



KONSEP KEBIDANAN

Oleh :

- Ika Wijayanti
- Ketut Eka Larasati Wardana
- Idha Farahdiba
- Yoan Putri Praditia Susanto
- Sakriawati
- Darmiati
- Rismayana
- Mytha Febriany Pondaang
- Islamiyati
- Inke Malahayati
- Eggy Widya Larasati
- Ayu Sunarti
- Noviyani Hartuti



KONSEP KEBIDANAN

Ika Wijayanti
Ketut Eka Larasati Wardana
Idha Farahdiba
Yoan Putri Praditia Susanto
Sakriawati
Darmiati
Rismayana
Mytha Febriany Pondaang
Islamiyati
Inke Malahayati
Eggy Widya Larasati
Ayu Sunarti
Noviyani Hartuti



PT. GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

KONSEP KEBIDANAN

Penulis :

Ika Wijayanti
Ketut Eka Larasati Wardana Idha
Farahdiba
Yoan Putri Praditia Susanto
Sakriawati
Darmiati
Rismayana
Mytha Febriany Pondaang
Islamiyati
Inke Malahayati
Eggy Widya Larasati
Ayu Sunarti
Noviyani Hartuti

ISBN : 978-623-99632-7-9

Editor : Mila Sari, M.Si
Penyunting : Rantka Maida Sahara, S.Tr.Kes
Desain Sampul dan Tata Letak : Handri Maika Saputra, S.ST

Penerbit : PT. GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI
No Anggota IKAPI : 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tangah Padang
Sumatera Barat
Website : www.globaleksekutifteknologi.co.id
Email : globaleksekutifteknologi@gmail.com

Cetakan pertama, Februari 2022

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan
dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji kepada Allah SWT atas ridho-Nya sehingga penulis mampu menyelesaikan buku berjudul Konsep Kebidanan. Buku ini ditulis sebagai media untuk memahami konsep kebidanan dalam kehidupan. Keberhasilan buku ini tentu tidak akan terwujud tanpa adanya dukungan dan bantuan dari berbagai pihak.

Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada berbagai pihak yang selalu mendukung dan memberikan do'a terbaik dalam penerbitan buku ini. Buku ini tidak luput dari kekurangan dan kesalahan. Jika pembaca menemukan kesalahan apapun, penulis mohon maaf setulusnya. Selalu ada kesempatan untuk memperbaiki setiap kesalahan, karena itu, dukungan berupa kritik & saran akan selalu penulis terima dengan tangan terbuka.

Penulis, 2022

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
BAB 1 KONSEP DASAR DAN FISILOGI KEBIDANAN	1
1.1. PENDAHULUAN	1
1.2 KONSEP DASAR KEBIDANAN	1
1.2.1 Pengertian Bidan	1
1.2.2 Filosofi Kebidanan.....	2
1.2.3 Ruang Lingkup Asuhan Kebidanan	3
1.2.4 Pelayanan Kebidanan	4
1.2.5 Praktek Kebidanan.....	4
1.2.6 Asuhan Kebidanan	5
1.3 KONSEP FISILOGI KEBIDANAN	5
1.3.1 Pembuahan (Konsepsi).....	5
1.3.2 Nidasi (Implantasi).....	6
1.3.3 Pertumbuhan Plasenta atau ari-ari.....	6
1.3.4 Perkembangan Mudgah dan pertumbuhan Janin	7
1.3.5 Perubahan Fisiologi pada Kehamilan.....	8
1.3.6 Perubahan Fisiologis pada Persalinan	8
1.3.7 Perubahan Fisiologis pada Periode Nifas dan Menyusui.....	10
BAB 2 SEJARAH KEBIDANAN	12
2.1 PENGERTIAN BIDAN.....	12
2.1.1 Pengertian Bidan menurut WHO	12
2.1.2 Pengertian Bidan Menurut ICM.....	12
2.1.3 Pengertian Bidan Menurut IBI.....	13
2.1.4 Pengertian Bidan di Indonesia.....	13
2.2 ARTI KATA KEBIDANAN	14
2.3 FALSAFAH ASUHAN KEBIDANAN	14
2.4 SEJARAH PERKEMBANGAN PENDIDIKAN DAN PELAYANAN KEBIDANAN.....	16
2.4.1 Perkembangan Pendidikan Kebidanan	16
2.4.2 Perkembangan dari Pelayanan Kebidanan.....	19
BAB 3 PARADIGMA ASUHAN KEBIDANAN	26
3.1 PENGERTIAN PARADIGMA ASUHAN KEBIDANAN	26
3.2 KOMPONEN PARADIGMA	27
3.2.1 Wanita.....	27
3.2.2 Lingkungan	29
3.2.3 Perilaku.....	29
3.2.4 Pelayanan Kebidanan	31
3.2.5 Keturunan	31

3.3	MANFAAT PARADIGMA DIKAITKAN DENGAN ASUHAN KEBIDANAN	32
BAB 4	PERAN DAN FUNGSI BIDAN	34
4.1	PENDAHULUAN.....	34
4.2	PERAN BIDAN	34
4.2.1	Peran sebagai pemberi pelayanan kebidanan	34
4.2.2	Peran sebagai pengelola pelayanan kebidanan	36
4.2.3	Peran sebagai penyuluh dan konselor	36
4.2.4	Peran sebagai pendidik, pembimbing dan fasilitator klinik	37
4.2.5	Peran sebagai penggerak peran serta masyarakat dan pemberdayaan perempuan	37
4.2.6	Peran sebagai peneliti dalam penyelenggaraan praktik kebidanan	38
4.3	FUNGSI BIDAN.....	39
4.3.1	Fungsi Pelaksana	39
4.3.2	Fungsi Pengelola.....	40
4.3.3	Fungsi sebagai Pendidik.....	41
4.3.4	Fungsi sebagai Peneliti,	41
BAB 5	STANDAR PROFESI BIDAN.....	43
5.1	PENDAHULUAN.....	43
5.1.1	Pengertian Profesi Bidan.....	43
5.1.2	Ciri-Ciri Bidan Sebagai Profesi.....	44
5.1.3	Syarat Bidan Sebagai Jabatan Profesional.....	45
5.2	STANDAR KOMPETENSI BIDAN	45
5.2.1	Pengertian Standar.....	45
5.2.2	Pengertian Kompetensi.....	47
5.2.3	Standar Kompetensi Bidan.....	49
BAB 6	TEORI DAN MODEL KONSEPTUAL ASUHAN KEBIDANAN.....	72
6.1	PENDAHULUAN.....	72
6.1.1	Pengertian.....	73
6.1.2	Konseptual Model Kebidanan.....	75
6.1.3	Kegunaan Model.....	75
6.1.4	Kegunaan Model Kebidanan	76
6.2	MODEL KONSEPTUAL ASUHAN KEBIDANAN	76
6.2.1	Model Asuhan Kebidanan.....	77
6.2.2	Model Konseptual Asuhan Kebidanan.....	78
6.3	TEORI MODEL KEBIDANAN	83
6.4	TEORI-TEORI YANG MEMPENGARUHI MODEL KEBIDANAN	85
6.4.1	Teori Reva Rubin (Pencapaian Peran Ibu).....	85
6.4.2	Teori Ramona T. Mercer (Stress Antepartum Dan Pencapaian Peran Ibu).....	91
6.4.3	Teori Ernestine Wiedenbach	95
6.4.4	Teori Ela Joy Lehrman Dan Morten.....	97

6.4.5 Teori Jean Ball	99
6.4.6 Teori Oream.....	100
BAB 7 BIDAN DALAM SISTEM PELAYANAN KESEHATAN	104
7.1 PENDAHULUAN	104
7.2 SISTEM PELAYANAN KESEHATAN	104
7.3.1 Peran Bidan Dalam Sistem Pelayanan Kesehatan.....	106
7.3.2 Tanggung Jawab Bidan Dalam Sistem Pelayanan Kesehatan.....	111
7.4 LINGKUP KERJA BIDAN DALAM SYSTEM PELAYANAN KESEHATAN	114
7.5 LAHAN PRAKTIK PELAYANAN DAN SASARAN.....	116
7.5.1 Praktik Kebidanan.....	116
7.5.2 Lahan Praktik kebidanan : meliputi berbagai tatanan pelayanan	116
BAB 8 MANAJEMEN KEBIDANAN	118
8.1 KONSEP UMUM MANAJEMEN	118
8.1.1 DEFINISI	118
8.1.2 Prinsip Umum Manajemen.....	118
8.2 MANAJEMEN KEBIDANAN	119
8.2.1 Manajemen Kebidanan menurut Varney	119
8.2.2 Manajemen Kebidanan menurut a CNM	122
8.3 STANDAR ASUHAN KEBIDANAN	123
8.4 DOKUMENTASI KEBIDANAN.....	124
8.5 ALUR PIKIR BIDAN (INSANI ET AL., 2017).....	126
BAB 9 MODEL ASUHAN PELAYANAN KEBIDANAN DI INDONESIA DAN LUAR NEGERI	129
9.1. MODEL ASUHAN PELAYANAN KEBIDANAN	129
9.1.1. Midwifery care	129
9.1.2. Women Center Care.....	131
9.1.3. Visi Women Center Care	132
9.2. MODEL ASUHAN PELAYANAN KEBIDANAN DI INDONESIA.....	133
9.2.1. Primary Care.....	134
9.2.2. Continuity of Care	135
9.2.3. Collaborative Care.....	136
9.2.4. Model partisipasi.....	136
9.3. MODEL ASUHAN PELAYANAN KEBIDANAN DI LUAR NEGERI	138
9.3.1. Model Asuhan Kebidanan ICM.....	138
9.3.2. Model Asuhan Pelayanan Kebidanan di New Zealand dan Scotlandia (Women-with midwives with-women: a model of interdependence).....	139
9.3.3. Model Asuhan Pelayanan Kebidanan di Amerika Serikat (A model of exemplary practice)	140
9.3.4. Model Asuhan Pelayanan Kebidanan di Swedia (A midwifery model of care for childbearing women at high risk: genuine caring in caring for he genuine)	141

9.3.5. Model Asuhan Pelayanan Kebidanan di Afrika Selatan (A woman centred childbirth model)	142
9.3.6. Model Asuhan Pelayanan Kebidanan di Islandia (The primacy of the good midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery)	143
9.3.7. Model Asuhan Pelayanan Kebidanan di Swedia dan Islandia (A midwifery model of women-centred childbirth care)	144
9.3.8. Model Asuhan Pelayanan Kebidanan di Inggris.....	145
9.3.9. Model Asuhan Pelayanan Kebidanan di Australia.....	147
BAB 10 REFLECTIVE PRACTICE	153
10.1 PENDAHULUAN	153
10.2 DEFINISI DAN MANFAAT REFLECTIVE PRACTICE	153
10.2.1 Pengalaman/experience	154
10.2.2 Reflective process	155
10.2.3 Tindakan/action.....	156
10.3 JENIS REFLECTIVE PRACTICE	157
10.3.1 Refleksi-dalam-tindakan (reflection in action).....	158
10.3.2 Refleksi-pada-tindakan (reflection on action).....	158
10.4 MODEL REFLECTIVE PRACTICE	158
10.4.1 Bass's holistic reflection model	158
10.4.2 Atkins and Murphy reflection model.....	160
10.4.3 Jhons' model reflection	164
10.4.4 Gibb's model of reflection.....	165
10.4.5 Model Borton	170
10.4.6 Model Kolb.....	172
10.4.7 Model refleksi untuk praktek kebidanan.....	174
10.5 STRATEGI REFLECTIVE PRACTICE.....	176
10.6 APLIKASI REFLECTIVE PRACTICE.....	178
10.6.1 Pendidikan.....	178
10.6.2 Bidan dan Tenaga Kesehatan Lainnya.....	178
BAB 11 PENGEMBANGAN PROFESI DAN KARIR BIDAN	182
11.1 PENDAHULUAN	182
11.2 SEJARAH PROFESI BIDAN	183
11.3 PERKEMBANGAN PROFESI BIDAN.....	183
11.3.1 Perilaku Profesionalisme Bidan.....	185
11.3.3 Kebijakan Profesi Bidan.....	186
11.3.4 Organisasi Profesi Bidan.....	187
11.4 PERKEMBANGAN KARIR BIDAN.....	188
BAB 12 PEMASARAN JASA SOSIAL ASUHAN KEBIDANAN	192
12.1 PENDAHULUAN	192
12.2 PENGERTIAN PEMASARAN SOSIAL	193
12.2.1 Defenisi Pemasaran Menurut Beberapa Ahli.....	194
12.3 KARAKTERISTIK PROMOSI JASA DALAM PELAYANAN KESEHATAN	195

12.4 TUJUAN PEMASARAN SOSIAL.....	196
12.4.1 Manfaat Pemasaran Sosial	197
12.5 FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KONSEP PEMASARAN JASA SOSIAL.....	197
12.6 PERAN PEMASARAN DALAM PELAYANAN KESEHATAN	198
12.6.1 Promosi Jasa Dalam Pelayanan Kesehatan Memiliki Lima Komponen Utama Yaitu (4p 1c 1k).....	199
12.6.2 Proses Pemasaran Jasa Sosial Asuhan Kebidanan.....	200
12.7 STRATEGI PEMASARAN	200
12.8 LANGKAH-LANGKAH PEMASARAN JASA	201
12.8.1 Pemasaran Pelayanan Kebidanan.....	202
12.8.2 Difusi Inovasi dan Pemasaran Sosial.....	203
12.8.3 Pemasaran Sosial dan Publikasi Kesehatan	204
12.8.4 Pemasaran Sosial dan Advokasi Media	204
BAB 13 DOKUMENTASI KEBIDANAN	192
13.1 PENDAHULUAN	192
13.2 DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN	192
13.2.1 Pengertian Dokumentasi.....	192
13.2.2 Fungsi dokumentasi.....	192
13.2.3 Manfaat dan pentingnya dokumentasi.....	193
13.2.4 Yang perlu diperhatikan dalam Dokumentasi.....	194
13.2.5 Prinsip-prinsip teknik pencatatan.....	195
13.2.6 Prinsip Pelaksanaan Dokumentasi di Klinik	195
13.2.7 Jenis-jenis Pencatatan	196
13.2.8 Model Dokumentasi Asuhan Kebidanan.....	198
13.2.9 Penyimpanan Dokumentasi	201
PROFIL PENULIS	

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Perbedaan Konsep antara Medical Model dengan Model Kebidanan	133
Tabel 2. Pandangan tentang Kehamilan berdasarkan Medical Model dan Falsafah Kebidanan.....	134
Tabel 3. Catatan Perkembangan	200

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Konsep Sentral Pelayanan Kebidanan	75
Gambar. 2. Proses Pelaksanaan Peran Ibu menurut Robin. 89	
Gambar 3. Skema hubungan stress <i>antepartum</i> dan fungsi keluarga menurut Mercer	93
Gambar. 4. Bagan Model Ernestine mengenai Praktik Asuhan	97
Gambar 5. Elemen Kursi goyang.....	100
Gambar 6. Tahapan dalam manajemen kebidanan	120
Gambar 7. Standar Asuhan Kebidanan	124
Gambar 8. Siklus ERA dalam reflective practice.....	154
Gambar 9. Model refleksi holistik menurut Bass.....	159
Gambar 10. Atkins and Murphy reflection model.....	161
Gambar 11. Model refleksi menurut Gibbs	166
Gambar 12. Model reflektif Borton	171
Gambar 13. Model refleksi menurut Kolb	173
Gambar 14. Model refleksi untuk praktek kebidanan	175
Gambar 15. Penataan jenis dan jenjang pendidikan tinggi ke depan.....	185

BAB 1

KONSEP DASAR DAN FISILOGI

KEBIDANAN

Oleh Ika Wijayanti

1.1. Pendahuluan

Dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak, terdapat profesi yaitu seorang bidan yang mempunyai peran sangat penting di dalamnya. Peran dan fungsi bidan sangat dihargai dan dihormati karena tugasnya yang sangat mulia dalam mendampingi dan menolong ibu dalam persalinan sampai merawat bayinya dengan baik. Bidan merupakan pekerjaan profesional yang dalam menjalankan tugas dan prakteknya berdasarkan filosofi yang dianut, keilmuan dan metode kerja, standar praktik pelayanan dan kode etik.

1.2 Konsep Dasar Kebidanan

1.2.1 Pengertian Bidan

Pengertian bidan berasal dari berbagai bahasa, yang pertama adalah kata “midwife” yang berasal dari bahasa Inggris. Berdasarkan ICM (International Confederation Of Midwives) bidan yaitu seorang yang sudah melaksanakan pendidikan bidan dengan selesai serta yang memiliki pengakuan di negaranya tersebut, dan telah dinyatakan lulus, serta terpenuhi kualifikasi untuk registrasi dan atau mempunyai ijin secara resmi dalam pemberian pelayanan dalam praktik kebidanan (Tajmiati, Astuti and Suryani, 2016) (Astuti, Prasida and Wardhani, 2018).

Bidan merupakan seorang wanita yang telah dinyatakan lulus dari pendidikan bidan serta telah diakui oleh pemerintah dan organisasi profesi Ikatan Bidan Indonesia (IBI) di wilayah

Negara Republik Indonesia dan memiliki kompetensi serta kualifikasi untuk didaftarkan sebagai bidan, memiliki sertifikat secara sah dan telah mendapatkan lisensi atau ijin untuk menjalankan praktik dalam pelayanan kebidanan terhadap kesehatan ibu dan anak (Prodi Kebidanan Program Sarjana Terapan, 2018)

1.2.2 Filosofi Kebidanan

Filosofi merupakan paham keyakinan dan nilai yang telah dianut oleh seseorang serta dapat mempengaruhi perilaku dari seseorang. Filosofi bidan adalah peraturan yang menjadi pandangan hidup atau penuntun untuk para bidan yang digunakan sebagai acuan untuk pemberian pelayanan kebidanan baik pelayanan pada ibu hamil, persalinan, dan nifas (Prodi Kebidanan Program Sarjana Terapan, 2018). Menurut *Guilland and Pairman* terdapat 4 aspek dalam falsafah kebidanan diantaranya kehamilan, persalinan dan nifas merupakan proses alamiah dan fisiologis (Tajmiati, Astuti and Suryani, 2016).

Falsafah kebidanan(Sari, 2017) antara lain:

1. Bidan adalah sebuah Profesi yang sudah diakui baik secara nasional dalam UU dan peraturan pemerintah Indonesia maupun internasional oleh ICM dan FIGO serta WHO.
2. Bidan mempunyai tugas dan tanggungjawab dalam rangka menurunkan angka kematian ibu, angka kematian anak, pelayanan kesehatan Ibu dan anak sesuai siklus daur hidup wanita.
3. Bidan mempunyai keyakinan bahwa setiap manusia dalam kehidupannya mempunyai hak untuk mendapatkan pelayanan baik dalam pelayanan kesehatan secara aman dan dapat memuaskan sesuai dengan kebutuhan hidup manusia tanpa membedakan suku dan budaya.
4. Bidan mempunyai keyakinan bahwa proses yang terjadi selama menstruasi, pada masa kehamilan, proses

persalinan dan masa menopause merupakan suatu proses alami atau fisiologis.

5. Persalinan merupakan kejadian yang alami dan normal, tetapi apabila tidak dilakukan dengan pelayanan yang tepat maka bisa terjadi kemungkinan menjadi tidak normal atau bisa terjadi kegawatdaruratan.
6. Bidan mempunyai keyakinan bahwa setiap individu mempunyai hak untuk dapat dilahirkan secara sehat. Sehingga perlu dilakukan pemberian pelayanan kebidanan yang berkualitas pada perempuan yang sedang masa usia, selama kehamilan, persalinan dan nifas.
7. Pada usia anak hingga masa remaja membutuhkan konseling atau pendidikan mengenai reproduksi baik dari keluarga maupun dari tenaga kesehatan.
8. Kesehatan pada wanita pada kesehatan reproduksinya dipengaruhi oleh perilaku wanita tersebut, lingkungan baik di keluarga maupun masyarakat serta pelayanan dari layanan kesehatan.
9. Pemberian Intervensi dalam kebidanan bersifat komprehensif yaitu asuhan berupa promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang diberikan kepada individu, keluarga serta masyarakat.
10. Dalam pemberian asuhan kebidanan, seorang bidan menggunakan manajemen kebidanan sebagai dasar untuk pemecahan masalah berdasarkan dari hasil penelitian dan pengembangan program pemerintah dalam penanganan masalah kebidanan.
11. Proses pendidikan bagi bidan adalah salah satu upaya dalam peningkatan sumber daya manusia kesehatan.

1.2.3 Ruang Lingkup Asuhan Kebidanan

Ruang lingkup asuhan kebidanan adalah asuhan kebidanan di tempat layanan kesehatan yaitu rumah sakit, klinik, unit kesehatan, rumah perawatan atau tempat-tempat pelayanan kesehatan yang lain. Asuhan yang diberikan berorientasi pada

asuhan kebidanan pada wanita selama siklus kehidupannya (Prodi Kebidanan Program Sarjana Terapan, 2018).

1.2.4 Pelayanan Kebidanan

Seluruh tugas yang menjadi tanggung jawab praktek profesi bidan dalam sistem pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan kesehatan dan masyarakat (Sari, 2017).

Continuity of care dalam asuhan kebidanan merupakan rangkaian kegiatan secara menyeluruh dan berlanjut dimulai dari periode selama kehamilan, kelahiran, nifas, bayi baru lahir serta keluarga berencana (KB) yang sesuai dengan kebutuhan kesehatan pada wanita dan kesehatan pribadi setiap manusia (Ningsih, 2017). *Continuity Of Care* yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan terutama seorang bidan selalu memiliki pegangan yang bertujuan untuk meningkatkan pelayanan yang menyeluruh dan bersinambungan. *Continuity Of Care* mempunyai tiga jenis pelayanan diantaranya adalah manajemen kebidanan, pemberian informasi dan menjalin hubungan(Ningsih, 2017).

Continuity Of Care yang diberikan kepada semua wanita dalam siklus kehidupannya berdasarkan penelitian pada wanita yang sedang melahirkan di bidan lebih sedikit mempunyai intervensi terhadap persalinannya termasuk hingga persalinan dengan SC. Selain itu juga dapat meningkatkan kualitas pelayanan bidan serta menambah rasa nyaman dan aman bagi pasien selama kehamilan, persalinan hingga masa nifas (Ningsih, 2017).

1.2.5 Praktek Kebidanan

Bidan dalam menjalankan praktek kebidanan selalu menggunakan penerapan ilmu kebidanan. Pendekatan manajemen kebidanan tujuh langkah Varney dilakukan dalam memberikan pelayanan/ asuhan kebidanan kepada pasien. (Sari, 2017).

Praktik bidan berlandaskan dengan Keputusan Menteri Kesehatan 900/2001, UU Praktik Kedokteran Pasal 73 ayah 3,

Peraturan Menteri Kesehatan 1419 tahun 2015 Pasal 14 dan 15 (Astuti, Prasida and Wardhani, 2018).

1.2.6 Asuhan Kebidanan

Bidan dalam melakukan penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan asuhan kebidanan kepada pasien, baik pada ibu hamil, persalinan, nifas, bayi baru lahir, balita, anak, remaja, wanita usia subur, KB, serta lansia. (Sari, 2017).

Asuhan kebidanan mempunyai tujuan supaya dapat:

1. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan
2. Mengikuti trend peningkatan dan perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan serta teknologi dalam kesehatan.
3. Meningkatkan keefektifitasan dan keefisienan dalam pelayanan kebidanan.
4. meningkatkan profesionalisme kebidanan.

1.3 Konsep Fisiologi Kebidanan

Konsep fisiologi pada kebidanan berhubungan dengan reproduksi dan obstetri. Hal-hal tersebut diantaranya berkaitan dengan kejadian pra konsepsi, yaitu dari mulai sebelum sel telur dan ovum bertemu, pembuahan (konsepsi), hingga sampai perkembangan janin di dalam rahim, adaptasi ibu selama kehamilan, selama proses persalinan dan selama masa nifas serta selama menyusui bayinya (Wahyuningsih and Kusmiyati, 2017).

1.3.1 Pembuahan (Konsepsi)

Pembuahan atau konsepsi merupakan suatu proses bertemunya gamet laki-laki (sel sperma) dengan gamet perempuan (sel oosit) untuk membentuk menjadi zigot diploid. Pembuahan juga disebut fertilisasi yaitu tanda dari awal kehamilan dengan adanya pertemuan antara sel telur dengan sel sperma di saluran tuba falopi dalam uterus (Wahyuningsih and Kusmiyati, 2017).

1.3.2 Nidasi (Implantasi)

Nidasi atau implantasi merupakan sel telur yang sudah dibuahi tertanam ke dalam dinding endometrium. Nidasi juga dapat diartikan suatu proses hasil konsepsi masuk atau tertanam ke dalam endometrium yaitu blastula. Pada hari ke empat akan terbentuk blastula yaitu rongga di dalam bola atau blastomer. Blastula mempunyai dua struktur utama yaitu lapisan luar (trofoblas), yang nantinya berubah menjadi ari-ari atau plasenta, dan janin yang nantinya berasal dari embrioblas atau inner cell mass. Blastula akan masuk ke endometrium pada hari ke empat, kemudian hari ke enam blastula akan menempel pada endometrium. Pada hari ke sepuluh seluruh blastula (blastokis) mulai terbenam ke dalam endometrium sehingga proses nidasi sudah selesai. Proses nidasi dapat terjadi dikarenakan trofoblast memiliki daya untuk menjadi penghancur sel-sel dari endometrium. Sel sel endometrium yang hancur digunakan menjadi bahan makanan oleh telur. Permukaan yang digunakan untuk bernidasi biasanya terdapat pada dinding bagian depan dan belakang fundus uteri. Biasanya sebagian ibu yang sedang mengalami nidasi akan terjadi perdarahan ringan atau flek karena pembuluh darah pada endometrium pecah.

Setelah proses implantasi, endometrium akan disebut desidua. Desidua ada tiga bagian yaitu desidua basalis, kapsularis dan vera. Desidua basalis adalah desidua yang terdapat di antara sel telur dan dinding rahim. Desidua kapsularis adalah bagian yang menutup blastosis atau desidua yang terdapat antara telur dengan cavum uteri. Desidua vera adalah desidua yang melapisi sisa uterus (Wahyuningsih and Kusmiyati, 2017).

1.3.3 Pertumbuhan Plasenta atau ari-ari

Pembentukan plasenta merupakan salah satu bagian dari proses yang terjadi pada masa kehamilan yang juga penting. Plasenta mempunyai peran yaitu menjadi alat untuk transportasi zat-zat gizi dari ibu hamil ke janinnya, menghasilkan hormon yang digunakan selama ibu hamil, serta menjadi barier. Dilihat

dari betapa pentingnya plasenta, apabila terdapat ketidaknormalan pada plasenta maka mengganggu kesehatan janin atau gangguan yang dapat terjadi selama proses persalinan.

Pembentukan plasenta bermula dari bergabungnya vili korionik dengan endometrium pada uterus. Bentuk dari plasenta adalah berbentuk bulat berdiameter 15 hingga 20 sentimeter dengan tebal kurang lebih 2,5 sentimeter. plasenta memiliki berat dengan rata-rata 500 gram. Biasanya plasenta akan berbentuk secara lengkap pada usia kehamilan kurang lebih 16 minggu dengan ruang amnion yang telah mengisi keseluruhan cavum uteri. Plasenta pada umumnya akan terletak di bagian atas uterus ke arah fundus uteri di bagian depan atau belakang dinding uterus. Letak plasenta secara normal atau fisiologis berada pada bagian atas uterus karena permukaan atas korpus uteri lebih luas, sehingga bisa lebih banyak tempat untuk plasenta melakukan implementasi (Wahyuningsih and Kusmiyati, 2017).

Plasenta adalah salah satu bagian yang paling penting bagi janin, karena plasenta berperan penting dalam pertukaran zat gizi dari ibu ke janin atau sebaliknya dari janin ke ibu (Wahyuningsih and Kusmiyati, 2017).

1.3.4 Perkembangan Mudgah dan pertumbuhan Janin

Proses tumbuh dan berkembangnya janin dimulai dari saat terjadinya pembuahan. Kehamilan biasanya terjadi kurang lebih 280 hari/10 bulan (40 minggu) ditentukan dari perhitungan hari pertama pada haid terakhir (HPHT) dari ibu. Pada masa kehamilan juga terjadi perubahan dan organogenesis. Pertumbuhan hasil pembuahan dibagi menjadi 3 tahap penting diantaranya usia kehamilan 0-2 minggu yaitu ovum atau telur, dimana hasil pembuahan belum nampak terbentuk dalam pertumbuhan, usia kehamilan 3-5 minggu akan terbentuk embrio dan biasanya sudah nampak berupa bentuk awal yang akan menjadi bentuk calon organ tubuh; di atas usia kehamilan 5 minggu terbentuk janin atau fetus, dan sudah berbentuk manusia kecil (Wahyuningsih and Kusmiyati, 2017).

1.3.5 Perubahan Fisiologi pada Kehamilan

Selama ibu dalam kehamilannya, biasanya akan mengalami adaptasi karena terdapat perubahan baik secara fisik maupun psikologis. Hal ini terjadi dikarenakan selama ibu hamil akan terjadi perubahan baik secara anatomi maupun fisiologis sesuai dengan umur kehamilannya. Selama kehamilannya dari trimester pertama hingga ketiga, perubahan yang akan terjadi diantaranya adalah perubahan pada sistem pencernaan, bentuk dan ukuran payudara, sistem pada endokrin dan kekebalan serta perkemihan. Perubahan ini masih bertaraf fisiologis atau normal bila tidak menjadi keluhan bagi ibu. Perubahan pada ibu hamil biasanya terjadi segera setelah pembuahan hingga selama ibu dalam masa kehamilan. Biasanya perubahan yang terjadi berasal dari respon terhadap janin. (Wahyuningsih and Kusmiyati, 2017).

1.3.6 Perubahan Fisiologis pada Persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran janin dari jalan lahir dengan disertai pengeluaran plasenta. Peristiwa ini bermula dari terjadinya pembukaan serviks yaitu pembukaan satu hingga sepuluh (lengkap) dan dilatasi atau penipisan serviks. Pembukaan dan penipisan serviks ini dikarenakan adanya kontraksi dari uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur. Pada awalnya kekuatan kontraksi kecil dan meningkat hingga pembukaan menjadi lengkap. Pada saat pembukaan lengkap tersebutlah maka siap untuk melahirkan janin. Berdasarkan definisi persalinan dibagi menjadi tiga jenis persalinan, yaitu persalinan spontan, buatan, dan anjuran (Wahyuningsih and Kusmiyati, 2017).

1. Persalinan spontan adalah persalinan yang apabila keseluruhan dari persalinan terjadi karena adanya kekuatan dari ibu tersebut.
2. Persalinan buatan adalah persalinan yang apabila persalinannya terjadi dengan dibantu oleh tenaga dari

luar selain dari kekuatan ibu sendiri, seperti dengan forsep atau dengan operasi SC (Kurniarum, 2016).

3. Persalinan anjuran adalah apabila persalinan dengan memberikan rangsangan dari luar, seperti pemecahan kulit ketuban, pemberian pitosin atau prostaglandin (Kurniarum, 2016).

Mekanisme proses persalinan adalah dimulai dari kepala janin masuk ke dalam pintu atas panggul (PAP), majunya kepala janin, fleksi, melakukan putaran paksi dalam, ekstensi, melakukan putaran paksi luar, ekspulsi (Kurniarum, 2016).

Beberapa perubahan secara fisiologis dan normal akan terjadi sepanjang proses persalinan. sehingga, perlu dilihat baik secara klinis dengan memiliki tujuan agar bisa menentukan secara tepat dan cermat melihat apabila terdapat keadaan yang normal maupun tidak normal selama proses kelahiran bayi. Perubahan secara alamiah atau fisiologis dalam persalinan yang biasa terjadi adalah perubahan pada uterus, bentuk rahim, faal ligamentum rotundum, serviks, sistem urinaria, vagina dan dasar panggul, sistem kardiovaskuler, metabolisme karbohidrat dan basal metabolisme rate, sistem pernafasan, gastrointestinal, hematologi dan nyeri (Kurniarum, 2016).

Yang paling dirasakan oleh ibu perubahannya adalah nyeri persalinan. Nyeri selama persalinan dan kelahiran itu merupakan respon tubuh yang fisiologis atau normal, nyeri tersebut biasanya dimulai dari kala I persalinan karena disebabkan oleh dilatasi serviks dan distensi segmen uterus bagian bawah. Dan akan semakin bertambah tingkatan nyeri pada mendekati kala II persalinan dikarenakan terjadi kontraksi yang semakin meningkat frekuensi nya dan semakin lebih kuat dan lebih lama (Kurniarum, 2016).

Sebagai bidan pada masa persalinan akan memberikan pelayanan kebidanan dan konseling yang tepat. Sehingga pasien akan memahami bahwa proses persalinan itu adalah proses fisiologis atau normal. Selain itu juga bidan harus dapat memahami ibu pada saat proses persalinan dari kebutuhan fisik maupun psikologis.

1.3.7 Perubahan Fisiologis pada Periode Nifas dan Menyusui

Masa nifas atau puerineum merupakan periode yang terjadi setelah persalinan dimana alat-alat kandungan akan kembali dalam pemulihan seperti sebelum hamil yang kurang lebih selama 6 minggu. Selama masa nifas ini terjadi banyak perubahan fisiologis pada ibu. Akan terjadi perubahan pada alat-alat kandungan seperti genitalia baik eksternal maupun internal. perubahan-perubahan tersebut diantaranya seperti perubahan pada vulva baik pada labia mayora maupun minora, vagina, perineum yang mungkin terdapat jahitan perineum atau tidak, serviks, kembalinya keadaan uterius menjadi seperti sebelum hamil, endometrium, ligamen, payudara yang akan keluar kolostrum dan asi, serta terdapat cairan yang keluar selama masa nifas yang disebut lochea (Wahyuningsih and Kusmiyati, 2017). Sebagai bidan dalam masa nifas dan pada periode laktasi mempunyai peran dan tanggungjawab untuk memberikan pelayanan dan edukasi dalam masa tersebut. Selain itu juga bidan harus dapat memahami perubahan penerimaan ibu terhadap kondisi yang sedang terjadi.

Pada periode laktasi bidan selain memberikan penjelasan bahwa proses menyusui itu adalah fisiologis, juga memberikan edukasi dan praktik bagaimana persiapan menyusui, cara menyusui yang benar, posisi bayi pada saat menyusui yang benar, cara menyendawakan bayi setelah menyusui, perawatan payudara dan pelayanan nifas lainnya serta perawatan pada bayi baru lahir. Diharapkan ibu akan lebih bisa melakukan adaptasi pada masa nifas dan periode laktasi. Karena pada masa ini biasanya apabila tidak bisa beradaptasi maka bisa kemungkinan terjadi gangguan psikologis pada ibu.

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, L. P., Prasida, D. W. and Wardhani, P. K. (2018) 'Peran Dan Fungsi Bidan Dalam Pelaksanaan Informed Consent Pada Kegawat Daruratan Obstetri Di Puskesmas', *Jurnal Kebidanan*, 9(02), p. 101. doi: 10.35872/jurkeb.v9i02.313.
- Kurniarum, A. (2016) *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Pusdik SDM Kesehatan.
- Ningsih, D. A. (2017) 'Continuity of Care Kebidanan', *OKSITOSIN: Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 4(2), pp. 67-77. doi: 10.35316/oksitosin.v4i2.362.
- Prodi Kebidanan Program Sarjana Terapan (2018) *Modul Praktikum Konsep Kebidanan*. Universitas Sebelas Maret Surakarta.
- Sari, F. (2017) 'Modul Konsep Kebidanan', *Akademi Kebidanan Mitra Husada*, pp. 45-48.
- Tajmiati, A., Astuti, E. W. and Suryani, E. (2016) *Konsep Kebidanan dan Etikolegal dalam Praktik Kebidanan*. Pusdik SDM Kesehatan.
- Wahyuningsih, H. P. and Kusmiyati, Y. (2017) *Bahan Ajar Kebidanan Anatomi Fisiologi*. Pusdik SDM Kesehatan.

BAB 2

SEJARAH KEBIDANAN

Oleh Ketut Eka Larasati Wardana

2.1 Pengertian Bidan

Dalam bahasa Inggris kata bidan berasal dari “*Midwife*” yang memiliki arti pendamping wanita. Dan dalam Sanskerta bidan berasal dari kata “*Wirdhan*” yang berarti wanita yang bijaksana. Bidan adalah suatu profesi yang sudah diakui secara nasional dan internasional oleh para praktisi di berbagai belahan dunia. Secara internasional definisi dari bidan dan bidang praktiknya telah diakui oleh lembaga International Confederation of Midwives (ICM), lembaga International Federation of International Gynaecologist and Obstretrian (FIGO) serta WHO dan badan lainnya pada tahun 1972. Pada pertemuan dewan di Kobe tahun 1990, ICM telah menyempurnakan pengertian tersebut yang telah disahkan oleh FIGO pada tahun 1991 dan WHO pada tahun 1992 (Anggaraini *et al.*, 2020)

2.1.1 Pengertian Bidan menurut WHO

Bidan merupakan seseorang yang telah mengikuti program pendidikan kebidanan yang telah berlaku di negaranya dan sudah menyelesaikan pendidikannya dengan baik dan diakui atas kualifikasinya serta terdaftar, disahkan dan mendapatkan izin melakukan praktik kebidanan.

2.1.2 Pengertian Bidan Menurut ICM

Bidan merupakan seseorang yang sudah menyelesaikan program pendidikan kebidanan yang telah diakui oleh negaranya, telah menyelesaikan pendidikannya dengan baik dan memenuhi syarat-syarat pendaftaran (*register*) dan mempunyai izin yang sah (lisensi) untuk melaksanakan praktik bidan

Bidan biasa dikenal sebagai tenaga yang *professional* dan akuntable, yang bekerja di ruang lingkup perempuan sebagai mitra untuk dapat memberikan nasehat, dukungan dan asuhan yang dibutuhkan seorang wanita dalam menjalani masa kehamilan, persalinan, nifas hingga membantu dalam memberikan asuhan pada bayi baru lahir.

Hal tersebut merupakan asuhan yang dapat mencakup upaya pencegahan dan peningkatan dalam persalinan fisiologi, pengenalan komplikasi pada ibu dan anak, perlunya pengkajian untuk tindakan medis serta pelaksanaan tindakan kegawatdaruratan.

Selain menjadi pendamping wanita tugas lain yang bidan lakukan yaitu memberikan konseling dan penyuluhan kesehatan yang tidak hanya ditujukan kepada wanita saja akan tetapi pada keluarga dan masyarakat lainnya. Kegiatan tersebut terdiri dari penyuluhan antenatal, asuhan yang mengajarkan persiapan untuk menjadi orang tua dan lebih di perluas pada kesehatan perempuan, sistem reproduksi atau kesehatan seksual serta kesehatan anak. Beberapa tempat setting pelayanan kesehatan pada praktik kebidanan antara lain seperti komunitas, klinik atau unit kesehatan, rumah sakit, dan rumah/tempat pribadi. (Sari *et al.*, 2020)

2.1.3 Pengertian Bidan Menurut IBI

Bidan merupakan seorang wanita yang sudah berhasil menyelesaikan pendidikan bidan dan diakui oleh pemerintah dan lulus sesuai dengan persyaratan yang ditentukan serta mempunyai izin melakukan praktik secara sah.

2.1.4 Pengertian Bidan di Indonesia

Dengan memperhatikan aspek sosial budaya dan kondisi masyarakat Indonesia, bidan Indonesia merupakan seorang perempuan yang lulus dari pendidikan Bidan yang diakui pemerintah dan organisasi profesi di wilayah Negara Republik Indonesia serta memiliki kompetensi dan kualifikasi untuk

diregister, sertifikasi dan atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan. (wulandari, 2008)

2.2 Arti Kata Kebidanan

Satu ilmu yang mempelajari proses lahirnya manusia, yang di mulai sejak masa kandungan sampai dengan kelahirannya. (Septina, 2020)

Asal dari kata Kebidanan

- a. “Obsto” berasal dari bahasa latin yang berarti mendampingi
- b. “Obstetricus” berasal dari bahasa Prancis
- c. “Obstetrie” berasal dari bahasa belanda
- d. “Obstetric” berasal dari bahasa Inggris

2.3 Falsafah Asuhan Kebidanan

Falsafah atau filsafat berasal dari bahasa arab yaitu “falsafa” (timbangan) yang dapat diartikan pengetahuan dan penyelidikan dengan akal budi mengenai hakikat segala yang ada, sebab, asal dan hukumnya. (Harun Nasution, 1979)

Menurut bahasa Yunani yaitu “philosophy” yang berasal dari dua kata yaitu philos (cinta) atau philia (persahabatan, tertarik kepada) dan sophos (hikmah, kebijaksanaan, pengetahuan, pengalaman praktis, intelegensi). Filsafat secara keseluruhan dapat diartikan “ cinta kebijaksanaan atau kebenaran.” (Anggaraini *et al.*, 2020)

Falsafah kebidanan merupakan pandangan hidup atau penuntun bagi bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan. Falsafah kebidanan tersebut adalah :

1. Profesi kebidanan secara nasional diakui dalam Undang – Undang maupun peraturan pemerintah Indonesia yang merupakan salah satu tenaga pelayanan kesehatan professional dan secara internasional diakui oleh International Confederation of Midwives (ICM), FIGO dan WHO.

2. Tugas, tanggungjawab dan kewenangan profesi bidan yang telah diatur dalam beberapa peraturan maupun keputusan menteri kesehatan ditujukan dalam rangka membantu program pemerintah bidang kesehatan khususnya ikut dalam rangka menurunkan AKI, AKP, KIA, Pelayanan ibu hamil, melahirkan, nifas yang aman dan KB
3. Bidan berkeyakinan bahwa setiap individu berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman dan memuaskan sesuai dengan kebutuhan manusia dan perbedaan budaya. Setiap individu berhak untuk menentukan nasib sendiri mendapat informasi yang cukup dan untuk berperan di segala aspek pemeliharaan kesehatannya.
4. Bidan meyakini bahwa menstruasi, kehamilan, persalinan dan menopause adalah proses fisiologi dan hanya sebagian kecil yang membutuhkan intervensi medic.
5. Persalinan adalah suatu proses yang alami, peristiwa normal, namun apabila tidak dikelola dengan tepat dapat berubah menjadi abnormal.
6. Setiap individu berhak untuk dilahirkan secara sehat, untuk itu maka setiap wanita usia subur, ibu hamil, melahirkan dan bayinya berhak mendapat pelayanan yang berkualitas.
7. Pengalaman melahirkan anak merupakan tugas perkembangan keluarga yang membutuhkan persiapan mulai anak menginjak masa remaja.
8. Kesehatan ibu periode reproduksi dipengaruhi oleh perilaku ibu, lingkungan dan pelayanan kesehatan.
9. Intervensi kebidanan bersifat komprehensif mencakup upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat.
10. Manajemen kebidanan diselenggarakan atas dasar pemecahan masalah dalam rangka meningkatkan cakupan pelayanan kebidanan yang professional dan interaksi social serta asas penelitian dan pengembangan yang dapat melandasi manajemen secara terpadu.

11. Proses kependidikan kebidanan sebagai upaya pengembangan kepribadian berlangsung sepanjang hidup manusia perlu dikembangkan dan diupayakan untuk berbagai strata masyarakat

2.4 Sejarah Perkembangan Pendidikan dan Pelayanan Kebidanan

Di Indonesia perkembangan pendidikan dan pelayanan kebidanan tidak terlepas dari masa-masa penjajahan zaman Belanda, kemajuan ilmu teknologi, kebutuhan masyarakat, Era Kemerdekaan, serta politik/kebijakan pemerintah dalam pelayanan dan pendidikan nakes. (wulandari, 2008)

2.4.1 Perkembangan Pendidikan Kebidanan

Sejak masa penjajahan hindia belanda pendidikan bidan sudah di mulai, pendidikan yang dimaksud yaitu pendidikan dalam bentuk formal maupun non formal.

- Dr.W.Bosch merupakan tokoh pembuka pendidikan bidan yang pertama beliau merupakan seorang dokter militer asal Belanda. Pada saat itu pendidikan bidan hanya di peruntunkan bagi wanita pribumi dan batavia. Pendidikan tersebut tidak berlangsung cukup lama dikarenakan kurangnya peserta pendidik dan keterbatasan dari wanita untuk bisa keluar rumah.
- Tahun 1902 pendidikan bidan kembali dibuka untuk wanita pribumi dirumah sakit batavia dan tahun 1904 dibuka lagi pendidikan bidan untuk wanita Indonesia di Kota Makasar
- Mulai tahun 1911 – 1912 di buka pendidikan tenaga keperawatan khusus laki-laki , secara terencana di Kota Semarang dan Batavia. Dan tahun 1914 di buka pendidikan tenaga keperawatan bagi peserta didik wanita.
- Belanda mendidik bidan dengan lulusan Mulo (sederajat SLTP bagian B) pada tahun 1935-1938 dan hampir secara bersamaan dibuka pula sekolah bidan pada beberapa kota-kota besar di Indonesia. Lulusan tersebut di dasari atas:

“vroedvrouw eerste klas yang merupakan bidan dengan pendidikan dasar Mulyo ditambah dengan pendidikan bidan selama 3 tahun, sedangkan “ vroedvrouw” merupakan bidan dari lulusan perawat yang disebut bidan kelas dua atau mantri.

- Tahun 1950-1953 Kota Yogyakarta membuka Kursus Tambahan Bidan (KTB), lama proses kursus tersebut mencapai 7 sampai 12 minggu dengan tujuan memperkenalkan dan mengembangkan program kesehatan Ibu dan Anak, setelah itu kegiatan KTB tersebut di tutup pada tahun 1967
- Pada tahun 1952 Kota Bandung membuka pendidikan guru bidan, guru kesehatan masyarakat dan guru perawat, seiring berkembangnya zaman pendidikan tersebut dirubah menjadi sekolah guru perawat (SPK) pada tahun 1972.
- Program pendidikan bidan dibuka pada tahun 1970 dari lulusan sekolah pengatur rawat (SPR) di tambah 2 tahun pendidikan bidan. Pada tahun 1974 sekolah bidan di tutup dan di buka nya SPK dengan maksud mencetak tenaga multi purpose dilapangan yang mampu menolong persalinan, mengingat jenis tenaga kesehatan menengah dan kebawah terlalu banyak, namun hal tersebut tidak membuahkan hasil yang maksimal.
- Pendidikan bidan sempat di tutup selama 10 tahun yaitu pada tahun 1975 sampai dengan 1984.
- Tahun 1981 pendidikan diploma I kesehatan ibu dan anak di buka, dengan latar belakang pendidikan terakhir yaitu SPK, namun hanya bisa berlangsung dalam waktu 1 tahun.
- Program pendidikan bidan A (PBB-A) dibuka pada tahun 1985 yang mana peserta pendidikan bisa dari lulusan SPK dengan menempuh lama pendidikan selama 1 tahun. Lulusan PBB-A ini akan di tempatkan di desa dengan maksud agar bisa memberikan pelayanan kesehatan yang lebih maksimal terutama di bagian pelayanan kesehatan ibu dan anak.

