengan penyakit yang dideritanya
- n. Pasien dapat menolak tindakan yang akan diberikan kepada dirinya serta mengakhiri pengobatan serta perawatan atas tanggung jawab diri sendiri setelah mendapatkan informasi yang jelas tentang penyakitnya.
- o. Pasien dapat didampingi keluarganya dalam keadaan kritis.
- p. Pasien dapat menjalankan ibadah sesuai agama dan kepercayaan yang dianutnya selama itu tidak mengganggu pasien lainnya.
- q. Pasien dapat keamanan serta keselamatan dirinya selama masa perawatan di rumah sakit
- r. Pasien dapat menerima atau menolak bimbingan moral maupun spiritual

- s. Pasien dapat memperoleh perlindungan hukum atas terjadinya kasus malpraktik.
2. Kewajiban Pasien
- a. Pasien dan keluarga diharuskan mentaati peraturan yang berlaku serta tata tertib rumah sakit atau institusi pelayanan kesehatan
 - b. Pasien diharuskan untuk mematuhi segala instruksi dokter, bidan, perawat yang merawatnya
 - c. Pasien dan atau penanggung diharuskan dapat melunasi semua imbalan atas jasa layanan rumah sakit atau institusi pelayanan kesehatan, dokter, bidan, dan perawat.
 - d. Pasien atau penanggung jawabnya diharuskan menaati hal-hal yang seusai dengan yang sudah di sepakati/perjanjian yang telah dibuatnya.

Bab 11

Prinsip Pengembangan Karir Bidan

11.1 Pendahuluan

Seiring perkembangan ilmu dan teknologi yang terus menuntut adanya pelayanan kesehatan yang semakin maju serta penemuan-penemuan yang mutakhir sangat memengaruhi pola pikir manusia yang ingin terus mengembangkan dan memajukan kualitas pelayanan kesehatan. Tuntutan inilah yang menjadi salah satu pemicu untuk mengembangkan karir seorang bidan dalam memberikan asuhan. Hal ini sangat bermanfaat dalam upaya penekanan angka kematian ibu dan angka kematian bayi, serta dapat meningkatkan kesehatan ibu dan bayi. Angka kematian ibu dan bayi yang masih tinggi menjadi masalah yang serius di negara berkembang terutama di negara Indonesia.

Bidan sebagai subsistem sumber daya manusia menjadi salah satu ujung tombak yang berperan langsung pada penurunan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB). Untuk mencapai tujuan tersebut diperlukan bidan yang menguasai kompetensi dalam pemberian asuhan. Sementara itu kebanyakan bidan masih belum memenuhi syarat tersebut karena latar belakang tingkat pendidikan yang berbeda-beda, kualitas lulusan yang belum maksimal

dan kompetensi yang masih jauh dari sempurna. Untuk memenuhi standar kompetensi itu maka diperlukan lulusan bidan yang berkualitas dan memiliki sikap profesionalisme yang tinggi. Selain itu dalam menghadapi era globalisasi ini bidan dituntut untuk selalu meng-update pengetahuannya melalui jalur pengembangan karir bidan.

Pengembangan karir bidan meliputi karir fungsional dan karir struktural. Pada saat ini pengembangan karir bidan secara fungsional telah disiapkan dengan jabatan fungsional bagi bidan, serta melalul pendidikan berkelanjutan baik secara formal maupun non formal. Sedangkan karir bidan dalam jabatan struktural tergantung di mana bidan bertugas apakah di Rumah Sakit, Puskesmas, bidan di desa atau instansi swasta. Karir tersebut dapat dicapai oleh bidan di tiap tatanan pelayanan kebidanan/kesehatan sesuai dengan tingkat kemampuan, kesempatan, dan kebijakan yang ada.

11.2 Pendidikan Berkelanjutan

Pendidikan berkelanjutan adalah suatu usaha untuk meningkatkan kemampuan teknis, hubungan antara manusia, dan moral bidan sesuai dengan kebutuhan pekerjaan atau pelayanan dan standar yang telah di tentukan oleh konsil. Pengembangan adalah suatu usaha untuk meningkatkan kempuan konseptual, teoritis, moral dan hubungan antara manusia untuk kebutuhan jabatan. Pelatihan adalah suatu proses pendidikan jangka pendek dengan menggunakan prosedur yang sistematis dan terorganisis, yang bidan belajar pengetahuan teknis pekerjaan dan latihan tertentu.

Pendidikan berkelanjutan betujuan dan bermanfaat untuk institusi pelayanan, bidan itu sendiri, konsumen atau masyarakat yang menerima jasa yang di berikan oleh bidan atau institusi pelayanan, bidan itu sendiri, konsumen atau institusi pelayanan.

Pengembangan pendidikan kebidanan dirancang secara berkesinambungan, berjenjang, dan berlanjut sesuai dengan prinsip belajar seumur hidup bagi bidan yang mengabdikan di tengah-tengah masyarakat. Pendidikan yang berkelanjutan ini bertujuan untuk mempertahankan profesionalisme bidan. Pendidikan berkelanjutan terdiri dari pendidikan formal dan non formal.

11.2.1 Pendidikan Formal

Jalur pendidikan formal adalah jalur pendidikan yang terstruktur dan berjenjang. Telah dirancang & diselenggarakan oleh pemerintah dan swasta dengan dukungan IBI sesuai Undang-Undang RI No.4 Tahun 2019 tentang Kebidanan:

1. Pendidikan Vokasi: D3 Kebidanan
2. Akademik: Sarjana Kebidanan dan Magister Kebidanan
3. Pendidikan Profesi: Program lanjutan setelah sarjana atau sarjana terapan kebidanan. Dasar pendirian pendidikan profesi yaitu untuk meningkatkan kemampuan praktik profesional bidan yang membutuhkan kemampuan kritis dan analisis serta pengambilan keputusan yang tepat sehingga dapat melakukan deteksi dini untuk segera dirujuk. (Undang-Undang RI No.4 Tahun 2019 tentang Kebidanan)

11.2.2 Pendidikan Non Formal

Pendidikan non formal merupakan jalur pendidikan yang diselenggarakan di luar lingkungan pendidikan formal dengan sistem pelaksanaan secara berjenjang dan terstruktur.

Pendidikan non formal diselenggarakan agar peserta didik memperoleh keterampilan yang dapat langsung digunakan. Sehingga, pendidikannya lebih mengarah pada belajar fungsional sesuai kebutuhan. Pendidikan non formal yang dapat diperoleh seorang bidan yaitu sebagai berikut:

1. Dilaksanakan melalui program pelatihan, magang, seminar/lokakarya
2. Kerjasama IBI dengan lembaga internasional
3. Program mentorship di mana bidan senior membimbing bidan junior dalam konteks profesionalisme bidan

11.3 Pengembangan Karir Bidan

11.3.1 Pengertian

Karir yaitu kondisi yang dapat menunjukkan adanya peningkatan status kepegawaian seorang individu dalam organisasi sesuai dengan pekerjaan yang sudah ditentukan oleh organisasi tersebut.

Selain itu karir juga dapat diartikan sebagai kedudukan, rangkaian pekerjaan dan posisi yang pernah diduduki oleh seseorang selama masa kerjanya. Karir dapat menunjukkan peningkatan maupun perkembangan pegawai secara individu pada suatu jenjang yang dicapai selama masa kerjanya di dalam organisasi.

Sedangkan pengembangan karir bidan adalah perjalanan pekerjaan seorang bidan dalam organisasi ikatan bidan Indonesia sejak diterima dan berakhir pada saat tidak lagi bekerja diorganisasi tersebut.

Ikatan bidan Indonesia (IBI) sebagai satu-satunya wadah bagi bidan telah mencoba berbuat untuk mempersiapkan perangkat lunak melalui kegiatan-kegiatan dalam lingkup profesi yang berkaitan dengan tugas bidan dalam melayani masyarakat di berbagai tingkat kehidupan. IBI bertanggung jawab untuk mendorong tumbuhnya sikap profesionalisme bidan melalui kerja sama yang harmonis dengan berbagai pihak terutama dengan pemerintah.

11.3.2 Tujuan Pengembangan Karir Bidan

1. Pemenuhan standar.

Dalam hal ini adalah standar kemampuan yang telah ditentukan oleh konsil kebidanan untuk dilakukan registrasi atau heregistrasi untuk mendapatkan praktik bidan

2. Meningkatkan produktivitas kerja.

Produktivitas kerja bidan akan meningkatkan, kualitas dan kuantitasnya akan semakin baik karena keterampilan teknis bidan akan meningkat.

3. Meningkatkan pemahaman terhadap etika profesi.

Dengan meningkatkan pemahaman terhadap etika profesi bidan akan memberikan pelayanan sesuai dengan keahlian dan keterampilannya.

4. Meningkatkan karier.
Peningkatan karier akan semakin besar, karena keahlian keterampilan dan prestasi kerjanya semakin meningkat.
5. Meningkatkan kepemimpinan.
Kepemimpinan bidan sebagai manajer akan lebih baik, melalui peningkatan hubungan antara manusia dengan manusia, motivasi kearah kerja samaa vertikal dan horizontal serta semakin cakap dalam pengambilan keputusan.
6. Meningkatkan kepuasan konsumen.
Dengan lebih baiknya mutu pelayanan bidan, kepuasan konsumen akan meningkat.
7. Meningkatkan kemampuan konseptual.
Kemampuan intelektual dan konseptual bidan dalam menangani kasus pasien akan terasa sehingga bidan dapat memberi asuhan kebidanan dengan tepat.
8. Meningkatkan keterampilan, kepemimpinan (leadership).
Bidan akan memiliki kemampuan kepemimpinan yang baik sebagai seorang manajer, bidan dibekali keterampilan untuk dapat berhubungan dengan orang lain (human relation) dan bekerja sama dengan sejawat serta multidisiplin lainnya guna memberi pelayanan yang berkualitas sebagai klien.
9. Imbalan (kompensasi).
Asuhan bidan yang berkualitas akan menarik konsumen dan meningkatkan penghargaan atas pelayanan yang diberikan.
10. Meningkatkan kepuasan konsumen.
Kepuasan konsumen akan meningkat seiring dengan peningkatan kualitas pelayanan bidan.

11.3.3 Jalur Pengembangan Karir

Jalur pengembangan karir terdiri dari struktural dan fungsional.

1. Struktural

a. Jabatan struktural

Adalah jabatan yang secara jelas tertera dalam struktur dan diatur berjenjang dalam suatu organisasi.

b. Karir Struktural

Sedangkan karir bidan tergantung di mana bidan bertugas apakah di Rumah Sakit, Puskesmas, bidan di desa atau instansi swasta. Karir tersebut dapat dicapai oleh bidan di tiap tatanan pelayanan kebidanan/kesehatan sesuai dengan tingkat kemampuan, kesempatan, dan kebijakan yang ada misalnya menjadi Kepala Puskesmas, Kepala bagian, dsb.

2. Fungsional

a. Jabatan Fungsional

Adalah jabatan yang ditinjau serta dihargai dari aspek fungsinya yang vital dalam kehidupan masyarakat dan negara.

b. Karir Fungsional

Disiapkan dengan jabatan fungsional bagi bidan, serta melalui pendidikan berkelanjutan baik secara formal maupun non formal untuk meningkatkan profesionalisme bidan dalam melaksanakan fungsinya.