- Program pendidikan bidan B dibuka pada tahun 1993, latar belakang calon pesertanya lulusan dari Akademi Keperawatan, yang menempuh pendidikan lanjutan selama 1 tahun. Adapun tujuan dari program ini yaitu guna mempersiapkan tenaga pengajar pada program pendidikan bidan A, namun dari hasil penelitian yang dilakukan program tersebut tidak menunjukkan kompetensi yang diharapkan dan hanya berlangsung selama 2 tahun ajaran yakni 1995 dan 1996, yang pada akhirnya di tutup.
- Program pendidikan bidan C (PBB-C) di buka pada tahun 1993 yang menerima dari latarbelakang SMP yang dilaksanakan di 11 provinsi yang ada di Indonesia yaitu : Bengkulu, Lampung, Aceh, Kalimantan Barat, Riau, Kalimantan Timur, Kalimantan Selatan, NTT, Sulawesi Selatan, Irian Jaya dan Maluku.
- Pemerintah kembali menyelenggarakan uji coba pendidikan jarak jauh pada tahun 1994-1995 di 3 provinsi yakni provinsi Jawa Timur, Jawa Barat, dan Jawa Tengah berdasarkan SK Menkes No 1247/Menkes/SK/XII/1994 dengan tujuan untuk memperluas cakupan upaya peningkatan mutu tenaga kesehatan.
- Tahun 1995 dilaksanakan Diklat Jarak Jauh (DJJ), tahun 1995-1996 di laksanakan DJJ tahap 1, tahun 1996-1997 dilaksanakan DJJ tahap 2, kemudian pada tahun 1997-1998 dilaksanakan DJJ tahap 3 yang bertujuan untuk meningkatkan keterampilan, pengetahuan dan sikap bidan agar lebih kompeten dalam melaksanakan tugasnya dan diharapkan dapat memaksimalkan penurunan AKI dan AKB.
- Suatu penelitian pelaksanaan kegawatdaruratan maternal dan neonatal di laksanakan pada tahun 1994 yang diselenggarakan di rumah sakit provinsi / kabupaten.
- Tahun 1996 IBI melakukan kerjasama dengan Departemen Kesehatan dan American College of Nurse Midwife (ACNM) dan rumah sakit swasta yang mengadakan Training of Trainer pada bidan-bidan yang sudah masuk sebagai

anggota IBI dan kemudian melatih para bidan yang melaksanakan praktik swasta secara swadaya, serta guru / dosen dari D3 Kebidanan.

- Pelatihan dan Peer Review untuk bidan rumah sakit, bidan puskesmas, bidan desa dilaksanakan pada tahun 1995 – 1998 di provinsi Kalimantan Selatan dan IBI bekerjasama dengan Mother Care
- Pendidikan D3 Kebidanan dibuka pada tahun 1996 yang menerima calon peserta didik dari SMA di 6 provinsi yang ada di Indonesia
- Pada tahun 2000 dibuka program studi DIV Kebidanan Pendidik di Universitas Gajah Mada yang kemudian di buka pula di Universitas Padjajaran, USU Medan, STIKes Ngudi Waluyo Semarang dan STIKIM Jakarta pada bulan february. Kemudian pada tahun 2005 dibuka pula di Poltekes Bandung yang memiliki waktu studi selama 2 semester
- Tahun 2000 dibentuk Tim Pelatihan Asuhan Persalinan Normal (APN) yang di Koordinir oleh Maternal Neonatal Health (MNH) yang sampai saat ini sudah beroperasi di beberapa provinsi dan kabupaten yang ada di Indonesia
- UNPAD Bandung membuka DIV Kebidanan pada bulan September 2005 yang menerima calon peserta didik dari jenjang SMU dengan lama pendidikan selama 8 semester. Kemudian UNPAD kembali membuka program studi kebidanan pada jenjang S2 yang menerima calon peserta didik dari lulusan DIV Kebidanan dengan masa studi selama 4-10 Semester.

2.4.2 Perkembangan dari Pelayanan Kebidanan

Zaman pemerintahan Hindia Belanda, tercatat angka kematian dari ibu dan anak menjulang tinggi. Dukun beranak masih menjadi tenaga penolong yang dipercayai masyarakat. Zaman ketika Jendral Hendrik William Deandels memimpin sebagai gubernur pada tahun 1807 dukun diberikan pelatihan sebagai penolong persalinan, namun hal tersebut tidak

berlangsung lama dikarenakan tidak adanya pelatihan khusus kebidanan. (Megasari *et al.*, 2015)

Pelayanan kebidanan dan pelayanan kesehatan lainnya hanya di peruntukkan bagi orang-orang belanda yang tinggal di Indonesia. Pendidikan dokter Jawa di Batavia di buka pada tahun 1849. Kemudian seiring dengan adanya pendidikan dokter tersebut di bukalah pendidikan Bidan bagi wanita pribumi oleh seorang dokter militer Belanda (Dr.W.Bocsh) di Batavia pada tahun 1851, lulusan bidan tersebut kemudian di pekerjakan di rumah sakit dan di komunitas masyarakat. Sejak saat itu pelayanan kesehatan untuk Ibu dan Anak di lakukan oleh bidan dan dukun setempat.

Pelatihan bidan secara formal mulai di adakan pada tahun 1952 agar bisa lebih memaksimalkan kualitas pertolongan persalinan yang diberikan, khusus nya pelatihan bagi para dukun-dukun yang diberikan oleh tenaga bidan terlatih masih berlangsung hingga saat ini. Pada tahun 1952 dibuka kursus tambahan yang di kenal dengan istilah “Kursus Tambahan Bidan (KTB)” sehingga terjadi perubahan pengetahuan dan keterampilan mengenai pelayanan kesehatan ibu dan anak yang di langsungkan di kota Yogyakarta dan kemudian di seberkan di kota-kota besar senusantara. Seiring dengan berhasilnya pelatihan tersebut didirikanlah sebuah Balai Kesehatan Ibu dan Anak (BKIA) yang di pertanggungjawabkan oleh bidan sebagai pelayanan kepada masyarakat. Beberapa pelayanan kebidanan yang diberikan diantaranya pelayanan asuhan kehamilan, asuhan persalinan, asuhan nifas, asuhan bayi balita dan anak prasekolah, termasuk imunisasi dan penyuluhan gizi. Di Luar dari pelayanan BKIA, bidan juga memberikan pertolongan persalinan kerumah keluarga dan memberikan kunjungan rumah lebih lanjut sebagai keberlanjutan pelayanan pasca persalinan. (Sari *et al.*, 2020)

Pada tahun 1957 di bentuklah suatu pelayana yang terintegrasi dari BKIA kepada masyarakat yang disebut dengan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Puskesmas memiliki keenangan dalam memberikan pelayanan baik di dalam maupun

di luar gedung yang berorientasi berdasarkan wilayah kerja. Para bidan yang ditugaskan di puskesmas memiliki tugas dalam memberikan suatu pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk dalam pelayanan keluarga berencana. Pos pelayanan terpadu (Posyandu) merupakan salah satu pelayanan kesehatan yang dilakukan diluar gedung. Terdapat empat pelayanan yang dilakukan di posyandu diantaranya : pemeriksaan kesehatan lingkungan, imunisasi, gizi, pelayanan keluarga berencana, dan pemeriksaan kehamilan. (Ulfah, 2020)

Pada tahun 1990 pelayanan kebidanan yang diberikan oleh bidan di lakukan secara merata dan lebih dekat dengan masyarakat yang disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat. Kebijakan tersebut tertuang dari instruksi Presiden yang di utarakan secara lisan saat sidang kabinet pada tahun 1992 mengenai pentingnya pendidikan bidan untuk ditempatkan di desa. Beberapa tugas pokok seorang bidan desa yaitu sebagai pelaksana kesehatan ibu dan anak, terlebih dalam pelayanan kesehatan ibu selana masa kehamilan, bersalin, nifas, dan pelayanan bayi baru lahir serta membina dukun bayi. Terkait dengan hal tersebut bidan juga mempunyai tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bayi dan keluarga berencana yang pelaksanaannya sejalan dengan tupokis dari bidan desa yang melaksanakan kunjungan rumah bagi ibu dan anak yang memerlukan pelayanan kesehatan, memberikan pembinaan posyandu pada wilayah kerjanya serta meningkatkan layanan pondok bersalin sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

Hal-hal tersebut metupakan pelayanan yang dapat diberikan bidan di desa. Pelayanan yang di berikan lebih berorientasi pada kesehatan masyarakat, berbeda dengan pelayanan yang diberikan di rumah sakit. Bidan yang bekerja di rumah sakit memberikan pelayanan poliklinik antenatal dan gangguan kesehatan reproduksi, sedangkan di poliklinik keluarga berencana bidan bertugas dalam memberikan pelayanan senam hamil, pendidikan perinatal, selain itu bidan yang bekerja dirumah sakit juga bertugas di ruang bersalin,

ruang oprasi kebidanan, ruang nifas dan ruang perinatal. (Argaheni et al., 2021)

Pada tahun 1994 terjadi titik tolak dari Konferensi Kependudukan Dunia di Kairo yang memberikan penekanan pada reproductive atau kesehatan reproduksi memperluas cakupan pelayanan kebidanan, area itu meliputi :

1. Family Planning
2. Penyakit menular seksual
3. Safe motherhood, meliputi bayi baru lahir dan perawatan aabortus
4. Penyakit menular seksul termasuk infeksi saluran alat reproduksi
5. Kesehatabn reproduksi orang tua
6. Kesehatan reproduksi remaja

Dalam menjalankan peran, fungsi dan tugasnya bidan didasarkan pada kewenangan dan kemampuan yang diberikan. Kewenangan bidan diatur dalam peraturan permenkes. Peraturan permenkes yang menyangkut tentang wewenang bidan sering terjadi perubahan yang disesuaikan dengan perkembangan dan kebutuhan masyarakat dan kebijakan pemerintah guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Peraturan permenkes di mulai dari :

1. Wewenang bidan terbatas dalam pertolongan persalinan normal secara mandiri di dampingi petugas lain, yang di atur dalam peraturan permenkes No 5380/IX/1963.
2. Peraturan Permenkes No. 363/IX/1980, kemudian dirubah menjadi Permenkes 623/1989 dalam peraturan tersebut wewenang bidan dibagi menjadi dua yakni permenkes khusus. Hal tersebut ditetapkan bila bidan melaksanakan tindakan khusus dibawah pengawasan dokter. Hal ini berarti bahwa bidan dalam melaksanakan tugasnya tidak tanggung jawab dan bertanggung gugat atas tindakan yang dilakukannya. Pelaksanaan dari Pemenkes ini, bidan dalam melaksanakan prakteknya perorangan dibawah pengawasan dokter.

3. Registrasi dan praktik bidan diatur dalam peraturan permenkes No 572/VI/1996. Bidan dalam melaksanakan prakteknya diberi kewenangan yang mandiri. Kewenangan tersebut disertai dengan kemampuan dalam melaksanakan tindakan. Dari kewenangan tersebut meliputi :
 - 1) Pelayanan kesehatan masyarakat
 - 2) Pelayanan keluarga berencana
 - 3) Pelayanan kebidanan yang terdiri dari Ibu dan Anak

Selama melaksanakan tugas dan fungsinya bidan dapat melakukan konsultasi kolaborasi dan melakukan rujukan sesuai dengan kondisi dan keadaan klien, serta kemampuan dan kewenangannya. Lebih lanjut diuraikan kewenangan bidan yang terkait dengan kesehatan ibu dan anak, lebih spesifik seperti : vakum ekstraksi dengan kepala bayi di dasar panggul, kuretase digital untuk sisa jaringan konsepsi, resusitasi pada bayi baru lahir yang mengalami asfiksia maupun hipotermi dan kondisi lainnya. Kewenangan bidan dalam pelayanan keluarga berencana meliputi : pemasangan dan pencabutan AKDR serta AKDK, pemberian alat kontrasepsi melalui oral, injeksi, kondom, maupun tissue vagina. (Megasari *et al.*, 2015)

Pada kondisi *emergency* bidan memiliki kewenangan dalam memberikan pelayanan kebidanan yang bersifat menyelamatkan jiwa seseorang. Dalam peraturan tersebut ditekankan bahwa selama memberikan pelayanan bidan harus sesuai dengan kemampuan, kewenangan, pengalaman serta pendidikan berdasarkan standar profesi Kebidanan. Selain itu bidan pula diwajibkan untuk melakukan rujukan pada kasus yang tidak dapat ditangani, memberikan informasi yang jelas dan melakukan pendokumentasian rekam medis yang baik. Dalam Lampiran Keputusan Dirjen Binkesmas No. 1506/Tahun 1997 memberikan petunjuk pelaksanaan yang lebih rinci tentang kewenangan bidan.

Capaian kemampuan bidan yang tertuang pada peraturan permenkes 527/1996 tidaklah mudah, hal tersebut disebabkan oleh wewenang yang diberikan dari Dperatemen Kesehatan ini

mengandung tuntutan dari kemampuan seorang bidan sebagai tenaga yang mandiri dan profesional. Keberhasilan capaian tersebut berawal dari Institusi Pendidikan yang mempunyai pedoman pada kompetensi utama bidan dan melalui institusi pelayanan melalui peningkatan kemampuan seorang bidan yang disesuaikan dengan kebutuhan.

Dalam perkembangan pelayanan kebidanan diperlukan kualitas bidan yang kompeten dan di butuhkan monitoring/pemantauan pelayanan oleh sebab itu adanya konsil kebidanan sangat dibutuhkan serta adanya pendidikan bidan yang berorientasi dan akademik serta mempunyai kemampuan melakukan penelitian adalah salah satu terobosan yang menjadi syarat utama untuk meningkatkan kualitas suatu layanan kebidanan.(Septina, 2020)

DAFTAR PUSTAKA

- Anggaraini, D. D. *et al.* (2020) *KONSEP KEBIDANAN Memahami Dasar-Dasar Konsep Kebidanan*. 1st edn. Edited by A. Riki. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Argaheni, N. B. *et al.* (2021) *Konsep Dasar Kebidanan*. 1st edn. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Megasari, M. *et al.* (2015) *RUJUKAN LENGKAP KONSEP KEBIDANAN*. 1st edn. Yogyakarta: Deepublish.
- Sari, H. E. *et al.* (2020) *KONSEP KEBIDANAN*. 1st edn. Makasar: Cendekia Publisher.
- Septina, Y. (2020) *Pengantar Praktik Ilmu Kebidanan*. II. Bogor: Lindan Bestari.
- Ulfah, R. (2020) *Buku Ajar Konsep Kebidanan*. Bandung: Media Sains Indonesia.
- wulandari, A. (2008) *KONSEP KEBIDANAN Sejarah & Profesionalisme*. I. Jakarta: EGC.

BAB 3

PARADIGMA ASUHAN KEBIDANAN

Oleh Idha Farahdiba

3.1 Pengertian Paradigma Asuhan Kebidanan

Istilah paradigma pertama kali diperkenalkan oleh Thomas Kuhn (1962) dan kemudian dipopulerkan oleh Robert Friedrichs (1970). Menurut Kuhn, paradigma adalah cara melihat realitas sosial yang dibangun oleh suatu gagasan atau penelitian tertentu, yang menghasilkan suatu jenis pengetahuan tertentu (*various knowledge*) (Salim, 2016).

Definisi ini telah ditegaskan oleh Friedrichs 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, 2016).

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 (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Paradigma atau perspektif seseorang terhadap objek, mempengaruhi pengambilan keputusan dan implementasi perilaku, dan paradigma kebidanan sangat mempengaruhi pengambilan keputusan, tindakan, dan perilaku seorang bidan. Dikaitkan dengan kebidanan, Paradigma kebidanan merupakan cara pandang bidan

terhadap pemberian pelayanan kebidanan. Paradigma kebidanan sangat penting diketahui agar bidan memiliki pandangan yang sama terhadap orang dan lingkungan yang dihadapinya. Keberhasilan pelayanan kebidanan sangat dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap dan keterampilan bidan serta cara pandang bidan dalam memberikan asuhan.

3.2 Komponen Paradigma

Bidan menjalankan profesinya dalam memberikan pelayanan kebidanan berpegang pada paradigma, berupa pandangan terhadap manusia/wanita, lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan/kebidanan, dan keturunan. Berdasarkan aspek-aspek tersebut, paradigma asuhan kebidanan dibagi menjadi 5 komponen.

3.2.1 Wanita

Wanita merupakan makhluk yang dikodratkan oleh Sang Khalik sebagai perantara lahirnya manusia di bumi ini. Wanita diberi kelebihan untuk bisa mengandung, melahirkan, memelihara calon manusia dan mendidiknya. Wanita sebagai ibu adalah pendidik paling utama bagi manusia. Kaum ibu yang ideal tidak sekedar dapat mengandung, namun seorang ibu harus berkualitas (Hernawati, 2016). Kualitas manusia sangat ditentukan oleh keberadaan perempuan yang sehat jasmani dan rohani serta secara sosial. Wanita/ibu adalah pengasuh pertama dan terpenting dalam keluarga. Kualitas manusia terutama ditentukan oleh keberadaan ibu dalam keluarga. Wanita dalam masyarakat merupakan motor penggerak dan pelopor peningkatan kesejahteraan keluarga (Astuti, 2016).

Menurut Rosyanti and Hadi (2016) manusia adalah makhluk bio – psiko – cultural – spiritual yang berasal dari kata:

1. **Bios** berasal dari kata *bio* yang artinya hidup. Manusia merupakan suatu susunan sistem organ tubuh. Mempunyai

- kebutuhan untuk mempertahankan hidupnya. Tidak terlepas dari hukum alam dilahirkan berkembang dan mati.
2. **Psiko** berasal dari kata *psiche* yang artinya ruh/jiwa/sukma. Artinya manusia mempunyai struktur kepribadian. Tingkah laku sebagai manifestasi dari kejiwaan. Mempunyai daya fikir dan kecerdasan. Mempunyai kebutuhan psikologi agar pribadi dapat berkembang.
 3. **Sosial** berasal dari kata *socius* yang artinya teman. Artinya manusia perlu hidup bersama orang lain dan saling kerjasama untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidupnya.
 4. **Cultural** yang berarti dipengaruhi oleh kebudayaan. Bertingkah laku sesuai dengan harapan dan norma yang ada
 5. **Spiritual** artinya manusia memiliki keyakinan akan adanya Tuhan. Memiliki visi hidup dan cita-cita untuk hidup sesuai dengan fitrah agama yang kita anut.

Sebagai sebuah profesi, kebidanan secara tradisional didominasi oleh perempuan dan memiliki hubungan yang kuat dengan pemikiran feminis dan aktivisme masyarakat (Adams, 2016).

Bidan menganut filosofi bahwa semua manusia adalah makhluk bio-psiko-sosio-kultural dan spiritual yang unik yang membentuk entitas fisik dan spiritual yang sempurna, dan bahwa individu yang sama tidak ada. Praktik kebidanan dilakukan dengan menggunakan perempuan sebagai mitra dengan pemahaman holistik tentang perempuan sebagai pengalaman fisik, psikologis, emosional, sosial, budaya, spiritual dan reproduksi (Kementerian Kesehatan RI, 2007).

3.2.2 Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ikut serta dalam interaksi individu dalam melakukan aktivitas, baik secara fisik, psikososial, biologis, maupun budaya. Lingkungan psikologis dan sosial meliputi keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat (Astuti, 2016). Paradigma kebidanan pada konsep lingkungan ini merupakan memandang bahwa lingkungan fisik, psikologis, sosial, budaya dan spiritual, bisa mensugesti kebutuhan dasar manusia selama asuhan kebidanan yang diberikan memiliki dampak atau pengaruh yang timbul yang dapat diminimalkan serta tercapainya tujuan asuhan kebidanan (Mufdlilah *et al.*, 2012).

3.2.3 Perilaku

Perilaku adalah segala aktivitas manusia yang diamati secara langsung maupun tidak langsung dari lingkungan luarnya. Tingkah laku manusia pada hakekatnya adalah tingkah laku manusia itu sendiri, meliputi berbagai hal yang sangat luas, antara lain berbicara, menangis, berjalan, tertawa, dan bekerja. Kesehatan adalah suatu keadaan dinamis dimana seorang individu dapat beradaptasi dengan perubahan lingkungan internal dan eksternal agar tetap sehat (Fitriani, 2011).

Pembentukan perilaku-perilaku baru terutama pada orang dewasa dimulai pada ranah kognitif dalam arti subjek mengetahui terlebih dahulu stimulus yang berupa suatu objek eksternal. Selanjutnya akan tercipta pengetahuan baru tentang objek dan kemudian memancing reaksi internal berupa sikap subjek terhadap objek yang dikenal. Akhirnya, stimulus atau objek tersebut akan dikenali sepenuhnya, membangkitkan respons lain. Respon tersebut berupa tindakan terhadap stimulus atau objek, ataupun dalam kombinasi respon dengan stimulus atau objek itu sendiri. Namun, pada kenyataannya, stimulus yang diterima subjek dapat langsung mengarah pada tindakan. Jika kita mengetahui arti dari stimulus yang kita terima sebelumnya, kita dapat bertindak dengan cara baru. Dengan kata lain, tindakan (*practice*) tidak harus diwujudkan dengan pengetahuan atau sikap (Fitriani, 2011).

Perilaku ibu hamil dapat mempengaruhi kehamilan, dan perilaku ibu saat mencari penolong persalinan mempengaruhi kesejahteraan ibu dan bayi baru lahir. Demikian pula selama masa nifas perilaku ibu dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan bayinya (Mufdlilah *et al*, 2012).

Profesionalisme adalah sikap kerja profesional yang tidak lebih dari suatu tindakan yang mengacu pada keterampilan keahlian dan disiplin berupa komitmen anggota terhadap suatu profesi yang mendasari tindakan atau aktivitas seseorang adalah sikap untuk menekuni pekerjaan. sesuai dengan bidang keahlian yang dikuasai karena penerapan kaidah kode etik profesi yang berlaku di masyarakat (Damayanti *et al*, 2019).

Menurut Astuti (2016), bentuk perilaku profesional bidan antara lain:

1. Kepatuhan terhadap filosofi, etika profesi dan aspek legal.
2. Bertanggung jawab dan mempertanggungjawabkan keputusan klinis yang dibuatnya.
3. Dapatkan informasi terbaru tentang perkembangan terbaru dalam pengetahuan dan keterampilan.
4. Penerapan metode pencegahan universal untuk penyakit menular dan strategi pengendalian infeksi.
5. Melakukan konsultasi dan sistem rujukan yang tepat dalam pemberian asuhan kebidanan.
6. Menghargai budaya lokal untuk kebiasaan kesehatan, kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan anak.
7. Menggunakan model kemitraan dalam bekerja dengan wanita / ibu untuk membuat keputusan yang tepat tentang semua aspek asuhan dan mendapatkan persetujuan tertulis untuk bertanggung jawab atas kesehatan mereka.
8. Penggunaan keterampilan mendengarkan dan fasilitasi.
9. Bekerja dengan profesional kesehatan lainnya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan ibu dan keluarga.
10. Advokasi terhadap pilihan ibu dalam tatanan pelayanan.

3.2.4 Pelayanan Kebidanan

Pelayanan kebidanan merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan dan merupakan bentuk pelayanan profesional yang diberikan oleh bidan secara mandiri, kolaborasi, dan/atau rujukan (Republik Indonesia, 2019). Sasaran pelayanan kebidanan yang diatur dalam Kepmenkes Nomor 369/MENKES/SK/III/2007 adalah individu, keluarga dan masyarakat meliputi upaya untuk meningkatkan, mencegah, menyembuhkan dan memulihkan pelayanan kebidanan dapat dikategorikan sebagai berikut:

1. Layanan utama / mandiri adalah layanan kebidanan yang menjadi tanggung jawab penuh bidan.
2. Layanan kolaborasi adalah layanan yang diberikan oleh bidan sebagai anggota tim. Kegiatan tersebut dilakukan secara bersamaan atau sebagai bagian dari proses kegiatan pelayanan kesehatan.
3. Layanan rujukan adalah layanan yang dilakukan oleh bidan dalam rangka rujukan ke sistem layanan yang lebih tinggi atau sebaliknya, layanan kebidanan dalam menerima rujukan dari dukun bayi yang melakukan pertolongan persalinan, juga layanan yang dilakukan oleh bidan ke fasilitas pelayanan kesehatan lain secara horizontal maupun vertikal dalam meningkatkan keamanan dan kesejahteraan ibu serta bayinya (Kementerian Kesehatan RI, 2007).

3.2.5 Keturunan

Kualitas manusia ditentukan oleh keturunan. Manusia yang sehat lahir dari ibu yang sehat. Kehamilan, persalinan, dan nifas merupakan proses fisiologis, namun jika tidak dikelola dengan baik dan benar, kondisi fisiologis dapat menjadi patologis dan mempengaruhi bayi yang dilahirkan. Pelayanan pra nikah, pra hamil, hamil, dan nifas sangat penting dan tidak dapat dipisahkan dan hal ini merupakan tugas utama bidan (Mufdlilah *et al*, 2012).

3.3 Manfaat Paradigma Dikaitkan Dengan Asuhan Kebidanan

Bidan memainkan peran unik dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak dan saling melengkapi dengan profesional kesehatan lainnya. Bidan adalah praktisi yang dalam kewenangannya memberikan asuhan kebidanan kepada ibu yang hamil dan bersalin, kasus gangguan reproduksi wanita, dan gangguan kesehatan pada anak di bawah usia 5 tahun. Tugas bidan adalah memberikan pelayanan dan asuhan kebidanan. Pelayanan dan asuhan kebidanan difokuskan pada ibu dan balita. Bidan, sesuai kewenangannya, dapat memberikan pelayanan dan asuhan patologi. Juga tugas bidan untuk memberikan pelayanan kebidanan untuk keluarga berencana. Menurut kewenangan kebidanan, kegiatan kebidanan untuk mencegah penyakit, meningkatkan kesehatan, mengobati dan memulihkan kesehatan dilakukan melalui asuhan atau pelayanan kebidanan. (Hidayat *et al.*, 2009).

DAFTAR PUSTAKA

- Adams, J. (2016) 'Evidence-Based Healthcare in Context', in Broom, A. (ed.) *Evidence-Based Healthcare in Context: Critical Social Science Perspectives*. 1st Ed. London: Routledge. doi: 10.4324/9781315255774.
- Astuti, E. W. (2016) *Konsep Kebidanan dan Etikolegal Dalam Praktik Kebidanan*. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan Kemenkes RI.
- Damayanti, F. N. *et al.* (2019) *Profesionalisme Bidan Berbasis Transedental*. Semarang: Unimus Press.
- Fitriani, S. (2011) *Promosi Kesehatan*. 10th edn. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Hernawati (2016) *Peran Sebagai Wanita Ibu Dalam Islam*. Available at: <https://sulselprov.go.id/welcome/post/peran-wanita-sebagai-ibu-menurut-konsepsi-islam>.
- Hidayat, A. *et al.* (2009) *Catatan Kuliah: Konsep Kebidanan Plus Materi Bidan Delima*. Yogyakarta: Mitra Cendikia Press.
- 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 (2020) 'Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 Tentang Standar Profesi Bidan'. Jakarta.
- Mufdlilah, Hidayat, A. and Kharimaturrahmah, I. (2012) *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Republik Indonesia (2019) 'Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Kebidanan'. Jakarta.
- Rosyanti, L. and Hadi, I. (2016) *KDM Series: Konsep Manusia*. Kendari: Poltekkes Kemenkes Kendari.
- Salim, A. (2016) *Teori & Paradigma Penelitian Sosial*. Edisi 2. Yogyakarta: Tiara Wacana.

BAB 4

PERAN DAN FUNGSI BIDAN

Oleh Yoan Putri Praditia Susanto

4.1 Pendahuluan

Profesi bidan memiliki peran sangat penting dan strategis dalam upaya menurunkan Angka Kematian Ibu (Ibu) dan Angka Kematian Bayi (AKB) dan juga dalam upaya mempersiapkan generasi penerus bangsa yang berkualitas, melalui pelayanan kebidanan yang bermutu dan berkesinambungan. (Kementerian kesehatan RI, 2020)

4.2 Peran Bidan

Sesuai dengan undang – undang nomor 4 tahun 2019 tentang kebidanan dalam pasal 47 menyatakan bahwa seorang bidan memiliki peran sebagai pemberi pelayanan kebidanan, pengelola pelayanan kebidanan, penyuluh dan konselor, pendidik, pembimbing dan fasilitator klinik, penggerak peran serta masyarakat dan pemberdayaan perempuan dan peneliti dalam penyelenggaraan praktik kebidanan. (kementerian Kesehatan RI, 2019)

4.2.1 Peran sebagai pemberi pelayanan kebidanan

Peran bidan dalam sebagai pemberi pelayanan kebidanan yaitu mencakup pelayanan kesehatan pada ibu, pelayanan kesehatan anak, pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana :

1. Pelayanan kesehatan Pada Ibu

Bentuk pelayanan yang diberikan bidan kepada ibu yaitu sebagai berikut:

a. Asuhan pada masa kehamilan

- b. Asuhan pada masa persalinan dan menolong persalinan normal
 - c. Asuhan kebidanan pada masa nifas
 - d. Pertolongan pertama kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas, dan rujukan
 - e. Melakukan deteksi dini pada masa kehamilan, masa persalinan, masa nifas, dan asuhan pasca keguguran yang dilanjutkan dengan rujukan.
2. Pelayanan kesehatan anak
- Memberikan pelayanan kepada anak merupakan salah satu bentuk pelayanan yang dapat diberikan bidan yang terdiri dari :
- a. Asuhan pada bayi baru lahir, bayi, balita dan anak prasekolah
 - b. Pemantauan tumbuh dan kembang pada bayi, balita, dan anak prasekolah dan melakukan deteksi dini adanya gangguan pada pertumbuhan dan perkembangan dan melakukan rujukan yang tepat.
 - c. Pemberian pertolongan pertama pada kegawatdaruratan untuk bayi baru lahir serta melakukan rujukan.
3. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana
- Dalam hal pelayanan kesehatan reproduksi bidan diberikan wewenang berupa melakukan komunikasi , pemberian informasi, melakukan edukasi, konseling dan memberikan pelayanan kontrasepsi sesuai dengan ketentuan peraturan per undang – undangan.
4. Melaksanakan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang

Dalam Melaksanakan tugas bidan berwenang mendapat pelimpahan wewenang dari dokter bersifat mandat maupun delegatif.

5. Melaksanakan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.

Seorang bidan dapat melakukan pelayanan kesehatan di luar kewenangan sesuai dengan kompetensi dengan tujuan untuk menolong dari kematian (mengancam nyawa).(Kementerian Kesehatan RI, 2019)

4.2.2 Peran sebagai pengelola pelayanan kebidanan

Dalam melaksanakan peran sebagai pelaksana, dan pengelola bidan memberikan asuhan terutama fokus pada asuhan kehamilan, saat persalinan, masa nifas dan asuhan pada bayi baru lahir serta balita dan pemberian layanan keluarga Berencana. Selain itu pelibatan ibu dan keluarga dalam pengambilan keputusan penting untuk dilakukan bidan karena keluarga yang berdaya dapat menunjang terlaksananya kehidupan masyarakat yang berkualitas.(Handayani, 2017)

4.2.3 Peran sebagai penyuluh dan konselor

Sebagai konselor, seorang bidan memberikan bantuan kepada orang lain dalam upaya untuk memecahkan masalah atau pengambilan keputusan yang sesuai dengan kebutuhan dan masalah pasien. Secara khusus konseling yang diberikan seorang bidan bertujuan untuk mengarahkan perilaku klien (individu dan masyarakat) menjadi lebih sehat, serta mencegah terjadinya penyakit atau juga penyulit.(Ayu R.N, 2018)

Bidan mempunyai peranan penting dalam bimbingan konseling dan pendidikan tentang kesehatan, bukan hanya kepada perempuan saja akan tetapi juga kepada keluarga dan masyarakat. Kegiatan konseling tersebut harus mencakup juga pendidikan antenatal dan

persiapan menjadi orang tua yang dapat meluas kepada kesehatan perempuan, kesehatan reproduksi dan asuhan anak. Oleh sebab itu peran Bidan dalam

masyarakat untuk menjalin hubungan yang dengan klien, bidan harus memiliki etika profesi yang baik dan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang telah ditetapkan oleh Pemerintah agar bersikap profesional dalam memberikan asuhan terhadap klien(Budiana, 2020).

4.2.4 Peran sebagai pendidik, pembimbing dan fasilitator klinik

Memiliki peran sebagai pendidik bagi profesi kebidanan mencakup 2 hal yaitu :

- a. Bidan dapat Memberikan informasi dan edukasi tentang kesehatan kepada klien yang terdiri dari individu, keluarga dan kelompok masyarakat terkait dengan bagaimana penanggulangan masalah kesehatan yang ada di masyarakat khususnya yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana.
- b. Seorang bidan dapat memberikan pelatihan dan melakukan pembimbingan kepada kader, mahasiswa dan juga dukun bersalin sebagai mitra di wilayah kerjanya. (Irianti B, 2019)

4.2.5 Peran sebagai penggerak peran serta masyarakat dan pemberdayaan perempuan

Peran bidan dalam konsep pembangunan yang berkelanjutan identik sebagai kerangka ideal dan strategis dalam pengelolaan lingkungan, yang merupakan pendekatan dalam tujuan untuk mencapai kualitas hidup yang lebih baik baik di masa kini dan di masa yang akan datang. Pembangunan yang berkelanjutan memiliki

landasan 3 pilar utama yaitu : (1) ekonomi (2) sosial dan (3) lingkungan.

Dalam upaya tercapainya akses yang merata antara gender yang sesuai dengan Hak Asasi Manusia (HAM), sarana dan prasarana, kesempatan mendapatkan pelayanan yang sama baik antara laki – laki maupun perempuan.

Kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan sangat diperlukan dalam upaya menjamin aksesibilitas perempuan terhadap pemilihan metode kontrasepsi dan kemampuan perempuan dalam melakukan negosiasi dan pengambilan keputusan dalam pemilihan metode yang sesuai untuk dirinya.

Ke perempuan untuk memilih jumlah, waktu dan jarak kelahiran atau kemampuan untuk memutuskan tidak merawat anaknya sekalipun merupakan suatu hal yang mendasar pada perempuan untuk dapat mengontrol kehidupannya terlepas dari keadaannya, dan hal ini penting untuk pencapaian pembangunan berkelanjutan tujuan ke-lima. Meskipun program KB bukanlah satu-satunya yang dapat berkontribusi terhadap pemberdayaan, kesetaraan dan pendidikan, tetapi bukti menunjukkan bahwa program KB dapat memberikan kontribusi penting mencapai tujuan global (Handayani, 2017)

4.2.6 Peran sebagai peneliti dalam penyelenggaraan praktik kebidanan

Peran sebagai peneliti dalam penyelenggaraan praktik kebidanan sebagai peneliti menuntut seorang bidan untuk memiliki kompetensi yang mumpuni untuk melakukan penelitian sehingga hasil temuan dari penelitian tersebut bisa dimanfaatkan sebagai landasan praktik berbasis bukti (*Evidence Based Practice*). Dalam kapasitas bidan sebagai peneliti, seorang bidan

mengupayakan dan membuat sebuah peta jalan(*road map*) permasalahan kesehatan masyarakat khususnya isu kesehatan ibu dan anak agar menjadi pijakan penelitian.

Peran sebagai bidan menurut(Irianti B, 2019) mencakup hal - hal sebagai berikut:

1. Mengidentifikasi kebutuhan dari investigasi yang akan dilakukan
2. Menyusun rencana kerja pelatihan
3. Melaksanakan investigasi sesuai rencana yang telah disusun
4. Mengolah dan menginterpretasikan data hasil investigasi
5. Menyusun laporan investigasi
6. Menggunakan laporan hasil investigasi dalam upaya meningkatkan dan mengembangkan program kerja fasilitas kesehatan serta dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

4.3 Fungsi Bidan

Sebagai bidan fungsi yang dijalankan merupakan pekerjaan yang harus dilakukan sesuai dengan peranannya. peran bidan seperti yang telah dijabarkan pada pembahasan di atas, sedangkan fungsi bidan menurut(Irianti B, 2019) adalah sebagai berikut :

4.3.1 Fungsi Pelaksana

Bidan sebagai pelaksana memiliki fungsi mencakup hal-hal sebagai berikut :

1. Melaksanakan bimbingan dan penyuluhan kepada individu, keluarga, serta masyarakat (khususnya kaum remaja) pada masa praperkawinan. c.

2. Memberikan asuhan kebidanan untuk proses kehamilan normal, kehamilan dengan kasus patologis tertentu, dan kehamilan dengan risiko tinggi.
3. Melakukan pertolongan persalinan normal dan kasus persalinan patologis tertentu.
4. Melakukan perawatan bayi segera setelah lahir normal dan bayi dengan risiko tinggi.
5. Melaksanakan pemberian asuhan kebidanan pada ibu nifas.
6. Menjaga dan melakukan pemantauan kesehatan ibu dalam masa menyusui.
7. Memberikan pelayanan kesehatan pada anak balita dan prasekolah
8. Melaksanakan pemberian asuhan keluarga berencana sesuai dengan wewenangnya.
9. Melaksanakan bimbingan dan pelayanan kesehatan untuk kasus gangguan sistem reproduksi, termasuk wanita pada masa klimakterium internal dan menopause sesuai dengan wewenangnya.

4.3.2 Fungsi Pengelola

Dalam fungsi bidan sebagai pengelola dapat menjalankan fungsi mencakup hal-hal sebagai berikut

1. Seorang bidan dapat mengembangkan konsep kegiatan pelayanan kebidanan bagi individu, keluarga, kelompok masyarakat, sesuai dengan kondisi dan kebutuhan masyarakat setempat yang didukung oleh partisipasi masyarakat.
2. Penyusunan rencana terkait pelaksanaan pelayanan kebidanan di lingkungan unit kerjanya.
3. Bidan dalam fungsinya juga dapat memimpin koordinasi kegiatan pelayanan kebidanan.

4. menjalin kerja sama serta komunikasi inter dan antar sektor yang terkait dengan pelayanan kebidanan
5. Seorang bidan dapat melakukan evaluasi hasil kegiatan tim atau unit pelayanan kebidanan.

4.3.3 Fungsi sebagai Pendidik

Dalam menjalankan fungsinya sebagai pendidik fungsi bidan mencakup 4 fungsi yaitu sebagai berikut:

1. Bidan memiliki fungsi untuk memberi penyuluhan kepada individu, keluarga, dan kelompok masyarakat terkait dengan pelayanan kebidanan dalam lingkup kesehatan serta keluarga berencana.
2. Bidan juga dapat membimbing dan melatih dukun bayi serta kader kesehatan sesuai dengan bidang tanggung jawab bidan.
3. Bidan dapat memberi bimbingan kepada para bidan dalam kegiatan praktik di klinik dan di masyarakat.
4. Seorang bidan juga dapat mendidik bidan atau tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan bidang keahliannya.

4.3.4 Fungsi sebagai Peneliti,

Bidan sebagai peneliti memiliki fungsi yang terdiri dari 2 fungsi yaitu sebagai berikut:

1. Bidan melakukan melakukan evaluasi, pengkajian, survei, dan penelitian yang dilakukan sendiri atau berkelompok khususnya dalam lingkup pelayanan kebidanan.
2. Bidan juga melakukan penelitian yang terkait dengan kesehatan keluarga dan keluarga berencana.

DAFTAR PUSTAKA

- Ayu R.N, N. M. (2018) *Hubungan Peran Bidan dengan Tindakan Pemanfaatan Buku KIA pada Ibu Hamil*. Poltekes Denpasar.
- Budiana, I. (2020) 'IMPLEMENTASI PRAKTIK KEBIDANAN MENURUT UNDANG UNDANG NOMOR: 4 TAHUN 2019 TENTANG KEBIDANAN DI KOTA TASIKMALAYA', pp. 36–41.
- Handayani, F. (2017) 'Penguatan Peran Bidan Dalam Pemberdayaan Perempuan Untuk Mendukung Program Sustainable Development Goal's', *Jurnal Ilmiah Bidan*, 2(2), pp. 13–18.
- Irianti B (2019) *Konsep Kebidanan Memahami Dasar - Dasar Konsep Kebidanan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Kementerian kesehatan RI (2020) 'KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR HK.01.07/MENKES/320/2020 TENTANG STANDAR PROFESI BIDAN', *SELL Journal*, 5(1), p. 55.
- Kementrian Kesehatan RI (2019) 'Undang-Undang Tentang Kebidanan No 4 Tahun 2019', *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*, (004078).

BAB 5

STANDAR PROFESI BIDAN

Oleh Sakriawati

5.1 PENDAHULUAN

Standar profesi merupakan suatu pedoman yang harus dipergunakan oleh tenaga profesi tersebut sebagai petunjuk dalam menjalankan profesinya secara baik. Standar profesi terutama bagi tenaga kesehatan (bidan) berguna dalam penerapan norma tingkat kinerja yang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan dan difungsikan untuk melindungi masyarakat/ pasien dari pelayanan yang tidak bertanggung jawab dan melindungi pelaku praktisi (bidan) sebagai pemberi pelayanan.

Bidan lahir sebagai wanita terpecaya dan diakui sebagai profesional bertanggung jawab dan mempertanggung jawabkan praktiknya yang bekerja sebagai mitra dalam memberikan dukungan, asuhan dan nasihat dalam daur siklus kehidupan wanita. Dalam melaksanakan praktiknya, bidan sering dihadapkan dalam pertanyaan, apa yang dikerjakan bidan dan bagaimana iya berkarya? Untuk menjawab pertanyaan ini perlu ditegaskan standar profesi kebidanan yang digunakan dalam ruang lingkup/ praktek asuhan kebidanan.

5.1.1 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 diantaranya:

1. Abraham Flexnman (1915) menyatakan profesi adalah aktifitas 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 yang 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 bidangprofesi tersebut. Contoh profesi adalah pada bidang hukum, kedokteran, keuangan,militer,dan teknik.

5.1.2 CIRI-CIRI BIDAN SEBAGAI PROFESI

1. Bidan disiapkan melalui pendidikan formal agar lulusannya dapat melaksanakan pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya secara professional
2. Bidan memiliki alat yang dijadikan panduan dalam menjalankan profesinya, yaitu standar pelayanan kebidanan, kode etik,dan etika kebidanan
3. Bidan memiliki kelompok pengetahuan yang jelas dalam menjalankan profesinya
4. Bidan memiliki kewenangan dalam menjalankan tugasnya

5. Bidan memberi pelayanan yang aman dan memuaskan sesuai dengan kebutuhan masyarakat
6. Bidan memiliki organisasi profesi
7. Bidan memiliki karakteristik yang khusus dan dikenal serta dibutuhkan masyarakat
8. Profesi bidan dijadikan sebagai suatu pekerjaan dan sumber utama penghidupan

5.1.3 SYARAT BIDAN SEBAGAI JABATAN PROFESIONAL

1. Memberikan pelayanan kepada masyarakat yang bersifat khusus atau spesialis
2. Melalui jenjang pendidikan yang menyiapkan bidan sebagai tenaga professional
3. Keberadaanya diakui dan diperlukan oleh 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 etika 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

5.2 Standar Kompetensi Bidan

5.2.1 PENGERTIAN STANDAR

Ada beberapa pengertian standar, antara lain: menurut *Clinical Practice Guideline*. Standar adalah keadaan ideal atau

tingkat pencapaian tertinggi dan sempurna yang dipergunakan sebagai batas penerimaan minimal (Azwar, 1996). Menurut Donabedian, standar adalah rumusan tentang penampilan atau nilai diinginkan yang mampu dicapai, berkaitan dengan parameter yang telah ditetapkan (Azwar, 1996). Menurut Rowland dan Rowland, standar adalah spesifikasi dari fungsi atau tujuan yang harus dipenuhi oleh suatu sarana pelayanan agar pemakai jasa dapat memperoleh keuntungan yang maksimal dari pelayanan yang diselenggarakan (Azwar, 1996). Keputusan Menteri Kesehatan no. 228 tahun 2002 menyatakan bahwa standar adalah spesifikasi teknis atau sesuatu yang dibakukan sebagai patokan dalam melakukan kegiatan. Standar ini dapat ditentukan berdasarkan kesepakatan propinsi, kabupaten / kota atau suatu organisasi / profesi sesuai dengan perkembangan ilmu / *evidence base*.

Standar profesi berdasarkan Undang-Undang No.23 Tahun 1992 adalah pedoman yang harus dipergunakan sebagai petunjuk dalam menjalankan profesi secara baik. Standar profesi bidan merupakan rumusan tentang penampilan atau nilai diinginkan yang mampu dicapai, berkaitan dengan parameter yang telah ditetapkan yaitu standar dalam pelayanan kebidanan yang menjadi tanggung jawab profesi bidan dalam sistem pelayanan yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan kesehatan keluarga dan masyarakat (Depkes RI, 2001: 53).

Syarat standar adalah (1) bersifat jelas, artinya dapat diukur dengan baik, termasuk mengukur berbagai penyimpangan yang mungkin terjadi; (2) masuk akal, suatu standar yang tidak masuk akal, misalnya ditetapkan terlalu tinggi sehingga mustahil dapat dicapai, bukan saja sulit dimanfaatkan tetapi juga akan menimbulkan frustrasi para pelaksana; (3) mudah dimengerti, suatu standar yang tidak mudah dimengerti, atau rumusan yang tidak jelas akan menyulitkan tenaga pelaksana sehingga standar tersebut tidak akan dapat digunakan; (4) dapat dicapai, merumuskan standar harus sesuai dengan kemampuan, situasi serta kondisi organisasi; (5) absah, ada hubungan yang kuat dan dapat didemonstrasikan; (6) meyakinkan, persyaratan yang ditetapkan tidak terlalu rendah

dan tidak terlalu tinggi; (7) mantap, spesifik dan eksplisit, tidak terpengaruh oleh perubahan waktu untuk jangka waktu tertentu, bersifat khas dan gambling.

5.2.2 PENGERTIAN KOMPETENSI

Kompetensi mengandung pengertian pemilikan pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan yang dituntut oleh jabatan tertentu (Rustyah, 1982).

Kompetensi dimaknai pula sebagai pengetahuan, keterampilan, dan nilai-nilai dasar yang direfleksikan dalam kebiasaan berfikir, dan bertindak. Kompetensi dapat pula dimaksudkan sebagai kemampuan melaksanakan tugas yang diperoleh melalui pendidikan dan / atau latihan (Herry, 1998), sedangkan, menurut Finch dan Crunkilton, kompetensi adalah penguasaan terhadap suatu tugas, keterampilan, sikap, dan apresiasi yang diperlukan untuk menunjang keberhasilan. Hal itu menunjukkan bahwa kompetensi mencakup tugas, keterampilan sikap dan apresiasi yang harus dimiliki peserta didik untuk dapat melaksanakan tugas - tugas pembelajaran sesuai dengan jenis pekerjaan tertentu. Kompetensi menurut UU No. 13/2003 tentang Ketenagakerjaan: pasal 1 (10), "Kompetensi adalah kemampuan kerja setiap individu yang mencakup aspek pengetahuan, keterampilan dan sikap kerja yang sesuai dengan standar yang ditetapkan".

Dari beberapa pengertian kompetensi yang dirumuskan para ahli maka dapat ditarik kesimpulan kompetensi merupakan pengetahuan, keterampilan dan nilai-nilai dasar yang direfleksikan dalam kebiasaan berfikir dan bertindak secara konsisten dan terus menerus yang memungkinkan seseorang menjadi kompeten, dalam arti memiliki pengetahuan, keterampilan, nilai-nilai dan sikap dasar untuk melakukan sesuatu. Kebiasaan berpikir dan bertindak itu didasari oleh budi pekerti luhur baik dalam kehidupan pribadi, sosial, kemasyarakatan, keberagamaan, dan kehidupan berbangsa dan bernegara. Kompetensi dibagi atas 2 kategori, yaitu (1)

Kompetensi Inti atau Dasar; yaitu kompetensi minimal yang mutlak dimiliki oleh pelaku profesi, dan (2) Kompetensi Tambahan atau Lanjutan; yaitu pengembangan dari pengetahuan dan keterampilan dasar untuk mendukung tugas suatu profesi dalam memenuhi tuntutan / kebutuhan masyarakat yang sangat dinamis serta perkembangan IPTEK.

Kompetensi inti bidan sering bervariasi menurut pedoman-pedoman nasional dan regional, kode etik profesi, adat istiadat dan keyakinan kultural, mutu pendidikan pelatihan kebidanan, serta kerjasama dari tim kesehatan. Bidan harus memiliki kompetensi dan bidang pengetahuan, keterampilan dan perilaku dalam melaksanakan praktik kebidanan secara aman dan bertanggungjawab dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan.

Kompetensi bidan dikelompokkan dalam dua kategori yaitu inti / dasar dan kompetensi tambahan / lanjutan. Kompetensi inti merupakan kompetensi minimal yang mutlak dimiliki oleh bidan. Kompetensi lanjutan merupakan pengembangan dari pengetahuan dan keterampilan dasar untuk mendukung tugas bidan dalam memenuhi tuntutan dan kebutuhan masyarakat serta perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Ada 5 dimensi kompetensi asuhan kebidanan, yaitu antara lain sebagai berikut:

1. *Task Skill* : mampu melakukan atau melaksanakan asuhan kebidanan pemeriksaan fisik ibu hamil
2. *Task Management Skill* : mengidentifikasi secara dini pola persalinan abnormal dan kegawatdaruratan dengan intervensi sesuai SOP atau rujukan yg tepat
3. *Contingency Management Skill* : mampu memimpin persalinan dalam kondisi bersih, aman dan menangani situasi kegawatdaruratan bersama tim kebidanan
4. *Job/Role Environment Skill*: menangani K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja), keadaan di ruang bersalin pasca persalinan ibu, agar tetap bersih dan tidak membahayakan dirinya dan rekan sekerja

5. *Transfer Skills* : memindahkan ibu nifas dan bayi pasca persalinan keruang perawatan ibu dan anak

5.2.3 STANDAR KOMPETENSI BIDAN

Keselamatan dan kesejahteraan ibu secara menyeluruh merupakan perhatian yang paling utama bagi bidan. Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan bertanggung jawab dan mempertanggungjawabkan praktiknya. Praktik kebidanan merupakan serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan kepada klien (individu, masyarakat dan keluarga) sesuai dengan kewenangan dan kemampuannya yang tertuang dalam asuhan kebidanan. Asuhan kebidanan merupakan ruang lingkup asuhan yang diberikan oleh bidan dalam penerapan fungsi, kegiatan dan tanggung jawabnya dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan dan atau masalah kebidanan meliputi masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi dan KB termasuk kesehatan reproduksi perempuan serta pelayanan kesehatan masyarakat.

Ruang lingkup asuhan yang diberikan oleh seorang bidan telah ditetapkan sebagai wilayah kompetensi bidan di Indonesia yang bisa disebut dengan Standar Kompetensi Bidan. Standar Kompetensi Bidan meliputi pengetahuan, keterampilan dan perilaku yang harus dimiliki oleh seorang bidan dalam melaksanakan praktik kebidanan secara aman dan bertanggung jawab pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Kompetensi tersebut dikelompokkan dalam dua kategori yaitu kompetensi inti / dasar merupakan kompetensi minimal yang mutlak dimiliki oleh bidan, kompetensi tambahan / lanjutan merupakan pengembangan dari pengetahuan dan keterampilan dasar untuk mendukung tugas bidan dalam memenuhi tuntutan / kebutuhan masyarakat yang sangat luas dinamis sertaperkembangan IPTEK.

Lahirnya kompetensi bidan di Indonesia tidak terlepas dari Permenkes 572 Tahun 1996 tentang Registrasi Praktik Bidan, kompetensi bidan yang disusun oleh ICM pada Februari 1999, kompetensi bidan Indonesia yang disahkan pada KONAS

IBI XII di Denpasar Bali, Peraturan Kepmenkes RI No. 900/Menkes/SK/II/2002 tentang kewenangan praktik bidan dan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 369/Menkes/SK/III/2007 Tentang Standar Profesi Bidan. Kompetensi Bidan ini merupakan acuan Bidan dalam melakukan asuhan kebidanan kepada individu, keluarga dan masyarakat.:

5.2.3.1 Pengetahuan umum, keterampilan dan perilaku yang berhubungan dengan ilmu-ilmu sosial, kesehatan masyarakat dan kesehatan profesional

Pernyataan kompetensi 1:

Bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan keterampilan dari ilmu-ilmu sosial, kesehatan masyarakat dan etik yang membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya, untuk wanita, bayi baru lahir dan keluarganya. Berdasarkan pernyataan kompetensi 1 maka dapat dirumuskan pengetahuan, keterampilan dan perilaku bidan yang harus dimiliki oleh setiap bidan, yaitu:

a. Pengetahuan dan keterampilan Dasar

- 1) Kebudayaan dasar masyarakat di Indonesia
- 2) Keuntungan dan kerugian praktik kesehatan tradisional dan modern
- 3) Sarana tanda bahaya serta transportasi kegawatdaruratan bagi anggota masyarakat yang sakit yang membutuhkan asuhan tambahan
- 4) Penyebab langsung maupun tidak langsung kematian dan kesakitan ibu dan bayi di masyarakat
- 5) Advokasi dan strategi pemberdayaan wanita dalam mempromosikan hak-haknya yang diperlukan untuk mencapai kesehatan yang optimal (kesetaraan dalam memperoleh pelayanan kebidanan)
- 6) Keuntungan dan risiko dari tatanan tempat bersalin yang tersedia
- 7) Advokasi bagi wanita agar bersalin dengan aman

- 8) Masyarakat-keadaan kesehatan lingkungan, termasuk penyediaan air, perumahan, risiko lingkungan, makanan dan ancaman umum bagi kesehatan
 - 9) Standar profesi dan praktek kebidanan
- b. Pengetahuan dan Keterampilan Tambahan
- 1) Epidemiologi, sanitasi diagnosa masyarakat dan vital statistik.
 - 2) Infrastruktur kesehatan setempat dan nasional, serta bagaimana mengakses sumber daya yang dibutuhkan untuk asuhan kebidanan.
 - 3) *Primary Healty Care (PHC)* berbasis di masyarakat dengan menggunakan promosi kesehatan serta strategi pencegahan penyakit.
 - 4) Program imunisasi nasional dan akses untuk pelayanan imunisasi.

c. Perilaku Profesional Bidan

- 1) Berpegang teguh pada filosofi, etika profesi dan aspek legal.
- 2) Bertanggung jawab dan mempertanggungjawabkan keputusan klinis yang dibuatnya.
- 3) Senantiasa mengikuti perkembangan pengetahuan dan keterampilan mutakhir.
- 4) Menggunakan cara pencegahan universal untuk penyakit menular dan strategi pengendalian infeksi.
- 5) Melakukan konsultasi dan rujukan yang tepat dalam memberikan asuhan kebidana.
- 6) Menghargai budaya setempat berhubungan dengan praktek kesehatan,kehamilan, kelahiran, periode pasca persalinan, bayi baru lahir dan anak.
- 7) Menggunakan model kemitraan dalam bekerja sama dengan kaum wanita / ibu agar mereka dapat menentukan pilihan yang telah diinformasikan tentang semua aspek asuhan, meminta persetujuan secara tertulis supaya mereka bertanggung jawab atas kesehatannya sendiri.

- 8) Menggunakan keterampilan mendengar dan memfasilitasi.
- 9) Bekerja sama dengan petugas kesehatan lain untuk meningkatkan pelayanan kesehatan kepada ibu dan keluarga.
- 10) Advokasi terhadap pilihan ibu dalam tatanan pelayanan.

5.2.3.2 Pra konsepsi, KB dan ginekologi

Pernyataan Kompetensi ke-2:

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya dan pelayanan menyeluruh di masyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan dan kesiapan menjadi orangtua. Berdasarkan pernyataan kompetensi 2 maka dapat dirumuskan pengetahuan dan keterampilan yang harus dimiliki oleh setiap bidan, yaitu:

a. Pengetahuan dasar

- 1) Pertumbuhan dan perkembangan seksualitas dan aktivitas seksual.
- 2) Anatomi dan fisiologi pria dan wanita yang berhubungan dengan konsepsi dan reproduksi.
- 3) Norma dan praktik budaya dalam kehidupan seksualitas dan kemampuan bereproduksi.
- 4) Komponen riwayat kesehatan, riwayat keluarga dan riwayat genetik yang relevan.
- 5) Pemeriksaan fisik dan laboratorium untuk mengevaluasi potensi kehamilan yang sehat.
- 6) Berbagai metode alamiah untuk menjarangkan kehamilan dan metode lain yang bersifat tradisional yang lazim digunakan.
- 7) Jenis, indikasi, cara pemberian, cara pencabutan dan efek samping berbagai kontrasepsi yang digunakan antara lain pil, suntikan, Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR),

alat kontrasepsi bawah kulit, kondom, tablet vagina (AKBK).

- 8) Metode konseling bagi wanita dalam memilih suatu metode kontrasepsi.
- 9) Penyuluhan kesehatan mengenai PMS (HIV/AIDS) dan kelangsungan hidup anak.
- 10) Tanda dan gejala infeksi saluran kemih dan penyakit menular seksual yang lazim terjadi.

b. Pengetahuan tambahan

- 1) Faktor-faktor yang menentukan dalam pengambilan keputusan yang berhubungan dengan kehamilan yang tidak diinginkan dan tidak direncanakan.
- 2) Indikator penyakit akut dan kronis yang dipengaruhi oleh kondisi geografis dan proses rujukan untuk pemeriksaan / pengobatan lebih lanjut.
- 3) Indikator dan metode konseling / rujukan terhadap gangguan hubungan interpersonal, termasuk kekerasan dan pelecehan dalam keluarga (seks, fisik, emosi).

c. Keterampilan dasar

- 1) Mengumpulkan data tentang riwayat kesehatan yang lengkap.
- 2) Melakukan pemeriksaan fisik yang berfokus sesuai dengan kondisi wanita.
- 3) Menetapkan dan atau melaksanakan dan menyimpulkan hasil pemeriksaan laboratorium seperti hematokrit dan analisis urine.
- 4) Melaksanakan pendidikan kesehatan dan keterampilan konseling dasar dengan tepat.
- 5) Memberikan pelayanan KB yang tersedia sesuai kewenangan dan budaya masyarakat.
- 6) Melakukan pemeriksaan berskala akseptor KB dan melakukan intervensi sesuai kebutuhan.
- 7) Mendokumentasikan temuan-temuan dan intervensi yang ditemukan.

- 8) Melakukan pemasangan AKDR.
- 9) Melakukan pencabutan AKDR dengan letak normal.
- 10) Keterampilan tambahan
- 11) Melakukan pemasangan AKBK.
- 12) Melakukan pencabutan AKBK dengan letak normal.

5.2.3.3 Asuhan konseling selama kehamilan

Pernyataan Kompetensi ke-3:

Bidan memberi asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi: deteksi dini, pengobatan atau rujukan.

Berdasarkan pernyataan kompetensi 3 maka dapat dirumuskan pengetahuan dan ketrampilan yang harus dimiliki oleh setiap bidan, yaitu:

a. Pengetahuan dasar

- 1) Anatomi dan fisiologi tubuh manusia
- 2) Siklus menstruasi dan proses konsepsi.
- 3) Tumbuh kembang janin dan faktor-faktor yang mempengaruhinya.
- 4) Tanda-tanda dan gejala kehamilan.
- 5) Mendiagnosa kehamilan.
- 6) Perkembangan normal kehamilan.
- 7) Komponen riwayat kesehatan.
- 8) Komponen pemeriksaan fisik yang terfokus selama antenatal.
- 9) Menentukan umur kehamilan dari riwayat menstruasi, pembesaran dan atau tinggi fundus uteri.
- 10) Mengenal tanda dan gejala anemia ringan dan berat, hypermesis gravidarum, kehamilan ektopik terganggu, abortus imminens, molla hydatidosa, dan komplikasinya dan kehamilan ganda, kelainan letak serta preeklamsi.
- 11) Nilai normal dari pemeriksaan laboratorium seperti hemoglobin dalam darah, tes gula, protein, acetone dan bakteri dalam urine.

- 12) Perkembangan normal dari kehamilan: perubahan bentuk fisik, ketidaknyamanan yang lazim, pertumbuhan fundus uteri yang diharapkan.
- 13) Perubahan psikologis yang normal dalam kehamilan dan dampak kehamilan terhadap keluarga.
- 14) Penyuluhan dalam kehamilan: perubahan fisik, perawatan buah dada, ketidaknyamanan, kebersihan, seksualitas, nutrisi, pekerjaan, dan aktifitas (senam hamil).
- 15) Kebutuhan nutrisi bagi wanita hamil dan janin.
- 16) Penatalaksanaan imunisasi pada wanita hamil.
- 17) Pertumbuhan dan perkembangan janin.
- 18) Persiapan persalinan, kelahiran dan menjadi orangtua.
- 19) Persiapan keadaan rumah / keluarga untuk menyambut kelahiran bayi.
- 20) Tanda-tanda dimulainya persalinan.
- 21) Promosi dan dukungan pada ibu menyusui
- 22) Teknik relaksasi dan strategi meringankan nyeri pada persalinan dan kelahiran.
- 23) Mendokumentasikan temuan dan asuhan yang diberikan.
- 24) Mengurangi ketidaknyamanan selama kehamilan.
- 25) Penggunaan obat-obat tradisional ramuan yang aman untuk mengurangi ketidaknyamanan selama kehamilan.
- 26) Akibat yang timbul dari merokok, penggunaan alkohol dan obat terlarang bagi wanita hamil dan janin.
- 27) Akibat yang ditimbulkan / ditularkan oleh binatang tertentu terhadap kehamilan, misalnya toxoplasmosis.
- 28) Tanda dan gejala dari komplikasi kehamilan yang mengancam jiwa, seperti preeklamsi, perdarahan pervaginaan, kelahiran prematur, anemia berat.
- 29) Kesejahteraan janin termasuk Denyut Jantung Janin (DJJ) dan pola aktivitas janin.
- 30) Resusitasi kardiopulmonary.

a. Pengetahuan tambahan

- 1) Tanda, gejala dan indikasi rujukan pada komplikasi tertentu dalam kehamilan seperti asma, infeksi HIV, penyakit menular seksual (PMS), diabetes, kelainan jantung, postmatur / serotinus.
- 2) Akibat dari penyakit akut dan kronis yang disebut diatas bagi kehamilan dan janin.

b. Keterampilan dasar

- 1) Mengumpulkan data riwayat kesehatan dan kehamilan serta menganalisa pada setiap kunjungan / pemeriksaan ibu hamil.
- 2) Melaksanakan pemeriksaan fisik umum secara sistematis dan lengkap
- 3) Melaksanakan pemeriksaan abdomen secara lengkap termasuk pengukuran tinggi fundus uteri / posisi / presentasi dan penurunan janin.
- 4) Melakukan penilaian pelvic, termasuk ukuran dan struktur tulang panggul.
- 5) Menilai keadaan janin selama kehamilan termasuk detak jantung janin dengan menggunakan fetoscope (pinard) dan gerakan janin dengan palpasi uterus.
- 6) Menghitung usia kehamilan dan menentukan perkiraan persalinan.
- 7) Mengkaji status nutrisi ibu hamil dan hubungannya dengan pertumbuhan janin
- 8) Mengkaji kenaikan berat badan ibu hamil dan hubungan dengan komplikasi kehamilan.
- 9) Memberikan penyuluhan pada klien / keluarga mengenai tanda-tanda berbahaya dan serta bagaimana menghubungi bidan.
- 10) Melakukan penatalaksanaan kehamilan dengan anemia ringan, hyperemesis gravidarum tingkat 1, abortus iminen dan preeklamsi ringan.
- 11) Menjelaskan dan mendemostrasikan cara mengurangi ketidaknyamanan yang lazim terjadi dalam kehamilan.

- 12) Memberikan imunisasi pada kehamilan.
- 13) Memberikan bimbingan dan persiapan untuk persalinan, kelahiran dan menjadi orangtua.
- 14) Memberikan bimbingan dan penyuluhan mengenai perilaku kesehatan selama hamil, seperti nutrisi, latihan (senam), keamanan dan berhenti merokok.
- 15) Penggunaan secara aman jamu/obat-obatan tradisional yang tersedia
- 16) Mengidentifikasi penyimpangan kehamilan normal dan melakukan penanganan yang tepat termasuk merujuk ke fasilitas pelayanan yang tepat dari:
 - a) Kekurangan gizi.
 - b) Pertumbuhan janin yang tidak ade kuat.
 - c) Pre eklamsi berat dan hipertensi.
 - d) Perdarahan pervaginaan.
 - e) Kehamilan ganda pada janin kehamilan aterm.
 - f) Kelainan letak pada janin kehamilan aterm.
 - g) Kematian janin.
 - h) Adanya edema yang signifikan, sakit kepala yang berat, gangguan pandangan, nyeri epigastrium yang disebabkan tekanan darah tinggi.
 - i) Ketuban pecah sebelum waktunya.
 - j) Persangkaan polyhydramnion.
 - k) Diabetes mellitus.
 - l) Kelainan kongenital pada janin.
 - m) Hasil laboratorium yang tidak normal.
 - n) Persangkaan polyhydramnion, kelainan letak janin.
 - o) Infeksi pada ibu hamil seperti: PMS, vaginitis, infeksi saluran perkemihan dan saluran nafas

c. Keterampilan tambahan

- 1) Menggunakan Doppler untuk memantau DJJ
- 2) Memberikan pengobatan dan atau kolaborasi terhadap penyimpangan dari keadaan normal dengan

menggunakan standar lokal dan sumber daya yang tersedia.

- 3) Melaksanakan kemampuan LSS dalam manajemen pasca abortus.

5.2.3.4 Asuhan selama persalinan dan kelahiran

Pernyataan Kompetensi ke-4:

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan tempat selama persalinan, memimpin suatu persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir.

Berdasarkan pernyataan kompetensi 4 maka dapat dirumuskan pengetahuan dan keterampilan yang harus dimiliki oleh setiap bidan, yaitu:

a. Pengetahuan dasar

- 1) Fisiologi persalinan.
- 2) Anatomi tengkorak bayi, diameter yang penting dan petunjuk.
- 3) Aspek psikologis dan kultural pada persalinan dan kelahiran.
- 4) Indikator tanda-tanda mulai persalinan.
- 5) Kemajuan persalinan normal dan penggunaan partograf atau alat serupa.
- 6) Penilaian kesejahteraan janin dalam masa persalinan.
- 7) Penilaian kesejahteraan ibu dalam masa persalinan.
- 8) Proses penurunan kepala melalui pelvis selama persalinan dan kelahiran.
- 9) Pengelolaan dan penatalaksanaan persalinan dengan kehamilan normal dan ganda.
- 10) Pemberian kenyamanan dalam persalinan, seperti: kehadiran keluarga /pendamping, pengaturan posisi, hidrasi, dukungan moril, pengurangan nyeri tanpa obat.
- 11) Transisi bayi baru lahir terhadap kehidupan di luar uterus.

- 12) Pemenuhan kebutuhan fisik bayi baru lahir meliputi pernafasan, kehangatan dan pemberian ASI / PASI.
- 13) Pentingnya pemenuhan kebutuhan emosional bayi baru lahir, jika memungkinkan antara lain kontak kulit langsung, kontak mata antarbayi dan ibunya bila dimungkinkan.
- 14) Mendukung dan meningkatkan pemberian ASI eksklusif.
- 15) Menejemen fisiologi kala III.
- 16) Memberikan suntikan intramuskuler meliputi uterotonika, antibiotik dan sedativa.
- 17) Indikasi tindakan kegawatdaruratan kebidanan seperti: distrosia bahu, asfiksia neonata, retensio plasenta, perdarahan karena atonia uteri dan mengatasi renjatan.
- 18) Indikasi tindakan operatif pada persalinan misalnya gawat janin, *Cephalopelvic disproportion* (CPD).
- 19) Indikator komplikasi persalinan misalnya: perdarahan, partus macet, kelainan presentasi, eklamsia, kelelahan ibu, gawat janin, infeksi, ketuban ibu, gawat janin, infeksi, ketuban pecah dini tanpa infeksi, distocia karena inersia uteri primer, post term dan preterm serta tali pusat menumbung.
- 20) Prinsip Manajemen Kala III, secara fisiologis.
- 21) Prinsip Manajemen aktif kala III.

b. Pengetahuan tambahan

- 1) Penatalaksanaan persalinan dengan malpresentasi.
- 2) Pemberian suntikan anastesi lokal.
- 3) Akselarasi dan induksi persalinan.

c. Keterampilan dasar

- 1) Pengumpulan data yang terfokus pada riwayat kebidanan dan tanda-tanda vital ibu pada persalinan sekarang.
- 2) Melaksanakan pemeriksaan fisik yang terfokus.
- 3) Melakukan pemeriksaan abdomen secara lengkap untuk posisi dan penurunan janin.

- 4) Mencatat waktu dan mengkaji kontraksi uterus (lama, kekuatan dan frekuensi).
- 5) Melakukan pemeriksaan panggul (pemeriksaan dalam) secara lengkap dan akurat meliputi pembukaan, penurunan, bagian terendah, presentasi, posisi keadaan ketuban dan proporsi panggul dengan bayi.
- 6) Melakukan pemantauan kemajuan persalinan dengan menggunakan partagraf.
- 7) Memberikan dukungan psikologis bagi wanita dan keluarga.
- 8) Memberikan cairan, nutrisi dan kenyamanan yang kuat selama persalinan.
- 9) Mengidentifikasi secara dini kemungkinan pola persalinan abnormal dan kegawatdaruratan dengan intervensi yang sesuai dan atau melakukan rujukan dengan tepat waktu.
- 10) Melakukan amniotomi pada pembukaan servik lebih dari 4 cm sesuai dengan indikasi.
- 11) Menolong kelahiran bayi dengan lilitan tali pusat.
- 12) Melakukan episiotomi dan penjahitan, jika diperlukan.
- 13) Melaksanakan manajemen fisiologi kala III.
- 14) Melaksanakan manajemen aktif kala III.
- 15) Memberikan suntikan intramuskuler meliputi uterotonika, antibiotika dan sedativa.
- 16) Memasang infus, mengambil darah untuk pemeriksaan hemoglobin (HB) dan hematokrit.
- 17) Menahan uterus untuk mencegah terjadinya inversi uteri dalam kala III.
- 18) Memeriksa kelengkapan plasenta dan selaputnya.
- 19) Memperkirakan jumlah darah yang keluar pada persalinan dengan benar.
- 20) Memeriksa robekan vagina, serviks dan perineum.
- 21) Menjahit robekan vagina dan perineum tingkat II.
- 22) Memberikan pertolongan persalinan abnormal: letak sungsang, partus macet, kepala di dasar panggul, ketuban pecah dini tanpa infeksi, post term dan preterm.

- 23)Memperkirakan jumlah darah yang keluar pada persalinan dengan benar.
- 24)Memeriksa robekan vagina, serviks dan perineum.
- 25)Menjahit robekan vagina dan perineum tingkat II.
- 26)Memindahkan ibu untuk tindakan tambahan/kegawatdaruratan dengan tepat waktu sesuai indikasi
- 27)Memberikan lingkungan yang aman dengan meningkatkan hubungan/tali kasih ibu dan bayi baru lahir.
- 28)Memfasilitasi ibu untuk menyusui sesegera mungkin dan mendukung ASI eksklusif
- 29)Mendokumentasikan temuan-temuan yang penting dan intervensi yang dilakukan.

d. Keterampilan tambahan

- 1) Menolong kelahiran presentasi dengan penempatan dan gerakan tangan yang tepat.
- 2) Memberikan suntikan anastesi lokal jika diperlukan.
- 3) Melakukan ekstraksi forsep rendah dan vakum jika diperlukan sesuai kewenangan.
- 4) Mengidentifikasi dan mengelola malpresentasi, dorcia bahu, gawat janin dan kematian janin dalam kandungan (IUFD) dengan tepat.
- 5) Mengidentifikasi dan mengelola tali pusat menubung.
- 6) Mengidentifikasi dan menjahit robekan serviks.
- 7) Membuat resep dan atau memberikan obat-obatan untuk mengurangi nyeri jika diperlukan sesuai kewenangan.
- 8) Memberikan oksitosin dengan tepat untuk induksi dan akselerasi dan persalinan dan penanganan perdarahan post partum.

5.2.3.5 Asuhan pada ibu nifas dan menyusui

Pernyataan Kompetensi ke-5:

Bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat.

Berdasarkan pernyataan kompetensi 5 maka dapat dirumuskan pengetahuan dan keterampilan yang harus dimiliki oleh setiap bidan, yaitu:

a. Pengetahuan dasar

- 1) Fisiologi nifas.
- 2) Proses involusi dan penyembuhan sesudah persalinan / abortus.
- 3) Proses laktasi / menyusui dan teknik menyusui yang benar serta penyimpangan yang lazim terjadi termasuk pembengkakan payudara, abses, mastitis, puting susu lecet, puting susu masuk.
- 4) Kebutuhan nutrisi nifas, kebutuhan istirahat, aktivitas dan kebutuhan fisiologis lainnya seperti pengosongan kandung kemih.
- 5) Kebutuhan nutrisi bayi baru lahir.
- 6) Adaptasi psikologis ibu sesudah bersalin dan abortus.
- 7) Bonding dan attachment orangtua dan bayi baru lahir untuk menciptakan hubungan positif.
- 8) Indikator subinvolusi misalnya perdarahan yang terus menerus, infeksi.
- 9) Indikator masalah-masalah laktasi.
- 10) Tanda dan gejala yang mengancam kehidupan misalnya perdarahan pervaginaan menetap, sisa plasenta, renjatan (shock) dan preeklamsi post partum.
- 11) Indikator pada komplikasi tertentu dalam periode post partum, seperti anemia kronis, hematoma vulva, retensi urine dan incontinenasia alvi.
- 12) Kebutuhan asuhan dan konseling selam dan sesudah abortus.
- 13) Tanda dan gejala komplikasi abortus.

b. Keterampilan dasar

- 1) Mengumpulkan data tentang riwayat kesehatan yang terfokus, termasuk keterangan rinci tentang kehamilan, persalinan, dan kelahiran.

- 2) Melakukan pemeriksaan fisik yang terfokus pada ibu.
- 3) Pengkajian involusi uterus serta penyembuhan perlukaan/luka jahitan.
- 4) Merumuskan diagnosa masa nifas.
- 5) Menyusun perencanaan.
- 6) Memulai dan mendukung pemberian ASI eksklusif.
- 7) Melaksanakan pendidikan kesehatan pada ibu meliputi perawatan diri sendiri, istirahat, nutrisi dan asuhan bayi baru lahir.
- 8) Mengidentifikasi hematoma vulva dan melaksanakan rujukan bilamana perlu.
- 9) Mengidentifikasi infeksi pada ibu, mengobati sesuai kewenangan atau merujuk untuk tindakan yang sesuai.
- 10) Penatalaksanaan ibu post partum abnormal sisa plasenta, renjatan dan infeksi ringan.
- 11) Melakukan konseling pada ibu tentang seksualitas dan KB pasca persalinan.
- 12) Melakukan konseling dan memberi dukungan untuk wanita pasca absorsi.
- 13) Melakukan kolaborasi atau rujukan pada komplikasi tertentu.
- 14) Memberikan antibiotika yang sesuai.
- 15) Mencatat dan mendokumentasikan temuan-temuan dan intervensi yang dilakukan.

c. Keterampilan tambahan

- 1) Melakukan insisi pada hematoma vulva.

5.2.3.6 Asuhan pada bayi baru lahir

Pernyataan Kompetensi ke-6:

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi baru lahir sehat sampai dengan 1 bulan.

Berdasarkan pernyataan kompetensi 6 maka dapat dirumuskan pengetahuan dan keterampilan yang harus dimiliki oleh setiap bidan, yaitu:

a. Pengetahuan dasar

1. Adaptasi bayi baru lahir terhadap kehidupan di luar uterus.
 2. Kebutuhan dasar bayi baru lahir: kebersihan jalan nafas, perawatan tali pusat, kehangatan, nutrisi, bonding dan atachment.
 3. Indikator pengkajian bayi baru lahir, misalnya nilai APGAR.
 4. Penampilan dan perilaku bayi baru lahir.
 5. Tumbuh kembang yang normal pada bayi baru lahir sampai 1 bulan
 6. Memberikan imunisasi pada bayi.
 7. Masalah yang lazim terjadi pada bayi baru lahir normal, seperti: caput, molding, mongolian spot, hematoma.
 8. Komplikasi yang lazim terjadi pada bayi lahir normal seperti: hypoglikemi, hypotermi, dehidrasi, diare dan infeksi, ikterus.
 9. Promosi kesehatan dan pencegahan penyakit pada bayi baru lahir sampai 1bulan.
 10. Keuntungan dan risiko imunisasi pada bayi.
 11. Pertumbuhan dan perkembangan bayi prematur.
 12. Komplikasi tertentu pada bayi baru lahir, seperti: trauma intracranial, fraktur clavikula, kematian mendadak, hematoma.
- b. Pengetahuan tambahan
- 1) Sunat dan tindik pada bayi perempuan.
- c. Keterampilan dasar
- Membersihkan jalan nafas dan memelihara kelancaran pernafasan dan merawat tali pusat.
 - Menjaga kehangatan dan menghindari panas yang berlebihan.
 - Menilai segera bayi baru lahir seperti nilai APGAR.
 - Membersihkan badan bayi dan memberikan identitas.

- Melakukan pemeriksaan fisik yang berfokus pada bayi baru lahir dan screening untuk menemukan adanya tanda kelainan-kelainan pada bayi baru lahir yang tidak memungkinkan untuk hidup.
- Mengatur posisi bayi pada waktu menyusui.
- Memberikan imunisasi pada bayi.
- Mengajarkan pada orangtua tentang tanda-tanda bahaya dan kapan harus membawa bayi untuk minta pertolongan medik.
- Melakukan tindakan pertolongan kegawatdaruratan pada bayi baru lahir seperti: kesulitan bernafas / asphyksia, hypotermi, hypoglikemi.
- Memindahkan secara aman bayi baru lahir ke fasilitas kegawatdaruratan apabila dimungkinkan.
- Mendokumentasikan temuan-temuan dan intervensi yang dilakukan.

d. Ketrampilan tambahan

1. Melakukan penilaian masa gestasi.
2. Mengajarkan pada orangtua tentang pertumbuhan dan perkembangan bayi yang normal dan asuhannya.
3. Membantu orangtua dan keluarga untuk memperoleh sumber daya yang tersedia di masyarakat.
4. Memberikan dukungan kepada orangtua selama berduka cita yang sebagai bayi dengan cacat bawaan, keguguran atau kematian bayi.
5. Memberi dukungan kepada orangtua selama bayinya dalam perjalanan rujukan diakibatkan ke fasilitas perawatan kegawatdaruratan.
6. Memberi dukungan pada orangtua dengan kelahiran ganda.
7. Melaksanakan tindik dan sunat pada bayi perempuan.

5.2.3.7 Asuhan pada bayi dan balita

Pernyataan Kompetensi ke-7:

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi dan balita sehat (1 bulan – 5 tahun).

Berdasarkan pernyataan kompetensi 7 maka dapat dirumuskan pengetahuan dan keterampilan yang harus dimiliki oleh setiap bidan, yaitu:

a. Pengetahuan dasar

1. Keadaan kesehatan bayi dan anak Indonesia, meliputi: angka kesakitan, angka kematian, penyebab kesakitan dan kematian.
2. Peran dan tanggung jawab orangtua dalam pemeliharaan bayi dan anak.
3. Pertumbuhan dan perkembangan bayi dan anak normal serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.
4. Kebutuhan fisik dan psikososial anak.
5. Prinsip dan standar nutrisi pada bayi dan anak.
6. Prinsip-prinsip komunikasi pada bayi dan anak.
7. Prinsip keselamatan untuk bayi dan anak.
8. Upaya pencegahan penyakit pada bayi dan anak, misalnya pemberian imunisasi.
9. Masalah-masalah yang lazim terjadi pada bayi normal, seperti: gumoh /regurgitasi, diare dan lain-lain serta penatalaksanaannya.
10. Penyakit-penyakit yang sering terjadi pada bayi dan anak.
11. Penyimpangan tumbuh kembang bayi dan anak serta penatalaksanaannya.
12. Bahaya-bahaya yang sering terjadi pada bayi dan anak di dalam dan di luar rumah serta upaya pencegahannya.
13. Kegawatdaruratan pada bayi dan anak serta penatalaksanaannya.

b. Keterampilan dasar

1. Melaksanakan pemantauan dan menstimulasi tumbuh kembang bayi dan anak balita.
2. Melaksanakan penyuluhan pada orangtua tentang pencegahan bahaya-bahaya pada bayi dan anak sesuai dengan usia.
3. Melaksanakan pemberian imunisasi pada bayi dan anak.
4. Mengumpulkan data tentang riwayat kesehatan pada bayi dan anak yang terfokus pada gejala.
5. Melakukan pemeriksaan fisik yang terfokus.
6. Mengidentifikasi penyakit berdasarkan data dan pemeriksaan fisik
7. Melakukan pengobatan sesuai kewenangan, kolaborasi atau merujuk
8. Menjelaskan pada orangtua tentang tindakan dilakukan.
9. Melakukan pemeriksaan secara berkala pada bayi sesuai dengan standar yang berlaku.
10. Melaksanakan penyuluhan pada orangtua tentang pemeliharaan bayi dan anak.
11. Melaksanakan penilaian status nutrisi pada bayi dan anak.
12. Melaksanakan tindakan, kolaborasi atau merujuk secara tepat sesuai keadaan bayi dan anak yang mengalami cedera dan kecelakaan.
13. Mendokumentasikan temuan-temuan dari intervensi yang dilakukan.

5.2.3.8 Kebidanan komunitas

Pernyataan Kompetensi ke-8:

Bidan merupakan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat.

Berdasarkan pernyataan kompetensi 8 maka dapat dirumuskan pengetahuan dan keterampilan yang harus dimiliki oleh setiap bidan, yaitu:

- a. Pengetahuan dasar

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

b. Pengetahuan tambahan

1. Kepemimpinan untuk semua (KESUMA).
2. Pemasaran sosial.
3. Peran serta masyarakat (PSM).
4. Audit Maternal Perinatal. Perilaku kesehatan masyarakat.
5. Perilaku kesehatan masyarakat.
6. Program-program pemerintah yang terkait dengan kesehatan ibu dan anak (safe motherhood dan gerakan sayang ibu).
7. Paradigma sehat tahun 2010.

c. Keterampilan dasar

1. Melakukan pengelolaan pelayanan ibu hamil, nifas, laktasi, bayi balita dan KB di masyarakat.
2. Mengidentifikasi status kesehatan ibu dan anak.
3. Melakukan pertolongan persalinan di rumah dan polindes.
4. Mengelola pondok bersalin desa (POLINDES).
5. Melaksanakan kunjungan rumah pada ibu hamil, nifas dan laktasi, bayi dan balita.
6. Melakukan penggerakan dan pembinaan peran serta masyarakat untuk mendukung upaya-upaya kesehatan ibu dan anak.
7. Melaksanakan penyuluhan dan konseling kesehatan.

8. Melaksanakan pencatatan dan pelaporan.

d. Keterampilan tambahan

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

5.2.3.9 Asuhan pada ibu / wanita dengan gangguan reproduksi

Pernyataan Kompetensi ke-9:

Melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita/ibu dengan gangguan sistem reproduksi.

Berdasarkan pernyataan kompetensi 9 maka dapat dirumuskan pengetahuan dan keterampilan yang harus dimiliki oleh setiap bidan, yaitu:

a. Pengetahuan dasar

1. Penyuluhan kesehatan mengenai kesehatan reproduksi, penyakit menular seksual (PMS), HIV/AIDS.
2. Tanda dan gejala infeksi saluran kemih serta penyakit seksual yang lazim terjadi.
3. Tanda dan gejala penatalaksanaan pada kelainan ginekologi meliputi keputihan, pendarahan tidak teratur dan penundaan haid.

b. Keterampilan dasar

1. Mengidentifikasi gangguan masalah dan kelainan-kelainan sistem reproduksi.
2. Melaksanakan pertolongan pertama pada wanita/ibu dengan gangguan sistem reproduksi.

3. Melaksanakan kolaborasi dan atau rujukan secara cepat dan tepat dan wanita/ibu dengan gangguan sistem reproduksi.
4. Memberikan pelayanan dan pengobatan sesuai dengan kewenangan pada kelainan ginekologi meliputi: keputihan, perdarahan tidak teratur, dan penundaan haid.
5. Mendokumentasikan temuan-temuan dan intervensi yang dilakukan.

c. Keterampilan tambahan

1. Mempersiapkan wanita menjelang klimakterium dan menopause.
2. Memberikan pengobatan pada perdarahan abnormal dan abortus spontan (bila belum sempurna).
3. Melaksanakan kolaborasi dan atau rujukan secara tepat pada wanita/ibu dengan gangguan sistem reproduksi.
4. Memberikan pelayanan dan pengobatan sesuai dengan kewenangan pada gangguan sistem reproduksi meliputi: keputihan, perdarahan tidak teratur dan penundaan haid.

d. Pengetahuan tambahan

1. Mikroskop dan penggunaannya.
2. Teknik pengambilan dan pengiriman sediaan Pap smear.

e. Keterampilan tambahan

1. Menggunakan mikroskop untuk pemeriksaan hapusan vagina.
2. Mengambil dan proses pengiriman sediaan pap smear.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, Azrul. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Bennett, V. Ruth. 1993. *My Textbook for Midwives*. 12th ed. London: Churchill Livingstone.
- Departemen Kesehatan RI. 2002. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 900/Menkes/SK/VII/2002. Tentang Registrasi dan Praktek Bidan. Jakarta: PP Ikatan Bidan Indonesia.
- Departemen Kesehatan RI. 1995. *Konsep Kebidanan*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Dimond, Bridgit. 2002. *Legal Aspects of Midwifery*. Chelshire: Books for Midwives Press.
- Estiwati, D; Meilani, N; Widyasi, H; Widyastuti, Y. 2009. *Konsep Kebidanan*. Jogjakarta: Fitramaya.
- Hidayat, A; Mufdillah. 2009. *Catatan Kuliah, Konsep Kebidanan plus materi bidan Delima*. Jogjakarta: Mitra Cendekia
- Pusdiknakes. 2003. *Panduan Pengajaran Asuhan Kebidanan Fisiologis Bagi Dosen Diploma III Kebidanan; Buku 1 Konsep Asuhan Kebidanan*. Jakarta: Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan Depertamen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial.
- Sofyan, Mustika. 2004. *Bidan Menyongsong Masa Depan; 50 Tahun Ikatan Bidan Indonesia*. Jakarta: PP IBI
- Sofyan, Mustika. 2004. *Bidan Menyongsong Masa Depan; 50 Tahun Ikatan Bidan Indonesia*. Jakarta: PP IBI
- Syahlan, JH. 1996. *Kebidanan Komunitas*. Jakarta: Yayasan Bina Sumber Daya Kesehatan.
- Varney, Helen. 1997. *Varney's Midwifery*. 3rd ed. London: Jones and Bartlett Publishers.

BAB 6

TEORI DAN MODEL KONSEPTUAL ASUHAN KEBIDANAN

Oleh Darmiati

6.1 Pendahuluan

Sejarah kebidanan sudah ada sejak zaman dahulu seiring dengan perkembangan ilmu dan pengetahuan juga berdasarkan kebutuhan manusia yang selalu berubah (Marmi and Margiyanti, 2014). Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi pada semua aspek berperan terhadap peningkatan krisis masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, termasuk dalam bidang pelayanan kebidanan, hal ini tentunya akan menjadi tantangan bagi tenaga kesehatan khususnya profesi bidan untuk senantiasa melakukan pengembangan ilmu pengetahuan, keterampilan dan teknologi sebagai upaya untuk meningkatkan kompetensi dan menunjang sikap profesionalisme bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan sehingga dapat mewujudkan pelayanan yang berkualitas guna membantu masyarakat mencapai derajat kesehatan yang optimal (Sari, 2012).

Secara umum, teori dan konsep atau model konseptual asuhan kebidanan merupakan hal yang saling berkaitan dengan perkembangan ilmu pengetahuan. Dalam pelayanan kebidanan, untuk melaksanakan praktik kebidanan dilaksanakan berdasarkan teori-teori dari konseptual asuhan kebidanan (Asrinah, 2010). Untuk menjawab tantangan tersebut maka diperlukan teori dan model konseptual asuhan kebidanan yang akan menunjang kinerja profesi bidan serta akan mempengaruhi pelayanan kebidanan (Sari, 2012).

Model kebidanan ini merupakan tolok ukur bagi bidan dalam memberikan asuhan kebidanan pada klien sehingga akan membentuk suatu *partnership* dalam asuhan kebidanan. Dengan demikian, profesi bidan diharapkan akan ikut berperan dalam

mengurangi komplikasi dalam siklus reproduksi sehingga secara tidak langsung juga akan menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi (Sumiaty and Silfiah, 2014).

Konsep atau teori merupakan gambaran tentang objek pada suatu kejadian atau objek yang digunakan peneliti dalam memberikan gambaran fenomena sosial yang menarik perhatiannya. Teori sejatinya menjadi penjelasan dari suatu kejadian dan fenomena yang berfungsi sebagai alat untuk mengidentifikasi fenomena yang diobservasi sedangkan teori adalah jalur logika atau penalaran yang digunakan oleh peneliti untuk memberikan penjelasan hubungan pengaruh antar fenomena yang dikaji (Irianti, 2019).

6.1.1 Pengertian

a. Konsep

Penopang sebuah teori yang menjelaskan tentang suatu teori yang dapat di uji melalui observasi dan penelitian.

b. Teori

Penjelasan dari suatu kejadian atau fenomena. Proses ini memerlukan pemikiran yang membutuhkan pengetahuan.

c. Model

Model adalah peraga atau deskripsi yang dapat digunakan untuk memberikan gambaran suatu objek.

d. Kebidanan

Kebidanan merupakan suatu ilmu yang terdiri dari beberapa disiplin ilmu seperti ilmu kedokteran, keperawatan, social, prilaku, budaya, Kesehatan masyarakat, dan manajemen. Disiplin ilmu tersebut dapat diimplementasikan Ketika memberikan pelayanan kepada ibu sepanjang siklus reproduksinya. Pelayanan tersebut mencakup pendeteksian suatu keadaan patologis baik pada ibu maupun bayinya, melaksanakan kegiatan berupa pemberian edukasi seperti konseling

dan Pendidikan Kesehatan terhadap sasaran pelayanan kebidanan.

e. Model Kebidanan

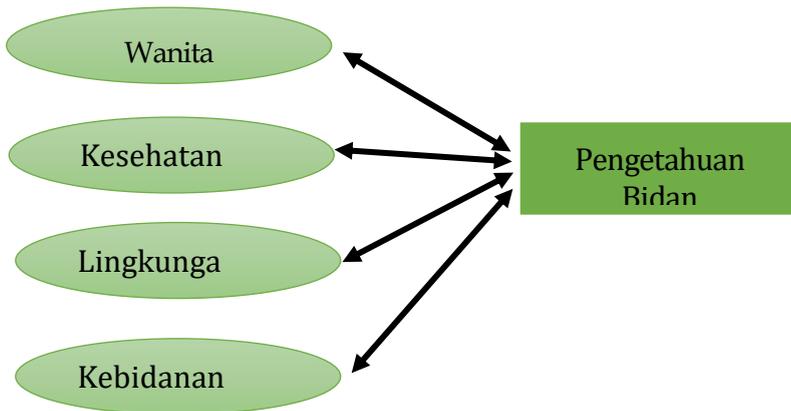
Suatu bentuk pedoman atau acuan yang merupakan Kerangka kerja seorang bidan dalam memberikan asuhan kebidanan

f. Konseptual Model

- 1) Deskripsi abstrak terkait suatu gagasan yang dapat digunakan sebagai landasan suatu ilmu.
- 2) Menunjukkan pada ide global tentang individu kelompok situasi dan kejadian yang menarik untuk suatu ilmu. Konseptual model biasanya berkembang dari wawasan intuitif, keilmuan dan seringkali disimpulkan dalam kerangka acuan disiplin ilmu yang bersangkutan sehingga konseptual model memberikan gambaran abstrak atau ide yang mendasari suatu disiplin ilmu.
- 3) Model memberi kerangka untuk memahami dan mengembangkan praktik untuk membimbing tindakan dalam pendidikan untuk mengidentifikasi pertanyaan yang harus dijawab dalam penelitian titik konsep model ditunjukkan dengan banyak cara yaitu mental model, *physical* model dan simbolik (Estiwidani, Dwiana., 2009).

6.1.2 Konseptual Model Kebidanan

Dalam memberikan suatu gambaran tentang pelayanan dalam praktik kebidanan dan memberi jawaban atas pertanyaan apa yang merupakan praktik kebidanan.



Gambar 1 : Konsep Sentral Pelayanan Kebidanan
(Sumber : (Mufdlilah, Hidayat and Kharimaturrahmah, 2012)

Model dalam kebidanan berdasarkan pada empat elemen yaitu:

1. Orang (wanita, Ibu, pasangan, dan orang lain)
2. Kesehatan
3. Keadaan sekitar
4. Kebidanan

6.1.3 Kegunaan Model

- a. Untuk memberikan gambaran terhadap beberapa aspek (konkrit maupun abstrak) dengan mengartikan persamaannya seperti struktur gambar diagram dan rumus. Model memiliki perbedaan terhadap teori dan tidak menetapkan fokus pada hubungan kedua fenomena tersebut, akan tetapi lebih mengarah pada

struktur dan fungsi. Sebuah model intinya analogi atau gambar simbolik sebuah gagasan.

- b. Merupakan gagasan mental yang menjadi bagian teori yang memberikan sumbangsih bantuan ilmu sosial dalam menetapkan konsep dan memberikan persamaan aspek-aspek pada proses sosial.
- c. Memberikan deskripsi sebuah fenomena, deskripsi atau ilustrasi abstrak yang tidak memiliki bentuk sehingga banyak digunakan dalam disiplin ilmu lain sebagai tolok ukur garis besar praktik (Jannah, 2011).

6.1.4 Kegunaan Model Kebidanan

- a. Menyatukan data secara lengkap
 - 1) Tindakan sebagai sumbangsih dalam komunikasi yang terjadi diantara bidan maupun pimpinan
 - 2) Dalam pendidikan dilakukan untuk mengintegrasikan program atau rencana belajar
 - 3) Sebagai salah satu alat untuk melakukan komunikasi antara bidan dengan pasien.
- b. Memberikan penjelasan terkait siapa itu bidan, apa yang dikerjakan, keinginan dan kebutuhan untuk:
 - 1) Perkembangan profesi
 - 2) Memberikan Pendidikan pada siswa bidan
 - 3) Sarana komunikasi dengan pasien dan pimpinan (Heryani, 2011)

6.2 Model Konseptual Asuhan Kebidanan

Model konseptual adalah model karakterisasi suatu gagasan, sedangkan model asuhan kebidanan adalah bentuk panduan atau referensi yang menjadi pola pikir seorang bidan dalam melaksanakan pelayanan atau asuhan kebidanan. Model ini memiliki beberapa unit penting yaitu ibu dalam keluarga, konsep kebutuhan, *Partnership*, faktor kedokteran dan keterbukaan. Asuhan kebidanan yang diberikan oleh bidan dipengaruhi oleh

filosofi yang dianut bidan meliputi unsur-unsur yang terdapat dalam paradigma kesehatan (Rukiyah, 2011) .