11.4 Jabatan Fungsional Bidan

Jabatan Fungsional bidan diatur di dalam Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia No.36 Tahun 2019. Peraturan ini merupakan regulasi untuk pengembangan karier dan peningkatan profesionalisme pegawai negeri sipil (PNS) yang mempunyai ruang lingkup, tugas, tanggung jawab, dan wewenang di bidang kebidanan, serta untuk meningkatkan kinerja organisasi. Permenpan RB Nomor 36 Tahun 2019 tentang Jabatan Fungsional Bidan diterbitkan untuk menggantikan

Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara (Permenpan) Nomor 01/PER/M.PAN/1/2008 tentang Jabatan Fungsional Bidan dan Angka Kreditnya karena sudah tidak sesuai dengan perkembangan hukum, sehingga perlu diganti.

Dalam Permenpan RB Nomor 36 Tahun 2019 tentang Jabatan Fungsional Bidan ditegaskan bahwa Bidan berkedudukan sebagai pelaksana teknis fungsional di bidang kebidanan pada fasilitas layanan kesehatan (Fasyankes) di lingkungan instansi pemerintah. Bidan berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab secara langsung kepada Pejabat Pimpinan Tinggi Pratama, Pejabat Administrator, atau Pejabat Pengawas yang memiliki keterkaitan dengan pelaksanaan tugas Jabatan Fungsional Bidan. Kedudukan Bidan ditetapkan dalam peta jabatan berdasarkan analisis tugas dan fungsi unit kerja, analisis jabatan, dan analisis beban kerja dilaksanakan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Jabatan Fungsional Bidan merupakan jabatan fungsional kategori keterampilan dan kategori keahlian.

1. Jenjang Jabatan Fungsional Bidan kategori keterampilan (Diploma III), dari jenjang terendah sampai dengan jenjang tertinggi terdiri atas:
 - a. Bidan Terampil;
 - b. Bidan Mahir; dan
 - c. Bidan Penyelia.
2. Jenjang Jabatan Fungsional Bidan kategori keahlian (Diploma IV/Sarjana/Magister/Doktor) dari jenjang terendah sampai dengan jenjang tertinggi, yaitu:
 - a. Bidan Ahli Pertama;
 - b. Bidan Ahli Muda;
 - c. Bidan Ahli Madya; dan
 - d. Bidan Ahli Utama.

11.5 Hubungan Pengembangan Karir Bidan dengan Peran, Fungsi, dan Tanggung Jawab Bidan

Peran dan fungsi bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan yaitu sebagai pelaksana, pendidik dan peneliti.

11.5.1 Sebagai pelaksana

Sebagai pelaksana, bidan melaksanakan sebagai tugas mandiri, kolaborasi/kerjasama dan ketergantungan. (reni heryani buku ajar konsep kebidanan)

1. Tugas Mandiri:
 - a. Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan yang diberikan.
 - b. Memberikan pelayanan pada anak dan wanita pra nikah dengan melibatkan klien.
 - c. Memberikan asuhan kebidanan kepada klien selama kehamilan normal.
 - d. Memberikan asuhan kebidanan kepada klien dalam masa persalinan dengan melibatkan klien/keluarga.
 - e. Memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir.
 - f. Memberikan asuhan kebidanan pada klien dalam masa nifas dengan melibatkan klien/ keluarga.
 - g. Memberikan asuhan kebidanan pada wanita usia subur yang membutuhkan pelayanan keluarga berencana.
 - h. Memberikan asuhan kebidanan pada wanita dengan gangguan sistem reproduksi dan wanita dalam masa klimakterium dan menopause.
 - i. Memberikan asuhan kebidanan pada bayi, balita dengan melibatkan keluarga.

2. Tugas Kolaborasi:

- a. Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai fungsi kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga.
- b. Memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama pada kegawatan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
- c. Memberikan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan dengan risiko tinggi dan keadaan kegawatan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga.
- d. Memberikan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa nifas dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama dalam keadaan gagal darurat yang memerlukan tindakan kolaborasi dengan klien dan keluarga.
- e. Memberikan asuhan kebidanan kepada bayi baru lahir dengan risiko tinggi dan mengalami komplikasi serta perkembangan darurat yang memerlukan tindakan kolaborasi dengan melibatkan keluarga.
- f. Memberikan asuhan kebidanan pada balita dengan risiko tinggi dan yang mengalami komplikasi atau kegawatan yang memerlukan tindakan kolaborasi dengan melibatkan keluarga.

3. Tugas Ketergantungan/Merujuk:

- a. Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai dengan fungsi keterlibatan klien dan keluarga
- b. Memberikan asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada ibu hamil dengan risiko tinggi dan kegawatdaruratan
- c. Memberikan asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada masa persalinan dengan penyulit tertentu dengan melibatkan klien dan keluarga
- d. Memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan kelainan tertentu dan kegawatan yang memerlukan konsultasi dan rujukan dengan melibatkan keluarga.

- e. Memberikan asuhan kebidanan kepada anak balita dengan kelainan tertentu dan kegawatan yang memerlukan konsultasi dan rujukan dengan melibatkan klien atau keluarga

11.5.2 Sebagai pengelola

1. Mengembangkan pelayanan dasar kesehatan terutama pelayanan kebidanan untuk individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat di wilayah kerja dengan melibatkan masyarakat atau klien. (reni heryani buku ajar konsep kebidanan)
 - a. Bersama tim kesehatan dan pemuka masyarakat mengkaji kebutuhan terutama yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak untuk meningkatkan dan mengembangkan program pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya.
 - b. Menyusun rencana kerja sesuai dengan hasil pengkajian dengan masyarakat.
 - c. Mengelola kegiatan-kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak serta KB sesuai dengan programnya.
 - d. Mengkoordinir, mengawasi dalam melaksanakan program atau kegiatan pelayanan kesehatan ibu dan anak serta KB
 - e. Mengembangkan strategi untuk meningkatkan Kesehatan Masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak serta KB termasuk pemanfaatan sumber-sumber yang ada pada program dan sektor terkait.
 - f. Menggerakkan, mengembangkan kemampuan masyarakat dan memelihara kesehatannya dengan memanfaatkan potensi-potensi yang ada.
 - g. Mempertahankan, meningkatkan mutu dan kegiatan-kegiatan dalam kelompok profesi
 - h. Mendokumentasikan seluruh kegiatan yang telah dilaksanakan.
2. Berpartisipasi dalam tim untuk melaksanakan program kesehatan dan sektor lain di wilayah kerjanya melalui peningkatan kemampuan

dukun maupun kader kesehatan dan tenaga kesehatan lain yang berada di bawah bimbingan dalam wilayah kerjanya:

- a. Bekerjasama dengan Puskesmas, institusi sebagai anggota tim dalam memberikan asuhan kepada klien dalam bentuk konsultasi rujukan dan tindak lanjut.
- b. Membina hubungan baik dengan dukun, kader kesehatan atau PLKB dalam masyarakat.
- c. Memberikan pelatihan, membimbing dukun bayi, kader dan petugas kesehatan lain.
- d. Memberikan asuhan kepada klien rujukan dari dukun
- e. Membina kegiatan-kegiatan yang ada di masyarakat yang berkaitan dengan kesehatan.

11.5.3 Sebagai Pendidik

1. Memberikan pendidikan dan penyuluhan kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat tentang penanggulangan masalah kesehatan khususnya yang berhubungan dengan pihak terkait kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana: (reni heryani buku ajar konsep kebidanan)
 - a. Bersama klien mengkaji kebutuhan akan pendidikan dan penyuluhan kesehatan masyarakat khususnya dalam bidang kesehatan ibu, anak dan keluarga berencana.
 - b. Bersama dengan pihak terkait menyusun rencana penyuluhan kesehatan masyarakat sesuai dengan kebutuhan yang telah dikaji baik untuk jangka pendek maupun jangka panjang
 - c. Menyiapkan alat dan bahan pendidikan dan penyuluhan sesuai dengan rencana yang telah disusun.
 - d. Melaksanakan program atau Rencana pendidikan dan penyuluhan kesehatan masyarakat sesuai dengan rencana jangka pendek dan jangka panjang melibatkan unsur-unsur yang terkait termasuk masyarakat.

- e. Bersama klien mengevaluasi hasil pendidikan atau penyuluhan kesehatan masyarakat dan menggunakannya untuk memperbaiki dan meningkatkan program di masa yang akan datang.
- f. Mendokumentasi semua kegiatan dan hasil pendidikan atau penyuluhan kesehatan masyarakat secara lengkap dan sistematis.
2. Melatih dan membimbing kader termasuk mahasiswi kebidanan serta membina dukun di wilayah atau tempat kerjanya:
 - a. Mengkaji kebutuhan latihan dan bimbingan kader, dukun dan mahasiswi.
 - b. Menyusun rencana latihan dan bimbingan sesuai dengan hasil pengkajian.
 - c. Menyiapkan alat, dan bahan untuk keperluan latihan bimbingan peserta latih sesuai dengan rencana yang telah disusun.
 - d. Melaksanakan pelatihan dukun dan kader sesuai dengan rencana yang telah disusun dengan melibatkan unsur-unsur terkait.
 - e. Membimbing mahasiswi bidan dalam lingkup kerjanya.
 - f. Menilai hasil latihan dan bimbingan yang telah diberikan.
 - g. Menggunakan hasil evaluasi untuk meningkatkan program bimbingan.
 - h. Mendokumentasikan semua kegiatan termasuk hasil evaluasi pelatihan dan bimbingan secara sistematis dan lengkap.

11.5.4 Sebagai peneliti

Melakukan investigasi atau penelitian terapan dalam bidang kesehatan baik secara mandiri maupun secara kelompok.

1. Mengidentifikasi kebutuhan investigasi yang akan dilakukan.
2. Menyusun rencana kerja pelatihan.
3. Melaksanakan investigasi sesuai dengan rencana.
4. Mengelola dan menginterpretasikan data hasil investigasi.
5. Menyusun laporan hasil investigasi dan tindak lanjut.
6. Memanfaatkan hasil investigasi untuk meningkatkan dan mengembangkan program kerja atau pelayanan kesehatan. (reni heryani buku ajar konsep kebidanan)

Bab 12

Proses Berubah

12.1 Pendahuluan

Perubahan adalah kebutuhan untuk bertahan dan maju, di dunia saat ini yang bergerak cepat, di mana perkembangan teknologi begitu pesat, dan inovasi-inovasi baru terus bermunculan, maka perubahan menjadi suatu kewajiban untuk dapat bertahan. Adaptasi terhadap tuntutan masyarakat, perubahan di lingkungan, kondisi ekonomi dan regulasi, beserta dinamika dalam dunia kesehatan harus terus diantisipasi dengan perubahan dalam berbagai skala, mulai dari individu itu sendiri hingga organisasi.

Perubahan menjadi suatu proses yang tak terhindarkan bagi tenaga kesehatan khususnya bidan yang ingin bertahan dan berkembang. Proses berubah merupakan bagian integral dari praktik kebidanan. Bidan harus mengerti tentang perubahan dalam ruang lingkup kerjanya baik di lingkup organisasi profesi maupun di lingkungan masyarakat. Hal ini untuk mengantisipasi tingkat kebutuhan masyarakat yang semakin tinggi karena adanya kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam pelayanan kebidanan dan perubahan-perubahan yang terjadi dalam masyarakat.

12.2 Pengertian Perubahan

Berubah merupakan suatu proses bergerak atau beralih dari keadaan semula ke keadaan berikutnya, atau dari tingkat perkembangan yang ada ke tingkat perkembangan berikutnya.

Perubahan merupakan suatu proses di mana terjadinya peralihan atau perpindahan dari status tetap (statis) menjadi status yang bersifat dinamis, artinya dapat menyesuaikan diri dengan lingkungan yang ada, dengan kata lain perubahan dapat dikaitkan sebagai proses pergeseran dari suatu sistem ke sistem lain.