6.2.1 Model Asuhan Kebidanan

Berikut ini beberapa model asuhan kebidanan:

a. *Medical* model

Merupakan salah satu model yang dikembangkan untuk membantu manusia dalam memahami proses sehat sakit dalam arti kesehatan. Tujuannya adalah sebagai kerangka atau fondasi kerja dari praktik praktik kebidanan yang sudah meresap di masyarakat. meliputi proses penyakit, pemberian tindakan, dan komplikasi dari penyakit atau tindakan. Tahapan yang terjadi pada model *medical* diantaranya seperti:

- 1) Berorientasi pada sebuah penyakit dan filosofi asuhan kebidanan.
- 2) Bidan dapat berperan sebagai kontrol dalam mempercepat proses yang berjalan secara ilmiah.
- 3) Memahami individu dari aspek biologis.
- 4) Bidan memiliki orientasi sebagai upaya kuratif terhadap penyakit.
- 5) Terdapat pemisah antara manusia dan lingkungan sehingga harus lebih memprioritaskan Kesehatan individu.
- 6) Spesialis asuhan yang dapat memprioritaskan teknologi.
- 7) Dokter memiliki peran yang aktif dibandingkan peran yang dilakukan oleh pasien.
- 8) Fokus terhadap keadaan klien.

Ada tiga komponen yang menjadi determinasi dari model ini, yaitu :

- 1) Pengelolaan hidup yang natural.
- 2) Proses kehidupan manusia.
- 3) Penafsiran tentang penyakit yang pada dasarnya merupakan suatu keadaan yang tidak dapat

terpisah dari lingkungan fisik dan lingkungan sosial seorang manusia.

b. Model sehat untuk semua

Model ini merupakan gagasan oleh WHO dalam deklarasi Alma Atta pada tahun 1978. Inti pelayanan ditunjukkan terhadap sasaran pelayanan kebidanan mulai dari individu hingga masyarakat serta sebagai media komunikasi oleh tenaga Kesehatan khususnya para bidan yang berasal dari negara lain. Tema *health for all* menurut Euis dan Simmet (1992) yaitu:

- 1) Menurunkan kesenjangan kesehatan
- 2) Melakukan upaya *promotive* dan *preventif* sebagai salah satu upaya yang dilakukan untuk memperbaiki derajat kesehatan.
- 3) Partisipasi komunitas.
- 4) Bentuk kolaborasi yang baik antara pemerintah dengan sektor lain.
- 5) *Primary Health Care* (PHC) merupakan dasar pelayanan yang primer pada sistem pelayanan khususnya pada bidang kesehatan.

c. Model partisipasi

Merupakan partisipasi ibu dalam melakukan interaksi dengan tenaga kesehatan pada tingkat individual maupun tingkat masyarakat. Kunci utama dalam aspek partisipasi diantaranya:

- 1) Bantuan diri dimana melibatkan pasien secara aktif dalam proses asuhan yang diberikan.
- 2) Bersikap profesional dan tidak medikalisasi.
- 3) Demokrasi dengan melibatkan pasien dalam melakukan pengambilan keputusan.

6.2.2 Model Konseptual Asuhan Kebidanan

Berikut ini beberapa model konseptual asuhan kebidanan menurut :

a. Midwifery Care

Midwifery Care atau yang berarti asuhan kebidanan merupakan penerapan fungsi dan kegiatan yang mempunyai kebutuhan atau masalah dalam bidang kesehatan ibu hamil masa persalinan dan nifas bayi baru lahir serta Keluarga Berencana. Seorang bidan harus:

- 1) Memberikan *support* terhadap keterkaitan antara fisik, psikis dan lingkungan serta kultur sosial.
- 2) Memiliki pendapat bahwa Sebagian besar wanita bersalin akan melahirkan secara normal tanpa intervensi tambahan yang tidak sesuai dengan keadaannya.
- 3) Memberikan dukungan untuk meningkatkan persalinan secara normal.
- 4) Melakukan pemecahan masalah yang berlandaskan tentang keterampilan dan seni yang sesuai dengan disiplin ilmu.
- 5) Memiliki kekuasaan yang berlandaskan tanggung jawab yang dilakukan secara bersama dalam Tindakan untuk mengambil keputusan sehingga wanita memiliki otoritas terhadap keputusan akhir berkaitan dengan dirinya.
- 6) Memiliki Batasan berupa regulasi dan area praktik
- 7) Memiliki prinsip *women care*.

Model *midwifery care* dilakukan berdasarkan pada prinsip-prinsip sayang ibu. beberapa prinsip asuhan kebidanan tersebut antara lain seperti:

- 1) Memahami bahwa kelahiran seorang anak merupakan sebuah proses yang alamiah dan fisiologis.
- 2) Menggunakan cara sederhana dan tidak melakukan intervensi tambahan tanpa adanya indikasi.

- 3) Bersifat aman berdasarkan bukti dan memberi bantuan demi keselamatan ibu maupun bayi.
- 4) berfokus pada ibu dan tidak berfokus pada pemberian layanan kesehatan atau lembaga.
- 5) Mampu menjaga kerahasiaan ibu.
- 6) Membantu ibu agar dapat merasa nyaman, *safety*, dan memberikan dukungan secara psikologis.
- 7) Memastikan bahwa seorang ibu mampu memperoleh informasi, penjelasan, dan konseling yang cukup sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.
- 8) Memberikan dorongan kepada ibu dan keluarga agar menjadi peserta aktif dalam membuat keputusan setelah mendapatkan penjelasan mengenai asuhan yang akan diberikan kepada mereka.
- 9) Mampu menghormati praktik-praktik adat dan keyakinan agama masing-masing.
- 10) Melakukan pemantauan kesejahteraan fisik psikologis dan spiritual dan sosial terhadap ibu dan keluarganya selama masa persalinan.
- 11) Memberikan fokus perhatian terhadap peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit.

b. Paradigma Sehat

Paradigma sehat merupakan cara pandang, pola pikir atau model pembangunan kesehatan yang melihat masalah kesehatan saling berkaitan dengan banyak faktor yang bersifat lintas sektor upaya dibentuknya paradigma sehat untuk meningkatkan pemeliharaan dan perlindungan kesehatan titik paradigma sehat lebih menekankan pada upaya promotif dan preventif. Paradigma sehat merupakan model dalam pembangunan kesehatan

yang dapat dijadikan dalam asuhan kebidanan dengan alasan sebagai berikut:

1. Membantu masyarakat dalam mengubah cara pandang tentang kesehatan termasuk kesehatan reproduksi Selain itu paradigma sehat juga akan memotivasi masyarakat untuk menjadi *independent* dan memiliki kesadaran pentingnya upaya peningkatan dan pencegahan.
2. Paradigma sehat adalah salah satu upaya yang dilakukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang dapat dilihat dari angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB).
3. Paradigma Kesehatan merupakan sebuah gerakan nasional yang harus dijadikan sebagai modal dan acuan.

Paradigma sehat mampu memberikan perubahan sikap, orientasi, dan mindset yang dimiliki oleh masyarakat. pada hakekatnya kesehatan dapat diartikan sebagai sesuatu yang yang terjadi dengan sendirinya.

c. *Women Centre Care*

Merupakan model konseptual yang memfokuskan untuk memberikan *support* pada setiap wanita sebagai upaya mendapatkan persamaan status di lingkungan masyarakat sehingga mampu memilah dan menetapkan keputusan terkait perawatan terhadap dirinya. Sebuah riset yang sudah dilakukan oleh badan *House of commons Health Commite* pada tahun 1992, diperoleh hasil bahwa terdapat keinginan yang lebih banyak pada kelompok wanita untuk menetapkan pilihan yang lebih besar. Untuk menetapkan jenis pelayanan kebidanan atau maternitas para wanita kadang merasa frustrasi

karena tidak bisa memberikan fasilitas terhadap anak yang telah dilahirkan. Hal ini menunjukkan pentingnya asuhan yang berorientasi pada wanita sehingga wanita memiliki peran dalam menentukan setiap pilihannya agar merasa puas dan mampu memenuhi kebutuhannya.

Sesuai dengan *International Confederation of Midwifery (ICM) Women Center Care* memiliki visi yaitu:

1. Bidan memberikan pelayanan pada wanita yang memerlukan asuhan kebidanan.
2. Bidan mempunyai independensi sebagai pelaksana asuhan yang selalu menghargai kerjasama anggota kerja dalam melaksanakan pelayanan kebidanan berdasarkan kebutuhan individu, kelompok maupun keluarga.
3. Pemegang kunci dalam menetapkan layanan asuhan di masa selanjutnya termasuk pelayanan kesehatan terutama pada masyarakat, baik untuk seluruh wanita dan keluarga.
4. Bidan berkolaborasi dengan wanita dalam memberikan pelayanan yang sesuai dengan keinginan perempuan.

Untuk dapat memberikan asuhan atau pelayanan kebidanan yang baik maka seorang bidan harus mengetahui dan mampu melakukan beberapa hal sebagai berikut:

1. Melakukan intervensi yang bersifat efektif dan efisien.
2. Memberikan pelayanan yang bersifat kompleks.
3. Memberikan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.
4. Mampu melakukan semua tindakan yang sesuai standar kewenangan dan kompetensi.
5. Memberikan asuhan yang nyaman, aman, logis dan berkualitas.

6. melaksanakan asuhan sayang ibu.

6.3 Teori Model Kebidanan

Teori merupakan kumpulan konsep yang dilakukan untuk memberikan penjelasan terkait suatu keadaan. Berikut ini teori model kebidanan adalah:

1. Roper, Logan dan Tierney *Activity of Living Model*
Model yang dipengaruhi oleh Virginia Henderson Model. Terdiri dari empat elemen:
 - a. Tentang kehidupan
 - b. Kegiatan kehidupan
 - c. Ketergantungan atau keadaan independent pada individu
 - d. Faktor yang berhubungan dengan aktivitas individuDalam model ini ditemukan ada 12 jenis kebutuhan manusia yang merupakan proses kehidupan yaitu:
 - a. Memberikan pertahanan lingkungan yang *safety*.
 - b. Komunikasi
 - c. Bernafas
 - d. Makanan dan minuman
 - e. Eliminasi
 - f. Pakaian dan *personal hygiene*.
 - g. Termoregulasi
 - h. Pergerakan
 - i. Bekerja
 - j. Bermain
 - k. Seks
 - l. Kebutuhan istirahat
2. Rosemary Methuen
Merupakan implementasi dari Oreo dan dan Anderson yang merupakan contoh terhadap asuhan kebidanan di mana dalam sistem perawatan ada 5 metode pemberian bantuan yaitu:
 - a. Mengerjakan Klien
 - b. Memberikan bimbingan pada klien

- c. Memberikan dorongan klien (secara fisik dan psikologis)
 - d. Menyediakan lingkungan yang mampu memberikan dukungan terhadap kemampuan klien dalam melakukan pemenuhan kebutuhan sekarang dan masa yang akan datang.
 - e. Mengajarkan klien
 - Peran bidan adalah mengidentifikasi masalah klien dan melakukan sesuatu untuk membantu klien untuk memenuhi kebutuhannya.
3. Roy Adaption Model
- Pelopop model asuhan ini adalah suster Callista Roy (1960), sebagai makhluk biologis, psikologis, dan social yang berhubungan dengan lingkungan. Dikatakan terdapat tiga macam stimulasi yang dapat memberikan pengaruh terhadap adaptasi kesehatan dari individu, yaitu:
- a. *Focal stimuli* yaitu stimuli dari lingkungan yang berada di sekitar individu, contohnya: kesehatan bayi akan memberikan pengaruh kepada ibu yang baru saja melaksanakan fungsinya
 - b. Kontekstual stimuli yaitu faktor faktor umum yang mempengaruhi wanita. contohnya : keadaan kehidupan yang tidak baik.
 - c. *Residual stimuli* yaitu faktor non eksternal yang meliputi kepercayaan, pengalaman dan sikap.
4. Neman *System* Model
- Yaitu model yang merupakan awal dari kesehatan individua tau wanita dan masyarakat/komunitas atau sistem klien yang digambarkan sebagai pusat energi yang dikelilingi oleh garis kekuatan dan pertahanan.
- a. Pusatnya adalah variabel fisiologis, *psychologist*, sosial kultural dan spiritual.
 - b. Garis kekuatan adalah kemampuan sistem klien untuk mempertahankan keseimbangan tubuh.

- c. Garis pertahanan menunjukkan status kesehatan umum dari individu.

6.4 Teori-Teori Yang Mempengaruhi Model Kebidanan

Sejarah kebidanan telah ada sejak dahulu dan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan serta menyesuaikan dengan kebutuhan masyarakat. Berdasarkan teori yang telah ada tercipta sebuah model pelayanan kebidanan yang sesuai dengan filosofi kebidanan baik dari segi bidan sebagai tenaga profesi maupun perempuan dan keluarga sebagai fokus sasaran pelayanan/asuhan kebidanan (Sari, 2012).

Bidan sebagai seorang pekerja profesional membutuhkan suatu pandangan, metode kerja standar waktu pelayanan dan lainnya dalam memberikan pelayanan untuk menjalankan tugas dan praktiknya. Dalam memberikan asuhan kebidanan diperlukan suatu model sebagai acuan seorang bidan dalam memberikan asuhan pelayanan kepada klien. model dan teori dari toko Kebidanan di masa sebelumnya dapat dijadikan sebagai acuan dalam memberikan asuhan kebidanan yang baik dan benar serta dapat diterima dengan baik oleh masyarakat (Irianti, 2019). Berikut ini teori-teori yang berhubungan dengan praktik kebidanan antara lain:

6.4.1 Teori Reva Rubin (Pencapaian peran Ibu)

Reva Rubin adalah seorang Professor Keperawatan maternitas pada Universitas program doctoral di USA. Dalam teorinya, Rubin mengembangkan penelitian dan teori yang memiliki fokus pada kesehatan ibu dan anak khususnya pada ibu bersalin. melakukan penelitian dan pengamatan selama lebih dari 20 tahun dengan menggunakan lebih dari 6000 responden. Tujuan penelitian yang dilakukan oleh Rubin adalah untuk mengidentifikasi bagaimana seorang wanita dalam mencapai peran menjadi seorang ibu beserta Intervensi yang mempengaruhinya, baik yang bersifat

membantu maupun menghambat serta memberi efek positif dan negatif.

Teori ini menekankan pada proses pencapaian peran sebagai seorang ibu. Untuk mencapai hal tersebut maka seorang wanita memerlukan proses belajar yang panjang. Proses belajar tersebut dapat dicapai dengan melaksanakan serangkaian kegiatan aktivitas. Dengan demikian jika seorang wanita terutama calon ibu akan dapat dengan mudah memahami peran yang akan mereka lakukan sehingga diharapkan seorang wanita mampu menyesuaikan diri dengan perubahan yang terjadi terutama perubahan psikososial selama masa kehamilan dan setelah persalinan.

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan bantuan dari para siswa bidan. data yang digunakan merupakan data primer yang dikumpulkan melalui wawancara secara langsung dan melalui telepon Yang berlangsung selama 1-4 jam. Dalam penelitian ini subjek yang digunakan didapatkan pada klinik antenatal dan postnatal. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rubin mengemukakan bahwa proses pencapaian peran ibu dimulai pada saat kehamilan sampai pada masa *postpartum* atau 6 bulan setelah persalinan.

Rubin mengemukakan bahwa seorang perempuan sejak masa kehamilan Memiliki harapan sebagai berikut:

1. Memastikan kesejahteraan ibu dan bayi serta keselamatan secara fisik.
2. Memastikan penerimaan masyarakat terutama orang yang sangat berarti bagi ibu dan bayi.
3. Penentuan gambaran identitas diri.
4. Mengerti tentang arti memberi dan menerima

Menurut Josten (1981) dalam Sumiaty (2014), Tujuan perawatan selama kehamilan dan setelah persalinan dijelaskan lebih lanjut sebagai berikut:

1. Memastikan kesehatan dan keselamatan secara fisik ibu dan bayi.
2. Penerimaan masyarakat terutama orang-orang yang sangat berarti bagi ibu dan bayi.

3. Kedekatan dengan bayi
4. Pemahaman lain tentang hal-hal yang harus dimiliki untuk menjadi seorang ibu.

Berikut ini beberapa perubahan yang umum terjadi pada perempuan pada masa kehamilan antara lain:

1. Pada umumnya akan bergantung dan cenderung membutuhkan perhatian yang lebih sehingga calon ibu Akan mencapai perannya dan memiliki perhatian terhadap perkembangan janin di dalam kandungannya.
2. Seorang perempuan sebagai calon ibu memerlukan sosialisasi.

Selain hal di atas, Rubin juga mengungkapkan kehamilan seorang wanita memiliki arti dan efek Terhadap pasangannya yaitu:

1. Seorang suami merasakan perubahan tubuh yang terjadi pada istri pada akhir kehamilan sampai tiga bulan setelah bersalin.
2. Terjadi perubahan baik secara fisik dan psikososial pada suami selama masa kehamilan.
3. Adanya pemahaman bahwa anak yang telah dilahirkan merupakan perpaduan dari dua perbedaan yang ada yaitu hubungan istri dengan suami, hubungan ibu dengan janin yang berada dalam rahimnya, dan hubungan individu satu dengan individu lain yang unik.
4. Seorang wanita tidak pernah menjadi Sendiri Lagi.
5. Adanya tambahan tugas yang harus dilakukan oleh seorang ibu atau pasangan selama kehamilan.
6. Adanya reaksi umum yang menyertai selama masa kehamilan.

Dalam proses tersebut terdapat tiga aspek penting dalam proses pelaksanaan peran ibu yaitu sebagai berikut

1. *Ideal Image*

Merupakan sebuah gambaran ideal/ positif mengenai seorang perempuan yang telah berhasil melaksanakan perannya sebagai seorang ibu yang baik. gambaran ini

mencakup semua ide yang dimiliki oleh perempuan itu sendiri tentang sikap dan aktivitas yang dilakukan sebagai seorang ibu. seorang ibu muda akan mempunyai seorang ibu lain yang dapat dijadikan sebagai model atau contoh dalam melaksanakan peran sebagai ibu.

2. *Self Image*

Merupakan gambaran mengenai sikap perempuan dalam melihat dirinya sendiri yang dihasilkan melalui pengalaman yang dimilikinya atau dengan kata lain digunakan untuk menggambarkan tentang keadaan dirinya.

3. *Body Image*

Merupakan gambaran yang berhubungan dengan perubahan fisik dan perubahan spesifik lain yang terjadi selama masa kehamilan dan masa setelah bersalin.

Gambaran tersebut merupakan perubahan tubuh yang terjadi.

Menurut Rubin dalam (Sumiaty and Silfiah, 2014), terdapat lima langkah yang melekat dalam pencapaian gambaran wanita terhadap dirinya, yaitu:

1. *Mimicry* (Peniruan).

Dalam tahap ini seorang wanita akan mulai mengikuti perilaku wanita lain (yang pernah hamil). Dengan melakukan observasi berupa melihat, mendengar dan merasakan pengalaman menjadi seorang ibu. Misalnya apa yang dapat dilakukan ketika persalinan, bagaimana pertumbuhan dan perkembangan bayi pada hari pertama dan lain sebagainya.

2. *Role Play* (Bermain Peran)

Pada tahap ini seorang wanita dengan sengaja mulai belajar menciptakan kondisi di masa yang akan datang. Misalnya mulai berlatih Bagaimana cara merawat bayi, menjadi pengasuh anak untuk anak temannya, dan lainnya.

3. *Fantasy* (Mengkhayal atau Membayangkan peran)

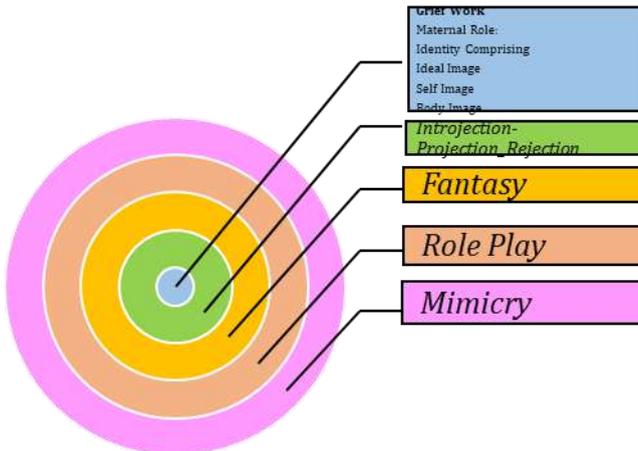
Pada tahap ini seorang wanita akan mulai berfantasi terhadap dirinya di masa depan. Misalnya seperti apa proses persalinan nanti, baju apa yang akan dikenakan bayinya dan lainnya.

4. *Introjection-Projection-Rejection* (pengolahan pesan atau wanita membedakan model-model yang sesuai dengan pendapatnya)

Pada tahap ini seorang wanita mulai mengolah pesan dan membandingkan gambaran ideal tentang seorang ibu di lain dengan keadaan dirinya sendiri. Pada fase ini ada dua proses yang dapat terjadi yaitu proses penerimaan dan proses penolakan. Misalnya nya saat ibu akan memandikan bayi di rumahnya dia akan melakukan berdasarkan apa yang dipelajari di rumah sakit atau di tempat lain.

5. *Grief-Work* (Evaluasi)

Pada tahap ini seorang wanita mulai mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan di masa sebelumnya dan mulai menghilangkan tindakan lain yang yang dianggap sudah tidak tepat.



Gambar. 2 : Proses Pelaksanaan Peran Ibu menurut Robin
(Sumber : Sumiaty and Silfiah, 2014)

Berikut ini merupakan tahap aktivitas penting yang dilalui oleh seorang wanita sebelum menjadi Ibu yaitu:

1. *Taking On* (tahap *mimicry*, dan *role play*)

Pada tahap ini wanita melakukan peran ibu dan dikenal sebagai tahap meniru dengan cara melihat, mendengar dan melaksanakan pengalaman menjadi seorang ibu Bahkan telah mencoba bermain peran.

2. *Taking In*

Pada tahap ini seorang wanita bukan hanya meniru tetapi sudah mulai membayangkan peran yang kelak akan dilakukan di masa yang akan datang.

3. *Letting Go*

Pada tahap ini seorang wanita mulai mengingat kembali hal-hal yang berhubungan dengan peran yang telah dilakukan sebelumnya dan mulai melepaskan peran yang tidak lagi sesuai untuk dilakukan.

Ketiga tahap tersebut terjadi pada saat adaptasi psikososial di masa *postpartum*. Periode *postpartum* dapat menimbulkan gangguan emosional berupa stres terhadap ibu baru bahkan dapat lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang lebih parah. Adapun tahap psikososial yang pada umumnya dilalui oleh calon ibu untuk mencapai perannya antara lain:

1. *Anticipatory stage*

Tahap ini ibu mulai melaksanakan latihan peran dan memerlukan interaksi terhadap anak yang lain

2. *Honeymoon Stage*

Tahap ini ibu mulai memiliki pemahaman sepenuhnya tentang peran dasar yang kelak akan di jalannya Dan memerlukan bantuan dari anggota keluarga yang lain.

3. *Plateu Stage*

Tahap ini ibu akan mulai mencoba melakukan peran sebagai ibu. Dibutuhkan waktu beberapa minggu agar ibu

mampu melanjutkan sendiri Untuk mencapai peran yang maksimal

4. *Disengagement*

Tahap ini ini merupakan bagian akhir penyelesaian dalam melaksanakan peran yang dilakukan oleh seorang ibu.

6.4.2 Teori Ramona T. Mercer (Stress *Antepartum* dan Pencapaian peran Ibu)

Mercer merupakan salah satu murid Reva Rubin. Sebagai seorang perawat, Mercer telah banyak menghasilkan karya ilmiah yang terdiri dari 4 buku dan lebih dari 55 artikel. Selama 30 tahun berkarir Mercer melakukan dua penelitian penting. Mercer mengidentifikasi seorang perempuan yang berada pada awal *postpartum* akan menunjukkan bahwa perempuan lebih mendekatkan diri kepada bayinya dibandingkan dengan melakukan tugasnya sebagai seorang ibu. Oleh karena itu dalam teorinya Mercer lebih menekankan pada stres antepartum dan pencapaian peran ibu (Afiyah *et al.*, 2020).

1. Efek stres *antepartum*

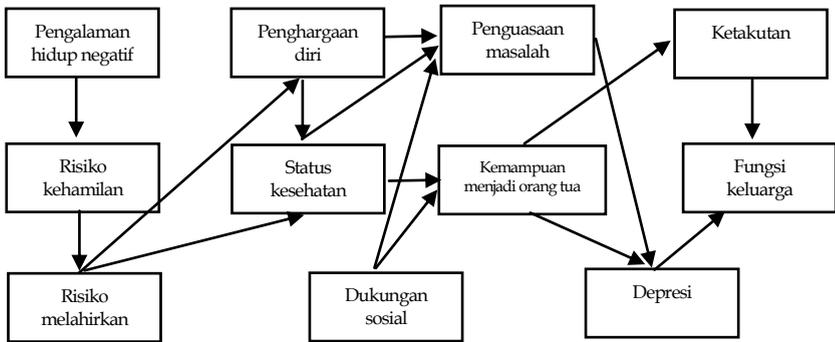
Stres *antepartum* merupakan salah satu komplikasi yang dapat terjadi pada masa kehamilan dan dapat menjadi pengalaman negatif dalam hidup seorang perempuan. Asuhan yang diberikan pada tahap ini bertujuan untuk memberikan dukungan selama masa kehamilan sehingga membantu ibu memiliki percaya diri. Dalam penelitiannya mengemukakan 6 faktor yang berhubungan dengan status kesehatan ibu yaitu :

- a. Hubungan interpersonal
- b. Peran keluarga
- c. Stres *antepartum*
- d. Dukungan sosial
- e. Rasa percaya diri
- f. Penguasaan rasa takut, ragu, dan depresi

Adapun hubungan antara variabel tersebut adalah sebagai berikut:

- 1) Stress yang diakibatkan peristiwa lalu yang tidak menyenangkan dan risiko kehamilan yang diperkirakan memiliki efek negatif terhadap harga diri dan status kesehatan.
- 2) Status kesehatan, status kesehatan, dan dukungan sosial yang diperkirakan memiliki efek positif terhadap kontrol diri.
- 3) Kontrol diri diperkirakan memiliki efek negatif terhadap psikolog seperti kegelisahan dan depresi pada ibu yang akhirnya juga memberi efek negatif terhadap fungsi keluarga.

Pada tahun 1988, Mercer mengemukakan hasil risetnya tentang efek stres antepartum terhadap fungsi keluarga di mana diperoleh bahwa variabel-variabel mempunyai efek negatif atau positif terhadap fungsi keluarganya. Mercer kemudian melakukan percobaan terhadap model efek stres *antepartum* terhadap fungsi keluarga para wanita yang dirawat di unit pelayanan Kesehatan seperi di RS dengan risiko atau komplikasi kehamilan kemudian membandingkan dengan kelompok wanita yang memiliki kehamilan dengan risiko rendah. Hasil penelitian didapatkan bahwa wanita dengan kehamilan risiko tinggi mengalami fungsi keluarga yang kurang optimal dibandingkan dengan wanita dengan kehamilan resiko rendah.



Gambar 3 : Skema hubungan stress *antepartum* dan fungsi keluarga menurut Mercer (sumber : Asrinah, 2010)

2. Pencapaian Peran Ibu

Pencapaian peran ibu merupakan sebuah proses interaksi dan perkembangan yang terjadi pada suatu kurun waktu. Dalam proses tersebut akan terjalin ikatan kasih sayang dengan bayinya. Menjadi seorang ibu berarti mengambil sebuah identitas baru yang mencakup suatu pemikiran kembali secara menyeluruh dan mendefinisikan kembali mengenai dirinya sendiri. Untuk mencapai peran tersebut dibutuhkan kompetensi dalam mengembang tugas pengasuhan yang terlibat dalam peran tersebut. Pengambilan peran akan melibatkan interaksi aktif dari pengambil peran dan partner setiap respon terhadap isyarat dari orang lain dapat mengubah perilaku tergantung dari respon orang lain. Menurut Mercer ada 4 tahapan dalam pelaksanaan pencapaian peran ibu yaitu:

1. *Anticipatory*

Sebelum menjadi ibu, seorang wanita akan mulai melakukan penyesuaian sosial dan psikologi terhadap peran barunya dengan mempelajari

segala sesuatu yang dibutuhkan untuk menjadi seorang ibu.

2. Formal

Pada tahap ini seorang wanita akan mulai memasuki peran ibu yang sebenarnya sehingga masih membutuhkan bimbingan peran sesuai dengan kondisi sistem sosialnya.

3. Informasi

Pada tahap ini seorang perempuan sudah menemukan jalan yang unik dalam melaksanakan peran barunya sebagai seorang ibu.

4. Personal

Merupakan dimana seorang perempuan sudah mampu dan mahir melakukan perannya sebagai seorang ibu.

Sebagai perbandingan teori Rubin dan teori Mercer, menurut Rubin, peran Ibu dimulai sejak pada masa kehamilan sampai 6 bulan setelah persalinan sedangkan menurut Mercer peran ibu dimulai setelah bayi lahir sampai 7 bulan *post partum*.

Faktor-faktor yang mempengaruhi perempuan dalam pencapaian peran Ibu antara lain:

1. Faktor ibu

- a. Usia Ibu pada saat melahirkan anak pertama.
- b. Persepsi Ibu pada saat melahirkan pertama kali.
- c. Stres sosial
- d. Dukungan sosial
- e. Konsep diri
- f. Kepribadian
- g. Sikap dalam membesarkan anak.
- h. Status kesehatan ibu

2. Faktor bayi

- a. Temperamen
- b. Kesehatan bayi

3. Faktor lainnya

- a. Latar belakang etnik atau budaya

- b. Status perkawinan
- c. Status sosial ekonomi

Selain faktor di atas, terdapat 4 faktor lain yang mendukung peran seorang ibu yaitu sebagai berikut:

1. *Emotional support*, merupakan sebuah perasaan mencintai penuh perhatian rasa percaya dan pengertian.
2. *Informational support*, merupakan sebuah tindakan memberikan informasi yang sesuai dengan kebutuhan ibu sehingga dapat membantu ibu untuk menolong dirinya sendiri.
3. *Physical support* merupakan tindakan memberikan pertolongan langsung kepada Ibu misalnya membantu ibu dalam merawat bayi dan memberikan dukungan secara finansial..
4. *Appraisal support*, memungkinkan seorang wanita mampu mengevaluasi diri sendiri dalam pencapaian peran ibu.

6.4.3 Teori Ernestine Wiedenbach

Ernestine Adalah seorang perawat kebidanan lulusan Fakultas Kedokteran Universitas ialah yang tertarik pada masalah keperawatan maternitas yang terfokus pada keluarga. Selain memiliki pengalaman sebagai perawat, Ernestine yang juga menghasilkan beberapa buku dan memiliki peran aktif dalam penelitian para ahli filsafat. Salah satu buku yang dihasilkan merupakan kolaborasi dengan salah satu filsuf Dickoff dan James tahun 1960 yang berjudul "*Family Centered Maternity Nursing*".

Menurut Ernestine, terdapat 5 konsep yang mempengaruhi proses keperawatan yaitu:

1. *The Agent* meliputi perawat, bidan, dan tenaga kesehatan lainnya.

Filosofi yang dikemukakan oleh Ernestine yaitu mengenai kebutuhan ibu dan bayi yang terus

berkembang menjadi lebih luas sampai kebutuhan untuk persiapan menjadi orang tua.

2. *The Recipient* (penerima) meliputi wanita, keluarga, dan masyarakat.

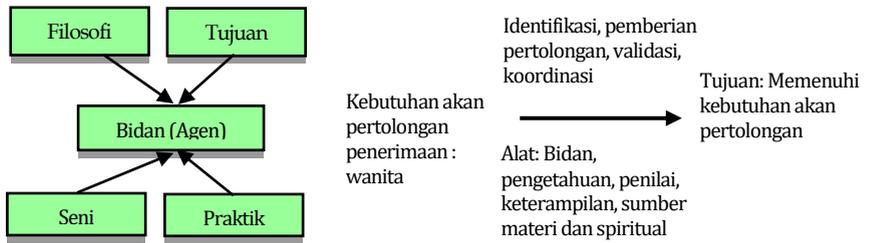
Individu penerima harus dipandang sebagai seseorang yang kompeten dan mampu melakukan segala sesuatu dengan sendirinya.

3. *The Goal/Purpose* merupakan tujuan dari pelayanan. Tujuan dari proses keperawatan yang dilakukan adalah untuk memberikan bantuan kepada orang yang membutuhkan. Tenaga kesehatan harus mampu melakukan identifikasi terhadap kebutuhan pasien yang terlihat melalui perilakunya. Bidan akan memberikan asuhan sesuai dengan kebutuhan tiap individu dengan memperhatikan keadaan fisik, emosional dan fisiologis.

4. *The Mean* merupakan metode yang digunakan untuk mencapai tujuan.

Untuk mencapai tujuan, seorang bidan harus memiliki pengetahuan, keadilan dan keterampilan. Ada empat tahapan metode yang dapat digunakan untuk mencapai tujuan asuhan kebidanan:

- a. Memerlukan keterampilan dan ide untuk mengidentifikasi kebutuhan klien (*identification*).
 - b. Memberikan dukungan dalam mencapai pertolongan yang dibutuhkan (*ministration*).
 - c. Memberikan bantuan sesuai dengan kebutuhan (*validation*).
 - d. Melakukan koordinasi sitenaga yang ada untuk memberikan bantuan (*coordination*).
5. *The Framework* (kerangka kerja) Meliputi organisasi sosial, lingkungan dan profesional.



Gambar 4. : Bagan Model Ernestine mengenai Praktik Asuhan (Kebidanan)
(sumber : Marmi and Margiyanti, 2014)

6.4.4 Teori Ela Joy Lehrman dan Morten

Teori ini dibentuk berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Lerhman. Dalam menjalankan profesi kebidanan, Lerhman melihat semakin banyaknya tugas yang dibebankan pada bidan yang harus dilaksanakan dengan penuh profesionalisme dan tanggung jawab. Hal tersebut menjadi latar belakang munculnya teori ini. Dalam teori ini, Lerhman mengharapkan agar bidan dapat melihat semua aspek praktik pemberian asuhan pada wanita hamil dan memberi pertolongan pada persalinan. Bidan dapat melibatkan klien dalam pengkajian, evaluasi dan perencanaan sehingga klien ikut bertanggung jawab untuk mengambil bagian dalam pelayanan antenatal. sebagai contoh dalam pemeriksaan fisik, klien bisa dapat ikut mendengar denyut jantung janin.

Lerhman dan Morten Ingin memberikan penjelasan tentang perbedaan antara pengalaman seorang wanita dengan keterampilan bidan untuk mengimplementasikan konsep kebidanan dalam praktik. Oleh karena itu, Lerhman dan Morten mengemukakan 8 konsep yang penting dalam pelayanan antenatal:

1. Asuhan kebidanan yang berkesinambungan (*continuity of care*)
2. Asuhan yang berpusat pada keluarga (*family centered care*)
3. Edukasi dan konseling sebagai bagian dari pelayanan asuhan
4. Asuhan yang bersifat non intervensi
5. Fleksibilitas dalam memberikan asuhan
6. Asuhan yang partisipatif
7. Advokasi dari pelayanan kebidanan
8. Waktu

Dari 8 komponen yang dibuat oleh Lerhman tersebut kemudian diujicobakan oleh Morten pada pasien post partum. Dari hasil penerapan tersebut Morten menambahkan 3 komponen lagi ke dalam 8 komponen yang telah dibuat oleh Lerhman yaitu:

1. Teknik terapeutik

Merupakan suatu proses komunikasi yang menguntungkan dan sangat bermanfaat dalam proses perkembangan dan penyembuhan, misalnya:

- a. Mendengar aktif
- b. Mengkaji
- c. Klarifikasi
- d. Humor
- e. Sikap
- f. Pengakuan
- g. Memfasilitasi
- h. Pemberian izin

2. Pemberdayaan (*empoworment*)

Merupakan suatu proses pemberian kekuasaan dan kekuatan bidan melalui penampilan dan pendekatan meningkatkan kemampuan klien. Tujuan dilakukan konsep ini agar bidan dapat meningkatkan kemampuan dalam mengoreksi, mengesahkan, menilai, dan memberi dukungan.

3. Hubungan dengan sesama (*lateral relationship*)

Tahapan ini meliputi jalinan hubungan yang baik dengan klien, bersikap terbuka, sejalan dengan klien sehingga bidan dan klien tampak akrab. Bidan meningkatkan Interaksi yang mempunyai ciri keterbukaan saling menghargai, persamaan posisi sehingga mendorong rasa kebersamaan antara bidan dan klien

Teori Ela Joy Lehrman dan Morten mengharapkan bidan dapat melihat semua aspek dalam memberikan asuhan pada ibu hamil dan bersalin (Adhistry, Karoline., 2020).

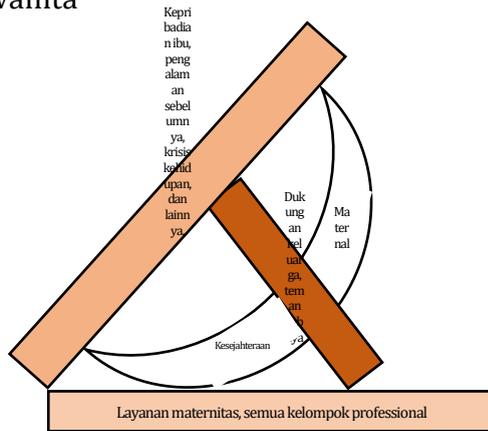
6.4.5 Teori Jean Ball

Jean Ball adalah seorang bidan dari British yang telah melakukan penelitian secara intensif terhadap kebutuhan perempuan pada masa *postnatal*. Jean Ball menjelaskan bahwa tujuan asuhan *postnatal* yang sekaligus juga menjadi filosofi Jean Ball tentang *postnatal care*. Jean Ball mengemukakan bahwa respon terhadap perubahan setelah melahirkan akan mempengaruhi kepribadian seseorang sehingga juga akan mempengaruhi kesejahteraan wanita tersebut. Persiapan yang sudah diantisipasi oleh bidan dalam *postnatal* akan mempengaruhi respon emosional wanita dalam perubahan pada proses kelahiran anak.

Teori Jean Ball dikenal dengan istilah “teori kursi goyang”. tujuannya untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi keadaan emosional ibu dalam pelayanan maternitas agar wanita mampu melaksanakan tugasnya sebagai ibu Baik fisik maupun psikologis. Psikologis yang dimaksud bukan semata-mata sebagai pengaruh emosional, tetapi juga proses emosional agar tujuan akhir dalam memenuhi kebutuhan dapat terpenuhi.

Teori kursi goyang atau *the desk chair theory* Dibentuk oleh tiga elemen yaitu:

1. Pelayanan maternitas
2. Pandangan masyarakat terhadap keluarga
3. Sisi penyangga atau support terhadap kepribadian wanita



Gambar 5 : Elemen Kursi goyang
(sumber : Irianti, 2019)

Keseimbangan emosional seorang perempuan sangat penting tergantung pada ketiga elemen tersebut diatas. Bila semua faktor diatas positif maka derajat keadaan emosi akan baik, tetapi bila ketiga faktor tersebut negatif maka derajat kesehatan emosi juga akan buruk. Meski demikian setiap faktor saling berinteraksi satu sama lain. Jika kekurangan satu faktor diimbangi dengan kelebihan faktor lain, keadaan emosi ibu akan menjadi baik (Argaheni, 2021).

6.4.6 Teori Oream

Dorothea E. Orem mengemukakan teori sebagai berikut:

1. *Self care theory*

Teori ini menekankan bahwa setiap orang mempunyai kebutuhan untuk merawat diri sendiri dan memiliki hak untuk memenuhi kebutuhannya sendiri kecuali jika tidak memungkinkan. Orang yang bisa memenuhi kebutuhan Sendiri disebut *self care agent* sedangkan bayi, anak, orang yang sakit berat

atau tidak sadar, keluarga atau orang tua disebut *dependent care agent*. Kebutuhan perawatan diri (*Self care*) dibagi dalam 3 kategori yaitu:

a. *Universal self care*

Meliputi kebutuhan dasar manusia seperti kebutuhan udara, air, makanan, eliminasi, keseimbangan aktivitas dan istirahat.

b. *Development self care*

Meliputi kebutuhan yang timbul menurut tahap perkembangan individu dan lingkungan di mana individu tersebut berada Sehingga kebutuhan ini akan dihubungkan dengan siklus kehidupan manusia

c. *Health deviation self care*

Kebutuhan yang ada jika seseorang mengalami gangguan kesehatan sehingga mengakibatkan perubahan perilaku.

2. *Self care Defisit theory.*

Bila individu mampu untuk memenuhi tuntutan *self care* maka kebutuhan untuk merawat dirinya sendiri juga akan terpenuhi Tetapi bila tuntutan lebih besar dari kemampuan yang dimiliki maka akan terjadi ketidakseimbangan yang disebut *self care defisit*. Hal ini merupakan inti dari teori orem sehingga dapat ditentukan kapan asuhan kebidanan itu diberikan.

Tujuan untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri dapat dicapai dengan cara:

- a. Meminimalkan kebutuhan *self care* ke tahap dimana pasien dapat melakukan pemenuhan dirinya.
- b. Meningkatkan kemampuan pasien sehingga dapat memenuhi *self care*.
- c. Memberikan ijin kepada keluarga atau orang lain untuk melaksanakan *dependent care* bila *self care* tidak mungkin dilaksanakan.

- d. Jika hal tersebut tidak dapat dilakukan oleh bidan, maka bidan yang akan melaksanakannya. Bantuan yang dapat diberikan adalah berperan atau melakukan, mengajak, membimbing, mendukung, dan menciptakan lingkungan yang menunjang tumbuh kembang.

Untuk dapat memberikannya, maka seorang bidan harus membrikan perhatian pada lima Aspek penting berikut:

1. Menjalin hubungan baik terhadap pasien dan keluarga sampai kelompok tersebut mampu memenuhi kebutuhan sendiri.
2. Menetapkan jenis dukungan yang dibutuhkan pasien.
3. Memberikan dukungan sesuai dengan kebutuhan pasien
4. Merencanakan bantuan secara langsung bersama pasien maupun keluarga.

Mengintegrasikan asuhan dalam kegiatan sehari-hari pasien dan pelayanan kesehatan lainnya, sehingga memberikan bantuan pada pasien diperlukan pengetahuan tentang manusia, kebutuhan *self care*, *self care defisit* dan menerapkan 5 teori bantuan (Salmiaty, 2012).

DAFTAR PUSTAKA

- Adhisty, karoline., dkk (2020) 'Seminar Nasional Keperawatan "Pemenuhan Kebutuhan Dasar dalam Perawatan Paliatif pada Era Normal Baru" Tahun 2020', *Conference.Unsri.Ac.Id*. Available at: <http://conference.unsri.ac.id/index.php/SNK/article/view/1764>.
- Afiyah, R. K. *et al.* (2020) 'Dukungan suami berhubungan dengan pencapaian peran ibu menggunakan pendekatan teori ramona t. mercer pada ibu primipara', *Jurnal Ilmiah Pernas*, 10(3), pp. 417–428.
- Argaheni, N. B. (2021) 'Konsep Dasar Kebidanan'.
- Asrinah, dkk (2010) *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Estiwidani, Dwiana., dkk (2009) *Konsep Kebidanan*. Edited by I. Machfoedz. Yogyakarta: Fitramaya.
- Heryani, R. (2011) *Buku Ajar Konsep Kebidanan*. Edited by T. Ismail. Jakarta: CV.Trans Info Media.
- Irianti, B. (2019) *Konsep Kebidanan"Memahami Dasar-Dasar Konsep Kebidanan"*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Jannah, N. (2011) *Konsep Kebidanan*. Edited by M. Sandra. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media.
- Marmi and Margiyanti (2014) *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Mufdlilah, Hidayat, A. and Kharimaturrahmah, I. (2012) *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rukiyah, A. Y. (2011) *Konsep Kebidanan*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Salmiaty (2012) *Konsep Kebidanan: Manajemen & Standar Pelayanan*. Edited by M. Ester. Jakarta: EGC.
- Sari, R. N. (2012) *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sumiaty and Silfiah, N. N. (2014) *Konsep Kebidanan*. Bogor: In Media.

BAB 7

BIDAN DALAM SISTEM PELAYANAN KESEHATAN

7.1 PENDAHULUAN

Pelayanan kebidanan adalah seluruh tugas yang menjadi tanggung jawab praktik profesi bidan dalam sistem pelayanan kesehatan yang bertujuan meningkatkan kesehatan.

Dalam memberikan praktek pelayanan kebidanan perlu kita lakukan pendekatan diantaranya pendekatan melalui agama, kesenian tradisi, paguyuban serta dengan cara-cara lainnya. Hal tersebut bertujuan untuk memudahkan masyarakat menerima bahwa pelayanan atau informasi yang diberikan petugas bukanlah sesuatu yang tabu. Dalam memberikan pelayanan kebidanan seorang bidan lebih bersifat Promotif dan Preventif bukan bersifat Kuratif, serta mampu menggerakkan Peran Serta Masyarakat dalam upaya sesuai dengan prinsip-prinsip PHC.

Seorang bidan juga harus memiliki kompetensi yang cukup berkaitan dengan tugas, peran serta tanggungjawabnya dalam menggerakkan PSM khususnya berkaitan dengan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, bufas, bayi baru lahir, anak remaja dan usia lanjut.

7.2 SISTEM PELAYANAN KESEHATAN

Sistem pelayanan kesehatan adalah suatu tatanan yang menghimpun berbagai upaya bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan umum

seperti dimaksud dalam UUD 45. (Djoko Wiyono, 1997:310) Sesuai dengan definisi Ikatan Bidan Indonesia (IBI) menetapkan bahwa bidan Indonesia adalah: seorang perempuan yang lulus dari pendidikan Bidan yang diakui pemerintah dan organisasi profesi di wilayah Negara Republik Indonesia serta memiliki kompetensi dan kualifikasi untuk diregister, sertifikasi dan atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan. Bidan diakui sebagai tenaga profesional yang bertanggung-jawab dan akuntabel, yang bekerja sebagai mitra perempuan untuk memberikan dukungan, asuhan dan nasehat selama masa hamil, masa persalinan dan masa nifas, memimpin persalinan atas tanggung jawab sendiri dan memberikan asuhan kepada bayi baru lahir, dan bayi. Asuhan ini mencakup upaya pencegahan, promosi persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, dan akses bantuan medis atau bantuan lain yang sesuai, serta melaksanakan tindakan kegawat-daruratan. Bidan mempunyai tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga kepada keluarga dan masyarakat. Kegiatan ini harus mencakup pendidikan antenatal dan persiapan menjadi orang tua serta dapat meluas pada kesehatan perempuan, kesehatan seksual atau kesehatan reproduksi dan asuhan anak. Bidan dapat praktik diberbagai tatanan pelayanan, termasuk di rumah, masyarakat, Rumah Sakit, klinik atau unit kesehatan lainnya (IBI, 2007). penyelenggaraan praktek kebidanan, yaitu bidan praktik mandiri. Bidan praktik mandiri mempunyai tanggung jawab besar karena harus mempertanggungjawabkan sendiri apa yang dilakukan. Dalam hal ini Bidan Praktek Mandiri menjadi pekerja yang bebas mengontrol dirinya sendiri. Situasi ini akan besar sekali pengaruhnya terhadap kemungkinan terjadi penyimpanan eti (sofyan dkk 2006)

Pelayanan Kebidanan adalah seluruh tugas yang menjadi tanggung jawab profesi bidan dalam sistem pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan kaum perempuan khususnya ibu dan anak.

Pelayanan kebidanan adalah penerapan ilmu kebidanan melalui asuhan kebidanan kepada klien yang menjadi tanggung jawab bidan, mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, keluarga berencana, termasuk kesehatan reproduksi wanita dan pelayanan kesehatan masyarakat. Pelayanan Kebidanan merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yg diberikan oleh bidan yg telah terdaftar (terdaftar) yg dapat dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau rujukan. ((Dra.Hj. Suryani soepardan, Dipl.M,MM, 2008)

7.3 PERAN DAN TANGGUNG JAWAB BIDAN DALAM SISTEM PELAYANAN KESEHATAN

7.3.1 Peran Bidan Dalam Sistem Pelayanan Kesehatan

Peran adalah perangkat tingkah laku yang diharapkan dan dimiliki oleh orang yang berkedudukan dalam masyarakat (Tim Media pena, 2002 : 112)

Peran bidan yang diharapkan adalah:

1. Peran Sebagai Pelaksana

Sebagai pelaksana bidan memiliki tiga kategori tugas yaitu tugas mandiri, tugas kolaborasi dan tugas ketergantungan

a. Pelayanan Mandiri/ Primer

Pelayanan mandiri bidan yaitu tugas yang menjadi tanggung jawab bidan sesuai kewenangannya, meliputi:

1. Menetapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan yang diberikan.
2. Memberi pelayanan dasar pra nikah pada remaja dengan melibatkan mereka sebagai klien.
3. Memberi asuhan kebidanan kepada klien selama kehamilan normal.
4. Memberikan asuhan kebidanan kepada klien dalam masa persalinan dengan melibatkan klien /keluarga.
5. Memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir
6. Memberikan asuhan kebidanan kepada klien dalam

masa nifas dengan melibatkan klien /keluarga.

7. Memberikan asuhan kebidanan pada wanita usia subur yang membutuhkan pelayanan KB.
8. Memberikan asuhan kebidanan pada wanita dengan gangguan sistem reproduksi dan wanita dalam masa klimakterium dan nifas.

b. Pelayanan Kolaborasi

Pelayanan yang dilakukan oleh bidan sebagai anggota tim yang kegiatannya dilakukan secara bersamaan atau sebagai salah satu urutan dari proses kegiatan pelayanan kesehatan

1. Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai fungsi kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga
2. Memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan resiko tinggi dan pertolongan pertama pada kegawatan yang memerlukan tindakan kolaborasi
3. Memberikan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan dengan resiko tinggi dan keadaan kegawatan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga
4. Memberikan asuhan kebidanan pada ibu dalam masa nifas dengan resiko tinggi dan pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi dengan klien dan keluarga
5. Memberikan asuhan pada BBL dengan resiko tinggi dan yang mengalami komplikasi serta kegawatdaruratan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga
6. Memberikan asuhan kebidanan pada balita dengan resiko tinggi dan yang mengalami komplikasi serta kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi dengan melibatkan keluarga

c. Pelayanan Rujukan

Pelayanan 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 ketempat/fasilitas pelayanan kesehatan lain secara horisontal maupun vertikal atau ke profesi kesehatan lainnya.

1. Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai dengan fungsi rujukan keterlibatan klien dan keluarga
2. Memberikan asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada ibu hamil dengan resiko tinggi dan kegawat daruratan
3. Memberikan asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada masa persalinan dengan penyulit tertentu dengan melibatkan klien dan keluarga
4. Memberikan asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada ibu dalam masa nifas dengan penyulit tertentu dengan kegawatdaruratan dengan melibatkan klien dan keluarga
5. Memberikan asuhan kebidanan pada BBL dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi dan rujukan dengan melibatkan keluarga
6. Memberikan asuhan kebidanan pada anak balita dengan kelainan tertentu dan kegawatan yang memerlukan konsultasi dan rujukan dengan melibatkan

Langkah yang diperlukan dalam melakukan peran sebagai pelaksana:

- a. Mengkaji status kesehatan untuk memenuhi kebutuhan asuhan klien.
- b. Menentukan diagnosa / masalah
- c. Menyusun rencana tindakan sesuai dengan

masalah yang dihadapi

- d. Melaksanakan tindakan sesuai rencana yang telah disusun
- e. Mengevaluasi tindakan yang telah diberikan
- f. Membuat rencana tindak lanjut tindakan
- g. Membuat dokumentasi kegiatan klien dan keluarga

2. Peran sebagai pengelola

Sebagai pengelola bidan memiliki 2 tugas yaitu tugas pengembangan pelayanan dasar kesehatan dan tugas partisipasi dalam tim

a. Pengembangkan pelayanan dasar kesehatan

Bidan bertugas mengembangkan pelayanan dasar kesehatan terutama pelayanan kebidanan untuk individu, keluarga kelompok khusus dan masyarakat di wilayah kerja dengan melibatkan masyarakat/ klien meliputi :

- Mengkaji kebutuhan terutama yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak untuk meningkatkan serta mengembangkan program pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya bersama tim kesehatan dan pemuka masyarakat
- Menyusun rencana kerja sesuai dengan hasil kajian bersama masyarakat
- Mengelola kegiatan pelayanan kesehatan khususnya KIA/KB sesuai dengan rencana.
- Mengkoordinir, mengawasi dan membimbing kader dan dukun atau petugaskesehatan lain dalam melaksanakan program/ kegiatan pelayanan KIA/KB
- Mengembangkan strategi untuk meningkatkan kesehatan masyarakat khususnya KIA KB termasuk pemanfaatan sumber yang ada pada program dan sektorterkait.
- Menggerakkan dan mengembangkan kemampuan masyarakat serta memelihara kesehatannya

dengan memanfaatkan potensi yang ada

- Mempertahankan dan meningkatkan mutu serta keamanan praktik profesional melalui pendidikan, pelatihan, magang, dan kegiatan dalam kelompok profesi
- Mendokumentasikan seluruh kegiatan yang telah dilaksanakan

b. Berpartisipasi dalam tim

Bidan berpartisipasi dalam tim untuk melaksanakan program kesehatan dan sektor lain melalui peningkatan kemampuan dukun bayi, kader, dan tenaga kesehatan lain yang berada di wilayah kerjanya, meliputi :

- Bekerjasama dengan Puskesmas, institusi lain sebagai anggota tim dalam memberi asuhan kepada klien bentuk konsultasi, rujukan & tindak lanjut
- Membina hubungan baik dengan dukun bayi, kader kesehatan, PLKB dalam masyarakat Melaksanakan pelatihan serta membimbing dukun bayi, kader dan petugas kesehatan lain
- Memberikan asuhan kepada klien rujukan dari dukun bayi
- Membina kegiatan yang ada di masyarakat yang berkaitan dengan kesehatan

3. Peran sebagai pendidik

Sebagai pendidik bidan mempunyai 2 tugas yaitu sebagai pendidik dan penyuluh kesehatan bagi klien serta pelatih dan pembimbing kader

- a.** Memberikan pendidikan dan penyuluhan kesehatan kepada individu keluarga dan masyarakat tentang penanggulangan masalah kesehatan khususnya KIA/KB
- b.** Melatih dan membimbing kader termasuk siswa bidan/keperawatan serta membina dukun di wilayah kerjanya.

Langkah-langkah dalam memberikan pendidikan dan penyuluhan yaitu :

- Mengkaji kebutuhan akan pendidikan dan penyuluhan kesehatan
- Menyusun rencana jangka pendek dan jangka panjang untuk penyuluhan
- Menyiapkan alat dan bahan pendidikan dan penyuluhan
- Melaksanakan program/rencana pendidikan dan penyuluhan
- Mengevaluasi hasil pendidikan dan penyuluhan
- Menggunakan hasil evaluasi untuk meningkatkan program mendokumentasikan kegiatan

4. Peran bidan sebagai peneliti

- a. Melakukan investigasi atau penelitian terapan dalam bidang kesehatan baik secara mandiri maupun kelompok.
- b. Mengidentifikasi kebutuhan investigasi/penelitian
- c. Menyusun rencana kerja
- d. Melaksanakan investigasi
- e. Mengolah dan menginterpretasikan data hasil investigasi
- f. Menyusun laporan hasil investigasi dan tindak lanjut
- g. Memanfaatkan hasil investigasi untuk meningkatkan dan mengembangkan program kerja atau pelayanan kesehatan

7.3.2 Tanggung Jawab Bidan Dalam Sistem Pelayanan Kesehatan

Bidan memegang tanggung jawab penuh dalam pelayanan kesehatan di masyarakat. Sebagai tenaga professional, bidan memikul tanggung jawab dalam melaksanakan tugas seorang bidan harus dapat mempertahankan tanggung jawabnya dalam

pelayanannya. Tanggung jawab bidan dalam sistem pelayanan antara lain:

1. Tanggung jawab terhadap peraturan perundang-undangan

Bidan adalah salah satu tenaga kesehatan. Peraturan tenaga kesehatan ditetapkan didalam undang-undang dan peraturan pemerintah. Tugas dan kewenangan bidan serta ketentuan yang berkaitan dengan kegiatan praktik bidan diatur didalam peraturan atau keputusan menteri kesehatan. Kegiatan praktek bidan dikontrak oleh peraturan tersebut. Bidan harus dapat mempertanggungjawabkan tugas dan kegiatan yang dilakukannya sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

2. Tanggung jawab terhadap pengembangan kompetensi

Setiap bidan memiliki tanggung jawab memelihara kemampuan profesionalnya. Oleh karena itu, bidan harus selalu meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya dengan mengikuti pelatihan, pendidikan berkelanjutan, seminar, serta pertemuan ilmiah lainnya.

3. Tanggung jawab terhadap penyimpanan catatan kebidanan

Setiap bidan diharuskan mendokumentasikan kegiatannya dalam bentuk catatan tertulis. Catatan bidan mengenai pasien yang dilayaninya dapat di pertanggungjawabkan bila terjadi gugatan. Catatan yang dilakukan bidan dapat digunakan sebagai bahan laporan untuk disampaikan kepada atasannya.

4. Tanggung jawab terhadap keluarga yang dilayani

Bidan memiliki kewajiban memberi asuhan kepada ibu dan anak yang meminta pertolongan kepadanya. Ibu dan anak merupakan bagian dari keluarga. Oleh karena itu, kegiatan bidan sangat erat

kaitannya dengan keluarga. Tanggung jawab bidan tidak hanya pada kesehatan ibu dan anak, tetapi juga menyangkut kesehatan keluarga. Bidan harus dapat mengidentifikasi masalah dan kebutuhan keluarga serta memberi pelayanan dengan tepat dan sesuai dengan kebutuhan keluarga. Pelayanan yang membutuhkan keselamatan, kepuasan, dan kebahagiaan selama masa hamil atau melahirkan. Oleh karena itu, bidan harus mengerahkan segala kemampuan pengetahuan, sikap, dan perilakunya dalam memberi pelayanan kesehatan keluarga yang membutuhkan.

5. Tanggung jawab terhadap profesi

Bidan harus menerima tanggung jawab keprofesian yang dimilikinya. Oleh karena itu, ia harus mematuhi dan berperan aktif dalam melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan kewenangan dan standar keprofesian.

Bidan harus ikut serta dalam kegiatan organisasi bidan dan badan resmi kebidanan. Untuk mengembangkan kemampuan profesinya, bidan harus mencari informasi tentang perkembangan kebidanan melalui media kebidanan, seminar, dan pertemuan ilmiah lainnya. Semua bidan harus menjadi anggota organisasi bidan. Bidan memiliki hak mengajukan suara dan pendapat tentang profesinya

6. Tanggung jawab terhadap masyarakat

Bidan adalah anggota masyarakat yang bertanggung jawab. Oleh karena itu, bidan turut bertanggung jawab dalam memecahkan masalah kesehatan masyarakat (mis., lingkungan yang tidak sehat, penyakit menular, masalah gizi terutama yang menyangkut kesehatan ibu dan anak). Baik secara mandiri maupun bersama tenaga kesehatan lain, bidan

berkewajiban memanfaatkan sumber daya yang ada untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Bidan harus memelihara kepercayaan masyarakat. Imbalan yang diterima dari masyarakat sesuai dengan kepercayaan yang diberikan oleh masyarakat kepada bidan. Tanggung jawab terhadap masyarakat merupakan cakupan dan bagian tanggung jawabnya kepada Tuhan.

7.4 Lingkup Kerja Bidan Dalam System Pelayanan Kesehatan

Ruang Lingkup Praktik Kebidanan adalah batasan dari kewenangan bidan dalam menjalankan praktikan yang berkaitan dengan upaya pelayanan kebidanan dan jenis pelayanan kebidanan.

Praktek Kebidanan adalah penerapan ilmu kebidanan dalam memberikan pelayanan terhadap terhadap klien dengan pendekatan manajemen kebidanan. Manajemen Kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis. Meliputi : Asuhan mandiri / otonomi pada anak wanita, remaja putri dan wanita dewasa sebelum dan selama kehamilan dan selanjutnya.

- Definisi secara umum : Ruang Lingkup Praktek Kebidanan dapat diartikan sebagai luas area praktek dari suatu profesi.
- Definisi secara khusus : Ruang Lingkup Praktek Kebidanan digunakan untuk menentukan apa yang boleh/tidak boleh dilakukan oleh seorang bidan.

Ruang Lingkup Praktek Kebidanan meliputi asuhan meliputi:

- a. Asuhan mandiri (otonomi) pada anak perempuan, remaja putri dan wanita dewasa sebelum, selama kehamilan dan selanjutnya.

- b. Bidan menolong persalinan atas tanggung jawab sendiri dan merawat BBL.
 - c. Pengawasan pada kesmas di posyandu (tindak pencegahan), penyuluhan dan pendidikan kesehatan pada ibu, keluarga dan masyarakat termasuk: (persiapan menjadi orang tua, menentukan KB, mendeteksi kondisi abnormal pada ibu dan bayi).
 - d. Konsultasi dan rujukan.
 - e. Pelaksanaan pertolongan kegawatdaruratan primer dan sekunder pada saattidak ada pertolongan medis.
- Kerangka Kerja dalam Pelayanan
 - 1) KEPMENKES RI No 900/MENKES/SK/II/2002
 - 2) Standar Pelayanan Kebidanan
 - 3) Kode Etik Profesi Bidan
 - 4) Kepmenkes No 369/Menkes/SK/III/2007
 - Lingkup Praktek Kebidanan meliputi Pemberian Asuhan pada:

Bayi baru lahir (BBL), bayi, balita, anak perempuan, remaja putri, wanita pranikah, wanita selama masa hamil, bersalin dan nifas, wanita pada masa interval dan wanita menopause.
 - Pelayanan berdasarkan populasi dari klien
 - a. Ruang Lingkup Praktik Kebidanan
 - b. Bertamabah jumlah dan jenis klien
 - c. Dampak cause of care
 - d. Bertambah pengetahuan, keterampilan dan lamanya pengalaman bidan
 - e. Perubahan undang-undang baru

7.5 Lahan Praktik Pelayanan Dan Sasaran

7.5.1 Praktik Kebidanan

Adalah penerapan ilmu kebidanan dalam memberikan pelayanan terhadap klien dengan pendekatan manajemen kebidanan. Seorang bidan dapat memberikan pelayanan kebidanan ditempat pelayanan kesehatan, seperti puskesmas dan rumah sakit dan tempat kesehatan lainnya.

7.5.2 Lahan Praktik kebidanan : meliputi berbagai tatanan pelayanan

- a. BPS/ di rumah
- b. Masyarakat Puskesmas
- c. Polindes/PKD
- d. RS/RB
- e. Balai Pengobatan (BP) : dokter, perawat RB/BPS (Bidan Praktik Swasta)
- f. Bidan di Desa
- g. RS (swasta/pemerintah)
- h. Klinik dan unit kesehatan lainnya

DAFTAR PUSTAKA

- Estiwidani, Dwiana dkk. 2008. *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Estiwidiani, Dwiana. 2009. *Konsep Kebidanan*. Fitramaya: Jakarta.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2008. *ilmu kebidanan*. Jakarta: P.T BINA PUSTAKA SARWONO PRAWIROHARDJO
- Purwandi, Atik. 2008. *Konsep Kebidanan Sejarah dan profesionalisme*. Jakarta: EGC.
- Sujianti dan Susanti. 2009. *Buku Ajar Konsep Kebidanan Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Soepardan, Suryani. 2007. *Konsep Kebidanan*. Jakarta: EGC.
<http://rara-cmk.blogspot.com/2011/03/24-standar-pelayanan-kebidanan.html>

BAB 8

MANAJEMEN KEBIDANAN

Oleh Mytha Febriany Pondaang

Manajemen Kebidanan merupakan suatu metode yang digunakan oleh Bidan untuk memecahkan masalah yang berfokus pada klien. Seorang bidan profesional dalam melaksanakan praktiknya dituntut untuk berpikir kritis dalam memecahkan masalah kasus kebidanan sehingga memiliki mutu manajerial yang baik. Bidan wajib memberikan pelayanan kebidanan baik kepada ibu dan anak, maupun kepada keluarga dengan metode dan pendekatan yang disebut manajemen kebidanan. Maka dari itu, dibutuhkan pengetahuan manajemen kebidanan yang telah diakui baik secara nasional maupun internasional.

8.1 Konsep Umum Manajemen

8.1.1 Definisi

Secara umum manajemen adalah suatu proses kerja sama dengan sumber daya yang ada dimulai dari perencanaan, pengorganisasian, pengoordinasian, pelaksanaan, hingga pengontrolan guna mencapai tujuan bersama.

8.1.2 Prinsip Umum Manajemen

Terdapat tiga prinsip umum manajemen yakni sebagai berikut (Purwanti, 2020):

1. Efisiensi : merupakan tahap untuk mencapai suatu tujuan dengan menggunakan sarana dan prasarana seperlunya.

2. Efektivitas : Merupakan suatu pengukuran sejauh mana atau seberapa besar tujuan itu telah tercapai. Dan merupakan sesuatu hal yang harus ditingkatkan oleh pimpinan.
3. Rasional : Merupakan suatu proses berpikir dengan menggunakan pikiran logis/bijaksana. Diperlukan pikiran yang rasional dalam mengambil sebuah keputusan.

8.2 Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan berkaitan dengan peran dan fungsi seorang bidan dalam melakukan praktiknya secara profesional sehingga dapat memenuhi tuntutan tanggung jawab atas mutu manajerial. Bidan dalam memberikan asuhan kepada klien harus menggunakan teori dan prinsip manajemen kebidanan yang adekuat. (Insani *et al.*, 2017)

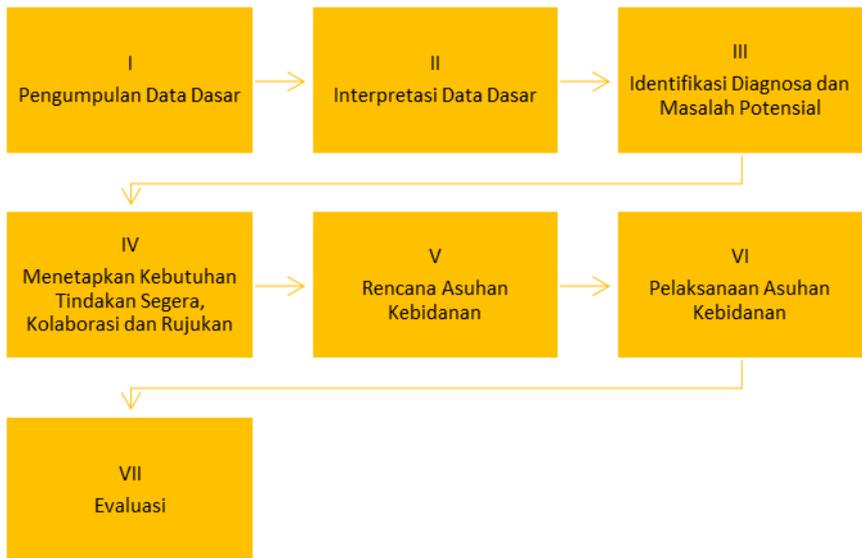
Sasaran manajemen kebidanan dapat diberikan kepada (Rita Yulifah, 2013). :

1. Individu
2. Keluarga
3. Masyarakat

8.2.1 Manajemen Kebidanan menurut Varney

Varney (2019) mengatakan bahwa yang dimaksud dengan manajemen kebidanan ialah suatu cara yang digunakan untuk mengoordinir pikiran, keterampilan, serta tindakan yang didasari oleh teori ilmiah untuk mengambil suatu keputusan dengan fokus pada klien.

Tahapan manajemen kebidanan 7 langkah sebagai berikut : (Varney Hellen, 1997)



Gambar 6. Tahapan dalam manajemen kebidanan
(Sumber : Walyani, 2015)

I : Pengumpulan Data Dasar

Mencari dan mengumpulkan sumber informasi yang berasal dari klien sendiri, rekam medik bahkan pihak keluarga yang didapatkan dengan melakukan :

- a. Anamnesis yakni kegiatan wawancara yang dilakukan baik kepada klien secara langsung maupun dengan pihak keluarga untuk mendapatkan data sesuai kondisi klien.
- b. Pemeriksaan umum meliputi keadaan umum, tekanan darah, suhu, nadi dan pernapasan.
- c. Pemeriksaan fisik
- d. Pemeriksaan khusus yakni pemeriksaan yang dilakukan bergantung kepada kondisi klien, contohnya adalah pada klien *primigravida* wajib dilakukan pengukuran panggul luar.
- e. Pemeriksaan penunjang digunakan untuk membantu atau menunjang dalam mengumpulkan data dasar, contohnya adalah hasil pemeriksaan laboratorium.

II: Interpretasi Data Dasar

Setelah data baik subjektif maupun objektif terkumpul maka bidan melakukan identifikasi yang benar kemudian menginterpretasikan data tersebut ke dalam rumusan diagnosa. Diagnosa kebidanan adalah rumusan diagnosa yang ditegakkan oleh bidan dalam ruang lingkup praktik kebidanan serta memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan.

Dengan penulisan sebagai berikut :

Ny. "...” G...P... Usia kehamilan ... minggu, janin tunggal atau kembar, hidup atau mati, *intrauterin* atau *ekstrauterin*, letak ..., presentasi ..., punggung kanan/kiri, kesan jalan lahir.

III: Identifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial

Ketika rumusan diagnosa sudah diidentifikasi, maka Bidan dapat segera mengidentifikasi serta menginterpretasikan suatu diagnosa potensial atau masalah potensial. Mengidentifikasi melalui data – data yang ada, seperti data subjektif dan data objektif yang didapat dari anamnesis dan pemeriksaan. Dengan di rumuskannya suatu diagnosa atau masalah potensial harapannya diagnosa maupun masalah potensial tersebut tidak terjadi.

Contoh diagnosa potensial yang mungkin terjadi pada ibu masa nifas :

- Gangguan buang air besar (BAB)
- Gangguan hubungan seksual

IV: Menetapkan Kebutuhan Tindakan Segera, Kolaborasi dan Rujukan

Tahap ini seorang bidan harus mampu mengidentifikasi perlu atau tidaknya diberikan tindakan segera pada klien baik ditangani sendiri oleh bidan maupun kolaborasi dengan tenaga

kesehatan lainnya. Tindakan yang diberikan baik kepada ibu maupun bayi sesuai dengan kronologi data dan asuhan yang telah diberikan baik yang dilakukan sendiri oleh bidan maupun yang bersifat rujukan.

V: Merencanakan Asuhan Secara Menyeluruh

Pada tahap ini bidan harus mampu merencanakan asuhan secara menyeluruh atau dapat dikatakan secara komprehensif, namun disesuaikan dengan keluhan dan kebutuhan klien. Rencana yang disusun haruslah disepakati oleh kedua belah pihak yakni klien dan petugas kesehatan / bidan.

VI: Melaksanakan Asuhan Kebidanan

Pada tahap ini bidan melaksanakan seluruh asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah disusun dengan penuh kehati-hatian, teliti, tepat, dan efisiensi. Segala kondisi yang dialami oleh klien merupakan tanggung jawab bidan.

VII: Evaluasi Keefektifan Asuhan

Tahap terakhir ini, bidan melakukan evaluasi tindakan atau asuhan yang telah diberikan, sejauh mana keefektifan asuhan tersebut dan apakah sudah memenuhi kebutuhan klien.

8.2.2 Manajemen Kebidanan menurut *a CNM*

a Certified Nurse Midwife (CNM) (1999) memiliki standar tahapan manajemen asuhan kebidanan sebagai berikut : (Marzalik *et al.*, 2018)

1. Pengambilan data klien secara sistematis dan terinci.
2. Membuat diagnosa dan masalah sesuai dengan data yang ada.

3. Mengidentifikasi kebutuhan asuhan kebidanan guna kesehatan klien.
4. Mendukung klien dengan cara memberikan informasi yang jelas dalam membuat keputusan dengan rasa tanggung jawab akan kesehatannya.
5. Menyusun rencana asuhan komprehensif yang disepakati oleh klien.
6. Memiliki rasa tanggung jawab dalam merencanakan implementasi.
7. Berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya guna kesehatan klien.
8. Menyusun tindakan antisipasi terhadap masalah yang potensial terjadi.
9. Mengevaluasi asuhan yang diberikan.

8.3 Standar Asuhan Kebidanan

Standar asuhan kebidanan merupakan dasar seorang bidan dalam memberikan asuhan yang dimulai dari pengkajian data, hingga evaluasi dan pendokumentasian asuhan kebidanan sesuai kewenangan dan ruang lingkup praktik ilmu kebidanan. (Sapti, 2019)

2.3.1 Ruang lingkup standar asuhan kebidanan

Adapun ruang lingkup standar asuhan kebidanan dalam hal ini meliputi : Asuhan kebidanan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, bayi, anak balita sehat, serta pada masa reproduksi.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 mengenai Standar Asuhan Kebidanan, terdapat 6 standar yang dapat diberikan dalam ruang lingkup kebidanan, sebagai berikut :



Gambar 7. Standar Asuhan Kebidanan

8.4 Dokumentasi Kebidanan

Asuhan kebidanan yang telah diberikan wajib segera dicatat atau di dokumentasikan secara lengkap, singkat dan jelas agar terekam mengenai keadaan dan tindakan yang diberikan. Dokumentasi manajemen asuhan kebidanan menggunakan SOAP *notes*, yakni (Insani *et al.*, 2017) :

Subjective adalah data yang didapatkan dari hasil anamnesis, baik dari klien maupun keluarga. Supaya informasi yang didapat akurat atau menyeluruh maka diperlukan anamnesis yang terperinci.

Objective adalah data yang didapatkan dari hasil tindakan pemeriksaan yang dilakukan oleh bidan secara menyeluruh mulai dari pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik dari ujung kepala hingga ujung kaki, pemeriksaan khusus, dan pemeriksaan penunjang.

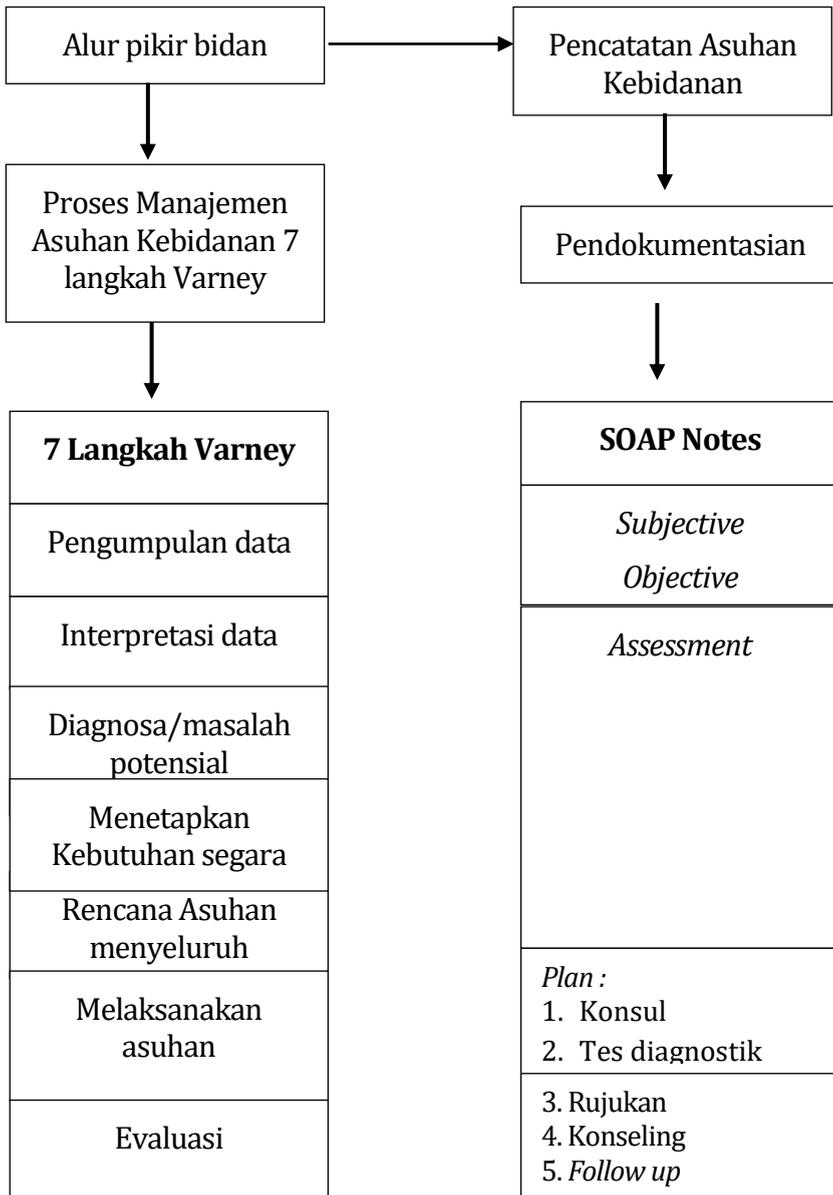
Assessment (Analisis) adalah rangkuman dari data S dan data O lalu ditegakkan suatu diagnosa yang mengacu pada nomenklatur yang ada maupun masalah potensial dan menentukan kebutuhan segera.

Planning (Penatalaksanaan) adalah tahap perencanaan serta penatalaksanaan. Perencanaan asuhan yang akan diberikan kepada klien sesuai dengan data S, data O, dan hasil data A sesuai dengan kebutuhan. Setelah bidan selesai membuat perencanaan berdasarkan kebutuhan serta analisis prioritas, maka bidan melanjutkan dengan memberikan asuhan sesuai dengan perencanaan. Pada catatan ini bidan wajib mendokumentasikan dalam bentuk catatan perkembangan yang berisikan hari, tanggal, waktu dan tanda tangan petugas serta nama petugas.

Berikut contoh format catatan perkembangan :

Catatan Perkembangan		
Hari	:	
Tanggal	:	
Waktu	:	
Subjective :		
<i>Objective :</i>		
<i>Assessment :</i>		
<i>Planning :</i>		
Nama Petugas	:	
Tanda tangan Petugas	:	

8.5 Alur Pikir Bidan (Insani *et al.*, 2017)



DAFTAR PUSTAKA

- Insani, A. A. *et al.* (2017) “Berpikir Kritis” Dasar Bidan Dalam Manajemen Asuhan Kebidanan’, *Journal of Midwifery*, 1(2), p. 21. doi: 10.25077/jom.1.2.21-30.2016.
- Marzalik, P. R. *et al.* (2018) ‘Midwifery education in the U.S. - Certified Nurse-Midwife, Certified Midwife and Certified Professional Midwife’, *Midwifery*, 60. doi: 10.1016/j.midw.2018.01.020.
- Purwanti, Y. (2020) *Konsep Kebidanan, Konsep Kebidanan*. doi: 10.21070/2020/978-623-6292-22-8.
- Rita Yulifah, S. (2013) *Konsep Kebidanan Untuk Pendidikan Kebidanan, Narratives of Therapists’ Lives*.
- Sapti, M. (2019) ‘Standar Asuhan Kebidanan’, *Kemampuan Koneksi Matematis (Tinjauan Terhadap Pendekatan Pembelajaran Savi)*, 53(9).
- varney (2019) ‘Materi Konsep Kebidanan’, *Materi Konsep Kebidanan*, 53(9).
- Varney Hellen (1997) ‘Langkah-langkah Manajemen Kebidanan’, *Reproductive Health in Developing Countries: Expanding Dimensions, Building Solutions*, 21(3).
- Walyani, 2015 (2015) ‘7 langkah Manajemen Asuhan Kebidanan’, *Bidansisk.Mahasiswa.Unimus.Id*.

BAB 9

MODEL ASUHAN PELAYANAN KEBIDANAN DI INDONESIA DAN LUAR NEGERI

Oleh Islamiyati

9.1. Model Asuhan Pelayanan Kebidanan

Model adalah suatu rencana, representasi atau gambaran yang menggambarkan sesuatu, sistem atau konsep, yang seringkali berupa penyederhanaan atau idealisasi. Model konseptual adalah model yang mewakili ide atau konsep. Model asuhan kebidanan merupakan suatu bentuk bimbingan/referensi dan merupakan kerangka bidan dalam memberikan asuhan kebidanan yang dipengaruhi oleh falsafah yang dianut oleh bidan (filosofi asuhan kebidanan), termasuk unsur-unsur yang terdapat dalam paradigma kesehatan (perilaku- manusia, lingkungan dan pelayanan kesehatan).

9.1.1. Midwifery care

Care dalam bahasa Inggris mempunyai arti memelihara, mengawasi, memperhatikan dengan sepenuhnya. Dihubungkan dengan dunia kebidanan maka “*care*” disini sering disebut dengan asuhan.

Bidan dalam memegang prinsip *Midwifery care* yaitu:

1. Mengakui dan mendukung keterkaitan antara fisik, psikis dan lingkungan kultur sosial
2. Berasumsi bahwa mayoritas wanita bersalinan ditolong tanpa intervensi
3. Mendukung dan meningkatkan persalinan alami
4. Menggunakan pendekatan pemecahan masalah yang dilandaskan ilmu dan seni

5. Wanita punya kekuasaan yaitu berlandaskan tanggung jawab bersama untuk suatu pengambilan keputusan, tetapi wanita punya kontrol atau keputusan akhir mengenai keadaan dirinya dan bayinya
6. Dibatasi oleh hukum dan ruang lingkup praktik

Filosofi Asuhan Kebidanan menurut ICM

- a. Kehamilan dan melahirkan anak biasanya merupakan proses fisiologis yang normal.
- b. Kehamilan dan melahirkan anak adalah pengalaman yang mendalam, yang membawa signifikansi berarti bagi wanita, keluarganya, dan masyarakat.
- c. Bidan adalah pemberi asuhan yang paling tepat untuk menangani ibu hamil.
- d. Asuhan kebidanan mempromosikan, melindungi dan mendukung manusia, reproduksi dan kesehatan dan hak seksual, dan menghormati keragaman etnis dan budaya. Hal ini didasarkan pada prinsip-prinsip etika keadilan, kesetaraan, dan penghormatan terhadap martabat manusia.
- e. Asuhan kebidanan bersifat holistik dan berkelanjutan, didasarkan pada pemahaman tentang pengalaman sosial, emosional, budaya, spiritual, psikologis dan fisik dari perempuan.
- f. Asuhan kebidanan bersifat emansipatoris karena melindungi dan meningkatkan kesehatan dan sosial status perempuan, dan membangun kepercayaan diri perempuan dalam kemampuan mereka untuk mengatasi persalinan.
- g. Asuhan kebidanan berlangsung dalam kemitraan dengan perempuan, mengakui hak untuk menentukan nasib sendiri, dan penuh kehormatan, pribadi, terus menerus dan tidak otoriter.
- h. Asuhan kebidanan yang etis dan kompeten diinformasikan dan dipandu oleh formal dan pendidikan berkelanjutan, penelitian ilmiah dan penerapan bukti.

9.1.2. Women Center Care

Model asuhan kebidanan dibuat berdasarkan filosofi bahwa kehamilan dan persalinan merupakan sebuah hal yang fisiologis. Model asuhan kebidanan yang berfokus pada perempuan (*Women Centered Care*). *Women Center Care* merupakan model konseptual dalam asuhan *midwifery care* dan asuhan ini berorientasi pada wanita. Dalam hal ini bidan difokuskan untuk memberikan dukungan pada wanita dalam upaya memperoleh status yang sama di masyarakat untuk memilih dan memutuskan perawatan kesehatannya sendiri.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh badan yaitu *House of commons Health commitee* tahun 1992, disimpulkan bahwa terdapat permintaan yang meluas pada kaum wanita untuk memilih pilihan yang lebih besar dalam menentukan jenis asuhan maternitas saat ini membuat mereka frustasi bukan memfasilitasi mereka. Hasil penelitian ini menunjukkan pentingnya asuhan yang berorientasi pada wanita dimana mereka punya peran dalam menentukan pilihan sehingga terpenuhi kebutuhannya dan timbul kepuasan. Hal ini juga menunjukkan bahwa asuhan berorientasi pada wanita atau *Women Center Care* amat penting untuk kemajuan praktik kebidanan.

Penelitian lain pada tahun 2018 menyimpulkan bahwa dalam *Women Center Care* diperlukan perubahan mendasar dalam sikap bidan; keyakinan dan kemauan untuk memberikan perawatan yang berpusat pada wanita. *Women Center Care* membutuhkan perubahan struktural, berdasarkan lebih banyak penelitian dan implementasi filosofi dan aspek pragmatis dan perilaku dari asuhan yang berpusat pada wanita ke dalam pendidikan dan praktik kebidanan. Padapenelitian ini disampaikan juga bahwa perawatan yang berpusat pada wanita sangat terkait dengan martabat manusia.

Prinsip-prinsip dasar *Women Centered Care* adalah

1. Memastikan perempuan adalah mitra sejajar dalam perencanaan dan pelayanan kebidanan maternitas
2. Mengenali pelayanan yang ada untuk memenuhi kebutuhan dan keinginan perempuan
3. Memberikan informasi kesehatan dan memberikan pilihan kepada perempuan dalam hal : pemilihan terhadap kehamilan, persalinan, nifas, dll
4. Memberikan penyuluhan dan pelayanan kebidanan kepada perempuan sehingga mereka mampu membentuk hubungan saling percaya antara sesama
5. Bidan memberikan kontrol atas keputusan-keputusan dalam memberikan pelayanan kebidanan

9.1.3. Visi Women Center Care

Women Center Care ini sangat sesuai dengan keinginan ICM (*Internasional Confederation of Midwifery*) yang tertuang pada visinya yaitu:

- a. Bidan memberikan asuhan pada wanita yang membutuhkan asuhan kebidanan
- b. Bidan mempunyai otonomi sebagai pemberi asuhan yang menghargai kerjasama team dalam memberikan asuhan untuk seluruh kebutuhan wanita dan keluarga
- c. Bidan memegang kunci dalam menentukan asuhan di masa mendatang termasuk pelayanan kesehatan utama pada komunitas untuk seluruh wanita dan keluarga.

Asuhan yang baik terhadap wanita, bidan harus menerapkan hal-hal berikut ini:

- a. Lakukan intervensi minimal
- b. Memberikan asuhan yang sesuai kebutuhan
- c. Melakukan segala tindakan sesuai dengan standar, wewenang dan kompetensi
- d. Memberikan inform consent
- e. Memberikan asuhan yang nyaman, aman, logis dan berkualitas
- f. Menerapkan asuhan sayang ibu

Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu dengan prinsip :

- a. Asuhan yang tidak menimbulkan penderitaan bagi ibu
- b. Ibu punya otonomi dalam setiap pengambilan keputusan
- c. Asuhan yang berorientasi dengan kebutuhan ibu
- d. Memberdayakan ibu / wanita dan keluarga.

9.2. Model Asuhan Pelayanan Kebidanan di Indonesia

Sebelum membahas model asuhan kebidanan di Indonesia akan dibahas terlebih dahulu perbedaan *medical model* dengan model asuhan pelayanan kebidanan. *Medical model* merupakan pondasi dari praktik-praktik kebidanan yang sudah meresap di masyarakat. Meliputi proses penyakit, pemberian tindakan, dan komplikasi penyakit/ tindakan. Berikut disampaikan perbedaan antara *medical model* dengan model kebidanan

Tabel 1. Perbedaan Konsep antara Medical Model dengan Model Kebidanan

Medical model	Model kebidanan
Orientasi pada penyakit bukan filosofi asuhan kebidanan	Orientasi pada manusia sehat mengikuti proses alamiah
Manusia (bidan) sebagai kontrol terhadap alam (mempercepat proses seharusnya dapat berjalan secara alamiah)	Kondisi fisiologis
Memahami individu dari bio dan body	<i>Holistic approach</i> (bio-psiko sosio cultural spirit)
Bidan berorientasi pada pengobatan penyakit	Orientasi sehat
Manusia dipisahkan dari lingkungan dimana kesehatan individu lebih diprioritaskan daripada kesehatan manusia	Keduanya saling mempengaruhi

Medical model	Model kebidanan
Adanya spesialis asuhan mengutamakan high teknologi	Komprehensif Minimalis intervensi
Dokter sebagai kontrol, peran pasien pasif, informasi terbatas pada pasien	Pasien sebagai objek
Fokus pada kondisi pasien	Mencakup lingkungan

Sumber : Astuti K.H.E.W.2016

Berikut ini akan diberikan gambaran bagaimana perbedaan pandangan mengenai kehamilan sesuai *medical model* dan falsafah kebidanan.

Tabel 2. Pandangan tentang Kehamilan berdasarkan Medical Model dan Falsafah Kebidanan

Medical model	Falsafah kebidanan
Perspektif	Normal dalam antisipasi
Kasus tidak biasa menjadi menarik	Setiap persalinan peristiwa unik
Dokter bertanggung jawab	Wanita dan keluarga membuat keputusan
Informasi terbatas	Informasi diberikan tidak terbatas
Outcome yang diharapkan ibu dan bayi hidup dan sehat	Outcome yang diharapkan ibu dan bayi yang hidup dan sehat serta kepuasan akan kebutuhan individu

Sumber : Astuti K.H.E.W.2016

Beberapa model asuhan kebidanan yang diterapkan di Indonesia:

9.2.1. Primary Care

Pada model ini, bidan sebagai pemberi asuhan bertanggung jawab sendiri dalam memberikan asuhan yang berkesinambungan

sejak hamil, melahirkan dan post partum, sesuai kewenangan bidan. Prinsip asuhan primer adalah sebagai berikut:

- a) Asuhan Kesinambungan
- b) Manajemen & dan pelayanan oleh komunitas
- c) Sifatnya Umum, mudah diakses, dan adil
- d) Bekerja sama dengan masyarakat lokal

Pelayanan kebidanan primer yang diberikan oleh bidan sebagai berikut:

1. Tugas mandiri
2. Memberikan pelayanan dasar pada anak remaja dan wanita pranikah dengan melibat klien
3. Memberikan asuhan kebidanan kepada klien selama kehamilan normal
4. Memberikan asuhan kebidanan kepada klien dalam masa persalinan dengan melibatkan klien/keluarga
5. Memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir
6. Memberikan asuhan kebidanan pada klien dalam masa nifas dengan melibatkan klien/keluarga
7. Memberikan asuhan kebidanan pada wanita usia subur yang membutuhkan pelayanan keluarga berencana
8. Memberikan asuhan kebidanan pada wanita gangguan sistem reproduksi dan wanita dalam masa klimaterium dan menopause
9. Memberikan asuhan kebidanan pada bayi, balita dengan melibatkan keluarga
10. Pelayanan Kolaborasi / Kerjasama adalah pelayanan yang dilakukan oleh bidan sebagai anggota tim yang kegiatannya dilakukan secara bersamaan atau sebagai salah satu dari sebuah proses kegiatan pelayanan kesehatan

9.2.2. Continuity of Care

Diselenggarakan oleh sekelompok bidan dengan standard praktik yang sama dengan filosofi dan proses pelayanannya adalah partneship dengan perempuan. Setiap bidan mempunyai komitmen sebagai berikut :

- a. Mengembangkan hubungan yang baik dengan pasien sejak hamil
- b. Mampu memberikan pelayanan yang aman secara individu
- c. Memberikan dukungan pada pasien dalam persalinan
- d. Memberikan perawatan yang komprehensif kepada ibu dan bayi

9.2.3. Collaborative Care

Bidan berkolaborasi dengan professional lain untuk menjamin kliennya menerima pelayanan yang baik bila terjadi sesuatu dalam asuhan. Kolaborasi dilaksanakan dengan informed choice, artinya bidan menghargai hak perempuan untuk memilih tentang semua aspek dalam asuhan kebidanan demi keuntungan ibu dan bayi. Bidan secara aktif memberikan informasi dengan lengkap, relevan, dan objektif tanpa pemaksaan kehendak. Dilaksanakan secara interprofesional baik Pelayanan di RS, di Puskesmas, di rumah maupun di Poskeskel/poskesdes.

9.2.3. Partnership

Partnership model mengimplementasikan filosofi kebidanan terhadap apa yang dikerjakan bidan. *Partnership* merupakan asuhan yang sifatnya saling berbagi antara bidan dengan perempuan. Dalam *Partnership care* tercipta:

- a) Kepercayaan
- b) Kebersamaan dalam pengambilan keputusan
- c) Berbagi tanggung jawab
- d) Ada negosiasi
- e) Saling mengerti

9.2.4. Model partisipasi

Model partisipasi adalah adanya partisipasi ibu dalam interaksinya dengan bidan pada tingkat individual maupun tingkat masyarakat.