Perubahan dapat mencakup keseimbangan personal, sosial maupun organisasi untuk dapat menerapkan ide atau konsep terbaru dalam menyampaikan tujuan tertentu.

Beberapa pengertian perubahan menurut para ahli dikutip dari (Novianty, 2017), antara lain:

1. Menurut John Luwis Gillin dan John Philip Gillin

Pengertian perubahan sosial menurut John Luwis Gillin dan John Philip Gillin adalah perubahan yang terjadi sebagai suatu variasi dari cara hidup yang telah diterima karena adanya perubahan kondisi geografi, kebudayaan material, komposisi penduduk, ideologi, maupun adanya difusi atau penemuan-penemuan baru dalam masyarakat.

2. Menurut Prof. Selo Soemardjan

Pengertian perubahan sosial menurut Prof. Selo Soemardjan adalah perubahan yang terjadi pada lembaga kemasyarakatan di dalam suatu masyarakat yang memengaruhi sistem sosialnya.

3. Menurut Emile Durkheim

Pengertian perubahan sosial menurut Emile Durkheim adalah perubahan yang terjadi sebagai hasil dari faktor-faktor ekologis dan demografis, yang mengubah kehidupan masyarakat dari kondisi tradisional yang diikat solidaritas mekanistik, ke dalam kondisi masyarakat modern yang diikat oleh solidaritas organik.

4. Menurut Robert M.I Lawang

Pengertian perubahan sosial menurut Robert M.I Lawang adalah proses ketika dalam suatu sistem sosial terdapat perbedaan-perbedaan yang dapat diukur yang terjadi dalam suatu kurun waktu tertentu.

5. Menurut Prof. Dr. M. Tahir Kasnawi

Pengertian perubahan sosial menurut Prof. Dr. M. Tahir Kasnawi adalah suatu proses perubahan, modifikasi, atau penyesuaian-penyesuaian yang terjadi dalam pola hidup masyarakat, yang mencakup nilai-nilai budaya, pola perilaku kelompok masyarakat, hubungan-hubungan sosial ekonomi, serta kelembagaan-kelembagaan masyarakat, baik dalam aspek kehidupan material maupun nonmateri.

6. Menurut Robert H. Lauer

Pengertian perubahan sosial menurut Robert H. Lauer adalah perubahan dalam segi fenomena sosial di berbagai tingkat kehidupan manusia, mulai dari tingkat individual hingga tingkat dunia.

7. Menurut Max Weber

Pengertian perubahan sosial menurut Max Weber adalah perubahan situasi dalam masyarakat sebagai akibat adanya ketidaksesuaian unsur-unsur.

8. Menurut Samuel Koenig

Pengertian perubahan sosial menurut Samuel Koenig adalah modifikasi-modifikasi yang terjadi dalam pola-pola kehidupan manusia. Modifikasi tersebut terjadi karena sebab-sebab intern maupun ekstern.

9. Menurut William F. Ogburn

Pengertian perubahan sosial menurut William F. Ogburn adalah perubahan-perubahan yang meliputi unsur-unsur kebudayaan baik yang material maupun yang immaterial, yang ditekankan adalah pengaruh besar unsur-unsur kebudayaan material terhadap unsur-unsur immaterial.

10. Menurut Bruce J. Cohen

Pengertian perubahan sosial menurut Bruce J. Cohen adalah perubahan struktur sosial dalam organisasi sosial sehingga syarat dalam perubahan itu adalah sistem sosial, perubahan hidup dalam nilai sosial dan budaya masyarakat.

11. Menurut Pasurdi Suparlan

Pengertian perubahan sosial menurut Pasurdi Suparlan adalah perubahan dalam struktur sosial dan pola-pola hubungan sosial yang mencakup sistem status, hubungan keluarga, sistem politik dan kekuasaan, maupun penduduk.

12. Menurut Atkinson dan Brooten

Pengertian perubahan sosial menurut Atkinson dan Brooten adalah proses yang membuat sesuatu atau seseorang berbeda dengan keadaan sebelumnya dan merupakan proses yang menyebabkan perubahan pola perilaku individu atau institusi. Ada empat tingkat perubahan yang perlu diketahui yaitu pengetahuan, sikap, perilaku, individual, dan perilaku kelompok.

12.3 Macam-Macam Perubahan

1. Perubahan Teknologi

Dalam tahun terakhir ini perkembangan ilmu dan teknologi memengaruhi hampir semua aspek kehidupan. Dalam bidang kebidanan tidak luput dari perubahan. Hal ini tampak nyata dari adanya evidence based sehingga seluruh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan harus mengacu pada evidence based. Perubahan juga terjadi dalam model praktik kebidanan seperti women centre care yaitu pelayanan yang berpusat pada wanita, continuity of care, dan lain-lain.

2. Perubahan Demografi

Perubahan demografi memengaruhi populasi secara total. Bidan sebagai profesi merespon terhadap perubahan ini dengan menetapkan

standar praktik bidan khususnya dalam program keluarga berencana dan perencanaan kehamilan yang menjadi pedoman bagi bidan dalam melaksanakan asuhan kebidanan.

3. Gerakan Konsumen

Gerakan konsumen menyatakan kesadaran tinggi akan nilai dan biaya produksi serta pelayanan. Dengan kata lain konsumen ingin uang yang dikeluarkan bermakna. Karena konsumen sekarang lebih paham tentang sehat dan sakit serta lebih vokal dalam memperlihatkan tuntutan dalam pelayanan yang berkualitas tinggi.

4. Promosi Kesehatan

Berkaitan dengan gerakan konsumen adalah penekanan pada masyarakat dalam promosi kesehatan dan pencegahan penyakit.

5. Gerakan wanita

Gerakan wanita telah membawa banyak perubahan dalam masyarakat, karena wanita mengejar persamaan ekonomi, politik, pekerjaan dan pendidikan secara terus menerus. Gerakan wanita mendorong tenaga kesehatan untuk mendapatkan otonomi dan tanggung jawab yang lebih besar dalam memberikan asuhan di lingkungan kerjanya.

6. Gerakan Hak Asasi Manusia

Hak asasi manusia mengubah cara masyarakat memandang semua anggotanya termasuk kaum minoritas. Bidan merespon perubahan ini dengan menghargai seluruh klien sebagai individu yang memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan kebidanan yang sesuai dengan standar praktik kebidanan. Dan memastikan bahwa kualitas pelayanan yang diberikan tidak mengabaikan hak-hak klien dikutip dari (Novianty, 2017).

12.4 Proses Perubahan

Dalam proses perubahan akan menghasilkan penerapan diri konsep atau ide terbaru. Menurut Lancaster (1982) dikutip dari (Novianty, 2017), proses perubahan memiliki tiga sifat di antaranya perubahan bersifat berkembang, spontan dan direncanakan.

1. Perubahan bersifat berkembang

Sifat perubahan ini mengikuti dari proses perkembangan yang baik pada individu, kelompok, atau masyarakat secara umum. Proses perkembangan ini dimulai dari keadaan atau yang paling besar menuju keadaan yang optimal atau matang, sebagaimana dalam perkembangan manusia sebagai makhluk individu yang memiliki sifat yang selalu berubah dalam tingkat perkembangannya.

2. Perubahan bersifat spontan

Sifat perubahan ini dapat terjadi karena keadaan yang dapat memberikan respons tersendiri terhadap kejadian-kejadian bersifat alamiah diluar kehendak manusia yang tidak diramalkan atau di prediksi hingga sulit untuk diantisipasi, seperti perubahan keadaan alam, tanah longsor, banjir dan lain-lain. Semuanya akan menimbulkan terjadinya perubahan baik dalam diri, kelompok atau masyarakat bahkan pada sistem yang mengaturnya.

3. Perubahan bersifat direncanakan

Perubahan bersifat direncanakan ini dilakukan bagi individu, kelompok, atau masyarakat yang ingin mengadakan perubahan ke arah yang lebih maju atau mencapai tingkat perkembangan yang lebih baik dari keadaan yang sebelumnya, sebagaimana perubahan dalam sistem pendidikan kebidanan di Indonesia yang selalu mengadakan perubahan sejalan dengan perkembangan ilmu kedokteran dan sistem pelayanan kesehatan pada umumnya.

12.5 Penyebab Terjadinya Perubahan

Sullivan & Decker (1998) menyatakan:

1. Perubahan dengan tujuan untuk menyelesaikan masalah.
2. Perubahan untuk membuat prosedur kerja menjadi lebih efektif.
3. Perubahan untuk mengurangi kerja yang tidak perlu (Sullivan & Decker, 1998).

12.6 Motivasi dalam Perubahan

Pada dasarnya setiap manusia mengalami proses perubahan dan memiliki sifat berubah, mengingat berubah merupakan salah satu bagian dari kebutuhan manusia. Berubah timbul karena adanya suatu motivasi yang ada dalam diri manusia. Motivasi timbul karena ada tuntutan kebutuhan dasar manusia.

Kebutuhan dasar manusia yang dimaksud antara lain sebagai berikut:

1. Kebutuhan Fisiologis
Kebutuhan fisiologis antara lain seperti makanan, minum, tidur, oksigenasi, dan lain-lain. Yang secara fisiologis dibutuhkan manusia untuk mempertahankan hidupnya. Berdasarkan kebutuhan tersebut, manusia akan selalu ingin mempertahankan hidupnya dengan jalan memenuhi atau selalu mengadakan perubahan.
2. Kebutuhan Aman
Kebutuhan ini merupakan kebutuhan manusia agar mendapat jaminan keamanan atau perlindungan dari berbagai macam ancaman bahaya yang ada sehingga manusia selalu ingin memenuhinya dengan jalan mengadakan perubahan untuk mempertahankan kebutuhan tersebut, seperti mendapatkan pekerjaan yang tetap, bertempat tinggal yang aman dan lebih baik.
3. Kebutuhan Sosial
Ketentuan ini mutlak diperlukan karena manusia tidak akan dapat hidup sendiri tanpa bantuan orang lain. Dengan demikian, untuk

memenuhi kehidupan sosialnya, manusia selalu termotivasi untuk mengadakan perubahan dalam memenuhi kebutuhan, seperti mengadakan kegiatan sosial kemasyarakatan.

4. Kebutuhan Penghargaan dan Dihargai

Setiap manusia selalu ingin mendapatkan penghargaan dimata masyarakat atas prestasi, status, dan lain-lain. Oleh karena itu, manusia akan termotivasi untuk mengadakan perubahan

5. Kebutuhan Aktualisasi Diri

Kebutuhan perwujudan agar diakui masyarakat akan kemampuannya dan potensi yang dimilikinakan memotivasi seseorang untuk memacu diri dalam memenuhi kebutuhan.

6. Kebutuhan Interpersonal

Kebutuhan interpersonal yang meliputi kebutuhan untuk berkumpul bersama, kebutuhan untuk melakukan kontrol dalam mendapatkan pengaruh dari lingkungan dalam menjalankan sesuatu, dan kebutuhan untuk dikasihi dapat menjadikan motivasi tersendiri dalam mengadakan perubahan.

12.7 Model Perubahan

Salah satu teori klasik dalam mengelola perubahan adalah Teori Kurt Lewin yang dikenal dengan istilah Model Lewin. Model ini mendeskripsikan tahapan-tahapan dalam melakukan perubahan terencana dan perbaikan secara terus menerus membantu dalam keberlanjutan jangka panjang dalam suatu manajemen organisasi. Perubahan terencana diklasifikasikan sebagai usaha yang disengaja dilakukan dengan perhitungan yang matang serta bersifat kolaboratif untuk menghasilkan perbaikan dalam system dengan bantuan agen perubahan (Roussel, 2006) dikutip dari (Prastyani, 2020). Dapat dikatakan bahwa perubahan terencana merupakan proses yang kompleks.