Kunci aspek partisipasi pasien meliputi:

- 1) Bantuan diri : pasien yg aktif terlibat dalam asuhan

- 2) Tidak medikalisasi dan tidak professional
- 3) Demokrasi : keterlibatan pasien dalam decision making

Tingkat partisipasi yaitu sejauh mana pasien berpartisipasi pada pelayanan kebidanan. Ada beberapa macam tingkatan partisipasi, yaitu :

- 1) Tk I : Menerima pelayanan secara pasif
- 2) Tk II : Partisipasi aktif dengan rencana-rencana yang jelas misal, bertanya/
mengajak diskusi
- 3) Tk III : berpartisipasi dalam pelaksanaan program kesehatan
- 4) Tk IV : berpartisipasi dalam program pengawasan dan evaluasi
- 5) Tk V : berpartisipasi dalam perencanaan program / model

Untuk melaksanakan model partisipasi ini membutuhkan :

- a. Pendekatan
- b. Kerjasama antara bidan, ibu dan keluarga
- c. Pertanyaan (untuk mengetahui pengetahuan ibu, apa yang diharapkan)
- d. Pemberitahuan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan, rencana tindakan, alternatif tindakan

Unit komponen dalam model partisipasi ini:

- a. Ibu dan keluarga (banyak variasi : norma patriakal, single parent, cerai dll)
- b. Konsep kebutuhan (bio-psiko-sosio-kultural dan spiritual)
- c. Partnership (kerjasama dengan klien, keluarga maupun tim nakes)
- d. Faktor kedekatan & keterbukaan (menghasilkan pengetahuan dan keterampilan, pengharapan, kepercayaan, dan perekanaan)
- e. Model menolong Bagi bidan di ruang kebidanan

- f. Pemberian informasi (dengan komunikasi yg baik)
- g. Pemberian pilihan dan kontrol (dilibatkan dalam *decision making*)
- h. Penerimaan klien saat bersalin (komunikasi yg baik)
- i. Kesadaran diri sendiri (kekuatan dan kelemahan)
- j. Model sistem maternitas di komunitas
- k. Bidan yg memberikan asuhan di komunitas akan melakukan rujukan

9.3. Model Asuhan Pelayanan Kebidanan di Luar Negeri

Di seluruh dunia kebidanan telah dipraktekkan selama berabad-abad, dan memiliki ciri-ciri dan karakteristik yang telah berkembang secara berbeda sesuai dengan budaya lokal atau regional dan tradisi serta pengetahuan sosial. Model asuhan kesinambungan yang dipimpin bidan dikaitkan dengan manfaat untuk ibu dan bayi baru lahir, seperti pengurangan penggunaan anestesi epidural, lebih sedikit episiotomi dan kelahiran dengan menggunakan alat, dan peningkatan kelahiran pervaginam spontan dan peningkatan menyusui. Wanita lebih kecil kemungkinannya untuk mengalami kelahiran prematur atau kehilangan bayi sebelum usia kehamilan 24 minggu. Terjadi peningkatan peluang perawatan dalam persalinan dan kelahiran oleh seorang bidan.

9.3.1. Model Asuhan Kebidanan ICM

Menurut Organisasi Kebidanan dunia (*International Confederation of Midwifery*) ada beberapa hal penting dalam asuhan kebidanan yang diberikan oleh seorang bidan, yaitu:

- a. Bidan mempromosikan dan melindungi kesehatan dan hak perempuan dan bayi baru lahir.
- b. Bidan menghormati dan percaya pada perempuan dan kemampuan mereka dalam persalinan.
- c. Bidan mempromosikan dan mengadvokasi non-intervensi dalam persalinan normal.

- d. Bidan memberikan informasi dan saran yang tepat kepada wanita dengan cara yang mempromosikan partisipasi dan meningkatkan pengambilan keputusan.
- e. Bidan menawarkan perawatan yang penuh hormat, antisipatif dan fleksibel, yang meliputi: kebutuhan wanita, bayi yang baru lahir, keluarga dan masyarakat, dan dimulai dengan kebutuhan primer memperhatikan sifat hubungan antara wanita yang mencari kebidanan perawatan dan bidan.
- f. Bidan memberdayakan perempuan untuk memikul tanggung jawab atas kesehatan mereka dan untuk kesehatan keluarga mereka.
- g. Praktik bidan dalam kolaborasi dan konsultasi dengan tenaga kesehatan lain untuk melayani kebutuhan wanita, bayi baru lahir, keluarga dan masyarakat.
- h. Bidan mempertahankan kompetensi mereka dan memastikan praktik mereka berbasis bukti.
- i. Bidan menggunakan teknologi dengan tepat dan melakukan rujukan pada waktu yang tepat ketika masalah muncul.
- j. Bidan secara individu dan kolektif bertanggung jawab atas perkembangan suhan kebidanan, mendidik generasi baru bidan dan rekan di konsep belajar sepanjang hayat

Berikut ini akan disampaikan model pelayanan kebidanan di beberapa Negara di luar negeri yang dikutip dari Review paper Tine S. Eri, dkk (2020)

9.3.2. Model Asuhan Pelayanan Kebidanan di New Zealand dan Scotlandia (*Women-with midwives with-women: a model of interdependence*)

Pada model ini yang terjadi adalah menghadiri dan menghadirkan, melengkapi dan melengkapi, refleksi dan refleksivitas antara wanita dan bidan. Dalam model ini terjadi hubungan timbal balik antara bidan dan klien. Orientasi model ini

adalah hubungan. Model ini menawarkan bukti awal dari dokumentasi tentang esensi hubungan bidan – klien. Model ini menerapkan pendidikan kebidanan maupun praktiknya. Lingkup pelayanan pada model ini adalah kehamilan, persalinan dan masa nifas.

Model ini mewakili hubungan yang episodik dan tidak selalu seimbang, dan proses sosial dasar timbal balik mencakup seluruh hubungan bidan-klien. Dalam visualisasi model terlihat bagaimana bidan dan klien bertemu sebagai orang asing, memiliki periode pertemuan yang bisa episodik dan tidak selalu seimbang, serta adanya faktor kontekstual yang mempengaruhi hubungan tersebut

9.3.3. Model Asuhan Pelayanan Kebidanan di Amerika Serikat (*A model of exemplary practice*)

Model asuhan kebidanan teladan disajikan berdasarkan identifikasi elemen penting yang diselaraskan dalam tiga dimensi. Ketiga dimensi ini berorientasi pada kesehatan bagi perempuan dan keluarga, dan menuju profesionalisme kebidanan. Sebuah studi Delphi dilakukan di AS dengan sampel yang terdiri dari bidan teladan dan wanita yang telah menerima perawatan mereka. Model ini mencakup keberpihakan penting dalam tiga dimensi. Hasil dari dimensi pertama, 'terapi', adalah bahwa wanita dan/atau bayi dalam situasi tertentu memiliki kesehatan yang optimal. Hasil dari dimensi kedua, 'perawatan/perhatian', adalah bahwa perempuan dan keluarga memiliki pengalaman perawatan kesehatan dan kelahiran yang saling menghormati dan memberdayakan, sedangkan hasil dari dimensi ketiga, 'profesi kebidanan', adalah bahwa profesi kebidanan ditingkatkan. Ketiga dimensi dan hasil ini ditempatkan dalam lingkaran di tengah dengan latar belakang kualitas dan sifat bidan. Lingkup layanan pada model ini adalah kehamilan, persalinan dan masa nifas.

Model ini mendukung normalnya kehamilan dan kelahiran, kewaspadaan dan perhatian yang terperinci, dan menghormati keunikan wanita, adalah beberapa bagian dari proses perawatan

yang diidentifikasi. Perbedaan penting yang muncul adalah seni "tidak melakukan apa-apa" dengan baik. Dengan memastikan bahwa keadaan normal berlanjut melalui perawatan yang waspada dan penuh perhatian, para bidan puas untuk mendorong proses persalinan dan kelahiran yang normal, mengintervensi dan menggunakan teknologi hanya ketika situasi individu diperlukan. Perawatan kesehatan, baik dalam pengaturan ginekologi atau selama kehamilan, diarahkan untuk membantu wanita mencapai tingkat kontrol proses dan hasil. Hasil akhir adalah kesehatan yang optimal dalam situasi tertentu, dan pengalaman perawatan kesehatan yang saling menghormati dan memberdayakan. Model menyediakan struktur untuk penelitian masa depan tentang aspek unik dari asuhan kebidanan untuk mendukung korelasinya dengan hasil dan nilai yang sangat baik dalam ekonomi perawatan kesehatan.

9.3.4. Model Asuhan Pelayanan Kebidanan di Swedia (A midwifery model of care for childbearing women at high risk: genuine caring in caring for the genuine)

Model ini merupakan model asuhan kebidanan pada ibu hamil berisiko tinggi. Model ini berorientasi perawatan praktik, yang menjelaskan apa yang merupakan asuhan kebidanan yang ideal untuk wanita usia subur dengan risiko tinggi. Ini dikembangkan melalui sintesis penelitian dari tiga studi wawancara fenomenologis di Swedia dengan wanita (n=2) dan bidan (n=1), di mana penulis menjabat sebagai peneliti utama. Inti dari model ini adalah 'kepedulian yang tulus dalam merawat yang asli', yang mencakup tiga unsur: 'hubungan yang melindungi martabat', 'pengetahuan yang terkandung', dan 'tindakan penyeimbang antara perspektif alami dan medis'. Setiap konstituen terdiri dari dua hingga lima elemen. Yang menjadi lingkup pelayanan pada model ini adalah pelayanan kebidanan untuk kehamilan resiko tinggi.

9.3.5. Model Asuhan Pelayanan Kebidanan di Afrika Selatan (*A woman centred childbirth model*)

Model ini merupakan model persalinan yang berpusat pada wanita, dengan lingkup pelayanan persalinan. Model ini digunakan untuk membantu bidan yang hadir dalam memfasilitasi partisipasi bersama saat mengelola ibu melahirkan dengan meningkatkan penerapan prinsip-prinsip Batho-Pele (1997). Prinsip-prinsip tersebut adalah

1. Konsultasi,
Menunjukkan bahwa konsultasi dapat membantu mendorong pengambilan keputusan yang lebih partisipatif dan hubungan kerjasama antara penyedia dan pengguna layanan publik. Pengambilan keputusan bersama dan keterlibatan konsumen yang lebih aktif dalam perawatan kesehatan mereka dapat meningkatkan persepsi kontrol konsumen yang pada gilirannya dapat meningkatkan hasil kesehatan
2. Standar layanan,
Standar pelayanan mengacu pada aspek pelayanan yang paling penting bagi pengguna. Pengguna perlu diberi tahu tentang layanan yang berhak mereka terima dan tentang siapa yang bertanggung jawab atas perawatan mereka
3. Akses bidan,
Ibu harus memiliki akses ke bidan yang terampil selama persalinan. Hambatan akses yaitu sosial, budaya dan komunikatif perlu diperhatikan.
4. Kesopanan,
Untuk menjamin kesopanan, menurut Kode Etik Pegawai Negeri yang dikeluarkan oleh *the Public Servants' Commission*, bidan harus memperlakukan ibu sebagai 'pelanggan' yang berhak menerima pelayanan dengan standar tertinggi.
5. Informasi
Informasi yang cukup, seimbang, tidak menghakimi dan tepat ternyata penting pada setiap tahap persalinan

untuk memungkinkan ibu mengambil keputusan dan mengungkapkan preferensi informasi mereka tentang perawatan mereka. Mereka yang merasa kurang informasi saat melahirkan menunjukkan sejumlah kecemasan yang disebabkan oleh komunikasi yang buruk. Lau (2002:12) menyatakan bahwa terbukti bahwa tingkat pengetahuan ibu berkontribusi terhadap kemungkinan partisipasi dalam pengambilan keputusan karena informasi sering mengurangi ketidakpastian dan melemahkan kesulitan membuat keputusan yang tepat.

6. Keterbukaan dan transparansi.

Pentingnya pemberian pelayanan publik terletak pada kebutuhan untuk membangun kepercayaan dan kepercayaan antara penyedia (bidan) dan pengguna (ibu)

Tujuan model ini adalah:

- a. Memfasilitasi partisipasi timbal balik, serta hubungan yang saling menghormati dan egaliter antara ibu dan bidan yang merawat selama persalinan.
- b. Meningkatkan kesetaraan yang menganut prinsip pembagian kekuasaan dan tanggung jawab.
- c. Memperkuat kemitraan dan kolaborasi dalam pengambilan keputusan
- d. Meningkatkan harga diri, penentuan nasib sendiri dan kemandirian ketika ibu mendapat informasi yang baik.
- e. Mempromosikan saling ketergantungan.

9.3.6. Model Asuhan Pelayanan Kebidanan di Islandia (The primacy of the good midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery)

Merupakan Model Keutamaan pelayanan kebidanan yang baik: teori profesionalisme yang berkembang dalam kebidanan. Model ini melakukan pemberdayaan

perempuan dalam proses melahirkan dengan menitikberatkan pada profesionalisme bidan. Lingkup pelayanan pada model ini adalah masa persalinan.

Model ini berorientasi pada profesi bidan. Pada model ini dikatakan bahwa Profesionalisme bidan yang baik dibangun dari lima aspek utama:

1. Kepedulian profesional bidan
2. Kebijaksanaan profesional bidan
3. Pengembangan bidan
4. Kompetensi interprofesional bidan
5. Kompetensi professional bidan

9.3.7. Model Asuhan Pelayanan Kebidanan di Swedia dan Islandia (*A midwifery model of women-centred childbirth care*)

Merupakan model kebidanan dari asuhan persalinan yang berpusat pada wanita. Lingkup pelayanan pada model ini adalah persalinan dan kelahiran. Model ini mencakup lima tema utama. Tiga tema sentral yang saling terkait adalah: hubungan timbal balik (kehadiran/ penguatan/ ketersediaan/ partisipasi); suasana melahirkan (ketenangan/ kepercayaan/ keselamatan/ penguatan/ mendukung kenormalan); dan pengetahuan yang membumi (Berbagai jenis pengetahuan/ pengetahuan yang terkandung/ pengetahuan tentang wanita). Dua tema lainnya, yang juga mempengaruhi perawatan, adalah konteks budaya (dengan norma-norma yang menghambat dan mendorong); dan tindakan penyeimbangan yang terlibat dalam memfasilitasi perawatan yang berpusat pada perempuan.

Model ini menunjukkan bahwa asuhan kebidanan di era teknologi medis modern ini memerlukan tindakan penyeimbang untuk meningkatkan budaya asuhan berdasarkan filosofi kebidanan. Langkah selanjutnya adalah menerapkan model dalam program kebidanan dan dalam praktik klinis, dan mengevaluasi penerapannya. Model ini dapat diterapkan pada asuhan kebidanan secara umum selama asuhan kehamilan, persalinan dan nifas. Model ini dapat digunakan sebagai pedoman praktik

kebidanan sehari-hari. Model ini dapat berfungsi sebagai kerangka teoritis yang luas untuk praktik kebidanan, pendidikan, manajemen, dan penelitian.

9.3.8. Model Asuhan Pelayanan Kebidanan di Inggris

Berdasarkan *The Royal College of Midwives* ada 3 model asuhan kebidanan di Inggris yang memberikan pelayanan dengan kualitas terbaik:

9.3.8.1. Public Health

Bidan adalah anggota penting dari tenaga kesehatan masyarakat, ditempatkan dengan baik untuk membantu setiap anak membuat awal yang terbaik dalam hidup. Pekerjaan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit mereka meningkatkan hasil kehamilan dan keuntungan kesehatan jangka panjang dengan mengatasi faktor-faktor penentu kesehatan individu dan sosial, seperti menyusui, merokok dan minum, dan asal-usul sosial dan perilaku mereka.

Pada model ini, Bidan harus mengambil tindakan untuk memastikan bahwa:

1. setiap wanita memiliki akses awal dan langsung ke bidan yang dapat membantunya membuat perubahan perilaku yang mempromosikan kesehatan;
2. setiap kontak dengan wanita dan pasangannya penting, dan bidan memiliki pelatihan, sumber daya dan waktu untuk memastikan hal ini terjadi;
3. bidan memiliki akses ke bantuan spesialis untuk rujukan wanita yang diidentifikasi sebagai membutuhkan bantuan;
4. bidan berada dalam posisi untuk menjadi advokat wanita dalam sistem yang kompleks. Mereka harus mengkoordinasikan perawatan dan mampu menjadi 'dengan wanita' bukan 'dengan organisasi' membantu dia menavigasi sistem;
5. instansi lain yang terlibat dalam promosi kesehatan memahami peran bidan.

9.3.8.2. *Continuity of Care/carer*

Harus ada kesinambungan asuhan dan pengasuhan yang dipimpin bidan sepanjang proses kehamilan, kelahiran dan periode pascakelahiran, baik di komunitas maupun di rumah sakit. Satu bidan, atau sekelompok kecil bidan, harus merawat setiap wanita dengan menggunakan rencana perawatan yang mereka buat bersama untuk memastikan kesinambungan.

Pada model ini, Bidan harus mengambil tindakan untuk memastikan bahwa:

1. Setiap kesempatan diambil untuk mencapai kesinambungan pengasuh di sepanjang jalur bersalin;
2. Pola kerja yang fleksibel memungkinkan pola shift yang ramah keluarga, berkelanjutan sistem panggilan, praktik kerja, syarat dan ketentuan dan memungkinkan bidan untuk mengadopsi pola kerja yang berbeda pada tahapan karir yang berbeda;
3. Tingkat kepegawaian sesuai di seluruh jalur persalinan jika tidak, persalinan perawatan bersalin selalu diprioritaskan dengan mengorbankan perawatan antenatal dan postnatal.

9.3.8.3. *Midwifery-led Care and Settings*

Perawatan wanita sehat harus dipimpin oleh bidan, biasanya di lingkungan kebidanan. Perawatan yang dipimpin kebidanan juga harus tersedia untuk wanita berisiko rendah dalam pengaturan kebidanan. Asuhan wanita dengan kebutuhan yang lebih kompleks harus diberikan oleh bidan bekerja sama dengan layanan spesialis termasuk kebidanan dan akan sering diberikan dalam pengaturan kebidanan. Setiap wanita dengan kehamilan berisiko rendah harus memulai persalinannya dengan bidan di rumah atau di unit yang dipimpin bidan, kecuali jika dia memilih alternatif setelah diskusi penuh tentang risiko dan manfaatnya.

Padamodel ini, Bidan harus mengambil tindakan untuk memastikan bahwa:

1. Wanita berdiskusi lengkap tentang bukti untuk membantu mereka membuat pilihan terbaik untuk mereka sendiri;
2. Wanita tidak harus memilih tempat lahir mereka sampai akhir kehamilan;
2. Pilihan melahirkan di rumah atau di unit yang dipimpin kebidanan tersedia dan default pilihan untuk wanita dengan risiko rendah;
3. Pedoman tentang perawatan wanita berisiko rendah berlaku seragam di seluruh layanan bersalin terlepas dari pilihan tempat lahir mereka;
4. Asuhan yang dipimpin bidan tersedia di unit kebidanan untuk wanita berisiko rendah yang memilih itu pilihan tempat lahir;
5. Ada protokol untuk mendukung asuhan kebidanan bagi semua wanita dengan tujuan menormalkan perawatan wanita yang berisiko tinggi.

9.3.9. Model Asuhan Pelayanan Kebidanan di Australia

Menurut Homer, ada beberapa model perawatan persalinan di Australia:

9.3.9.1. *Midwifery Group Practice (Public) Caseload Care*

Perawatan antenatal, intrapartum dan postpartum diberikan oleh bidan utama dengan bidan pendamping atau bidan yang memberikan perlindungan, dan dengan bantuan dari dokter jika diperlukan.* Perawatan antenatal dan postpartum diberikan di rumah sakit, komunitas atau rumah, dengan intrapartum perawatan di rumah sakit, klinik bersalin atau di rumah.

9.3.9.2. *Team Midwifery Care*

Perawatan antenatal, intrapartum dan postpartum disediakan oleh tim kecil bidan, bekerja sama dengan dokter jika diperlukan.* Perawatan intrapartum biasanya diberikan di rumah sakit atau klinik bersalin. Perawatan postpartum dapat dilanjutkan di rumah atau komunitas, yang disediakan oleh kelompok bidan.

9.3.9.3. *Private Midwifery Care*

Perawatan antenatal, intrapartum dan postpartum diberikan oleh bidan swasta atau kelompok bidan, bekerja sama dengan dokter jika diperlukan.* Perawatan intrapartum dan postpartum disediakan di berbagai lokasi, termasuk di rumah.

9.3.9.4. *Shared Care*

Asuhan antenatal disediakan oleh penyedia komunitas (dokter dan/atau bidan) bekerja sama dengan staf rumah sakit berdasarkan kesepakatan yang telah ditetapkan. Perawatan intrapartum dan postpartum ini biasanya disediakan di rumah sakit oleh bidan dan dokter rumah sakit, sering kali bersama dengan penyedia komunitas (khususnya di lingkungan pedesaan).

9.3.9.5. *Combined Care*

Asuhan antenatal disediakan oleh penyedia layanan bersalin swasta (dokter dan/atau bidan) di masyarakat. Perawatan intrapartum dan postpartum ini disediakan di rumah sakit umum oleh bidan dan dokter rumah sakit. Perawatan postpartum dapat dilanjutkan di rumah atau komunitas, yang disediakan oleh bidan rumah sakit.

9.3.9.6. *Private Obstetrician (Specialist) Care*

Perawatan antenatal disediakan oleh dokter spesialis kandungan swasta. Perawatan intrapartum diberikan di rumah sakit swasta atau umum oleh dokter spesialis kandungan dan bidan rumah sakit swasta. Perawatan postpartum diberikan di rumah sakit dan dapat dilanjutkan di rumah atau hotel.

9.3.9.7. *Private Obstetrician and Private Practising Midwife Joint Care*

Perawatan antenatal, intrapartum dan postpartum disediakan oleh dokter kandungan dan bidan praktek swasta dari praktek swasta yang sama. Asuhan intrapartum diberikan baik di rumah sakit swasta maupun umum oleh dokter spesialis

kandungan, bidan dan/atau bidan rumah sakit swasta. Perawatan postpartum diberikan di rumah sakit dan dapat dilanjutkan di rumah, hotel atau asrama, yang disediakan oleh bidan swasta.

9.3.9.8. *General Practitioner Obstetrician Care*

Perawatan antenatal disediakan oleh praktik umum dokter kandungan. Perawatan intrapartum diberikan di rumah sakit swasta atau umum oleh dokter kandungan dan bidan rumah sakit. Perawatan postpartum diberikan di rumah sakit oleh dokter kandungan dan bidan rumah sakit dan dapat dilanjutkan di rumah atau komunitas.

9.3.9.9. *Public Hospital Maternity Care*

Pelayanan antenatal diberikan di klinik rawat jalan rumah sakit (*onsite* atau *outreach*) oleh bidan dan/atau dokter. Perawatan intrapartum dan postnatal disediakan di rumah sakit oleh bidan dan dokter. Perawatan postpartum dapat dilanjutkan di rumah atau komunitas, yang disediakan oleh bidan rumah sakit

9.3.9.10. *Public Hospital High Risk Maternity Care*

Asuhan antenatal diberikan kepada wanita dengan risiko tinggi medis atau kehamilan kompleks oleh penyedia layanan kesehatan bersalin yang berkepentingan dengan perawatan kehamilan risiko tinggi (dokter spesialis kandungan atau subspecialis kedokteran kehamilan dengan bidan) di rumah sakit umum. Perawatan intrapartum dan postpartum disediakan oleh dokter dan bidan rumah sakit. Perawatan postpartum dapat dilanjutkan di rumah atau komunitas, yang disediakan oleh bidan rumah sakit.

9.3.9.11. *Remote Area Maternity Care*

Perawatan antenatal dan postnatal disediakan di komunitas terpencil oleh bidan daerah terpencil (atau perawat daerah terpencil) atau kelompok bidan, kadang-kadang bekerja

sama dengan perawat daerah terpencil dan/atau dokter, dengan *telehealth* atau dokter *fly-in/fly-out*. Perawatan intrapartum dan postpartum disediakan di rumah sakit regional atau metropolitan (melibatkan relokasi sementara sebelum persalinan) oleh bidan dan dokter rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti K.H.E.W(2016) 'Konsep Kebidanan dan Etikolegal dalam Praktik Kebidanan. Modul Buku Ajar Cetak Kebidanan' Pusdik SDM Kesehatan. Badan PPSDM Kesehatan. Jakarta
- Berg M. (2005) 'A midwifery model of care for childbearingwomen at high risk: genuine caring in caring for the genuine' J Perinat Educ.;14(1):9-21. doi:10.1624/105812405X23577
- Berg M, Asta Ólafsdóttir Ó, Lundgren I. (2012) 'A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings' Sex Reprod Healthc. ;3(2):79-87. doi:10.1016/j.srhc.2012.03.001
- Eri T.S, et all, (2020) 'Model of Midwifery Care:A Mapping Review' European Journal of Midwifery; 4 (July): 30 doi: 10.18322/ejm/124110
- Fatmanadia (2012). 'Partnership Bidan Dan Perempuan Dalam Pelayanan Kebidanan (Women Centered Care)' <https://fatmanadia.wordpress.com>.
- Fleming V. (1998) 'Women-with-midwives: a model of interdependence' Midwifery. 14(3):137-143. doi:10.1016/s0266-6138(98)90028-6
- Halldorsdottir S, Karlsdottir SI. (2011) 'The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery' Scand J Caring Sci.;25(4):806-817. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x
- Homer C.S.E. (2016) Models of Maternity Care : Evidence for Midwifery Continuity of Care. MJA 205 (8). Centre for

Midwifery. Child and Family Health. University of Technology Sydney. doi: 10.5694/mja16.00844

International Federation of Midwives (2014) 'Core Document Philosophy and Model of Midwifery Care' The Hague Netherland. www.internationalmidwife.org.

Kennedy HP. (2000) 'A model of exemplary midwifery practice: results of a delphi study' J Midwifery Womens Health.;45(1):4-19. doi:10.1016/s1526-9523(99)00018-5

Kuipers Y.F, et al. (2018) 'Woman-centered care 2.0: Bringing the concept into focus' European Journal of Midwifery ; 2018;2(May):5. EUEP European Publishing. doi: 10.18322/ejm/91492

Maputle MS. (2010) 'A woman-centred childbirth model' Health SA Gesondheid.;15(1):28-35. doi:10.4102/hsag.v15i1.450

Pratiwi T. (2018) 'Model Pelayanan Kebidanan' <http://tiarapратиwi87.blogspot.com/2018>

The Royal College of Midwives. (2014) 'Health Quality Midwifery Care' www.rcm.org.uk

BAB 10

REFLECTIVE PRACTICE

Oleh Inke Malahayati

10.1 Pendahuluan

"Tidak cukup hanya memiliki pengalaman untuk belajar. Tanpa merenungkan pengalaman ini, hal itu bisa dengan cepat dilupakan, atau kemampuan pembelajarannya hilang. Dari perasaan dan pemikiran yang timbul dari refleksi inilah generalisasi ataupun konsep dapat dihasilkan. Dengan generalisasi memungkinkan situasi baru ditangani secara efektif." (Gibbs 1988)"

Reflective practice/praktek reflektif adalah salah satu cara untuk belajar berdasarkan pengalaman. Dalam pendidikan kesehatan, praktek reflektif digunakan untuk membantu menghubungkan teori dengan praktik. Hal ini memungkinkan peserta didik untuk mengembangkan pengetahuan dan keterampilan untuk menjadi praktisi kesehatan profesional. Pada dasarnya latihan reflektif adalah langkah awal untuk belajar. Dengan memikirkannya secara terarah, menggunakan proses reflektif, kita akan memahaminya secara berbeda dan mampu mengambil tindakan, sebagai hasilnya. Latihan reflektif menjembatani kesenjangan antara teori murni dengan praktek langsung dengan menyediakan strategi yang membantu mengembangkan pemahaman dan pembelajaran (Jasper, 2003). Latihan reflektif membentuk dasar pembelajaran yang mendalam dari pengalaman masa lalu. Hal ini membantu mengembangkan pemikiran kritis, pemecahan masalah, dan keterampilan belajar mandiri dan seumur hidup melalui memperoleh pemahaman baru, perspektif baru, dan alternatif baru untuk pengalaman masa depan (Tsingos et al, 2006).

10.2 Definisi dan Manfaat Reflective Practice

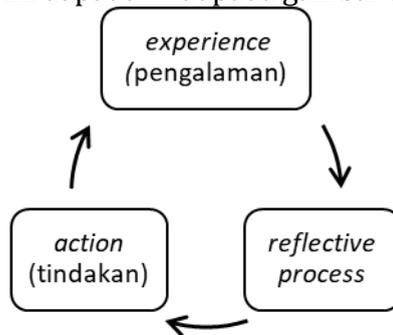
Reflective practice mulai diperkenalkan pada banyak profesi pada 1980-an. Latihan reflektif (*reflective practice*) adalah proses

evaluasi kritis dan penilaian diri di mana seseorang secara mendalam mengeksplorasi suatu peristiwa untuk belajar dari pengalaman, dan pada akhirnya melakukan perubahan dalam persepsi atau perilaku. Latihan reflektif bermanfaat bagi praktik melalui peningkatan profesionalisme dan mendorong pembelajaran mandiri. Pada dasarnya, latihan reflektif berarti kita belajar dengan memikirkan hal-hal yang telah terjadi pada kita dan melihatnya dengan cara berbeda yang memungkinkan kita untuk mengambil tindakan tertentu bila suatu saat kita menemukan masalah yang sama (Jasper, 2003).

Latihan reflektif memiliki tiga (3) komponen, yaitu:

1. sesuatu yang terjadi pada seseorang (pengalaman/*experience*)
2. proses refleksi yang memungkinkan seseorang belajar dari pengalaman tersebut (*reflective*)
3. tindakan (*action*) yang dihasilkan dari perspektif baru yang diambil

Ketiga komponen ini dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 8. Siklus ERA dalam reflective practice
(Sumber: Jasper, 2003)

10.2.1 Pengalaman/*experience*

Menurut CancerWeb *dictionary* (2000) pengalaman adalah perasaan emosi dan sensasi, sebagai lawan dari berpikir, keterlibatan dalam apa yang terjadi daripada refleksi abstrak pada suatu peristiwa atau pertemuan interpersonal. Sedangkan menurut Oxford *dictionary*, pengalaman adalah pengetahuan dan

keterampilan yang diperoleh seseorang setelah melakukan sesuatu dalam jangka waktu tertentu (proses mendapatkannya); hal-hal yang telah terjadi pada seseorang yang mempengaruhi cara seseorang berpikir dan berperilaku. Dalam konteks *reflective practice*, pengalaman mengacu pada hal berikut:

- pengalaman adalah sesuatu yang terjadi pada seseorang
- akumulasi pengetahuan dan keterampilan dari waktu ke waktu, atau
- proses yang dilalui seseorang ketika melakukan sesuatu.

Dalam konsep *reflective practice*, pengalaman adalah apapun yang terjadi pada seseorang di masa lalu dan secara sadar kita mempertimbangkan pengalaman itu secara berurutan untuk menarik pembelajaran.

10.2.2 Reflective process

Proses reflektif membantu kita melihat dunia dengan cara yang lain yang memungkinkan untuk fokus pada berbagai aspek pengalaman kita. Proses reflektif adalah tahapan aktivitas berpikir yang dilalui ketika kita secara sadar memutuskan untuk mengeksplorasi sebuah pengalaman (Jasper, 2003). Hal ini dimulai dengan refleksi dalam tindakan (*reflection in action*). Bidan membuat keputusan setiap hari, merefleksikan ketepatan respon dan terus bekerja. Refleksi dalam tindakan dapat dilakukan dengan cara meluangkan waktu untuk mengingat asuhan/praktek yang dilakukan, emosi yang terlibat, dan benar-benar melihat praktik diri sendiri. Di sini bidan bisa belajar sehingga membawa manfaat bagi lingkungan kerja dan pasien mereka (Masson & Williams, 2008).

Tahap dasar proses reflektif adalah (Jasper, 2003):

- Tahap 1: memilih kejadian kritis untuk direnungkan
- Tahap 2: mengobservasi dan menjelaskan pengalaman
- Tahap 3: menganalisis pengalaman
- Tahap 4: menginterpretasikan pengalaman
- Tahap 5: mengeksplorasi alternatif
- Tahap 6: membongkai tindakan

10.2.3 Tindakan/*action*

Tahap terakhir dari latihan reflektif adalah mengambil tindakan. Hal ini bisa menjadi sesuatu yang mudah atau sulit, tergantung pada apa yang harus dilakukan. Faktor yang harus dipertimbangkan dalam mengambil tindakan adalah (Jasper, 2003):

- apa yang ingin dicapai sebagai hasil dari tindakan
- bagaimana akan melakukannya
- kapan akan dilakukan
- dimana akan dilakukan
- siapa yang akan menjadi bagian dari tindakan

Davies (2012) mengidentifikasi manfaat serta keterbatasan praktik reflektif. Manfaat latihan reflektif meliputi:

- Peningkatan pembelajaran dari pengalaman atau situasi
- Promosi pembelajaran yang mendalam
- Identifikasi kekuatan pribadi dan profesional dan area untuk perbaikan
- Identifikasi kebutuhan pendidikan
- Perolehan pengetahuan dan keterampilan baru
- Pemahaman lebih lanjut tentang keyakinan, sikap, dan nilai sendiri
- Dorongan motivasi diri dan pembelajaran mandiri
- Dapat bertindak sebagai sumber umpan balik
- Kemungkinan peningkatan kepercayaan pribadi dan klinis

Adapun keterbatasan praktik reflektif meliputi (Davies, 2012):

- Tidak semua praktisi dapat memahami proses reflektif
- Mungkin merasa tidak nyaman menantang dan mengevaluasi praktik sendiri
- Bisa memakan waktu
- Mungkin memiliki kebingungan tentang situasi/pengalaman mana yang harus direnungkan
- Mungkin tidak cukup untuk menyelesaikan masalah klinis

Menurut Masson & Williams (2008), manfaat praktek reflektif bagi individu/bidan adalah:

- Memastikan bidan memberikan asuhan berbasis bukti
- Menghindari praktek rutin
- Berfokus pada pasien sebagai individu daripada kasus
- Memaksimalkan kesempatan belajar mengidentifikasi kekurangan dalam pengetahuan dan keterampilan bidan
- Mengidentifikasi kebutuhan belajar
- Menghargai praktik baik diri sendiri
- Mengembangkan praktek sendiri terus menerus
- Mengembangkan basis pengetahuan sendiri terus menerus
- Membuat 'teori praktik' sendiri

Manfaat praktek reflektif bagi pasien adalah (Masson dan Williams, 2008):

- Menerima kualitas perawatan yang lebih baik
- Perawatan individual dan berbasis bukti yang berasal dari kebutuhan pasien
- Standar keselamatan pasien yang lebih baik
- Peningkatan pengambilan keputusan
- Asuhan menggunakan pengetahuan terkini
- Penurunan jumlah insiden pasien yang merugikan (seperti kesalahan obat, kesalahan praktik operasi, jatuh)
- Keyakinan yang lebih tinggi pada praktisi profesional

10.3 Jenis Reflective Practice

Ada dua jenis latihan reflektif yang sering disebut yaitu refleksi-dalam-tindakan (*reflection in action*) dan refleksi-pada-tindakan (*reflection on action*). Perbedaan yang jelas antara keduanya adalah waktu terjadinya kegiatan tersebut (Nicol & Dosser, 2016).

10.3.1 Refleksi-dalam-tindakan (*reflection in action*)

Refleksi ini dilakukan pada saat seseorang terlibat dalam situasi tersebut atau saat melakukan sesuatu, sering kali merupakan interaksi yang sabar. Refleksi-dalam-tindakan melibatkan analisis pengamatan, mendengarkan dan/atau menyentuh atau 'merasa' untuk memecahkan masalah. Pemecahan masalah dalam refleksi ini mengarah pada perubahan dalam pandangan praktisi tentang diri, nilai-nilai, dan keyakinan. Keterampilan refleksi dalam tindakan membutuhkan beberapa waktu untuk mengembangkannya karena terkait dengan pengembangan praktik keahlian.

10.3.2 Refleksi-pada-tindakan (*reflection on action*)

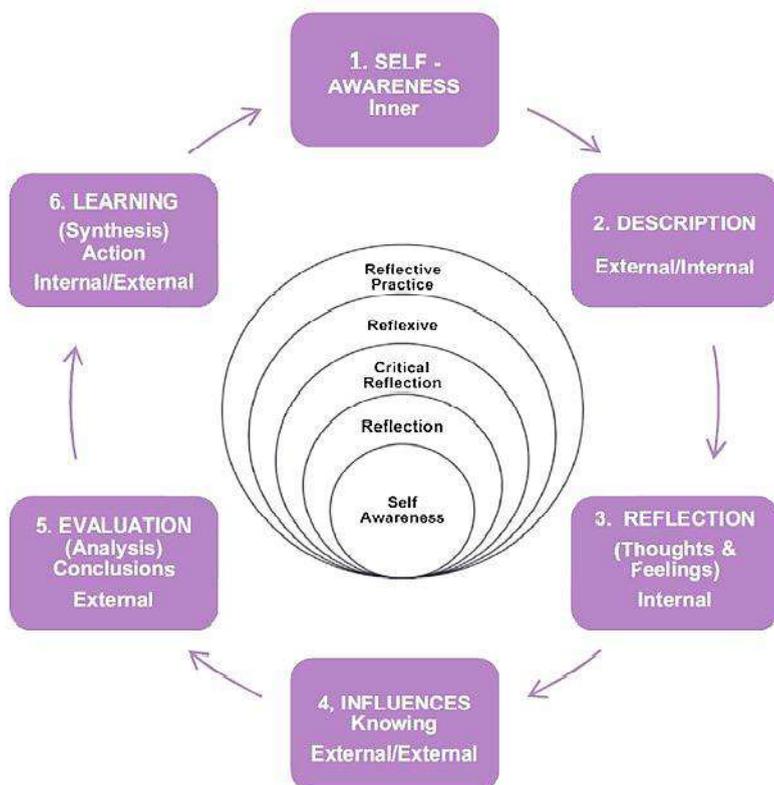
Refleksi ini terjadi setelah melakukan sesuatu. Jenis refleksi ini melibatkan langkah mundur dari situasi, yang berarti bahwa itu terjadi pada beberapa waktu setelah situasi terjadi. Oleh karena itu dibutuhkan komitmen waktu. Refleksi pada tindakan ini berperan penting dalam pengembangan profesional.

10.4 Model Reflective Practice

Berikut beberapa model latihan reflektif berdasarkan beberapa sumber:

10.4.1 Bass's holistic reflection model

Model Bass didasarkan pada keyakinan bahwa latihan reflektif menggabungkan kesadaran diri, refleksi, refleksi kritis dan reflektivitas. Hal ini digambarkan sebagai empat konsep yang saling terkait (lihat lingkaran dalam Gambar 1)



Gambar 9. Model refleksi holistik menurut Bass
(Sumber: Bass, 2017)

Konsep pertama, kesadaran diri (*self awareness*), adalah mengembangkan pemahaman tentang keadaan batin sendiri, memiliki kehadiran dan kemampuan untuk mengatur reaksi emosional. Selanjutnya, refleksi yaitu proses melihat kembali suatu pengalaman atau situasi dengan maksud menarik wawasan yang dapat menginformasikan praktik yang akan datang dengan cara yang positif. Ketiga, adalah konsep refleksi kritis, yang merupakan proses terpandu untuk membantu analisis dan meningkatkan potensi transformasi praktik untuk mencapai hasil positif. Model ini melibatkan pengembangan kemampuan kritis untuk memeriksa situasi dari berbagai perspektif. Pada tahap ini langkah yang digunakan adalah bertanya, mendefinisikan, refleksi, analisis dan

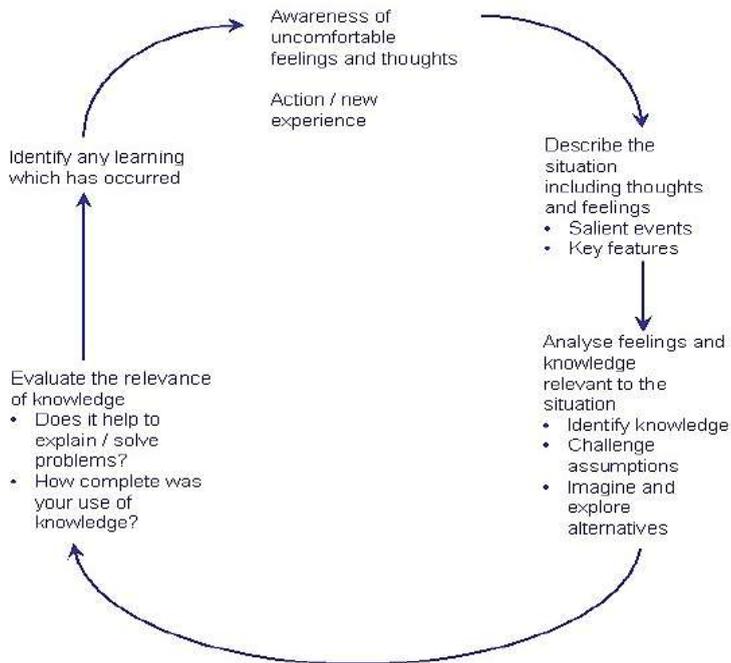
pembelajaran. Terakhir, adalah konsep reflektivitas yang mewakili kesadaran akan agensi pribadi dan kemampuan untuk membentuk proses dan hasil dari suatu situasi dalam tindakan. Reflektivitas memupuk kesadaran diri dengan cara mengenali pengaruhnya sendiri terhadap lingkungan, dan apa yang dipelajari tentang diri, termasuk kekuatan, dan area untuk perbaikan. Dengan mengembangkan reflektivitas, bidan akan mencerminkan pada tingkat pribadi yang lebih dalam pada nilai-nilai, keyakinan dan asumsi yang mempengaruhi pengalaman. Hal ini difasilitasi melalui pembelajaran pribadi yang mendalam yang senantiasa bergerak melampaui refleksi deskriptif untuk secara kritis merefleksikan nilai-nilai dan keyakinan pribadi, dan sistem perawatan kesehatan yang lebih luas. Jika seorang bidan dapat bekerja dengan dan mengintegrasikan keempat konsep ke dalam refleksi mereka, maka bidan akan lebih mudah untuk mencapai kemampuan melakukan latihan reflektif (Bass et al. 2017).

Model Bass menggabungkan enam fase yang saling terkait yang tertanam dalam desain melingkar yang mencerminkan dimensi refleksi berulang dan vertikal. Saat menerapkan model, setiap fase diintegrasikan untuk mempromosikan refleksi kritis pada tingkat pribadi yang mendalam, berkontribusi pada pengembangan praktik reflektif holistik di seluruh rangkaian siklus pembelajaran. Proses yang tertanam dalam model mendorong gerakan dari permukaan ke pembelajaran mendalam, dan memungkinkan integrasi pembelajaran baru ke dalam praktik. Selanjutnya, model Bass memperjelas bentuk-bentuk pengetahuan yang digunakan untuk memahami praktik kebidanan dan mencerminkan kontinum teori kritis terhadap pengembangan praktik reflektif holistik (Sweeta et al, 2019).

10.4.2 Atkins and Murphy reflection model

Atkins dan Murphy mengembangkan teori dan model latihan reflektif mereka pada tahun 1994. Teori praktik reflektif mereka didasarkan pada berhenti dan memikirkan pekerjaan dan secara sadar menganalisis keputusan untuk mengubah tindakan di masa depan menjadi lebih baik. Atkins dan Murphy percaya bahwa

dengan merenungkan tindakan yang dilakukan dan bagaimana tindakan tersebut memengaruhi pertemuan dan hasil adalah bagian penting dari peran seorang praktisi. Fokus latihan refleksi ini adalah pengembangan diri.



Gambar 10. Atkins and Murphy reflection model
(sumber: Atkins, S & Murphy, K. 1994)

Langkah-langkah latihan reflektif menurut Atkins dan Murphy (1994) adalah:

1. Kesadaran diri akan perasaan dan pikiran yang tidak nyaman
2. Mendeskripsikan situasi
3. Menganalisis secara kritis peristiwa atau pengalaman menggunakan pemikiran logis
4. Mengevaluasi pembelajaran, peristiwa atau pengalaman
5. Mengidentifikasi pembelajaran yang telah terjadi.

1. Kesadaran diri

Pada langkah pertama model refleksi Atkins dan Murphy, penting untuk memperoleh pengetahuan atau kesadaran tentang pemicu yang menyebabkan ketidaknyamanan. Sebaliknya, sekarang penting untuk mengidentifikasi pikiran dan emosi seseorang yang dihasilkan dari pengalaman tersebut. Ini berarti bahwa seorang individu harus terbuka dan mengekspresikan dirinya rentan untuk mengidentifikasi ketidaknyamanan. Menurut model refleksi Atkins dan Murphy, menganalisis perasaan dan pikiran pribadi dengan cara ini akan meningkatkan perkembangan. Selain itu, ketidaknyamanan juga bisa disebabkan oleh pengalaman baru. Ini dapat mencakup ketidaknyamanan yang disebabkan oleh pergantian posisi pekerjaan jika pekerjaan baru harus dipelajari. Untuk meningkatkan kemampuan pada fase ini, beberapa pertanyaan berikut dapat digunakan:

- Apa yang terjadi?
- Apa yang mempengaruhi emosi saya?
- Apa emosi saya setelah situasi itu terjadi?
- Apa yang saya pikirkan?
- Apa yang sekarang saya pikirkan melihat kembali situasinya?

2. Jelaskan/mendeskripsikan

Setelah emosi dan pikiran pribadi dianalisis, selanjutnya adalah menggambarkan situasinya. Dalam langkah ini, seorang individu harus menganalisis situasi dan peristiwa penting yang telah terjadi secara kritis. Misalnya, pengaturan lingkungan tertentu mungkin menjadi pemicu bagi seseorang mengalami ketidaknyamanan, tetapi bisa jadi pengaturan lingkungan yang berbeda telah mencegah ketidaknyamanan itu terjadi. Untuk alasan ini, penting untuk menganalisis dan menggambarkan situasi. Dengan cara ini, pemahaman yang lebih baik akan terwujud mengapa ketidaknyamanan terjadi, dan akan lebih mudah untuk belajar dari ketidaknyamanan ini. Untuk menjelaskan situasi (termasuk pikiran dan perasaan) dapat digunakan pertanyaan berikut:

- Apa yang terjadi?

- Dimana terjadi?
- Kapan itu terjadi?
- Apa keterlibatan saya selama kejadian tersebut?
- Apa yang dilakukan orang lain?
- Apa saja pengamatan kuncinya?

3. Analisis

Langkah selanjutnya adalah menganalisis asumsi yang dibuat berdasarkan pengetahuan. Misalnya, sebelum situasi terjadi, bidan mungkin memiliki pemikiran tentang peristiwa tersebut. Hal ini adalah langkah penting untuk menentukan apakah asumsi itu benar atau salah. Selain itu, pada tahap ini juga penting untuk mengeksplorasi berbagai alternatif. Pada tahap ini seseorang harus mampu menganalisis perbedaan perilaku pada situasi yang berbeda. Cara menganalisis perasaan dan pengetahuan yang relevan dengan situasi dapat dilakukan dengan membayangkan dan menjelajahi alternatif dengan mengajukan pertanyaan berikut:

- Apa yang sudah saya ketahui tentang situasinya?
- Apa asumsi saya tentang situasinya?
- Bagaimana kenyataan mencerminkan asumsi saya?
- Apa perbedaannya?
- Bagaimana saya akan bereaksi jika sesuatu yang lain terjadi?
- Dalam skenario apa ketidaknyamanan tidak akan terjadi?

4. Evaluasi

Proses evaluasi ini berkaitan dengan penilaian pribadi berdasarkan pengetahuan seseorang dari langkah sebelumnya yang relevan untuk perbaikan. Relevansi pengetahuan berkaitan dengan identifikasi apakah hal itu membantu menjelaskan masalah atau ketidaknyamanan termasuk penilaian bagaimana masalah dapat diselesaikan. Untuk peserta latihan reflektif, dapat membantu untuk menganalisis skenario yang berbeda dan perilaku potensial, tetapi efek positif dari cara refleksi ini mungkin berbeda per individu. Evaluasi relevansi pengetahuan dapat dilakukan dengan menjawab pertanyaan berikut:

- Bagaimana ini membantu menjelaskan situasinya?