Teori Lewin dikenal secara eksplisit menegaskan bahwa perubahan merupakan hal yang nyata. Sangat penting bagi seorang bidan sebagai agen perubahan untuk mengidentifikasi teori atau model perubahan yang sesuai dan dapat menyediakan kerangka kerja yang dapat diimplementasikan, dikelola

dan dievaluasi perubahannya (Wren, J., dan Dulewicz, V, 2005) dikutip dari (Prastyani, 2020).

Menurut Lewin (1951), perubahan terjadi karena munculnya tekanan-tekanan terhadap organisasi, individu, atau kelompok. Teori ini memfokuskan pada pertanyaan “mengapa”, yaitu mengapa individu, kelompok, atau organisasi berubah. Dari situ Lewin mencari tahu bagaimana perubahan dapat dikelola dan menghasilkan sesuatu. Lewin berkesimpulan bahwa kekuatan tekanan (driving forces) akan berhadapan dengan keengganan (resistances) untuk berubah, perubahan itu sendiri dapat terjadi dengan memperkuat driving forces itu atau melemahkan resistances tersebut.

Metode Lewin atau sering disebut Lewin’s three step model mengacu pada tiga konsep atau fase, yaitu *unfreezing movement refreezing*. Berikut penjelasan untuk masing-masing fase dalam Lewin (Lewin, 1951):

1. Unfreezing

Tahap *unfreezing* dianggap sebagai tahapan yang paling penting dan kritis dalam lingkungan organisasi yang dinamis dan selalu berubah. Tahapan ini mengindikasikan kesiapan berubah yang meliputi pemahaman akan perubahan itu sendiri, pentingnya perubahan dan mempersiapkan diri dan yang lainnya untuk keluar dari zona nyaman dan paradigma yang dianut sebelumnya sebelum perubahan nyata tersebut datang. Semakin sadarnya individu dalam organisasi merasakan perubahan merupakan hal yang penting, maka perubahan tersebut perlu dilakukan. Selanjutnya semakin mendesak perubahan tersebut harus dilakukan, individu yang ada di dalam organisasi akan semakin termotivasi untuk melakukan perubahan (Cummings & Worley, 2005).

2. Movement

Model Lewin lebih menekankan perubahan sebagai proses transisi dan bukan aktivitas. Tahap kedua pada model ini terjadi pada saat organisasi melakukan perubahan atau transisi. Pola pikir individu-individu organisasi dalam tahap ini sudah berubah dari pola pikir yang lama dan sudah memiliki motivasi serta siap untuk perubahan yang berlaku. Dalam tahap ini penting bagi organisasi untuk dapat mengurangi rasa takut, kekhawatiran serta ketidakyakinan individu di

dalamnya akan perubahan yang akan dilakukan. Karena tidak mudah dan bukan waktu yang tepat bagi anggota organisasi untuk mempelajari dan memahami perubahan sehingga perlu diberikan waktu untuk mengerti, memahami dan berdiri bersama-sama anggota organisasi menghadapi perubahan. Dalam tahap movement, intervensi organisasi sangat diperlukan. Campur tangan organisasi pada tahap ini meliputi struktur dan budaya organisasi. Wetzel dan Buch (2000) berpendapat bahwa intervensi organisasi harus sejalan dengan struktur dalam organisasi yang dikelolanya. Dukungan organisasi pada tahapan ini berbentuk pelatihan, mentoring dan mengidentifikasi bersama-sama bahwa kesalahan yang terjadi merupakan sebuah proses perubahan kearah yang lebih baik (Wetzel & Buch, 2000).

3. Refreezing

Tahapan ini lebih kepada membangun stabilitas begitu perubahan telah sepenuhnya ditegakkan dan tertanam dalam individu-individu di organisasi. Disini perubahan telah diterima secara sepenuhnya dan menjadi norma serta status quo yang baru untuk dijadikan standar kerja. Individu-individu pada kondisi ini membentuk hubungan baru dan sudah merasa nyaman dengan rutinitas baru mereka. Model Lewin pada tahap ini mengindikasikan bahwa organisasi harus distabilisasi dan dilembagakan dalam bentuk yang baru setelah tahap pergerakan atau “movement”. Status quo yang baru dalam kondisi ini harus diperkuat secara institusional serta proses institusionalisasi perubahan inilah yang merupakan langkah akhir yang menentukan keberhasilan keberlanjutan perubahan (Kotter, 1995).

Poin utama dari tahapan *refreezing* ini adalah pada kondisi tertentu, perilaku harus kongruen dengan keseluruhan lingkungan, perilaku, dan personal dari individu, karena jika tidak perubahan yang terjadi tidak dapat dikonfirmasi (Schein, 1996). Dalam melakukan institusionalisasi perubahan-perubahan yang telah tetap tersebut, membutuhkan pemimpin yang menerbitkan berbagai program-program perubahan sehingga perubahan tersebut menjadi suatu kebiasaan yang harus dilakukan (Kotter, 1995).

Tabel 12.1: Tujuan dari Kerangka Manajemen Perubahan yang Terbentuk (Senge, 2006) (Prastyani, 2020)

Fase	Langkah	Tujuan/Dampak/ Manfaat
<i>Unfreezing</i>	1. Membangun rasa urgensi	a. Melihat dan memahami kondisi pasar dan realitas kompetitif, identifikasi pasar b. Membahas dan memikirkan krisis-krisis yang ada, krisis-krisis yang potensial atau peluang-peluang yang utama
	2. Melihat situasi untuk menentukan rancangan perubahan	Melihat keadaan dan situasi yang ada pada organisasi untuk membuat rancangan perubahan yang realistis
	3. Membangun koalisi atau kelompok kerja untuk perubahan	Membuat kelompok yang memiliki kekuasaan dalam perubahan sehingga tercipta kepemimpinan yang kuat
	4. Membuat visi, komitmen dan kapasitas organisasi	Membangun pengertian, komitmen, momentum dan kapasitas perubahan, khususnya di antara para <i>stakeholder</i> , dan pada seluruh elemen organisasi umumnya
	5. Desire	Menciptakan kekuatan dan keterkaitan terhadap perubahan yang menghadirkan daya gerak dan pendorong pada setiap level dalam organisasi
	6. Mengkomunikasikan visi perubahan	a. Menggunakan setiap waktu untuk mengkomunikasikan visi perubahan b. Menjadikan koalisi yang tangguh yang dijadikan panutan dalam perubahan c. Mengajarkan perilaku-perilaku organisasi yang baik kepada seluruh pihak dalam organisasi
	7. Merancang perubahan yang diinginkan	Membantu organisasi merancang keadaan perubahan yang diinginkan
	8. Menganalisa pengaruh perubahan	Menganalisis pengaruh perubahan di dalam organisasi, orang, dan

		kebiasaannya sebagai dasar untuk merencanakan proses implementasi yang realistis
<i>Movement</i>	9. Menerapkan perubahan	Mengimplementasikan perubahan di dalam organisasi
	10. Memberdayakan tindakan yang menyeluruh	a. Menghilangkan rintangan-rintangan yang ada untuk perubahan b. Mendorong karyawan untuk menghadapi tantangan dengan ide-ide pembaharuan, aktivitas-aktivitas dan kegiatan-kegiatan c. Mempercepat proses implementasi dan mengurangi risiko kegagalan
	11. Menghasilkan hasil jangka pendek	a. Memberikan pengakuan kepada orang-orang yang memungkinkan tercapainya hasil yang diharapkan b. Merencanakan peningkatan kinerja atau kemenangan jangka pendek yang terlihat
<i>Refreezing</i>	12. <i>Reinforcement</i>	Mempertahankan proses perubahan agar terus berlangsung
	13. Mekanisme untuk terus memperbaiki keadaan yang sudah berubah	Menciptakan mekanisme untuk terus memperbaiki keadaan yang sudah berubah dan menjadikannya permanen

12.8 Manajemen Perubahan

Manajemen perubahan adalah suatu pendekatan untuk mengubah individu, tim, dan organisasi kepada kondisi masa depan yang diinginkan. Dalam lingkup organisasi, perubahan di dalamnya dapat menentukan kelangsungan organisasi tersebut. Fokus dari manajemen ini adalah pada dampak yang lebih luas dari perubahan, secara khusus pada orang-orang yang terlibat untuk bergerak ke arah yang baru. Perubahan tersebut bisa saja dari perubahan proses

yang sederhana atau perubahan besar dalam kebijakan dan strategi yang diperlukan untuk mencapai tujuan.

Manajemen perubahan pada hakikatnya adalah sebuah proses yang mengadaptasi pendekatan manajemen yaitu *planning*, *organizing*, *actuating*, dan *controlling* untuk melakukan sebuah perubahan dalam sebuah organisasi. Manajemen perubahan ditujukan untuk memberikan solusi yang diperlukan dengan sukses dengan cara yang terorganisasi dan dengan metode melalui pengelolaan dampak perubahan pada orang yang terlibat di dalamnya (Muchlisin, 2020).

12.9 Strategi Manajemen Perubahan

Menurut (Kotter, 1995), terdapat delapan strategi sukses dalam proses membangun manajemen perubahan pada suatu organisasi, yaitu sebagai berikut:

1. *Establishing a Sense of Urgency* (membangun rasa urgensi). Tahapan ini adalah tahapan untuk membangun motivasi, dengan mengkaji realitas pasar dan kompetisi, mengidentifikasi dan membahas krisis, potensi krisis atau peluang besar, sehingga timbul alasan yang baik untuk melakukan sesuatu yang berbeda.
2. *Creating the Guiding Coalition* (menciptakan koalisi penuntun). Pada tahapan ini dibentuk sebuah koalisi untuk memulai perubahan sebagai sebuah tim yang terdiri dari orang-orang yang memiliki kekuasaan yang cukup untuk memimpin perubahan. Tim tersebut tidak harus mencakup dari semua orang yang memiliki kekuasaan atau yang menduduki kedudukan pada struktur organisasi, tetapi setidaknya orang-orang yang memiliki pengaruh dan kekuasaan, keahlian, kredibilitas dan jiwa pemimpin untuk memulai perubahan.
3. *Developing a Vision and Strategy* (merumuskan visi dan strategi). Pada tahapan ini perlunya dibuat sebuah visi untuk membantu mengarahkan upaya perubahan dan merumuskan strategi untuk mencapai visi.

4. *Communicating the Change Vision* (mengkomunikasikan visi perubahan). Pada tahapan ini perlunya mengkomunikasikan visi dan strategi perubahan pada seluruh elemen organisasi secara terus menerus dengan menggunakan setiap kesempatan yang ada, dan menjadikan koalisi penuntun sebagai model perilaku yang diharapkan dari pegawai.
5. *Empowering Broad-Based Action* (memberdayakan tindakan yang menyeluruh). Pada tahapan ini dilakukan kegiatan-kegiatan dengan melibatkan keseluruhan elemen organisasi untuk menyingkirkan rintangan, mengubah sistem atau struktur yang merusak visi perubahan, dan mendorong keberanian mengambil risiko serta ide, aktivitas dan tindakan non-tradisional.
6. *Generating Short Term Wins* (menghasilkan kemenangan jangka pendek). Orang belum tentu akan mengikuti proses perubahan selamanya bila tidak melihat hasil nyata dari usahanya selama ini. Pada tahapan ini dilakukan perencanaan untuk meningkatkan kinerja sebagai hasil dari perubahan/kemenangan yang dapat dilihat, dan juga memberi pengakuan dan penghargaan yang dapat dilihat kepada orang-orang yang memungkinkan tercapainya kemenangan tersebut.
7. *Consolidating Gains and Producing More Change* (mengkonsolidasikan hasil dan mendorong perubahan yang lebih besar). Pada tahapan ini dilakukan kegiatan-kegiatan untuk membuat proses perubahan tersebut semakin besar dengan menggunakan kredibilitas yang semakin meningkat untuk mengubah semua sistem, struktur dan kebijakan yang tidak cocok dan tidak sesuai dengan visi transformasi, mengangkat, mempromosikan dan mengembangkan orang-orang yang dapat mengimplementasikan visi perubahan dan meremajakan proses perubahan dengan proyek, tema dan agen perubahan yang baru.
8. *Anchoring New Approaches in the Culture* (menambatkan pendekatan baru dalam budaya). Dalam tahapan akhir ini, semua hasil perubahan yang telah dilakukan dijadikan budaya kerja yang baru dengan menciptakan kinerja yang lebih baik melalui perilaku

yang berorientasi pada pelanggan dan produktivitas, kepemimpinan yang lebih baik, serta manajemen yang lebih efektif, mengartikulasikan hubungan antara perilaku baru dan kesuksesan organisasi serta mengembangkan berbagai cara untuk menjamin perkembangan kepemimpinan dan sukses.

12.10 Perubahan dalam Kebidanan

Dalam perkembangannya, bidan juga mengalami proses perubahan seiring dengan kemauan dan teknologi. Bentuk aplikasi bidan dalam perubahan antara lain sebagai berikut:

1. Memberikan pelayanan kesehatan melalui asuhan kebidanan untuk selalu berubah ke arah kemandirian.
2. Melakukan perubahan ke arah yang profesional.
3. Memenuhi tuntutan kebutuhan masyarakat dengan mengadakan perubahan melalui pendidikan berkelanjutan, pengembangan karir, penerapan asuhan kebidanan yang tepat, sesuai dengan wewenang dan standar.
4. Mengadakan perubahan melalui penelitian.
5. Menunjukkan jiwa profesional dalam tugas dan tanggung jawab.

Bab 13

Pemasaran Sosial Jasa Asuhan Kebidanan

13.1 Pendahuluan

Bidan merupakan orang yang diperlukan dalam upaya meningkatkan kesejahteraan ibu dan janinnya karena bidan merupakan orang yang berperan penting dalam proses penanganan kelahiran bayi (Mufdlilah, Hidayat, Kharimaturrahmah, 2012). Jasa asuhan kebidanan merupakan pelayanan yang diberikan seorang bidan sesuai dengan wewenang yang menjadi tanggung jawab praktik profesi bidan kepada sasaran pelayanan kebidanan. Asuhan kebidanan yang diberikan kepada sasaran pelayanan kebidanan meliputi daur hidup siklus perempuan yaitu bayi, balita, remaja, dewasa dan lanjut usia (Nugrahaeni, 2020).

Bidan diakui sebagai tenaga profesional yang bertanggungjawab dan akuntabel. Asuhan yang diberikan seorang bidan mencakup upaya pencegahan, promosi, deteksi komplikasi kepada ibu dan anak, dan akses bantuan medis atau bantuan lainnya serta melaksanakan tindakan kegawatdaruratan (Wahyuningsih, 2013). Pelayanan kesehatan merupakan upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau bersama-sama dalam suatu layanan kesehatan dalam rangka memelihara, meningkatkan kesehatan,

mencegah, menyembuhkan penyakit dalam suatu masyarakat (Purwoastuti dan Walyani, 2015).

Pemasaran jasa asuhan kebidanan merupakan suatu upaya pemberian informasi jasa asuhan kebidanan kepada masyarakat yang membutuhkan pelayanan asuhan kebidanan (Farodis, 2012). Maka dari itu, pentingnya suatu pemasaran karena tanpa pemasaran konsumen atau pasien tidak akan mendapatkan informasi yang diperlukan (Hartono, 2010).

13.2 Konsep Pemasaran

Menurut Kotler dan Keller (2009) dalam Hartono (2010) pemasaran merupakan proses sosial di mana individu dan kelompok masyarakat berupaya untuk memenuhi kebutuhan dan apa yang diinginkannya melalui suatu penciptaan, penawaran barang dan jasa.

Sementara itu menurut, American Marketing Association dikutip oleh Kotler dan Kevin L. Keller (2009) dalam Hartono (2010) menyatakan bahwa pemasaran adalah seperangkat proses untuk menciptakan, mengkomunikasikan dan menyampaikan kepada klien tentang sesuatu yang bernilai dan menjalin hubungan yang saling menguntungkan. Konsep inti dari pemasaran meliputi kebutuhan, keinginan, permintaan, produksi, nilai dan kepuasan. Oleh karena itu kita harus bisa membedakan antara kebutuhan, keinginan dan permintaan. Kebutuhan adalah sesuatu yang pokok atau dasar bagi kehidupan manusia. Keinginan adalah kehendak yang kuat terhadap kebutuhan yang lebih mendalam. Sedangkan permintaan adalah keinginan yang didukung dengan daya beli atau kemampuan kesediaan untuk membelinya.

Pemasaran sosial pada dasarnya berorientasi pada konsumen. Konsumen atau klien bukan hanya sasaran pokok tetapi sebagai indikator apakah kegiatan yang dilaksanakan cocok, diminati dan berhasil. Pemasaran sosial menggunakan pendekatan tradisional untuk mengubah perilaku konsumen atau klien (Rukiyah dan Yulianti, 2016).

Dalam konsep pemasaran sebuah jasa pelayanan untuk mencapai tujuan sesuai dengan apa yang diharapkan maka harus menentukan kebutuhan dan keinginan pasar sasaran terlebih dahulu, serta memberikan kepuasan yang

diharapkan secara lebih efektif dan efisien dibanding kompetitor penyedia jasa pelayanan. Berikut merupakan langkah-langkah dalam melakukan pemasaran:

1. Membuat kelompok sasaran dan menemukan keinginan pasar.
2. Melakukan analisis untuk mengetahui tanggapan kelompok sasaran terhadap produk atau jasa yang akan ditawarkan.
3. Menyusun strategi pemasaran untuk bersaing dengan kompetitor yang lain.
4. Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala untuk mengetahui tujuan dari strategi pemasaran sudah tercapai atau belum.
5. Melaksanakan proses pemasaran menggunakan media yang telah disiapkan.

13.3 Manajemen Pemasaran

Menurut Kotler dan Armstrong dalam Hartono (2010), manajemen pemasaran terdiri dari dua kata yaitu manajemen dan pemasaran. Pemasaran adalah seperangkat proses analisis, perencanaan, implementasi dan pengendalian dari program yang akan diciptakan untuk mencapai tujuan dari sebuah pelayanan. Manajemen adalah proses memilih pasar sasaran serta mendapatkan, memelihara dan memperbanyak pelanggan. Pada salah satu bukunya Philip Kotler dalam Hartono (2010), mengatakan bahwa manajemen pemasaran adalah kegiatan analisis, perencanaan, pelaksanaan, dan pengendalian program-program yang dirumuskan oleh sebuah jasa pelayanan dalam rangka mencapai tujuan.

Keberhasilan manajemen pemasaran sangat tergantung dari bagaimana sebuah penyedia jasa pelayanan dalam merancang sesuatu yang akan ditawarkannya, kebutuhan sasaran, ketepatan dalam menetapkan tarif/harga, cara berkomunikasi, serta menyediakan tempat pelayanan kepada pasar sasaran. Masalah pemasaran yang sering dihadapi oleh para penyedia jasa pelayanan adalah kurangnya kesesuaian antara apa yang ditawarkan oleh jasa pelayanan dengan apa yang sesungguhnya dibutuhkan oleh pasien atau pengguna jasa pelayanan.

Berikut yang harus dipahami dan disadari oleh penyedia jasa pelayanan:

1. Pemasaran merupakan rangkaian suatu proses manajerial yang meliputi analisis, perencanaan, pelaksanaan, dan pengendalian.
2. Pemasaran merupakan suatu bentuk wujud program yang harus dibuat secara cermat bukan hanya sekedar kegiatan acak untuk merespon.
3. Dalam pemasaran diharapkan terjadi tukar menukar secara sukarela dan bukan karena paksaan.
4. Pemasaran merupakan pengelompokan suatu pasar agar dapat memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan sasaran pasar.
5. Pemasaran bertujuan untuk menjamin keselamatan dan kesehatan para pengguna jasa pelayanan dengan cara melayani dengan sebaik-baiknya.
6. Keberhasilan pemasaran sangat ditentukan oleh kesesuaian antara pelayanan yang diberikan dengan kebutuhan dan harapan pasar sasaran.
7. Pemasaran adalah upaya untuk menyatukan sejumlah kegiatan dalam satu perangkat yang disebut dengan bauran pemasaran (marketing mix).

13.4 Manfaat dari Pemasaran

Pentingnya pemasaran bagi sebuah penyedia jasa pelayanan pada prinsipnya adalah pemasaran akan memungkinkan penyedia jasa pelayanan mencapai tujuan secara lebih efektif.

Menurut Hartono (2010) tiga manfaat utama dari pemasaran sebagai berikut:

1. Meningkatnya kepuasan dari pasar sasaran: penyedia jasa pelayanan yang memiliki keyakinan bahwa pentingnya kepuasan klien atau pasien maka penyedia jasa pelayanan cenderung memiliki motivasi dan meningkatkan pelayanannya demi memuaskan klien atau pasien.
2. Meningkatnya efisiensi: pelaksanaan pemasaran yang baik berbanding lurus dengan terlaksananya manajemen yang baik pula.

Sehingga, jasa pelayanan tersebut dapat berkordinasi dalam mengembangkan pelayanan, penetapan harga atau tarif yang rasional, dana promosi dan penyediaan tempat atau lokasi penyelenggaraan pelayanan tersebut.

3. Meningkatnya meningkatnya sumber daya: penyedia jasa pelayanan yang selalu berupaya untuk kmeningkatkan kepuasan klien atau pasien maka akan menarik perhatian banyak pihak.

13.5 Tujuan Pemasaran

Menurut Rukiyah dan Yuliati (2016), tujuan dari pemasaran yaitu agar konsumen mengenal sebuah produk barang atau jasa sehingga pasar sasaran menjadi tertarik dan membeli produk atau jasa yang ditawarkan tersebut. Pemasaran sosial mempunyai tujuan sebagai berikut:

1. Memberikan pelayanan yang bermutu dan dibutuhkan masyarakat
2. Memberikan pelayanan sesuai dengan standart pelayanan dalam memberikan pelayanan kepada klien
3. Menurunkan sensitivitas klien pada tarif
4. Rekomendasi pemasaran gratis dari mulut ke mulut
5. Penghematan biaya pemasaran
6. Penurunan biaya melayani klien yang sudah mengenal baik sistem pelayanan
7. Peningkatan pendapatan

13.6 Mengukur dan Meramalkan Pasar

Setiap penyedia pelayanan harus menentukan dahulu siapa yang akan dilayani, karena tidak mungkin semua orang atau masyarakat merupakan konsumen atau klien potensial terhadap pelayanan yang kita tawarkan. Untuk menentukan pasar, penyedia jasa pelayanan harus merinci terlebih dahulu layanan apa saja yang akan ditawarkan. Semakin terperinci dalam

merumuskan pelayanan maka akan semakin terperinci pula rumusan pasar dan besarnya pasar. Pada hakikatnya pasar merupakan kumpulan dari konsumen-konsumen potensial dari suatu pelayanan yang ditawarkan. Para konsumen yang potensial memiliki tiga ciri, yaitu: minat, pendapatan dan akses. Pasar merupakan sumber peluang bagi penyedia pelayanan, sehingga pentingnya untuk melakukan analisis pasar.