- Bagaimana menganalisis skenario yang berbeda memengaruhi pikiran Anda?
- Seberapa lengkap penggunaan pengetahuan Anda?
- Bagaimana pengetahuan Anda di lain waktu dapat bermanfaat?

5. Identifikasi

Pada tahap ini, seseorang dapat mengidentifikasi pembelajaran apa saja yang telah terjadi dengan menjawab pertanyaan berikut:

- Apa yang telah saya pelajari?
- Bagaimana pembelajaran saya dapat digunakan dalam situasi masa depan?

10.4.3 Jhons' model reflection

Model refleksi Jhon dapat ditawarkan untuk membantu praktisi mengakses, memahami, dan belajar melalui pengalaman dengan pernyataan dan pertanyaan berikut (Jhons, 1994):

a. Deskripsi

- Tulis deskripsi pengalaman
- Apa masalah utama dalam deskripsi ini yang perlu saya perhatikan?

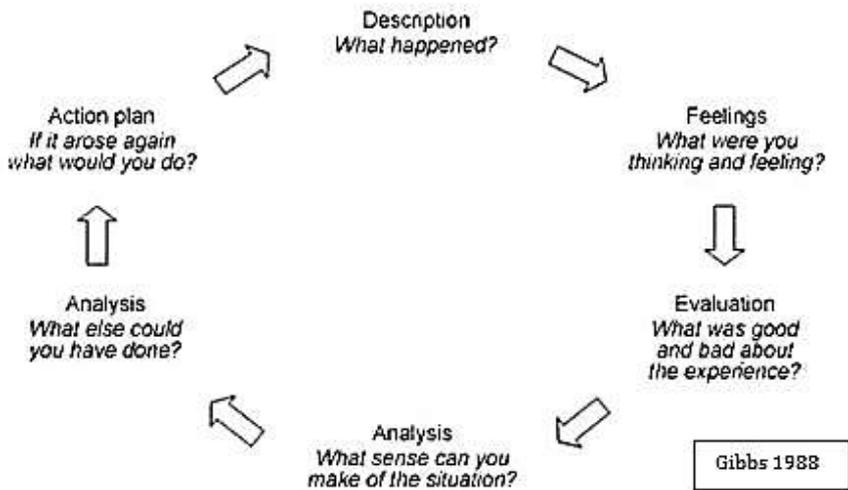
b. Refleksi

- Apa yang akan saya capai?
- Mengapa saya bertindak seperti yang telah saya lakukan?
- Apa konsekuensi dari tindakan saya? Untuk pasien dan keluarga? Untuk diri saya? Untuk orang yang bekerja dengan saya?
- Bagaimana perasaan saya tentang pengalaman ini ketika itu terjadi?
- Bagaimana perasaan pasien tentang hal itu?
- Bagaimana saya tahu bagaimana perasaan pasien tentang hal itu?

- c. Faktor-faktor yang mempengaruhi
- Faktor internal apa yang memengaruhi pengambilan keputusan dan tindakan saya?
 - Faktor eksternal apa yang memengaruhi pengambilan keputusan dan tindakan saya?
 - Sumber pengetahuan apa yang telah atau seharusnya memengaruhi pengambilan keputusan dan tindakan saya?
 - Strategi alternatif
 - Bisakah saya menangani situasi dengan lebih baik?
 - Apa pilihan lain yang saya miliki?
 - Apa konsekuensi dari pilihan lain ini?
- d. Pembelajaran
- Bagaimana saya bisa memahami pengalaman ini dengan mempertimbangkan pengalaman masa lalu dan praktik masa depan?
 - Bagaimana perasaan saya SEKARANG tentang pengalaman ini?
 - Apakah saya telah mengambil tindakan efektif untuk mendukung diri sendiri dan orang lain sebagai hasil dari pengalaman ini?
 - Bagaimana pengalaman ini mengubah cara saya mengetahui dalam praktik?

10.4.4 Gibb's model of reflection

Siklus Reflektif Gibbs dikembangkan oleh Graham Gibbs pada tahun 1988 untuk memberikan struktur belajar dari pengalaman. Model refleksi Gibbs digambarkan sebagai berikut:



Gambar 11. Model refleksi menurut Gibbs (Gibbs, 1998)

Ada 6 tahap model refleksi menurut Gibbs (1998), yaitu:

1. Deskripsi pengalaman

Pada tahap ini, seseorang memiliki kesempatan untuk menggambarkan situasi secara rinci tentang apa yang terjadi. Pertanyaan yang membantu:

- Apa yang terjadi?
- Kapan dan di mana itu terjadi?
- Siapa yang hadir?
- Apa yang Anda dan orang lain lakukan?
- Apa hasil dari situasi tersebut?
- Mengapa Anda ada di sana?
- Apa yang Anda inginkan terjadi?

Contoh 'Deskripsi' : mengerjakan tugas kelompok. Kelompok kami terdiri dari empat orang dengan tugas menyusun review Asuhan bayi baru lahir normal. Dalam tugas kerja kelompok, kami membagi bagian sesuai dengan kekuatan orang. Kami memutuskan untuk membagi setiap tema yang sesuai dengan bayi baru lahir normal kepada masing-masing anggota kelompok sehingga setiap orang mendapat tanggung jawab

satu subbagian asuhan dan tidak perlu memeriksa subbagian lainnya. Kami berharap bisa menyelesaikan tugas ini sehari sebelum presentasi. Namun ketika kami bertemu kembali, kami menemukan bagian-bagian yang telah ditulis memiliki gaya penulisan yang berbeda-beda dan tidak mencantumkan sumber pengutipan. Kondisi ini membuat kami bekerja keras untuk menyelesaikan kembali sehingga membatalkan rencana lain yang telah disusun pada hari yang sama.

2. Perasaan dan pikiran tentang pengalaman

Pada tahap ini, seseorang dapat menjelajahi perasaan atau pemikiran apa pun yang dimiliki selama pengalaman tersebut (sesuai deskripsi di langkah 1) dan bagaimana hal itu dapat memengaruhi pengalaman tersebut. Berikut pertanyaan yang dapat membantu mengungkapkan perasaan dan pikiran tentang pengalaman:

- Apa yang Anda rasakan selama situasi tersebut?
- Apa yang Anda rasakan sebelum dan sesudah situasi tersebut?
- Menurut Anda, apa yang orang lain rasakan tentang situasi tersebut?
- Menurut Anda, apa yang orang lain rasakan tentang situasi sekarang?
- Apa yang Anda pikirkan selama situasi itu?
- Apa pendapat Anda tentang situasi sekarang?

Contoh 'Perasaan' (berkaitan dengan tugas kelompok). Saya pikir rencana kami akan berhasil dan saya merasa senang dengan hal itu. Ketika kami harus menulis ulang, saya merasa frustrasi.

3. Evaluasi pengalaman, baik dan buruk

Pada fase ini, Anda memiliki kesempatan untuk mengevaluasi apa yang berhasil dan apa yang tidak berhasil dalam situasi tersebut. Cobalah untuk seobjektif dan sejujur mungkin. Untuk mendapatkan hasil maksimal dari refleksi Anda, fokuslah pada aspek positif dan negatif dari situasi

tersebut. Pertanyaan yang dapat membantu pada fase ini adalah:

- Apa yang baik dan buruk tentang pengalaman itu?
- Apa yang berjalan dengan baik?
- Apa yang tidak berjalan dengan baik?
- Apa kontribusi Anda dan orang lain terhadap situasi (positif atau negatif)?

Contoh 'Evaluasi' (tugas kelompok). Proses pembagian bagian berjalan dengan baik. Namun, itu tidak berhasil tanpa meramalkan/merencanakan menulis ulang bagian untuk koherensi dan gaya penulisan.

4. Analisis untuk memahami situasi

Hal yang dilakukan pada tahap ini adalah memahami apa yang terjadi yang berfokus pada detail seputar situasi tersebut. Pada fase ini, Anda bisa mengeksplorasi berbagai literatur akademik yang dapat mendukung perbaikan yang akan datang. Pertanyaan yang dapat membantu pada fase ini adalah:

- Mengapa semuanya berjalan baik?
- Mengapa itu tidak berjalan dengan baik?
- Apa pengertian yang bisa saya ambil dari situasi ini?
- Pengetahuan apa (pengetahuan saya sendiri atau orang lain, misalnya literatur akademis) yang dapat membantu saya memahami situasi?

Contoh 'Analisis' (tugas kerja kelompok). Membagi pekerjaan menurut kekuatan individu itu berguna. Peran tim akan menyarankan sesuatu yang serupa. Saya telah melakukannya sebelumnya dan tampaknya berfungsi dengan baik. Kekuatan tim kami berasal dari kekuatan orang yang berbeda-beda sehingga bisa menyelesaikan masing-masing bagian. Alasan kelemahan kelompok kami adalah kami tidak memiliki rencana seperti apa tulisan yang akan kami selesaikan. Kami hanya fokus pada kecepatan menyelesaikan tugas dan tidak ada seorang pun yang mengingatkan sejak awal kesepakatan. Pada akhirnya anggota kelompok membuat keputusan suboptimal karena individu takut menentang konsensus. Teori yang

mendasari kegagalan kelompok kami adalah teori tentang “Pemikiran kelompok”. Menurut teori ini orang-orang dalam satu kelompok tidak akan mengangkat pendapat yang berbeda menjadi pendapat atau keputusan yang dominan, karena mereka tidak ingin terlihat seperti orang luar. Dengan asumsi ini, kami berpikir anggota kelompok telah memahami apa yang harus dilakukan, padahal sebenarnya kami tidak memiliki kesepakatan teknis penulisan. Pada tugas kelompok yang akan datang, saya akan mengemukakan pendapat yang kiranya bisa dipertimbangkan bersama.

5. Kesimpulan tentang apa yang dipelajari dan apa yang bisa dilakukan secara berbeda

Pada bagian ini Anda dapat membuat kesimpulan tentang apa yang terjadi, merangkum pembelajaran dan menyoroti perubahan apa pada tindakan Anda yang dapat meningkatkan hasil di masa depan. Pertanyaan yang membantu pada fase ini adalah:

- Apa yang saya pelajari dari situasi ini?
- Bagaimana ini bisa menjadi situasi yang lebih positif bagi semua orang yang terlibat?
- Keterampilan apa yang perlu saya kembangkan agar saya dapat menangani situasi seperti ini dengan lebih baik?
- Apa lagi yang bisa saya lakukan?

Contoh 'Kesimpulan' (tugas kelompok). Saya belajar bahwa menggunakan kekuatan orang itu efisien dalam kelompok. Selain itu, merencanakan bagaimana kita ingin pekerjaan itu terlihat, sebelum kita melakukan masing-masing sangat membantu. Terakhir, saya belajar bahwa terkadang kita harus menentang keputusan yang tampaknya kita setuju dalam kelompok untuk memastikan bahwa kita tidak setuju hanya karena pemikiran kelompok.

6. Rencana tindakan tentang bagaimana Anda akan menghadapi situasi serupa di masa depan, atau perubahan umum yang mungkin Anda anggap tepat.

Pada langkah ini Anda merencanakan apa yang akan dilakukan secara berbeda dalam situasi serupa atau terkait di masa depan. Hal ini juga dapat sangat membantu untuk memikirkan bagaimana Anda akan membantu diri Anda sendiri untuk bertindak secara berbeda – sehingga Anda tidak hanya merencanakan apa yang akan Anda lakukan secara berbeda, tetapi juga bagaimana Anda akan memastikan hal itu terjadi. Pertanyaan yang membantu adalah:

- Jika saya harus melakukan hal yang sama lagi, apa yang akan saya lakukan secara berbeda?
- Bagaimana saya akan mengembangkan keterampilan yang dibutuhkan yang saya butuhkan?
- Bagaimana saya dapat memastikan bahwa saya dapat bertindak secara berbeda di lain waktu?

Contoh 'Rencana Aksi' (tugas kelompok). Saya akan menggunakan peran tim untuk membagi kerja kelompok di masa depan. Selain itu, saya akan menyarankan untuk menulis satu bagian bersama-sama sebelum kita melakukan pekerjaan kita sendiri, sehingga kita dapat mencerminkannya dalam tulisan kita sendiri. Akhirnya, saya akan mengungkapkan pikiran saya ketika saya memiliki kekhawatiran, dengan mengingat itu dapat bermanfaat bagi hasilnya.

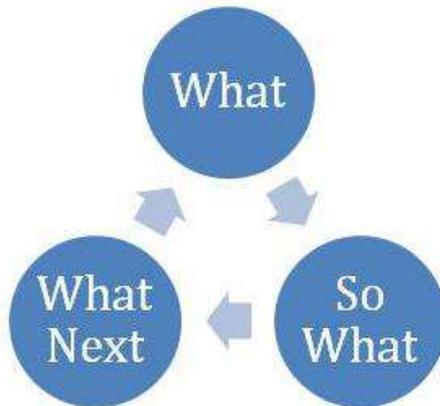
10.4.5 Model Borton

Driscoll (1994) mengembangkan model refleksi ini berdasarkan tiga pertanyaan sederhana – **Apa? Terus? Sekarang apa?** – awalnya ditanyakan oleh Terry Borton (1970). Model ini menyediakan salah satu kerangka kerja paling sederhana untuk refleksi. Dalam praktiknya, Anda harus bertanya pada diri sendiri tiga pertanyaan setelah insiden kritis yang terjadi dan Anda ingin mengambil pelajaran darinya. Model Borton ini juga disebut sebagai model Rolfe et al. (2001). Hal ini disebabkan Rolfe et al. mengubah dan mengadaptasi model Borton.

'Apa?' membantu seseorang menggambarkan situasi yang ingin dipelajari dengan mengidentifikasi fakta dan perasaan dari situasi tersebut.

'Terus?' memungkinkan seseorang untuk mengekstrak arti 'Apa?'. Selain itu, mempertanyakan pengetahuan apa yang anda dimiliki dan orang lain miliki dalam situasi tersebut, dan pengetahuan atau teori apa yang dapat membantu Anda memahami situasi tersebut.

'Sekarang apa?' memungkinkan untuk membuat rencana tindakan untuk masa depan berdasarkan pertanyaan sebelumnya.



Gambar 12. Model reflektif Borton (1970), yang diadaptasi oleh Rolfe et al. (2001)

Apa?

Pertanyaan yang berguna untuk dijawab dapat berupa:

Apa ...

... adalah konteksnya?

... apakah masalah/situasi/kesulitan/alasan macet/alasan sukses?

... apakah saya/kami/orang lain berusaha untuk mencapainya?

... adalah hasil dari situasi?

... apakah peran saya dalam situasi tersebut?

... apakah peran orang lain dalam situasi tersebut (jika orang lain terlibat)?

... perasaan yang ditimbulkan oleh situasi dalam diriku? Dan pada orang lain (sejauh yang Anda tahu)?

... apakah konsekuensinya bagi saya? Dan untuk orang lain?

... apakah baik/buruk tentang pengalaman itu?

Terus?

Merupakan implikasi dari situasi setelah menjawab pertanyaan “apa”

Pertanyaan yang bermanfaat dapat berupa:

Terus...

... apakah ini memberitahu saya/mengajari saya/menyiratkan tentang situasi/sikap saya/praktik saya/masalah?

... sedang melalui pikiran saya dalam situasi?

... apakah saya mendasarkan keputusan/tindakan saya?

... informasi/teori/model/literatur lain yang dapat saya gunakan untuk membantu memahami situasi?

... bisa saya lakukan secara berbeda untuk mendapatkan hasil yang lebih diinginkan?

... apakah pemahaman baru saya tentang situasi ini?

... apakah pengalaman ini memberi tahu saya tentang cara saya bekerja?

Sekarang apa?

Hal ini merupakan rencana aksi setelah mengalami kejadian.

Pertanyaan yang membantu dapat berupa:

Sekarang apa...

... yang perlu saya lakukan di masa mendatang untuk melakukan yang lebih baik/memperbaiki situasi serupa/berhenti macet?

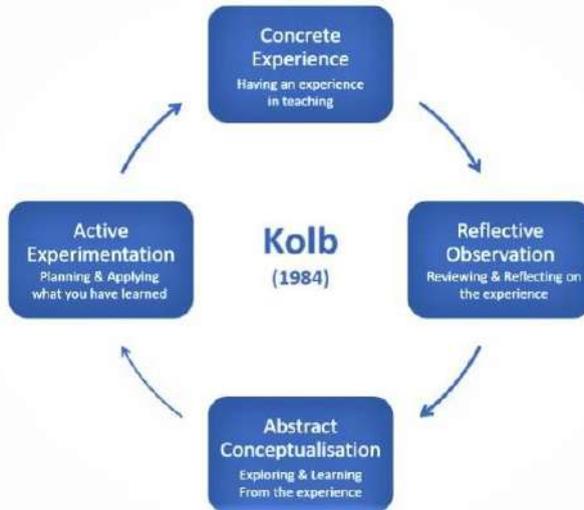
... mungkinkah konsekuensi dari tindakan baru ini?

... pertimbangan yang saya perlukan tentang saya/orang lain/situasi untuk memastikan rencana ini berhasil?

... yang harus saya lakukan untuk memastikan bahwa saya akan mengikuti rencana saya?

10.4.6 Model Kolb

Model Kolb ini mendukung seseorang dalam merenungkan dan menarik kesimpulan dari pengalaman langsung yang dialami. Model ini juga membantu perencanaan untuk melakukan sesuatu yang berbeda dan mengujinya yang menggabungkan pengalaman sehari-hari dengan penelitian berbasis bukti.



Gambar 13. Model refleksi menurut Kolb (sumber: Kolb, 1984)
Model Kolb terdiri dari empat tahapan reflektif, yaitu:

1. Pengalaman Konkrit.

Pada tahap ini seseorang secara sadar dan fisik mengalami suatu situasi, yang membuatnya menyadari untuk berefleksi secara sistematis untuk mempelajari sesuatu yang baru atau meningkatkan keterampilan dan latihan Anda yang sudah ada. Pada tahap ini seseorang akan membuat catatan tentang situasi tertentu dan hanya menggambarkan apa yang dilihat, apa yang dirasakan, dan apa yang dipikirkan.

2. Pengamatan Reflektif

Setelah menuliskan deskripsi pengalaman, sekarang saatnya untuk merenungkan lebih dalam tentang apa yang telah terjadi dalam situasi itu. Pertanyaan yang perlu ditanyakan pada diri sendiri adalah: apa yang berhasil? apa yang gagal? mengapa situasi itu muncul? mengapa orang lain dan saya berperilaku seperti yang kami lakukan?

3. Konseptualisasi Abstrak

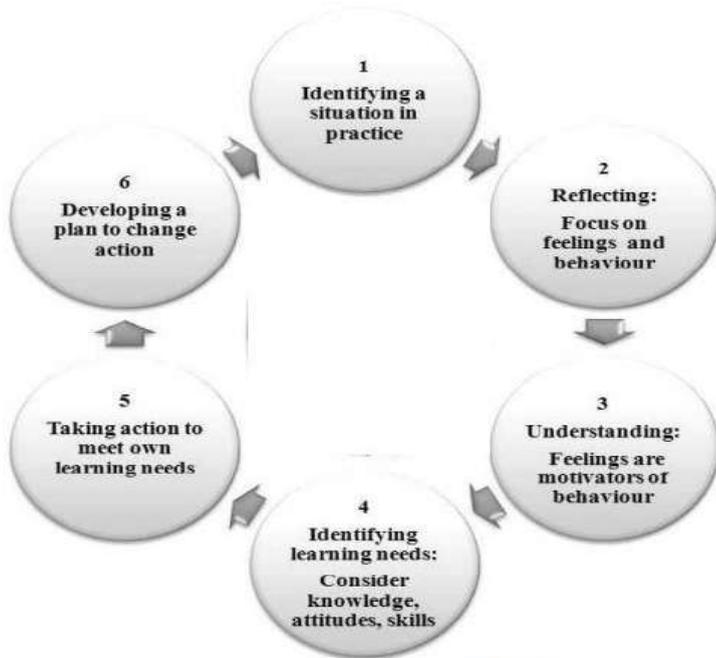
Pada fase ini seseorang akan mengeksplorasi refleksi awal secara lebih mendalam dalam memahami apa yang

terjadi. Hal ini dapat dilakukan dengan menghubungkan tindakan yang telah diambil dengan pengetahuan yang sudah dimiliki untuk menarik kesimpulan dan membuat keputusan tentang suatu perubahan. Tahap ini dapat dilengkapi dengan bukti-bukti literatur dan konsultasi dengan ahli. Pertanyaan pemandu untuk tahap ini berawal dari pertanyaan pada tahap observasi reflektif: apa yang bisa saya lakukan dengan lebih baik atau berbeda? Bagaimana saya bisa meningkatkannya?

4. Bereksperimen secara aktif dengan ide dan strategi baru, yang didukung oleh pengetahuan baru yang telah diperoleh. Pada fase ini bisa berhasil bisa gagal, jadi secara otomatis menjadi dasar untuk siklus baru.

10.4.7 Model refleksi untuk praktek kebidanan

Dalam model refleksi ini ada enam tahapan yang dilalui untuk latihan reflektif. Seseorang memulai siklus reflektif selama dan/atau setelah latihan. Kontribusi kunci dari model baru ini adalah: penekanan pada perasaan sebagai motivator perilaku; mempertimbangkan semua domain pembelajaran bukan hanya pembelajaran intelektual atau teknis; mengambil tindakan untuk memenuhi kebutuhan belajar sendiri yang sering berarti belajar dari buku atau jurnal (dengan demikian hubungan yang lebih baik antara pengetahuan dan praktik yang ada).



Gambar 14. Model refleksi untuk praktek kebidanan
(Sumber: Wisanskoonwong, 2011).

Langkah-langkah model reflektif ini dijelaskan sebagai berikut:

1. Identifikasi situasi dalam praktek
Pada fase ini, praktisi/bidan dengan hati-hati meninjau situasi dan apa yang menyebabkannya.
2. Refleksi
Refleksi dapat dilakukan dengan berfokus pada perasaan dan perilaku diri sendiri dan orang lain. Ketika merefleksikan secara jujur perilakunya sendiri, seseorang dapat memahami mengapa seseorang merasa seperti yang dia rasakan dan bagaimana perasaan itu terkait dengan perilakunya sendiri.
3. Pemahaman.

Memahami bahwa sebagian besar perilaku dimotivasi oleh perasaan. Hal ini membantu praktisi reflektif untuk memahami perasaan orang lain dengan memusatkan perhatian pada perilaku klien dan membuat rasa itu dalam hal perasaan yang mendasari mereka yang merupakan motivator yang paling mungkin.

4. Identifikasi kebutuhan belajar.

Setelah situasi dipahami, maka praktisi dapat mengidentifikasi kebutuhan belajar mereka sendiri yang mungkin kurang dalam hal pengetahuan, sikap dan/atau keterampilan (teknis dan psiko-sosial).

5. Mengambil tindakan untuk memenuhi kebutuhan belajar sendiri.

Hal ini dilakukan tergantung pada apa yang praktisi perlu pelajari. Praktisi dapat mengambil tindakan untuk memenuhi pembelajarannya sendiri sesuai kebutuhan. Untuk memenuhi kebutuhan ini dapat dilakukan dengan cara belajar dari buku atau jurnal.

6. Mengembangkan rencana untuk mengubah tindakan.

Setelah pembelajaran terjadi, mengembangkan rencana untuk mengubah tindakan di masa depan jika situasi serupa muncul dalam praktek. Dengan cara ini, praktek yang dilakukan akan lebih baik.

10.5 Strategi Reflective Practice

Untuk meningkatkan kemampuan praktek reflektif dapat digunakan strategi berikut (Masson & Williams, 2008):

1. Menulis jurnal

Menulis jurnal dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut:

- Carilah lingkungan yang tenang, nyaman dan bebas gangguan.

- Dalam sebuah buku dengan menggunakan satu sisi halaman, tulislah laporan deskriptif tentang kejadian yang sedang dialami.
- Tinggalkan sisi lain halaman untuk refleksi dan komentar nanti.
- Buatlah sejelas mungkin.
- Sertakan ingatan tentang emosi, pikiran, dan reaksi terhadap apa yang terjadi.
- Jika dirasa perlu, sertakan gambar, diagram, dan sketsa untuk membantu mendorong ingatan di kemudian hari.

2. Menganalisis kejadian kritis

Hal ini dapat dilakukan dengan cara:

- Jelaskan kejadian yang sedang ditinjau/terjadi.
- Buatlah jelas dan ringkas.
- Uraikan alasan pemilihan kejadian ini dan mengapa perlu ditinjau ulang.
- Identifikasi masalah apa pun yang berkaitan dengan kejadian ini yang lebih menonjol daripada yang lain.
- Renungkan poin-poin tersebut dan putuskan dalam pikiran Anda sendiri keterlibatan Anda, keterlibatan orang lain, masalah etika atau moral apa pun yang perlu ditangani, dan rasional untuk tindakan apa pun yang akan diambil.
- Untuk membantu fokus pada topik yang terjadi gunakan pertanyaan 5W1H (*what, why, when, where, who, dan how*).

3. Supervisi klinis

4. Puisi

5. Menulis surat

6. Bercerita

7. Fotografi
8. Seni kreatif

10.6 Aplikasi Reflective Practice

10.6.1 Pendidikan

Praktik reflektif telah digambarkan sebagai pendekatan pembelajaran yang tidak terstruktur atau semi-terstruktur, dan proses pengaturan diri yang biasa digunakan dalam profesi kesehatan dan pengajaran, meskipun berlaku untuk semua profesi. Latihan reflektif adalah proses pembelajaran yang diajarkan kepada para profesional dari berbagai disiplin ilmu, dengan tujuan untuk meningkatkan kemampuan berkomunikasi dan membuat keputusan yang tepat dan seimbang.

Peserta didik dapat mengambil manfaat dari terlibat dalam praktik reflektif karena dapat mendorong pemikiran kritis dan pengambilan keputusan yang diperlukan untuk pembelajaran dan peningkatan berkelanjutan. Ketika peserta didik terlibat dalam refleksi, mereka berpikir tentang bagaimana pekerjaan mereka memenuhi kriteria yang ditetapkan; menganalisis efektivitas upaya mereka, dan merencanakan perbaikan. Selain itu, refleksi juga bermanfaat untuk perkembangan kognitif (mengembangkan metakognisi, meningkatkan kemampuan berpikir, mengevaluasi diri dalam menilai kualitas pekerjaan, mengembangkan pemikiran kritis, pemecahan masalah, dan pengambilan keputusan).

10.6.2 Bidan dan Tenaga Kesehatan Lainnya

Praktik reflektif dipandang sebagai strategi penting bagi profesional kesehatan yang menganut pembelajaran seumur hidup. Karena konteks asuhan yang selalu berubah dan pertumbuhan pengetahuan medis yang terus-menerus, ada tingkat permintaan yang tinggi akan keahlian profesi kesehatan. Karena lingkungan yang kompleks dan terus berubah ini, profesional kesehatan dapat mengambil manfaat dari praktik reflektif. Tindakan refleksi dipandang sebagai cara untuk mempromosikan pengembangan profesional yang mandiri, berkualitas, serta cara mengembangkan

tim perawatan kesehatan yang lebih efektif. Terlibat dalam praktik reflektif dikaitkan dengan peningkatan kualitas perawatan, merangsang pertumbuhan pribadi dan profesional serta menutup kesenjangan antara teori dan praktik. Praktisi medis dapat menggabungkan praktik reflektif dengan daftar periksa (bila perlu) untuk mengurangi kesalahan diagnostik.

DAFTAR PUSTAKA

- All Answers. November (2018). Atkins and Murphy Model of Reflection. [online]. Available from: <https://nursinganswers.net/reflective-guides/atkins-and-murphy.php?vref=1> [Accessed 16 February 2022].
- Atkins, S. and Murphy, K. (1994). Reflective Practice. *Nursing Standard*, 8(39) 49-56.
- Bass, J, Fenwick, J., & Sidebotham, M. (2017). Development of a model of holistic reflection to facilitate transformative learning in student midwives. *Women and Birth*, 30(3), 227-235. doi:10.1016/j.wombi.2017.02.010
- Borton. T. (1970). *Reach Touch and Teach: Student Concerns and Process Education*. New York : McGraw-Hill.
- Davies, S (2012). Embracing reflective practice. *Education for Primary Care*, 23(1), 9–12. <https://doi.org/info:doi/>
- Driscoll J. (1994). Reflective practice for practise. *Senior Nurse*, 13, 47-50
- Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: A guide to teaching and learning methods*. Oxford: Further Education Unit, Oxford Polytechnic.
- Jasper, M. 2003. *Beginning Reflective Practice*. Cheltenham: Nelson Thornes Ltd
- Johns, C. (1994). Nuances of reflection. *Journal of Clinical Nursing*, 3, 71-75.
- Kolb, D.A. (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Masson, R. and Williams, A. K. (2008). Reflective Practice And The National Continuing Competency Framework. *HNE Handover For Nurses and Midwives*, Volume 1, Issue 2. pp.32-35.
- Nicol, J. S. and Dosser, I. (2016). Understanding reflective practice. *Nursing Standard (2014)* ; London Vol. 30, Iss. 36, pp. 34.
- Rolfe, G., Freshwater, D., Jasper, M. (2001). *Critical reflection in nursing and the helping professions: a user's guide*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Sweetea, L., Bass, J., Sidebotham, M., Fenwick, J., Grahama, K., (2019). Developing reflective capacities in midwifery students: Enhancing learning through reflective writing. *Women and Birth*, 32. pp.119–126.
- Tsingos, C., Bosnic-Anticevich, S., and Smith, L., (2014). Reflective Practice and Its Implications for Pharmacy Education. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 78 (1) Article 18.

Wisanskoonwong, P., Fahy, K., & Hastie, C. (2011). Reflection on the practice of facilitating group based antenatal education: Should a midwife wear a uniform in the hospital setting? *International Journal of Nursing Practice*, 17(6), 628-635. p. 631 doi:10.1111/j.1440-172X.2011.01972.x

BAB 11

PENGEMBANGAN PROFESI DAN KARIR BIDAN

Oleh Eggy Widya Larasati

11.1 Pendahuluan

Bidan di negara tersebut adalah wanita yang telah menyelesaikan program kebidanan yang diakui negara dan terdaftar serta memiliki izin sebagai bidan. Bidan di Indonesia terus memainkan peran penting dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak baik di daerah perkotaan maupun pedesaan (Sari, 2017).

Profesi Bidan merupakan profesi tertua di dunia karena bidan sudah ada sejak peradaban manusia dimulai. Meski dahulu tidak dikenal dengan nama “bidan” tetapi bidan selalu identic dengan seorang wanita ang dipercaya oleh masyarakat untuk mendampingi dan menolong ibu yang sedang dalam proses melahirkan (Estiwati, dkk, 2009).

Perkembangan profesi dan karir bidan sangat dinamis, hal tersebut dapat dibuktikan dengan pendidikan bidan ang terus berkembang mulai dari sekolah perawat hingga saat ini berkembang dengan tingkat pendidikan kebidanan tertinggi yaitu program doctoral kebidanan, meskipun program doctoral tersebut masih berada di bawah jurusan kedokteran. Hal tersebut menggambarkan betapa para bidan ingin maju, berkembang dan mampu berdaya saing dengan profesi yang lain.

Bidan profesional mengikuti kode etik dan standar praktik profesi dan pemerintah, serta seperangkat konsep filosofis dan landasan ilmiah yang memandu pekerjaan mereka.

11.2 Sejarah Profesi Bidan

Bidan merupakan profesi tertua didunia hal tersebut sesuai dengan pernyataan Seller (1993) dalam bukunya "*Midwifery*" menuliskan bahwa : "*One of the world's oldest professions is that of the midwife. Throughout human history, women have relied on others for assistance during childbirth.*" Sedangkan di Indonesia bidan sudah ada sejak tahun 1851.

1) Spanyol

Bidan diharuskan lulus ujian berdasarkan buku dengan judul "A short Treatise on the art of midwifery" ketika sekolah kebidanan pertama didirikan di Madrid pada tahun 1789. Mulai tahun 1932, pendidikan kebidanan resmi dimulai.

2) Belanda

Di Negara belanda pendidikan kebidanan terus berkembang maju hal tersebut terbukti dengan pada tahun 1861 dibuka pertama kali, kemudian membuka kembali sekolah bidan tahun 1881 dikota berbeda dan sekolah ketiga dibuka tahun 1913.

Belanda sangat taat pada aturan, bidan disana hanya boleh menerima pasien dengan keadaan normal sehingga bidan bisa melakukan pertolongan persalinan secara mandiri dirumah (Pyne, RH. 1992)

11.3 Perkembangan Profesi Bidan

Berdasarkan artinya profesi berasal dari bahasa Yunani yang berarti "**Janji**" untuk memenuhi kewajibannya dalam menjalankan tugas. Pelatihan atau penguasaan pengetahuan khusus merupakan prasyarat untuk beberapa jenis pekerjaan yang diklasifikasikan sebagai "profesional" (Wikipedia, 2022).

Untuk bekerja sebagai bidan profesional, Anda harus memiliki organisasi profesi, kode etik, dan berbagai pelatihan, serta kredensial dan lisensi unik untuk bidan profesional. Ikatan Bidan Indonesia adalah organisasi profesi di Indonesia yang menghimpun bidan dari Sabang sampai Merauke. Organisasi ini dilahirkan pada tanggal 24 Juni 1951 saat pelaksanaan konferensi bidan pertama, organisasi ini memiliki badan hukum yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan (Hidayat, dkk, 2009).

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019, memiliki sertifikat profesi, yaitu surat pengakuan praktik kebidanan yang diterima oleh lulusan pendidikan profesi, merupakan persyaratan untuk menjadi bidan.

Pendidikan bidan di Indonesia saat ini terdiri dari :

1. Program Diploma III Kebidanan
2. Program Diploma IV Bidan Pendidik
3. Program Sarjana Kebidanan & Profesi Bidan
4. Program Magister Kebidanan
5. Program Doktor

Pada program diploma ketika lulus bidan wajib mengikuti uji kompetensi sehingga mendapatkan sertifikat kompetensi sedangkan bidan yang telah lulus dari program sarjana dan profesi bidan wajib mengikuti uji kompetensi secara nasional dan uji profesi yang dilaksanakan oleh pendidikan profesi.



Gambar 15. Penataan jenis dan jenjang pendidikan tinggi ke depan (Sumber : Indra Supra Dewi, 2020)

11.3.1 Perilaku Profesionalisme Bidan

Perilaku profesional bidan sebagaimana dimaksud dalam UU No.4/2019 terkait Kebidanan, yaitu:

- 1) Memiliki jiwa perikemanusiaan
- 2) Menilai secara ilmiah
- 3) Menjunjung tinggi etika dan profesionalitas
- 4) Kebermanfaatn
- 5) Bersikap adil
- 6) Menjadi Pelindung
- 7) Mendahulukan keselamatan klien

2.3.2 Syarat Bidan Sebagai Jabatan Profesional

- 1) Masyarakat mendapat manfaat dari layanan yang unik atau khusus.

- 2) Seorang bidan dapat menjadi profesional yang berkualitas dengan bantuan pelatihan khusus.
- 3) Dibutuhkan oleh masyarakat dan diakui.
- 4) Pemerintah memberikan kewenangan secara sah dan tertulis
- 5) Peran & fungsi jelas
- 6) Kompetensi jelas & dapat diukur
- 7) Ada organisasi profesi yang mewadahi
- 8) Mempunyai kode etik bidan
- 9) Mempunyai etika kebidanan
- 10) Mempunyai standar pelayanan
- 11) Mempunyai standar praktik
- 12) Mempunyai standar pendidikan sebagai dasar perkembangan profesi untuk peningkatan layanan
- 13) Mempunyai standar pendidikan berkelanjutan untuk mengembangkan kompetensi.

11.3.3 Kebijakan Profesi Bidan

- 1) Ketentuan penyelenggaraan sekolah kebidanan dapat dilihat dalam Kepmenkes No. 491 Tahun 1968.
- 2) Permenkes No.5380/IX/1963: Hanya dalam lingkup kewenangan bidan untuk membantu persalinan rutin dan mendampingi tugas-tugas lainnya.
- 3) Pembagian kewenangan bidan menjadi kewenangan umum dan khusus diubah dari Permenkes No.363/IX/1980 menjadi Permenkes 623/1989. Dokter melakukan pengawasan terhadap bidan dalam menjalankan tugasnya dalam kewenangan khusus.
- 4) Permenkes No.572/VI/1996: pendaftaran serta praktik bidan diatur secara ketat. KIA, Keluarga Berencana, dan Kesehatan Masyarakat adalah semua bidang yang dapat dilakukan bidan secara mandiri.

- 5) Registrasi dan praktik bidan mengalami peningkatan sejak Permenkes 572/VI/1996, yang diundangkan juncto pengesahan UU No. 32/1999 terkait otonomi daerah. (Depkes,2002)
- 6) Kepmenkes No.369/Menkes/SK/III/2007 terkait standar profesi bidan
- 7) Permenkes No. 1464/Menkes/PER/2010, yang merupakan penyempurnaan dari Permenkes No. HK.02.02/Menkes/149/I/2010, mengatur tentang perizinan dan pelaksanaan praktik kebidanan.
- 8) Permenkes No.28 Tahun 2017 terkait Izin dan penyelenggaraan Praktik Bidan
- 9) UU No.4 Tahun 2019 terkait Kebidanan

11.3.4 Organisasi Profesi Bidan

1) Ikatan Bidan Indonesia (IBI)

Setelah konferensi bidan pertama di Jakarta pada tahun 1951, Ikatan Bidan Indonesia terbentuk pada 24 Juni 1951, sebagai organisasi profesi bidan. Konferensi ini selain menghasilkan organisasi profesi juga menghasilkan landasan landasan yang kuat untuk memperjuangkan bidan di masa depan. KOWANI (Kongres Wanita Indonesia) adalah tempat lain di mana organisasi telah banyak terlibat sejak tahun 1951. Dimana organisasi organisasi wanita ini memperjuangkan peningkatan derajat kaum wanita di Indonesia (PP IBI, 2005).

Dengan 34 Pengurus Daerah, 509 Pengurus Cabang Daerah/Kota, serta 3.728 Pengurus Cabang IBI (unit pendidikan/kecamatan/ unit pelayanan), IBI memiliki total 3.728 Pengurus Cabang Daerah/Kota pada tahun 2018. Pada tahun 2019, jumlah anggota IBI sebanyak 338.864 orang (www.ibi.or.id).

2) *International Confederation of Midwives (ICM)*

Ada lebih dari 100 anggota International College of Midwives (ICM), sebuah organisasi nirlaba yang berkantor pusat di London, Inggris. Sebagai jaringan global organisasi kebidanan, ICM bekerja untuk melindungi hak asasi perempuan dan meletakkan dasar bagi asuhan kebidanan yang komprehensif, termasuk perawatan prenatal, persalinan, perawatan postpartum, dan perawatan bayi.

Organisasi ICM banyak melakukan kerjasama dengan berbagai organisasi kelas dunia seperti PBB, WHO, UN dan lain-lain. Tujuan pokok ICM ialah untuk meminimalkan angka kematian ibu dan bayi selama kehamilan, persalinan, serta pengasuhan anak. Hal ini diperkuat dengan adanya program *safemotherhood* untuk menguatkan layanan kebidanan.

3) *Association of Radical Midwives (ARM)*

ARM ialah kelompok bidan dan mahasiswa kebidanan yang berbasis di Amerika Serikat. Bertukar pendapat, keterampilan dan wawasan antara bidan dan para kolega maupun pasien merupakan salah satu tujuan dari ARM untuk mengembangkan peran para bidan agar dapat meningkatkan pelayanan kebidanan.

11.4 Perkembangan Karir Bidan

Istilah "karir" dapat digunakan dalam berbagai cara, termasuk: Di tempat kerja, karir seseorang didefinisikan sebagai kemajuan dari satu posisi ke posisi berikutnya saat dia naik pangkat. Indikator kerja memiliki perkembangan yang terdefinisi dengan baik dan sistematis. Karir seseorang adalah catatan dari semua pekerjaan atau posisi yang telah dia pegang sepanjang hidupnya. Akibatnya, definisi akhir sangat inklusif, karena setiap orang harus memiliki semacam latar belakang profesional (Sofyan, 2004).

Kemajuan karir seseorang dalam kebidanan dimulai dengan penerimaan mereka ke dalam suatu organisasi dan berlanjut sampai mereka tidak lagi dipekerjakan oleh organisasi tersebut. Prinsip pengembangan karir dapat dirinci sebagai berikut:

- 1) Kemajuan karir sangat dipengaruhi oleh pekerjaan itu sendiri. Meskipun setiap hari di tempat kerja membawa tantangan baru, belajar di tempat kerja lebih penting daripada perencanaan pembangunan formal.
- 2) Jenis pelatihan yang dibutuhkan tergantung pada persyaratan pekerjaan tertentu. Keterampilan pengawasan berbeda dari yang dibutuhkan untuk maju di jajaran manajemen menengah.
- 3) Individu hanya mengalami pertumbuhan ketika keahlian mereka tidak sesuai dengan tuntutan pekerjaan mereka. Individu dengan keterampilan yang diperlukan untuk melakukan pekerjaan akan mencari posisi baru jika tujuan ini dikembangkan lebih lanjut.

Berikut ini adalah beberapa alasan utama untuk pengembangan karir kebidanan seseorang:

- 1) Cari tahu kualifikasi apa yang dibutuhkan untuk bekerja di pekerjaan tertentu.
- 2) Berusaha keras untuk kemajuan profesional karena tidak datang secara alami, dan itu bergantung pada lowongan/jabatan, pilihan, dan keberadaan pemimpin.

Aturan serta pedoman untuk pengembangan karir dapat ditemukan di:

- 1) Permen Negara Pendayagunaan Aparatur Negara No: 01/PER/M.PAN/1/2008
- 2) Petunjuk penggunaan angka kredit untuk menetapkan peran fungsional bidan.

Ada dua jenis pengembangan karir bidan: fungsional dan struktural.

1. Karir Fungsional

Mereka ialah pekerjaan yang melekat pada bidan serta dimiliki oleh bidan sesuai dengan peran fungsionalnya.

Bidan sebagai pengawas adalah jenis karir fungsional, seperti halnya administrator, manajer, pendidik, dan koordinator.

2. Karir Struktural

Ada berbagai jenis lingkungan kerja yang dapat menjadi tempat kerja bidan dalam posisi terstruktur bidan. Karir ini terbuka untuk bidan di setiap pengaturan perawatan kesehatan, tergantung pada kemampuan, peluang, dan kebijakan mereka. Jabatan yang ditetapkan secara jelas dalam struktur organisasi yang ditetapkan oleh pejabat yang berwenang sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku disebut jabatan struktural.

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan RI. 2002. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 900/Menkes/SK/VII/2002. Tentang Registrasi dan Praktek Bidan. Jakarta: PP Ikatan Bidan Indonesia
- Estiwati, D; Meilani , N; Widyasi, H; Widyastuti, Y. 2009. Konsep Kebidanan. Jogjakarta: FitramayaKemenkes
- Hidayat, A; Mufdillah. 2009. Catatan kuliah , Konsep Kebidanan Plus Materi Bidan Delima. Jogjakarta: Mitra Cendekia
- PP IBI. 2005. Ringkasan sejarah perkembangan pendidikan bidan dan praktik kebidanan di beberapa mancanegara dan di Indonesia. Jakarta: PP IBI.
- Pyne, RH. 1992. Profesional Disiplin In Nusing, *Midwifery and Health Visiting*, edisi 2, London: Ballack Well Scientific.
- Undang-Undang No 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan
- Sari, Febriana. 2017. Modul Konsep Kebidanan. Akademi Kebidanan Mitra Husada
- Sofyan, Mustika. 2004. Bidan Menyongsong Masa Depan; 50 Tahun Ikatan Bidan Indonesia. Jakarta: PP IBI
- Supradewi, Indra, Perbedaan Pendidikan Bidan Vokasi, Akademik Dan Profesi & Sosialisasi Undang - Undang no 4 2019 tentang Kebidanan
https://ibi.or.id/id/article_view/A20181220001/susunan-pengurus-pusat-ikatan-bidan-indonesia.html tentang struktur pengurus
- https://www.ibi.or.id/id/article_view/A20150113002/sejarah-singkat-ikatan-bidan-indonesia.html
- https://id.wikipedia.org/wiki/Profesi_tentang_definisi_profesi

BAB 12

PEMASARAN JASA SOSIAL ASUHAN KEBIDANAN

Oleh Ayu Sunarti

12.1 PENDAHULUAN

Dalam penyediaan jasa asuhan kebidanan tentunya bidan perlu memiliki pengetahuan tentang pemasaran sosial jasa asuhan kebidanan secara mendalam. Oleh karena itu, proses pemasaran sosial jasa asuhan kebidanan agar dapat terlaksana dengan baik, perlu diadopsi pemasaran secara umum kemudian diaplikasikan secara intern sesuai dengan kebutuhan bidan. Sasaran khusus dalam pemasaran jasa asuhan kebidanan adalah ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, bayi, balita, calon pengantin, pasangan usia subur (PUS), wanita usia menopause dan lanjut usia (lansia).

Pemasaran identik dengan proses perdagangan barang yang diorientasikan sebagai proses jual beli dan tawar menawar. Sehingga pemasaran kadang menjadi hal yang terlupakan ketika kita membahas tentang penyediaan jasa. Padahal pemasaran merupakan hal yang sangat penting bagi seorang bidan dalam penyediaan jasa dalam bentuk pelayanan maupun asuhan kebidanan.

Dalam penyediaan jasa asuhan kebidanan tentunya perlu memiliki pengetahuan tentang pemasaran sosial jasa asuhan kebidanan secara lebih mendalam. Dalam hal ini pemasaran sosial dapat diartikan sebagai suatu kegiatan menjual produk yang berupa komoditi tertentu seperti pelayanan, ide atau gagasan dengan mengaitkan pada kebutuhan atau minat masyarakat oleh itu penulis tertarik untuk membahas “Pemasaran Sosial Jasa Asuhan Kebidanan”.

12.2 PENGERTIAN PEMASARAN SOSIAL

1. Suatu sistem keseluruhan dari kegiatan usaha yang ditujukan untuk merencanakan, menentukan harga, mempromosikan, dan mendistribusikan barang atau jasa yang dapat memuaskan kebutuhan baik pembeli yang ada maupun pembeli yang potensial.
2. Suatu proses kemasyarakatan tempat individu dan kelompok memperoleh apa yang mereka inginkan atau butuhkan melalui penciptaan, penawaran, pertukaran secara bebas produk dan jasa nilai dengan pihak lain.

Menurut Sujianti, pemasaran kesehatan saat ini sangat penting dalam setiap program pelayanan kesehatan. Hal ini karena prinsip mencegah lebih baik dari pada mengobati. Istilah pemasaran sosial (social marketing) merupakan pengalihan istilah “pemasaran” (marketing). Dalam ilmu ekonomi bisnis yakni strategi bisnis dari produsen untuk menyebar luaskan “informasi tentang barang dan jasa” atau menyebar luaskan “barang dan jasa” itu sendiri pada sasaran. Secara umum pemasaran sosial dapat diartikan sebagai suatu rancangan dan implementasi program yang bertujuan untuk memperkenalkan atau mempromosikan suatu gagasan sosial atau suatu kasus kepada masyarakat.