Menurut Hartono (2010), berikut tiga kegiatan untuk melakukan analisis pasar:

1. Pengukuran dan peramalan pasar: menentukan besarnya pasar yang ada untuk saat ini dan diwaktu yang akan datang dari suatu pelayanan.
2. Segmentasi pasar: membuat kelompok-kelompok besar yang membentuk sebuah pasar untuk memilih kelompok sasaran yang paling tepat untuk dilayani.
3. Analisis konsumen: menentukan ciri-ciri konsumen yang berupa kebutuhannya, persepsinya, keinginan atau seleranya dalam rangka menyesuaikan pelayanan yang hendak ditawarkan dengan ciri-ciri tersebut.

13.7 Segmentasi Pasar Sasaran

Dalam sebuah pasar sasaran ada banyak sekali konsumen yang tersebar luas dan memiliki berbagai macam kebutuhan yang berbeda-beda. Oleh karena itu, sebagai penyedia jasa pelayanan tidak mungkin bisa menjangkau dan melayani seluruh pasar sasaran tersebut. Agar lebih efektif untuk mencapai suatu tujuan dari sebuah penyedia pelayanan maka sebaiknya mengidentifikasi segmen pasar yang dapat dilayani secara efektif.

Berikut merupakan tahapan perkembangan pasar menurut Hartono (2010):

1. Pemasaran massal: gaya pemasaran di mana sebuah penyedia layanan dalam menyelenggarakan pelayanan dengan cara menarik semua orang yang dianggap layak (eligible) memanfaatkan pelayanan tersebut.

2. Pemasaran terbedakan: gaya pemasaran di mana sebuah penyedia layanan dalam menyelenggarakan pelayanan membuat dua versi atau lebih agar konsumen atau klien dapat memilih.
3. Pemasaran terfokus atau terarah: gaya pemasaran di mana sebuah penyedia layanan dalam menyelenggarakan pelayanan memfokuskan pada pelayanan yang ditawarkan disesuaikan dengan pasar sasaran yang bersangkutan agar bisa lebih optimal dalam memenuhi kebutuhannya.

Untuk dapat melakukan pemasaran terfokus (terarah) dengan baik, penyedia layanan harus melakukan segmentasi pasar dan penentuan pasar. Berikut merupakan keuntungan melakukan pemasaran terfokus(terarah):

1. Penyedia layanan akan menjadi lebih mudah menggali segmen pasar yang belum terpenuhi kebutuhannya oleh layanan yang telah ada.
2. Penyedia layanan dapat melakukan penyesuaian secara lebih tepat terhadap pelayanan yang ditawarkan guna memenuhi kebutuhan dan keinginan pasar.
3. Penyedia layanan dapat melakukan penyesuaian secara lebih tepat terhadap tarif, tempat/lokasi pelayanan, dan promosi mengikuti keadaan pasar sasaran.

13.8 Menganalisis Perilaku Konsumen

Menurut Hartono (2010), memahami perilaku konsumen merupakan langkah dasar untuk mengembangkan pelayanan, penetapan tarif, menentukan lokasi tempat pelayanan, dan pelaksanaan promosi yang efektif. Orang yang menjadi sasaran dalam upaya pemasaran adalah konsumen, sehingga kita harus paham bagaimana proses yang berlangsung dalam diri konsumen berkaitan dengan pemanfaatan pelayanan:

1. Timbul Kebutuhan: kebutuhan dan keinginan yang menjadikan konsumen tertarik untuk memanfaatkan suatu pelayanan. Penting sekali penyedia jasa pelayanan melakukan survei kepada konsumen

jenis-jenis pemicu yang merangsang minat konsumen. Tugas kita sebagai penyedia pelayanan adalah memahami kebutuhan dasar mana dari konsumen yang dapat dipenuhi dengan pelayanan yang kita tawarkan.

2. Mencari Informasi: setiap konsumen dalam mencari informasi sangat bervariasi sesuai dengan kebutuhannya. Konsumen pencari pasif mendapatkan informasi melalui radio, melihat siaran televisi, melihat baliho, mendengar orang berbincang-bincang dan lain-lain. Sedangkan konsumen pencari aktif akan berupaya mendapatkan informasi seperti membaca buku atau brosur, bertanya kepada orang lain, mengikuti seminar, mendatangi tempat pelayanan kesehatan, dan lain-lain.
3. Menimbang (mengevaluasi): konsumen akan mempertimbangkan pilihannya setelah mendapatkan informasi dan gambaran yang jelas tentang pilihan-pilihan pelayanan yang ada.
4. Memanfaatkan: konsumen memanfaatkan pelayanan yang dipilih.
5. Keputusan Pasca Pemanfaatan: kepuasan dan kekecewaan konsumen atas pelayanan yang didapatkan akan memengaruhi penggunaan atau pemanfaatan pelayanan di kesempatan yang akan datang.

Kualitas jasa dalam sebuah pelayanan merupakan bagian terpenting dalam memberikan kepuasan kepada konsumen atau klien. Kepuasan dan kepercayaan konsumen atau klien terhadap suatu penyedia jasa pelayanan sangat memegang peranan penting dalam persaingan di segmen pasar. Konsumen atau klien termasuk sebagai alat promosi yang paling efektif dan akurat untuk menarik perhatian pelanggan lainnya, karena dengan kepuasan yang dirasakannya konsumen atau klien tersebut akan menceritakan pengalamannya kepada orang lain sehingga orang lain tertarik untuk memanfaatkan pelayanan tersebut. Menurut Purwoastuti dan Walyani (2015) kepuasan pengguna jasa pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor berikut ini:

1. Komunikasi yang baik sangat memegang peranan yang penting.
2. Empati (sikap peduli) yang ditunjukkan oleh petugas.

3. Tingginya biaya pelayanan kesehatan dapat dianggap sumber moral pasien dan keluarganya.
4. Penampilan petugas, kebersihan tempat dan kenyamanan ruangan.
5. Jaminan keamanan yang ditunjukkan oleh petugas kesehatan.
6. Keterampilan petugas kesehatan dalam memberikan perawatan.
7. Kecepatan dan ketepatan petugas dalam memberikan tanggapan terhadap keluhan konsumen atau klien.

13.9 Pengiklanan dan Etika

Sebagai penyedia jasa pelayanan jika ingin diketahui oleh publik atau pasar sasaran tidak cukup hanya menyediakan pelayanan yang berkualitas. Penting sekali sebagai jasa pelayanan melakukan upaya komunikasi yang efektif kepada konsumen atau klien atau publik. Segala sesuatu yang ada ditempat jasa pelayanan tersebut harus diketahui oleh pasar sasaran. Oleh sebab itu, sebagai penyedia jasa pelayanan harus mendata kebutuhan peluang komunikasi serta mengembangkan komunikasi yang efektif dan efisien. Bentuk komunikasi massal yang bisa dilakukan oleh penyedia layanan dengan cara pengiklanan.

Menurut Kotler dalam Hertono (2010) membuat pengiklanan (advertensi) penyedia jasa pelayanan harus membuat lima keputusan penting, yaitu:

1. Penentuan tujuan: sebelum melakukan pengiklanan harus menentukan terlebih dahulu siapa sasaran komunikasinya. Kejelasan tentang sasaran akan sangat membantu penyedia jasa pelayanan mengenai apa yang sebaiknya disampaikan, bagaimana cara menyampaikannya, di mana dan siapa yang menyampaikan.
2. Penentuan anggaran: dalam pembuatan anggaran dirancang terlebih dahulu tujuan dan kegiatan yang akan dilakukan setelah itu tentukan ongkos atau biaya disetiap wilayah.
3. Penentuan pesan: pesan yang ideal adalah pesan yang dapat menimbulkan kesadaran atau perhatian (attention), menarik minat

(interest), menciptakan keinginan (desire) dan mendorong terjadinya tindakan (action).

4. Pemilihan media: menentukan media yang akan digunakan sebaiknya disesuaikan dengan anggaran yang ada dan yang paling menjangkau konsumen.
5. Evaluasi iklan: untuk mengetahui efektivitas konsumen dalam penggunaan iklan.

Aturan dan etika bisnis tidak boleh terlewat dalam penyelenggaraan pengiklanan. Menurut Sonny Keraf (2006) dalam Hartono (2010) menyebutkan bahwa ada empat prinsip yang dapat digunakan sebagai rambu-rambu dalam pengiklanan atau promosi sebuah jasa pelayanan, yaitu:

1. Menyampaikan sesuai dengan keadaan sebenarnya.
2. Menyampaikan semua informasi tentang pelayanan yang ditawarkan.
3. Tidak boleh mengarah pada pemaksaan.
4. Tidak boleh mengarah pada tindakan yang bertentangan dengan moralitas.

13.10 Media Promosi

Media promosi yang dapat digunakan untuk pengunjung di dalam lingkungan tempat pelayanan, yaitu:

1. Brosur atau leaflet
2. Buku saku
3. TV atau home video
4. Majalah dinding
5. CCTV
6. CD
7. Spanduk
8. Umbul-umbul
9. Seminar untuk awam
10. Ceramah atau pertemuan

11. Poster
12. Audiovisual
13. Majalah tempat pelayanan
14. Pameran
15. Gathering pasien
16. Kemasan produk (paket melahirkan)

Media promosi yang dapat digunakan untuk konsumen atau klien diluar lingkungan tempat pelayanan, yaitu:

1. Media cetak
2. Kegiatan sosial
3. Website
4. Pameran perdagangan
5. Press release
6. Advertensi
7. Billboard
8. Telepon, sms, email, direct mail

13.11 Merencanakan dan Mengendalikan Pasar

Penyedia jasa pelayanan yang melakukan sistem perencanaan dan pengendalian formal, maka akan berdampak pada meningkatnya kinerja jasa pelayanan tersebut. Melville C.Branch yang dikutip oleh Philip Kotler (1985) dalam Hartono (2010) menyimpulkan manfaat dari sitem perencanaan formal:

1. Mendorong untuk membuat perencanaan kedepan secara sistematis.
2. Terciptanya koordinasi secara lebih baik.
3. Memungkinkan dibuatnya standar-standar kinerja untuk pengendalian.
4. Membuat tujuan dan kebijakan yang dirumuskan menjadi lebih jelas sehingga menjadikan sebagai sarana pengarahan.

5. Menjamin kesiapsiagaan yang lebih baik untuk menghadapi perubahan yang terjadi secara tiba-tiba.
6. Menjamin kejelasan pandangan bagi para manajer dalam interaksi dan keterlibatannya.

Daftar Pustaka

- Adams J (2016) Evidence-Based Healthcare in Context, in Broom, A: Critical Social Science Perspectives, 1st edition, London: Routledge.
- Allen, J.P. (2005) 'The art of medicine in ancient Egypt'.
- Amellia, S. W. (2019). Asuhan Kebidanan Kasus Kompleks Maternal dan Neonatal.
- Amokrane, N., Allen, E., Waterfield, A., dan Datta, S. (2016). Antepartum haemorrhage. *Obstetrics, Gynaecology dan Reproductive Medicine*, 26(2), 33-37.
- Anggraini D.D., dkk. (2020). Konsep Kebidanan. Medan: Yayasan Kita Menulis
- Asrinah, (2018) " Konsep Kebidanan," Yogyakarta, Graha Ilmu.
- Astuti (2016) Konsep Kebidanan dan Etikolegal dalam Praktik Kebidanan. Jakarta Selatan: Pusdik SDM Kesehatan.
- Astuti A, Dkk, (2022) "Kebidanan Komunitas," Sumatera Barat, PT Global Eksekutif Teknologi.
- Astuti, E.W (2016) Konsep Kebidanan dan Etikolegal Dalam Praktik Kebidanan, Jakarta : Pusdik SDM Kesehatan Kemenkes RI.
- Atit T. (2016). Konsep Kebidanan dan Etikolegal Dalam Praktik Kebidanan. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
- Barnawi, N., Richter, S. and Habib, F. (2013) 'Journal of Research in Nursing and Midwifery', *Journal of Research in Nursing and Midwifery*, 2(8), pp. 114–121. doi:10.14303/jrnm.2013.064.

- Bekem Dibaba, D. E., Hajure, M., dan Gebre, G. (2021). Risk Factors of Antepartum Hemorrhage Among Mothers Who Gave Birth at Suhul General Hospital, 2016: A Case–Control Study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 14, 271.
- Berg, M., Asta, Ó., & Lundgren, I. (2012). Sexual & Reproductive Healthcare A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings.
- Borner, K., Boyack, K., Strategies, S., & Milojevic, S. (2012). An Introduction to Modeling Science: Basic Model Types , Key Definitions , and a General Framework for the Comparison of Process Models. (January), 1–16. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-23068-4>
- Bryar, Rosamund. (2008). *Teori Praktek Kebidanan*. Jakarta: EGC
- Cbe, J. S. (2017). The contribution of continuity of midwifery care to high quality maternity care. The Royal College Of Midwives.
- Choudhary, S., Jelly, P., Mahala, P., & Mahala, P. (2020). Models of maternity care: a continuity of midwifery care. *International JOurnal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 9(6), 2666–2670.
- Delvina V., dkk. (2021). *Teori Konsep Kebidanan*. Aceh: Yayasan Penerbit Muhammad Zaini
- Dimond, Bridgit. (2002). *Legal Aspects of Midwifery*. Chelshire: Books for Midwives Press.
- Ehrenreich, B. and English, D. (2010) ‘Witches, midwives & nurses: A history of women healers’, *Witches, Midwives & Nurses: A History of Women Healers*, pp. 1–108. doi:10.1016/0037-7856(75)90142-0.
- Eri, T. S., Berg, M., Dahl, B., Gottfreðsdóttir, H., Sommerseth, E., & Prinds, C. (2020). Models for midwifery care : A mapping review. *European Journal of Midwifery*, 1–17.
- Estiwati, D; Meilani , N; Widyasi, H; Widyastuti, Y. (2009). *Konsep Kebidanan*. Jogjakarta: Fitramaya.
- Estiwidani Dwiana, dkk, (2009), *Konsep Kebidanan*, Yogyakarta: Fitramaya,
- Evenden., D. (2000) *The midwives of Seventeenth-Century London*, Cambridge University Press. Cambridge University Press.

- Farodis, Zian. (2012). *Panduan Lengkap Manajemen Kebidanan*. Yogyakarta: D-Medika.
- Fontein-kuipers, Y., Groot, R. De, & Staa, A. Van. (2018). Woman-centered care 2.0 : Bringing the concept into focus. *European Journal of Midwifer*, 1–12.
- Handayani and Mulyati (2017) *Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta Selatan: Kemenkes RI.
- Hartono, B. (2010). *Manajemen Pemasaran untuk Rumah Sakit*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Hidayat, A; Mufdillah. (2009). *Catatan Kuliah , Konsep Kebidanan plus materi bidan Delima*. Jogjakarta: Mitra Cendekia
- Husanah E., dkk. (2019). *Rujukan Lengkap Konsep Kebidanan*. Yogyakarta: Depublish
- ICM. (2014). *Philosophy and Model of Midwifery Care*.
- ICM. (2021). *ICM Professional Framework for Midwifery*.
- ICM. (2021). *Midwife-led Continuity of Care (MLCC)*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub3/full>
- Ikatan Bidan Indonesia. (2016). *Standar Pelayanan Kebidanan*. Jakarta: Pengurus Pusat IBI
- Insani, A. A. et al. (2017) ““Berpikir Kritis” Dasar Bidan Dalam Manajemen Asuhan Kebidanan”, *Journal of Midwifery*. doi: 10.25077/jom.1.2.21-30.2016.
- Irianti, B. (2021) “Konsep Kebidanan,” Yogyakarta; Pustaka Baru.
- Kemenkes (2020) *Kepmenkes 320 Tahun 2020 Tentang Standar Profesi Bidan*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes (2020) *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019*, [Online], Available:<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://pusdatin.kemendes.id/resources/>. [25 Juli 2022].
- Kemenkes RI. (2007). *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/MENKES/ SK/ VIII/ 2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan*

- Kemenkes, R. (2010). Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: YBP Sarwono Prawirohardjo bekerjasama dengan.
- Kementerian Kesehatan RI (2007) Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 369/MENKES/ SK/III/2007 Tentang Standar Profesi Bidan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI (2010) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI (2017) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 tentang Penyelenggara Praktik Bidan, Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI (2020) Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 Tentang Standar Profesi Bidan, Jakarta.
- Kementerian Pendidikan dan Budaya. (2016) Kamus Besar Bahasa Indonesia., Jakarta.
- Kepmenkes RI No. 900/Menkes/SK/II/2002 tentang Registrasi dan Praktek Bidan
- Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 369/ MENKES/ SK/ III/ 2007 tentang Standar Profesi Bidan
- Kerkin, Bridget at all. (2018) Women and Birth Volume 31, Issue 3, June, Pages 232-239
- Kontoyannis, M. and Katsetos, C. (2011) 'Midwives in early modern Europe (1400-1800)', Health Science Journal, 5(1), pp. 31–36.
- Kotter, J. (1995). Leading Change: Why transformation efforts fail. Boston: Harvard Business.
- Lay, M.M. (2000) 'The Rhetoric of Midwifery: Gender, Knowledge, & Power.', Rutgers University Press. New Brunswick, USA [Preprint], (3). Available at: file:///C:/Users/WIN-10/Downloads/admin,+jarm3n1_chastain (1).pdf.
- Lisnawati, L. (2011). Buku Pintar Bidan (Aplikasi Penatalaksanaan Gawat Darurat Kebidanan di Rumah Sakit). Trans Info Media: Jakarta.

- Lunda, P., Minnie, C. S., & Benadé, P. (2018). Women ' s experiences of continuous support during childbirth : a meta-synthesis. 1–11.
- Maita. L (2015) “Asuhan Kebidanan Bagi Para Bidan Di Komunitas,” Yogyakarta, Deepublish.
- Mappaware (2020) “Kesehatan Ibu dan Anak (Dilengkapi Dengan Studi Kasus Dan Alat Ukur Kulaitas Pelayanan Kesehatan Ibu Dan Anak),” Yogyakarta, Deepublish.
- Marland and Rafferty (1997) *Midwives, Society and Childbirth*. London.
- Marmi dan Margiyati (2014) *Konsep Kebidanan Untuk Mahasiswa Akademi Kebidanan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Maryunani, A. (2016) ‘Manajemen kebidanan terlengkap’, Jakarta: EGC.
- Meyer, H.S. (2004) ‘Women in Medicine: A Celebration of Their Work’, *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 292(10), pp. 1238–1238. doi:10.1001/jama.292.10.1238-a.
- Miratu, M., Yanti, J.S., Husanah, E. and Lusiana, N. (2019) *Rujukan lengkap konsep kebidanan*, Yogyakarta: Deepublish.
- Morgan, L. (2015). Conceptualizing Woman-Centred Care in Midwifery. *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice*, 14(1), 7–15.
- Muchlisin, R. (2020, 08 02). *Manajemen Perubahan (Pengertian, Pendekatan, Jenis, Tahapan dan Strategi)*. Retrieved from *Kajian Pustaka*: <https://www.kajianpustaka.com/2020/07/manajemen-perubahan-pengertian.html>
- Mufdlilah, dkk, (2012), *Konsep Kebidanan Edisi Revisi*, Nuha Medika, Yogyakarta
- Mufdlilah, Hidayat, A., dan Kharimaturrahmah, A. (2012). *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Muslihatun, Mudlilah, dan Setiyawati (2009). *Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Novianty, A. (2017). *Buku Ajar Konsep Kebidanan*. Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta.
- Nugrahaeni, Ardhina. (2020). *Konsep Dasar Kebidanan*. Yogyakarta: Healty.

- Nugraheni, A (2020) “Pengantar ilmu Kebidanan dan Standar Profesi Kebidanan,” Yogyakarta, Anak Hebat Indonesia.
- O’Brien (2012) ‘Birth on the Land: Memories of Inuit Elders and Traditional Midwives’, in, p. 35. doi:10.5596/c14-004.
- Obstetricians, R. C. o., dan Gynaecologists. (2011). Green-top Guideline No. 63: Antepartum Haemorrhage: RCOG London, UK.
- Oliver, J. (2013) ‘Manajemen Kebidanan’, Journal of Chemical Information and Modeling, pp. 1–12.
- Penyusun, T. BUKU AJAR ASUHAN KEHAMILAN DISERTAI DAFTAR TILIK.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1464/ MENKES/ PER/ X/ 2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28 tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan
- Prastyani, D. (2020). Modul Manajemen Perubahan dan Pengembangan. Jakarta: Universitas Esa Unggul.
- Prawirohardjo, S. (2014). Ilmu Kebidanan Edisi ke 4. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Purwandari, Atik, (2008), Konsep Kebidanan Sejarah dan Profesionalisme, Jakarta: EGC:
- Purwoastuti, E (2014), “Konsep Kebidanan,” Yogyakarta, Pustaka Baru.
- Purwoastuti, Th. E., dan Walyani, E. S. (2015). Mutu Pelayanan Kesehatan & Kebidanan. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Rachmaida, A., Nurul, K., & Mufdlilah. (2019). Mother ’ s Experience in the Continuity of Care – A Systematic Literature Review. *Advances in Health Sciences Research*, 24, 286–290.
- Rosyidah, R., dan Azizah, N. (2019). Buku Ajar Mata Kuliah Obstetri Pathologi (Pathologi Dalam Kehamilan).
- Rukiyah, A.Y., dan Yulianti, L. (2016). Konsep Kebidanan. Jakarta: Trans Info Media.

- Salim A (2016) Teori & Paradigma Penelitian Sosial, 2nd edition, Yogyakarta: Tiara Wacana.
- Salmiati, (2011) “Konsep Kebidanan Mangemen dan Standard Bisnis”, Jakarta, EGC
- Salmiati, dkk, (2008), Konsep Kebidanan Manajemen dan Standar Pelayanan, EGC:Jakarta.
- Sari H.E., dkk. (2020). Konsep Kebidanan Bagi Dosen dan Mahasiswa Kebidanan. Makasar: Cendikia Publisher
- Senge, P. M. (2006). The fifth discipline: The art and practice of the learning organization. New York: Doubleday.
- Septina Y (2020) ”Pengantar Praktik Ilmu Kebidanan,” Bogor, Lindan Bestari.
- Sinaga Dkk (2020) “Mutu Pelayanan Kebidanan,” Yayasan Kita Menulis.
- Sudarti, Fauziah A. (2011) Buku ajar dokumentasi kebidanan. Yogyakarta: Nuha Medika;.
- Sullivan, E. J., & Decker, P. J. (1998). Effective Leadership and Management in Nursing. The American Journal of Nursing.
- Susiana, S. (2019) 'Angka Kematian Ibu : Faktor Penyebab Dan Upaya Penanganannya', Pusat Penelitian Badan Keahlian DPR RI, vol. XI.
- Sweet, Betty R. (1997). Mayes' Midwifery: A Textbook for Midwives. 12th ed. London: Bailliere Tindall
- Syahlan, JH. (1996). Kebidanan Komunitas. Jakarta: Yayasan Bina Sumber Daya Kesehatan.
- Tajmiami, A., Astuti, E.W. and Suryani, E. (2020) Konsep Kebidanan Dan Etikolegal Dalam
- Tajmiami, A., Astuti, E.W. and Suryani, E. (2020) Konsep Kebidanan Dan Etikolegal Dalam Praktik Kebidanan, Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.
- Takai, I. U., Sayyadi, B. M., dan Galadanci, H. S. (2017). Antepartum hemorrhage: A retrospective analysis from a Northern Nigerian teaching hospital. International Journal of Applied and Basic Medical Research, 7(2), 112.