Ada dua konsep penting yang ada d dalam istilah pemasaran “informasi tentang barang dan jasa” dan “barang dan jasa”. Jadi, dalam aktifitas proses pemasaran sosial, produsen tidak hanya berfikir tentang strategi menyebarkan barang dan jasa kepada para konsumen melainkan berfikir juga tentang bagaimana mengemas informasi tentang barang dan jasa agar bisa sampai ke benak konsumen, ada dua kelompok orang : satu kelompok berhubungan langsung dengan barang dan jasa, dan kelompok lain berhubungan langsung dengan informasi tentang barang dan jasa.

Adapun jenis hubungan konsumen dengan produsen yang jelas pemasaran sosial juga dapat diartikan sebagai proses penyebaran inovasi, informasi dan komunikasi dan advokasi media yang berikatan dengan tema tertentu, yang komunikasi kesehatan dengan isu-isu kesehatan terutama tentang beragam cara yang

aplikatif untuk mencegah penyakit tertentu. Oleh karena itu pemasaran sosial dapat dilakukan melalui kampanye media, kampanye tentang pesan-pesan kesehatan yang sudah dikemas dalam paket informasi yang lengkap yang diperuntukkan bagi semua level masyarakat (individu, kelompok atau masyarakat) melalui pendekatan bulding strategi bagi pencegahan penyakit tertentu.

12.2.1 Defenisi Pemasaran Menurut Beberapa Ahli

1. Stanton (1997), pengertian pemasaran adalah suatu sistem keseluruhan dari kegiatan-kegiatan bisnis yang ditunjukkan untuk melaksanakan, menentukan harga, mempromosikan dan mendistribusikan barang dan jasa untuk memuaskan kebutuhan, baik kepada pembeli yang ada maupun pembeli yang potensial.
2. Kotler (2000), pemasaran adalah proses sosial dan manajerial dimana individu dan kelompok mendapatkan apa yang mereka butuhkan dan inginkan dengan menciptakan, menawarkan dan mempertukar produk dengan pihak lain. Dalam hal ini pemasaran merupakan proses pertemuan antara individu dan kelompok dimana masing-masing pihak ingin mendapatkan apa yang mereka inginkan.
3. Teguh budiarto (1993), pemasaran adalah kegiatan pemasar untuk menjalankan usaha (profit dan nonprofit) guna memenuhi kebutuhan pasar dengan barang dan jasa, mendistribusikan, mempromosikan melalui proses pertukaran agar memuaskan konsumen dan mencapai tujuan pemasaran.
4. Kotler dan Roberto, pemasaran sosial dapat merubah perilaku seseorang sehingga orang yang semula kurang atau bahkan tidak peduli terhadap perilaku yang buruk, dapat menjadi seseorang yang peduli terhadap perilakunya dan mau mencoba memperbaikinya karena ia tahu bahwa perilakunya yang buruk dapat mengakibatkan efek yang negatif terhadap proses pendidikan.

5. Trioso purnawarman (2001), pemasaran adalah suatu proses sosial dan manajerial dimana individu dan kelompok mendapatkan kebutuhan dan keinginan mereka menciptakan, menawarkan dan bertukar sesuatu yang bernilai satu sama lain.

Dari beberapa definisi di atas dapat di simpulkan bahwa pemasaran merupakan suatu kegiatan atau proses tukar menukar yang dapat memberikan nilai baik bagi konsumen maupun produsen sehingga dapat tercipta serangkaian kegiatan dari perencanaan, pelaksanaan, evaluasi serta pemantauan.

Definisi ini berdasarkan pada konsep inti, yaitu: kebutuhan, keinginan dan permintaan; produk, nilai, biaya dan kepuasan; pertukaran, transaksi dan hubungan; pasar, pemasaran dan pemasar/penyedia. Adapun tujuan pemasaran adalah mengenal dan memahami pelanggan sedemikian rupa sehingga produk cocok dengannya dan dapat terjual dengan sendirinya. Idealnya pemasaran menyebabkan pelanggan siap membeli sehingga yang tinggal hanyalah bagaimana membuka produknya tersedia.

12.3 KARAKTERISTIK PROMOSI JASA DALAM PELAYANAN KESEHATAN

1. *BESIFAT SUKARELA*, tidak memaksa untuk menggunakan layanan yang ditawarkan. Klien bebas menentukan pilihan layanan.
2. *KONTAK PADA PERSONAL*, dalam pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan harus melakukan kontak langsung secara personal dengan klien melalui pendekatan sosial budaya.
3. *BERPACU DENGAN WAKTU*, pelayanan kesehatan harus diberikan dengan segera dengan mempertimbangkan keadaan klien.
4. *SENSITIF* (terutama kesehatan reproduksi), kesehatan reproduksi merupakan hal yang sangat pribadi dan sensitif sehingga sering kali enggan berkunjung ke pelayanan kesehatan dan membicarakan masalah tersebut. Sikap

yang menghormati privasi klien dan tidak menghakimi dari seorang bidan akan membuat klien bersifat positif terhadap layanan kesehatan yang kita berikan.

12.4 TUJUAN PEMASARAN SOSIAL

Mengenal dan memahami pelanggan sedemikian rupa sehingga produk cocok dengannya dan dapat terjual dengan sendirinya.

Pemasaran sosial mempunyai tujuan sebagai berikut:

- a. Memberikan pelayanan yang bermutu yang dibutuhkan oleh masyarakat
- b. Memberikan pelayanan sesuai dengan standar praktek, keterampilan yang mantap (dalam memberikan pelayanan kepada klien)

Tujuan pemasaran sosial :

- a. Menurunkan sensitifitas klien pada tarif.
- b. Rekomendasi (pemasaran) gratis dari mulut kemulut
- c. Menghemat biaya pemasaran
- d. Penurunan biaya melayani klien yang sudah mengenal baik sistem pelayanan
- e. Peningkatan pendapatan (pembelian silang antara jasa dari produk, peningkatan prekuensi pembelian)

Tujuan akhir dan konsep, kiat dan strategi pemasaran adalah kepuasan pelanggan sesungguhnya (total customer satisfaction) kepuasan pelanggan sepenuhnya bukan berarti memberikan kepada apa yang menurut kita keinginan dari merek, tetapi apa yang sesungguhnya mereka inginkan serta kapan dan bagaimana mereka inginkan atau secara singkat adalah memenuhi kebutuhan pelanggan.

Adapun hubungan erat antara mutu suatu produk dengan kepuasan pelanggan serta keuntungan industri. Mutu yang lebih tinggi menghasilkan kepuasan pelanggan yang lebih tinggi, sekaligus mendukung harga yang lebih tinggi dan sering juga biaya lebih rendah. Eksekutif puncak masa kini melihat tugas meningkatkan dan mengendalikan mutu produk sebagai prioritas utama, sehingga

setiap individu tidak punya pilihan lain kecuali menjalankan manajemen mutu total (total quality management).

12.4.1 MANFAAT PEMASARAN SOSIAL

Adalah meningkatkan kepuasan kelompok sasaran, meningkatkan daya tarik program berbagai kemungkinan sumber daya baru, dan meningkatkan efektifitas dan efisiensi program.

12.5 FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KONSEP PEMASARAN JASA SOSIAL

Konsep pemasaran yang perlu dipahami dalam kaitannya dengan pemasaran sosial jasa asuhan kebidanan adalah faktor-faktor yang mempengaruhi pemasaran yaitu :

1. Kebutuhan,keinginan dan permintaan

Ada perbedaan antara kebutuhan,keinginan dan permintaan. Kebutuhan manusia (human needs) adalah keadaan dimana manusia merasa tidak memiliki kepuasan dasar atau kepuasan yang dimiliki seseorang tersebut tidak terbatas. Misalnya ketika seseorang telah memiliki sepeda motor pasti pada saat tertentu iya juga ingin memiliki mobil dan seterusnya. Kebutuhan tidak diciptakan oleh masyarakat atau penyedia barang atau jasa namun sudah ada dan terukir dalam hati setiap individu.

Keinginan (wants) adalah hasrat akan suatu hal sesuai dengan kebutuhannya tersebut. Keinginan manusia dibentuk oleh kekuatan dan institusi sosial. Sehingga kadang kala seseorang yang sebenarnya hanya mempunyai kebutuhan sedikit karena keinginan yang tidak terkendali sehingga kebutuhan mereka menjadi banyak. Permintaan (demands) adalah keinginan akan sesuatu yang di dukung dengan kemampuan serta kesediaan pembelinya. Keinginan menjadi permintaan bila di dukung dengan daya beli. perbedaan ini bisa menjelaskan bahwa penyedia barang atau jasa tidak menciptakan kebutuhan : kebutuhan sudah ada sebelumnya. Penyedia barang atau jasa mempengaruhi keinginan dan permintaan dengan membuat suatu produk yang

cocok, menarik, terjangkau dan mudah didapatkan oleh pelanggan yang dituju.

2. Produk

Produk merupakan sesuatu yang dapat ditawarkan untuk memuaskan suatu kebutuhan atau keinginan masyarakat.

3. Transaksi

Transaksi merupakan proses seseorang mendapatkan produk baik dengan memproduksi sendiri, pemaksaan, meminta maupun pertukaran.

4. Pertukaran

Pertukaran merupakan tindakan memperoleh barang yang dibutuhkan atau dikehendaki seseorang dengan menawarkan suatu andalan. Pertukaran baru akan terjadi apabila kedua belah pihak dapat menyetujui syarat pertukaran dan masing-masing mendapatkan keuntungan dari pertukaran tersebut.

5. Pasar

Pasar terdiri dari semua pelanggan yang potensial memiliki kebutuhan yang sama dan bersedia dan mampu melaksanakan pertukaran untuk memenuhi kebutuhan tersebut.

Pemasaran sosial adalah penerapan teknik pemasaran niaga untuk mencapai suatu tujuan sosial yang bermanfaat (HIV/AIDS Prevention Project (HAPP), 1999). Tujuan sosial itu bisa mengikuti kampanye keluarga berencana, penurunan pemakaian rokok, pemakaian sabuk pengaman, pemakaian produk buatan dalam negeri, pencegahan HIV/AIDS dan sebagainya.

12.6 PERAN PEMASARAN DALAM PELAYANAN KESEHATAN ADALAH UNTUK

1. Menciptakan diferensiasi. Agar dapat bersaing dengan profesi lain, bidan dituntut mampu memberikan pelayanan yang beragam) tanpa menyimpang dari kewenangan yang diberikan). Diferensiasi jenis layanan yang disertai dengan

- peningkatan kemampuan akan layanan yang disertai dengan peningkatan kemampuan akan memperluas cakupan.
2. Manajemen kualitas pelayanan. Melalui prose pelayanan. Melalui proses pemasaran, badan akan mampu mengevaluasi diri mengenai kelebihan dan kekurangan layanan kesehatan yang ia tawarkan kepada klien sehingga ia dapat terus meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan.
 3. Meningkatkan produktivitas. Tenaga kesehatan dituntut untuk memperluas wawasan keilmuan serta teknisnya sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan kepada klien.

12.6.1 Promosi Jasa Dalam Pelayanan Kesehatan Memiliki Lima Komponen Utama Yaitu (4p 1c 1k)

1. *PRODUK*. Adalah pelayanan yang disediakan, barang dan jasa yang menjadi fokus transaksi antara pemasar dan target pasar.
2. *PRICE*. Adalah harga yang ditetapkan yang berhubungan dengan penjuakannya.
3. *PROMOTION/JARINGAN*. Diperlukan untuk memperluas cakupan pemasaran pelayanan kesehatan yang akan membantu kelancaran kegiatan pemasaran.
4. *PLACE KILINIK*. Tempat jasa ditawarkan, dapat berbentuk klinik, pelayanan di rumah, rujukan, dan perusahaan/asuransi. Dalam mengelola klinik diperlukan beberapa pertimbangan mencakup kekuatan merek, proses pelayanan, keunggulan kompetitif, dan tarif pelayanan.
5. *KLIEN/PELANGGAN (CONSUMER)*. Adalah pembeli produk atau penerima jasa dapat berupa individu, keluarga, kelompok, masyarakat, atau lembaga. Merupakan konsumen dari pelayanan kesehatan yang memiliki kedudukan sangat penting. Tipe pelanggan terdiri dari pelanggan perantara, pelanggan konsumen, pelanggan interna, dan pelanggan prospek.
6. *KOMPETISI*. Melalui keberadaan profesi lain akan tercipta iklim kompetisi yang apabila dikelola dengan baik maka akan

memotivasi bidan untuk mengevaluasi dan mengembangkan diri.

12.6.2 PROSES PEMASARAN JASA SOSIAL ASUHAN KEBIDANAN

1. *LANGKAH KE-1* adalah analisis yaitu dengan membuat inventarisasi kelompok sasaran dan mencari institusi-institusi yang dapat membantu dan bekerjasama.
2. *LANGKAH KE-2* yaitu melakukan riset untuk mengetahui tanggapan masyarakat terutama kelompok sasaran terhadap produk dan jasa pelayanan yang akan diberikan.
3. *LANGKAH KE-3* adalah menyusun strategi pemasaran. Strategi yang digunakan disini merupakan serangkaian tindakan terpadu menuju keunggulan kompetitif yang berkelanjutan.
4. *LANGKAH KE-4* adalah monitoring ladan evaluasi. Kegiatan monitoring adalah proses untuk menemukan kekurangan atau kesalahan pada strategi yang telah ditetapkan. Evaluasi merupakan kegiatan untuk mengetahui apakah tujuan dari strategi pemasran telah tercapai atau belum.
5. *LANGKAH KE-5* adalah pelaksanaan proses pemasaran. Kegiatan ini menggunakan media yang telah dipersiapkan untuk menunjang program melalui pesan-pesan sehingga akan mudah dgiingat oleh masyrakat luas ataupun khususnya bagi konsumen.

12.7 STRATEGI PEMASARAN

Adalah serangkaian tindakaulan terpadu menuju keunggulan kompetitif yang berkelanjutan.

1. **FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI STRATEGI PEMASARAN**
 - a. Faktor Mikro. Yaitu perantara pemasaran, pemasok, pesaing, dan masyarakat.
 - b. Faktor Makro. Yaitu demografi, ekonomi, politik, hukum, teknologi, fisik, sosial, dan budaya.
2. **STRATEGI PEMASARAN DIBEDAKAN DARI DUA SUDUT PANDANG YAITU PENJUAL DAN PEMBELI**

- a. Strategi dan pemasaran dari segi penjual dapat disingkat (4P):
 - 1) Tempat yang strategis (*place*)
 - 2) Produk yang bermutu (*product*)
 - 3) Harga yang kompetitif (*price*)
 - 4) Promosi yang gencar (*promotion*)
- b. Sedangkan dari sudut pandang pembeli/customer, yaitu (4C)
 - 1) Kebutuhan dan keinginan pelanggan (*customer needs and wants*)
 - 2) Biaya pembeli (*cost to the customer*)
 - 3) Kenyamanan (*convenience*)
 - 4) Komunikasi (*communication*)

12.8 LANGKAH-LANGKAH PEMASARAN JASA

Adapun langkah-langkah pemasaran:

- a. Memahami konsumen serta kebutuhan dan keinginannya.
 1. Mengumpulkan informasi
 - a) Jumlah populasi keseluruham
 - b) Jumlah perempuan belum menikah
 - c) Jumlah perempuan menikah
 - d) Jumlah bayi dan balita
 - e) Kondisi ekonomi
 - f) Kebiasaan mempergunakan pelayanan kesehatan, khususnya kesehatan reproduksi
 2. Analisa atau menyimpulkan informasi
 - a) Menentukan prioritas target konsumen yang dituju
 - b) Prioritas utama 1: target konsumen utama
 - c) Prioritas 2: target kosumen utama
 3. Menentukan desain pelayanan
 - a) Menterjemahkan kebutuhan target konsumen utama dan pendukung jenis pelayanan apa yang ditawarkan.
 - b) Mengidentifikasi kebutuhan sumber utama
 - c) Persiapan operasional pelayanan
- b. Mempromosikan jasa

Jasa yang sudah diambil dipromosikan dengan menggunakan media.

c. Menetapkan tarif pelayanan

Tarif pelayanan secara sederhana dapat diartikan sebagai sejumlah uang yang ditagihkan terhadap suatu produk atau jasa.

d. Membangun kemitraan dan kepercayaan konsumen dan masyarakat.

Mitra pelayanan adalah semua pihak baik institusi atau lembaga formal dan nonformal maupun perorangan atau individu yang ada dalam masyarakat yang memiliki potensi dan kemampuan untuk mendukung bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada konsumen dan masyarakat, baik secara langsung maupun tidak langsung mitra pelayanan tersebut meliputi:

1. Institusi atau lembaga pelayanan kesehatan: puskesmas, rumah sakit, klinik dokter dan lain lain.
 2. Muspida : camat, lurah, pkk, dll
 3. Institusi: koperasi, bank, perusahaan pemassok, dll
 4. Lembaga swadaya masyarakat (Lsm)
 5. Institusi keagamaan dan pendidikan
- e. Membina hubungan dan mendayaguna potensi pelayanan, ini sangat berperan penting untuk mendukung keberhasilan bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan mandiri
- f. Membangun kepercayaan konsumen dan masyarakat melalui proses pembentukan persepsi konsumen yang memakan waktu panjang
- g. Manajemen pelayanan yang berfokus pada pelayanan inti dari manajemen pelayanan kebidanan adalah mendayagunakan input yang telah terstandar melalui alur dan kiat manajemen operasional dan manajemen asuhan kebidanan.

12.8.1 Pemasaran Pelayanan Kebidanan

Konsep pemasaran modern terdiri dari 3 tingkat, yaitu:

- a. Mengetahui keinginan calon pembeli
- b. Melakukan kegiatan pemasaran terpadu

- c. Memperoleh laba dan konsumen puas
 1. Produk pelayanan kebidanan

Produk utama yang ditawarkan dalam profesi bidan adalah jasa pelayanan kesehatan khususnya bagi perempuan dan anaknya (bayi yang baru dilahirkan). Keberhasilan bidan dalam mengelola usahanya sangat ditentukan oleh kemampuan meramu dan mengelola kedua jenis produk tersebut secara efektif.
 2. Pelayanan kebidanan

Ruang lingkup kebidanan sangat erat hubungannya dengan wewenang profesi bidan (kepmenkes Ri no.900/SK/VII/2002), mencakup:

 - a. Pelayanan kebidanan
 - b. Pelayanan keluarga berencana
 - c. Pelayanan kesehatan masyarakat
 - d. Desain jasa pelayanan BPS
- Beberapa pertimbangan untuk menentukan focus pada persiapan:
- a. Persiapan sumber daya
 - b. Meletakkan harapan konsumen secara tepat
 - c. Memudahkan mengembangkan jasa

12.8.2 Difusi Inovasi dan Pemasaran Sosial

- Schinke dan Orlandi (1991) mengemukakan bahwa inovasi itu selalu menghasilkan suatu perubahan melalui 5 tahap:
- a. Mobilisasi, untuk menggerakkan seluruh unsur yang berkepentingan dalam proses komunikasi kesehatan.
 - b. Adopsi, untuk merancang informasi, kemudian dikirimkan melalui pilihan media tertentu.
 - c. Implementasi, aktifitas bersama antara inovator dengan audiens untuk menerapkan gagasan, informasi, teknologi baru ditengah audiens.
 - d. Pemeliharaan, aktifitas bersama antara inovator dengan audiens.
 - e. Evolusi, aktifitas bersama antara inovator dan audiens untuk mengimplementasikan dan memelihara keseluruhan inovasi baru.

12.8.3 Pemasaran Sosial dan Publikasi Kesehatan

Dapat dilakukan melalui kampanye, propaganda, iklan, anjingsana, dll. Merupakan strategi yang dipilih sedemikian rupa sehingga dapat memuaskan audiens karena merasa kebutuhan mereka atas informasi telah dipenuhi. Contoh, kita ingin mempromosikan gagasan tentang pencegahan merokok dan pencegahan minum jamu, untuk itu kita harus terlibat dalam proses komunikasi yang menghubungkan kita dengan audiens yang ada dalam sistem sosial.

12.8.4 Pemasaran Sosial dan Advokasi Media

Perkembangan pemasaran ini hampir tidak mungkin tanpa menggunakan media, karena itu peranan media hampir tidak mungkin diabaikan begitu saja. Inilah yang disebut sebagai jasa advokasi media. Advokasi media meliputi kesepahaman dari kerja sama dengan media untuk membangkitkan perhatian publik terhadap isu atau perilaku yang akan diadopsikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Estiwidani, Dwiana dkk. 2008. *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Estiwidiani, Dwiana. 2009. *Konsep Kebidanan*. Fitramaya: Jakarta.
- Purwandi, Atik. 2008. *Konsep Kebidanan Sejarah dan profesionalisme*. Jakarta: EGC.
- Sujianti dan Susanti. 2009. *Buku Ajar Konsep Kebidanan Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Soepardan, Suryani. 2007. *Konsep Kebidanan*. Jakarta: EGC.

BAB 13

DOKUMENTASI KEBIDANAN

Oleh Noviyani Hartuti

13.1 Pendahuluan

Setiap Bidan setelah melakukan asuhan kebidanan dituntut untuk mendokumentasikan dalam catatan pasien atau rekam medis. Dalam pelayanan kebidanan dokumentasi merupakan hal yang sangat penting karena dokumentasi ini sebagai pertanggungjawaban dan pertanggunggugatan bidan setelah melakukan pelayanan kebidanan (Marmi and Margiyati, 2014).

13.2 Dokumentasi Asuhan Kebidanan

Dalam memberikan asuhan kebidanan apakah anda pernah merasakan sedikit kerepotan ketika harus banyak melakukan pencatatan dan pelaporan data pasien bahkan mungkin akan memiliki perasaan bahwa pendokumentasian banyak membuang waktu. Namun dalam hal ini apabila tidak melakukan pendokumentasian sama sekali setelah melakukan asuhan kebidanan maka tidak bisa mempertanggungjawabkan asuhan yang telah kita berikan.

13.2.1 Pengertian Dokumentasi

Dokumentasi dalam kebidanan adalah suatu bukti pencatatan dan pelaporan yang lengkap dan akurat yang dimiliki oleh bidan dalam pelaksanaan asuhan kebidanan (Mutiah *et al.*, 2021).

13.2.2 Fungsi dokumentasi

Adapun Fungsi dokumentasi menurut (Marmi and Margiyati, 2014) yaitu:

1. Sebagai dokumen yang sah dimana dijadikan sebagai bukti atas asuhan yang telah diberikan.
2. Sebagai sarana komunikasi dalam memberikan asuhan

3. Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat untuk melindungi pasien terhadap kualitas pelayanan yang diterima.
4. Sebagai Informasi statistic dimana data statistik dari dokumentasi kebidanan dapat membantu merencanakan kebutuhan di masa 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 dokumentasi tersebut dapat menjadi tambahan pengetahuan baik teori maupun praktik lapangan.
8. Sebagai sumber data penting penelitian
9. Informasi yang ditulis dalam dokumentasi dapat digunakan sebagai sumber data penelitian sehingga melalui penelitian dapat diciptakan satu bentuk pelayanan kebidanan yang aman, efektif dan etis.
10. Sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan
11. Sebagai sumber data perencanaan asuhan kebidanan berkelanjutan

13.2.3 Manfaat dan pentingnya dokumentasi

Menurut (Marmi and Margiyati, 2014) manfaat dan pentingnya dokumentasi yaitu:

1. Nilai hukum
Dokumentasi merupakan catatan informasi tentang pasien yang resmi dan memiliki nilai hukum. Apabila terjadi pelanggaran etik dan moral profesi maka dokumentasi dapat menjadi barang bukti yang sah tentang tindakan yang dilakukan oleh bidan.
2. Jaminan mutu

Pencatatan yang akurat dan lengkap dapat menjadi tolak ukur dalam menilai asuhan yang telah diberikan dan untuk menentukan tindakan selanjutnya.

3. Alat komunikasi
Dokumentasi dapat menjadi alat komunikasi dalam pelayanan kebidanan antar tim kesehatan.
4. Nilai administrasi
Sebagai pertimbangan atau acuan dalam menentukan biaya telah dikeluarkan untuk asuhan
5. Nilai pendidikan
Dapat digunakan sebagai bahan pembelajaran peserta didik kebidanan
6. Bahan penelitian
Dokumentasi yang akurat dapat digunakan sebagai bahan penelitian dalam pengembangan pelayanan kebidanan selanjutnya
7. Akreditasi atau audit
Menjadi kesimpulan dalam keberhasilan asuhan yang diberikan

13.2.4 Yang perlu diperhatikan dalam Dokumentasi

1. Apabila terjadi kesalahan dalam mencatat tidak mencoret-coret tulisan yang salah, namun berilah garis datar pada tulisan dan tulis catatan yang benarnya.
2. Tidak memberikan komentar atau menuliskan hal yang bersifat mengkritik pasien atau tenaga kesehatan lain. Dalam dokumentasi hanya menuliskan data objektif tentang pasien atau tindakan yang dilakukan.
3. Apabila terjadi kesalahan yang dibuat segera lakukan perbaikan, karena kesalahan dalam mencatat dapat mengakibatkan kesalahan tindakan.
4. Hanya fakta yang dicatat dalam dokumentasi, dan tidak membuat spekulasi atau perkiraan dari keadaan pasien.
5. Dalam menulis catatan dokumentasi harus menggunakan tinta dan menggunakan bahasa yang lugas dan mudah dimengerti (hindari menggunakan istilah yang tidak baku).

6. Hindari catatan yang bersifat umum, karena informasi yang penting tentang pasien atau tentang keadaannya akan hilang.
7. Ingat bahwa bidan bertanggung jawab atas informasi yang dicatat atau dituliskannya.

13.2.5 Prinsip-prinsip teknik pencatatan

Prinsip-prinsip teknik pencatatan menurut (Marmi and Margiyati, 2014) sebagai berikut:

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 apabila perlu di fotocopy
3. Tulis tanggal, jam pemeriksaan, tindakan atau observasi yang dilakukan harus sesuai dengan kenyataan dan bukan 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 didapatkan harus dicatat secara jelas termasuk posisi, kondisi, tanda, gejala, warna, jumlah sesuai dengan hasil yang didapatkan. Memakai simbol atau singkatan yang telah disepakati, misalnya KU, Ket+, KPD, S/N, T dan lainnya.
6. Interpretasi data objektif harus didukung oleh observasi.
7. Kolom tidak dibiarkan kosong tetapi dibuat tanda penutup, misal dengan garis atau tanda silang.
8. Bila ada kesalahan menulis, tidak diperkenankan menghapus seperti ditutup, atau di tipex, tetapi dicoret dengan garis di tulisan yang salah lalu diberi paraf.

13.2.6 Prinsip Pelaksanaan Dokumentasi di Klinik

1. Catatan dokumentasi harian dapat dicatat secara singkat di lembar kertas yang sudah disediakan secara khusus, kemudian dipindahkan secara lengkap rekam medis pasien.
2. Tidak mencatat tindakan yang belum dilakukan atau dilaksanakan.

3. Hasil observasi atau perubahan yang didapat harus segera dicatat
4. Pada keadaan gawat darurat dimana bidan terlibat langsung dalam tindakan penyelamatan, maka perlu ditugaskan seseorang khusus untuk mencatat semua tindakan dan obat-obatan yang diberikan secara berurutan kemudian setelah tindakan selesai segera periksa kembali catatan tersebut apakah ada yang perlu dikoreksi atau ada yang tidak sesuai.

13.2.7 Jenis-jenis Pencatatan

Menurut (Heryani, 2011) ada dua jenis pencatatan yaitu:

1. Catatan Pasien secara Tradisional
Catatan pasien secara tradisional merupakan catatan yang berorientasi pada sumber dimana setiap sumber mempunyai catatan sendiri. Sumber catatan bisa didapat dari bidan, dokter, atau tim kesehatan lainnya. Catatan bidan terpisah dari catatan dokter dan Catatan perkembangan. Biasanya catatan ditulis dalam bentuk naratif. Sistem dokumentasi yang berorientasi pada sumber yang ditulis secara terpisah-pisah sulit menghubungkan keadaan yang benar sesuai perkembangan pasien. Catatan tradisional umumnya mempunyai enam bagian yaitu : catatan khusus, lembar catatan dokter, lembar Riwayat medik, lembar identitas, catatan keperawatan, dan laporan khusus lainnya.
2. Catatan Berorientasi pada Masalah
Pencatatan yang berorientasi pada masalah berfokus pada masalah yang sedang dialami Pasien. Sistem ini pertama kali diperkenalkan oleh Dr Lawrence Weed dari USA, dimana dikembangkan satu Sistem Pencatatan dan pelaporan dengan penekanan pada Pasien tentang segala permasalahannya. Secara menyeluruh Sistem ini dikenal dengan nama "Problem Oriented Method". Problem Oriented Method (POR) merupakan suatu alat yang efektif untuk membantu tim kesehatan mengidentifikasi masalah-masalah pasien, merencanakan terapi diagnosa, penyuluhan, serta mengevaluasi dan mengkaji perkembangan pasien. POR adalah suatu konsep, maka

disarankan untuk membuat suatu format yang baku. Tiap pelayanan dapat menerapkan konsep ini dan menyesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi setempat.

Komponen dasar POR terdiri dari empat bagian, yaitu :

a. Data Dasar

Data dasar terdiri dari: Identitas, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan sebelumnya. Riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik, laboratorium, dan lain-lain, data dasar diperlukan tergantung dari unit atau jenis asuhan yang akan diberikan, misalnya : Data dasar unit kebidanan akan berbeda dengan unit bedah.

b. Daftar masalah pasien didapat dari hasil kajian.

Pencatatan dasar masalah dapat berupa gejala-gejala, kumpulan gejala, atau hasil laboratorium yang abnormal, masalah psikologis, atau masalah sosial. Masalah yang ada mungkin banyak sehingga perlu diatur menurut prioritas masalah dengan memberi nomor, tanggal pencatatan, serta menyebutkan masalahnya. Daftar memberikan keuntungan bagi bidan sebagai perencana kebidanan.

c. Rencana

Rencana disesuaikan dengan tiap masalah yang ada sesuai dengan yang didapat dari masing-masing pasien, dengan demikian bidan dapat merencanakan sesuai kebutuhan pasien.

d. Catatan Perkembangan Pasien

Catatan perkembangan pasien merupakan semua catatan yang berhubungan dengan keadaan pasien selama dalam perawatan.

Pada umumnya catatan ini terdiri dari beberapa macam bentuk, antara lain :

1) Catatan Berkesinambungan (Flow Sheet).

Flow sheet digunakan untuk mencatat hasil observasi perawatan secara umum, khususnya pada keadaan pasien yang sering berubah-ubah dengan cepat.

2) Catatan secara Naratif (Notes).

- 3) Catatan akan Pulang/Sembuh (Discharge Notes).
Dokter maupun bidan membuat kesimpulan tentang keadaan pasien selama dirawat, baik mengenai permasalahan dan tindak lanjut yang dibutuhkan.

13.2.8 Model Dokumentasi Asuhan Kebidanan

Model dokumentasi kebidanan menurut (Widan and Hidayat, 2011) sebagai berikut:

1. *Problem Oriented Record* (POR)
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
2. *Source Oriented Record* (SOR)
Oriented Record (SOR) adalah suatu model pendokumentasian sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada sumber informasi.
3. *Charting By Exception* (CBE)
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.
4. Kardek
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.
5. sistem komputerisasi *Computer Based Patient Record* (CPR)
Computer Based Patient Record (CPR) merupakan sistem komputer yang digunakan dalam menyimpulkan, menyimpan,

memberikan informasi yang diperlukan dalam kegiatan pelayanan kebidanan, penelitian, dan pendidikan. Model ini merupakan bentuk catatan atau dokumentasi yang terprogram secara jelas sehingga dapat memudahkan dalam proses penentuan diagnosis (Mutiah *et al.*, 2021).

Model dokumentasi yang digunakan dalam asuhan kebidanan adalah dalam bentuk catatan perkembangan, karena bentuk asuhan yang diberikan berkesinambungan dan menggunakan proses yang terus menerus (*Progress Notes*). Bentuk dokumentasi ini sangat cocok digunakan oleh tenaga kesehatan yang memberikan asuhan secara berkesinambungan, sehingga perkembangan pasien dapat dilihat dari awal sampai akhir (Marmi and Margiyati, 2014).

Dengan menggunakan SOAP Notes

S = Data informasi yang subjektif (mencatat hasil anamnesis)

O = Data informasi Objektif (hasil pemeriksaan, observasi)

A = Mencatat hasil Analisa (diagnosa dan masalah kebidanan)

1. Diagnosa atau masalah
2. Diagnosa/ masalah potensial dan antisipasinya
3. Perlunya tindakan segera

P = Mencatat seluruh penatalaksanaan (tindakan antisipasi, tindakan segera, tindakan rutin, penyuluhan, support, kolaborasi, rujukan, dan evaluasi/follow up)

Dokumentasi SOAP ini dicatat pada lembar catatan perkembangan yang ada dalam rekam medik pasien.

Tabel 3. Catatan Perkembangan

Tanggal/ Jam	Catatan Perkembangan SOAP	Nama dan Paraf
22 Februari 2022 09.00 Wib	<p>S: Merasakan kenceng-kenceng pada perut, pinggang panas pegal dan terasa menjalar mulai dari perut sampai ke belakang sejak jam 05.00 Wib, keluar lendir dari kemaluan, terasa ada bagian yang menekan di atas kemaluan ke bawah. Kehamilan ini yang pertama, periksa teratur di klinik. HPHT 20-05-2021</p> <p>O: KU baik, Kesadaran Composmentis, T 110/70 mmhg, N 80 x/menit, Suhu 36,8°C, TFU 34 cm, preskep, puki V 3/5, His 3 x 10 menit, 50" kuat, Djj 152 x/menit, VT portio tipis, pembukaan 4 cm tipis, ketuban positif, kepala hodge II, UUK kiri depan, Hb: 10 gr/%</p> <p>A: G I P0 A0 39 mgg 5 hari, inpartu Kala I, fase aktif dengan Anemia ringan</p> <p>P: 1. Beritahu hasil pemeriksaan 2. Fasilitasi persiapan persalinan, ruangan, alat dan obat-obatan sdh tersedia dg baik 3. Beri kesempatan pasien untuk memilih posisi 4. Anjurkan keluarga untuk mendampingi</p>	

Tanggal/ Jam	Catatan Perkembangan SOAP	Nama dan Paraf
	5. Jelaskan proses persalinan yang akan terjadi kepada pasien dan keluarga 6. Observasi KU Ibu dan janin, his, djj dan kemajuan persalinan setiap 4 jam 7. KIE tentang proses persalinan, Teknik relaksasi dan IMD 8. Beri nutrisi dan hidrasi	

Sumber : (Mufdlilah, Hidayat and Kharimaturrahman, 2012)

13.2.9 Penyimpanan Dokumentasi

1. Catatan informasi tentang pasien merupakan milik pasien, sehingga apabila pasien menghendaki maka pasien memiliki akses untuk melihat catatan tersebut.
2. Penyimpanan dokumen harus sesuai sistem agar memudahkan dalam mencari
3. Penyimpanan tiap dokumen atau catatan pasien lamanya 3 tahun.
4. Catatan atau dokumen yang dibutuhkan oleh persidangan tertentu, setelah digunakan agar di cek kembali untuk memastikan tidak ada berkas yang tercecer.
5. Dalam pengambilan catatan atau dokumen saat mengembalikan atau menerima harus disertai tanda tangan atau paraf.

DAFTAR PUSTAKA

- Heryani, R. (2011) *Buku Ajar Konsep Kebidanan*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Marmi and Margiyati (2014) *Konsep Kebidanan Untuk Mahasiswa Akademi Kebidanan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Mufdlilah, Hidayat, A. and Kharimaturrahman, I. (2012) *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Mutiah, C. *et al.* (2021) '(Cm Notes) Asuhan Persalinan Berbasis Website Di Prodi Kebidanan Langsa Prototype Design of Case Midwifery Notes (Cmnotes) Website-Based of Maternity Care At Program Study Diploma Iii Midwifery Langsa', *Jurnal Kesehatan Indra Husada*, 9(2), pp. 43-50.
- Widan and Hidayat (2011) *Dokumentasi kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.

BIODATA PENULIS



Ika Wijayanti

Dosen Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Jayapura

Penulis lahir di Semarang, pada 10 Agustus 1989. Penulis merupakan dosen dalam bidang ilmu Kebidanan di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Jayapura. Penulis menyelesaikan program DIII Kebidanan dengan gelar Ahli Madya Kebidanan dan Gelar Sarjana Sains Terapan di Poltekkes Kemenkes Semarang Jurusan Kebidanan Semarang, Semarang (2010 dan 2011). Magister Kebidanan diselesaikan di Universitas Padjadjaran, Bandung (2017).

BIODATA PENULIS



Ketut Eka Larasati Wardana, SST., M.Kes
Dosen Pendidikan Profesi Bidan STIKes Buleleng

Penulis lahir di Desa Penglatan tanggal 12 Juli 1993. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan Profesi Bidan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Buleleng. Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di Universitas Bhakti Kencana Bandung dan D4 Kebidanan Klinik di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju Jakarta, melanjutkan S2 Kesehatan Masyarakat dengan Konsentrasi KIA-Kespro di Universitas Udayana Bali. Saat ini penulis menekuni bidang kebidanan.

Penulis menyelesaikan studi magister pada tahun 2018 dengan gelar sangat memuaskan. Saat ini penulis berdomisili di Kota Singaraja, Buleleng, Bali. Ini adalah karya pertamanya, semoga tulisan ini bisa bermanfaat.

BIODATA PENULIS



Idha Farahdiba, S.ST., M.Keb.

Dosen di Program Studi D III Kebidanan Institut Ilmu Kesehatan
Pelamonia Makassar

Penulis Lahir di Pare-Pare tanggal 13 Desember 1988. Penulis menyelesaikan pendidikan D III Kebidanan di STIKES RSU Daya Makassar tahun 2009 dan melanjutkan studi ke Program studi D IV Bidan Pendidik di STIKES Mega Rezky Makassar pada tahun 2010. Penulis melanjutkan pendidikan ke jenjang Magister pada Program Studi S2 Kebidanan di Universitas Hasanuddin dan lulus pada tahun 2015.

Penulis merupakan Dosen di Program Studi D III Kebidanan Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar yang mengampu mata kuliah Konsep Kebidanan, Asuhan Kebidanan Kehamilan, Psikologi Ibu dan Anak, dan Mutu Layanan Kebidanan dan Kebijakan Kesehatan. Terdapat beberapa penelitian yang telah diterbitkan penulis ke dalam jurnal Nasional terakreditasi.

Email Penulis: idha.farahdiba@gmail.com

BIODATA PENULIS



Yoan Putri Praditia Susanto, S.ST.,M.Keb

Dosen di Program Studi DIII Kebidanan Institut Ilmu Kesehatan
Pelamonia Makassar

Penulis Lahir Di Rate-rate (Sulawesi Tenggara), 19 Maret tahun 1992. Setelah Lulus SMAN 1 Kolaka tahun 2008 Penulis melanjutkan pendidikan di Program Studi D III Kebidanan Stikes Insan Se Agung Bangkalan lulus pada tahun 2011, setelah itu penulis kemudian melanjutkan studi ke jurusan DIV Kebidanan Pendidik Stikes Insan Unggul Surabaya lulus tahun 2012. Setelah menyelesaikan program magang di BPM Farida Hajri Surabaya selama 4 bulan, kemudian penulis melanjutkan pendidikan ke jenjang Magister pada Program Studi S2 Kebidanan Universitas Hasanuddin Makassar lulus pada tahun 2015. 2014 hingga saat ini Penulis merupakan Dosen di Program Studi DIII Kebidanan Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar yang mengampu mata kuliah Askeb Kehamilan, Persalinan, Pasca Persalinan, Bayi baru lahir, Keterampilan Dasar Praktik Kebidanan, Keterampilan Klinik Praktik Kebidanan, Pelayanan KB dan juga mata kuliah pengantar Asuhan kebidanan. Terdapat beberapa penelitian yang telah diterbitkan penulis ke dalam jurnal Nasional terakreditasi. Selain itu penulis juga aktif sebagai fasilitator Prenatal Gentle Yoga di wilayah kota makassar.

Email Penulis : [susantoyoan@gmail.com](mailto:santoyoan@gmail.com)

BIODATA PENULIS



Sakriawati.M S, S.ST., M.Kes
Staf Dosen Akper Yapenas Maros

Penulis lahir di Maros tanggal 05 Januari 1991. Penulis adalah dosen tetap Akper Yapenas Maros .Menyelesaikan pendidikan D3 dan D4 pada jurusan kebidanan dan melanjutkan S2 pada jurusan kesehatan masyarakat konsentrasi kesehatan reproduksi. Penulis menekuni bidang Kesehatan.

BIODATA PENULIS



Darmiati, S.ST.,M.Kes.,M.Keb.
Staf Dosen Jurusan Kebidanan

Penulis lahir di Bone, Sulawesi Selatan pada tanggal 05 Februari 1990. Penulis adalah dosen tetap pada Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar Program Studi Sarjana kebidanan dan Profesi. Penulis telah menyelesaikan pendidikan pada Sekolah Perawat Kesehatan Pelamonia Makassar pada tahun 2008, Lulus Diploma III Kebidanan pada Akademi Kebidanan Pelamonia Makassar Tahun 2011, Lulus Diploma IV Bidan Pendidik pada Universitas Mega Rezky Makassar tahun 2013, Telah menyelesaikan Pendidikan Magister Kesehatan pada Universitas Indonesia Timur pada tahun 2015 dan menyelesaikan Magister Kebidanan pada Universitas Hasanuddin pada Tahun 2017. Mulai aktif melakukan kegiatan pengajaran di Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar sejak Tahun 2013 hingga sekarang.

BIODATA PENULIS



Rismayana. S, S.ST., M.Kes
Staf Dosen Jurusan Kebidanan

Penulis lahir di Maros tanggal 02 Februari 1992. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D3 Kebidanan Fakultas Kesehatan, Institut Teknologi Kesehatan dan Bisnis Graha Ananda. Menyelesaikan pendidikan D3 dan D4 pada jurusan kebidanan dan melanjutkan S2 pada jurusan kesehatan masyarakat konsentrasi kesehatan reproduksi. Penulis menekuni bidang Kesehatan.

BIODATA PENULIS



Mytha Febriany Pondaang, SST., M.Keb
Staf Dosen Akademi Kebidanan Griya Husada Surabaya

Penulis lahir di Surabaya, Jawa Timur pada tanggal 21 Februari 1988. Penulis telah menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di Akademi Kebidanan Griya Husada Surabaya lulus 2009, kemudian menempuh pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik di STIKES Insan Unggul Surabaya lulus tahun 2014 serta menempuh pendidikan Magister Kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung lulus tahun 2019. Riwayat Pekerjaan penulis sebelum di dunia Pendidikan adalah di dunia klinik di tahun 2009 kemudian beralih ke dunia pendidikan kesehatan di Akademi Kebidanan Griya Husada Surabaya sampai sekarang. Penulis juga merupakan anggota organisasi profesi kebidanan yaitu Ikatan Bidan Indonesia (IBI). Penulis aktif sebagai tenaga pengajar, peneliti, dan kegiatan pengabdian kepada masyarakat. Untuk kontak penulis bisa melalui email mythapondaang@gmail.com

BIODATA PENULIS



Islamiyati

Dosen Prodi DIII Kebidanan Metro Jurusan Kebidanan Poltekkes
Tanjungkarang

Penulis lahir di Baturaja tanggal 03 April 1972. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi DIII Kebidanan Metro Poltekkes Tanjungkarang. Menyelesaikan pendidikan DIII Keperawatan Tahun 1992 di Akper Depkes Palembang dan DIII Kebidanan Gema Nusantara Bekasi pada tahun 2010, Pendidikan DIV Keperawatan Anak dari Universitas Sumatera Utara pada tahun 1999 dan melanjutkan S2 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia pada tahun 2005. Buku yang pernah ditulis dengan judul Pijat Bayi pada tahun 2016 yang diterbitkan oleh Penerbit Aura Lampung.

BIODATA PENULIS



Inke Malahayati

Dosen Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Medan

Penulis lahir di Pematangsiantar, 10 Mei 1976. Riwayat pekerjaan diawali sebagai bidan di desa Sidomulyo Kec. Ranah Batahan Kab. Pasaman Barat – Sumatera Barat (1995-1998), dosen di Stikes Alifah Padang (2003-2007), dan saat ini sebagai dosen tetap pada Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Medan (2008-sekarang). Penulis menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan Poltekkes Kemenkes Padang (2002), D4 Kebidanan Universitas Padjadjaran Bandung (2003), dan S2 Kebidanan Universitas Andalas Padang (2015).

BIODATA PENULIS



Eggy Widya Larasati, S.ST., M.Keb
Dosen Kebidanan Universitas Binawan

Penulis lahir di Serang 17 Juli 1987. Riwayat pekerjaan penulis merupakan dosen tetap Akademi Kebidanan Salsabila Cilegon tahun 2010-2011, dosen tetap Akademi Kebidanan Pelamonia 2012-2020 dan saat ini penulis merupakan dosen tetap kebidanan di Universitas Binawan Jakarta Timur sejak tahun 2020. Penulis juga merupakan fasilitator prenatal gentle yoga dan praktisi mom and baby spa serta memiliki usaha dibidang tersebut yaitu @your_midwife. Penulis merupakan alumni dari diploma III dan diploma IV bidan pendidik di STIKes 'Aisyiyah Yogyakarta, dan menempuh pendidikan magister kebidanan pada Universitas Hasanudin lulus pada tahun 2015.

Penulis telah menghasilkan beberapa penelitian dan HAKI sebagai wujud upaya pengembangan diri sebagai dosen. Dalam pelayanan penulis aktif membuka kelas prenatal gentle yoga dan konseling menyusui. Beberapa mata kuliah yang diampu oleh penulis adalah kebidanan komplementer, Gizi dalam Kesehatan reproduksi dll. Penulis dapat dihubungi melalui email : eggylarasati@gmail.com

BIODATA PENULIS



Ayu Sunarti. S, S.ST., M.Kes
Staf Dosen Jurusan Kebidanan

Penulis lahir di Jeneponto tanggal 29 Januari 1991. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D3 Kebidanan Fakultas Kesehatan, Institut Teknologi Kesehatan dan Bisnis Graha Ananda. Menyelesaikan pendidikan D3 dan D4 pada jurusan kebidanan dan melanjutkan S2 pada jurusan kesehatan masyarakat konsentrasi kesehatan reproduksi. Penulis menekuni bidang Kesehatan.

BIODATA PENULIS



Noviyani Hartuti, S.SiT., M.Kes

Dosen di Program Studi DIII Kebidanan Institut Ilmu Kesehatan
Pelamonia Makassar

Lahir Di Cilacap, 30 Januari tahun 1988. Setelah Lulus SMA N 1 Majenang tahun 2005 Penulis melanjutkan pendidikan di Program Studi D III Kebidanan Stikes Al-Irsyad Al-Islamiyyah lulus tahun 2008, setelah itu penulis kemudian melanjutkan studi ke jurusan DIV Kebidanan Pendidik Stikes Ngudi Waluyo lulus tahun 2010. Pada tahun 2011 hingga saat ini Penulis merupakan Dosen di Program Studi DIII Kebidanan Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar yang mengampu mata kuliah Komunikasi dalam praktik kebidanan, Asuhan kebidanan Pasca Persalinan dan Menyusui, kesehatan perempuan dan perencanaan keluarga, Tanggap darurat Bencana. Terdapat beberapa penelitian yang telah diterbitkan penulis ke dalam jurnal Nasional terakreditasi.

Email Penulis: novihartuti20@gmail.com