- Thomas, K. (2015). What is a Model ? What is a Model ? Dagstuhl Seminar Proceedings, (March)
- Triyanti D., dkk. (2022). Ilmu Kebidanan (Konsep, Teori dan Isu). Bandung: Media Sains Indonesia
- Ulfah, Riana. (2020). Buku Ajar Konsep Kebidanan. Bandung: Media Sains Indonesia
- Wahyuningsih, H., P. (2013). Etika Profesi Kebidanan. Yogyakarta: Fitamaya.
- Wetzel, D., & Buch, K. (2000). Using a Structural Model to Diagnose Organizations and develop congruent interventions. 1, 18(4), 9. Organization Development Journal, 18 (4), 9.
- Widyasih, H., Hernayanti, M. R., dan Purnamaningrum, Y. E. (2018). MODUL PRAKTIK KEBIDANAN KEGAWATDARURATAN MATERNAL NEONATAL.
- Wildan & Hidayat (2011). Dokumentasi kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.
- Yulizawati (2021) KOnsep Kebidanan, Indomedia Pustaka. Sidoarjo: Indomedia Pustaka. Available at: https://www.researchgate.net/publication/269107473_What_is_governance/link/548173090cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civilwars_12December2010.pdf%0Ahttps://think-asia.org/handle/11540/8282%0Ahttps://www.jstor.org/stable/41857625.

Biodata Penulis



Marlynda Happy Nurmalita Sari, S.ST, MKM, merupakan Putri dari Bapak Tugiyono, M.Pd dan Endang Sujarwati, S.Pd, lahir di Sragen pada tanggal 29 Maret 1989. Saya menyelesaikan kuliah dan mendapat gelar sarjana Kebidanan di Universitas Sebelas Maret tahun 2011 dan magister Ilmu Kesehatan Masyarakat peminatan Kesehatan Reproduksi di Universitas Indonesia tahun 2015. Pada tahun 2011 diangkat menjadi Dosen di Perguruan Tinggi Swasta Akademi Kebidanan Pelita Ilmu Depok. Kemudian pada tahun 2019 diangkat menjadi Dosen Perguruan Tinggi Negeri di Poltekkes

Kemenkes Semarang sampai sekarang.



Lenny Nainggolan, S.Si.T, M.Keb., lahir di Pulo, Sumatera Utara pada 14 Mei 1980. Penulis mengawali pendidikan kesehatan di SPK Depkes RI Medan. Kemudian melanjutkan Pendidikan D.III Kebidanan Depkes RI Medan, D.IV Bidan Pendidik di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta serta menempuh pendidikan Magister Kebidanan di Universitas Andalas Padang. Penulis bekerja sebagai dosen di Prodi Kebidanan Pematangsiantar Poltekkes Kemenkes Medan sejak tahun 2005 sampai saat ini.

Penulis memiliki ketertarikan dibidang kebidanan dan aktif sebagai peneliti dan menulis artikel jurnal ilmiah bidang kebidanan. Penulis sebagai anggota IBI Cabang Kota Pematangsiantar. Penulis berkeinginan mengembangkan Ilmu Kebidanan melalui beberapa buku yang ditulis. Semoga bermanfaat bagi pembaca baik mahasiswa maupun Dosen Kebidanan serta masyarakat umum.



Nur Afifah Harahap, S.Tr.Keb., M.Keb, lahir di Medan, pada 1 Oktober 1995. Penulis merupakan lulusan Magister Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung pada tahun 2021. Pada tahun 2016-2019 penulis bekerja sebagai tenaga honor Laboran di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes RI Medan. Bulan Januari tahun 2022 penulis sudah menjadi dosen tetap di Prodi D3 Kebidanan Di STIKes Murni Teguh Medan. Penulis merupakan anak dari pasangan Alm. Drs. Zainuddin Harahap, M.Kes (ayah) dan Ardiana Batubara, SST., M.Keb (ibu). Penulis bukanlah orang baru dalam menulis buku. Sebelumnya penulis dan tim menerbitkan buku yang berjudul STUNTING (Peran bidan terhadap Stunting di Komunitas, dengan ISBN : 978-623-285-372-0 pada tahun 2020. Penulis dapat dihubungi melalui E-mail: afifah11095@gmail.com.



Vera Renta Siahaan lahir di Singkawang, pada 22 Oktober 1984. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Padjadjaran. Wanita yang kerap disapa Vera ini adalah anak dari pasangan A.Siahaan (ayah) dan L.Simaremare (ibu).



Ribka Nova Sartika Sembiring lahir di Medan 27 Mei 1979, wanita yang kerap disapa Ribka anak dari bapak S. Sembiring dan ibu R. Ginting berstatus sudah menikah dan saat ini berdomisili di Kota Pematang Siantar. Saat ini Ribka bekerja di Poltekkes Kemenkes Medan Prodi DIII Kebidanan Pematang Siantar. Dengan alamat kantor Jl. Pane No.36. Kelurahan Tomuan. Kecamatan Siantar Timur. Pematang Siantar.



Penulis merupakan dosen tetap di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Medan sejak Tahun 2001 hingga sekarang dimana sebelumnya pernah mengabdikan sebagai tenaga Kesehatan di Rumah Sakit Umum dr. Pirngadi Medan hingga Tahun 2000. Telah menikah dan dikaruniai seorang putri bernama Juwita Stefany Hutapea. Pendidikan diawali dari Sekolah Perawat Kesehatan di SPK Dep Kes RI Medan tamat Tahun 1986, terakhir telah menyelesaikan pendidikan Magister Kebidanan di

Universitas Padjadjaran Bandung pada Tahun 2013.



Hj. Nur Aliyah Rangkuti, SST, M.KM, lahir pada tanggal 27 Agustus 1988 di Panyabungan-Mandailing Natal. Anak pertama dari Bapak H. Ali Hamzah, MM dan Ibu Hj. Marnah, S.Pd. Menyelesaikan Studi Pendidikan SD sampai SMA di Panyabungan, kemudian melanjutkan pendidikan studi di D-III Akademi Kebidanan Kholisaturrahmi Binjai. Meraih gelar SST pada Prodi Bidan Pendidik, Stikes Haji Medan.

Mengawali karir sebagai dosen pada tahun 2011 di Akademi Madina Husada sampai tahun 2016. Kemudian melanjutkan pendidikan pada program studi Ilmu Kesehatan Masyarakat di Institut Helvetia Medan dan meraih gelar M.KM pada tahun 2017.

Tahun 2018 sampai sekarang penulis aktif sebagai dosen tetap Program Studi Kebidanan Program Diploma Tiga Fakultas Kesehatan Universitas Auliyah Royhan Di Kota Padangsidimpuan.

Selain menjadi dosen tetap penulis juga aktif dalam membuat buku sebagai sumbangsih untuk dunia pendidikan. Penulis juga merupakan Pengurus Daerah Ikatan Bidan Indonesia (IBI) Cabang Kota Padangsidimpuan, Sumatera Utara, yang membidangi bagian Anggaran Dasar Anggaran Rumah Tangga.



Puspita Rini lahir di Sungguminasa, pada tanggal 28 Mei 1991. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Indonesia Timur. Wanita yang kerap disapa Rini ini adalah anak dari pasangan Abdul Wahab (ayah) dan Hj. Subaedah (Ibu). ia merupakan anak pertama dari 3 bersaudara. Puspita Rini adalah seorang dosen tetap di salah satu kampus Akademi kebidanan di Palu Sulawesi Tengah, dan memulai karir sebagai dosen dimulai tahun 2017.



Ardiana Batubara, SST., M.Keb lahir di P.Sidimpuan, pada 23 Mei 1966. Penulis mendapat gelar terakhir di Magister Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung pada tahun 2012. Penulis bekerja sebagai Dosen PNS di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes RI Medan. Selain menjadi dosen, penulis juga menjabat sebagai Kaprodi Profesi Bidan di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes RI Medan. Hubungi penulis di E-mail: ardianabatubara@gmail.com



/Rizki Dyah Haninggar, M.Keb. lahir di Madiun, pada 31 Agustus 1989. Penulis tercatat sebagai lulusan S2 Kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung. Penulis adalah anak dari pasangan Anang Dwi Hartanto (ayah) dan Pudji Enggarwati (ibu). Penulis saat ini merupakan dosen di Poltekkes Kemenkes Mamuju. Sebagai seorang akademisi, penulis aktif mengikuti berbagai pelatihan, melakukan pengabdian kepada masyarakat, dan melaksanakan penelitian ilmiah.



Ajeng Hayuning Tiyas, S.ST., M.Keb. lahir di Karawang, pada 20 Agustus 1987. Penulis tercatat sebagai lulusan Magister Kebidanan Universitas Áisyiyah Yogyakarta tahun 2018.. Penulis saat ini bekerja di Prodi D-III Kebidanan Poltekkes Kemenkes Mamuju, sebagai dosen dan pengelola di Sub Unit Penjaminan Mutu dan Pengembangan Pendidikan Jurusan Kebidanan. Penulis sebelumnya pernah bekerja di Prodi Profesi Bidan Universitas Medika Suherman Bekasi dan menjadi praktisi klinik

di rumah sakit selama beberapa tahun. Penulis aktif dalam kegiatan pengajaran, penelitian, publikasi ilmiah serta pengabdian kepada masyarakat.



Agustin Endriyani lahir di Jakarta, 30 Agustus 1988. Penulis tercatat sebagai lulusan DIII Kebidanan, DIV Kebidanan dan Magister Kebidanan di UNISA Yogyakarta. Ibu dari seorang putri ini mengawali karier sebagai praktisi bidan di sebuah klinik pada tahun 2012, kemudian pada tahun 2013-2021 sebagai dosen di UNISA Yogyakarta. Sekarang penulis menetap di Yogyakarta dan menekuni bidang yang disukainya yaitu dunia tulis.

PENGANTAR KONSEP KEBIDANAN

Bidan dalam perizinan dan penyelenggaraan praktik Bidan telah diatur melalui Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28 tahun 2017. Keberhasilan pelayanan kebidanan tersebut dipengaruhi oleh pengetahuan, keyakinan, pemahaman dan cara pandang bidan dalam kaitannya antara wanita, kesehatan (lingkungan, asuhan kebidanan, perilaku) atau pemahaman bidan terhadap konsep kebidanan itu sendiri yang akan diuraikan dalam buku ini menjadi 13 bab yaitu:

- Bab 1 Filosofi dan Konseptual Kebidanan
- Bab 2 Sejarah Perkembangan Kebidanan
- Bab 3 Paradigma Asuhan Kebidanan
- Bab 4 Kebidanan Sebagai Suatu Profesi
- Bab 5 Model Konseptual Asuhan Kebidanan
- Bab 6 Dokumentasi dalam Asuhan Kebidanan
- Bab 7 Manajemen Kebidanan
- Bab 8 Lingkup Praktik Kebidanan
- Bab 9 Pengorganisasian Praktik Asuhan Kebidanan
- Bab 10 Sistem Penghargaan Bagi Bidan
- Bab 11 Prinsip Pengembangan Karir Bidan
- Bab 12 Proses Berubah
- Bab 13 Pemasaran Sosial Jasa Asuhan Kebidanan



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

